

**RELATIONSHIP OF MOTHER'S KNOWLEDGE ABOUT KANGAROO METHOD
CARE AND IMPROVEMENT OF MATERNAL LOW BIRTH WEIGHT IN RSIA
ST.KHADIJAH AND ST.FATIMAH IN 2013**

**HUBUNGAN PENGETAHUAN IBU TENTANG PERAWATAN METODE KANGURU
DAN PENINGKATAN BERAT BADAN BAYI LAHIR RENDAH DI RSIA
ST.KHADIJAH DAN ST.FATIMAH TAHUN 2013**



DACHNIAR DWI ASTUTI

10542018110

Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar

sarjana kedokteran

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR

2014

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR

TELAH DISETUJUI UNTUK DICETAK DAN DIPERBANYAK

JudulSkripsi :

"HUBUNGAN PENGETAHUAN IBU TENTANG PERAWATAN METODE KANGURU
DAN PENINGKATAN BERAT BADAN BAYI LAHIR RENDAH DI RSIA
ST.KHADIJAH DAN ST.FATIMAH TAHUN 2013"

MAKASSAR, JANUARI 2014

Pembimbing,



(Juliani Ibrahim, Ph. D)

PANITIA SIDANG UJIAN SKRIPSI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
MAKASSAR

Skripsi dengan judul "**HUBUNGAN PENGETAHUAN IBU TENTANG PERAWATAN METODE KANGURU DAN PENINGKATAN BERAT BADAN BAYI LAHIR RENDAH DI RSIA ST.KHADIJAH DAN ST.FATIMAH TAHUN 2013**", telah diperiksa, disetujui, serta di pertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar pada:

Hari/Tanggal : 4 FEBRUARI 2014

Waktu : 11.00 -14.00 WITA

**Tempat : FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH MAKASSAR**

Ketua Tim Penguji :


(Juliani Ibrahim, Ph. D)

Anggota Tim Penguji :

Anggota I



(dr. Joko Hendarto)

Anggota II



(dr. Suryani Tawali)

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat, rahmat, dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi ini tepat pada waktunya. Shalawat serta salam tercurahkan kepada Rasulullah SAW, keluarga dan sahabatnya. Penulisan skripsi yang berjudul “Hubungan pengetahuan Ibu tentang perawatan metode kanguru dan Peningkatan Berat Badan Lahir Rendah di RSIA St.Khadijah dan St.Fatimah Makassar Tahun 2013” dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kedokteran pada program studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar.

Dalam penulisan skripsi ini, penulis banyak mendapatkan bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Allah SWT, karena rahmat dan hidayah-Nya maka penulisan skripsi ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya.
2. Ungkapan terima kasih dan penghargaan yang sangat special penulis haturkan dengan rendah hati dan rasa hormat kepada kedua orang tua tercinta serta adik-adikku yang dengan segala pengorbanannya tak akan pernah penulis lupakan jasa-jasa mereka. Do'a restu, nasihat dan petunjuk dari mereka kiranya merupakan dorongan moral yang paling efektif bagi kelanjutan studi penulis hingga saat ini.

3. Ibu Juliani Ibrahim Ph.D , selaku pembimbing penulis selama pengerjaan skripsi ini yang telah sangat banyak meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan, arahan, motivasi, dan koreksi dalam penyelesaian skripsi ini.
4. Dr.Joko Hendaro dan dr. Suryani Tawali selaku penguji yang telah memberikan kritik dan saran agar skripsi ini lebih bermanfaat.
5. Teman-teman Fakultas Kedokteran Unismuh angkatan 2010 atas kebersamaannya selama menjalani proses perkuliahan hingga selesai.
6. Sahabat-sahabatku yang telah banyak memberikan waktunya untuk membantu penulis dalam menjalankan penelitiannya.
7. Teman-teman terbaik yang telah banyak memberikan kebersamaan dan bantuannya selama penulis menyelesaikan skripsi.

Semoga semua bantuan yang telah diberikan menjadi amal di sisi Allah SWT. Akhirnya penulis berharap semoga skripsi ini bermanfaat dalam menunjang perkembangan ilmu pengetahuan dan bermanfaat bagi yang membacanya.

Makassar, 2014

Penulis

Januari 2014

DACHNIAR DWI ASTUTI

JULIANI IBRAHIM

**HUBUNGAN PENGETAHUAN IBU TENTANG PERAWATAN METODE KANGURU
DAN PENINGKATAN BERAT BADAN BAYI LAHIR RENDAH DI RSIA
ST.KHADIJAH DAN ST.FATIMAH TAHUN 2013**

Halaman :

ABSTRAK

LatarBelakang: Diperkirakan kejadian premature dan BBLR di Indonesia memang makin menurun tetapi masih cukup tinggi yaitu 52% per 100 kelahiran hidup. PMK adalah metode perawatan dini dengan sentuhan kulit ke kulit antara ibu dan bayi baru lahir dalam posisi seperti kanguru. Metode kanguru atau perawatan bayi melekat, sangat bermanfaat untuk merawat bayi yang lahir prematur dan lahir dengan berat badan rendah, yang dapat dilakukan selama perawatan di rumah sakit atau pun di rumah.

Metode: Rancangan penelitian ini adalah *observasional analitik* dengan pendekatan *cross sectional* untuk mengetahui pengaruh perawatan metode kanguru terhadap tingkat pengetahuan ibu dan peningkatan berat badan bayi lahir rendah di RSIA St.Khadijah dan St.Fatimah Makassar. Data yang digunakan adalah data primer yang dimana data primer merupakan data yang dikumpulkan langsung dari para responden.

Hasil: Hasil uji statistic menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan tingkat pengetahuan ibu tentang perawatan metode kanguru sebelum dan dan sesudah perawatan metode kanguru ($p < 0.05$; $p = 0.000$) dan adanya perbedaan yang signifikan antara berat badan bayi baru lahir sebelum dan dan sesudah perawatan metode kanguru ($p < 0.05$; $p = 0.000$)

Kesimpulan : Adanya hubungan pengetahuan ibu tentang perawatan metode kanguru dan peningkatan berat badan bayi lahir rendah. Adanya perbedaan yang signifikan antara tingkat pengetahuan ibu tentang perawatan metode kanguru sebelum dan dan sesudah perawatan metode kanguru. Adanya perbedaan yang signifikan antara berat badan bayi baru lahir sebelum dan dan sesudah perawatan metode kanguru.

Kata Kunci : BBLR, PMK, Pengetahuan.

January 2014

DACHNIAR DWI ASTUTI

JULIANI IBRAHIM

RELATIONSHIP OF MOTHER'S KNOWLEDGE ABOUT KANGAROO METHOD CARE AND IMPROVEMENT OF MATERNAL LOW BIRTH WEIGHT IN RSIA ST.KHADIJAH AND ST.FATIMAH IN 2013

PAGES:

ABSTRACT

Background: It is estimated that the incidence of preterm and LBW (Low Birth Weight) in Indonesia is diminishing but still quite high at 52% per 100 live births. KMC (Kangaroo Mother Care) is a method of early treatment with skin to skin contact between mother and newborn baby in kangaroo position. Baby kangaroo care method or inherent, is very useful for treating infants born preterm and low birth weight, which can be performed during hospitalization or at home.

Methods: The study design was observational analytic cross sectional approach to determine the effect of kangaroo care method on the level of knowledge and improvement of maternal low birth weight infants in RSIA St.Fatimah St.Khadijah in Makassar. The data used is primary data where primary data is data collected directly from the respondents.

Result: The test results demonstrated that there were statistically significant differences in the level of maternal knowledge about kangaroo care method before and after treatment and the kangaroo method ($P < 0.05$, $p = 0.000$) and a significant difference between the weight of the newborn before and after treatment and the kangaroo method ($p < 0.05$, $p = 0.000$).

Conclusion: The relationship of maternal knowledge about kangaroo care method and increased low birth weight infants. Significant difference between the level of knowledge about the mother kangaroo care method before and after treatment and the kangaroo method. The existence of significant differences between newborn weight before and after treatment and kangaroo method.

Keywords: LBW, KMC, Knowl

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBARPERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
ABSTRAK.....	vi
ABSTRACT.....	vii
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
BAB I PENDAHULUAN	
A. LATAR BELAKANG	1
B. RUMUSAN MASALAH	4
C. TUJUAN PENELITIAN	4
1. TUJUAN UMUM	4
2. TUJUAN KHUSUS	4
D. MANFAAT PENELITIAN	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. BERAT BAYI LAHIR RENDAH (BBLR)	6
1. PENGERTIAN BBLR	6
2. EPIDEMIOLOGI	6
3. KLASIFIKASI BBLR	7
4. PENYEBAB BBLR	8

5. BERBAGAI MASALAH BBLR	9
6. PERAWATAN BBLR	11
B. PERAWATAN METODE KANGURU UNTUK BBLR	12
1. SEJARAH PMK	12
2. PENGERTIAN PMK	12
3. KOMPONEN PMK	14
4. CARA PERAWATAN METODE KANGURU	15
5. MANFAAT PMK	15
6. PELAKSANAAN PMK	18
C. PENGETAHUAN	
1. PENGERTIAN PENGETAHUAN	23
2. CARA MEMPEROLEH PENGETAHUAN	23

