



Universitas
Esas Unggul

UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PENDAMPINGAN KADER KESEHATAN
TERHADAP PENINGKATAN PENGETAHUAN, SIKAP, DAN
PRAKTEK PERAWATAN METODE KANGURU (PMK) PADA IBU
DENGAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR)
DI JAKARTA UTARA**

DISERTASI

Universitas
Esas Unggul

INTAN SILVIANA MUSTIKAWATI
1606858466

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT,
DEPOK
AGUSTUS 2020**



Universitas
Esas Unggul

UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PENDAMPINGAN KADER KESEHATAN
TERHADAP PENINGKATAN PENGETAHUAN, SIKAP, DAN
PRAKTEK PERAWATAN METODE KANGURU (PMK) PADA IBU
DENGAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR)
DI JAKARTA UTARA**

DISERTASI

**Diajukan sebagai salahsatu syarat memperoleh gelar
Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat**

**INTAN SILVIANA MUSTIKAWATI
1606858466**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT,
DEPOK
AGUSTUS 2020**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Disertasi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Intan Silviana Mustikawati

NPM : 1606858466

Tanda Tangan : 

Tanggal : 6 Agustus 2020

HALAMAN PENGESAHAN

Disertasi ini diajukan oleh :
Nama : Intan Silviana Mustikawati
NPM : 1606858466
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Disertasi : Pengaruh Pendampingan Kader Kesehatan terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap, dan Praktek Perawatan Metode Kanguru (PMK) pada Ibu dengan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Jakarta Utara

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Doktor pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Promotor	:	Prof. Dr. Hadi Pratomo, MPH, Dr. PH	()
Ko Promotor	:	Dr. dra. Evi Martha, M.Kes	()
Ko Promotor	:	Dr. Ade Iva Murty, Msi	()
Tim Penguji	:	Prof. dr. Asri C Adisasmita, MPH, Mphil, PhD (Ketua)	()
		Dr. Sutanto Priyo Hastono M.Kes (Anggota)	()
		Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH (Anggota)	()
		Dr. dr Suginarti, M.Epid., DF (Anggota)	()
		Dr. dr Ekawaty Lutfia Haksari, MPH, SpAK (Anggota)	()

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 6 Agustus 2020

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Intan Silviana Mustikawati
NPM : 1606858466
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2019/2020

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan disertasi saya yang berjudul:

**“PENGARUH PENDAMPINGAN KADER KESEHATAN TERHADAP
PENINGKATAN PENGETAHUAN, SIKAP, DAN PRAKTEK PERAWATAN
METODE KANGURU (PMK) PADA IBU DENGAN BAYI BERAT LAHIR
RENDAH (BBLR) DI JAKARTA UTARA”**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Depok, 6 Agustus 2020



(Intan Silviana Mustikawati)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan disertasi ini. Penulisan disertasi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Penulis menyadari bahwa kelancaran sejak awal perkuliahan sampai pelaksanaan penelitian dan penyusunan disertasi ini melibatkan banyak pihak yang banyak memberikan dukungan, bimbingan, dan saran. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang setulus-tulusnya kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. Hadi Pratomo, MPH, Dr. PH, selaku promotor yang sangat mendukung penulis dalam melakukan penelitian mengenai Perawatan Metode Kanguru (PMK); memberikan dorongan pada penulis untuk selalu berpikir secara komprehensif dalam implementasi PMK, dan memberikan pengalaman berharga pada penulis terkait perkembangan PMK, baik pada tingkat lokal, nasional, dan internasional;
2. Dr. dra. Evi Martha, M.Kes, sebagai pembimbing akademik dan ko-promotor yang banyak memberikan ide dalam pemilihan topik penelitian dan telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam melakukan kegiatan penelitian dan penyusunan disertasi ini;
3. Dr. Ade Iva Murty, Msi, sebagai ko-promotor yang banyak memberikan motivasi dan pencerahan untuk berpikir "*out of the box*" yang sangat berarti dalam pengembangan keilmuan terkait topik yang diteliti dan penyusunan disertasi ini;
4. Prof. dr. Asri C Adisasmita, MPH, Mphil, PhD selaku ketua tim penguji yang telah memberikan banyak masukan bagi perbaikan penulisan disertasi ini;
5. Dr. Sutanto Priyo Hastono M.Kes, selaku penguji yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk berdiskusi dan memberikan banyak masukan mengenai pengolahan data dan analisis statistik yang sangat berarti dalam melakukan kegiatan penelitian dan penulisan disertasi ini;
6. Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH, selaku penguji yang banyak memberikan masukan dan pencerahan mengenai metode penelitian eksperimen serta memberikan penajaman terhadap hasil penelitian yang sangat berarti dalam penulisan disertasi ini;
7. Dr. dr Suginarti, M.Epid., DFM, selaku penguji dari Universitas Muhammadiyah Prof.DR.HAMKA yang banyak memberikan masukan mengenai implementasi PMK secara komprehensif, metode penelitian kualitatif, dan memberikan sentuhan-sentuhan yang sangat berarti dalam penulisan disertasi ini;
8. Dr. dr Ekawaty Lutfia Haksari, MPH, SpAK selaku penguji dari Universitas Gadjah Mada yang banyak memberikan masukan mengenai substansi pelaksanaan PMK pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dan penajaman secara teoritis yang sangat berarti dalam penulisan disertasi ini;

9. dr Agustin Kusumayati, MSc, PhD selaku dekan FKM UI yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti proses program doktor dengan fasilitas yang sangat baik;
10. Dr. dra. Rita Damayanti, MSPH selaku Ketua Program Studi S3 FKM UI yang selalu mendorong dan memberikan dukungan pada mahasiswa program S3 untuk menyelesaikan studi tepat waktu;
11. Dr. Ir. Arief Kusuma, A.P., MBA, IPU, selaku Rektor Universitas Esa Unggul, yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk melaksanakan studi S3 di FKM UI;
12. Dr. Aprilita Rinayanti, M.Biomed, Apt., selaku Dekan Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Esa Unggul yang telah mendukung penulis dalam melaksanakan studi S3 di FKM UI;
13. Putri Handayani, SKM., M.KKK, selaku ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat yang telah mendukung penulis dalam melaksanakan studi S3 di FKM UI;
14. Teman-teman dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Esa Unggul yang telah memberikan masukan dalam penulisan disertasi dan selalu mendukung penulis dalam melaksanakan studi S3 di FKM UI;
15. Suku Dinas Kesehatan Jakarta Utara, RSUD Koja Jakarta Utara, Puskesmas di wilayah Jakarta Utara, Kelurahan di Jakarta Utara yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk mendapatkan data penelitian.
16. Dini, Dian, Firli, dan Mba Sudiyati selalu tim peneliti dan enumerator yang telah membantu peneliti dalam melakukan pengumpulan data di lapangan;
17. Teman-teman S3 FKM UI angkatan 2016 dan sahabat-sahabat yang banyak memberikan dukungan pada peneliti;
18. Mama dan ibu tercinta (Hjh. Lies Dewi Nurrayati dan Karmi Kadino) yang selalu memberikan do'a dan dukungan moral serta adik-adik tersayang (Santi, Arfin, Wulan, Irfan, Atin, Koko, Raisa, Ade, Dewi, Bambang, Ibah) yang telah mendukung penulis dalam melaksanakan studi S3 di FKM UI; dan
19. Suami tercinta (Hendro Purwono, ST, MT) dan anak tersayang (Rafli Aditya Pratomo) yang selalu memberikan dukungan moral, semangat, dan kasih sayang pada penulis dalam melaksanakan studi S3 di FKM UI.

Akhir kata, penulis berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga disertasi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu kesehatan masyarakat.

Depok, Agustus 2020

Intan Silviana Mustikawati

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Intan Silviana Mustikawati
NPM : 1606858466
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Disertasi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul: Pengaruh Pendampingan Kader Kesehatan terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap, dan Praktek Perawatan Metode Kanguru (PMK) pada Ibu dengan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Jakarta Utara beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta..

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : Agustus 2020

Yang menyatakan



(Intan Silviana Mustikawati)

ABSTRAK

Nama : Intan Silviana Mustikawati
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Disertasi: Pengaruh Pendampingan Kader Kesehatan terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap, dan Praktek Perawatan Metode Kanguru (PMK) pada Ibu dengan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Jakarta Utara
Pembimbing : Prof. dr. Hadi Pratomo, MPH, Dr PH

Perawatan BBLR yang optimal dan keberlanjutan dengan Perawatan Metode Kanguru (PMK) di rumah sangat diperlukan untuk menjaga agar suhu bayi tetap stabil dan menghindari terjadinya gangguan kesehatan pada bayi khususnya neonatus. Namun perbedaan kondisi antara rumah sakit dan rumah akan berpengaruh pada praktek PMK ibu di rumah, dimana praktek PMK di rumah tidak seberhasil praktek PMK di rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh pendampingan kader kesehatan terhadap pengetahuan, sikap, dan praktek PMK pada ibu dengan BBLR. Penelitian dilakukan terhadap 100 ibu yang mempunyai BBLR paska perawatan RSUD Koja, Jakarta Utara dengan pendekatan kuasi eksperimen (50 ibu kelompok intervensi dan 50 ibu kelompok kontrol). Teknik pengambilan sampel dilakukan secara *consecutive sampling*. Di kelompok intervensi ibu BBLR mendapatkan booklet dan memperoleh pendampingan PMK 3 kali oleh kader kesehatan berupa kunjungan rumah yang diberikan pada 3 hari setelah BBLR keluar dari RS, minggu ke-2, dan ke-3. Sedangkan di kelompok kontrol, ibu BBLR hanya mendapatkan *booklet* dari kader kesehatan pada saat kunjungan akhir di rumah. Pada kedua kelompok dilakukan pengukuran sebanyak 4x yaitu sebelum pendampingan 1, setelah pendampingan 1, setelah pendampingan 2, dan setelah pendampingan 3. Pengumpulan data kualitatif dilakukan untuk melengkapi informasi hasil kuantitatif yang didapatkan dalam penelitian. Analisis bivariat dilakukan dengan *independent t-test* dan *paired t-test*, serta analisis multivariat dilakukan dengan *General Linear Model-Repeated Measure* untuk menganalisis pengaruh pendampingan kader kesehatan terhadap pengetahuan, sikap, dan praktek PMK ibu dengan mempertimbangkan faktor confounding. Hasil penelitian membuktikan bahwa pendampingan PMK oleh kader kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan PMK ibu sebesar 14,46% (pengukuran 2), 3,16% (pengukuran 3), dan 1,70% (pengukuran 4); sikap PMK ibu sebesar 10,83% (pengukuran 2), 16,92% (pengukuran 3), dan 2,44% (pengukuran 4); serta praktek PMK ibu sebesar 39,07% (pengukuran 2) dan 7,38% (pengukuran 3). Disarankan adanya pelibatan kader kesehatan dalam pendampingan dan pemantauan PMK di rumah. PMK di komunitas merupakan salah satu strategi untuk menurunkan angka kematian neonatal.

Kata kunci: Perawatan Metode Kanguru, pendampingan, kader kesehatan, pengetahuan, sikap, praktek, ibu Bayi Berat Lahir Rendah

ABSTRACT

Name : Intan Silviana Mustikawati
Study Program: Public Health Science
Title : The Effect of Community Health Workers' Coaching towards the Increase of Knowledge, Attitude, and Practice of Kangaroo Mother Care (KMC) among Low Birth Weight Infants' Mothers in North Jakarta
Advisor : Prof. dr. Hadi Pratomo, MPH, Dr PH

The optimal low birth weight (LBW) infants care and the continuity of Kangaroo Mother Care (KMC) at home are needed to maintain the baby's temperature stable and to avoid the health problems among infants, especially neonates. Practices of KMC at home significantly influenced by hospital care for KMC, and there is a noted difference between hospital care and home care. Often the practice of KMC at home is not as successful as the practice of KMC in hospitals. This study aims to analyse the effect of community health workers' coaching towards the development of knowledge, attitude, and practices of KMC among mothers with LBW infants. The study was conducted on 100 LBW infants' mothers post-discharge from Koja District Hospital, North Jakarta with a quasi-experimental approach (50 mothers in the intervention group and 50 mothers in the control group). Sampling techniques are consecutive sampling. In the intervention group, LBW infants' mothers received coaching of KMC provided by community health workers in the form of home visits 3 days after LBW infants discharge from hospital, 2nd week, and 3rd week. Control and intervention group groups were measured 4 times before first coaching, after 1st coaching, after 2nd coaching, dan after 3rd coaching. Qualitative data collection was conducted to complete the information of quantitative results. Analysis was carried out using *independent t-test*, *paired t-test*, and *general linear model-repeated measure* to analyze the effect of community health workers' coaching towards the increase of knowledge, attitude, and practice of KMC by considering confounding factors. The research proves that KMC coaching by community health workers are able to improve KMC knowledge by 14,46% (2nd measurement), 3,16% (3rd measurements), and 1,70% (4th measurements); KMC attitude by 10,83% (2nd measurement), 16,92% (3rd measurements), and 2,44% (4th measurement); and KMC practice by 39,07% (2nd measurement) and 7,38% (3rd measurements). Recommends community health workers to involve in coaching and monitoring KMC at home. Community KMC is one of reliable sources of strategy for decreasing Neonatal Mortality Rate.

Keywords: Kangaroo Mother Care, coaching, community health workers, knowledge, attitude, practice, mother of low birth weight infants

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
SURAT PERNYATAAN	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	12
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	13
1.4 Tujuan Penelitian	14
1.4.1 Tujuan Umum	14
1.4.2 Tujuan Khusus	14
1.5 Manfaat Penelitian	14
1.5.1 Bagi Kementerian Kesehatan.....	14
1.5.2 Rumah Sakit.....	14
1.5.3 Kementerian Dalam Negeri.....	15
1.5.4 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia	15
1.5.5 Bagi Masyarakat (Ibu BBLR, kader kesehatan)	15
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	15
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	16
2.1 Konsep dan Teori Perilaku	16
2.1.1 Pengertian Perilaku	16
2.1.2 Perilaku Kesehatan.....	17
2.1.3 Domain Perilaku.....	20
2.1.3.1 Pengetahuan (<i>Knowledge</i>).....	20
2.1.3.2 Sikap (<i>Attitude</i>)	24
2.1.3.3 Praktik atau Tindakan (<i>Practice</i>)	26
2.1.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku.....	28
2.2 Model Perubahan Perilaku Kesehatan	28

2.2.1	<i>Precede-Proceed Model Framework</i>	28
2.2.2	<i>The Social Ecological Model</i>	30
2.2.3	Intervensi dalam Social Ecological Model	32
2.2.4	Model Adopsi PMK di Komunitas	33
2.3	Pendampingan Kader Kesehatan mengenai PMK	35
2.3.1	Pengertian Pendampingan	35
2.3.2	Pengertian dan Peran Kader Kesehatan	40
2.3.3	Pendampingan Kader Kesehatan mengenai PMK	46
2.4	Perawatan Metode Kanguru	51
2.4.1	Pengertian dan Prinsip Perawatan Metode Kanguru	52
2.4.2	Komponen Perawatan Metode Kanguru	53
2.4.3	Manfaat Perawatan Metode Kanguru	57
2.4.4	Kebijakan Perawatan Metode Kanguru di Indonesia	64
2.4.5	Perawatan Metode Kanguru di Komunitas	68
2.4.5.1	Prinsip Perawatan Metode Kanguru di Komunitas	68
2.4.5.2	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perawatan Metode Kanguru di Komunitas	73
2.5	Bayi Berat Lahir Rendah	76
2.5.1	Pengertian dan Klasifikasi Bayi Berat Lahir Rendah	76
2.5.2	Permasalahan Bayi Berat Lahir Rendah	77
2.5.3	Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah	80
2.5.3.1	Perawatan Bayi Baru Lahir Esensial	80
2.5.3.2	Perawatan BBLR di Ruang NICU (<i>Neonatal Intensive Care Unit</i>)	81
2.5.3.3	Perawatan Metode Kanguru (PMK)	82
2.6	Kerangka Teori	82
2.7	Kerangka Konsep	84
2.8	Definisi Operasional	86
2.9	Hipotesis Penelitian	91
2.10	Kebaruan Penelitian (<i>Novelty</i>)	91
BAB 3 METODE PENELITIAN		93
3.1	Desain Penelitian	93
3.1.1	Tahap Penelitian	93
3.1.1.1	Studi Pendahuluan (<i>Preliminary Study</i>)	94
3.1.1.2	Studi Pengembangan Instrumen Penelitian dan Modul Pelatihan PMK	94
3.1.1.3	Intervensi berupa Pelatihan PMK pada Kader Kesehatan dan Pendampingan PMK oleh Kader Kesehatan	95
3.1.2	Alur Penelitian	97
3.2	Lokasi dan Waktu Penelitian	98
3.2.1	Lokasi Penelitian	98

3.2.2 Waktu Penelitian	98
3.3 Penelitian Kuantitatif	98
3.3.1 Populasi Penelitian	100
3.3.2 Pemilihan Kelompok Kontrol dan Intervensi	100
3.3.3 Sampel Penelitian.....	100
3.3.4 Pengumpulan Data	102
3.3.5 Instrumen Penelitian.....	102
3.3.5.1 Uji Validitas	103
3.3.5.2 Uji Reliabilitas.....	105
3.3.5.3 Estimasi Reliabilitas Antar Rater (<i>Interrater Reliability</i>).....	105
3.3.6 Pengolahan Data.....	106
3.3.7 Analisis Data	107
3.4 Penelitian Kualitatif	108
3.4.1 Jenis Informan dan Cara Pengumpulan Data	108
3.4.2 Daftar Panduan Wawancara.....	111
3.4.3 Pengolahan dan Analisis Data.....	111
BAB 4 HASIL PENELITIAN.....	117
4.1 Gambaran Lokasi Penelitian dan Profil Kesehatan	117
4.2 Kegiatan Pelaksanaan Pengumpulan Data.....	118
4.3 Gambaran Sosio-Demografi Responden	121
4.3.1 Karakteristik Informan	121
4.3.2 Karakteristik Responden	123
4.4 Pengetahuan, Sikap, Praktek PMK Ibu, dan Berat Badan Bayi	125
4.4.1 Pengetahuan Ibu mengenai PMK.....	125
4.4.2 Sikap Ibu terhadap PMK.....	129
4.4.3 Praktek PMK Ibu	132
4.4.4 Berat Badan Bayi	141
4.5 Protokol Intervensi Penelitian.....	142
4.5.1 Pelatihan PMK pada Kader Kesehatan	142
4.5.2 Pendampingan PMK pada Ibu BBLR oleh Kader Kesehatan.....	145
4.6 Pengaruh Pendampingan PMK oleh Kader Kesehatan terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Praktek PMK Ibu dengan Mempertimbangkan Faktor Perancu	149
4.6.1 Pengaruh Pendampingan Kader Kesehatan terhadap Pengetahuan PMK Ibu	149
4.6.2 Pengaruh Pendampingan Kader Kesehatan terhadap Sikap PMK Ibu.....	152
4.6.3 Pengaruh Pendampingan Kader Kesehatan terhadap Praktek PMK Ibu ...	154
BAB 5 PEMBAHASAN	157
5.1 Keterbatasan Penelitian.....	157

5.2 Pengetahuan, Sikap, dan Praktek PMK Ibu	157
5.2.1 Pengetahuan Ibu mengenai PMK	157
5.2.2 Sikap Ibu terhadap PMK	159
5.2.3 Praktek PMK Ibu	161
5.2.4 Berat Badan Bayi	169
5.3 Perawatan Metode Kanguru di Komunitas	171
5.4 Intervensi Penelitian	175
5.4.1 Pelatihan PMK pada Kader Kesehatan	177
5.4.2 Pendampingan PMK pada Ibu BBLR oleh Kader Kesehatan.....	180
5.5 Pengaruh Pendampingan Kader Kesehatan terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Praktek PMK Ibu.....	183
5.5.1 Pengaruh Pendampingan Kader Kesehatan terhadap Pengetahuan PMK Ibu	185
5.5.2 Pengaruh Pendampingan Kader Kesehatan terhadap Sikap PMK Ibu.....	188
5.5.3 Pengaruh Pendampingan Kader Kesehatan terhadap Praktek PMK Ibu ...	189
BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN	192
6.1 Simpulan	192
6.2 Saran	192
6.2.1 Kementerian Kesehatan	192
6.2.2 Dinas Kesehatan DKI Jakarta	193
6.2.3 Rumah Sakit	193
6.2.4 Kementerian Dalam Negeri.....	193
6.2.5 Masyarakat	193
6.2.6 Peneliti selanjutnya	193
DAFTAR PUSTAKA	195

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Definisi Operasional Variabel	86
Tabel 3.1. Uji Validitas Variabel Pengetahuan dan Sikap PMK Ibu	104
Tabel 3.2. Uji Reliabilitas Variabel Pengetahuan dan Sikap PMK Ibu.....	105
Tabel 3.3. Estimasi Reliabilitas Antar Rater Berat Badan Bayi.....	106
Tabel 3.4. Jenis Informan, Metoda Pengumpulan Data, dan Informasi yang dikumpulkan	110
Tabel 4.1. Karakteristik Informan	121
Tabel 4.2 Karakteristik Sosio-Demografi Responden pada Kelompok Kontrol dan Intervensi	124
Tabel 4.3. Distribusi Responden berdasarkan Butir-Butir Pengetahuan PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran antara Kelompok Kontrol dan Intervensi	126
Tabel 4.4. Pengetahuan PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran antara Kelompok Kontrol dan Intervensi.....	127
Tabel 4.5. Distribusi Responden Berdasarkan Butir-Butir Sikap PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran antara Kelompok Kontrol dan Intervensi.....	130
Tabel 4.6. Sikap PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran antara Kelompok Kontrol dan Intervensi	131
Tabel 4.7. Durasi PMK pada Tiap Waktu Pengukuran antara Kelompok Kontrol dan Intervensi	133
Tabel 4.8. Posisi PMK pada Tiap Waktu Pengukuran antara Kelompok Kontrol dan Intervensi	133
Tabel 4.9. Pemberian ASI saja pada Tiap Waktu Pengukuran antara Kelompok Kontrol dan Intervensi	140
Tabel 4.10. Berat Badan Bayi pada Tiap Waktu Pengukuran antara Kelompok Kontrol dan Intervensi	142
Tabel 4.11. Karakteristik Informan	145

Tabel 4.12. Pengetahuan, Sikap, dan Praktek PMK Ibu pada Pengukuran Awal	149
Tabel 4.13. Pengetahuan PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran pada Kelompok Kontrol dan Intervensi	150
Tabel 4.14. Pengetahuan PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran pada Kelompok Intervensi	150
Tabel 4.15. Pengetahuan PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran antara Kelompok Kontrol dan Intervensi setelah dikontrol oleh Variabel Perancu.....	151
Tabel 4.16. Besar Perubahan Pengetahuan PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran pada Kelompok Intervensi	151
Tabel 4.17. Sikap PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran pada Kelompok Kontrol dan Intervensi	152
Tabel 4.18. Sikap PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran pada Kelompok Intervensi	153
Tabel 4.19. Sikap PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran antara Kelompok Kontrol dan Intervensi setelah dikontrol Variabel Perancu	153
Tabel 4.20. Besar Perubahan Sikap PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran pada Kelompok Intervensi	154
Tabel 4.21. Praktek PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran pada Kelompok Kontrol dan Intervensi	154
Tabel 4.22. Praktek PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran pada Kelompok Intervensi	155
Tabel 4.23. Praktek PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran antara Kelompok Kontrol dan Intervensi setelah dikontrol oleh Variabel Perancu	155
Tabel 4.24. Besar Perubahan Praktek PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran pada Kelompok Intervensi	156

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. <i>Precede-Proceed Model Framework</i> (Green & Kauter, 2005)	30
Gambar 2.2. <i>Social Ecological Model</i> (Mc Leroy et al.,1988)	32
Gambar 2.3. <i>Strategic Communication for Behavior and Social Change</i> , UNICEF (2015)	33
Gambar 2.4. Model Adopsi PMK di Komunitas (Mazumder et al., 2018)	35
Gambar 2.5. Mekanisme interaksi Puskesmas-Keluarga-UKBM (Kementerian Kesehatan RI, 2016)	46
Gambar 2.6 Posisi Bayi PMK (WHO, 2003)	54
Gambar 2.7. Alur pasien dalam pelayanan PMK	72
Gambar 2.8. Kerangka Teori Penelitian yang diadopsi dari Green & Kauter (2005)	84
Gambar 2.9. Kerangka Konsep Penelitian.....	85
Gambar 3.1. Skema Intervensi Penelitian	97
Gambar 3.2. Alur Penelitian	98
Gambar 3.3. Desain Penelitian Kuasi-Eksperimen	99

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuisisioner Pengetahuan, Sikap dan Praktek Perawatan Metode Kanguru (PMK)

Lampiran 2. Lembar Observasi Praktek PMK

Lampiran 3. Lembar Observasi Kepercayaan Ibu BBLR dalam Mempraktekkan PMK

Lampiran 4. Pedoman Wawancara Mendalam

Lampiran 5. Kuesioner Pengetahuan Dan Persepsi Mengenai Perawatan Metode Kanguru (PMK) Pada Kader Kesehatan

Lampiran 6. Lembar Observasi Kader Kesehatan

Lampiran 7. Modul Pelatihan : Perawatan Metode Kanguru (PMK) di Komunitas

Lampiran 8 Penelitian-penelitian mengenai Praktek PMK di Komunitas (*Community Kangaroo Mother Care*)



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Di dunia, Angka Kematian Bayi (AKB) adalah 29 kematian per 1000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Neonatal (AKN) adalah 18 kematian per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2017 (UNICEF, 2018). Ada beberapa penyebab kematian pada masa neonatal, dimana salah satunya yaitu komplikasi kelahiran prematur yang merupakan penyebab langsung tunggal terbesar kematian neonatal dan penyebab paling umum kedua kematian balita setelah pneumonia (Liu et al., 2012). Kelahiran prematur diperkirakan menjadi faktor risiko sebesar 50% dari semua kematian neonatal (Lawn et al., 2010).

AKB di Indonesia yaitu sebesar 32 kematian per 1.000 kelahiran hidup dan AKN yaitu sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup (Kependudukan & Nasional, 2013). Masalah utama penyebab kematian bayi terdapat pada saat neonatal, dimana memberi kontribusi terhadap 59% kematian bayi di Indonesia (Kementerian Kesehatan RI, 2016). 28 hari pertama kehidupan (periode neonatal) adalah waktu yang paling rentan untuk kelangsungan hidup anak. Bayi dengan usia kurang dari satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi, seperti *asfiksia*, hipotermia, tetanus neonatorum, infeksi/sepsis, trauma lahir, Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), sindroma gangguan pernafasan, dan kelainan congenital lainnya (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Berat badan bayi saat dilahirkan merupakan faktor penting untuk kelangsungan hidup bayi. BBLR adalah kelompok bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2500 gram tanpa memandang usia kehamilan, baik prematur atau cukup bulan (Departemen Kesehatan RI, 2009). Pada tahun 2013, 22 juta bayi (16%) dari semua bayi lahir di dunia memiliki berat badan lahir rendah, sedangkan persentase BBLR di Indonesia tahun 2018 mencapai 10,2% (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Bayi dengan kondisi BBLR memiliki risiko lebih tinggi pada kematian karena fungsi pengatur suhu tubuh belum stabil, kemampuan menyusu (reflek hisap dan menelan) masih lemah, dan fungsi paru atau pernafasan belum sempurna. Beberapa permasalahan kesehatan pada BBLR yaitu hipotermia, hipoglikemia, gangguan pernafasan, gangguan pencernaan, dan rendahnya

daya tahan terhadap infeksi. Bayi dengan BBLR menghasilkan AKN sebesar 66 kematian per 1.000 kelahiran hidup (Kependudukan & Nasional, 2013). BBLR merupakan masalah kesehatan masyarakat yang signifikan karena berdampak pada kesehatan dan perkembangan kognitif, motorik, dan fungsi sosial/emosional, baik jangka pendek maupun panjang (WHO, 2014).

Bayi berat lahir rendah memiliki risiko lebih tinggi pada kematian karena hipotermi dan biasanya harus mendapat perawatan di ruangan perawatan intensif untuk bayi baru lahir (NICU) dan dirawat didalam inkubator. Inkubator berfungsi untuk menghangatkan suhu tubuh bayi yang lahir sebelum waktunya, melindungi bayi dari infeksi bakteri maupun virus, dan menunjang fungsi pernapasan bayi karena organ parunya belum berkembang sempurna. Namun pada bayi yang kondisinya sudah stabil, dapat dilakukan Perawatan Metode Kanguru (PMK). PMK adalah perawatan untuk BBLR dengan melakukan kontak langsung antara kulit bayi dengan kulit ibu (*skin-to-skin contact*) (WHO, 2003). BBLR membutuhkan waktu untuk penyesuaian kehidupan di luar rahim dan membutuhkan bantuan agar tetap hangat dan mendapatkan ASI yang cukup untuk pertumbuhan. PMK merupakan cara yang efektif untuk memenuhi kebutuhan bayi akan kehangatan, menyusui, perlindungan dari infeksi, keamanan, dan kasih sayang (WHO, 2003; Depkes RI, 2004).

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa PMK dapat mengurangi kesakitan dan kematian pada BBLR (Boundy et al., 2018; Agudelo et al., 2011; Lawn et al., 2010; Swarnkar & Vagha, 2016; Ahmed et al., 2011) dengan mempertahankan suhu bayi dan parameter tanda vital lainnya melalui kontak langsung antara kulit bayi dengan kulit ibu dan dengan memberikan manfaat menyusui (Charpak et al., 2005). Adanya kontak kulit-ke-kulit antara ibu dan bayi ketika PMK akan mengurangi stres pada ibu dan bayi, membuat ibu dan bayi lebih tenang dan rileks, meningkatkan ikatan emosi antara ibu dan bayi, dan meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayinya (Udani et al., 2014; Gathwala, 2008; Tessier et al., 1998, Ludington & Golant, 1993 & 2011; Lee & Shin, 2007). Meningkatnya ikatan emosi antara ibu dan bayi dan adanya kenyamanan pada ibu dan bayi akan meningkatkan refleksi *letdown* yang penting bagi pengeluaran ASI (Hurst et al, 1997). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa PMK bermanfaat untuk meningkatkan pemberian ASI (Charpak et al., 2005; Agudelo & Rossello, 2016;

Moore et al., 2014; Boundy et al., 2018; Mekonnen et al., 2019; Ahmed et al., 2011; Quasem et al., 2011).

Bayi berat lahir rendah lebih rentan untuk mengalami hipotermia (Depkes RI, 2010). Hal ini dikarenakan mekanisme pengaturan suhu tubuh pada bayi baru lahir belum berfungsi sempurna. Bayi dengan hipotermia berisiko tinggi untuk mengalami sakit berat dan kematian. PMK merupakan salah satu cara untuk menjaga agar suhu tubuh bayi tetap hangat dan mencegah kehilangan panas pada tubuh bayi. Ibu yang mempraktekkan PMK dapat melakukan pengaturan atau menyesuaikan suhu tubuhnya terhadap suhu bayi dan dapat menurunkan risiko hipotermia pada BBLR (Ludington & Golant, 1993; Ludington et al., 2000, Agudelo et al., 2011, Boundy et al., 2018).

Beberapa penelitian juga menunjukkan adanya peningkatan pertumbuhan dan perkembangan pada bayi yang mendapatkan PMK. Hal ini terjadi karena bayi dalam keadaan rileks, beristirahat dengan posisi yang menyenangkan, mirip dengan posisi dalam rahim, sehingga kegelisahan bayi berkurang dan tidur lebih lama (Ludington & Golant, 1993). Pada keadaan tersebut, konsumsi oksigen dan kalori berada pada tingkat yang paling rendah, sehingga kalori yang ada digunakan untuk menaikkan berat badan. Dalam kajian sistematis mengenai pengaruh PMK secara fisiologi (Ludington, 2011), ditemukan bahwa PMK meningkatkan absorpsi makanan dengan peningkatan hormon Oksitosin. Penelitian lain menunjukkan bahwa PMK dapat meningkatkan berat badan, panjang badan, dan lingkaran kepala bayi (Swarnkar & Vagha, 2016; Boundy et al., 2018; Udani et al., 2013). Manfaat lainnya yang didapatkan dari PMK yaitu stabilisasi laju denyut jantung dan pernapasan (Ludington et al., 2004; 2005; Mitchell et al., 2013; Boundy et al., 2018); penurunan kejadian infeksi (Boundy et al., 2018; Agudelo et al., 2011); dan penurunan hari rawat di rumah sakit (Udani et al., 2014; Boundy et al., 2018; Agudelo et al., 2011).

Bayi berat lahir rendah bisa mendapatkan PMK didalam dan diluar rumah sakit. Di rumah sakit, pelaksanaan PMK pada BBLR dilakukan setelah adanya pemeriksaan dan persetujuan oleh tenaga medis. PMK dapat dilakukan pada BBLR yang kondisinya stabil, yaitu bayi sudah dapat bernapas spontan, bayi mampu menyusu atau mendapatkan ASI melalui cangkir atau sendok, dan bayi tidak memiliki masalah kesehatan serius (Departemen Kesehatan RI, 2009). Sebelum ibu mempraktekkan PMK, perawat akan memberikan edukasi terlebih dahulu mengenai pelaksanaan PMK pada

ibu dan keluarga pasien. Pelaksanaan PMK yang dilakukan di rumah sakit disesuaikan dengan level perawatan bayi. Pada ruang perawatan intensif (level II-III), PMK dapat dilakukan secara intermitten (berselang) karena bayi masih memerlukan fasilitas perawatan spesialistik, sedangkan pada ruang rawat gabung (level 1), PMK dapat dilakukan secara kontinu (terus menerus selama 24 jam dalam sehari) (Departemen Kesehatan RI, 2009).

Bayi berat lahir rendah dapat dipulangkan dari rumah sakit jika kesehatan bayi secara keseluruhan dalam kondisi baik dan tidak ada henti nafas (apnea) atau infeksi, bayi minum dengan baik, berat bayi selalu bertambah (sekurang-kurangnya 15g/kg/hari) untuk sekurangnya tiga hari berturut-turut, dan ibu mampu merawat bayi dan dapat datang secara teratur untuk melakukan *follow up* (Departemen Kesehatan RI, 2009). Bayi dengan kondisi umum stabil dan toleransi minum baik dapat melakukan PMK di rumah dengan pengawasan tenaga kesehatan terlatih (Departemen Kesehatan RI, 2009). Keluarga merupakan pemberi asuhan utama BBLR di rumah, oleh karena itu sebelum BBLR keluar dari RS (*discharge*), perawat akan mempersiapkan ibu dan keluarga melalui pemberian pendidikan kesehatan dan konseling mengenai perawatan BBLR dan pelaksanaan PMK di rumah.

Bayi berat lahir rendah yang pulang ke rumah paska perawatan intensif neonatal (NICU-*Neonatal Intensive Care Unit*) memiliki berbagai faktor risiko terhadap penyakit, gangguan perkembangan, dan kelangsungan hidup bayi. Perawatan BBLR yang optimal dan keberlanjutan PMK di rumah sangat diperlukan untuk menjaga agar suhu bayi tetap stabil dan menghindari terjadinya gangguan kesehatan pada bayi. Namun perbedaan kondisi antara rumah sakit dan rumah akan mempengaruhi penerimaan dan praktek PMK di rumah, dimana praktek PMK di rumah tidak seberhasil praktek PMK di rumah sakit. Ketika di rumah sakit, ibu yang mempunyai BBLR dapat mempraktekkan PMK dengan optimal karena adanya fasilitas yang memadai, edukasi dan pengawasan dari petugas kesehatan. Namun ketika ibu pulang ke rumah, mereka akan dihadapi dengan berbagai kendala yang dapat mempengaruhi praktek PMK. Jika PMK tidak dilaksanakan dengan baik, maka akan berdampak pada kesehatan dan kelangsungan hidup bayi.

Beberapa penelitian mengenai pengalaman ibu dalam mempraktekkan PMK setelah keluar dari rumah sakit (Dawar et al., 2019; Raajashri, R & Adhisivam, B, 2018; Nguah et al., 2011; Opara, PI & Okorie, 2017) menyebutkan bahwa setelah adanya edukasi mengenai PMK di rumah sakit, sebagian besar ibu melanjutkan praktek PMK di rumah dengan durasi PMK dan kendala dalam praktek PMK yang berbeda-beda. Sebuah studi di India (Dawar et al., 2019) menyebutkan bahwa PMK dipraktekkan dengan rata-rata durasi 3.3 jam per hari dan 5.1 hari per minggu. Hambatan dalam mempraktekkan PMK tersebut yaitu kurangnya motivasi dan privasi di rumah, walaupun ibu sudah pernah mendapatkan pelatihan mengenai PMK sebelumnya di rumah sakit. Sementara studi lainnya di India (Raajashri, R & Adhisivam, B, 2018) menyebutkan bahwa ibu melanjutkan praktek PMK di rumah dengan rata-rata durasi PMK 1.3 jam per hari, dengan adanya dukungan dari anggota keluarga. Sebuah studi di Ghana (Nguah et al., 2011) menyebutkan bahwa ibu lebih memilih untuk mempraktekkan PMK secara intermiten walaupun mereka sudah pernah diberikan edukasi sebelumnya di rumah sakit untuk memberikan PMK secara kontinyu karena manfaatnya yang lebih baik dibandingkan PMK secara intermiten. Sementara studi lain di Nigeria (Opara, PI & Okorie, 2017) menyebutkan bahwa ibu hanya mempraktekkan PMK seorang diri di rumah walaupun mereka pernah mendapatkan edukasi sebelumnya di rumah sakit bahwa orang lain dapat membantu melakukan PMK. Hal tersebut disebabkan oleh karena kurangnya informasi yang adekuat atau informasi yang diberikan kurang dapat dipahami.

Beberapa penelitian di Indonesia juga menjelaskan mengenai pengalaman ibu dalam mempraktekkan PMK setelah keluar dari rumah sakit. Hasil penelitian pada ibu BBLR paska perawatan dari Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Koja, Jakarta Utara (Pratomo dkk, 2017) menyebutkan bahwa sebanyak 75% ibu melanjutkan PMK di rumah, dengan median durasi PMK 3,75 jam per hari. Beberapa hambatan dalam mempraktekkan PMK di rumah yaitu ketidaksiapan untuk menjadi ibu karena usia yang terlalu muda, bayi tidak diinginkan, ibu tidak mengetahui jangka waktu PMK, ibu bekerja, ibu sibuk mengurus anak yang lain, ibu tidak termotivasi melakukan PMK, dan tidak ada yang membantu ibu mengerjakan tugas rumah tangga saat PMK. Penelitian yang dilakukan oleh Tambunan dkk (2018) menunjukkan bahwa ibu mempraktekkan PMK di rumah dengan rata-rata durasi 1,5 jam per hari.

Adanya situasi kritis pada BBLR terhadap kesehatan dan kelangsungan hidupnya memerlukan adanya sistem pengawasan menyeluruh dari semua pihak terhadap kondisi bayi. Menurut WHO (2012), perawatan BBLR dapat dilakukan pada tingkat pelayanan kesehatan yang berbeda-beda, yaitu rumah sakit, pelayanan kesehatan primer, dan komunitas atau rumah. Pada tingkat rujukan, pemberi layanan dilakukan oleh dokter spesialis, dokter umum, perawat, dan bidan; pada pelayanan kesehatan primer, pemberi layanan dilakukan oleh dokter umum, perawat, dan bidan; dan pada tingkat komunitas, pemberi layanan dilakukan oleh ibu dan keluarga serta kader kesehatan. Ibu dan keluarga merupakan pemberi asuhan utama dalam perawatan BBLR terutama praktek PMK di rumah, sehingga perlu adanya pemantauan mengenai keberlanjutan praktek PMK yang dilakukan oleh ibu BBLR di rumah. Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan praktek PMK pada ibu BBLR yaitu dengan melibatkan kader kesehatan dalam melakukan pemantauan praktek PMK di rumah.

Kader kesehatan (*community health worker*) adalah petugas yang tinggal di masyarakat di tempat mereka melayani, dipilih oleh masyarakat tersebut, bertanggung jawab kepada masyarakat tempat mereka bekerja, menerima pelatihan tertentu yang singkat dan tidak harus terikat pada lembaga formal apapun (WHO, 2008). WHO (2008) menyebutkan bahwa peran kader kesehatan dalam perawatan BBLR khususnya PMK yaitu promosi, inisiasi, dan pemeliharaan/pemantauan PMK. Peran inisiasi dan pemeliharaan/pemantauan PMK hanya dapat dilakukan dengan adanya pengawasan atau supervisi yang baik oleh petugas kesehatan dan adanya sistem rujukan yang baik di fasilitas kesehatan.

Di Indonesia, peran kader kesehatan tidak terlepas dari kegiatan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu). Posyandu merupakan salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi (Kementerian Dalam Negeri RI, 2011). Salah satu cakupan layanan kesehatan yang diberikan oleh kader kesehatan bersama dengan tenaga kesehatan yaitu pembinaan gizi dan kesehatan ibu dan anak, meliputi konseling dan penyuluhan mengenai perawatan bayi baru lahir, tanda-tanda bahaya pada bayi dan balita

(Kementerian Dalam Negeri RI, 2011). Didalam paket perawatan bayi baru lahir esensial (Kementerian Kesehatan RI, 2012), disebutkan bahwa salah satu upaya untuk memberikan kehangatan pada BBLR yaitu dengan mempraktekkan PMK pada bayi. Dengan demikian, praktek PMK merupakan bagian yang terintegrasi dalam perawatan bayi baru lahir esensial. Dalam meningkatkan praktek PMK pada ibu BBLR, kader kesehatan dapat dilibatkan untuk memberikan edukasi mengenai PMK ketika melakukan kunjungan rumah.

Pelibatan kader kesehatan dalam kegiatan Puskesmas juga tertuang dalam konsep Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga (Kementerian Kesehatan RI, 2016), dimana Puskesmas melibatkan kader kesehatan dalam rangka meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/ meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas. Salah satu kegiatan yang dilakukan adalah kunjungan keluarga di rumah untuk mengenali masalah kesehatan dan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) keluarga secara lebih menyeluruh (holistik) dan memotivasi anggota keluarga untuk memanfaatkan UKBM dan/atau pelayanan Puskesmas. Kader kesehatan sebagai bagian dari UKBM diharapkan dapat memperkuat upaya penjangkauan Puskesmas terhadap masyarakat dan melakukan pendampingan terhadap masyarakat.

Penelitian-penelitian yang dilakukan di Bangladesh, India, dan Ghana menunjukkan bahwa praktek PMK di komunitas dapat diterima atau diadopsi dengan baik dengan adanya dukungan dari petugas kesehatan, kader kesehatan, dan keluarga (Sloan et al., 2008; Ahmed et al., 2011; Quasem et al., 2003; Mazumder et al., 2017; Mazumder et al., 2018; Darmstadt et al., 2006; Rasaily, et al., 2017; Bazzano et al., 2012). Dukungan dalam bentuk edukasi dan konseling yang dilakukan oleh kader kesehatan di Bangladesh telah terbukti meningkatkan praktek PMK dan pemberian ASI eksklusif (Sloan et al., 2008; Quasem et al., 2003) dan mempunyai efek menurunkan NMR ketika bayi diberikan PMK selama lebih dari 7 jam per hari pada dua hari awal kehidupan (Ahmed et al., 2011). Sementara studi yang dilakukan di India (Mazumder et al., 2017; Mazumder et al., 2018; Darmstadt et al., 2006; Rasaily, et al., 2017) menunjukkan bahwa ibu-ibu BBLR mau mempraktekkan PMK ketika manfaat PMK dijelaskan pada mereka sebelumnya (pada periode antenatal atau postnatal), adanya pengenalan PMK melalui pendekatan budaya yang sesuai dengan masyarakat, dan adanya solusi yang diberikan ketika menghadapi permasalahan dalam mempraktekkan

PMK. Adanya dukungan dari petugas kesehatan, kader kesehatan, dan keluarga telah meningkatkan praktek PMK pada ibu. Penelitian di Ghana (Bazzano et al., 2012) juga menekankan mengenai pentingnya promosi mengenai PMK untuk meningkatkan penerimaan dan praktek PMK.

Di Indonesia, penelitian terkait dengan praktek PMK di komunitas telah dilakukan oleh Tambunan (2019) yang bertujuan untuk menilai pengaruh paket pendidikan kesehatan pada ibu terhadap praktik perawatan BBLR termasuk PMK. Intervensi dalam penelitian kuasi eksperimen tersebut dilakukan oleh tenaga terlatih yaitu perawat puskesmas untuk memberikan edukasi pada ibu BBLR paska perawatan dari rumah sakit di Jakarta Pusat. Sedangkan penelitian kuasi eksperimen mengenai upaya meningkatkan praktek PMK di komunitas dengan menggunakan strategi perubahan perilaku berbasis komunitas belum pernah dilakukan sebelumnya.

Tim periset PMK FKM UI (Pratomo dkk, 2017) telah menerima Hibah Riset dari Peer/USAID untuk mengembangkan rujukan perawatan BBLR dengan PMK di RSUD Koja (Jakarta Utara) dan RSUD Karawang (Jawa Barat) dalam kurun waktu 2015-2018. Salah satu daerah intervensi adalah Jakarta Utara yang memiliki prevalensi AKB (0,7%) dan BBLR (0,46%) tertinggi ke-2 di DKI Jakarta (Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, 2017). Pelaksanaan PMK di komunitas dapat dilaksanakan dengan efektif jika adanya pengawasan atau supervisi yang baik oleh petugas kesehatan dan adanya sistem rujukan yang baik di fasilitas kesehatan. Dalam penelitian tersebut Pratomo dkk (2017) telah memfasilitasi sistem rujukan terhadap BBLR di RSUD Koja mulai dari penjemputan di rumah sakit sampai dengan pemantauan PMK oleh petugas kesehatan Puskesmas. Dalam penelitian tersebut, tim peneliti bekerjasama dengan Perkumpulan Perinatologi Indonesia (Perinasia) untuk melakukan pelatihan PMK pada 210 tenaga kesehatan di rumah sakit dan 247 tenaga kesehatan di Puskesmas. Pelatihan tersebut melibatkan perawat, bidan, dokter anak, dokter kandungan, dan anggota Ketuk Pintu Layani dengan Hati (KPLDH). *Training of Trainers* juga telah dilakukan pada dokter anak, perawat dan bidan senior sebanyak 16 orang di RSUD Koja dan 20 orang di RSUD Karawang. Selanjutnya mereka melatih tenaga kesehatan di Puskesmas untuk memperkuat dan meningkatkan implementasi PMK pada tingkat komunitas, khususnya untuk melanjutkan pemantauan PMK pada bayi paska perawatan rumah sakit.

Tim peneliti juga telah mengembangkan materi Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) PMK berupa *flip chart* dan *booklet* yang digunakan oleh perawat dan dokter anak di rumah sakit untuk meningkatkan edukasi mengenai PMK pada pasien dan keluarga. Selanjutnya, media tersebut didistribusikan ke ruang perinatologi, ruang bersalin, dan ruang rawat. Selain itu, paket peralatan untuk praktek PMK (boneka bayi, kain gendongan PMK, termometer, dan kit konseling menyusui) juga didistribusikan.

Pendampingan suportif di RSUD Koja dilakukan oleh tim PMK dari RSUP Dr Sardjito, Yogyakarta (Dr Ekawaty L. Haksari, Sp A/K dan tim) untuk memandu dan mendukung implementasi PMK di RSUD Koja setelah tenaga kesehatan di rumah sakit tersebut mendapatkan pelatihan PMK (Pratomo dkk, 2017). Pada pendampingan suportif tersebut, tim pendamping dan tim peneliti mengunjungi ruang perinatologi, ruang bersalin, ruang rawat, klinik ANC dan unit menyusui untuk mendiskusikan potensi masalah dan solusi. Hal ini dilakukan untuk memastikan implementasi PMK dan proses menyusui berjalan dengan baik di rumah sakit. Monitoring dan evaluasi pembentukan unit PMK juga telah dilakukan oleh tim peneliti dengan mengamati 3-4 ibu yang sedang melaksanakan PMK dan melakukan penilaian terhadap ketersediaan perlengkapan yang dibutuhkan untuk PMK, termasuk pelaporan dan sistem pencatatan, beserta kelengkapannya. Hal ini sangat ditunjang dengan sikap positif dan antusiasme Direktur RSUD Koja saat itu. Direktur beserta timnya telah mengembangkan sistem monitoring berbasis digital Si Kanguru dan telah memberi pelatihan kepada jajaran Sudinkes dan Puskesmas Jakarta Utara. Selanjutnya, unit PMK di RSUD Koja didirikan dan dilengkapi dengan 3 tempat tidur untuk pelaksanaan PMK kontinyu. Selain itu, kain gendongan PMK juga tersedia dan telah dianggarkan untuk tahun berikutnya. Bahkan di saat awal penelitian Direktur RSUD Koja telah menyatakan bahwa unit PMK sebagai salah satu pusat keunggulan RS dan akan terus didukung oleh manajemen untuk pelaksanaannya.

Sebagai bagian dari fasilitasi sistem rujukan BBLR, diperoleh adanya kesepakatan bahwa BBLR yang pulang dari rumah sakit harus dijemput oleh ambulan Puskesmas dan didampingi oleh koordinator bidan/wakil KPLDH di tempat BBLR tinggal PMK (Pratomo dkk, 2017). Sistem rujukan ini juga memungkinkan komunikasi antara tenaga kesehatan rumah sakit dan jajaran tenaga kesehatan Puskesmas untuk pemantauan lebih lanjut pada BBLR paska perawatan rumah sakit. Selain itu, tim juga

telah membuat grup *WhatsApp* yang terdiri dari staf perinatologi, tenaga kesehatan Puskesmas/ KPLDH, dan tim peneliti untuk koordinasi dan penguatan sistem rujukan BBLR dari rumah sakit ke komunitas. Terjadi kesepakatan bahwa 24 jam sebelum ibu dan bayi pulang dari RSUD, staf perinatologi akan menginformasikan nama dan alamat BBLR yang pulang dari rumah sakit. Dengan demikian, tenaga kesehatan Puskesmas dan KPLDH (dengan dukungan Sudinkes Jakarta Utara) dapat berkoordinasi untuk penjemputan dan pengantaran pasien kembali ke rumah. Kemudian, BBLR akan dipantau oleh tim KPLDH melalui kunjungan rumah. Tim KPLDH adalah tim tenaga kesehatan berbasis masyarakat yang dibentuk oleh Gubernur DKI Jakarta Basuki Tjahya Purnama berdasarkan SK Gubernur No 115 Tahun 2016 tgl 19 Mei 2016 (Gubernur Provinsi DKI Jakarta, 2016) dengan tugas melaksanakan upaya promotif dan preventif secara komprehensif dan terpadu untuk meningkatkan kesehatan masyarakat.

Mendasari penelitian ini, maka dilakukan penelitian awal pada sepuluh orang ibu yang mempunyai BBLR paska perawatan RSUD Koja, Jakarta Utara di Kecamatan Cilincing dan sepuluh orang petugas kesehatan yang terdiri dari penanggung jawab program kesehatan ibu dan anak Suku Dinas Kesehatan Jakarta Utara dan penanggung jawab program kesehatan ibu dan anak, serta bidan di Puskesmas Kecamatan Cilincing, Koja, Tanjung Priok, Pademangan, dan Penjaringan. Penelitian dilakukan pada bulan Oktober sampai dengan Desember 2018. Penelitian tersebut bertujuan untuk mengeksplorasi mengenai praktek PMK, mengidentifikasi faktor penghambat dan pendukung praktek PMK, dan mengidentifikasi masukan untuk mengatasi faktor penghambat praktek PMK. Pengumpulan data dilakukan melalui observasi dan wawancara mendalam. Observasi dilakukan untuk mengeksplorasi mengenai praktek PMK yang dilakukan oleh ibu BBLR dan wawancara mendalam dilakukan pada ibu BBLR dan petugas kesehatan untuk mengidentifikasi faktor penghambat dan pendukung praktek PMK, serta masukan dalam mengatasi faktor penghambat praktek PMK.

Berdasarkan studi pendahuluan tersebut ditemukan bahwa seluruh ibu BBLR mempraktekkan PMK paska perawatan rumah sakit, namun praktek PMK yang dilakukan di rumah tidak seoptimal praktek PMK yang dilakukan di rumah sakit. Tidak ada satupun ibu yang mempraktekkan PMK secara kontiyu selama 24 jam dalam satu hari. Sebagian besar ibu mempraktekkan PMK mulai dari 1 jam hingga 6 jam per hari,

dengan rata-rata 3 jam per hari. Sebagian besar ibu BBLR mempraktekkan PMK sebanyak 2 kali dalam satu hari, yang dilakukan pada pagi, siang, atau malam hari. Namun ada juga yang hanya mempraktekkan PMK sebanyak 1 kali dalam satu hari, yang dilakukan pada pagi atau malam hari. Secara umum, praktek PMK dilakukan oleh ibu BBLR, namun ada anggota keluarga lain seperti suami, nenek, dan tante membantu menggendong bayi PMK.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam ditemukan bahwa salah satu faktor penghambat dalam mempraktekkan PMK di rumah yaitu masih kurangnya pemahaman dan keyakinan ibu bahwa PMK merupakan solusi terhadap permasalahan BBLR, sehingga mereka masih menghiraukan hal-hal seperti pekerjaan rumah tangga, mengasuh anak yang lain, cuaca panas, dan ketidaknyamanan bayi dalam posisi PMK. Beberapa faktor pendukung dalam praktek PMK yang ditemukan dalam studi pendahuluan tersebut yaitu bahwa secara umum ibu telah terpapar dan mendapatkan informasi mengenai PMK dan adanya dukungan dari keluarga dan petugas kesehatan. Informasi mengenai PMK tersebut telah didapatkan oleh ibu BBLR ketika mereka dirawat di RSUD Koja, Jakarta Utara. Dukungan keluarga dalam mempraktekkan PMK yaitu adanya bantuan dari anggota keluarga untuk menggantikan ibu menggendong bayi PMK ketika ibu sedang melakukan aktivitas atau membantu melakukan pekerjaan rumah, sehingga ibu dapat mempraktekkan PMK. Walaupun tidak banyak ibu yang digantikan oleh anggota keluarganya untuk menggendong bayi PMK, ibu merasa sangat terbantu karena mereka dapat beristirahat. Sedangkan dukungan yang diberikan oleh petugas kesehatan yaitu pemberian edukasi mengenai PMK ketika bayi dirawat di rumah sakit, penjemputan dan pengantaran bayi dari rumah sakit ke rumah, dan kunjungan rumah untuk memantau perkembangan bayi. Dalam studi pendahuluan tersebut juga tereksplor beberapa masukan dari informan untuk mengatasi hambatan dalam mempraktekkan PMK yaitu adanya dukungan kader kesehatan, dukungan sosial, dan pemberian edukasi mengenai PMK pada pelayanan antenatal.

Berdasarkan studi pendahuluan pada penelitian ini dapat disimpulkan bahwa ibu masih kurang menyadari bahwa PMK merupakan solusi terhadap permasalahan BBLR, sehingga praktek PMK yang dilakukan di rumah tidak selama dan kontinyu seperti praktek PMK yang dilakukan di rumah sakit. Jika ibu memahami pentingnya PMK untuk menjaga kehangatan bayi, maka permasalahan yang ditemui tersebut tidak

menghalangi ibu untuk mempraktekkan PMK. Oleh karena itu, peneliti melibatkan kader kesehatan dalam penelitian ini untuk melakukan pendampingan PMK pada ibu BBLR di rumah, sehingga dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, praktek PMK ibu, dan berat badan bayi. Diperlukannya pendampingan oleh kader kesehatan terhadap praktek PMK di komunitas didasari oleh beberapa alasan yaitu bahwa kader memiliki kedekatan tertentu dengan masyarakat, sehingga informasi yang diberikan oleh kader kesehatan akan lebih mudah diterima oleh ibu BBLR; ibu BBLR perlu diingatkan kembali untuk melakukan PMK di komunitas karena adanya kendala yang ditemui di rumah yang berbeda dengan di rumah sakit; dan beban kerja yang tinggi pada beberapa petugas kesehatan yang akan melakukan kunjungan rumah, sehingga terkadang kunjungan rumah tidak dilakukan secara efektif.

Dalam pendampingan PMK tersebut, kader kesehatan memberikan informasi dan edukasi mengenai PMK kepada ibu BBLR sehingga pengetahuan ibu mengenai PMK menjadi lebih baik lagi. Selain itu kader kesehatan juga mengingatkan dan memberi motivasi pada ibu BBLR agar ibu menjadi lebih bersemangat dan aktif dalam mempraktekkan PMK. Ibu juga dapat bertanya pada kader kesehatan jika ada informasi mengenai PMK yang belum dipahami atau jika menemui kendala terkait dengan praktek PMK di rumah. Dengan adanya pemberian informasi, motivasi, dan pengingatan mengenai praktek PMK, maka ibu akan semakin memahami dan menerima mengenai manfaat PMK, yang akan berpengaruh terhadap praktek PMK. Dengan demikian kader kesehatan dapat berperan dalam meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktek PMK pada ibu BBLR.

1.2 Rumusan Masalah

Jakarta Utara merupakan wilayah dengan prevalensi AKB (0,7%) dan BBLR (0,46%) tertinggi ke-2 di DKI Jakarta (Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, 2017). Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada ibu BBLR paska perawatan RSUD Koja, Jakarta Utara, didapatkan bahwa secara umum Ibu BBLR masih kurang memahami dan menyadari bahwa PMK merupakan solusi terhadap permasalahan BBLR, sehingga mereka masih menghiraukan hal-hal seperti pekerjaan rumah tangga, mengasuh anak yang lain, cuaca panas, dan ketidaknyamanan bayi dalam posisi PMK. Walaupun ibu BBLR mempraktekkan PMK paska perawatan rumah sakit, namun

praktek PMK yang dilakukan di rumah tidak seoptimal praktek PMK yang dilakukan di rumah sakit. Sebagian besar ibu BBLR mempraktekkan PMK mulai dari setengah jam hingga 4 jam per hari, namun tidak ada yang mempraktekkan PMK secara kontinyu. Padahal ketika di rumah sakit, ibu BBLR mempraktekkan PMK selama 24 jam dalam satu hari.

Pemantauan PMK paska perawatan rumah sakit sangat diperlukan untuk keberlanjutan PMK di rumah. Saat ini pemantauan terhadap BBLR dilakukan melalui kunjungan rumah oleh petugas KPLDH. Berdasarkan hasil wawancara dengan pengelola program kesehatan ibu dan anak Suku Dinas Kesehatan Jakarta Utara, disebutkan bahwa tidak semua ibu BBLR paska perawatan RSUD Koja dapat dikunjungi di rumah oleh tim KPLDH. Beberapa kendala terkait pemantauan BBLR secara rutin di rumah yaitu adanya beban kerja yang tinggi dari tim KPLDH dan keterbatasan SDM untuk melakukan kunjungan rumah. Dalam hal ini, kader kesehatan dapat dilibatkan untuk melakukan pemantauan BBLR terutama PMK pada ibu BBLR.

Kader kesehatan mempunyai peran yang sangat penting sebagai perpanjangan tangan Puskesmas terhadap masyarakat. Salah satu cakupan layanan kesehatan yang diberikan oleh kader kesehatan bersama dengan tenaga kesehatan lain yaitu terkait dengan pembinaan gizi dan kesehatan ibu dan anak, meliputi konseling dan penyuluhan mengenai perawatan bayi baru lahir dan tanda-tanda bahaya pada bayi dan balita. Kader kesehatan bersama petugas kesehatan juga melakukan kegiatan kunjungan rumah sesuai program pemerintah untuk mencapai Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga. Untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktek PMK pada ibu BBLR, kader kesehatan dapat melakukan pendampingan PMK melalui kunjungan rumah. Bentuk pendampingan PMK yang dapat dilakukan oleh kader kesehatan yaitu 1). Memberikan informasi dan edukasi mengenai PMK dan pemberian ASI dengan menggunakan media KIE berupa lembar balik dan buku saku; 2). Mengingat dan memberikan motivasi mengenai praktik PMK dan pemberian ASI; dan 3). Membantu ibu untuk mengikatkan kain PMK jika ibu membutuhkan bantuan.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Apakah pendampingan kader kesehatan mempunyai pengaruh terhadap peningkatan pengetahuan, sikap, dan praktek Perawatan Metode Kanguru (PMK) pada ibu dengan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Jakarta Utara?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Menilai pengaruh pendampingan kader kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan, sikap, dan praktek Perawatan Metode Kanguru (PMK) pada ibu dengan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Jakarta Utara.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Menilai gambaran pengetahuan, sikap, dan praktek PMK ibu BBLR di Jakarta Utara;
2. Menilai pengaruh pendampingan kader kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan, sikap, dan praktek PMK ibu BBLR dengan mempertimbangkan faktor perancu seperti karakteristik ibu dan BBLR serta faktor pendukung.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Kementerian Kesehatan

Hasil penelitian digunakan sebagai bahan masukan bagi Kementerian Kesehatan:

1. Pengembangan sistem pelayanan rumah sakit khusus BBLR dengan PMK dan pendukung rujukan dari sistem dinas kesehatan dan puskesmas di berbagai wilayah Indonesia melalui kemitraan dinas kesehatan/ RSUD dan universitas/ perguruan tinggi kesehatan setempat.
2. Perumusan kebijakan pelayanan kesehatan ibu dan anak khusus BBLR dengan PMK di masyarakat melibatkan kader yang terlatih.

1.5.2 Rumah Sakit

Hasil penelitian digunakan sebagai bahan masukan bagi rumah sakit:

1. Pengembangan sistem pelayanan rumah sakit khusus BBLR dengan PMK dan pembangunan jejaring dinas kesehatan dan puskesmas.
2. Pengembangan Pelayanan Obstetri Neonatal *Emergency* Komprehensif (PONEK) pada BBLR diikuti *home care* kader terlatih dibawah supervisi tenaga kesehatan kompeten.

1.5.3 Kementerian Dalam Negeri

Hasil penelitian digunakan sebagai bahan masukan bagi Kementerian Dalam Negeri: Perumusan kebijakan mengenai pelayanan kesehatan BBLR dengan PMK dalam layanan sosial dasar di Posyandu.

1.5.4 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Hasil penelitian digunakan sebagai bahan rekomendasi bagi penelitian selanjutnya untuk mengembangkan dan memberdayakan komunitas dalam meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktek kesehatan masyarakat.

