

SKRIPSI

**PENGARUH *KANGAROO MOTHER CARE* (KMC) TERHADAP
PENINGKATAN BERAT BADAN PADA BAYI BERAT LAHIR
RENDAH (BBLR) DI RUANG PERINATOLOGI
RSUD ENDE PROPINSI NTT**

PENELITIAN PRA—EXPERIMENT

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh :

MARIA DOLORES DARI

NIM : 131011183

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

2012

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, 24 Januari 2012

Yang menyatakan



MARIA DOLORES DARI
NIM. 131011183

LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI

SKRIPSI DENGAN JUDUL

**PENGARUH *KANGAROO MOTHER CARE* (KMC) TERHADAP
PENINGKATAN BERAT BADAN PADA BAYI BERAT LAHIR RENDAH
(BBLR) DI RUANG PERINATOLOGI RSUD ENDE PROPINSI NTT**

Oleh :

Nama : MARIA DOLORES DARI

NIM : 131011183

TELAH DISETUJUI

TANGGAL 24 JANUARI 2012

Oleh:

Pembimbing I



Ni Ketut Alit A, SKp., Mkes

NIP. 197410292003122002

Pembimbing II



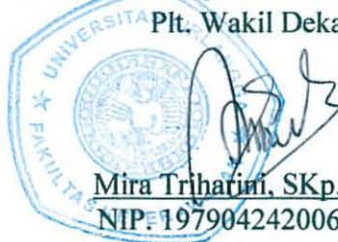
Praba Diyan Rachmawati, S., Kep., Ns

NIK 139101034

Mengetahui,

a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Pt. Wakil Dekan I



Mira Triharini, SKp., MKep

NIP. 197904242006042002

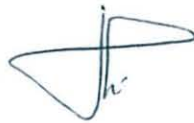
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI
PENGARUH *KANGAROO MOTHER CARE* (KMC) TERHADAP
PENINGKATAN BERAT BADAN PADA BAYI BERAT LAHIR RENDAH
(BBLR) DI RUANG PERINATOLOGI RSUD ENDE PROPINSI NTT

Oleh : MARIA DOLORES DARI
NIM : 131011183

Telah diuji
Pada tanggal, 30 Januari 2012

PANITIA PENGUJI

Ketua:



Kristiawati, SKp., MKep., Sp.Kep.An
NIK: 139040680

Anggota: 1.



Ni Ketut Alit A, SKp., Mkes
NIP: 197410292003122002

2.



Praba Diyan Rachmawati, S., Kep., Ns
NIK: 139101034

Mengetahui,
a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Plt. Wakil Dekan I



Mira Tribarini, SKp., MKep
NIP. 197904242006042002

iv

MOTTO

***Apa yang bisa dikerjakan
hari ini, janganlah ditunda
sampai hari esok...***

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan yang Maha Esa, berkat rahmat dan bimbingan-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Pengaruh *Kangaroo Mother Care* (KMC) terhadap Peningkatan Berat Badan pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Ruang Perinatologi RSUD Ende Propinsi NTT”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) di Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Bersama ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Purwaningsih, SKp., MKes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan Airlangga.
2. Mira Triharini, SKp., MKep., selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
3. dr. E. Yayik Pawitra Gati, Sp.M., selaku Direktur RSUD Ende yang telah memberikan ijin dan kesempatan untuk melaksanakan penelitian dan pengambilan data.
4. Ni Ketut Alit A, SKp., MKes., selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu dan membimbing, memotivasi dan memberikan saran-saran yang bermanfaat sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
5. Heny Ferdiana, S., Kep., Ns., selaku pembimbing yang telah membimbing, memberikan banyak saran serta dengan sabar dan teliti mengoreksi berbagai kekurangan, sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
6. Praba Diyan Rachmawati, S., Kep., Ns., selaku pembimbing yang telah membimbing, memberikan banyak saran serta dengan sabar dan teliti mengoreksi berbagai kekurangan, sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
7. Kristiawati, SKp., MKep., Sp.Kep.An., selaku ketua penguji skripsi yang telah banyak memberikan kritikan dan masukan untuk menyempurnakan skripsi ini.
8. Kepala Ruangan Perinatologi RSUD Ende beserta staf yang telah membantu memberikan masukan tentang KMC serta membantu terlaksananya proses penelitian ini sampai selesai.
9. Ibu-ibu Responden beserta keluarga yang telah meluangkan waktu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini sampai selesai.
10. Orangtua, suami dan anak-anak (Grizel dan Castello) serta adik-adikku tercinta yang telah memberikan dukungan baik moril maupun materi hingga terselesainya skripsi ini.
11. Teman-teman seperjuangan di FKp UNAIR khususnya B13 yang telah memberikan dukungan dan semangat.

Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa membalas kebaikan semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam penulisan skripsi ini. Penulis menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, sehingga diharapkan

kritikan dan saran yang konstruktif untuk menyempurnakannya. Penulis juga berharap skripsi ini bermanfaat dan dapat memberikan wacana baru bagi kita semua khususnya mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Surabaya, 30 Januari 2012

Penulis

ABSTRACT

EFFECT *KANGAROO MOTHER CARE* (KMC) TOWARD THE INCREASE OF WEIGHT OF LOW BIRTH WEIGHT BABY AT PERINATOLOGY WARD, ENDE GENERAL HOSPITAL, EAST NUSA TENGGARA

(a Pra-experimental Study)

By: Maria Dolores Dari

Low birth weight baby with weight of less than 2500 gram, and immature organ's function, so that really need attention and special care. *Kangaroo Mother care* (KMC) is one of method used to take care of low birth weight baby by providing direct skin to skin contact and combined with exclusive breast feeding to support adequate nutrition. This study aimed to identify weight of low birth weight baby before and after given KMC and to analyze the effect of KMC towards weight of low birth weight baby at Perinatology Ward, Ende General Hospital.

This study used pre-post test design. The population was low birth weight baby who was taken care at Perinatology Ward, Ende General Hospital, there were 23 respondents as sample who fit to inclusion and exclusion criteria by using purposive sampling. Independent variable was KMC and dependent variable was the increasing of weight. The data was analyzed by using Wilcoxon Sign Rank Test with significance level of $\alpha < 0,05$.

The results showed that after given KMC, there were increasing of weight of low birth weight baby with 86,9% with category of very increased (20 respondents), 8,6% with category of increased enough (2 respondents) and 4,3% with category of less increased (1 respondent). The statistical analysis showed that $p = 0,014$.

It can be concluded that KMC influence to increase of weight of low birth weight baby. It was because KMC can keep baby's temperature stabile, facilitate breast feeding that supporting adequate nutrition for babies. Further study should study about the effect of length of time of KMC toward the increasing of weight in low birth weight baby.

Keyword: *Low birth weight baby, Kangaroo Mother Care and weight increase*

Daftar Isi

Halaman Judul.....	i
Surat Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan Skripsi	iii
Halaman Penetapan Panitia Penguji Skripsi	iv
Motto	v
Kata Pengantar	vi
Abstrak	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Tabel	xiv
Daftar Lampiran	xv
Daftar Istilah dan Singkatan.....	xvi
BAB 1. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan umum	5
1.3.2 Tujuan khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1 Manfaat teoritis	5
1.4.2 Manfaat praktis.....	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep bayi BBLR.....	7
2.1.1 Definisi	7
2.1.2 Klasifikasi	8
2.1.3 Etiologi.....	9
2.1.4 Tanda dan Karakteristik BBLR.....	10
2.1.5 Penatalaksanaan BBLR.....	10
2.1.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi BBLR	11
2.1.7 Prognosis bayi dengan BBLR	12
2.1.8 Pencegahan BBLR	13
2.2 Perawatan bayi dengan KMC.....	14
2.2.1 Manfaat KMC	15
2.2.2 Kriteria Pelaksanaan KMC	19
2.2.3 Komponen KMC	21
2.2.4 Penerapan KMC	33
2.2.5 Fasilitas dan Peralatan yang diperlukan KMC.....	34
2.2.6 Prosedur KMC.....	36
2.3 Konsep Berat Badan.....	38
2.3.1 Pengertian.....	38
2.3.2 Alat Mengukur Berat Badan	40
2.3.3 Cara menimbang Berat Badan	41
2.3.4 Pertambahan Berat Badan Bayi	42
2.3.5 Faktor yang mempengaruhi Pertumbuhan Bayi.....	42

2.4 Konsep Teori <i>Maternal Role Attainment-Becoming A Mother</i>	44
2.4.1 Definisi dan Konsep utama (Mayor).....	45
2.4.2 Paradigma Keperawatan.....	48
2.4.3 Pencapaian Peran Ibu	47
2.4.4 Model Revisi Tahun 2003	48
2.4.5 Asumsi Mayor terkait Paradigma Keperawatan	49
2.4.6 Penerimaan dalam Keperawatan	49
BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN...	51
3.1 Kerangka Konseptual Penelitian	51
3.2 Hipotesis Penelitian.....	53
BAB 4. METODE PENELITIAN.....	54
4.1 Desain Penelitian.....	54
4.2 Populasi, Sampel dan Sampling.....	55
4.2.1 Populasi	55
4.2.2 Sampel.....	55
4.2.3 Sampling	57
4.2.4 Besar Sample.....	57
4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel.....	57
4.3.1 Variabel Penelitian	57
4.3.2 Definisi Operasional.....	57
4.4 Bahan Penelitian.....	60
4.5 Instrumen Penelitian.....	62
4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	63
4.7 Prosedur Pengumpulan Data.....	63
4.8 Kerangka Operasional.....	64
4.9 Analisa Data	65
4.10 Masalah Etik	67
4.10.1 Lembar Persetujuan melakukan Penelitian.....	67
4.10.2 Lembar Persetujuan menjadi Responden.....	67
4.10.3 <i>Anonimity</i>	68
4.10.4 <i>Confidentiality</i>	68
4.10.5 keterbatasan Penelitian.....	68
BAB 5. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	70
5.1 Hasil Penelitian.....	70
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian.....	70
5.1.2 Karakteristik Responden	72
5.1.3 Variabel yang diukur.....	75
5.2 Pembahasan.....	78
BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN.....	81
6.1 Kesimpulan	81
6.2 Saran.....	82
Daftar Pustaka	83
Lampiran	87

Daftar Gambar

Gambar 2.1	<i>Kangaroo Mother Care</i>	18
Gambar 2.2	Memposisikan bayi dalam KMC	22
Gambar 2.3	KMC dapat dilakukan oleh ayah.....	26
Gambar 2.4	Menyusui dalam KMC	27
Gambar 2.5	Timbangan Bayi.....	40
Gambar 2.6	Menimbang bayi baru lahir	41
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual.....	51
Gambar 4.1	Kerangka Operasional.....	64
Gambar 5.1	Distribusi responden berdasarkan umur ibu di Ruang Perinatologi RSUD Ende bulan Desember 2011.....	72
Gambar 5.2	Distribusi responden berdasarkan pendidikan ibu di Ruang Perinatologi RSUD Ende bulan Desember 2011.....	72
Gambar 5.3	Distribusi responden ibu berdasarkan pengalaman mempunyai BBLR sebelumnya di Ruang Perinatologi RSUD Ende bulan Desember 2011.....	73
Gambar 5.4	Distribusi responden berdasarkan usia gestasi di Ruang Perinatologi RSUD Ende bulan Desember 2011.....	73
Gambar 5.5	Distribusi responden berdasarkan berat badan bayi di Ruang Perinatologi RSUD Ende bulan Desember 2011.....	74
Gambar 5.6	Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin bayi di Ruang Perinatologi RSUD Ende bulan Desember 2011.....	74
Gambar 5.7	Pemantauan pelaksanaan KMC selama 14 hari di Ruang Perinatologi RSUD Ende bulan Desember 2011.....	77
Gambar 5.8	Distribusi responden berdasarkan jam mulai KMC sampai selesai KMC dalam sehari di Ruang Perinatologi RSUD Ende bulan Desember 2011.....	78

Daftar Tabel

Tabel 2.1	Berat Badan normal berdasarkan Panjang Badan dan Jenis Kelamin.....	42
Tabel 2.2	Berat Badan Normal berdasarkan Usia dan Jenis kelamin.....	42
Tabel 4.1	Rancangan Penelitian.....	54
Tabel 4.2	Definisi Operasional	58
Tabel 5.1	Pengaruh KMC terhadap peningkatan berat badan pada BBLR sebelum dan sesudah pemberian KMC di Ruang Perinatologi RSUD Ende Bulan Desember 2011.....	76

Daftar Lampiran

Lampiran 1.	Surat Ijin Penelitian.....	86
Lampiran 2.	Surat Keterangan Penelitian.....	87
Lampiran 3.	Surat Keterangan Selesai Penelitian.....	89
Lampiran 4.	Lembar Permohonan Menjadi Responden Penelitian.....	91
Lampiran 5.	Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	92
Lampiran 6.	Format Pengumpulan Data Demografi.....	93
Lampiran 7.	Lembar Penatalaksanaan KMC.....	94
Lampiran 8.	Lembar Observasi berat Badan BBLR.....	96
Lampiran 9.	Standar Operasional Prosedur Pemberian KMC.....	97
Lampiran 10.	Standar Operasional Prosedur penimbangan Berat Badan....	99
Lampiran 11.	Satuan Acara Penyuluhan KMC.....	101
Lampiran 12.	Leaflet KMC.....	113
Lampiran 13.	Tabulasi Data Penelitian.....	114
Lampiran 14.	Hasil Uji Statistik.....	117
Lampiran 15.	Dokumentasi KMC.....	122

DAFTAR ARTI SINGKATAN DAN ISTILAH

ASI	: Air Susu Ibu
BBLR	: Berat Bayi Lahir Rendah
BBLSR	: Berat Bayi Lahir Sangat Rendah
BBLER	: Berat Bayi Lahir Ekstrim Rendah
CPAP	: <i>Continous Positive Airway Pressure</i>
DEPKES RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
EMG	: <i>Elektro Myo Gram</i>
HTA	: <i>Health Teknologi Assesment</i>
IUGR	: <i>Intra Uteri Growth Retardation</i>
KMC	: <i>Kangaroo Mother Care</i>
KMS	: Kartu Menuju Sehat
NICU	: <i>Neonatal Intensive Care Unit</i>
OGT	: <i>Oral gastric Tube</i>
PONEK	: Penanganan Obstetrik Neonatologi Emergensi Kompherensif
RS	: Rumah Sakit
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SC	: <i>Sectio Caesaria</i>
SD	: Sekolah Dasar
SMK	: Sesuai Masa Kehamilan
SOP	: Standar Operasional Prosedur
SPSS	: <i>Software Product and Service Solution</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB I
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

World Health Organization (WHO) menyatakan bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi dengan berat badan kurang atau sama dengan 2500 gram. Kelahiran BBLR sebagian disebabkan oleh lahir sebelum waktunya (prematuur) dan sebagiannya lagi oleh karena mengalami gangguan pertumbuhan selama masih dalam kandungan atau *Intra Uterin Growth Retardation* (HTA dan DEPKES RI, 2008). Di Indonesia kelahiran BBLR selalu diikuti dengan kematian bayi oleh karena penanganan yang tidak tepat, sumber daya manusia yang kurang, maupun fasilitas yang tidak memadai (Indrasanto, 2008). Perawatan BBLR memerlukan perlengkapan seperti inkubator di ruang *Neonatal Intensive Care Unit*, namun teknologi ini relatif mahal. Salah satu metode lain yang bisa digunakan adalah *Kangaroo Mother Care* (KMC). KMC adalah perawatan untuk bayi berat lahir rendah dengan melakukan kontak langsung antara kulit dengan kulit secara terus menerus dan diberi ASI secara eksklusif (Sudarti & Khoirunnisa, 2010). KMC belum dilaksanakan pada semua rumah sakit di Indonesia, termasuk di kabupaten Ende. Perawatan BBLR di RSUD Ende selama ini hanya dengan menggunakan dua inkubator dan enam buah tempat tidur termal, sehingga sering ditemui bayi mengalami hipotermi, tanda-tanda vital tidak stabil, berat badan yang sulit naik, periodik apnue, hipoglikemik, hiperbilirubin dan adanya infeksi serta asfiksia neonatorum. Penelitian tentang KMC yang telah dilaksanakan menjelaskan bahwa KMC meningkatkan produksi ASI,

mempertahankan stabilitas tanda-tanda vital dan meningkatkan status tidur bayi. Pengaruh KMC terhadap peningkatan berat badan BBLR belum dapat dijelaskan.

BBLR merupakan penyumbang utama kematian neonatus. Setiap tahun di dunia diperkirakan lahir 20 juta BBLR (WHO, 2003). Insiden BBLR di negara berkembang dimana kemiskinan tersebar luas dan kesehatan gizi ibu buruk prosentase BBLR mencapai setinggi-tingginya 50% (Santrock, 2007). Di Indonesia tercatat 13% BBLR, belum termasuk didaerah pedesaan karena jarang dilaporkan (Setiawan, 2005). Menurut Survei Ekonomi Nasional, kematian neonatus yang disebabkan oleh BBLR sebesar 38,85% (HTA & DEPKES RI, 2008). Prevalensi bayi yang baru lahir dengan berat rendah sebanyak 25% meninggal dan 50% meninggal saat bayi bila tidak dilakukan penanganan dengan benar (Indarsanto, 2008). Studi pendahuluan yang dilakukan di Nusa Tenggara Timur didapatkan jumlah BBLR pada tahun 2008 sebanyak 2,4%, tahun 2009 sebesar 2,43% dan pada tahun 2010 sebesar 2,48% (DINKES PROP.NTT, 2011). Berdasarkan data tersebut kejadian BBLR di Propinsi NTT cenderung meningkat. Sedangkan di Ruang Perinatologi RSUD Ende didapatkan BBLR pada tahun 2008 sebesar 19,02% tahun 2009 sebesar 16,48% tahun 2010 sebesar 18,97% (*Medical Record RSUD Ende*, 2011). Data tersebut menggambarkan bahwa kejadian BBLR di Ruang Perinatologi RSUD Ende mengalami fluktuasi.

Bayi yang lahir dengan berat rendah biasanya disebabkan oleh multifaktor. Penyebab terbanyak BBLR adalah kelahiran Prematur dan *Intra Uterin Growth Retardation* (IUGR). Pada BBLR fungsi organnya belum matur termasuk fungsi neurologisnya, bayi mengalami permasalahan dalam kemampuan pengaturan integrasi, koordinasi dan metabolisme sel tubuh. Dimana pusat metabolisme sel

melibatkan serangkaian keadaan yang dipertahankan oleh aktifitas sistem saraf pusat. BBLR secara fisiologis sulit mempertahankan suhu tubuhnya, karena BBLR mempunyai luas permukaan tubuh lebih besar dibandingkan dengan rasio masa tubuh, sehingga ketika terpapar dengan suhu lingkungan dibawah netral, dengan cepat akan kehilangan panas melalui radiasi, konveksi, evaporasi dan konduksi. BBLR sangat membutuhkan perhatian dan perawatan khusus karena akan memberikan dampak yang sangat serius baik itu jangka pendek maupun jangka panjang. Dampak jangka pendek yang sering muncul adalah hipotermi, hipoglikemik, asfiksia neonatorum, periodik apnue, hiperbilirubin, perdarahan intrakranial serta rentan terhadap infeksi. Bila masalah tersebut timbul dan tidak dapat ditangani dengan benar maka akan menyebabkan kematian neonatal, sedangkan dampak jangka panjangnya adalah gangguan pertumbuhan dan perkembangan, komunikasi, neurologi dan kognisi (IQ), gangguan fisik serta memberikan dampak terhadap kehidupannya di masa depan yaitu bermasalah dalam belajar atau pendidikan (Proverawati & Ismawati, 2010).

Peningkatan berat badan yang signifikan sangat diperlukan untuk BBLR supaya pertumbuhan dan perkembangan bayi dapat optimal dan membantu fungsi neurologis bayi, sehingga perlu penanganan yang tepat, efektif, efisien, inovatif dengan harga yang terjangkau semua kalangan masyarakat. Dari penelitian yang telah dilakukan diluar maupun didalam negeri berkaitan dengan KMC mengatakan bahwa KMC adalah solusi yang tepat untuk perawatan BBLR. KMC merupakan cara yang efektif untuk memenuhi kebutuhan bayi yang paling mendasar yaitu kehangatan, air susu ibu, perlindungan dari infeksi, stimulasi, keselamatan dan kasih sayang (Agudelo, 2003). Metode ini merupakan salah satu

teknologi tepat guna yang sederhana, murah dan sangat dianjurkan untuk perawatan BBLR. KMC tidak hanya sekedar menggantikan peran inkubator, namun juga memberikan berbagai keuntungan yang tidak dapat diberikan inkubator. KMC atau *skin to skin contact* yaitu mengadakan kontak langsung kulit ibu dengan kulit bayi dan akan membuat suhu bayi stabil karena terjadi konduksi panas dari kulit ibu ke kulit bayi (Ludington-Hoe & Golant, 1993). Suhu yang stabil dapat menenangkan bayi karena bayi merasa seperti dalam rahim ibunya dan merasa terlindungi. Keadaan ini dapat menurunkan stres pada bayi, sehingga bayi lebih sering minum, meningkatkan produksi ASI, menstabilkan tanda-tanda vital, bayi tidur lebih nyenyak dan posisi bayi yang menempel di dada ibunya mempermudah pemberian ASI secara terus menerus, sehingga asupan nutrisinya adekuat. Asupan nutrisi yang adekuat diharapkan dapat mempercepat peningkatan berat badan BBLR (Setiawan, 2005).

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh KMC terhadap peningkatan berat badan BBLR di Ruang Perinatologi RSUD Ende Propinsi NTT ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menjelaskan pengaruh penerapan KMC terhadap peningkatan berat badan BBLR di Ruang Perinatologi RSUD Ende Propinsi NTT.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi berat badan BBLR sebelum diberikan KMC di Ruang Perinatologi RSUD Ende Propinsi NTT.

2. Mengidentifikasi berat badan BBLR sesudah diberikan KMC di Ruang Perinatologi RSUD Ende Propinsi NTT.
3. Menganalisis pengaruh pemberian KMC terhadap peningkatan berat badan BBLR di Ruang Perinatologi RSUD Ende Propinsi NTT.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat menjelaskan pengaruh KMC terhadap peningkatan berat badan BBLR sehingga dapat digunakan sebagai kerangka dalam pengembangan ilmu keperawatan anak dan maternitas yang berhubungan dengan penanganan BBLR pada neonatal.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Untuk ibu dan bayi

KMC dapat menghangatkan bayi, menstabilkan denyut jantung, pola pernapasan dan saturasi oksigen, meningkatkan hubungan emosional ibu dan bayi, mempermudah pemberian ASI, meningkatkan frekuensi menyusui sehingga nutrisi bayi adekuat yang menyebabkan terjadi kenaikan berat badan pada BBLR secara optimal, serta mempercepat peningkatan perkembangan otak BBLR.

2. Untuk pelayanan kesehatan terkait

Hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan pada pelayanan dalam mengembangkan intervensi keperawatan atau dijadikannya protap pada BBLR dengan menggunakan KMC sehingga dapat menunjang pertumbuhan dan perkembangan bayi secara optimal.

3. Untuk peneliti selanjutnya.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai dasar untuk mengembangkan penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan KMC dengan peningkatan berat badan BBLR.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan diuraikan teori yang mendukung variabel-variabel yang mendasari penelitian. Penjelasan teori ini dimulai dari konsep teori bayi berat lahir rendah, perawatan bayi dengan KMC, Konsep pengukuran berat badan bayi serta konsep teori *Maternal Role Attainment-Becoming A Mother*.

2.1 Konsep Bayi Berat Lahir Rendah

2.1.1 Pengertian

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah kelahiran bayi dengan berat badan yang kurang dari 2500 gram, tanpa memperhatikan usia gestasi (Wong, 2009). Bayi yang dilahirkan dengan BBLR umumnya kurang mampu meredam tekanan lingkungan yang baru sehingga dapat mengakibatkan pada terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan, bahkan dapat mengganggu kelangsungan hidupnya (Proverawati & Ismawati, 2010).

