

SKRIPSI

HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP DENGAN TINDAKAN PERAWAT DALAM PENCEGAHAN INFEKSI BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR)

PENELITIAN CROSS SECTIONAL DIRUANG NEONATI RSUP MANADO

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



Oleh :

Moudy Lombogia

NIM : 010230496 B

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2003

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 Desember 2003

Yang Menyatakan



Moudy Lombogia

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI DENGAN JUDUL

**“HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP DENGAN TINDAKAN
PERAWAT DALAM PENCEGAHAN INFEKSI
BAYI BERAT LAHIR RENDAH”**

**TELAH DISETUJUI UNTUK DIPERTAHANKAN
PADA TANGGAL, 24 DESEMBER 2003**

Oleh :

Pembimbing Ketua



Fatimah Indarso, dr, Sp.AK

NIP : 140 061 920

Pembimbing



Nursalam, M.Nurs (Hons)

NIP : 140 238 226

Pembimbing

Roslina Dewi, S.Kp

NIP : -

Mengetahui

An. Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya
Pembantu Ketua I



Nursalam, M.Nurs (Hons)

NIP : 140 238 226

LEMBAR PENGESAHAN

**SKRIPSI INI TELAH DIPERTAHANKAN
DIDEPAN TIM PENGUJI UJIAN SKRIPSI**

PADA

**PROGRAM STUDI S.1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA**

Pada tanggal, 24 Desember 2003


MENGESAHKAN

TIM PENGUJI

Ketua : Nursalam, M.Nurs (Honours)

Anggota : 1. Fatimah Indarso, dr, Sp.AK

2. Mira Triharini, SKp.



Handwritten signatures of the examiners, including the Chairman and two members, positioned to the right of the list of names.

Mengetahui

A.n Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya
Pembantu Ketua I



Nursalam, M.Nurs (Honours)

NIP : 140 238 226

MOTTO

Bukankah telah Kuperintahkan kepadamu : kuatkanlah dan teguhkanlah hatimu? Janganlah kecut dan tawar hati, sebab TUHAN, ALLAHMU, menyertai engkau kemanapun engkau pergi (Yosua 1 : 9)

**Banyaklah rancangan dihati manusia, tetapi keputusan TUHANlah yang terlaksana.
(Amsal 19 : 21).**

HALAMAN PERSEMBAHAN

**KUPERSEMBAHKAN KARYA KECIL INI KEPADA SUAMIKU
TERCINTA (WIYONO) DAN ANAK-ANAKKU (THEO DAN THEA)
TERSAYANG YANG TELAH MENGORBANKAN SEGENAP WAKTU,
TENAGA, PIKIRAN DAN PERASAAN SERTA DANA YANG TIDAK
SEDIKIT, DAN MAMI YANG DENGAN SETIA MEMBERI DORONGAN
MORIL DEMI MENDUKUNG PERJALANAN PENDIDIKAN YANG
PENULIS JALANI.**

**SEMOGA TUHAN MENYERTAI KITA, DAN KELUARGA
KITA SELALU DIBERKATI.**

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur selalu penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa yang setia memberikan kasih dan karunia-Nya, sehingga skripsi ini yang berjudul “Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Tindakan Perawat dalam Pencegahan Infeksi Bayi Berat Lahir Rendah” ini dapat terselesaikan. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Dalam menyelesaikan skripsi ini penulis mendapatkan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu perkenankan penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi tingginya kepada :

1. Prof. Dr. dr. H.M.S. Wiyadi,Sp.THT, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada saya untuk menjadi mahasiswa pada Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Prof. Eddy Soewandojo, SpPD.KTI, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada saya untuk menjadi mahasiswa pada Program Studi Ilmu Keperawatan.
3. Ibu Fatimah Indarso,dr.SpAK selaku Pembimbing ketua penelitian ini yang penuh kesabaran memberi bimbingan dan arahan hingga penulisan skripsi ini dapat terselesaikan.

4. Bapak Nursalam, M.Nurs (Hons) Sebagai pembimbing yang juga dengan penuh kesabaran memberi bimbingan dan arahan hingga penulisan skripsi ini dapat terselesaikan.
5. Ibu Rosliana Dewi, SKP sebagai pembimbing yang penuh kesabaran membimbing penulis hingga skripsi ini dapat terselesaikan.
6. Bapak Frits Tambayong, dr.MS selaku Direktur Politeknik Kesehatan Manado, atas kesempatan dan kepercayaan yang diberikan kepada saya untuk mengikuti pendidikan pada Program studi Ilmu Keperawatan FK Unair.
7. Semua Staf Akademik Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang telah membantu kelancaran penulis dalam menyusun skripsi.
8. Bapak Maxi Rondonuwu, dr.DHSM. selaku Wakil Direktur Penunjang Medik dan Diklit Rumah Sakit Umum Pusat Manado, yang telah mewakili Direktur untuk memberikan ijin kepada penulis dalam melakukan penelitian di Ruang Neonatus RSUP Manado.
9. Dr. Trisiwi Sri Soebekti selaku Kepala Bidang Pendidikan dan Penelitian Rumah Sakit Umum Pusat Manado yang telah memberikan bantuan dan dukungan serta informasi kepada penulis dalam pengumpulan data.
10. Ibu Hermien Korah, BSc.SPd selaku Kepala Bidang Keperawatan RSUP Manado yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk pengumpulan data.
11. Ibu Dina Kuhu, Amd.Kep selaku Penanggung Jawab Ruang Neonati yang telah memberikan banyak informasi serta dukungannya kepada penulis dalam kelancaran pengambilan data.

12. Perawat-perawat Neonati yang telah bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang penulis lakukan.
13. Dokter-dokter ruangan Neonati beserta staf administrasi yang ada diruangan Neonati yang telah memberikan informasi kepada penulis didalam kegiatan pengumpulan data.
14. Suamiku tercinta (Wiyono) dan anak-anakku tersayang (Theo dan Thea) yang dengan setia dan sabar memberikan dorongan moril dan materil selama proses penyusunan skripsi bahkan hingga selesainya masa pendidikan saya di PSIK FK Unair Surabaya.
15. Mami dan kakak-kakakku serta mama mertua dan adik ipar atas doa restu dan dorongan moral yang di berikan sehingga menguatkan tekatku untuk menuntut ilmu.
16. Sahabat – sahabatku dalam “enam bersaudara” atas kesetiaan dan supportnya serta atas persaudaraan yang indah, semoga abadi selamanya.
17. Teman-teman dan semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu yang telah membantu penulisan skripsi ini hingga selesai.

Sebagai karya perdana dalam melakukan penelitian, penulis menyadari skripsi ini masih jauh dari sempurna. Namun demikian penulis berharap kiranya tulisan ini bermanfaat bagi perkembangan profesi keperawatan.

Surabaya, 24 Desember 2003

Penulis

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN KNOWLEDGE AND ATTITUDE AND NURSE'S ACTION IN PREVENTING INFECTION AMONG INFANTS WITH LOW BIRTHWEIGHT

Moudy Lombogia

Infants with low birthweight are highly susceptible to infections, as the defense system of their body was less maximally developed. They easily suffer from any infectious disease. A nurse, who is carrying out his/her duty in treatment wards, should therefore have balanced knowledge, attitude, and action.

This study was focused on knowledge and attitude with the nurse's action in preventing infections among infants with low birthweight. This study used cross-sectional design, in which the population was all nurses working in Neonatal Wards, Manado Central General Hospital. Samples were collected using purposive sampling. Those who met the inclusion criteria were 20 respondents. The independent variables in this study were knowledge and attitude of the nurses' on preventing infections among infants with low birthweight. The dependent variable was their actions in preventing such infection in low birthweight infants. The instruments used for data collection were questionnaire for knowledge and attitude, and observation for the actions of the nurses in preventing infections among those infants. Data were presented using bar, pie, and pyramidal diagrams. To find relationship between knowledge and attitude and nurse's action in preventing infections among the infants, data were analyzed using Spearman rho correlation test by means of SPSS 10.0 software program for Windows.

Results revealed that low, moderate, and high level of knowledge were found in respectively 20%, 30%, and 50% of the respondents, while less appropriate, moderate, and appropriate attitude were respectively found in 5%, 55%, and 40% of the respondents. Finally, 35% and 65% of the respondents showed less appropriate and moderate actions, while none of them showed appropriate actions.

Using Spearman rho correlation test, the correlation coefficient of relationship between knowledge and nurse's action in preventing infection among infants with low birthweight was 0.812 with significance level of 0.000 ($p < 0.05$), while the correlation coefficient of relationship between attitude and nurse's action was 0.631 with significance level of 0.003 ($p < 0.05$).

It can be concluded that relationship between knowledge and action is very strong, while relationship between attitude and nurse's action is strong.

Keywords: *knowledge, attitude, action, prevention of infection*

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM.....	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
MOTTO	vi
HALAMAN PERSEMBAHAN	vii
UCAPAN TERIMA KASIH	viii
ABSTRAK	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.2.1 Pernyataan Masalah	4
1.2.2 Pertanyaan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.5 Relevansi	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Landasan Teori	7
2.1.1 Konsep Pengetahuan	7
2.1.2 Konsep Sikap	9
2.1.3 Konsep Perilaku	12
2.1.4 Konsep Dasar Keperawatan	15
2.1.5 Konsep Bayi Berat Lahir Rendah	16
2.1.6 Konsep Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah	28
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	
3.1 Kerangka Konseptual	52
3.2 Hipotesis penelitian	53

BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	54
4.2 Kerangka Kerja	55
4.3 Populasi, Sampel dan Sampling	56
4.3.1 Populasi	56
4.3.2 Sampel dan Sampling	56
4.3.3 Kriteria Sampel	56
4.4 Identifikasi Variabel	57
4.5 Definisi Operasional	58
4.6 Pengumpulan dan Pengolahan Data	59
4.6.1 Instrumen Penelitian	59
4.6.2 Cara Analisa Data	60
4.6.3 Tempat dan Waktu Penelitian	61
4.7 Masalah Etika	61
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN	
5.1 Hasil Penelitian	63
5.1.1 Data Umum	63
5.1.2 Data Khusus	67
5.2 Pembahasan	70
5.2.1 Pengetahuan Perawat tentang Pencegahan Infeksi BBLR	70
5.2.2 Sikap Perawat tentang Pencegahan Infeksi BBLR	71
5.2.3 Tindakan Perawat tentang Pencegahan Infeksi BBLR	72
5.2.4 Hubungan Pengetahuan dengan Tindakan Perawat tentang Pencegahan Infeksi	74
5.2.5 Hubungan Sikap dengan Tindakan Perawat tentang Pencegahan Infeksi	76
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Kesimpulan	78
6.2 Saran	79
DAFTAR PUSTAKA	80
LAMPIRAN	82

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 5.1 Tabulasi Silang Pengetahuan dengan Tindakan Perawat dalam Pencegahan infeksi BBLR	69
Tabel 5.2 Tabulasi Silang Sikap dengan Tindakan perawat dalam Pencegahan infeksi BBLR	69

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Pengetahuan dan Sikap dengan Tindakan Perawat dalam Pencegahan Infeksi BBLR.....	52
Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian di Ruang Neonati RSUP Manado	55
Gambar 5.1 Diagram Pie Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan di bagian Neonati RSUP Manado tahun 2003	64
Gambar 5.2 Diagram Batang Distribusi Responden Menurut Umur pada bagian Neonati RSUP Manado tahun 2003.....	65
Gambar 5.3 Diagram Batang Distribusi Responden Menurut Lama Kerja di bagian Neonati RSUP Manado tahun 2003.....	66
Gambar 5.4 Diagram Piramid Distribusi Responden Menurut Perkawinan di bagian Neonati RSUP Manado tahun 2003.....	66
Gambar 5.5 Diagram Batang Pengetahuan Perawat tentang Pencegahan Infeksi BBLR di bagian Neonati RSUP Manado tahun 2003.....	67
Gambar 5.6 Diagram Batang Sikap Perawat tentang Pencegahan Infeksi BBLR di bagian Neonati RSUP Manado tahun 2003.....	68
Gambar 5.7 Diagram Batang Tindakan Perawat dalam Pencegahan Infeksi BBLR di bagian Neonati RSUP Manado tahun 2003.....	68

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Formulir Permohonan Menjadi Responden	82
Lampiran 2 Formulir Pernyataan Kesiediaan Responden	83
Lampiran 3 Formulir Pengumpulan Data	84
Lampiran 4 Formulir Kuesioner Pengumpulan Data Pengetahuan	85
Lampiran 5 Formulir Kuesioner Pengumpulan Data Sikap.....	90
Lampiran 6 Observasi Pengumpulan Data Tindakan.....	92
Lampiran 7 Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan Data.....	94
Lampiran 8 Surat Izin Penelitian	95
Lampiran 9 Surat Keterangan Selesai Melaksanakan Penelitian	96
Lampiran 10 Print Out:	
1) Tabulasi Data	97
2) Non Parametric Correlation	100
3) Pengetahuan * Tindakan Crosstabulation	100
4) Sikap * Tindakan Crosstabulation	101

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Perawatan bayi berat badan lahir rendah memerlukan ketrampilan dan suatu pengertian akan kesulitan yang dapat dihadapi. Hal ini berhubungan erat dengan tidak adanya maturitas sistem tubuh. Apapun fungsi perawatan yang terlibat harus mempunyai tujuan dasar perlindungan dari bayi terhadap infeksi. Bayi *preterm*, berat rendah mempunyai sistem *imunologi* yang kurang berkembang. Bayi mempunyai sedikit atau tidak memiliki ketahanan terhadap infeksi. (Sacharin, 1996;177). Pendidikan staf perawat ditujukan pada pengembangan pengetahuan dan penguasaan ketrampilan atau tindakan sangat diperlukan untuk melakukan perawatan secara aman, mengingat ^{di Ruang} diruang perawatan neonatus terdapat epidemi penyebaran mikroorganisme yang berasal dari petugas, paling sering akibat kontak tangan (Klaus M.H. 1998;266,397). Berdasarkan hasil pengamatan peneliti, masih ditemukan perawat yang belum melaksanakan tindakan pencegahan infeksi diruangan Neonati Rumah Sakit Umum Pusat Manado.

Neonatus baik yang lahir dengan resiko ataupun tanpa resiko tinggi, masih rentan terhadap penyakit, diantaranya Sepsis Neonatorum.

Gejala sepsis pada neonatus tidak spesifik, karena mirip dengan penyakit lain. Sepsis pada neonatus disebabkan diantaranya adalah faktor-faktor dari ibu sejak bayi dalam kandungan, atau setelah bayi lahir atau karena faktor lingkungan selama perawatan karena infeksi nosokomial. Hal ini menjadi salah satu penyebab meningkatnya angka kesakitan bahkan kematian terutama di ruang intensif. (Perdalin,2003;2).Dinegara berkembang angka kejadian sepsis neonatorum 10 dalam 1000 kelahiran hidup dan meningkat pada bayi berat lahir rendah sampai 8 kali lipat. Diruang Neonatus Rumah Sakit Dr. Soetomo pada tahun 2002 terjadi lonjakan kasus sepsis dan selulitis dengan kematian yang sangat cepat. Angka kematian sepsis dan selulitis dari seluruh kasus sepsis adalah 5,2% atau 0,4 dari seluruh penderita yang dirawat (Perdalin, 2003; 2). Data statistik 10 besar penyakit/kelainan diruang Neonatologi Rumah Sakit Umum Pusat Manado tercatat kejadian sepsis tahun 1999 adalah urutan ke empat dengan 66 kasus, tahun 2000 urutan kedua dengan 70 kasus sedangkan tahun 2001 menjadi urutan ketiga dengan 113 kasus. Sedangkan data yang penulis dapatkan dari buku register ruangan dan buku laporan dokter residen Neonati, untuk tahun 2003 antara bulan Agustus sampai November tercatat kematian bayi berat lahir rendah dengan sepsis berjumlah 8 kasus.

Kasus sepsis dan selulitis masih cukup tinggi diruang neonatus di Rumah Sakit Umum Pusat Manado hal ini disebabkan karena hunian ruang neonatologi sangat tidak memenuhi sering melebihi 100%, dan pembatasan jumlah penderita sulit dilakukan mengingat RSUP Manado sebagai rumah sakit rujukan Indonesia Timur bagian Utara. Infeksi yang terjadi dapat berhubungan dengan prosedur diagnostik atau terapeutik dan sering termasuk memanjangnya waktu tinggal dirumah sakit, sehingga meningkatkan biaya perawatan di rumah sakit, sehingga meningkatkan biaya perawatan kesehatan bagi klien dan tenaga pelayanan kesehatan (Pery Potter,2000;264)

Kemajuan dan perkembangan teknik dalam keperawatan neonatus berperan besar terhadap peningkatan kelangsungan hidup neonatus.(Klaus H.M.,1998;554) . Tidak seorangpun dengan pilek, faringitis, lesi kulit atau bentuk infeksi lainnya dapat bekerja dengan bayi ini. Pada beberapa unit terdapat kebijaksanaan untuk memakai gaun dan masker. (Sacharin,1996;177). Dan tampaknya cuci tangan dan semprot tangan dengan alkohol dan gliserin masih merupakan pencegahan penularan infeksi yang efektif dan murah.(Perdalin ,2003;1). Hal ini menarik untuk dikaji lebih lanjut mengenai hubungan pengetahuan dan sikap dengan tindakan perawat pada kejadian infeksi

bayi berat lahir rendah yang dirawat diruang Neonati Rumah Sakit Umum Pusat Manado

1.2 Perumusan Masalah

1.2.1 Pernyataan Masalah

Sampai saat ini kejadian infeksi pada bayi berat badan lahir rendah masih sering terjadi. Bila hal ini dibiarkan akan memperpanjang masa perawatan bahkan kematian pada bayi yang dengan berat badan lahir rendah. Salah satu penyebab timbulnya masalah tersebut adalah karena pelaksanaan pencegahan infeksi pada bayi berat badan lahir rendah belum dilakukan secara optimal.

1.2.2 Pertanyaan Masalah

Berdasarkan data dalam latar belakang maka perumusan pertanyaan sebagai berikut :

1. Bagaimanakah tingkat pengetahuan perawat tentang pencegahan infeksi pada bayi berat lahir rendah.
2. Bagaimanakah sikap perawat pada pencegahan infeksi dalam melakukan perawatan bayi berat lahir rendah.
3. Bagaimanakah tindakan perawat tentang pencegahan infeksi dalam melakukan perawatan bayi berat badan lahir rendah
4. Apakah ada hubungan antara pengetahuan dengan tindakan perawat dalam pencegahan infeksi pada bayi berat badan lahir rendah.

5. Apakah ada hubungan antara sikap dengan tindakan perawat dalam pencegahan infeksi pada bayi berat badan lahir rendah

1.3 Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mempelajari hubungan antara pengetahuan dan sikap dengan tindakan perawat dalam pencegahan infeksi bayi berat lahir rendah.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pengetahuan perawat tentang pencegahan infeksi pada bayi berat lahir rendah.
2. Mengidentifikasi sikap perawat dalam pencegahan infeksi bayi berat lahir rendah.
3. Mengidentifikasi tindakan perawat dalam pencegahan infeksi pada bayi berat badan lahir rendah.
4. Menganalisa hubungan pengetahuan dengan tindakan perawat dalam pencegahan infeksi bayi berat badan lahir rendah.
5. Menganalisa hubungan sikap dengan tindakan perawat dalam pencegahan infeksi bayi berat lahir rendah.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi masyarakat

Dapat memberikan sumbangan pengetahuan bagi masyarakat, supaya masyarakat juga dapat melakukan pencegahan infeksi dalam turut serta merawat bayinya yang lahir dengan berat badan lahir rendah.

