

Pengaruh Pemahaman *Kangaroo Mother Care* (KMC) Pada Perawat Terhadap Perkembangan Bayi Premature di Rumah Sakit Prof. Dr. Margono Soekarjo

Priyatin Sulistyowati¹

Politeknik Yakpermas Banyumas, Diploma III Keperawatan

Email: priyatin_akper@gmail.com

Fitri Haryanti²

UGM Yogyakarta, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan

Email: fitriharyanti@gmail.com

Detty Siti³

UGM Yogyakarta, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan

Email: dettysiti@gmail.com

ABSTRAK

Latar belakang : Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan indikator kualitas kesehatan masyarakat di suatu negara. Di Indonesia pada tahun 2012, AKI 359 per 100.000 kelahiran hidup sedangkan AKB sebesar 32 per 1000 kelahiran hidup, atau ada lebih dari 200.000 balita Indonesia yang meninggal setiap tahunnya. Perawatan ekstra untuk bayi prematur dengan menggunakan *Kangaroo Mother Care* (KMC). . KMC merupakan cara yang efektif untuk memenuhi kebutuhan bayi yang paling mendasar yaitu kehangatan, air susu ibu, perlindungan dari infeksi, stimulasi, keselamatan dan kasih sayang. Metode: ini merupakan salah satu teknologi tepat guna yang sederhana, murah dan sangat dianjurkan untuk perawatan BBLR. KMC tidak hanya sekedar menggantikan peran inkubator, namun juga memberikan berbagai keuntungan yang tidak dapat diberikan inkubator. Berdasarkan fakta di atas maka dapat dirumuskan masalah penelitian bagaimanakah pelaksanaan KMC oleh perawat pada ibu yang memiliki BBLR di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Hasil observasi pelaksanaan KMC menemukan adanya perbedaan signifikan pada pelaksanaan KMC setelah intervensi dibandingkan dengan sebelum intervensi dengan $p=0,000$ ($<0,05$). Yang berarti hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan pelaksanaan tindakan perawat dalam KMC.

Kata Kunci: Bayi Premature, *Kangaroo Mother Care* (KMC), Kematian Bayi

ABSTRACT

Background: Maternal Mortality Rate (MMR) and Infant Mortality Rate (IMR) are indicators of the quality of public health in a country. In Indonesia in 2012, the MMR was 359 per 100,000 live births, while the IMR was 32 per 1000 live births, or there were more than 200,000 Indonesian children under five who died every year. Extra care for premature babies using *Kangaroo Mother Care* (KMC). . KMC is an effective way to meet the most basic needs of babies, namely warmth, breast milk, protection from infection, stimulation, safety and affection. Method: This is one of the most effective technologies that is simple, inexpensive and highly recommended for LBW treatment. KMC not only replaces the role of the incubator, but also provides various benefits that the incubator cannot provide. Based on the facts above, a research problem can be formulated how the implementation of KMC by nurses in mothers who have LBW at Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. The results of observations of the implementation of KMC found that there were significant differences in the implementation of KMC after the intervention compared to before the intervention with $p = 0.000$ (<0.05). This means that there is a significant relationship between knowledge and the implementation of nurses' actions in KMC.

Keywords: Premature Babies, *Kangaroo Mother Care* (KMC), Infant Mortality

PENDAHULUAN

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan indikator kualitas kesehatan masyarakat di suatu negara. Di Indonesia pada tahun 2012, AKI 359 per 100.000 kelahiran hidup sedangkan

AKB sebesar 32 per 1000 kelahiran hidup, atau ada lebih dari 200.000 balita Indonesia yang meninggal setiap tahunnya [1]. Pada tahun 2012, AKB di Indonesia menunjukkan penurunan 32 per 1000 kelahiran. Penurunan ini masih tergolong sedang dan diperkirakan

tidak akan mencapai target MDG 4 pada tahun 2015 yang diharapkan terjadi penurunan AKB di Indonesia menjadi 23 per kelahiran hidup.