BBLR biasanya terdiri atas BBLR kurang bulan atau bayi lahir prematur dan BBLR cukup bulan atau lebih bulan dengan hambatan pertumbuhan *intra uterine* (IUGR). BBLR kurang bulan atau prematur khususnya dengan masa kehamilannya, biasanya mengalami penyulit seperti gangguan nafas, ikterus, infeksi dan sebagainya, yang apabila tidak dikelola sesuai dengan standar pelayanan medis akan berakibat fatal. Sementara BBLR yang cukup atau lebih bulan pada umumnya organ tubuhnya sudah matur sehingga tidak terlalu bermasalah dalam perawatannya (Proverawati & Ismawati, 2010).

2.1.2 Klasifikasi BBLR

BBLR dapat diklasifikasikan berdasarkan umur kehamilan dan berat badan lahir rendah, yaitu:

1. Menurut Wong (2009) umur kehamilan dapat dibagi menjadi tiga kelompok, yaitu:

- 1) Pre-term: kurang dari 37 minggu lengkap (kurang dari 259 hari).
- 2) Aterm: mulai dari 37 minggu sampai kurang dari 42 minggu lengkap (259-293 hari).
- 3) Post-term: 42 minggu lengkap atau lebih (294 hari atau lebih).

2. Menurut Surasmi (2002) diklasifikasikan berdasarkan berat badan waktu lahir, yaitu:

- 1) Bayi berat lahir rendah (BBLR), yaitu bayi yang lahir dengan berat badan 1.500-< 2.500 gram.
- 2) Bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR), yaitu bayi yang lahir dengan berat badan < 1.500 gram.
- 3) Bayi berat lahir ekstrem rendah (BBLER), yaitu bayi yang lahir dengan berat badan < 1.000 gram.

3. Menurut Proverawati dan Ismawati (2010), BBLR dapat dibagi menjadi dua golongan menurut masa gestasinya yaitu:

1) Prematuritas Murni

Prematuritas Murni adalah neonatus dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu dan mempunyai berat badan yang sesuai dengan masa kehamilan atau disebut juga neonatus preterm / BBLR / SMK (sesuai masa kehamilan).

2) Dismaturitas

Dismaturitas adalah bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa kehamilan, dikarenakan mengalami gangguan pertumbuhan dalam kandungan.

2.1.3 Etiologi

Menurut Muslihatun (2010) faktor-faktor yang dapat menyebabkan kejadian BBLR, yaitu:

- 1) Faktor Ibu: riwayat kelahiran prematur sebelum, perdarahan ante partum, hipertensi, umur kehamilan kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, jarak dua kehamilan yang terlalu dekat, infeksi, trauma dan lain-lain.
- 2) Faktor janin: cacat bawaan, kehamilan ganda, hidramnion, ketuban pecah dini.
- 3) Keadaan sosial ekonomi yang rendah.
- 4) Kebiasaan: pekerjaan yang melelahkan, merokok.

BBLR dapat disebabkan karena persalinan kurang bulan atau prematur dan bayi lahir kecil untuk masa kehamilan. Pada umumnya bayi kurang bulan disebabkan ketidakmampuan uterus menahan janin, gangguan selama kehamilan, lepasnya plasenta lebih cepat dari pada waktunya atau rangsangan yang memudahkan terjadinya kontraksi uterus sebelum cukup bulan. Bayi lahir kurang bulan mempunyai organ dan alat tubuh yang belum berfungsi normal untuk bertahan hidup diluar rahim. Semakin muda umur kehamilan, fungsi organ tubuh semakin kurang sempurna dan prognosinya semakin kurang baik. Kelompok BBLR ini sering mendapatkan penyakit atau komplikasi akibat kurang matangnya

organ karena masa gestasi yang kurang atau prematur (Proverawati & Ismawati, 2010).

2.1.4 Tanda dan Karakteristik BBLR

Menurut Surasmi (2002) tanda dan karakteristik BBLR, yaitu:

1. Berat badan < 2.500 gram.
2. Panjang < 45 cm.
3. Lingkar dada < 30 cm.
4. Lingkar kepala < 33 cm.
5. Umur kehamilan < 37 minggu.
6. Kepala relatif lebih besar.
7. Kulit tipis transparan, rambut lanugo banyak, lemak kulit kurang.
8. Otot hipotonik lemah.
9. Pernapasan tak teratur dapat terjadi apnoe (gagal napas).
10. Ekstremitas: paha abduksi, sendi lutut atau kaki fleksi lurus.
11. Kepala tidak mampu tegak.
12. Pernapasan sekitar 45-50 kali per menit.
13. Frekuensi nadi 100-140 kali per menit.

2.1.5 Penatalaksanaan BBLR

Mengingat belum sempurnanya kerja alat-alat tubuh yang berguna untuk pertumbuhan dan perkembangan serta penyesuaian diri dengan lingkungan hidup diluar uterus maka perlu diperhatikan pengukuran suhu lingkungan, pemberian makan dan bila perlu pemberian oksigen, mencegah infeksi, serta mencegah kekurangan vitamin dan zat besi. Penanganan BBLR dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut (Proverawati & Ismawati, 2010):

1. Pengaturan Suhu Bayi: mempertahankan suhu BBLR dengan cara pemanasan, dapat dilakukan dengan membungkus bayi dan meletakkan botol-botol hangat disekitarnya atau memasang lampu petromaks di dekat tempat tidur bayi. Dikarenakan BBLR mudah mengalami hipotermi, oleh sebab itu suhu tubuhnya harus dipertahankan dengan ketat.
2. Makanan Bayi: pada BBLR belum sempurnanya refleks isap, oleh sebab itu pemberian nutrisi harus dilakukan dengan cermat. Pada keadaan ini air susu ibu dipompa atau dengan cara diberi susu botol cara pemberian melalui susu botol adalah dengan frekuensi pemberian yang lebih sering dalam jumlah susu yang lebih sedikit. Frekuensi pemberian ini makin berkurang dengan bertambahnya berat badan bayi, susunya dapat diganti dengan susu buatan yang mengandung lemak yang mudah dicerna bayi, dan mengandung 20 kalori per 30 ml air atau sekurang-kurangnya bayi mendapat 110 kal/kg berat badan perhari.
3. Penimbangan Ketat: perubahan berat badan mencerminkan kondisi bayi dan erat kaitannya dengan daya tahan tubuh, oleh sebab itu penimbangan berat badan harus dilakukan dengan ketat pada setiap hari.

2.1.6 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi BBLR

1. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu kegiatan atau proses pelajaran untuk mengembangkan atau meningkatkan pengetahuan tertentu sehingga sasaran pendidikan itu dapat berdiri sendiri (Notoatmodjo, 2005).

Berdasarkan tingkat pendidikan ibu dapat dijelaskan bahwa terdapat kecenderungan terhadap kematian bayi yang jumlahnya lebih banyak pada ibu

yang memiliki tingkat pendidikan rendah (SD) hingga tidak sekolah, namun dalam uji korelasi tidak terdapat hubungan yang bermakna (Hartono, 2006).

Pendidikan banyak menentukan sikap dan tindakan dalam menghadapi berbagai masalah misalnya membutuhkan vaksinasi untuk anaknya, memberi oralit waktu menceret misalnya kesedian menjadi peserta keluarga, termasuk pengaturan makanan bagi ibu hamil untuk mencegah timbulnya BBLR. Ibu mempunyai peranan yang cukup penting dalam kesehatan dan pertumbuhan, akan dapat ditunjukkan oleh kenyataan berikut, anak- anak dari ibu mempunyai latar belakang Pendidikan lebih tinggi akan mendapat kesempatan hidup serta tumbuh kembang yang baik (Rahayu, 2008).

2. Paritas

Paritas adalah jumlah anak yang dilahirkan oleh seorang ibu baik lahir maupun lahir mati. Paritas yang tinggi akan berdampak timbulnya berbagai masalah kesehatan baik bagi ibu maupun bayi yang dilahirkan. Salah satu dampak kesehatan yang mungkin timbul dari paritas yang tinggi adalah berhubungan dengan kejadian BBLR. Sebagaimana hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu dengan paritas tinggi secara merata terdistribusi pada kelompok kasus dan kontrol (50%) memberi interpretasi paritas yang tinggi tidak mempengaruhi kesehatan ibu sehingga melahirkan dengan berat lahir yang cenderung normal (Indarsanto, 2008).

2.1.7 Prognosis BBLR

Prognosis bayi berat lahir rendah ini tergantung dari berat ringannya masalah perinatal, misalnya masa gestasi (makin muda masa gestasi atau makin rendah berat badan bayi makin tinggi angka kematian), asfiksia, iskemia otak,

sindroma gangguan pernafasan, perdarahan intra ventrikuler, dislasia bronkopulmonal, retrorenal fibroplasias, infeksi, gangguan metabolik (asidosis, hipoglikemia, hiperbilirubinemia). Prognosis ini juga tergantung keadaan sosial ekonomi, pendidikan orangtua dan perawatan saat kehamilan, persalinan, dan postnatal (pengaturan suhu lingkungan, resusitasi, makanan, mencegah infeksi, mengatasi gangguan pernafasan, asfiksia, hiperbilirubinemia, hipoglikemia) (Indarsanto, 2008).

2.1.8 Pencegahan BBLR

Menurut Proverawati dan Ismawati (2010), pada kasus BBLR pencegahan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan pemeriksaan kehamilan secara berkala minimal 4 kali selama kurun waktu kehamilan dan dimulai sejak umur kehamilan muda. Ibu hamil yang diduga beresiko, terutama faktor resiko yang mengarah melahirkan bayi BBLR harus cepat dilaporkan, dipantau dan dirujuk pada institusi pelayanan kesehatan yang lebih mampu.
2. Memberikan penyuluhan kesehatan kepada ibu-ibu hamil untuk merawat dan memeriksakan kehamilan dengan baik dan teratur dan mengkonsumsi makanan yang bergizi sehingga dapat menanggulangi masalah ibu hamil resiko tinggi sedini mungkin untuk menurunkan resiko lahirnya BBLR.
3. Hendaknya ibu dapat merencanakan persalinannya pada kurun reproduksi sehat (20-34 tahun).
4. Perlu dukungan sektor lain yang terkait untuk turut berperan, sehingga mereka dapat meningkatkan akses terhadap pemanfaatan pelayanan antenatal dan status gizi ibu selama hamil.

2.2 Perawatan Bayi Dengan KMC

Kangaroo Mother Care (KMC) adalah perawatan untuk bayi dengan berat lahir rendah dengan melakukan kontak langsung antara kulit dengan kulit (*Skin to Skin Contact*) dan dikombinasi dengan pemberian ASI eksklusif (Sudarti dan Khoirunnisa, 2010). Metode ini pertama kali diperkenalkan oleh Rey dan Martinez di Bogota Colombia pada tahun 1978 (*Acta Paediatrica*, 2010) sebagai salah satu alternatif bagi perawatan BBLR yang telah melewati masa krisis, tetapi masih memerlukan perawatan khusus untuk pemberian makanan untuk pertumbuhannya. Metode ini pada dasarnya meniru binatang kanguru dimana bayi kanguru disimpan dikantung ibunya sehingga terjadi aliran panas dari tubuh induk kepada bayi kanguru. Dengan demikian KMC diartikan sebagai perawatan bayi kecil yang secara terus menerus dilakukan kontak langsung dengan ibu dan diberi ASI secara eksklusif (idealnya). Ini adalah cara terbaik untuk mempertahankan bayi kecil tetap hangat dan juga membantu pelaksanaan menyusui. KMC dapat dimulai segera setelah kondisi bayi memungkinkan atau bayi mulai stabil (HTA & DEPKES RI, 2008).

Selama ini telah dilakukan penerapan dan penelitian yang berkaitan dengan metode ini untuk membuktikan bahwa metode ini efektif untuk meningkatkan respon fisiologik bayi dengan berat lahir rendah. Hasil penelitian dan penerapan tersebut menunjukkan bahwa metode ini sangat efektif untuk membantu menstabilkan detak jantung, suhu tubuh, pernafasan dan bayi yang mendapatkan perawatan kanguru memiliki periode tidur yang lebih lama, bertambah berat badannya, menurun frekuensi tangisannya, memiliki periode terjaga yang lebih lama dan keluar Rumah Sakit lebih cepat (Santrock, 2007).

Kunci utama yang mendukung keberhasilan Perawatan Bayi dengan KMC adalah sebagai berikut (Indarsanto, 2008):

1. Kontak badan langsung dilakukan sejak dini ibu dengan bayinya secara berkelanjutan atau terus menerus.
2. Pemberian ASI eksklusif (idealnya).
3. Di mulai dilakukan di rumah sakit, kemudian dapat dilanjutkan dirumah.
4. Setelah di rumah ibu perlu dukungan dan tindak lanjut yang memadai.
5. Metode ini merupakan metode yang sederhana dan manusiawi, namun efektif untuk menghindari berbagai stress yang dialami oleh BBLR selama perawatan.

Menurut WHO (2003) bukti penelitian yang menunjukkan keefektifan KMC untuk bayi BBLR adalah sebagai berikut:

1. Bayi yang mendapatkan KMC mempunyai kondisi kesehatan yang sama dengan bayi yang mendapatkan perawatan dalam inkubator dalam hal keamanan dan pertahanan suhu tubuh jika diukur dengan tingkat mortalitas yang terjadi.
2. KMC memfasilitasi pemberian ASI yang akan menurunkan angka morbiditas bayi.
3. KMC berperan dalam memberikan perawatan yang memperlakukan bayi dengan lebih baik dengan adanya kedekatan bayi dan ibu.
4. KMC dapat menjadi metode modern dalam berbagai setting pelayanan kesehatan sekalipun fasilitas modern juga tersedia.

2.2.1 Manfaat KMC

Untuk mempelajari manfaat dan penerapan KMC sebaiknya diketahui tentang proses kehilangan panas pada bayi baru lahir. Pada intinya ada 4 cara

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. Hal ini terjadi misalnya bayi yang baru lahir segera diletakkan di ruang ber AC yang dingin maka suhu tubuh bayi akan berkurang Karena panasnya terpancar ke sekitarnya yang bersuhu lebih rendah. **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 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 (Proverawati & Ismawati, 2010).

Manfaat KMC menurut WHO (2003) adalah sebagai berikut:

1. Manfaat KMC bagi Bayi.

Dari berbagai penelitian menyebutkan bahwa manfaat KMC pada bayi adalah sebagai berikut:

- 1) Suhu tubuh bayi, denyut jantung dan frekuensi pernapasan relatif terdapat dalam batas normal.
- 2) BBLR lebih cepat mencapai suhu yang $36,5^{\circ}\text{C}$ terutama dalam waktu 1 jam pertama.
- 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 stress ditandai dengan kadar kortisol yang rendah.

- 5) Menurunkan respon nyeri fisiologis dan perilaku yang ditandai dengan waktu pemulihan yang lebih singkat pada uji tusuk tumit.
- 6) Meningkatkan berat badan dengan lebih cepat.
- 7) Meningkatkan ikatan bayi-ibu.
- 8) Memiliki pengaruh positif dalam meningkatkan perkembangan kognitif yang dilihat dari lebih tingginya skor indeks perkembangan mental baliley.
- 9) Waktu tidur menjadi lebih lama yang antara lain ditandai dengan jumlah waktu terbangun yang lebih rendah.
- 10) Menurunkan infeksi nosokomial, penyakit berat, atau infeksi saluran pernapasan bawah.
- 11) Memperpendek masa rawat.
- 12) Menurunkan risiko kematian dini pada bayi.
- 13) Memperbaiki pertumbuhan pada bayi prematur.
- 14) Dapat menjadi intervensi yang baik dalam menangani kolik.
- 15) Mungkin memiliki pengaruh positif dalam perkembangan motorik bayi.
- 16) Kelangsungan hidup pada BBLR lebih cepat membaik pada kelompok KMC daripada bayi dengan metode konvensional pada 12 jam pertama dan seterusnya. Bayi yang sangat prematur tampaknya memiliki mekanisme endogen yang diakibatkan oleh kontak antara kulit ibu dan bayi dalam menurunkan respon nyeri.
- 17) Waktu pemulihan yang lebih singkat pada KMC secara klinis penting dalam mempertahankan hemostasis.

2. Manfaat KMC bagi Ibu

Dari beberapa penelitian dilaporkan bahwa KMC mempermudah pemberian ASI, ibu lebih percaya diri dalam merawat bayi, hubungan lekat bayi-ibu lebih baik, ibu sayang kepada bayinya, pengaruh psikologis ketenangan bagi ibu dan keluarga (ibu lebih puas, kurang merasa stres). Pada penelitian lain juga melaporkan adanya peningkatan produksi ASI, peningkatan lama menyusui dan kesuksesan dalam menyusui.



Gambar 2.1 *Kangaroo Mother Care*
Sumber : Suradi & Djauhariah, 2000.

3. Manfaat KMC bagi Ayah

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

4. Manfaat KMC 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 justru dapat melakukan tugas lain yang memerlukan perhatian petugas misalnya

pemeriksaan lain atau kegawatan pada bayi maupun memberikan dukungan kepada ibu dalam menerapkan KMC (HTA & DEPKES RI, 2008).

5. Manfaat KMC bagi Institusi Kesehatan, Klinik, RS.

Sedikitnya ada 3 manfaat bagi fasilitas pelayanan dengan penerapan KMC 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 cangguh lain) sehingga dapat membantu efisiensi anggaran (HTA & DEPKES RI, 2008).

6. Manfaat KMC bagi Negara.

Karena penggunaan ASI meningkat, dan bila hal ini dapat dilakukan dalam skala makro maka dapat menghemat devisa (import susu formula). Demikian pula dengan peningkatan pemanfaatan ASI kemungkinan bayi sakit lebih kecil dan ini tentunya menghemat biaya perawatan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan pemerintah maupun swasta.

2.2.2 Kriteria Pelaksanaan KMC

Pada umumnya bayi yang memenuhi kriteria untuk dilakukan KMC adalah bayi prematur, berat lahir ≤ 1800 gram, tidak ada kegawatan pernapasan dan sirkulasi, tidak ada kelainan kongenital yang berat, dan mampu bernapas sendiri. Apabila bayi prematur tersebut masih memerlukan pemantauan kardiopulmonal, oksimetri, pemberian oksigen tambahan atau pemberian ventilasi dengan tekanan positif (CPAP), infus intravena, dan pemantauan lain, hal tersebut tidak mencegah pelaksanaan KMC. Bahkan pada kenyataannya, bayi dengan KMC cenderung

jarang mengalami apnue dan bradikardi serta kebutuhan terhadap oksigen relatif stabil (Indarsanto, 2008).

Pada saat bayi prematur atau BBLR lahir, berbagai komplikasi dapat terjadi. Semakin muda usia kehamilannya dan semakin kecil bayi, akan semakin banyak masalah yang akan timbul. Perawatan dini bagi bayi yang memiliki komplikasi harus disesuaikan dengan pedoman nasional. KMC dapat ditunda hingga kondisi kesehatan bayi stabil. KMC dimulai, sangat bergantung pada penampilan individual, dengan sepenuhnya memperhitungkan kondisi ibu dan bayi. Namun, ibu yang memiliki bayi kecil hendaknya didorong segera melakukan KMC (Proverawati & Ismawati, 2010).

Sebagai arahan dapat dipergunakan petunjuk dibawah ini yang melakukan penggolongan bayi berdasarkan berat lahir. Bayi dengan berat lahir > 1800 gram (usia kehamilan > 34 minggu atau lebih) umumnya lebih stabil dan sedikit mengalami masalah pemantauan misalnya henti napas. Permasalahan tersebut dapat meningkatkan hingga menjadi permasalahan serius pada sekelompok kecil bayi sehingga memerlukan perawatan di unit khusus. Meskipun demikian, pada sebagian besar kasus KMC dapat segera dilakukan setelah bayi lahir (Indarsanto, 2003).

Bayi dengan berat lahir antara 1200-1799 gram (usia kehamilan 28-32 minggu), berbagai permasalahan prematuritas sering terjadi, misalnya sindrom gangguan pernapasan atau permasalahan lain. Oleh karena itu, pada kasus ini diperlukan perawatan yang baik yang dapat menyediakan perawatan yang dibutuhkan. Bila persalinan terjadi pada tempat selain diatas, bayi harus dirujuk segera setelah bayi lahir dan sebaiknya tetap bersama ibunya. Salah satu cara

terbaik merujuk bayi kecil adalah dengan menjaga mereka (ibu dan bayi) agar selalu dalam keadaan kontak kulit langsung. Sebelum dilakukan KMC, pernapasan dan sirkulasi bayi distabilkan terlebih dahulu. Diperlukan kira-kira seminggu sebelum KMC dapat dilakukan. Meskipun mortalitas pada saat kelahiran di kelompok ini sangat tinggi, kebanyakan karena komplikasi, banyak pula bayi yang bertahan dan ibu dapat diberikan motivasi untuk memberikan ASI (Proverawati & Ismawati, 2010).

Bayi dengan berat lahir < 1200 gram (usia kehamilan < 30 minggu) seringkali mengalami permasalahan serius akibat prematur, dimana tingkat kematian sangat tinggi dan hanya sebagian kecil yang mampu bertahan terhadap berbagai permasalahan akibat prematuritas. Bayi tersebut sangat beruntung bila dirujuk sebelum kelahiran ke institusi dengan fasilitas perawatan intensif untuk neonatus. Mungkin akan diperlukan waktu sekitar dua minggu sebelum kondisi bayi tersebut diperbolehkan untuk KMC (Proverawati & Ismawati, 2010).

KMC dapat di implementasikan di berbagai tingkatan fasilitas kesehatan. KMC merupakan pilihan terbaik jika NICU tidak tersedia. Jika NICU tersedia namun tidak sesuai dengan kebutuhan, KMC memberikan rasionalisasi sumber daya dengan memberikan inkubator bagi bayi yang lebih sakit (HTA & DEPKES RI, 2008).

2.2.3 Komponen KMC

Terdapat empat komponen KMC yaitu (WHO, 2003):

1. *Kangaroo Position* (Posisi)
2. *Kangaroo Nutrition* (Nutrisi)
3. *Kangaroo Support* (Dukungan)

4. Kangaroo Discharge (Pemulangan)

Kangaroo Position (Posisi kanguru)

Letakan 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 tepat berada dibawah kuping bayi. Posisi kepala seperti ini bertujuan untuk menjaga agar saluran napas tetap terbuka dan memberi peluang agar terjadi kontak mata antara ibu dan bayi. Hindari posisi kepala terlalu fleksi atau ekstensi. Tungkai bayi haruslah dalam posisi “kodok atau *frog position*”, tangan harus dalam posisi fleksi.



Gambar 2.2 Memposisikan bayi dalam KMC
Sumber : HTA & DEPKES RI, 2008

Ikatkan kain dengan kuat agar saat ibu bangun dari duduk, bayi tidak tergelincir. Pastikan juga bahwa ikatan yang kuat dari kain berada setinggi dada bayi. Perut bayi jangan sampai tertekan dan sebaiknya berada disekitar epigastrium ibu. Dengan cara ini bayi dapat melakukan pernapasan perut. Napas ibu akan merangsang bayi. Berikut adalah cara memasukan dan mengeluarkan bayi dari baju kanguru:

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

Didalam Acta Paediatrica (2004), posisi bayi dalam posisi kanguru diuraikan sebagai berikut: bayi didekap erat ke dada ibu dengan dibalut handuk katun lembut yang dilipat dua berukuran satu meter persegi. Balutan handuk menutupi sampai telinga bayi dan dibawah ketiak ibu sedemikian rupa untuk memfiksasi kepala dan dada bayi dalam posisi mendongak ke dada ibu, memberikan jalur udara terbuka optimal dan mencegah apnea obstruktif. Panggul diposisikan fleksi dan ditempatkan dalam posisi kodok atau "*frog position*", lengan juga dalam posisi fleksi (Sudarti & Khoirunnisa, 2010). Sepotong kain panjang yang melingkari pinggang ibu menjaga dan menopang bayi dari sisi bawah.