2. Bagi perkembangan penelitian.

Dapat memberi gambaran dan informasi yang dibutuhkan bagi peneliti selanjutnya, guna meningkatkan pemahaman tentang hubungan pengetahuan dan sikap dengan tindakan perawat dalam pencegahan infeksi pada BBLR.

3. Bagi profesi keperawatan.

Dapat digunakan sebagai masukan bagi tempat pelayanan kesehatan guna meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan keperawatan.

1.5 Relevansi

Kurangnya pengetahuan perawat terhadap pencegahan infeksi bayi berat lahir rendah dapat menimbulkan masalah yang cukup serius. Pengetahuan yang baik dapat merubah sikap dan perilaku perawat dalam perawatan bayi berat lahir rendah untuk pencegahan infeksi sehingga masalah dapat dihindari sedini mungkin.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan disajikan tentang konsep dasar pengetahuan, sikap dan perilaku, konsep dasar keperawatan, prinsip dasar bayi berat lahir rendah dan perawatannya.

2.1 Landasan Teori Pengetahuan, Sikap dan Perilaku.

2.1.1 Konsep Pengetahuan

Menurut Notoatmojo (1993;127) pengetahuan adalah merupakan dari tahu yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Pada umumnya pengetahuan diperoleh melalui indera penglihatan dan pendengaran.

Notoadmodjo (1993;128-130) menjelaskan bahwa domain pengetahuan mempunyai 6 tingkatan yaitu :

1. Tahu (*Know*) diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam mengingat kembali sesuatu yang spesifik dari keseluruhan bahan yang dipelajari atau rangsang yang telah diterima. Karena itu tahu dikatakan sebagai tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja yang digunakan untuk

- mengukur seseorang mengetahui tentang apa yang dipelajari antara lain bila ia bisa menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan dan menyatakan sesuatu.
2. Menjelaskan secara benar tentang suatu objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap suatu objek atau materi harus bias menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan dan meramalkan tentang objek yang ia dipelajari.
 3. Aplikasi (*Application*) diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi yang sebenarnya atau suatu kemampuan untuk menggunakan hukum, rumus, metoda dan prinsip-prinsip tertentu dalam situasi yang lain.
 4. Analisis (*Analysis*) diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek kedalam komponen-komponen yang masih berada dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitan antara satu dengan lainnya. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja: dapat menggambarkan, dapat membedakan, dapat memisahkan dan dapat mengelompokkan.
 5. Sintesa (*Synthesis*) adalah suatu kemampuan menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang benar serta

kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang sudah ada seperti

bisa menyusun, bisa merencanakan, bisa meringkas dan bisa menyesuaikan suatu teori dengan suatu yang sudah ada.

6. Evaluasi (*Evaluation*) yakni kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek berdasar kriteria yang telah ada.

2.1.2 Konsep Sikap

Notoatmojo (1993;130) mengatakan bahwa sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau suatu objek. Manifestasi sikap tidak dapat dilihat langsung, tapi hanya dapat ditafsirkan lebih dulu dari perilaku yang tertutup tersebut. Dalam kehidupan sehari-hari sikap merupakan suatu hal yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial.

Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap memiliki 3 komponen pokok yaitu :

1. Kepercayaan atau keyakinan, ide dan konsep terhadap suatu objek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap terhadap suatu objek.
3. Kecendrungan untuk bertindak (Notoadmojo, 1993;131)

Ciri-ciri sikap menurut Heri Purwanto (1998;62) antara lain :

1. Dibentuk atau dipelajari sepanjang perkembangan seseorang dalam hubungan dengan suatu objek.
2. Dapat berubah-ubah bila terdapat suatu keadaan yang mempermudah perubahan sikap tersebut.
3. Senantiasa mempunyai hubungan tertentu terhadap suatu objek.
4. Objek sikap dapat merupakan satu hal tertentu dapat juga merupakan kumpulan dari hal-hal tertentu.
5. Mempunyai segi-segi motivasi dan segi perasaan.

Dalam bukunya juga Heri Purwanto (1998:650) menyatakan bahwa sikap dapat dibentuk atau berubah melalui 4 cara antara lain:

- 1). Adopsi terjadi apabila suatu kejadian atau peristiwa terjadi berulang dan terus menerus yang lama kelamaan secara bertahap diserap dalam diri individu dan mempengaruhi terbentuknya suatu sikap.
- 2). Diferensiasi yang berjalan seiring perkembangan intelegensi , pengalaman dan usia.
- 3). Integrasi yakni pembentukan sikap yang terjadi secara bertahap dimulai dengan suatu hal tertentu.
- 4). Trauma yang merupakan suatu pengalaman yang tiba-tiba dan mengejutkan yang menimbulkan kesan mendalam pada seseorang.

Sedangkan dalam bukunya Notoatmojo (1993:132) menjelaskan tingkatan pembetulan sikap seseorang, yaitu;

1. Menerima (*Receiving*) yang diartikan bahwa seseorang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan.
2. Merespons (*Responding*) yakni apabila seseorang memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan.
3. Menghargai (*Valuing*) yakni apabila seseorang mampu mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain tentang suatu masalah.
4. Bertanggung jawab (*Responsible*) yakni apabila seseorang bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko.

Menurut Heri Purwanto (1998:66) beberapa factor yang mempengaruhi terbentuknya sikap adalah :

- 1) Faktor interen yaitu factor yang terdapat dalam diri seseorang berupa motif dan kecenderungan .
- 2) Faktor eksteren yang merupakan factor dari luar orang tersebut yang meliputi sifat objek/sasaran, wibawa orang yang mengemukakan suatu sikap, sifat orang/kelompok yang mendukung sikap tersebut,

media komunikasi dan situasi saat sikap dibentuk. Makin banyak faktor yang mempengaruhi semakin cepat suatu sikap dapat dibentuk.

2.1.3 Konsep Prilaku

Dalam buku Notoatmojo (1997:118) menyatakan bahwa perilaku dalam pandangan biologis merupakan suatu kegiatan atau suatu aktivitas organisme atau individu. Jadi perilaku manusia pada hakekatnya adalah aktivitas manusia itu sendiri. Perilaku juga dikatakan mempunyai batasan yang luas mencakup berjalan, berbicara, bereaksi, berpakaian dan semua kegiatan yang membutuhkan aktifitas fisik dan dapat diamati.

Secara lebih operasional Notoatmojo (1997:120) mengatakan bahwa perilaku dapat diartikan sebagai suatu respon seseorang terhadap rangsangan atau stimulus dari luar subyek. Respon ini berbentuk dua macam yakni:

1. Bentuk pasif adalah suatu bentuk respon internal yang terjadi dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat dilihat oleh orang lain. Misalnya berpikir atau bersikap. Perilaku seperti ini dikatakan masih terselubung dan disebut sebagai *Covert Behavior*.
2. Bentuk aktif yaitu apabila perilaku itu jelas dapat dilihat dan diobservasi secara langsung dalam bentuk tindakan nyata. Perilaku

ini disebut secara operasional dapat diklasifikasikan menjadi tiga bagian, yakni: 1) Pengetahuan, 2) Sikap, 3) Perbuatan.

Beberapa ahli pendidikan mengatakan dalam buku yang dikarang Notoatmojo (1993:127) bahwa domain perilaku kesehatan dapat diukur dari : 1) Pengetahuan (*Knowledge*), 2) Sikap (*Attitude*), 3) Tindakan (*Practice/Psychomotor*).

Untuk membentuk sikap dan tindakan atau perilaku seseorang diperlukan pengetahuan kognitif yang cukup kuat. Dalam suatu penelitian Roger (1974) mengatakan bahwa sebelum orang mengadopsi suatu perilaku atau berperilaku baru, dalam diri orang tersebut terjadi suatu proses. Proses tersebut terdiri dari:

- 1) *Awareness* (kesadaran) dimana orang tersebut telah menyadari dalam hatinya dan memahami suatu stimulus (objek).
- 2) *Interest* (tertarik), timbul saat seseorang mulai tertarik terhadap suatu stimulus.
- 3) *Evaluation* (menilai) terjadi saat seseorang mulai menimbang-nimbang terhadap baik buruknya suatu stimulus bagi dirinya.
- 4) *Trial* (mencoba) yakni orang mulai mencoba untuk berperilaku baru sesuai pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

5) *Adoption* (mengambil) terjadi dimana individu atau subjektelah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus yang didapatnya.

Heri Purwanto (1998:13-18) menyebutkan beberapa factor yang mempengaruhi perilaku manusia antara lain :

- 1) Keturunan yang diartikan pembawaan yang merupakan karunia Tuhan Yang Maha Esa yang sering disebut pembawaan.
- 2) Lingkungan yakni segala apa yang berpengaruh pada diri individu dalam berperilaku yang meliputi a) Lingkungan manusia yang terdiri dari keluarga, sekolah dan masyarakat dengan kebudayaan, agama taraf hidup dan sebagainya, b) Lingkungan benda yakni benda yang berada disekitar manusia yang turut memberi warna jiwa manusia, dan c) Lingkungan geografis yakni letak geografis yang turut mempengaruhi corak kehidupan manusia.

Selain hal tersebut diatas, Notoatmojo (1997:96) juga mengatakan bahwa perilaku pada dasarnya dilatarbelakangi oleh tiga factor, yakni :

1. Faktor predisposisi (*Predisposing Factor*) yang terdiri dari pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, nilai, persepsi, kesiapan fisik dan kesiapan psikik.
2. Faktor pendukung (*Enabling Factor*) yang meliputi ketersediaan sumber/fasilitas.

3. Faktor pendorong (*Reinforcing Factor*) yang mencakup sikap dan perilaku petugas/mediator.

Jadi terbentuknya perilaku seseorang dimulai dari pengetahuan, dan selanjutnya menimbulkan suatu sikap yang pada akhirnya secara sadar akan menimbulkan suatu tindakan nyata dalam perilakunya.

2.2 Konsep Dasar Keperawatan

Perawat adalah seorang yang telah lulus pendidikan perawat baik didalam maupun diluar negeri sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. (Direktorat Pelayanan Keperawatan,2001;2).

2.2.1 Definisi Asuhan Keperawatan

1. Proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/pasien diberbagai tatanan pelayanan kesehatan.
2. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistik dan berdasarkan pada kebutuhan obyektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien.

2.2.2 Pengertian praktik keperawatan menurut Jahustone, 1994.

Tindakan mandiri keperawatan profesional melalui kerjasama berbentuk kolaborasi dengan klien dan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai lingkup wewenang dan

tanggung jawabnya. Praktik keperawatan profesional menggunakan pengetahuan teoritik yang mantap dan kokoh dari berbagai ilmu dasar (biologi, fisika, biomedik, perilaku, social) dan ilmu keperawatan. Mandiri berarti memiliki sesuai dengan kemampuan professional yang dimiliki, yang menuntut perawat untuk berani menanggung resiko terhadap kewenangan yang dimiliki. (Hamid, 2001: 8).

2.3 Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

2.3.1 Prinsip Dasar

Bayi berat badan lahir rendah (BBLR) ialah bayi baru lahir yang berat badan pada saat kelahiran kurang dari 2500 gram (sampai dengan 2,499 gram) (Cloherty, 1991;87).

Berkaitan dengan penanganan dan harapan hidupnya, bagi berat badan lahir rendah dibedakan dalam :

- 1) Bayi berat lahir rendah (BBLR) berat lahir 1500-2499 gram.
- 2) Bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR), berat lahir < 1500 gram.
- 3) Bayi berat ekstrem rendah (BBLER), berat lahir < 1000 gram
(Saiffudin AB, Adriaansz G, Wiknjosastro GH & Wasposito D, 2001;376 , Cloherty, 1991;87).

2.3.2 Pembagian BBLR

Bayi BBLR dapat dibagi menjadi 2 golongan, yaitu

2.3.2.1 Prematuritas murni

Masa gestasinya kurang dari 37 minggu dan berat badannya sesuai dengan berat badan masa gestasi itu atau biasa disebut neonatus kurang bulan sesuai untuk masa kehamilan (NKB-SMK) (Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak FKUI, 2000 ; 1052).

1) Penggolongan BBLR.

Dibagi berdasarkan atas timbulnya bermacam-macam problematik pada derajat prematuritas maka menurut (Usher, 1975 dikutip oleh Prawirohardjo,1981;725)

(1) Bayi yang sangat prematur (*extremely premature*) = 24-30 minggu. Bayi dengan masa gestasi 24-27 minggu masih sangat sukar hidup terutama dinegara belum atau sedang berkembang. Bayi dengan masa gestasi 28-30 minggu masih mungkin dapat hidup dengan perawatan yang sangat intensif (Oleh perawat yang sangat terlatih dan menggunakan alat-alat sophisticated) agar dicapai hasil yang optimum.

(2) Bayi pada derajat prematur sedang (*moderately premature*); 31-36 minggu. Kesanggupan untuk hidup jauh lebih baik dari golongan pertama.

(3) *Borderline premature* kurang dari 37 minggu mempunyai sifat-sifat bayi premature dan matur. Akan tetapi sering timbul problematic seperti seperti yang dialami bayi premature misalnya hiperbilirubinemia, sindroma gangguan pernapasan, dengan daya

hisap yang lemah dan sebagainya sehingga bayi ini harus diawasi secara ketat.

2) Penyebab

Menurut besarnya penyebab kelahiran bayi prematur dapat dibagisebagai berikut :

(1) Faktor ibu

- Penyakit

Penyakit yang berhubungan dengan langsung dengan kehamilan misalnya toksemia gravidarum, perdarahan antepartum, trauma fisis dan psikologis. Penyakit lainnya ialah nefritis akut, diabetes melitus, infeksi akut atau tindakan operatif (Staf Pengajar Ilmu Kes Anak FKUI, 2000;1052).

Pada umumnya kelahiran prematur berkaitan dengan adanya kondisi dimana uterus tidak mampu untuk menahan fetus, misalnya pada pemisahan prematur, pelepasan plasenta dan infark dari plasenta (Sacharin, 1996;172).

Keadaan material, misalnya preeklampsi hipertensi, penyakit ginjal kronis, malnutrisi, faktor kronis misalnya infeksi kronis intra uteri, perdarahan antepartum. (Farrer, 2002;216).

- Keadaan sosial ekonomi

Keadaan ini sangat berperan terhadap timbulnya prematuritas. Kejadian tertinggi terdapat pada golongan sosial ekonomi yang rendah. Hal ini disebabkan karena gizi yang kurang baik dan pengawasan antenatal yang kurang. Demikian pula perkawinan yang tidak sah ternyata lebih tinggi bila dibandingkan dengan bayi yang lahir pada perkawinan sah.

- Usia

Angka kejadian prematuritas tertinggi ialah pada usia ibu dibawah 20 tahun dan pada multigravida yang jarak antar kelahirannya terlalu dekat. Kejadian terendah ialah pada usia ibu antara 26-35 tahun (Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak FKUI, 2000;1052). Usia ibu dibawah 16 tahun dan diatas 35 tahun adalah kasus terbanyak terjadi bayi berat badan lahir rendah (Cloherty, 1991;89).

(1) Faktor janin

Hidramnion, kehamilan ganda umumnya akan mengakibatkan lahir bayi BBLR. (Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak FKUI, 2000;1052). Kelainan kromosomal (misalnya trisoni autosomal), fetus multi ganda, cedera radiasi dll, deformitas fetus makroskopik (Sacharin, 1996;172).

2.3.2.2 Kecil Masa Kehamilan (*Small For Date*)

Kecil Masa Kehamilan ialah bayi baru lahir yang berat badan lahirnya kurang dibandingkan dengan berat badan seharusnya untuk masa gestasi bayi itu (KMK).

Pengertian berat badan kurang dari berat badan lahir yang seharusnya untuk masa gestasi tertentu ialah kalau berat badan lahirnya dibawah persentil ke-10 menurut kurva pertumbuhan intrauterin lubchenco atau dibawah 2 SD menurut kurva pertumbuhan intrauterin usher. Dengan definisi seperti yang dikemukakan di atas, Kecil Masa Kehamilan dapat terjadi '*preterm*', '*term*' atau '*postterm*'. Untuk Kecil Masa Kehamilan '*postterm*' sering disebut '*postmaturity*'. Penyebab Kecil Masa Kehamilan ialah setiap keadaan yang mengganggu pertukaran zat antara ibu dan janin (Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak FKUI, 2000;1055).

2.3.3 Ciri-Ciri Berat Badan Lahir Rendah

Ciri-ciri bervariasi dan paling nyata pada bayi dengan umur gestasi terpendek.

1. Panjang

Pengukuran panjang bayi dari vertex (mahkota kepala) sampai tumit dianggap cara yang paling dapat diandalkan untuk menaksir umur gestasi pada bayi prematur yang sehat. Hal ini diukur atas dasar bahwa setelah 28 minggu bayi berukuran $1\frac{1}{4} \times 28 = 28 + 7 = 35$ cm. Tampaknya

panjang bayi secara relatif konstan dan sedikit dipengaruhi oleh faktor seperti sex, kelahiran multiganda dan lain-lain. (Sacharin, 1996;172).

Panjang badan kurang atau sama dengan 45 cm. (Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak FKUI, 2000;1053).

2. Berat

Terdapat variasi yang luas dalam berat lahir rata-rata pada berbagai negara dan berbagai daerah dalam suatu negara. Berat lahir dipengaruhi oleh faktor seperti kelainan kongenital, kehamilan multiganda, faktor biologis. (Sacharin, 1996 ; 172). Berat badan kurang dari 2500 gram. (Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak FKUI, 2000;1053).

Selama beberapa hari kehidupan pertama terdapat penurunan dalam berat badan. Kehilangan berat badan ini pada umumnya tidak diperoleh kembali hingga bulan ketiga dari kehidupan. Sekali berat badan lahir telah dicapai kembali secara relatif terdapat peningkatan berat badan yang cepat dimana hal ini akan lebih besar daripada bayi aterm. (Sacharin, 1996;172).

3. Proporsi Umum

Bayi prematur mempunyai kepala yang besar dibandingkan dengan proporsi ukuran badannya. Lingkaran kepala rata-rata pada berbagai umum gestasi telah ditemukan sebagai berikut :

Menurut (Crosse, 1971 dikutip Sacharin, 1996;172) : 28 minggu (25 cm), 32 minggu (29 cm), 36 minggu (32 cm) dan 40 minggu (35 cm).

Menurut Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak FKUI, 2000 lingkaran kepala < 33cm, lingkaran dada < 30 cm.

Toraks secara relatif lebih kecil, sementara abdomen secara relatif besar dan anggota gerak kecil dibandingkan dengan bagian tubuh lainnya (Sacharin, 1996;172).

4. Aktivitas

Lebih rendah umur gestasi bayi, maka semakin kurang aktif anak tersebut. Asalkan kondisi umum baik, bahkan bayi yang terkecilpun akan memperlihatkan adanya saat aktivitas otot, terutama jika tidak dibatasi oleh pakaian. (Sacharin, 1996;171).