1.5.5 Bagi Masyarakat (Ibu BBLR, kader kesehatan)

1. Ibu BBLR mendapatkan pengingat dan motivasi untuk melakukan PMK di rumah melalui pendampingan PMK yang diberikan oleh kader kesehatan.
2. Kader kesehatan dapat berperan sebagai perpanjangan tangan Puskesmas dalam penyampaian pesan dan motivator mengenai PMK pada ibu BBLR yang berada di wilayahnya.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh pendampingan PMK di rumah oleh kader kesehatan yang sudah dilatih PMK terhadap peningkatan pengetahuan, sikap, dan praktek PMK ibu pada bayi berat badan lahir rendah di Jakarta Utara. Penelitian ini ditujukan pada ibu-ibu yang mempunyai BBLR paska perawatan dari Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Koja, Jakarta Utara dengan melakukan kunjungan rumah melalui pendampingan PMK oleh kader kesehatan. Penelitian ini menggunakan pendekatan penelitian kuantitatif dan kualitatif. Penelitian kuantitatif menggunakan desain kuasi eksperimen dengan rancangan *pre test-post test design* dan penelitian kualitatif menggunakan metode *Rapid Assessment Procedure*. Penelitian ini terdiri dari tiga tahap penelitian, yaitu studi pendahuluan; studi pengembangan instrumen dan modul intervensi; dan intervensi berupa pelatihan PMK pada kader kesehatan dan pendampingan PMK oleh kader kesehatan pada ibu BBLR. Penelitian kuantitatif diperoleh melalui kuesioner, sedangkan penelitian kualitatif diperoleh melalui wawancara mendalam dan observasi.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep dan Teori Perilaku

2.1.1 Pengertian Perilaku

Perilaku manusia merupakan hasil daripada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Dengan kata lain, perilaku merupakan respon/reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya. Respon ini dapat bersifat pasif (tanpa tindakan) maupun aktif (melakukan tindakan). Perilaku aktif dapat dilihat, sedangkan perilaku pasif tidak tampak, seperti pengetahuan, persepsi, atau motivasi.

Menurut Notoatmodjo (2003), perilaku adalah tindakan atau perilaku suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat di pelajari. Perilaku yaitu suatu respon seseorang yang dikarenakan adanya suatu stimulus/ rangsangan dari luar (Notoatmodjo, 2003). Perilaku adalah suatu aktivitas manusia itu sendiri dan merupakan bentuk pengalaman dan interaksi individu dengan lingkungannya. Perilaku baru terjadi apabila ada sesuatu yang diperlukan untuk menimbulkan reaksi, yakni yang disebut rangsangan. Perilaku dapat diberi batasan sebagai suatu tanggapan individu terhadap rangsangan yang berasal dari dalam maupun luar diri individu tersebut. Secara garis besar bentuk perilaku ada dua macam, yaitu:

a. Perilaku Pasif (respons internal)

Yaitu perilaku yang sifatnya masih tertutup, terjadi dalam diri individu dan tidak dapat diamati secara langsung. Perilaku ini sebatas sikap belum ada tindakan yang nyata.

b. Perilaku Aktif (respons eksternal)

Yaitu perilaku yang sifatnya terbuka, perilaku aktif adalah perilaku yang dapat diamati langsung, berupa tindakan yang nyata.

2.1.2 Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan merupakan suatu respon dari seseorang berkaitan dengan masalah kesehatan, penggunaan pelayanan kesehatan, pola hidup, maupun lingkungan sekitar yang mempengaruhi (Notoatmodjo, 2007). Perilaku kesehatan adalah tanggapan seseorang terhadap rangsangan yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan lingkungan. Respons atau reaksi organisme dapat berbentuk pasif (respons yang masih tertutup) dan aktif (respons terbuka, tindakan yang nyata atau *practice/psychomotor*). Menurut Notoatmodjo (2003), rangsangan yang terkait dengan perilaku kesehatan terdiri dari empat unsur, yaitu sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan lingkungan.

a. Perilaku Terhadap Sakit dan Penyakit

Perilaku tentang bagaimana seseorang menanggapi rasa sakit dan penyakit yang bersifat respons internal (berasal dari dalam dirinya) maupun eksternal (dari luar dirinya), baik respons pasif (pengetahuan, persepsi, dan sikap), maupun aktif (praktik) yang dilakukan sehubungan dengan sakit dan penyakit. Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit sesuai dengan tingkatan-tingkatan pemberian pelayanan kesehatan yang menyeluruh atau sesuai dengan tingkatan pencegahan penyakit, yaitu:

- a. Perilaku peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (*health promotion behavior*)
- b. Perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behavior*)
- c. Perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*)
- d. Perilaku pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behavior*)

b. Perilaku Terhadap Sistem Pelayanan Kesehatan

Perilaku ini adalah respons individu terhadap sistem pelayanan kesehatan modern maupun tradisional, meliputi :

- a. Respons terhadap fasilitas pelayanan kesehatan
- b. Respons terhadap cara pelayanan kesehatan
- c. Respons terhadap petugas kesehatan
- d. Respons terhadap pemberian obat-obatan

Respons tersebut terwujud dalam pengetahuan, persepsi, sikap dan penggunaan fasilitas, petugas maupun penggunaan obat-obatan.

c. Perilaku Terhadap Lingkungan Kesehatan (*Environmental behaviour*)

Perilaku ini adalah respons individu terhadap lingkungan sebagai determinan (faktor penentu) kesehatan manusia. Lingkup perilaku ini sesuai lingkungan kesehatan lingkungan, yaitu:

- a. Perilaku terhadap air bersih, meliputi manfaat dan penggunaan air bersih untuk kepentingan kesehatan.
- b. Perilaku sehubungan dengan pembuangan air kotor atau kotoran. Disini menyangkut pula hygiene, pemeliharaan, teknik dan penggunaannya.
- c. Perilaku sehubungan dengan pembuangan limbah, baik limbah cair maupun padat. Dalam hal ini termasuk sistem pembuangan sampah dan air limbah yang sehat dan dampak pembuangan limbah yang tidak baik.
- d. Perilaku sehubungan dengan rumah yang sehat. Rumah sehat menyangkut ventilasi, pencahayaan, lantai, dan sebagainya.
- e. Perilaku terhadap pembersihan sarang-sarang vektor.

d. Perilaku Pencegahan Penyakit

Menurut Leavel dan Clark, pencegahan adalah segala kegiatan yang dilakukan baik langsung maupun tidak langsung untuk mencegah suatu masalah kesehatan atau penyakit. Pencegahan berhubungan dengan masalah kesehatan atau penyakit yang spesifik dan meliputi perilaku menghindari (Notoatmodjo, 2007). Tingkatan pencegahan penyakit menurut Leavel dan Clark ada 5 tingkatan yaitu (Notoatmodjo, 2007):

- a. Peningkatan kesehatan (*Health Promotion*).
 - 1) Penyediaan makanan sehat cukup kualitas maupun kuantitas.
 - 2) Perbaikan hygiene dan sanitasi lingkungan.
 - 3) Peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat antara lain pelayanan kesehatan reproduksi bagi remaja yang hamil diluar nikah, yang terkena penyakit infeksi akibat seks bebas dan Pelayanan Keluarga Berencana.
- b. Perlindungan umum dan khusus terhadap penyakit tertentu (*Specific Protection*).
 - 1) Memberikan imunisasi pada golongan yang rentan untuk mencegah terhadap penyakit – penyakit tertentu.
 - 2) Isolasi terhadap penyakit menular.

- 3) Perlindungan terhadap keamanan kecelakaan di tempat-tempat umum dan ditempat kerja.
 - 4) Perlindungan terhadap bahan-bahan yang bersifat karsinogenik, bahan-bahan racun maupun alergi.
- c. Diagnosa dini dan pengobatan yang cepat dan tepat (*Early Diagnosis and Promotion*).
- 1) Mencari kasus sedini mungkin.
 - 2) Melakukan pemeriksaan umum secara rutin.
 - 3) Pengawasan selektif terhadap penyakit tertentu misalnya kusta, TBC, kanker serviks.
 - 4) Meningkatkan keteraturan pengobatan terhadap penderita.
 - 5) Mencari orang-orang yang pernah berhubungan dengan penderita berpenyakit menular.
 - 6) Pemberian pengobatan yang tepat pada setiap permulaan kasus.
- d. Pembatasan kecacatan (*Dissability Limitation*)
- 1) Penyempurnaan dan intensifikasi pengobatan lanjut agar terarah dan tidak menimbulkan komplikasi.
 - 2) Pencegahan terhadap komplikasi dan kecacatan.
 - 3) Perbaikan fasilitas kesehatan bagi pengunjung untuk dimungkinkan pengobatan dan perawatan yang lebih intensif.
- e. Pemulihan kesehatan (*Rehabilitation*)
- 1) Mengembangkan lembaga – lembaga rehabilitasi dengan mengikutsertakan masyarakat.
 - 2) Menyadarkan masyarakat untuk menerima mereka kembali dengan memberi dukungan moral, setidaknya bagi yang bersangkutan untuk bertahan.
 - 3) Mengusahakan perkampungan rehabilitasi sosial sehingga setiap penderita yang telah cacat mampu mempertahankan diri.
 - 4) Penyuluhan dan usaha-usaha kelanjutannya harus tetap dilakukan seseorang setelah ia sembuh dari suatu penyakit.

Proses adopsi perilaku, menurut Rogers (1974), sebelum seseorang mengadopsi perilaku, didalam diri orang tersebut terjadi suatu proses yang berurutan (akronim AIETA), yaitu :

- a) *Awareness* (kesadaran), individu menyadari adanya stimulus.
- b) *Interest* (tertarik), individu mulai tertarik pada stimulus
- c) *Evaluation* (menimbang-nimbang), individu menimbang-nimbang tentang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Pada proses ketiga ini subjek sudah memiliki sikap yang lebih baik lagi.
- d) *Trial* (mencoba), individu sudah mulai mencoba perilaku baru.
- e) *Adoption*, individu telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, sikap dan kesadarannya terhadap stimulus.

2.1.3 Domain Perilaku

Benjamin Samuel Bloom, seorang psikolog bidang pendidikan melakukan penelitian dan pengembangan mengenai kemampuan berpikir dalam proses pembelajaran yang dikenal sebagai Taksonomi Bloom (1956). Taksonomi Bloom merupakan struktur hierarki yang mengidentifikasi *skills* mulai dari tingkat yang rendah hingga yang tinggi. Menurutnya, untuk mencapai tujuan yang lebih tinggi, level yang rendah harus dipenuhi lebih dulu. Menurut Bloom, tujuan pendidikan dibagi ke dalam tiga domain/ranah kemampuan intelektual (*intellectual behaviors*), yaitu *Cognitive Domain* (Ranah Kognitif) yang berisi perilaku-perilaku yang menekankan aspek intelektual, seperti pengetahuan, pengertian, dan keterampilan berpikir; *Affective Domain* (Ranah Afektif) yang berisi perilaku-perilaku yang menekankan aspek perasaan dan emosi, seperti minat, sikap, apresiasi, dan cara penyesuaian diri; dan *Psychomotor Domain* (Ranah Psikomotor), berisi perilaku-perilaku yang menekankan aspek keterampilan motorik seperti menulis, olahraga, menggendong, dan lain-lain.

2.1.3.1 Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan adalah hasil dari suatu proses pembelajaran seseorang terhadap sesuatu baik itu yang didengar maupun yang dilihat. Menurut Bloom (1956), pengetahuan merupakan domain ranah kognitif. Tujuan kognitif atau ranah kognitif adalah ranah yang mencakup kegiatan mental (otak). Segala

upaya yang menyangkut aktifitas otak adalah termasuk dalam ranah kognitif. Dalam ranah kognitif itu terdapat enam jenjang proses berfikir, mulai dari jenjang terendah sampai jenjang yang tertinggi yang meliputi 6 tingkatan berikut ini.

1. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pada level atau tingkatan terendah ini dimaksudkan sebagai kemampuan mengingat kembali materi yang telah dipelajari, misalnya: (a) pengetahuan tentang istilah; (b) pengetahuan tentang fakta khusus; (c) pengetahuan tentang konvensi; (d) pengetahuan tentang kecenderungan dan urutan; (e) pengetahuan tentang klasifikasi dan kategori; (f) pengetahuan tentang kriteria; dan (g) pengetahuan tentang metodologi. Sebagai contoh yaitu ketika diminta menjelaskan manajemen kualitas, orang yang berada di level ini dapat menguraikan dengan baik definisi dari kualitas, karakteristik produk yang berkualitas, dan standar kualitas minimum untuk produk.

2. Pemahaman (*Comprehension*)

Pada level atau tingkatan kedua ini, pemahaman diartikan sebagai kemampuan memahami materi tertentu, dapat dalam bentuk: (a) translasi (mengubah dari satu bentuk ke bentuk lain); (b) interpretasi (menjelaskan atau merangkum materi); (c) ekstrapolasi (memperpanjang/memperluas arti/memaknai data). Sebagai contoh yaitu menuliskan kembali, merangkum materi pelajaran, menjelaskan sesuatu yang telah dipelajari sebelumnya dengan jelas serta dapat membuat suatu kesimpulan dari suatu materi.

3. Penerapan (*Application*)

Pada level atau tingkatan ketiga ini, aplikasi dimaksudkan sebagai kemampuan untuk menerapkan informasi dalam situasi nyata atau kemampuan menggunakan konsep dalam praktek atau situasi yang baru. Sebagai contoh yaitu ketika diberi informasi tentang penyebab meningkatnya *reject* di produksi, seseorang yg berada pada tingkat aplikasi akan mampu merangkum dan menggambarkan penyebab turunnya kualitas dalam bentuk *fish bone* diagram.

4. Analisa (*Analysis*)

Analisis adalah kategori atau tingkatan ke-4 dalam taksonomi Bloom tentang ranah (domain) kognitif. Analisis merupakan kemampuan menguraikan suatu materi menjadi bagian-bagiannya. Kemampuan menganalisis dapat berupa: (a) analisis elemen

(mengidentifikasi bagian-bagian materi); (b) analisis hubungan (mengidentifikasi hubungan); (c) analisis pengorganisasian prinsip (mengidentifikasi pengorganisasian/organisasi). Sebagai contoh yaitu menganalisa penyebab meningkatnya harga pokok penjualan dalam laporan keuangan dengan memisahkan komponen-komponennya.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Level kelima adalah sintesis yang dimaknai sebagai kemampuan untuk memproduksi. Tingkatan kognitif kelima ini dapat berupa: (a) memproduksi komunikasi yang unik; (b) memproduksi rencana atau kegiatan yang utuh; dan (c) menghasilkan/memproduksi seperangkat hubungan abstrak. Sebagai contoh yaitu menyusun kurikulum dengan mengintegrasikan pendapat dan materi dari beberapa sumber.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Level ke-6 dari taksonomi Bloom pada ranah kognitif adalah evaluasi. Evaluasi merupakan tingkatan pengetahuan yang paling tinggi. Kemampuan melakukan evaluasi diartikan sebagai kemampuan menilai ‘manfaat’ suatu benda/hal untuk tujuan tertentu berdasarkan kriteria yang jelas. Dari hasil pembelajaran yang sudah dilakukan, seseorang dapat mengevaluasi seberapa efektifnya pembelajaran yang sudah ia lakukan. Dari hasil evaluasi ini dapat dinilai dan dijadikan acuan untuk meningkatkan strategi pembelajaran baru yang lebih efektif lagi. Ada dua bentuk tingkat (level) evaluasi menurut Bloom, yaitu: (a) penilaian atau evaluasi berdasarkan bukti internal; dan (2) evaluasi berdasarkan bukti eksternal. Sebagai contoh yaitu membandingkan hasil ujian siswa dengan kunci jawaban.

Krathwohl (1964) menjabarkan mengenai dimensi ranah kognitif kedalam tingkatan berikut ini.

1. Menghafal (*Remember*)

Menghafal yaitu menarik kembali informasi yang tersimpan dalam memori jangka panjang. Mengingat merupakan proses kognitif yang paling rendah tingkatannya. Untuk mengkondisikan agar “mengingat” bisa menjadi bagian belajar bermakna, tugas mengingat hendaknya selalu dikaitkan dengan aspek pengetahuan yang

lebih luas dan bukan sebagai suatu yang lepas dan terisolasi. Kategori ini mencakup dua macam proses kognitif yaitu mengenali (*recognizing*) dan mengingat (*recalling*).

2. Memahami (*Understand*)

Memahami yaitu mengkonstruksi makna atau pengertian berdasarkan pengetahuan awal yang dimiliki, mengaitkan informasi yang baru dengan pengetahuan yang telah dimiliki, atau mengintegrasikan pengetahuan yang baru ke dalam skema yang telah ada dalam pemikiran siswa. Karena penyusunan skema adalah konsep, maka pengetahuan konseptual merupakan dasar pemahaman. Kategori memahami mencakup tujuh proses kognitif yaitu menafsirkan (*interpreting*), memberikan contoh (*exemplifying*), mengklasifikasikan (*classifying*), meringkas (*summarizing*), menarik inferensi (*inferring*), membandingkan (*comparing*), dan menjelaskan (*explaining*).

3. Mengaplikasikan (*Applying*)

Mengaplikasikan yaitu mencakup penggunaan suatu prosedur guna menyelesaikan masalah atau mengerjakan tugas. Mengaplikasikan berkaitan erat dengan pengetahuan prosedural, namun tidak berarti bahwa kategori ini hanya sesuai untuk pengetahuan prosedural saja. Kategori ini mencakup dua macam proses kognitif yaitu menjalankan (*executing*) dan mengimplementasikan (*implementing*).

4. Menganalisis (*Analyzing*)

Menganalisis yaitu menguraikan suatu permasalahan atau obyek kedalam unsur-unsurnya dan menentukan bagaimana saling keterkaitan antar unsur-unsur tersebut dan struktur besarnya. Ada tiga macam proses kognitif yang tercakup dalam menganalisis yaitu membedakan (*differentiating*), mengorganisir (*organizing*), dan menemukan pesan tersirat (*attributing*).

5. Mengevaluasi

Mengevaluasi yaitu membuat suatu pertimbangan berdasarkan kriteria dan standar yang ada. Ada dua macam proses kognitif yang tercakup dalam kategori ini yaitu memeriksa (*checking*) dan mengkritik (*critiquing*).

6. Membuat (*create*)

Membuat yaitu menggabungkan beberapa unsur menjadi suatu bentuk kesatuan. Ada tiga macam proses kognitif yang tergolong dalam kategori ini, yaitu membuat (*generating*), merencanakan (*planning*), dan memproduksi (*producing*) (Widodo, 2006).

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2007).

2.1.3.2 Sikap (*Attitude*)

Menurut Notoatmodjo (2005), sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap juga merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan juga merupakan pelaksanaan motif tertentu. Menurut Gerungan (2002), sikap merupakan pendapat maupun pandangan seseorang tentang suatu objek yang mendahului tindakannya. Sikap tidak mungkin terbentuk sebelum mendapat informasi, melihat atau mengalami sendiri suatu objek. Sikap adalah respons tertutup seseorang terhadap suatu stimulus atau objek, baik yang bersifat intern maupun ekstern sehingga manifestasinya tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup tersebut. Sikap secara realitas menunjukkan adanya kesesuaian respons terhadap stimulus tertentu.

Menurut Bloom (1956), sikap merupakan domain ranah afektif. Ranah afektif mencakup segala sesuatu yang terkait dengan emosi, misalnya perasaan, nilai, penghargaan, semangat, minat, motivasi, dan sikap. Lima kategori ranah ini diurutkan mulai dari perilaku yang sederhana hingga yang paling kompleks berikut ini.

1. Penerimaan (*Receiving*)

Penerimaan mengacu kepada kemampuan memperhatikan dan memberikan respon terhadap stimulasi yang tepat serta kesediaan untuk menyadari adanya suatu fenomena di lingkungannya. Penerimaan merupakan tingkat hasil belajar terendah dalam domain afektif. Sebagai contoh yaitu kemampuan untuk menunjukkan atensi dan penghargaan terhadap orang lain, mendengar pendapat orang lain, mengingat nama seseorang.

2. Tanggapan (*Responding*)

Tanggapan yaitu memberikan reaksi terhadap fenomena yang ada di lingkungannya, meliputi persetujuan, kesediaan, dan kepuasan. Dalam hal ini seseorang menjadi terlibat secara afektif dan tertarik. Sebagai contoh yaitu kemampuan berpartisipasi aktif dalam pembelajaran dan selalu termotivasi untuk segera bereaksi dan mengambil tindakan atas suatu kejadian.

3. Penghargaan (*Valuing*)

Penghargaan berkaitan dengan harga atau nilai yang diterapkan pada suatu objek, fenomena, atau tingkah laku. Penilaian berdasar pada internalisasi dari serangkaian nilai tertentu yang diekspresikan ke dalam tingkah laku. Penghargaan mengacu kepada nilai atau pentingnya kita menterikatkan diri pada objek atau kejadian tertentu dengan reaksi-reaksi seperti menerima, menolak atau tidak menghiraukan. Pada tahap ini seseorang memiliki kemampuan menunjukkan nilai yang dianut untuk membedakan mana yang baik dan kurang baik terhadap suatu kejadian/obyek, dan nilai tersebut diekspresikan dalam perilaku. Sebagai contoh yaitu mengusulkan kegiatan *Corporate Social Responsibility* sesuai dengan nilai yang berlaku dan komitmen perusahaan.

4. Pengorganisasian (*Organization*)

Pengorganisasian mengacu kepada penyatuan nilai, sikap-sikap yang berbeda yang membuat lebih konsisten dapat menimbulkan konflik-konflik internal dan membentuk suatu sistem nilai internal, mencakup tingkah laku yang tercermin dalam suatu filsafat hidup, serta kemampuan membentuk sistem nilai dan budaya organisasi dengan mengharmonisasikan perbedaan nilai. Sebagai contoh yaitu menyepakati dan mentaati etika profesi, mengakui perlunya keseimbangan antara kebebasan dan tanggung jawab.

5. Karakterisasi (*Characterization*)

Karakterisasi mengacu kepada karakter dan daya hidup seseorang, dimana adanya sistem nilai yang mengendalikan tingkah-lakunya sehingga menjadi karakteristik gaya-hidupnya. Tujuan dalam kategori ini ada hubungannya dengan keteraturan pribadi, sosial dan emosi jiwa, serta kemampuan mengendalikan perilaku berdasarkan nilai yang dianut dan memperbaiki hubungan intrapersonal, interpersonal dan social. Sebagai contoh yaitu menunjukkan rasa percaya diri ketika bekerja sendiri, kooperatif dalam aktivitas kelompok.

Menurut Ahmadi (2003), sikap dibedakan menjadi :

- a. Sikap negatif yaitu: sikap yang menunjukkan penolakan atau tidak menyetujui terhadap norma yang berlaku dimana individu itu berada
- b. Sikap positif yaitu: sikap yang menunjukkan menerima terhadap norma yang berlaku dimana individu itu berada.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung atau tidak langsung, melalui pendapat atau pertanyaan responden terhadap suatu objek secara tidak langsung dilakukan dengan pertanyaan hipotesis, kemudian dinyatakan pendapat responden.

2.1.3.3 Praktik atau Tindakan (*Practice*)

Tindakan adalah realisasi dari pengetahuan dan sikap suatu perbuatan nyata. Tindakan merupakan respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk nyata atau terbuka (Notoatmodjo, 2003). Menurut Notoatmodjo (2005), tindakan adalah gerakan atau perbuatan dari tubuh setelah mendapat rangsangan ataupun adaptasi dari dalam maupun luar tubuh suatu lingkungan. Tindakan seseorang terhadap stimulus tertentu akan banyak ditentukan oleh bagaimana kepercayaan dan perasaannya terhadap stimulus tersebut. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Oleh karena itu disebut juga *over behavior*.

Menurut Bloom (1956), praktik atau tindakan merupakan domain ranah psikomotorik. Ranah psikomotorik meliputi gerakan dan koordinasi jasmani, keterampilan motorik dan kemampuan fisik. Keterampilan ini dapat diasah jika sering melakukannya. Perkembangan tersebut dapat diukur sudut kecepatan, ketepatan, jarak, cara/teknik pelaksanaan. Terkait keterampilan motorik, Krathwohl (1964) membaginya dalam lima jenjang, yaitu peniruan, manipulasi, ketepatan, perangkaian, dan naturalisasi berikut ini.

1. Peniruan (*Imitation*)

Peniruan yaitu mengamati perilaku dan pola setelah orang lain. Hal ini terjadi ketika seseorang mengamati suatu gerakan, mulai memberi respons serupa dengan yang diamati, mengurangi koordinasi dan kontrol otot-otot saraf. Peniruan ini pada umumnya dalam bentuk global dan tidak sempurna.

2. Manipulasi (*Manipulation*)

Manipulasi yaitu mampu melakukan tindakan tertentu dengan mengikuti instruksi dan berlatih, menekankan perkembangan kemampuan mengikuti pengarahan, penampilan, gerakan-gerakan pilihan yang menetapkan suatu penampilan melalui latihan. Pada tingkat ini seseorang menampilkan sesuatu menurut petunjuk-petunjuk, tidak hanya meniru tingkah laku saja.

3. Ketepatan (*Precision*)

Ketepatan yaitu mengulangi pengalaman serupa agar menuju perubahan yang ke arah yang lebih baik. Pada tahap ini diperlukan adanya kecermatan, proporsi dan kepastian yang lebih tinggi dalam penampilan. Respon-respon lebih terkoreksi dan kesalahan-kesalahan dibatasi sampai pada tingkat minimum.

4. Perangkaian (*Articulation*)

Perangkaian adalah koordinasi serangkaian tindakan, mencapai keselarasan dan konsistensi internal. Pada tahap ini adanya penekanan koordinasi suatu rangkaian gerakan dengan membuat urutan yang tepat dan mencapai yang diharapkan atau konsistensi internal diantara gerakan-gerakan yang berbeda.

5. Naturalisasi (*Naturalitation*)

Naturalisasi merupakan tingkat kemampuan tertinggi dalam domain psikomotorik. Pada tahap ini, tingkah laku yang ditampilkan yaitu paling sedikit mengeluarkan energi fisik maupun psikis, dimana gerakannya dilakukan secara rutin. Sebagai contoh yaitu setelah kinerja tingkat tinggi menjadi alami, maka tidak perlu berpikir banyak tentang hal itu.

Menurut Notoatmodjo (2005), empat tingkatan tindakan adalah :

1. Persepsi (*Perception*), yaitu mengenal dan memilih berbagai objek sesuai dengan tindakan yang akan dilakukan.
2. Respon terpimpin (*Guided Response*), yaitu individu dapat melakukan sesuatu dengan urutan yang benar sesuai contoh.
3. Mekanisme (*Mechanism*), apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sesuatu itu merupakan kebiasaan.

4. Adaptasi (*Adaptation*), adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik, artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

2.1.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku

Menurut Green (2005), faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku terdiri dari faktor predisposisi, pemungkin, dan penguat.

- a) Faktor Predisposisi (*predisposing factors*)

Faktor-faktor predisposisi merupakan faktor yang mempermudah terjadinya suatu perilaku. Yang termasuk faktor predisposisi yaitu pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi, dan lain-lain.

- b) Faktor Pemungkin (*enabling factors*)

Faktor pemungkin merupakan faktor-faktor yang merupakan sarana dan prasarana untuk berlangsungnya suatu perilaku. Yang merupakan faktor pemungkin misalnya lingkungan fisik dan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan setempat.

- c) Faktor Penguat (*reinforcing factors*)

Faktor penguat adalah faktor yang memperkuat terjadinya suatu perilaku. Yang merupakan faktor pendorong dalam hal ini adalah sikap dan perilaku petugas kesehatan maupun petugas yang lain dalam upaya mempromosikan perilaku kesehatan.

2.2 Model Perubahan Perilaku Kesehatan

2.2.1 Precede-Proceed Model Framework

Green & Kauter (2005) menjelaskan *Precede-Proceed Model Framework* mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku dan tahapan dari proses kegiatan yang terdiri dari perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Dalam kerangka kerja tersebut disebutkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, pemungkin, dan penguat. Dampak dari perubahan perilaku tersebut yaitu status kesehatan yang akan berpengaruh pada kualitas hidup. Model *Precede (Predisposing, Reinforcing, Enabling, Construct in Educational/ Environmental Diagnosis and Evaluation)* adalah faktor-faktor yang mempengaruhi status kesehatan dan membantu educator atau promotor kesehatan untuk membuat suatu intervensi yang sesuai, sedangkan model *Proceed (Policy, Regulatory and*

Organizational Construct in Educational and Environmental Development) menunjukkan tahapan kebijakan serta proses dan evaluasi dari implementasi kegiatan.

a). Faktor Predisposisi (*predisposing factors*)

Faktor predisposisi merupakan faktor utama atau faktor paling penting dalam mempengaruhi perubahan perilaku seseorang. Beberapa contoh dari faktor predisposisi yaitu pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai, norma, tradisi, dan lain-lain.

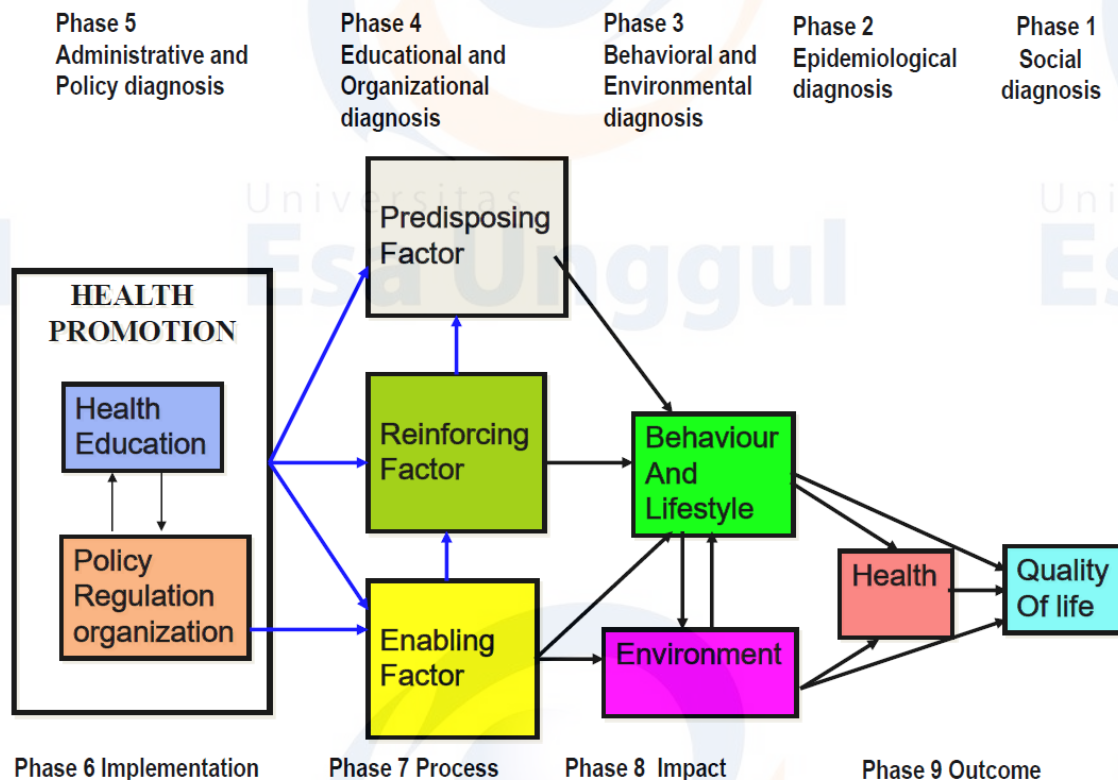
b). Faktor Pemungkin (*enabling factors*)

Faktor pemungkin merupakan sarana dan prasarana untuk berlangsungnya suatu perilaku. Beberapa contoh dari faktor pemungkin misalnya ketersediaan sumber daya, ketersediaan fasilitas kesehatan, akses terhadap pelayanan Kesehatan, dan lain-lain.

c). Faktor Penguat (*reinforcing factors*)

Faktor penguat adalah faktor yang memperkuat terjadinya suatu perilaku. Beberapa contoh dari faktor penguat yaitu sikap dan perilaku petugas kesehatan, tokoh masyarakat, pemuka agama, orangtua, teman, dan lain-lain.

Precede-Proceed Model Framework dapat dilihat pada bagan berikut ini.



Gambar 2.1. Precede-Proceed Model Framework (Green & Kauter, 2005)

2.2.2 The Social Ecological Model

Model Ekologi Sosial (MES) adalah kerangka kerja berbasis teori untuk memahami interaksi antara faktor individu dan lingkungan yang mempengaruhi perilaku, mengidentifikasi peran organisasi dalam promosi kesehatan, dan menghasilkan program yang sukses melalui lingkungan sosial. Model Ekologi Sosial merupakan sistem sosial yang terdiri dari lima tingkatan, yaitu individu, interpersonal, komunitas, organisasi, dan kebijakan yang mempengaruhi perilaku. Prinsip dari MES konsisten dengan prinsip *Social Cognitive Theory* bahwa penciptaan lingkungan yang kondusif sangat penting untuk adopsi suatu perilaku kesehatan.

Pendekatan yang paling efektif untuk pencegahan dan pengendalian kesehatan masyarakat menggunakan kombinasi intervensi pada semua tingkat model. Untuk setiap tingkat dalam MES ada pendekatan *Community for Development* yang sesuai untuk mencapai perubahan perilaku dan social.

Teori ini menekankan interaksi antara, dan keterkaitan dari faktor-faktor dari segala tingkatan masalah kesehatan, baik lingkungan fisik maupun sosiokultural. Dua

konsep utama dari teori ini ialah untuk membantu mengidentifikasi intervensi untuk meningkatkan kesehatan. Konsep yang pertama, perilaku dapat mempengaruhi atau dipengaruhi oleh semua level (*intrapersonal*, *interpersonal*, dan *community level*). Kedua, perilaku seseorang dapat membentuk dan dibentuk oleh lingkungan sosial (*reciprocal causation*).

McLeroy et al. (1988) mengidentifikasi lima tingkat pengaruh *health-related behaviors* berikut ini.

a). *Intrapersonal level*

Pengetahuan, sikap, dan kepercayaan merupakan variabel yang biasanya diukur pada tingkat intrapersonal. Persepsi mengenai manfaat dari suatu perilaku kesehatan diharapkan dapat mempengaruhi seseorang dalam bertindak atau mengaplikasikan perilaku kesehatan tersebut.

b). *Interpersonal level*

Dalam MES, tingkat interpersonal ditujukan kepada pengaruh sosial dari keluarga, teman, dan norma yang ada di lingkungan sosial (McLeroy et al., 1988). Hubungan interpersonal memiliki pengaruh yang sangat kuat terhadap perilaku kesehatan. Adanya dukungan dari keluarga dan teman-teman akan mempengaruhi seseorang untuk mengaplikasikan suatu perilaku.

c). *Institutional level*

Tingkat institusi termasuk organisasi pelayanan kesehatan menyediakan informasi dan fasilitas yang akan mempengaruhi terjadinya perilaku kesehatan. Beberapa studi menunjukkan bahwa akses dan dukungan penyedia pelayanan kesehatan primer atau petugas kesehatan dapat meningkatkan perilaku kesehatan pada masyarakat.

d). *Community level*

Pada tingkat komunitas, banyak faktor yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan, termasuk banyaknya kasus penyakit dan kematian di suatu komunitas. Persepsi mengenai resiko merupakan hal penting dimana mereka akan melakukan pencegahan dalam bentuk perilaku kesehatan.

e). **Policy level**

Kebijakan pemerintah berupa peraturan, pedoman, atau undang-undang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan. Perlu adanya dukungan dari pemerintah dalam meningkatkan perilaku kesehatan masyarakat.



Gambar 2.2. Social Ecological Model (Mc Leroy et al.,1988)

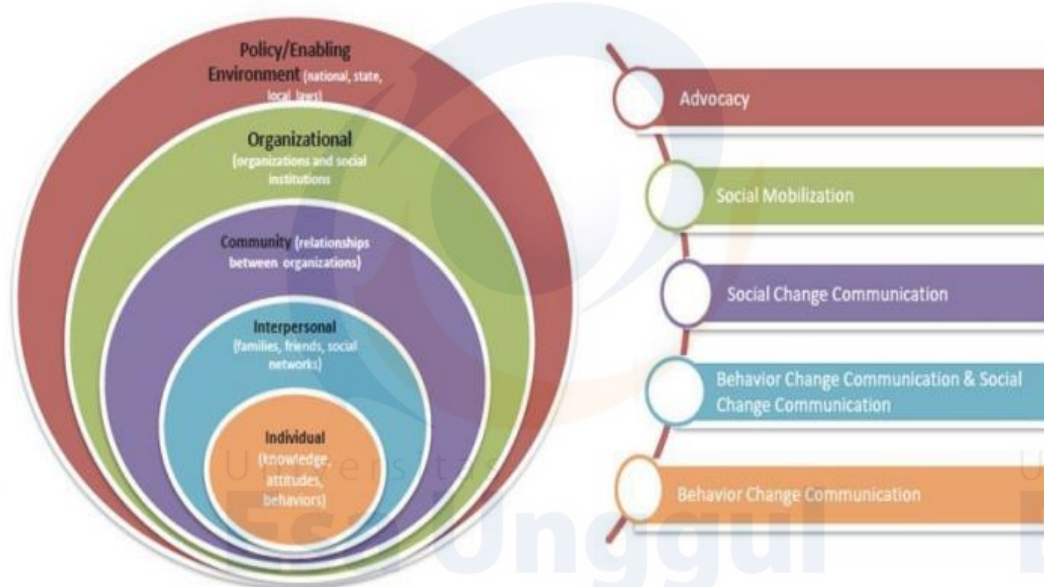
2.2.3 Intervensi dalam Social Ecological Model

Intervensi yang dapat dilakukan untuk merubah perilaku pada tiap tingkatan tersebut yaitu *Behaviour Change Communication* yang dapat dipraktekkan pada tingkat individu dan keluarga, *Behaviour Change Communication* dan *Social Change Communication* yang dapat dipraktekkan pada tingkat interpersonal, *Social Change Communication* yang dapat dipraktekkan pada tingkat komunitas, *Social Mobilization* yang dapat dipraktekkan pada tingkat institusi atau organisasi, dan *Advocacy* yang dapat dipraktekkan pada tingkat publik atau kebijakan (UNICEF, 2005).

Dalam suatu penelitian di India, Darmstadt et al., (2006) menggunakan upaya mobilisasi komunitas (*Community Mobilization*) dan komunikasi perubahan perilaku (*Behaviour Change Communication*) sebagai intervensi untuk memperkenalkan PMK di komunitas. Program mobilisasi komunitas dan komunikasi perubahan perilaku didesain

untuk meningkatkan perawatan bayi baru lahir esensial, termasuk adopsi PMK pada ibu hamil, keluarganya, dan tokoh masyarakat melalui kader.

Proses dimulai dengan membuat perijinan, pedoman, dan memobilisasi dukungan dari tokoh-tokoh masyarakat (mobilisasi komunitas). Ketika ditemui adanya ibu hamil pada wilayah intervensi, pesan perubahan perilaku disampaikan pada ibu dan keluarganya oleh kader melalui kunjungan rumah. Komunikasi perubahan perilaku difokuskan pada perawatan bayi baru lahir esensial, termasuk PMK yang dilakukan pada periode antenatal dan posnatal. Pada kunjungan posnatal, pesan perubahan perilaku yang diberikan pada periode antenatal diperkuat dan kader membantu ibu baru melahirkan untuk mempraktekkan PMK.



Gambar 2.3. Strategic Communication for Behavior and Social Change, UNICEF (2015)

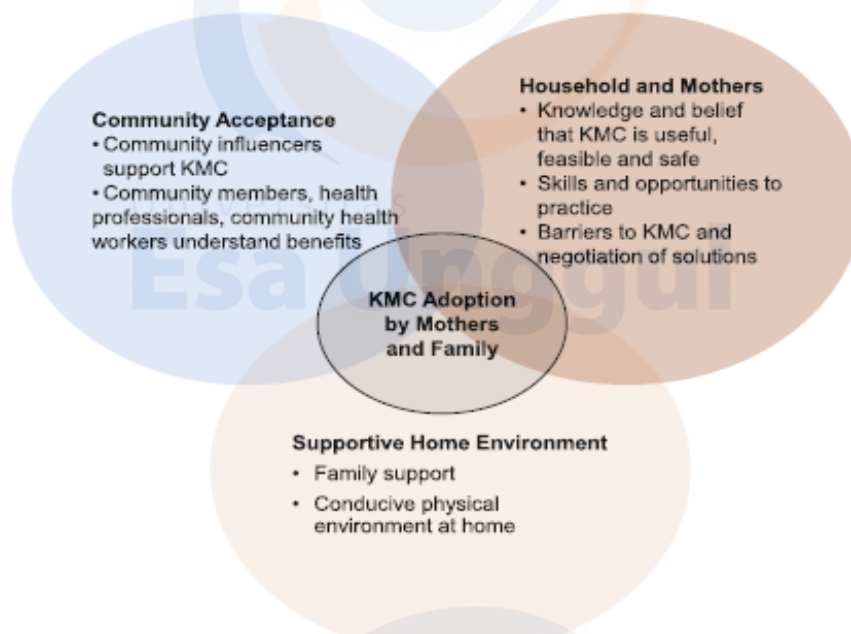
2.2.4 Model Adopsi PMK di Komunitas

Dalam penerapan PMK paska perawatan dari rumah sakit (PMK di komunitas), terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi ibu dalam mempraktekkan PMK. Dalam penelitiannya di India, Mazumder et al. (2018) membuat sebuah kerangka konseptual untuk mencapai penerimaan yang baik mengenai PMK. Kerangka konseptual tersebut merupakan panduan dalam penelitian formatif yang dilakukannya dan dapat

mengidentifikasi faktor penting untuk mempromosikan PMK di komunitas. Kerangka konseptual tersebut memperhatikan pula nilai budaya, tradisional, dan masukan dari keluarga untuk mengidentifikasi solusi untuk mempromosikan dan mendukung sebuah intervensi baru. Menurut Mazumder et al. (2018), adopsi atau penerimaan PMK oleh ibu dan keluarga sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor pada beberapa tingkatan yaitu pada tingkat individu, keluarga, komunitas, sosial, budaya, dan keagamaan. Dalam kerangka konseptualnya, mereka membagi faktor-faktor yang mempengaruhi adopsi PMK kedalam tiga komponen, yaitu faktor ibu dan keluarga, komunitas, dan lingkungan fisik.

Faktor ibu dan keluarga meliputi pengetahuan dan sikap bahwa PMK bermanfaat, dapat dilakukan, dan aman; keterampilan dalam mempraktekkan PMK; dan adanya peluang dalam melaksanakan PMK. Jika ibu dan keluarga mempunyai kesadaran mengenai kondisi BBLR yang rentan terhadap penyakit, adanya kebutuhan untuk perawatan khusus pada BBLR, pengetahuan mengenai manfaat PMK, dan kemampuan untuk mempraktekkan PMK dan mampu untuk menyelesaikan masalah yang ditemui dalam mempraktekkan PMK, maka akan meningkatkan adopsi PMK di komunitas.

Faktor komunitas meliputi dukungan dari komunitas dalam penerimaan PMK. Jika tokoh masyarakat, anggota masyarakat, tenaga kesehatan, pekerja komunitas, dan kader kesehatan mendukung dan memahami manfaat PMK, maka akan meningkatkan adopsi PMK di komunitas. Dan faktor lainnya yaitu lingkungan fisik di rumah yang kondusif dalam mempraktekkan PMK. Jika lingkungan fisik di rumah kondusif dan nyaman untuk mempraktekkan PMK, maka akan meningkatkan penerimaan PMK di komunitas.



Gambar 2.4. Model Adopsi PMK di Komunitas (Mazumder et al., 2018)

Model perubahan perilaku kesehatan pada penelitian ini diadopsi dari Model Ekologi Sosial (MES), dimana praktek PMK dipengaruhi oleh sistem sosial dan interaksi antara faktor individu dan lingkungannya, yang terdiri dari lima tingkatan, yaitu tingkat individu, interpersonal, institusi, komunitas, dan publik. Menurut Mazumder et al. (2018), adopsi atau penerimaan PMK oleh ibu dan keluarga dipengaruhi oleh faktor ibu dan keluarga, komunitas, dan lingkungan fisik.

2.3 Pendampingan Kader Kesehatan mengenai PMK

2.3.1 Pengertian Pendampingan

Adanya pendampingan sebagai unsur penggerak tercapainya keswadayaan dan kemandirian masyarakat mempunyai posisi yang strategis dalam upaya pemberdayaan masyarakat. Suatu gerakan pemberdayaan berangkat dari kondisi ketidakberdayaan masyarakat untuk memperjuangkan hidupnya ke arah yang lebih baik. Oleh karenanya dibutuhkan pendampingan, baik berasal dari “luar” masyarakat ataupun pendamping yang berasal dari masyarakat itu sendiri (Priyono dan Pranarka, 1996).

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), pendampingan atau lebih dikenal dengan istilah *mentoring* memiliki makna membimbing atau mengasuh.

Menurut Salim (2014), mentoring merupakan sebagai sebuah aktivitas bimbingan dari seseorang yang sudah sangat menguasai hal-hal tertentu dan membagikan ilmunya kepada orang yang membutuhkannya. Orang yang melakukan kegiatan mentoring disebut dengan mentor sedangkan orang yang di-mentor-i disebut mentee. Selain istilah mentoring, terminologi pendampingan juga dikenal dengan istilah coaching. Terminologi mentoring dan coaching memiliki makna yang hampir sama. Berikut ini adalah perbedaan antara mentoring dan coaching, yaitu coaching membantu individu untuk mengembangkan solusi mereka sendiri dan melatih proses berpikir, yang kemudian dapat diterapkan secara mandiri di masa depan dan coach umumnya tidak diperlukan untuk ahli dalam bidang usaha klien, sedangkan mentoring biasanya melibatkan bimbingan dari seorang individu yang lebih berpengalaman atau senior, menimbulkan berbagai hubungan pendampingan jangka panjang antara mentee dan mentor, dan mentor diharapkan untuk mengetahui jawaban atas tugas yang dilakukan oleh mentee.

Dikalangan dunia pengembangan masyarakat istilah pendampingan merupakan istilah baru yang muncul sekitar 90-an, sebelum itu istilah yang banyak dipakai adalah pembinaan. Ketika istilah pembinaan ini dipakai terkesan ada tingkatan yaitu ada pembinaan dan yang dibina, pembinaan adalah orang atau lembaga yang melakukan pembinaan sedangkan yang dibina adalah masyarakat. Kesan lain yang muncul adalah pembinaan sebagai pihak yang aktif sedang yang dibina pasif atau pembinaan adalah sebagai subjek yang dibina adalah objek. Oleh karena itu istilah pendampingan dimunculkan, langsung mendapat sambutan positif dikalangan praktisi pengembangan masyarakat. Karena kata pendampingan menunjukkan kesejajaran (tidak ada yang satu lebih dari yang lain), yang aktif justru yang didampingi sekaligus sebagai subjek utamanya, sedang pendamping lebih bersifat membantu saja. Dengan demikian pendampingan dapat diartikan sebagai satu interaksi yang terus menerus antara pendamping dengan anggota kelompok atau masyarakat hingga terjadinya proses perubahan kreatif yang diprakarsai oleh anggota kelompok atau masyarakat yang sadar diri dan terdidik (tidak berarti punya pendidikan formal).

Dalam ilmu kesejahteraan sosial, terdapat beberapa istilah yang terkait berkaitan dengan pendamping, misalnya *community organizer* (Skidmore & Milton, 1982), *community worker* (Ife, 1995), *front line worker* (Cox et al, 1997), dan beberapa istilah

lain seperti *social agent*, *aktivist*, *enabler*, dan beberapa istilah yang pada hakekatnya memiliki esensi yang sama yaitu pekerja sosial yang berfungsi sebagai pendamping komunitas yang melaksanakan tugas dengan masyarakat untuk meningkatkan kesejahteraan manusia. Midgley (1995) memberikan pemikiran bahwa untuk melakukan pengembangan masyarakat pada umumnya menggunakan tenaga para professional yang terlatih (*trained para professional personnel*) yang berasal dari luar masyarakat. Namun demikian dimungkinkan juga kegiatan pengembangan masyarakat menggunakan tenaga pendamping dari petugas-petugas lokal, dalam rangka memobilisasi partisipasi lokal, mengorganisir kegiatan dan menghubungkan dengan lembaga-lembaga masyarakat.

Priyono dan Pranarka (1996) mengemukakan bahwa pendampingan dapat dilakukan melalui beberapa cara, yaitu pendamping setempat yang berasal dari tokoh-tokoh masyarakat dan kader-kader yang ada di desa setempat; pendamping teknis yang berasal dari tenaga penyuluh lapangan, petugas sosial dan petugaspetugas lapangan lainnya, dan pendamping khusus yang disediakan bagi masyarakat desa miskin tertinggal dengan pembinaan khusus.

Konsep pendampingan di Indonesia salah satunya tertera dalam Undang-Undang RI No.14 tahun 2019 tentang pekerja sosial. Pekerja sosial adalah seseorang yang memiliki pengetahuan, keterampilan, dan nilai praktik pekerjaan sosial serta telah mendapatkan sertifikat kompetensi. Praktik pekerjaan sosial adalah penyelenggaraan pertolongan profesional yang terencana, terpadu, berkesinambungan dan tersupervisi untuk mencegah disfungsi sosial, serta memulihkan dan meningkatkan keberfungsian sosial individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Tujuan pekerja sosial melaksanakan praktik pekerjaan sosial yaitu:

- a. Mencegah terjadinya disfungsi sosial individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat;
- b. Memulihkan dan meningkatkan keberfungsian sosial individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat;
- c. Meningkatkan ketahanan sosial masyarakat dalam menghadapi masalah kesejahteraan sosial;
- d. Meningkatkan kualitas manajemen penyelenggaraan kesejahteraan sosial dalam rangka mencapai kemandirian individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat; dan

- e. Meningkatkan kemampuan dan kepedulian masyarakat dalam penyelenggaraan kesejahteraan sosial secara melembaga dan berkelanjutan.

Praktik pekerjaan sosial meliputi pencegahan disfungsi sosial, perlindungan sosial, rehabilitasi sosial, pemberdayaan sosial, dan pengembangan sosial. Pencegahan disfungsi sosial merupakan intervensi pekerjaan sosial yang ditujukan untuk mencegah terjadinya disfungsi sosial individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Pencegahan disfungsi sosial dilakukan dalam bentuk penyuluhan sosial, bimbingan sosial, pendampingan sosial, peningkatan kapasitas, pelatihan keterampilan, pelayanan aksesibilitas, advokasi sosial; dan/atau pencegahan disfungsi sosial bentuk lain.

Pelindungan sosial merupakan intervensi pekerjaan sosial yang ditujukan untuk mencegah dan menangani risiko dari guncangan dan kerentanan sosial individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat agar kelangsungan hidupnya dapat dipenuhi sesuai dengan kebutuhan dasar minimal. Pelindungan sosial dilakukan melalui bantuan sosial, advokasi sosial, dan/atau pemberian akses bantuan hukum.

Rehabilitasi sosial merupakan intervensi pekerjaan sosial yang ditujukan untuk memulihkan dan mengembangkan kemampuan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat yang mengalami disfungsi sosial agar dapat melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar. Rehabilitasi sosial dapat dilaksanakan secara persuasif, motivatif, dan koersif. Rehabilitasi sosial dasar merupakan upaya yang dilakukan untuk memulihkan keberfungsian sosial individu, keluarga, kelompok, dan/atau masyarakat. Rehabilitasi sosial dasar dilakukan dalam bentuk motivasi dan diagnosis psikososial, perawatan dan pengasuhan, bimbingan mental spiritual, bimbingan fisik, bimbingan sosial dan konseling, pelayanan aksesibilitas, bantuan dan asistensi sosial; dan/atau rujukan. Rehabilitasi sosial lanjut merupakan upaya yang dilakukan untuk mengembangkan keberfungsian sosial individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Rehabilitasi sosial lanjut dilakukan dalam bentuk motivasi dan diagnosis psikososial, perawatan dan pengasuhan, pelatihan vokasional dan pembinaan kewirausahaan, pelayanan aksesibilitas, bantuan dan asistensi sosial, bimbingan resosialisasi, bimbingan lanjut; dan/atau rujukan. Rehabilitasi sosial lanjut juga dilakukan dalam bentuk terapi fisik, terapi mental spiritual, terapi psikososial, terapi untuk penghidupan, pemenuhan hidup layak, dukungan aksesibilitas; dan/atau bentuk lainnya yang mendukung keberfungsian sosial.

Pemberdayaan sosial merupakan intervensi pekerjaan sosial yang ditujukan untuk memberdayakan individu, keluarga, kelompok, dan/atau masyarakat yang mengalami masalah sosial agar mampu meningkatkan kualitas kehidupannya secara mandiri; dan meningkatkan peran serta lembaga dan/atau perseorangan sebagai potensi dan sumber daya dalam penyelenggaraan kesejahteraan sosial. Pemberdayaan sosial dilakukan melalui identifikasi permasalahan dan sumber daya yang dapat dikembangkan, penumbuhan kesadaran dan pemberian motivasi, pelatihan keterampilan, penguatan kelembagaan dalam masyarakat, pendampingan, kemitraan dan penggalangan dana, pemberian akses terhadap stimulan modal, peralatan usaha, dan tempat usaha, peningkatan akses pemasaran hasil usaha, supervisi dan advokasi sosial, penguatan keserasian sosial; dan/atau bimbingan lanjut.

Pengembangan sosial merupakan intervensi pekerjaan sosial yang ditujukan untuk meningkatkan dan mengembangkan kualitas kehidupan serta keberfungsian sosial individu, keluarga, kelompok, dan/atau masyarakat melalui partisipasi aktif atas prakarsa perseorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Pengembangan dilakukan dalam bentuk pemetaan sosial, advokasi sosial, pendidikan psikoedukasi, kampanye sosial, pengembangan kemitraan, peningkatan aksesibilitas, supervisi sosial, penguatan integrasi sosial, pengembangan inovasi pekerjaan sosial; dan/atau pengembangan sosial bentuk lain.

Dalam rangka meningkatkan praktek PMK pada ibu BBLR, kader kesehatan dapat berperan untuk melakukan pendampingan mengenai PMK. Berdasarkan studi literatur dan penelitian awal, maka konsep pendampingan dalam studi disertasi ini yaitu kunjungan rumah yang dilakukan oleh kader kesehatan terhadap ibu BBLR untuk memberikan informasi dan edukasi mengenai PMK dan pemberian ASI; mengingatkan dan memberikan motivasi mengenai praktek PMK dan pemberian ASI; memberikan media Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) berupa *booklet*; dan membantu ibu untuk mengikat kain PMK jika ibu membutuhkan pertolongan. Kunjungan rumah dilakukan mulai hari ke-3 setelah ibu pulang dari rumah sakit dan kunjungan selanjutnya dilakukan tiap minggu sebanyak minimal 3 kali kunjungan atau sampai bayi mencapai berat 2500 gr. Dalam menjalankan perannya tersebut maka kader kesehatan harus mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang memadai mengenai PMK yang salah satunya dapat diperoleh melalui pelatihan mengenai PMK.

2.3.2 Pengertian dan Peran Kader Kesehatan

Kader kesehatan merupakan anggota komunitas yang dilatih untuk melaksanakan satu atau lebih fungsi yang berkaitan dengan kesehatan. Terdapat berbagai definisi yang menjelaskan mengenai kader kesehatan. Menurut WHO (2007), kader kesehatan adalah anggota masyarakat yang tinggal di tempat mereka bekerja, dipilih oleh masyarakat tersebut, bertanggung jawab kepada masyarakat tempat mereka bekerja, didukung oleh sistem kesehatan tetapi tidak harus menjadi bagian dari organisasinya, dan telah mengikuti pelatihan tertentu yang jangka waktunya lebih singkat daripada tenaga profesional. Witmer et al., (1995) mendefinisikan kader kesehatan sebagai anggota masyarakat yang bekerja secara khusus di komunitas dan sebagai penghubung antara konsumen dan penyedia pelayanan kesehatan untuk mempromosikan kesehatan pada masyarakat, terutama pada masyarakat yang sulit mendapatkan akses terhadap perawatan kesehatan yang memadai.

Di Indonesia, kader kesehatan merupakan bagian dari Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) yang dilatih untuk melaksanakan satu atau lebih fungsi yang berkaitan dengan kesehatan. Kader kesehatan atau kader Posyandu adalah anggota masyarakat yang bersedia, mampu dan memiliki waktu untuk menyelenggarakan kegiatan Posyandu secara sukarela (Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia, 2011). Posyandu merupakan salah satu bentuk upaya kesehatan bersumber daya masyarakat, yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011). Secara umum, dapat disimpulkan bahwa kader kesehatan merupakan tenaga sukarela yang dipilih oleh komunitas sebagai penghubung antara masyarakat dan penyedia pelayanan kesehatan dalam rangka meningkatkan perilaku kesehatan masyarakat.

Kader kesehatan merupakan bagian dari tim perawatan kesehatan untuk mempromosikan kesehatan individu dan masyarakat dengan memberikan dukungan yang berpusat pada keluarga yang disesuaikan dengan kebutuhan unik individu atau keluarga (Association of State and Territorial Health Officials, 2015). Secara umum, kader kesehatan di berbagai negara terlibat dalam kegiatan promosi kesehatan yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak, misalnya informasi tentang pentingnya perawatan antenatal, praktik persalinan yang bersih, perawatan tali pusat yang bersih,

menyusui eksklusif, perawatan kehangatan untuk bayi berat lahir rendah dan mengajarkan ibu tentang tanda bahaya (Barger et al., 2017).

Bukti menunjukkan bahwa kader kesehatan dapat meningkatkan akses layanan dan kesehatan untuk kelompok rentan. Menurut CDC (2015), kader kesehatan merupakan penghubung yang kompeten secara budaya antara penyedia layanan kesehatan dan anggota masyarakat yang beragam. Kader kesehatan telah terbukti efektif untuk mempromosikan perawatan primer dan tindak lanjut untuk berbagai masalah kesehatan, termasuk kesehatan ibu dan anak dan imunisasi, asma, dan diabetes. Menurut Massachusetts Department of Public Health's (2015), kader kesehatan dapat meningkatkan kualitas layanan dan kesehatan dengan meningkatkan akses pasien terhadap layanan preventif, penanganan mandiri penyakit kronis, kunjungan rumah ibu-anak, dan dukungan perinatal.

Menurut Hostetter & Klein (2015), kader kesehatan dapat meningkatkan kesehatan ibu dan anak dengan mendorong ibu untuk mengikuti perawatan yang direkomendasikan, mendukung vaksinasi anak, dan mempromosikan deteksi dini kesehatan dan gizi yang lebih baik. Kader kesehatan juga dapat meningkatkan kesehatan pasien dengan penyakit kronis seperti asma, kanker, dan depresi, dan mengurangi biaya pelayanan kesehatan melalui terjadinya penurunan kunjungan ke fasilitas kesehatan. Walaupun ada berbagai macam peran yang dilakukan oleh kader kesehatan, sebagian besar kegiatan kader kesehatan berada pada wilayah kesehatan ibu dan anak dan perawatan kesehatan primer yang cenderung berfokus pada tiga area utama yaitu promosi kesehatan, mobilisasi masyarakat, dan perawatan (Glenton & Javadi, 2013).

Di Indonesia, peran kader kesehatan tidak terlepas dari kegiatan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu). Berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 tahun 2011 tentang Pedoman Pengintegrasian Layanan Sosial Dasar di Pos Pelayanan Terpadu (Kementerian Dalam Negeri RI, 2011), disebutkan bahwa Posyandu adalah salah satu bentuk upaya kesehatan bersumber daya masyarakat yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi.

Ruang lingkup pengintegrasian layanan sosial dasar di Posyandu meliputi:

- a. Pembinaan gizi dan kesehatan ibu dan anak;
- b. Pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan;
- c. Perilaku hidup bersih dan sehat;
- d. Kesehatan lanjut usia;
- e. Bina Keluarga Balita (BKB);
- f. Pos Pendidikan Anak Usia Dini (Pos PAUD);
- g. Percepatan penganekaragaman konsumsi pangan;
- h. Pemberdayaan fakir miskin, komunitas adat terpencil dan penyandang masalah kesejahteraan sosial;
- i. Kesehatan reproduksi remaja; dan
- j. Peningkatan ekonomi keluarga

Berkaitan dengan kesehatan ibu, bayi dan balita, salah satu ruang lingkup layanan di Posyandu yaitu pembinaan gizi dan kesehatan ibu dan anak. Jenis layanan pembinaan gizi dan kesehatan ibu dan anak meliputi:

- a. Suplementasi gizi mikro;
- b. Penyuluhan gizi seimbang, konseling makanan bayi dan balita;
- c. Pelayanan gizi meliputi pemantauan pertumbuhan, pemberian vitamin, pemberian makanan tambahan, penyuluhan, komunikasi informasi dan edukasi gizi;
- d. pemeriksaan tinggi badan dan berat badan, ukur lingkar lengan atas, tekanan darah, tinggi fundus uteri, pemberian tablet tambah darah, bila diperlukan imunisasi toxoid tetanus, konseling, pemeriksaan kehamilan bagi ibu hamil;
- e. layanan Keluarga Berencana (KB) berupa suntik, pil dan kondom;
- f. sosialisasi program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi;
- g. pemberian Imunisasi dasar 0 – 9 bulan;
- h. pemantauan stimulasi deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang pada usia 3, 6, 9 dan 12 bulan dan anak usia kurang dari 1 tahun minimal 2 kali dalam setahun; dan
- i. konseling dan penyuluhan mengenai perawatan bayi baru lahir, tanda-tanda bahaya pada bayi dan balita.

Pemberi layanan pembinaan gizi dan kesehatan ibu dan anak tersebut dilakukan oleh tenaga kesehatan, tenaga gizi, kader, dan kader terlatih sesuai dengan ruang lingkup tugasnya masing-masing sebagai berikut:

- a. Kegiatan suplementasi gizi mikro, penyuluhan gizi seimbang, konseling makanan bayi dan balita, dan pelayanan gizi meliputi pemantauan pertumbuhan, pemberian vitamin dilakukan oleh tenaga kesehatan dan kader;
- b. Pemeriksaan tinggi badan dan berat badan, ukur lingkaran lengan atas, tekanan darah, tinggi fundus uteri, pemberian tablet tambah darah, imunisasi toxoid tetanus, konseling, pemeriksaan kehamilan bagi ibu hamil, layanan KB berupa suntik, pil dan kondom, sosialisasi program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi, dan pemberian imunisasi dasar 0 – 9 bulan dilakukan oleh tenaga kesehatan dan tenaga gizi;
- c. Kegiatan pemantauan stimulasi deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang pada usia 3, 6, 9 dan 12 bulan dan anak usia kurang dari 1 tahun minimal 2 kali dalam setahun dan konseling dan penyuluhan mengenai perawatan bayi baru lahir, tanda-tanda bahaya pada bayi dan balita dilakukan oleh tenaga kesehatan dan kader terlatih.