Bayi dapat memperoleh sebagian besar perawatan yang diperlukan, termasuk minum selama dalam posisi kanguru. Mereka dibebaskan dari kontak kulit langsung hanya pada saat mengganti popok, dibersihkan dan perawatan tali pusat, pemeriksaan klinis, berdasarkan jadwal rumah sakit, atau jika diperlukan. Memandikan bayi setiap hari tidak diperlukan dan tidak disarankan. Jika kebiasaan-kebiasaan setempat memerlukan mandi setiap hari, dan hal itu tidak dapat dihindari maka sebaiknya dilakukan sebentar dan dengan air yang cukup

hangat (sekitar 37⁰C). Bayi harus segera dikeringkan, diberikan pakaian minimal, lalu ditempatkan kembali pada posisi kanguru secepat mungkin (WHO, 2003).

Memulai KMC

Hampir setiap bayi kecil dapat dirawat dengan KMC. KMC pada bayi kecil dapat dilakukan dalam dua cara:

1. KMC Intermitten: KMC tidak diberikan sepanjang waktu tetapi hanya dilakukan jika ibu mengunjungi bayinya yang masih berada dalam perawatan di inkubator dengan durasi minimal satu jam secara terus-menerus dalam satu hari. Metode ini dilakukan di fasilitas unit perawatan khusus dan intensif.
2. KMC Kontinu: KMC yang diberikan sepanjang waktu yang dapat dilakukan di unit rawat gabung atau ruangan yang dipergunakan untuk KMC minimal 2-3 jam per hari.

Bayi-bayi dengan penyakit yang berat atau membutuhkan perawatan khusus dapat menunggu sampai sembuh sebelum dilaksanakan KMC terus-menerus (kontinu). KMC dengan jangka waktu yang pendek (intermiten) dapat dimulai pada bayi yang dalam proses penyembuhan tetapi masih memerlukan pengobatan medis (misalnya infus, tambahan oksigen dengan konsentrasi rendah). Namun, untuk KMC yang kontinu, kondisi bayi harus dalam keadaan stabil, bayi harus dapat bernapas secara alami tanpa bantuan oksigen. Kemampuan untuk minum (seperti menghisap dan menelan) bukan merupakan persyaratan utama, karena KMC sudah dapat dimulai meskipun pemberian minumannya dengan menggunakan pipa lambung (Indarsanto, 2008).

Ibu dan Bayi dalam kondisi stabil dan siap diberikan KMC maka, atur waktu yang tepat bagi ibu dan bayi. Sesi pertama ini merupakan sesuatu yang

penting dan perlu waktu serta penuh perhatian. Sarankan pada ibu agar menggunakan pakaian yang longgar dan ringan. Gunakan ruang khusus yang cukup hangat untuk si bayi. Anjurkan ibu untuk membawa suami atau seorang teman pilihannya. Ia akan memberikan semangat dan rasa aman.

Kontak kulit langsung sebaiknya dimulai secara bertahap, perlahan-lahan dari perawatan konvensional ke KMC yang terus-menerus. Kontak yang berlangsung kurang dari 60 menit sebaiknya dihindari, karena pergantian yang sering akan membuat bayi menjadi stres. Lamanya kontak kulit langsung ditingkatkan secara bertahap sampai kalau mungkin dilakukan terus-menerus siang dan malam dan hanya untuk mengganti popok, sambil mengontrol suhu tubuh bayi (Proverawati & Ismawati, 2010).

Ketika ibu harus meninggalkan bayinya, bayi tersebut dapat dibungkus dengan baik dan ditempatkan di tempat yang hangat jauh dari hembusan angin, diselimuti dengan selimut hangat atau jika tersedia ditempatkan dalam alat penghangat. Selama perpisahan antara ibu dan bayi, anggota keluarga (ayah atau suami, nenek, dll) atau teman dekat dapat juga menolong melakukan kontak kulit langsung dengan bayi dalam posisi kanguru (WHO, 2003).

Semua bayi memerlukan kasih sayang dan perawatan untuk pertumbuhannya, akan tetapi BBLR lebih memerlukan perhatian agar dapat berkembang normal disebabkan mereka telah kehilangan lingkungan intrauterin yang ideal selama berminggu-minggu atau bahkan berbulan-bulan. Mereka bahkan sangat sensitif terhadap sinar, suara dan tindakan yang menyakitkan selama perawatan awal. KMC adalah metode ideal sebab bayi diayun-ayun dan dipeluk, dan mendengarkan suara ibunya saat ibu melakukan aktifitas sehari-hari.

Seorang ayah pun dapat menciptakan suasana seperti itu. Para petugas kesehatan memiliki peranan penting guna mendorong ibu dan ayah agar mau menunjukkan perasaan dan cinta mereka pada bayinya.



Gambar 2.3 KMC dapat dilakukan oleh Ayah
Sumber : Suradi & Djauhariah, 2000

Kangaroo Nutrition (Nutrisi)

Posisi kanguru sangat ideal bagi proses menyusui. Dengan melakukan KMC, proses menyusui menjadi lebih berhasil dan sebagian besar bayi yang dipulangkan memperoleh ASI. Dengan KMC, proses menyusui menjadi lebih lama. KMC dapat meningkatkan volume ASI karena sekresi ASI dipengaruhi oleh hormon prolaktin dan oksitosin. Prolaktin menghasilkan ASI dalam alveolar dan bekerjanya prolaktin dipengaruhi oleh lama dan frekuensi pengisapan (*suckling*) sedangkan hormon oksitosin dihasilkan oleh kelenjar pituitary sebagai respon adanya suckling yang akan menstimulasi sel-sel mioepitel untuk mengeluarkan ASI (*ejection*) atau *milk ejection reflex/let down reflex* yaitu mengalirnya ASI dari alveoli ke *lacteal sinuses/sinus lactiferus* sehingga dapat dihisap bayi melalui puting susu ibu (Manajemen Laktasi). Dapat ditarik kesimpulan bahwa Semakin sering refleks menghisap ASI, maka semakin banyak produksi ASI sehingga nutrisi bayi adekuat yang menyebabkan berat badan bayi meningkat. Jika berat badan bayi sudah meningkat maka pertumbuhan bayi dapat optimal.

Bayi dengan usia kehamilan 30 minggu dapat memulai proses menyusui. Segera setelah bayi menunjukkan tanda kesiapan untuk menyusui, 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 (WHO, 2003).



Gambar 2.4 Menyusui dalam KMC
Sumber : Suradi & Djauhariah, 2000.

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 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.

Memberi minum BBLR adalah satu tantangan khusus. Untuk bayi dengan berat lahir di bawah 1250 gram beberapa hari pertama belum dapat minum per oral dan cairan diberikan melalui infus. Pada saat itu, bayi mendapat perawatan konvensional. Pemberian minum melalui mulut hendaknya dilakukan segera

bila kondisinya memungkinkan dan bayi mampu melakukannya. Ini biasanya terjadi pada saat bayi mulai mendapat KMC. Hal ini membantu ibu untuk memproduksi ASI dan meningkatkan pemberian ASI.

Bayi pada kehamilan kurang dari 30-32 minggu biasanya perlu diberi minum melalui pipa lambung, untuk ASI yang diperas (*expressed breast milk*). Ibu dapat melatih bayi untuk menghisap dengan membiarkan bayi menghisap jarinya ketika bayi masih minum melalui pipa lambung. Pemberian minum melalui pipa dapat dilakukan saat bayi berada dalam posisi kanguru. Pada umumnya bayi dengan masa kehamilan 32-34 minggu 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 dapat dikurangi. Pada saat pemberian minum melalui gelas maka bayi dikeluarkan dari posisi kanguru, dibungkus dengan selimut hangat dan dikembalikan pada posisi kanguru setelah proses pemberian minum (Indarsanto, 2008).

Pada umumnya bayi dengan usia kehamilan sekitar 32 minggu atau lebih, sudah dapat mulai menyusu pada ibu. Mula-mulanya bayi hanya akan mencari puting dan menjilatinya atau dia sudah mulai menghisap sedikit. Lanjutkan pemberian ASI yang diperas melalui gelas atau pipa untuk meyakinkan bahwa bayi mendapat semua yang di butuhkan. Bayi dengan usia kehamilan 32 minggu sudah biasa menelan, tetapi belum biasa menghisap sehingga diberikan suplementasi tetesan ASI.

Bayi-bayi dengan usia kehamilan 34-36 minggu atau lebih, dapat memenuhi semua kebutuhannya langsung dari ASI. Berdasarkan hasil penelitian

refleks hisap dengan EMG, diketahui bahwa reflex hisap yang efektif baru timbul pada bayi dengan usia kehamilan 34 minggu. Meskipun demikian, sesekali tambahan minum ASI perah melalui gelas tetap diperlukan (WHO, 2003).

Kangaroo Support (Dukungan)

Bentuk dukungan pada KMC 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 KMC dengan berhasil. Wanita hamil sebaiknya sudah diberikan informasi dan edukasi tentang KMC sejak kunjungan antenatal pertama. Saat bayi telah lahir, ibu memerlukan dukungan dari berbagai pihak, diantaranya berupa (HTA & DEPKES RI, 2008):

1. Dukungan Emosional: ibu memerlukan dukungan untuk melakukan KMC. Banyak ibu muda yang mengalami keraguan yang sangat besar untuk memenuhi kebutuhan bayi pertamanya sehingga membutuhkan dukungan dari keluarga, teman serta petugas kesehatan. KMC membuat ibu dapat memenuhi semua kebutuhan bayi.
2. Dukungan Fisik: selama beberapa minggu pertama KMC, merawat bayi akan sangat menyita waktu ibu. Istirahat dan tidur yang cukup sangat penting peranannya pada KMC. Oleh karena itu, ibu memerlukan dukungan untuk membantu menyelesaikan tugas-tugas rumah.
3. Dukungan Edukasi: sangat penting memberikan informasi yang ibu butuhkan agar ia dapat memahami seluruh proses KMC dan mengerti bahwa KMC memang sangat penting. Ibu harus mengetahui manfaat KMC. Hal ini membuat KMC menjadi lebih bermakna dan akan meningkatkan kemungkinan bahwa

ibu akan berhasil menjalankan KMC baik di rumah sakit ataupun saat di rumah.

Semua ibu dapat melakukan KMC terlepas dari usia, paritas, pendidikan, budaya maupun agama. Beberapa hal berikut harus dijadikan bahan pertimbangan ketika berkonsultasi mengenai KMC, seperti: posisi kanguru, makanan bayi, perawatan di institusi dan di rumah, apa yang boleh dilakukan oleh bayi yang didekapnya dan apa yang harus dihindarinya. Dalam melakukan konseling pada KMC, petugas kesehatan menjelaskan keuntungan dan manfaat serta implikasi dari KMC bagi ibu dan bayinya, dan selalu memberi alasan untuk setiap rekomendasi yang diberikan. Melaksanakan KMC sebaiknya adalah keputusan sendiri setelah mamahami KMC, dan bukan dianggap suatu kewajiban.

Beberapa hal berikut yang harus dijadikan bahan pertimbangan ketika berkonsultasi mengenai KMC:

Kemauan: ibu harus mempunyai kemauan untuk melaksanakan KMC.

1. Harus tersedia waktu yang penuh untuk memberikan perawatan: anggota keluarga yang lain dapat menawarkan kontak kulit yang intermitten, tetapi tidak dapat menyusui.
2. Kesehatan umum: jika ibu sakit atau menderita komplikasi selama persalinan, dia harus sehat terlebih dahulu sebelum melaksanakan KMC.
3. Berada dekat dengan bayi: ibu dianjurkan agar segera kembali ke rumah sakit pada saat bayinya siap untuk KMC.
4. Dukungan keluarga: seorang ibu perlu mendapat dukungan untuk mengerjakan tugasnya yang lain di rumah dan sebagai pengganti ibu untuk KMC apabila ibu berhalangan.

5. Dukungan masyarakat: ini sangat penting, kalau terdapat hambatan sosial, ekonomi atau keluarga.
6. Pemantauan terhadap tanda bahaya.

Selama melakukan KMC, ibu diajarkan juga untuk mengawasi tanda bahaya pada bayi. Bayi yang minumnya baik dan berada dalam dekapan ibu secara terus-menerus, biasanya mampu dengan mudah mempertahankan suhu tubuhnya dalam batas normal (antara 36,5-37,5⁰C suhu aksila), jika suhu runagan tidak lebih rendah dari yang direkomendasikan. Hipotermia jarang terjadi pada bayi KMC. Pengukuran suhu tubuh bayi masih diperlukan, tetapi tidak sesering bayi yang dirawat dengan metode konvensional. Ketika KMC dimulai, pengukuran suhu ketiak dilakukan setiap 6 jam sampai stabil, terus-menerus sampai tiga hari. Selanjutnya pengukuran hanya diperlukan dua kali sehari. Bayi dalam KMC jarang akan mengalami hipotermia (suhu < 36,5⁰C) karena suhu tubuh ibu akan naik secara otomatis untuk menghangatkan bayinya. Jika bayi kepanasan, ibu juga dapat menurunkan suhunya untuk mendinginkan bayinya. Jadi, tubuh ibu berfungsi sebagai inkubator otomatis. Frekuensi pernapasan normal pada BBLR berkisar antara 40-60 kali per menit. Kadang-kadang napasnya diselingi dengan periodik apnue (henti napas). Akan tetapi jika durasinya menjadi terlalu lama (20 detik atau lebih) dan bibir bayi menjadi biru (sianosis), denyut nadi sangat rendah (bradikardi) dan tidak dapat bernapas secara spontan, segeralah mengeluarkan bayi dari posisi kanguru dan berikan rangsangan pernapasan. Semakin kecil atau semakin prematur bayi tersebut, semakin lama dan semakin sering periode apnue terjadi. Saat bayi mendekati cukup bulan, apnue semakin jarang terjadi. Penelitian membuktikan bahwa kontak kulit dapat membuat pernapasan semakin teratur pada

bayi-bayi muda dan dapat menurunkan resiko apnue. Bila terjadi apnue, ibu dapat memberikan rangsangan dengan cara menggosok secara lembut punggung atau kepalanya, sampai bayi mulai bernapas kembali. Jika tetap tidak bernapas, ibu dapat memanggil petugas kesehatan. Apabila apnue seringkali terjadi sebaiknya cari pertolongan dari petugas kesehatan. Ajari ibu untuk mengenali tanda-tanda bahaya. Berikut ini beberapa tanda bahaya:

1. Kesulitan bernapas: dada tertarik ke dalam, merintih.
2. Bernapas sangat cepat atau sangat lambat.
3. Serangan apnue sering dan lama.
4. Bayi terasa dingin: suhu bayi di bawah normal walaupun telah dilakukan penghangatan.
5. Sulit minum: bayi tidak lagi terbangun untuk minum, berhenti minum atau muntah, kejang, diare.
6. Kulit menjadi kuning.

Yakinkan ibu bahwa tidaklah berbahaya bila:

1. Bersin atau cegukan.
2. Buang air tiap diberi minum.
3. Tidak buang air besar selama 2-3 hari.

Kangaroo Discharge (Pemulangan)

Pemulangan berarti ibu dan bayi boleh pulang ke rumah dengan tetap menjalani KMC di rumahnya. Namun, lingkungan tempat tinggal mereka dapat sangat berbeda dengan fasilitas unit KMC di institusi kesehatan yang selalu dikelilingi oleh para petugas yang mendukung. Mereka akan tetap memerlukan dukungan meskipun tidak sesering dan seintensif seperti sebelumnya. Lingkungan

keluarga sangat penting untuk kesuksesan KMC. Ibu sebaiknya kembali ke rumah yang hangat, bebas rokok, dan mendapat dukungan dalam melaksanakan tugas sehari-hari. Jika tidak ada layanan tindak lanjut atau lokasi RS letaknya jauh, pemulangan dapat ditunda. Oleh karena itu, waktu pemulangan berbeda tergantung pada besarnya bayi, tempat tidur yang tersedia, kondisi rumah dan kemudahan untuk *follow-up*. Biasanya bayi KMC dapat dipulangkan dari rumah sakit ketika telah memenuhi kriteria dibawah ini (WHO, 2003):

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

Bayi dipulangkan jika berat badan bayi telah naik minimum 10 gram per hari selama tiga hari, dapat minum dengan baik (minum melalui gelas atau dari ASI) dan jika kondisi umum telah stabil. Terdapat batasan berat badan minimum yakni 1500 gram. Bayi yang dipulangkan dengan berat badan < 1800 gram di *follow-up* setiap minggu dan bayi dengan berat badan > 1800 gram setiap dua minggu.

2.2.4 Penerapan KMC

KMC terutama digunakan pada perawatan BBLR atau prematur di beberapa rumah sakit dengan kategori sebagai berikut (HTA & DEPKES RI, 2008):

1. RS yang tidak memiliki fasilitas untuk merawat BBLR. Pada keadaan ini, KMC merupakan satu-satunya pilihan perawatan karena jumlah inkubator dan perawat tidak memadai.
2. RS yang memiliki tenaga dan fasilitas tetapi terbatas, dan tidak mampu merawat semua BBLR. KMC menjadi pilihan jika dibandingkan dengan perawatan konvensional dengan menggunakan inkubator.
3. RS yang memiliki tenaga dan fasilitas yang memadai. Disini, KMC bermanfaat untuk meningkatkan ikatan antara ibu dan bayi, mengurangi risiko infeksi, meningkatkan ASI dan mempersingkat lama perawatan di rumah sakit.

2.2.5 Fasilitas Dan Peralatan Yang Diperlukan Dalam KMC

Berikut ini adalah beberapa fasilitas dan peralatan yang diperlukan untuk melakukan KMC (HTA & DEPKES RI, 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 (24-26⁰C).
2. Kamar mandi dengan fasilitas air bersih, sabun dan handuk serta wastafel untuk tempat cuci tangan.
3. Ruang lain yang berukuran lebih kecil yang dapat digunakan para petugas untuk konseling dengan ibu. Ruang ini dapat juga dipergunakan untuk melakukan evaluasi keadaan si bayi.

4. *Support Binder* (Ikatan atau pembalut penahan bayi agar dapat terus berada di posisi KMC). Alat ini adalah satu-satunya alat khusus yang digunakan untuk KMC. Alat ini untuk 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 sekitar satu meter, lipatlah secara diagonal, lalu buatlah sampul 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 ibu dengan bayi. Namun demikian, pemakaian baju kanguru ini sebaiknya disesuaikan dengan kondisi budaya setempat.

5. Pakaian Bayi

Jika bayi menerima KMC secara terus-menerus, bayi tersebut cukup dipakaikan popok atau diapers sampai di bawah pusat. Pada saat bayi tidak dalam posisi kanguru, bayi ditempatkan di tempat tidur yang hangat dan diberi selimut. Jika suhu ruangnya adalah 24-26°C, bayi pada posisi kanguru hanya memakai popok, topi yang hangat dan kaus kaki. Namun, jika suhu turun dibawah 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 (HTA & DEPKES RI, 2008).

6. Peralatan dan keperluan lain (HTA & DEPKES RI, 2008):

- 1) Sebuah thermometer yang dapat membaca suhu rendah (*low reading thermometer*) yang cocok digunakan untuk mengukur suhu badan di bawah 35°C.
- 2) Timbangan (idealnya menggunakan timbangan neonatus dengan interval 10 gram).
- 3) Peralatan resusitasi dasar dan oksigen, jika mungkin harus tersedia di setiap ruangan BBLR dirawat.
- 4) Obat-obatan untuk mencegah dan mengobati berbagai masalah BBLR boleh ditambahkan sesuai petunjuk pelaksanaan lokal. Obat-obatan khusus kadang diperlukan tetapi tidak dianjurkan.
- 5) Alat pengukur panjang badan dan alat pengukur lingkar kepala.

2.2.6 Prosedur KMC.

Berikut ini adalah prosedur dalam melakukan KMC menurut Suradi dan Djauhariah (2000) antara lain:

1. Persiapan.

Dalam tahap persiapan yang dilakukan adalah:

- 1) Anjurkan ibu memakai baju ringan dan longgar serta kancing depan
- 2) Menyiapkan selendang kanguru.
- 3) Menyiapkan topi bayi.
- 4) Mempersiapkan daerah bersih dengan cara ibu diminta membersihkan dada dengan mandi, cuci tangan dan memakai pakaian bersih.
- 5) Kuku dan tangan ibu harus bersih, kuku jari tangan harus dipotong berkala setiap minggu.

- 6) Mengukur tanda-tanda vital dan keadaan umum bayi (suhu, nadi, napas, denyut jantung, refleks isap, koordinasi isap dan menelan yang baik, gerakan spontan, warna kulit, tonus otot).
 - 7) Menyiapkan bayi dengan cara membuka baju bayi kecuali popok atau pampers.
 - 8) Selama perawatan metode kanguru ibu tidak memakai BH (*Breast Hanger/Bra*).
2. Pelaksanaan KMC.

Pada tahap pelaksanaan yang dilakukan adalah:

- 1) Cara memasukan dan mengeluarkan bayi dari baju kanguru dalam memegang bayi dengan satu tangan diletakkan dibelakang leher sampai punggung bayi.
- 2) Menempatkan tangan lainnya dibawah pantat bayi.
- 3) Bayi diletakkan diantara payudara dengan posisi tegak atau posisi bayi seperti kodok, dada bayi menempel pada dada ibu.
- 4) Bayi difiksasi dengan selendang yang meliputi badan sampai kepala bayi setinggi batas telinga, selendang melingkari pinggang ibu dan ibu menopang bayi dari bawah. Pastikan kain terikat erat pada bagian dada dan bukan perut ibu.
- 5) Kepala bayi dipalingkan kesisi kiri atau kanan dan sedikit tengadah agar saluran nafas tetap terbuka dan memungkinkan kontak mata antara ibu dan bayi.

- 6) Topang bagian bawah rahang bayi dengan ibu jari dan jari-jari lainnya agar kepala bayi tidak tertekuk dan tidak menutupi saluran nafas ketika bayi berada pada posisi tegak.
 - 7) Ibu mengenakan kembali baju untuk menutupi bayi.
 - 8) Ibu dapat beraktivitas dengan bebas berdiri, duduk atau berjalan.
3. Pemantauan Bayi dalam KMC.

Pada tahap ini dilakukan pemantauan terhadap bayi selama KMC adalah:

- 1) Ibu dapat mengenal tanda-tanda bahaya yang telah diajarkan antara lain: Bayi sulit bernafas, merintih, bernafas sangat perlahan dan lambat, bayi teraba dingin.
- 2) Lamanya KMC paling sedikit 2-3 jam.
- 3) Bayi yang mendapat ASI tidak harus dikeluarkan dari KMC.

2.3 Konsep Berat Badan Bayi

2.3.1 Pengertian

Berat badan merupakan ukuran antropometri yang terpenting dan paling sering digunakan pada bayi baru lahir (neonatus). Berat badan digunakan untuk mendiagnosis bayi normal atau BBLR. Dikatakan BBLR apabila berat bayi-balita, berat bayi lahir di bawah 2500 gram. Pada masa bayi-balita, berat badan dapat dipergunakan untuk melihat laju pertumbuhan fisik maupun status gizi, kecuali terdapat kelainan klinis seperti dehidrasi, asites, edema, dan adanya tumor. Di samping itu pula berat badan dapat dipergunakan sebagai dasar perhitungan dosis obat dan makanan (Supriasa, 2002).

Secara fisiologis semua bayi mengalami penurunan berat badan dalam periode singkat sesudah lahir, yang bisa diperberat oleh keadaan sakit dan

pemakaian energi yang meningkat. Sebelum tercapai proses laktasi yang baik, berat badan tidak meningkat atau bahkan menurun. Bayi dengan berat lahir 1500-2500 gram dapat kehilangan sampai 10% berat lahirnya dalam empat sampai lima hari pertama setelah lahir. Bayi dengan berat lahir kurang 1500 gram dapat kehilangan sampai 15% berat lahirnya dalam tujuh hari sampai sepuluh hari pertama (DEPKES RI, 2003).