Menurut perkiraan *World Health Organization (WHO)* dalam laporan yang dikutip dari *State of the world's mother 2013* tiga penyebab utama kematian bersama-sama menyumbang lebih dari 80 persen dari semua kematian bayi yang baru lahir adalah Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR), infeksi berat dan komplikasi dari kelahiran prematur. Namun demikian jumlah ini lebih tinggi karena sebenarnya kematian yang disebabkan oleh sepsis, asfiksia dan kelainan kongenital sebagian juga adalah BBLR. Di Indonesia kematian neonatus yang disebabkan oleh BBLR saja sebesar 6% . Perawatan ekstra untuk bayi prematur dengan menggunakan *Kangaroo Mother Care (KMC)* [2]. KMC merupakan cara yang efektif untuk memenuhi kebutuhan bayi yang paling mendasar yaitu kehangatan, air susu ibu, perlindungan dari infeksi, stimulasi, keselamatan dan kasih sayang.

Metode ini merupakan salah satu teknologi tepat guna yang sederhana, murah dan sangat dianjurkan untuk perawatan BBLR. KMC tidak hanya sekedar menggantikan peran inkubator, namun juga memberikan berbagai keuntungan yang tidak dapat diberikan inkubator. KMC dapat meningkatkan kasih sayang antara ibu dan bayi oleh karena merasakan kedekatan, membangun rasa percaya diri, meningkatkan keberhasilan menyusui dan menurunkan pengalaman stress pada ibu dan bayi [3]. KMC akan meningkatkan angka kelangsungan hidup pada BBLR dan bayi prematur serta menurunkan resiko infeksi nosokomial, penyakit berat dan penyakit saluran pernapasan bawah. KMC juga meningkatkan aktivitas menyusui dan meningkatkan

kepercayaan serta kepuasan ibu [4]. Kelahiran bayi prematur dapat menjadi *shock* ekstrim untuk orang tua (Turán *et.al*, 2008). Ibu dari bayi prematur merasa kurang percaya diri tentang pengasuhan anak mereka dan lebih sulit untuk merawat karena prematuritas dan terkait penyakit [5]. RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto Soekarjo Purwokerto sebagai rumah sakit rujukan di wilayah Jawa Tengah Bagian Selatan. Menurut laporan Meternal Perinatal tahun 2012 RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto Soekarjo distribusi jenis kasus neonatus rujukan kasus BBLR menempati jumlah terbanyak, yaitu sebesar 22% (128) kasus. Distribusi jenis kasus neonatus lahir pada kasus BBLR menempati jumlah terbanyak, yaitu sebesar 51%. Jumlah pasien BBLR pada tahun 2011 sebesar 535 pasien, sedangkan tahun 2012 jumlah pasien BBLR sebesar 565 pasien. Kasus neonatus lahir menempati jumlah terbanyak, yaitu sebesar 86 pasien (37%). Hal ini menunjukkan bahwa kasus BBLR menjadi penyumbang terbesar kematian akibat neonatus [6].

Untuk menurunkan jumlah pasien BBLR dan juga menurunkan angka komplikasinya mulai bulan Juli 2012 telah diterapkan KMC dalam perawatan pasien BBLR. Pelaksanaan KMC dilakukan bagi ibu yang memiliki BBLR sebagai persiapan untuk perawatan di rumah.

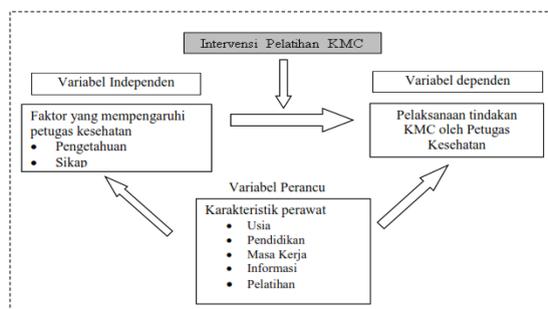
Berkaitan dengan faktor yang mendukung KMC adalah tersedianya ruang khusus untuk pelaksanaan KMC di ruang Melati. Tenaga paramedis yang ada sebanyak 25 orang, terdiri dari 4 orang lulusan S1 Keperawatan dan Ners, 10 orang lulusan D3 kebidanan. Dua orang perawat lulusan S1 Keperawatan telah mengikuti pelatihan KMC dan yang lain mengikuti *in house training*. Pelaksanaan KMC di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto

masih berada dalam tahap awal pengembangannya, maka perlu dilakukan penelitian bagaimana pelaksanaan KMC oleh perawat pada ibu yang memiliki BBLR. Penelitian ini akan mengevaluasi pelaksanaan KMC oleh perawat pada ibu yang mengalami BLBR.