BAB III KERANGKA KONSEP

A. KERANGKA TEORI	25
B. KERANGKA KONSEP	26
C. HIPOTESIS	26
D. DEFINISI OPERASIONAL	27
E. RANCANGAN ANALISIS DATA	29

BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

A. DESAIN PENELITIAN	30
B. WAKTU DAN LOKASI PENELITIAN	30
C. POPULASI DAN SAMPEL	30

D. BESAR SAMPEL DAN RUMUS BESAR SAMPEL	31
E. TEKNIK SAMPLING	32
F. PENGUMPULAN DATA	32
G. MANAJEMEN DATA	33
H. ANALISIS DATA	34
 BAB V HASIL	
A. DESKRIPSI LOKASI PENELITIAN	35
B. ANALISIS UNIVARIAT	35
C. ANALISIS BIVARIAT	36
 BAB VI PEMBAHASAN	
41	
 BAB VII TINJAUAN SLAM.....	
44	
 b KESIMPULAN DAN SARAN	
A. KESIMPULAN	45
B. SARAN	45
 DAFTAR PUSTAKA.....	
xii	
 LAMPIRAN	
 RIWAYAT HIDUP	

DAFTAR TABEL

5.1 Distribusi Frekuensi Pengetahuan sebelum dan setelah PMK dan Berat Badan Bayi Baru Lahir Sebelum dan Setelah dilakukan PMK	35
5.2 Uji Normalitas Berdasarkan Pengetahuan dan Berat Badan Bayi Baru Lahir Sebelum dan Setelah dilakukan PMK	36
5.3 Distribusi Nilai Rata-Rata Berdasarkan Pengetahuan dan Peningkatan Berat Badan Bayi Baru Lahir Sebelum dan Setelah dilakukan PMK pada kelompok kasus.....	38
5.4 Distribusi Nilai Rata-Rata Berdasarkan Pengetahuan dan Peningkatan Berat Badan Bayi Baru Lahir Sebelum dan Setelah dilakukan PMK pada kelompok control.....	39

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Kerangka teori	25
Gambar 2 Kerangka konsep	26

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka kematian bayi (AKB) merupakan indikator yang biasa digunakan untuk menentukan derajat kesehatan masyarakat, baik pada tingkat provinsi maupun nasional. Salah satu faktor penyebab utama terhadap kematian bayi adalah bayi berat lahir rendah (BBLR).¹

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2009, BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram tanpa memperhatikan umur kehamilan, BBLR merupakan salah satu faktor utama yang berpengaruh terhadap kematian perinatal dan neonatal.¹

Di Negara-negara berkembang termasuk Indonesia morbiditas dan mortalitas BBLR masih tinggi. Bayi berat lahir rendah merupakan penyumbang utama kematian neonatal. Di Subbagian Perinatologi IKA (Ilmu Kesehatan Anak) FKUI (Fakultas Kedokteran)/RSCM (Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo) selama tahun 1998 didapatkan angka kematian neonatal dini pada kelompok bayi dengan berat lahir <1000 g, 1000-1499 g, dan 1500-2499 g masing-masing sebesar 75%, 41,9%, dan 6,6%.²

Menurut WHO (World Health Organization), bayi dengan berat lahir lebih dari 2250 gram umumnya cukup kuat untuk mulai minum sesudah dilahirkan, tidak ada perawatan khusus, tetapi perlu menjaga kondisi bayi tetap hangat dan pengawasan terhadap infeksi. Sebagian bayi dengan berat lahir 1750-2250 gram perlu pengawasan ekstra, tetapi dapat secara normal bersama ibunya untuk diberi minum dan kehangatan, dengan cara kontak kulit ibu ke kulit bayi atau dikenal dengan perawatan metode kanguru (PMK).³

Ibu adalah orang yang paling dekat dengan bayi dan bertanggung jawab dalam merawat bayi. Oleh karena itu pengetahuan dan sikap ibu tentang perawatan BBLR secara tidak langsung dapat meningkatkan kesehatan BBLR. Pengetahuan merupakan dominan yang sangat penting terbentuknya tindakan seseorang sedangkan sikap adalah penilaian seseorang terhadap stimulus atau objek, dimana sikap merupakan proses kelanjutan seseorang mengetahui. Selain itu pengetahuan dapat mengubah sikap terhadap sesuatu hal.⁴

PMK adalah metode perawatan dini dengan sentuhan kulit ke kulit antara ibu dan bayi baru lahir dalam posisi seperti kanguru. Metode kanguru atau perawatan bayi melekat, sangat bermanfaat untuk merawat bayi yang lahir prematur dan lahir dengan berat badan rendah, yang dapat dilakukan selama perawatan di rumah sakit atau pun di rumah. Dengan metode ini mampu memenuhi kebutuhan asasi bayi baru lahir premature dengan menyediakan situasi dan kondisi yang mirip dengan rahim ibu, sehingga memberi peluang untuk dapat beradaptasi baik dengan dunia luar. Perawatan kanguru ini telah terbukti dapat menghasilkan pengaturan suhu tubuh yang efektif dan lama serta denyut jantung dan pernafasan yang stabil pada bayi premature. Perawatan kulit ke kulit mendorong bayi untuk mencari puting dan mengisapnya, hal ini mempererat ikatan antara ibu dan bayi serta membantu keberhasilan pemberian ASI.⁴

Seorang bayi yang lahir prematur, umumnya akan diletakkan ke dalam inkubator agar suhu tubuhnya tetap normal serta diberi bantuan oksigen untuk pernafasan. Selain inkubator suhu tubuh bayi dapat dipertahankan kehangatannya dengan metode kanguru. Dulu metode ini dianggap hanya untuk orang miskin karena kalau orang kaya diletakkan di inkubator, tapi berdasarkan pengalaman, hasilnya malah lebih efektif metode kanguru.⁵

Teknik melakukan PMK adalah bayi berat lahir rendah atau kurang bulan yang stabil digendong di dada ibu, dengan hanya memakai popok, topi dan kaus kaki. Posisi bayi sejajar dengan dada ibu, di dalam baju ibu dan di sanggah oleh kain yang melingkari ibu dan bayi. Untuk PMK dalam waktu lama, bayi tetap dalam posisi ini kecuali saat dimandikan, diganti popok atau jika ibu akan ke kamar mandi. Selama waktu ini, ayah dan anggota keluargayang lain bisa membantu dengan cara menjaga bayi tetap hangat dan menggantikan ibu melakukan kontak kulit ke kulit.⁵

Negara-negara berkembang seperti di Amerika Serikat dan Kanada sangat mendukung keefektifan dan keamanan dari perawatan kulit per kulit (seperti kanguru) untuk bayi prematur karena bayi dapat merasakan kenikmatan kebahagiaan dan perasaan yang sangat luar biasa. Mengingat terbatasnya fasilitas pelayanan kesehatan terutama di pedesaan, maka metode kanguru sangat dianjurkan. Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial telah mengembangkan kebijakan pelayanan neonatal esensial dan metode kanguru sebagai salah satu cara dalam penerapan kebijakan tersebut yang bertujuan untuk pencegahan bayi hipotermi (suhu badan rendah). Tetapi dengan pertambahan penduduk, makin meningkatnya jumlah kelahiran menyebabkan ketidakseimbangan antara fasilitas kesehatan dengan jumlah kelahiran.⁵

Perkumpulan perinatologi Indonesia (PERINASIA) dalam seminar orientasi Metode Kangguru yang diselenggarakan pada Forum Promosi Kesehatan Indonesia, bayi premature maupun BBLR terutama dibawah 2000 gr terancam kematian yang diakibatkan hipotermi (suhu badan dibawah 36,5°C), di samping asfiksia (kesulitan bernafas) dan infeksi. Diperkirakan kejadian premature dan BBLR di Indonesia memang makin menurun tetapi

masih cukup tinggi yaitu 52% per 100 kelahiran hidup.⁶

B. Rumusan Masalah

Bayi berat lahir rendah masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di beberapa Negara, termasuk Indonesia. Tingginya angka kejadian BBLR akan berdampak pada meningkatnya morbiditas dan mortalitas. Perawatan metode kanguru merupakan salah satu strategi intervensi keperawatan. Oleh karena itu, pengetahuan dan sikap ibu tentang perawatan BBLR dengan metode kanguru sangat diperlukan karena secara tidak langsung dapat meningkatkan kesehatan BBLR. Dengan demikian perumusan masalahnya adalah bagaimana pengaruh perawatan metode kanguru terhadap tingkat pengetahuan ibu dan peningkatan berat badan bayi lahir rendah ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diidentifikasinya pengaruh perawatan metode kanguru terhadap tingkat pengetahuan ibu dan peningkatan berat badan bayi lahir rendah.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui adanya pengaruh perawatan metode kanguru terhadap tingkat pengetahuan ibu dan peningkatan berat badan bayi lahir rendah.
- b. Untuk mengetahui perbedaan berat badan bayi pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah dilakukan perawatan metode kanguru.

- c. Untuk mengetahui perbedaan pengetahuan ibu pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah dilakukan perawatan metode kanguru.

D. Manfaat Penelitian

1. Sebagai penambah wawasan bagi penulis dalam mengaplikasikan ilmu tentang perawatan BBLR dengan menggunakan metode kanguru.

Dapat dijadikan data dasar untuk penelitian lain mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku perawatan metode kanguru pada ibu yang mempunyai bayi berat badan lahir rendah.

2. Dapat menambah pengetahuan tentang perawatan BBLR dengan menggunakan metode kanguru sebagai upaya untuk meningkatkan kesehatan BBLR dan pengetahuan ibu tentang PMK.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

A. BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah)

1. Pengertian BBLR

Dahulu, bayi baru lahir yang berat badannya 2500 gram atau kurang disebut bayi premature. Ternyata morbiditas dan mortalitas neonates tidak hanya bergantung pada berat badannya tetapi juga pada tingkat kematangan (maturitas) bayi tersebut. World Health Organization (WHO) pada tahun 1961 menyatakan bahwa semua bayi baru lahir yang berat badannya kurang atau sama dengan 2500 gram disebut low birth weight infant (bayi berat badan lahir rendah, BBLR). Definisi WHO tersebut dapat disimpulkan secara ringkas sebagai bayi berat badan lahir rendah adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang atau sama dengan 2500 gram.⁷

2. Epidemiologi⁸

Beberapa data yang menyebutkan angka kejadian BBLR antara lain disebutkan dibawah ini

- a. WHO menyatakan, prevalensi bayi berat lahir rendah (BBLR) diperkirakan 15% dari seluruh kelahiran di dunia dengan batasan 3,3% - 38% dan lebih sering terjadi di Negara-negara berkembang atau sosioekonomi rendah. Secara

statistic menunjukkan 90% kejadian BBLR di dapatkan di negara berkembang dan angka kematiannya 35 kali lebih tinggi dibanding pada bayi dengan berat lahir lebih dari 2500 gram.