Otot masih hipotonik, sehingga sikap selalu dalam keadaan kedua tungkai dalam abduksi, sendi lutut dan sendi kaki dalam fleksi dan kepala menghadap kesatu jurusan. *Tonic neck reflex* lemah. (Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak FKUI, 2000;1053).

Siku bayi prematur dapat disilangkan dengan mudah di atas dada dengan sedikit atau tanpa tahanan, reflex menggenggam pada bayi prematur lemah. Tumit bayi prematur dengan mudah dapat diangkat ketelinga, tidak memberikan tahanan. (Hamilton, 1995;236).

5. Pengendalian Suhu

Bayi prematur cenderung untuk memiliki suhu tubuh yang subnormal. Hal ini disebabkan oleh produksi panas yang buruk dan peningkatan kehilangan panas. Kegagalan untuk menghasilkan panas yang adekuat disebabkan tidak adanya jaringan adiposa coklat (yang mempunyai aktivitas metabolik yang tinggi), pernapasan yang lemah dengan pembakaran oksigen yang buruk, aktivitas otot yang buruk dan masukan makanan yang rendah. Kehilangan panas akan meningkat karena adanya perubahan tubuh yang secara relatif lebih besar dan tidak adanya lemak subkutan. Tidak adanya pengaturan panas pada bayi sebagian disebabkan oleh keadaan imatur dari pusat pengatur panas dan sebagian akibat kegagalan untuk memberikan respon terhadap stimulus dari luar. Keadaan ini sebagian disebabkan oleh mekanisme keringat yang cacat demikian yang tidak adanya lemak subkutan. Pada minggu pertama dari kehidupan bayi preterm memperlihatkan fluktuasi yang nyata dalam suhu tubuh dan hal ini berhubungan dengan fluktuasi suhu lingkungan. (Sacharin, 1996;173).

6. Sistem Pernapasan

Lebih pendek masa gestasi maka semakin kurang perkembangan paru-paru, semakin matur bayi dan lebih besar berat badannya, maka

akan semakin besar alveoli, pada hakekatnya dindingnya dibentuk oleh kapiler.

Otot pernapasan bayi ini lemah dan pusat pernapasan kurang berkembang. Terdapat juga kekurangan lipoprotein paru-paru, yaitu suatu surfactan yang dapat mengurangi tegangan permukaan pada paru-paru. Surfactan diduga bertindak dengan cara menstabilkan alveoli yang kecil, sehingga mencegah terjadinya kolaps pada saat terjadi ekspirasi.

Ritme dan dalamnya pernapasan cenderung tidak teratur, seringkali ditemukan apnea, dalam keadaan ini timbul sianosis.

Pada bayi prematur yang terkecil refleks batuk tidak ada. Hal ini dapat mengarahkan pada timbulnya inhalasi cairan yang dimuntahkan dengan timbulnya konsekuensi yang serius.

Kecepatan pernapasan bervariasi pada semua neonatus dan bayi prematur. Pada bayi neonatus dalam keadaan istirahat, maka kecepatan pernapasan dapat 60 sampai 80 kali permenit, berangsur-angsur menurun mencapai kecepatan yang mendekati biasa yaitu 34 sampai 36 kali permenit. (Sacharin, 1996;173).

Pernapasan dangkal, tidak teratur, pernapasan diafragmatik intermiten atau perodik (40-60 x/m), mengorok, cuping hidung (Doengoes & Moorhouse, 2001; 634).

7. Sistem Sirkulasi

Jantung secara relatif kecil saat lahir, pada beberapa bayi prematur kerjanya lambat dan lemah. Terjadi ekstra sistole dan bising yang dapat didengar pada atau segera setelah lahir. Hal ini hilang ketika aperture jantung fetus menutup secara berangsur-angsur. Sirkulasi perifer seringkali buruk dan dinding pembuluh darah juga lemah. Kasus ini terutama pada pembuluh darah intrakranial. Hal ini merupakan sebab dari timbulnya kecenderungan perdarahan intrakranial yang terlihat pada bayi prematur. Tekanan darah lebih rendah dibandingkan dengan bayi aterm, tingginya menurun dengan menurunnya berat badan. Tekanan diastolik secara proporsional rendah, bervariasi dari 30 sampai 45 mmHg. Nadi bervariasi antara 100 dan 160/menit. Cenderung ditemukan aritmia dan, untuk memperoleh suara yang tepat maka dianjurkan untuk mendengar pada debaran apex dengan menggunakan stetoskop. (Sacharim, 1996;173).

8. Sistem Pencernaan

Semakin rendah umur gestasi, maka semakin lemah refleks mengisap dan menelan, bayi yang paling kecil tidak mampu untuk minum secara efektif. Regurgitasi merupakan hal yang sering terjadi. Hal ini disebabkan oleh karena mekanisme penutupan springter jantung yang kurang berkembang dan spingter pilorus yang secara relatif kuat.

Pencernaan tergantung pada perkembangan dari alat pencernaan. Lambung dari seorang bayi dengan berat 900 g memperlihatkan adanya sedikit lipatan mukosa, glandula sekretoris, demikian juga otot, kurang berkembang. Perototan usus yang lemah mengarah pada timbulnya distensi dan retensi bahan yang dicerna.

Hepar secara relatif besar tetapi kurang berkembang, terutama pada bayi yang kecil. Hal ini merupakan predisposisi untuk terjadinya ikterus, akibat adanya ketidakmampuan untuk melakukan konjugasi bilirubin, yaitu keadaan tidak larut dan ekskresinya kedalam empedu tidak mungkin.

Pencernaan protein tampaknya berkembang dengan baik bahkan pada bayi prematur yang terkecil.

Absorpsi lemak tampaknya merupakan masalah kendatipun sudah terdapat enzim pemecah lemak. Hal ini berkaitan dengan kurangnya ASI. Karbohidrat dalam bentuk glukosa mudah diserap.

9. Sistem Urinarius

Pada saat lahir, fungsi ginjal perlu menyesuaikan diri dengan perubahan lingkungan. Fungsi ginjal kurang efisien dengan adanya angka filtrasi glomerulus yang menurun, klirens urea dan bahkan terlarut yang rendah. Hal ini menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan untuk

mengkonsentrasi urine dan urine menjadi sedikit. Gangguan keseimbangan air dan elektrolit mudah terjadi. Hal ini disebabkan adanya tubulus yang kurang berkembang.

10. Sistem Persarafan

Perkembangan susunan saraf sebagian besar tergantung pada derajat maturitas. Pusat pengendali fungsi vital, misalnya pernapasan, suhu tubuh dan pusat refleks, kurang berkembang. Refleks, seperti refleks moro dan refleks leher tonik ditemukan pada bayi prematur yang normal, tetapi refleks tendon bervariasi. Karena perkembangan susunan saraf buruk, maka bayi terkecil pada khususnya, lebih lemah, lebih sulit untuk dibangunkan dan mempunyai tangisan yang lemah. (Sacharin, 1996;173-174).

11. Sistem Genital

Genital kecil ; pada wanita labia minora tidak ditutupi oleh labia majora hingga aterm. Pada laki-laki, testis terdapat dalam abdomen, kanalis inguinalis atau skrotum.

12. Mata

Maturitas fundus terjadi pada gestasi sekitar 34 minggu. Terdapat adanya dua stadium perkembangan yang dapat dikenali, yaitu imatur dan transisional (peralihan), yang terjadi antara 24 dan 33 sampai

34 minggu. Selama stadium ini bayi dapat menjadi buta jika diberikan oksigen dalam konsentrasi yang tinggi untuk waktu yang lama.

13. Gambaran Umum

Kulit biasanya tipis transparan, merah dan berkerut. Ditemukan sedikit lemak subkutan. Kuku lembut dan lanugo banyak saat lahir. Penyebaran lanugo pada bahu, bokong, dan ekstremitas. *Lanugo* menghilang pada minggu pertama kehidupan. Rambut pendek dan jarang, alis mata seringkali tidak ada. *Vernix caseosa* sedikit atau tidak ada. (Sacharin, 1996; 174 & Hamilton 1995 ; 220).

2.4 Perawatan Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Perawatan khusus untuk bayi ini telah lama dikenal dan terdapat unit khusus dimana spesialisasi perawatan dan kedokteran dapat dilaksanakan. Laporan kelompok ahli perawatan khusus untuk bayi (1971) menganjurkan didirikannya suatu unit perawatan khusus dimana bayi dapat diberikan perawat. Rekomendasi ini didasarkan pada bukti bahwa mortalitas neonatal dapat diturunkan jika neonatus dapat memperoleh perawatan efektif. Unit spesialisasi harus juga mampu untuk memberikan perawatan sederhana sehingga transisi dari perawatan spesialisasi ke perawatan di rumah dapat dicapai dengan mudah. Perawatan dari bayi ini sangat spesialistik karena juga sering melibatkan adanya kelainan kongenital, maka penting sekali agar

perawat anak sakit mampu melakukan fungsi spesialisasi. (Sacharin, 1996;174).

Setiap upaya dilakukan untuk menyelamatkan bayi dengan berat badan lahir rendah. Pertama ruang perawatan diingatkan, dan orang yang memiliki pengetahuan tentang resusitasi bersiaga diruang bersalin. Peralatan essensial termasuk inkubator yang telah siap pakai. Pada saat lahir dokter mengevaluasi kondisi bayi, dan tindakan kedaruratan dilakukan seperti yang dibutuhkan. Tali pusat dijepit, dan bayi dalam keadaan telanjang diletakkan didalam inkubator. Setelah memberikan identitas yang sesuai serta perawatan mata, bayi dikirim keruang perawatan neonatus.

Penimbangan, pengukuran, dan perawatan lainnya adalah tindakan sekunder dalam mempertahankan kehidupan. Terkadang sampai beberapa

hari sebelum bayi cukup kuat untuk ditimbang. Bayi dirawat diunit perawatan intensif, dimana tersedia personel yang telah dipersiapkan dengan khusus merawat bayi beresiko, menggunakan teknik dan peralatan yang lebih maju. (Hamilton, 1995 ; 241).

2.4.1 Prinsip perawatan Bayi berat lahir rendah meliputi hal-hal berikut ini :

1. Pemeliharaan jalan napas dan oksigen yang adekuat.

Oxigen penting bagi kehidupan. Bayi prematur sering tidak mampu mendapatkan cukup oksigen dari atmosfer untuk bertahan. Jalan napas tersumbat oleh lendir, dan konsentrasi oksigen 21% yang terdapat di atmosfer tidak mencukupi untuk menekan lendir didalam paru-paru. Untuk menkompensasi masalah, oksigen dalam konsentrasi yang tinggi mungkin diberikan langsung kedalam paru-paru, atau bayi mungkin dibaringkan dilingkungan yang kaya akan oksigen.

Konsentrasi oksigen diberikan, atau yang ada dilingkungan, tidak secara akurat mencerminkan tingkat oksigen didalam sirkulasi bayi. Hanya dengan mengukur konsentrasi darah diketahui jumlahnya yang akurat. Hal ini dapat dimonitor dengan alat pulsoximeter, atau dapat diukur secara langsung dengan mengambil sampel darah arteri. Idealnya tekanan oksigen arteri (PaO_2) adalah 60 sampai 80 mmHg. Kurang dari nilai ini akan menyebabkan kematian sel-sel (Hamilton, 1995;241).

Bila bayi mulai terlihat sianosis, dispnea/hiperpnea segera berikan O_2 secara rumat sampai 2 liter per menit. Bila bayi terus menerus sianosis dan memerlukan pemberian O_2 untuk jangka lama, maka sebaiknya dilakukan pemeriksaan analisis gas darah dahulu. Jika fasilitas tak ada, pemberian O_2 harus diawasi dengan teliti. Misalnya

saat sianosis sekali O₂ diperbesar dan setelah sianosis berkurang dikembalikan secara rumat. Bila perlu dihentikan sementara. O₂ harus diberikan melalui pelembab. Tindakan jika bayi apnea. Jika bayi mendapat serangan apnea harus segera dilakukan tindakan penyelamatan (resusitasi). Caranya bayi dibaringkan terlentang dengan leher sedikit tengadah (ekstensi) atau letakkan gulungan kain atau handuk dibawah bahu untuk membantu mempertahankan posisi, isap lendirnya dihisap mulut sebelum hidung untuk memastikan bahwa sudah tidak ada secret yang dapat diaspirasi seandainya bayi bernapas ketika dilakukan penghisapan dari hidung, beri rangsangan taktil yaitu dengan cara menepuk atau menyentil telapak kaki atau dapat juga dengan menggosok punggung, perut, dada atau ekstremitas bayi, akan tetapi setelah 30 detik bayi tetap lemas, sianosis, dan tidak dapat bernapas spontan.

Tim resusitasi kemudian memberinya Ventilasi Tekanan Positif (VTP) balon dan sungkup dengan oksigen 100%. Terlihat gerakan naik turun dada. Akan tetapi setelah 30 detik kemudian, frekwensi jantung bayi sangat lambat (20-30 kali /menit), bayi tetap lemas dan sianosis. Tim mulai melakukan kompresi dada bersama-sama dengan VTP. Kompresi dada yang terdiri dari kompresi yang teratur pada tulang dada, yaitu :menekan jantung kearah tulang belakang , meningkatkan tekanan

intratorakal, memperbaiki sirkulasi darah keseluruhan organ vital.

Kompresi dada dapat dilakukan dengan 2 teknik yaitu; 1. Teknik ibu jari, kedua ibu jari digunakan untuk menekan tulang dada, sementara kedua tangan melingkari dada dan jari-jari tangan menopang dari belakang dada. Ibu jari digunakan untuk menekan tulang dada, sementara jari-jari lainnya memberikan tahanan yang diperlukan dari bagian belakang. Ibu jari harus difleksikan pada persendian pertama dan tekanan diberikan secara vertical untuk menekan jantung yang terletak antara tulang dada dan tulang belakang.

2. Teknik dua jari, ujung jari tengah dan jari telunjuk atau jari tengah dan jari manis dari satu tangan untuk menekan tulang dada. Tangan yang lain digunakan untuk menopang bagian belakang bayi, kecuali kalau bayi diletakkan pada permukaan yang keras. Kedua jari tegak lurus dinding dada dan tekan dengan ujung-ujung jari. Jika perawat keadaan kuku tidak memungkinkan (panjang) lakukan ventilasi, sementara pasangan penolong yang melakukan kompresi dada.

Untuk lokasi penekanan pada 1/3 bagian bawah sternum. Hindari pemberian kompresi dan ventilasi secara serentak karena dapat menurunkan manfaat satu sama lainnya. Oleh karena itu, kedua kegiatan ini harus terkoordinasi, dengan satu ventilasi selesai tiga penekanan, total 30 pernapasan dan 90 kompresi/menit. Setelah 30 detik, hentikan penekanan untuk menilai frekwensi jantung, jika ada denyut nadi pada

tali pusat, ventilasi dilanjutkan. Ketika frekwensi jantung meningkat diatas 100 kali permenit dan bayi mulai bernapas spontan, perlahan-lahan hentikan ventilasi tekanan positif (Perinasia, 2001;2-12,2-14,4-4,4-74-12).

2. Penghematan energi bayi

Bayi prematur ditangani seminimal mungkin untuk menghemat energinya. Prosedur memandikan yang biasa dilakukan dikurangi, hanya bila benar-benar penting. Karena lingkungannya hangat dan lembab tidak dibutuhkan pakaian, bayi dibaringkan di atas popok. (Hamilton, 1995;242). Tidak dipakaikan baju agar memudahkan pengamatan (gerakan dada/perut bayi). (Ngastiyah, 1997;7).

Maka penanganan ekstra untuk mengenakan pakaian dapat dihindarkan. Alat monitor yang diletakkan kekulit memberikan data yang berkelanjutan tentang fungsi-fungsi vital, sehigga mengurangi penanganan yang sebenarnya bisa dilakukan untuk pengkajian secara periodik. Kulit yang sangat halus cenderung untuk menjadi kering dan bokong mengalami lecet. Membersihkan dengan lembut, memaparkan pada udara, atau memberikan salep pelindung dapat meningkatkan penyembuhan. Tempat tidur air dan tempat tidur dari karet busa digunakan dibeberapa ruang perawatan untuk memberikan rangsangan pendukung dan kelembutan.

Bayi prematur mungkin terlalu lemah untuk membalikkan tubuhnya sendiri. Mereka harus dibalikkan dari satu sisi ke sisi yang lain minimal 1 sampai 2 jam sekali. Mereka mungkin dibaringkan dengan kepala lebih rendah dan mengarah kesatu sisi untuk membantu mengalirkan lendir, karena bayi ini sangat tergantung pada orang lain untuk hidupnya, ruang perawatan yang insentif biasanya dilengkapi dengan staf yang menangani satu bayi untuk masing-masing perawat. (Hamilton, 1995;242).

3. Pemeliharaan suhu tubuh

Bayi berat lahir rendah mudah dan cepat sekali menderita hipotermia bila berada dilingkungan yang dingin. Kehilangan panas disebabkan oleh permukaan tubuh bayi yang relatif lebih luas dibandingkan dengan berat badan, kurangnya jaringan lemak dibawah kulit dan kurangnya brown fat (lemak coklat). Prawirohardjo, 1981;728).

Kemampuan metabolisme panas masih rendah, sehingga bayi dengan berat badan lahir rendah perlu diperhatikan agar tidak terlalu banyak kehilangan panas badan (Manuaba, 1998;327). Untuk mencegah hipotermia, perlu diusahakan lingkungan yang cukup panas untuk bayi. Bila bayi diletakkan didalam inkubator, suhu inkubator untuk bayi dengan berat badan kurang dari 2 kg harus 35⁰C dan untuk bayi dengan berat badan antara 2 kg dan 2,5 kg 34⁰C, supaya ia dapat

mempertahankan suhu tubuh sekitar 37°C . Suhu incubator dapat diturunkan 1°C setiap minggu untuk bayi dengan berat badan 2 kg dan secara berangsur-angsur ia dapat diletakkan didalam tempat tidur bayi dengan suhu lingkungan 27°C - 24°C . (Prawirohardjo, 1981;728).

Pada dasarnya inkubator merupakan suatu kotak, dirancang untuk mempertahankan suatu suhu internal yang konstan dengan menggunakan suatu termostat. Terdapat banyak tipe yang dapat diperoleh dan kesemuanya mempunyai fungsi yang sama, tetapi beberapa lebih kompleks daripada yang lain, misalnya terdapat inkubator dengan sambungan untuk pemberian oksigen, wadah air untuk memberikan kelembaban, suatu filter udara, kopartemen es dan suatu sambungan untuk nebulizer. Terdapat akses pengendalian yang mudah dan ada kemungkinan untuk mengubah kipas filter (jika terpakai). Sebagian besar inkubator mempunyai termometer interna yang dapat dibaca dengan mudah. Prosedur perawatan dapat dilakukan melalui "jendela" atau "lengan baju" pada satu atau kedua sisi inkubator, atau melalui penutup.

Pada tipe yang disebut terakhir suatu lingkungan yang hangat dapat dipertahankan dengan cara menghangatkan kanopi yang ditempatkan dalam jarak yang pendek di atas inkubator.

Tangki diisi dengan air steril dan popok ditempatkan pada kasur busa.