METODE PENELITIAN

Metode KMC

Metode KMC dapat dimulai setelah lahir atau dalam satu jam pertama kelahiran, dalam satu hari atau dalam satu minggu setelah lahir. Dukungan pada metode KMC mendorong terjaganya metode kontak kulit ke kulit untuk waktu 6 minggu sehingga ibu dan bayi dapat berhasil menyusui dan mencapai pemulihan psikologikal dari proses kelahiran. Pemberian KMC ada dua tipe yaitu intermiten dan *continue*. Pada intermiten KMC dilakukan saat bayi belum stabil, sebaiknya lebih dari 1 jam. KMC secara kontinu, dilakukan saat bayi sudah dalam keadaan stabil, dilakukan dalam 24 jam. Pada bayi yang memenuhi kriteria dilakukan KMC adalah bayi prematur, berat lahir ≤ 2000 gr, tidak ada kegawatan pernafasan dan sirkulasi, tidak ada kelainan kongenital yang berat dan mampu bernafas sendiri hal ini sesuai data WHO, 2003. Pelaksanaan KMC bisa dilakukan oleh ibu, ayah dan anggota keluarga lain setiap hari secara berkelanjutan. KMC akan memberi manfaat bila dilakukan secara benar [7].



Gambar 2.1. Alur penelitian

Pelaksanaan KMC harus memperhatikan pemenuhan empat komponen, yaitu: *position Kangaroo (skin-to-skin on mother`s chest)*, *Nutrition (exclusive breastfeeding)*, *early discharge and follow-up, support for the mother – infant dyad*. Komponen tersebut diuraikan sebagai berikut:

a. *Position Kangaroo (skin-to-skin on mother`s chest)*

Posisi KMC ada dua, yaitu posisi prone (posisi kodok) dan posisi lateral dekubitu. Efek dari pemberian dua posisi KMC terhadap perkembangan neoromotor. Hasil penelitian menunjukkan bahwa posisi lateral memberikan respon lebih baik dibandingkan dengan posisi prone [8]. Posisi kanguru ini disebut juga dengan kontak kulit-ke-kulit, karena kulit bayi mengalami kontak langsung dengan kulit ibu. Berikut langkah-langkah dalam perawatan KMC dengan posisi yang benar:

- 1). Letakkan bayi diantara payudara dengan posisi tegak, dada bayi menempel ke dada ibu.
- 2). Posisi bayi diamankan dengan kain panjang atau pengikat lainnya.
- 3). Kepala bayi dipalingkan ke sisi kanan atau kiri, dengan posisi sedikit tengadah (ekstensi). Tepi pengikat tepat berada di bawah kuping bayi. Posisi kepala seperti ini bertujuan untuk menjaga agar saluran napas tetap terbuka dan memberi peluang agar terjadi kontak mata antara ibu dan bayi. Hindari posisi kepala bayi haruslah dalam posisi kodok”; tangan harus dalam posisi fleksi.
- 4). Ikatkan kain dengan kuat agar saat ibu bangun dari duduk, bayi tidak tergelincir.
- 5). Pastikan juga bahwa ikatan yang kuat dari kain berada di setinggi dada bayi.
- 6). Perut bayi jangan sampai tertekan dan sebaiknya berada di sekitar

epigastrium ibu. Dengan cara ini bayi dapat melakukan pernapasan perut. Napas ibu akan merangsang bayi.

b. Kangaroo Nutrition (exclusive breastfeeding)

Posisi kanguru sangat ideal bagi proses menyusui, dengan melakukan KMC, proses menyusui menjadi lebih berhasil dan sebagian besar bayi yang dipulangkan memperoleh ASI, proses menyusui menjadi lebih lama serta meningkatkan volume ASI yang dihasilkan ibu. Waktu yang optimal bagi bayi untuk memulai menyusui, seperti menghisap adalah pada saat dua jam setelah lahir, ketika bayi bersifat sangat responsif terhadap rangsangan taktil, suhu dan bau yang berasal dari ibunya. Untuk memulai proses menyusui pilihlah waktu yang tepat saat bayi bangun dari tidur atau pada saat sadar atau terbangun. Bantu ibu untuk duduk dengan nyaman di kursi tidak berlegan dengan bayi dalam posisi kontak kulit. Pada bayi yang kecil diperlukan menyusu lebih sering, yaitu sekitar 2- 3 jam. Usahakan ibu tetap mencoba menyusui meskipun bayi belum bisa menghisap dengan baik.

c. Early discharge and follow-up.