- b. BBLR termasuk faktor utama dalam peningkatan mortalitas, morbiditas, dan disabilitas neonates, bayi dan anak serta memberikan dampak jangka panjang terhadap kehidupannya di masa depan.
- c. Angka kejadian di Indonesia sangat bervariasi antara satu daerah dengan daerah lain yaitu berkisar satu daerah dengan daerah lain, yaitu berkisar antara 9% - 30%, hasil studi di 7 daerah multi center di peroleh angka BBLR dengan rentan 2.1%-17.2%. Secara Nasional berdasarkan analisis lanjut SDKI, angka BBLR sekitar 7,5%. Angka ini lebih besar dari target BBLR yang ditetapkan pada sasaran program perbaikan gizi menuju Indonesia Sehat 2010 yaitu maksimal 7% .
- d. WHO pada tahun 2003 menyatakan bahwa setiap tahun di perkirakan neonatus yang lahir sekitar 20 juta adalah BBLR.
- e. Di Indonesia, menurut survey ekonomi nasional (SUSENAS) pada tahun 2005, kematian neonatus yang disebabkan oleh BBLR sebesar 38,35%.
- f. Angka kejadian BBLR di Indonesia berkisar 9-20% bervariasi antara satu daerah dengan daerah lain.
- g. Sebanyak 25% bayi dengan BBLR meninggal pada saat baru lahir dan 50% nya meninggal saat bayi. (Anik Maryuni, 2013)

3. Klasifikasi BBLR

Berdasarkan umur kehamilan atau massa gestasi :

- a. Preterm infant atau bayi premature, yaitu bayi yang lahir pada umur kehamilan tidak mencapai 37 minggu.
- b. Term infant atau bayi cukup bulan (mature/aterm), yaitu bayi yang lahir pada umur kehamilan lebih daripada 37-42 minggu.
- c. Post term infant atau bayi lebih bulan (posterm/postmature), yaitu bayi yang lahir pada umur kehamilan sesudah 42 minggu (Surasmi,2003).

Berdasarkan pengelompokan tersebut diatas, BBLR dapat dikelompokkan menjadi :

- a. Prematuritas murni yaitu bayi dengan masalah kehamilan kurang dari 37 minggu dan berat badan sesuai dengan berat badan untuk usia kehamilan (berat badan terletak antara persentil ke-10 sampai persentil ke-90 pada intrauterine growth curve lubchenko).
- b. Dismaturitas yaitu bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari berat badan yang seharusnya untuk usia kehamilannya, yaitu berat badan dibawah persentil 10 pada kurva pembuluh intra uterin, biasa disebut dengan bayi kecil untuk masa kehamilan (KMK/SGA). Lahir dengan berat badan seharusnya untuk masa kehamilan menunjukkan bayi mengalami retardasi pertumbuhan intra uterin, keadaan ini berhubungan dengan gangguan sirkulasi dan efisiensi placenta.⁷

4. Penyebab BBLR

Pada 50% kasus berat lahir rendah, penyebab yang sebenarnya tidak diketahui, tetapi ada kaitan yang bermakna dengan kondisi sosio-ekonomi yang buruk dan juga kebiasaan merokok. Menurut Farrer (2011), penyebab kelahiran prematur yang diketahui mencakup :

- a. Induksi dini persalinan, misalnya atas indikasi pre-eklamsia, hipertensi, ketidakcocokan *rhesus* diabetes, kadarestriol yang rendah.
- b. Kehamilan kembar, misalnya kembar dua
- c. *Polihidramnios* (cairan amnion yang berlebihan) sebagaimana terjadi pada *malformasi-fetal*.
- d. Infeksi

Menurut Surasmi (2003), factor yang menyebabkan gangguan pertumbuhan intra-uterin meliputi :

- a. Faktor janin

Kelainan kromosom, infeksi janin kronik, *disotonamia familial*, *retardasi*, kehamilan ganda, *aplasia pancreas*.

- b. Faktor *plasenta*

Berat *placenta* kurang, *placenta* berongga atau keduanya, luas permukaan berkurang, *placentitis vilus*, *infark tumor (korio angiona) placenta* yang lepas, sindrom transfuse bayi kembar.

- c. Faktor Ibu

Toksemia, hipertensi, penyakit ginjal, *hipoksemi* (penyakit jantung *sionatik*, penyakit paru) malnutrisi, anemia sel sabit, ketergantungan (obat, narkotik, alkohol, dan rokok).

5. Berbagai Masalah BBLR

Berdasarkan Protokol Asuhan Neonatal (2008), berbagai masalah yang ditemukan pada BBLR yaitu :

a. Ketidakstabilan suhu tubuh

Bayi kurang bulan memiliki kesulitan untuk mempertahankan suhu tubuh yang berakibat peningkatan hilangnya panas, berkurangnya lemak subkutan, rasio luas permukaan tubuh terhadap bert badan besar, produksi panas berkurang akibat lemak coklat yang tidak memadai dan ketidakmampuan untuk menggigil.

b. Kesulitan bernafas

Terjadi Karen defisiensi surfaktan paru yang mengarah ke sinrom gawat nafas (*Respiratory distress syndrome/RDS*) risiko aspirasi akibat refleks menelandsn refleks batuk yang buruk, pengisapan dan menelan yang tidak terkordinasi, toraks yang lunak dan otot respirasi yang lemah, pernafasan yang periodic, dan apnea.

c. Masalah gastrointestinal dan nutrisi

Menyebabkan refleks isap dan menelan buruk dan terutama sebeum 34 minggu, motilitas usus yang menurun, pengosongan lambung lambat, absorbs vitamin yang larut dalam lemak berkurang, defisiensi enzim lactase pada jonjot usus, menurunnya cadangan kalsium, fosfor, protein dan zat besi dalam tubuh, meningkatnya resiko NEC.

d. Imaturitas hati

Mengakibatkan ganngguan konyugasi dan *ekskresi bilirubin*, defisiensi vitamin K.

e. Imaturitas ginjal

Menyebabkan ketidakmapuan untuk mengekskresi bagian cairan yang besar, akumulasi asam anorganik dengan metabolic asidosis, eliminasi obat dari ginjal

dapat menghilang, ketidakseimbangan elektrolit, misalnya *hiponatremia* atau *hipernatremia*, *hiperkalemia*, dan *glikosuria* ginjal.

f. Imaturitas immunologis

Resiko infeksi tinggi yang mengakibatkan bayi kurang bulan tidak mengalami transfer IgC maternal melalui plasenta selama trimester ketiga kehamilan, fagositosis terganggu, penurunan berbagai faktor komplemen.

g. Berbagai masalah neurologis

Antara lain refleks isap dan menelan yang imatur, penurunan motilitas usus, apnea dan bradikardia berulang, pendarahan intraventrikel dan leukomalasia periventrikel, pengaturan perfusi serebral yang buruk, retinopati prematur (ROP), kejang, hipotonia.

h. Berbagai masalah kardiovaskuler

Duktus arteriosus paten (patent ductus arteriosus/PDA) merupakan hal yang umum diketahui pada bayi kurang bulan, hipotensi, atau hipertensi.

i. Berbagai masalah hematologis

Anemia (awitan dini atau lambat), hiperbilirubinemia, terutama indirek, koagulasi intravaskuler diseminata (diseminata intravaskuler coagulation/DIC), penyakit pendarahan pada neonates (hemorrhagic disease of the newborn/HDN).

j. Berbagai masalah metabolisme

Hipokalsemia, hipoglikemia atau hiperglikemia.

6. Perawatan BBLR

Beberapa hal yang perlu dilakukan dalam penanganan pada BBLR :

a. Mempertahankan suhu dengan ketat

BBLR mudah mengalami hipotermia, oleh sebab itu suhu tubuhnya harus dipertahankan dengan ketat.

b. Mencegah infeksi dengan ketat

BBLR sangat rentan akan infeksi, perhatikan prinsip-prinsip pencegahan infeksi termasuk mencuci tangan sebelum memegang bayi.

c. Pengawasan nutrisi / ASI

Refleks menelan BBLR belum sempurna, oleh sebab itu pemberian nutrisi harus dilakukan dengan cermat.

d. Penimbangan ketat

e. Perubahan berat badan mencerminkan kondisi gizi/nutrisi bayi dan erat kaitannya dengan daya tahan tubuh, oleh sebab itu penimbangan berat badan harus dilakukan dengan ketat.⁹

B. Perawatan Metode Kanguru untuk Bayi Berat Lahir Rendah

1. Sejarah Perawatan Metode kanguru

Perawatan metode kanguru pertama kali diperkenalkan oleh Ray dan Martinez di Bogota, Columbia pada tahun 1979 sebagai cara alternative perawatan BBLR ditengah tingginya angka BBLR dan terbatasnya fasilitas kesehatan yang ada. Metode ini meniru binatang berkantung kanguru yang bayinya memang lahir sangat prematur, dan setelah lahir disimpan di kantung perut ibunya untuk mencegah kedinginan sekaligus mendapatkan makanan berupa air susu induknya.¹⁰

2. Pengertian Perawatan Metode kanguru (PMK)

Salah satu cara untuk mengurangi kesakitan dan kematian BBLR adalah dengan Perawatan Metode Kanguru (PMK) atau perawatan bayi lekat yang ditemukan sejak tahun 1983. PMK adalah perawatan bayi baru lahir dengan melekatkan bayi di dada ibu (kontak kulit bayi dan kulit ibu) sehingga suhu tubuh bayi tetap hangat. Perawatan metode ini sangat menguntungkan terutama untuk bayi berat lahir rendah.