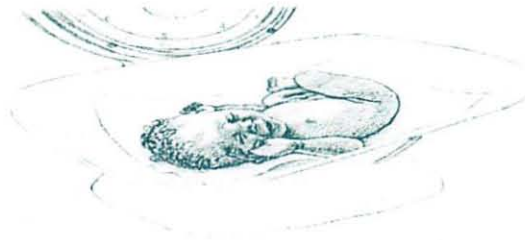
Berat badan menurut Supariasa (2002) merupakan pilihan utama karena berbagi perhitungan, antara lain:

1. Parameter yang paling baik, mudah terlihat perubahan dalam waktu singkat karena perubahan-perubahan konsumsi makanan dan kesehatan.
2. Memberikan gambaran status gizi sekarang dan gambaran tentang pertumbuhan.
3. Merupakan ukuran antropometri yang sudah dipakai secara umum dan luas di Indonesia sehingga tidak merupakan hal baru memerlukan penjelasan secara meluas.
4. Ketelitian pengukuran tidak banyak dipengaruhi oleh ketrampilan pengukur.
5. KMS (Kartu Menuju Sehat) yang digunakan sebagai alat yang baik untuk pendidikan dan memonitor kesehatan anak menggunakan juga berat badan sebagai dasar pengisiannya.
6. Karena masalah umur merupakan faktor penting untuk penilaian status gizi, berat badan terhadap tinggi badan sudah dibuktikan dimana-mana sebagai indeks yang tidak tergantung pada umur.

7. Alat pengukur dapat diperoleh di daerah pedesaan dengan ketelitian yang tinggi dengan menggunakan dacin yang juga sudah dikenal oleh masyarakat (Supariasa, 2002).

Tujuan mengukur berat badan bayi saat lahir (setelah bayi stabil) atau pada saat bayi masuk rumah sakit adalah untuk (DEPKES RI, 2003):

1. Mengidentifikasi dan mengantisipasi masalah yang berhubungan dengan berat lahir rendah.
2. Memasukan ke grafik berat badan atau Kartu Menuju Sehat guna memantau pertumbuhan.
3. Menghitung dosis obat dan jumlah cairan, bila diperlukan.
4. Bayi sakit atau bayi kecil, untuk menilai apakah pemberian nutrisi atau cairan sudah adekuat.



Gambar 2.5 Timbangan bayi
Sumber : Nolan Mary, 2004

2.3.2 Alat Mengukur Berat Badan

Penentuan berat badan menurut Supariasa (2002) dilakukan dengan cara menimbang. Alat yang digunakan di lapangan sebaiknya memenuhi beberapa persyaratan:

1. Mudah digunakan dan dibawa dari satu tempat ke tempat yang lain.
2. Mudah diperoleh dan relatif murah harganya.
3. Ketelitian penimbangan sebaiknya maksimum 0,1 kg.

4. Skalanya mudah dibaca.
5. Cukup aman untuk menimbang bayi.

2.3.3 Cara Menimbang Berat Badan

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menimbang bayi (DEPKES RI, 2003) adalah:

1. Gunakan alat ukur yang tepat dan akurat dengan ketepatan 5-10 gram, dibuat khusus untuk menimbang bayi.
2. Alat timbangan harus ditera sesuai petunjuk. Bila buku petunjuk tidak ada, lakukan peneraan sekali seminggu.
3. Beri alas kain atau kertas yang bersih diatas papan alat timbang.
4. Atur skalanya sampai angka nol dengan kain/kertas diatas papan.
5. Pakaian dibuat seminim mungkin, sepatu, baju atau pakaian yang cukup tebal harus ditanggalkan.
6. Letakkan bayi dalam keadaan telanjang dengan hati-hati diatas alas kain
7. Tunggu sampai bayi tenang untuk ditimbang.
8. Baca skala berat badan sampai 5 atau 10 gram terdekat.
9. Catat berat badannya dan masukan ke grafik berat badan atau KMS.
10. Hitung kenaikan atau penurunan berat badan.



Gambar 2.6 Menimbang berat badan bayi baru lahir.
Sumber : Ladewiq & Patricia, 2006

2.3.4 Pertambahan Berat Badan Bayi

Kurva pertumbuhan berat badan memuaskan, yaitu menunjukkan kenaikan berat badan sebagai berikut: selama triwulan ke-1 kenaikan berat badan 150-250 gram/minggu, selama triwulan ke-2 kenaikan berat badan 500-600 g/bulan (Nelson, 2005).

Tabel 2.1 BB Normal Berdasarkan Panjang Badan Dan Jenis Kelamin

Panjang Badan (cm)	BB Laki - Laki (kg)	BB Perempuan (kg)
49,0 – 55,0	3,1 – 4,3	3,3 – 4,3
55,5 – 60,0	4,3 – 5,7	4,4 – 5,5
60,5 – 65, 0	5,8 – 7,1	5,7 – 7,0
65,5 – 70,0	7,1 – 8,5	7,0 – 8,4
70,5 – 75,0	8,7 – 9, 8	7,0 – 8,4

Tabel 2.2 BB Normal Berdasarkan Usia Dan Jenis Kelamin

Umur (Bulan)	BB Laki - Laki (kg)	BB Perempuan (kg)
0	2,5	2,5
1	3,5	3,5
2	4,2	4,0
3	5,2	5,0
4	6,2	6,0
5	7,2	7,0
6	8,2	8,0
7	9,2	8,4
8	9,4	8,6
9	9,6	8,8
10	9,8	9,0
11	10	9,2
12	10,2	9,5

Sumber: Supriasa (2002)

2.3.5 Faktor Yang Mempengaruhi Pertumbuhan.

Menurut Soetjiningsih (1998) dalam Supriasa (2002) menyatakan lingkungan prenatal mempengaruhi pertumbuhan janin mulai konsepsi sampai lahir, antara lain:

1. Gizi ibu pada saat hamil

Status gizi ibu hamil sangat mempengaruhi pertumbuhan janin dalam kandungan. Apabila status gizi ibu buruk, baik sebelum kehamilan dan selama kehamilan akan menyebabkan BBLR dan juga mengakibatkan terhambatnya pertumbuhan otak janin, anemia bayi baru lahir, bayi baru lahir mudah terinfeksi, abortus dan sebagainya.

2. Mekanis.

Kelainan bawaan pada bayi dapat disebabkan oleh trauma dan cairan ketuban yang kurang. Posisi janin yang tidak normal dapat menyebabkan berbagai kelainan pada bayi yang dilahirkan sehingga pertumbuhannya terhambat.

3. Toksin atau zat kimia.

Berbagai jenis obat-obatan yang bersifat racun yang dikonsumsi ibu selama kehamilan dapat menyebabkan kelainan bawaan. Ibu hamil yang kecanduan alkohol dan perokok berat, dapat melahirkan bayi dengan BBLR, lahir mati, cacat atau retardasi mental. Sedangkan pada ibu hamil yang keracunan logam berat, seperti makan ikan yang terkontaminasi merkuri dapat menyebabkan mikrosefali.

4. Endokrin.

Hormon yang berperan pada pertumbuhan janin adalah somatotropin, hormon plasenta, hormon tiroid, insulin, dan peptida-peptida lain dengan aktifitas mirip insulin. Jenis hormon yang dihasilkan oleh kelenjar tiroid ini termasuk hormon pertumbuhan (*growth hormon*), oleh karena itu apabila terjadi kelainan pada kelenjar ini, produksi hormon akan terganggu yang mengakibatkan pertumbuhan terhambat.

5. Radiasi.

Pengaruh radiasi pada bayi sebelum berumur 18 minggu dapat mengakibatkan kematian, kerusakan otak, mikrosefali, atau cacat bawaan lainnya.

6. Infeksi.

Infeksi intra uterin dan jenis infeksi lain (varisela, malaria, HIV, virus hepatitis dan virus influenza) dapat menyebabkan cacat bawaan.

7. Stres.

Ibu hamil sebaiknya menghindari stres. Apabila ibu hamil mengalami stres, akan mempengaruhi tumbuh kembang janin.

8. Anoksia embrio.

Menurunnya oksigenasi janin melalui gangguan pada plasenta dapat menyebabkan BBLR.

2.4 Konsep Teori *Maternal Role Attainment-Becoming A Mother*

Teori keperawatan yang dikemukakan oleh Ramona T Mercer pada tahun 1991. Dikenal dengan model konseptual *Maternal Role Attainment Becoming A Mother* (Alligood & Tomey, 2006). Teori ini muncul karena Mercer melakukan riset yang berkenaan dengan faktor-faktor yang mempengaruhi *parental attachment* pada ibu post partum dan salah satu faktor yang mempengaruhi pencapaian peran ibu tersebut adalah emosional bayi baru lahir. Mercer mengidentifikasi bahwa komponen emosional bayi yang mempengaruhi peran ibu tersebut adalah temperamen bayi, kemampuan memberikan isyarat, penampilan, karakteristik umum, *responsiveness* dan kesehatan umum (Alligood & Tomey, 2006).

Asumsi Mercer berkaitan dengan pengembangan model *maternal role attainment*, diantaranya adalah bayi baru lahir diyakini sebagai partner yang aktif

dalam proses pencapaian peran ibu, mempengaruhi dan dipengaruhi oleh peran ibu serta peran pasangan dan bayinya akan merefleksikan kompetensi ibu dalam menjalankan perannya sehingga dapat tumbuh dan berkembang. Perkembangan identitas peran ibu sangat terpengaruh oleh kondisi psikologis dan perilaku ibu dan bayi. Dengan demikian kondisi bayi baru lahir sangat berpengaruh terhadap pencapaian dan pengembangan peran ibu sehingga perawatan bayi baru lahir adalah komponen penting dalam penerapan model konseptual yang dikemukakan oleh Mercer (Alligood & Tomey, 2006).

2.4.1 Definisi dan konsep Utama (Mayor)

Dalam teori ini, Mercer menggunakan konsep-konsep utama dalam mengembangkan model konseptualnya. Konsep-konsep tersebut antara lain: Pencapaian peran ibu (*Maternal Role Attainment*), *Maternal identity*, *Self esteem*, konsep diri, fleksibilitas, status kesehatan didefinisikan sebagai persepsi orang tua terhadap kesehatannya, *role strain-role conflict*, *Attachment*, Status kesehatan bayi (*infant health status*), karakteristik bayi (*infant characterize*), isyarat-isyarat bayi (*infant cues*), keluarga (*family*), fungsi keluarga (*family functioning*), dukungan sosial (*social support*), hubungan ibu ayah (*mother-father relationship*) dan kecemasan yang digambarkan sebagai persepsi individu tentang situasi yang penuh stres seperti adanya bahaya atau ancaman (Alligood & Tomey, 2006).

2.4.2 Paradigma Keperawatan berdasarkan model konseptual Ramona T Mercer.

Dalam paradigma keperawatan ada beberapa konsep yang dipakai oleh Mercer antara lain:

1. Konsep keperawatan.

Mercer mengemukakan bahwa keperawatan adalah profesi yang dinamis dengan tiga fokus utama yaitu promosi kesehatan, mencegah kesakitan, dan menyediakan layanan keperawatan bagi yang memerlukan untuk mendapatkan kesehatan yang optimal serta penelitian untuk memperkaya dasar pengetahuan bagi pelayanan keperawatan. Pengkajian pada klien dan lingkungan, mengidentifikasi tujuan klien, menyediakan layanan pada klien yang meliputi dukungan, pendidikan dan pelayanan keperawatan pada klien yang tidak mampu merawat dirinya sendiri.

2. Konsep Manusia.

Pada konsep manusia, Mercer tidak mendefinisikan secara khusus namun mengarah pada diri dan inti diri. Diri sebagai peran yang dimainkan. Inti dari manusia tersusun dari konteks budaya dan dapat mendefinisikan dan membentuk situasi. Konsep kepercayaan diri dan harga diri sebagai manusia terpisah dari interaksi dengan bayinya dan ayah dari bayinya atau orang lain yang berarti saling mempengaruhi.

3. Kesehatan.

Status kesehatan dari orang tua sebagai persepsi kesehatan mereka yang lalu, kesehatan saat ini, harapan tentang kesehatan, resiko terhadap penyakit, kekhawatiran dan perhatian tentang kesehatan, orientasi pada penyakit dan penyembuhannya, status kesehatan bayi baru lahir dengan tingkat kehadiran penyakit dan status kesehatan bayi oleh orang tua pada kesehatan secara menyeluruh. Kesehatan di pandang sebagai keinginan yang ditunjukkan untuk bayi. Mercer juga mengemukakan bahwa Stres merupakan suatu proses yang

memerlukan perhatian penting selama perawatan persalinan dan proses kelahiran.

4. Lingkungan.

Mercer menjelaskan bahwa perkembangan tidak dapat menjadi bagian dari lingkungan, tetapi terdapat akomodasi mutual antara perkembangan individu dan perubahan sifat dengan segera. Stres dan dukungan sosial dalam lingkungan mempengaruhi untuk pencapaian peran maternal dan paternal serta perkembangan anak (Alligood & Tomey, 2006).

2.4.3 Pencapaian Peran Ibu (Mercer *Original's Model*)

Maternal Role Attainment merupakan sekumpulan siklus mikrosistem (lingkungan dimana peran pencapaian ibu terjadi), mesosistem (mempengaruhi dan berinteraksi dengan individu di mikrosistem) dan makrosistem (budaya pada lingkungan individu).

Maternal Role Attainment adalah proses yang mengikuti empat tahap penguasaan peran antara lain (Alligood & Tomey, 2006):

1. Antisipatori.

Tahapan ini dimulai selama kehamilan mencakup data sosial, psikologi, penyesuaian selama hamil, harapan ibu terhadap peran, belajar untuk berperan, hubungan dengan janin dalam uterus dan mulai memainkan peran.

2. Formal

Tahapan ini dimulai dari kelahiran bayi yang mencakup proses pembelajaran dan pengambilan peran menjadi ibu. Peran perilaku menjadi petunjuk formal, harapan konseptual yang lain dalam sistem sosial ibu.

3. Informal.

Tahap dimulainya perkembangan ibu dengan jalan yang berhubungan dengan peran yang tidak terbawa dari sistem sosial.

4. Personal atau identitas peran.

Internalisasi wanita terhadap perannya. Pengalaman wanita yang dirasakan harmonis, percaya diri, kemampuan dalam menampilkan perannya dan pencapaian peran ibu. Tahapan pencapaian peran ibu berkaitan dan sejalan dengan pertumbuhan dan perkembangan bayi baru lahir. Respon perkembangan bayi sebagai respon terhadap perkembangan peran ibu adalah (Alligood & Tomey, 2006):

- 1) Kontak mata dengan ibu saat ibu bicara, refleks menggenggam.
- 2) Refleks tersenyum dan tenang dalam perawatan ibu.
- 3) Perilaku interaksi yang konsisten dengan ibu.
- 4) *Becoming A Mother* menimbulkan respon dari ibu: meningkatkan aktifitas.

2.4.4 Model Revisi Tahun 2003 dari *Maternal Role Attainment* menjadi *A Becoming Mother*.

Pada model ini ditempatkan interaksi antara ibu, bayi dan ayah sebagai sentral interaksi yang tinggal dalam satu lingkungan. Variabel lingkungan keluarga dan teman meliputi dukungan sosial, nilai dari keluarga, budaya, fungsi keluarga dan stresor. Lingkungan komunitas meliputi perawatan sehari-hari, tempat kerja, sekolah, rumah sakit, fasilitas rekreasi dan pusat kebudayaan. Lingkungan yang lebih besar dipengaruhi oleh hukum yang berhubungan dengan perempuan dan anak-anak termasuk ilmu tentang bayi baru lahir, kesehatan reproduksi, budaya terapan dan program perawatan kesehatan (Alligood & Tomey, 2006).

2.4.5 Asumsi Mayor terkait Paradigma Keperawatan

Ada beberapa asumsi terkait paradigma keperawatan menurut Mercer, antara lain (Alligood & Tomey, 2006):

1. Inti dari sebuah konsep peran diri yang stabil, diperoleh melalui proses sosialisasi yang berlangsung seumur hidup, mempengaruhi bagaimana seorang ibu mampu mengartikan dan mempresepsikan suatu peristiwa, persepsi ibu tentang respon bayi dan orang lain mengenai peran keibuannya, dengan kondisi lingkungan yang ada, adalah sebuah kenyataan yang direspon ibu.
2. Selain sosialisasi ibu, tingkat perkembangan dan karakteristik kepribadian bawaan juga mempengaruhi respon perilaku ibu tersebut.
3. Peran mitra ibu, respon bayi, akan mempengaruhi kemampuan ibu dalam mencapai peran keibuannya melalui proses pertumbuhan dan perkembangan.
4. Bayi dianggap sebagai mitra aktif dalam peran ibu pada proses mengambil peran, mempengaruhi dan menjadi terpengaruh oleh berlakunya peran.
5. Ayah atau pasangan intim ibu memberikan kontribusi untuk pencapaian peran dengan cara yang tidak dapat diduplikasi oleh orang lain. Pengenalan diri ibu berkembang bersamaan dengan pemahaman dan kemampuan ibu dan masing-masing tergantung pada faktor yang lain.

2.4.6 Penerimaan dalam Keperawatan

Penerimaan dalam keperawatan mencakup praktik keperawatan, pendidikan dan penelitian (Alligood & Tomey, 2006).

1. Penerimaan dalam Praktik Keperawatan.

Konsep *Maternal Role Attainment-Becoming A Mother* ini diaplikasikan dalam melakukan pendekatan pada praktek keperawatan Maternitas, terutama di

komunitas. Mengingat bentuk pendidikan, dukungan dan bimbingan yang dapat diberikan kepada ibu dan keluarga dapat berlangsung lama dan berkesinambungan, sehingga seorang perawat maternitas sebaiknya melanjutkan pendekatan ke ibu dan keluarga di lingkup komunitas. Walaupun tidak menutup kemungkinan dapat diaplikasikan dalam praktek di klinik maupun di rumah sakit, namun keterbatasan waktu dalam melayani ibu di tempat ini, akan mengurangi kelangsungan proses adaptasi ibu untuk mengadopsi “peran menjadi ibu” tersebut.

2. Penerimaan dalam Pendidikan.

Konsep *Maternal Role Attainment-Becoming A Mother* dapat diterima sebagai salah satu konsep yang dapat dikembangkan dalam dunia pendidikan. Situasi akademis akan menjadikan lingkungan yang kondusif untuk dilakukan kritisi terhadap konsep ini secara empiris. Sehingga muncul pengembangan konsep yang lebih lengkap dan berorientasi pada *customer need*, yaitu ibu dan keluarga.

3. Penerimaan dalam Penelitian.

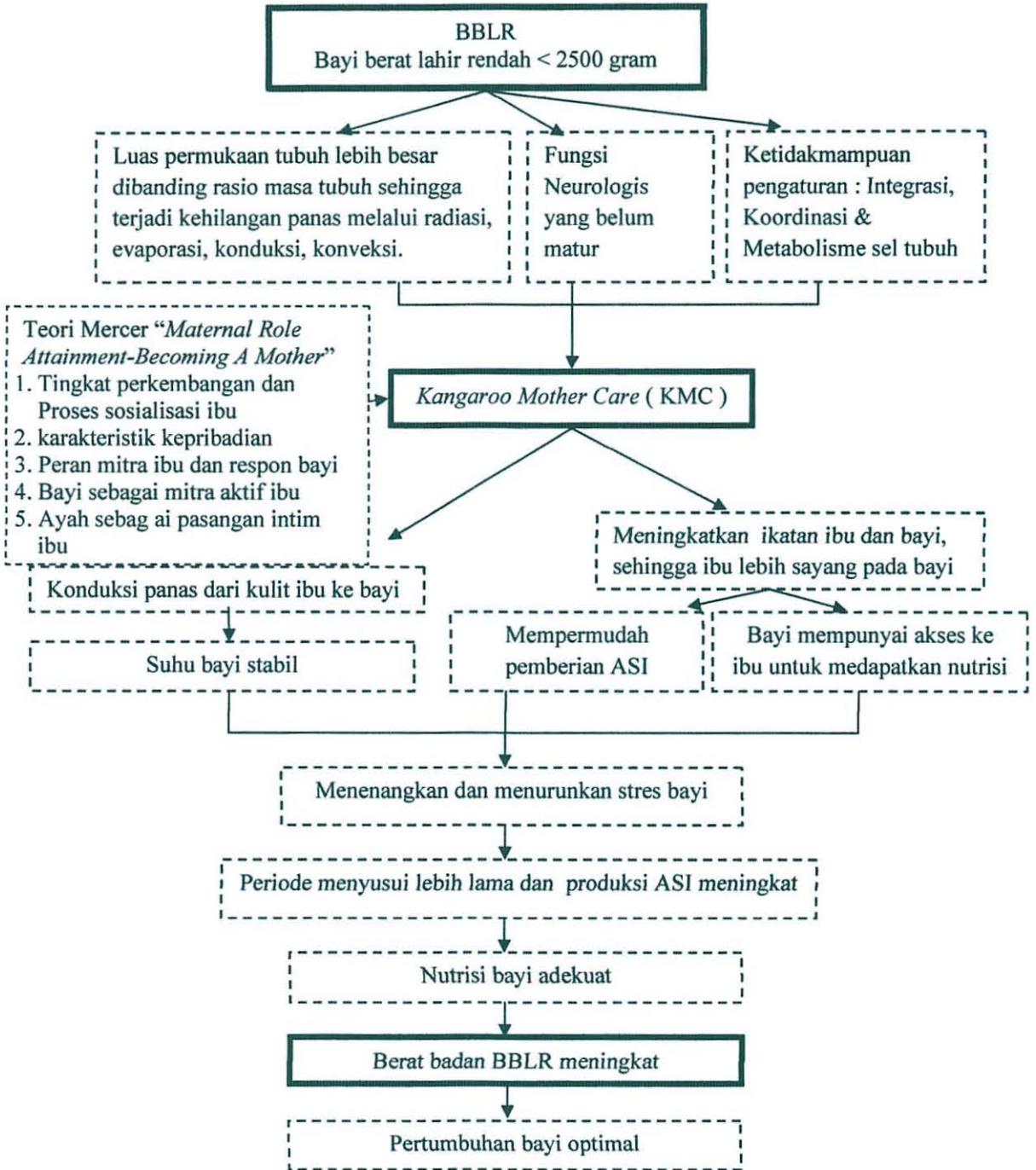
Konsep *Maternal Role Attainment-Becoming A Mother* dapat dilakukan kajian dan analisis melalui kegiatan riset dan pengembangan, sehingga melalui kegiatan ini manfaat dan keefektifannya dapat dilihat secara nyata. Sehingga dengan penguatan konsep melalui kegiatan penelitian maka praktek keperawatan dikomunitas dapat terjaga kualitasnya.

BAB 3

**KERANGKA KONSEPTUAL
DAN
HIPOTESIS PENELITIAN**

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN



Keterangan : : Diteliti : Tidak diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual pengaruh KMC terhadap peningkatan berat badan pada BBLR berdasarkan Teori Ramona T. Mercer.

Dari gambar 3.1 dapat dijelaskan sebagai berikut, BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan < 2500 gram. Fungsi organ pada BBLR belum matur termasuk fungsi neurologisnya, bayi mengalami permasalahan dalam kemampuan pengaturan integrasi, koordinasi dan metabolisme dalam sel tubuh. Dimana pusat metabolisme sel tubuh melibatkan serangkaian keadaan yang dipertahankan oleh aktifitas sistem saraf pusat. Pada umumnya, BBLR sulit mempertahankan suhu tubuh karena BBLR mempunyai luas permukaan tubuh lebih besar dibandingkan dengan rasio masa tubuh, sehingga ketika terpapar dengan suhu lingkungan dibawah netral, dengan cepat akan kehilangan panas melalui radiasi, evaporasi, konveksi dan konduksi.

KMC adalah cara yang tepat untuk mempertahankan agar bayi kecil tetap hangat dan memperlancar pelaksanaan ASI yaitu dengan mengadakan kontak langsung antara kulit ibu dengan kulit bayi sehingga terjadi konduksi panas dari kulit ibu ke kulit bayi. KMC juga dapat meningkatkan ikatan ibu dengan bayi sehingga ibu lebih sayang pada bayinya, mempermudah pemberian ASI dan posisi bayi yang menempel didada ibunya mengakibatkan bayi mempunyai akses ke ibu untuk mendapatkan nutrisi.