Perawatan KMC bisa tetap diteruskan di rumah setelah pasien pulang dari rumah sakit. Lingkungan keluarga sangat penting untuk kesuksesan KMC. Ibu sebaiknya kembali ke rumah yang hangat, bebas rokok, dan mendapat dukungan dalam melaksanakan tugas sehari-hari. Perawat perlu mengevaluasi kemampuan ibu untuk melakukan KMC dan perlu dilakukan pementauan secara teratur untuk melakukan *follow – up* terhadap pelaksanaan KMC. Biasanya bayi KMC dapat dipulangkan dari rumah sakit ketika telah memenuhi kriteria, kesehatan bayi secara keseluruhan dalam kondisi baik dan tidak ada

apnea atau infeksi, bayi minum dengan baik, dan Berat bayi selalu bertambah (sekurang-kurangnya 15gram/kg BB/hari) untuk sekurang-kurangnya tiga hari berturut-turut.

Penelitian ini menggunakan metode *Action Research* melalui pendekatan secara kualitatif dan kuantitatif. Pendekatan kualitatif untuk memperoleh informasi mengenai hal-hal yang mempengaruhi pelaksanaan KMC [9]. Penelitian kuantitatif untuk memperoleh data karakteristik perawat, pengetahuan perawat tentang KMC, sikap perawat terhadap KMC dan pelaksanaan KMC. *Action Research* merupakan sebuah siklus yang di dalamnya mencakup kegiatan intervensi dengan melibatkan mitra di dalam penelitian. Tahapan penelitian yang akan dilakukan pertama *Diagnosing Action* (pengumpulan data perawat) dengan sampel 25 orang perawat. Pengumpulan data dilakukan dengan pengisian kuesioner, observasi, studi dokumentasi dan wawancara mendalam. Tahap pengumpulan data menghasilkan data karakteristik perawat, pemahaman secara umum tentang KMC dan sikap perawat terhadap KMC yang diperoleh melalui pengisian kuesioner oleh perawat. Gambaran pelaksanaan KMC diperoleh dari hasil observasi pelaksanaan KMC melalui lembar observasi, studi dokumentasi dan wawancara mendalam yang berkaitan dengan pelaksanaan KMC.

Tahap kedua adalah *Planning Action* (membuat rencana tindakan). Tahap ini dilakukan dengan *Focus Group Discussion* (FGD) untuk memaparkan data-data yang diperoleh. Peneliti bersama dengan perawat akan menyusun rencana tindakan yang tepat untuk menyelesaikan masalah yang ada pada tahap pertama. Tahap ketiga adalah *Taking Action* (melakukan tindakan). Pada tahap ini dilakukan dengan peneliti bersama-sama dengan perawat mengimplementasikan rencana tindakan. Tahap keempat adalah

Evaluating Action (melakukan evaluasi). Tahap Evaluasi dengan kuasi eksperimental (*post test only design with non equivalent-group*) untuk melihat pengetahuan dan sikap perawat. Evaluasi dengan menggunakan observasi juga dilakukan untuk melihat gambaran pelaksanaan KMC oleh perawat. Populasi, Populasi penelitian ini adalah seluruh perawat yang bekerja di Ruang Melati RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.

Sampel

Metode sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *sampling* jenuh yang merupakan teknik pengambilan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel. Metode ini digunakan dengan alasan jumlah populasi sangat sedikit, kurang dari 30 orang. Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh perawat yang berdinasi di Ruang Melati yang termasuk dalam kriteria inklusi. Pada penelitian ini adalah 24 tenaga perawat. Kriteria inklusi sampel penelitian ini adalah;

- a. Perawat bersedia mengikuti penelitian ini (*inform Consent*) dan menandatangani surat persetujuan menjadi responden.
- b. Perawat yang menerapkan KMC.
- c. Perawat tidak sedang menjalani cuti baik cuti tahunan maupun cuti melahirkan.

Penentuan besar sampel untuk data kuantitatif berdasarkan rumus penghitungan sampel minimal [10]. Dengan jumlah sampel perawat 24 perawat. Jumlah ini telah memenuhi syarat penelitian intervensi, jumlah sampel penelitian intervensi (penelitian dengan perlakuan) adalah minimal 20 tiap kelompok [11]. Variabel yang diteliti meliputi variabel bebas (*independent variable*), variabel terikat (*dependent variable*) dan variabel moderator. Variabel independen dalam

penelitian ini adalah sikap dan pengetahuan perawat terhadap KMC. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah pelaksanaan KMC oleh perawat pada BBLR. Sedangkan variabel moderator penelitian ini adalah karakteristik perawat yang meliputi: pendidikan, usia, lama bekerja, paparan informasi sebelumnya.