Menurut WHO (2003), perawatan metode kanguru adalah perawatan untuk bayi premature dengan melakukan kontak langsung antara kulit bayi dengan kulit ibu (skin to skin contact). Metode ini sangat tepat dan mudah dilakukan guna mendukung kesehatan dan keselamatan bayi yang lahir prematur maupun aterm.

Perawatan metode kanguru adalah perawatan untuk bayi berat lahir rendah dengan melakukan kontak langsung antara kulit bayi dengan kulit ibu (skin to skin contact).¹

Istilah Perawatan Metode Kanguru (PMK) diambil dari pengamatan pada Kanguru yang memiliki kantung pada perutnya, yang berfungsi untuk melindungi bayinya tidak hanya bayi yang prematur tetapi merupakan suatu tempat yang memberikan kenyamanan yang sangat esensial bagi pertumbuhan bayi. Didalam kantung ibu, bayi kanguru dapat merasakan kehangatan, mendapat makanan (susu), kenyamanan, stimulasi dan perlindungan. Bayi dibawa kemana saja setiap saat tanpa interupsi.⁹

Menurut Desmawati (2011) dan PERINASIA (2003), esensinya adalah :

- a. Adatiga komponen PMK, kontak kulit dengan kulit, ASI eksklusif, support atau dukungan pada bayi hanya dari ibu (interaksi hanya antara bayi dengan ibu).

- b. Kontak kulit dengan kulit, kontak bagian depan bayi pada dada ibu. Untuk mendapatkan rasa nyaman dan hangat dipasang selimut dan topi. Perawatan Metode Kanguru idealnya dimulai saat bayi lahir dan berlangsung sepanjang pagi dan malam hari.
- c. ASI eksklusif merupakan pemberian air susu sepanjang yang dibutuhkan bayi tanpa pemberian makanan lain. Untuk bayi premature, pemberian nutrisi sesuai dengan indikasinya.
- d. Support untuk berdua (support to the dyad), pada saat dibutuhkan pengobatan, dukungan emosional, kesejahteraan fisik yang diberikan untuk bayi dan ibu dilakukan tanpa memisahkan mereka.
- e. Metode ini merupakan metode yang lembut (sederhana dan manusiawi), namun efektif untuk menghindari berbagai stress yang dialami oleh bayi premature selama perawatan di ruang perawatan intensif.⁹

Perawatan Metode Kanguru dapat dilakukan dengan 2 cara. Pertama secara terus menerus dalam 24 jam atau yang disebut juga secara kontinyu dan kedua secara intermitten atau dengan cara selang-seling. Perawatan Metode Kanguru disarankan untuk dilakukan secara kontinyu, akan tetapi rumah sakit yang tidak menyediakan fasilitas rawat gabung dapat menggunakan Perawatan Metode Kanguru secara intermiten. Pelaksanaan Perawatan Metode Kanguru secara intermiten juga memberikan manfaat sebagai pelengkap perawatan konvensional atau inkubator.

3. Komponen Perawatan Metode Kanguru

Pada awalnya, PMK terdiri dari 3 komponen, yaitu :

- a. Kontak kulit ke kulit (*skin-to-skin contact*)

- b. Pemberian ASI atau *breastfeeding*
- c. Dukungan terhadap ibu (*support*)

Literatur terbaru menambahkan satu komponen lagi sehingga menjadi 4 komponen, yaitu :

- a. *kangaroo position*
- b. *kangaroo nutrition*
- c. *kangaroo support*
- d. *kangaroo discharge*

4. Cara perawatan Metode kanguru

- a. PMK intermitten : Bayi dengan penyakit atau kondisi yang berat membutuhkan perawatan intensif dan khusus di ruang rawat neonatologi, bahkan mungkin memerlukan bantuan alat. Bayi dengan kondisi ini, PMK tidak diberikan sepanjang waktu tetapi hanya dilakukan jika ibu mengunjungi bayinya yang masih berada dalam perawatan di inkubator. PMK dilakukan dengan durasi minimal satu jam, secara terus menerus per hari. Setelah bayi lebih stabil, bayi dengan PMK intermitten dapat dipindahkan ke ruang rawat untuk menjalani PMK kontinu.
- b. PMK kontinu : Pada PMK kontinu, kondisi bayi harus dalam keadaan stabil, dan bayi harus dapat bernapas secara alami tanpa bantuan oksigen. Kemampuan untuk minum (seperti menghisap dan menelan) bukan merupakan persyaratan utama, karena PMK sudah dapat dimulai meskipun pemberian minumannya dengan menggunakan pipa

lambung. Dengan melakukan PMK, pemberian ASI dapat lebih mudah prosesnya sehingga meningkatkan asupan ASI.¹¹

5. Manfaat PMK

Secara garis besar, manfaat PMK adalah sebagai berikut :

a. Manfaat PMK bagi bayi

WHO (2002) dan berbagai penelitian menyebutkan bahwa manfaat PMK pada BBLR adalah :

- i. Suhu bayi lebih stabil daripada dirawat di inkubator
- ii. Pola pernafasan bayi menjadi lebih teratur (mengurangi kejadian apnea periodik)
- iii. Denyut jantung lebih stabil
- iv. Pengaturan perilaku bayi lebih baik, misalnya frekuensi menangis bayi berkurang dan sewaktu bangun bayi lebih waspada.
- v. Bayi lebih sering minum ASI dan lama menetek lebih panjang serta peningkatan produksi ASI
- vi. Pemakaian kalori lebih kurang
- vii. Kenaikan berat badan lebih baik
- viii. Waktu tidur bayi lebih lama
- ix. Hubungan lekat bayi ibu lebih baik serta berkurangnya kejadian infeksi
- x. Efisiensi anggaran.

b. Manfaat PMK bagi ibu

Menurut Depkes RI (2008) dari beberapa penelitian dilaporkan bahwa PMK mempermudah pemberian ASI, ibu lebih percaya diri dalam merawat bayi, hubungan

lekat bayi-ibu lebih baik, ibu sayang kepada bayinya, pengaruh psikologis ketenangan bayi bagi ibu dan keluarga (ibu lebih puas, kurang merasa stress). Pada penelitian Suradi dan Yanuarso (2000), Mohrbacher & Stock (2003) melaporkan adanya peningkatan produksi ASI, peningkatan lama menyusui dan kesuksesan dalam menyusui. Hasil penelitian Cattaneo, Davanco, Bergman dkk. (1998) dalam PERINASIA (2003), bila ibu perlu merujuk bayi bayi ke fasilitas kesehatan maupun antar rumah sakit memerlukan alat khusus karena dapat menggunakan cara PMK.

c. Manfaat PMK bagi ayah

- i. Ayah memainkan peranan yang lebih besar dalam perawatan bayinya.
- ii. Meningkatkan hubungan antara ayah-bayinya, terutama berperan penting di Negara dengan tingkat kekerasan pada anak yang tinggi.

d. Manfaat PMK bagi petugas kesehatan

Bagi petugas kesehatan paling sedikit akan bermanfaat dari segi efisiensi tenaga karena ibu lebih banyak merawat bayinya sendiri. Dengan demikian beban kerja petugas akan berkurang. Bahkan justru petugas dapat melakukan tugas lain yang memerlukan perhatian petugas misalnya pemeriksaan lain atau kegawatan pada bayi maupun memberikan dukungan pada ibu dalam menerapkan PMK (Depkes RI, 2008).¹²

e. Manfaat PMK bagi institusi kesehatan, klinik, RS

Sedikitnya ada tiga manfaat bagi fasilitas pelayanan dengan penerapan PMK yaitu lama perawatan lebih pendek sehingga cepat pulang dari fasilitas kesehatan. Dengan demikian, tempat tersebut dapat digunakan bagi klien lain memerlukan (turn over meningkat). Manfaat lain yang dikemukakan adalah pengurangan pengguna

fasilitas (listrik, inkubator, alat canggih lain) sehingga dapat membantu efisiensi anggaran. Dengan naiknya *turn over* serta efisiensi anggaran diharapkan adanya kemungkinan kenaikan penghasilan (*revenue*) (Depkes RI, 2008).

f. Manfaat PMK bagi negara

Karena penggunaan ASI meningkat, dan bila hal ini dapat dilakukan dalam skala mikro dapat mengemat devisa (import susu formula). Demikian pula dengan peningkatan pemanfaatan ASI kemungkinan bayi sakit lebih kecil dan ini tentunya menghemat biaya perawatan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan pemerintah maupun swasta (PERINASIA, 2003).⁶

6. Pelaksanaan perawatan metode kanguru

a. Persiapan

Sebelum ibu mampu melakukan PMK dilakukan latihan untuk adaptasi selama lebih kurang 3 hari. Saat melakukan latihan ibu juga diajarkan personal hygiene yaitu dibiasakan mencuci tangan, kebersihan kulit bayi (tidak dimandikan hanya dengan baby oil), kebersihan tubuh ibu dengan mandi sebelum melakukan PMK. Serta diajarkan tanda-tanda bahaya seperti :

- 1) Kesulitan bernafas (dada tertarik kedalam, merintih)
- 2) Bernafas sangat cepat atau sangat lambat
- 3) Serangan henti nafas (apnea) sering dan lama
- 4) Bayi terasa dingin, suhu bayi dibawah normal walaupun telah dilakukan penghangatan

- 5) Sulit minum, bayi tidak lagi terbangun untuk minum, berhenti minum, atau muntah
- 6) Kejang
- 7) Diare
- 8) Sclera/kulit menjadi kuning

b. Pelaksanaan

Dalam pelaksanaan PMK perlu diperhatikan 4 komponen, yaitu :

1) Posisi bayi

Letakkan bayi diantara payudara dengan posisi tegak, dada bayi menempel ke dada ibu. Posisi bayi dijaga dengan kain panjang atau pengikat lainnya. Kepala bayi dipalingkan ke sisi kanan atau kiri, dengan posisi sedikit tengadah (ekstensi). Ujung pengikat tepat berada dibawah kuping bayi. Tungkai bayi haruslah dalam posisi “kodok”, tangan harus dalam posisi fleksi. Ikatkan kain dengan kuat agarsaat ibu bangun dari duduk, bayi tidak tergelincir. Pastikan juga bahwa ikatan yang kuat dari kain tersebut menutupi dada si bayi. Perut bayi jangan sampai tertekan dan sebaiknya berada di sekitar epigastrium ibu. Dengan cara ini bayi dapat melakukan pernafasan perut.