Instansi teknis pembina pada pembinaan gizi dan kesehatan ibu dan anak yaitu satuan kerja perangkat daerah yang membidangi kesehatan, yaitu seksi kesejahteraan rakyat (Kesra).

Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan pengintegrasian layanan sosial dasar dilakukan secara berjenjang, mulai dari tingkat kelurahan sampai dengan kementerian dalam negeri. Pemantauan dan evaluasi pengintegrasian layanan sosial dasar di masing-masing tingkat pemerintahan dilakukan oleh Kelompok Kerja Operasional (Pokjandal) Posyandu. Pelaporan kegiatan kepada camat dilakukan setiap 1 bulan sekali dalam 1 tahun, pelaporan kepada bupati/walikota dilakukan setiap 2 bulan sekali dalam 1 tahun, pelaporan kepada gubernur dilakukan setiap 4 bulan sekali dalam 1 (satu) tahun, dan pelaporan kepada Menteri Dalam Negeri melalui Direktur Jenderal Pemberdayaan Masyarakat Desa setiap 6 bulan sekali dalam 1 tahun. Pembinaan dan pengawasan pelaksanaan pengintegrasian layanan sosial dasar di Posyandu meliputi sosialisasi, rapat koordinasi, konsultasi, workshop, lomba, penghargaan, dan pelatihan. Pembiayaan pelaksanaan pengintegrasian layanan sosial dasar di Posyandu dibebankan pada Anggaran Pendapatan Belanja Negara, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah provinsi, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah kabupaten/kota, Anggaran

Pendapatan dan Belanja Desa dan sumber pembiayaan lainnya yang sah dan tidak mengikat.

Menurut Depkes RI (2011), tugas dan tanggung jawab kader dalam penyelenggaraan Posyandu meliputi tugas sebelum hari buka Posyandu, pada hari buka Posyandu, dan diluar hari buka Posyandu (Kementerian Kesehatan RI, 2011). Tugas dan tanggung jawab kader sebelum hari buka Posyandu yaitu:

- a. Menyebarluaskan hari buka Posyandu melalui pertemuan warga setempat;
- b. Mempersiapkan tempat pelaksanaan Posyandu;
- c. Mempersiapkan sarana Posyandu;
- d. Melakukan pembagian tugas antar kader;
- e. Berkoordinasi dengan petugas kesehatan dan petugas lainnya; dan
- f. Mempersiapkan bahan PMT penyuluhan.

Tugas dan tanggung jawab kader pada hari buka Posyandu yaitu:

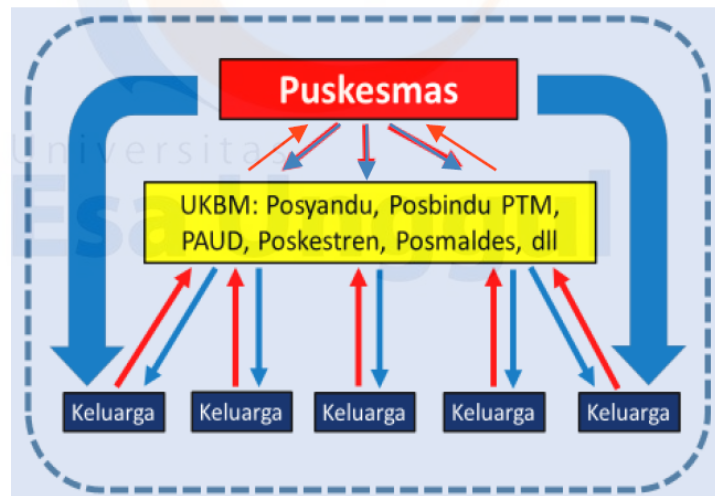
- a. Melaksanakan pendaftaran pengunjung Posyandu;
- b. Melaksanakan penimbangan balita dan ibu hamil yang berkunjung ke Posyandu;
- c. Mencatat hasil penimbangan di buku KIA atau KMS dan mengisi buku register Posyandu;
- d. Pengukuran LILA pada ibu hamil dan WUS;
- e. Melaksanakan kegiatan penyuluhan dan konseling kesehatan dan gizi sesuai dengan hasil penimbangan serta memberikan PMT;
- f. Membantu petugas kesehatan memberikan pelayanan kesehatan dan KB sesuai kewenangannya; dan
- g. Setelah pelayanan Posyandu selesai, kader Bersama petugas kesehatan melengkapi pencatatan dan membahas hasil kegiatan serta tindak lanjut.

Tugas dan tanggung jawab kader di luar hari buka Posyandu yaitu:

- a. Mengadakan pemutakhiran data sasaran Posyandu yang terdiri dari ibu hamil, ibu nifas dan ibu menyusui serta bayi dan anak balita;
- b. Membuat diagram batang (balok) SKDN tentang jumlah semua balita yang bertempat tinggal di wilayah kerja Posyandu, jumlah balita yang mempunyai Kartu Menuju Sehat (KMS) atau buku KIA, jumlah balita yang datang pada hari buka Posyandu, dan jumlah balita yang timbangan berat badannya naik;

- c. Melakukan tindak lanjut terhadap sasaran yang tidak datang dan sasaran yang memerlukan penyuluhan lanjutan;
- d. Memberitahukan kepada kelompok sasaran agar berkunjung ke Posyandu saat hari buka; dan
- e. Melakukan kunjungan tatap muka ke tokoh masyarakat dan menghadiri pertemuan rutin kelompok masyarakat atau organisasi keagamaan

Dalam konsep Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga (Kementerian Kesehatan RI, 2016), Puskesmas melibatkan kader-kader kesehatan dalam rangka meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan atau meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas (Kementerian Kesehatan RI, 2016). Pendekatan keluarga yang dilakukan oleh Puskesmas merupakan pengembangan dari kunjungan rumah dan perluasan dari upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) yang mengintegrasikan upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) secara berkesinambungan, dengan target keluarga, didasarkan pada data dan informasi dari profil kesehatan keluarga. Dengan adanya kunjungan keluarga di rumah, Puskesmas akan dapat mengenali masalah-masalah kesehatan dan PHBS yang dihadapi keluarga secara lebih menyeluruh (holistik) dan memotivasi anggota keluarga untuk memanfaatkan UKBM dan/atau pelayanan Puskesmas. Kader kesehatan sebagai bagian dari UKBM diharapkan dapat memperkuat upaya penjangkauan Puskesmas terhadap masyarakat dan melakukan pendampingan terhadap masyarakat.



Gambar 2.5. Mekanisme interaksi Puskesmas-Keluarga-UKBM

(Kementerian Kesehatan RI, 2016)

2.3.3 Pendampingan Kader Kesehatan mengenai PMK

Perawatan Metode Kanguru (PMK) adalah perawatan untuk bayi prematur dengan melakukan kontak langsung antara kulit bayi dengan kulit ibu (*skin-to-skin contact*) (WHO, 2003). Pelaksanaan PMK dimulai di rumah sakit dan kemudian dapat dilanjutkan di rumah (PMK di komunitas) dengan adanya dukungan dan tindak lanjut (*follow up*) yang memadai. Menurut WHO (2012), peran kader kesehatan dalam perawatan BBLR khususnya PMK yaitu promosi, inisiasi, dan pemeliharaan/pemantauan PMK. Peran inisiasi dan pemeliharaan/ pemantauan PMK hanya dapat dilakukan dengan adanya pengawasan atau supervisi yang baik oleh petugas kesehatan dan adanya sistem rujukan yang baik di fasilitas kesehatan.

Penelitian-penelitian yang dilakukan di Bangladesh, India, dan Ghana menunjukkan bahwa praktek PMK di komunitas dapat diterima atau diadopsi dengan baik dengan adanya dukungan dari kader kesehatan (Sloan et al., 2008; Ahmed et al., 2011; Quasem et al., 2003; Mazumder et al., 2017; Mazumder et al., 2018; Darmstadt et al., 2006; Rasaily, et al., 2017; Bazzano et al., 2012). Dukungan dalam bentuk edukasi mengenai PMK yang diberikan oleh kader kesehatan telah terbukti meningkatkan pengetahuan mengenai PMK, sikap terhadap PMK, praktek PMK, pemberian ASI, menurunkan morbiditas dan *Neonatal Mortality Rate* (NMR).

Penelitian yang dilakukan di Bangladesh (Sloan et al., 2008) bertujuan untuk menguji efektifitas edukasi mengenai PMK oleh kader terhadap bayi baru lahir dan kelangsungan hidup bayi. Dalam penelitian tersebut, kader dilatih mengenai PMK dan selanjutnya kader mengajarkan PMK pada semua wanita hamil dan pascamelahirkan di lokasi intervensi. Materi pelatihan mengenai PMK meliputi durasi PMK yang ideal yaitu 24 jam per hari, posisi PMK, pemberian ASI eksklusif dan sesuai dengan permintaan bayi (*on demand*), menjaga suhu bayi, mendorong dukungan keluarga dalam praktek PMK, dan segera membawa bayi ke pelayanan kesehatan jika terdapat tanda bahaya pada bayi. Selanjutnya bayi baru lahir diikuti selama 30 sampai 45 hari dan balita diikuti secara triwulanan sampai 1 tahun untuk didata mengenai status vital, morbiditas, status gizi, pemberian ASI, PMK, pertumbuhan, dan penggunaan pelayanan kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan berat badan bayi, lingkar kepala atau lengan bayi, dan morbiditas selama 30 sampai 45 hari pada kelompok intervensi dan kontrol, namun terdapat perbedaan jumlah ibu yang mempraktekkan PMK selama 1-7 jam per hari pada kedua kelompok (39% pada kelompok intervensi dan 0,26% pada kelompok kontrol), dan adanya penurunan Infant Mortality Rate (IMR) dari *baseline* (13% penurunan pada kelompok intervensi dan 3% penurunan pada kelompok kontrol)

Dalam penelitian yang sama, Ahmed et al., (2011) melakukan penelitian *randomized controlled* di Bangladesh untuk menguji efektivitas PMK di komunitas dalam mencegah kematian bayi baru lahir dan bayi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa PMK berdampak pada survival (menurunkan *Neonatal Mortality Rate-NMR*) ketika bayi baru lahir diberikan PMK selama lebih dari 7 jam per hari pada dua hari pertama kehidupan bayi. Dalam penelitian tersebut juga ditemukan bahwa pemberian ASI, penundaan memandikan bayi, dan morbiditas berhubungan dengan lamanya PMK dalam satu hari.

Penelitian lainnya di Bangladesh (Quasem et al., 2003) bertujuan untuk membuat suatu protokol sederhana mengenai implementasi PMK di komunitas yang tidak membutuhkan berat lahir atau penilaian klinis untuk mengidentifikasi bayi baru lahir mana yang seharusnya menerima PMK. Dalam penelitian tersebut, kader gizi dilatih mengenai PMK dan perawatan bayi baru lahir esensial, dan selanjutnya kader mengajarkan materi tersebut pada ibu hamil dan pascamelahirkan beserta keluarganya

pada wilayah cakupannya. Materi pelatihan meliputi posisi PMK, pemberian ASI eksklusif dan sesuai dengan permintaan bayi (*on demand*), menjaga suhu bayi, membawa bayi ke pelayanan kesehatan jika terdapat tanda bahaya pada bayi, dan praktek higienis untuk pencegahan infeksi). Selanjutnya kader kesehatan melakukan kunjungan rumah untuk mengevaluasi praktek PMK terhadap ibu pada waktu satu bulan pascamelahirkan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 66% ibu melakukan PMK pada 2 hari pertama kehidupan bayi, 45% pada minggu pertama kehidupan bayi, dan 26% pada bulan pertama kehidupan bayi. Ibu yang diajarkan mengenai PMK pada saat *antenatal care* melakukan inisiasi PMK lebih dini, yaitu pada 2 hari pertama kehidupan bayi (70% dibandingkan 63% pada saat *postnatal care*).

Penelitian yang dilakukan oleh Darmstadt et al., (2006) di Uttar Pradesh, India bertujuan untuk mengevaluasi penerimaan PMK dan mengukur suhu ibu dan bayi di rumah. Mereka mendesain paket intervensi untuk mempromosikan PMK yang dimasukkan dalam perawatan rumah bayi baru lahir esensial. Paket intervensi tersebut meliputi persiapan persalinan, pemberian ASI, perawatan tali pusat yang higienis, perawatan suhu termasuk PMK. Intervensi dilakukan bersamaan oleh Saksham (petugas kesehatan komunitas) dan Saksham Karta (kader kesehatan) pada saat *antenatal care* dan *postnatal care*. Kunjungan rumah *antenatal care* dilakukan pada bulan ke-7 dan 9 kehamilan, sedangkan kunjungan *postnatal care* dilakukan pada hari 1 dan hari ke-2 atau 3. Penelitian *Randomized controlled trial* tersebut terdiri dari 3 kelompok, yaitu kelompok kontrol, yaitu kelompok yang mendapatkan pelayanan biasa dari pemerintah dan organisasi non pemerintah di area tersebut; kelompok intervensi 1, yaitu kelompok yang mendapatkan perawatan bayi baru lahir esensial termasuk PMK; kelompok intervensi 2, yaitu kelompok yang mendapatkan perawatan bayi baru lahir esensial dan Thermospott (perangkat kristal cair yang berubah warna apabila suhu tubuh turun menjadi hipotermi). Hasil penelitian menunjukkan bahwa terjadi peningkatan praktek PMK pada beberapa bulan pertama pelaksanaan intervensi, sementara pada kelompok kontrol tidak mencapai peningkatan sebesar 10% tiap bulannya. Pada waktu 6 bulan pelaksanaan intervensi, praktek PMK meningkat sebesar 75% secara konsisten pada kelompok intervensi.

Penelitian lain di India (Rasaily, et al., 2017) bertujuan untuk mengukur penerimaan PMK di komunitas. Dalam penelitian tersebut, tim dan pengawas program memberikan pelatihan pada perawat komunitas (*Auxiliary Nurse Midwives-ANM*), kader kesehatan (*Anganwadi Workers-AWWs*) dan *Accredited Social Health Activists-ASHA*), dan penolong persalinan tradisional mengenai PMK dan perawatan bayi baru lahir esensial (kehangatan, penundaan mandi, Inisiasi Menyusu Dini-IMD, pemberian ASI eksklusif, dan praktek higienis untuk pencegahan infeksi). Selanjutnya mereka memberikan komunikasi, informasi, dan edukasi mengenai materi tersebut pada ibu hamil dan pascamelahirkan di wilayahnya. Selanjutnya BBLR *follow up* setiap hari pada satu minggu pertama inisiasi PMK, lalu hari ke 9, 11, 13 dan 56 atau 60 untuk memperoleh informasi mengenai waktu inisiasi PMK, durasi PMK, faktor penghambat PMK, frekuensi menyusui, gangguan kesehatan pada bayi atau ibu. Hasil penelitian menemukan bahwa 55,4% ibu melakukan inisiasi PMK pada 72 jam awal kehidupan bayi dan PMK dipraktekkan selama 5 jam per hari.

Mazumder et al., (2018) mendesain paket intervensi untuk mempromosikan PMK di Haryana, India. Paket intervensi meliputi durasi, posisi PMK, dan praktek pemberian ASI yang optimal (IMD, pemberian *colostrum*, tidak memberikan makanan tambahan, memberikan ASI sesuai keinginan bayi (*on demand*) atau setiap 2 jam, minimal 8 kali selama 24 jam, dan ASI eksklusif). Dalam penelitian tersebut, tim peneliti juga menawarkan kain PMK dan diapers sekali pakai yang dibeli dari pasar. Kunjungan rumah dilakukan oleh *Auxiliary Nurse Midwives-ANM* (petugas kesehatan komunitas) dan *Accredited Social Health Activists-ASHA* (kader kesehatan) setiap hari pada minggu pertama dan kemudian pada hari-hari tertentu sampai bayi berusia 28 hari untuk memperoleh informasi mengenai persepsi manfaat PMK, waktu inisiasi PMK, durasi PMK (jam/ hari), total PMK (hari), dan faktor penghambat PMK beserta alternatif solusinya. Ketika kunjungan rumah, ANM membantu ibu untuk memulai praktek PMK di rumah, menjelaskan teknik dan manfaat PMK pada ibu dan anggota keluarga, dan membantu ibu untuk menggendong bayi pada posisi PMK. Ibu dinasehati untuk mempraktekkan PMK selama mungkin pada siang dan malam sampai bayi berusia 28 hari. Pada kunjungan rumah pertama, konseling dilakukan oleh ANM dan pada kunjungan selanjutnya dilakukan oleh ASHA. ANM dipanggil hanya jika ditemukan adanya masalah. Hasil penelitian menemukan bahwa ibu menyadari jika

BBLR membutuhkan perawatan khusus. Ibu merasa keberatan untuk mempraktekkan PMK dalam waktu yang lama karena mereka membutuhkan istirahat paska melahirkan. Kepercayaan bahwa ibu yang baru melahirkan tidak diperbolehkan untuk melakukan pekerjaan rumah tangga dan adanya dukungan anggota keluarga merupakan faktor pendukung dalam praktek PMK

Di Indonesia, salah satu cakupan layanan kesehatan yang diberikan oleh kader kesehatan bersama dengan tenaga kesehatan lain yaitu terkait dengan pembinaan gizi dan kesehatan ibu dan anak, meliputi konseling dan penyuluhan mengenai perawatan bayi baru lahir, tanda-tanda bahaya pada bayi dan balita (Kementerian Kesehatan RI, 2011). Selain itu, kader kesehatan bersama petugas kesehatan juga melakukan kegiatan kunjungan rumah sesuai program pemerintah untuk mencapai Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga. Dengan mengunjungi masyarakat di rumahnya, Puskesmas akan dapat mengenali masalah-masalah kesehatan yang dihadapi keluarga secara lebih menyeluruh (holistik). Masyarakat dapat dimotivasi untuk memperbaiki kondisi kesehatannya, perilaku hidup bersih dan sehat, lingkungan, dan berbagai faktor risiko lain yang selama ini merugikan kesehatannya, dengan pendampingan dari kader kesehatan dan/atau petugas profesional Puskesmas (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Dengan dilibatkannya kader kesehatan dalam penyuluhan mengenai perawatan bayi baru lahir, maka kader kesehatan dapat memberikan informasi dan motivasi kepada keluarga untuk mempraktekkan PMK ketika kunjungan rumah. Adanya dukungan dari kader kesehatan sebagai bagian dari UKBM diharapkan dapat memperkuat upaya penjangkauan Puskesmas terhadap masyarakat dan dapat mencegah dan mengatasi permasalahan kesehatan neonatal, khususnya pada BBLR.

Dalam rangka meningkatkan praktek PMK pada ibu BBLR, kader kesehatan dapat berperan untuk melakukan pendampingan mengenai PMK. Pendampingan mengenai PMK yaitu upaya yang dilakukan oleh kader kesehatan untuk memberikan informasi dan edukasi mengenai PMK dan pemberian ASI; mengingatkan dan memberikan motivasi mengenai praktek PMK dan pemberian ASI; memberikan media KIE berupa *booklet*; dan membantu ibu untuk mengikat kain PMK jika ibu membutuhkan bantuan. Dalam menjalankan perannya tersebut maka kader kesehatan harus mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang memadai mengenai PMK yang salah satunya dapat diperoleh melalui pelatihan mengenai PMK.

2.4 Perawatan Metode Kanguru

PMK adalah suatu metode perawatan BBLR yang diilhami oleh cara seekor kanguru merawat anaknya yang lahir prematur. Pada PMK, bayi digendong dalam posisi tegak (*upright*) atau berbaring (*prone*), hanya memakai popok dan penutup kepala, didekap diantara kedua payudara ibu, bersentuhan kulit dengan kulit, dada dengan dada secara berkesinambungan (Ludington & Golant, 1993). BBLR membutuhkan bantuan dan waktu untuk penyesuaian kehidupan di luar rahim. Mereka juga memerlukan bantuan untuk tetap hangat dan mendapatkan ASI yang cukup untuk tumbuh. Salah satu cara untuk menolong bayi mendapatkan kebutuhan ini adalah menjaga bayi tetap kontak kulit dengan kulit ibunya. Perawatan metode kanguru adalah suatu cara agar BBLR terpenuhi kebutuhan khusus mereka terutama dalam mempertahankan kehangatan suhu tubuh (Depkes RI, 2004).

Metode ini pertama kali diperkenalkan oleh Rey dan Martinez di Bogota, Kolomb(Ludington-Hoe SM, 1993)ia sebagai salah satu alternatif terhadap perawatan inkubator yang tidak memadai dan tidak mencukupi bagi bayi prematur yang telah melewati masa krisis (stabil) dan membutuhkan makanan untuk pertumbuhannya (Rey dan Martinez, 1983). Menurut (Chapak et al., 2004), PMK merupakan solusi terhadap keterbatasan inkubator dan tingkat infeksi yang tinggi di rumah sakit. Selain itu, pada PMK, ibu dapat menggendong bayi sambil memberikan manfaat kesehatan yang penting pada bayi, termasuk lama rawat di rumah sakit yang lebih singkat (Ludington & Golant, 1993).

Berbagai penelitian dan penerapan yang berkaitan dengan metode ini membuktikan bahwa PMK lebih dari hanya sekedar alternatif untuk perawatan dengan inkubator. Hasilnya menunjukkan bahwa PMK efektif untuk mengontrol suhu tubuh, pemberian ASI, dan terjalinnya ikatan emosi antara ibu dan bayi (*bonding*) pada semua bayi baru lahir, tanpa memperhatikan tempat, berat badan, usia kehamilan, dan kondisi klinis (WHO, 2003; Shiau & Anderson, 1997). Sebuah meta-analisis menunjukkan bahwa PMK dapat menurunkan kematian neonatal untuk bayi stabil dengan berat <2000 g jika PMK dimulai pada minggu pertama, dibandingkan dengan perawatan inkubator (Lawn, et al., 2010). Tinjauan sistematis lainnya juga melaporkan manfaat dari PMK yaitu penurunan risiko kematian pasca rawat inap, penurunan infeksi neonatal,

penurunan hipotermia, peningkatan menyusui, penambahan berat badan, peningkatan ikatan emosi anatar ibu dan bayi, dan perkembangan bayi (Agudelo et al., 2011)

2.4.1 Pengertian dan Prinsip Perawatan Metode Kanguru

Menurut WHO (2003), PMK adalah perawatan untuk bayi prematur dengan melakukan kontak langsung antara kulit bayi dengan kulit ibu (*skin-to-skin contact*) yang dilakukan sesaat setelah lahir, berkepanjangan dan berkelanjutan; pemberian ASI atau ASI eksklusif; pulang lebih awal dari rumah sakit (*early discharge*); dukungan yang cukup dan pemantauan di rumah. Depkes RI (2004) mendefinisikan PMK sebagai suatu cara perawatan untuk bayi BBLR terutama dengan berat lahir <2000 gram melalui kontak kulit dengan kulit antara ibu dengan bayinya dimulai di tempat perawatan diteruskan di rumah, dikombinasi dengan pemberian ASI yang bertujuan agar bayi tetap hangat.

PMK merupakan metode yang lembut (sederhana dan manusiawi), namun efektif untuk menghindari berbagai stres yang dialami oleh bayi prematur selama perawatan di ruang perawatan intensif (Depkes RI, 2004). PMK merupakan cara yang efektif untuk memenuhi kebutuhan bayi akan kehangatan, menyusui, perlindungan dari infeksi, keamanan, dan kasih sayang. Metode ini sangat tepat dan mudah dilakukan guna mendukung kesehatan dan keselamatan bayi yang lahir prematur maupun aterm (cukup bulan) (WHO, 2003). PMK adalah suatu intervensi yang memenuhi kriteria perawatan perkembangan dengan mendorong perkembangan neurobehavioral. Lima komponen perkembangan neurobehavioral yaitu otonom, motorik, status, perhatian atau interaksi, dan pengaturan diri. PMK meningkatkan stabilitas fungsi jantung dan pernapasan, mengurangi pergerakan yang kurang bertujuan, meningkatkan status profil perilaku, mendorong kedekatan ibu untuk perhatian atau interaksi, dan memungkinkan ekspresi untuk pengaturan diri (Ludington & Swinth, 1996).

Bayi yang memenuhi kriteria untuk dilakukan PMK adalah bayi BBLR sehat, tidak ada kegawatan pernafasan dan sirkulasi, tidak ada kelainan kongenital yang berat, dan mampu bernafas sendiri (WHO, 2003). Menurut Kementerian Kesehatan RI (2010), PMK dapat dilakukan pada bayi yang memiliki berat lahir <2500 gr tanpa masalah/komplikasi. Beberapa syarat untuk melakukan PMK yaitu bayi tidak mengalami kesulitan bernapas, bayi tidak mengalami kesulitan minum, bayi tidak kejang, bayi tidak diare, dan ibu dan keluarga bersedia untuk melakukan PMK dan tidak

sedang sakit. Praktek PMK dapat dilakukan dengan dua cara yaitu PMK intermitten dan PMK kontinyu (WHO, 2003). PMK intermitten yaitu PMK yang hanya diberikan sewaktu-waktu (tidak sepanjang waktu), sedangkan PMK kontinyu yaitu PMK yang diberikan sepanjang waktu dan kontinyu selama 24 jam yang dapat dilakukan di unit rawat gabung rumah sakit atau ketika ibu pulang ke rumah.

Waktu untuk memulai PMK pada bayi disesuaikan dengan situasi di suatu negara, sistem kesehatan, fasilitas kesehatan, dan kondisi individu (WHO, 2003). PMK secara intermitten dapat dimulai selama pemulihan di rumah sakit ketika bayi masih memerlukan perawatan medis, sedangkan PMK secara kontinyu dapat dilakukan apabila kondisi bayi stabil, seperti bayi dapat bernapas secara spontan tanpa dibantu oksigen tambahan. PMK tetap dapat dimulai walaupun bayi belum memiliki kemampuan untuk menghisap dan menelan (WHO, 2003).

Menurut WHO (2003), kontak kulit ke kulit harus dimulai secara bertahap, mulai dari PMK secara intermitten sampai dengan PMK secara kontinyu. Namun, durasi yang berlangsung kurang dari 60 menit harus dihindari karena perubahan yang terlalu sering akan menyebabkan stres pada bayi. Lamanya kontak kulit-ke-kulit sebaiknya ditingkatkan menjadi selama mungkin, yang dilakukan pada siang dan malam. Pelaksanaan PMK diawali di rumah sakit, lalu dilanjutkan di rumah (PMK di komunitas). PMK dilaksanakan sampai bayi aterm (usia gestasi sekitar 40 minggu) atau berat badan bayi mencapai 2500 gr dimana bayi mulai bergerak-gerak untuk mengeluarkan diri dari posisi PMK yang menunjukkan bahwa ia merasa tidak nyaman dalam posisi PMK. Pada waktu tersebut ibu mulai dapat mengurangi pelaksanaan PMK pada bayi dengan tetap melanjutkan pemberian ASI dan PMK dapat dilakukan sewaktu-waktu misalnya setelah memandikan bayi, ketika cuaca dingin, atau ketika bayi membutuhkan kenyamanan. Ketika bayi tidak sedang digendong ibu, bayi dapat diselimuti dengan kain yang hangat dan diletakkan di tempat yang hangat. Pada saat itu anggota keluarga seperti ayah, nenek, dan anggota keluarga lainnya dapat menggantikan ibu untuk melakukan PMK.

2.4.2 Komponen Perawatan Metode Kanguru

Menurut WHO, (2003), esensi dari PMK yaitu adanya kontak badan langsung (kulit-ke-kulit) antara ibu dengan bayinya secara berkelanjutan, terus menerus, dilakukan sejak dini, dan pemberian ASI eksklusif. Pelaksanaan PMK dimulai di rumah

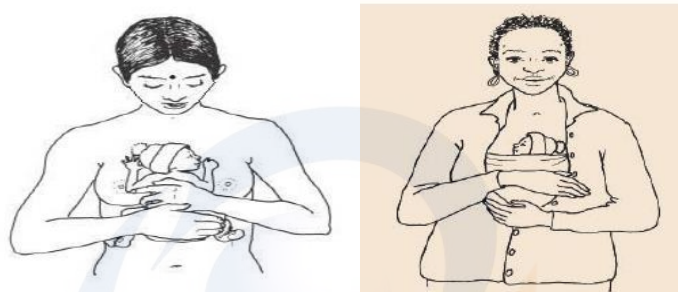
sakit dan kemudian dapat dilanjutkan di rumah (PMK di komunitas) dengan adanya dukungan dan tindak lanjut (*follow up*) yang memadai. Bergh (2004) menyebutkan empat komponen yang terdapat dalam PMK yaitu *kangaroo position*, *kangaroo nutrition*, *kangaroo support*, dan *kangaroo discharge*. Berikut adalah uraian masing-masing komponen PMK tersebut.

a) ***Kangaroo Position (Posisi)***

Posisi PMK yaitu adanya kontak kulit-ke-kulit antara ibu dan bayi diantara payudara ibu dalam posisi vertikal, kepala bayi dipalingkan ke sisi kanan atau kiri dengan posisi sedikit tengadah (ekstensi). Posisi kepala seperti ini bertujuan untuk menjaga agar saluran nafas bayi tetap terbuka dan memberi peluang terjadinya kontak mata antara ibu dan bayi. Pada posisi tersebut, tungkai bayi berada dalam posisi ‘kodok’, dan tangan dalam posisi fleksi (WHO, 2003). Agar bayi tidak terjatuh, bayi diikat dengan kain/baju kanguru. Ada beberapa jenis kain pengikat yang digunakan dalam PMK, seperti kain jarik, kain model tari, atau baju kanguru. Setelah bayi menempel pada ibu, maka ibu dapat memakai penutup di luarnya dengan baju kimono, kaos, atau kemeja besar agar kehangatan bayi tetap terjaga.

Berikut ini adalah cara memasukkan dan mengeluarkan bayi dari baju kanguru (WHO, 2003) :

1. Bayi dipegang dengan satu tangan diletakkan di belakang leher sampai punggung bayi,
2. Bagian bawah rahang bayi ditopang dengan ibu jari dan jari-jari lainnya agar kepala bayi tidak tertekuk dan tak menutupi saluran napas ketika bayi berada pada posisi tegak,
3. Menempatkan tangan lainnya di bawah pantat bayi.



Gambar 2.6 Posisi Bayi PMK (WHO, 2003)

PMK sebaiknya dilakukan secara kontinyu atau berkelanjutan selama 24 jam dalam satu hari. Namun jika PMK secara kontinyu tidak memungkinkan untuk dilakukan, maka PMK dapat dilakukan secara intermitten (sebentar-sebentar), minimal 1 jam/ duduk, asalkan bayi dapat menoleransi dengan baik (WHO, 2003). Hal ini bertujuan agar ibu mendapat manfaat secara emosional dan dapat menyusui dengan baik.

Posisi PMK dipertahankan sampai bayi tidak lagi mentolerirnya, yang ditunjukkan oleh keringat pada bayi atau bayi yang menolak untuk tetap dalam posisi PMK (Udani, 2004). Biasanya semakin besar usia dan berat badan bayi, semakin tidak nyaman untuk tetap dalam posisi PMK.

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2010), hal-hal yang perlu diperhatikan selama PMK yaitu suhu bayi ($36,5-37,5^{\circ}\text{C}$), pernapasan (30-60 kali/menit), tanda bahaya pada bayi, asupan ASI (minimal menyusu tiap 2 jam), pertumbuhan dan perkembangan bayi (berat badan akan turun pada minggu pertama antara 10-15% dan pada minggu kedua akan terjadi penambahan berat badan bayi sebesar 15g/KgBB/hari). Beberapa tanda bahaya pada bayi yaitu tidak mau minum atau memuntahkan semua, kejang, bergerak hanya jika dirangsang, napas cepat (≥ 60 kali /menit), napas lambat (< 30 kali /menit), tarikan dinding dada kedalam yang sangat kuat, merintih, teraba demam (suhu aksila $>37,5^{\circ}\text{C}$), teraba dingin (suhu aksila $<36^{\circ}\text{C}$), nanah yang banyak di mata, pusar kemerahan meluas ke dinding perut, diare, tampak kuning pada telapak tangan dan kaki (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

b) *Kangaroo Nutrition* (Nutrisi)

Selama pelaksanaan PMK, BBLR hanya diberikan ASI. PMK akan mendukung dan meningkatkan pemberian ASI eksklusif, karena ibu menjadi lebih cepat tanggap bila bayi ingin menyusu. Bayi bisa menyusu lebih lama dan lebih sering. Bila bayi dibawa ke fasilitas kesehatan dan bayi tidak mampu menelan ASI dapat dilakukan pemasangan *Oro Gastric Tube* (OGT) untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Posisi PMK sangat ideal bagi proses menyusui, dimana proses menyusui menjadi lebih berhasil. PMK memiliki peran penting dalam pemeliharaan laktasi ibu. Adanya kontak yang kontinyu dan intensif antara ibu dan bayi membuat ibu lebih sensitif dan responsif terhadap kelaparan bayi (Charpak and Pela, 2005).

Peningkatan volume susu pada ibu ketika PMK disebabkan oleh peningkatan kadar oksitosin selama PMK yang akan meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam menyusui (Schmidt, 1986). PMK telah terbukti menjadi batu loncatan yang ideal dalam menyusui dini dan berkepanjangan pada bayi prematur. Berbagai penelitian menunjukkan adanya tingkat menyusui yang lebih tinggi (77% hingga 100%) pada bayi yang diberikan PMK dibandingkan dengan bayi yang tidak diberikan PMK (42% hingga 71%) (Charpak and Pela, 2005; Suman et al., 2008; Charpak et al., 2001).

c) ***Kangaroo Support (Dukungan)***

Agar PMK dapat dilaksanakan dengan baik, perlu adanya komunikasi, kepekaan dan pendidikan (Udani et al., 2014). Bentuk dukungan pada PMK dapat berupa dukungan emosional yaitu dukungan dari keluarga untuk melakukan PMK; dukungan fisik yaitu adanya waktu istirahat dan tidur yang cukup bagi ibu agar dapat melakukan PMK dan untuk menangani tanggung jawab pekerjaan rumah tangga sehari-hari ketika ibu sedang melakukan PMK; dan dukungan edukasi yaitu pemberian informasi bagi ibu dan keluarganya agar dapat memahami mengenai manfaat PMK. Hal ini akan menentukan keberhasilan ibu dalam melakukan PMK, baik di rumah sakit ataupun di rumah. Dukungan dapat diperoleh dari petugas kesehatan, seluruh anggota keluarga, dan masyarakat. Di fasilitas kesehatan, pelaksanaan PMK akan dibantu oleh petugas kesehatan dan Ketika ibu pulang ke rumah dukungan pelaksanaan PMK didapatkan dari anggota keluarga, teman, dan komunitas (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

d) ***Kangaroo Discharge (Pemulangan)***

Pemulangan awal dari rumah sakit dengan posisi PMK merupakan salah satu komponen PMK. Paska perawatan dari rumah sakit, ibu dapat tetap melanjutkan PMK di rumahnya. Lingkungan dan dukungan keluarga sangat penting untuk kesuksesan PMK. Bayi diperbolehkan pulang dari rumah sakit dengan mengikuti kebijakan standar pemulangan bayi di unit neonatal.

Berikut ini adalah kriteria bayi dapat dipulangkan dari rumah sakit (WHO, 2003):

1. Kesehatan bayi secara keseluruhan dalam kondisi baik,.
2. Kesehatan bayi secara umum baik, tidak ada apneu atau infeksi
3. Bayi mencapai berat minimal 15-20 gm/kg/hari selama 3 hari berturut-turut
4. Bayi dapat mempertahankan suhu tubuh selama 3 hari berturut-turut

5. Bayi dapat minum dengan baik, baik menyusui langsung atau menggunakan gelas
6. Ibu dan keluarga merasa percaya diri untuk melakukan perawatan terhadap bayi dan dapat datang secara teratur ke rumah sakit untuk melakukan kunjungan balik

Apabila didapatkan tanda bahaya pada bayi maka harus dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap. Kunjungan BBLR dilakukan minimal dua kali dalam minggu pertama, dan selanjutnya sekali dalam setiap minggu sampai berat bayi 2500 gram. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2010), kunjungan neonatal dilakukan sebanyak tiga kali, yaitu pada usia 6-48 jam (kunjungan neonatal 1), pada usia 3-7 hari (kunjungan neonatal 2), dan pada usia 8-28 hari (kunjungan neonatal 3).

2.4.3 Manfaat Perawatan Metode Kanguru

Bayi yang lahir sebelum aterm atau dengan berat badan lahir rendah (BBLR) berisiko tinggi mengalami kesakitan dan kematian neonatal, menghambat pertumbuhan dan perkembangan, dan penyakit kronis (Lawn et al., 2005; WHO, 2014; UNICEF, 2004). PMK merupakan suatu intervensi yang bertujuan untuk meningkatkan dampak kesehatan pada BBLR. PMK telah terbukti dapat meningkatkan dampak kesehatan pada neonatal dengan mempertahankan suhu bayi dan parameter tanda vital lainnya melalui kontak kulit-ke-kulit dan dengan memberikan manfaat menyusui (Charpak et al., 2005). Efek ini bermanfaat untuk semua bayi yang baru lahir, namun sangat menguntungkan bagi bayi prematur. Sebuah tinjauan artikel mengenai peran PMK terhadap neonatal (Udani et al., 2014) menemukan bahwa PMK mempunyai manfaat jangka pendek dan jangka panjang, serta menyediakan sebuah alternatif untuk perawatan inkubator tanpa memisahkan ibu dengan bayinya. PMK mempunyai manfaat untuk mengurangi stres pada ibu dan bayi, meringankan rasa sakit, meningkatkan pertumbuhan bayi, pemberian ASI, dan ikatan antara ibu dan bayi.

Berdasarkan meta-analisis mengenai dampak PMK pada neonatal ditemukan bahwa PMK telah terbukti dapat menurunkan kematian, risiko sepsis neonatal, hipotermia, hipoglikemia, dan rawat inap di rumah sakit serta meningkatkan pemberian ASI eksklusif. BBLR yang menerima PMK memiliki tingkat rata-rata pernapasan dan nyeri yang lebih rendah, serta saturasi oksigen, suhu, dan pertumbuhan lingkaran kepala yang lebih tinggi (Boundy et al., 2018). Dalam meta-analisis yang dilakukan oleh Lawn

et al., (2010) mengenai pengaruh PMK terhadap kematian neonatal ditemukan bahwa PMK pada minggu pertama kehidupan dapat menurunkan kematian dan kesakitan pada neonatal.

Tinjauan sistematis mengenai pengaruh PMK terhadap kesakitan dan kematian pada BBLR (Agudelo et al., 2011; Agudelo & Rossello, 2016) menemukan bahwa PMK berhubungan dengan penurunan resiko kematian, infeksi nosokomial/ sepsis, hipotermi, dan lama rawat inap di rumah sakit. tinjauan sistematis lainnya mengenai pengaruh PMK terhadap pemberian ASI dan fisiologi pada bayi baru lahir (Moore et al., 2014) menemukan bahwa PMK mempunyai dampak yang positif terhadap praktek pemberian ASI dan durasi pemberian ASI. Sebuah kajian sistematis mengenai dampak PMK pada bayi baru lahir (Moore et al., 2014) menemukan bahwa PMK mempunyai dampak yang positif terhadap praktek pemberian ASI, durasi pemberian ASI, stabilitas pernapasan kardio, dan peningkatan glukosa darah.

Berikut ini adalah uraian mengenai manfaat dari PMK.

a). Peningkatan Hubungan Emosi Ibu dan Bayi

Penelitian yang dilakukan oleh Udani et al., (2014) menemukan bahwa PMK bermanfaat untuk mengurangi stres pada ibu dan bayi dan meningkatkan ikatan antara ibu dan bayi. Ada beberapa stimulasi pada PMK, dimana bayi menatap ibu dan adanya kontak dari mata ke mata, mendengar suara ibu serta denyut jantung ibu, merasakan sentuhan ibu secara terus menerus, mencium bau ibu dan ASI dan merasakan air susu ibu yang akan membangun ikatan antara ibu dan bayi (Udani et al., 2014). Gathwala (2008) menemukan adanya ikatan emosi antara ibu dan bayi yang lebih tinggi pada kelompok ibu yang bayinya diberikan PMK dibandingkan kelompok ibu yang bayinya tidak diberikan PMK pada saat 3 bulan *follow up* (24.46 SD 1.64 pada kelompok PMK dan 18.22 SD 1.79 pada kelompok tidak PMK).

Tessier, et al (1998) menemukan bahwa ibu-ibu yang melakukan PMK merasa lebih percaya diri dalam merawat bayinya dibandingkan kelompok kontrol, dan apabila bayinya bermasalah sehingga perlu dirawat lebih lama di rumah sakit, perasaan khawatir akan keadaan anaknya lebih besar daripada kelompok kontrol. PMK juga mengurangi stres pada ibu dan bayi, serta membuat ibu dan bayi lebih tenang dan rileks (Ludington & Golant, 1993).

Berdasarkan penelitian mengenai pengaruh PMK terhadap *anxiety*, kepercayaan diri ibu, dan ikatan antara ibu dan bayi pada bayi prematur (Lee & Shin, 2007) ditemukan bahwa PMK dapat digunakan sebagai terapi dan pencegahan untuk depresi ibu dan penurunan kecemasan ibu. Selama PMK, *oxytocin* muncul pada ibu dan memfasilitasi ikatan antara ibu dan bayi, yang disebut ‘hormon cinta’, menciptakan perasaan puas dan menurunkan tingkat stres pada ibu dan bayi baru lahir (Ludington, 2011).

b). Stabilisasi Suhu Tubuh

Ketika lahir, mekanisme pengaturan suhu tubuh pada bayi baru lahir belum berfungsi sempurna. Jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh, maka bayi baru lahir dapat mengalami hipotermia. Bayi dengan hipotermia, berisiko tinggi untuk mengalami sakit berat atau bahkan kematian. Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat. Bayi prematur atau berat lahir rendah lebih rentan untuk mengalami hipotermia (Depkes RI, 2010).

Terdapat beberapa cara untuk menjaga suhu tubuh bayi tetap hangat yaitu dengan PMK, ruangan hangat, botol yang dihangatkan, *radiant warmer*, tempat tidur berisi air yang dihangatkan, dan inkubator. Ditinjau dari segi efektivitas, keamanan dan kebersihan, PMK sama dengan inkubator tipe 3 yang paling canggih, namun dari segi biaya berbeda jauh, karena PMK dilakukan tanpa biaya (WHO, 2003). Pada PMK tidak terjadi proses kehilangan panas baik melalui radiasi, konveksi, evaporasi, maupun konduksi, sedangkan dengan inkubator masih dapat terjadi proses kehilangan panas melalui radiasi yang dapat mencapai lebih dari 50% (WHO, 2003).

Ibu yang mempraktekkan PMK dapat melakukan pengaturan atau menyesuaikan suhu tubuhnya terhadap suhu bayi. Suhu ibu akan meningkat bila bayi mulai ‘dingin’ dan bila bayi telah ‘hangat’, maka suhu ibu akan menurun kembali (*Maternal Neonatal Thermal Synchrony*) (Ludington & Golant, 1993). Penelitian RCT mengenai pengaruh PMK terhadap suhu tubuh ibu dan bayi ditemukan bahwa temperature bayi secara signifikan lebih tinggi selama PMK dibandingkan dengan penggunaan inkubator, dan suhu payudara ibu menyesuaikan dengan suhu bayi pada waktu 5 menit PMK dilaksanakan (Ludington et al., 2000). Sebuah studi kasus mengenai respon denyut jantung (*Heart Rate Variability*) ketika PMK terhadap bayi prematur ditemukan bahwa

selama PMK, perubahan suhu bayi tetap setiap menit (Ludington et al., 2005) dibandingkan dengan perawatan konvensional.

Tinjauan sistematis mengenai pengaruh PMK terhadap kesakitan dan kematian pada BBLR (Agudelo et al., 2011) menemukan bahwa PMK berhubungan dengan penurunan hipotermi (RR=0,23 95% CI 0,10-0,55) pada BBLR. Berdasarkan meta-analisis mengenai pengaruh PMK pada bayi baru lahir (Boundy et al., 2018), ditemukan bahwa PMK telah terbukti dapat menurunkan risiko hipotermia (RR 0,22; 95% CI 0,12-0,41). Dibandingkan dengan perawatan konvensional melalui inkubator, PMK dapat menurunkan risiko hipotermia sebesar 78% dan risiko hipertermia sebesar 23%. Rata-rata suhu tubuh bayi yang mendapatkan PMK lebih tinggi 0,24°C dibandingkan bayi yang tidak mendapatkan PMK (95% CI, 0,59-1,01).

c). Stabilisasi Laju Denyut Jantung dan Pernapasan

Dalam penelitian *randomized controlled trial* mengenai pengaruh PMK terhadap laju denyut jantung dan pernapasan (Ludington et al., 2004), ditemukan bahwa laju denyut jantung bayi relatif stabil dan konstan sekitar 140-160 kali per menit selama PMK. Ketika PMK, frekuensi pernapasan bayi menjadi lebih dalam, kejadian apneu berkurang 4 kali lipat, lama episode apneu dan *periodic breathing* menjadi lebih singkat mengenai PMK dan variabilitas respons denyut jantung pada bayi prematur (Ludington et al., 2005), ditemukan bahwa secara keseluruhan PMK menghasilkan perubahan perilaku dan denyut jantung (*Heart Rate Variability-HRV*) yang mengindikasikan adanya penurunan stress. Mitchell et al., (2013) dalam penelitiannya mengenai pengaruh PMK terhadap parameter laju denyut jantung menemukan bahwa bayi yang mendapat PMK mengalami bradikardia (perlambatan jantung) yang lebih rendah dibandingkan bayi yang berada di inkubator.

Berdasarkan meta-analisis mengenai pengaruh PMK pada bayi baru lahir (Boundy et al., 2018), ditemukan bahwa PMK berhubungan dengan penurunan denyut pernapasan bayi. Bayi yang mendapatkan PMK mempunyai denyut pernapasan 3 napas per menit lebih rendah dibandingkan bayi yang tidak mendapatkan PMK (95% CI, -5.15-1.19).

d). Penurunan Kejadian Infeksi

Bayi baru lahir, terutama bayi prematur dan BBLR dapat dengan mudah terinfeksi dengan patogen berbahaya sebelum, selama dan setelah melahirkan. Infeksi ini berkontribusi terhadap hampir seperlima kematian bayi baru lahir secara global (USAID, 2003). Beberapa penelitian menunjukkan adanya pengaruh PMK terhadap penurunan kejadian infeksi pada bayi baru lahir. Berdasarkan meta-analisis mengenai pengaruh PMK pada bayi baru lahir (Boundy et al., 2018), ditemukan bahwa PMK dapat menurunkan risiko kejadian infeksi (RR=0,53 95% CI 0,34-0,83). Tinjauan sistematis mengenai pengaruh PMK terhadap kesakitan dan kematian pada BBLR (Agudelo et al., 2011) menemukan bahwa PMK berhubungan dengan penurunan sepsis (RR=0,42 95% CI 0,24-0,73) pada BBLR.

e). Penurunan Kesakitan dan Kematian

Berdasarkan meta-analisis mengenai pengaruh PMK pada bayi baru lahir (Boundy et al., 2018), ditemukan bahwa PMK berhubungan dengan 36% tingkat kematian lebih rendah dibandingkan dengan perawatan konvensional pada BBLR (RR=0,64 95% CI 0,46-0,89). Tinjauan sistematis mengenai pengaruh PMK terhadap kesakitan dan kematian pada BBLR (Agudelo et al., 2011) menemukan bahwa PMK berhubungan dengan penurunan risiko kematian (RR=0,60 95% CI 0,39-0,93) dan penyakit terkait pernapasan (RR=0,37, 95% CI 0,15-0,89) pada BBLR.

Dalam meta-analisis yang dilakukan oleh Lawn et al., (2010) mengenai pengaruh PMK terhadap kematian neonatal ditemukan bahwa PMK pada minggu pertama kehidupan dapat menurunkan kematian (RR= 0,49 95% CI 0,29–0,82) dan kesakitan pada neonatal (RR=0,34 95% CI 0,17–0,65). Penelitian *quasi-randomised clinical trial* mengenai pengaruh PMK terhadap pola kesakitan pada BBLR di India ((Swarnkar & Vagha, 2016) menemukan bahwa PMK dapat mengurangi kejadian hipotermi, hipoglikemi, dan apnea pada BBLR.

Penelitian *randomised clinical trial* di Bangladesh mengenai pengaruh PMK di komunitas terhadap kesehatan dan kelangsungan hidup neonatal (Ahmed et al., 2011) menemukan bahwa PMK dapat mengurangi permasalahan kesehatan pada BBLR dan dapat menurunkan *Neonatal Mortality Rate* (NMR) ketika bayi diberikan PMK selama lebih dari 7 jam per hari pada dua hari pertama kehidupan.

f). Penurunan Hari Rawat di Rumah Sakit

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa dengan penerapan PMK, hari rawat di rumah sakit mengalami penurunan. Penelitian yang dilakukan oleh Udani et al., (2014) mengenai pengaruh PMK terhadap kesakitan, kematian, pemberian ASI eksklusif, dan lama rawat di rumah sakit pada bayi baru lahir menemukan bahwa lama rawat di rumah sakit pada bayi yang diberikan PMK lebih rendah (7.4 hari) dibandingkan bayi yang tidak diberikan PMK.

Berdasarkan meta-analisis mengenai pengaruh PMK pada bayi baru lahir (Boundy et al., 2018), ditemukan bahwa PMK telah terbukti dapat menurunkan lama rawat di rumah sakit sebesar 58% (95% CI, 0,23-0,76) dan kunjungan balik ke rumah sakit (RR=0,42 95% CI 0,23-0,76). Sementara berdasarkan kajian sistematis mengenai pengaruh PMK terhadap kesakitan dan kematian pada BBLR (Agudelo et al., 2011), ditemukan bahwa PMK berhubungan dengan penurunan lama perawatan di rumah sakit (rata-rata 2,4 hari. 95% CI 0,7-4,1).

g). Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu

Pemberian ASI sangat penting untuk bayi prematur dan bayi dengan berat lahir yang sangat rendah, karena mereka beresiko tinggi terhadap infeksi, kesakitan, dan kematian (WHO, 2003). Sebuah kajian sistematis mengenai pengaruh PMK terhadap kesakitan dan kematian menemukan bahwa PMK dapat meningkatkan tingkat pemberian ASI (Agudelo & Rossello, 2016), sementara pada kajian sistematis lainnya mengenai pengaruh PMK terhadap pemberian ASI dan fisiologi pada bayi baru lahir (Moore et al., 2014) menemukan bahwa PMK mempunyai dampak yang positif terhadap praktek pemberian ASI dan durasi pemberian ASI.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Hurst et al., (1997), Air Susu Ibu (ASI) pada kelompok bayi yang mendapatkan PMK jumlahnya lebih banyak secara bermakna dibandingkan dengan kelompok bayi yang tidak mendapatkan PMK. Peningkatan produksi ASI dapat terjadi dengan menguatnya ikatan emosi antara ibu dengan bayi sehingga terjadi refleksi *letdown* yang penting bagi pengeluaran ASI. Disamping itu, stres yang biasa terjadi pada ibu-ibu yang bayinya dirawat di rumah sakit akan berkurang bila ibu diberi kesempatan mendekap bayinya dengan PMK, dimana hal ini akan berpengaruh positif terhadap produksi ASI (Hurst et al, 1997).

Berdasarkan meta-analisis mengenai pengaruh PMK pada bayi baru lahir (Boundy et al., 2018), ditemukan bahwa PMK telah terbukti dapat meningkatkan pemberian ASI eksklusif (RR 1,50 95% CI 1,26-1,78). PMK dapat meningkatkan kecenderungan untuk memberikan ASI eksklusif pasca perawatan dari rumah sakit sebesar 50% (95% CI, 1,26-1,78). Ketika kunjungan balik pada 1 hingga 4 bulan, PMK meningkatkan kecenderungan untuk memberikan ASI eksklusif sebesar 39% (95% CI, 1,11-1,74).

Selain meningkatkan tingkat pemberian ASI, beberapa studi menunjukkan bahwa PMK meningkatkan Inisiasi Menyusu Dini-IMD. Dalam sebuah meta-analisis mengenai dampak PMK terhadap IMD (Mekonnen et al., 2019), ditemukan bahwa BBLR yang menerima PMK melakukan IMD 2,6 hari lebih awal dibandingkan dengan bayi yang mendapatkan perawatan konvensional, sementara kajian sistematis yang dilakukan oleh Agudelo & Rossello (2016) menemukan bahwa bayi yang menerima PMK melakukan IMD 1,6 hari lebih awal dibandingkan dengan bayi yang mendapatkan perawatan konvensional. Hal ini disebabkan bayi yang menerima PMK mempunyai pengaturan suhu yang lebih baik, mempunyai tingkat stress yang lebih rendah, dan kenyamanan bayi ketika PMK yang selanjutnya akan menginisiasi IMD (Agudelo & Rossello 2016).

Berdasarkan penelitian mengenai PMK yang dilaksanakan di komunitas (Ahmed et al., 2011; Quasem et al., 2011) menemukan bahwa adanya pendampingan PMK oleh kader kesehatan dapat meningkatkan pemberian ASI. Ahmed et al. (2011) dalam penelitiannya di Bangladesh menemukan bahwa durasi PMK dalam satu hari berdampak pada pemberian ASI, penundaan memandikan bayi, dan morbiditas pada bayi. Pada negara yang sama, Quasem et al. (2011) menemukan bahwa ibu yang mempraktekkan PMK lebih dini maka akan lebih sering memberikan ASI, menunda memandikan bayi, dan lebih sering tidur bersama bayinya.

h). Peningkatan Pertumbuhan dan Perkembangan Bayi

Ketika PMK, pertumbuhan dan perkembangan bayi secara keseluruhan dapat meningkat. Hal ini terjadi karena bayi dalam keadaan rileks, beristirahat dengan posisi yang menyenangkan, mirip dengan posisi dalam rahim, sehingga kegelisahan bayi berkurang dan tidur lebih lama (Ludington & Golant, 1993). Pada keadaan tersebut, konsumsi oksigen dan kalori berada pada tingkat yang paling rendah, sehingga kalori

yang ada digunakan untuk menaikkan berat badan. Selain itu, peningkatan berat badan juga disebabkan oleh produksi ASI yang meningkat dan frekuensi menyusu yang lebih sering (Ludington & Golant, 1993). Dalam kajian sistematis mengenai pengaruh PMK secara fisiologi (Ludington, 2011), ditemukan bahwa PMK meningkatkan absorpsi makanan dengan peningkatan Oksitosin.

Penelitian *quasi-randomised clinical trial* yang dilakukan di India mengenai dampak PMK terhadap pertumbuhan BBLR (Swarnkar & Vagha, 2016) menemukan bahwa PMK dapat meningkatkan pertumbuhan pada BBLR (berat badan sebesar 19.28 ± 2.9 g/ hari, panjang badan sebesar $0,99 \pm 0.56$ cm/ minggu, lingkaran kepala sebesar 0.72 ± 0.07 cm/ minggu). Berdasarkan meta-analisis mengenai pengaruh PMK pada bayi baru lahir (Boundy et al., 2018), ditemukan bahwa PMK berhubungan dengan pertumbuhan lingkaran kepala bayi, dimana bayi dengan berat badan lahir kurang dari 2000g yang mendapatkan PMK mempunyai lingkaran kepala bayi lebih panjang 0.19 cm per minggu dibandingkan bayi yang tidak mendapatkan PMK (95% CI, 0.01 to 0.37; $I^2 = 89\%$).

Dalam penelitiannya di India mengenai pengaruh durasi PMK terhadap pertumbuhan bayi prematur dan BBLR, Udani et al., (2013) menemukan adanya peningkatan berat badan pada bayi prematur ($20,3 \pm 7$ g/ hari) dengan adanya peningkatan durasi PMK. Semakin lama PMK dilakukan maka manfaatnya akan semakin besar untuk meningkatkan berat badan bayi, tapi beberapa bayi membutuhkan waktu yang lama untuk mencapai berat 2500g.

2.4.4 Kebijakan Perawatan Metode Kanguru di Indonesia

Berikut ini adalah kebijakan mengenai penerapan PMK di Indonesia yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI.

a) Pembentukan Kelompok Kerja (Pokja) Nasional PMK 2008/2009

Kebijakan mengenai PMK di Indonesia dimulai dengan pembentukan Kelompok Kerja (Pokja) Nasional PMK 2008/2009 yang ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan (SK) Kementerian Kesehatan RI No.203/ Menkes/ SK/ III/ 2008. Tim tersebut mempunyai tugas sebagai berikut;

- Membantu Departemen Kesehatan dalam menyusun kebijakan, standar, pedoman, dan regulasi di bidang pelayanan PMK serta pengembangannya dalam upaya menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB) dan BBLR di Indonesia.
- Mempersiapkan layanan PMK di rumah sakit.
- Membantu dalam pembinaan manajemen dan teknis PMK.
- Melakukan monitoring dan evaluasi ke fasilitas kesehatan yang menyediakan layanan PMK
- Menyampaikan laporan kegiatan kelompok kerja pada Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik secara berkala

b) Pedoman Pelayanan Kesehatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dengan Perawatan Metode Kanguru di Rumah Sakit dan Jejaringnya, Departemen Kesehatan RI 2009

Buku pedoman mengenai pelayanan kesehatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dengan Perawatan Metode Kanguru di Rumah Sakit dan Jejaringnya disusun bersama-sama antara Departemen Kesehatan dan organisasi profesi (PERINASIA), PPNI dan IBI). Pedoman tersebut bertujuan menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia melalui perawatan BBLR dengan metode kanguru yang bermutu dan berorientasi pada keselamatan pasien. Di dalamnya tersedia acuan mengenai manajemen pelayanan PMK di rumah sakit dan jejaringnya, sistem rujukan PMK, pola pembiayaan pelayanan PMK, monitoring dan evaluasi, dan penjaminan mutu pelayanan PMK. Di dalam pedoman tersebut juga termuat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 203/Menkes/SK/III/2008 Tentang Pembentukan Kelompok Kerja (POKJA) Nasional Perawatan Metode Kanguru (PMK). Sasaran dalam pedoman tersebut yaitu dokter spesialis, ahli neonatologi, dokter umum, perawat, bidan, rumah sakit umum dan khusus, keluarga dan masyarakat dengan bimbingan tenaga kesehatan.

c) Panduan Pelayanan Perawatan Metode Kanguru di Rumah Sakit Tingkat Kabupaten, PERINASIA 2012

Panduan mengenai pelayanan perawatan metode kanguru di rumah sakit tingkat kabupaten disusun oleh tim PMK PERINASIA yang bekerjasama dengan Tim PMK RSUD Serang, RSUD dr Fauziah Bireuen, RSUD Sangatta serta perwakilan MCHIP di Jakarta maupun di tiga kabupaten yaitu Serang, Bireuen dan Sangatta. Panduan tersebut

ditujukan secara khusus bagi pelaksanaan PMK di rumah sakit tingkat kabupaten. Di dalamnya dijelaskan mengenai dasar hukum pelaksanaan PMK di rumah sakit, sarana dan prasarana dalam pelaksanaan PMK di rumah sakit, sumber daya manusia dalam pelaksanaan PMK di rumah sakit, tata laksana dalam pelaksanaan PMK di rumah sakit.

d) Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial, Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar, Kementerian Kesehatan RI 2010.

Penyusunan buku saku mengenai pelayanan kesehatan neonatal esensial melibatkan tim yang beranggotakan Unit Kerja Koordinasi Perinatologi IDAI, tim penyusun buku Manajemen Asfiksia Bayi Baru Lahir, Manajemen Bayi Berat Lahir Rendah dan Manajemen Terpadu Balita Sakit serta berbagai pengelola program di Kementerian Kesehatan. Direktorat Bina Kesehatan Anak bekerja sama dengan WHO, UNICEF, Save the Children, dan GTZ Siskes. Pedoman tersebut menjelaskan mengenai perawatan neonatal esensial pada saat lahir dan setelah lahir, termasuk tindakan dan pengobatan neonatal disesuaikan dengan pedoman Manajemen Asfiksia, Manajemen BBLR dan Manajemen Terpadu Balita Sakit. Di dalamnya disebutkan bahwa salah satu cara mencegah terjadinya kehilangan panas pada bayi baru lahir yaitu dengan meletakkan bayi di dada atau perut ibu agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi, dilengkapi dengan gambar mengenai posisi melakukan PMK. Sebagai kelengkapan informasi, buku tersebut dilengkapi dengan penjelasan materi programatik yaitu pelayanan kesehatan bayi baru lahir (kunjungan neonatal) sebanyak 3 kali pada 6-48 jam, 3-7 hari dan 8-28 hari. Sasaran dalam buku tersebut yaitu petugas pemberi pelayanan kesehatan neonatus pada tingkat puskesmas dan pengelola program kesehatan anak. Untuk tata laksana neonatus sakit yang memerlukan penanganan lebih lanjut, dapat merujuk kepada buku saku Pelayanan Kesehatan Anak di Rumah Sakit.

e) Kunjungan rumah BBLR oleh Petugas Ketuk Pintu Layani Dengan Hati (KPLDH)

Ketuk Pintu Layani dengan Hati (KPLDH) merupakan program kesehatan di DKI Jakarta yang diluncurkan pada tanggal 24 Mei 2015. Program ini berbasis jemput bola dan komunitas yang mengutamakan tindakan preventif (pencegahan) dan promotif (pemeliharaan dan peningkatan), dengan tetap melakukan tindakan kuratif (pengobatan) dan rehabilitatif bila diperlukan sebagai tindakan awal. Tindakan-tindakan tersebut

diawali dengan melakukan pendataan kesehatan di wilayah kerja masing-masing, kemudian tim akan melakukan pengolahan data untuk menentukan prioritas masalah. Program ini mendatangkan petugas medis yang direkrut oleh Dinas Kesehatan DKI Jakarta sebagai tenaga honorer. Dalam satu tim terdiri dari dokter umum, perawat dan bidan yang diperbantukan di masing-masing Puskesmas yang ada di seluruh kecamatan di Jakarta. Satu tim KPLDH akan bertanggung jawab pada sekitar lima ribu jiwa dari wilayah yang telah ditetapkan. KPLDH terdiri dari berbagai aktivitas kesehatan yang dilakukan dengan mendatangi masyarakat, antara lain sensus kesehatan, pengajaran budaya sehat oleh komunitas, vaksinasi, jumentik, dan pemeriksaan masalah kesehatan secara rutin. Salah satu aktivitas yang dilakukan oleh KPLDH yaitu melakukan pemantauan terhadap BBLR paska perawatan dari rumah sakit melalui kunjungan rumah. Kunjungan rumah dilakukan pada minggu ke-1 (hari ke-3 pasien pulang dari rumah sakit), minggu ke-2, dan minggu ke-3.