Bayi dirawat dalam keadaan telanjang, hal ini mempunyai keuntungan sebagai berikut :

- 1) Memungkinkan adanya pernapasan yang tidak terhalang,
- 2) Memungkinkan anak untuk bergerak tanpa dibatasi oleh pakaian.
- 3) Memungkinkan observasi yang lebih mudah terhadap pernapasan.
- 4) Menghindarkan terjadinya penanganan anak secara berlebihan ketika mengenakan pakaian (Sacharin 1996;175-176).

Pengukuran suhu bayi prematur tidak dibenarkan melalui anus, karena dapat menimbulkan perlukaan mengingat selaput lendir pada anus masih sangat tipis, dianjurkan pada ketiak, lipat paha, atau lipat lutut. Kelembaban udara harus adekuat yaitu 70-80%. Walau kelembaban udara di Indonesia cukup tinggi tetapi diruangan yang ber-AC atau udara diluar panas, maka dapat terjadi menurunnya kelembaban udara didalam inkubator. Jika inkubator tidak dilengkapi alat untuk pelembab, dapat dipakai popok atau segumpal kapas yang dibasahi air matang dan diletakkan pada salah satu tempat didalam inkubator asal tidak mengenai bayi.

4. Keamanan dan pencegahan infeksi

Karena bayi prematur lahir sebelum waktunya, daya tahan mereka kurang berkembang. Mereka mudah terkena oleh setiap penyakit

infeksi. Perawat yang bertugas diruang keperawatan intensif oleh karenanya harus mempertahankan kebersihan pada setiap aspek perawatan, termasuk pencucian tangan, sterilisasi peralatan dan perlengkapan lain, pemeliharaan teknik *barier*, dan mengisolasi bayi dari semua sumber infeksi. (Hamilton, 1995;242). Perawatan bayi yang sekecil ini memerlukan keterampilan dan suatu pengertian akan kesulitan yang dapat dihadapi. Hal ini berhubungan erat dengan tidak adanya maturitas sistem tubuh. Apapun fungsi perawatan yang terlibat harus mempunyai tujuan dasar perlindungan bayi terhadap infeksi. Bayi prematur, berat rendah mempunyai sistem imunologi yang kurang berkembang. Ia mempunyai sedikit atau tidak memiliki ketahanan terhadap infeksi. Tidak seorangpun dengan pilek, faringitis, lesi kulit atau bentuk infeksi lainnya dapat bekerja dengan bayi ini. Pada beberapa unit terdapat kebijaksanaan untuk memakai masker dan gaun khusus sementara menangani bayi. Prinsip pencegahan infeksi berlaku disini demikian pula dibidang rumah sakit dan setiap infeksi yang terjadi pada seorang bayi harus dipertimbangkan sebagai suatu kegagalan dalam penerapan prinsip ini. (Sacharin, 996;177).

2.4.2 Beberapa hal penting yang perlu diperhatikan adalah:

1. Penimbangan, untuk menghindarkan penanganan yang tidak perlu, maka penimbangan tidak boleh dilakukan terlalu sering, kemungkinan

dua kali seminggu. Bayi kecil dapat ditimbang sementara berada dalam inkubator, dengan menempatkan anak pada suatu sling yang diletakkan pada kait melalui lobang pada inkubator. Ini diletakkan pada timbangan pegas. Dapat ditemukan inkubator yang telah mempunyai timbangan didalamnya. Bayi yang lebih tua dan lebih berat dapat ditimbang pada timbangan umum. Timbangan ini harus dibersihkan diantara saat penimbangan dan setiap bayi ditempatkan pada kertas yang bersih. Asalkan anak minum dengan baik dan mempunyai gerakan usus yang normal, maka tidak perlu dilakukan penimbangan harian.

2. Mandi, hal ini tergantung pada kebijaksanaan setiap unit.

Beberapa unit meminyaki, yang lain menggunakan hexachlorophane 3 persen atau air steril, tujuan utamanya adalah :

Mencegah terjadinya kehilangan panas badan, mencegah penanganan yang berlebihan, menghindarkan iritasi mekanis terhadap kulit.

Darah dan sisa-sisa (waktu bayi baru lahir) dibersihkan dengan lembut menggunakan larutan hexachlorophane 3 persen. Dapat digunakan swab atau kapas steril untuk membersihkan, yaitu axillae, lipit paha dan bagian belakang telinga diobati setiap hari. Jika bayi memakai popok, penanganan pengantian popok harus minimal, anak sebaiknya dibalik pada sisinya ketimbang diangkat tungkainya.

Bayi sehat yang lebih tua dapat dimandikan setiap hari kedua atau ketiga. Suhu air harus sekitar 40,5 sampai 43,5⁰C, suhu terakhir lebih sesuai untuk memandikan bayi dalam pangkuan perawat.

3. Perawatan Mata

Kelopak mata yang menutup harus dibersihkan setiap hari dengan air hangat steril, menggunakan suatu rol kapas. Potongan kapas yang terpisah harus digunakan untuk setiap mata dan setiap gerakan.

4. Perawatan hidung

Jika lobang hidung bersih maka hal ini dapat dibiarkan saja. Hanya hidung bagian luar saja yang dibersihkan, jika perlu, digunakan swab yang dibasahi dalam air hangat steril. Saluran hidung yang tersumbat dapat dibersihkan dengan cara berikut :

Pertama jika salah satu lobang hidung tersumbat, maka rangsangan pada satu lobang hidung akan menyebabkan bersin dan membersihkan sumbatan. Kedua lubang hidung tersumbat merupakan masalah yang lebih besar. Jika bersin dapat ditimbulkan tanpa mengganggu lubang hidung, maka hal inilah dianjurkan ; tetapi hal ini tidak mungkin untuk dilakukan menggunakan rol kapas yang halus. Penting untuk tidak mendorong sumbat mukus kedalam lubang hidung. Hal ini dapat menimbulkan inhalasi dari bahan tersebut dan menimbulkan konsekwensi serius.

5. Perawatan mulut, mulut yang sehat tidak memerlukan pembersihan, karena membrana mukosa mudah sekali mengalami cedera, sehingga mendorong terjadinya invasi bakteri. Walaupun demikian, mulut harus diperiksa pada setiap waktu minum, sehingga adanya thrush dapat diketahui secara dini.

6. Perawatan tali pusat, setelah memandikan bayi tali pusat dikeringkan. Secara normal tidak diberikan bungkus atau bedak tetapi jika lembab, dapat diberikan metil spiritus atau bedak antiseptik steril. Untuk menjamin bahwa tali pusat lepas tanpa kesulitan, perlu untuk menjaganya agar tetap kering dan bersih. Tali pusat mengering dan mengerut, lepas secara spontan setelah beberapa hari. (Sachrin, 1996 ; 6 & 177-178).

7. Perawatan Kulit

Perlindungan dan pemeliharaan kulit bayi aterm dan premature sangat berarti mengingat pentingnya organ ini sebagai penghalang infeksi dan pengontrol suhu. Memelihara integritas organ rapuh ini merupakan tantangan dalam pelaksanaan perawatan bayi-bayi premature. Trauma kulit dapat terjadi pada saat alat-alat Bantu hidup dan monitor yang telah terpasang aman dilepaskan atau diganti atau pada pengambilan sample darah dan insersi pipa dada yang merusak barier kulit.

Selain itu terdapat peningkatan pemasukan mikroorganisme terhadap flora kulit seperti stafilocokus koagulasi negatif dan candida.

Saran-saran perawatan kulit pada bayi berat lahir rendah adalah :

1) Mandi ; gunakan sabun yang berpH netral jangan terlalu sering mandi menggunakan sabun (dua atau tiga kali perminggu), selebihnya mandi dengan air hangat dan bagi bayi yang sangat premature, hindari mandi menggunakan sabun paling tidak selama satu minggu pertama.

2) Lubrikasi ; kulit yang kering dan agak mengelupas adalah wajar dan merupakan proses normal pada bayi baru lahir. Gunakan lubrikan hanya jika kulit sangat kering atau kelihatan mudah pecah dan membentuk fisura. Lubrikan seperti krim, emulsi, dan lotion atau minyak “bayi” digunakan pada bayi *premature* maupun *aterm* untuk mencegah dan mengobati kekeringan kulit (Klaus H.M, 1998; 260).

3) Dermatitis Bokong ; usaha pencegahan meliputi sering mengganti popok untuk memelihara kulit tetap kering, jika penyebabnya adalah iritasi feses, gunakan krim pelindung yang mengandung seng oksida untuk melindungi kulit luka terhadap kontak lebih lanjut dengan feses.

4) Preparat antimikroba kulit ; gunakan larutan Povidon Iodine sebelum tindakan apapun yang menembus permukaan kulit, biarkan kering selama 60 detik sebelum pungsi dilakukan, kemudian bersihkan sempurna dengan air steril.

5) Pemakaian plester dan pelepasannya ; batasi sebanyak mungkin jumlah pita perekat dan plester yang digunakan untuk mengamankan pemasangan alat. Jangan gunakan pelarut untuk melepas pita perekat, lepas pita perekat menggunakan gulungan-gulungan kapas.

2.4.1.4 Pemenuhan kebutuhan nutrisi.

Pada bayi prematur refleks isap, telan, dan batuk belum sempurna kapasitas lambung masih sedikit, daya enzim pencernaan terutama lipase kurang. Bayi *small-for-dates* yang cukup refleks-refleks tersebut baik, dan enzim pencernaan lebih aktif, akan tetapi cadangan glikogen dalam hati sangat sedikit sehingga bayi mudah menderita hipoglikemia. (Prawirohardjo, 1981;729).

Nutrisi memainkan suatu bagian yang penting dalam pemeliharaan dan pertumbuhan bayi preterm. Zat-zat gizi dan cairan yang diberikan pada 1 sampai 3 hari pertama kehidupan kini diberikan beberapa jam setelah lahir. (Hamilton, 1995;242).

Prinsip pemberian minum ialah *early feeding*, yaitu minum sesudah bayi berumur 2 jam untuk mencegah turunnya berat badan yang lebih dari 10%, hipoglikemia dan hiperbilirubinemia. (Prawirohardjo, 1981;729).

ASI mempunyai kelebihan nutrisi dibandingkan dengan susu formula karena mengandung lebih banyak sistein dan taurin yang menyebabkan absorpsi lemak lebih baik. Waktu pengosongan lambung pada bayi yang diberi ASI lebih cepat, demikian pula toleransinya lebih baik dibanding susu formula. Selain fungsi nutrisi ASI memberikan proteksi imunologik dan merupakan antimikroba. Di negara berkembang telah dibuktikan dengan mantap bahwa ASI sangat mengurangi risiko infeksi pada bayi kurang bulan. Angka kematian postneonatal pada bayi yang mendapat ASI lebih rendah dibandingkan dengan bayi yang mendapat susu formula. Penelitian membuktikan bahwa Air Susu Ibu Kurang Bulan (ASIKB) mempunyai kadar nitrogen total, nitrogen protein, energi, natrium, klorida, kalsium, magnesium, seng, tembaga dan IgA yang tinggi.

Para ibu bayi kurang bulan perlu dimotivasi untuk memerah payudaranya, dan memberikan nasehat untuk melakukan hal itu. Pompa payudara listrik lebih efektif daripada pompa tangan atau ekspresi manual (Monintja H & Victor, 1997;93-96) Pemberian susu dimulai ketika refleks mengisap sudah timbul. Pemberian ini dilakukan dengan mencoba memberikan satu botol susu tiap 24 jam. Sebelum memberikan susu dengan sonde, pemberian dengan botol dicoba

dahulu. Mengisap merupakan pekerjaan yang melelahkan sehingga pemberian susu dibatasi selama 10-15 menit. (Farrer, 200;217).

Pada minggu pertama kebutuhan bayi prematur rendah, tetapi pada minggu kedua terdapat peningkatan kebutuhan sehingga dianjurkan jumlah kalori sebesar 90 sampai 165 kcal.

Pemberian makanan hampir selalu merupakan masalah yang sulit pada bayi prematur memerlukan masukan protein yang tinggi, lebih dari 5 gr per kg berat badan. Pemberian makanan secara dini dianjurkan untuk membantu mencegah terjadinya hipoglikemia dan hiperbilirubinemia. Petunjuk makanan tergantung pada masa gestasi dan berat badan bayi yaitu : dibawah 32 minggu dengan berat dibawah 1500 gr. Pada minggu pertama bayi diberi makan setiap jam sejak berumur 2 jam, kemudian minggu kedua diberi makan setiap 2 jam sampai bayi mencapai 36 minggu. Gestasi 32 sampai 34 minggu dengan berat badan 1500 sampai 2200 gr, sejak berumur 2 jam sampai 36 minggu diberikan setiap 2 jam. Gestasi 34 sampai 37 minggu pemberian makanan ditunda hingga bayi berumur 12 jam atau sampai bayi merasa lapar. Makanan pertama dapat berupa ASI dan diulang tiap 4 jam (Sacharin, 1996;128).

Bila diresepkan ASI, ibu akan mengeluarkan ASInya secara manual dan memberikan keruang perawatan sampai bayinya cukup

kuat untuk menyusu sendiri. Metode pemberian makan dan jumlah yang dibeikan tergantung pada perkembangan, ukuran dan kekuatan bayi. Kebanyakan dari bayi preterm diberikan melalui botol atau jika memungkinkan dengan cangkir khusus untuk menghindari bayi bingung puting, tetapi untuk bayi yang terlalu kecil melalui tube nasogastirik atau tube nasojejunal sampai mereka mampu mengisap dan menelan cukup makanan untuk memenuhi kebutuhan mereka. Bila diperlukan dianjurkan mungkin pemberian makan intravena. (Hamilton, 1995;242).

Bayi prematur mudah terjadi regurgitasi dan pneumonia aspirasi, maka hal-hal dibawah ini harus diperhatikan pada pemberian minum botol pada bayi dengan berat badan lahir rendah, yakni ;

1. Bayi diletakkan pada sisi kanan untuk membantu mengosongkan lambung, atau dalam posisi setengah duduk dipangkuan perawat atau dengan meninggikan kepala dan bahu 30^0 ditempat tidur bayi.
2. Sebelum susu diberikan, diteteskan dahulu dipunggung tangan untuk merasakan apakah susu cukup hangat dan apakah keluaranya satu tetes dalam setiap detik.
- 3 Pada waktu bayi minum harus diperhatikan apakah ia menjadi biru, ada gangguan pernapasan, atau perut kembung. Pengamatan dilakukan terus sampai kira-kira setengah jam sesudah minum.

Gumpalan susu mulut harus dibersihkan dengan memberi sedikit air yang sudah masak.

4. Untuk mencegah perut kembung, bayi diberi minum sedikit-sedikit dengan perlahan-lahan dan hati-hati. Penambahan susu setiap kali minum tidak boleh lebih dari 30 ml sehari atau tidak boleh lebih dari 5 ml tiap kali.
5. Sesudah minum, bayi didudukkan untuk mengeluarkan udara dan kemudian ditidurkan pada sisi kanan atau tidur dalam posisi tengkurap. Hal ini dilakukan dengan maksud agar tidak terjadi regurgitasi atau muntah oleh karena dalam posisi tengkurap ini susu berada diantrum pilorus yang letaknya agak jauh dari esofagus ; udara bergeser kearah kardial dan terjadilah pengeluaran udara tanpa makanan.
6. Bila bayi biru atau mengalami kesukaran dalam bernapas pada waktu minum, kepala bayi harus segera direndahkan 30⁰c, cairan dimulut dan difaring diisap. Bila ia masih tetap biru dan tidak bernafas, harus diberi oksigen. (Prawirohardjo, 1981;729-730).

Dot yang digunakan tidak boleh terlalu sering, penting untuk memeriksa agar lidah tidak melekat pada atap mulut. Kecuali dot ditempatkan pada lidah, maka bayi tidak dapat menghisap secara efektif. Memutar dot dalam mulut bayi harus dihindarkan, karena hal ini dapat mencederai membrana mukosa. Hisapan dapat dirangsang

dengan menekan dot kebawah pada lidah atau menggunakan tekanan keatas yang lembut dibawah dagu. (Sacharin 1996;179).

Kadang-kadang diperlukan pemberian makanan melalui kateter. Sebaiknya dipakai kateter dari polietilen yang dapat tinggal dilambung selama 4-5 hari tanpa iritasi ; kateter dari karet mudah menyebabkan iritasi dan infeksi. Kateter yang disarankan adalah :

- 1) Yang dipakai kateter no. 8 untuk bayi kurang dari 1500 gram dan no. 10 untuk bayi di atas 1500 gram.
- 2) Panjang kateter yang dimasukkan bila melalui mulut ialah sama dengan ukuran dari pangkal hidung ke prosessus xifoideus ; bila melalui hidung, agak lebih panjang.
- 3) Mula-mula dicoba dahulu dengan air apakah kateter dapat dilalui.
- 4) Setelah kateter dimasukkan, dilihat apakah bayi menjadi sesak napas atau tidak ; bila sesak napas, mungkin kateter masuk trakea.
- 5) Kemudian, cairan lambung diisap dan diperiksa keasamannya dengan kertas lakmus bila cairan berwarna hijau, kateter ditarik kira-kira 2 cm, kemudian diisap lagi.
- 6) Sebuah corong berukuran diletakkan pada ujung kateter sebelah luar dan cairan susu dimasukkan kedalam corong, lalu dibiarkan menjalin kelambung.

7) Setelah minum, bayi didudukkan dan kemudian ditidurkan pada sisi kanan atau tengkurap. (Prawirohardjo, 1981;730)

Karena bahaya dari perusakan jaringan sangat halus atau masuk kedalam paru-paru, hanya perawat yang telah menerima instruksi khusus yang boleh melakukan prosedur ini. Bahkan ketika tube tetap ditempatnya diantara waktu makan, letaknya harus diperiksa sebelum pemberian makan. (Hamilton, 1995;243).

Setiap kali bayi akan diberi minum cairan lambungnya diisap dulu, jika cairan lambung tersebut lebih dari 2 ml, jumlah susu yang akan dimasukkan dikurangi sejumlah cairan yang dikeluarkan dan cairan yang diisap itu dikembalikan lagi ke lambung karena cairan itu terdiri dari susu yang tercampur getah lambung.

Jika berat badan naik terus dapat diberikan setiap 3 jam dan jumlahnya disesuaikan dengan umur dan berat badan. Pada pemberian minum dengan menggunakan sonde dan spuit, susu tidak boleh didorong dengan pengisapnya tetapi biarkan susu mengalir perlahan-lahan pergunakan badan spuit sebagai corongnya. Bila tidak mengalir lancar, angkat corong lebih tinggi sehingga selang menjadi tegak lurus. Selama memberikan minum kepala bayi harus agak ditinggikan ; sesudah sonde dipasang menetap dan direkatkan didahi, bayi dimiringkan dan memberi ganjal dibelakang punggungnya. (untuk

mencegah terjadinya aspirasi bila bayi muntah atau regurgitasi). Setelah beberapa saat lihatlah apakah bayi muntah atau gumoh (*regurgitasi*), dan setelah kira-kira 1 jam kembalikan pada sikap semula. Jika fasilitas ada, dewasa ini pemberian minum per sonde pada bayi prematur dapat dihubungkan pada alat yang disebut buret, ialah tabung yang bentuknya seperti mikrodrip lengkap dengan selang dan klemnya, tabung tersebut digantung seperti infus dan susu hanya menetes sesuai kebutuhan. Jika susu sudah habis, tabung dan selangnya dicuci bersih dan dibilas dengan air panas (matang) untuk mencegah sisa susu menjadi asam. Kebaikan alat ialah mengurangi muntah dan bayi tidak perlu selalu diangkat. Tabung dan selang harus diganti setiap minggu. (Ngastiyah, 1997;8-9).