Instrumen penelitian adalah peneliti sendiri, kuesioner, dan daftar tilik. Cara pengumpulan data melalui *Fokus Group Discussion* (FGD), observasi partisipatif, dan kuesioner yang diwawancarakan. *Trustworthiness* dilakukan peneliti, dengan kegiatan *thick description*, *triangulation*, *member checking*, dan *prolonged engagement*. Secara ringkas dapat dilihat pada tabel. 2.1, 2.2 dan 2.3 dibawah ini.

Tabel 2.1. Definisi operasional variabel penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur & Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Umur	Lama hidup perawat yang ditentukan berdasarkan sejak tahun kelahiran sampai ulang tahun terakhir saat penelitian berlangsung.	Instrumen dengan pertanyaan tertutup	1. 25-45 tahun 2. <25 tahun	Ordinal
Pendidikan	Lulusan sekolah formal baik dalam maupun luar negeri yang dibuktikan dengan ijazah	Instrumen dengan pertanyaan tertutup	1. SPK 2. DIII 3. S1	Ordinal
Masa Kerja	Lamanya perawat bekerja dari mulai bekerja di ruang melati RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo RS sampai saat penelitian	Instrumen dengan pertanyaan tertutup	1. ≥5 tahun 2. <5 tahun	

Tabel 2.2. Lanjutan definisi operasional variabel penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur & Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Paparan informasi sebelumnya	Informasi yang pernah didapat oleh responden tentang KMC	Instrumen dengan pertanyaan tertutup	1. Pernah 2. Belum pernah	Nominal
Pelatihan KMC	Mengikuti pendidikan informal KMC	Instrumen dengan pertanyaan terbuka	1. Pernah 2. Belum pernah	Nominal
Pengetahuan perawat tentang KMC	Pemahaman perawat tentang KMC meliputi: pengertian KMC, manfaat KMC, kriteria bayi komponen KMC pelaksanaan KMC.	Instrumen dengan pertanyaan soal pilihan	Benar 1 Salah 0 Skor tertinggi 18 skor terendah 0 Tingkat pengetahuan perawat yang dikategorikan sebagai baik jika jumlah nilai \geq mean, sedangkan kurang jika nilai $<$ mean)	Interval
Sikap perawat terhadap KMC	Respon subyektif yang ditunjukkan perawat terhadap KMC	Instrumen dengan pertanyaan tertutup dengan lembar kuesioner	1. Sangat tidak setuju 2. Sangat setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju Skor tertinggi adalah 72 skor terendah adalah 18 Sikap perawat yang dikategorikan sebagai baik jika jumlah nilai \geq mean, sedangkan kurang jika nilai $<$ mean	Interval
Tindakan perawat dalam KMC	Intervensi keperawatan yang teridentifikasi oleh panca indra peneliti mengenai pelaksanaan KMC terdiri dari 18 butir item/obyek yang diobservasi.	Lembar observasi, dengan penilaian 0, 1 dan 2	1. Dilakukan 2. Dilakukan sebagian 3. Dilakukan dengan sempurna Skor tertinggi 36 skor terendah 0 Tindakan perawat dikategorikan sebagai baik jika jumlah nilai \geq mean, sedangkan kurang jika nilai $<$ mean	Interval

Tabel 2.3. Kisi-kisi Soal Pengetahuan KMC

No	Item Soal	Jumlah Soal	Nomor Soal
1	Definisi KMC	1	1
2	Kapan mulainya KMC	1	2
3	Kriteria KMC	1	3
4	Manfaat KMC	3	4,5,6
5	Tipe pemberian KMC	2	9,10
6	Posisi KMC	2	12,13
7	Komponen Dalam melakukan KMC	5	7,8,11,14,15