Suhu tubuh yang stabil pada bayi dan terjalinnya hubungan batin yang kuat antara ibu dan bayi dapat menenangkan bayi karena bayi merasa seperti dalam rahim ibunya, mendengarkan bunyi jantung ibunya, mendengarkan suara ibu, dan merasa terlindungi. Keadaan ini akan dapat menurunkan stres pada bayi. Efek tenang pada bayi menyebabkan bayi lebih sering ASI, produksi ASI meningkat karena sekresi ASI dipengaruhi oleh hormon prolaktin dan oksitosin. Prolaktin menghasilkan ASI dalam alveolar dan bekerjanya prolaktin dipengaruhi

oleh lama dan frekuensi pengisapan (*suckling*) sedangkan hormon oksitosin dihasiikan oleh kelenjar pituitary sebagai respon adanya suckling yang akan menstimulasi sel-sel mioepitel untuk mengeluarkan ASI (*ejection*) atau *milk ejection reflex/let down reflex* yaitu mengalirnya ASI dari alveoli ke *lacteal sinuses/sinus lactiferus* sehingga dapat dihisap bayi melalui puting susu ibu. Dapat ditarik kesimpulan bahwa Semakin sering refleks menghisap ASI, maka semakin banyak produksi ASI sehingga nutrisi bayi adekuat yang menyebabkan berat badan bayi meningkat. Jika berat badan bayi sudah meningkat maka pertumbuhan bayi dapat optimal.

Pelaksanaan metode KMC ini dipengaruhi beberapa faktor menurut teori yang dikemukakan oleh Mercer (*Maternal Role Attainment-Becoming A Mother*) tahun 2003. Faktor-faktor tersebut antara lain: proses sosialisasi ibu, tingkat perkembangan dan karakteristik kepribadian ibu, peran mitra ibu, bayi sebagai mitra aktif serta ayah sebagai pasangan intim ibu. Kelima faktor tersebut yang mempengaruhi pencapaian dan pengembangan peran ibu dalam keberhasilan pelaksanaan KMC.

3.2 Hipotesis Penelitian

H1: Ada pengaruh KMC terhadap peningkatan berat badan pada BBLR.

BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah suatu cara yang digunakan untuk memecahkan masalah menurut keilmuan (Nursalam, 2003). Dalam bab ini akan diuraikan tentang: desain penelitian, populasi dan sampel, variabel penelitian, definisi operasional, instrumen atau bahan, waktu dan tempat, prosedur pengumpulan data, kerangka operasional dan analisis data.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan suatu strategi penelitian yang mengidentifikasi permasalahan sebelum perencanaan akhir pengumpulan data dan digunakan untuk mengidentifikasi struktur dimana penelitian dilaksanakan (Nursalam, 2003). Penelitian ini merupakan penelitian *Pra-Eksperimen* menggunakan rancangan *pra post test design* dalam satu kelompok (*one group pra test post test design*). Penelitian ini digunakan untuk menjelaskan pengaruh KMC terhadap peningkatan berat badan BBLR dengan cara kelompok subjek yang mendapatkan perlakuan diobservasi sebelum dilakukan intervensi dan setelah dilakukan intervensi.

Tabel 4.1 Rancangan penelitian Pengaruh *Kangaroo Mother Care* terhadap Peningkatan Berat Badan BBLR dapat digambarkan sebagai berikut:

Subjek	<i>Pra Test</i>	Perlakuan	<i>Post Test</i>
K	O <i>Time 1</i>	I <i>Time 2</i>	O1 <i>Time 3</i>

Keterangan:

K : Subjek (Ibu dan BBLR).

- O : Observasi sebelum intervensi KMC (Observasi berat badan BBLR).
- I : Intervensi KMC (*skin to skin contact*) dilakukan secara terus menerus setiap hari minimal 2-3 jam selama 2 minggu.
- O1 : Observasi sesudah intervensi KMC (Observasi berat badan BBLR).

4.2 Populasi, Sampel dan Sampling.

4.2.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas subyek atau obyek yang mengalami kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2010). Pada penelitian ini yang digunakan sebagai populasi adalah jumlah BBLR yang dirawat di Ruang Perinatologi RSUD Ende Prop. NTT, yang berumur 0-28 hari yang menjalani rawat inap pada bulan Desember 2011. Rerata BBLR yang dirawat dalam sebulan didapatkan dari perhitungan jumlah BBLR yang dirawat selama tiga bulan yakni bulan Juni 23 BBLR, bulan Juli 30 BBLR dan bulan Agustus 16 BBLR. Total jumlah BBLR per tiga bulan sebesar 69 BBLR, sehingga rerata perbulan 22 BBLR.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian populasi yang terjangkau dan dapat dipergunakan sebagai subyek (Nursalam, 2008). Sampel penelitian ini adalah ibu dan BBLR yang berumur 0-28 hari yang menjalani rawat inap di Ruang Perinatologi RSUD Ende Propinsi NTT. Dalam pemilihan sampel peneliti menetapkan kriteria sampel sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi

Kriteri Inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2008). Kriteria Inklusi pada penelitian ini adalah:

- 1) BBLR umur 0-28 hari.
- 2) Berat badan bayi 1000- < 2500 gram.
- 3) *Apgar Score*: 7-10
- 4) Kondisi bayi sudah stabil (suhu bayi stabil, refleks isap, koordinasi isap dan menelan yang baik, gerak tangis cukup, napas spontan dan tidak sianosis).
- 5) Ibu post partum spontan dan dalam kondisi sehat.
- 6) Ibu post partum *sectio caesaria* (SC) dapat melakukan KMC pada hari ke-2 *post operasi*.
- 7) Kesiapan dan keikutsertaan orangtua

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria Eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena penyebab tertentu (Nursalam, 2008). Kriteria Eksklusi pada penelitian ini adalah:

- 1) BBLR dengan Kelainan kongenital (*labioskizis, palatoskizis*).
- 2) BBLR dengan komplikasi (sepsis dan ikterus).
- 3) BBLR dengan perawatan khusus (dipasang Ventilator, nasal CPAP, oksigen nasal, *head box*, dan bayi yang sedang di fototerapi).
- 4) Ibu post partum yang belum keluar ASI.
- 5) Ibu BBLR dengan penyakit kulit.

4.2.3 Sampling

Sampling adalah suatu cara yang ditetapkan peneliti untuk menentukan atau memilih sejumlah sampel dari populasinya, agar hasil penelitian yang dilakukan pada sampel dapat mewakili populasinya. Pada penelitian ini menggunakan *Nonprobability sampling* dengan metode *purposive sampling* yaitu teknik penetapan sampel sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang dikenal sebelumnya (Darma, 2011).

4.2.4 Besar Sampel

Besar sampel adalah banyaknya anggota yang akan dijadikan sampel (Notoatmojo, 2005). Besar sampel yang digunakan peneliti adalah semua anggota populasi yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel.

4.3.1 Variabel Penelitian.

Independen adalah variabel yang dalam penelitian tidak tergantung pada variabel lain. Pada penelitian ini variabel independen adalah KMC. Sedangkan variabel dependen adalah variabel yang nilainya tergantung pada variabel lain. Variabel Dependen dalam penelitian ini adalah peningkatan berat badan BBLR.

4.3.2 Definisi Operasional

Menjelaskan semua variabel dan istilah yang digunakan dalam penelitian secara operasional, sehingga mempermudah pembaca dalam mengartikan makna penelitian (Nursalam, 2008).

Tabel 4.2 Definisi Operasional Penelitian Pengaruh *Kangaroo Mother Care* terhadap Peningkatan Berat Badan BBLR

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Independen: <i>Kangaroo Mother care</i>	Suatu metode perawatan dengan melakukan kontak langsung antara kulit ibu dengan kulit bayi dalam keadaan telanjang dan diberi ASI secara eksklusif dilakukan minimal 2-3 jam perhari, selama dua minggu.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ibu memakai baju yang ringan dan longgar serta kancing depan. 2) Ibu menyiapkan selendang kanguru 3) Ibu menyiapkan topi bayi 4) Ibu mempersiapkan daerah bersih dengan mandi, cuci tangan dan memakai pakaian bersih. 5) Kuku dan tangan ibu bersih. 6) Ibu membuka pakaian bayi kecuali popok atau pempers. 7) Ibu tidak memakai BH selama KMC. 8) Ibu memasukan dan mengeluarkan bayi dari selendang kanguru dengan memegang bayi, satu tangan diletakkan dibelakang leher sampai punggung bayi. 9) Ibu menempatkan tangan lainnya dibawah pantat bayi. 10) Ibu meletakkan bayi diantara payudara dengan posisi tegak, posisi bayi seperti kodok, dan dada bayi menempel kedada ibu. 11) Ibu mengfiksasi bayi dengan selendang yang meliputi badan sampai kepala bayi setinggi batas telinga, selendang melingkari pinggang ibu dan ibu menopang bayi dari bawah. Ibu memastikan kembali kain terikat erat pada bagian dada bukan pada bagian perut ibu. 	<i>Check list</i>	-	-

		<p>12) Ibu memalingkan kepala bayi kesisi kiri atau kanan dan sedikit tengadai agar saluran napas tetap terbuka dan memungkinkan kontak mata antara ibu dan bayi.</p> <p>13) Ibu menopang bagian bawah rahang bayi dengan ibu jari dan jari-jari lainnya agar kepala bayi tidak tertekuk dan tidak menutupi saluran napas ketika bayi berada pada posisi tegak.</p> <p>14) Ibu mengenakan kembali baju untuk menutupi bayi</p> <p>15) Ibu dapat beraktifitas dengan bebas, berdiri, duduk dan berjalan.</p> <p>16) Ibu dapat mengenal tanda-tanda bahaya yang telah diajarkan antara lain: bayi sulit bernapas, merintih, menangis sangat pelan dan lambat serta kulit bayi teraba dingin.</p> <p>17) Ibu melakukan KMC paling sedikit 2-3 jam/hari.</p> <p>18) Ibu menyusui bayi,tanpa mengeluarkan bayi dari posisi KMC.</p>			
<p>Dependen: Peningkatan Berat Badan BBLR.</p>	<p>Kenaikan berat badan BBLR dari berat badan sebelum diberikan KMC selama 2 minggu.</p>	<p>Selisih pengukuran berat badan BBLR dari sebelum diberikan KMC pada hari ke-1 dan sesudah diberikan KMC pada hari ke-15.</p>	<p>Timbangan berat badan bayi</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Kategori :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sangat Meningkat = bila kenaikan berat badan mencapai 67-100%. -Cukup meningkat = bila kenaikan berat badan mencapai 34-66%. -Kurang meningkat = bila kenaikan berat badan mencapai $\leq 33\%$.

4.4 Bahan Penelitian.

Bahan penelitian untuk pengumpulan data dalam penelitian ini yaitu dengan menggunakan lembar observasi, lembar *chek list*, lembar kuesioner, peralatan kanguru, timbangan bayi merk *One Med*, SAP KMC dan SOP.

1. Peralatan Kanguru.

Fasilitas dan peralatan yang diperlukan untuk melakukan KMC adalah *support binder* (ikatan/pemalut/selendang kanguru) penahan bayi agar dapat berada terus pada posisi KMC, pakaian bayi hanya popok atau diapers, kaus kaki dan topi bayi. Bayi tidak menggunakan baju agar terjadi sentuhan langsung kulit bayi dengan kulit ibu. Sehubungan dengan inventaris selendang kanguru yang dimiliki oleh Ruang Perinatologi RSUD Ende hanya 4 buah maka untuk responden yang tidak mendapatkan, menggunakan selendang tenunan yang dibawa dari rumah responden tersebut.

2. Timbangan Bayi merk *One Med*.

Alat yang digunakan untuk mengukur berat badan khusus timbangan neonatus yang sudah ditera sesuai petunjuk. Sebelum mengukur berat badan mengatur skala sampai angka nol dengan kain atau kertas di atasnya, kemudian bayi diletakan diatas timbangan dengan pakaian seminimal mungkin. Membaca skala timbangan sampai 5-10 gram terdekat kemudian memasukan hasil timbangan dalam lembar observasi. Alat timbangan ini digunakan untuk pengukuran berat badan BBLR sebelum diberikan KMC yakni pada hari ke-1 dan hari ke-15 setelah diberikan KMC.

3. Lembar Kuesioner.

Kuesioner adalah sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden tentang data demografi. Kuesioner yang dipakai adalah kuisisioner tertutup dimana jawaban sudah disiapkan, responden memilih sesuai dengan keadaan.

4. SAP KMC

Satuan acara penyuluhan digunakan dalam memberikan penyuluhan tentang KMC pada responden yaitu dengan menggunakan metode ceramah diskusi, demonstrasi serta memberikan *leaflet* KMC pada responden. Metode ini merupakan suatu cara dalam menerangkan dan menjelaskan suatu ide, pengertian atau pesan secara lisan kepada sekelompok sasaran sehingga memperoleh informasi tentang KMC dan cara melakukan KMC. Penyuluhan tentang KMC ini diberikan pada responden sebelum melakukan tindakan KMC. Pemberian penyuluhan ini bertujuan agar responden mampu menjelaskan, memahami serta dapat melakukan KMC secara mandiri.

5. Standar Operasional Prosedur (SOP) KMC.

Standar operasional prosedur adalah merupakan suatu pedoman atau acuan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kinerja instansi baik pemerintahan maupun swasta berdasarkan indikator-indikator teknis, administratif dan prosedural sesuai dengan tata kerja, prosedur kerja dan sistem kerja pada unit kerja yang bersangkutan. Tujuan SOP adalah menciptakan komitmen mengenai apa yang dikerjakan oleh satuan unit kerja suatu instansi untuk mewujudkan hasil sesuai harapan (Atmoko, 2002). Pada penelitian ini, peneliti membuat SOP tentang KMC dan SOP penimbangan

berat badan BBLR yang digunakan sebagai pedoman dalam memberikan intervensi.

6. Lembar Observasi.

Observasi atau yang disebut juga dengan pengamatan merupakan suatu kegiatan pemuatan perhatian terhadap suatu obyek. Dalam proses observasi, *observer* atau pengamat menimbang berat badan BBLR sebelum perlakuan (hari ke-1) dan sesudah perlakuan (hari ke-15) dengan menggunakan timbangan bayi merk *One Med*, dilakukan pada jam pengukuran yang sama kemudian mengisi hasil pengukuran berat badan pada lembar tersebut.

7. Lembar *Chek list*.

Chek list adalah daftar pengecek atau daftar variabel yang akan dikumpulkan datanya. Pengamat memberikan nilai atau skor pada pemunculan gejala atau ciri dari sasaran pengamatan yang dimaksud. Adapun lembar *chek list* yang dimaksud berisi tentang persiapan KMC, pelaksanaan KMC dan pemantauan bayi selama KMC yang terdiri atas 18 item.

4.5 Instrumen Penelitian.

Instrumen adalah alat ukur atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih muda, lebih cermat, lengkap dan sistematis sehingga lebih mudah diolah (Arikunto, 2006). Pada variabel independen KMC menggunakan *check list* sebagai panduan pengamatan KMC. Pada variabel dependen peningkatan berat badan BBLR menggunakan instrumen berupa alat timbangan bayi neonatus *merck one med* untuk mengukur berat badan BBLR sebelum dan sesudah diberikan KMC.

4.6 Lokasi dan Waktu penelitian.

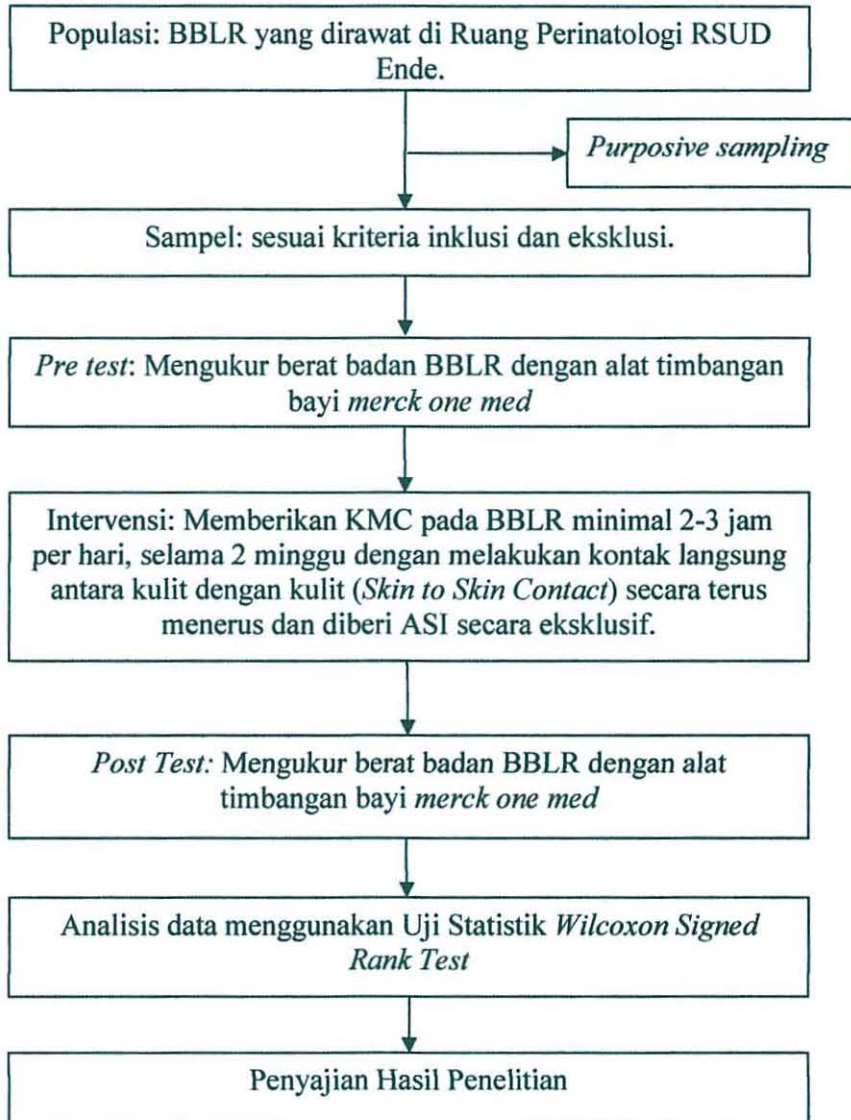
Penelitian dilakukan di Ruang Perinatologi RSUD Ende Propinsi NTT. Waktu penelitian dilakukan mulai tanggal 01-20 Desember 2011.

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Setelah mendapatkan ijin dari bagian akademik FKP UNAIR untuk mengadakan penelitian, sesuai dengan birokrasi yang ada di kabupaten Ende, maka peneliti langsung ke Dinas Kesatuan Bangsa Politik dan Perlindungan Masyarakat untuk meminta ijin penelitian di RSUD Ende. setelah mendapatkan surat ijin, peneliti menemui Direktur RSUD Ende , untuk mendapatkan ijin melakukan penelitian di Ruang Perinatologi, selanjutnya peneliti berkoordinasi dengan kepala ruangan dan dokter yang merawat untuk menentukan populasi yang akan diteliti yaitu BBLR yang dirawat di Ruang Perinatologi RSUD Ende. Setelah itu peneliti menentukan sample sesuai kriteria inklusi dan eksklusi dengan menggunakan tehnik *purposive sampling*. Pada H-1 peneliti meminta ijin responden untuk pengisian surat persetujuan (*inform consent*) serta data demografi dan dilanjutkan dengan memberikan penyuluhan tentang KMC, demonstrasi dan pembagian leaflet. Pada hari H jam 6 pagi peneliti mengukur berat badan BBLR sesuai dengan SOP yang telah dibuat dengan menggunakan timbangan bayi, kemudian hasil penimbangan diisi dalam lembar observasi yang telah disiapkan. Kemudian dilanjutkan dengan pemberian intervensi KMC minimal 2-3 jam dan diberi ASI secara eksklusif. Masing-masing responden dilakukan intervensi selama 2 minggu dan dipantau dengan menggunakan *check list* yang ada baik oleh peneliti maupun oleh perawat ruangan yang berkompoten yakni perawat yang telah mengikuti pelatihan dan memiliki sertifikat PONEK. Pada hari ke 15

dilakukan pengukuran berat badan pada jam 6 pagi dan menggunakan timbangan yang sama dan tetap berpedoman pada SOP yang ada. Hasil penimbangan ditulis dalam lembar observasi. Setelah data terkumpul, dikelompokkan, data tersebut dianalisis dengan menggunakan uji statistik *Willcoxon Signed Rank Test*.

4.8 Kerangka Operasional.



Gambar 4.1 Kerangka Operasional penelitian Pengaruh *Kangaroo Mother Care* terhadap Peningkatan Berat Badan BBLR.

4.9 Analisis Data

Analisa data merupakan suatu proses analisis yang digunakan secara sistematis terhadap data yang telah dikumpulkan. Peneliti mengolah data yang terkumpul dan melakukan penilaian pada masing-masing hasil pengukuran. Setelah data terkumpul, maka dilakukan pengolahan data melalui tahapan sebagai berikut:

1. *Editing*

Pada tahap ini penulis melakukan pemeriksaan terhadap data yang diperoleh kemudian diteliti apakah terdapat kekeliruan dalam pengisiannya, sudah terisi lengkap atau belum.

2. *Coding*

Setelah dilakukan *editing* selanjutnya penulis memberikan kode tertentu pada tiap-tiap data sehingga memudahkan dalam melakukan analisa data. Kriteria sangat meningkat diberi kode 3, kriteria cukup meningkat diberi kode 2 dan kriteria kurang meningkat diberi kode 1. Kriteria tersebut didapatkan dari perhitungan secara manual dari rumus:

$$P = f / n \times 100\%$$

Keterangan:

P = Persentase kenaikan berat badan

f = Selisih berat badan (berat badan akhir – berat badan awal)

n = Total kenaikan berat badan Normal pada bayi 15 gram/hari (selama 14 hari)

Sedangkan dalam penentuan kategori penelitian dinilai dengan menggunakan metode persentasi sebagai berikut:

67-100% = Sangat meningkat

34-66% = Cukup meningkat

$\leq 33\%$ = Kurang meningkat

3. *Processing*

Pada tahap ini, hasil pengukuran berat badan yang sama dikelompokkan dengan teliti dan teratur, lalu data tersebut dimasukan ke komputer.

4. *Cleaning*

Pengecekan data kembali di komputer untuk mengetahui adanya kesalahan data (*missing data*).

Setelah data terkumpul, dikelompokkan, tabulasi data kemudian dianalisis dengan menggunakan analisis univariat dan bivariat.

1. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menggambarkan karakteristik responden. Analisis univariat dibagi atas 2 yaitu data numerik dan data kategorik. Data numerik terdiri dari data interval dan rasio, sedangkan data kategorik terdiri dari data nominal dan ordinal. Dalam penelitian ini yang termasuk data numerik adalah berat badan lahir BBLR, sedangkan data kategorik adalah usia ibu, usia gestasi, pendidikan ibu, riwayat mempunyai BBLR sebelumnya, dan jenis kelamin BBLR. Setelah data dikelompokkan, data tersebut dihitung untuk mendapatkan nilai mean, median, standar deviasi, distribusi frekuensi dan prosentase.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk menerangkan pengaruh antara kedua variabel. Untuk menentukan pengaruh KMC terhadap peningkatan berat badan BBLR maka digunakan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test*. Dalam

penelitian ini akan diterapkan *pre-post test* terhadap sampel untuk skala data ordinal dan tingkat kemaknaan $\alpha \leq 0,05$ artinya jika hasil uji statistik menunjukkan $\alpha \leq 0,05$, maka ada pengaruh yang signifikan antara variabel independen dan variabel dependen. Dalam penelitian ini menggunakan perangkat lunak komputer dengan sistem SPSS 16 *for windows release* agar uji statistik yang diperoleh lebih akurat (Arikunto, 2006).

4.10 Masalah Etik (*Ethical Clearance*)

4.10.1 Lembar Persetujuan Untuk Melakukan Penelitian

Peneliti memakai subyek penelitian yaitu ibu dan BBLR usia 0-28 hari yang dirawat di Ruang Perinatologi RSUD Ende Propinsi NTT yang sesuai dengan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Peneliti mendapat rekomendasi dari FKp UNAIR dan permohonan ijin untuk melakukan penelitian di Ruang Perinatologi RSUD Ende Propinsi NTT, maka sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan yang ditujukan kepada Direktur RSUD Ende Propinsi NTT untuk mendapatkan persetujuan melakukan penelitian di ruang Perinatologi. Setelah mendapatkan persetujuan, penelitian dilakukan dengan menekankan etika penelitian.