Berikut adalah cara memasukkan dan mengeluarkan bayi dari baju kanguru, misalnya saat akan disusui :

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

- b) Topang bagian bawah rahang bayi dengan ibu jari dan jari-jari lainnya agar kepala bayi tidak tertekuk dan tak menutupi saluran nafas ketika bayi berada pada posisi tegak
 - c) Tempatkan tangan lainnya dibawah pantat bayi
- 2) Nutrisi dengan pemberian ASI

Dengan melakukan PMK, proses menyusui menjadi lebih berhasil dan sebagian besar bayi yang dipulangkan memperoleh ASI. Bayi pada kehamilan dari 30-32 minggu biasanya perlu diberi minum melalui pipa nasogastrik, untuk ASI yang diperas (expressed breast milk). Bayi dengan masa kehamilan 32-34 minggu dapat diberi minum gelas kecil. Sedangkan bayi-bayi dengan usia kehamilan sekita 32 minggu atau lebih, sudah dapat mulai menyusui pada ibu.¹¹

3) Dukungan (support)

Saat bayi telah lahir, ibu memerlukan dukungan dari berbagai pihak, diantaranya berupa :

a) Dukungan Emosional

Ibu memerlukan dukungan untuk melakukan PMK. Banyak ibu-ibu muda yang mengalami keraguan yang sangat besar untuk memenuhi kebutuhan bayi pertamanya sehingga membutuhkan dukungan dari keluarga, teman serta petugas kesehatan.

b) Dukungan fisik

Selama beberapa minggu pertama PMK, merawat bayi akan sangat banyak menyita waktu ibu. Istirahat dan tidur yang cukup sangat penting pada peranannya pada PMK. Oleh karena itu, ibu memerlukan dukungan untuk membantu penyelesaian tugas-tugas rumah.

c) Dukungan edukasi

Sangat penting memberikan informasi yang ibu butuhkan agar ia dapat memahami seluruh proses PMK dan mengetahui manfaat PMK. Hal ini membuat PMK menjadi lebih bermakna dan akan meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan berhasil menjalankan PMK baik di rumah sakit ataupun saat di rumah.

Dukungan bisa diperoleh dari petugas kesehatan, seluruh anggota keluarga, ibu dan masyarakat. Tanpa adanya dukungan, akan sangat sulit bagi ibu untuk dapat melakukan PMK dengan berhasil.

d) Pemulangan (discharge)

Pemulangan bayi dilakukan atas persetujuan dokter berdasarkan laporan perawat. Bayi PMK dapat dipulangkan dari rumah sakit setelah memenuhi criteria dibawah ini :

- i. Kesehatan bayi secara keseluruhan dalam kondisi baik dan tidak ada henti nafas (apnea) atau infeksi
- ii. Bayi minum dengan baik

- iii. Berat bayi selalu bertambah (sekurang-kurangnya 15g/kg/hari) untuk sekurang-kurang tiga hari berturut-turut
- iv. Ibu mampu merawat bayi dan dapat datang secara teratur untuk melakukan follow-up
- v. Mereka akan tetap akan memerlukan dukungan meskipun tidak sesering dan seintensif sebelumnya. Jika tidak ada layanan tindak lanjut atau lokasi RS letaknya jauh, pemulangan dapat ditunda. Sebelum dipulangkan, pastikan ibu sudah mengerti tanda-tanda bahaya pada bayi, jadwal control bayi, monitoring tumbuh kembang dan bagaimana cara merujuk ke RS jika ada bahaya.

e) Monitoring kondisi bayi

Hal-hal yang harus dimonitor adalah :

- i. Tanda vital 3x/hari (setiap ganti shift)
- ii. Berat badan bayi 1x/hari
- iii. Panjang badan dan lingkar kepala 1x/minggu
- iv. Predischarge score setiap hari
- v. Jejak pasca persalinan
- vi. Skrinning bayi baru lahir
- vii. Tumbuh kembang bayi, terutama panca indranya

f) Monitoring kondisi ibu

Hal-hal yang perlu dimonitoring antara lain :

- i. Tanda-tanda vital
- ii. Involusi interi

- iii. Laktasi
- iv. Pendarahan post partum
- v. Luka operasi
- vi. Luka perineum
- g) Penanganan pencegahan
 - i. Untuk mencegah BBLR mendapat penyakit, maka BBLR perlu mendapat imunisasi sesuai jadwal yang dianjurkan
 - ii. Tanya dan cari tanda-tanda apapun yang mengindikasikan adanya penyakit, baik yang dilaporkan atau tidak oleh ibu
 - iii. Tangani setiap penyakit berdasarkan standar operasional prosedur dan juklak local
 - iv. Jika penambahan berat badan tidak mencukupi, Tanya dan cari permasalahannya, penyebab dan solusi. Semua ini umumnya berhubungan dengan pemberian minum dan penyakit (Depkes RI, 2009).¹²

C. Pengetahuan

1. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya). Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera penglihatan (mata)

2. Cara memperoleh pengetahuan

Menurut Notoadmodjo, ada beberapa cara untuk memperoleh pengetahuan, yaitu :

a. Cara coba-salah (Trial dan Error)

Cara coba-coba ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah, dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil, dicoba kemungkinan yang lain. Apabila kemungkinan kedua ini gagal pula, maka dicoba dengan kemungkinan ketiga, dan apabila kemungkinan ketiga gagal dicoba kemungkinan keempat dan seterusnya, sampai masalah tersebut dapat dipecahkan. Itulah sebabnya maka cara ini disebut metode trial (coba) and error (gagal atau salah) atau metode coba-salah/coba-coba.

b. Cara Kekuasaan atau otoritas

Dalam kehidupan manusia sehari-hari, banyak sekali kebiasaan-kebiasaan dan tradisi-tradisi yang dilakukan oleh orang, tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan tersebut baik atau tidak. Kebiasaan ini biasanya diwariskan turun-temurun dari generasi ke generasi berikutnya. Dengan kata lain, pengetahuan tersebut diperoleh berdasarkan pada otoritas atau kekuasaan, baik tradisi, otoritas pemerintah, otoritas pemimpin agama, maupun ahli-ahli pengetahuan.

c. Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman adalah guru yang baik, demikian bunyi pepatah, pepatah ini mengandung maksud bahwa pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh pengetahuan.

d. Melalui jalan pikiran

Sejalan dengan perkembangan umat manusia, cara berpikir manusia pun ikut berkembang. Dari perkembangan cara berpikir, manusia mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuannya.

e. Cara modern dalam memperoleh pengetahuan

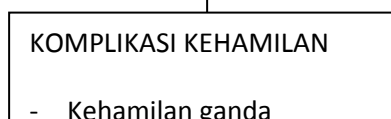
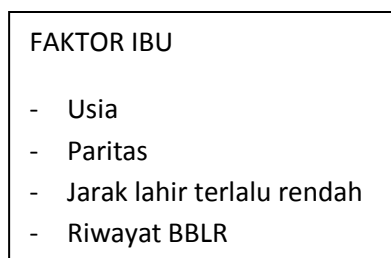
Cara baru dalam memperoleh pada dewasa ini lebih sistematis, logis, dan ilmiah.

Cara ini disebut “metode penelitian ilmiah”, atau lebih populer disebut metodologi penelitian.⁵

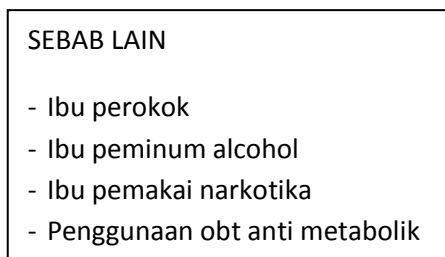
BAB 3

KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Teori

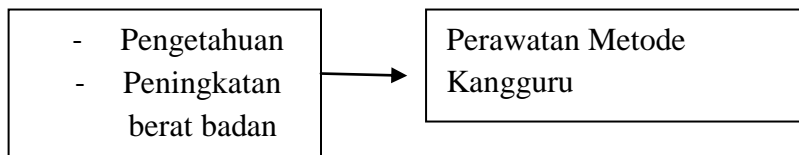


Gambar 1. Kerangka Teori



Referensi :Rahmayanti, Siti Dewi. (2010). Pengaruh perawatan metode kanguru terhadap pertumbuhan bayi, pengetahuandan sikap ibu dalam merawat BBLR di RSUD Cibatat Cimah

Variabel dependen variabelindependen



Gambar 2 Skema Kerangka konsep

Variabel dalam penelitian ini adalah :

1. Variabel terikat (dependen variable)

Pengetahuan dan peningkatan berat badan.