Ada juga untuk bayi yang sangat kecil tanpa gangguan pernapasan dapat diberi makanan melalui tetesan lambung (*gastric drip*). Kateter yang telah dimasukkan kedalam lambung dihubungkan dengan botol infus yang berisi susu yang digantungkan setiap 1 meter di atas bayi. Susu diberi dengan tetes teratur sebanyak 60 ml/kg berat badan sehari. Dan tiap hari dinaikkan sampai 200 ml/kg berat badan sehari pada akhir minggu kedua. (Prawirohardjo, 1981;730).

2.4.1.5 Pengendalian Infeksi

Infeksi nosokomial adalah infeksi yang diakibatkan dari pemberian pelayanan kesehatan atau terjadi pada fasilitas pelayanan kesehatan. Penggunaan masker, pelindung mata, sarung tangan dan pakaian khusus membantu mengurangi risiko transmisi patogen yang ditularkan melalui darah (CDC, 1988 di kutip Pery Potter 2000;264).

1) Mencuci tangan

Sejalan dengan alat Bantu untuk pengendalian infeksi ini , perawat harus mengingat bahwa mencuci tangan meruakan teknik yang paling penting dan mendasa dalam mencegah dan mengendalikan infeksi. Namun lama ideal untuk mencuci tangan tidak diketahui. Pusat Pengendalian Penyakit (*Center Desease Control = CDC*), dan Pelayanan Kesehatan Masyarakat mencatat bahwa waktu mencuci tangan sedikitnya 10 sampai 15 detik akan menghilangkan sebagian besar mikroorganisme transien dari kulit. Bila tangan terlihat kotor, lebih banyak waktu yang mungkin diperlukan . Kebijakan institusi sering mengharuskan bahwa anggota staff mencuci tangan selama 1 sampai 2 menit. Cuci tangan rutin dilakukan dengan sabun batang, cairan, atau sabun dalam bentuk tisu. (Pery Potter, 2000;264). Semprot tangan dengan menggunakan alcohol 96 % juga dapat dilakukan. (Perdalin, 2003;10).

2) Mengenakan Masker.

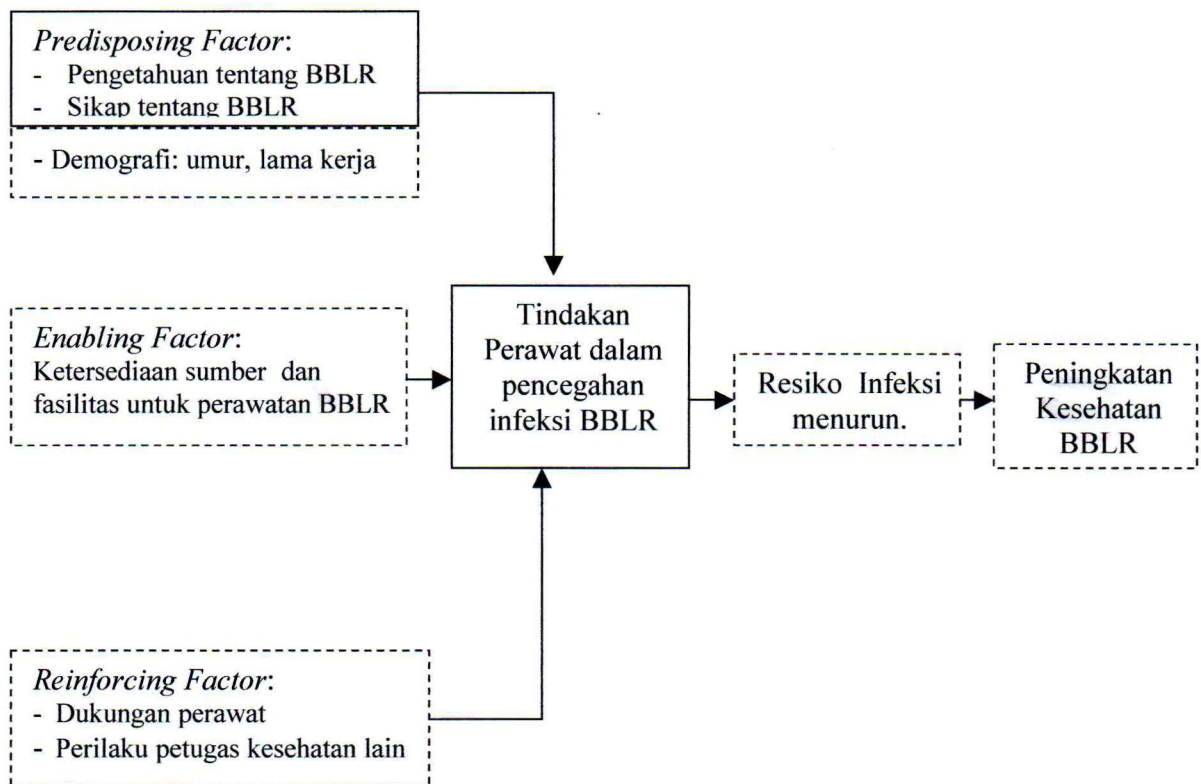
Masker mungkin dikenakan untuk beberapa alasan: sebagai kewaspadaan untuk mengurangi transmisi droplet-udara mikroorganisme saat merawat klien, saat membantu prosedur steril, saat menyiapkan alat-alat steril untuk area steril. Jenis masker yang digunakan ditentukan oleh kebijakan rumah sakit. Perawat harus mengenakan masker yang menutup rapat area sekitar wajah dan hidung, bila tidak masker tidak efektif dalam mengontrol nuklei droplet-udara (Pery Potter, 2000;283).

3) Menggunakan sarung tangan

Perawat mengenakan sarung tangan steril dengan metode terbuka saat menyiapkan untuk kerja dengan jenis peralatan steril tertentu dan saat melakukan prosedur steril tertentu. Sarung tangan memberikan halangan antara tangan perawat dan objek yang disentuhnya. Ia dapat dengan bebas menyentuh objek dalam area steril tanpa memikirkan kontaminasi. Saat menggunakan sarung tangan steril, perawat harus menyadari objek mana yang steril dan yang tidak. (Pery Potter, 2000;292). Pemakaian sarung tangan sekali pakai harus segera dilepas untuk setiap tindakan. Sebelum dan sesudah memakai sarung tangan harus dicuci tangan terlebih dahulu (Perdalin, 2003;16).

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL DAN
HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan :

Diteliti

Tidak diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Pengetahuan dan Sikap dengan Tindakan Perawat dalam Pencegahan Infeksi pada BBLR.

Dari kerangka konseptual tersebut dapat dijelaskan bahwa perilaku pada dasarnya dilatar belakangi oleh tiga faktor , yaitu : *Predisposing factor* atau faktor predisposisi yang didalamnya mencakup pengetahuan, sikap, dan demografi : umur dan lama kerja perawat berpengaruh dalam perawatan bayi berat badan lahir rendah khususnya pencegahan infeksi, hal ini ditunjang dengan *Enabling Factor* atau faktor pendukung yang meliputi ketersediaan sumber (dana) dan fasilitas rumah sakit dimana bayi berat badan lahir rendah itu dirawat. Dengan adanya kedua faktor yang tersebut diatas diharapkan terjadi suatu *Reinforcing Factor* atau faktor pendorong berupa dukungan perawat dan perilaku kesehatan lain dalam pencegahan infeksi, yang pada akhirnya secara sadar akan memperlihatkan suatu tindakan yang nyata dalam perilakunya merawat bayi berat badan lahir rendah.

3.2 Hipotesis penelitian.

- H1 : 1 Ada hubungan antara pengetahuan dengan tindakan perawat dalam pencegahan infeksi BBLR.
- 2 Ada hubungan antara sikap dengan tindakan perawat dalam pencegahan infeksi BBLR.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain penelitian.

Desain penelitian merupakan wadah untuk menjawab pertanyaan penelitian atau menguji kesahihan hipotesis. (Nursalam, 2003 ; 211).

Metode penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah *Cross Sectional* (Hubungan dan Asosiasi) yaitu jenis penelitian yang menekankan pada waktu pengukuran/observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali, pada satu saat. Pada jenis ini variabel independen dan dependen dinilai secara simultan pada satu saat, jadi tidak ada *follow up* (Nursalam, 2003 ; 85).

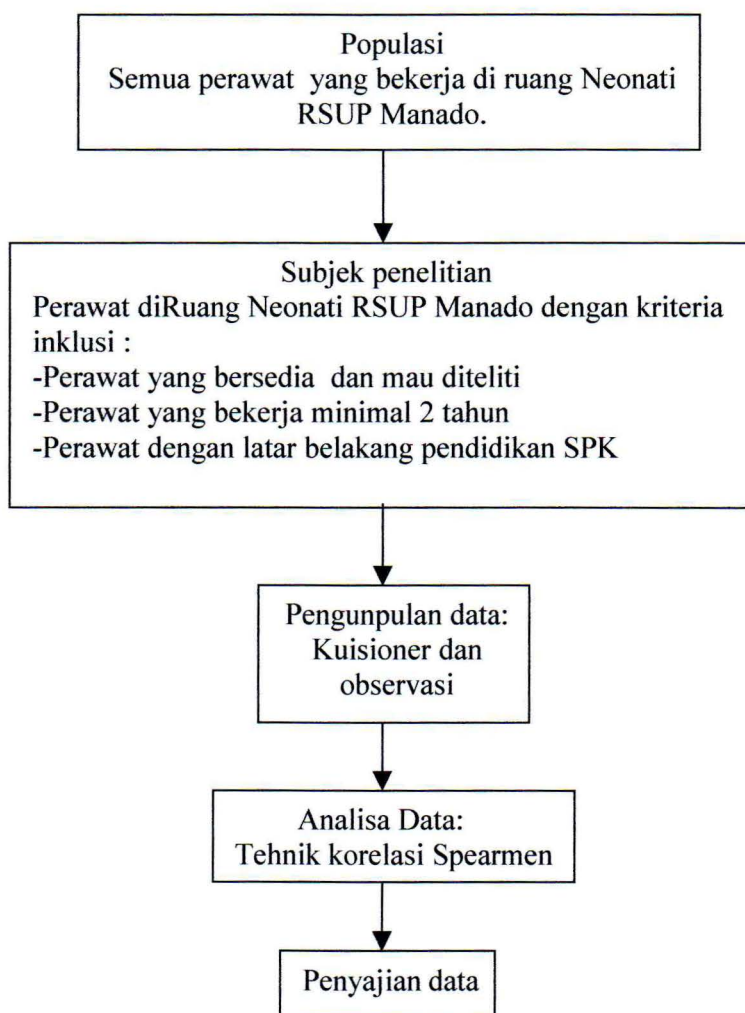
Survey Cross Sectional ialah suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*). Artinya , tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan . Hal ini tidak berarti bahwa subjek penelitian diamati dalam waktu yang sama (Notoatmodjo, 2002 ; 145).

Dalam hal ini variabel yang dimaksud adalah pengetahuan dan sikap perawat tentang pencegahan infeksi pada BBLR dan tindakan perawat melakukan dalam perawatan untuk pencegahan infeksi pada BBLR.

4.2 Kerangka kerja

Pada kerangka kerja ini akan disajikan alur penelitian, terutama variabel yang akan digunakan dalam penelitian.

Kerangka kerja yang penulis sajikan adalah sebagai berikut :



Gambar 4.1 Kerangka kerja Penelitian di Ruang Neonati Rumah Sakit Umum Pusat Manado.

4.3 Populasi, sampel, dan Sampling

4.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian (Arikunto, 1998 ; 115). Pada penelitian ini populasinya adalah semua perawat yang bekerja diruang Neonati Rumah Sakit Umum Pusat Manado. Besar populasi yang ada diruang neonati ini adalah 21 orang.

4.3.2 Sampel dan Sampling

Sampel terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subyek penelitian melalui sampling. Sedangkan sampling adalah proses menyeleksi populasi yang dapat mewakili populasi yang ada (Nursalam, 2003 ; 95). Pada penelitian ini sampel diambil dari bagian dari populasi yaitu perawat yang bekerja diruang Neonati Rumah Sakit Umum Pusat Manado. Sedangkan teknik sampling dalam penelitian ini penulis menggunakan *Purposive Sampling* dimana pengambilan sampel didasarkan pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo, 2002 ; 88). Dengan besar populasi 21 orang, maka penulis mengambil besar sampel adalah 20 orang.

4.3.3. Kriteria Sampel

4.3.3.1 Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2003 ; 96), adalah :

- 1) Perawat yang bekerja di ruang neonatus dan bersedia untuk diteliti dengan menanda tangani surat persetujuan peserta penelitian.

- 2) Perawat yang bekerja minimal 2 tahun karena dipandang berpengalaman.
- 3) Perawat dengan latar belakang pendidikan minimal SPK.

4.3.3.2 Kriteria Eksklusi

Kriteria Eksklusi adalah menghilangkan / mengeluarkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena pelbagai sebab, antara lain : (Nursalam, 2003 ; 97).

- 1) Tidak bersedia untuk diteliti
- 2) Perawat yang memegang jabatan struktural.
- 3) Perawat yang sakit dan cuti.

4.4 Identifikasi Variabel

4.4.1 Variabel Independen

Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain. Suatu kegiatan stimulus yang dimanipulasi oleh peneliti menciptakan suatu dampak pada variabel dependen. Variabel bebas biasanya dimanipulasi, diamati dan diukur untuk diketahui hubungan dan pengaruhnya terhadap variabel lain (Nursalam, 2003 ; 102).

Variabel independennya adalah pengetahuan dan sikap perawat dalam pencegahan infeksi pada perawatan BBLR.

4.4.2 Variabel Dependen

Variabel Dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel respon akan muncul sebagai akibat dari manipulasi variabel-variabel lain (Nursalam, 2003 ;102) variabel dependennya adalah tindakan perawat dalam pencegahan infeksi pada perawatan BBLR.

4.5 Definisi Operasional

Menjelaskan semua variabel dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian secara operasional, sehingga mempermudah pembaca / penguji dalam mengartikan makna penelitian. (Nursalam, 2001 ; 107)

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	PARAMETER	ALAT UKUR	SKAIA	SKOR
Independen Pengetahuan	Pemahaman perawat tentang BBLR serta perawatannya dan tingkat pengetahuan perawat dalam hal menghindari angka kejadian sepsis dan selulitis pada BBLR.	Pengetahuan perawat tentang: -Pengertian pengendalian infeksi pada perawatan BBLR. -Cara pengendalian infeksi pada bayi berat badan lahir rendah -Akibat jika pengendalian infeksi pada BBLR tidak dilakukan.	Kuisener	Ordinal	Pengelompokan 1).< 55 % artinya kurang 2).56-75% artinya cukup. 3).76-100% artinya baik.
Sikap	Tingkat kecenderungan untuk bertindak yang diharapkan akan ditampilkan perawat dalam pencegahan infeksi pada BBLR.	-Pandangan perawat tentang pengendalian infeksi. -Pendapat perawat tentang cara-cara yang tepat untuk pengendalian infeksi pada perawatan BBLR. -Pendapat perawat tentang akibat dari tidak dilakukan suatu pencegahan infeksi pada BBLR.	Kuisener	Ordinal	Pengelompokan 1).< 55 artinya kurang 2).56-75 artinya cukup 3).76-100 artinya baik.
Dependen Tindakan	Kemampuan dan ketrampilan perawat melakukan tindakan septic dan antiseptik dalam	Cara perawat dalam : -Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan. -Kebiasaan memakai pakaian khusus saat	Observasi	Ordinal	Tindakan Y nilai 1 T nilai 0 Pengelompokan :

	pencegahan infeksi pada BBLR.	merawat BBLR. -Memakai masker saat kontak dengan BBLR. -Memakai sarung tangan pada tindakan yang menembus permukaan kulit BBLR. -Cara dan bahan untuk memandikan BBLR. -Penimbangan yang tepat bagi BBLR. -Cara perawatan tali pusat secara tepat. -Penggunaan alat Bantu yang dapat menyebabkan trauma kulit (Sacharin, 1996, Klaus M.H, 1998, Farrer, 2001, Pery Potter, 2000).			1).<55 artinya kurang 2).56-75 artinya cukup 3).76-100 artinya baik.
--	-------------------------------	---	--	--	--

4.5 Pengumpulan dan Pengolahan data

Setelah mendapat ijin dari Direktur Rumah Sakit Umum Pusat Manado peneliti mengadakan pendekatan dengan perawat yang bekerja diruang Neonati RSUP Manado , untuk mendapat persetujuan sebagai responden dari peneliti. Data yang dikumpulkan menggunakan kuissener dan tiga kali observasi sebagai subjek penelitian yaitu perawat yang bekerja diruang neonatus dan memenuhi kriteri inklusi.

4.6.1 Instrumen Penelitian

Dua karakteristik alat ukur yang harus diperhatikan peneliti adalah (1) Validitas (2) reliabilitas. Validitas (kesahihan) menyatakan apa yang seharusnya diukur. Sedangkan reliabilitas (keandalan) adalah adanya suatu kesamaan hasil

apabila pengukuran dilaksanakan oleh orang yang berbeda ataupun waktu yang berbeda (Nursalam, 2003 ; 107). Dalam penelitian ini instrumen yang digunakan adalah kuesioner untuk mengukur pengetahuan dan sikap, pada jenis pengukuran ini peneliti mengumpulkan data secara formal kepada subjek untuk menjawab pertanyaan secara tertulis (Nursalam, 2003 ; 113), sedangkan untuk tindakan digunakan instrumen observasi atau pengamatan adalah suatu prosedur yang berencana, yang antara lain meliputi melihat dan mencatat jumlah dan taraf aktivitas tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti (Notoatmodjo, 2002 ; 93).

4.6.2 Cara Analisa Data

Data yang telah terkumpul tidak akan bisa untuk menjawab riset question atau tes hipotesa. Data tersebut perlu diproses dan dianalisa secara sistematis supaya *trends dan relationship* bisa dideteksi (Nursalam, 2001;99). Dalam penelitian ini analisa data menggunakan *Corelation Spearmen rho* yakni teknik korelasi tata jenjang yang merupakan suatu teknik untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan dua variabel yang datanya berupa jenjang atau ranking (Arikunto, 2000 ; 247).

Untuk pengelompokan penilaian adalah sebagai berikut :

- 1). Kurang apabila nilai kurang atau sama dengan 55 %
- 2). Cukup apabila nilai 56-75%
- 3). Baik apabila nilai lebih atau sama dengan 76 % (Arikunto, 2000;246).

Untuk pengolahan data menggunakan perangkat lunak SPSS 10,0 *for Windows*.

4.6.3 Tempat dan Waktu Penelitian.

Tempat penelitian dilaksanakan diruang Neonati Rumah Sakit Umum Pusat Manado mengingat angka kejadian infeksi pada bayi berat badan lahir rendah masih cukup tinggi. Waktu penelitian bulan November 2003 yang, terhitung sejak peneliti mendapatkan ijin dari Direktur Rumah Sakit Umum Pusat Manado.

4.7 Masalah Etika

Dalam melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan ijin kepada panitia etik RSUP Manado untuk mendapatkan persetujuan. Kemudian kuesioner dikirim ke subyek yang diteliti dengan menekankan pada masalah etika meliputi.