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengaruh karakteristik responden terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan KMC. Karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi umur, lama bekerja, tingkat pendidikan dan paparan informasi sebelumnya. Dari hasil penelitian didapatkan hasil bahwa karakteristik responden umur, pendidikan, masa kerja, paparan informasi sebelumnya, dan pelatihan KMC sebagai variabel perancu (*confounding*) terbukti bukan menjadi faktor perancu terhadap variabel bebas (pengetahuan dan sikap) dan variabel terikat (pelaksanaan tindakan KMC). Hasil ini dapat dilihat dari hasil uji *chi square test* yang menunjukkan

semua item pada karakteristik responden memiliki *p value* $>5\%$. Umur merupakan salah satu hal yang mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah umur seseorang maka akan semakin berkembang daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperoleh akan semakin baik [12]. Pengaruh usia di tempat kerja menunjukkan bahwa perawat yang lebih tua menunjukkan pola pekerjaan, sikap dan persepsi yang lebih baik dalam pekerjaannya [12][13]. Pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen. Hasil Uji pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen disajikan pada Tabel 3.1 dan 3.2.

Pada item-item di mana terdapat perbedaan sebelum dan setelah intervensi dimungkinkan karena SOP juga mencakup item-item tersebut. Terdapat beberapa kemungkinan penyebab belum sempurnanya tindakan perawat terkait dengan komunikasi terhadap pasien. Perawat yang berorientasi rumah sakit, maksudnya adalah pelaksanaan perawatan difokuskan pada penyakit yang diderita klien saja, sedangkan aspek psikososial klien kurang diperhatikan [10][14]. Padahal jika merujuk pada tujuan pelaksanaan perawatan, maka perawatan yang sebenarnya adalah memandang klien sebagai manusia seutuhnya, meliputi bio, psiko, sosial dan spiritual.

Tabel 3.1. Hubungan Variabel Independen dengan Variabel Dependen n=24

No	Variabel	Baik		Tindakan Kurang		<i>P value</i>	
		N	%	N	%		
1	Pengetahuan	Baik	8	80,0%	2	20,0%	0,007
		Kurang	3	21,4%	11	78,6%	
2.	Sikap	Baik	10	55,6%	8	44,4%	0,118
		Kurang	1	16,7%	5	83,3%	

Tabel 3.2. Hubungan Variabel antara dengan Variabel Independen dan Dependen n=24

No	Pengetahuan				Sikap				Tindakan						
	Baik		Kurang		baik		kurang		Baik		Kurang				
	N	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%			
1 Umur	25-45h	0	0%	4	100,0%	0,094	4	100,0%	0	0%	0,288	3	75,0%	0,363	
	<25h	10	50,0%	10	50,0%		14	70%	6	30%		10	50,0%	10	50,0%
2 Pendidikan	SI	3	60,0%	2	40%	0,332	5	100,0%	0	0%	0,202	3	60%	2	40%
	DIII	7	36,8%	12	63,2%		13	68,4%	6	31,6%		8	42,1%	11	57,9%
3 Masa kerja	≥5h	4	66,7%	2	33,3%	0,170	5	83,3%	1	16,7%	0,520	5	83,3%	1	16,7%
	<5h	6	33,3%	12	66,7%		13	72,2%	5	27,8%		6	33,3%	12	66,7%
4 Paparan informasi sebelumnya	Pemah	9	40,9%	13	59,1%	0,670	17	77,3%	5	22,7%	0,446	10	45,5%	12	54,5%
	Belum	1	50,0%	1	50,0%		1	50,0%	1	50,0%		1	50,0%	1	50,0%
															50,0%
5 Pelatihan	Pemah	1	50,0%	1	50,0%	0,670	2	100,0%	0	0%	0,554	2	100,0%	0	0%
	Belum	9	40,9%	13	59,1%		16	72,7%	6	27,3%		9	40,9%	13	59,1%

Berdasarkan teori pembelajaran peneliti melakukan observasi tindakan 2 minggu (14 hari) setelah *intervensi* KMC. Hasil observasi pelaksanaan KMC menemukan adanya perbedaan signifikan pada pelaksanaan KMC setelah *intervensi* dibandingkan dengan sebelum *intervensi* dengan $p=0,000$ ($<0,05$). Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan [15] tentang bagaimana suatu kebiasaan baru terbentuk yang membutuhkan waktu yang dibutuhkan untuk mencapai kebiasaan dilakukan berkisar antara 18-22 hari [16]. Penelitian ini membuktikan bahwa ada peningkatan yang signifikan pada skor observasi tindakan perawat dalam merawat BBLR dua minggu setelah pemberian informasi.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Dari penelitian dibuktikan adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan pelaksanaan tindakan perawat dalam KMC, juga tidak terdapat hubungan yang signifikan antara sikap dengan pelaksanaan tindakan perawat dalam KMC, dan juga terdapat perbedaan antara, pengetahuan, sikap dan pelaksanaan perawat terhadap KMC sebelum dan setelah *intervensi*.