2. Variabel bebas (independen variable)

Perawatan metode kangguru

C. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian dirumuskan untuk menjawab permasalahan penelitian, hipotesis dalam penelitian ini adalah :

1. Hipotesis nol :tidak ada pengaruh perawatan metode kangguru terhadap tingkat pengetahuan ibu dan peningkatan berat badan bayi lahir rendah di RSIA St.Khadijah dan St.Fatimah Makassar.
2. Hipotesis alternative : ada pengaruh perawatan metode kangguru terhadap tingkat pengetahuan ibu dan peningkatan berat badan bayi lahir rendah di RSIA St.Khadijah dan St.Fatimah Makassar.

D. Defenisi Operasional

1.Variabel Independent

Perawatan metode kangguru : Suatu metode perawatan BBLR yang dilakukan dengan cara kontak langsung antara kulit bayi dengan kulit ibu atau pengganti ibu, yang dilakukan setelah bayi dalam kondisi stabil.

- Cara ukur : Format perawatan metode kangguru sesuai prosedur

- Hasil ukur : 1) Perawatan kelompok kasus (BBLR) dengan menggunakan metode kangguru.
2) Perawatan kelompok control (normal) dengan menggunakan metode kangguru

2.Variabel dependent

a. Peningkatan Berat Badan

Adanya penambahan berat badan pada BBLR.Pada saat kelahiran dan pada saat berakhir perawatan metode kangguru

- Alat ukur: timbangan
- Cara ukur : Lembar observasi berdasarkan hasil pengukuran
- Hasil ukur : Hasil pengukuran dalam gram
- Skala ukur : Nominal

b. Pengetahuan ibu

Pengetahuan ibu tentang perawatan BBLR meliputi defenisi BBLR, klasifikasi BBLR dan penyebab BBLR, permasalahan BBLR, perawatan metode kanguru untuk BBLR, manfaat metode kanguru.

- c. Cara ukur : Mencatat dalam lembar ceklis.
- d. Hasil ukur :Hasil perhitungan dalam angka.

- e. Alat ukur : lembar kuesioner
- f. Skala ukur : Nominal

E. Rancangan Analisis Data

- a. Desain Penelitian : Case control
- b. Jenis hipotesis : Komparatif
- c. Variabel Independet : Metode Kangguru
- d. Skala pengukuran independent : Numerik

- e. Variabel dependent : Pengetahuan dan Peningkatan berat badan bayi baru lahir
- f. Skala pengukuran dependent : Numerik
- g. Kelompok : >2 kelompok
- h. Berpasangan : berpasangan

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Rancangan penelitian ini adalah *observasional analitik* dengan pendekatan *cross sectional* untuk mengetahui pengaruh perawatan metode kangguru terhadap tingkat pengetahuan ibu dan peningkatan berat badan bayi lahir rendah di RSIA St.Khadijah dan St.Fatimah Makassar. Data yang digunakan adalah data primer yang dimana data primer merupakan data yang dikumpulkan langsung dari para responden. Teknik pengumpulan data primer ini dengan menggunakan kuesioner atau data isian responden dan timbangan bayi untuk memantau peningkatan berat badan bayi.

B. Waktu dan Lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSIA St.Khadijah dan St.Fatimah di Makassar. Pengumpulan dan pengelolaan data dimulai sesuai waktu penelitian yang ditentukan.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu dan bayi yang dilahirkan dalam keadaan BBLR dan normal

2. Sampel

Sampel penelitian ini adalah populasi dari ibu dan bayi yang dilahirkan di RS bersalin di Makassar dan termasuk kriteria inklusi. Kriteria sampel yaitu:

- **Sampel case**

- ⊙ **Kriteria inklusi**

- Ibu dan bayi BBLR di RS bersalin di Makassar.
- Ibu yang bersedia menjadi responden

- Ibu yang bisa membaca dan menulis
- ⊙ Kriteria eksklusi
 - Ibu yang sedang sakit
 - Bayi yang tidak BBLR
- **Sampel control**
- ⊙ Kriteria inklusi
 - Ibu dan bayi normal di RS bersalin di Makassar.
 - Ibu yang bersedia menjadi responden
 - Ibu yang bisa membaca dan menulis
- ⊙ Kriteria eksklusi
 - Ibu yang sedang sakit
 - Bayi yang melahirkan BBLR

D. Besar sampel dan rumus besar sampel

Pengambilan besar sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan rumus penentuan besar sampel dalam sampel berpasangan.

$$n_1=n_2= \left[\frac{(Z_{\alpha/2} + z \beta \sqrt{PQ})^2}{P-1/2} \right]$$

$$n_1=n_2= \left[\frac{(1,64/2 + 0.842 \sqrt{3/4 \times 1/4})^2}{(3/4 - 1/2)} \right]$$

$$n_1=n_2= \left[\frac{(0.82 + 0.365)^2}{1/4} \right]$$

$$n_1=n_2= 4.73^2 = 22$$

Keterangan :

n : Jumlah sampel

Z α : tingkat kemaknaan (ditetapkan peneliti) = 1.64

Z β : power (ditetapkan peneliti) = 0,842

P : Perkiraan proporsi P =
$$\left[\frac{R}{1+R} \right]$$

R : Odds Ratio (OR) (ditetapkan peneliti)

Q : 1-P

Sumber : Sudigdo S dkk, *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*

E. Teknik sampling

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *total sampling*.

Menurut Sugiyono (2007), total sampling adalah teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel.

F. Pengumpulan Data

1. Jenis data:

- Pengambilan data primer dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang dibagikan kepada ibudan timbangan untuk mengetahui adanya peningkatan berat badan bayi baru lahir di RSIA St.Fatimah dan St. Khadijah di Makassar.

2. Instrument Penelitian : Dalam penelitian ini variable yang digunakan yaitu kuesioner pengetahuan timbangan bayi untuk mengetahui adanya peningkatan berat badan bayi baru lahir .

G. Manajemen Data

Langkah-langkah pengolahan data menurut Alimul adalah sebagai berikut:

a. *Editing*

Editing bertujuan untuk meneliti kembali jawaban menjadi lengkap. *Editing* dilakukan di lapangan sehingga bila terjadi kekurangan atau ketidaksengajaan kesalahan pengisian dapat segera dilengkapi atau disempurnakan. *Editing* dilakukan dengan cara memeriksa kelengkapan data, memperjelas serta melakukan pengolahan terhadap data yang dikumpulkan.

b. *Coding*

Coding yaitu memberikan kode angka pada atribut variabel agar lebih mudah dalam analisa data. *Coding* dilakukan dengan cara menyederhanakan data yang terkumpul dengan cara variabel kode atau variable tertentu.

c. *Tabulating*

Pada tahapan ini data dihitung, melakukan tabulasi untuk masing-masing variable dari data mentah dilakukan penyesuaian data yang merupakan pengorganisasian data sedemikian rupa agar dengan mudah dapat dijumlah, disusun dan ditata untuk disajikan dan dianalisis.

d. *Transferring*

Transferring data yaitu memindahkan data dalam media tertentu pada master tabel

H. Analisis Data

b. Analisis Univariat

Untuk mengetahui dan memperlihatkan distribusi frekuensi, presentasi dari tiap variable yang diteliti.

- Analisa bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara dua variabel yaitu variabel bebas dan variable terikat, disamping itu juga dilakukan uji bivariat untuk melihat hubungan variabel bebas dengan terikat. Dengan itu, digunakan uji paired t test dengan ketentuan bila $p < 0.05$ berarti H_0 ditolak dan H_a diterima sedangkan nilai $p > 0.05$ berarti H_0 diterima dan H_a ditolak.

BAB V

HASIL

A. Deskripsi Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di 2 rumah sakit ibu dan anak yaitu RSIA St.Fatimah dan RSIA St.Khadijah Makassar. RSIA St.Fatimah merupakan sebuah RS bersalin di Makassar yang terletak di pusat kota Makassar tepatnya di Jl. Gunung Merapi No.73. Sedangkan RSIA St.Kadajah merupakan RS bersalin di Makassar yang juga terletak ditengah-tengah pusat kota Makassar tepatnya di Jl.RA Kartini No.15.

B. Analisis univariat

Analisis ini digunakan untuk menjelaskan dan menjabarkan data pengetahuan dan berat badan bayi baru lahir sebelum dan setelah dilakukan PMK

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Pengetahuan sebelum dan setelah PMK dan Berat Badan Bayi Baru Lahir Sebelum dan Setelah dilakukan PMK di RSB St.Khadijah dan St.Fatimah Tahun 2013

Variabel	Statistik (n=22)				
	Mean	Minimum	Maksimum	Standar Deviasi	Standar Error Mean
Kelompok kasus (BBLR)					
Pengetahuan sebelum PMK	6.86	4	9	1.612	0.344
Pengetahuan Setelah PMK	8.4545	7	10	1.01076	0.21550
Berat Badan sebelum PMK	1965.91	1100	2300	293.739	62.625
Berat badan Setelah PMK	2030.00	1185	2450	300.175	63.997
Kelompok control (normal)					
Pengetahuan sebelum PMK	5.91	3	10	1.601	0.341
Pengetahuan setelah PMK	7.7273	6.00	10.00	0.98473	0.20995

Berat badan sebelum PMK	3104.55	2500	4000	488.903	104.234
Berat badan setelah PMK	3292.05	2600	4500	534.711	114.001

Tabel 5.1 menunjukkan hasil frekuensi dapat disimpulkan bahwa rata-rata (mean) pengetahuan tentang PMK pada responden yang melakukan PMK (BBLR) adalah 6.86 dan yang tidak melakukan PMK adalah 5.91. Untuk sikap responden terhadap PMK, rata-rata (mean) yang didapatkan pada responden yang melakukan PMK (BBLR) adalah 27.91 dan yang tidak melakukan PMK adalah 25.64. Untuk rata-rata (mean) Berat badan bayi yang menggunakan PMK (BBLR), sebelum PMK adalah 1965.91 dan setelah PMK 2030.00. Untuk rata-rata (mean) Berat badan bayi yang tidak menggunakan PMK, sebelum PMK adalah 3292.05.