Dalam melaksanakan kunjungan rumah, tim KPLDH biasanya akan melibatkan kader kesehatan yang bertempat tinggal di wilayah pasien yang akan dikunjungi. Hal itu dikarenakan kader kesehatan lebih mengenal dan mengetahui wilayah yang akan dikunjungi. Namun, tidak ada kader kesehatan yang bertanggungjawab secara khusus untuk mengunjungi BBLR. Saat ini peran kader kesehatan tidak terlepas dari kegiatan Posyandu, yaitu kegiatan meliputi Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Keluarga Berencana (KB), imunisasi, gizi, dan penanggulangan diare (Kementerian Kesehatan RI, 2011). Selain kegiatan di dalam Posyandu, kader kesehatan juga melakukan kegiatan diluar jadwal Posyandu. Sesuai dengan konsep Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga (Kementerian Kesehatan RI, 2016), kader kesehatan bersama dengan petugas Puskesmas melakukan kunjungan rumah dalam rangka meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan atau meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas dengan mendatangi keluarga. Secara tidak langsung kader kesehatan juga terpapar mengenai informasi kesehatan dan kegiatan yang dilakukan oleh tim KPLDH ketika melakukan kunjungan rumah, seperti penimbangan berat badan dan tinggi badan, pemberian ASI eksklusif, praktek PMK pada BBLR, dan lain-lain.

f). **Kebijakan PMK di RSUD Koja**

Salah satu rumah sakit umum daerah yang mengimplementasikan PMK yaitu RSUD Koja, Jakarta Utara. PMK di RSUD Koja diatur dalam *Standard Operational Procedure* (SOP) dengan No Dokumen RSUD Koja/SPO/PONEK/120 tanggal 5 November 2019, dengan mengacu pada Surat Keputusan (SK) Direktur RSUD Koja No. 17450 tahun 2019 tentang Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif (PONEK) dan kebijakan PONEK 24 jam. Didalam SOP tersebut dijelaskan mengenai pengertian PMK, tujuan PMK, kriteria bayi PMK, kriteria pulang untuk bayi PMK, dan konseling PMK (persiapan petugas untuk konseling PMK, persyaratan petugas konseling PMK, durasi melakukan konseling, tempat konseling, isi informasi yang disampaikan dalam konseling, dan penatalaksanaan konseling).

Selain itu, RSUD KOJA juga mempunyai sistem informasi untuk pemantauan bayi BBLR termasuk di dalamnya pemantauan PMK yang disebut dengan SI Kanguru. Pemantauan tersebut dilakukan sejak bayi dirawat di rumah sakit sampai dengan bayi pulang ke rumah. Pemantauan bayi dilakukan secara intensif sampai bayi mencapai berat badan normal. Ketika bayi sudah pulang ke rumah, pemantauan dilakukan oleh Puskesmas dengan berkoordinasi dengan Suku Dinas Kesehatan Jakarta Utara.

2.4.5 Perawatan Metode Kanguru di Komunitas

2.4.5.1 Prinsip Perawatan Metode Kanguru di Komunitas

World Health Organization (2012) menjelaskan bahwa upaya untuk mengurangi kematian dan ketidakmampuan pada BBLR dapat dilakukan pada tingkat komunitas atau keluarga, tingkat pelayanan kesehatan primer, dan tingkat pelayanan kesehatan rujukan atau rumah sakit umum daerah. Dalam hal ini, pelaksanaan PMK yang merupakan bagian dari perawatan BBLR dapat dilaksanakan berdasarkan tingkatan tersebut dengan menyesuaikan kriteria bayi untuk dilakukan PMK dan orang yang tepat untuk memberikan perawatan.

a. **Tingkat komunitas atau keluarga**

Pada tingkat komunitas atau keluarga terdapat ibu dan ayah, kader kesehatan, bidan, dan perawat kesehatan masyarakat yang berperan dalam perawatan BBLR termasuk PMK;

- b. Tingkat pelayanan kesehatan primer
Pada tingkat pelayanan kesehatan primer terdapat dokter umum, perawat dan bidan yang mempunyai keterampilan dalam perawatan BBLR, perawat kesehatan masyarakat, dan petugas kesehatan lainnya;
- c. Tingkat pelayanan kesehatan rujukan atau rumah sakit umum daerah
Pada tingkat pelayanan kesehatan rujukan atau rumah sakit umum daerah terdapat dokter umum dan spesialis, perawat dan bidan yang mempunyai keterampilan lebih tinggi dalam perawatan BBLR termasuk PMK, dan petugas kesehatan lainnya.

Menurut WHO (2003), PMK dapat dilaksanakan berdasarkan tiga kondisi yang berbeda yaitu pada kondisi tidak ada perawatan khusus untuk BBLR baru lahir, ada perawatan khusus dengan sumber daya yang terbatas, dan ada perawatan khusus dengan sumber daya yang memadai.

- a. Tidak ada perawatan khusus untuk BBLR baru lahir
Bayi berat lahir rendah yang dilahirkan di rumah atau di fasilitas kesehatan tingkat pertama, dimana tidak adanya fasilitas perawatan khusus dan tidak ada fasilitas rujukan pada pelayanan kesehatan yang lebih memadai, PMK merupakan satu-satunya perawatan BBLR yang sangat penting untuk bayi baru lahir. Dalam kondisi tersebut, praktek PMK, pemberian ASI, dan *follow up* (tindak lanjut) pada pelayanan kesehatan merupakan cara terbaik untuk kelangsungan hidup BBLR yang tidak sakit. Pelaksanaan PMK pada bayi yang dilahirkan di rumah sebenarnya tidak hanya diperuntukkan bagi BBLR, namun dapat juga diperuntukkan bagi bayi dengan berat badan normal yang bertujuan untuk memberikan kehangatan pada bayi baru lahir.
- b. Ada perawatan khusus dan sumber daya yang terbatas
Pada kondisi dimana BBLR baru lahir membutuhkan perawatan khusus namun adanya keterbatasan sumber daya, PMK merupakan alternatif perawatan BBLR yang efektif yang memungkinkan pemanfaatan yang lebih baik dari sumber daya yang tersedia. Terlebih lagi di negara berkembang, fasilitas inkubator di rumah sakit juga masih terbatas. Dalam kondisi tersebut, PMK merupakan alternatif pengganti inkubator yang dapat memberikan manfaat yang sangat penting bagi BBLR;

- c. Ada perawatan khusus dan sumber daya yang memadai

Pada kondisi dimana BBLR baru lahir membutuhkan perawatan khusus dan adanya sumber daya yang cukup, PMK digunakan sebagai tambahan perawatan berbasis teknologi untuk menjalin ikatan yang sehat antara ibu dan bayi dan untuk meningkatkan tingkat menyusui. Pada kondisi tersebut ibu dapat mempraktekkan PMK secara intermiten di rumah sakit.

Pelaksanaan PMK dapat berjalan dengan baik dan memberikan manfaat yang optimal jika terpenuhinya persyaratan-persyaratan dalam implementasi PMK. *World Health Organization* (2003) telah menyebutkan beberapa kriteria dalam implementasi PMK berikut ini.

- 1). Fasilitas kesehatan yang memadai

Adanya fasilitas kesehatan yang memadai dapat membantu ibu untuk mempraktekkan PMK di rumah sakit. Fasilitas kesehatan (rumah sakit atau ruang rawat bayi) harus memungkinkan masuknya orang tua di ruang rawat bayi setiap saat. Selain itu, diperlukan adanya sebuah ruangan dekat ruang rawat bayi, yang dilengkapi dengan kursi yang nyaman untuk para ibu untuk mempraktekkan PMK dan untuk memberikan edukasi PMK pada ibu dan keluarga. Fasilitas lainnya yang dibutuhkan yaitu kursi untuk berbaring dan tempat tidur dengan sandaran belakang yang dapat diatur di ruang perawatan dan ruang paska melahirkan.

- 2). Dukungan tenaga kesehatan yang memadai

Kehadiran perawat terlatih penuh waktu yang bersedia untuk membantu ibu mempraktekkan PMK sangat diperlukan. Petugas kesehatan harus mendapatkan pelatihan yang memadai tentang PMK termasuk gizi pada BBLR terlebih dahulu sebelum memberikan pendampingan pada ibu BBLR untuk mempraktekkan PMK. Pelatihan tambahan juga diperlukan mengenai cara pemerah dan menyimpan ASI, cara alternatif dalam pemberian susu pada BBLR, dan pemantauan harian pertumbuhan BBLR. Pelatihan terbaik dapat dilakukan dengan memperkenalkan para petugas kesehatan yang akan dilatih ke unit yang sudah mempraktekkan PMK. Materi pendidikan seperti *leaflet*, poster, dan video mengenai PMK dalam bahasa lokal harus tersedia bagi ibu, keluarga, dan masyarakat.

3). Tindak lanjut yang baik

Pulang awal dari rumah sakit selama ibu mempraktekkan PMK seharusnya tidak dapat dilakukan jika tindak lanjut yang memadai tidak tersedia. Praktek PMK seharusnya menjadi bagian dalam kegiatan di-rumah sakit, yang memungkinkan ibu dan bayi untuk berada pada satu kamar bersama-sama selama diperlukan.

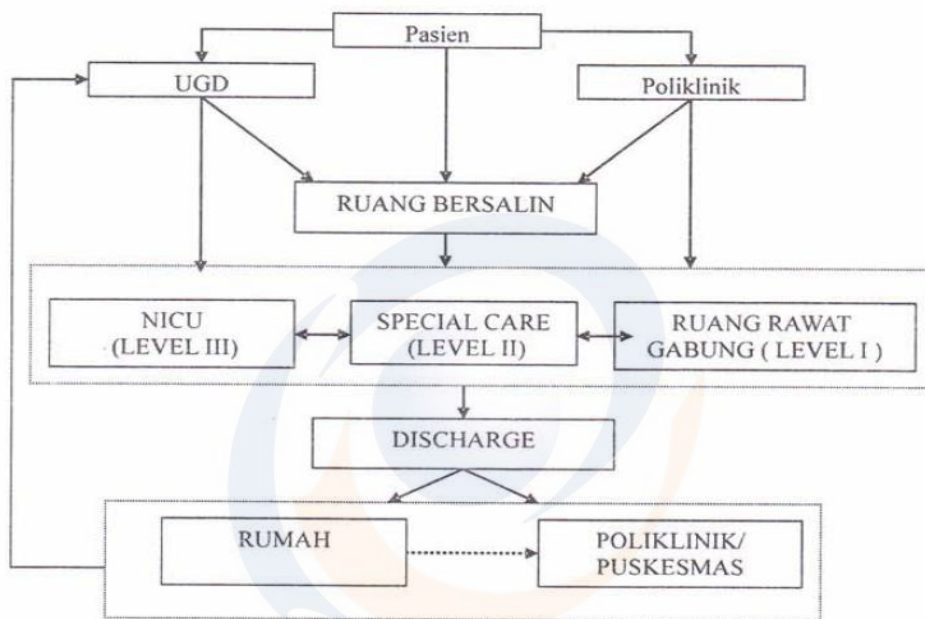
4. Dukungan lembaga, sosial dan masyarakat

Persyaratan untuk mencapai program PMK yang sukses dapat diringkas dalam tiga kata, yaitu komunikasi, sensitivitas dan pendidikan. Selain dukungan ibu, anggota keluarga juga harus didorong untuk menggantikan PMK ketika ibu ingin beristirahat. Ibu membutuhkan kerja sama dari keluarganya untuk mengurus pekerjaan rumah tangga selama bayi membutuhkan PMK. Selain itu, kesadaran masyarakat tentang manfaat PMK juga harus diciptakan. Hal ini sangat penting ketika ditemui adanya kendala sosial, ekonomi atau keluarga.

Di Indonesia, Depkes (2009) telah menciptakan pedoman pelayanan kesehatan BBLR dengan PMK di rumah sakit dan jejaringnya yang merupakan acuan dalam mengembangkan dan meningkatkan PMK di dalam dan luar rumah sakit. Dalam pedoman tersebut dijelaskan bahwa PMK adalah pelayanan kesehatan BBLR yang dapat bernapas spontan di rumah sakit dan jejaringnya berupa ruang rawat bayi baru lahir, ruang rawat gabung, NICU, *high care*, ruang rawat/ klinik PMK, Puskesmas, dan di rumah yang dilakukan oleh ibu dengan pengawasan dan bimbingan tenaga kesehatan (dokter, bidan, perawat, konselor). Konsep pelayanan PMK yaitu PMK dilakukan secara komprehensif (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif), *hospital based* dan *community based*, terintegrasi dengan pelayanan yang ada saat ini, dan PMK utamanya merupakan intervensi perawatan dengan dukungan medis.

Bayi berat lahir rendah bisa mendapatkan PMK di dalam dan luar rumah sakit. Bayi-bayi yang masih memerlukan fasilitas perawatan spesialistik dirawat di rumah sakit, sedangkan bayi-bayi dengan kondisi umum stabil, toleransi minum baik, dan ibu dianggap mampu melakukan PMK dapat dirawat diluar rumah sakit atau di rumah dengan pengawasan tenaga kesehatan terlatih. Jika bayi kembali masuk dalam keadaan gawat dapat langsung datang ke rumah sakit. Pelaksanaan PMK di rumah sakit diawali dengan menilai status dan kondisi bayi dan ibunya yang disesuaikan dengan level perawatan bayi. Pada ruang perawatan intensif (level II-III), PMK dapat dilakukan

secara intermitten (berselang) karena bayi masih memerlukan fasilitas perawatan spesialistik, sedangkan pada ruang rawat gabung (level 1), PMK dapat dilakukan secara kontinu (terus menerus selama 24 jam dalam sehari) (Departemen Kesehatan RI, 2009). Selanjutnya pelaksanaan PMK dapat dilanjutkan di rumah paska perawatan rumah sakit dengan adanya dukungan keluarga dan pemantauan dari petugas kesehatan. Alur pasien dalam pelayanan PMK dapat dilihat pada grafik berikut ini.



Gambar 2.7. Alur pasien dalam pelayanan PMK

Perawatan Metode Kanguru berbasis komunitas (*Community-Kangaroo Mother Care*) merupakan PMK yang dilakukan di rumah, dengan adanya dukungan keluarga dan pengawasan oleh petugas kesehatan. Menurut Soenarno (2002), komunitas merupakan sebuah identifikasi dan interaksi sosial yang dibentuk dengan berbagai dimensi kebutuhan fungsional. Komunitas tersebut termasuk keluarga, saudara, pengasuh, tetangga, teman, pekerja kesehatan dan lainnya. Mereka dapat memberikan dukungan dan sumber daya untuk membantu ibu selama kehamilan dan paska persalinan untuk membantu mendorong dan mendukung praktek perawatan bayi baru lahir yang bermanfaat, seperti PMK. Keluarga dan masyarakat juga memainkan peran penting dalam membantu ibu mengenali kapan bayi yang baru lahir membutuhkan

perawatan dari petugas kesehatan, dimana hal ini sangat penting terutama untuk perawatan bayi-bayi kecil (USAID, 2012).

Konsep dasar dari penerapan PMK di komunitas dapat bervariasi tergantung dari tempat dan situasi yang ada di komunitas tertentu. Secara umum, konsep dasar PMK di komunitas sangat mirip dengan PMK di fasilitas kesehatan. Negara-negara seperti Bangladesh, India, dan Nepal telah memperkenalkan PMK untuk bayi yang lahir di rumah, dimana ibu belajar tentang PMK selama kehamilan dan PMK dimulai tepat setelah lahir. Di negara-negara berpenghasilan rendah, sebagian besar kelahiran terjadi di rumah, perawatan intensif neonatal hampir tidak tersedia, dan kejadian BBLR dan angka kematian neonatal tinggi. Dalam keadaan seperti ini, PMK berbasis komunitas terbukti menjadi metode terbaik dalam menstabilkan neonatus dan mengurangi kematian neonatal (Quasem et al., 2003; Sloan et al., 2008). Pelaksanaan PMK di komunitas dapat diperuntukkan bagi semua bayi, terlepas dari berat lahir, yang dapat dilakukan segera setelah bayi lahir dan tidak memerlukan penilaian klinis atau berat lahir untuk mengidentifikasi bayi yang memenuhi syarat untuk melakukan PMK (Sloan et al., 2008). Tujuan dari PMK di komunitas yaitu untuk mencegah hipotermia, permasalahan pernapasan, diare dan memperbaiki nutrisi bayi baru lahir (Sloan et al., 2011).

2.4.5.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perawatan Metode Kanguru di Komunitas

Teori Green

Berdasarkan *systematic review* yang dilakukan oleh Grace et al (2015) mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi penerimaan PMK pada *context* yang berbeda, ditemukan bahwa sistem adopsi yang terdiri dari kebutuhan waktu, dukungan sosial, perawatan medis, dan penerimaan keluarga; sistem kesehatan yang terdiri dari organisasi, pembiayaan, dan pelayanan kesehatan; dan *context* luas terdiri dari norma dan budaya mempengaruhi persepsi dan pelaksanaan penerimaan PMK.

a). Pengetahuan Ibu mengenai PMK

Pengetahuan adalah hasil dari suatu proses pembelajaran seseorang terhadap sesuatu baik itu yang didengar maupun yang dilihat (Notoatmodjo, 2007). Pengetahuan

merupakan faktor paling utama (predisposisi) yang dapat mempengaruhi perilaku (Green, 2005). Semakin baik pengetahuan seseorang, maka semakin baik perilakunya.

Menurut Desai et al. (2013) dan Nguah et al. (2011), pengetahuan mengenai manfaat PMK dan cara melakukan PMK akan meningkatkan pelaksanaan PMK. Adanya pengetahuan mengenai PMK dapat meningkatkan kesadaran terhadap PMK dan dapat meningkatkan praktek PMK di rumah dengan adanya dukungan dari anggota keluarga.

b). Sikap ibu terhadap PMK

Sikap merupakan respon seseorang terhadap suatu stimulus yang didapatkan dari panca inderanya (Notoatmodjo, 2012). Seseorang yang bersikap positif terhadap manfaat PMK, maka akan meningkatkan praktek PMK.

Menurut Seidman et al. (2012), kurangnya bantuan dalam praktek PMK, dan kurangnya kesadaran ibu terhadap PMK dan kesehatan bayi merupakan faktor penghambat pelaksanaan PMK. Menurut Nguah et al. (2011), ibu yang mempunyai pengetahuan, sikap, dan praktek yang baik mengenai PMK dapat mempengaruhi hasil dari PMK sehingga berat badan bayi dapat optimal.

c). Paritas

Paritas yaitu banyaknya kelahiran hidup yang dipunyai oleh seorang wanita (BKKB, 2006). Semakin banyak anak yang dimiliki oleh seorang ibu, maka akan semakin banyak waktu yang terbagi untuk mengurus anak-anaknya, sehingga dapat mempengaruhi waktu yang diperlukan untuk praktek PMK.

Paritas dan *pre-lacteal feed* merupakan faktor yang berpengaruh terhadap praktek PMK di rumah, dimana kurangnya kerja sama dari anggota keluarga dan ketidaknyamanan bayi merupakan penghambat utama bagi ibu untuk melakukan PMK (Parikh et al, 2013).

d). Aktifitas Ibu

Aktivitas ibu yaitu kegiatan sehari-hari yang dilakukan oleh ibu, baik di dalam rumah maupun diluar rumah. Semakin banyak aktivitas ibu atau kesibukan ibu, maka akan semakin sedikit waktunya untuk mempraktekkan PMK dengan jangka waktu yang lama.

Menurut Rasaily et al (2017), padatnya pekerjaan rumah tangga yang harus dilakukan sehari-hari merupakan salah satu faktor penghambat tidak dilakukannya PMK

dalam jangka waktu yang lama. Rata-rata ibu melakukan PMK selama 5 jam dalam satu hari.

e) Kepercayaan terhadap Perawatan bayi Tradisional

Kepercayaan perawatan bayi tradisional yaitu kebiasaan, kepercayaan, dan nilai-nilai yang dianut oleh ibu dalam perawatan bayi secara tradisional. Kepercayaan merupakan faktor predisposisi yang dapat mempengaruhi perilaku (Green, 1994). Banyaknya kepercayaan terhadap perawatan bayi prematur tradisional yang ada di masyarakat dapat mempengaruhi sikap dan praktek PMK pada ibu.

Menurut Chan et al (2015), norma dan budaya mempengaruhi persepsi dan pelaksanaan penerimaan PMK. Peran dari petugas kesehatan sangat penting dalam mengedukasi masyarakat mengenai perilaku kesehatan.

f). Dukungan keluarga

Dukungan keluarga yaitu sikap, tindakan, dan penerimaan suami atau anggota keluarga terhadap pelaksanaan PMK oleh ibu dan bersedia untuk membantu ibu dalam melaksanakan PMK. Dukungan keluarga sangat penting dalam praktek PMK di komunitas.

Menurut Chan et al (2015), adanya penerimaan dan dukungan suami atau keluarga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi persepsi dan pelaksanaan penerimaan PMK. Menurut Mazumder et al. (2018), salah satu faktor pendukung dalam pelaksanaan PMK adalah dukungan keluarga. PMK di komunitas dapat diterima oleh ibu dan tingkat adopsi tinggi. Faktor budaya (tidak melakukan pekerjaan rumah tangga) dan dukungan anggota keluarga merupakan faktor pendukung dalam pelaksanaan PMK. Penelitian serupa juga dilakukan oleh Seidman et al. (2012) bahwa faktor-faktor yang mendukung pelaksanaan PMK adalah dukungan keluarga, teman, dan pendamping lainnya. Menurut Parikh et al (2013), kurangnya kerja sama dari anggota keluarga dan ketidaknyamanan bayi merupakan penghambat utama bagi ibu untuk melakukan PMK. Salah satu bentuk dukungan yang diterima oleh ibu adalah bantuan dalam melakukan pekerjaan rumah tangga (Opera et al, 2017).

g). Dukungan Sosial

Dukungan sosial yaitu dukungan atau pemberian motivasi dari saudara, teman, tetangga, tokoh masyarakat atau anggota masyarakat lainnya kepada ibu dalam

melaksanakan PMK. Masyarakat dapat berfungsi sebagai pemberi motivasi atau penyemangat kepada ibu dalam mempraktekkan PMK.

Menurut Chan et al (2015), sistem adopsi yang terdiri dari dukungan sosial, penerimaan keluarga, teman, lingkungan, dan pendamping mempengaruhi persepsi dan pelaksanaan penerimaan PMK. Faktor sosial sangat penting dalam implementasi PMK di komunitas.

h). Dukungan Petugas Kesehatan

Dukungan petugas kesehatan yaitu dukungan yang diberikan oleh petugas pada pelayanan primer atau Puskesmas dalam melakukan kunjungan rumah dan pemberian informasi, edukasi, dan motivasi kepada ibu dalam melaksanakan PMK. Adanya dukungan dari petugas kesehatan akan meningkatkan praktek PMK di komunitas.

Menurut Chan et al (2015), faktor pendukung dalam pelaksanaan PMK yaitu pelayanan kesehatan dan dukungan petugas kesehatan, sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Seidmen et al (2012), menunjukkan bahwa fasilitas atau sumber daya, sikap negatif petugas kesehatan atau interaksi dengan petugas kesehatan merupakan faktor penghambat praktek PMK. Sedangkan peneliti

Berdasarkan penelitian-penelitian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan praktek PMK, maka faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan praktek PMK di komunitas pada penelitian ini dikelompokkan menjadi faktor ibu yang terdiri dari umur ibu, tingkat pendidikan ibu, paritas, pengetahuan ibu mengenai PMK, sikap ibu terhadap PMK, aktivitas ibu, kesehatan ibu paska melahirkan, dan kepercayaan perawatan bayi tradisional; faktor keluarga yang terdiri dari dukungan suami dan keluarga; dan faktor komunitas yang terdiri dari dukungan petugas kesehatan, kader kesehatan, dan tokoh masyarakat.

2.5 Bayi Berat Lahir Rendah

2.5.1 Pengertian dan Klasifikasi Bayi Berat Lahir Rendah

Menurut WHO (1977), Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2500 gram, sedangkan menurut Departemen Kesehatan RI, (2009), BBLR adalah kelompok bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2500 gram tanpa memandang usia kehamilan, baik prematur atau cukup bulan.

BBLR dapat diklasifikasikan berdasarkan umur kehamilan dan berat badan waktu lahir. Berdasarkan berat badan waktu lahir, BBLR diklasifikasikan menjadi:

- a). Berat Badan Lahir Rendah, yaitu bayi lahir dengan berat <2.500 gram,
- b). Berat Badan Lahir Sangat Rendah, yaitu bayi lahir dengan berat <1.500 gram,
- c). Berat Badan Lahir Ekstrem Rendah, yaitu bayi yang lahir dengan berat <1.000 gram.

Berdasarkan umur kehamilan, BBLR diklasifikasikan menjadi:

- a). *Pre-Term Birth* (PTB), yaitu usia kehamilan kurang dari 37 minggu lengkap,
- b). *Term (Intrauterine Growth Restriction-IUGR)*, yaitu usia kehamilan mulai dari 37 minggu sampai kurang dari 42 minggu lengkap.

2.5.2 Permasalahan Bayi Berat Lahir Rendah

Bayi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) mempunyai berbagai permasalahan kesehatan, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Secara umum, semakin muda umur atau berat badan bayi, maka semakin besar risiko komplikasi yang dihasilkan. Permasalahan kesehatan pada BBLR dijelaskan berikut ini.

a). Masalah pengaturan suhu tubuh

Mekanisme pengaturan suhu tubuh pada bayi baru lahir belum berfungsi sempurna, sehingga berisiko pada hipotermia (WHO, 1997; Kumar et al., 2009; Soares et al., 2020)

Bayi dengan hipotermia, berisiko tinggi untuk mengalami sakit berat atau bahkan kematian (Mullany et al., 2010; Sodemann et al., 2008). Hilangnya panas pada bayi yang baru lahir berlangsung dengan cepat, dimana dapat menurunkan dari 2°C sampai 3°C dalam setengah jam pertama kehidupan. Mekanisme kehilangan panas pada bayi dapat terjadi melalui radiasi, konduksi, konveksi, dan evaporasi (WHO, 1997).

1). Radiasi

Yaitu kehilangan panas yang terjadi pada saat bayi ditempatkan dekat benda yang mempunyai temperatur tubuh lebih rendah dari temperatur tubuh bayi, misalnya bayi ditempatkan dekat jendela yang terbuka.

2) Konduksi

Yaitu kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin, misalnya bayi diletakkan di atas timbangan atau tempat tidur bayi tanpa alas.

3). Konveksi

Yaitu kehilangan panas yang terjadi pada bayi saat bayi terpapar dengan udara sekitar yang lebih dingin, misalnya angin dari kipas angin, penyejuk ruangan tempat bersalin.

4). Evaporasi

Yaitu kehilangan panas karena menguapnya cairan ketuban pada permukaan tubuh setelah bayi lahir karena tubuh tidak segera dikeringkan.

Bayi prematur lebih rentan kehilangan panas dan memiliki risiko hipotermia yang lebih besar (WHO, 1997; Soares, et al., 2020). Hal ini disebabkan karena mereka memiliki timbunan lemak tubuh yang lebih sedikit bila dibandingkan dengan bayi baru lahir cukup bulan. Bayi prematur menggunakan semua energi yang diperoleh dari makanan hanya untuk menjaga tubuhnya tetap hangat. Oleh karena itu, bayi prematur memerlukan tambahan panas dari mesin penghangat atau inkubator sampai mereka mampu mempertahankan suhu tubuhnya tanpa bantuan. Untuk mencegah kehilangan panas pada bayi baru lahir, WHO telah memasukkan perawatan suhu (termasuk pencegahan hipotermia pada bayi baru lahir) sebagai komponen perawatan esensial pada bayi baru lahir diantara paket intervensi dasar yang direkomendasikan untuk semua bayi (WHO, 2010). Di Indonesia, Kementerian Kesehatan telah memasukkan perawatan suhu untuk menjaga agar bayi baru lahir tetap hangat dalam perawatan kesehatan bayi baru lahir esensial (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

b). Masalah sistem kekebalan tubuh.

Bayi prematur umumnya mempunyai sistem kekebalan tubuh yang belum berkembang dengan baik. Hal tersebut menyebabkan bayi prematur mempunyai risiko yang lebih tinggi terhadap infeksi. Bayi baru lahir sangat bergantung pada kekebalan tubuh bawaan sebagai adaptasi perkembangan kekebalan tubuhnya pada tahun-tahun awal kehidupan (Siegrist & Aspinall, 2009). Bayi cukup bulan mendapat tambahan perlindungan dari kekebalan tubuh ibunya yang didapatkan melalui plasenta. Bayi prematur kurang mendapatkan antibodi dari tubuh ibunya yang ditransfer melalui

plasenta, yang biasanya didapatkan pada usia kehamilan akhir (Palmeira et al., 2012; Van den Berg et al., 2011). Secara umum, jumlah komposisi sel darah putih sebagai zat antibodi pada bayi baru lahir berbeda-beda berdasarkan usia kehamilan (Sharma et al., 2012).

c). Masalah pernapasan

Sindrom gangguan pernapasan (*Respiratory Distress Syndrome-RDS*) terlihat terutama pada bayi prematur karena karena sistem pernapasan yang belum matang. Bayi prematur mempunyai surfaktan yang lebih sedikit di paru-paru, yaitu suatu zat yang memungkinkan paru-paru untuk berkembang (Gallacher et al., 2016). Surfaktan diproduksi oleh tipe 2 *pneumocytes* dari minggu ke-24 kehamilan dan jumlahnya meningkat dengan bertambahnya usia kehamilan (Joshi & Kotecha, 2007). Di antara bayi prematur, insiden bervariasi dengan usia kehamilan, dimana insiden semakin meningkat dengan penurunan usia kehamilan. Jika paru-paru tidak dapat berkembang dan berkontraksi secara normal, maka bayi dapat mengalami gangguan pernapasan. Bayi prematur juga dapat mengalami kelainan paru-paru yang dikenal sebagai *bronkopulmoner displasia*. Selain itu, beberapa bayi prematur juga dapat mengalami jeda dalam pernapasan mereka, yang dikenal sebagai *apnea*.

d). Masalah pencernaan

Bayi prematur cenderung memiliki sistem pencernaan yang belum matang, yang dapat mengakibatkan komplikasi seperti *Necrotizing Enterocolitis* (NEC). NEC adalah penyebab utama kematian akibat penyakit gastrointestinal pada bayi baru lahir prematur, yaitu sebesar 5 – 12% bayi yang lahir dengan berat badan sangat rendah (Meister, et al., 2020). Kondisi ini terjadi ketika jaringan di usus kecil atau besar terluka atau meradang, biasa terjadi pada bayi prematur ketika mereka mulai mendapatkan makanan. Bayi prematur yang hanya menerima ASI memiliki resiko yang jauh lebih rendah untuk mengalami NEC. Insiden NEC berhubungan berhubungan dengan usia kehamilan bayi, dimana bayi dengan usia kehamilan lebih muda mempunyai risiko lebih tinggi untuk mengalami NEC (Gephart et al., 2012; (Christensen et al., 2010).

Selain menyebabkan permasalahan kesehatan jangka pendek, BBLR juga menyebabkan permasalahan kesehatan jangka panjang, seperti dampak terhadap fisik, dampak terhadap perilaku atau perkembangan syaraf otak, dan dampak terhadap keluarga, ekonomi, dan sosial (WHO, 2012). Dampak fisik terdiri dari gangguan

penglihatan (O'Connor et al., 2007), gangguan pendengaran (Marlow et al., 2005), penyakit paru kronis (Greenough, 2012), serta penyakit jantung dan penyakit tidak menular (meningkatkan tekanan darah, mengurangi fungsi paru, meningkatkan penyakit asma, gagal pertumbuhan pada masa bayi, dan mempercepat berat badan pada masa remaja) (Rogers & Velten, 2011; Doyle et al., 2003; Escobar et al., 2006). Dampak perilaku atau perkembangan syaraf otak terdiri dari gangguan ringan fungsi otak (gangguan belajar, disleksia, mengurangi pencapaian akademik), keterlambatan perkembangan global (gangguan kognitif, gangguan motorik, *cerebral palsy*), dan gangguan perilaku atau psikologi (gangguan fokus dan perilaku hiperaktif, peningkatan kegelisahan dan depresi) (Upadhyay et al., 2019; Rogers & Velten, 2011; Hagberg et al., 2007; Bodeau-livinec et al., 2006). Dampak keluarga, ekonomi, dan sosial terdiri dari dampak pada keluarga (psikososial, emosi, dan ekonomi); dampak pada pelayanan kesehatan (biaya pelayanan kesehatan), dan dampak antar generasi (risiko keturunan kelahiran prematur) (Singer et al., 1999; Moore et al., 2006; Behrman & Butler, 2007)

2.5.3 Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah

Bayi prematur sangat rentan terhadap ketidakstabilan suhu, kesulitan makan, gula darah rendah, infeksi, kesulitan bernapas, dan beberapa komplikasi penyakit. Menurut Lawn et al., (2013), menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan sejak kelahiran prematur dapat dicapai dengan serangkaian perawatan berbasis bukti, mulai dari perawatan sederhana seperti kehangatan dan menyusui hingga perawatan intensif penuh. Perawatan tersebut diadaptasi dari tinjauan penelitian dan laporan konsensus “*Essential Interventions Commodities and Guidelines for Reproductive Maternal, Newborn and Child Health*” (PMNCH, 2011). Menurut Lawn et al., (2013), intervensi yang dapat diberikan pada BBLR yaitu perawatan bayi baru lahir esensial, Perawatan Metode Kanguru, dan perawatan BBLR di ruang NICU.

2.5.3.1 Perawatan Bayi Baru Lahir Esensial

Perawatan yang esensial bagi bayi baru lahir khususnya BBLR yaitu kehangatan, menyusui dini dan eksklusif, kebersihan dan resusitasi jika diperlukan (WHO, 2010). Metode sederhana untuk menjaga suhu bayi setelah melahirkan yaitu mengeringkan dan menutupip bayi dengan kain, meningkatkan suhu lingkungan, menutupi kepala bayi (misalnya, dengan topi rajutan), kontak kulit-ke-kulit dengan ibu

dan menutup keduanya dengan selimut (WHO, 1997; McCall et al., 2005). Teknik pemanasan lainnya yaitu bantal pemanas, dipan hangat, pemanas radiasi atau inkubator (WHO, 1997).

Inisiasi menyusui dini dalam waktu satu jam setelah kelahiran telah terbukti mengurangi kematian neonatal (Bhutta et al., 2008; Edmond et al., 2006; Mullany et al., 2008). Bayi prematur mendapat manfaat dari ASI secara nutrisi, imunologis dan perkembangan (Callen dan Pinelli, 2005). Manfaat jangka pendek dan jangka panjang dibandingkan dengan pemberian susu formula sudah terbukti dengan insidensi infeksi yang lebih rendah dan *necrotizing enterocolitis* dan peningkatan hasil perkembangan saraf (Edmond et al., 2007; Hurst, 2007).

Praktik kelahiran yang bersih dapat mengurangi angka kematian dan kesakitan ibu dan bayi baru lahir dari penyebab terkait infeksi, termasuk tetanus (Blencowe et al., 2011). Bayi prematur memiliki risiko lebih tinggi mengalami sepsis bakteri. Pembersihan tangan sangat penting di unit perawatan neonatal. Kulit bayi prematur lebih rentan, dan tidak dilindungi oleh vernix. Aplikasi topikal salep emolien seperti minyak bunga matahari atau Aquaphor mengurangi kehilangan air, dermatitis dan risiko sepsis (Soll dan Edwards, 2000) dan telah terbukti mengurangi mortalitas untuk bayi prematur. Intervensi lain yang efektif dan murah untuk perawatan tali pusat yaitu menunggu 2-3 menit atau hingga tali pusat berhenti berdenyut, sambil menjaga bayi di bawah level plasenta. Hal ini akan mengurangi risiko perdarahan intrakranial, kebutuhan akan darah transfusi, dan anemia.

2.5.3.2 Perawatan BBLR di Ruang NICU (*Neonatal Intensive Care Unit*)

Bayi prematur tanpa komplikasi dapat dirawat dengan ibunya di ruang rawat inap atau di rumah, tetapi bayi yang berusia di bawah 32 minggu berisiko lebih besar terkena komplikasi dan biasanya akan memerlukan perawatan di rumah sakit. Beberapa bayi yang memerlukan perawatan yaitu bayi yang memiliki tanda-tanda infeksi, bayi dengan penyakit kuning, dan bayi dengan gangguan pernapasan. Menurut Mwaniki et al., (2012), bayi prematur berisiko lebih tinggi terkena penyakit kuning dan infeksi, dan ini dapat terjadi bersama-sama menambah risiko untuk kematian dan kecacatan. BBLR berisiko terhadap gangguan pernapasan (*Respiratory Distress Syndrome*-RDS). Bayi

dengan RDS memerlukan terapi oksigen (*Safe Oxygen Management*) yang harus dilakukan terus menerus dan harus dipantau dengan oksimeter pulsa (Duke et al., 2009).

2.5.3.3 Perawatan Metode Kanguru (PMK)

Perawatan Metode Kanguru (PMK) adalah perawatan untuk bayi prematur dengan melakukan kontak langsung antara kulit bayi dengan kulit ibu (*skin-to-skin contact*) yang dilakukan sesaat setelah lahir, berkepanjangan dan berkelanjutan; pemberian ASI atau ASI eksklusif; pulang lebih awal dari rumah sakit (*early discharge*); dukungan yang cukup dan pemantauan di rumah (WHO, 2003). Depkes RI (2004) mendefinisikan PMK sebagai suatu cara perawatan untuk bayi BBLR terutama dengan berat lahir <2000 gram melalui kontak kulit dengan kulit antara ibu dengan bayinya dimulai di tempat perawatan diteruskan di rumah, dikombinasi dengan pemberian ASI yang bertujuan agar bayi tetap hangat.

2.6 Kerangka Teori

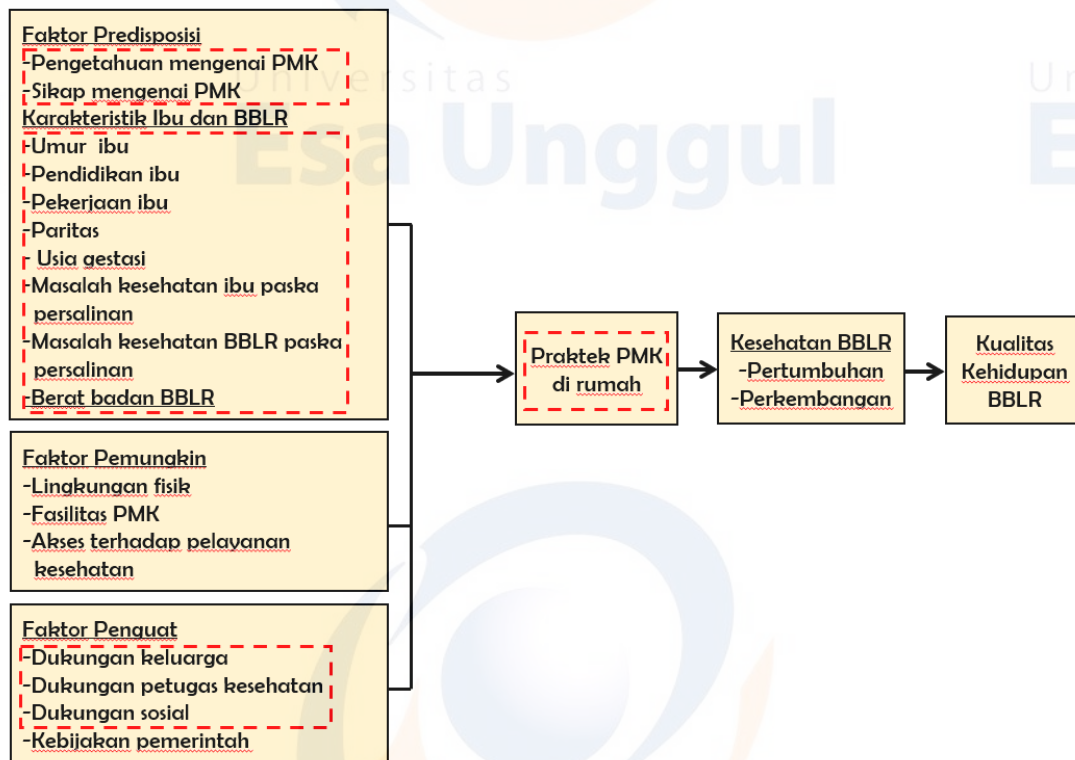
Bayi dengan kondisi BBLR memiliki risiko lebih tinggi pada kesakitan dan kematian karena fungsi pengatur suhu tubuh belum stabil, kemampuan menyusu (reflek hisap dan menelan) masih lemah, dan fungsi paru atau pernapasan belum sempurna. Bayi dengan berat badan lahir sangat rendah dan bayi dengan berat badan lahir ekstrem rendah lebih berisiko terhadap permasalahan kesehatan dan komplikasi terkait dengan prematuritas, sehingga membutuhkan perawatan intensif di rumah sakit. Waktu memulai (inisiasi) PMK pada bayi baru lahir yang mempunyai masalah kesehatan harus ditunda dulu sampai kondisi medis bayi stabil. Waktu inisiasi PMK pada BBLR harus dinilai berdasarkan status dan kondisi bayi dan ibunya. Untuk selanjutnya, pelaksanaan PMK di rumah sakit disesuaikan dengan level perawatan bayi. Pada ruang perawatan intensif (level II-III), PMK dapat dilakukan secara intermitten (berselang) karena bayi masih memerlukan fasilitas perawatan spesialistik, sedangkan pada ruang rawat gabung (level 1), PMK dapat dilakukan secara kontinu (terus menerus selama 24 jam dalam sehari) (Departemen Kesehatan RI, 2009).

WHO (2003) memberikan panduan untuk insiasi PMK berdasarkan klasifikasi berat badan bayi lahir. Bayi dengan berat lahir 1800 gr atau lebih (usia gestasi 30-34 minggu atau lebih) berisiko terhadap permasalahan kesehatan terkait prematuritas, seperti *Respiratory Distress Syndrome* (RDS), sehingga membutuhkan perawatan

khusus di rumah sakit. Dalam beberapa kasus, PMK dapat dimulai setelah lahir pada kelompok bayi tersebut karena secara umum kondisi kesehatannya sudah stabil. Bayi dengan berat lahir 1200 gr sampai 1799 gr (usia gestasi 28-32 minggu) lebih berisiko terhadap RDS dan komplikasi kesehatan lainnya, sehingga membutuhkan perawatan khusus di rumah sakit secara dini. Dalam beberapa kasus, persalinan harus dilakukan di rumah sakit yang lengkap sesuai dengan perawatan yang dibutuhkan. Ketika persalinan tidak dilakukan di rumah sakit, bayi baru lahir dan ibunya harus segera dirujuk ke rumah sakit. Salah satu cara terbaik membawa BBLR ke rumah sakit yaitu dengan menggendong bayi dalam posisi kulit-ke-kulit (*skin-to-skin-contact*) dengan ibunya. Bayi membutuhkan waktu satu minggu atau lebih untuk memulai PMK. Pada bayi dengan berat lahir kurang dari 1200 gr (usia gestasi dibawah 30 minggu), permasalahan kesehatan terkait prematuritas semakin banyak dan bertambah parah. Angka kematian sangat tinggi dan hanya sebagian kecil bayi yang dapat bertahan hidup dengan permasalahan kesehatan terkait prematuritas. Bayi-bayi tersebut membutuhkan perawatan khusus di rumah sakit yang mempunyai fasilitas NICU. Bayi membutuhkan waktu beberapa minggu sampai kondisi kesehatan mereka stabil untuk memulai PMK.

Ketika kondisi bayi sudah stabil dan dapat dipulangkan dari rumah sakit (*discharge*), ibu BBLR dapat melanjutkan praktek PMK di rumah dengan adanya dukungan keluarga dan pengawasan dari petugas kesehatan. Perawatan BBLR yang optimal dan keberlanjutan PMK di rumah sangat diperlukan untuk menjaga agar suhu bayi tetap stabil dan menghindari terjadinya gangguan kesehatan pada bayi. Ada berbagai faktor yang dapat mempengaruhi praktek PMK ibu di rumah, seperti faktor individu (karakteristik ibu dan bayi), keluarga, sosial, pelayanan kesehatan, dan kebijakan. Teori *Precede-Proceed Model Framework* (Green & Kauter, 2005) mengelompokkan faktor-faktor yang mempengaruhi praktek kedalam faktor predisposisi, pemungkin, dan penguat. Faktor predisposisi (*predisposing factors*) yaitu faktor yang paling utama atau faktor yang mempermudah terjadinya suatu perilaku, misalnya pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi, karakteristik socio-demografi, dan lain-lain. Faktor pemungkin (*enabling factors*) yaitu faktor pendukung untuk berlangsungnya suatu perilaku, misalnya lingkungan fisik, fasilitas, akses terhadap pelayanan kesehatan, dan lain-lain. Faktor penguat (*reinforcing factors*) yaitu faktor yang memperkuat terjadinya suatu perilaku, misalnya dukungan keluarga,

dukungan sosial, dukungan petugas kesehatan, kebijakan pemerintah, dan lain-lain. Kerangka teori dalam penelitian ini dapat dilihat pada bagan berikut.

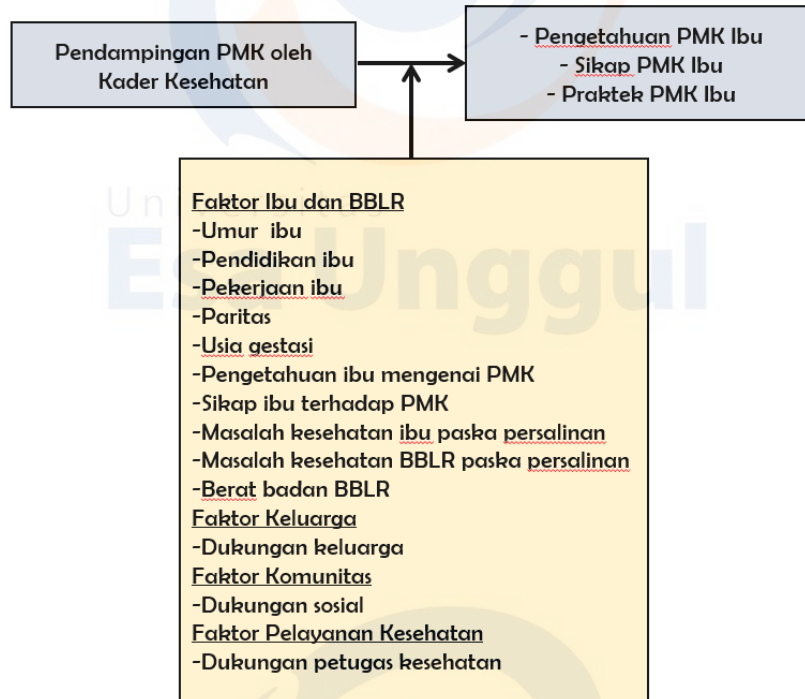


Ket: ---- Variabel yang akan diteliti

Gambar 2.8. Kerangka Teori Penelitian yang diadopsi dari Green & Kauter (2005)

2.7 Kerangka Konsep

Variabel independen dalam penelitian ini yaitu pendampingan mengenai PMK dan variabel dependen yaitu pengetahuan mengenai PMK, sikap terhadap PMK, dan praktek PMK ibu. Faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi hubungan antara variabel-variabel tersebut terdiri dari faktor ibu dan bayi yang terdiri dari umur ibu, tingkat pendidikan ibu, pekerjaan ibu, paritas, masalah kesehatan ibu paska persalinan, dan masalah kesehatan bayi paska persalinan; faktor keluarga yang terdiri dari dukungan keluarga; faktor komunitas yang terdiri dari dukungan sosial; dan faktor pelayanan kesehatan yang terdiri dari dukungan petugas kesehatan *post discharge*. Kerangka konsep penelitian dapat dilihat pada bagan berikut.



Gambar 2.9. Kerangka Konsep Penelitian

2.8 Definisi Operasional

Uraian mengenai variabel yang diteliti dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 2.1. Definisi Operasional Variabel

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Pendampingan PMK	Pendampingan PMK dalam penelitian ini yaitu kunjungan rumah yang dilakukan oleh kader kesehatan terhadap ibu BBLR untuk memberikan informasi dan edukasi mengenai PMK dan pemberian ASI; mengingatkan dan memberikan motivasi mengenai praktek PMK dan pemberian ASI; memberikan media Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) berupa <i>booklet</i> ; dan membantu ibu untuk mengikat kain PMK jika ibu membutuhkan pertolongan. Kunjungan rumah dilakukan mulai hari ke-3 setelah ibu pulang dari rumah sakit dan kunjungan selanjutnya dilakukan tiap minggu sebanyak minimal 3 kali kunjungan atau sampai bayi mencapai berat 2500 gr.	Pelaksanaan kunjungan rumah yang dilakukan tiap minggu sebanyak minimal 3 kali kunjungan atau sampai bayi mencapai berat 2500 gr.	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pendampingan (pada kelompok intervensi) - Tidak melakukan pendampingan (pada kelompok kontrol) 	Nominal
Pengetahuan mengenai PMK	Pengetahuan mengenai PMK dalam penelitian ini yaitu hasil tahu ibu yang mencakup: pengertian PMK, manfaat PMK, kriteria bayi PMK, lama PMK, tahapan PMK, posisi PMK, pelaku PMK, tempat PMK, peralatan PMK, dan pemberian ASI bagi BBLR.	1. Bertanya dan memberikan kuesioner pada responden untuk diisi (12 pertanyaan)	Rata-rata total skor pengetahuan mengenai PMK	Interval

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
		2.Wawancara mendalam	Tema dan subtema mengenai pengetahuan PMK	
Sikap terhadap PMK	Sikap terhadap PMK yaitu evaluasi ibu mengenai manfaat PMK, lama PMK, pelaku PMK, dan pemberian ASI bagi BBLR.	1.Bertanya dan memberikan kuesioner pada responden untuk diisi (8 pertanyaan)	Rata-rata total skor sikap terhadap PMK	Interval
		2. Wawancara mendalam	Tema dan subtema mengenai sikap PMK	
Praktek PMK	Praktek PMK dalam penelitian ini yaitu durasi kontak kulit-ke-kulit antara bayi dengan ibu BBLR dan pengasuh bayi lainnya dalam satu hari dan pengamatan posisi PMK (cara ibu mempraktekkan PMK)	1.Bertanya dan memberikan kuesioner pada responden untuk diisi (1 pertanyaan)	Rata-rata durasi PMK/ hari (jam)	Interval
		2.Observasi (8 list observasi)	Hasil pengamatan mengenai posisi PMK	
Berat badan BBLR	Berat badan BBLR dalam penelitian ini yaitu ukuran tubuh BBLR dalam sisi beratnya yang ditimbang dalam keadaan berpakaian minimal tanpa perlengkapan apapun dengan menggunakan timbangan analog dengan kapasitas maksimal 20 kg.	Menimbang berat badan BBLR dalam kondisi tanpa berpakaian dengan menggunakan timbangan analog	Rata-rata berat badan BBLR (gr)	Interval

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Umur ibu	Umur ibu dalam penelitian ini yaitu lama waktu hidup ibu sejak dilahirkan, dihitung dari ulang tahun terakhir.	Memberikan kuesioner pada responden untuk diisi (1 pertanyaan)	Rata-rata umur ibu	Interval
Pendidikan ibu	Pendidikan ibu dalam penelitian ini yaitu proses upaya pembelajaran secara formal yang telah ditempuh oleh ibu, dihitung dari jenjang pembelajaran terakhir.	Memberikan kuesioner pada responden untuk diisi (1 pertanyaan)	- Rendah: SD dan SMP - Tinggi: SMU dan perguruan tinggi (UU No. 12 Tahun 2012)	Nominal
Pekerjaan ibu	Pekerjaan ibu dalam penelitian ini yaitu aktivitas rutin yang dilakukan oleh ibu setiap hari untuk mendapatkan penghasilan.	Memberikan kuesioner pada responden untuk diisi (1 pertanyaan)	- Tidak bekerja - Bekerja	Nominal
Paritas	Paritas dalam penelitian ini yaitu jumlah anak yang dimiliki oleh ibu ketika penelitian dilakukan.	Memberikan kuesioner pada responden untuk diisi (1 pertanyaan)	- Primipara - Grandemultipara (BKKBN, 2006)	Nominal
Usia gestasi	Usia gestasi dalam penelitian ini yaitu usia kehamilan ibu atau masa sejak terjadinya konsepsi sampai dengan saat kelahiran janin setelah mengalami perkembangan janin di dalam kandungan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir.	Memberikan kuesioner pada responden untuk diisi (1 pertanyaan)	Rata-rata usia gestasi (minggu)	Interval

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Masalah kesehatan ibu paska persalinan	Masalah kesehatan ibu paska persalinan dalam penelitian ini yaitu gangguan kesehatan yang dialami oleh ibu setelah melahirkan.	Memberikan kuesioner pada responden untuk diisi (1 pertanyaan)	- Tidak ada - Ada	Nominal
Masalah kesehatan bayi paska persalinan	Masalah kesehatan bayi paska persalinan dalam penelitian ini yaitu gangguan kesehatan yang dialami oleh bayi setelah persalinan.	Memberikan kuesioner pada responden untuk diisi (1 pertanyaan)	- Tidak ada - Ada	Nominal
Dukungan keluarga	Dukungan keluarga dalam penelitian ini yaitu persepsi ibu mengenai sikap, tindakan, dan penerimaan suami dan anggota keluarga terdekat terhadap pelaksanaan PMK oleh ibu berupa dukungan keluarga dalam mengingatkan ibu untuk melaksanakan PMK, membantu dalam melaksanakan pekerjaan rumah tangga, membantu mengasuh anak yang lain, menyiapkan peralatan PMK, membantu memasang kain untuk PMK, dan menggantikan ibu untuk melaksanakan PMK.	Memberikan kuesioner pada responden untuk diisi (1 pertanyaan)	- Ya - Tidak	Nominal
Dukungan petugas kesehatan	Dukungan petugas kesehatan dalam penelitian ini yaitu persepsi ibu mengenai dukungan petugas kesehatan dalam memberikan informasi mengenai perawatan BBLR dengan PMK, memotivasi dan mengingatkan ibu untuk melakukan PMK, baik dalam bentuk kunjungan rumah atau ketika ibu melakukan kunjungan balik ke rumah sakit atau klinik untuk memeriksakan kesehatan bayi.	Memberikan kuesioner pada responden untuk diisi (1 pertanyaan)	- Ya - Tidak	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	- Hasil Ukur	Skala Ukur
Dukungan sosial	Dukungan sosial dalam penelitian ini yaitu persepsi ibu mengenai dukungan tetangga atau masyarakat dalam memberikan informasi mengenai PMK dan membantu ibu mempraktekkan PMK	Memberikan kuesioner pada responden untuk diisi (1 pertanyaan)	- Ya - Tidak	Nominal

2.9 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan kerangka konsep tersebut maka hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Pendampingan PMK oleh kader kesehatan pada ibu BBLR dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktek PMK ibu.

2.10 Kebaruan Penelitian (*Novelty*)

Novelty dalam penelitian ini yaitu melibatkan kader kesehatan dalam melakukan pendampingan pelaksanaan PMK pada ibu BBLR, mulai dari pelatihan kader kesehatan mengenai PMK, *coaching* kader kesehatan mengenai PMK, dan pemantauan PMK oleh kader kesehatan pada ibu BBLR ketika kunjungan rumah. Saat ini pemantauan terhadap BBLR atau kunjungan neonatal dilakukan melalui kunjungan rumah oleh petugas Puskesmas (KPLDH-Ketuk Pintu Layani Dengan Hati). Dalam rangka *continuum of care*, maka kader kesehatan sebagai salah satu pihak yang potensial di masyarakat dan memiliki kedekatan tertentu dengan masyarakat selanjutnya akan mendampingi pelaksanaan PMK di rumah. Dalam hal ini, kader kesehatan dapat diberdayakan dan dapat berfungsi sebagai perpanjangan tangan Puskesmas terhadap pemantauan PMK pada BBLR. Sebelum melakukan pendampingan PMK pada ibu BBLR, kader kesehatan terlebih dahulu mendapatkan pelatihan mengenai PMK dan ditambah dengan pengayaan mengenai PMK melalui edukasi individu pada kader kesehatan yang di wilayahnya ditemui kasus BBLR.

Bentuk pendampingan PMK yang dilakukan oleh kader kesehatan dalam penelitian ini yaitu dengan melakukan kunjungan rumah terhadap ibu BBLR yang dilakukan mulai hari ke-3 setelah ibu pulang dari rumah sakit dan kunjungan selanjutnya dilakukan tiap minggu sebanyak minimal 3 kali kunjungan atau sampai bayi mencapai berat 2500 gr. Hal tersebut sesuai dengan standar pelayanan kesehatan bayi baru lahir (kunjungan neonatal) yang dilakukan sebanyak 3 kali yaitu pada 6-48 jam, 3-7 hari dan 8-28 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Menurut WHO (2012), peran kader kesehatan dalam perawatan BBLR khususnya PMK yaitu promosi, inisiasi, dan pemeliharaan/ pemantauan PMK. Mendasari hal tersebut, maka pendampingan praktek PMK pada ibu BBLR dalam penelitian ini yaitu upaya yang dilakukan oleh kader kesehatan untuk memberikan informasi dan edukasi mengenai PMK dan pemberian

ASI; mengingatkan dan memberikan motivasi mengenai praktek PMK dan pemberian ASI; memberikan media Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) berupa *booklet*; dan membantu ibu untuk mengikatkan kain PMK.

Tim peneliti melakukan evaluasi intervensi untuk mengukur pengaruh pendampingan PMK oleh kader kesehatan terhadap pengetahuan, sikap, praktek PMK ibu, dan berat badan bayi. Pelaksanaan evaluasi dilakukan sebelum dan sesudah pelaksanaan pendampingan PMK oleh kader kesehatan. Pengukuran dilakukan sebanyak 4 kali, yaitu pada hari ke-3 bayi pulang dari rumah sakit (*baseline data*), 1 minggu sesudah pengukuran ke-1, 1 minggu sesudah pengukuran ke-2, dan 1 minggu sesudah pengukuran ke-3. Sedangkan pendampingan 1 oleh kader kesehatan pada ibu BBLR dilakukan diantara pengukuran 1 dan 2, pendampingan 2 dilakukan diantara pengukuran 2 dan 3, dan pendampingan 3 dilakukan diantara pengukuran 3 dan 4.

BAB 3 METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan penelitian kuantitatif dan kualitatif. Tujuan digunakannya pendekatan penelitian kuantitatif dan kualitatif dalam penelitian ini yaitu menghasilkan fakta yang lebih komprehensif dan saling melengkapi, karena peneliti dapat menggunakan metode pengumpulan data yang sesuai dengan jenis data yang dibutuhkan dan dapat menjawab pertanyaan penelitian yang tidak dapat dijawab oleh penelitian kuantitatif atau kualitatif saja.

Penelitian kuantitatif dalam penelitian ini menggunakan desain kuasi eksperimen dengan rancangan *pre test-post test control group design* (Shadish, Cook, & Campbell, 2002) dan penelitian kualitatif dilakukan dengan menggunakan metode *Rapid Assessment Procedure* (Schrimshaw & Hurtado, 1992). Kuasi eksperimen merupakan penelitian eksperimen yang tidak melibatkan proses randomisasi dalam penempatan subjek ke dalam unit-unit perlakuan. Pada rancangan *pre test-post test control group design*, subjek dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok intervensi dan kontrol, dan adanya pengukuran *pre-test* dan *post-test* sebelum dan sesudah intervensi atau perlakuan. *Rapid Assesment Procedures* (RAP) adalah cara penilaian cepat untuk memperoleh informasi yang mendalam tentang hal-hal yang melatarbelakangi perilaku kesehatan masyarakat termasuk faktor sosial budaya dalam waktu yang relatif singkat. RAP merupakan *complementary approach* untuk memahami *Knowledge, Attitude, Practice* (KAP) dan bertujuan untuk menggali gagasan, langkah awal pengembangan penelitian, memahami hasil penelitian lanjutan, dan sebagai metode pengumpulan data.

3.1.1 Tahap Penelitian

Secara umum, penelitian ini terdiri dari tiga tahap penelitian, yaitu 1). Studi pendahuluan; 2). Studi pengembangan instrumen penelitian dan modul pelatihan PMK; dan 3). Intervensi berupa pelatihan PMK pada kader kesehatan dan pendampingan PMK oleh kader kesehatan pada ibu BBLR serta evaluasi intervensi. Tahapan penelitian tersebut mengacu teori McKleroy et al., (2006) mengenai “*A systematic Approach for Adapting Evidence-Based Behavioral Interventions*”.

3.1.1.1 Studi Pendahuluan (*Preliminary Study*)

Studi pendahuluan dilakukan melalui pendekatan kualitatif dengan metode pengumpulan data secara wawancara mendalam dan observasi. Tujuan dilakukannya studi pendahuluan yaitu untuk mengidentifikasi pengetahuan, sikap, dan praktek PMK ibu di rumah, faktor penghambat dan pendukung praktek PMK ibu di rumah, gambaran mengenai pelaksanaan PMK di RSUD Koja (edukasi PMK di rumah sakit dan praktek PMK yang dilakukan oleh ibu di rumah sakit), dan persiapan pelatihan PMK pada kader kesehatan.

Informan dalam studi pendahuluan yaitu ibu-ibu yang mempunyai BBLR paska perawatan RSUD Koja, Jakarta Utara di Kecamatan Penjaringan dan Pademangan; kader kesehatan di Kecamatan Penjaringan dan Pademangan; petugas kesehatan (koordinator kesehatan anak dan koordinator KPLDH Suku Dinas Kesehatan Jakarta Utara; koordinator bidang kesehatan masyarakat dan tim KPLDH di Puskesmas Kecamatan Koja, Tanjung Priok, dan Cilincing; dan dokter anak dan perawat ruang anak RSUD Koja), dan koordinator seksi Kesejahteraan Rakyat (Kesra) di kelurahan Koja dan Tanjung Priok.