4.7.1 Lembar Persetujuan Penelitian diberikan pada responden. Tujuannya adalah subyek mengetahui maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang diteliti selama pengumpulan data. Jika subyek bersedia diteliti maka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika subyek menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

4.7.2 Anonimity (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas subyek, peneliti tidak akan mencantumkan nama subyek pada lembar pengumpulan data (kuesioner) yang diisi oleh subyek, lembar tersebut hanya diberi nama kode tertentu.

4.7.3 Confidentiality

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh subyek dijamin oleh peneliti.

4.8 Keterbatasan

1. Pengumpulan data dengan kuesioner dan observasi memiliki jawaban lebih banyak dipengaruhi oleh sikap dan harapan-harapan pribadi yang bersifat subyektif, sehingga hasilnya kurang mewakili secara kualitatif.
2. Waktu penelitian terbatas, sehingga sampel yang didapatkan terbatas jumlahnya karena ada perawat yang cuti / libur sehingga hasilnya kurang sempurna dan kurang memuaskan.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang hasil penelitian yang meliputi data umum dan data khusus yang selanjutnya dilakukan pembahasan hasil tersebut sesuai dengan tujuan penelitian.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Data umum

Penelitian ini dilaksanakan di bagian Neonatus Rumah Sakit Umum Pusat Manado Propinsi Sulawesi Utara, yang beralamat di Jalan Raya Tanawangko Kecamatan Malalayang Kotamadya Manado. Rumah Sakit Umum Pusat Manado ini adalah rumah sakit terbesar di Sulawesi Utara khususnya di Kota Manado. Sebagai rumah sakit rujukan untuk wilayah Indonesia Timur bagian Utara, maka rumah sakit ini dapat ditempuh dengan berbagai jenis alat transportasi untuk dapat tiba di rumah sakit ini.

Rumah Sakit ini terdiri dari beberapa bagian besar, antara lain : poliklinik-poliklinik, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Bedah, Instalasi Interna, Instalasi Anak, Instalasi Kebidanan. Adapun lokasi dimana penelitian ini dilaksanakan merupakan bagian dari Instalasi Anak dan Instalasi Kebidanan.

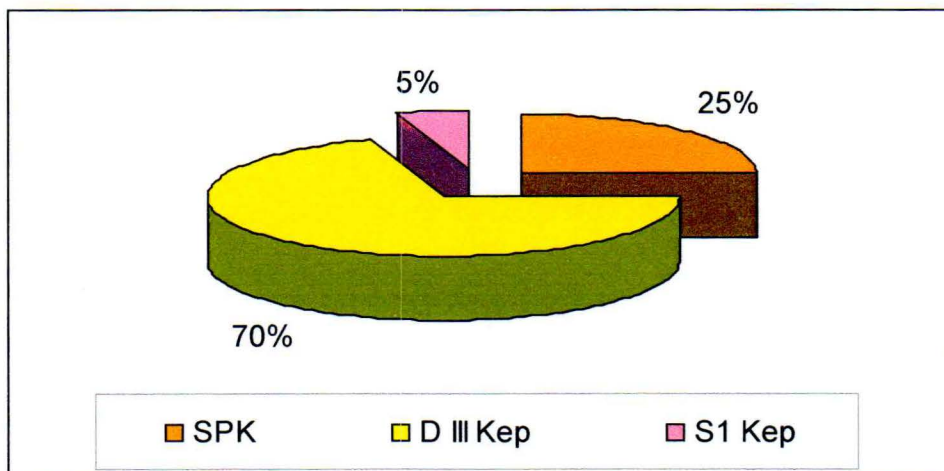
Ruang neonatus mempunyai seorang dokter supervisor, 2 orang dokter ruangan (residen anak) yang bergantian tiap 3 bulan sekali, 21 orang perawat, 1 orang pekary kesehatan serta 2 orang tenaga administrasi.

Ruangan neonatus terdiri dari 4 ruangan perawatan, yaitu ruang NICU (Neonatus Intensive Care Unit), ruang rawat gabung, ruang Issoler I (ruang *phototherapy*) dan ruang Issoler II. Ruang NICU diisi 7 bayi, ruang Issoler I diisi 1 bayi, ruang Issoler II diisi 6 bayi. Namun demikian sebenarnya ketiga ruangan ini tidak dibatasi jumlah bayi yang akan masuk. Ruang rawat gabung diisi 4 bayi dengan disiapkan 13 tempat tidur untuk ibu yang bayinya masih dirawat di ruang NICU.

Populasi target yang penulis ambil adalah petugas yang bekerja di ruang neonatus saat penelitian ini dilaksanakan. Keseluruhan perawat yang bekerja di ruang neonatus adalah 21 orang. Kemudian berdasarkan teknik sampling berupa *Purposive Sampling* maka jumlah sampel menjadi 20 orang.

Berikut ini adalah gambaran karakteristik responden dalam penelitian ini, yaitu :

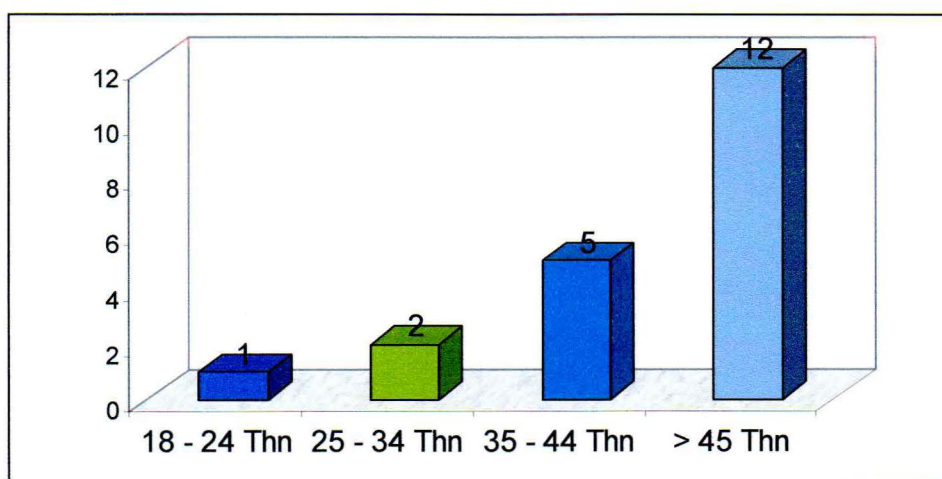
1. Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan.



Gambar 5.1 Diagram *Pie* distribusi responden menurut tingkat pendidikan di bagian neonatus Rumah Sakit Umum Pusat Manado tahun 2003.

Berdasarkan gambar 5.1 di atas dapat diketahui bahwa dari 20 responden pada penelitian ini ternyata sebagian besar adalah dengan pendidikan D III Keperawatan yaitu 14 orang (70 %). Sementara dengan pendidikan SPK terdapat 5 orang (25 %), S. 1 Keperawatan terdapat 1 orang (5 %), serta tidak ada perawat diruangan ini dengan pendidikan D IV Keperawatan.

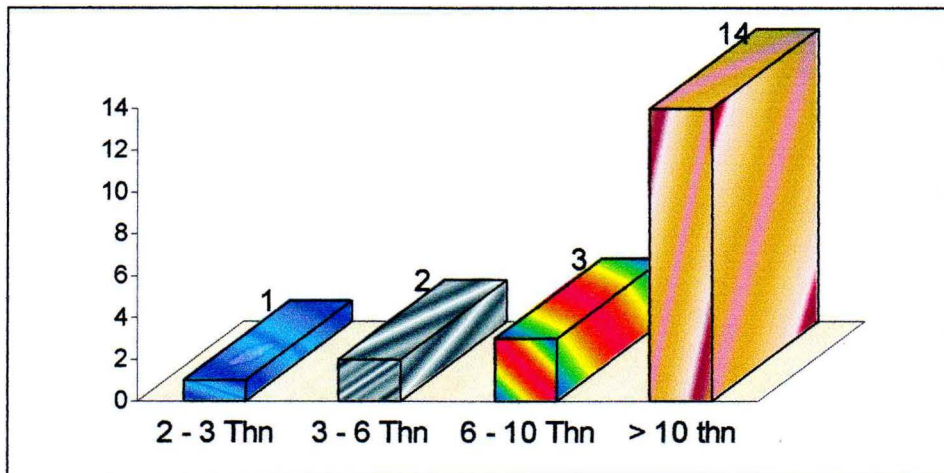
2. Karakteristik responden berdasarkan umur



Gambar 5.2 Diagram Batang distribusi responden menurut umur pada bagian neonatus RSUP Manado tahun 2003.

Berdasarkan gambar 5.2 di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini adalah telah berusia di atas 45 tahun yaitu 12 orang (60 %); sedangkan yang berusia 18 – 24 tahun terdapat 1 orang (5 %), berusia 25 – 34 tahun terdapat 2 orang (10 %), serta berusia 35 – 44 tahun terdapat 5 orang (25 %).

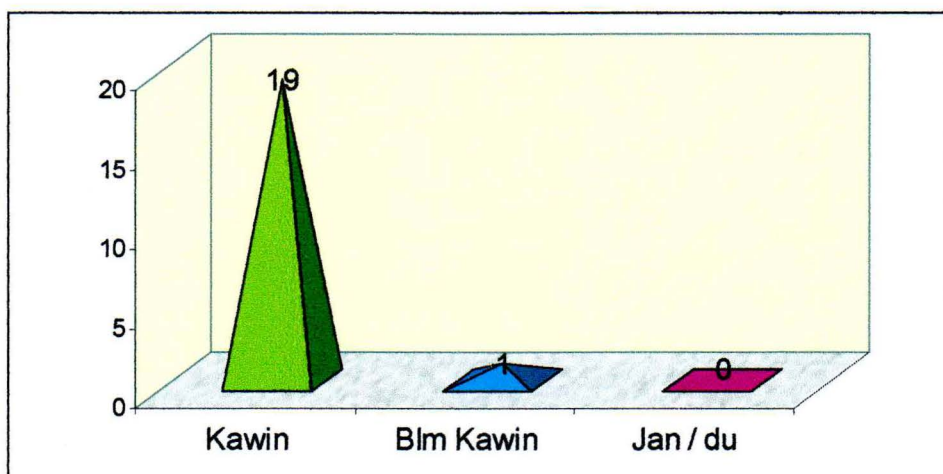
3. Karakteristik responden berdasarkan lama kerja



Gambar 5.3 Diagram batang distribusi responden menurut lama kerja pada bagian neonatus RSUP Manado tahun 2003.

Berdasarkan gambar 5.3 di atas dapat diketahui bahwa dari 20 responden sebagian besar telah bekerja lebih dari 10 tahun yaitu terdapat 14 orang (70 %); sedangkan yang bekerja selama 2 tahun – 3 tahun terdapat 1 orang (5 %), 3 - 6 tahun terdapat 2 orang (10 %) dan 6 tahun – 10 tahun terdapat 3 orang (15 %).

4. Karakteristik responden berdasarkan status perkawinan



Gambar 5.4 Diagram Piramid distribusi responden menurut status perkawinan di ruang neonatus RSUP Manado tahun 2003.

Berdasarkan gambar 5.4 diatas dapat diketahui bahwa status perkawinan responden pada penelitian ini yang terbesar adalah dengan status kawin yaitu 19 orang (95 %); sedangkan yang belum kawin terdapat 1 orang (5 %) serta tidak ada responden dengan status janda atau duda.

5.1.2 Data khusus

Pada bagian ini akan di uraikan tentang hasil penelitian yang menunjukkan tingkat pengetahuan responden dalam pencegahan infeksi pada BBLR, sikap responden dalam pencegahan infeksi BBLR, serta tindakan responden dalam pencegahan infeksi pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR).

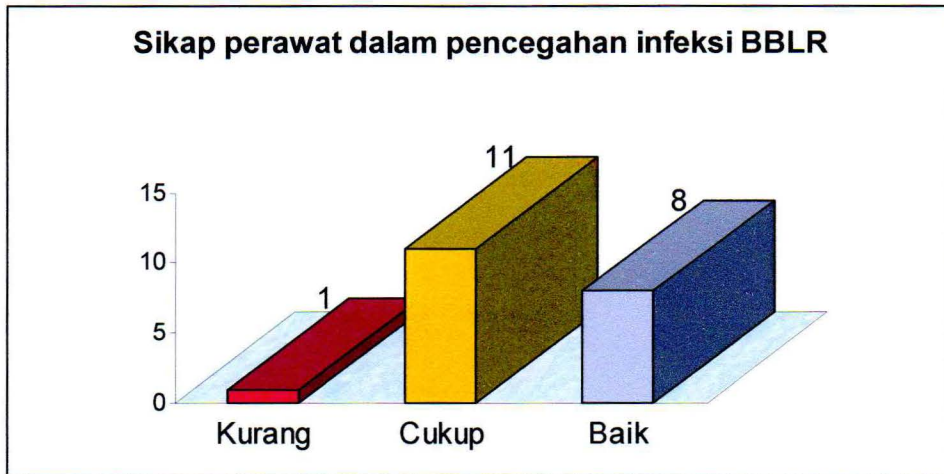
1. Pengetahuan responden tentang pencegahan infeksi pada BBLR



Gambar 5.5 Diagram batang pengetahuan perawat tentang pencegahan infeksi BBLR di ruang neonatus RSUP Manado tahun 2003

Berdasarkan gambar 5.5 diatas dapat diketahui bahwa diantara 20 responden terdapat 4 orang (20 %) yang tergolong pengetahuan kurang, 6 orang (30 %) berpengetahuan cukup, dan 10 orang (50 %) berpengetahuan baik.

2. Sikap responden dalam pencegahan infeksi pada BBLR



Gambar 5.6 Diagram batang sikap perawat dalam pencegahan infeksi pada BBLR di ruang neonatus RSUP Manado tahun 2003

Berdasarkan gambar 5.6 diatas dapat diketahui bahwa dari 20 responden ternyata terdapat 1 orang (5 %) yang mempunyai sikap kurang, 11 orang (55 %) mempunyai sikap cukup dan 8 orang (40 %) yang mempunyai sikap baik dalam pencegahan infeksi pada BBLR.

3. Tindakan responden dalam pencegahan infeksi pada BBLR



Gambar 5.7 Diagram batang tindakan perawat dalam pencegahan infeksi pada BBLR di ruang neonatus RSUP Manado tahun 2003

Berdasarkan gambar 5.7 diatas dapat diketahui bahwa dari 20 responden terdapat 7 orang (35,0 %) yang melakukan tindakan kurang, dan sisanya 13 orang (65 %) melakukan tindakan cukup dalam pencegahan infeksi pada BBLR.

4. Hubungan pengetahuan dengan tindakan dalam pencegahan infeksi BBLR

Tabel 5.1 Tabulasi silang pengetahuan dengan tindakan perawat dalam pencegahan infeksi BBLR diruang Neonatus RSUP Manado tahun 2003.

Pengetahuan	Tindakan		Jumlah
	Kurang	Cukup	
Kurang	4 (20 %)	-	4 (20%)
Cukup	3 (15 %)	3 (15 %)	6 (30%)
Baik	-	10 (50%)	10 (50%)
Jumlah	7 (35 %)	13 (65%)	20 (100%)
$p = 0,000$ $r = 0,812$			

Berdasarkan tabel 5.1 tersebut dapat dilihat bahwa dari 20 responden yang mempunyai pengetahuan kurang tentang pencegahan infeksi BBLR adalah 4 orang (20 %); sedangkan yang melakukan tindakan kurang ada 7 orang (35 %). Adapun yang mempunyai pengetahuan cukup ada 6 orang (30 %) dan yang melakukan tindakan cukup ada 13 orang (65 %), serta mempunyai pengetahuan baik ada 10 orang (50 %) dan tidak ada yang melakukan tindakan baik.

5. Hubungan sikap dengan tindakan dalam pencegahan infeksi pada B B L R

Tabel 5.2 Tabulasi silang sikap dengan tindakan perawat dalam pencegahan infeksi BBLR di ruang neonatus RSUP Manado tahun 2003.

Sikap	Tindakan		Jumlah
	Kurang	Cukup	
Kurang	1 (5 %)	-	1 (5%)
Cukup	6 (30 %)	5 (25 %)	11 (55%)
Baik	-	8 (40%)	8 (40%)
Jumlah	7 (35 %)	13 (65%)	20 (100%)
$p = 0,003$ $r = 0,631$			

Berdasarkan tabel 5.2 dapat dilihat bahwa dari 20 responden yang mempunyai sikap kurang 1 orang (5 %) dan yang melakukan tindakan kurang ada 7 orang (35 %), dan untuk sikap cukup 11 orang (55 %) dan yang melakukan tindakan cukup ada 13 orang (65 %); sedangkan yang mempunyai sikap baik ada 8 orang (40 %) dan yang melakukan tindakan baik tidak ada.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Pengetahuan perawat tentang pencegahan infeksi pada B B L R.

Berdasarkan hasil yang penulis telah lakukan, diantara 20 orang responden, diketahui sebagian besar yakni 10 orang (50%) tergolong berpengetahuan baik, 6 orang (30%) berpengetahuan cukup dan sisanya 4 orang (20%) berpengetahuan kurang. Keadaan ini didukung dengan pendidikan perawat diruangan Neonati ini adalah 70% (14 orang) D.III Keperawatan, dan ada 5% (1 orang) S.1 Keperawatan sedangkan sisanya 25% (5 orang) pendidikannya SPK. Dan jika dilihat dari lama kerja terdapat 14 orang (70%) bekerja diatas 10 tahun perawat ini sering mengikuti pelatihan mengenai Keperawatan Neonatus. Informasi yang penulis dapatkan dari penanggung jawab ruang Neonati, bahwa perawat yang bertugas diruangan ini tidak dilakukan rotasi keruangan atau instalasi lain, sekalipun diruangan dan instalasi lain melakukan rotasi tenaga perawat, karena tenaga perawat yang bekerja diruangan Neonati harus tenaga yang benar-benar terampil dalam merawat bayi resiko tinggi, khususnya bayi berat lahir rendah.

Bila kita analisa lebih dalam dapat kita perhatikan bahwa dengan tingginya tingkat pendidikan, maka informasi yang didapat semakin banyak. Hal ini sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh Notoatmodjo (2003;10) yang

menyatakan bahwa dalam pendidikan akan terjadi suatu proses pembelajaran dan semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan semakin banyak pula pengetahuan yang diperoleh, dan dilihat dari domain pengetahuan perawat diruangan ini mereka sebagian besar berada pada tahap yang kedua yaitu menjelaskan secara benar tentang sesuatu objek yang diketahui dan telah dipelajarinya.

Jika dilihat juga dari lamanya ia bekerja dalam satu bidang yang ditekuni selama lebih dari 10 tahun, merupakan pengalaman yang cukup untuk mendapatkan pengetahuan lewat penginderaan yaitu melalui melihat dan mendengar (Notoatmodjo, 2003;121), dimana rentang waktu diatas 10 tahun perawat bisa melihat berbagai kasus dan mendengar informasi dari sesama tenaga kesehatan, berbagai kasus infeksi bayi berat lahir rendah dan belajar melakukan upaya-upaya pencegahan infeksi walaupun sederhana.