Saran

Bagi Institusi Pelayanan, Perlu adanya program orientasi secara

husus tentang KMC bagi perawat yang akan ditugaskan di ruang Melati baik perawat baru ataupun perawat yang dirotasi dari ruang lain dan Rumah sakit sebagai pemegang kebijakan hendaknya mensosialisasikan prosedur tetap KMC secara berkala. Penelitian ini dapat dijadikan acuan untuk penelitian sejenis dengan memperhatikan pemilihan asisten penelitian yang sesuai dengan tingkat pendidikan yang telah ditentukan dan terlebih dahulu dilakukan uji beda dengan asisten peneliti, dan diharapkan ada penelitian lebih lanjut yang mengidentifikasi pengaruh keberhasilan pemberian KMC dilihat dari ketrampilan ibu dalam melakukan KMC di rumah.

DAFTAR PUSTAKA

SDKI, 2012

Pratomo H, 2012., *Supporting factors and barriers in implementing kangaroo mother care in Indonesia*. *Pediatri Indones*, Vol 52 no 1: 1-8.

Johnston CC, Filion F, Yeo MC, Goulet C, 2008., *Kangaroo mother care diminishes pain from heel lance in very preterm neonates: A crossover trial*. *BMC Pediatrics*. 8:13.

Charpak, N., Ruiz Pelaez, J.,G & Figueroa de,C. Z, 2005., *Influence of feeding patterns and other factorprospective cohorts on early somatic growth of healthy,preterm infants in home-based kangaroo mather care : cohort study journal of pediatric Gastroenterol Nutrition;41(4)430-437*

Karatzias A et.al, 2007., *Post-traumatic Symptomatology in Parents with premature infants: A Systematic Review of the Literature Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health, 21(3) 249-260*

Priyatin Sulistyowati : Pengaruh Pemahaman *Kangaroo Mother Care (KMC)* Pada Perawat Terhadap Perkembangan Bayi Premature di Rumah Sakit Prof. Dr. Margono Soekarjo

RSUD Prof Dr. Margono Soekarjo Purwokerto, 2012., "Laporan Instalasi Maternal Perinatal RSUD Prof Dr. Margono Soekarjo Purwokerto".

Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008., *Profil Kesehatan Indonesia* diunduh dari www.depkes.go.id/.../Profil

Barradas J, Fonseca A, Guimaraes LN, Lima GMS, 2006., Relationship between positioning of premature infants in Kangaroo Mother Care and early neoromotor development *Journal of Pediatric Nursing*, 82(6):475-80

Utarini, Adi, 2008., *Action Research and Triangulation Method in Health Care*. Disajikan dalam *International Workshop on Contemporary Research in Nursing*, STIK immanuel and Flinders university, Juli : Bandung.

Notoatmodjo, Soekitdjo, 2007., *Promosi Kesehatan Ilmu dan Perilaku* Jakarta: Rineka Cipta.

Pratiknya AW, 2007., *Dasar – Dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*, Jakarta, Raja Grafindo Persada

Nirmala P, Swarna Rekha, Maryann Washington, 2006., *Kangaroo Mother Care: Effect and perception of mothers and health personnel*, 2006 diunduh dari www.intl.elsevierhealth.com/journal/s/jneo.

Pratomo H. 2010., *Manfaat Perawatan Metode Kanguru (PMK) dan Penerapannya dalam Perawatan Berat bayi lahir rendah dengan Metode Kanguru*. Jakarta: PERINASIA.

Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello J.L, Belizan J.M., 2003., *Kangaroo Mother Care To reduce Morbidity and Mortality in Low Birthweight Infants*. *Cochrane Database Syst Rev*, (2)CD002771

Johnson, AN. 2005., Kangaroo Holding beyond the NICU, *Journal of Pediatric Nursing*, 31(1): 53-56

Lally, P., Van Jaasveld, C.M Potts, H.W.W., & Wardle, J. 2009., How are habits formed Modelling habit formation in the real world, *J. European Journal of Social Psychology*, 40, 998-1009.