Output dalam studi pendahuluan yaitu didapatkannya gambaran mengenai pengetahuan ibu mengenai PMK, sikap ibu terhadap PMK, praktek PMK ibu di rumah, faktor penghambat dan pendukung praktek PMK ibu di rumah, gambaran mengenai edukasi PMK di rumah sakit dan praktek PMK yang dilakukan oleh ibu di rumah sakit, dan persiapan pelatihan PMK pada kader kesehatan.

3.1.1.2 Studi Pengembangan Instrumen Penelitian dan Modul Pelatihan PMK

Pada tahap ini dikembangkan instrumen penelitian dan modul pelatihan PMK bagi kader Kesehatan. Kegiatan yang dilakukan dalam tahap ini yaitu *experts meeting* untuk membahas instrumen penelitian dan modul pelatihan PMK. Instrumen penelitian yang digunakan diadopsi dari *Kangaroo Mother Care: A Practical Guide* (WHO, 2003) dan modul yang dijadikan instrumen pelaksanaan intervensi diadopsi dari *Community Kangaroo Mother Care Facilitator Guide* (USAID, 2012) dan penelitian PEER, FKM UI. Instrumen penelitian bertujuan untuk mengukur karakteristik sosio-demografi ibu dan bayi, pengetahuan ibu mengenai PMK, sikap ibu terhadap PMK, praktek PMK ibu, berat badan bayi, dukungan keluarga, petugas kesehatan, dan sosial.

Sedangkan modul intervensi berupa media-media edukasi mengenai PMK yang terdiri dari lembar balik dan modul pelatihan untuk kader kesehatan, modul fasilitator pelatihan PMK bagi pelatih PMK, dan buku saku PMK untuk ibu BBLR. Pembahasan instrumen dan modul intervensi dilakukan oleh para pakar PMK yang terdiri dari dokter spesialis anak, perawat, bidan, pakar perilaku, dan psikolog.

Setelah uji substansi mengenai instrumen penelitian dan modul intervensi, selanjutnya dilakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian dan uji coba modul intervensi. Uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian dilakukan pada 30 orang ibu BBLR paska perawatan RSUD Koja di Kecamatan Penjaringan dan Pademangan, Jakarta Utara sedangkan uji coba modul pelatihan PMK dilakukan pada 10 orang kader kesehatan di Kecamatan Penjaringan, Jakarta Utara.

3.1.1.3 Intervensi berupa Pelatihan PMK pada Kader Kesehatan dan Pendampingan PMK oleh Kader Kesehatan

a). Pelatihan Kader Kesehatan mengenai PMK

Metode pelatihan PMK pada kader kesehatan yaitu ceramah, diskusi, dan praktek PMK. Materi mengenai PMK yang diberikan pada pelatihan tersebut meliputi materi mengenai pengertian PMK, manfaat PMK, kriteria bayi PMK, jangka waktu PMK, durasi PMK, posisi PMK, tahapan PMK, pelaku PMK, tempat PMK, peralatan PMK, dan pemberian ASI bagi BBLR. Dalam pelatihan PMK tersebut kader akan diberikan modul pelatihan PMK yang berisikan materi-materi mengenai PMK, pemberian ASI, dan peran kader kesehatan dalam pendampingan dan pemantauan PMK. Nara sumber pelatihan PMK yaitu bidan atau pakar dalam bidang PMK yang mempunyai sertifikat pelatihan PMK yang dikeluarkan oleh PERINASIA.

Kriteria kader kesehatan yang mengikuti pelatihan PMK yaitu kader Posyandu yang masih aktif, berdomisi, dan terdaftar di kelurahan yang akan menjadi lokasi penelitian. Pemilihan kader Posyandu yang mengikuti pelatihan mengenai PMK dilakukan oleh kelurahan yang bersangkutan.

Sebelum pelaksanaan pelatihan, kader kesehatan diberikan kuesioner *pre-test* terlebih dahulu mengenai pengetahuan dan sikap mereka mengenai PMK. Selanjutnya kader kesehatan diberikan kuesioner yang sama setelah pelaksanaan pelatihan PMK untuk mengukur efektivitas pelatihan terhadap pengetahuan dan sikap mengenai PMK.

b). Pendampingan PMK oleh Kader Kesehatan

Intervensi yang diberikan dalam penelitian ini yaitu pendampingan mengenai PMK pada ibu BBLR yang dilakukan oleh kader kesehatan. Dalam pendampingan mengenai PMK tersebut, kader kesehatan melakukan kunjungan rumah terhadap ibu BBLR dan memberikan informasi dan edukasi mengenai PMK dan pemberian ASI; mengingatkan dan memberikan motivasi mengenai praktek PMK dan pemberian ASI; memberikan media Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) berupa *booklet*; dan membantu ibu untuk mengikatkan kain PMK jika ibu membutuhkan pertolongan. Kunjungan rumah terhadap ibu BBLR dilakukan mulai hari ke-3 setelah ibu pulang dari rumah sakit dan kunjungan selanjutnya dilakukan tiap minggu sebanyak minimal 3 kali atau sampai bayi mencapai berat 2500 gram.

Kriteria kader kesehatan yang melakukan pendampingan mengenai PMK yaitu kader Posyandu yang masih aktif dan terdaftar di kelurahan setempat, kader Posyandu yang berdomisi di wilayah intervensi, dan kader Posyandu yang telah mengikuti pelatihan mengenai PMK. Sebelum kader kesehatan melakukan kunjungan rumah, tim peneliti melakukan pengayaan lebih lanjut kepada kader kesehatan dan memberikan media edukasi berupa lembar balik sebagai media untuk menjelaskan mengenai PMK pada ibu BBLR dan buku saku mengenai PMK yang akan diberikan pada ibu BBLR.

Pengukuran PMK oleh peneliti dilakukan melalui kuesioner dan lembar observasi untuk mengukur pengetahuan, sikap, praktek PMK, dan berat badan bayi, dan lembar observasi untuk mengukur praktek PMK pada ibu BBLR dan pengukuran cara kader kesehatan memberikan edukasi. Peneliti mendapatkan informasi mengenai BBLR yang pulang dari RSUD Koja melalui group *Whats App* RSUD Koja dan Puskesmas. Group tersebut merupakan media komunikasi dan informasi antara RSUD Koja dan Puskesmas yang bertujuan untuk penjemputan BBLR di rumah sakit oleh Puskesmas yang berada di wilayah tempat tinggal BBLR tersebut.

Pendampingan PMK oleh kader kesehatan pada ibu BBLR dilakukan melalui kunjungan rumah sebanyak 3 kali. Kunjungan rumah dilakukan selama 3 kali atau sampai berat bayi mencapai 2500 gr, sesuai dengan Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial (Kementerian Kesehatan, 2010), bahwa kunjungan neonatal dilakukan sebanyak 3 kali.

Kader kesehatan membuat janji terlebih dahulu dengan ibu BBLR sebelum mengunjungi ibu. Pendampingan 1 oleh kader kesehatan pada ibu BBLR dilakukan diantara pengukuran 1 dan 2, pendampingan 2 dilakukan diantara pengukuran 2 dan 3, dan pendampingan 3 dilakukan diantara pengukuran 3 dan 4.

Berikut ini adalah skema intervensi dalam penelitian ini yang terdiri dari tahap pengukuran awal, persiapan, dan implementasi.

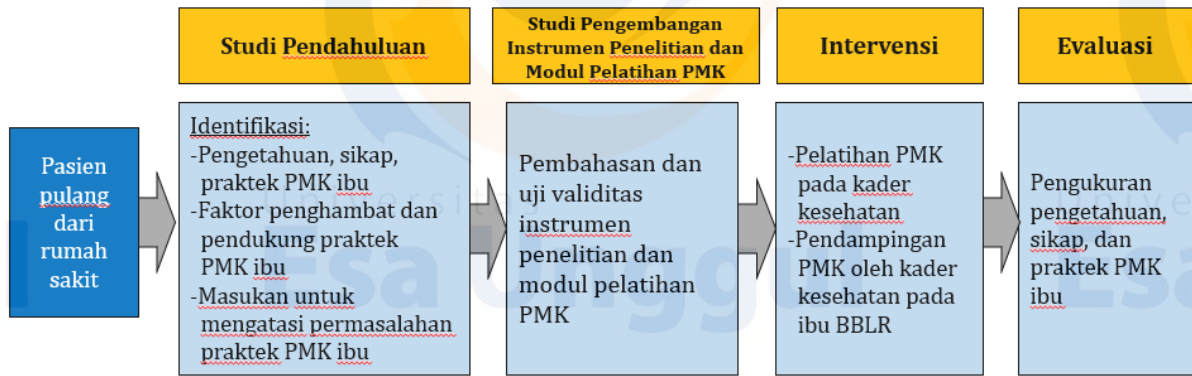
	TAHAP PENGUKURAN AWAL (Assessment Phase)	TAHAP PERSIAPAN (Preparation Phase)	TAHAP IMPLEMENTASI (Implementation Phase)
Tahap	Studi Pendahuluan	Studi Pengembangan Instrumen Penelitian dan Modul Pelatihan PMK	Pelatihan PMK pada Kader Kesehatan dan Pendampingan PMK oleh kader kesehatan pada ibu BBLR
Langkah Tindakan	<p>Intervensi Pengumpulan data melalui wawancara mendalam</p> <p>Sasaran:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengelola program KIA Sudin Kesehatan Jakarta Utara dan Puskesmas di Jakarta Utara - Kader kesehatan - Ibu BBLR paska perawatan RSUD Koja, Jakarta Utara 	<p>Intervensi Pengembangan instrumen penelitian dan modul pelatihan PMK</p> <p>Kegiatan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Experts meeting</i> untuk membahas instrumen penelitian dan modul pelatihan PMK - Uji coba instrumen penelitian dan modul pelatihan PMK - Koordinasi dengan Puskesmas dan kelurahan untuk pelaksanaan pelatihan PMK - Persiapan pelatihan PMK 	<p>Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pelatihan PMK pada kader kesehatan: <i>pre-post test</i> - Kunjungan rumah oleh kader kesehatan pada ibu BBLR - Pengukuran pengetahuan, sikap, praktek PMK ibu, dan berat badan bayi <p>Peran kader kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan informasi dan edukasi mengenai PMK - Mengingatkan dan memberikan motivasi mengenai praktek PMK - Memberikan media KIE berupa <i>booklet</i> PMK - Membantu ibu untuk mengikat kain PMK
Monitoring dan Evaluasi	<p>Output:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kurangnya pemahaman dan kesadaran ibu BBLR mengenai PMK - Kurang optimalnya praktek PMK di rumah 	<p>Output:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instrumen dan modul intervensi yang sudah valid - Persiapan pelatihan PMK pada kader kesehatan 	<p>Output:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengetahuan ibu mengenai PMK - Sikap ibu terhadap PMK - Praktek PMK ibu

Diadaptasi dari McKleroy et al., (2006): *A systematic Approach for Adapting Evidence-Based Behavioral Interventions*

Gambar 3.1. Skema Intervensi Penelitian

3.1.2 Alur Penelitian

Penelitian ini terdiri dari beberapa tahap penelitian, yaitu studi pendahuluan, studi pengembangan instrumen penelitian dan modul pelatihan PMK, intervensi berupa pelatihan PMK pada kader kesehatan dan pendampingan PMK oleh kader kesehatan pada ibu BBLR, dan evaluasi berupa pengukuran pengetahuan, sikap, dan praktek PMK ibu. Tahapan dalam penelitian ini dapat dilihat pada bagan berikut.



Gambar 3.2. Alur Penelitian

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di tiga kecamatan di Jakarta Utara, yaitu Kecamatan Koja, Tanjung Priok, dan Cilincing. Pemilihan kecamatan yang dijadikan lokasi penelitian dilakukan secara *purposive*, dengan kriteria sebagai berikut:

- Memiliki angka kejadian BBLR tertinggi di Jakarta Utara,
- Memiliki jumlah petugas kesehatan Puskesmas yang relatif sama,
- Memiliki kader kesehatan yang relatif sama,
- Memiliki kondisi sosial, ekonomi, budaya yang relatif sama.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan November 2018 sampai dengan Januari 2020.

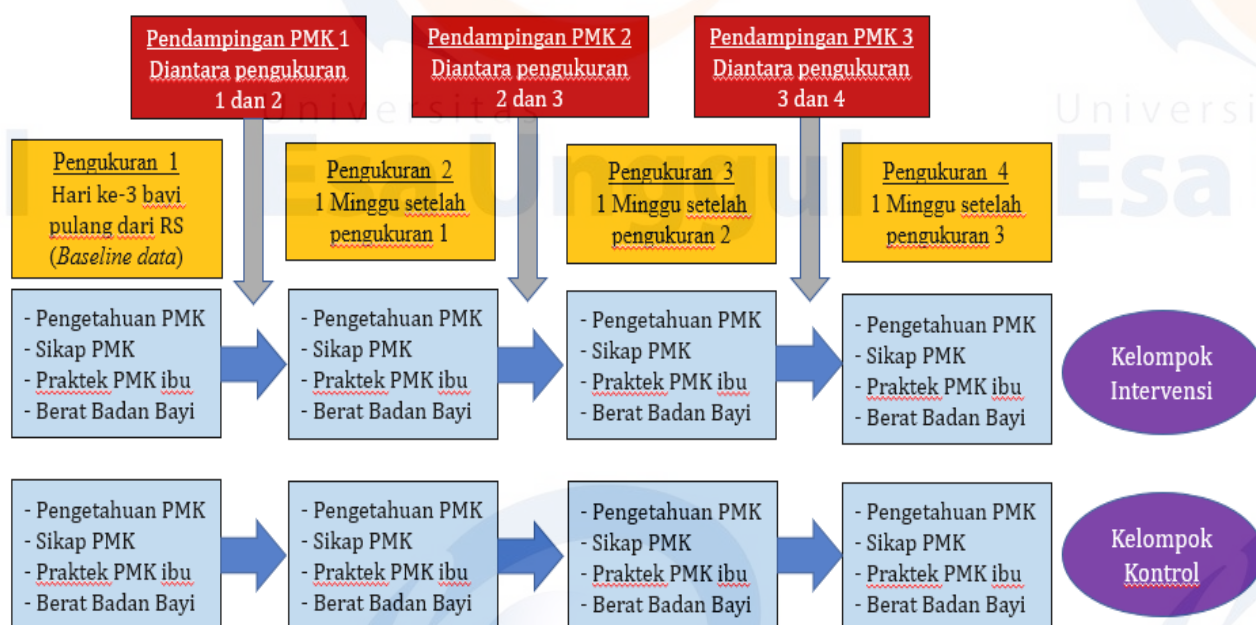
3.3 Penelitian Kuantitatif

Disain penelitian kuantitatif yang dipakai adalah kuasi eksperimen. Kuasi eksperimen disebut juga sebagai eksperimen semu, yaitu desain penelitian yang sengaja melakukan intervensi tertentu kepada subyek penelitian sehingga diperoleh situasi penelitian yang terkontrol. Kuasi eksperimen biasanya digunakan dalam suatu penelitian jika seleksi awal dan randomisasi populasi sulit untuk dilakukan (Murti, 1997).

Responden dalam penelitian ini dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Pada kelompok intervensi telah diberikan intervensi berupa edukasi mengenai PMK yang dilakukan oleh kader kesehatan, sedangkan pada kelompok kontrol tidak diberikan edukasi oleh kader kesehatan. Namun pada akhir penelitian, ibu BBLR pada kelompok kontrol mendapatkan *booklet* mengenai PMK. Baik pada kelompok kontrol maupun intervensi sama-sama mendapatkan kunjungan BBLR oleh petugas kesehatan Puskesmas (KPLDH) untuk diberikan edukasi mengenai perawatan BBLR dan pengukuran kondisi fisik bayi.

Pengukuran PMK dilakukan sebanyak 4 kali, yaitu sebelum intervensi (*baseline data*), sesudah intervensi ke-1 (*post 1*), sesudah intervensi ke-2 (*post 2*), dan sesudah intervensi ke-3 (*post 3*). Pengetahuan, sikap, praktek PMK ibu, dan berat badan bayi kemudian dibandingkan sebelum dan sesudah intervensi dan dibandingkan antara kelompok intervensi dan kontrol. Pengukuran 1 dilakukan pada hari ke-3 bayi pulang dari rumah sakit sebagai *baseline data*, pengukuran 2 dilakukan 1 minggu setelah pengukuran ke-1, pengukuran 3 dilakukan 1 minggu setelah pengukuran ke-2, dan pengukuran 4 dilakukan 1 minggu setelah pengukuran ke-3.

Berikut adalah rancangan penelitian kuasi eksperimen dalam penelitian ini.



Gambar 3.3. Desain Penelitian Kuasi-Eksperimen

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian ini yaitu ibu-ibu yang mempunyai bayi berat lahir rendah (BBLR) paska perawatan RSUD Koja, Jakarta Utara.

3.3.2 Pemilihan Kelompok Kontrol dan Intervensi

Penelitian ini dilakukan di tiga kecamatan di Jakarta Utara, yaitu Kecamatan Koja, Tanjung Priok, dan Cilincing. Pemilihan kecamatan yang dijadikan lokasi penelitian dilakukan secara *purposive*, dengan mempertimbangkan kemiripan kondisi sosial ekonomi dan budaya, angka kejadian BBLR, jumlah petugas kesehatan di Puskesmas, dan jumlah kader kesehatan.

Karena sulitnya mencari kasus BBLR, maka lokasi pengumpulan data antara ibu BBLR pada kelompok kontrol dan intervensi tidak dipisahkan. Untuk menghindari bias interaksi, pengumpulan data dilakukan terlebih dahulu pada kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi berupa pendampingan oleh kader kesehatan, baru selanjutnya dilakukan pengumpulan data pada kelompok intervensi.

3.3.3 Sampel Penelitian

a). Metode Pengambilan Sampel

Sampel dalam penelitian ini yaitu ibu-ibu yang mempunyai BBLR paska perawatan RSUD Koja, Jakarta Utara yang berdomisili di Kecamatan Koja, Tanjung Priok, dan Cilincing. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini yaitu *consecutive sampling*, dimana semua responden yang memiliki kriteria tertentu dimasukkan kedalam penelitian. Sampel dalam penelitian yaitu ibu-ibu BBLR yang memenuhi kriteria inklusi berikut ini.

Kriteria Inklusi:

- a. Ibu yang mempunyai bayi dengan berat badan <2300 gr pada saat penelitian dilaksanakan,
- b. Ibu sehat dan mempunyai bayi yang sehat,
- c. Bersedia menjadi responden penelitian dari awal hingga akhir pengumpulan data,
- d. Bersedia mendapatkan pendampingan mengenai PMK yang akan dilakukan oleh kader kesehatan.

Kriteria Eksklusi:

- a. Ibu yang tinggalnya tidak menetap di lokasi yang menjadi sasaran penelitian.

Jumlah Minimal Sampel

Jumlah minimal sampel dalam penelitian ini diambil menggunakan rumus pengambilan sampel **uji hipotesis perbedaan mean 2 populasi** (Lemeshow et al., 1990) berikut ini.

$$n = \frac{2\sigma^2 [z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta}]^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Keterangan:

Level Kemaknaan ($Z_{1-\alpha/2}$) = 5% = 1,65 (satu sisi)

Kekuatan Uji ($Z_{1-\beta}$) = 80% = 0,84

μ_1 = Nilai mean kelompok kontrol

μ_1 Pengetahuan PMK= 8,57 (SD 3,46) (diadjust menjadi 17,14); μ_1 Sikap PMK= 24,38 (SD 3,94); μ_1 Praktek PMK= 2,52 (SD 1,82) (Tambunan, 2019)

μ_2 = Nilai mean kelompok intervensi

μ_2 Pengetahuan PMK= 9,46 (SD 2,87); μ_2 Sikap PMK= 26,60 (SD 3,95); μ_2 Praktek PMK= 3,41 (SD 2,05) (Tambunan, 2019)

Pengetahuan PMK

$$\sigma^2 = \frac{\{(n1-1)s1^2 + (n2-1)s2^2\}}{\{(n1-1) + (n2-1)\}} = \frac{(77 \times 3,46^2) + (80 \times 2,87^2)}{(77+80)} = 10,07$$

Asumsi kenaikan mean = 10%

$$n = \frac{2 \times 10,07 (1,65 + 0,84)^2}{(17,14 - 18,85)^2} = \frac{124,87}{2,92} = 42,76$$

Sikap PMK

$$\sigma^2 = \frac{\{(n1-1)s1^2 + (n2-1)s2^2\}}{\{(n1-1) + (n2-1)\}} = \frac{(77 \times 3,94^2) + (80 \times 3,95^2)}{(77+80)} = 15,56$$

Asumsi kenaikan mean = 10%

$$n = \frac{2 \times 15,56 (1,65 + 0,84)^2}{(24,38 - 26,82)^2} = \frac{192,95}{5,95} = 32,43$$

Praktek PMK

$$\sigma^2 = \frac{\{(n1-1)s1^2 + (n2-1)s2^2\}}{\{(n1-1) + (n2-1)\}} = \frac{(77 \times 1,82^2) + (80 \times 2,05^2)}{(77+80)} = 3,77$$

Asumsi kenaikan mean = 40%

$$n = \frac{2 \times 3,77 (1,65 + 0,84)^2}{(2,52 - 3,53)^2} = \frac{46,75}{1,02} = 45$$

Berdasarkan rumus penghitungan jumlah minimal sampel untuk variabel pengetahuan, sikap, dan praktek PMK pada penelitian sebelumnya, maka diambil jumlah minimal sampel yang paling besar, yaitu 45. Untuk mengantisipasi adanya *drop out* sampel penelitian, maka jumlah sampel dalam penelitian ini ditambah 10%, sehingga jumlah sampel untuk masing-masing kelompok intervensi dan kontrol dibulatkan menjadi 50 orang.

3.3.4 Pengumpulan Data

Pengetahuan, sikap, praktek PMK ibu, dan berat badan bayi diukur melalui kunjungan rumah yang dilakukan selama 4 kali (pengukuran 1 sampai 4). Data-data yang akan dikumpulkan dalam penelitian ini meliputi data primer dan data sekunder yang terkait dengan topik penelitian. Pengumpul data kuantitatif dilakukan oleh peneliti bersama 3 orang anggota peneliti yang berlatar belakang bidan.

1). Data Primer

Data primer yang dikumpulkan yaitu data mengenai umur ibu, tingkat pendidikan ibu, pekerjaan ibu, paritas, usia gestasi, umur suami, tingkat pendidikan suami, pekerjaan suami, pengetahuan ibu mengenai PMK, sikap ibu terhadap PMK, jenis persalinan, kesehatan ibu paska persalinan, kesehatan bayi paska persalinan, berat badan bayi, jarak ke fasilitas kesehatan, dukungan keluarga, dukungan petugas kesehatan, dukungan kader kesehatan, dan dukungan sosial.

2). Data Sekunder

Data sekunder yang dikumpulkan yaitu data mengenai gambaran umum lokasi penelitian (profil wilayah), profil kesehatan ibu dan anak beserta angka kejadian BBLR di wilayah tersebut, serta kebijakan instansi kesehatan mengenai PMK.

3.3.5 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam pengumpulan data primer yaitu kuesioner mengenai pengetahuan, sikap, dan praktek PMK yang dikembangkan dari modul “*Community Kangaroo Mother Care Facilitator Guide*” (USAID, 2012) dan “*Community Kangaroo Mother Care: A Practical Guide*” (WHO, 2003).

Kuesioner terdiri dari beberapa bagian, yaitu karakteristik sosio demografi ibu, berat badan bayi, pengetahuan ibu mengenai PMK, sikap ibu terhadap PMK, praktek

PMK, dukungan keluarga, dukungan petugas kesehatan, dukungan kader kesehatan, dan dukungan sosial.

Uji Coba Kuesioner

Sebelum pengumpulan data dilakukan, terlebih dahulu dilakukan uji coba kuesioner dengan tujuan agar validitas dan reliabilitas instrumen terjaga. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada kuesioner yang mengukur pengetahuan mengenai PMK dan sikap terhadap PMK. Uji validitas dilakukan pada 30 orang ibu yang mempunyai BBLR di Kecamatan Penjaringan dan Pademangan yang keadaan sosial budayanya relatif sama dengan daerah penelitian.

3.3.5.1 Uji Validitas

Validitas menunjukkan bahwa instrumen mampu mengukur dengan benar apa yang seharusnya diukur, sedangkan reliabilitas atau keandalan berkaitan dengan presisi atau ketepatan pengukuran, sehingga instrumen mampu mengukur himpunan yang sama berulang kali dengan hasil yang serupa (Murti, 1997).

Selanjutnya, data yang diperoleh pada saat uji coba diolah menggunakan program komputer. Berikut adalah langkah-langkah dalam uji validitas dan reliabilitas:

- a. Menyebarkan kuesioner uji coba pada ibu yang mempunyai BBLR di Kecamatan Penjaringan dan Pademangan.
- b. Mengolah data dengan program komputer.
- c. Menganalisis hasil pengolahan data berdasarkan dua kaidah yang dimulai dengan menguji validitas kuesioner baru dilanjutkan dengan uji reliabilitas.

Data dikatakan valid bila nilai r hitung $> r$ tabel berdasarkan uji signifikan 0,05. Pada uji validitas ini pengambilan keputusan dilakukan dengan membandingkan nilai *Corrected Item-Total Correlation* dengan nilai pada r tabel menggunakan derajat bebas $n-2$ dan $\alpha = 5\%$. Jumlah sampel yang digunakan sebanyak 30, maka derajat bebasnya adalah 28, sehingga didapat nilai pada r tabel adalah 0,3061. Jika nilai *Corrected Item-Total Correlation* kurang dari 0,3061, artinya item pertanyaan tidak valid.

a). Pengetahuan mengenai PMK

Pertanyaan pengetahuan mengenai PMK terdiri dari 15 butir soal pilihan ganda. Berdasarkan hasil uji validasi, terdapat 3 butir pertanyaan dari total 15 butir pertanyaan mengenai pengetahuan PMK yang tidak valid karena nilai *Corrected Item-Total Correlation* lebih kecil dari nilai *r* tabel yaitu 0,3061, yaitu pada pertanyaan nomor 2, 4, dan 9. Mengingat pertanyaan tersebut memiliki kesamaan dengan pertanyaan lainnya untuk mengukur item yang sama, maka 3 pertanyaan tersebut dihilangkan. Penghapusan pada item-item tersebut tidak mengurangi tujuan dari pengukuran pengetahuan mengenai PMK karena terdapat pertanyaan lain yang sejenis dari nomor pertanyaan yang telah dihapus tersebut.

b). Sikap terhadap PMK

Pertanyaan sikap terhadap PMK terdiri dari 10 butir soal pilihan ganda. Berdasarkan hasil uji validasi, terdapat 2 butir pertanyaan dari total 10 butir pertanyaan mengenai sikap terhadap PMK yang tidak valid karena nilai *Corrected Item-Total Correlation* lebih kecil dari nilai *r* tabel yaitu 0,3061, yaitu pada pertanyaan nomor 4 dan 5. Mengingat pertanyaan tersebut memiliki kesamaan dengan pertanyaan lainnya untuk mengukur item yang sama, maka 2 pertanyaan tersebut dihilangkan. Penghapusan pada item-item tersebut tidak mengurangi tujuan dari pengukuran sikap terhadap PMK karena terdapat pertanyaan lain yang sejenis dari nomor pertanyaan yang telah dihapus tersebut.

Tabel 3.1. Uji Validitas Variabel Pengetahuan dan Sikap PMK Ibu

Variabel (n=30)	df	Alpha Cronbach	r tabel	Jumlah pertanyaan	Jumlah pertanyaan yang valid dan reliabel	Jumlah pertanyaan yang dihilangkan	Jumlah pertanyaan akhir
Pengetahuan mengenai PMK	28	0,738	0,3061	15	12	3	12
Sikap terhadap PMK	28	0,733	0,3061	10	8	2	8

3.3.5.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama. Suatu variabel (pertanyaan) dikatakan reliabel jika jawaban seseorang terhadap pertanyaan adalah konsisten atau stabil dari waktu ke waktu. Dasar pengukuran reliabel dapat dilakukan dengan metode *Cornbach Alpha* dengan nilai konstan adalah 0,60. Jika $r_{\text{alpha cronbach}} > r_{\text{tabel}}$ maka pernyataan reliabel.

Berdasarkan hasil uji reliabilitas, didapatkan nilai *Alpha Cronbach* pada variabel pengetahuan mengenai PMK yaitu 0,738 dan variabel sikap terhadap PMK yaitu 0,733. Keduanya memiliki nilai *Alpha Cronbach* lebih besar dari 0,60, sehingga variabel pengetahuan mengenai PMK dan sikap terhadap PMK dinyatakan reliabel.

Tabel 3.2. Uji Reliabilitas Variabel Pengetahuan dan Sikap PMK Ibu

Variabel	<i>Alpha Cronbach</i>	Jumlah pertanyaan
Pengetahuan mengenai PMK	0,738	12
Sikap terhadap PMK	0,733	8

3.3.5.3 Estimasi Reliabilitas Antar Rater (*Interrater Reliability*)

Estimasi Reliabilitas Antar Rater merupakan uji reliabilitas terhadap pengukuran berat badan bayi. Tujuan dari pengukuran ini yaitu untuk menilai kesepakatan antar rater (pengukur) dalam menilai berat badan bayi. Teknik yang digunakan dalam penelitian ini yaitu *Intraclass Correlation Coefficients* (ICC), karena pengukuran berat badan bayi bersifat kontinum.

Berdasarkan hasil uji reliabilitas, didapatkan nilai *Alpha Cronbach* antar rater yaitu 0,986, yang menunjukkan hasil reliabilitas yang memuaskan. Berdasarkan uji Anova, didapatkan bahwa tidak adanya perbedaan penilaian antar rater ($p > 0,05$). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa alat ukur yang digunakan untuk menimbang berat badan bayi adalah reliabel.

Tabel 3.3. Estimasi Reliabilitas Antar Rater Berat Badan Bayi

Variabel	Jumlah rater	Alpha Cronbach	Nilai F	Nilai p
Berat badan bayi		0,986	0,04	0,85

3.3.6 Pengolahan Data

Pengolahan data kuantitatif dilakukan dengan menggunakan perangkat lunak statistik dengan tahapan sebagai berikut:

- 1). *Editing*: Pemeriksaan kelengkapan pengisian lembar kuesioner untuk memastikan data terisi lengkap dan benar dalam pengisiannya.
- 2). *Coding*: Mengklasifikasikan dan memberi kode pada data untuk memudahkan proses analisis selanjutnya.
- 3). *Entry*: Memasukkan data yang telah lengkap dan diberi kode dengan menggunakan perangkat lunak komputer.
- 4). *Cleaning*: Memeriksa kebenaran dan kelengkapan data.
- 5). *Scoring*: Memberikan nilai pada variabel yang terdapat dalam kuesioner, lalu dilakukan penjumlahan scoring. *Scoring* variabel pada penelitian ini tertera sebagai berikut.

a. Pengetahuan ibu mengenai PMK

Kuesioner pengetahuan ibu mengenai PMK terdiri dari 12 butir pertanyaan. Jawaban benar akan diberikan nilai 2, dan jawaban salah akan diberikan nilai 1, sehingga nilai minimum dari pertanyaan pengetahuan ibu mengenai PMK yaitu 12 dan nilai maksimum yaitu 24.

b. Sikap terhadap PMK

Kuesioner sikap terhadap PMK terdiri dari 8 butir pernyataan. Jawaban terdiri dari empat pilihan jawaban, yaitu tidak setuju (nilai 1), kurang setuju (2), setuju (3), dan sangat setuju (4) untuk pernyataan positif dan tidak setuju (nilai 4), kurang setuju (3), setuju (2), dan sangat setuju (1) untuk pernyataan negatif, sehingga nilai minimum dari pernyataan sikap terhadap PMK yaitu 8 dan nilai maksimum yaitu 32.

3.3.7 Analisis Data

Analisis data yang digunakan pada data kuantitatif meliputi analisis univariat, bivariat, dan multivariat.

a). Analisis Univariat

Analisis Univariat digunakan untuk:

- Melihat sebaran dari karakteristik demografi responden yang terdiri dari umur ibu, pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, usia gestasi, paritas, persalinan, gangguan kesehatan ibu paska persalinan, gangguan kesehatan bayi paska persalinan, berat badan bayi, jarak ke fasilitas kesehatan, dukungan keluarga, dukungan tenaga kesehatan, dukungan sosial, pengetahuan ibu mengenai PMK, sikap ibu terhadap PMK, dan praktek PMK ibu. Data disajikan dalam bentuk narasi dan tabel.
- Uji normalitas terhadap beberapa variabel menggunakan uji *Kolmogorof-Smirnov*. Penentuan normalitas data diperlukan dalam menentukan jenis analisis lebih lanjut. Uji parametrik dilakukan pada data yang berdistribusi normal, sedangkan uji non parametrik dilakukan pada data yang tidak berdistribusi normal.

b). Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui perbedaan nilai rata-rata diantara dua variabel. Analisis bivariat yang digunakan pada penelitian ini yaitu *independent t-test* untuk melihat perbedaan nilai rata-rata pengetahuan, sikap, dan praktek PMK ibu pada kelompok kontrol dan intervensi dan *paired t-test* untuk melihat perbedaan nilai rata-rata pengetahuan, sikap, dan praktek PMK ibu sebelum dan sesudah intervensi.

c). Analisis Multivariat

Analisis multivariat dalam penelitian ini yaitu *General Linear Model-Repeated Measure* untuk melihat perbedaan pengetahuan, sikap, dan praktek PMK ibu pada tiap waktu pengukuran antara kelompok kontrol dan intervensi dengan mempertimbangkan faktor perancu.

3.4 Penelitian Kualitatif

Penelitian kualitatif merupakan suatu metode penelitian untuk mengeksplorasi dan memahami makna yang oleh sejumlah individu atau sekelompok orang dianggap berasal dari masalah sosial atau kemanusiaan (Creswell, 2013). Menurut Moleong (1990), penelitian kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati.

3.4.1 Jenis Informan dan Cara Pengumpulan Data

Informan dalam penelitian ini yaitu ibu-ibu yang mempunyai BBLR paska perawatan RSUD Koja, Jakarta Utara, kader kesehatan, petugas kesehatan (koordinator kesehatan anak dan koordinator KPLDH Suku Dinas Kesehatan Jakarta Utara; koordinator bidang kesehatan masyarakat dan tim KPLDH di Puskesmas Kecamatan Koja, Tanjung Priok, dan Cilincing; dan dokter anak dan perawat ruang anak RSUD Koja), dan koordinator seksi Kesejahteraan Rakyat (Kesra) kelurahan dengan menggunakan metode pengumpulan data berupa wawancara mendalam dan observasi. Adapun jenis dan kriteria informan dalam penelitian ini yaitu:

Informan utama:

- a. Ibu yang mempunyai BBLR paska perawatan RSUD Koja, Jakarta Utara yang berdomisili di Kecamatan Koja, Tanjung Priok, dan Cilincing, Jakarta Utara;
- b. Kader kesehatan yang berdomisili dan terdaftar di Kecamatan Koja, Tanjung Priok, dan Cilincing, Jakarta Utara.

Informan tambahan:

- a. Petugas kesehatan yang mengetahui mengenai kebijakan pemantauan BBLR dan PMK (Suku Dinas Kesehatan Jakarta Utara);
- b. Petugas kesehatan yang terlibat dalam pemantauan BBLR dan PMK (Puskesmas di Jakarta Utara);
- c. Petugas kesehatan yang mengetahui mengenai kebijakan PMK dan terlibat dalam pelaksanaan PMK di rumah sakit (RSUD Koja, Jakarta Utara); dan
- d. Petugas seksi Kesejahteraan Rakyat (Kesra) di kelurahan Koja dan Tanjung Priok, Jakarta Utara.

Wawancara mendalam (*In-depth Interview*) yaitu suatu proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab sambil bertatap muka antara pewawancara dengan orang yang diwawancarai, dengan atau tanpa menggunakan pedoman (*guide*) wawancara dimana pewawancara dan informan terlibat dalam kehidupan sosial yang relatif lama (Sutopo, 2006). Wawancara mendalam pada penelitian ini dilakukan pada studi pendahuluan dan pada saat pelaksanaan penelitian untuk melengkap data kuantitatif.

Wawancara mendalam pada penelitian ini ditujukan pada ibu yang mempunyai BBLR untuk memperoleh informasi mendalam mengenai pengetahuan ibu mengenai PMK, sikap ibu terhadap PMK, praktek PMK ibu di rumah, dan faktor pendukung dan penghambat praktek PMK ibu di rumah. Wawancara mendalam pada kader kesehatan dilakukan untuk memperoleh informasi mendalam mengenai praktek PMK ibu di rumah dan faktor pendukung dan penghambat praktek PMK ibu di rumah. Wawancara mendalam pada koordinator kesehatan anak dan koordinator KPLDH Suku Dinas Kesehatan Jakarta Utara dilakukan untuk memperoleh informasi mendalam mengenai kebijakan pemantauan BBLR dan PMK, praktek PMK ibu di rumah, serta faktor pendukung dan penghambat praktek PMK ibu di rumah. Wawancara mendalam pada koordinator bidang kesehatan masyarakat dan tim KPLDH Puskesmas dilakukan untuk memperoleh informasi mendalam mengenai praktek PMK ibu di rumah dan faktor pendukung dan penghambat praktek PMK ibu di rumah. Wawancara mendalam pada dokter anak dan perawat ruang anak RSUD Koja dilakukan untuk memperoleh informasi mendalam mengenai edukasi PMK di RSUD Koja dan praktek PMK ibu ketika bayinya dirawat di RSUD Koja. Selain itu dilakukan pula wawancara mendalam pada koordinator seksi Kesejahteraan Rakyat (Kesra) kelurahan untuk memperoleh informasi mendalam mengenai persiapan pelatihan PMK pada kader kesehatan.

Observasi merupakan pengamatan langsung terhadap suatu objek yang ada di lingkungan yang sedang berlangsung meliputi berbagai aktivitas perhatian terhadap kajian objek dengan menggunakan pengindraan (Arikunto, 2013). Alasan dilakukannya metode observasi dalam penelitian ini yaitu untuk mengukur perilaku atau gambaran tentang praktek PMK ibu (posisi PMK), sehingga mendapatkan informasi yang lebih tepat dan akurat. Observasi dalam penelitian ini ditujukan pada ibu yang mempunyai BBLR untuk mengamati tindakan dan langkah-langkah ibu dalam mempraktekkan

PMK di rumah. Berikut ini adalah jenis informan, metoda pengumpulan data, dan informasi yang dikumpulkan dalam penelitian ini.

Tabel 3.4. Jenis Informan, Metoda Pengumpulan Data, dan Informasi yang dikumpulkan

Informan	Metoda Pengumpulan Data		Informasi yang dikumpulkan
	Wawancara Mendalam	Observasi	
Informan Utama			
Ibu yang mempunyai BBLR	✓		<ul style="list-style-type: none"> - Pengetahuan mengenai PMK - Sikap terhadap PMK - Praktek PMK ibu di rumah- Durasi PMK - Faktor pendukung dan penghambat praktek PMK ibu di rumah
			✓
Kader kesehatan	✓		<ul style="list-style-type: none"> - Praktek PMK ibu di rumah - Faktor pendukung dan penghambat praktek PMK ibu di rumah
Informan Tambahan			
Koordinator kesehatan anak dan koordinator KPLDH Suku Dinas Kesehatan Jakarta Utara	✓		<ul style="list-style-type: none"> - Kebijakan mengenai pemantauan BBLR dan PMK - Praktek PMK ibu di rumah - Faktor pendukung dan penghambat praktek PMK ibu di rumah
Koordinator bidang kesehatan masyarakat dan tim KPLDH Puskesmas	✓		<ul style="list-style-type: none"> - Praktek PMK ibu di rumah - Faktor pendukung dan penghambat praktek PMK ibu di rumah
Dokter anak dan perawat ruang anak RSUD Koja	✓		<ul style="list-style-type: none"> - Edukasi PMK di RSUD Koja - Praktek PMK ibu di RSUD Koja
Koordinator seksi Kesra kelurahan Koja dan Tanjung Priok	✓		<ul style="list-style-type: none"> Persiapan pelatihan PMK pada kader kesehatan

3.4.2 Daftar Panduan Wawancara

Instrumen penelitian dalam penelitian kualitatif adalah peneliti sendiri yang dipandu dengan pedoman wawancara pada wawancara mendalam dan lembar observasi. Instrumen ini menjadi patokan bagi pewawancara untuk menggali informasi ke informan. Walaupun pewawancara menggunakan suatu instrumen yang sudah disusun sedemikian rupa, namun pewawancara diberi keleluasaan untuk menggali dan mengembangkan pertanyaan sedalam mungkin pada informan, asal tetap bertujuan pada pedoman yang hendak dicapai. Untuk mendapatkan kesesuaian antara informasi yang digali dengan bentuk pertanyaan dalam instrumen, maka terlebih dahulu dilakukan kegiatan uji coba.

3.4.3 Pengolahan dan Analisis Data

Analisis data kualitatif adalah upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data, mengorganisasikan data, memilah-milahnya menjadi satuan yang dapat dikelola, mensintesis, mencari dan menemukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari dan memutuskan apa yang dapat diceritakan kepada orang lain (Moleong, 2009). Data yang didapat dari obyek penelitian memiliki kaitan yang masih belum jelas, sehingga analisis diperlukan untuk mengungkap kaitan tersebut secara jelas sehingga menjadi pemahaman umum.

Proses dalam analisis data kualitatif dalam penelitian ini meliputi: proses mencatat yang menghasilkan catatan lapangan, mengumpulkan, memilah-milah, mengklasifikasikan, menyintesis, membuat ikhtisar dan membuat indeksnya, membuat agar kategori data itu mempunyai makna, mencari dan menemukan pola dan hubungan-hubungan, dan membuat temuan-temuan umum.

Analisis data kualitatif dilakukan secara induktif, yaitu penelitian kualitatif tidak dimulai dari deduksi teori tetapi dimulai dari fakta empiris. Peneliti terjun ke lapangan, mempelajari, menganalisis, menafsirkan dan menarik kesimpulan dari fenomena yang ada di lapangan. Peneliti dihadapkan kepada data yang diperoleh dari lapangan. Dari data tersebut, peneliti harus menganalisis sehingga menemukan makna yang kemudian makna itulah menjadi hasil penelitian.

Teknik analisis data kualitatif terdiri dari reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan/verifikasi.

1. Reduksi Data (*Data Reduction*)

Reduksi data yaitu merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, mencari tema dan pola (Sugiyono, 2007). Dalam kegiatan pengumpulan data, peneliti mendapatkan banyak informasi mengenai pengetahuan ibu mengenai PMK, sikap ibu terhadap PMK, praktek PMK ibu, faktor pendukung dan penghambat praktek PMK ibu, dan masukan dalam mengatasi permasalahan praktek PMK ibu di rumah. Namun tidak semua data yang dikumpulkan tersebut relevan dengan tujuan penelitian, sehingga peneliti melakukan reduksi data dengan melakukan pengurangan terhadap data yang dianggap kurang perlu dan tidak relevan ataupun melakukan penambahan data yang dirasakan masih kurang. Tujuan dari reduksi data adalah untuk menyederhanakan data yang diperoleh selama penggalian data di lapangan dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya. Proses reduksi data ini dilakukan oleh peneliti secara terus menerus saat melakukan penelitian untuk menghasilkan catatan-catatan inti dari data yang diperoleh dari hasil penggalian data.

2. Penyajian Data (*Data Display*)

Penyajian data merupakan proses pengumpulan informasi yang disusun berdasarkan kategori atau pengelompokan-pengelompokan yang diperlukan (Sugiyono, 2007). Penyajian data bisa dilakukan dalam bentuk teks yang bersifat naratif, bagan, hubungan antarkategori, *flowchart* dan sejenisnya. Penyajian data bertujuan untuk memudahkan pembaca dalam memahami proses yang terjadi selama kegiatan penelitian. Dalam penelitian ini, data disajikan dalam bentuk teks secara naratif, gambar, tabel, dan bagan untuk menjelaskan mengenai hasil wawancara mendalam, hasil pengamatan, dan proses intervensi yang dilakukan dalam kegiatan penelitian.

3. Verifikasi Data (*Conclusions/ Data Verification*)

Langkah terakhir dalam teknik analisis data adalah verifikasi data. Verifikasi data dilakukan apabila kesimpulan awal yang dikemukakan masih bersifat sementara, dan akan ada perubahan-perubahan. Dalam penelitian ini, peneliti melakukan pengecekan kembali ke lapangan untuk mendapatkan bukti-bukti pendukung yang kuat untuk mendukung kesimpulan awal yang dikemukakan. Peneliti melakukan pengecekan kembali mengenai pengetahuan ibu mengenai PMK, sikap ibu terhadap PMK, dan praktek PMK ibu pada berbagai sumber dan dengan teknik pengumpulan data yang berbeda, serta

melengkapi dokumentasi dengan foto dan video. Bila kesimpulan didukung dengan bukti-bukti yang valid dan konsisten saat penelitian kembali ke lapangan mengumpulkan data, maka kesimpulan yang dikemukakan merupakan kesimpulan yang kredibel atau dapat dipercaya (Sugiyono, 2007).

Pada penelitian ini, semua hasil wawancara akan dibuat transkrip secara verbatim dan dilakukan analisis tematik menggunakan metode kerangka kerja tematik (*thematic framework*) (Ritchie & Lewis, 2003; Gale et al., 2013). Dalam proses *coding*, transkrip akan dibaca baris demi baris dan label atau kode diberikan pada setiap bagian yang menggambarkan makna penting dari data di dalamnya. Setelah beberapa transkrip diberikan kode, maka peneliti akan membandingkan mereka untuk mengembangkan kerangka tematik awal yang mengidentifikasi tema utama dan subtema yang berkaitan dengan pertanyaan penelitian. Selanjutnya *draft* kerangka kerja tematik diuji dan disempurnakan dengan transkrip lainnya untuk memastikan bahwa kerangka kerja yang mencakup semua data dalam transkrip relevan dengan pertanyaan penelitian. Prosedur ini juga memastikan bahwa data dalam setiap subtema itu koheren, dan bahwa ada perbedaan yang jelas antara subtema. Kerangka kerja ini direvisi sampai semua data sudah terpenuhi dan lengkap.

Setelah disempurnakan, kerangka kerja akan diterapkan pada semua transkrip, yang memuat kerangka matriks dengan data verbatim dan data transkrip tersebut kemudian diringkas. Kemudian membandingkan data baru dengan transkrip sebelumnya untuk memastikan bahwa matriks yang dihasilkan memberikan gambaran yang terperinci yang memuat setiap tema dan subtema dari setiap responden. Matriks yang dihasilkan ini memberikan kemungkinan tim peneliti untuk mengeksplor data pada tema dan jenis responden, yang memungkinkan mereka untuk menganalisis data termasuk mengembangkan deskripsi dari setiap tema dan subtema, dan bergerak dari hirarki analitis menuju analisis penjelasan termasuk mendeteksi pola dan hubungan antara tema dalam data (Spencer et al., 2014; Miles et al., 2014).

Uji Keabsahan Data

Validitas atau keabsahan data adalah data yang tidak berbeda antara data yang diperoleh oleh peneliti dengan data yang terjadi sesungguhnya pada objek penelitian, sehingga keabsahan data yang telah disajikan dapat dipertanggungjawabkan (Sugiyono,

2007). Tujuan dilakukannya uji keabsahan data yaitu agar data dalam penelitian kualitatif dapat dipertanggungjawabkan sebagai penelitian ilmiah. Uji keabsahan data dalam penelitian ini dilakukan melalui uji *credibility*. Uji *credibility* adalah uji kepercayaan atau kredibilitas terhadap data hasil penelitian yang disajikan oleh peneliti agar hasil penelitian dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Uji kredibilitas dalam penelitian ini yaitu meningkatkan kecermatan dalam penelitian, menggunakan bahan referensi, triangulasi, dan kehadiran peneliti dalam proses kegiatan penelitian.

a. Meningkatkan kecermatan dalam penelitian

Cara untuk meningkatkan kecermatan atau ketekunan peneliti secara berkelanjutan dalam penelitian ini yaitu dengan mencatat hasil wawancara mengenai pengetahuan, sikap, dan praktek PMK pada *field note* (catatan lapangan) dan observasi praktek PMK pada daftar tilik praktek PMK, serta merekam praktek PMK yang dilakukan oleh informan ketika peneliti melakukan kunjungan rumah. Hal tersebut bertujuan agar kepastian data dan urutan kronologis peristiwa dapat terdokumentasikan dengan baik dan sistematis. Meningkatkan kecermatan merupakan salah satu cara peneliti untuk mengontrol/mengecek pekerjaan apakah data yang telah dikumpulkan, dibuat, dan disajikan sudah benar atau belum. Selain itu peneliti juga membaca berbagai referensi, buku, hasil penelitian terdahulu, dan dokumen-dokumen terkait dengan membandingkan hasil penelitian yang telah diperoleh. Dengan demikian, peneliti akan semakin cermat dalam membuat laporan yang baik dan berkualitas.

b. Menggunakan bahan referensi

Yang dimaksud dengan bahan referensi adalah bahan pendukung untuk membuktikan data hasil penelitian yang telah ditemukan oleh peneliti. Dalam laporan penelitian ini, peneliti melengkapi data mengenai kegiatan studi pendahuluan, kegiatan diskusi pengembangan instrumen penelitian dan modul pelatihan PMK, kegiatan pelatihan PMK pada kader kesehatan, kegiatan pemberian edukasi PMK yang dilakukan oleh kader kesehatan pada ibu BBLR, dan praktek PMK yang dilakukan oleh ibu BBLR dengan foto-foto dan video, sehingga data yang didapatkan menjadi lebih dapat dipercaya.

c. Triangulasi

Triangulasi bertujuan untuk menguji kredibilitas data dengan melakukan pengecekan data hasil penelitian dari berbagai sumber dengan berbagai waktu. Triangulasi dalam penelitian ini meliputi triangulasi sumber, teknik pengumpulan data, dan waktu.

1. Triangulasi sumber

Triangulasi sumber yaitu melakukan pengecekan data hasil penelitian kepada beberapa sumber. Dalam penelitian ini, peneliti melakukan pengecekan data mengenai praktek PMK yang dilakukan oleh ibu BBLR pada petugas kesehatan, suami ibu, atau anggota keluarga lainnya yang tinggal dalam satu rumah. Selanjutnya peneliti meminta kesepakatan (*member check*) dengan sumber-sumber data tersebut untuk mendapatkan kepastian mengenai praktek PMK yang dilakukan oleh ibu BBLR.

2. Triangulasi teknik

Triangulasi teknik yaitu melakukan pengecekan data hasil penelitian kepada sumber yang sama dengan teknik yang berbeda. Dalam penelitian ini, peneliti melakukan pengecekan data mengenai pengetahuan, sikap, dan praktek PMK yang dilakukan oleh ibu BBLR dengan menggunakan kuesioner dan wawancara. Data mengenai praktek PMK juga didapatkan melalui observasi. Bila pada triangulasi teknik tersebut menghasilkan data yang berbeda, maka peneliti melakukan diskusi lebih lanjut kepada sumber data yang bersangkutan untuk memastikan data yang dianggap benar.

3. Triangulasi waktu

Data yang dikumpulkan dengan teknik wawancara di pagi hari, siang hari, dan sore hari kemungkinan akan memberikan hasil yang berbeda-beda. Dalam penelitian ini, kegiatan pendampingan PMK oleh kader kesehatan dan kegiatan pengumpulan data dilakukan berbeda-beda waktunya dalam setiap kunjungan rumah. Misalnya kunjungan pertama dilakukan pada waktu pagi hari, kunjungan kedua dilakukan pada waktu siang hari, dan kunjungan ketiga dilakukan pada sore hari. Hal tersebut dilakukan pada semua ibu BBLR, sehingga masing-masing mendapat kesempatan untuk dikunjungi pada

waktu yang berbeda-beda. Hal tersebut bertujuan untuk mengantisipasi adanya bias dalam pengumpulan data yang dilakukan pada waktu yang berbeda.

d. Kehadiran peneliti dalam proses kegiatan penelitian

Kehadiran peneliti sebagai instrumen utama dalam penelitian kualitatif merupakan salah satu cara untuk menguji kredibilitas proses dan hasil penelitian agar dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Peneliti secara aktif mengamati dan berinteraksi secara langsung dengan objek penelitian untuk memotret dan melaporkan hasil penelitian secara mendalam, agar data yang diperoleh lebih lengkap. Dalam penelitian ini, peneliti terlibat aktif pada studi pendahuluan, studi pengembangan instrumen dan modul pelatihan kader kesehatan, pelatihan PMK pada kader kesehatan, ikut mendampingi kader kesehatan dalam kunjungan rumah ketika memberikan edukasi PMK pada ibu BBLR, dan kegiatan pengumpulan data. Kehadiran peneliti dalam proses pengumpulan data bertujuan agar pengumpulan data dapat berjalan dengan lancar dan mendapatkan data sesuai dengan yang diharapkan. Adapun tujuan kehadiran peneliti dalam kegiatan pendampingan PMK oleh kader kesehatan pada ibu BBLR yaitu untuk memastikan bahwa pesan yang disampaikan oleh kader kesehatan pada ibu BBLR sesuai dengan pedoman yang telah diberikan sebelumnya pada saat pelatihan PMK dan pengayaan PMK (*coaching*) pada kader kesehatan. Jika pemberian edukasi PMK oleh kader kesehatan dirasakan masih kurang tepat atau kurang dapat dipahami oleh ibu BBLR, maka peneliti memberikan masukan pada kader kesehatan agar pemberian edukasi pada kunjungan selanjutnya dapat dilakukan dengan lebih baik lagi.

BAB 4 HASIL PENELITIAN

Pada bagian hasil penelitian dijabarkan mengenai gambaran lokasi penelitian dan profil kesehatan; kegiatan pelaksanaan pengumpulan data; gambaran sosio-demografi responden; gambaran pengetahuan, sikap, praktek PMK ibu, dan berat badan bayi; protokol intervensi penelitian (pelatihan PMK pada kader kesehatan dan pendampingan PMK pada ibu BBLR oleh kader kesehatan); dan pengaruh pendampingan PMK oleh kader kesehatan terhadap pengetahuan, sikap, dan praktek PMK ibu dengan mempertimbangkan faktor perancu.

4.1 Gambaran Lokasi Penelitian dan Profil Kesehatan

Penelitian ini dilaksanakan di tiga kecamatan di Jakarta Utara, yaitu kecamatan Cilincing, Koja, dan Tanjung Priok. Kecamatan Cilincing terdiri dari 7 kelurahan, yaitu kelurahan Cilincing, Kalibaru, Marunda, Rorotan, Semper Barat, Semper Timur, dan Sukapura; Kecamatan Koja terdiri dari 6 kelurahan, yaitu kelurahan Koja, Lagoa, Rawa Badak Selatan, Rawa Badak Utara, Tugu Selatan, dan Tugu Utara; dan kecamatan Tanjung Priok terdiri dari 7 kelurahan, yaitu Kebon Bawang, Papanggo, Sungai Bambu, Sunter Agung, Sunter Jaya, Tanjung Priok, dan Warakas.

Secara umum, wilayah Jakarta Utara merupakan daerah padat penduduk dengan sosial ekonomi menengah ke bawah. Kepadatan penduduk di Jakarta Utara yaitu 12.146 orang per km² atau 3,76 orang per rumah tangga. Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (2017), persentase penduduk miskin di Provinsi DKI Jakarta adalah yang terendah di antara provinsi di Indonesia, yaitu sebesar 3,61%.

Dari segi profil kesehatan, persentase rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat (ber-PHBS) di Jakarta Utara yaitu sebesar 69,64% dan persentase rumah sehat yaitu 64%. Angka kematian neonatal (AKN) dan angka kematian bayi (AKB) di wilayah Jakarta Utara merupakan prevalensi ke-2 tertinggi di DKI Jakarta, yaitu 29,52% (AKN) dan 29,18% (AKB). Jakarta Utara juga merupakan wilayah ke-2 tertinggi dengan kasus Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di DKI Jakarta (0,46%) (Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, 2017).

4.2 Kegiatan Pelaksanaan Pengumpulan Data

Kegiatan pengumpulan data penelitian dilakukan pada bulan November 2018 hingga Desember 2019. Penelitian ini terdiri dari tiga tahap penelitian, yaitu studi pendahuluan; studi pengembangan instrumen penelitian dan modul intervensi; dan intervensi berupa pelatihan kader kesehatan mengenai PMK dan pendampingan PMK oleh kader kesehatan. Kegiatan penelitian didahului dengan melakukan studi pendahuluan melalui pendekatan kualitatif dengan metode pengumpulan data secara wawancara mendalam dan observasi.

Informan dalam studi pendahuluan yaitu ibu-ibu yang mempunyai BBLR paska perawatan RSUD Koja, Jakarta Utara di Kecamatan Penjaringan dan Pademangan; kader kesehatan di Kecamatan Penjaringan dan Pademangan; petugas kesehatan (koordinator kesehatan anak dan koordinator KPLDH Suku Dinas Kesehatan Jakarta Utara; koordinator bidang kesehatan masyarakat dan tim KPLDH di Puskesmas Kecamatan Koja, Tanjung Priok, dan Cilincing; dan dokter anak dan perawat ruang anak RSUD Koja), dan koordinator seksi Kesejahteraan Rakyat (Kesra) di kelurahan Koja dan Tanjung Priok.

Berdasarkan studi pendahuluan pada penelitian ini didapatkan bahwa secara umum ibu BBLR telah terpapar dan mendapatkan informasi mengenai PMK ketika bayinya dirawat di RSUD Koja, Jakarta Utara dan mereka juga sudah mempraktekkan PMK di rumah sakit. Paska perawatan rumah sakit, seluruh ibu BBLR melanjutkan praktek PMK di rumah, namun praktek PMK yang dilakukan di rumah tidak seoptimal praktek PMK yang dilakukan di rumah sakit. Tidak ada satupun ibu yang mempraktekkan PMK secara kontiyu selama 24 jam dalam satu hari. Sebagian besar ibu mempraktekkan PMK mulai dari 1 jam hingga 6 jam per hari, dengan rata-rata 3 jam per hari. Sebagian besar ibu BBLR mempraktekkan PMK sebanyak 2 kali dalam satu hari, yang dilakukan pada pagi, siang, atau malam hari. Namun ada juga yang hanya mempraktekkan PMK sebanyak 1 kali dalam satu hari, yang dilakukan pada pagi atau malam hari.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam ditemukan bahwa salah satu faktor penghambat dalam mempraktekkan PMK di rumah yaitu masih kurangnya pemahaman dan keyakinan ibu BBLR bahwa PMK merupakan solusi terhadap permasalahan BBLR, sehingga mereka masih menghiraukan hal-hal seperti pekerjaan rumah tangga,

mengasuh anak yang lain, cuaca panas, dan ketidaknyamanan bayi dalam posisi PMK. Adanya permasalahan tersebut menyebabkan praktek PMK yang dilakukan di rumah tidak selama dan kontinyu seperti praktek PMK yang dilakukan di rumah sakit. Selain itu juga ditemukan kendala dalam pemantauan BBLR di rumah, seperti kunjungan rumah yang tidak dilakukan secara rutin dikarenakan beban kerja yang tinggi pada tim KPLDH Puskesmas.

Setelah melakukan studi pendahuluan, tahap selanjutnya yaitu melakukan studi pengembangan instrumen penelitian dan modul intervensi. Pada tahap ini dilakukan pembahasan instrumen penelitian dan modul intervensi. Pembahasan instrumen dan modul intervensi dilakukan oleh para pakar PMK yang terdiri dari dokter spesialis anak, perawat, bidan, pakar perilaku, dan psikolog. Setelah uji substansi mengenai instrumen penelitian dan modul intervensi, selanjutnya dilakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian dan uji coba modul intervensi. Uji coba modul intervensi dilakukan melalui *Focus Group Discussion* pada kader kesehatan, tenaga kesehatan, dan ibu BBLR.

Setelah dilakukan perijinan dan pendekatan pada walikota, kecamatan, kelurahan, dan Puskesmas, maka langkah selanjutnya adalah melakukan pelatihan kader kesehatan mengenai PMK yang dilaksanakan di tiga kecamatan di Jakarta Utara yaitu Kecamatan Koja, Tanjung Priok, dan Cilincing. Nara sumber pelatihan PMK yaitu bidan, tenaga kesehatan dan pakar dalam bidang PMK yang mempunyai sertifikat pelatihan PMK yang dikeluarkan oleh PERINASIA. Pelatihan PMK dilaksanakan terintegrasi dengan kegiatan pelatihan pada kader kesehatan yang ada di masing-masing kelurahan. Sebelum dan sesudah kegiatan pelatihan, kader kesehatan diberikan kuesioner *pre-test* dan *post-test* untuk mengetahui pengetahuan dan sikap mereka mengenai PMK.

Tahap selanjutnya yaitu pelaksanaan intervensi pada ibu BBLR di kelompok intervensi. Responden dalam penelitian ini dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Pada kelompok intervensi telah diberikan intervensi berupa pendampingan PMK yang dilakukan oleh kader kesehatan, sedangkan pada kelompok kontrol tidak diberikan pendampingan PMK oleh kader kesehatan. Namun pada akhir penelitian, ibu BBLR pada kelompok kontrol mendapatkan *booklet* mengenai PMK. Baik pada kelompok kontrol maupun intervensi sama-sama mendapatkan kunjungan BBLR oleh petugas kesehatan Puskesmas (KPLDH) untuk diberikan edukasi mengenai perawatan BBLR dan pengukuran kondisi fisik bayi.

Intervensi yang diberikan dalam penelitian ini yaitu pendampingan PMK pada ibu BBLR yang dilakukan oleh kader kesehatan. Dalam pendampingan PMK tersebut, kader kesehatan melakukan kunjungan rumah terhadap ibu BBLR dan memberikan informasi dan edukasi mengenai PMK dan pemberian ASI; mengingatkan dan memberikan motivasi mengenai praktek PMK dan pemberian ASI; memberikan media KIE berupa *booklet*; dan membantu ibu untuk mengikat kain PMK jika ibu membutuhkan pertolongan. Kunjungan rumah terhadap ibu BBLR dilakukan mulai hari ke-3 setelah ibu pulang dari rumah sakit dan kunjungan selanjutnya dilakukan tiap minggu sebanyak minimal 3 kali atau sampai bayi mencapai berat 2500 gram. Sebelum kader kesehatan melakukan kunjungan rumah, tim peneliti melakukan pengayaan lebih lanjut kepada kader kesehatan dan memberikan media edukasi berupa lembar balik sebagai media untuk menjelaskan mengenai PMK pada ibu BBLR dan buku saku mengenai PMK yang akan diberikan pada ibu BBLR.