C. Analisis Bivariat

1. Uji Normalitas

Sebelum dilakukan uji bivariabel, maka dilakukan uji normalitas data untuk variable yang berjenis numeric, yaitu pengetahuan tentang PMK dan berat badan sebelum dan setelah PMK. Untuk variable yang berdistribusi normal analisis yang digunakan adalah uji parametric, sedangkan untuk variable yang distribusi datanya tidak normal analisis yang digunakan adalah uji nonparametric.

Tabel 5.2 Uji Normalitas Berdasarkan Pengetahuan, Sikap, dan Berat Badan Bayi Baru Lahir Sebelum dan Setelah dilakukan PMK di RSB St.Khadijah dan St.Fatimah Tahun 2013

Variabel	BBLR			Normal		
	Statistik	n	P value	Statistik	n	P Value
Pengetahuan sebelum PMK	0.914	22	0.057	0.933	22	0.145

Pengetahuan Setelah PMK	0.885	22	0.015	0.912	22	0.052
Berat badan sebelum PMK	0.899	22	0.028	0.947	22	0.281
Berat badan setelah PMK	0.918	22	0.070	0.927	22	0.108

Tabel 5.2 dengan uji Shapiro-Wilk dapat disimpulkan, pada kelompok kasus (BBLR) pada alpha 0.05 , pengetahuan sebelum PMK adalah normal ($p=0.057$), pengetahuan setelah PMK adalah tidak normal ($p=0.015$), Berat badan sebelum PMK adalah tidak normal ($p=0.028$) dan Berat badan setelah PMK adalah normal ($p=0.070$), sehingga untuk kelompok kasus digunakan uji nonparametric karena variabelnya tidak normal.

Pada kelompok control (normal), pengetahuan sebelum PMK adalah normal ($p=0.145$), pengetahuan setelah PMK adalah normal ($p=0.052$), Berat badan sebelum PMK adalah normal ($p=0.281$), Berat badan setelah PMK adalah normal ($p=0.108$), sehingga untuk kelompok control, digunakan uji parametric karena variabelnya normal.

2. Distribusi Nilai Rata-Rata Berdasarkan Pengetahuan dan Peningkatan Berat Badan Bayi Baru Lahir Sebelum dan Setelah dilakukan PMK pada kelompok kasus di RSB St.Khadijah dan St.Fatimah Tahun 2013.

Uji statistic yang digunakan adalah uji wilcoxon atau nonparametric test untuk melihat adanya perubahan peningkatan berat badan dan pengetahuan sebelum dan setelah melakukan metode kangguru.

Tabel 5.3 Distribusi Nilai Rata-Rata Berdasarkan Pengetahuan dan Peningkatan Berat Badan Bayi Baru Lahir Sebelum dan Setelah dilakukan PMK pada kelompok kasus di RSB St.Khadijah dan St.Fatimah Tahun 2013

Variable Kelompok Kasus (BBLR)	Wilcoxon test		P Value
	Mean	Std. Deviasi	
Pengetahuan			
Pengetahuan sebelum PMK	6.86	0.344	0.000
Pengetahuan setelah PMK	8.4545	0.21550	
Berat badan			
Berat badan sebelum PMK	1965.91	62.625	0.000
Berat badan setelah PMK	2030.00	63.997	

Tabel 5.3 Hasil uji *wilcoxon* memperlihatkan bahwa pada kelompok Kasus (bblrl) bahwa rata-rata pengetahuan ibu sebelum PMK adalah 6.86 dengan standar deviasi 0.344. Rata-rata pengetahuan ibu sesudah PMK adalah 8.4545 dengan standar deviasi 0.21550. Hasil uji statistic didapatkan *pvalue* 0.000 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara pengetahuan ibu sebelum dan setelah PMK.

Rata-rata berat badan bayi sebelum PMK adalah 1965.91 dengan standar deviasi 62.625. Rata-rata berat badan bayi sesudah PMK adalah 2030.00 dengan standar deviasi 63.997. Hasil uji statistic didapatkan *pvalue* 0.000 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara berat badan bayi sebelum dan setelah PMK.

3. Distribusi Nilai Rata-Rata Berdasarkan Pengetahuan dan Peningkatan Berat Badan Bayi Baru Lahir Sebelum dan Setelah dilakukan PMK pada kelompok kontrol di RSB St.Khadijah dan St.Fatimah Tahun 2013.

Uji statistic yang digunakan adalah *paired t test* untuk melihat adanya

perubahan berat badan bayi, pengetahuan sebelum dan sesudah melakukan PMK.

Analisis dilakukan dengan menggunakan perangkat lunak statistik. Hasil kemaknaan perhitungan statistik antara dua variable bebas dengan menggunakan derajat kemaknaan 95% atau nilai $\alpha = 0.05$.

Tabel 5.4 Distribusi Nilai Rata-Rata Berdasarkan Pengetahuan dan Peningkatan Berat Badan Bayi Baru Lahir Sebelum dan Setelah dilakukan PMK pada kelompok control di RSB St.Khadijah dan St.Fatimah Tahun 2013

Variable	Paired Differences			P Value
	Mean	Mean differences	Std. Deviasi	
Kelompok Control (Normal)				
Pengetahuan				
Pengetahuan sebelum PMK	5.91		1.601	
Pengetahuan setelah PMK	7.7273	-1.81818	0.98473	0.000
			0.20995	
Berat badan				
Berat badan sebelum PMK	3104.55		488.903	
Berat badan setelah PMK	3292.05	-3291.28913	534.711	0.000
			114.001	

Tabel 5.4 Hasil uji *paired t test* memperlihatkan bahwa pada kelompok Kontrol (normal) bahwa rata-rata pengetahuan ibu sebelum PMK adalah 5.91 dengan standar deviasi 1.601. Rata-rata pengetahuan ibu sesudah PMK adalah 7.7273 dengan standar deviasi 0.98473. Terlihat rata-rata perbedaan antara sebelum dan sesudah PMK adalah -1.81818 dengan standar deviasi 1.00647. Hasil uji statistic didapatkan *pvalue* 0.000 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara pengetahuan ibu sebelum dan setelah PMK.

Rata-rata berat badan bayi sebelum PMK adalah 3104.55 dengan standar deviasi 488.903.
Rata-rata berat badan bayi sesudah PMK adalah 3292.05 dengan standar deviasi 534.711.
Terlihat rata-rata perbedaan antara sebelum dan sesudah PMK adalah -3291.28913 dengan standar deviasi 534.71877. Hasil uji statistic didapatkan p value 0.000 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara beratbadan bayi sebelum dan setelah PMK.

BAB VI

PEMBAHASAN

Salah satu cara untuk mengurangi kesakitan dan kematian BBLR adalah dengan Perawatan Metode Kanguru (PMK) atau perawatan bayi lekat yang ditemukan sejak tahun 1983. PMK adalah perawatan bayi baru lahir dengan melekatkan bayi di dada ibu (kontak kulit bayi dan kulit ibu) sehingga suhu tubuh bayi tetap hangat. Perawatan metode ini sangat menguntungkan terutama untuk bayi berat lahir rendah.

Penelitian ini bertujuan untuk melihat pengaruh perawatan metode kanguru terhadap tingkat pengetahuan dan peningkatan berat badan bayi sebelum dan setelah melakukan PMK. Pengukuran yang dilakukan adalah pengukuran tingkat pengetahuan ibu tentang PMK dan pengukuran peningkatan berat badan bayi sebelum dan setelah PMK..

1. Tingkat pengetahuan ibu tentang PMK sebelum dan setelah melakukan PMK

Menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan dapat dipengaruhi oleh pengalaman yang didapatkan dari apa yang pernah dialami sendiri maupun pengalaman orang lain yang diketahuinya. Selain itu sosial budaya, keyakinan dan fasilitas, fasilitas dapat berupa media cetak maupun elektronik serta buku-buku merupakan fasilitas sumber informasi yang dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat.¹⁴

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, bahwa pengetahuan ibu setelah mendapatkan PMK terdapat peningkatan yang cukup tinggi. Hal tersebut kemungkinan disebabkan oleh ibu mendengar informasi tentang PMK dan melihat demonstrasi dalam melakukan PMK, serta melaksanakannya setelah ada penjelasan yang disampaikan oleh bidan yang menangani PMK, mengenai tujuan, manfaat, teknik, dan segala hal yang berkaitan dengan PMK dan perawatan BBLR.

Hasil penelitian didapatkan ada perbedaan yang signifikan pengetahuan ibu sebelum mendapatkan PMK dan setelah mendapatkan PMK. Peneliti berpendapat bahwa pengalaman adalah guru yang terbaik sehingga peningkatan pengetahuan ibu setelah PMK lebih tinggi dibandingkan sebelum PMK. Hasil ini sejalan dengan penelitian Siti Dewi Rahmawati (2010) dalam penelitiannya menyatakan bahwa pengetahuan yang tinggi bisa didapatkan dengan mengenal dan melakukan secara langsung tentang perawatan metode kangguru.¹¹

2. Peningkatan berat badan bayi sebelum dan setelah melakukan PMK

Manfaat PMK, dapat meningkatkan ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi, memudahkan bayi dalam memenuhi kebutuhan nutrisi, mencegah infeksi dan memperpendek masa rawat inap sehingga dapat mengurangi biaya perawatan.¹⁵ Berdasarkan teori tersebut peneliti berpendapat dengan PMK ikatan kasih sayang ibu dan anak akan meningkat sehingga ibu akan lebih memperhatikan kebutuhan bayinya, termasuk kebutuhan nutrisi, jika kebutuhan nutrisi terpenuhi maka pertumbuhan juga akan lebih baik .