4.10.2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lembar persetujuan diberikan pada ibu BBLR yang merupakan subyek penelitian. Tujuannya adalah agar responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang akan terjadi selama penelitian. Jika responden bersedia maka responden menandatangani lembar persetujuan tersebut. Jika responden menolak untuk diteliti maka peneliti menghormati hak responden.

4.10.3 *Anonimity*

Nama subyek tidak dicantumkan pada lembar pengumpul data. Untuk mengetahui keikutsertaan responden, peneliti menuliskan kode atau nomor pada masing-masing lembar pengumpul data.

4.10.4 *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijaga kerahasiaannya oleh peneliti, dengan hanya menyajikan kelompok data yang relevan sebagai hasil riset tanpa mengungkap sumber informasi secara perorangan.

4.10.5 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan adalah suatu yang mungkin mengurangi kesimpulan secara umum dalam suatu penelitian (Nursalam, 2003). Keterbatasan yang dihadapi pada saat penelitian ini adalah:

1. Desain penelitian

Desain *pra-eksperimen* tanpa menggunakan kelompok kontrol kurang dapat membandingkan hasil dari perlakuan.

2. *Sampling*

Penelitian dengan menggunakan *purposive sampling* tidak dapat digeneralisasikan karena berdasarkan keinginan peneliti untuk menentukan sample yang diambil.

3. Instrumen dan alat ukur

Kesalahan dapat terjadi pada saat pengukuran sehingga mempengaruhi akurasi dan validitas pengukuran. Kesalahan ini dapat terjadi karena

analisis dan asumsi yang keliru serta ketidaktepatan saat membaca hasil pengukuran.

4. Keterbatasan waktu

Waktu penelitian terbatas sehingga hasil yang didapatkan kurang optimal.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Bab ini akan menguraikan hasil dan pembahasan tentang Pengaruh *Kangaroo Mother Care* (KMC) terhadap Peningkatan Berat Badan pada BBLR di Ruang Perinatologi RSUD Ende Propinsi NTT yang dilaksanakan pada 01- 20 Desember 2011. Pengumpulan data penelitian meliputi gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik responden dan variabel yang diukur meliputi berat badan BBLR sebelum dan sesudah diberikan KMC. Selanjutnya dilakukan pembahasan dari data yang didapat selama penelitian.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Tempat penelitian yang dipilih oleh peneliti adalah Rumah Sakit Umum Daerah Ende Propinsi NTT yang terletak di kelurahan Puupire, kecamatan Ende Timur. RSUD Ende merupakan RS tipe C yang penyelenggara dan pengelolaannya dilakukan oleh pemerintahan daerah setempat. RSUD Ende juga merupakan satu-satunya RS yang ada di Ende, yang mempunyai tugas dan fungsi sebagai RS pelayanan, pendidikan dan penelitian dan pusat rujukan dari puskesmas sekabupaten Ende maupun dari kabupaten Bajawa dan Nagekeo. RSUD Ende hanya mempunyai 2 instalasi pelayanan yaitu Rawat Inap dan rawat Jalan.

Ruang Perinatologi RSUD Ende terletak di belakang unit gawat darurat dan berdampingan dengan kamar bersalin. Ruang Perinatologi mempunyai 9 ruangan yang terdiri atas Ruang Perawatan Metode Kanguru, Ruang NICU, Ruang Bayi Infeksi, ruang bayi non infeksi, ruang tindakan, ruang laktasi, dapur

susu, spoelhook, kamar WC/mandi. Masing-masing ruangan memiliki westafel biasa dan tempat handuk kecil sekali pakai. Jumlah tempat tidur di Ruang Perinatologi RSUD Ende yakni 15 tempat tidur BOR 100%. Di ruang NICU terdapat 2 *incubator* dan 1 buah *infant warmer*, di ruang bayi non infeksi terdapat 6 buah tempat tidur termal, sedangkan di ruang Perawatan Metode Kanguru yang berukuran 3x3m dengan kapasitas 2-3 orang, terdapat poster Perawatan Metode Kanguru, satu pasang meja kursi untuk konsultasi dan meja khusus untuk meletakkan peralatan kanguru (selendang kanguru, thermometer, steteskop dan buku Perawatan Metode Kanguru) serta 1 buah tempat tidur dewasa. Pada kasus BBLR yang memerlukan perawatan lama, ibu BBLR dapat menempati Ruang Laktasi.

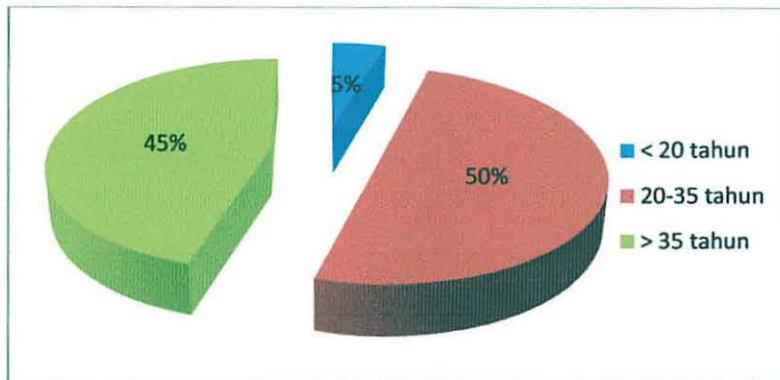
Ruang Perinatologi dipimpin oleh kepala ruangan 1 orang dan perawat pelaksana yang berjumlah 10 orang yang semuanya berpendidikan Diploma 3 Keperawatan. Perawat pelaksana yang telah mendapatkan pelatihan Penanganan Obstetrik Neonatologi Emergensi Kompherensif sebanyak 3 orang sedangkan yang lainnya belum mendapatkan pelatihan tersebut.

5.1.2 Karakteristik Responden

Pada karakteristik responden ini akan ditampilkan data demografi responden yakni karakteristik responden ibu dan karakteristik responden bayi.

1. Karakteristik Responden Ibu.

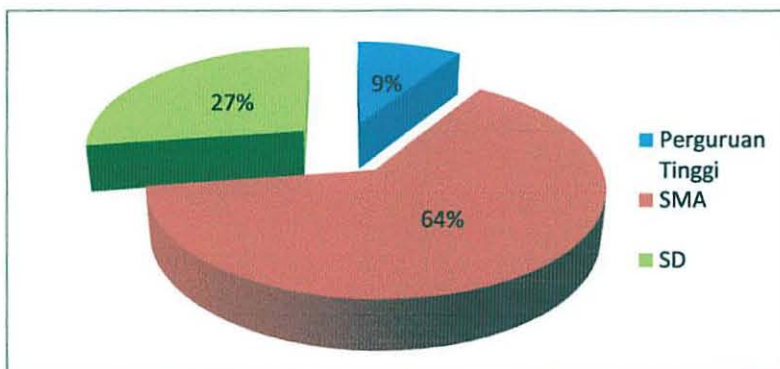
1) Umur Ibu.



Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan usia ibu di Ruang Perinatologi RSUD Ende Propinsi NTT bulan Desember 2011.

Berdasarkan gambar diatas dapat diketahui distribusi responden berdasarkan usia ibu menunjukkan bahwa usia terbanyak 20-35 tahun yakni 50% (11 orang) dan terendah < 20 tahun yakni 5% (1 orang).

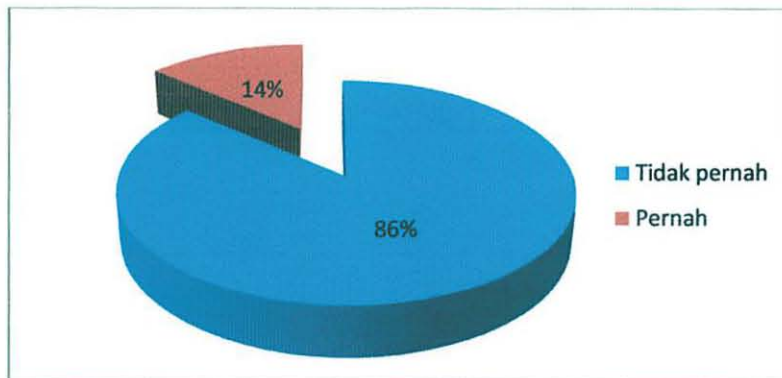
2) Pendidikan Ibu.



Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan pendidikan ibu di Ruang Perinatologi RSUD Ende Propinsi NTT bulan Desember 2011.

Berdasarkan gambar diatas menunjukkan bahwa responden ibu terbanyak berpendidikan SMA yakni 64% (14 orang) dan terendah Perguruan Tinggi yakni 9% (2 orang).

3) Riwayat mempunyai BBLR sebelumnya.

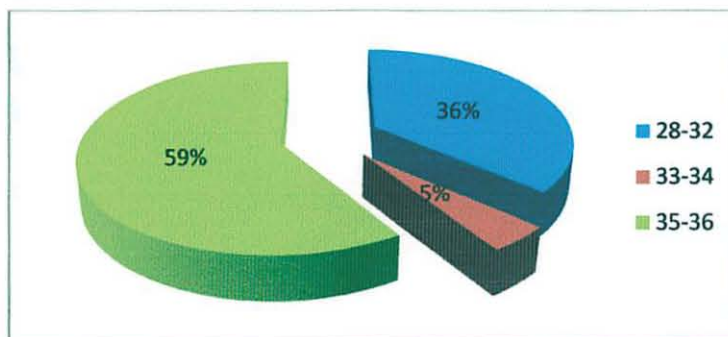


Gambar 5.3 Distribusi responden ibu berdasarkan pengalaman mempunyai BBLR sebelumnya di Ruang Perinatologi RSUD Ende Propinsi NTT bulan Desember 2011.

Berdasarkan gambar diatas menunjukkan responden ibu yang mempunyai BBLR sebelumnya sebesar 14% (3 orang) sedangkan 86% (19 orang) tidak pernah mempunyai BBLR sebelumnya.

2. Karakteristik Responden Bayi.

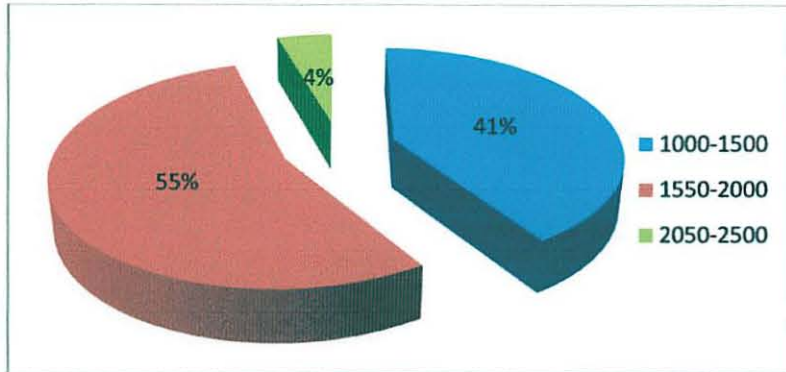
1) Usia Gestasi



Gambar 5.4 Distribusi responden berdasarkan usia gestasi di Ruang Perinatologi RSUD Ende Propinsi NTT bulan Desember 2011.

Berdasarkan gambar diatas dapat dijelaskan bahwa usia gestasi BBLR terbanyak 35-36 minggu sebesar 59% (13 bayi) dan ternyata ada BBLR yang usia gestasinya 28-32 minggu sebanyak 36% (8 orang).

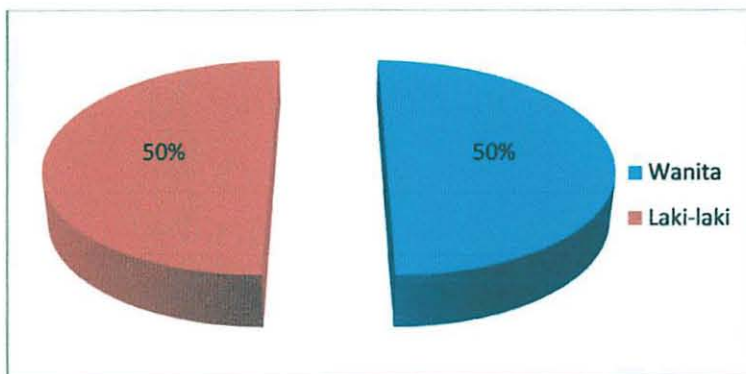
2) Berat badan bayi.



Gambar 5.5 Distribusi responden berdasarkan berat badan bayi di Ruang Perinatologi RSUD Ende Propinsi NTT bulan Desember 2011.

Berdasarkan gambar diatas dapat dijelaskan bahwa sebagian besar responden dengan berat badan sekitar 1550-2000 gram sebanyak 55% (12 orang). Namun ada BBLR yang memiliki berat badan sangat rendah sekitar 1000-1500 gram sebanyak 41% (9 orang).

3) Jenis Kelamin BBLR.



Gambar 5.6 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin bayi di Ruang Perinatologi RSUD Ende Propinsi NTT bulan Desember 2011.

Berdasarkan gambar diatas dapat dijelaskan bahwa bayi yang dilahirkan dengan jenis kelamin perempuan sebanyak 50% (11 bayi) dan jenis kelamin laki-laki sebanyak 50% (11 bayi).

5.1.3 Variabel yang Diukur

Pada bagian ini akan dibahas perbandingan hasil pengukuran berat badan sebelum dan sesudah pemberian KMC pada BBLR, hasil pengamatan KMC yang dilakukan oleh ibu dan jam mulai KMC sampai selesai KMC.

1. Perbandingan berat badan sebelum dan sesudah pemberian KMC

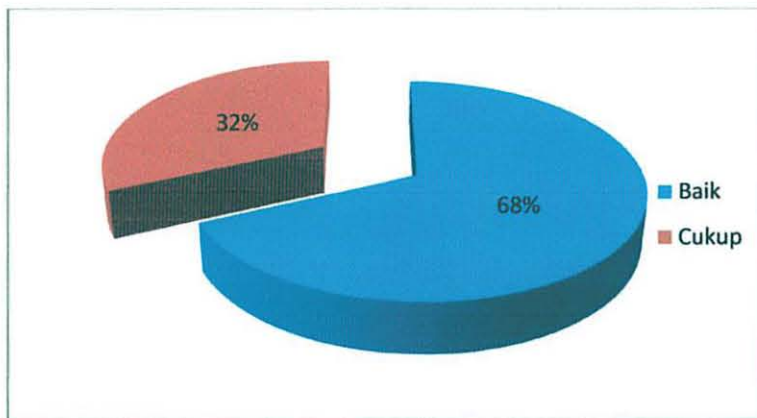
Tabel 5.1 Pengaruh KMC terhadap peningkatan berat badan pada BBLR sebelum dan sesudah pemberian KMC di Ruang Perinatologi RSUD Ende bulan Desember 2011

No	BB Awal (gram) (Pre) Hari 1	BB Akhir (gram) (Post) Hari ke-15	Selisih BB (gram)
01	1300	1600	300
02	1250	1600	350
03	1700	2030	330
04	2000	2490	490
05	1700	2050	350
06	1200	1300	100
07	1750	2110	360
08	1450	1750	300
09	1700	1900	200
10	1800	2260	460
11	1450	1650	200
12	1000	1075	75
13	1850	2000	150
14	1550	2010	460
15	1100	1270	170
16	1000	1250	250
17	1200	1350	150
18	1600	1900	300
19	1300	1550	250
20	1350	1790	440
21	1700	1900	200
22	1800	2100	300
Mean	1488,64	1769,77	281,14
SD	0,512	0,690	0,29
Wilcoxon Signed Rank Test	p = 0,001		

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa berat badan responden (BBLR) sebelum dilakukan pemberian KMC sekitar 1488,64 gram dengan berat badan tertinggi responden sebesar 2000 gram dan berat badan terendah responden sebesar 1000 gram. Setelah dilakukan KMC terjadi peningkatan berat badan

dengan rerata sekitar 281,14 gram. Peningkatan berat badan tertinggi sekitar 490 gram dan terendah sekitar 75 gram. Rerata berat badan responden (BBLR) setelah dilakukan KMC sekitar 1769,77 gram dengan peningkatan berat badan tertinggi sebesar 2490 gram. Hasil analisis statistik dengan *Wilcoxon Signed Rank Test* didapatkan nilai p sebesar 0,001 dimana α yang ditetapkan $\leq 0,05$ berarti terdapat pengaruh yang signifikan pemberian KMC terhadap peningkatan berat badan BBLR.

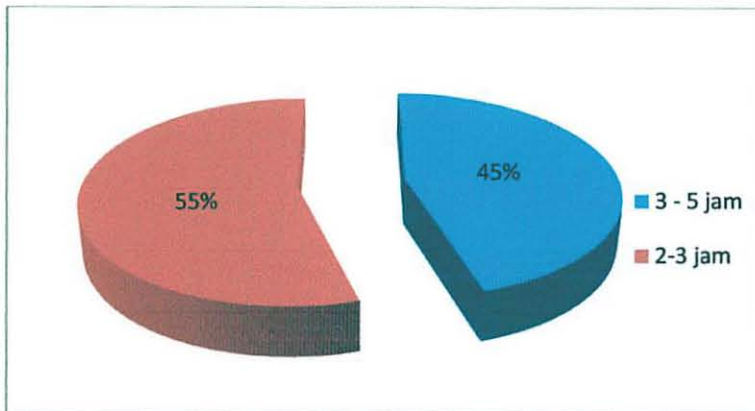
2. Hasil Pemantauan Pelaksanaan KMC.



Gambar 5.7 Pemantauan pelaksanaan KMC selama 14 hari di Ruang Perinatologi RSUD Ende Propinsi NTT bulan Desember 2011.

Berdasarkan gambar diatas menunjukkan bahwa selama 14 hari dilakukan KMC terdapat jumlah responden ibu 68% (15 orang) melakukan KMC dengan kriteria baik dimana ibu dapat melaksanakan 76-100% dari rangkaian kegiatan KMC yang terdiri atas 18 item mulai dari persiapan, pelaksanaan dan pemantauan bayi dalam KMC. Namun terdapat responden ibu 32% (7 orang) melakukan KMC dengan kriteria cukup dimana ibu hanya melaksanakan 51-75% dari seluruh rangkaian kegiatan KMC.

3. Jam mulai KMC sampai selesai KMC



Gambar 5.8 Distribusi responden berdasarkan jam mulai KMC sampai selesai KMC dalam sehari di Ruang Perinatologi RSUD Ende Propinsi NTT bulan Desember 2011

Berdasarkan gambar diatas menunjukkan bahwa jumlah responden yang melakukan KMC selama 3-5 jam sehari sebanyak 45% (10 orang), 2-3 jam sebanyak 55% (12 orang).

5.2 Pembahasan.

Berdasarkan hasil penelitian tentang berat badan sebelum diberikan intervensi KMC yang dilakukan pada 22 responden didapatkan bahwa rerata berat badan responden sekitar 1488,64 gram dengan berat badan tertinggi responden sebesar 2000 gram dan berat badan terendah sebesar 1000 gram. Menurut Surasmi (2002) klasifikasi BBLR berdasarkan berat badan waktu lahir dibagi atas 3 kelompok yaitu BBLR bayi yang lahir dengan berat badan 1500- < 2500, BBLSR yaitu bayi yang lahir dengan berat badan < 1500 gram, dan BBLER yaitu bayi yang lahir dengan berat badan < 1000 gram. Berdasarkan umur kehamilan menurut Wong (2009) klasifikasi BBLR terdiri atas Pre-term yaitu umur kehamilan kurang dari 37 minggu, Aterm umur kehamilan 37-42 minggu, dan

Post-term umur kehamilan lebih dari 42 minggu. Berdasarkan hasil penelitian diatas yakni rerata berat badan sebelum diberikan KMC 1488,64 gram, maka responden tersebut bila dilihat dari berat badan waktu lahir tergolong dalam BBLR dan BBLSR sedangkan bila dilihat dari umur kehamilan maka tergolong dalam kelompok Preterm. Terjadinya BBLR dapat dipengaruhi oleh faktor ibu, faktor janin, keadaan sosial ekonomi yang rendah dan pekerjaan yang melelahkan. Berdasarkan kondisi riil yang peneliti temukan di lapangan bahwa dari 22 responden diketahui kejadian BBLR disebabkan oleh faktor ibu, dimana 45% ibu berumur > 35 tahun, memiliki riwayat malaria sebagai penyakit penyerta, keadaan sosial ekonomi yang rendah yang menyebabkan status gizi ibu buruk sehingga berdampak pada bayi, pendidikan ibu responden 27% tamatan SD, ibu mempunyai riwayat BBLR sebelumnya 14% , sedangkan dilihat dari faktor janin yaitu kehamilan ganda, oligohidramnion dan ketuban pecah dini.

Setelah dilakukan pemberian intervensi KMC pada 22 responden terjadi peningkatan berat badan dengan rerata 281,14 gram dengan peningkatan berat badan tertinggi 490 gram. KMC adalah cara yang tepat untuk mempertahankan agar bayi kecil tetap hangat dan memperlancar pelaksanaan ASI yaitu dengan mengadakan kontak langsung antara kulit ibu dengan kulit bayi sehingga terjadi konduksi panas dari kulit ibu ke kulit bayi. KMC juga dapat meningkatkan ikatan ibu dengan bayi sehingga ibu lebih sayang pada bayinya, mempermudah pemberian ASI dan posisi bayi yang menempel didada ibunya mengakibatkan bayi mempunyai akses ke ibu untuk mendapatkan nutrisi (HTA & DEPKES RI, 2008). Hal ini menunjukkan bahwa KMC merupakan salah satu alternatif bagi perawatan BBLR karena dengan dilakukan KMC maka suhu bayi stabil, bayi

merasa tenang dan terlindungi sehingga bayi lebih sering ASI menyebabkan nutrisi bayi adekuat yang berdampak pada peningkatan berat badan. Peningkatan berat badan pada responden yang satu dengan yang lainnya akan berbeda karena dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain usia gestasi, pendidikan ibu, kemampuan dan lamanya ibu melakukan KMC.

Berdasarkan uji statistik *Willxocon Signed Rank Test* dengan tingkat kemaknaan $\alpha \leq 0,05$ didapatkan hasil $p = 0,001$ artinya ada pengaruh yang signifikan pemberian KMC terhadap peningkatan berat badan pada BBLR di Ruang Perinatologi RSUD Ende Propinsi NTT. Hal ini menunjukkan bahwa KMC sangat efektif dalam upaya meningkatkan berat badan pada BBLR karena KMC dapat memfasilitasi kedekatan bayi dan ibu dalam pemberian ASI.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini akan disajikan simpulan dan saran dari hasil penelitian tentang Pengaruh KMC terhadap Peningkatan Berat Badan BBLR di Ruang Perinatologi RSUD Ende.

Berdasarkan hasil yang telah diperoleh melalui pengumpulan data yang telah dilaksanakan di Ruang Perinatologi RSUD Ende pada tanggal 01-20 Desember 2011, maka dapat diambil simpulan dan saran sebagai berikut:

6.1 Simpulan

Berdasarkan tujuan, hasil dan pembahasan penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti, maka dapat diambil simpulan sebagai berikut:

1. Berat badan pada BBLR sebelum diberikan intervensi KMC keseluruhannya memiliki berat badan sekitar 1488,64 gram dengan berat tertinggi responden sebesar 2000 gram dan berat badan terendah sebesar 1000 gram.
2. Berat badan pada BBLR setelah diberikan intervensi KMC mengalami peningkatan berat badan dengan rerata sekitar 281,14 gram, dengan peningkatan tertinggi sebesar 490 gram dan yang terendah sebesar 75 gram.
3. Pemberian intervensi KMC berpengaruh terhadap peningkatan berat badan pada BBLR karena KMC dapat memfasilitasi kedekatan bayi dan ibu dalam pemberian ASI.