Pada waktu yang berbeda, tim peneliti melakukan evaluasi terhadap pemberian intervensi tersebut. Pengukuran dilakukan melalui kuesioner dan lembar observasi untuk mengukur pengetahuan, sikap, dan praktek PMK ibu, serta praktek edukasi oleh kader kesehatan ketika kunjungan rumah. Pengukuran dilakukan sebanyak 4 kali, yaitu sebelum intervensi (*baseline data*), sesudah intervensi minggu ke-1, 2, dan 3. Pengukuran 1 dilakukan sebelum adanya pendampingan, yaitu pada hari ke-3 bayi pulang dari rumah sakit; pengukuran 2 dilakukan 1 minggu sesudah adanya pendampingan ke-1; pengukuran 3 dilakukan 1 minggu sesudah adanya pendampingan ke-2; dan pengukuran 4 dilakukan 1 minggu sesudah adanya pendampingan ke-3.

4.3 Gambaran Sosio-Demografi Responden

4.3.1 Karakteristik Informan

Informan utama dalam penelitian ini yaitu ibu yang mempunyai BBLR dan kader kesehatan, sedangkan informan tambahan yaitu petugas kesehatan dan petugas kelurahan. Rata-rata umur ibu BBLR pada kelompok kontrol yaitu 35 tahun dan pada kelompok intervensi yaitu 34 tahun, sebagian besar berpendidikan SMP pada kelompok kontrol dan berpendidikan SMU pada kelompok intervensi. Sebagian besar informan pada kelompok kontrol dan intervensi mempunyai anak lebih dari dua orang (multipara). Seluruh informan pada kelompok kontrol dan intervensi bekerja sebagai ibu rumah tangga. Rata-rata umur kader kesehatan dalam penelitian ini yaitu 35 tahun, sebagian besar berpendidikan SMU dan multipara; rata-rata umur petugas kesehatan yaitu 34 tahun, seluruhnya berpendidikan perguruan tinggi dan multipara; rata-rata umur petugas kelurahan yaitu 42 tahun, sebagian besar berpendidikan S1, dan multipara. Karakteristik informan dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.1. Karakteristik Informan

Informan Utama: Ibu

No	Umur	Kontrol		Intervensi		
		Pendidikan	Paritas	Umur	Pendidikan	Paritas
1	40	SMU	2	36	SMU	3
2	36	SMP	5	32	SMP	4
3	30	SMU	3	32	SD	1
4	35	SMU	1	30	SMU	2
5	32	SMP	3	40	SMP	3
6	40	SMU	2	36	SMU	2
7	36	SMP	2	35	SMP	4
8	32	SMP	4	36	SMU	2
9	38	SMP	3	30	SMU	3
10	35	SMP	2	34	SMP	3

Informan Utama: Kader Kesehatan

No	Informan	Umur	Pendidikan	Paritas
1	Kader kesehatan Tanjung Priok	40	SMU	2
2	Kader kesehatan Tanjung Priok	35	SMU	3
3	Kader kesehatan Tanjung Priok	30	SMP	2
4	Kader kesehatan Koja	27	SMU	1
5	Kader kesehatan Tanjung Priok	43	SMU	4

Informan Tambahan: Petugas Kesehatan

No	Informan	Umur	Pendidikan	Paritas
1	Koordinator kesehatan anak Suku Dinas Kesehatan Jakarta Utara	35	Perguruan tinggi	3
2	Koordinator KPLDH Suku Dinas Kesehatan Jakarta Utara	30	Perguruan tinggi	2
3	Koordinator bidang kesehatan masyarakat	45	Perguruan tinggi	3
4	Tim KPLDH Puskesmas Koja	26	Perguruan tinggi	2
5	Tim KPLDH Puskesmas Tanjung Priok	32	Perguruan tinggi	3
6	Dokter anak di ruang anak RSUD Koja	45	Perguruan tinggi	2
7	Perawat ruang anak RSUD Koja	26	Perguruan tinggi	1

Informan Tambahan: Petugas Kelurahan

No	Informan	Umur	Pendidikan	Paritas
1	Seksi Kesejahteraan Rakyat (Kesra) Kelurahan Koja	48	S2	3
2	Seksi Kesejahteraan Rakyat (Kesra) Kelurahan Cilincing	40	S1	2
3	Seksi Kesejahteraan Rakyat (Kesra) Kelurahan Tanjung Priok	38	S1	3

4.3.2 Karakteristik Responden

Rata-rata umur ibu BBLR pada kelompok kontrol yaitu 31 tahun dan pada kelompok intervensi yaitu 29 tahun, sementara suami ibu berumur 34 tahun pada kelompok kontrol dan 32 tahun pada kelompok intervensi. Rata-rata usia gestasi ibu pada kelompok kontrol yaitu 33,7 minggu dan pada kelompok intervensi yaitu 33,68 minggu. Rata-rata berat badan bayi lahir pada kelompok kontrol yaitu 1864 gr dan pada kelompok intervensi yaitu 1918 gr. Rata-rata berat badan bayi pulang pada kelompok kontrol yaitu 1936,88 gr dan pada kelompok intervensi yaitu 1974,52 gr.

Sebagian besar ibu BBLR berpendidikan menengah (30%), tidak bekerja (93,3%), mempunyai 2-3 orang anak (53,4%), bersalin secara normal (50%), tidak mempunyai masalah kesehatan paska persalinan (66,7%) pada kelompok kontrol dan pada kelompok intervensi yaitu berpendidikan tamat SMU (52,6%), tidak bekerja (84,2%), mempunyai 2-3 orang anak (79%), bersalin secara operasi caesar (57,9%), dan tidak mempunyai masalah kesehatan paska persalinan (66,7%). Sebanyak 90% bayi tidak mempunyai masalah kesehatan paska perawatan pada kelompok kontrol dan intervensi. Fasilitas kesehatan terdekat dari rumah ibu yaitu Puskesmas (92% pada kelompok kontrol dan 96% pada kelompok intervensi), dengan jarak <1 km (54% pada kelompok kontrol dan 52% pada kelompok intervensi).

Dalam mempraktekkan PMK, sebagian besar ibu mendapat dukungan keluarga (60% pada kelompok kontrol dan 64% pada kelompok intervensi) dan dukungan tenaga kesehatan (58% pada kelompok kontrol dan 52% pada kelompok intervensi), namun tidak mendapat dukungan sosial (92% pada kelompok kontrol dan 90% pada kelompok intervensi).

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara umur ibu, usia gestasi, berat badan bayi lahir, berat badan bayi pulang, pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, paritas, jenis persalinan, masalah kesehatan ibu paska persalinan, masalah kesehatan bayi paska persalinan, fasilitas kesehatan terdekat, jarak ke fasilitas kesehatan, dukungan keluarga, dukungan petugas kesehatan, dan dukungan sosial ($p>0,05$) antara kelompok kontrol dan intervensi (setara).

**Tabel 4.2 Karakteristik Sosio-Demografi Responden
pada Kelompok Kontrol dan Intervensi**

Variabel	Kontrol	Intervensi	p
	Mean \pm SD	Mean \pm SD	
Umur ibu (tahun)	30,83 \pm 7,135	29.42 \pm 3.977	0,19
Usia gestasi (minggu)	33,77 \pm 1,832	33.68 \pm 2.110	0,62
Berat badan bayi lahir (gr)	1864,48 \pm 174,38	1918,52 \pm 167,08	0,12
Berat badan bayi pulang (gr)	1936,88 \pm 129,25	1974,52 \pm 113,54	0,13

Variabel	Kontrol	Intervensi	p
	n (%)	n (%)	
Pendidikan ibu			
- Pendidikan rendah	23 (46)	19 (38)	0,543
- Pendidikan tinggi	27 (54)	31 (62)	
Status pekerjaan ibu			
- Tidak bekerja	47 (94)	45 (90)	0,357
- Bekerja	3 (6)	5 (10)	
Paritas			
- Primipara	10 (20)	5 (10)	0,161
- Multipara	40 (80)	45 (90)	
Jenis persalinan			
- Normal	25 (50)	22 (44)	0,548
- Tindakan	25 (50)	28 (56)	
Masalah kesehatan ibu paska persalinan			
- Tidak ada	36 (72)	42 (84)	0,148
- Ada	14 (28)	8 (16)	
Masalah kesehatan bayi paska persalinan			
- Tidak ada	45 (90)	43 (86)	0,538
- Ada	5 (10)	7 (14)	
Fasilitas kesehatan terdekat			
- Puskesmas	46 (92)	48 (96)	0,339
- Klinik	4 (8)	2 (4)	
Jarak ke fasilitas kesehatan			
- <1 km	27 (54)	26 (52)	0,749
- 1-3 km	15 (30)	18 (36)	
- >3 km	8 (16)	6 (12)	
Dukungan keluarga			
- Tidak mendukung	20 (40)	18 (36)	0,84
- Mendukung	30 (60)	32 (64)	

Variabel	Kontrol	Intervensi	p
	n (%)	n (%)	
Dukungan petugas kesehatan			
- Tidak mendukung	21 (42)	24 (48)	0,69
- Mendukung	29 (58)	26 (52)	
Dukungan sosial			
- Tidak mendukung	46 (92)	45 (90)	1,00
- Mendukung	4 (8)	5 (10)	

4.4 Pengetahuan, Sikap, Praktek PMK Ibu, dan Berat Badan Bayi

4.4.1 Pengetahuan Ibu mengenai PMK

Pengetahuan ibu mengenai PMK diukur dengan cara bertanya pada responden dengan mengisi kuesioner yang terdiri dari 12 butir pertanyaan. Bila responden menjawab dengan benar akan diberikan nilai 2, dan jika menjawab dengan salah akan diberikan nilai 1, sehingga nilai minimum dari pertanyaan pengetahuan PMK yaitu 12 dan nilai maksimum yaitu 24. Kuesioner pengetahuan mengenai PMK terdiri dari 12 butir pertanyaan, yaitu menanyakan mengenai pengertian PMK, manfaat utama PMK, durasi PMK, batas PMK, peralatan PMK, pelaku PMK, persiapan sebelum PMK, tanda bahaya selama PMK, minuman terbaik bagi BBLR, cara pemberian ASI, dan frekuensi pemberian ASI.

Pada pengukuran pertama, sebagian besar responden pada kelompok kontrol dan intervensi dapat menjawab benar pertanyaan mengenai pengertian PMK, manfaat utama PMK, jangka waktu PMK, pakaian PMK, kain PMK, persiapan sebelum PMK, minuman terbaik bagi BBLR, cara pemberian ASI, dan frekuensi pemberian ASI. Namun sebagian besar responden pada kedua kelompok menjawab dengan salah pertanyaan mengenai durasi PMK, pelaku PMK, dan tanda bahaya selama PMK.

Secara umum, terdapat peningkatan jawaban benar responden mengenai pengetahuan PMK pada pengukuran 2, 3, dan 4 antara kelompok kontrol dan intervensi. Peningkatan jawaban benar paling besar yaitu pada pertanyaan mengenai durasi PMK, pelaku PMK, dan tanda bahaya selama PMK pada kelompok intervensi. Distribusi jawaban responden mengenai pengetahuan PMK pada tiap waktu pengukuran antara kelompok kontrol dan intervensi dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.3. Distribusi Responden berdasarkan Butir-Butir Pengetahuan PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran antara Kelompok Kontrol dan Intervensi

No	Butir-butir Pengetahuan PMK Ibu	Pengukuran 1		Pengukuran 2		Pengukuran 3		Pengukuran 4	
		Kontrol	Intervensi	Kontrol	Intervensi	Kontrol	Intervensi	Kontrol	Intervensi
		Benar (%)	Benar (%)	Benar (%)	Benar (%)	Benar (%)	Benar (%)	Benar (%)	Benar (%)
1	Pengertian PMK	72	76	76	90	82	100	88	100
2	Manfaat utama PMK	72	72	76	88	80	98	84	100
3	Durasi PMK	50	52	60	86	70	88	78	100
4	Jangka waktu PMK	70	70	74	90	78	98	84	100
5	Pakaian PMK	68	70	76	92	80	98	86	100
6	Kain PMK	70	72	78	86	84	98	88	100
7	Pelaku PMK	50	52	60	86	70	94	80	100
8	Persiapan sebelum PMK	70	70	78	92	84	98	88	100
9	Tanda bahaya selama PMK	48	50	58	82	68	88	78	92
10	Minuman terbaik bagi BBLR	68	68	78	98	86	98	90	100
11	Cara pemberian ASI	70	70	76	96	80	96	86	100
12	Frekuensi pemberian ASI	68	70	74	92	80	98	86	100

Berdasarkan penghitungan skor didapatkan bahwa nilai rata-rata total skor pengetahuan PMK pada kelompok kontrol yaitu 19,76 (SD 1,30) dan pada kelompok intervensi yaitu 19,92 (SD 1,26) pada pengukuran pertama. Hasil uji statistik *independent t-test* menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan pada pengetahuan ibu mengenai PMK antara kelompok kontrol dan intervensi (setara) pada pengukuran pertama ($p > 0,05$). Secara umum, terdapat peningkatan nilai rata-rata total skor pengetahuan ibu mengenai PMK pada kelompok kontrol dan intervensi pada pengukuran 2, 3, dan 4. Nilai rata-rata total skor pengetahuan ibu mengenai PMK pada pada kelompok kontrol yaitu 19,76 (SD 1,30) (pengukuran 1); 20,64 (SD 0,96) (pengukuran 2); 21,42 (SD 1,23) (pengukuran 3); dan 22,16 (SD 0,98) (pengukuran 4); sedangkan nilai rata-rata total skor pengetahuan ibu mengenai PMK pada pada kelompok intervensi yaitu 19,92 (SD 1,26) (pengukuran 1); 22,80 (SD 0,99) (pengukuran 2); 23,52 (SD 0,74) (pengukuran 3); dan 23,92 (SD 0,27) (pengukuran 4). Hal tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.4. Pengetahuan PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran antara Kelompok Kontrol dan Intervensi

Pengetahuan PMK Ibu	Kontrol	Intervensi
	Mean \pm SD	Mean \pm SD
Pengukuran 1	19,76 \pm 1,30	19,92 \pm 1,26
Pengukuran 2	20,64 \pm 0,96	22,80 \pm 0,99
Pengukuran 3	21,42 \pm 1,23	23,52 \pm 0,74
Pengukuran 4	22,16 \pm 0,98	23,92 \pm 0,27

Hasil pengumpulan data kuantitatif mengenai pengetahuan PMK ibu diperkuat pula oleh hasil pengumpulan data kualitatif. Pada kunjungan pertama, secara umum ibu BBLR pada kelompok kontrol dan intervensi mengetahui posisi menggendong bayi PMK. Sebagian besar ibu BBLR mengetahui bahwa PMK adalah menggendong bayi dengan menempelkan bayi ke dada ibu, dimana bayi tidak berpakaian dan ibu tidak menggunakan pakaian bagian bagian atas (telanjang dada). Mereka mengetahui bahwa PMK adalah menggendong bayi dengan posisi seperti katak, dimana posisi bayi diletakkan diantara payudara ibu dengan posisi tegak lurus, adanya kontak kulit-ke-kulit antara ibu dan bayi, kepala bayi dipalingkan ke kiri atau kanan dengan posisi sedikit tengadah, tangan dan kaki bayi dalam posisi menekuk seperti katak).

“Iya, bayi menempel ke dada ibu yang ga pake baju seperti katak”. (Ibu BBLR kelompok kontrol, 40 tahun)

“Metode kanguru iya, anak menyatukan tubuh dengan tubuh orang tuanya biar berat badan kuat, menyatu dengan kulit ibunya biar anaknya ga sering sakit”. (Ibu BBLR kelompok intervensi, 36 tahun)

Sebagian besar ibu BBLR pada kelompok kontrol dan intervensi mengemukakan mengenai beberapa manfaat PMK, bahwa PMK bermanfaat agar bayinya hangat dan tubuhnya tidak kuning. Sebagian ibu BBLR mengatakan bahwa PMK dapat meningkatkan daya tahan tubuh bayi dan dapat mempercepat pertumbuhannya.

“PMK supaya bayinya hangat dan bayinya ga kuning”. (Ibu BBLR kelompok kontrol, 40 tahun)

“Kalo PMK nanti bayinya tetap sehat dan berat badannya cepat naik”. (Ibu BBLR kelompok intervensi, 36 tahun)

Pada kunjungan pertama, sebagian besar ibu BBLR pada kelompok kontrol dan intervensi kurang mengetahui mengenai berapa lama sebaiknya (jam/ hari) PMK dilakukan. Secara umum ibu BBLR menyebutkan bahwa bayi perlu dilakukan PMK sampai berat badannya naik, namun mereka tidak mengetahui berapa lama sebaiknya (jam/ hari) PMK dilakukan. Sebagian besar ibu pada kelompok kontrol dan intervensi mengatakan bahwa PMK dilakukan selama 2 jam dalam satu hari. Mereka kurang mengetahui jika PMK sebaiknya dilakukan selama 24 jam dalam satu hari. Ada pula ibu yang menyebutkan bahwa PMK sebaiknya dilakukan lima kali dalam sehari, tanpa menyebutkan lamanya praktek PMK dalam satu kali menggendong PMK.

“Yang paling bagus lima kali. Sampai ini cukup berat badannya”. (Ibu BBLR kelompok kontrol, 40 tahun)

“Yah 2 jam dalam satu hari”. (Ibu BBLR kelompok intervensi, 42 tahun)

Sebagian besar ibu BBLR pada kelompok kontrol dan intervensi mengetahui peralatan yang digunakan bayi ketika menggendong bayi PMK, yaitu kain gendongan, kaos kaki dan topi bayi, tanpa menggunakan pakaian. Semua ibu BBLR paska perawatan RSUD Koja mengetahui bahwa kain gendongan yang digunakan untuk mempraktekkan PMK yaitu kain berbentuk kantung yang pernah digunakan untuk melakukan PMK di RSUD Koja dan dibawa pulang ke rumah. Selain kain berbentuk kantung tersebut, ibu juga dapat menggunakan kain batik panjang untuk menggendong bayi PMK (kain jarik), namun tidak semua ibu BBLR pada kelompok kontrol dan intervensi mengetahui hal tersebut.

“Kayak kain tuh, bedongan lah. Trus bayinya ditelanjangin”. (Ibu BBLR kelompok kontrol, 36 tahun)

“Iya, kain jarik juga bisa digunakan untuk PMK. Saya pake kain jarik kalo kain dari rumah sakitnya lagi dicuci”. (Ibu BBLR kelompok intervensi, 32 tahun)

Sebelum menggendong bayi pada posisi PMK, persiapan yang harus dilakukan oleh ibu yaitu mencuci tangan atau membersihkan badan terlebih dahulu agar badan ibu bersih dan higienis. Sebagian besar ibu BBLR pada kelompok kontrol dan intervensi mengetahui bahwa mereka harus mencuci tangan atau membersihkan badan terlebih dahulu sebelum melakukan PMK.

“Saya bersihin dada saya dulu ini sebelum gendong bayi, supaya bersih”. (Ibu BBLR kelompok kontrol, 30 tahun)

Sebagian besar ibu BBLR pada kelompok kontrol dan intervensi mengetahui bahwa ASI merupakan minuman terbaik bagi BBLR. Menurut mereka, bayi sebaiknya mendapat ASI saja, tidak perlu ditambahkan dengan susu formula. Mereka mengetahui bahwa sebaiknya mereka memberikan ASI saja tanpa dicampur dengan minuman/makanan lain sampai bayi berusia 6 bulan (ASI eksklusif). Namun ada pula sebagian kecil ibu BBLR pada kelompok kontrol dan intervensi yang mengatakan bahwa bayi perlu diberi tambahan susu formula agar berat badannya cepat naik.

“Yah ASI aja yang paling baik. Supaya bayinya ngga gampang sakit”.

(Ibu BBLR kelompok kontrol, 32 tahun)

“Perlu juga dikasih susu formula supaya berat badannya cepat naik”. (Ibu BBLR kelompok intervensi, 36 tahun)

Pada kunjungan pertama, hanya sebagian kecil ibu BBLR pada kelompok kontrol dan intervensi yang mengetahui bahwa PMK bisa dilakukan juga oleh anggota keluarga lain di rumah seperti suami, nenek, tante, atau anggota keluarga lainnya. Menurut sepengetahuan mereka, PMK hanya dilakukan oleh ibu saja karena ibu yang menyusui. Mereka beranggapan bahwa PMK berhubungan dengan praktek menyusui, sehingga yang bisa melakukan PMK adalah hanya ibu saja.

“Emangnya yang lain (anggota keluarga) bisa melakukan PMK? Saya kirain ibu aja yang melakukan PMK, soalnya saya yang menyusui bayi” (Ibu BBLR kelompok intervensi, 32 tahun).

4.4.2 Sikap Ibu terhadap PMK

Sikap ibu terhadap PMK diukur dengan cara bertanya pada responden dengan mengisi kuesioner yang terdiri dari 8 butir pernyataan. Responden memilih salah satu dari empat pilihan jawaban, yaitu tidak setuju (nilai 1), kurang setuju (2), setuju (3), dan sangat setuju (4) untuk pernyataan positif dan tidak setuju (nilai 4), kurang setuju (3), setuju (2), dan sangat setuju (1) untuk pernyataan negatif, sehingga nilai minimum dari pernyataan sikap terhadap PMK yaitu 8 dan nilai maksimum yaitu 32. Kuesioner sikap terhadap PMK terdiri dari 8 butir pernyataan, yaitu pernyataan mengenai manfaat PMK, durasi PMK, pelaku PMK, minuman terbaik bagi BBLR, PMK dan pemberian ASI.

Pada pengukuran pertama, sebagian besar responden pada kelompok kontrol dan intervensi menyatakan setuju dan sangat setuju bahwa PMK dapat memberikan kehangatan pada bayi, meningkatkan pemberian ASI, meningkatkan kasih sayang antara

ibu dan bayi, meningkatkan berat badan bayi, dan ibu dapat menyusui bayi ketika melakukan PMK. Namun responden pada kedua kelompok kurang menyetujui jika PMK dilaksanakan secara kontinyu atau 24 jam dalam sehari, jika PMK dilakukan oleh semua anggota keluarga, dan jika bayi kecil tidak perlu diberi tambahan susu formula agar berat badannya cepat naik.

Secara umum, terdapat peningkatan pernyataan persetujuan responden terhadap PMK pada pengukuran 2, 3, dan 4 antara kelompok kontrol dan intervensi. Peningkatan persetujuan responden paling besar terdapat pada kelompok intervensi, yaitu pada pernyataan mengenai durasi PMK yang dilaksanakan secara kontinyu atau 24 jam dalam sehari, PMK dapat dilakukan oleh semua anggota keluarga, dan bayi kecil tidak perlu diberi tambahan susu formula agar berat badannya cepat naik. Distribusi jawaban responden mengenai sikap ibu terhadap PMK pada tiap waktu pengukuran antara kelompok kontrol dan intervensi dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.5. Distribusi Responden Berdasarkan Butir-Butir Sikap PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran antara Kelompok Kontrol dan Intervensi

No	Butir-butir Sikap PMK	Pengukuran 1		Pengukuran 2		Pengukuran 3		Pengukuran 4	
		Kontrol	Intervensi	Kontrol	Intervensi	Kontrol	Intervensi	Kontrol	Intervensi
		Setuju dan Sangat Setuju (%)	Setuju dan Sangat Setuju (%)	Setuju dan Sangat Setuju (%)	Setuju dan Sangat Setuju (%)	Setuju dan Sangat Setuju (%)	Setuju dan Sangat Setuju (%)	Setuju dan Sangat Setuju (%)	Setuju dan Sangat Setuju (%)
1	PMK dapat memberikan kehangatan pada bayi	84	86	86	100	88	100	90	100
2	PMK dapat meningkatkan pemberian ASI	80	84	82	100	84	100	86	100
3	PMK dapat meningkatkan kasih sayang antara ibu dan bayi	92	90	92	100	92	100	94	100
4	PMK dapat meningkatkan berat badan bayi	80	82	80	100	82	100	84	100
5	PMK sebaiknya dilaksanakan secara kontinyu atau 24 jam dalam sehari.	54	58	70	76	74	86	76	98
6	PMK dapat dilakukan oleh semua anggota keluarga.	58	60	72	80	74	92	78	100
7	Ibu dapat menyusui bayi ketika melakukan PMK	90	90	90	100	92	100	94	100
8	Bayi kecil tidak perlu diberi tambahan susu formula agar berat badannya cepat naik.	60	64	80	88	84	100	88	100

Berdasarkan penghitungan skor didapatkan bahwa nilai rata-rata total skor sikap ibu terhadap PMK pada kelompok kontrol yaitu 23,78 (SD 2,10) dan pada kelompok intervensi yaitu 24,00 (SD 1,96) pada pengukuran pertama. Hasil uji statistik *independent t-test* menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan mengenai sikap ibu terhadap PMK antara kelompok kontrol dan intervensi pada pengukuran pertama ($p > 0,05$). Secara umum, terdapat peningkatan nilai rata-rata total skor sikap ibu terhadap PMK pada kelompok kontrol dan intervensi pada pengukuran 2, 3, dan 4. Nilai rata-rata total skor sikap ibu mengenai PMK pada pada kelompok kontrol yaitu 23,78 (SD 2,10) (pengukuran 1); 24,38 (SD 2,36) (pengukuran 2); 26,24 (SD 2,50) (pengukuran 3); dan 27,42 (SD 2,48) (pengukuran 4); sedangkan nilai rata-rata total skor sikap ibu terhadap PMK pada pada kelompok intervensi yaitu 24,00 (SD 1,96) (pengukuran 1); 26,60 (SD 0,95) (pengukuran 2); 31,10 (SD 1,16) (pengukuran 3); dan 31,86 (SD 0,50) (pengukuran 4). Hal tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.6. Sikap PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran antara Kelompok Kontrol dan Intervensi

Sikap PMK Ibu	Kontrol	Intervensi
	Mean \pm SD	Mean \pm SD
Pengukuran 1	23,90 \pm 2,14	24,00 \pm 2,05
Pengukuran 2	24,38 \pm 2,36	26,60 \pm 0,95
Pengukuran 3	26,24 \pm 2,50	31,10 \pm 1,16
Pengukuran 4	27,42 \pm 2,48	31,86 \pm 0,50

Hasil pengumpulan data kuantitatif mengenai sikap PMK ibu diperkuat pula oleh hasil pengumpulan data kualitatif. Pada kunjungan pertama, secara umum ibu BBLR pada kelompok kontrol dan intervensi setuju dan menerima manfaat yang diperoleh dari praktek PMK. Mereka setuju dan menerima bahwa PMK bermanfaat untuk menghangatkan bayi, meningkatkan berat badan bayi, dan menjadikan bayi sehat dan kuat.

“Iya setuju, PMK bisa menghangatkan bayi dan menambah berat badan bayi, supaya ga kuning”. (Ibu BBLR kelompok kontrol, 40 tahun)

“Setuju sekali. Supaya bayinya ga kuning dan tetap sehat, kuat”. (Ibu BBLR kelompok intervensi, 36 tahun)

Namun pada kunjungan pertama, sebagian besar ibu pada kelompok kontrol dan intervensi menyatakan kurang setuju jika PMK dilaksanakan secara kontinyu atau 24 jam dalam sehari. Hal tersebut disebabkan karena banyaknya pekerjaan rumah tangga yang harus dilakukan oleh ibu setiap hari, seperti memasak, membersihkan rumah, mengurus anak yang lain, dan aktivitas lainnya.

“Ah, kurang setuju kalo PMK harus seharian (24 jam). Saya kan juga harus ngerjain pekerjaan rumah tangga”. (Ibu BBLR kelompok intervensi, 36 tahun)

Sebagian besar ibu BBLR pada kelompok kontrol dan intervensi pada kunjungan pertama juga menyatakan kurang setuju jika PMK dilakukan oleh anggota keluarga lain, seperti suami. Hal tersebut dikarenakan ibu beranggapan bahwa PMK terkait dengan menyusui, sehingga hanya ibu yang bisa melakukan PMK. Selain itu, suaminya masih merasa takut untuk menggendong bayinya yang kecil dan suami juga sibuk bekerja, sehingga praktek PMK tidak bisa digantikan oleh suami.

“PMK kan sambal menyusui. Jadi saya aja yang melakukan PMK, ngga usah orang lain”. (Ibu BBLR kelompok kontrol, 30 tahun)

“Kalo gendong bayi untuk PMK mah sama saya aja. Kalo suami suka takut ngegendong bayi yang kecil kayak gini”. (Ibu BBLR kelompok kontrol, 30 tahun)

4.4.3 Praktek PMK Ibu

Praktek PMK ibu dalam penelitian ini diukur dengan cara bertanya pada responden dengan mengisi kuesioner mengenai durasi/ lama ibu mempraktekkan PMK dalam satu hari (jam/ hari) dan pengamatan posisi PMK melalui lembar observasi. Seluruh ibu BBLR pada kelompok kontrol dan intervensi melanjutkan praktek PMK di rumah paska perawatan dari rumah sakit dengan durasi waktu yang berbeda-beda. Praktek PMK dalam penelitian ini hanya diukur sampai dengan pengukuran ke-3, karena pada pengukuran ke-4, sebagian berat badan bayi sudah mencapai berat 2500 gram dimana mereka sudah tidak lagi memerlukan PMK. Durasi PMK pada kelompok kontrol dan intervensi pada kunjungan pertama menunjukkan hasil yang relatif sama, yaitu 2,9 jam/ hari (SD 0,90) pada kelompok kontrol dan 3,02 jam/ hari (SD 2,04) pada kelompok intervensi. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan mengenai praktek PMK ibu antara kelompok kontrol dan intervensi pada kunjungan pertama ($p > 0,05$).

Secara umum, terdapat peningkatan rata-rata durasi PMK pada kelompok kontrol dan intervensi pada pengukuran 2 dan 3. Rata-rata durasi PMK pada kelompok kontrol yaitu 2,92 (SD 0,90) (pengukuran 1); 3,12 (SD 0,98) (pengukuran 2); dan 3,25 (SD 0,64) (pengukuran 3); sedangkan rata-rata durasi PMK pada kelompok intervensi yaitu 3,02 (SD 2,04) (pengukuran 1); 4,20 (SD 2,70) (pengukuran 2); dan 4,52 (SD 2,32) (pengukuran 3). Hal tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.7. Durasi PMK pada Tiap Waktu Pengukuran antara Kelompok Kontrol dan Intervensi

Durasi PMK	Kontrol	Intervensi
	Mean \pm SD	Mean \pm SD
Pengukuran 1	2,92 \pm 0,90	3,02 \pm 2,04
Pengukuran 2	3,12 \pm 0,98	4,20 \pm 2,70
Pengukuran 3	3,25 \pm 0,64	4,52 \pm 2,32

Berdasarkan posisi PMK, terdapat peningkatan jumlah responden yang mempraktekkan PMK dengan posisi yang baik pada kelompok kontrol dan intervensi pada pengukuran 2 dan 3. Jumlah responden yang mempraktekkan PMK dengan posisi yang baik pada kelompok kontrol yaitu 64% (pengukuran 1); 68% (pengukuran 2); dan 70% (pengukuran 3); sedangkan jumlah responden yang mempraktekkan PMK dengan posisi yang baik pada kelompok intervensi yaitu 68% (pengukuran 1); 88% (pengukuran 2); dan 94% (pengukuran 3). Hal tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.8. Posisi PMK pada Tiap Waktu Pengukuran antara Kelompok Kontrol dan Intervensi

Waktu Pengukuran	Posisi PMK	Kontrol	Intervensi
		N (%)	N (%)
Pengukuran 1	- Tidak baik	18 (36)	16 (32)
	- Baik	32 (64)	34 (68)
Pengukuran 2	- Tidak baik	16 (32)	6 (12)
	- Baik	34 (68)	44 (88)
Pengukuran 3	- Tidak baik	15 (30)	3 (6)
	- Baik	35 (70)	47 (94)

Hasil pengumpulan data kuantitatif mengenai praktek PMK ibu diperkuat pula oleh hasil pengumpulan data kualitatif. Pada kunjungan pertama, didapatkan bahwa seluruh ibu BBLR pada kelompok kontrol dan intervensi mempraktekkan PMK di rumah paska perawatan RSUD Koja, Jakarta Utara. Hal tersebut dikarenakan ibu sudah terpapar dengan informasi mengenai PMK yang didapatkan di rumah sakit, sehingga ibu dapat melanjutkan praktek PMK di rumah. Hal tersebut diperkuat oleh dokter anak dan perawat di ruang rawat anak RSUD Koja, bahwa rumah sakit telah memberikan edukasi mengenai PMK kepada ibu BBLR dan keluarganya untuk melakukan PMK, sehingga ibu siap untuk melanjutkan PMK di rumah. Di rumah sakit telah disediakan ruangan khusus untuk melakukan PMK intermitten dan PMK kontinyu. Dengan adanya pembekalan di rumah sakit terhadap ibu BBLR dan keluarga untuk melakukan PMK di rumah, maka ibu siap untuk melanjutkan PMK di rumah.

“Kita memberikan edukasi mengenai PMK kepada ibu BBLR dan keluarganya untuk melakukan PMK, sehingga ibu siap untuk melanjutkan PMK di rumah”. (dr anak RSUD Koja, 45 tahun)

“Jika kondisi bayi sudah stabil, ibu bisa mempraktekkan PMK di rumah sakit. diawali dengan durasi waktu 2 jam dalam sehari dan meningkat sampai dengan 24 jam dalam sehari. Kita (rumah sakit) menyediakan ruangan untuk melakukan PMK intermitten dan PMK kontinyu”. (perawat ruang rawat anak RSUD Koja, 26 tahun)

Dalam penelitian ini, seluruh ibu BBLR pada kelompok kontrol dan intervensi sudah mempraktekkan PMK di rumah. Hal tersebut diperkuat oleh petugas kesehatan Puskesmas setempat dan kader kesehatan bahwa ibu BBLR melanjutkan praktek PMK di rumah paska perawatan dari rumah sakit.

“Saya praktekin PMK nya di rumah. Waktu di rumah sakit kan udah diajarin caranya PMK”. (Ibu BBLR kelompok intervensi, 30 tahun)

“Ibu BBLR melanjutkan praktek PMK setelah pulang ke rumah. Di rumah sakit mereka sudah pernah diajarkan mengenai PMK, sehingga mereka sudah tahu dan bisa mempraktekkannya di rumah”. (Petugas kesehatan Puskesmas, 26 tahun)

“Saya pernah lihat ibu BBLR praktek PMK di rumah, waktu diajak oleh petugas Puskesmas kunjungan rumah”. (Kader kesehatan, 40 tahun)

Peneliti juga melakukan observasi untuk mengamati posisi PMK yang dilakukan oleh ibu BBLR. Posisi PMK tersebut diamati dengan menggunakan lembar observasi. Pengamatan posisi PMK diukur dari 7 komponen praktek PMK yang terdiri dari persiapan ibu sebelum melakukan PMK, peralatan PMK, posisi PMK (bayi diletakkan

diantara payudara ibu dengan posisi tegak lurus, adanya kontak kulit-ke-kulit antara ibu dan bayi, kepala bayi dipalingkan ke kiri atau kanan dengan posisi sedikit tengadah, tangan dan kaki bayi dalam posisi menekuk seperti katak), dan cara mengikat kain untuk PMK (ikatan tidak terlalu kencang atau terlalu longgar).

Berdasarkan hasil observasi, ditemukan bahwa semua ibu BBLR pada kelompok kontrol dan intervensi sudah mempraktekkan PMK dengan adanya kontak kulit-ke-kulit antara ibu dan bayi dengan kondisi ibu dan bayi tidak berpakaian. Namun dalam penelitian ini ditemukan ada sebagian kecil ibu BBLR yang kurang tepat dalam memposisikan PMK, misalnya hanya sebagian kecil tubuh bayi yang menempel pada kulit ibu dan ikatan PMK yang terlalu ketat atau longgar. Adanya posisi yang kurang tepat tersebut dapat mengurangi manfaat dari kontak kulit-ke-kulit antara ibu dan bayi. Ikatan yang terlalu ketat dapat mengakibatkan bayi tidak nyaman dan tidak dapat bernafas dengan baik, sedangkan ikatan yang terlalu longgar dapat mengakibatkan posisi bayi yang tidak aman ketika digendong dan dapat membuat ibu tidak nyaman ketika beraktivitas sambil melakukan PMK.

Sebagian kecil ibu BBLR mempraktekkan PMK dengan posisi yang kurang tepat karena mereka mengalami kesulitan untuk mengikat kain PMK bila tidak ada yang membantu mengikatkan kain. Mereka cenderung mengikat kainnya terlalu ketat atau longgar bila mengikatnya sendiri. Ada beberapa orang ibu BBLR yang mencoba untuk mengikatkan kain PMK seorang diri tanpa dibantu oleh orang lain. Jika ibu berada seorang diri di rumah, cara ibu untuk mengikatkan kain PMK pada bayi yaitu dengan meletakkan bayinya di tempat tidur atau paha ibunya terlebih dahulu, lalu ibu membungkuk dan mengikat kain di belakang tubuh ibunya.

“Biasanya bayinya saya letakkan di tempat tidur, lalu saya membungkuk begini sambil mengikat tali di belakang tubuh saya. Feeling nya harus bagus sih, kadang suka kekencangan atau kelonggaran”. (ibu mencontohkan cara menggendong PMK) (Ibu BBLR kelompok intervensi, 36 tahun).

Sebagian besar ibu BBLR pada kelompok kontrol dan intervensi melakukan beberapa persiapan sebelum menggendong bayi untuk PMK, yaitu membersihkan diri terlebih dahulu seperti mencuci tangan atau mandi sebelum menggendong bayi untuk PMK. Selain itu ibu juga mempersiapkan peralatan untuk melakukan PMK yaitu kain gendongan PMK, topi, dan kaos kaki bayi. Seluruh ibu BBLR dalam penelitian ini

menggunakan kain gendongan PMK yang berasal dari RSUD Koja, yaitu berupa kain berbentuk kantung dimana bayi dimasukkan kedalam kantung tersebut seperti hewan kanguru menggendong anaknya.

“Saya bersihin dada saya dulu ini sebelum gendong bayi, supaya bersih”. (Ibu BBLR kelompok kontrol, 30 tahun)

“Saya siapin kain gendongan PMK dulu kayak gini yang dari rumah sakit, trus topi dan kaos kaki bayi”. (Ibu BBLR kelompok intervensi, 40 tahun)

Ibu BBLR dalam penelitian ini mempraktekkan PMK pada waktu yang berbeda-beda. Sebagian besar ibu BBLR pada kelompok kontrol mempraktekkan PMK pada siang hari, sedangkan ibu BBLR pada kelompok intervensi mempraktekkan PMK pada siang dan malam hari. Praktek PMK pada pagi hari berlangsung pada pukul 05.00-10.00 WIB, siang hari berlangsung pada pukul 10.00-15.00 WIB, sore hari berlangsung pada pukul 15.00-18.00 WIB, dan malam hari berlangsung pada pukul 19.00- 24.00 WIB. Ibu BBLR mempraktekkan PMK pada siang hari karena pada pagi harinya mereka sibuk mengurus pekerjaan rumah, seperti memasak, mencuci, mengurus anak lainnya yang mau sekolah, dan lain-lain. Ketika ibu sudah menyelesaikan semua pekerjaan, baru mereka bisa melakukan PMK. Selain itu ibu BBLR juga mempraktekkan PMK pada malam hari karena pada malam hari suaminya bisa menggantikan ibu untuk mempraktekkan PMK atau membantu pekerjaan rumah yang lain. Hal tersebut diperkuat oleh petugas kesehatan Puskesmas setempat bahwa ibu BBLR mempraktekkan PMK setelah selesai mengerjakan pekerjaan rumah tangga.

“Kalo urusan rumah sudah selesai, baru saya bisa PMK. Pagi biasanya sibuk masak, nyuci, ngurus anak sekolah. Kalo siang baru bisa PMK sambil nonton TV”. (Ibu BBLR kelompok kontrol, 40 tahun)

“Biasanya malam hari, karena suami udah pulang kerja. Jadi bisa bantu gantiin PMK”. (Ibu BBLR kelompok intervensi, 36 tahun)

“Biasanya ibu mempraktekkan PMK pada siang hari, sesudah mengerjakan pekerjaan rumah tangga”. (Petugas kesehatan Puskesmas, 32 tahun)

Berdasarkan hasil pengumpulan data kualitatif, ditemukan bahwa praktek PMK tidak hanya dilakukan oleh ibu BBLR, namun ada juga anggota keluarga lain yang ikut menggantikan ibu untuk melakukan PMK. Sebagian besar praktek PMK pada kelompok kontrol dan intervensi dilakukan oleh ibu, karena suami atau anggota keluarga yang lain masih merasa takut atau kurang percaya diri untuk menggendong bayi kecil. Bahkan

ada ibu yang tidak mengetahui jika PMK dapat pula dilakukan oleh anggota keluarga lain selain ibu. Namun dalam penelitian ini ditemukan adanya anggota keluarga lain seperti suami, nenek, dan tante menggantikan ibu untuk melakukan PMK. Jika ibu tinggal dengan keluarga besar, maka anggota keluarga lainnya (suami, nenek, saudara) dapat mendukung ibu untuk melakukan PMK. Bentuk dukungan keluarga dalam melakukan PMK yaitu dengan menggantikan menggendong bayi untuk PMK ketika ibu berhalangan atau sedang ada keperluan pribadi dan bantuan untuk melakukan pekerjaan lain seperti memasak, membersihkan rumah, dan lain-lain, sehingga ibu bisa fokus untuk melakukan PMK. Hal tersebut juga diperkuat oleh petugas kesehatan Puskesmas setempat bahwa ibu cenderung mempraktekkan PMK dengan durasi waktu yang lama jika mereka tinggal dengan keluarga besar.

“Keluarga bantu menggendong bayi” (Ibu BBLR kelompok kontrol, 40 tahun).

“Suami saya masih suka takut kalo ngegendong bayi kecil kayak gini”. (Ibu BBLR kelompok intervensi, 30 tahun)

“Kalo ibunya tinggal dengan keluarga besar, dia bisa lama praktek PMK nya. Karena ada ibunya yang bantu pekerjaan rumah dan suaminya gantiin ibu untuk melakukan PMK. Ada juga yang tetangganya guyub misalnya mau bawain makanan, jadi ibunya bisa fokus melakukan PMK”. (Petugas kesehatan Puskesmas, 26 tahun)

Walaupun semua ibu BBLR mempraktekkan PMK di rumah paska perawatan rumah sakit, namun durasi praktek PMK yang dilakukan di rumah tidak selama durasi praktek PMK yang dilakukan di rumah sakit. Tidak ada satupun ibu BBLR pada kelompok kontrol dan intervensi yang mempraktekkan PMK secara terus menerus selama 24 jam dalam sehari, padahal di rumah sakit mereka sudah mempraktekkan PMK selama 24 jam dalam sehari. Berdasarkan hasil pengumpulan data kualitatif, terdapat beberapa permasalahan yang mempengaruhi ibu BBLR untuk mempraktekkan PMK, seperti pekerjaan rumah tangga, tinggal dalam keluarga inti, dan mengasuh anak yang lain. Sebagian besar ibu BBLR, baik pada kelompok kontrol dan intervensi, sulit untuk mempraktekkan PMK di rumah dalam durasi waktu yang lama dalam sehari karena ibu harus melakukan pekerjaan rumah tangga seperti memasak, membersihkan rumah, dan mengurus anak lainnya yang masih kecil. Hal tersebut diperkuat oleh kader kesehatan bahwa ibu tidak bisa mempraktekkan PMK untuk waktu yang lama karena kesibukan mengerjakan pekerjaan rumah tangga. Sebagian besar ibu BBLR pada kelompok kontrol dan intervensi juga tinggal dalam keluarga inti (ibu, suami, dan anak),

sehingga tidak ada yang membantu ibu untuk melakukan PMK. Ibu sering mengalami kesulitan mengikat kain untuk menggendong bayi PMK karena tidak ada yang membantunya mengikat kain ketika ibu berada sendirian di rumah. Selain itu ibu juga sibuk melakukan pekerjaan rumah dan mengasuh anak yang lain, sehingga praktek PMK yang dilakukan di rumah kurang optimal. Ibu baru bisa mempraktekkan PMK ketika seluruh pekerjaan rumah sudah diselesaikan. Hal tersebut diperkuat oleh petugas kesehatan bahwa ibu sulit untuk mempraktekkan PMK dalam waktu yang lama karena tidak ada yang membantunya melakukan pekerjaan rumah tangga. Namun jika ibu tinggal di keluarga besar, anggota keluarga lainnya akan membantu pekerjaan rumah tangga, sehingga ibu bisa fokus melakukan PMK.

“Kalo mau PMK nunggu semua kerjaan selesai dulu. Kalo pagi ngurus rumah, nganter anak sekolah, nyiapin makan. Paling PMK nya siang”. (Ibu BBLR kelompok kontrol, 25 tahun)

“Susah mau ngiketin kain untuk PMK soalnya sendirian di rumah. Suami udah pergi kerja, biasanya pulang sore atau malam”. (Ibu BBLR kelompok intervensi, 30 tahun)

“Kalo untuk PMK 24 jam kayaknya ngga bisa ya, soalnya ibu kan banyak pekerjaannya di rumah”. (Kader kesehatan, 35 tahun)

“Kalo ibunya tinggal sendiri di rumah, sulit melakukan PMK untuk waktu yang lama. Tapi kalo ibu tinggal dengan keluarga besar, dia bisa lama praktek PMK nya karena ada anggota keluarga lainnya yang bantuin pekerjaan rumah tangga”. (Petugas kesehatan Puskesmas, 26 tahun)

Peran petugas kesehatan sangat penting dalam mendukung praktek PMK pada ibu BBLR, baik ketika dirawat di rumah sakit maupun ketika pulang ke rumah. Dukungan praktek PMK pada ibu BBLR yang diberikan oleh petugas kesehatan di RSUD Koja, Jakarta Utara yaitu berupa edukasi mengenai PMK ketika ibu dan bayi dirawat di rumah sakit. Ketika ibu dan bayi akan pulang, rumah sakit menghubungi Puskesmas tempat ibu dan bayi berdomisili untuk melakukan penjemputan di rumah sakit. Lalu petugas KPLDH (*Ketuk Pintu Layani Dengan Hati*) Puskesmas melakukan penjemputan ibu dan bayi di rumah sakit dan mengantarkannya ke rumah. Selanjutnya pemantauan bayi dilakukan oleh petugas KPLDH melalui kunjungan rumah yang biasanya dilakukan pada waktu tiga hari setelah ibu dan bayi pulang ke rumah. Pada kunjungan rumah tersebut, tim KPLDH mengukur dan mencatat perkembangan bayi, serta melakukan edukasi mengenai ASI eksklusif.

“Kalo ada BBLR pulang, maka pihak rumah sakit akan menginformasikan ke Puskemas di wilayah ibu tinggal untuk dilakukan penjemputan di rumah sakit. Biasanya petugas KPLDH (Ketuk Pintu Layani Dengan Hati) akan menjemput bayi dan mengantarnya pulang ke rumahnya. Lalu tiga hari kemudian akan dilakukan kunjungan rumah untuk mengukur dan mencatat perkembangan bayi, dan melakukan edukasi mengenai ASI eksklusif”. (petugas kesehatan Suku Dinas Kesehatan Jakarta Utara, 30 tahun)

Walaupun tim KPLDH sudah melakukan pemantauan BBLR di rumah pada sebagian besar wilayah di Jakarta Utara, namun dalam penelitian ini ditemukan adanya BBLR di wilayah tertentu yang tidak dikunjungi oleh tim KPLDH di rumah paska perawatan dari rumah sakit. Beberapa kendala terkait pemantauan BBLR di rumah oleh tim KPLDH dalam penelitian ini yaitu adanya kesibukan dari tim KPLDH karena mereka harus melakukan kegiatan di dalam dan luar Puskesmas dan keterbatasan SDM untuk melakukan kunjungan rumah. Hal tersebut menyebabkan kunjungan rumah pada BBLR tidak berjalan secara rutin.

“KPLDH kan tugasnya banyak, tidak hanya melakukan kegiatan di luar gedung (Puskesmas) saja, tapi juga di dalam gedung. Kalo lagi banyak kegiatan di dalam gedung, maka KPLDH ikut bantuin juga. Terkadang ngga sempat untuk melakukan kunjungan rutin ke rumah”. (petugas Sudin Kesehatan Jakarta Utara, 30 tahun)

Pemberian ASI merupakan bagian dari pelaksanaan PMK yang sangat penting bagi pertumbuhan bayi. Pemberian ASI dalam penelitian ini diukur dengan cara bertanya pada responden dengan mengisi kuesioner mengenai minuman yang diberikan pada BBLR, apakah ibu hanya memberikan ASI saja pada responden atau diberikan juga dengan minuman lain seperti susu formula. Seluruh ibu BBLR pada kelompok kontrol dan intervensi melanjutkan pemberian ASI di rumah paska perawatan dari rumah sakit, namun tidak satupun ibu yang melaksanakan ASI eksklusif. Hal tersebut dikarenakan bayi sudah diberikan susu formula untuk bayi prematur sejak dirawat di rumah sakit. Pemberian ASI saja pada kelompok kontrol dan intervensi pada kunjungan pertama menunjukkan hasil yang relatif sama, yaitu 21% pada kelompok kontrol dan 24% pada kelompok intervensi. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan mengenai pemberian ASI saja antara kelompok kontrol dan intervensi pada kunjungan pertama ($p>0,05$).

Secara umum, terdapat peningkatan jumlah responden yang memberikan ASI saja pada kelompok kontrol dan intervensi pada pengukuran 2, 3, dan 4. Jumlah responden yang memberikan ASI saja pada kelompok kontrol yaitu 21% (pengukuran 1); 24% (pengukuran 2); 30% (pengukuran 3); dan 34% (pengukuran 4); sedangkan jumlah responden yang memberikan ASI saja pada kelompok intervensi yaitu 24% (pengukuran 1); 35% (pengukuran 2); 44% (pengukuran 3) dan 48% (pengukuran 4). Hal tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.9. Pemberian ASI saja pada Tiap Waktu Pengukuran antara Kelompok Kontrol dan Intervensi

Waktu Pengukuran	Pemberian ASI	Kontrol	Intervensi
		N (%)	N (%)
Pengukuran 1	- Tidak	52,7 (29)	47,3 (26)
	- Ya	46,7 (21)	53,3 (24)
Pengukuran 2	- Tidak	63,4 (26)	36,6 (15)
	- Ya	40,7 (24)	59,3 (35)
Pengukuran 3	- Tidak	76,9 (20)	23,1 (6)
	- Ya	40,5 (30)	59,5 (44)
Pengukuran 4	- Tidak	88,9 (16)	11,1 (2)
	- Ya	41,5 (34)	58,5 (48)

Hasil pengumpulan data kuantitatif mengenai pemberian ASI diperkuat pula oleh hasil pengumpulan data kualitatif. Seluruh ibu BBLR pada kelompok kontrol dan intervensi mengatakan bahwa bayinya sudah diberikan susu formula untuk bayi prematur sejak dirawat di rumah sakit. Pada kunjungan pertama pasca perawatan dari rumah sakit, sebagian besar ibu BBLR pada kedua kelompok melanjutkan pemberian ASI pada bayi, namun masih dicampur dengan minuman lain seperti susu formula. Tujuan utama mereka memberikan bayinya dengan tambahan susu formula atau cairan lain selain ASI yaitu agar berat badan bayinya bertambah. Alasan lainnya adalah karena ASI ibunya kurang serta pengalaman pemberian susu formula pada anak sebelumnya.

“Iya, kalau di rumah sakit itu disuruh kasih susu formula khusus untuk bayi prematur, warnanya ungu”. (Ibu BBLR kelompok kontrol, 40 tahun)

“Aku giniin aja netekin, cuma di rumah sakit dikasih susu formula”. (Ibu BBLR kelompok kontrol, 40 tahun)

“Ya kalo misalnya air susu mamanya kurang ini kali ya ada asupan kan ada susu buat prematur kaya buat abangnya dulu”. (Ibu BBLR kelompok intervensi, 36 tahun)

Dalam penelitian ini, praktek PMK ibu di rumah memberikan manfaat terhadap pemberian ASI pada bayi. Seiring dengan durasi praktek PMK yang bertambah tiap harinya, jumlah ibu yang memberikan ASI saja pada bayi pun semakin bertambah banyak. Pada kunjungan 2, 3, dan 4, semakin banyak ibu BBLR pada kelompok kontrol dan intervensi yang memberikan ASI saja pada bayinya. Sebagian besar ibu BBLR pada kelompok intervensi memberikan ASI sambil melakukan PMK. Jika ibu sedang menggendong bayi dalam posisi PMK, maka ibu akan dengan mudah memosisikan bayi untuk menyusui, karena hanya tinggal menggeser posisi bayi ke kanan atau kiri untuk menyusui. Berdasarkan hasil wawancara mendalam, ditemukan bahwa sebagian besar ibu BBLR pada kelompok kontrol dan intervensi mendapatkan beberapa manfaat dari pelaksanaan PMK seperti adanya kedekatan dengan bayinya, perasaan nyaman pada ibu, pemberian ASI menjadi semakin banyak, bayi menjadi lebih sehat, dan adanya peningkatan berat badan bayi setiap minggunya. Adanya peningkatan berat badan bayi diperkuat dengan adanya penimbangan bayi setiap minggunya ketika peneliti melakukan kunjungan rumah.

“Saya merasa lebih dekat dengan bayi, perasaan jadi lebih nyaman punya bayi kecil seperti ini. ASI nya juga semakin banyak”. (Ibu BBLR kelompok kontrol, 30 tahun)

“Bayinya jadi lebih sehat dan kuat. Badannya ngga kuning, berat badannya juga bertambah”. (Ibu BBLR kelompok intervensi, 40 tahun)

4.4.4 Berat Badan Bayi

Pengukuran berat badan bayi dilakukan setiap kunjungan rumah untuk melihat peningkatan berat badan bayi setiap minggunya. Berat badan bayi diukur dengan menggunakan timbangan analog dengan kapasitas maksimal 20 kg. Akurasi pengukuran yaitu 0,05 kg untuk 0-10 kg, dan 0,1 kg pada 10-20 kg.

Secara umum, terdapat peningkatan rata-rata berat badan bayi pada kelompok kontrol dan intervensi pada pengukuran 2, 3, dan 4. Rata-rata berat badan bayi pada kelompok kontrol yaitu 2050,84 gr (SD 105,08) (pengukuran 1), 2213,78 gr (SD 97,92) (pengukuran 2), 2313,60 gr (SD 73,32) (pengukuran 3), dan 2516,40 gr (SD 69,28) (pengukuran 4), sedangkan pada kelompok intervensi yaitu 2065,60 gr (SD 92,87) (pengukuran 1), 2240,60 gr (SD 57,90) (pengukuran 2), dan 2355,90 gr (SD 52,49)

(pengukuran 3), dan 2560,60 gr (SD 39,77) (pengukuran 4). Hal tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.10. Berat Badan Bayi pada Tiap Waktu Pengukuran antara Kelompok Kontrol dan Intervensi

Berat Badan Bayi	Kontrol	Intervensi
	Mean \pm SD	Mean \pm SD
Pengukuran 1	2050,84 \pm 105,08	2065,60 \pm 92,87
Pengukuran 2	2213,78 \pm 97,92	2240,60 \pm 57,90
Pengukuran 3	2313,60 \pm 73,32	2355,90 \pm 52,49
Pengukuran 4	2516,40 \pm 69,28	2560,60 gr \pm 39,77

4.5 Protokol Intervensi Penelitian

Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu pelatihan mengenai PMK pada kader kesehatan dan pendampingan mengenai PMK pada ibu BBLR berupa kunjungan rumah yang dilakukan oleh kader kesehatan. Kegiatan persiapan dan pelaksanaan intervensi penelitian dijelaskan berikut ini.

4.5.1 Pelatihan PMK pada Kader Kesehatan

Kader kesehatan terlebih dahulu mendapatkan pelatihan PMK sebelum melakukan pendampingan PMK pada ibu BBLR. Pelatihan PMK pada kader kesehatan dilaksanakan di tiga kecamatan di Jakarta Utara yaitu Kecamatan Koja, Tanjung Priok, dan Cilincing. Pelatihan dilaksanakan di masing-masing kelurahan yang ada di kecamatan tersebut.

Metode pelatihan PMK pada kader kesehatan yaitu ceramah, diskusi, dan praktek PMK. Materi mengenai PMK yang diberikan pada pelatihan tersebut meliputi materi mengenai pengertian PMK, manfaat PMK, kriteria bayi PMK, jangka waktu PMK, durasi PMK, posisi PMK, tahapan PMK, pelaku PMK, tempat PMK, peralatan PMK, dan pemberian ASI bagi BBLR. Narasumber pelatihan PMK yaitu bidan atau pakar dalam bidang PMK yang mempunyai sertifikat pelatihan PMK yang dikeluarkan oleh PERINASIA. Modul yang digunakan dalam pelatihan PMK yaitu modul PMK di komunitas yang sebelumnya sudah dilakukan uji substansi dalam *experts meeting* dan sudah dilakukan uji coba modul intervensi.

Kriteria kader kesehatan yang mengikuti pelatihan PMK yaitu kader Posyandu yang masih aktif, berdomisi, dan terdaftar di kelurahan yang akan menjadi lokasi penelitian. Pemilihan kader Posyandu yang akan mengikuti pelatihan PMK dilakukan oleh kelurahan yang bersangkutan. Setiap RW biasanya akan diwakili oleh minimal 2 orang kader kesehatan.

Dalam penelitian ini, pelatihan PMK pada kader kesehatan tidak dilaksanakan secara khusus dan tersendiri, namun terintegrasi dengan kegiatan pelatihan kader kesehatan di kelurahan. Hal tersebut didasari karena adanya tingkat kehadiran kader yang rendah (50% dari seluruh peserta yang diundang) ketika pelaksanaan uji coba pelatihan PMK yang dilakukan secara terpisah dari program kelurahan. Alasan pelatihan yang terintegrasi tersebut juga diperkuat oleh hasil diskusi dengan beberapa kepala seksi kesejahteraan rakyat (Kesra) kelurahan, dimana mereka menyarankan agar kegiatan pelatihan untuk kader kesehatan digabung dengan kegiatan pelatihan atau pengayaan yang dilakukan oleh kelurahan. Dengan demikian tingkat kehadiran kader kesehatan terhadap kegiatan tersebut akan baik. Menurut mereka, agak sulit untuk mengumpulkan kader kesehatan mengikuti pelatihan yang dilakukan terpisah dari kegiatan kelurahan (tingkat kehadiran rendah) dan juga dalam durasi pelatihan yang lama (2 hari). Salah satu penyebabnya yaitu dikarenakan banyaknya kegiatan yang harus dilakukan oleh kader kesehatan dan kesibukan mereka sehari-hari sebagai ibu rumah tangga. Dan pada waktu siang hari, semua kegiatan harus sudah selesai karena kader kesehatan yang hampir semuanya adalah ibu rumah tangga harus mengurus keluarganya di rumah.

Tanya: Bagaimana sebaiknya pelaksanaan pelatihan PMK pada kader kesehatan?

“Kalo mau ngadain pelatihan pada kader, lebih baik satu hari saja. Kalo pelatihannya sampe 2 hari, takutnya kehadiran kader pada hari kedua akan sedikit. Jadi sebaiknya pelatihannya dipadatkan satu hari saja. Nanti yang mengundang kader adalah pihak kelurahan”. (Petugas kelurahan, 40 tahun)

“Lebih baik pelatihannya bareng dengan kegiatan kelurahan, supaya banyak kader yang datang. Biasanya kalo kelurahan ngadain kegiatan, semua kader akan datang. Kita ada pertemuan rutin dengan seluruh kader setiap bulannya”. (Petugas kelurahan, 48 tahun)

“Pelatihannya kalo bisa dari pagi sampe siang aja. Soalnya kader itu kan ibu-ibu rumah tangga, kalo siang mereka udah sibuk ngurus keluarga”. (Petugas kelurahan, 38 tahun)

Pelatihan PMK pada kader kesehatan yang dilaksanakan secara terintegrasi dengan kegiatan pelatihan kader kesehatan di kelurahan dalam penelitian ini berlangsung selama 3 jam. Kegiatan diawali oleh sambutan dari perwakilan kecamatan, Lurah, dan koordinator bidang Kesejahteraan Rakyat (Kesra) kelurahan untuk mensosialisasikan kegiatan-kegiatan yang ada di kecamatan atau kelurahan dan memberikan motivasi pada kader kesehatan dalam melaksanakan tugasnya. Setelah itu pemberian informasi kesehatan oleh Puskesmas kelurahan dan atau kecamatan untuk meningkatkan wawasan kader kesehatan mengenai kesehatan. Kemudian dilanjutkan dengan evaluasi kegiatan Posyandu yang diadakan setiap bulannya di wilayah masing-masing. Pada waktu 1,5 sampai dengan 2 jam setelahnya dilakukan pelatihan mengenai PMK pada kader Kesehatan. Pelatihan mengenai PMK tersebut menggunakan metode ceramah, diskusi, dan praktek PMK. Karena keterbatasan waktu pelatihan, maka praktek PMK hanya disimulasikan oleh beberapa orang peserta saja sebagai perwakilan dan tidak semua peserta mempraktekkan PMK.

Sebelum pelaksanaan pelatihan, kader kesehatan diberikan kuesioner *pre-test* terlebih dahulu mengenai pengetahuan dan sikap mereka mengenai PMK. Selanjutnya kader kesehatan diberikan kuesioner yang sama setelah pelaksanaan pelatihan PMK untuk mengukur efektivitas pelatihan terhadap pengetahuan dan sikap mengenai PMK. Berdasarkan hasil *pre-test* dan *post-test*, ditemukan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan dan sikap mengenai PMK pada kader kesehatan. Sebelum pelatihan, sebagian besar kader kesehatan belum pernah mengetahui mengenai PMK, namun sebagian kecil kader kesehatan sudah pernah mendengar mengenai PMK walaupun belum mengetahui manfaat PMK. Sesudah pelatihan PMK, hampir seluruh kader kesehatan bertambah pengetahuan dan sikapnya mengenai PMK. Dan seluruh kader kesehatan juga bersedia untuk melakukan pendampingan mengenai PMK jika di wilayahnya ada ibu yang memiliki BBLR.