5.2.2 Sikap perawat dalam pencegahan infeksi B B L R.

Berdasarkan data yang didapat dari penelitian ini yang diperoleh dari 20 responden tercatat, 1 Orang (5%) sikapnya kurang, sedangkan paling banyak adalah dengan sikap cukup yaitu 11 orang (55%) dan untuk yang bersikap baik 8 orang (40%).

Bila kita perhatikan lebih dalam bahwa usia perawat diruangan Neonati sebagian besar diatas 45 tahun 12 orang (60%) dan 35-44 tahun 5 orang (25%) sisanya adalah 25-34 tahun hanya 2 orang (10%) dan 18-24 tahun 1 orang (5%), dan jika dihubungkan dengan lamanya bekerja 70% (14 orang) bekerja diatas 10 tahun, hal ini erat hubungannya dengan pembentukan sikap seseorang dapat dipelajari sepanjang seseorang dengan satu peristiwa dan satu objek secara terus

menerus, dalam hal ini perawatan bayi berat lahir rendah khususnya pencegahan infeksi, yang lama kelamaan disadarinya sebagai suatu proses belajar yang baik dari pengalaman. Jadi seiring dengan perkembangan pengalaman dan usia perawat di Neonati, ini sebenarnya mempunyai kecenderungan untuk bertindak melakukan pencegahan infeksi bayi berat lahir rendah secara optimal.

Hal ini ditunjang dengan pendapat dari Heri Purwanto, 1998;65 menyatakan bahwa sikap dapat dibentuk dari *Diferensiasi* yang berjalan seiring dengan perkembangan pengalaman dan usia.

5.2.3 Tindakan perawat dalam pencegahan infeksi B B L R.

Berdasarkan data yang didapat pada penelitian ini yang diperoleh dari 20 responden ternyata 7 orang (35%) melakukan tindakan kurang, 13 orang (65%) melakukan tindakan cukup sedangkan perawat yang melakukan tindakan baik tidak ada.

Seorang perawat Neonatus yang merawat bayi berat lahir rendah untuk menghindari kejadian infeksi, sebaiknya cuci tangan dengan sabun dan dilakukan pada air mengalir atau dapat juga dengan memakai semprot tangan alcohol. Diruangan ini tempat cuci tangan hanya satu dan letaknya jauh diluar dari ruangan tindakan baik ruangan NICU maupun ruangan Issoler I & Issoler II mengakibatkan perawat sering tidak mencuci tangan sebelum melakukan tindakan. Jika ingin menggunakan semprot tangan dengan alcohol supaya penggunaannya lebih efektif dirumah sakit ini belum disediakan secara khusus alcohol untuk semprot tangan. Kemudian pemakaian masker sangat berguna untuk menghindari *droplet* udara *mikroorganisme* bagi perawat maupun bayi berat lahir rendah, tetapi diruangan ini perawat hanya mendapatkan masing-masing satu

masker untuk persiapan jika perawat menerima bayi dikamar operasi saat *sectio*. Masker ini disiapkan perawat untuk mengikuti *sectio* dan tidak dipakai perawat untuk perawatan bayi sehari-hari. Hal terpenting juga dalam pencegahan infeksi adalah perawat wajib memakai gaun khusus, maka perawat Neonati dibantu sumber dana dari dokter-dokter bagian anak mengatur pengadaannya mulai dari membeli mesin cuci dan setrika serta menyewa tukang cuci/setrika, mengingat pakaian khusus ini perlu dicuci dan setrika setiap hari karena dipakai secara bergantian oleh perawat maupun dokter. Juga hasil observasi peneliti, dimana perawatan tali pusat yang secara normal tidak perlu dibungkus, diruangan ini belum dicoba perawatan seperti itu mengingat keadaan ruangan yang masih dianggap belum memenuhi syarat oleh perawat ruangan ini, karena kesterilan ruangan ini tidak dijamin. Dimana pintu ruangan perawatan bayi yang masih dalam keadaan terbuka terus dan tidak pernah ditutup karena diruangan ini perawatan bayi dilakukan bersama dengan ibu masing-masing bayi, juga pakaian bayi yang semuanya dari keluarga tidak dijamin kebersihannya dan sering tidak disetrika terutama pada keluarga pasien yang ekonomi rendah, dan diruangan NICU ibu yang masuk untuk memberi minum bayinya terkadang tidak cuci tangan terlebih dahulu, dan pakaian khusus tidak dipakai sebagaimana mestinya (ditutup) karena pengawasan perawat yang kurang. Yang menjadi kendala perawat ruangan ini, dimana melakukan tindakan yang menembus permukaan kulit seperti memasang infus, mengambil sampel darah seharusnya memakai sarung tangan steril, tetapi hasil observasi tidak ada perawat yang melakukan tindakan ini memakai sarung tangan steril.

Menurut Notoatmodjo, 1997;96 tindakan seseorang dilatar belakangi beberapa faktor, salah satunya adalah faktor pendukung (*Enabling Faktor*) meliputi ketersediaan sumber dana dan fasilitas. Juga dalam bukunya Notoatmodjo, 2003;171 menyatakan juga bahwa proses perubahan perilaku/tindakan adalah dengan dukungan fasilitas serta dorongan dari lingkungan maka stimulus tersebut mempunyai efek tindakan dari individu tersebut (perubahan perilaku).

Berdasarkan teori tersebut diatas dapat penulis simpulkan bahwa diruangan Neonati ini, fasilitas dan sumber dana belum tersedia, disertai hambatan keadaan lingkungan kerja yang tidak mendukung untuk dilakukannya suatu tindakan pencegahan infeksi secara optimal.

5.2.4 Hubungan pengetahuan dengan tindakan perawat dalam pencegahan infeksi bayi berat lahir rendah.

Berdasarkan hasil penelitian yang penulis lakukan, kali ini memberikan gambaran adanya hubungan yang sangat kuat antara pengetahuan dengan tindakan perawat dalam pencegahan infeksi bayi berat lahir rendah, dengan koefisien korelasi sebesar 0,812. Keadaan ini didukung dengan data dari 20 orang responden yang ada didapatkan pengetahuan kurang 4 orang (20%), dan yang dikategorikan berpengetahuan cukup 6 orang (30%) dan sebagian besar berpengetahuan baik yaitu 10 orang (50%). Sedangkan untuk tindakan yang kurang 7 orang (35%) sisanya perawat yang melakukan tindakan cukup 13 orang (65%).

Bila kita analisa dapat kita ketahui bahwa seseorang yang pengetahuannya tentang suatu hal dikategorikan baik maka ia akan lebih

mengetahui dan mendalami apa yang diketahuinya tersebut. Artinya ia hanya bukan sekedar mengidentifikasi tentang suatu ilmu, tapi ia juga mampu menganalisa ilmu tersebut sehingga akan sampai pada suatu upaya pembentukan tindakan terhadap dirinya. Berdasarkan observasi penulis pengetahuan yang tinggi atau baik, jika tidak didukung dengan fasilitas-fasilitas berupa masker yang cukup, sarung tangan steril, semprot tangan alkohol atau tempat cuci tangan yang memadai, pengaturan ruangan secara maksimal, juga jika perawat tidak menyesuaikan dengan keadaan ruangan dan rumah sakit sesuai sarana dan prasarana yang ada maka suatu tindakan yang baik sulit dicapai, yang pada akhirnya menghasilkan tindakan pada saat ini adalah maksimal cukup. Sedangkan bagi perawat yang pengetahuannya dikategorikan cukup dan kurang, hal ini disebabkan karena tingkat pendidikannya yang masih SPK dan sebagian D.III Keperawatan yang pengalamannya bekerja diruangan Neonatus masih kurang, yang dapat diartikan pengetahuan yang didapatkan melalui penginderaan masih kurang dimana informasi yang diterima belum cukup. Dalam pengetahuan cukup dan kurang perawat hanya akan dapat melakukan suatu tindakan yang kurang, dimana keadaan ini tidak dimodifikasi sesuai fasilitas dan sumber dana yang ada.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang diungkap oleh Notoatmodjo, 2003;165&174 menyatakan bahwa, perilaku seseorang ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi. Disamping itu ketersediaan fasilitas akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku. Perilaku juga berfungsi sebagai penerima objek dan memberi arti. Dalam perannya dengan tindakan itu sendiri, seseorang senantiasa menyesuaikan dengan lingkungannya, juga sebagai nilai ekspresif dari diri seseorang dalam menjawab suatu situasi.

5.2.5 Hubungan sikap dengan tindakan perawat dalam pencegahan infeksi bayi berat lahir rendah.

Berdasarkan data yang didapat pada penelitian ini diperoleh bahwa dari 20 orang responden, yang memiliki sikap kurang 1 orang (5%), yang sebagian besar memiliki sikap cukup 11 orang (55%), sedangkan yang memiliki sikap baik 8 orang (40%). Untuk responden yang melakukan tindakan yang cukup 13 orang (65%), dan yang melakukan tindakan kurang 7 orang (35%). Sedangkan yang melakukan tindakan baik tidak ada.

Bila dianalisa lebih jauh diketahui bahwa, seseorang yang memiliki pengalaman kerja diatas 10 tahun akan membentuk dan mempengaruhi tanggapan dan penghayatan perawat tentang suatu keadaan, khususnya pencegahan infeksi bayi berat lahir rendah. Penghayatan dalam pekerjaan ini akan membentuk suatu sikap yang positif ataupun negatif. Dan perawat diruangan ini cenderung melakukan tindakan yang baik (positif) karena dipengaruhi oleh pengalaman bekerja diruangan ini secara terus menerus selama lebih dari 10 tahun. Jika dilihat dari tingkat pendidikan diruangan Neonati ini, terdapat satu orang dengan pendidikan S.1 Keperawatan, dan sebagian besar dengan pendidikan D.III Keperawatan. Karena dari pendidikan seseorang mengetahui suatu perbedaan baik dan buruk ataupun boleh dan tidak boleh melakukan tindakan yang sesuai dengan teori dan prakteknya, yang diperolehnya pada saat pendidikan. Jadi ditinjau dari pengalaman dan pendidikan perawat diruangan ini, sebenarnya perawat cenderung untuk melakukan tindakan yang baik. Tetapi karena fasilitas rumah sakit dan sumber dana tidak dimodifikasi perawat, maka suatu tindakan yang diharapkan baik sulit dicapai sekalipun usaha perawat untuk melakukan tindakan pencegahan

infeksi bayi berat lahir rendah sudah dilakukan dengan optimal, pencapaian tindakan perawat sebagian besar cukup. Walaupun ada yang melakukan tindakan yang kurang, karena tidak didukung dengan beberapa faktor yaitu pendidikan dan pengalaman masih kurang juga fasilitas dan sumber dana yang belum tersedia.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang diungkap oleh Azwar. S, (1995;30&35) menyatakan bahwa tanggapan akan menjadi salah satu dasar terbentuknya sikap. Untuk dapat mempunyai tanggapan dan penghayatan, seseorang harus mempunyai pengalaman yang berkaitan dengan objek psikologis. Juga dia menyatakan lembaga pendidikan sebagai suatu system mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap dikarenakan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Dalam hal ini ajaran moral yang diperoleh dari lembaga pendidikan seringkali menjadi *determinant* yang menentukan sikap.

BAB 6**KESIMPUIAN DAN SARAN****6.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dapat penulis simpulkan sebagai berikut :

- 1). Pengetahuan perawat diRuang Neonati 50 % dikategorikan baik tentang pencegahan infeksi bayi berat lahir rendah.
- 2). Sikap perawat diRuang Neonati 55 % dikategorikan cukup tentang pencegahan infeksi pada bayi berat lahir rendah.
- 3). Tindakan perawat diRuang Neonati 65 % dikategorikan cukup dalam pencegahan infeksi bayi berat lahir rendah.
- 4). Terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan tindakan perawat dalam pencegahan infeksi bayi berat lahir rendah ($r = 0,812$, $p = 0,000$). Semakin tinggi pengetahuan perawat semakin baik pula melakukan tindakan pencegahan infeksi bayi berat lahir rendah.
- 5). Terdapat hubungan yang kuat antara sikap dengan tindakan perawat dalam pencegahan infeksi bayi berat lahir rendah ($r = 0,631$, $p = 0,003$), jadi perawat yang mempunyai sikap positif menunjukkan tindakan yang baik pula dalam pencegahan infeksi bayi berat lahir rendah.

6.2. Saran

Penelitian yang penulis lakukan ini masih merupakan penelitian pendahuluan. Untuk itu perlu kiranya dilakukan penelitian lebih lanjut guna membahas lebih dalam mengenai masalah ini.

Diakhir tulisan ini penulis mencoba memberikan beberapa saran, sebagai berikut :

- 1). Perawat perlu meningkatkan pengetahuannya ketingkat yang lebih tinggi seperti perawat dengan pendidikan SPK ke D.III Keperawatan dan D.III Keperawatan ke S.1 Keperawatan, karena masih terdapat pengetahuan perawat yang kurang.
- 2). Untuk rumah sakit dimana perawat ini bekerja, supaya dapat memberikan kesempatan dan sumber dana untuk perawat yang tingkat pendidikannya masih rendah.
- 3). Perlu adanya modifikasi perawat dalam pencegahan infeksi bayi berat lahir rendah, yang dapat disesuaikan dengan situasi dan keadaan ruangan ataupun rumah sakit.
- 4). Rumah sakit perlu menyiapkan pendanaan bagi ruangan Neonati untuk pencegahan infeksi bayi berat lahir rendah, seperti; pengadaan pakaian khusus, masker yang cukup, sarung tangan steril, semprot tangan alkohol 90%: glyserin (133 : 657 dalam satu liter) atau pembuatan tempat cuci tangan (*wastafel*) didalam ruangan perawatan NICU, Ruang Issoler I dan Issoler II.
- 5) Penelitian ini yang mencakup pengetahuan, sikap dan tindakan perawat mengenai pencegahan infeksi BBLR, dapat dijadikan sebagai data awal untuk penelitian lebih lanjut dimasa yang akan datang.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, H.Z. (2002). *Dasar-Dasar Keperawatan Profesional*. Penerbit Widya Medika. Jakarta
- Arikunto, S. (1998). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Penerbit Rineka Cipta. Jakarta.
- Azwar, S. (1995). *Sikap Manusia .Teori dan Pengukurannya*. Edisi ke 2. Pustaka Pelajar. Yogyakarta.
- Carpenito, L.J. alih bahasa Tim PSIK, editor Monica Ester. (2000)- *Diagnosa Keperawatan Aplikasi pada Praktik Klinis* edisi 6. Penerbit Buku Kedokteran EGC.Jakarta
- Cloherty J.P and Stark A.R. (1991). *Manual of Neonatal Care*. Third edition. United States of America.
- Direktorat Pelayanan Keperawatan. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. (2001). *Petunjuk Pelaksanaan Kep. Menkes No.1239/2001 tentang Regristrasi dan Praktik Perawat*. Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
- Doenges, M.E & Moorhouse, M.F. (2001). Alih bahasa Monica Ester. *Rencana Perawatan Maternal / Bayi pedoman untuk perencanaan dan dokumentasi perawatan klien*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta
- Farrer, H alih bahasa Hartono, A editor Asih, Y. (2001). *Perawatan maternitas*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
- Gaffar, L.O.J. editor Asih, Y (1999). *Pengantar Keperawatan Profesional*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
- Hamilton, P.M ali bahasa Asih, N.L.G.Y. (1995). *Dasar-dasar Keperawatan Maternitas*. Edisi 6. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
- Manuaba, I.B.G. (1998). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
- Monintja, H & Victor, YH.YU.(1997). *Beberapa Masalah Perawatan Intensif Neonatus*. Balai Penerbit FKUI. Jakarta.
- Notoatmodjo, S. (1997). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta.

- Notoatmodjo, S. (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Nursalam & Siti Pariani. (2001). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. CV. Sagung Seto. Jakarta.
- Nursalam. (2003). *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Penerbit Salemba Medika. Jakarta.
- Ngastiyah. (1997). *Perawatan Anak Sakit*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
- Pery Potter. (2000). *Ketrampilan dan Prosedur Dasar*. Edisi 3. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
- Perhimpunan Pengendalian Infeksi (Perdalin). (2003). *Kejadian Luar Biasa Sepsis dan Selulitis Berulang, Peran Semprot Tangan dan Penggunaan Antibiotika di Ruang Neonatus RSUD Dr. Soetomo Surabaya*. Kongres Nasional Perdana. Surabaya.
- Perinasia (Perkumpulan Perinatologi Indonesia). (2001). *Buku Panduan Resusitasi Neonatus*. Perinasia. Jakarta.
- Purwanto, H. (1998). *Pengantar Prilaku Manusia*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
- Prawirohardjo, S; Wiknjosastro, H; Sumapraja, S & Saifuddin, AB. (1981). *Ilmu Kebidanan*. Edisi kedua. Yayasan Bina Pustaka. Jakarta.
- Sacharin, R.M alih bahasa Maulany, R.F editor Asih N.L.G.Y (1996). *Prinsip Keperawatan Pediatrik* Edisi 2. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
- Saifuddin, A.B; Adrianz G; Wikjosastro G.H & Waspodo, D. (2001). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. JNPKKR-POGI & Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta.
- Staf pengajar Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. (2000). *Buku Kuliah 3 Ilmu Kesehatan Anak*. Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta.
- Sugiyono. (2003). *Statistika Untuk Penelitian*. CV Alfabetika. Bandung.



**DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI S.1 ILMU KEPERAWATAN**
Jalan Mayjen Prof Dr. Moestopo 47 Surabaya Kode Pos : 60131
Telp. (031) 5012496 - 5014067 Facs. : 5022472

Surabaya, 17 November 2003

Nomor : 2842/J03.1.17/D-IV & PSIK/2003
Lampiran : 1 (satu) Berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan
Data Mahasiswa PSIK – FK UNAIR Surabaya.**

Kepada Yth. :
Direktur Rumah Sakit Umum Pusat Manado
Di M a n a d o

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Si Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami dibawah ini, untuk mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun proposal penelitian terlampir.

Nama : Moudy Lombogia
NIM : 010230496B
Judul Penelitian : Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Perawat dalam Pencegahan Infeksi Pada Bayi Berat Lahir Rendah.
Tempat Penelitian : Ruang Neonati Rumah Sakit Umum Pusat Manado

Atas bantuan dan kerjasama yang baik, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Ketua Program
Pembantu Ketua I,
Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP. 140 238 226

Tembusan : Kepada Yth. :
1. Kepala Bidang Keperawatan
RSUP Manado.
2. Kepala Diklit RSUP Manado
3. Kepala Instalasi/Penanggung Jawab
Ruang Neonati RSUP Manado.



DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN MEDIK
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT MANADO

Kantor : Jalan Raya Tanawangko PO. Box. 102 ☎ (0431) 853191 - 853193 Fax . (0431) 853205.
MANADO 95115

SURAT IZIN PENELITIAN
NOMOR : 61/DIKLIT/RSUP/XI/2003

Direktur Rumah Sakit Umum Pusat Manado dengan ini memberikan izin penelitian kepada :

Nama : **Moudy Lombogia**

Status : Mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan
 Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya

Judul Penelitian : Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Perawat dalam Pencegahan Infeksi pada Bayi Berat Lahir Rendah.


Untuk melaksanakan Penelitian di Ruang Nenoati Rumah Sakit Umum Pusat Manado mulai tanggal 28 Nopember 2003 s/d 3 Desember 2003.