6.2 Saran

Berdasarkan simpulan yang telah diuraikan diatas, maka saran yang dapat diberikan antara lain:

1. Bagi orang tua BBLR hendaknya selalu memperhatikan kondisi bayi mulai dari pemberian ASI sampai dengan kehangatan dan kasih sayang. Orangtua harus mempunyai kesadaran dari dalam diri untuk melakukan KMC, sehingga KMC bukan merupakan paksaan dari petugas kesehatan melainkan kemauan dari ibu sendiri untuk melakukan KMC, karena KMC akan dilanjutkan di rumah.
2. Petugas Ruang Perinatologi RSUD Ende Propinsi NTT perlu meningkatkan dukungan, rasa tanggung jawab untuk secara rutin menjalankan KMC, pengawasan atau pemantauan kepada ibu dan keluarga dalam melakukan KMC yang dikombinasi dengan pemberian ASI secara eksklusif.
3. Pada penelitian selanjutnya perlu diteliti pengaruh lama KMC terhadap peningkatan berat badan BBLR.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Agudelo, AC, et al, 2003, '*Kangaroo Mother Care to Reduce Morbidity and Mortality in Low Birth Weight Infants*', diakses 09 Oktober 2011, <http://spingerlink.com>.
- Arikunto, S 2006, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Asrinah, et al, 2010, *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*, Graha Ilmu, Yogyakarta, hal 133-149.
- Behrman, RE & Kliegman, RM 2010, *Esensi Pediatri Nelson*, Edisi 4, EGC, Jakarta, hal 194-222.
- Bill & Gates, M 2004, '*KMC Clinicall Practice Guidelines*', hal. 1-11, diakses 09 Oktober 2011, <http://www.kmc india.org>.
- Calais, E et al, 2010, '*Skin-to-skin Contact of Fullterm Infants:an Explorative Study of Promoting and Hindering Factors in Two Nordic Childbert Settings*', hal 1080-1090, diakses 10 Oktober 2011, <http://www.ebscohost.com>.
- Darma, K 2011, *Metodologi Penelitian Keperawatan: Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*, Trans Info Media, Jakarta, hal 110.
- DEPKES RI 2003, *Manajemen Masalah Bayi Baru Lahir untuk Dokter, Bidan & Perawat di RS*, Jakarta, hal 106-140.
- DEPKES RI 2008, *Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah dengan Metode Kanguru*, Jakarta.
- Ferber, SG & Makhoul, IR 2004, '*The Effect of Skin-to-skin Contact (Kangaroo Care) Shortly After Birth on the Neurobehavioral Respons of the Therm Newborn : A Randomized,Controlled Trial*', vol. 4, hal 113;858-865, diakses 09 Oktober 2011, <http://www.pediatrics.org>.
- Hidayat, A 2005, *Pengantar Ilmu Keperawatan*, Salemba Medica, Jakarta, hal 189-191.
- Hidayat, AA 2009, *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*, Salemba Medica, Jakarta.
- Koldewijin, K, et al, 2008, '*A Neurobehavioral Intervention and Assessment Program in Very Low Birth Weight Infants : Outcome at 24 Months*' hal.519-684 diakses 09 Okteber 2011, <http://www.pediatrics.org>.

- Krisnadi, SR, Effendi, JS & Pribadi, A 2009, *Prematuritas*, Rafika Aditama, Bandung, hal 1-61.
- Lewellyn & Jones 2001, *Dasar-dasar Obstetri dan Ginekologi*, Hipocrates, Jakarta, hal 202-204.
- Liewellyn, DJ 1995, *Dasar -Dasar Obstetri dan Ginekologi*, Edisi 6, Hipocrates, Jakarta, hal 202-204.
- Ludwig & Patricia, W 2006, *Buku Saku Asuhan Ibu dan Bayi baru Lahir*, edisi 5, EGC, Jakarta, hal 211.
- Muslihatun, WN 2010, *Asuhan neonatus Bayi dan Balita*, Fitramaya, Yogyakarta, hal 100-206.
- Nagai, S et al, 2009, '*Earlier Versus Later Continuous Kangaroo Mother Care for Stable Low-Brth-Weight Infants: a Randomized Controlled Trial*', hal 827-835, diakses 10 Oktober 2011, <http://www.ebscohost.com>. Notoatmodjo, S 2005, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Nolan, M 2004, *Kehamilan dan Melahirkan*, Arcan, Jakarta, hal 179.
- Notoatmodjo, 2003, *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Nursalam, 2008, *Konsep dan penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian*, Salemba Medika, Jakarta, hal 16-21.
- Nyqvist, KH et al, 2010, '*State of the art Recommendations Kangaroo Mother Care: Application in a High-tech Enviroment*', hal 812-819, diakses 10 Oktober 2011, <http://www.ebscohost.com>.
- Proverawati, A & Ismawati, C 2010, *Berat Badan lahir Rendah*, Yuha medica, Yogyakarta, hal 1-80.
- Rosenberg, RE et al, 2008, '*Simplified Age-Weight Mortality Risk Classification for Very Low Birth Weight Infants in Low Resource Settings*', hal. 153;519-524, <http://www.padiatrics.org> Saunders, WB 2001, *Penatalaksanaan Neonatus Resiko Tinggi*, EGC, Jakarta, hal 100-110.
- Santrock, JW 2007, *Perkembangan Anak*, Erlangga, Jakarta, hal 142-145.
- Schub, Caple, C & Pravikoff, D 2011, '*Kangaroo Care: Family Educational and Training*' Skill Competency cheklist. Cinahl Nursing Guide, diakses 09 Oktober 2011, <http://www.ebscohost.com>.
- Setiawan, A et al, 2005, '*Pelaksanaan Metode Kanguru pada Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah*', *Nursing Journal of Padjajaran university*, Fkp.UP, Bandung, vol.7 no.XIII Oktober 2005-Februari 2006, hal 55-60.

- Smith, N, Caple, C & Pravikoff, D 2011 '*Kangaroo Care : Family Educational and Training*', Cinahl Nursing Guide, diakses 09 Oktober 2011, <http://www.ebscohost.com>.
- Smith, N, Caple, C & Pravikoff, D 2011, '*Kangaroo Care : Family Education and Training*' *Nursing Reference Center*, diakses 09 Oktober 2011, <http://Ebschos.com>.
- Smith, N, Grose & Pravikoff, D 2011 '*Hypothermia Management: Neonate and Infant*' Cinahl Nursing Guide, diakses 10 Oktober 2011, <http://www.ebscohost.com>.
- Sudarti & Choirunnisa, E 2010, *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi dan anak Balita*, Yuha Medica, yogyakarta, hal 1-66.
- Supariasa, IDN, Bakri, B & Fajar, I 2002, *Penilaian Status Gizi*, EGC, Jakarta, hal 39-42.
- Suradi, R & Djauhariah, AM 2000, *Paket Kursus Penanganan neonatus, Perinasia*, Semarang, hal 1-32.
- Surasmi, A, Handayani, S & Kusuma, NH 2003, *Perawatan Bayi Risiko Tinggi*, EGC, Jakarta, hal 1-56.
- Tessier, R et al, 2009, '*Kangaroo Mother Care, Home Enviroment and father Involvement in the First Year of Life: a Randomized Controlled Study*', hal 1444-1450, diakses 10 Oktober 2011, <http://www.ebscohost.com>.
- Tomey, AM & Alligood, MR 2006, *Nursing Theorists and their Work*, Seventh Edition, Mosby, Greenville, North Carolina, hal 605-621.
- Venes & Tabers, 2009 '*Weight*', *Cyclopedic Medical Dictionary*' 21 st ed. Januari 1, 2009, diakses 09 Oktober 2011, <http://www.ebscohost.com>.
- WHO 2003, *Buku Saku Manajemen Masalah Bayi Baru Lahir: Panduan Untuk Dokter, Perawat, Bidan*, EGC, Jakarta, hal 33-47.
- WHO 2003, *Departemen of Reproductive Health and Research, Kangaroo Mother Care A Practical Guide*, 1 st ed. Genewa.
- Wilkinson, JM 2000, *Buku Saku Diagnosis Keperawatan dengan Intervensi NIC dan Kriteria hasil NOC*, edisi 7, EGC, Jakarta, hal 675-676.
- Wong, DL, et all 2009, *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*, edisi 6, volume 1, EGC, Jakarta, hal 286-291

LAMPIRAN



IR PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
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

Surabaya, 28 November 2011


Nomor : 1786 /H3.1.12/PPd/2011
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa PSIK – FKP Unair**

Kepada Yth.
Direktur RSUD Ende
di –
Tempat

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Maria Dolores Dari
NIM : 131011183
Judul Penelitian : Pengaruh Kangaroo Mother Care (KMC) Terhadap Peningkatan Berat Badan Bayi Berat Lahir Rendah di Ruang Perinatologi RSUD Ende Prop. NTT

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Plh. Wakil Dekan I
Wakil Dekan III

Yulis Setiya Dewi, S.Kep.,Ns.,M.Ng
NIP. 197507092005012001

Tembusan:

1. Kepala Ruang Perinatologi RSUD Ende
2. Kepala Kesbanglinmas Kab. Ende

PEMERINTAH KABUPATEN ENDE
IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
**BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
(KESBANGPOLLINMAS)**

Jl. Durian No. ☎ (0381) 21037 Ende – Flores

**SURAT KETERANGAN / REKOMENDASI
UNTUK MENGADAKAN PENELITIAN**

Nomor : BKPPM.1830/IV/02/XII/2011

Dasar : Surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Nomor :1786/H3.1.12/PPd/2011 Tanggal 28 Nopember 2011 Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Mahasiswa PSIK-FKP Unair.

Dasar Hukum : 1. Undang-undang Nomor : 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah.
2. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor : 72 Tahun 1991 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Dalam Negeri.
3. Surat Kawat Menteri Dalam Negeri Nomor : SD.6/2/12/1972 Tanggal 5 Juli 1972.
4. Surat Kawat Menteri Dalam Negeri Nomor : 1270/Sospol/D.IV/X/1980 Tanggal 21 Oktober 1980, tentang Pengawasan Terhadap Orang Asing.
5. Peraturan Pemerintah Nomor 84 Tahun 2000 Tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah.
6. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2001 Tentang Pembinaan dan Penguasa Atas Penyelenggaraan Pemerintah Daerah.
7. Peraturan Daerah Kabupaten Ende Nomor 7 Tahun 2008 Tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah.

Isi : Rencana Proposal Penelitian, yang diajukan oleh yang bersangkutan pada Bulan Desember 2011.

Hasil : Bahwa dapat diberikan izin untuk mengadakan penelitian:

Nama : **Maria Dolores Dari**
Lembaga : Unair Surabaya
Fakultas : Keperawatan
Prodik : Ilmu Keperawatan
Pekerjaan : Mahasiswi
Kebangsaan : Indonesia

Judul : **" Pengaruh Kangaroo Mother Care (KMC) Terhadap Peningkatan Berat Badan Bayi Berat Lahir Rendah di Ruang Perinatologi RSUD Ende Prop. NTT".**

Tempat Penelitian : RSUD Ende

Lamanya : 2 Minggu TMT Surat Pemberitahuan ini dikeluarkan

Pengikut : ---

Penanggung Jawab : Dekan Fakultas Keperawatan Unair Surabaya

Sponsor : ---

Biaya : Sendiri

memegang rekomendasi berkewajiban menghormati/ mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku, dan melaporkan hasil-hasil penelitian kepada Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Ende dengan ketentuan:

Wajib melaporkan maksud dan tujuan kepada Unit Kerja Terkait, Camat, Lurah dan Desa setempat;

Selama melakukan penelitian tidak dibenarkan/ diijinkan untuk melakukan kegiatan di bidang lain;

Berbuat positif tidak melakukan hal-hal yang mengganggu keamanan dan ketertiban masyarakat;

Rekomendasi ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku, apabila pemegang Surat

Rekomendasi tidak mentaati dan mengindahkan ketentuan-ketentuan seperti di atas.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya

Dikeluarkan di Ende

Pada tanggal 03 Desember 2011

An. Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan
Perlindungan Masyarakat Kab. Ende

Sekretaris,


BADAN
KESBANGPOLLINMAS
KABUPATEN ENDE
FRANSISKUS LETOR, SIP. MAP
KEMBINA

NIP. 19580502 198603 1 027

Rekomendasi disampaikan kepada :

Bapak Bupati Ende di Ende (sebagai laporan);
Dekan Fakultas Keperawatan Unair di Surabaya;
Direktur RSUD Ende di Ende;
Yang bersangkutan.



SURAT KETERANGAN PENELITIAN

Nomor : 1558/ TU.01/ UP/ XII/ 2011

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. E. Yayik Pawitra Gati, Sp. M
NIP : 19611013 198812 2 001
Pangkat / Golongan : Pembina TK. I - IV/b
Jabatan : Direktur RSUD Ende
Unit Kerja : Rumah Sakit Umum Daerah Ende

Menerangkan bahwa :

Nama : Maria Dolores Dari
NIM : 131011183
Pekerjaan : Mahasiswa
Lembaga : Universitas Airlangga Surabaya
Fakultas : Keperawatan
Prodik : Ilmu Keperawatan

Benar-benar telah melaksanakan Penelitian dengan Judul "Pengaruh Kangaroo Mother Care (KMC) Terhadap Peningkatan Berat Badan Bayi Berat Lahir Rendah di Ruang Perinatologi RSUD Ende Prop. NTT" Terhitung sejak tanggal 01 Desember s/d 14 Desember 2011.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan seperlunya.

Ende, 15 Desember 2011

Direktur RSUD Ende



= dr. E. Yayik Pawitra Gati, Sp. M =

Pembina TK. I

NIP. 19611013 198812 2 001



PEMERINTAH KABUPATEN ENDE
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
(KESBANGPOLLINMAS)

Jl. Durian No. ☎ (0381) - 21037 Ende

SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

Nomor : BKPPM.1866/IV/02/XII/2011

Yang bertanda tangan dibawah ini, menerangkan dengan sebenarnya bahwa:

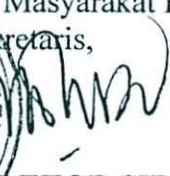
N a m a : **Maria Dolores Dari**
Pekerjaan : Mahasiswi
Lembaga : Univ.Airlangga Surabaya
Fakultas : Keperawatan
Prodi : Ilmu Keperawatan
Tempat Penelitian : Rumah Sakit Umum Daerah Ende
Dasar Surat : Direktur RSUD Ende
Nomor :1558/TU.01/UP/XII/2011
Tanggal 15 Desember 2011
Sejak : 01 Desember 2011 s/d 14 Desember 2011
Judul Penelitian : **“ Pengaruh Kangaroo Mother Care (KMC) Terhadap Peningkatan Berat Badan Bayi Berat Lahir Rendah diruang Perinaptologi RSUD Ende Provinsi NTT “.**

Selama Mengadakan Penelitian yang bersangkutan telah memenuhi ketentuan-ketentuan seperti yang tercantum dalam surat keterangan ijin penelitian.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Dikeluarkan di Ende
Pada tanggal 21 Desember 2011

An. Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik
dan Perlindungan Masyarakat Kab.Ende

Sekretaris,

FRANSISKUS LETOR, SIP.MAP
N D I E M B I N A T K. I
NIP. 19580502 198603 1 027

Tembusan disampaikan kepada :

1. Bupati Ende di Ende (sebagai laporan) ;
2. Ketua Prodi Ilmu Keperawatan Univ. Airlangga Surabaya di Surabaya;
3. Yang bersangkutan.

Lampiran 2

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Maria Dolores Dari

NIM : 131011183

Adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian dengan judul: "PENGARUH *KANGAROO MOTHER CARE* (KMC) TERHADAP PENINGKATAN BERAT BADAN PADA BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR) DI RUANG PERINATOLOGI RSUD ENDE PROPINSI NTT".

Hasil penelitian ini akan bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan dan diharapkan dapat bermanfaat bagi pertumbuhan dan perkembangan Bayi Berat Lahir Rendah. Untuk itu saya mohon partisipasi Ibu untuk mengisi kuesioner atau daftar pertanyaan yang telah saya siapkan dengan sejujur-jujurnya. Kesediaan Ibu adalah sukarela, dan data penelitian yang diambil dan disajikan bersifat rahasia, tanpa menyebutkan nama Ibu serta hanya disajikan untuk pengembangan ilmu keperawatan. Kami akan menjamin kerahasiaan data dan identitas Ibu.

Sebagai bukti kesediaan menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon kesediaan Ibu untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan.

Atas perhatian dan partisipasi Ibu dalam penelitian ini saya ucapkan terima kasih.

Ende, Desember 2011

Hormat saya,

(MARIA DOLORES DARI)

Lampiran 3

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama (Inisial) :
 Umur :
 Jenis Kelamin :

Dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh Sdri. Maria Dolores Dari, mahasiswi Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul:

“PENGARUH *KANGAROO MOTHER CARE* (KMC) TERHADAP PENINGKATAN BERAT BADAN PADA BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR) DI RUANG PERINATOLOGI RSUD ENDE PROPINSI NTT”

Bersedia memberikan informasi, mengikuti rangkaian kegiatan *Kangaroo Mother Care* (KMC) tanpa paksaan dan tanpa dipengaruhi oleh orang lain.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa adanya keterpaksaan, serta untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ende, Desember 2011

Peneliti,

Responden

(MARIA DOLORES DARI)

(_____)

Lampiran 4

Lembar Pengumpulan Data Penelitian Pengaruh *Kangaroo Mother Care* (KMC) terhadap Peningkatan Berat Badan pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Ruang Perinatologi RSUD Ende Propinsi NTT.

A. Data demografi

Petunjuk Pengisian

Berilah tanda silang (X) pada pilihan yang mewakili jawaban saudara.

Di isi oleh ibu.

I. Di isi sesuai identitas bayi

1. Usia Gestasi (kehamilan) bayi dilihat dari Hari Pertama Haid Terakhir ibu.

- 1) 28-32 minggu
- 2) 33-34 minggu
- 3) 35-36 minggu

2. Berat badan bayi

- 1) 1000-1500 gram
- 2) 1550-2000 gram
- 3) 2050-2500 gram

3. Jenis Kelamin

- 1) Perempuan
- 2) Laki-laki

II. Diisi sesuai identitas ibu

1. Usia ibu

- 1) < 20 tahun
- 2) 20-35 tahun
- 3) > 35 tahun

2. Pendidikan

- 1) Tidak sekolah
- 2) SD
- 3) SMP
- 4) SMA
- 5) Perguruan Tinggi

3. Riwayat BBLR sebelumnya

- 1) Pernah
- 2) Tidak pernah

Kode/Nomor:

Lampiran 5

B. Lembar penatalaksanaan KMC (yang telah dilatihkan oleh perawat kepada ibu).

Lembar observasi ini akan diisi oleh peneliti dan perawat Ruang Perinatologi RSUD Ende selama ibu melakukan penatalaksanaan KMC (pre dan post), setiap hari selama 14 hari.

NO	MEMANTAU KMC	Ya	Tidak
	A.PERSIAPAN		
1.	Ibu memakai baju yang ringan dan longgar serta kancing depan.		
2.	Ibu menyiapkan selendang kanguru		
3.	Ibu menyiapkan topi bayi.		
4.	Ibu mempersiapkan daerah bersih dengan mandi, cuci tangan dan memakai pakaian bersih.		
5.	Kuku dan tangan ibu bersih.		
6.	Ibu membuka pakaian bayi kecuali popok atau pampers.		
7.	Ibu tidak memakai <i>Breath Hanger/Bra</i> selama KMC.		
	B.PELAKSANAAN KMC		
8.	Ibu memasukan dan mengeluarkan bayi dari selendang kanguru dengan memegang bayi, satu tangan diletakkan dibelakang leher sampai punggung bayi		
9.	Ibu menempatkan tangan lainnya dibawah pantat bayi.		
10.	Ibu meletakkan bayi diantara payudara dengan posisi tegak, posisi bayi seperti kodok, dan dada bayi menempel kedada ibu		
11.	Ibu mengfiksasi bayi dengan selendang yang meliputi badan sampai kepala bayi setinggi batas telinga, selendang melingkari pinggang ibu dan ibu menopang bayi dari bawah. Ibu memastikan kembali kain terikat erat pada bagian dada bukan pada bagian perut ibu.		
12.	Ibu memalingkan kepala bayi kesisi kiri atau kanan dan sedikit tengadah agar saluran napas		

	tetap terbuka dan memungkinkan kontak mata antara ibu dan bayi.		
13.	Ibu menopang bagian bawah rahang bayi dengan ibu jari dan jari-jari lainnya agar kepala bayi tidak tertekuk dan tidak menutupi saluran napas ketika bayi berada pada posisi tegak.		
14.	Ibu mengenakan kembali baju untuk menutupi bayi.		
15.	Ibu dapat beraktivitas dengan bebas berdiri, duduk atau berjalan.		
	C.PEMANTAUAN BAYI DALAM KMC		
16.	Ibu dapat mengenal tanda-tanda bahaya yang telah diajarkan antara lain : Bayi sulit bernafas, merintih, bernafas sangat perlahan dan lambat, bayi teraba dingin.		
17.	Ibu melakukan KMC minimal 2-3 jam/hari.		
18.	Ibu menyusui bayi, tanpa mengeluarkan bayi dari posisi KMC.		

Keterangan:

Kriteria Baik: Ibu melaksanakan 76-100% dari rangkaian kegiatan KMC.

Kriteria Cukup: Ibu melaksanakan 51-75% dari rangkaian kegiatan KMC.

Kriteria Kurang: Ibu melaksanakan $\leq 50\%$ dari rangkaian kegiatan KMC.

Lampiran 7

**Standar Operasional Prosedur (SOP) Pemberian *Kangaroo Mother Care*
(KMC) pada BBLR**

I. TUJUAN

1. Memperlancar pelaksanaan ASI.
2. Meningkatkan berat badan BBLR.

II. IMPLEMENTASI.

1. Persiapan Alat.

- 1) Selendang kanguru, topi dan kaus kaki bayi.
- 2) Alat untuk mengukur tanda-tanda vital (termometer, stetoskop, jam).

2. Persiapan ibu, BBLR dan lingkungan.

- 1) Jelaskan prosedur pada klien.
- 2) Atur lingkungan dan jaga privasi klien.
- 3) Mempersiapkan daerah bersih dengan cara ibu diminta membersihkan dada dengan mandi, cuci tangan dan memakai pakaian bersih.
- 4) Kuku dan tangan ibu harus bersih, kuku jari tangan harus dipotong berkala setiap minggu.
- 5) Mengukur tanda-tanda vital dan keadaan umum bayi (suhu, nadi, napas, denyut jantung, refleks isap, koordinasi isap dan menelan yang baik, gerakan spontan, warna kulit, tonus otot)
- 6) Menyiapkan bayi dengan cara membuka baju bayi kecuali popok atau pampers.
- 7) Menganjurkan ibu memakai baju ringan, longgar, kancing depan dan tidak menggunakan *Breast Hunger/Bra*.

3. Pelaksanaan

- 1) Ibu memasukan dan mengeluarkan bayi dari selendang kanguru dengan memegang bayi, satu tangan diletakkan dibelakang leher sampai punggung bayi
- 2) Ibu menempatkan tangan lainnya dibawah pantat bayi.
- 3) Ibu meletakkan bayi diantara payudara dengan posisi tegak, posisi bayi seperti kodok dan dada bayi menempel kedada ibu
- 4) Ibu mengfiksasi bayi dengan selendang kanguru yang meliputi badan sampai kepala bayi setinggi batas telinga, selendang melingkari pinggang ibu dan ibu menopang bayi dari bawah. Ibu memastikan kembali kain terikat erat pada bagian dada bukan pada bagian perut ibu.
- 5) Ibu memalingkan kepala bayi kesisi kiri atau kanan dan sedikit tengadah agar saluran napas tetap terbuka dan memungkinkan kontak mata antara ibu dan bayi.
- 6) Ibu menopang bagian bawah rahang bayi dengan ibu jari dan jari-jari lainnya agar kepala bayi tidak tertekuk dan tidak menutupi saluran napas ketika bayi berada pada posisi tegak.
- 7) Ibu mengenakan kembali baju untuk menutupi bayi.
- 8) Ibu dapat beraktifitas dengan bebas berdiri, duduk atau berjalan.
- 9) Ibu menyusui bayi, tanpa mengeluarkan bayi dari posisi KMC.