Kenaikan berat badan pada PMK terjadi karena bayi dalam keadaan rileks, beristirahat dengan posisi yang menyenangkan, menyerupai posisi dalam rahim, sehingga kegelisahan bayi berkurang dan tidur lebih lama. Pada keadaan tersebut, konsumsi oksigen dan kalori berada pada tingkat paling rendah, sehingga kalori yang ada digunakan untuk menaikkan berat badan. Selain itu juga dengan perawatan metode kangguru, produksi asi menjadi meningkat dan frekuensi menyusui jadi lebih sering, sehingga efek pada peningkatan berat badan jadi lebih baik.

Hasil penelitian pada kelompok kasus dan control menunjukkan bahwa adanya pengaruh yang signifikan antara berat badan sebelum dan sesudah perawatan metode kangguru. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Siti Dewi Rahmawati (2010) dalam penelitiannya menyatakan

adanya peningkatan berat badan setelah PMK dengan rata-rata perbedaan antara sebelum dan sesudah perawatan dengan PMK adalah 259.38 gram.¹¹

3. Kelemahan dan Keterbatasan Penelitian :

- Tidak jelasnya perbedaan ibu-ibu yg mendapatkan metode kanguru sehingga mempengaruhi tingkat pengetahuan responden.
- Terbatasnya waktu penelitian sehingga mempengaruhi hasil.
- Responden yang menjawab kuesioner secara tidak konsisten sehingga mempengaruhi hasil.

BAB VII

TINJAUAN ISLAM

Anak adalah segalanya bagi orang tua, mereka akan rela berkorban untuk kebahagiaan anaknya semata. Ayah akan semakin bersemangat mencari nafkah dan beramal shalih. Begitu pula sang ibu akan senantiasa menndampingi sang bayi hingga mereka menjadi seorang yang dewasa. Kesabaran dan keikhlasan para ibu ini menempatkan mereka sebagai sosok yangtercinta setelah Allah dan Rasul.

Kewajiban kedua orang tua adalah mengantarkan anak-anaknya, dengan cara mendidik, membekali dengan ilmu pengetahuan untuk menjadi bakal mereka di hari dewasanya. Secara khusus Al-Quran menganjurkan kepada ibu dan ayah melaksanakan kewajibannya berdasarkan kemampuannya, yaitu Surah Al- Baqarah (2) ayat 233 yang artinya :

“Para ibu hendaklah menyusukan anak-anaknya selama dua tahun penuh, Yaitu bagi yang ingin menyempurnakan penyusuan. Dan kewajiban ayah memberi makan dan pakaian kepada para ibu dengan cara ma’ruf. Seseorang tidak dibebani melainkan menurut kadar kesanggupannya. Janganlah seorang ibu menderita kesengsaraan karena anaknya dan seorang ayah karena anaknya, dan warispun berkewajiban demikian. Apabila keduanya ingin menyapih (sebelum dua tahun) dengan kerelaan keduanya dan permusyawaratan, maka tidak ada dosa untuk keduanya. Dan jika kamu ingin anakmu disusukan oleh orang lain, maka tidak ada dosa bagimu apabila kamu memberikan pembayaran menurut patut. Bertakwalah kamu kepada Allah dan ketahuilah bahwa Allah Maha melihat apa yang kamu kerjakan.”(QS.Al-Baqarah:23)

BAB VIII

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan penelitian ini, terdapat beberapa kesimpulan yang telah saya susun diantaranya ialah :

1. Adanya pengaruh perawatan metode kangguru terhadap tingkat pengetahuan ibu dan peningkatan berat badan bayi lahir rendah.
2. Adanya perbedaan yang signifikan antara tingkat pengetahuan ibu tentang perawatan metode kangguru sebelum dan sesudah perawatan metode kangguru.
3. Adanya perbedaan yang signifikan antara berat badan bayi baru lahir sebelum dan sesudah perawatan metode kangguru.

B. Saran

Berdasarkan simpulan dari hasil penelitian ini, beberapa saran yang dapat diberikan antara lain :

1. Bagi peneliti

Diharapkan hasil penelitian ini menjadi pengalaman yang berharga serta meningkatkan pengetahuan peneliti dalam menerapkan perawatan bayi khususnya Perawatan Metode Kanguru (PMK).

2. Institusi pendidikan

Diharapkan untuk institusi pendidikan agar terus memberikan ilmu-ilmu baru kepada mahasiswa untuk meningkatkan kemampuan praktek dan teori mahasiswa dalam menerapkan Perawatan bayi khususnya Perawatan Metode Kanguru (PMK).

3. Tempat penelitian

Diharapkan pada tenaga kesehatan khususnya bidan untuk terus memberikan informasi yang berguna bagi ibu hamil tentang perawatan bayi khususnya Perawatan Metode Kanguru (PMK).

DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen kesehatan, Republik Indonesia. (2009). *Pedoman Pelayanan Kesehatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Dengan Perawatan Metode Kangguru di Rumah Sakit dan Jejaringnya*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
2. Suradi, rulina. (2000). *Sari Pediatri Vol.2 No.1*. Jakarta Pusat: Ikatan Dokter Anak Indonesia.
3. World Health Organization (WHO), (2003). *Kangaroo Mother Care A Practical Guide*. Geneva: Departement of Reproductive Health and Research WHO.
4. Rahmayanti. (2011). *Pelaksanaan Perawatan Metode Kangguru pada Ibu yang memiliki BBLR di RS Budi Kemuliaan*. Jakarta: Universitas Indonesia.
5. Notoatmojo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
6. PERINASIA. (2005). *Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah Dengan Metode kangguru*. Jakarta.
7. Sarnengsih, tutsi. (2012). *Gambaran Faktor Pemungkin dan Faktor Penguat yang Mempengaruhi Pelaksanaan Metode Kangguru di Ruang Perinatologi RSUP M.Djamil Padang*. Padang: Universitas Andalas
8. Surasmi, Asrini, Handayani, Siti, Kumala, Heni Nur. (2003). *Perawatan Bayi Resiko Tinggi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
9. Proverawati, Atikah, Ismawati, Cahyo. (2010). *Berat Badan LahirRendah*. Yogyakarta: Nuha Medica.
10. Maryuni, Anik. (2013). *Buku Saku Asuhan Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah*. Jakarta: Trans Info Media

11. Rahmawanti, Siti Dewi. (2010). *Pengaruh perawatan metode kanguru terhadap pertumbuhan bayi, pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR di RSUD Cibadat Cimahi*. Jakarta: Universitas Indonesia.
12. Departemen kesehatan, Republik Indonesia. (2008). *Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Dengan Metode Kanguru*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
13. Perinada, Rahmanidar. (2012). *Hubungan pendidikan dan sumber informasi dengan pengetahuan ibu hamil tentang perawatan metode kanguru*. Banda Aceh: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan U'budiyah.
14. Notoadmodjo,S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
15. Shetty,A. (2007). Kangaroo mother care. *Nursing Journal of India*, 98(11), 249-50. Retrieved April 20, 2010, from ProQuest Health and Medical Complete. (Document ID: 1387300961)
16. Suradi,R, (2009). *Perawatan Bayi berat lahir rendah dengan metode kanguru*, cetakan ke 2. Jakarta: Perinasia.



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
BADAN KOORDINASI PENANAMAN MODAL DAERAH

Unit Pelaksana Teknis – Pelayanan Perizinan Terpadu

Jln. Bougenville No. 5 Telp. (0411) 441077 Fax. (0411) 448936

MAKASSAR 90222

Makassar, 04 Desember 2013

Kepada

Nomor : 6102/P2T-BKPM/19.36P/12/VII/2013

Lampiran : -

Perihal : Izin Penelitian

Yth. 1. Direktur RSKDIA Siti Fatimah Makassar
2. Direktur RSKDIA Siti Khadijah 1 Makassar
di-
Makassar

Berdasarkan surat Dekan Fak. Kedokteran UNISMUH Makassar Nomor : 558/FKIK/C.4-VI/XI/35/2013 tanggal 02 Desember 2013 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

Nama : Dachniar Dwi Astuti
Nomor Pokok : 105 42 0181 10
Program Studi : Pend. Dokter
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jl. Sultan Alauddin No. 259, Makassar

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Skripsi dengan judul :

"TINGKAT PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU TENTANG PERAWATAN METODE KANGURU TERHADAP BERAT BADAN BAYI LAHIR RENDAH"

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. 06 s/d 31 Desember 2013

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami *menyetujui* kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian disampaikan untuk dimaklumi dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

A.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN
KEPALA BADAN KOORDINASI PENANAMAN MODAL DAERAH
PROVINSI SULAWESI SELATAN
Selaku Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu



Dr. MUHAMMAD ARIFIN DAUD, M.Si

Pangkat : Pembina Utama Madya

Nip : 19540404 198503 1 001

TEMBUSAN : Kepada Yth.

1. Dekan Fak. Kedokteran UNISMUH Makassar di Makassar,
2. Peringatan

RIWAYAT HIDUP

Nama : Dachniar Dwi Astuti

Tempat/Tanggal Lahir : Gowa, 22 Januari 1993

Jenis kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Alamat : Jl. Poros Malino Bontomanai KM.10 no.222, Gowa

Riwayat Pendidikan :

1. TK Kartika VII-7 wirabuana, 1997-1998
2. SDN Bontomanai, 1998-2004
3. SMP Neg.1 Sungguminasa, Gowa, 2004-2007
4. SMA Neg.1 Sungguminasa, Gowa, 2007-2010
5. Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah
Makassar,2010