Untuk mengantisipasi keterbatasan waktu dalam pelatihan PMK yang terintegrasi kedalam program kelurahan dan untuk meningkatkan kembali wawasan dan praktek kader kesehatan mengenai PMK, maka tim peneliti melakukan pengayaan kembali mengenai PMK melalui edukasi individu pada kader kesehatan yang di wilayahnya ditemui kasus BBLR. Dalam kunjungan rumah tersebut, tim peneliti menjelaskan kembali mengenai PMK pada kader kesehatan dan kader kesehatan

diminta untuk mempraktekkan PMK berdasarkan informasi yang diberikan. Tim peneliti juga memberikan media edukasi berupa lembar balik sebagai media untuk menjelaskan mengenai PMK pada ibu BBLR. Media berupa buku saku mengenai PMK juga diberikan pada ibu BBLR.

4.5.2 Pendampingan PMK pada Ibu BBLR oleh Kader Kesehatan

Intervensi (perlakuan) yang diberikan dalam penelitian ini yaitu berupa pendampingan PMK pada ibu BBLR yang dilakukan oleh kader kesehatan. Kriteria kader kesehatan yang melakukan pendampingan PMK yaitu kader Posyandu yang masih aktif, berdomisi, dan terdaftar di kelurahan yang akan menjadi lokasi penelitian dan kader Posyandu yang telah mengikuti pelatihan PMK. Dalam pendampingan PMK tersebut, kader kesehatan melakukan kunjungan rumah terhadap ibu BBLR dan memberikan informasi dan edukasi mengenai PMK dan pemberian ASI; mengingatkan dan memberikan motivasi mengenai praktek PMK dan pemberian ASI; memberikan media KIE) berupa *booklet*; dan membantu ibu untuk mengikat kain PMK jika ibu membutuhkan pertolongan.

Dalam penelitian ini, kader kesehatan mengunjungi 50 orang ibu BBLR yang berdomisili di Kecamatan Koja, Tanjung Priok, dan Cilincing. Tiap kader kesehatan ada yang mengunjungi 1, 2, 3, 4, dan 5 orang ibu BBLR yang ada di wilayah tempat tinggalnya. Berikut ini adalah karakteristik kader kesehatan yang melakukan kunjungan terhadap ibu BBLR.

Tabel 4.11. Karakteristik Informan

Informan	Umur	Pendidikan	Paritas	Jumlah ibu yang dikunjungi	Wilayah cakupan
1	40	SMU	2	2	Rawabadak
2	27	Perguruan tinggi	0	4	Tugu Selatan
3	30	SMU	3	1	Tugu Utara
4	35	SMP	2	3	Tanah Merah
5	37	SMP	3	2	Lagoa
6	40	SMU	3	3	Koja
7	47	SMU	2	5	Warakas
8	35	SMU	4	2	Tanjung Priok
9	32	SMU	1	1	Sunter Jaya

Informan	Umur	Pendidikan	Paritas	Jumlah ibu yang dikunjungi	Wilayah cakupan
10	38	SMP	3	3	Kebon Bawang
11	35	SMP	2	2	Papanggo
12	37	SMU	2	2	Sungai Bambu
13	35	SMU	3	5	Semper Barat
14	36	SMU	2	3	Sukapura
15	30	Perguruan tinggi	1	5	Kalibaru
16	35	SMP	2	4	Marunda
17	37	SMU	3	3	Cilincing

Sebelum memberikan informasi mengenai PMK, kader kesehatan memulai komunikasi dengan menanyakan hal-hal yang bersifat umum, seperti kondisi keluarga, kesehatan ibu, kesehatan anak, dan lainnya. Dalam kunjungan rumah tersebut, kader kesehatan memberikan informasi mengenai PMK dan pemberian ASI dengan menggunakan media lembar balik. Sambil memberikan informasi, kader kesehatan memperlihatkan gambar yang terdapat pada lembar balik agar lebih mudah dipahami oleh ibu. Kader kesehatan juga memberikan media KIE pada ibu BBLR berupa *booklet* PMK. Dalam kesempatan itu, kader kesehatan juga tidak lupa untuk selalu mengingatkan dan memberikan motivasi pada ibu untuk mempraktekkan PMK dengan sesering mungkin dan dalam waktu yang lama dalam satu hari. Selain informasi mengenai PMK dan pemberian ASI, kader kesehatan juga memberikan informasi lainnya seperti keluarga berencana (KB) dan cara memerah ASI. Ibu juga berkonsultasi mengenai permasalahan kesehatan yang dialami oleh ibu dan bayi pada kader kesehatan

“Yang sering-sering ya bu praktek kangurunya. Ibu bisa kanguru ngga cuma sambil tiduran, tapi bisa sambil kerja, sambil duduk, sambil berdiri juga bisa. Misalnya ibu sambil nyapu-nyapu, ngelap bisa sambil kanguru” (kader kesehatan, 40 tahun).

“Sebisa mungkin bayinya ngga dikasih minuman lain selain ASI ya bu. ASI aja supaya bayinya sehat, ngga gampang sakit. Ibu harus makan banyak supaya ASI nya lancar” (kader kesehatan, 45 tahun).

Ketika kunjungan rumah, kader kesehatan juga membantu dan mengoreksi ibu untuk mempraktekkan PMK. Misalnya ketika posisi bayi tidak diletakkan diantara payudara ibu ketika menggendong bayi PMK, sehingga hanya sebagian kecil tubuh bayi yang menempel pada kulit ibu. Maka kader kesehatan akan memberitahukan mengenai

posisi PMK yang tepat, bahwa bayi diletakkan diantara payudara ibu dan dipastikan agar semua atau sebagian besar dari kulit bayi menempel pada kulit ibu untuk mendapatkan manfaat yang optimal dari PMK.

“Bu, bayinya diletakkan diantara payudara ibu seperti ini (sambil kader memperbaiki posisi bayinya), jangan gendongnya merosot kayak gini (terlalu bawah dari payudara ibu). Kulit bayi jadi ngga menempel pada kulit ibu” (kader kesehatan).

Contoh lainnya adalah ketika ibu terlalu kencang atau terlalu longgar dalam mengikat kain PMK. Kader kesehatan akan memberitahukan ibu agar tidak mengikat kainnya terlalu ketat atau longgar karena dapat berdampak pada bayinya, dimana bayi menjadi tidak nyaman dan tidak dapat bernafas dengan baik.

“Bu, kalo mengikat kain PMK, jangan terlalu kencang seperti ini ya, karena bisa mengakibatkan bayinya tidak nyaman. Bayi juga ngga bisa nafas dengan baik. Ikatannya seperti ini aja, yang pas” (sambil menunjukkan cara mengikat kain gendongan PMK yang tidak terlalu ketat dan longgar) (kader kesehatan, 42 tahun).

Beberapa perilaku yang diamati oleh tim peneliti ketika kader kesehatan melakukan kunjungan rumah yaitu cara komunikasi kader kesehatan dengan ibu, penjelasan kader kesehatan mengenai PMK, kepercayaan diri kader kesehatan dalam memberikan edukasi mengenai PMK, dan kepercayaan diri kader kesehatan dalam membantu ibu untuk mempraktekkan PMK. Dalam penelitian ini, ditemui bahwa secara umum kader bisa berkomunikasi dengan baik dengan ibu, kader terlihat percaya diri dalam memberikan edukasi mengenai PMK, kader dapat menjelaskan mengenai materi PMK dengan baik, dan kader terlihat percaya diri dalam membantu ibu untuk mempraktekkan PMK. Hal ini dapat disebabkan karena sebelum melakukan kunjungan rumah, kader kesehatan diberikan pengayaan kembali mengenai PMK oleh tim peneliti untuk memperkuat materi mengenai PMK yang diberikan saat pelatihan PMK. Dan kader kesehatan pun melakukan kunjungan rumah bersama-sama dengan tim peneliti, sehingga peneliti dapat mengetahui dan memberikan informasi mengenai PMK pada kader kesehatan jika ada hal-hal mengenai PMK yang kurang dimengerti oleh kader kesehatan.

Pendampingan kader kesehatan mengenai PMK pada ibu BBLR hanya dilakukan pada saat kunjungan rumah saja selama 1 minggu sekali selama 3 kali. Kunjungan rumah oleh kader kesehatan terhadap ibu BBLR dilakukan mulai hari ke-3

setelah ibu pulang dari rumah sakit dan kunjungan selanjutnya dilakukan tiap minggu sebanyak minimal 3 kali kunjungan atau sampai bayi mencapai berat 2500 gr. Alasan kunjungan awal dilakukan pada hari ke-3 setelah ibu pulang dari RS yaitu sesuai dengan standar pelayanan kesehatan bayi baru lahir (kunjungan neonatal) yang dilakukan sebanyak 3 kali yaitu pada 6-48 jam, 3-7 hari dan 8-28 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Pada hari ke-3 tersebut diasumsikan bahwa ibu sudah mempraktekkan PMK di rumah dan sudah dapat dievaluasi mengenai praktek PMK tersebut.

Tim peneliti melakukan evaluasi intervensi untuk mengukur pengaruh pendampingan PMK oleh kader kesehatan terhadap pengetahuan, sikap, praktek PMK ibu, dan berat badan bayi. Pelaksanaan evaluasi dilakukan sebelum dan sesudah edukasi oleh kader kesehatan terhadap ibu BBLR tiap minggunya. Pengukuran dilakukan sebanyak 4 kali, yaitu sebelum intervensi (*baseline data*), sesudah perlakuan minggu ke-1 (*post 1*), sesudah perlakuan minggu ke-2 (*post 2*), dan sesudah perlakuan minggu ke-3 (*post 3*). Pengukuran 1 dilakukan sebelum adanya pendampingan oleh kader kesehatan, yaitu pada hari ke-3 bayi pulang dari rumah sakit; pengukuran 2 dilakukan 1 minggu sesudah adanya pendampingan ke-1 oleh kader kesehatan; pengukuran 3 dilakukan 1 minggu sesudah adanya pendampingan ke-2 oleh kader kesehatan; dan pengukuran 4 dilakukan 1 minggu sesudah adanya pendampingan ke-3 oleh kader kesehatan. Selanjutnya hasil pengukuran pada minggu ke-1 dan ke-4 dibandingkan antara kelompok intervensi dan kontrol.

Pengukuran evaluasi intervensi dilakukan melalui kuesioner dan lembar observasi. Pengetahuan, sikap, dan durasi PMK diukur melalui kuesioner; posisi PMK diukur melalui observasi; dan berat badan bayi diukur menggunakan timbangan bayi. Pengukuran variabel-variabel tersebut dilakukan ketika kunjungan rumah sebanyak 4 kali dengan menggunakan kuesioner dan lembar observasi yang sama. Dikarenakan adanya kesibukan responden dan adanya ketidaknyamanan responden jika dikunjungi dalam waktu yang lama, maka peneliti melakukan pengamatan praktek PMK hanya pada saat kunjungan saja, bukan pengamatan praktek PMK secara terpartisipasi (*participation observation*).

4.6 Pengaruh Pendampingan PMK oleh Kader Kesehatan terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Praktek PMK Ibu dengan Mempertimbangkan Faktor Perancu

Pengaruh pendampingan PMK oleh kader kesehatan terhadap pengetahuan, sikap, dan praktek PMK ibu dianalisis menggunakan uji statistik multivariat *General Linear Model-Repeated Measure* untuk mengukur perbedaan pengetahuan, sikap, dan praktek PMK ibu pada tiap waktu pengukuran antara kelompok kontrol dan intervensi dengan mempertimbangkan faktor perancu.

Pada pengukuran awal, dilakukan uji kesetaraan variabel terlebih dahulu untuk memastikan bahwa kedua kelompok memiliki *baseline* data yang sama sebelum dilakukan intervensi. Uji kesetaraan variabel diukur dengan membandingkan pengetahuan, sikap, dan praktek PMK ibu antara kelompok kontrol dan intervensi pada pengukuran awal. Hasil uji statistik *independent t-test* menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan pada pengetahuan, sikap, dan praktek PMK ibu antara kelompok kontrol dan intervensi (setara) pada kunjungan pertama ($p > 0,05$).

Tabel 4.12. Pengetahuan, Sikap, dan Praktek PMK Ibu pada Pengukuran Awal

Variabel	Kontrol	Intervensi	Nilai P
	Mean \pm SD	Mean \pm SD	
Pengetahuan	19,76 \pm 1,30	19,92 \pm 1,26	0,53
Sikap	23,90 \pm 2,14	24,00 \pm 2,05	0,81
Praktek PMK	2,92 \pm 0,90	3,02 \pm 2,04	0,75

4.6.1 Pengaruh Pendampingan Kader Kesehatan terhadap Pengetahuan PMK Ibu

Secara umum, terdapat peningkatan nilai rata-rata total skor pengetahuan PMK ibu pada kelompok kontrol dan intervensi pada pengukuran 2, 3, dan 4. Nilai rata-rata total skor pengetahuan PMK ibu pada kelompok kontrol yaitu 19,76 (SD 1,30) (pengukuran 1); 20,64 (SD 0,96) (pengukuran 2); 21,42 (SD 1,23) (pengukuran 3); dan 22,16 (SD 0,98) (pengukuran 4); sedangkan nilai rata-rata total skor pengetahuan PMK ibu pada pada kelompok intervensi yaitu 19,92 (SD 1,26) (pengukuran 1); 22,80 (SD 0,99) (pengukuran 2); 23,52 (SD 0,74) (pengukuran 3); dan 23,92 (SD 0,27) (pengukuran 4). Berdasarkan uji statistik *independent t-test*, ditemukan adanya perbedaan nilai rata-rata total skor pengetahuan PMK ibu antara kelompok kontrol dan

intervensi pada pengukuran 2, 3, dan 4 (nilai $p < 0,05$). Hal tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.13. Pengetahuan PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran pada Kelompok Kontrol dan Intervensi

Pengetahuan PMK Ibu	Kontrol	Intervensi	Mean Difference	Nilai P	95% CI
	Mean \pm SD	Mean \pm SD			
Pengukuran 1	19,76 \pm 1,30	19,92 \pm 1,26	-0,16	0,53	-0,67-0,35
Pengukuran 2	20,64 \pm 0,96	22,80 \pm 0,99	-2,16	0,0005	-2,55-(-1,77)
Pengukuran 3	21,42 \pm 1,23	23,52 \pm 0,74	-2,10	0,0005	-2,50-(-1,70)
Pengukuran 4	22,16 \pm 0,98	23,92 \pm 0,27	-1,76	0,0005	-2,04-(-1,47)

Pada kelompok intervensi, terdapat perbedaan nilai rata-rata total skor pengetahuan PMK ibu pada tiap waktu pengukuran, yaitu 2,88 (SD 1,56) (pengukuran 2 dan 1); 3,60 (SD 1,31) (pengukuran 3 dan 1); dan 4,00 (SD 1,32) (pengukuran 4 dan 1). Berdasarkan uji statistik *paired t-test*, ditemukan adanya perbedaan nilai rata-rata total skor pengetahuan PMK ibu pada pengukuran 2 dan 1, pengukuran 3 dan 1; dan pengukuran 4 dan 1. Hal tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.14. Pengetahuan PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran pada Kelompok Intervensi

Waktu Pengukuran	Mean \pm SD	Nilai P
Pengukuran 2 dan 1	2,88 \pm 1,56	0,0005
Pengukuran 3 dan 1	3,60 \pm 1,31	0,0005
Pengukuran 4 dan 1	4,00 \pm 1,32	0,0005

Uji statistik multivariat *General Linear Model-Repeated Measure* digunakan untuk menganalisis pengaruh pendampingan kader kesehatan terhadap pengetahuan PMK ibu dengan mempertimbangkan faktor perancu. Beberapa variabel perancu dalam penelitian ini yang diduga turut mempengaruhi pengetahuan PMK ibu yaitu umur ibu, pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, dukungan keluarga, dukungan petugas kesehatan, dan dukungan sosial.

Setelah dikontrol oleh variabel perancu, hasil uji statistik multivariat *General Linear Model-Repeated Measure* menunjukkan adanya perbedaan nilai rata-rata total skor pengetahuan PMK ibu pada tiap waktu pengukuran antara kelompok kontrol dan intervensi. Adapun peningkatan nilai rata-rata total skor pengetahuan PMK ibu

mengenai PMK pada kelompok kontrol dan intervensi terjadi pada pengukuran 2, 3, dan 4 ($p < 0,05$). Hal tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.15. Pengetahuan PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran antara Kelompok Kontrol dan Intervensi setelah dikontrol oleh Variabel Perancu

Variabel	Waktu Pengukuran	Nilai P
Pengetahuan mengenai PMK	Pengukuran 2 dan 1	0,005
	Pengukuran 3 dan 1	0,002
	Pengukuran 4 dan 1	0,001

Secara substansi, besar perubahan pengetahuan PMK ibu pada kelompok intervensi pada tiap waktu pengukuran dilakukan dengan mengurangi nilai rata-rata total skor pengetahuan PMK ibu pada pengukuran akhir dengan nilai rata-rata total skor pengetahuan PMK ibu pada pengukuran awal, dibagi dengan nilai rata-rata total skor pengetahuan PMK ibu pada pengukuran awal. Berdasarkan penghitungan besar perubahan skor pengetahuan PMK ibu, didapatkan bahwa pendampingan kader kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan PMK ibu sebesar 14,46% (pengukuran 2); 3,16% (pengukuran 3); dan 1,70% (pengukuran 4). Hal tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.16. Besar Perubahan Pengetahuan PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran pada Kelompok Intervensi

Waktu Pengukuran	Nilai Mean	Besar Perubahan (%)
Pengukuran 1	19,92	0
Pengukuran 2	22,80	14,46
Pengukuran 3	23,52	3,16
Pengukuran 4	23,92	1,70

Hasil pengumpulan data kuantitatif mengenai peningkatan pengetahuan PMK ibu diperkuat pula oleh hasil pengumpulan data kualitatif. Sebagian besar ibu BBLR pada kelompok intervensi semakin mengetahui mengenai durasi PMK, orang yang dapat melakukan PMK, dan tanda bahaya selama PMK pada pengukuran 2, 3, dan 4. Mereka semakin mengetahui jika PMK sebaiknya dilaksanakan secara terus menerus dalam waktu 24 jam dalam sehari. Selain itu, mereka juga semakin mengetahui jika

praktek PMK dapat pula dilakukan oleh anggota keluarga lainnya seperti ibu, nenek, tante, dan anggota keluarga lainnya.

“PMK bagusnya dilakukan terus menerus dalam satu hari ya, agar berat badan bayinya cepat naik”. (Ibu BBLR kelompok intervensi, 32 tahun)

“PMK kan bisa dilakukan oleh suami. Nanti suami saya PMK nya kalo sudah pulang kerja”. (Ibu BBLR kelompok intervensi, 36 tahun)

4.6.2 Pengaruh Pendampingan Kader Kesehatan terhadap Sikap PMK Ibu

Secara umum, terdapat peningkatan nilai rata-rata total skor sikap PMK ibu pada kelompok kontrol dan intervensi pada pengukuran 2, 3, dan 4. Nilai rata-rata total skor sikap PMK ibu pada pada kelompok kontrol yaitu 23,90 (SD 2,14) (pengukuran 1); 24,38 (SD 2,36) (pengukuran 2); 26,24 (SD 2,50) (pengukuran 3); dan 27,42 (SD 2,48) (pengukuran 4); sedangkan nilai rata-rata total skor sikap PMK ibu pada pada kelompok intervensi yaitu 24,00 (SD 2,05) (pengukuran 1); 26,60 (SD 0,95) (pengukuran 2); 31,10 (SD 1,16) (pengukuran 3); dan 31,86 (SD 0,50) (pengukuran 4). Berdasarkan uji statistik *independent t-test*, ditemukan adanya perbedaan nilai rata-rata total skor sikap PMK ibu antara kelompok kontrol dan intervensi pada pengukuran 2, 3 dan 4 (nilai $p < 0,05$). Hal tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.17. Sikap PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran pada Kelompok Kontrol dan Intervensi

Sikap Ibu terhadap PMK	Kontrol	Intervensi	Mean Difference	Nilai P	95% CI
	Mean \pm SD	Mean \pm SD			
Pengukuran 1	23,90 \pm 2,14	24,00 \pm 2,05	-0,10	0,81	-1,03-0,59
Pengukuran 2	24,38 \pm 2,36	26,60 \pm 0,95	-2,22	0,0005	-2,93-(-1,51)
Pengukuran 3	26,24 \pm 2,50	31,10 \pm 1,16	-4,86	0,0005	-5,63-(-4,09)
Pengukuran 4	27,42 \pm 2,48	31,86 \pm 0,50	-4,44	0,0005	-5,15-(-3,73)

Pada kelompok intervensi, terdapat perbedaan nilai rata-rata total skor sikap PMK ibu pada tiap waktu pengukuran, yaitu 2,60 (SD 2,19) (pengukuran 2 dan 1); 7,10 (SD 2,52) (pengukuran 3 dan 1); dan 7,86 (SD 2,11) (pengukuran 4 dan 1). Berdasarkan uji statistik *paired t-test*, ditemukan adanya perbedaan nilai rata-rata total skor sikap PMK ibu pada pengukuran 2 dan 1, pengukuran 3 dan 1; dan pengukuran 4 dan 1. Hal tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.18. Sikap PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran pada Kelompok Intervensi

Waktu Pengukuran	Mean \pm SD	Nilai P
Pengukuran 2 dan 1	2,60 \pm 2,19	0,0005
Pengukuran 3 dan 1	7,10 \pm 2,52	0,0005
Pengukuran 4 dan 1	7,86 \pm 2,11	0,0005

Uji statistik multivariat *General Linear Model-Repeated Measure* digunakan untuk menganalisis pengaruh pendampingan kader kesehatan terhadap sikap PMK ibu dengan mempertimbangkan faktor perancu. Beberapa variabel perancu dalam penelitian ini yang diduga turut mempengaruhi sikap ibu terhadap PMK yaitu pengetahuan ibu mengenai PMK, umur ibu, pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, dukungan keluarga, dukungan petugas kesehatan, dan dukungan sosial.

Setelah dikontrol oleh variabel perancu, hasil uji statistik multivariat *General Linear Model-Repeated Measure* menunjukkan adanya perbedaan nilai rata-rata total skor sikap ibu terhadap PMK pada tiap waktu pengukuran antara kelompok kontrol dan intervensi. Adapun peningkatan nilai rata-rata total skor sikap ibu terhadap PMK antara kelompok kontrol dan intervensi terjadi pada pengukuran 2, 3, dan 4 ($p < 0,05$).

Tabel 4.19. Sikap PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran antara Kelompok Kontrol dan Intervensi setelah dikontrol Variabel Perancu

Variabel	Waktu Pengukuran	Nilai P
Sikap terhadap PMK	Pengukuran 2 dan 1	0,001
	Pengukuran 3 dan 1	0,001
	Pengukuran 4 dan 1	0,001

Secara substansi, besar perubahan sikap PMK ibu pada kelompok intervensi pada tiap waktu pengukuran dilakukan dengan mengurangi nilai rata-rata total skor sikap PMK ibu pada pengukuran akhir dengan nilai rata-rata total skor sikap PMK ibu pada pengukuran awal, lalu dibagi dengan nilai rata-rata total skor sikap PMK ibu pada pengukuran awal. Berdasarkan penghitungan besar perubahan skor sikap PMK ibu, didapatkan bahwa pendampingan kader kesehatan dapat meningkatkan sikap ibu terhadap PMK sebesar 10,83% pada pengukuran 2; 16,92% pada pengukuran 3; dan 2,44% pada pengukuran 4. Hal tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.20. Besar Perubahan Sikap PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran pada Kelompok Intervensi

Waktu Pengukuran	Nilai Mean	Besar Perubahan (%)
Pengukuran 1	24,00	0
Pengukuran 2	26,60	10,83
Pengukuran 3	31,10	16,92
Pengukuran 4	31,86	2,44

Hasil pengumpulan data kuantitatif mengenai peningkatan sikap PMK ibu diperkuat pula oleh hasil pengumpulan data kualitatif. Pada pengukuran 2, 3, dan 4, sebagian besar ibu BBLR pada kelompok intervensi semakin menyetujui dan menerima untuk melakukan PMK dalam durasi waktu yang lebih lama dalam sehari, bahkan kalau bisa 24 jam dalam sehari. Selain itu mereka juga setuju jika PMK dapat digantikan oleh anggota keluarga yang lain, seperti suami, nenek, tante, atau anggota keluarga lainnya.

“Iya nanti saya akan PMK lebih lama lagi (dalam sehari) supaya berat badan bayinya cepat naik”. (Ibu BBLR kelompok intervensi, 42 tahun)

“Nanti PMK nya bisa digantiin suami juga kalo udah pulang kerja”. (Ibu BBLR kelompok intervensi, 36 tahun)

4.6.3 Pengaruh Pendampingan Kader Kesehatan terhadap Praktek PMK Ibu

Secara umum, terdapat peningkatan rata-rata durasi praktek PMK pada kelompok kontrol dan intervensi pada pengukuran 2 dan 3. Rata-rata durasi praktek PMK pada kelompok kontrol yaitu 2,92 (SD 0,90) (pengukuran 1); 3,12 (SD 0,98) (pengukuran 2); dan 3,25 (SD 0,64) (pengukuran 3); sedangkan rata-rata durasi PMK pada kelompok intervensi yaitu 3,02 (SD 2,04) (pengukuran 1); 4,20 (SD 2,70) (pengukuran 2); dan 4,51 (SD 2,32) (pengukuran 3). Berdasarkan uji statistik *independent t-test*, ditemukan ada perbedaan rata-rata durasi praktek PMK ibu antara kelompok kontrol dan intervensi pada pengukuran 2 dan 3 (nilai $p < 0,05$). Hal tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.21. Praktek PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran pada Kelompok Kontrol dan Intervensi

Praktek PMK	Kontrol	Intervensi	Mean Difference	Nilai P	95% CI
	Mean \pm SD	Mean \pm SD			
Pengukuran 1	2,92 \pm 0,90	3,02 \pm 2,04	-0,10	0,75	-0,72-0,52
Pengukuran 2	3,12 \pm 0,98	4,20 \pm 2,70	-1,08	0,009	-1,89-(-0,27)
Pengukuran 3	3,25 \pm 0,64	4,52 \pm 2,32	-1,27	0,0005	-1,94-(-0,58)

Pada kelompok intervensi, terdapat perbedaan rata-rata durasi praktek PMK ibu pada tiap waktu pengukuran, yaitu 1,18 jam (SD 3,04) (pengukuran 2 dan 1) dan 1,49 jam (SD 2,34) (pengukuran 3 dan 1). Berdasarkan uji statistik *paired t-test*, ditemukan adanya perbedaan rata-rata durasi praktek PMK ibu pada pengukuran 2 dan 1 serta pengukuran 3 dan 1. Hal tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.22. Praktek PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran pada Kelompok Intervensi

Waktu Pengukuran	Mean \pm SD	Nilai P
Pengukuran 2 dan 1	1,18 \pm 3,04	0,0005
Pengukuran 3 dan 1	1,49 \pm 2,34	0,0005

Uji statistik multivariat *General Linear Model-Repeated Measure* digunakan untuk menganalisis pengaruh pendampingan kader kesehatan terhadap praktek PMK ibu dengan mempertimbangkan faktor perancu. Beberapa variabel perancu dalam penelitian ini yang diduga turut mempengaruhi praktek PMK ibu yaitu pengetahuan ibu mengenai PMK, sikap ibu terhadap PMK, berat badan bayi, usia gestasi, paritas, umur ibu, pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, masalah kesehatan ibu paska persalinan, masalah kesehatan bayi paska persalinan, dukungan keluarga, dukungan petugas kesehatan, dan dukungan sosial.

Setelah dikontrol oleh variabel perancu, hasil uji statistik multivariat *General Linear Model-Repeated Measure* menunjukkan adanya perbedaan praktek PMK ibu pada tiap waktu pengukuran antara kelompok kontrol dan intervensi. Adapun peningkatan praktek PMK ibu antara kelompok kontrol dan intervensi terjadi pada pengukuran 2 dan 3 ($p < 0,05$). Hal tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.23. Praktek PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran antara Kelompok Kontrol dan Intervensi setelah dikontrol oleh Variabel Perancu

Variabel	Waktu Pengukuran	Nilai P
Praktek PMK	Pengukuran 2 dan 1	0,03
	Pengukuran 3 dan 1	0,001

Secara substansi, besar perubahan praktek PMK ibu pada kelompok intervensi pada tiap waktu pengukuran dilakukan dengan mengurangi nilai rata-rata durasi PMK pada pengukuran akhir dengan nilai rata-rata durasi PMK pada pengukuran awal, lalu dibagi dengan nilai rata-rata durasi PMK pada pengukuran awal. Berdasarkan

penghitungan besar perubahan durasi PMK, didapatkan bahwa pendampingan kader kesehatan dapat meningkatkan durasi PMK sebesar 39,07% pada pengukuran 2 dan 7,38% pada pengukuran 3. Hal tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.24. Besar Perubahan Praktek PMK Ibu pada Tiap Waktu Pengukuran pada Kelompok Intervensi

Waktu Pengukuran	Nilai Mean	Besar Perubahan (%)
Pengukuran 1	3,02	0
Pengukuran 2	4,20	39,07
Pengukuran 3	4,51	7,38

Hasil pengumpulan data kuantitatif mengenai peningkatan praktek PMK ibu diperkuat pula oleh hasil pengumpulan data kualitatif. Pada pengukuran 2 dan 3, sebagian besar ibu BBLR pada kelompok intervensi mempraktekkan PMK dengan durasi waktu yang lebih lama. Mereka semakin meyakini bahwa praktek PMK akan lebih bermanfaat jika dilakukan dalam durasi waktu yang lama dalam sehari, sehingga mereka mau meluangkan waktu untuk mempraktekkan PMK dan dengan dibantu pula oleh anggota keluarga yang lain, seperti suami. Berdasarkan hasil observasi, sebagian besar ibu BBLR pada kelompok intervensi pun mempraktekkan PMK dengan posisi yang lebih baik. Mereka semakin merasa nyaman dan percaya diri dalam menggendong bayi PMK. Jika tidak ada yang membantu ibu untuk mengikatkan kain PMK pada bayi, sebagian kecil ibu BBLR pada kelompok intervensi akan meletakkan bayinya di tempat tidur atau paha ibunya terlebih dahulu, lalu ibu membungkuk dan mengikat kain di belakang tubuh ibunya.

“Nih saya PMK nya pagi, siang, sore. Malam kadang suka digantiin bapaknya kalo udah pulang kerja. Supaya bayinya sehat dan cepat naik berat badannya”. (Ibu BBLR kelompok intervensi, 42 tahun)

“Saya udah ngga takut lagi untuk ngendong bayi kecil kayak gini untuk PMK, suami saya juga. Lama-lama jadi terbiasa”. (Ibu BBLR kelompok intervensi, 36 tahun)

BAB 5 PEMBAHASAN

Pada bagian pembahasan dijabarkan mengenai keterbatasan penelitian; pengetahuan, sikap, praktek PMK ibu, dan berat badan bayi; perawatan metode kanguru di komunitas; intervensi penelitian (pelatihan PMK pada kader kesehatan dan pendampingan PMK pada ibu BBLR oleh kader kesehatan); pengaruh pendampingan PMK oleh kader kesehatan terhadap pengetahuan, sikap, dan praktek PMK ibu.

5.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini mempunyai keterbatasan, yaitu:

1. Pengukuran berulang dengan instrumen yang sama dapat menyebabkan kejenuhan responden untuk menjawab pertanyaan;
2. Pengukuran berulang dengan kuesioner yang sama dapat memunculkan bias maturasi pada responden;
3. Penelitian intervensi sosial dapat memunculkan bias kontaminasi pada responden.

5.2 Pengetahuan, Sikap, dan Praktek PMK Ibu

5.2.1 Pengetahuan Ibu mengenai PMK

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu (Bloom, 1956). Pengetahuan adalah hasil dari suatu proses pembelajaran seseorang terhadap sesuatu baik itu yang didengar maupun yang dilihat (Notoatmodjo, 2005). Pengetahuan ibu mengenai PMK pada kelompok kontrol dan intervensi pada kunjungan pertama dalam penelitian ini menunjukkan hasil yang relatif sama. Item pertanyaan mengenai pengertian PMK, manfaat utama PMK, jangka waktu pelaksanaan PMK, pakaian PMK, persiapan sebelum PMK, minuman terbaik bagi BBLR, dan cara pemberian ASI dijawab benar pada kedua kelompok. Hal ini dapat disebabkan karena sebelumnya ibu sudah pernah mendapatkan edukasi mengenai PMK di RSUD Koja Jakarta Utara, sehingga mereka terpapar informasi mengenai PMK.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian lain di India (Darmstadt et al., 2006) bahwa ibu mengetahui jika PMK bermanfaat untuk mencegah hipotermi, membuat bayi nyaman, dan meningkatkan kemampuan ibu untuk mencegah roh jahat (sesuai dengan budaya setempat). Penelitian lainnya di India (Mazumder et al., 2018) juga menyebutkan bahwa ibu mengetahui jika PMK bermanfaat untuk meningkatkan berat badan bayi dan meningkatkan aktivitas bayi. Demikian juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Roba AA, et al (2017) di Ethiopia yang menyebutkan bahwa sebagian besar ibu mengetahui manfaat dari PMK dan penelitian di Ghana (Nguah et al., 2011) bahwa ibu mengetahui jika PMK bermanfaat untuk ibu dan bayi.

Namun dalam penelitian ini ditemukan pula bahwa sebagian ibu BBLR masih belum memahami mengenai PMK, hal tersebut terlihat bahwa ibu pada kedua kelompok tidak dapat menjawab dengan benar pertanyaan mengenai tanda bahaya selama PMK, durasi PMK, dan pelaku PMK. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian lain di Nigeria (Opara, PI & Okorie, 2017) bahwa ibu tidak mengetahui bahwa orang lain dapat menggantikan ibu untuk mempraktekkan PMK.

Terdapat beberapa tahapan penerimaan informasi dalam suatu pelatihan atau edukasi, yaitu reaksi, analisis, aplikasi, dan hasil pada organisasi (Kirkpatrick, 1994). Mengacu pada model Kirkpatrick (1994), ibu BBLR pada penelitian ini berada pada tingkat menganalisis dan mengaplikasikan, dimana sebagian ibu BBLR masih belum memahami mengenai PMK walaupun sebelumnya sudah mendapatkan edukasi mengenai PMK di rumah sakit dan sebagian ibu BBLR sudah memahami mengenai PMK dan mempraktekkannya di rumah.

Pengetahuan dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, yang terdiri dari faktor internal dan eksternal. Faktor internal yaitu faktor yang berasal dari diri sendiri seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan lain-lain, sedangkan faktor eksternal berasal dari luar orang tersebut, seperti lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik, dan lain-lain (Notoatmodjo, 2007). Teori lainnya *Health Belief Model* (Rosenstock, 1974) menjelaskan bahwa karakteristik individu termasuk umur adalah faktor yang dapat mempengaruhi persepsi yang akan mempengaruhi pengetahuan, sikap, dan tindakan. Dengan demikian, pengetahuan ibu mengenai PMK dalam penelitian ini dapat pula disebabkan oleh karakteristik ibu seperti umur, pendidikan, dan status pekerjaan.

Sebagian ibu BBLR dalam penelitian ini, baik pada kelompok kontrol maupun intervensi mempunyai umur yang masih muda. Umur ibu akan mempengaruhi penerimaan dan keterpaparan terhadap suatu informasi. Dalam penelitian ini, ibu BBLR yang berusia lebih muda kurang memahami mengenai PMK dibandingkan ibu BBLR yang berusia lebih tua. Ibu BBLR yang berusia lebih muda cenderung kurang respon dalam menerima informasi mengenai PMK yang diberikan oleh kader kesehatan. Sedangkan ibu BBLR yang berusia lebih tua cenderung lebih terbuka dalam menerima informasi ditambah lagi dengan keterpaparan dengan berbagai informasi dan pengalaman sebelumnya. Semakin dewasa seseorang, akan mempengaruhi keputusannya dalam menerima atau menolak suatu informasi.

Berdasarkan *Social Cognitive Theory* (Bandura, 1962), struktur social (*socio-structural*) merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan, sikap, dan tindakan. Hal tersebut didasarkan bahwa pengetahuan, sikap, dan tindakan muncul dengan adanya interaksi yang berkelanjutan antara individu dan lingkungannya. Sebagian besar ibu BBLR dalam penelitian ini, baik pada kelompok kontrol maupun intervensi bekerja sebagai ibu rumah tangga. Hal itupun dapat mempengaruhi keterpaparan ibu terhadap informasi mengenai kesehatan termasuk perawatan BBLR dan PMK. Ditambah lagi sebagian besar waktu ibu lebih banyak berada di rumah, sehingga ibu cenderung kurang mendapatkan informasi dari lingkungan sosial. Selain status pekerjaan, pendidikan ibu juga dapat mempengaruhi pengetahuan ibu mengenai informasi kesehatan. Sebagian besar responden dalam penelitian ini berpendidikan SMP dan SMU, dimana informasi yang mereka dapatkan dari pendidikan formal dapat dikatakan cukup terbatas. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka ia akan terpapar dengan berbagai informasi yang dapat meningkatkan pengetahuannya.

5.2.2 Sikap Ibu terhadap PMK

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2005). Sikap juga merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan juga merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap adalah respons tertutup seseorang terhadap suatu stimulus atau objek, baik yang bersifat intern maupun ekstern sehingga manifestasinya tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup tersebut. Sikap secara realitas menunjukkan adanya kesesuaian respons terhadap stimulus tertentu.

Sikap ibu terhadap PMK pada kelompok kontrol dan intervensi pada kunjungan pertama dalam penelitian ini menunjukkan hasil yang relatif sama. Seluruh responden pada kelompok kontrol dan intervensi menyatakan setuju dan sangat setuju bahwa PMK dapat memberikan kehangatan pada bayi, meningkatkan pemberian ASI, meningkatkan kasih sayang antara ibu dan bayi, meningkatkan berat badan bayi, dan ibu dapat menyusui bayi ketika melakukan PMK. Hal ini dapat disebabkan karena ibu sudah pernah terpapar informasi mengenai PMK sebelumnya di RSUD Koja, Jakarta Utara, sehingga ibu setuju bahwa PMK bermanfaat untuk bayinya. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Roba AA, et al (2017) di Ethiopia bahwa sebagian besar ibu mempunyai sikap yang positif terhadap PMK, dimana PMK dapat menstabilkan suhu bayi, meningkatkan hubungan antara ibu dan bayi, meningkatkan perkembangan bayi, dan berdampak positif terhadap pemberian ASI.

Namun dalam penelitian ini ditemukan pula sikap negatif responden mengenai praktek PMK pada kedua kelompok. Menurut Ahmadi (2003), sikap dapat dibedakan menjadi sikap negatif, yaitu sikap yang menunjukkan penolakan atau tidak menyetujui terhadap norma yang berlaku dimana individu itu berada dan sikap positif, yaitu sikap yang menunjukkan penerimaan terhadap norma yang berlaku dimana individu itu berada. Responden pada kedua kelompok kurang setuju bahwa PMK sebaiknya dilaksanakan secara kontinyu atau 24 jam dalam sehari, PMK dapat dilakukan oleh semua anggota keluarga, dan bahwa bayi kecil tidak perlu diberi tambahan susu formula agar berat badannya cepat naik. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian lain di India (Mazumder et al., 2018) bahwa ibu tidak setuju untuk mempraktekkan PMK dalam durasi waktu yang lama karena ibu perlu istirahat paska melahirkan.

Menurut Bloom (1956), tujuan pendidikan dibagi ke dalam tiga domain/ranah kemampuan intelektual, yaitu ranah kognitif yang berisi perilaku-perilaku yang menekankan aspek intelektual, seperti pengetahuan, pengertian, dan keterampilan berpikir; ranah afektif yang berisi perilaku-perilaku yang menekankan aspek perasaan dan emosi, seperti minat, sikap, apresiasi, dan cara penyesuaian diri; dan ranah psikomotor yang berisi perilaku-perilaku yang menekankan aspek keterampilan motorik. Jika ibu BBLR sudah mendapatkan informasi mengenai PMK, maka selanjutnya hal tersebut dapat mempengaruhi aspek afektif nya, apakah ia akan menerima atau menolak informasi yang disampaikan .

Pengetahuan, sikap, dan tindakan yaitu suatu respon seseorang yang dikarenakan adanya suatu stimulus/ rangsangan dari luar (Notoatmodjo, 2003). Menurut Gerungan (2002), sikap merupakan pendapat maupun pandangan seseorang tentang suatu objek yang mendahului tindakannya. Sikap tidak mungkin terbentuk sebelum mendapat informasi, melihat atau mengalami sendiri suatu objek. Walaupun ibu BBLR dalam penelitian ini sudah mendapatkan edukasi mengenai PMK sebelumnya di rumah sakit dan edukasi mengenai PMK ketika kunjungan rumah oleh petugas Puskesmas, namun masih ditemui bahwa sebagian ibu BBLR masih kurang setuju mengenai pelaksanaan PMK secara kontinyu selama 24 jam. Dengan demikian dapat dijelaskan bahwa edukasi mengenai PMK yang diberikan pada ibu BBLR baru sampai pada tahap kognitif, belum berperpengaruh terhadap kesadaran untuk mempraktekkan PMK secara kontinyu. Dalam hal ini ibu BBLR sudah memahami mengenai durasi PMK yang ideal, namun mereka belum memiliki keinginan atau keyakinan untuk mempraktekkannya.

5.2.3 Praktek PMK Ibu

Praktek atau tindakan adalah realisasi dari pengetahuan dan sikap suatu perbuatan nyata. Tindakan merupakan respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk nyata atau terbuka (Notoatmodjo, 2003). Menurut Notoatmodjo (2005), tindakan adalah gerakan atau perbuatan dari tubuh setelah mendapat rangsangan ataupun adaptasi dari dalam maupun luar tubuh suatu lingkungan. Praktek PMK dalam penelitian ini mengeksplor mengenai durasi PMK, posisi PMK, waktu dalam mempraktekkan PMK, orang yang mempratekkan PMK, dan faktor pendukung dan penghambat praktek PMK.

Waktu untuk memulai PMK pada bayi disesuaikan dengan situasi di suatu negara, sistem kesehatan, fasilitas kesehatan, dan kondisi individu (WHO, 2003). Dalam penelitian ini, rata-rata berat badan bayi lahir pada kelompok kontrol yaitu 1864 gr dan pada kelompok intervensi yaitu 1918 gr, sedangkan rata-rata berat badan bayi pulang pada kelompok kontrol yaitu 1936,88 gr dan pada kelompok intervensi yaitu 1974,52 gr. Ketika dirawat di RSUD Koja, Jakarta Utara, ibu BBLR sudah pernah mendapatkan edukasi mengenai PMK dan sudah mempraktekkan PMK pada bayi. Bayi dengan berat lahir 1800 gr atau lebih (usia gestasi 30-34 minggu atau lebih) berisiko terhadap permasalahan kesehatan terkait prematuritas, seperti *Respiratory Distress Syndrome* (RDS), sehingga membutuhkan perawatan khusus di rumah sakit. PMK dapat dimulai

setelah lahir pada kelompok bayi tersebut karena secara umum kondisi kesehatannya sudah stabil. PMK secara intermitten dapat dimulai selama pemulihan di rumah sakit ketika bayi masih memerlukan perawatan medis, sedangkan PMK secara kontinyu dapat dilakukan apabila kondisi bayi stabil.

Bayi dengan kondisi umum stabil dan toleransi minum baik dapat melakukan PMK di rumah dengan pengawasan tenaga kesehatan terlatih (Departemen Kesehatan RI, 2009). Dalam penelitian ini, semua ibu BBLR pada kelompok kontrol dan intervensi mempraktekkan PMK di rumah paska perawatan dari RSUD Koja, Jakarta Utara. Hal ini dapat disebabkan karena sebelumnya ibu sudah pernah mendapatkan edukasi mengenai PMK di rumah sakit dan mereka melanjutkan praktek PMK ketika pulang ke rumah. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa ibu dan anggota keluarga menerima dan mau mempraktekkan PMK di rumah paska perawatan dari rumah sakit (Darmstadt et al, 2016; Ra saily, et al., 2017, Mazumder et al., 2017, Quasem, Nguah et al., 2011, Parikh, Bazzano).

Penelitian yang dilakukan di India (Darmstadt et al., 2006) menunjukkan bahwa PMK diterima dengan sangat baik di komunitas ketika ibu BBLR pulang dari rumah sakit. Praktek PMK dalam penelitian tersebut berlaku secara universal, dimana PMK dipraktekan pada BBLR maupun bayi dengan berat badan normal. Praktek PMK di komunitas juga ditemukan pada penelitian lain di India (Rasaily, et al., 2017) bahwa metode tersebut dapat diterima oleh ibu dan anggota keluarga dalam perawatan BBLR. Demikian pula dengan penelitian Mazumder et al., (2017) bahwa ibu dan keluarga mau mempraktekkan PMK di rumah paska perawatan dari rumah sakit.

Durasi PMK pada kelompok kontrol dan intervensi dalam penelitian ini menunjukkan hasil yang relatif sama, yaitu 2,9 jam/ hari pada kelompok kontrol dan 3,02 jam/ hari pada kelompok intervensi pada kunjungan pertama. Beberapa penelitian menunjukkan adanya durasi waktu yang berbeda-beda dalam mempraktekkan PMK (Dawar et al., 2019; Raajashri, R & Adhisivam, B, 2018; Nguah et al., 2011; Opara, PI & Okorie, 2017, Rasaily, Parikh). Sebuah penelitian di India (Dawar et al., 2019) menyebutkan bahwa PMK dipraktekan dengan rata-rata durasi 3.3 jam per hari dan 5.1 hari per minggu. Sementara penelitian lainnya di India (Raajashri, R & Adhisivam, B, 2018) menyebutkan bahwa ibu mempraktekkan PMK di rumah dengan rata-rata durasi PMK 1.3 jam per hari. Penelitian yang dilakukan oleh Parikh et al., (2013) di India juga

menyebutkan bahwa ibu mempraktekkan PMK selama 2,4 jam/ hari. Sebuah studi di Ghana (Nguah et al., 2011) menyebutkan bahwa sebagian besar ibu lebih memilih untuk mempraktekkan PMK secara intermiten walaupun mereka sudah pernah diberikan edukasi sebelumnya di rumah sakit untuk memberikan PMK secara kontinyu karena manfaatnya yang lebih baik dibandingkan PMK secara intermiten. Sementara studi lain di Nigeria (Opara, PI & Okorie, 2017) menunjukkan bahwa ibu mempraktekkan PMK dengan rata-rata 3,25 jam/ hari.

Hasil penelitian ini tidak jauh dengan penelitian lain bahwa sebagian besar ibu mempraktekkan PMK selama 2 jam dalam satu hari (Bazzano et al., 2012), dan penelitian lain yang dilakukan di India menemukan bahwa rata-rata ibu mempraktekkan PMK selama lima jam per hari dan 55,4% wanita tersebut melakukan inisiasi PMK dalam 72 jam kelahiran (Rasaily et al., 2017). Sementara penelitian yang dilakukan oleh Opara & Okorie (2017) menunjukkan bahwa lebih dari 95% ibu merasa nyaman dalam mempraktekkan PMK di rumah dengan durasi PMK sebesar $3,25 \pm 2,85$ jam (0,5-12 jam) per hari dan tidak ada bayi yang mengalami masalah dengan PMK. Penelitian yang dilakukan oleh Roba AA, et al (2017) di Ethiopia menyebutkan bahwa ibu mempraktekkan PMK selama 2 jam/ hari.

Responden pada kelompok kontrol dan intervensi dalam penelitian ini mempraktekkan PMK dengan durasi waktu yang berbeda-beda, namun tidak satu pun responden pada kedua kelompok tersebut yang mempraktekkan PMK secara kontinyu. Hal ini dapat disebabkan oleh pengetahuan mereka yang kurang mengenai durasi PMK yang sebaiknya dipraktekkan tiap harinya dan sikap mereka yang kurang setuju mengenai praktek PMK kontinyu yaitu 24 jam dalam satu hari. Hal ini sesuai dengan penelitian Bazzano et al., (2012) bahwa tidak ada satupun ibu yang melakukan PMK secara kontinyu di rumah paska perawatan dari rumah sakit dikarenakan adanya beberapa hambatan dalam mempraktekkan PMK seperti takut menyakiti bayi, kepercayaan perawatan bayi tradisional, kurangnya dukungan, dan masalah waktu.

Secara umum, terdapat peningkatan rata-rata durasi PMK pada kelompok kontrol dan intervensi pada pengukuran 2 dan 3 dalam penelitian ini. Peningkatan praktek PMK tersebut dapat disebabkan karena ibu sudah merasa percaya diri dan terbiasa untuk mempraktekkan PMK di rumah, serta adanya perasaan nyaman pada ibu dan bayi ketika mempraktekkan PMK. Menurut WHO (2003), PMK dilaksanakan

sampai bayi aterm (usia gestasi sekitar 40 minggu) atau berat badan bayi mencapai 2500 gr. Pada usia tersebut, bayi mulai bergerak-gerak untuk mengeluarkan diri dari posisi PMK yang menunjukkan bahwa ia merasa tidak nyaman dalam posisi PMK. Pada waktu tersebut ibu mulai dapat mengurangi pelaksanaan PMK pada bayi dengan tetap melanjutkan pemberian ASI dan PMK dapat dilakukan sewaktu-waktu misalnya setelah memandikan bayi, ketika cuaca dingin, atau ketika bayi membutuhkan kenyamanan. Ketika bayi tidak sedang digendong ibu, bayi dapat diselimuti dengan kain yang hangat dan diletakkan di tempat yang hangat.

Sebagian besar ibu dalam penelitian ini, baik pada kelompok kontrol maupun intervensi, mempraktekkan PMK seorang diri. Hal ini dapat disebabkan karena mereka kurang mengetahui bahwa ada orang lain yang dapat menggantikan ibu untuk mempraktekkan PMK. Selain itu, ibu juga kurang menyetujui bahwa orang lain juga dapat mempraktekkan PMK. Menurut ibu, praktek PMK hanya bisa dilakukan oleh ibu karena adanya kekhawatiran untuk menggendong bayinya yang kecil. Anggota keluarga juga terkadang merasa takut untuk ikut menggendong bayi dalam posisi PMK.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian lain di India (Parikh, 2007), bahwa hanya ibu yang dapat mempraktekkan PMK. Ibu kurang mendapat dukungan dari anggota keluarga lainnya untuk mempraktekkan PMK. Hal tersebut menjadikan praktek PMK dihentikan secara dini (*early discontinuity*). Sementara studi lain di Nigeria (Opara, PI & Okorie, 2017) menyebutkan bahwa ibu hanya mempraktekkan PMK seorang diri di rumah walaupun mereka pernah mendapatkan edukasi sebelumnya di rumah sakit bahwa orang lain dapat membantu melakukan PMK. Hal tersebut disebabkan oleh karena kurangnya informasi yang adekuat atau informasi yang diberikan kurang dapat dipahami.

Namun ada juga sebagian ibu dalam penelitian ini yang dibantu oleh anggota keluarga lain seperti suami, nenek, dan tante dalam mempraktekkan PMK. Ketika ibu tinggal dengan keluarga besar, maka nenek atau tante bisa menggantikan ibu untuk mempraktekkan PMK. Sementara suami bisa menggantikan ibu untuk mempraktekkan PMK pada waktu malam hari setelah pulang kerja. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian lain di Ghana (Nguah et al., 2011) bahwa ibu menerima bantuan suami untuk menggantikan ibu mempraktekkan PMK pada waktu malam hari.

Dukungan lainnya yang dapat diberikan oleh anggota keluarga selain untuk menggantikan ibu menggendong bayi dalam posisi PMK yaitu bantuan untuk melakukan pekerjaan rumah tangga, sehingga ibu bisa fokus melakukan PMK. Sebagian responden pada kelompok kontrol dan intervensi dalam penelitian ini dibantu oleh anggota keluarga dalam melakukan pekerjaan rumah tangga seperti memasak, membersihkan rumah, mengurus anak yang lebih besar, sehingga ibu bisa fokus melakukan PMK. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian lain di Nigeria (Opara) bahwa anggota keluarga mendukung ibu untuk mempraktekkan PMK dengan membantu melakukan pekerjaan rumah tangga. Sementara penelitian lain di India (Mazumder et al., 2018) menyebutkan bahwa ibu yang habis melahirkan tidak boleh melakukan pekerjaan rumah tangga, dengan demikian ibu bisa fokus untuk mengurus bayinya, termasuk mempraktekkan PMK.

Pada penelitian ini, sebagian besar responden pada kelompok kontrol dan intervensi mempraktekkan PMK di waktu siang dan malam hari. Ibu BBLR mempraktekkan PMK pada siang hari karena pada pagi harinya mereka sibuk mengurus pekerjaan rumah tangga, seperti memasak, mencuci, mengurus anak lainnya yang mau sekolah, dan lain-lain. Ibu baru bisa melakukan PMK ketika sudah menyelesaikan semua pekerjaan rumah tangga. Pada waktu malam hari ketika suami sudah pulang kerja, maka suami dapat menggantikan ibu untuk melakukan PMK. Hal ini sesuai dengan penelitian Nguah et al., (2011) bahwa banyak ibu yang mempraktekkan PMK di malam hari karena adanya dukungan dari suaminya.

Berdasarkan hasil pengumpulan data kualitatif, didapatkan beberapa faktor pendukung dan penghambat praktek PMK paska perawatan dari rumah sakit dalam penelitian ini. Faktor pendukung praktek PMK meliputi sikap positif mengenai manfaat PMK, dukungan keluarga, dan dukungan tenaga kesehatan, sedangkan faktor penghambat meliputi pekerjaan rumah tangga, tinggal dalam keluarga inti, dan mengasuh anak yang lain.

Adanya faktor pendukung dalam mempraktekkan merupakan salah faktor penting yang membuat ibu mau dan mampu melakukan PMK. Faktor pendukung tersebut dapat berasal dari ibu sendiri, keluarga, komunitas, maupun pelayanan kesehatan. Faktor yang berasal dari ibu sendiri misalnya pengetahuan dan kesadaran ibu mengenai manfaat dari PMK. Dalam penelitian ini, seluruh partisipan sudah pernah

mendengar mengenai PMK sebelumnya dari rumah sakit tempat mereka bersalin. Mereka juga mempunyai sikap yang positif terhadap manfaat yang didapatkan dari pelaksanaan PMK. Menurut mereka, alasan mau melaksanakan PMK di rumah yaitu supaya berat badan bayinya bertambah, sehat, dan kuat.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian lainnya, bahwa pengetahuan dan sikap positif mengenai manfaat PMK dapat meningkatkan praktek PMK di komunitas (Mazumder et al., 2018; Alenchery et al., 2018; Darmstadt et al., 2006; Nguah et al., 2011). Sebuah penelitian di India menunjukkan bahwa kesadaran akan manfaat PMK akan terwujud dalam praktek, dimana ibu BBLR setuju bahwa PMK bermanfaat untuk menambah berat badan dan aktivitas bayi (Mazumder et al., 2018) dan ibu yang menyadari manfaat PMK, akan mempraktekkan PMK di rumah (Alenchery et al., 2018). Sementara penelitian lainnya di India (Darmstadt et al., 2006), menunjukkan bahwa kontak kulit-ke-kulit (PMK) dianggap dapat mencegah hipotermia pada bayi baru lahir, meningkatkan kemampuan ibu untuk melindungi bayinya dari roh jahat, dan membuat bayi lebih nyaman. Di Ghana, hampir seluruh ibu BBLR berpendapat bahwa PMK bermanfaat bagi ibu dan bayi dan mereka bersedia mempraktekkan dan akan merekomendasikan PMK kepada ibu yang lain (Nguah et al., 2011)

Faktor pendukung lainnya yaitu adanya dukungan anggota keluarga lain dalam melakukan PMK. Dukungan tersebut berupa bantuan untuk melakukan atau menggantikan PMK ketika ibu berhalangan atau sedang ada keperluan pribadi dan juga bantuan untuk melakukan pekerjaan rumah tangga lain agar ibu bisa melakukan PMK. Dukungan dari keluarga, teman, dan ibu BBLR lainnya merupakan urutan tertinggi dukungan terhadap praktek PMK dalam sebuah *systematic review* mengenai implementasi PMK pada BBLR (Seidman et al., 2015; Chan et al., 2017; Smith et al., 2017). Penelitian mengenai dukungan keluarga terhadap praktek PMK juga ditemui di India (Mazumder et al., 2018) bahwa praktek budaya bagi wanita yang baru bersalin untuk tidak melakukan pekerjaan rumah tangga dan kesediaan anggota keluarga lainnya untuk membantu merupakan faktor pendukung dalam pelaksanaan PMK di komunitas. Penelitian lainnya di India (Dawar et al., 2019) juga menemukan bahwa bantuan anggota keluarga dalam mengerjakan pekerjaan rumah tangga dan menggantikan ibu untuk mempraktekkan PMK merupakan dukungan yang paling penting dalam praktek PMK. Sementara penelitian lainnya di Nigeria (Opara & Okorie, 2017) menyebutkan

bahwa dukungan yang paling umum diterima ibu dalam mempraktekkan PMK yaitu bantuan untuk melakukan pekerjaan rumah tangga oleh anggota keluarga lain.

Dukungan tenaga kesehatan yang diberikan pada ibu BBLR dalam penelitian ini yaitu berupa edukasi mengenai PMK ketika ibu BBLR dirawat di RSUD Koja, Jakarta Utara dan edukasi mengenai PMK oleh tim KPLDH paska perawatan dari rumah sakit. Dalam kunjungan rumah tersebut, tim KPLDH tidak hanya memberikan informasi mengenai PMK, namun juga informasi mengenai pemberian ASI eksklusif, cara perawatan bayi, dan menimbang tanda vital serta perkembangan bayi.

Dukungan dari tenaga kesehatan merupakan empat urutan tertinggi dukungan terhadap praktek PMK dalam sebuah *systematic review* mengenai implementasi PMK pada BBLR (Seidman et al., 2015). Adanya edukasi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan akan meningkatkan pengetahuan, sikap, dan kepercayaan diri ibu dalam mempraktekkan PMK. Ketika ibu diberikan edukasi mengenai PMK di rumah sakit, maka ibu akan memahami mengenai pentingnya manfaat PMK dan mereka akan melanjutkan praktek PMK tersebut di rumah. Sesuai dengan penelitian lainnya di Ghana, bahwa ibu BBLR melanjutkan praktek PMK paska perawatan dari rumah sakit di Kumasi, Ghana (Opara & Okorie, 2017). Hasil yang sama juga ditemui di Nigeria, bahwa ibu BBLR yang telah mendapatkan edukasi mengenai PMK dan telah mempraktekkannya di rumah sakit di rumah sakit di Nigeria bagian Selatan, melanjutkan untuk mempraktekkannya di komunitas (Nguah et al., 2011).

Dukungan dari tenaga kesehatan lainnya yaitu edukasi mengenai PMK yang diberikan ketika *antenatal care*, seperti yang ditemui di India (Rasaily et al., 2017), bahwa tenaga kesehatan memberikan komunikasi, informasi, dan edukasi mengenai perawatan bayi baru lahir dan PMK yang diberikan pada saat *antenatal care*. Informasi tersebut lalu diperkuat pada saat *postnatal care* untuk meningkatkan penerimaan ibu dan keluarga mengenai PMK.

Adanya faktor penghambat dalam melakukan PMK di komunitas juga dapat menghalangi ibu untuk mempraktekkan PMK, terutama untuk waktu yang lebih lama. Dalam penelitian ini, beberapa kendala juga ditemui oleh sebagian ibu dalam mempraktekkan PMK, yaitu pekerjaan rumah tangga, tinggal dalam keluarga inti, dan mengasuh anak yang lain.

Temuan ini sesuai dengan penelitian di India (Rasaily et al., 2017) bahwa hidup dalam keluarga inti, pekerjaan rumah tangga, kehamilan kembar, cuaca panas, merupakan alasan untuk tidak dapat dilakukannya PMK untuk durasi waktu yang lebih lama. Penelitian lainnya di Nigeria (Opara & Okorie, 2017) menemukan bahwa kesulitan untuk melakukan pekerjaan rumah tangga, tidur nyenyak di malam hari, dan mengasuh anak lainnya merupakan beberapa kendala dalam mempraktekkan PMK.

Dalam penelitian lainnya di India ditemukan bahwa ibu memperlakukan melakukan PMK dalam waktu yang lama karena ibu perlu istirahat setelah persalinan (Mazumder et al., 2018). Menurut Bazzano et al., (2012) dalam penelitiannya di Ghana, nyeri *post partum*, kepercayaan perawatan bayi secara tradisional, takut menyebabkan bahaya pada bayi, kurangnya dukungan keluarga, pekerjaan rumah tangga, dan masalah menyusui merupakan faktor penghambat dalam praktek PMK. Dalam penelitian Opara & Okorie (2017) di Nigeria dan Quasem et al., (2003) di Bangladesh., alasan paling umum ibu berhenti mempraktekkan PMK yaitu karena bayi tidak nyaman dalam posisi PMK dan ibu tidak nyaman ketika harus tidur tegak dengan bayi mereka yang baru lahir untuk mempraktekkan PMK.

Pemberian ASI merupakan bagian dari pelaksanaan PMK yang sangat penting bagi pertumbuhan bayi. Dalam penelitian ini, seluruh ibu BBLR pada kelompok kontrol dan intervensi melanjutkan pemberian ASI di rumah paska perawatan dari rumah sakit, namun tidak satupun ibu yang melaksanakan ASI eksklusif. Hal tersebut dikarenakan bayi sudah diberikan susu formula untuk bayi prematur sejak dirawat di rumah sakit. Sebagian besar ibu BBLR memberikan ASI dengan dicampur dengan minuman lain seperti susu formula. Tujuan utama mereka memberikan bayinya dengan tambahan susu formula atau cairan lain selain ASI yaitu agar berat badan bayinya bertambah. Alasan lainnya adalah karena ASI ibunya kurang serta pengalaman pemberian susu formula pada anak sebelumnya. Dalam penelitian ini, jumlah ibu yang memberikan ASI saja pada bayinya lebih banyak pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Hal tersebut disebabkan adanya manfaat yang didapatkan dari praktek PMK ibu. Praktek PMK dapat meningkatkan kasih sayang dan kedekatan antara ibu dan bayi, yang dapat berdampak pada peningkatan jumlah ASI pada ibu. Seiring dengan durasi praktek PMK yang meningkat tiap harinya pada kelompok intervensi, jumlah ibu yang memberikan ASI saja pada bayi pun semakin bertambah banyak. Sebagian besar ibu

BBLR pada kelompok intervensi memberikan ASI sambil melakukan PMK. Jika ibu sedang menggendong bayi dalam posisi PMK, maka ibu akan dengan mudah memposisikan bayi untuk menyusui, karena hanya tinggal menggeser posisi bayi ke kanan atau kiri untuk menyusui. Sebagian besar ibu mendapatkan beberapa manfaat dari praktek PMK seperti adanya kedekatan dengan bayinya, perasaan nyaman pada ibu, pemberian ASI menjadi semakin banyak, bayi menjadi lebih sehat, dan adanya peningkatan berat badan bayi setiap minggunya.