III. DOKUMENTASI.

1. Hasil pengukuran tanda-tanda vital.
2. Keadaan Umum BBLR (refleks isap, koordinasi isap dan menelan yang baik, gerakan spontan, warna kulit, tonus otot)

Lampiran 8

Standar Operasional Prosedur (SOP) Penimbangan berat badan BBLR

I. TUJUAN.

1. Mengetahui laju pertumbuhan fisik maupun status gizi BBLR.
2. Mengetahui peningkatan atau penurunan berat badan BBLR.
3. Sebagai dasar perhitungan dosis obat, cairan maupun makanan BBLR.
4. Mengidentifikasi dan mengantisipasi masalah yang berhubungan dengan BBLR.
5. Untuk menilai apakah pemberian nutrisi atau cairan sudah adekuat.

II. IMPLEMENTASI.

1. Persiapan Alat.
 - 1) Timbangan berat badan bayi *merck one med*.
2. Persiapan BBLR dan lingkungan.
 - 1) Jelaskan prosedur pada ibu BBLR.
 - 2) Atur lingkungan dan jaga privasi klien.
 - 3) Beri alas kain atau kertas yang bersih diatas papan alat timbang.
 - 4) Pakaian BBLR dibuat seminim mungkin, sepatu, baju atau pakaian yang cukup tebal harus ditanggalkan.
3. Pelaksanaan
 - 1) Atur skala timbangan sampai angka Nol dengan kain atau kertas diatas papan.
 - 2) Letakkan bayi dalam keadaan telanjang dengan hati-hati diatas alas kain.
 - 3) Tunggu sampai bayi tenang untuk ditimbang.

- 4) Baca skala berat badan sampai 5-10 gram terdekat.
- 5) Rapikan bayi kembalikan ke ibunya, kemudian rapikan kembali alat timbangan.

III. DOKUMENTASI.

Hal-hal berikut harus terdapat pada catatan tindakan:

1. Hasil pengukuran berat badan.

IV. CATATAN

1. Penimbangan berat badan dilakukan pada waktu yang sama yakni pagi hari jam 06.00 WIT (*pre* dan *post* KMC/hari ke-1 dan ke-15).
2. Penimbangan dengan menggunakan timbangan yang sama yakni *merck one med*.

Lampiran 9

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Pokok bahasan	:	<i>Kangaroo Mother care (KMC)</i>
Hari, tanggal	:	01-20 Desember 2011
Waktu	:	09.00-10.00 WIT
Tempat	:	Ruang Perinatologi RSUD Ende Prop. NTT.
Sasaran	:	Ibu BBLR di Ruang Perinatologi RSUD Ende Prop. NTT.

I. Tujuan Instruksional Umum (TIU).

Setelah mendapatkan penyuluhan, pasien dan keluarga pasien mampu menjelaskan, memahami serta melakukan *Kangaroo Mother Care (KMC)* secara mandiri.

II. Tujuan Instruksional Khusus (TIK).

Setelah mendapatkan penyuluhan diharapkan ibu BBLR mampu:

1. Memahami pengertian KMC.
2. Memahami manfaat KMC.
3. Memahami kriteria bayi dilakukan KMC.
4. Memahami peralatan yang digunakan dalam KMC.
5. Memahami cara pelaksanaan KMC.
6. Memahami waktu pelaksanaan KMC.
7. Memahami tanda-tanda bahaya saat melakukan KMC.

III. Materi Pembelajaran.

Pokok Bahasan:

Pengetahuan tentang KMC.

Sub Pokok Bahasan:

- 1) Pengertian KMC.
- 2) Manfaat KMC.
- 3) Kriteria bayi dilakukan KMC.
- 4) Peralatan yang digunakan dalam KMC.
- 5) Cara pelaksanaan KMC.
- 6) Waktu pelaksanaan
- 7) Tanda-tanda bahaya.

IV. Metode Pembelajaran.

Ceramah Diskusi dan Demonstrasi.

V. Media dan Alat.

Media dan alat: *Flipchart*.

Alat bantu: *Leaflet*.

VI. Kegiatan Penyuluhan.

Susunan acara kegiatan penyuluhan.

Tahap	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
Pendahuluan	08.30-08.45	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pembukaan acara oleh moderator. ▪ Menanyakan pemahaman ibu tentang KMC (Prolog) 	Peserta mendengarkan dan memberikan umpan balik.
Pelaksanaan	08.45-09.15	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penyampaian materi oleh pemateri: <ol style="list-style-type: none"> 1) Pengertian KMC. 2) Manfaat KMC. 3) Kriteria bayi dilakukan KMC. 4) Peralatan dalam KMC. 5) Cara melakukan KMC. 6) Waktu pelaksanaan KMC. 7) Tanda-tanda bahaya. ▪ Demonstrasi pelaksanaan KMC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mendengarkan dan memberikan umpan balik terhadap materi yang disampaikan. ▪ Melihat cara melakukan KMC dan mempraktekan.
Penutup	09.15-09.30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sesi Tanya jawab dan evaluasi hasil yang dipandu oleh moderator. ▪ Membagikan leaflet. ▪ Penutup oleh moderator. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mengajukan pertanyaan mengenai materi yang kurang dipahami. ▪ Menjawab pertanyaan yang diajukan oleh moderator. ▪ Menerima <i>leaflet</i>.

VIII. Evaluasi.

1. Evaluasi Struktur.

- 1) Semua peserta hadir dalam kegiatan.

- 2) Penyelenggaraan penyuluhan dilakukan oleh peneliti bekerjasama dengan perawat Ruang Perinatologi RSUD Ende Prop. NTT.
 - 3) Pengorganisasian dilakukan 1 hari sebelum pelaksanaan penyuluhan.
 - 4) Penyebaran undangan dilakukan 1 hari sebelum kegiatan.
 - 5) Konfirmasi undangan dilakukan 30 menit sebelum kegiatan dimulai.
2. Evaluasi Proses.
- 1) Peserta antusias terhadap materi yang disampaikan pemateri.
 - 2) Peserta tidak meninggalkan tempat selama penyuluhan berlangsung.
 - 3) Peserta terlibat aktif dalam kegiatan penyuluhan.
3. Evaluasi Hasil.
- 1) Peserta memahami materi yang telah disampaikan.
 - 2) Ada umpan balik positif dari peserta seperti dapat menjawab pertanyaan yang diajukan pemateri.
 - 3) Jumlah peserta 22 orang.

MATERI PENYULUHAN

KANGAROO MOTHER CARE (KMC)

I. Definisi

Kangaroo Mother Care (KMC) adalah perawatan untuk bayi dengan berat lahir rendah dengan melakukan kontak langsung antara kulit dengan kulit (*Skin to Skin Contact*) dan dikombinasi dengan pemberian ASI eksklusif (Sudarti & Khoirunnisa, 2010).

Metode ini pertama kali di perkenalkan oleh Dr Rey Martinez pada tahun 1979 di Bogota, Colombia sebagai salah satu alternatif bagi perawatan bayi berat lahir rendah (BBLR).

Metode ini pada dasarnya meniru binatang berkantung kanguru yang lahirnya sangat prematur. Setelah lahir, bayi kanguru disimpan dikantung perut ibunya. Dengan demikian terjadi aliran panas dari tubuh induk kepada bayi kanguru, sehingga bayi kanguru dapat tetap hidup terhindar dari bahaya hipotermi.

II. Manfaat KMC

1. Manfaat KMC bagi Bayi

Dari berbagai penelitian menyebutkan bahwa manfaat KMC pada bayi adalah sebagai berikut:

- 1) Suhu tubuh bayi, denyut jantung dan frekuensi pernapasan relatif terdapat dalam batas normal.
- 2) BBLR lebih cepat mencapai suhu yang $36,5^{\circ}\text{C}$ terutama dalam waktu 1 jam pertama.

- 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 stress ditandai dengan kadar kortisol yang rendah.
- 5) Menurunkan respon nyeri fisiologis dan perilaku yang ditandai dengan waktu pemulihan yang lebih singkat pada uji tusuk tumit.
- 6) Meningkatkan berat badan dengan lebih cepat.
- 7) Meningkatkan ikatan bayi-ibu.
- 8) Memiliki pengaruh positif dalam meningkatkan perkembangan kognitif yang dilihat dari lebih tingginya skor indeks perkembangan mental baliley.
- 9) Waktu tidur menjadi lebih lama yang antara lain ditandai dengan jumlah waktu terbangun yang lebih rendah.
- 10) Menurunkan infeksi nosokomial, penyakit berat, atau infeksi saluran pernapasan bawah.
- 11) Memperpendek masa rawat.
- 12) Menurunkan risiko kematian dini pada bayi.
- 13) Memperbaiki pertumbuhan pada bayi prematur.
- 14) Dapat menjadi intervensi yang baik dalam menangani kolik.
- 15) Mungkin memiliki pengaruh positif dalam perkembangan motorik bayi.
- 16) Kelangsungan hidup pada BBLR lebih cepat membaik pada kelompok KMC daripada bayi dengan metode konvensional pada 12 jam pertama dan seterusnya. Bayi yang sangat prematur tampaknya memiliki

mekanisme endogen yang diakibatkan oleh kontak antara kulit ibu dan bayi dalam menurunkan respon nyeri.

- 17) Waktu pemulihan yang lebih singkat pada KMC secara klinis penting dalam mempertahankan hemostasis.

2. Manfaat KMC bagi Ibu

Dari beberapa penelitian dilaporkan bahwa KMC mempermudah pemberian ASI, ibu lebih percaya diri dalam merawat bayi, hubungan lekat bayi-ibu lebih baik, ibu sayang kepada bayinya, pengaruh psikologis ketenangan bagi ibu dan keluarga (ibu lebih puas, kurang merasa stres). Pada penelitian lain juga melaporkan adanya peningkatan produksi ASI, peningkatan lama menyusui dan kesuksesan dalam menyusui.

3. Manfaat KMC bagi Ayah

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

III. Kriteria Bayi dilakukan KMC.

- 1) BBLR umur 0-28 hari.
- 2) Berat badan bayi 1500- < 2500 gram.
- 3) *Apgar Score*: 7-10
- 4) Kondisi bayi sudah stabil (suhu bayi stabil, refleks isap, koordinasi isap dan menelan yang baik, gerak tangis cukup, napas spontan dan tidak cyanosis).
- 5) Ibu post partum spontan dan dalam kondisi sehat.

6) Ibu post partum *sectio caesaria* (SC) dapat melakukan KMC pada hari ke-2 post operasi.

7) Kesiapan dan keikutsertaan orangtua

IV. Peralatan yang digunakan dalam KMC.

Support Binder (Ikatan atau pembalut penahan bayi agar dapat terus berada di posisi KMC). Alat ini adalah satu-satunya alat khusus yang digunakan untuk KMC. Alat ini untuk membantu para ibu untuk menahan bayinya agar dengan aman terus berada dekat dengan dada ibu. Namun demikian, pemakaian baju kanguru ini sebaiknya disesuaikan dengan kondisi budaya setempat. Bayi hanya menggunakan topi, pampers dan kaus kaki.

V. Cara Melakukan KMC.

Berikut ini adalah prosedur atau cara melakukan KMC menurut Suradi dan Djauhariah (2000) antara lain:

1. Persiapan.

Dalam tahap persiapan yang dilakukan adalah:

- 1) Anjurkan ibu memakai baju ringan dan longgar serta kancing depan
- 2) Menyiapkan selendang kanguru.
- 3) Menyiapkan topi bayi.
- 4) Mempersiapkan daerah bersih dengan cara ibu diminta membersihkan dada dengan mandi, cuci tangan dan memakai pakaian bersih.
- 5) Kuku dan tangan ibu harus bersih, kuku jari tangan harus dipotong berkala setiap minggu.

- 6) Menyiapkan bayi dengan cara membuka baju bayi kecuali popok atau pempers.
- 7) Selama perawatan metode kanguru ibu tidak memakai BH (*Breast Hanger / Bra*).

2. Pelaksanaan KMC.

Pada tahap pelaksanaan yang dilakukan adalah:

- 1) Cara memasukan dan mengeluarkan bayi dari baju kanguru dalam memegang bayi dengan satu tangan diletakkan dibelakang leher sampai punggung bayi.
- 2) Menempatkan tangan lainnya dibawah pantat bayi.
- 3) Bayi diletakkan diantara payudara dengan posisi tegak atau posisi bayi seperti kodok, dada bayi menempel pada dada ibu.
- 4) Bayi difiksasi dengan selendang yang meliputi badan sampai kepala bayi setinggi batas telinga, selendang melingkari pinggang ibu dan ibu menopang bayi dari bawah. Pastikan kain terikat erat pada bagian dada dan bukan perut ibu.
- 5) Kepala bayi dipalingkan kesisi kiri atau kanan dan sedikit tengadah agar saluran nafas tetap terbuka dan memungkinkan kontak mata antara ibu dan bayi.
- 6) Topang bagian bawah rahang bayi dengan ibu jari dan jari-jari lainnya agar kepala bayi tidak tertekuk dan tidak menutupi saluran nafas ketika bayi berada pada posisi tegak.
- 7) Ibu mengenakan kembali baju untuk menutupi bayi.
- 8) Ibu dapat beraktifitas dengan bebas berdiri, duduk atau berjalan.



Gambar 2.2 Memposisikan bayi dalam KMC

Sumber: HTA & DEPKES RI, 2008

3. Pemantauan Bayi dalam KMC.

Pada tahap ini dilakukan pemantauan terhadap bayi selama KMC adalah:

- 1) Ibu dapat mengenal tanda-tanda bahaya yang telah diajarkan antara lain: Bayi sulit bernafas, merintih, bernafas sangat perlahan dan lambat, bayi teraba dingin.
- 2) Lamanya KMC paling sedikit 2-3 jam.
- 3) Bayi yang mendapat ASI tidak harus dikeluarkan dari KMC.

VI. Waktu pelaksanaan KMC.

1. KMC sewaktu waktu (intermitten).

- 1) Dilakukan apabila bayi masih mendapat cairan dan obat-obatan intravena, bantuan khusus seperti oksigen atau minum melalui *oral gastrik tube* (OGT).
- 2) Dilakukan selama lebih dari 1 (satu) jam untuk memberikan hasil yang optimal dan mengurangi stres pada bayi.

2. KMC secara terus menerus (kontinu).

- 1) Di lakukan pada bayi yang tidak memerlukan bantuan khusus untuk bernapas (dipasang Ventilator, nasal CPAP, oksigen nasal, *head box*).
- 2) Di lakukan untuk meningkatkan berat badan bayi, meningkatkan kemampuan bayi menyusu dan kemampuan ibu untuk merawat bayinya di rumah. Bayi-bayi dengan penyakit yang berat atau membutuhkan perawatan khusus dapat menunggu sampai sembuh sebelum dilaksanakan KMC terus-menerus (kontinu). KMC dengan jangka waktu yang pendek (intermiten) dapat dimulai pada bayi yang dalam proses penyembuhan tetapi masih memerlukan pengobatan medis (misalnya infus, tambahan oksigen dengan konsentrasi rendah). Namun, untuk KMC yang kontinu, kondisi bayi harus dalam keadaan stabil, bayi harus dapat bernapas secara alami tanpa bantuan oksigen dan kemampuan untuk minum (seperti menghisap dan menelan). Ketika bayi telah siap untuk KMC, atur waktu yang tepat bagi ibu dan bayi. Sesi pertama ini merupakan sesuatu yang penting dan perlu waktu serta penuh perhatian. Kontak kulit langsung sebaiknya dimulai secara bertahap, perlahan-lahan dari perawatan konvensional ke KMC yang terus-menerus. Kontak yang berlangsung kurang dari 60 menit sebaiknya dihindari, karena pergantian yang sering akan membuat bayi menjadi stress. Lamanya kontak kulit langsung ditingkatkan secara bertahap sampai kalau mungkin dilakukan terus-menerus siang dan malam dan hanya untuk mengganti popok, sambil mengontrol suhu tubuh bayi (Proverawati & Ismawati, 2010).

VII. Tanda-tanda bahaya.

Berikut ini beberapa tanda bahaya:

1. Kesulitan bernapas: dada tertarik ke dalam, merintih.
2. Bernapas sangat cepat atau sangat lambat.
3. Serangan apnue sering dan lama.
4. Bayi terasa dingin: suhu bayi di bawah normal walaupun telah dilakukan penghangatan.
5. Sulit minum: bayi berhenti minum atau muntah, kejang, diare.
6. Kulit menjadi kuning.



Perawatan untuk bayi berat lahir rendah dengan melakukan kontak langsung antara kulit ibu dengan kulit bayi dan diberi ASI secara terus menerus.

MANFAAT METODE KANGURU :

A. BAGI BAYI

- Kulit bayi hangat, nadi, napas bayi stabil.
- ASI selalu tersedia sehingga meningkatkan daya tahan tubuh bayi.
- Meningkatkan jalinan kasih antara ibu dan bayi.
- Waktu tidur bayi lebih lama.
- Meningkatkan berat badan bayi.
- Meningkatkan pertumbuhan & perkembangan b]ayi.

B. BAGI IBU

- ❖ Ibu lebih mudah memberikan ASI.
- ❖ Meningkatkan jumlah ASI
- ❖ Ibu menyusui lebih lama.
- ❖ Ibu lebih percaya diri dalam merawat bayinya

- ❖ Terjalannya ikatan kasih sayang ibu dan bayi.

C. BAGI AYAH

Terjalannya ikatan kasih sayang antara dan bayi.



OLEH
MARIA DOLORES DARI
NIM : 131011183

FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2011

KRITERIA PELAKSANAAN
METODE KANGURU

1. Berat bayi lahir 1500-<2500gr.
2. Umur bayi 0-28 hari.
3. Bayi bisa bernapas sendiri, bibir, dan kulit bayi tidak biru.
4. Bayi tidak cacat (sumbing).
5. Bayi hangat, bisa menghisap menelan dengan baik.
6. Ibu sehat, tidak ada sakit kulit

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
TABEL TABULASI

DATA DEMOGRAFI RESPONDEN PENELITIAN

Kode Resp.	Usia Gestasi	BB Lahir(Bayi)	JK Bayi	Usia Ibu	Pendidikan Ibu	Riwayat BBLR	Pemantauan Pelaksanaan KMC	Jam mulai KMCsampai selesai KMC	BB (Pre)	BB (Post)	Selisih (Gram)
1	1	1	1	2	3	2	3	3	1300	1600	300
2	1	1	1	2	3	2	3	3	1250	1600	350
3	1	2	2	2	2	2	3	3	1700	2030	330
4	3	3	1	2	2	2	3	3	2000	2490	490
5	3	2	2	2	1	1	2	3	1700	2050	350
6	1	1	1	3	1	1	2	2	1200	1300	100
7	2	2	1	1	2	2	2	2	1750	2110	360
8	3	2	2	3	1	2	2	2	1450	1750	300
9	1	2	1	2	1	2	2	2	1700	1900	200
10	3	2	1	3	2	2	3	3	1800	2260	460
11	3	2	1	2	1	2	2	2	1450	1650	200
12	1	1	2	3	1	1	2	2	1000	1075	75
13	3	2	1	3	2	2	3	2	1850	2000	150
14	3	1	1	3	2	2	3	3	1550	2010	460
15	1	1	2	2	2	2	3	2	1100	1270	170
16	1	1	2	2	2	2	3	2	1000	1250	250
17	3	1	2	2	2	2	3	2	1200	1350	150
18	3	2	1	2	2	2	3	3	1600	1900	300
19	3	1	1	2	2	2	3	2	1300	1550	250
20	3	2	2	3	2	2	3	3	1350	1790	440
21	3	2	2	3	2	2	3	2	1700	1900	200
22	3	2	2	3	2	2	3	3	1800	2100	300

Keterangan:

- Usia Gestasi
 1. 28-32 minggu
 2. 33-34 minggu
 3. 35-36 minggu
- Berat Badan Lahir
 1. 1000-1500 gram
 2. 1550-2000 gram
 3. 2050-2500 gram
- Jenis Kelamin Bayi
 1. L : Laki-laki
 2. P : Perempuan
- Usia Ibu
 1. < 20 tahun
 2. 20-35 tahun
 3. > 35 tahun
- Pendidikan Ibu
 1. SD
 2. SMA
 3. Perguruan tinggi
- Riwayat BBLR sebelumnya
 1. Pernah
 2. Tidak pernah
- Pemantauan Pelaksanaan KMC
 1. Kurang: Ibu melaksanakan $\leq 50\%$ dari rangkaian kegiatan KMC (≤ 9 item dalam *check list*)
 2. Cukup: Ibu melaksanakan 51-75% dari rangkaian kegiatan KMC (10-13 item dalam *check list*)
 3. Baik: Ibu melaksanakan 76-100% dari rangkaian kegiatan KMC (14-18 item dalam *check list*)
- Jam mulai KMC sampai selesai KMC
 1. 2-3 jam
 2. 3-5 jam

TABULASI DATA CONTENT LEMBAR OBSERVASI MEMANTAU PELAKSANAAN KMC

NO	Memantau Pelaksanaan KMC	N O R E S P O N D E N																					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	Item 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	Item 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	Item 3	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Item 4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	Item 5	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Item 6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	Item 7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	Item 8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	Item 9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	Item 10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	Item 11	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	Item 12	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	Item 13	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	Item 14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	Item 15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16	Item 16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	Item 17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	Item 18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TOTAL		18	18	16	16	13	13	13	13	13	16	13	13	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16

KETERANGAN : YA = 1

TIDAK = 2

Willcoxon Rangen Test**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Pre	22	1.50	.512	1	2
Post	22	2.00	.690	1	3

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	11 ^c		
	Total	22		

a. Post < Pre

b. Post > Pre

c. Post = Pre

Test Statistics^b

	Post - Pre
Z	-3.317 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Statistics

		Usia_G estasi	Berat_badan _Lahir	jenis_kelamin_bayi	usia_ibu	pendidikan_ibu	Riwayat _BB LR	Pemantauan_K MC	waktu _KMC
N	Valid	22	22	22	22	22	22	22	22
	Missing	1	1	1	1	1	1	1	1

Frequency Table

Usia_Gestasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	28-32 minggu	8	34.8	36.4	36.4
	33-34 minggu	1	4.3	4.5	40.9
	35-36 minggu	13	56.5	59.1	100.0
	Total	22	95.7	100.0	
Missing	System	1	4.3		
Total		23	100.0		

Berat_badan_Lahir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1000-1500	9	39.1	40.9	40.9
	1550-2000	12	52.2	54.5	95.5
	2050-2500	1	4.3	4.5	100.0
	Total	22	95.7	100.0	
Missing	System	1	4.3		

Berat_badan_Lahir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1000-1500	9	39.1	40.9	40.9
	1550-2000	12	52.2	54.5	95.5
	2050-2500	1	4.3	4.5	100.0
	Total	22	95.7	100.0	
Missing	System	1	4.3		
Total		23	100.0		

jenis_kelamin_bayi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	12	52.2	54.5	54.5
	perempuan	10	43.5	45.5	100.0
	Total	22	95.7	100.0	
Missing	System	1	4.3		
Total		23	100.0		

usia_ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<20 tahun	1	4.3	4.5	4.5
	20-35 tahun	12	52.2	54.5	59.1
	>35 tahun	9	39.1	40.9	100.0
	Total	22	95.7	100.0	
Missing	System	1	4.3		
Total		23	100.0		

pendidikan_ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	6	26.1	27.3	27.3
	SMA	14	60.9	63.6	90.9
	Perguruan Tinggi	2	8.7	9.1	100.0
	Total	22	95.7	100.0	
Missing	System	1	4.3		
Total		23	100.0		

Riwayat_BBLR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pernah	3	13.0	13.6	13.6
	tidak pernah	19	82.6	86.4	100.0
	Total	22	95.7	100.0	
Missing	System	1	4.3		
Total		23	100.0		

Pemantauan_KMC

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	51-75%	7	30.4	31.8	31.8
	76-100%	15	65.2	68.2	100.0
	Total	22	95.7	100.0	
Missing	System	1	4.3		
Total		23	100.0		

waktu_KMC

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2-3 jam	12	52.2	54.5	54.5
	3-5 jam	10	43.5	45.5	100.0
	Total	22	95.7	100.0	
Missing	System	1	4.3		
Total		23	100.0		

***KANGAROO MOTHER CARE* DI RUANG PERINATOLOGI
RSUD ENDE PROPINSI NTT**











PETUGAS RUANG PERINATAL RSUD ENDE PROP. NTT