Demikian Surat Izin ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Manado, 20 Nopember 2003

a.n. DIREKTUR,
 Wakil Direktur Penunjang Medik & 




 Dr. MAXI R. RONDONUWU, DHSM
 NIP. 140 268 410

Tembusan :

1. Direktur (sebagai laporan)
2. Kepala Instalasi Rawat Inap D
3. Kepala Bidang Keperawatan
4. PJ. Ruang Neonati
5. Arsip.



DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN MEDIK
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT MANADO

84

Kantor : Jalan Raya Tanawangko PO. Box 102 ☎ (0431) 853191-853193 Fax. 853205.
MANADO 95115

SURAT KETERANGAN
SELESAI MELAKSANAKAN PENELITIAN
NOMOR : 01/sk/ Litbang/XII/2003

Direktur Rumah Sakit Umum Pusat Manado, dengan ini menerangkan bahwa :

N a m a : MOUDY LOMBOGIA
S t a t u s : Mahasiswa Program Studi S I Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Univ. Airlangga Surabaya
Judul Penelitian : Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Tindakan
Perawat dalam Pencegahan Infeksi pada Bayi
Berat Lahir Rendah

Telah selesai melaksanakan Penelitian Di Rumah Sakit Umum Pusat Manado selama tanggal
28 November 2003 s/d 3 Desember 2003

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Manado, 4 Desember 2003

a.n DIREKTUR

Kepala Bidang Pendidikan & Penelitian



DI. KRISIWI SRI SOEBEKTI
NIP. 140 192 617

Tembusan :

1. Bapak Direktur (sebagai Laporan)
2. Ars Ip

Lampiran 1

FORMULIR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**HUBUNGAN PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERILAKU PERAWAT DALAM
PENCEGAHAN INFEKSI PADA BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH****OLEH : MOUDY LOMBOGIA**

Kami adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya. Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir S1 Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Tujuan penelitian ini untuk mempelajari hubungan antara tingkat pengetahuan perawat, sikap perawat dengan perilaku perawat dalam pencegahan infeksi pada bayi berat badan lahir rendah. Partisipasi perawat yang bertugas diruang neonatus sangat kami harapkan karena akan membawa dampak positif dalam upaya meningkatkan pelayanan kepada masyarakat.

Kami mengharapkan tanggapan atau jawaban yang perawat berikan sesuai dengan pendapat sendiri tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Kami menjamin pendapat dan identitas saudara. Informasi yang saudara berikan hanya akan digunakan untuk pengembangan ilmu keperawatan dan tidak akan digunakan untuk maksud yang lain.

Partisipasi saudara dalam penelitian ini bersifat bebas. Saudara bebas untuk ikut atau tidak tanpa adanya paksaan dan sanksi apapun.

Jika saudara bersedia menjadi peserta penelitian ini silahkan mengisi surat pernyataan kesediaan saudara sebagai responden yang telah kami sediakan

Lampiran 3

FORMULIR PENGUMPULAN DATA

Pilihlah salah satu diantaranya dengan memberitanda (v) pada tempat yang telah disediakan.

Data Umum**1. Pendidikan**

- 1. SPK
- 2. D.III Keperawatan
- 3. D.IV Keperawatan
- 4. S1 Keperawatan

2. Umur

- 1. 18-24 tahun
- 2. 25-34 tahun
- 3. 35-44 tahun
- 4. diatas 45 tahun.

3. Lama Kerja

- 1. 2 tahun – 3 tahun
- 2. 3 tahun – 6 tahun
- 3. 6 tahun – 10 tahun
- 4. diatas 10 tahun.

4. Status Perkawinan

- 1. Belum Kawin
- 2. Kawin

Lampiran 4

KUESIONER PENGUMPULAN DATA PENGETAHUAN

KUESIONER TINGKAT PENGETAHUAN PERAWAT DALAM PENCEGAHAN INFEKSI PADA PERAWATAN BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH.

Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan memberi tanda (X) pada pilahan jawaban yang saudara anggap paling benar.

1. Infeksi yang terjadi oleh pemberian pelayanan kesehatan atau terjadi pada fasilitas pelayanan kesehatan disebut :

a. Infeksi Nosokomial

b. Infeksi bakteri

c. Infeksi penyakit

d. Infeksi Virus.

2. Mencuci tangan yang tepat bagi perawat adalah :

a. Sebelum melakukan tindakan

b. Sesudah melakukan tindakan

c. Tidak perlu cuci tangan

d. Sebelum dan sesudah melakukan tindakan.

3. Bila tangan perawat kelihatan agak kotor, maka sebaiknya mencuci tangan selama :

a. 10 detik

c. 1-2 menit

b. 5 detik

d. 10-15 menit

4. Salah satu alasan perawat memakai masker pada saat merawat BBLR adalah:
- a. Mengurangi droplet udara microorganism
 - b. Menghindari bau pada bayi
 - c. Perawat terlindung dari infeksi
 - d. Bayi terlindung dari infeksi
-
5. Masker yang efektif untuk mengontrol droplet udara adalah:
- a. Menutup hidung
 - b. Menutup wajah
 - c. Menutup hidung dan area sekitar wajah secara rapat
 - d. Menutup mulut.
-
6. Tindakan apa yang dilakukan sebaiknya memakai sarung tangan:
- a. Mengambil darah
 - b. Merawat tali pusat
 - c. Memandikan
 - d. Merawat hidung
-
7. Waktu yang tepat awal memandikan BBLR adalah :
- a. Segera setelah lahir
 - b. Tidak perlu mandi karena bayi dirawat diinkubator.
 - c. Setelah satu minggu pertama kehidupan
 - d. Dapat dilakukan sewaktu-waktu jika bayi kotor.
-
8. Perawat yang akan melakukan tindakan dan akan memakai sarung tangan sebaiknya :
- a. Sebelumnya cuci tangan

- b. Sesudahnya cuci tangan
- c. Sebelum dan sesudahnya cuci tangan
- d. Tidak perlu cuci tangan.
9. Kebijakan beberapa unit meminyaki bayi, salah satu tujuannya adalah:
- a. Mencegah bayi terluka
- b. Menghindari bayi kekeringan kulit
- c. Menghindarkan iritasi mekanis kulit
- d. Supaya kulit bayi halus.
10. Mencegah infeksi saat menimbang bayi pada timbangan umum, maka sebaiknya :
- a. Tidak perlu dibersihkan
- b. Timbangan dibersihkan diantara waktu penimbangan dan dialas.
- c. Langsung dialas engan kain.
- d. Disemprot dengan air bersih.
11. Jika salah satu lobang hidung BBLR tersumbat mukus, cara membersihkannya adalah dengan cara :
- a. Dirangsang kedua lobang hidung supaya bersin
- b. Hidung yang tersumbat langsung dibersihkan dengan kapas
- c. Merangsang hidung yang tidak tersumbat untuk bersin, supaya hidung yang tersumbat mucus bisa keluar.
- d. Sebaiknya dibiarkan dulu.
12. Pada saat membersihkan mukus pada hidung BBLR, hal yang harus diperhatikan adalah :

- a. Dapat mendorong mukus
 - b. Tindakan berusaha segera mengambil mukus
 - c. Mukus diambil dengan rol kapas
 - d. Tidak mendorong mukus masuk kedalam lobang hidung.
13. Perawat dalam merawat mata BBLR sebaiknya menggunakan :
- a. Air hangat steril
 - b. Air bersih
 - c. Alkohol
 - d. Air dingin steril
14. Pada BBLR cara membersihkan mata yang tepat adalah :
- a. Memakai satu rol kapas, air hangat untuk kedua mata
 - b. Memakai dua rol kapas, air hangat steril, rol kapas yang berbeda untuk setiap mata dalam satu gerakan membersihkan.
 - c. Memakai rol kapas, air dingin untuk masing-masing mata
 - d. Dicuci bersih saat mandi
15. Pembersihan mulut BBLR yang tidak diperlukan dapat merusak :
- a. Lidah bayi
 - b. Bibir bayi
 - c. Membrana mukosa bayi
 - d. Gusi cedera
16. Mulut BBLR harus selalu diperiksa, untuk mengetahui jika bayi mengalami:
- a. Sariawan
 - b. Thrush
 - c. Caries
 - d. Cedera mulut

17. Perawatan tali pusat sebaiknya dilakukan pada saat :

- a. Selesai mandi
- b. Sehari sekali saja
- c. Sehari dapat dilakukan dua kali
- d. Setiap tali pusat basah; selesai mandi, terkena feses /urine bayi.

18. Perawatan tali pusat secara normal dapat dilakukan:

- a. Harus dibungkus kasa steril
- b. Tidak diberi bungkus, jika lembab beri larutan antiseptik
- c. Harus memakai alkohol
- d. Harus pakai Iodine Povidon.

19. Jika perawat tidak melakukan tindakan pencegahan infeksi pada BBLR dapat berakibat :

- a. Bayi sepsis
- b. Bayi cacat
- c. Kelainan jantung pada bayi
- d. Gigi bayi tidak tumbuh

20. Gambaran klinis awal pada BBLR dengan selulitis adalah :

- a. Muntah dan sianosis
- b. Bayi sesak napas
- c. Kemerahan pada kulit batas jelas dengan indurasi dan nyeri pada perabaan
- d. Bayi batuk-batuk dan muntah.

Lampiran 5

KUESIONER PENGUMPULAN DATA SIKAP**KUESIONER SIKAP PERAWAT DALAM PENCEGAHAN INFEKSI PADA PERAWATAN BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH.**

Jawablah pertanyaan dibawah inidengan memberi tanda (v) dengan ketentuan:

-Sangat Setuju (SS), bila pernyataan sangat sesuai dengan saudara.

-Setuju (S), bila pernyataan sesuai dengan saudara.

-Tidak Setuju (TS), bila pernyataan tidak sesuai dengan saudara

-Sangat Tidak Setuju (STS), bila pernyataan sangat tidak sesuai dengan saudara .

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS	Skor
1	Penggunaan aicohol untuk desinfeksi tangan sebelum melakukan tindakan pada BBLR adalah merepotkan.					
2	Sebelum dan sesudah melakukan tindakan pada BBLR menurut saudara cukup hanya dengan cuci tangan saja.					
3	Menurut saudara bayi BBLR perlu diisolasikan dari keluarganya.					
4	Menurut saudara, penimbangan BBLR pada hari-hari pertama tidak harus dalam incubator.					
5	Menurut saudara, rangsangan bersin pada lubang hidung BBLR yang tersumbat mucus tidak dianjurkan.					
6	Dalam mengganti popok pada BBLR, menurut saudara boleh dengan mengangkat tungkainya.					
7	Menurut saudara, Segi motivasi dan perasaan tidak diperlukan untuk mencegah infeksi pada BBLR.					
8	Menurut saudara, memutar botol susu didalam mulut BBLR sangat dianjurkan untuk merangsang reflek hisap.					
9	Menurut saudara, dalam merawat BBLR diperlukan gaun khusus.					

10	Menurut saudara, cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan pada BBLR adalah sangat penting.					
11	Menurut saudara, jika akan melakukan tindakan pemasangan infus sebaiknya memakai sarung tangan steril.					
12	Menurut saudara, sebaiknya saat mandi menghindari memakai sabun pada BBLR dalam satu minggu pertama.					
13	Sebaiknya memakai krim pelindung pada bokong bayi untuk menghindari iritasi oleh feses.					
14	Sebaiknya menggunakan larutan povidon Iodine sebelum tindakan apapun yang menembus permukaan kulit.					
15	Menurut saudara jumlah pita perekat dan plester yang digunakan untuk mengamankan pemasangan alat harus dibatasi.					
16	Menurut saudara, secara normal tali pusat tidak perlu dibungkus.					
17	Menurut saudara, mulut bayi harus selalu diperiksa pada setiap waktu minum.					
18	Kelopak mata bayi yang menutup sebaiknya dibersihkan dengan air hangat steril.					
19	Menurut saudara, hidung bagian luar perlu dibersihkan dengan air hangat steril.					
20	Menurut saudara, sonde susu pada BBLR perlu dibilas dengan air panas (matang).					

Lampiran 6

OBSERVASI PENGUMPULAN DATA TINDAKAN**OBSERVASI TINDAKAN PERAWAT DALAM PENCEGAHAN INFEKSI****BAYI BERAT LAHIR RENDAH**

Isilah kolom dibawah ini dengan memberi tanda (V) dengan ketentuan sebagai berikut (observasi dilakukan tiga kali = I, II,III):

- Ya (Y) bila perawat melakukan tindakan dalam pertanyaan yang tertulis secara mandiri.
- Tidak (T) bila perawat tidak melakukan tindakan dalam pertanyaan yang tertulis secara mandiri.

No	Pertanyaan	Y / T			Skor
		I	II	III	
1.	Apakah perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan pada BBLR?				
2.	Apakah perawat setelah memandikan bayi, tali pusat dikeringkan?				
3.	Apakah perawat melakukan semprot tangan dengan alkohol setiap akan melakukan tindakan?				
4.	Apakah perawat selalu memakai pakaian khusus saat melakukan perawatan pada BBLR?				
5.	Apakah perawat memakai masker saat melakukan perawatan pada BBLR?				
6.	Apakah perawat memakai sarung tangan steril saat melakukan tindakan yang menembus permukaan kulit?				
7.	Apakah perawat memandikan BBLR memakai sabun?				
8.	Apakah perawat menggunakan krim pelindung pada bokong dan perianal bayi?				
9.	Apakah perawat berusaha membatasi pemakaian plester yang digunakan untuk pemakaian alat bantu bagi bayi?				
10.	Apakah perawat setiap bayi selesai minum diberi sedikit air yang sudah masak?				
11.	Apakah perawat hanya mencuci tangan setelah selesai melakukan tindakan?				

12.	Apakah perawat saat mengambil sampel darah daerah sekitar didesinfeksi?				
13.	Apakah saat perawat menyuntik melakukan teknik aseptik?				
14.	Apakah perawat memberi minum buat bayi dengan botol masing-masing bayi satu?				
15.	Apakah jika perawat merawat tali pusat tetap diberi larutan antiseptik dan dibungkus dengan gaas steril?				
16.	Apakah perawat menempatkan BBLR pada ruangan khusus?				
17.	Apakah perawat membersihkan daerah perianal dengan air hangat saat BBLR BAB dan BAK?				
18.	Apakah perawat memperhatikan kesterilan alat dan daerah sekitar didesinfeksi dengan iodine povidin saat memasang infus?				
19.	Apakah perawat membersihkan timbangan saat akan menimbang BBLR diluar inkubator?				
20.	Apakah perawat yang memberi minum lewat sonde, selalu dibilas dengan air hangat?				

Hasil Tabulasi Data Demografi

No.Resp	Pendidikan	Umur	Lama Kerja	Perkawinan	Keterangan
1	1	4	4	2	Pendidikan
2	1	2	3	2	1.SPK
3	1	3	4	2	2.D.III Keperawatan
4	2	3	1	1	3.D.IV Keperawatan
5	2	1	4	2	4.S.1 Keperawatan
6	1	3	3	2	Umur
7	2	3	4	2	1.18-24 tahun
8	2	3	4	2	2.25-34 tahun
9	2	4	4	2	3.35-44 tahun
10	2	4	4	2	4.Diatas 45 tahun
11	2	4	3	2	Lama kerja
12	4	4	4	2	1.2-3 tahun
13	2	4	4	2	2.3-6 tahun
14	1	2	2	2	3.6-10 tahun
15	2	4	4	2	4.Diatas10 tahun
16	2	4	2	2	Status Perkawinan
17	2	4	4	2	1.Kawin
18	2	4	4	2	2.Belum kawin
19	2	4	4	2	
20	2	4	4	2	

	pgetahn	sikap	tidakan
1	85.00	80.00	60.00
2	50.00	55.00	55.00
3	80.00	56.00	60.00
4	60.00	80.00	60.00
5	65.00	72.00	55.00
6	65.00	56.00	55.00
7	80.00	75.00	60.00
8	80.00	70.00	60.00
9	60.00	70.00	55.00
10	85.00	80.00	60.00
11	55.00	56.00	55.00
12	85.00	83.00	60.00
13	85.00	73.00	60.00
14	65.00	56.00	55.00
15	80.00	80.00	60.00
16	60.00	56.00	60.00
17	80.00	75.00	60.00
18	85.00	83.00	60.00
19	65.00	70.00	55.00
20	60.00	70.00	55.00

	pgetahn	sikap	tidakan
1	3.00	3.00	2.00
2	1.00	1.00	1.00
3	3.00	2.00	2.00
4	2.00	3.00	2.00
5	2.00	2.00	1.00
6	2.00	2.00	1.00
7	3.00	2.00	2.00
8	3.00	2.00	2.00
9	2.00	2.00	1.00
10	3.00	3.00	2.00
11	1.00	2.00	1.00
12	3.00	3.00	2.00
13	3.00	3.00	2.00
14	1.00	2.00	1.00
15	3.00	3.00	2.00
16	2.00	2.00	2.00
17	3.00	3.00	2.00
18	3.00	3.00	2.00
19	2.00	2.00	2.00
20	1.00	2.00	1.00

Nonparametric Correlations

100

Correlations

			Pengetahuan	Tindakan
Spearman's rho	Pengetahuan	Correlation Coefficient	1.000	.812**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	20	20
	Tindakan	Correlation Coefficient	.812**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	20	20

** . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

Nonparametric Correlations

Correlations

			Sikap	Tindakan
Spearman's rho	Sikap	Correlation Coefficient	1.000	.631**
		Sig. (2-tailed)	.	.003
		N	20	20
	Tindakan	Correlation Coefficient	.631**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.003	.
		N	20	20

** . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Tindakan	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%

Pengetahuan * Tindakan Crosstabulation

			Tindakan		Total
			kurang	cukup	
Pengetahuan	kurang	Count	4		4
		% of Total	20.0%		20.0%
	cukup	Count	3	3	6
		% of Total	15.0%	15.0%	30.0%
	baik	Count		10	10
		% of Total		50.0%	50.0%
Total		Count	7	13	20
		% of Total	35.0%	65.0%	100.0%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sikap * Tindakan	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%

Sikap * Tindakan Crosstabulation

			Tindakan		Total
			kurang	cukup	
Sikap	kurang	Count	1		1
		% of Total	5.0%		5.0%
	cukup	Count	6	5	11
		% of Total	30.0%	25.0%	55.0%
	baik	Count		8	8
		% of Total		40.0%	40.0%
Total		Count	7	13	20
		% of Total	35.0%	65.0%	100.0%

Descriptives**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Pengetahuan	20	1.00	3.00	2.3000	.8013
Sikap	20	1.00	3.00	2.3500	.5871
Tindakan	20	1.00	2.00	1.6500	.4894
Valid N (listwise)	20				

Correlations**Nonparametric Correlations****Correlations**

			Pengetahuan	Tindakan
Spearman's rho	Pengetahuan	Correlation Coefficient	1.000	.688**
		Sig. (2-tailed)	.	.001
		N	20	20
	Tindakan	Correlation Coefficient	.688**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.001	.
		N	20	20

** . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

Nonparametric Correlations

Correlations

			Sikap	Tindakan
Spearman's rho	Sikap	Correlation Coefficient	1.000	.621**
		Sig. (2-tailed)	.	.004
		N	20	20
	Tindakan	Correlation Coefficient	.621**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.004	.
		N	20	20

** . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

Crosstabs