5.2.4 Berat Badan Bayi

Pada penelitian ini, sebagian besar ibu BBLR pada kelompok kontrol dan intervensi mendapatkan manfaat menyusui dari pelaksanaan PMK. Ibu merasakan kemudahan untuk memposisikan bayi untuk menyusui jika ibu sedang menggendong bayi dalam posisi PMK. Adanya peningkatan pemberian ASI pada ibu yang melakukan PMK dapat disebabkan karena adanya ikatan antara ibu dan bayi, perasaan nyaman pada ibu dan bayi, sehingga berpengaruh terhadap produksi ASI. Adanya kontak kulit-ke-kulit antara ibu dan bayi ketika PMK akan mengurangi stres pada ibu dan bayi, membuat ibu dan bayi lebih tenang dan rileks, meningkatkan ikatan emosi antara ibu dan bayi, dan meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayinya (Udani et al., 2014; Gathwala, 2008; Tessier et al., 1998, Ludington & Golant, 1993 & 2011; Lee & Shin, 2007). Meningkatnya ikatan emosi antara ibu dan bayi dan adanya kenyamanan pada ibu dan bayi akan meningkatkan refleksi *letdown* yang penting bagi pengeluaran ASI (Hurst et al, 1997). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa PMK bermanfaat untuk meningkatkan pemberian ASI (Charpak et al., 2005; Agudelo & Rossello, 2016; Moore et al., 2014; Boundy et al., 2018; Mekonnen et al., 2019; Ahmed et al., 2011; Quasem et al., 2011).

Peningkatan pemberian ASI pada bayi dapat berpengaruh terhadap peningkatan berat badan bayi. Sebagian besar ibu BBLR pada kelompok kontrol dan intervensi mendapatkan manfaat dari pelaksanaan PMK yaitu bayi menjadi lebih sehat dan adanya peningkatan berat badan bayi. Berdasarkan penimbangan bayi yang dilakukan peneliti ketika melakukan kunjungan rumah, ditemukan adanya peningkatan rata-rata berat badan bayi pada kelompok kontrol dan intervensi setiap minggunya. Pada kelompok kontrol terjadi peningkatan rata-rata berat badan bayi sebesar 162,94 gr/ minggu (23,28

gr/ hari) (minggu ke-2), 99,82 gr/ minggu (14,26 gr/ hari) (minggu ke-3), dan 202,4 gr/ minggu (28,91 gr/ hari) (minggu ke-4), sedangkan pada kelompok intervensi terjadi peningkatan rata-rata berat badan bayi sebesar 175 gr/ minggu (25 gr/ hari) (minggu ke-2), 115,3 gr/ minggu (16,47 gr/ hari) (minggu ke-3), dan 204,7 gr/ minggu (29,24 gr/ hari) (minggu ke-4). Semakin bertambahnya usia, maka berat badan bayi pun akan mengalami peningkatan. Dalam penelitian ini, rata-rata berat badan bayi lahir pada kelompok kontrol yaitu 1864,48 gr (SD 174,38) dan rata-rata berat badan bayi lahir pada kelompok intervensi yaitu 1918,52 gr (SD 167,08), sedangkan rata-rata berat badan bayi pulang pada kelompok kontrol yaitu 1936 gr (SD 129,25) dan rata-rata berat badan bayi pulang pada kelompok intervensi yaitu 1974,52 gr (SD 113,52). Bayi dengan berat badan kurang dari 1500 gr akan mengalami kenaikan berat badan sebesar 150-200 gr/ minggu (20-30 gr/ hari) dan bayi dengan berat badan 1500-2500 gr akan mengalami kenaikan berat badan sebesar 200-250 gr/ minggu (30-35 gr/ hari) (Prawirohardjo, 2002).

Beberapa penelitian menunjukkan adanya peningkatan pertumbuhan dan perkembangan pada bayi yang mendapatkan PMK. Hal ini terjadi karena bayi dalam keadaan rileks, beristirahat dengan posisi yang menyenangkan, mirip dengan posisi dalam rahim, sehingga kegelisahan bayi berkurang dan tidur lebih lama (Ludington & Golant, 1993). Pada keadaan tersebut, konsumsi oksigen dan kalori berada pada tingkat yang paling rendah, sehingga kalori yang ada digunakan untuk menaikkan berat badan. Dalam kajian sistematis mengenai pengaruh PMK secara fisiologi (Ludington, 2011), ditemukan bahwa PMK meningkatkan absorpsi makanan dengan peningkatan hormon Oksitosin.

Penelitian *quasi-randomised clinical trial* yang dilakukan di India mengenai dampak PMK terhadap pertumbuhan BBLR (Swarnkar & Vagha, 2016) menemukan bahwa PMK dapat meningkatkan pertumbuhan pada BBLR (berat badan sebesar 19.28 ± 2.9 g/ hari, panjang badan sebesar $0,99 \pm 0.56$ cm/ minggu, lingkar kepala sebesar 0.72 ± 0.07 cm/ minggu). Dalam penelitiannya di India mengenai pengaruh durasi PMK terhadap pertumbuhan BBLR, Udani et al., (2013) menemukan adanya peningkatan berat badan BBLR ($20,3 \pm 7$ g/ hari) dengan adanya peningkatan durasi PMK. Semakin lama PMK dilakukan maka manfaatnya akan semakin besar untuk meningkatkan berat

badan bayi, tapi beberapa bayi membutuhkan waktu yang lama untuk mencapai berat 2500g.

5.3 Perawatan Metode Kanguru di Komunitas

Bayi berat lahir rendah bisa mendapatkan PMK didalam ataupun diluar rumah sakit. Pada BBLR yang dilahirkan di rumah sakit, pelaksanaan PMK dapat diawali di rumah sakit jika BBLR memiliki kondisi yang stabil, yaitu bayi sudah dapat bernapas spontan, bayi mampu menyusu atau mendapatkan ASI melalui cangkir atau sendok, dan bayi tidak memiliki masalah kesehatan serius (Departemen Kesehatan RI, 2009). Ibu dapat menginisiasi pelaksanaan PMK di rumah jika bayi dilahirkan di rumah dan tidak membutuhkan perawatan khusus. Dalam kondisi tersebut, PMK tidak hanya dapat dilakukan pada BBLR baru lahir saja, namun dapat diperuntukkan untuk semua bayi baru lahir dengan berat badan normal untuk memberikan kehangatan pada bayi. *World Health Organization* (2003) menjelaskan bahwa PMK dapat dilaksanakan berdasarkan tiga kondisi yang berbeda, yaitu pada kondisi dimana BBLR baru lahir tidak membutuhkan perawatan khusus, BBLR baru lahir membutuhkan perawatan khusus namun adanya keterbatasan sumber daya yang terbatas, dan BBLR baru lahir membutuhkan perawatan khusus dengan adanya sumber daya yang memadai. Pada BBLR yang dilahirkan di rumah atau di fasilitas kesehatan tingkat pertama yang tidak membutuhkan perawatan khusus, PMK merupakan satu-satunya perawatan BBLR yang sangat penting untuk bayi baru lahir. Praktek PMK, pemberian ASI, dan *follow up* (tindak lanjut) pada pelayanan kesehatan merupakan cara terbaik untuk kelangsungan hidup BBLR yang tidak sakit. Pada kondisi dimana BBLR baru lahir membutuhkan perawatan khusus namun adanya keterbatasan sumber daya, PMK merupakan alternatif perawatan BBLR yang efektif untuk mengatasi keterbatasan sumber daya tersebut, misalnya sebagai alternatif pengganti inkubator yang dapat memberikan manfaat kehangatan yang sangat penting bagi BBLR. Dan pada kondisi dimana BBLR baru lahir membutuhkan perawatan khusus dengan adanya sumber daya yang memadai, PMK dapat dilaksanakan sebagai tambahan perawatan berbasis teknologi untuk menjalin ikatan yang sehat antara ibu dan bayi dan untuk meningkatkan tingkat menyusui.

Perawatan Metode Kanguru berbasis komunitas (*Community-Kangaroo Mother Care*) merupakan PMK yang dilakukan di rumah, dengan adanya dukungan keluarga dan pengawasan oleh petugas kesehatan. Komunitas merupakan sebuah identifikasi dan

interaksi sosial yang dibentuk dengan berbagai dimensi kebutuhan fungsional (Soenarno, 2002). Komunitas tersebut termasuk keluarga, saudara, pengasuh, tetangga, teman, pekerja kesehatan dan lainnya. Keluarga dan masyarakat berperan penting dalam membantu ibu mengenali kapan bayi yang baru lahir membutuhkan perawatan dari petugas kesehatan, dimana hal ini sangat penting terutama untuk perawatan bayi-bayi kecil (USAID, 2012).

Konsep dasar dari penerapan PMK di komunitas dapat bervariasi tergantung dari tempat dan situasi yang ada di komunitas tertentu. Secara umum, konsep dasar PMK di komunitas sama dengan PMK di fasilitas kesehatan, yaitu dapat dilakukan pada BBLR baru lahir yang kondisi kesehatannya stabil. Namun, pelaksanaan PMK di komunitas dapat diperuntukkan bagi semua bayi, terlepas dari berat lahir, yang dapat dilakukan segera setelah bayi lahir dan tidak memerlukan penilaian klinis atau berat lahir untuk mengidentifikasi bayi yang memenuhi syarat untuk melakukan PMK (Sloan et al., 2008). Hal ini dikarenakan PMK dapat memberikan fungsi kehangatan pada semua bayi baru lahir, terlepas apakah bayi tersebut lahir dengan berat badan normal atau BBLR. Negara-negara seperti Bangladesh, India, dan Nepal telah memperkenalkan PMK untuk bayi yang lahir di rumah, dimana ibu belajar tentang PMK selama kehamilan dan PMK dimulai tepat setelah lahir. Pada kondisi dimana sebagian besar kelahiran terjadi di rumah, perawatan intensif neonatal hampir tidak tersedia, dan kejadian BBLR dan angka kematian neonatal tinggi, PMK berbasis komunitas terbukti menjadi metode terbaik dalam menstabilkan kondisi bayi baru lahir dan mengurangi kematian neonatal (Quasem et al., 2003; Sloan et al., 2008). Menurut Sloan et al., (2011), tujuan dari PMK di komunitas yaitu untuk mencegah hipotermia, permasalahan pernapasan, diare dan memperbaiki nutrisi bayi baru lahir

Dalam penelitian ini, pelaksanaan PMK oleh ibu BBLR diawali di rumah sakit yaitu RSUD Koja Jakarta Utara, lalu dilanjutkan di rumah paska perawatan dari rumah sakit. Bayi berat lahir rendah yang pulang ke rumah paska perawatan intensif neonatal (NICU-*Neonatal Intensive Care Unit*) memiliki berbagai faktor risiko terhadap penyakit, gangguan perkembangan, dan kelangsungan hidup bayi, sehingga perawatan BBLR yang optimal dan keberlanjutan PMK di rumah sangat diperlukan untuk menjaga agar suhu bayi tetap stabil dan menghindari terjadinya gangguan kesehatan pada bayi. Namun perbedaan kondisi antara rumah sakit dan rumah akan mempengaruhi

penerimaan dan praktek PMK di rumah, dimana praktek PMK di rumah tidak seberhasil praktek PMK di rumah sakit. Dalam penelitian ini, ibu BBLR dapat mempraktekkan PMK dengan optimal di rumah sakit karena adanya fasilitas yang memadai, edukasi dan pengawasan dari petugas kesehatan. Namun ketika ibu pulang ke rumah, mereka dihadapi dengan berbagai kendala yang dapat mempengaruhi praktek PMK seperti pekerjaan rumah tangga, tinggal dalam keluarga inti, dan mengasuh anak yang lain. Jika PMK tidak dilaksanakan secara optimal, maka dapat berdampak pada kesehatan dan kelangsungan hidup bayi.

Agar pelaksanaan PMK di rumah dapat berjalan dengan baik, diperlukan adanya sistem pelayanan dan pemantauan PMK yang baik disertai dengan dukungan dari berbagai pihak. Ibu BBLR dalam penelitian ini telah mendapatkan informasi dan edukasi mengenai PMK oleh petugas kesehatan dan telah mempraktekkan PMK di rumah sakit sebelum ibu pulang ke rumah. Untuk keberlanjutan praktek PMK di rumah, diperlukan adanya pemantauan oleh petugas kesehatan dan dukungan oleh keluarga dan komunitas. Hal tersebut telah dijelaskan oleh WHO (2003) bahwa beberapa persyaratan dalam melaksanakan PMK yaitu adanya fasilitas kesehatan yang memadai, dukungan tenaga kesehatan yang memadai, tindak lanjut yang baik, dan dukungan lembaga, sosial dan masyarakat. Upaya pemantauan PMK berbasis komunitas dapat dilaksanakan pada tingkat pelayanan kesehatan, baik pelayanan kesehatan primer maupun pelayanan kesehatan rujukan (rumah sakit umum daerah) dan tingkat komunitas atau keluarga yang terdiri dari ibu dan ayah, kader kesehatan, bidan, dan perawat kesehatan masyarakat yang berperan dalam perawatan BBLR termasuk PMK. Hal tersebut telah dijelaskan oleh WHO (2012) bahwa upaya untuk mengurangi kematian dan ketidakmampuan pada BBLR dapat dilakukan pada tingkat komunitas atau keluarga, tingkat pelayanan kesehatan primer, dan tingkat pelayanan kesehatan rujukan atau rumah sakit umum daerah. Dalam hal ini, pemantauan pelaksanaan PMK yang merupakan bagian dari perawatan BBLR dapat dilaksanakan berdasarkan tingkatan tersebut dengan menyesuaikan kriteria bayi untuk dilakukan PMK dan orang yang tepat untuk memberikan perawatan.

Selaras dengan teori sosio kultural yang berparadigma lingkungan-Model Ekologi Sosial (McLeroy et al., 1988), dapat dijelaskan jika perilaku ibu dalam mempraktekkan PMK tidak berdiri sendiri, melainkan dampak dari interaksi ibu dengan

lingkungan di luarnya. Lingkungan sangat kuat mempengaruhi praktek PMK ibu, yang terdiri dari lima sistem lingkungan mulai dari masukan interaksi langsung dengan agen-agen sosial yang berkembang baik hingga masukkan kebudayaan yang berbasis luas. Dalam penelitian ini, praktek PMK ibu dapat dipengaruhi oleh lima tingkat pengaruh *health-related behaviors* yaitu a). *Intrapersonal level*, meliputi faktor yang berasal dari dalam diri seperti pengetahuan, sikap, dan kepercayaan yang dimiliki oleh ibu; b).

Interpersonal level, meliputi pengaruh sosial dan dukungan dari keluarga; c). *Institutional level*, meliputi organisasi pelayanan kesehatan yang menyediakan informasi dan fasilitas kesehatan untuk mendukung terlaksananya perilaku kesehatan; d). *Community level*, meliputi lingkungan sosial yang ada di sekitar ibu seperti tetangga, kader, PKK, dan lain-lain, dan e). *Policy level* berupa kebijakan pemerintah seperti peraturan, pedoman, atau undang-undang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan. Berdasarkan teori MES tersebut, maka faktor-faktor yang berpengaruh terhadap praktek PMK ibu dapat dipengaruhi oleh tingkat individu (faktor ibu dan BBLR) yang terdiri dari umur ibu, tingkat pendidikan ibu, pekerjaan ibu, paritas, usia gestasi, kesehatan ibu dan BBLR paska persalinan; tingkat interpersonal (faktor keluarga) yang terdiri dari dukungan keluarga; tingkat institusi (faktor pelayanan kesehatan) yang terdiri dari edukasi di rumah sakit dan dukungan petugas kesehatan *post discharge*; tingkat komunitas (faktor komunitas) yang terdiri dari dukungan kader kesehatan dan dukungan sosial; dan tingkat publik (faktor kebijakan) yang terdiri dari kebijakan mengenai PMK.

Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktek PMK ibu dalam penelitian ini yaitu pendampingan PMK oleh kader kesehatan (*Behaviour Change Communication*) yang ditujukan untuk merubah perilaku pada tingkat individu dan keluarga. Hal ini mengacu pada UNICEF (2005), bahwa terdapat beberapa intervensi untuk merubah perilaku individu, kelompok, dan masyarakat pada tingkat sosial yang berbeda yaitu *Behaviour Change Communication* yang dipraktekkan pada tingkat individu dan keluarga, *Behaviour Change Communication* dan *Social Change Communication* yang dipraktekkan pada tingkat interpersonal, *Social Change Communication* yang dipraktekkan pada tingkat komunitas, *Social Mobilization* yang dipraktekkan pada tingkat institusi atau organisasi, dan *Advocacy* yang dipraktekkan pada tingkat publik atau kebijakan. Pendampingan PMK yang dilakukan oleh kader kesehatan dalam penelitian ini yaitu melakukan kunjungan rumah terhadap ibu BBLR

dan memberikan informasi dan edukasi mengenai PMK dan pemberian ASI; mengingatkan dan memberikan motivasi mengenai praktek PMK dan pemberian ASI; memberikan media Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) berupa *booklet*; dan membantu ibu untuk mengikatkan kain PMK jika ibu membutuhkan pertolongan.

5.4 Intervensi Penelitian

Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu pelatihan mengenai PMK pada kader kesehatan dan pendampingan mengenai PMK pada ibu BBLR berupa kunjungan rumah yang dilakukan oleh kader kesehatan. Pelaksanaan pendampingan PMK di rumah oleh kader kesehatan pada ibu BBLR dapat berjalan dengan baik jika ibu telah disiapkan sebelumnya di rumah sakit untuk mempraktekkan PMK di rumah sakit dan untuk melanjutkan praktek PMK di rumah.

Penguatan pelayanan kesehatan BBLR dengan PMK di RSUD Koja, Jakarta Utara telah dilakukan sebelumnya oleh tim periset PMK FKM UI (Pratomo dkk, 2017), dimana telah dikembangkan rujukan perawatan BBLR dengan PMK di RSUD Koja (Jakarta Utara) dan RSUD Karawang (Jawa Barat) dalam kurun waktu 2015-2018. Dalam penelitian tersebut Pratomo dkk (2017) telah memfasilitasi sistem rujukan terhadap BBLR di RSUD Koja mulai dari penjemputan di rumah sakit sampai dengan pemantauan PMK oleh petugas kesehatan Puskesmas. Dalam penelitian tersebut, tim peneliti bekerjasama dengan Perkumpulan Perinatologi Indonesia (Perinasia) untuk melakukan pelatihan PMK pada 210 tenaga kesehatan di rumah sakit dan 247 tenaga kesehatan di Puskesmas. Pelatihan tersebut melibatkan perawat, bidan, dokter anak, dokter kandungan, dan anggota Ketuk Pintu Layani dengan Hati (KPLDH). *Training of Trainers* juga telah dilakukan pada dokter anak, perawat dan bidan senior sebanyak 16 orang di RSUD Koja dan 20 orang di RSUD Karawang. Selanjutnya mereka melatih tenaga kesehatan di Puskesmas untuk memperkuat dan meningkatkan implementasi PMK pada tingkat komunitas, khususnya untuk melanjutkan pemantauan PMK pada bayi paska perawatan rumah sakit.

Tim peneliti juga telah mengembangkan materi Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) PMK berupa *flip chart* dan *booklet* yang digunakan oleh perawat dan dokter anak di rumah sakit untuk meningkatkan edukasi mengenai PMK pada pasien dan keluarga. Selanjutnya, media tersebut didistribusikan ke ruang perinatologi, ruang

bersalin, dan ruang rawat. Selain itu, paket peralatan untuk praktek PMK (boneka bayi, kain gendongan PMK, termometer, dan kit konseling menyusui) juga didistribusikan.

Pendampingan suportif di RSUD Koja dilakukan oleh tim PMK dari RSUP Dr Sardjito, Yogyakarta (Dr Ekawaty L. Haksari, Sp A/K dan tim) untuk memandu dan mendukung implementasi PMK di RSUD Koja setelah tenaga kesehatan di rumah sakit tersebut mendapatkan pelatihan PMK (Pratomo dkk, 2017). Pada pendampingan suportif tersebut, tim pendamping dan tim peneliti mengunjungi ruang perinatologi, ruang bersalin, ruang rawat, klinik ANC dan unit menyusui untuk mendiskusikan potensi masalah dan solusi. Hal ini dilakukan untuk memastikan implementasi PMK dan proses menyusui berjalan dengan baik di rumah sakit. Monitoring dan evaluasi pembentukan unit PMK juga telah dilakukan oleh tim peneliti dengan mengamati 3-4 ibu yang sedang melaksanakan PMK dan melakukan penilaian terhadap ketersediaan perlengkapan yang dibutuhkan untuk PMK, termasuk pelaporan dan sistem pencatatan, beserta kelengkapannya. Hal ini sangat ditunjang dengan sikap positif dan antusiasme Direktur RSUD Koja saat itu. Direktur beserta timnya telah mengembangkan sistem monitoring berbasis digital Si Kanguru dan telah memberi pelatihan kepada jajaran Sudinkes dan Puskesmas Jakarta Utara. Selanjutnya, unit PMK di RSUD Koja didirikan dan dilengkapi dengan 3 tempat tidur untuk pelaksanaan PMK kontinyu. Selain itu, kain gendongan PMK juga tersedia dan telah dianggarkan untuk tahun berikutnya. Bahkan di saat awal penelitian Direktur RSUD Koja telah menyatakan bahwa unit PMK sebagai salah satu pusat keunggulan RS dan akan terus didukung oleh manajemen untuk pelaksanaannya.

Sebagai bagian dari fasilitasi sistem rujukan BBLR, diperoleh adanya kesepakatan bahwa BBLR yang pulang dari rumah sakit harus dijemput oleh ambulan Puskesmas dan didampingi oleh koordinator bidan/wakil KPLDH di tempat BBLR tinggal PMK (Pratomo dkk, 2017). Sistem rujukan ini juga memungkinkan komunikasi antara tenaga kesehatan rumah sakit dan jajaran tenaga kesehatan Puskesmas untuk pemantauan lebih lanjut pada BBLR paska perawatan rumah sakit. Selain itu, tim juga telah membuat grup *WhatsApp* yang terdiri dari staf perinatologi, tenaga kesehatan Puskesmas/ KPLDH, dan tim peneliti untuk koordinasi dan penguatan sistem rujukan BBLR dari rumah sakit ke komunitas. Terjadi kesepakatan bahwa 24 jam sebelum ibu dan bayi pulang dari RSUD, staf perinatologi akan menginformasikan nama dan alamat

BBLR yang pulang dari rumah sakit. Dengan demikian, tenaga kesehatan Puskesmas dan KPLDH (dengan dukungan Sudinkes Jakarta Utara) dapat berkoordinasi untuk penjemputan dan pengantaran pasien kembali ke rumah. Kemudian, BBLR akan dipantau oleh tim KPLDH melalui kunjungan rumah. Tim KPLDH adalah tim tenaga kesehatan berbasis masyarakat yang dibentuk oleh Gubernur DKI Jakarta Basuki Tjahya Purnama berdasarkan SK Gubernur No 115 Tahun 2016 tgl 19 Mei 2016 (Gubernur Provinsi DKI Jakarta, 2016) dengan tugas melaksanakan upaya promotif dan preventif secara komprehensif dan terpadu untuk meningkatkan kesehatan masyarakat.

Agar pelaksanaan PMK pada ibu BBLR paska perawatan rumah sakit dapat berjalan dengan baik, diperlukan adanya sistem pelayanan dan pemantauan PMK yang baik antara dinas kesehatan, rumah sakit, Puskesmas, dan komunitas. Hal tersebut telah dijelaskan oleh WHO (2003) bahwa beberapa persyaratan dalam melaksanakan PMK yaitu adanya fasilitas kesehatan yang memadai, dukungan tenaga kesehatan yang memadai, tindak lanjut yang baik, dan dukungan lembaga, sosial dan masyarakat. Dengan demikian, perlu adanya sistem pelayanan kesehatan khusus BBLR dengan PMK di rumah sakit yang sudah baik dan adanya jejaring dengan dinas kesehatan dan puskesmas terlebih dahulu sebelum melibatkan komunitas dalam hal ini adalah kader kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktek PMK ibu BBLR di komunitas. Upaya ini merupakan investasi waktu, biaya, dan tahapan yang cukup serta memerlukan kecermatan dan ketaatan.

5.4.1 Pelatihan PMK pada Kader Kesehatan

Salah satu cakupan layanan kesehatan yang diberikan oleh kader kesehatan bersama dengan tenaga kesehatan yaitu pembinaan gizi dan kesehatan ibu dan anak, meliputi konseling dan penyuluhan mengenai perawatan bayi baru lahir, tanda-tanda bahaya pada bayi dan balita (Kementerian Dalam Negeri RI, 2011). Namun selama ini kader kesehatan belum pernah mendapatkan pelatihan terkait perawatan BBLR, baik di Puskesmas maupun kelurahan. Pelatihan yang selama ini mereka dapatkan sebagian besar terkait dengan pelayanan kesehatan di Posyandu ataupun terkait dengan penyakit/masalah kesehatan yang banyak terjadi pada masyarakat di wilayah cakupan Puskesmas.

Dalam penelitian ini, kader kesehatan mendapatkan pelatihan PMK terlebih dahulu sebelum melakukan pendampingan PMK pada ibu BBLR. Tujuannya adalah agar kader kesehatan memahami mengenai PMK dan dapat mempraktekkan PMK, sehingga siap untuk melakukan pendampingan PMK pada ibu BBLR. Secara umum, materi mengenai PMK yang diberikan pada pelatihan PMK menjelaskan mengenai PMK dan pemberian ASI, dimana hal tersebut merupakan bagian dalam perawatan bayi baru lahir esensial. Didalam paket perawatan bayi baru lahir esensial (Kementerian Kesehatan RI, 2012), disebutkan bahwa salah satu upaya untuk memberikan kehangatan pada BBLR yaitu dengan mempraktekkan PMK pada bayi. Namun saat ini belum ada panduan khusus mengenai pelaksanaan PMK di rumah yang dimasukkan dalam buku pegangan kader atau buku KIA.

Sebelum pelatihan PMK, sebagian besar kader kesehatan belum pernah mendengar atau mengetahui mengenai PMK. Namun sebagian kecil dari mereka sudah pernah terpapar dengan informasi PMK ketika diajak oleh petugas Puskesmas melakukan kunjungan rumah pada ibu BBLR. Sesudah adanya pelatihan PMK, ditemukan adanya peningkatan pengetahuan, sikap, dan kemampuan mempraktekkan PMK pada kader kesehatan. Hal tersebut diukur berdasarkan kuesioner yang diberikan sebelum dan sesudah pelatihan. Seluruh kader kesehatan juga bersedia dan antusias untuk melakukan pendampingan PMK jika di wilayahnya ada ibu yang memiliki BBLR.

Beberapa penelitian mengenai PMK di komunitas menyebutkan bahwa kader kesehatan diberikan pelatihan terlebih dahulu sebelum memberikan edukasi mengenai PMK pada ibu BBLR (Sloan et al., 2008; Ahmed et al., 2011; Quasem et al., 2003; Rasaily, et al., 2017; Mazumder et al., 2018). Metode *Training of Trainer* (TOT) dalam penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Bangladesh (Sloan et al., 2008; Ahmed et al., 2011), dimana kader dilatih mengenai PMK terlebih dahulu sebelum mengajarkan PMK pada semua wanita hamil dan pascamelahirkan di lokasi intervensi. Penelitian lainnya di Bangladesh (Quasem et al., 2003) juga melakukan pelatihan mengenai PMK terlebih dahulu terhadap kader gizi sebelum kader mengajarkan PMK pada ibu hamil dan pascamelahirkan beserta keluarganya di wilayah cakupannya. Demikian juga dengan penelitian di India (Rasaily, et al., 2017; Mazumder et al., 2018), dimana perawat komunitas (*Auxiliary Nurse Midwives-ANM*), kader

kesehatan (*Anganwadi Workers-AWWs*) dan *Accredited Social Health Activists-ASHA*), dan penolong persalinan tradisional dilatih mengenai PMK dan perawatan bayi baru lahir esensial terlebih dahulu sebelum mereka memberikan komunikasi, informasi, dan edukasi mengenai materi tersebut pada ibu hamil dan pascamelahirkan di wilayahnya.

Materi yang diberikan dalam pelatihan PMK dalam penelitian ini sesuai dengan penelitian di Bangladesh (Sloan et al., 2008; Ahmed et al., 2011) dimana materi yang diberikan dalam pelatihan mengenai PMK meliputi durasi PMK yang ideal yaitu 24 jam per hari, posisi PMK, pemberian ASI eksklusif dan sesuai dengan permintaan bayi (*on demand*), menjaga suhu bayi, mendorong dukungan keluarga dalam praktek PMK, dan segera membawa bayi ke pelayanan kesehatan jika terjadi masalah kesehatan pada bayi. Di negara yang sama, Quasem et al., (2003) juga mendesain paket pelatihan mengenai PMK dan perawatan bayi baru lahir esensial meliputi posisi PMK, pemberian ASI eksklusif dan sesuai dengan permintaan bayi (*on demand*), menjaga suhu bayi, membawa bayi ke pelayanan kesehatan jika terdapat tanda bahaya pada bayi, dan praktek higienis untuk pencegahan infeksi.

Sementara di India, Darmstadt et al., (2006) mendesain paket intervensi untuk mempromosikan PMK yang dimasukkan dalam perawatan bayi baru lahir esensial, meliputi persiapan persalinan, pemberian ASI, perawatan tali pusat yang higienis, perawatan suhu termasuk PMK. Di negara yang sama, Rasaily, et al., (2017) mendesain pelatihan mengenai PMK dan perawatan bayi baru lahir esensial meliputi materi mengenai kehangatan, penundaan mandi, Inisiasi Menyusu Dini-IMD, pemberian ASI eksklusif, dan praktek higienis untuk pencegahan infeksi. Sedangkan materi pelatihan yang didesain oleh Mazumder et al., (2018) di Haryana, India meliputi durasi PMK, posisi PMK, dan praktek pemberian ASI yang optimal (IMD, pemberian *colostrum*, tidak memberikan makanan tambahan, memberikan ASI sesuai keinginan bayi (*on demand*) atau setiap 2 jam, minimal 8 kali selama 24 jam, dan ASI eksklusif).

Menurut Green (2005), salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku kesehatan yaitu Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE). Dengan adanya pemberian KIE mengenai PMK kepada kader kesehatan diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap kader kesehatan mengenai PMK, sehingga mereka dapat melakukan pendampingan pada ibu BBLR

untuk mempraktekkan PMK. Menurut Machfoedz & Suryani (2007), pengetahuan berhubungan dengan jumlah informasi yang dimiliki seseorang. Semakin banyak informasi yang dimiliki seseorang maka semakin tinggi pula pengetahuan seseorang.

Pelatihan PMK pada kader kesehatan dalam penelitian ini terintegrasi dengan kegiatan pelatihan kader kesehatan di kelurahan. Hal tersebut bertujuan untuk meningkatkan tingkat kehadiran kader kesehatan dalam kegiatan dan agar upaya pemberian informasi mengenai PMK dilaksanakan secara menyeluruh terhadap seluruh kader kesehatan yang ada di wilayah tersebut. Pelatihan PMK yang terintegrasi dengan kegiatan pelatihan kader kesehatan di kelurahan dalam penelitian ini mempunyai keuntungan dengan hadirnya lurah beserta jajarannya, perwakilan kecamatan, kepala puskesmas kelurahan/ kecamatan. Ketika pelatihan PMK selesai dilakukan, adanya penguatan dari orang-orang tersebut agar kader kesehatan siap untuk melakukan pendampingan PMK pada ibu BBLR.

Pengintegrasian pelatihan PMK dalam kegiatan pelatihan kader kesehatan di kelurahan dalam penelitian ini sesuai dengan beberapa penelitian di India dan Bangladesh yang menerapkan PMK di komunitas, dimana pelatihan mengenai PMK dan perawatan bayi baru lahir esensial pada kader kesehatan terintegrasi dengan program pemerintah yang sudah berjalan (Darmstadt et al., 2006; Quasem et al., 2003). Evaluasi mengenai penerapan PMK di komunitas diintegrasikan dalam paket perawatan rumah bayi baru lahir esensial (termasuk PMK) yang sudah terbukti dan *cost-effective* di India (Darmstadt et al., 2006). Sementara strategi untuk menerapkan PMK di komunitas yang dilakukan oleh Quasem et al., (2003) di Bangladesh yaitu dengan mengintegrasikan PMK kedalam program pemerintah yang sudah ada, memungkinkan untuk diterapkan, dan dapat direplikasi pada wilayah atau negara lainnya.

5.4.2 Pendampingan PMK pada Ibu BBLR oleh Kader Kesehatan

Kader kesehatan merupakan anggota komunitas yang dilatih untuk melaksanakan satu atau lebih fungsi yang berkaitan dengan kesehatan. Menurut WHO (2007), kader kesehatan adalah anggota masyarakat yang tinggal di tempat mereka bekerja, dipilih oleh masyarakat tersebut, bertanggung jawab kepada masyarakat tempat mereka bekerja, didukung oleh sistem kesehatan tetapi tidak harus menjadi bagian dari

organisasinya, dan telah mengikuti pelatihan tertentu yang jangka waktunya lebih singkat daripada tenaga profesional. Secara umum, kader kesehatan di berbagai negara terlibat dalam kegiatan promosi kesehatan yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak, misalnya informasi tentang pentingnya perawatan antenatal, praktik persalinan yang bersih, perawatan tali pusat yang bersih, menyusui eksklusif, perawatan kehangatan untuk bayi berat lahir rendah dan mengajarkan ibu tentang tanda bahaya (Barger et al., 2017). Di Indonesia, kader kesehatan merupakan bagian dari UKBM yang dilatih untuk melaksanakan satu atau lebih fungsi yang berkaitan dengan kesehatan. Peran kader kesehatan dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak dijelaskan dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 19 tahun 2011 tentang Pedoman Pengintegrasian Layanan Sosial Dasar di Posyandu, bahwa salah satu cakupan layanan kesehatan yang diberikan oleh kader kesehatan bersama dengan tenaga kesehatan yaitu pembinaan gizi dan kesehatan ibu dan anak, meliputi konseling dan penyuluhan mengenai perawatan bayi baru lahir, tanda-tanda bahaya pada bayi dan balita (Kementerian Dalam Negeri RI, 2011).

Intervensi yang diberikan oleh kader kesehatan dalam penelitian ini yaitu berupa pendampingan PMK untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktek PMK pada ibu BBLR paska perawatan RSUD Koja, Jakarta Utara. Sebelum penelitian ini dilakukan, telah dilakukan *Project PEER-KMC* di RSUD Koja, Jakarta Utara (Pratomo dkk) yang merupakan fondasi dalam penelitian ini. Dalam penelitian tersebut, telah dilakukan penguatan-penguatan untuk inisiasi PMK di rumah sakit dan persiapan-persiapan sebelum ibu BBLR pulang dan melakukan praktek PMK di rumah, Pratomo dkk (2017) telah mengembangkan rujukan perawatan BBLR dengan PMK di RSUD Koja mulai dari penjemputan di rumah sakit sampai dengan pemantauan PMK oleh petugas kesehatan Puskesmas. Kegiatan-kegiatan yang dilakukan meliputi pelatihan PMK pada tenaga kesehatan di rumah sakit dan tenaga kesehatan di Puskesmas, TOT pada tenaga kesehatan di rumah sakit untuk selanjutnya melatih tenaga kesehatan di Puskesmas, mengembangkan materi KIE PMK berupa *flip chart*, *booklet*, paket peralatan untuk praktek PMK untuk meningkatkan edukasi mengenai PMK pada pasien dan keluarga. Selain itu juga dilakukan pemantauan lebih lanjut pada BBLR paska perawatan rumah sakit dengan adanya koordinasi dan penguatan sistem rujukan BBLR

dari rumah sakit ke komunitas, penjemputan dan pengantaran pasien kembali ke rumah, dan pemantauan BBLR melalui kunjungan rumah oleh tim KPLDH.

Untuk keberlanjutan praktek PMK ibu BBLR di rumah, kader kesehatan dapat dilibatkan untuk memberikan pendampingan PMK melalui kunjungan rumah. Adanya sistem yang baik untuk menginisiasi PMK pada BBLR di rumah sakit, adanya sistem rujukan perawatan BBLR dengan PMK di rumah sakit, serta adanya koordinasi dan pemantauan pada BBLR paska perawatan rumah sakit sangat penting untuk keberlanjutan praktek PMK di rumah. Hal tersebut telah disebutkan oleh WHO (2012), bahwa peran inisiasi dan pemeliharaan/ pemantauan PMK oleh kader kesehatan hanya dapat dilakukan dengan adanya pengawasan atau supervisi yang baik oleh petugas kesehatan dan adanya sistem rujukan yang baik di fasilitas kesehatan.

Kegiatan pendampingan PMK oleh kader kesehatan dalam penelitian ini yaitu berupa kunjungan rumah terhadap ibu BBLR untuk memberikan informasi dan edukasi mengenai PMK dan pemberian ASI; mengingatkan dan memberikan motivasi mengenai praktek PMK dan pemberian ASI; memberikan media KIE berupa *booklet*; dan membantu ibu untuk mengikat kain PMK jika ibu membutuhkan pertolongan. Peran kader kesehatan dalam pemantauan PMK tersebut telah disebutkan oleh WHO (2012), bahwa kader kesehatan mempunyai peran dalam perawatan BBLR khususnya PMK yaitu untuk melakukan promosi, inisiasi, dan pemeliharaan/ pemantauan PMK. Kunjungan rumah oleh kader kesehatan terhadap ibu BBLR dalam penelitian ini dilakukan sebanyak 3 kali dalam 1 bulan, yang dimulai pada hari ke-3 setelah ibu pulang dari rumah sakit dan kunjungan selanjutnya dilakukan tiap minggu sebanyak minimal 3 kali kunjungan atau sampai bayi mencapai berat 2500 gr. Alasan kunjungan awal dilakukan pada hari ke-3 setelah ibu pulang dari RS yaitu sesuai dengan standar pelayanan kesehatan bayi baru lahir (kunjungan neonatal) yang dilakukan sebanyak 3 kali yaitu pada 6-48 jam, 3-7 hari dan 8-28 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Beberapa penelitian di negara lain menjelaskan bahwa kader kesehatan melakukan kunjungan rumah untuk mengevaluasi praktek PMK pada ibu BBLR. Di Bangladesh, kader kesehatan melakukan kunjungan rumah untuk mengevaluasi praktek PMK terhadap ibu pada waktu satu bulan pascamelahirkan (Quasem et al., 2003). Dalam penelitian lain di Bangladesh, kader kesehatan mem*follow up* bayi baru lahir selama 30 sampai 45 hari dan balita diikuti secara triwulanan sampai 1 tahun untuk

didata mengenai status vital, morbiditas, status gizi, pemberian ASI, PMK, pertumbuhan, dan penggunaan pelayanan kesehatan (Sloan et al., 2008; Ahmed et al., 2011). Sementara di India, kunjungan rumah *antenatal care* yang dilakukan oleh Saksham (petugas kesehatan komunitas) dan Saksham Karta (kader kesehatan) dilakukan pada bulan ke-7 dan 9 kehamilan, sedangkan kunjungan *postnatal care* dilakukan pada hari 1 dan hari ke-2 atau 3 (Darmstadt et al., 2006). Dalam penelitian yang dilakukan oleh Rasaily, et al., (2017) di India, kader kesehatan melakukan *follow up* terhadap BBLR setiap hari pada satu minggu pertama inisiasi PMK, lalu hari ke 9, 11, 13 dan 56 atau 60 untuk memperoleh informasi mengenai waktu inisiasi PMK, durasi PMK, faktor penghambat PMK, frekuensi menyusui, gangguan kesehatan pada bayi atau ibu. Sedangkan dalam penelitian lain di India (Mazumder et al., 2018), kader kesehatan melakukan kunjungan rumah setiap hari pada minggu pertama dan kemudian pada hari-hari tertentu sampai bayi berusia 28 hari untuk mengumpulkan informasi mengenai persepsi manfaat PMK, waktu inisiasi PMK, durasi PMK (jam/ hari), total PMK (hari), dan faktor penghambat PMK beserta alternatif solusinya.

5.5 Pengaruh Pendampingan Kader Kesehatan terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Praktek PMK Ibu

Tujuan pendampingan PMK pada ibu BBLR dalam penelitian ini yaitu untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktek PMK pada ibu BBLR. Pendampingan mengenai PMK pada ibu BBLR yaitu dalam bentuk kunjungan rumah yang dilakukan selama 3 kali oleh kader kesehatan. Dalam kunjungan rumah tersebut, kader kesehatan memberikan informasi dan edukasi mengenai PMK dan pemberian ASI; mengingatkan dan memberikan motivasi mengenai praktek PMK dan pemberian ASI; memberikan media Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) berupa *booklet*; dan membantu ibu untuk mengikatkan kain PMK jika ibu membutuhkan pertolongan.

Adanya pendampingan sebagai unsur penggerak tercapainya keswadayaan dan kemandirian masyarakat mempunyai posisi yang strategis dalam upaya pemberdayaan masyarakat. Suatu gerakan pemberdayaan berangkat dari kondisi ketidakberdayaan masyarakat untuk memperjuangkan hidupnya ke arah yang lebih baik. Oleh karenanya dibutuhkan pendampingan, baik berasal dari “luar” masyarakat ataupun pendamping yang berasal dari masyarakat itu sendiri (Priyono dan Pranarka, 1996).

Pendampingan merupakan salah satu langkah penting yang perlu dilakukan untuk percepatan pencapaian kemandirian dan kesejahteraan masyarakat. Kemandirian dan kesejahteraan masyarakat dapat dicapai diantaranya melalui peningkatan pengetahuan, sikap, keterampilan, perilaku, kemampuan, kesadaran serta memanfaatkan sumber daya sesuai dengan esensi masalah dan prioritas kebutuhan masyarakat.

Peran pendamping kelompok masyarakat terdiri dari konsultan, fasilitator, dan pelatih. Dalam hal ini, peran kader kesehatan sebagai konsultan yaitu bahwa kader kesehatan merupakan tempat bertanya, menampung permasalahan atau kendala yang dihadapi ibu BBLR dalam mempraktekkan PMK dan memberikan solusi terhadap permasalahan yang dihadapi oleh ibu BBLR dalam mempraktekkan PMK. Apabila ada permasalahan yang tidak dapat ditangani oleh kader kesehatan, maka kader kesehatan akan merekomendasikan ibu BBLR untuk menghubungi atau bertanya pada petugas kesehatan terdekat yang ada di wilayahnya. Peran kader kesehatan sebagai fasilitator yaitu bahwa kader kesehatan harus mampu memfasilitasi ibu BBLR untuk mempraktekkan PMK dengan lebih baik lagi. Hal ini dilakukan dengan mengingatkan dan memberi motivasi pada ibu BBLR agar ibu menjadi lebih bersemangat dan aktif dalam mempraktekkan PMK. Jika ada permasalahan kesehatan yang dihadapi oleh ibu dan bayi, kader kesehatan juga dapat melakukan mediasi atau penghubung antara ibu dengan pelayanan kesehatan terdekat (Puskesmas). Dan peran kader kesehatan sebagai pelatih yaitu bahwa kader kesehatan harus mampu memberikan informasi dan edukasi kepada ibu BBLR dalam upaya meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan ibu BBLR dalam mempraktekkan PMK. Ketiga peran tersebut bukanlah peran yang berdiri sendiri-sendiri, namun merupakan satu kesatuan dimana antara satu dengan lainnya saling berkaitan dan mendukung.

Berdasarkan teori perubahan perilaku Model Ekologi Sosial (MES), perilaku seseorang dipengaruhi oleh sistem sosial dan interaksi antara faktor individu dan lingkungannya, yang terdiri dari lima tingkatan, yaitu tingkat individu, interpersonal, institusi, komunitas, dan publik (McLeroy et al, 1988). Prinsip dari model tersebut sesuai dengan prinsip *Social Cognitive Theory* bahwa penciptaan lingkungan yang kondusif sangat penting untuk adopsi suatu perilaku kesehatan. Penerapan MES dalam penerapan PMK di komunitas dipaparkan oleh Mazumder et al. (2018), bahwa adopsi atau penerimaan PMK oleh ibu dan keluarga dipengaruhi oleh faktor ibu dan keluarga,

komunitas, dan lingkungan fisik. Faktor ibu dan keluarga terdiri dari pengetahuan dan sikap bahwa PMK bermanfaat, dapat dilakukan, dan aman; keterampilan dalam mempraktekkan PMK; dan adanya peluang dalam melaksanakan PMK; Faktor komunitas meliputi dukungan dari komunitas seperti tokoh masyarakat, anggota masyarakat, tenaga kesehatan, pekerja komunitas, dan kader kesehatan dalam penerimaan PMK; dan faktor lainnya yaitu lingkungan fisik di rumah yang kondusif dalam mempraktekkan PMK.

Menurut UNICEF (2005), intervensi yang dapat dilakukan untuk merubah perilaku pada tiap tingkatan sosial yaitu *Behaviour Change Communication* yang dipraktekkan pada tingkat individu dan keluarga, *Behaviour Change Communication* dan *Social Change Communication* yang dipraktekkan pada tingkat interpersonal, *Social Change Communication* yang dipraktekkan pada tingkat komunitas, *Social Mobilization* yang dipraktekkan pada tingkat institusi atau organisasi, dan *Advocacy* yang dipraktekkan pada tingkat publik atau kebijakan. Dalam penelitian ini, pendampingan mengenai PMK yang dilakukan oleh kader kesehatan terhadap ibu BBLR merupakan intervensi yang dilakukan untuk merubah perilaku pada tingkat individu dan keluarga. Pada tingkat individual, perubahan perilaku yang diharapkan adalah peningkatan pengetahuan, sikap, dan praktek seseorang. Pendampingan PMK pada ibu BBLR yang dilakukan oleh kader kesehatan merupakan komunikasi perubahan perilaku (*Behaviour Change Communication*) untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktek PMK pada ibu BBLR.

5.5.1 Pengaruh Pendampingan Kader Kesehatan terhadap Pengetahuan PMK Ibu

Dalam penelitian ini, ibu BBLR di kelompok intervensi mempunyai pengetahuan mengenai PMK yang lebih baik dibandingkan dengan ibu BBLR di kelompok kontrol pada tiap waktu pengukuran. Berdasarkan analisis multivariat *General Linear Model-Repeated Measure*, ditemukan adanya peningkatan pengetahuan ibu mengenai PMK pada pengukuran 2, 3, dan 4 antara kelompok kontrol dan intervensi ($p < 0,05$), setelah dikontrol oleh variabel perancu. Hal ini menggambarkan bahwa pendampingan PMK oleh kader kesehatan secara bermakna dapat meningkatkan pengetahuan ibu mengenai PMK. Pendampingan PMK oleh kader kesehatan dalam

penelitian ini dapat meningkatkan pengetahuan ibu mengenai PMK sebesar 14,46% pada pengukuran 2; 3,16% pada pengukuran 3; dan 1,70% pada pengukuran 4.

Besarnya perubahan pengetahuan ibu mengenai PMK dalam penelitian ini tidak terlalu besar, dikarenakan mereka sudah pernah terpapar informasi mengenai PMK sebelumnya. Ibu BBLR pada kelompok kontrol dan informasi dalam penelitian ini telah mendapatkan edukasi mengenai PMK di RSUD Koja, Jakarta Utara, sehingga mereka sudah mempunyai pengetahuan mengenai PMK. *Project PEER-KMC* di RSUD Koja, Jakarta Utara (Pratomo dkk) telah melakukan penguatan-penguatan untuk inisiasi PMK di rumah sakit dan persiapan-persiapan sebelum ibu BBLR pulang dan melakukan praktek PMK di rumah. Di RSUD Koja, Jakarta Utara telah dikembangkan materi KIE PMK berupa *flip chart*, *booklet*, paket peralatan untuk praktek PMK untuk meningkatkan edukasi mengenai PMK pada pasien dan keluarga. Namun ketika pulang ke rumah, ibu BBLR dihadapkan pada beberapa kendala dalam mempraktekkan PMK di rumah, sehingga perlu adanya pengingat dan penguatan kembali oleh kader kesehatan untuk meningkatkan keberlanjutan praktek PMK di rumah.

Menurut Green (2005), salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku kesehatan yaitu komunikasi, informasi, dan edukasi mengenai kesehatan. Edukasi kesehatan merupakan suatu upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan (Notoatmodjo, 2007). Pendampingan mengenai PMK yang dilakukan oleh kader kesehatan terhadap ibu BBLR dalam penelitian ini merupakan komunikasi perubahan perilaku untuk meningkatkan pengetahuan ibu mengenai PMK. Komunikasi perubahan perilaku (*Behaviour Change Communication*) merupakan intervensi yang dapat dilakukan untuk merubah perilaku pada tingkat individu dan keluarga (UNICEF, 2005).

Pendampingan PMK yang dilakukan oleh kader kesehatan dalam penelitian ini yaitu memberikan informasi dan edukasi mengenai PMK ketika melakukan kunjungan rumah pada ibu BBLR. Dalam kunjungan rumah tersebut kader kesehatan menggunakan media KIE berupa lembar balik untuk mengajarkan ibu mengenai PMK dan memberikan *booklet* mengenai PMK sebagai bahan bacaan ibu BBLR di rumah. Dengan adanya informasi mengenai PMK yang diberikan secara berulang oleh kader kesehatan tiap minggunya, maka akan meningkatkan pengetahuan ibu BBLR mengenai PMK. Dalam penelitian ini, terjadi peningkatan pengetahuan ibu BBLR mengenai

durasi PMK, posisi PMK, pelaku PMK, dan tanda bahaya selama PMK setelah adanya pendampingan mengenai PMK yang dilakukan oleh kader kesehatan.

Menurut Kirkpatrick (1994), penerimaan informasi dalam suatu pelatihan atau edukasi dapat berupa reaksi, analisis, aplikasi, dan hasil pada organisasi. Mengacu pada model tersebut, ibu BBLR pada penelitian ini mengalami peningkatan pengetahuan mengenai PMK setelah diberikan pendampingan PMK oleh kader kesehatan. Dengan adanya peningkatan pengetahuan ibu mengenai PMK setiap minggunya, dapat dikatakan bahwa informasi yang disampaikan oleh kader kesehatan dapat diterima oleh ibu BBLR dan bersifat efektif. Dalam hal ini kader kesehatan berperan sebagai pemberi informasi dan pengingat kembali mengenai informasi mengenai PMK.

Menurut Machfoedz & Suryani (2007), pengetahuan berhubungan dengan jumlah informasi yang dimiliki seseorang. Semakin banyak informasi yang dimiliki seseorang maka semakin tinggi pula pengetahuan seseorang. Menurut Mubarak (2007), tujuan edukasi kesehatan adalah untuk meningkatkan status kesehatan, mencegah timbulnya penyakit dan bertambahnya masalah kesehatan, mempertahankan derajat kesehatan yang sudah ada, dan membantu masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan. Semakin banyak informasi yang dimiliki ibu BBLR mengenai PMK maka akan semakin baik pengetahuan dan pemahamannya mengenai PMK.

Berdasarkan hasil penelitian di India (Rasaily, et al., 2017), sebagian besar ibu mempunyai pengetahuan yang baik mengenai PMK dan mereka dapat mempraktekkan PMK dengan posisi yang tepat setelah diberikan edukasi mengenai PMK. Penelitian lain di India (Darmstadt et al, 2006) juga menemukan bahwa ibu dan keluarga mengetahui manfaat PMK setelah diberikan edukasi mengenai perawatan bayi baru lahir, termasuk PMK. Quasem et al., (2003) dalam penelitiannya di Bangladesh juga menyebutkan bahwa ibu mengetahui manfaat PMK setelah diberikan edukasi mengenai PMK. Ibu mengetahui jika PMK bermanfaat untuk menghangatkan bayi, mencegah penyakit, meningkatkan pertumbuhan bayi, meningkatkan ikatan antara ibu dan bayi, dan membantu ibu untuk mengidentifikasi masalah yang dihadapi bayi.

Terjadinya peningkatan pengetahuan ibu mengenai PMK dapat pula dipengaruhi oleh efek maturasi pada responden. Adanya pengukuran berulang mengenai pengetahuan PMK menyebabkan responden menjadi ingat dan hafal dengan pertanyaan

dan jawaban yang diberikan. Karena adanya kecenderungan responden untuk menghafal tersebut, maka tehingga terjadi peningkatan pengetahuan setiap minggunya.

5.5.2 Pengaruh Pendampingan Kader Kesehatan terhadap Sikap PMK Ibu

Dalam penelitian ini, ibu BBLR di kelompok intervensi lebih menerima dan menyetujui mengenai manfaat PMK dibandingkan dengan ibu BBLR di kelompok kontrol pada tiap waktu pengukuran. Berdasarkan analisis multivariat *General Linear Model-Repeated Measure*, ditemukan adanya peningkatan sikap ibu mengenai PMK pada pengukuran 2, 3, dan 4 antara kelompok kontrol dan intervensi ($p < 0,05$), setelah dikontrol oleh variabel perancu. Hal ini menggambarkan bahwa pendampingan PMK oleh kader kesehatan secara bermakna dapat meningkatkan sikap ibu mengenai PMK. Pendampingan PMK oleh kader kesehatan dalam penelitian ini dapat meningkatkan sikap ibu mengenai PMK sebesar 10,83% pada pengukuran 2; 16,92% pada pengukuran 3; dan 2,44% pada pengukuran 4.

Pengetahuan, sikap, dan tindakan yaitu suatu respon seseorang yang dikarenakan adanya suatu stimulus/ rangsangan dari luar (Notoatmodjo, 2003). Menurut Gerungan (2002), sikap merupakan pendapat maupun pandangan seseorang tentang suatu objek yang mendahului tindakannya. Sikap tidak mungkin terbentuk sebelum mendapat informasi, melihat atau mengalami sendiri suatu objek. Walaupun ibu BBLR dalam penelitian ini sudah mendapatkan edukasi mengenai PMK sebelumnya dan ketika kunjungan rumah oleh kader kesehatan, namun masih ditemui bahwa sebagian ibu BBLR masih kurang setuju mengenai pelaksanaan PMK secara kontinyu selama 24 jam. Dengan demikian dapat dijelaskan bahwa edukasi mengenai PMK yang diberikan pada ibu BBLR baru sampai pada tahap kognitif, belum berperpengaruh terhadap kesadaran untuk mempraktekkan PMK secara kontinyu.

Pendampingan PMK yang dilakukan oleh kader kesehatan dalam penelitian ini yaitu mengingatkan dan memberikan motivasi mengenai praktek PMK ketika melakukan kunjungan rumah pada ibu BBLR. Dengan adanya pengingatan dan pemberian motivasi mengenai praktek PMK yang dilakukan oleh kader kesehatan tiap minggu selama 3 kali kunjungan pada ibu BBLR, diharapkan dapat meningkatkan penerimaan dan sikap positif ibu terhadap PMK. Dalam penelitian ini, terjadi peningkatan sikap positif ibu terhadap PMK setelah adanya pendampingan mengenai

PMK yang dilakukan oleh kader kesehatan. Ibu semakin menerima bahwa PMK sebaiknya dilaksanakan secara kontinyu atau 24 jam dalam sehari, PMK dapat dilakukan oleh semua anggota keluarga, dan bahwa bayi kecil tidak perlu diberi tambahan susu formula agar berat badannya cepat naik. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa pendampingan yang dilakukan oleh kader kesehatan bersifat efektif, karena berpengaruh terhadap meningkatnya sikap ibu mengenai PMK.

Penelitian ini sesuai dengan penelitian di India (Rasaily, et al., 2017) bahwa ibu mempunyai sikap yang baik mengenai PMK setelah diberikan edukasi mengenai PMK. Sebagian besar ibu merasakan bahagia ketika mempraktekkan PMK, merasa percaya diri dalam mengurus bayi baru lahir di rumah, dan akan mempraktekkan PMK jika mempunyai BBLR lagi. Penelitian lain di India (Darmstadt et al, 2006) juga menemukan bahwa ibu mempunyai sikap yang baik mengenai PMK setelah diberikan edukasi mengenai perawatan bayi baru lahir, termasuk PMK. Ibu setuju jika PMK bermanfaat untuk mencegah hipotermi, membuat bayi nyaman, dan meningkatkan kemampuan ibu untuk mencegah roh jahat (sesuai dengan budaya setempat).

Mazumder et al., (2018) dalam penelitiannya di India juga menyebutkan bahwa ibu mempunyai sikap yang baik mengenai PMK setelah diberikan edukasi mengenai PMK. Sebagian besar ibu merasa senang dalam mempraktekkan PMK karena merasakan manfaat dari PMK, seperti bayinya menjadi lebih sehat, berat badan bayi bertambah, bayi menjadi lebih aktif dan kuat. Dan mereka akan merekomendasikan PMK pada ibu yang lain untuk memberikan pengalaman mengenai manfaat yang diberikan dari PMK.

5.5.3 Pengaruh Pendampingan Kader Kesehatan terhadap Praktek PMK Ibu

Dalam penelitian ini, ibu BBLR di kelompok intervensi mempraktekkan PMK dengan durasi lebih lama dibandingkan dengan ibu BBLR di kelompok kontrol pada tiap waktu pengukuran. Berdasarkan analisis multivariat *General Linear Model-Repeated Measure*, ditemukan adanya peningkatan durasi PMK pada pengukuran 2 dan 3 ($p < 0,05$), setelah dikontrol oleh variabel perancu. Hal ini menggambarkan bahwa pendampingan PMK oleh kader kesehatan secara bermakna dapat meningkatkan praktek PMK ibu. Pendampingan PMK oleh kader kesehatan dalam penelitian ini dapat

meningkatkan durasi PMK sebesar 39,07% pada pengukuran 2 dan 7,38% pada pengukuran 3.

Praktek atau tindakan adalah realisasi dari pengetahuan dan sikap suatu perbuatan nyata. Tindakan merupakan respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk nyata atau terbuka (Notoatmodjo, 2003). Menurut Notoatmodjo (2005), tindakan adalah gerakan atau perbuatan dari tubuh setelah mendapat rangsangan ataupun adaptasi dari dalam maupun luar tubuh suatu lingkungan. Pendampingan PMK yang dilakukan oleh kader kesehatan dalam penelitian ini yaitu memberikan informasi dan edukasi mengenai PMK dengan menggunakan media KIE, mengingatkan dan memberikan motivasi mengenai praktek PMK, dan membantu ibu untuk mengikat kain PMK jika ibu membutuhkan pertolongan. Adanya pendampingan PMK oleh kader kesehatan terbukti dapat meningkatkan pengetahuan ibu mengenai PMK, sikap positif ibu terhadap PMK, dan terealisasi dalam bentuk praktek PMK. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa pendampingan yang dilakukan oleh kader kesehatan bersifat efektif, karena berpengaruh terhadap meningkatnya praktek PMK ibu.

Penelitian-penelitian yang dilakukan di Bangladesh, India, dan Ghana (Sloan et al., 2008, Quasem et al., 2003, Darmstadt et al., 2006) menunjukkan bahwa edukasi yang diberikan oleh petugas kesehatan komunitas atau kader kesehatan telah terbukti meningkatkan praktek PMK. Ibu BBLR mau mempraktekkan PMK ketika manfaat PMK dijelaskan pada mereka sebelumnya (pada periode antenatal atau postnatal), adanya pengenalan PMK melalui pendekatan budaya yang sesuai dengan masyarakat, dan adanya solusi yang diberikan ketika menghadapi permasalahan dalam mempraktekkan PMK.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa adanya edukasi mengenai PMK, baik pada periode antenatal atau postnatal akan meningkatkan praktek PMK pada ibu BBLR pascamelahirkan. Studi yang dilakukan di India (Mazumder et al., 2017; Mazumder et al., 2018; Darmstadt et al., 2006; Rasaily, et al., 2017) menunjukkan bahwa ibu-ibu BBLR mau mempraktekkan PMK ketika manfaat PMK dijelaskan pada mereka sebelumnya (pada periode antenatal dan postnatal); adanya pengenalan PMK melalui pendekatan budaya yang sesuai dengan masyarakat; dan adanya solusi yang diberikan ketika menghadapi permasalahan dalam mempraktekkan PMK. Penelitian di Ghana

(Bazzano et al., 2012) juga menekankan mengenai pentingnya promosi mengenai PMK untuk meningkatkan penerimaan dan praktek PMK.

Penelitian yang dilakukan di Bangladesh (Sloan et al., 2008) menunjukkan bahwa terdapat perbedaan jumlah ibu yang mempraktekkan PMK selama 1-7 jam per hari pada kedua kelompok (39% pada kelompok intervensi dan 0,26% pada kelompok kontrol). Penelitian lainnya di Bangladesh (Quasem et al., 2003) menunjukkan bahwa ibu yang diberikan edukasi mengenai PMK ketika *antenatal care* melakukan inisiasi PMK lebih dini, yaitu pada 2 hari pertama kehidupan bayi (70% pada kelompok intervensi dan 63% pada kelompok kontrol). Penelitian yang dilakukan oleh Darmstadt et al., (2006) di India menunjukkan bahwa terjadi peningkatan praktek PMK pada beberapa bulan pertama pelaksanaan intervensi, sementara pada kelompok kontrol tidak mencapai peningkatan sebesar 10% tiap bulannya. Pada waktu 6 bulan pelaksanaan intervensi, praktek PMK meningkat sebesar 75% secara konsisten pada kelompok intervensi. Penelitian lain di India (Rasaily, et al., 2017) menemukan bahwa ibu yang menerima edukasi mengenai PMK ketika *antenatal care* melakukan inisiasi PMK pada 72 jam awal kehidupan bayi. Sementara penelitian yang dilakukan di Indonesia (Tambunan, 2019) menunjukkan adanya perbedaan praktek PMK antara kelompok ibu yang mendapatkan edukasi mengenai perawatan BBLR oleh perawat kesehatan masyarakat (rata-rata 3,41 jam, SD 2,05 jam) dengan ibu yang tidak mendapatkan edukasi mengenai perawatan BBLR (rata-rata 1,52 jam, SD 1.82 jam).

Menurut Notoatmodjo (2003), perilaku yaitu suatu respon seseorang yang dikarenakan adanya suatu stimulus/ rangsangan dari luar. Perilaku kesehatan merupakan suatu respon dari seseorang berkaitan dengan masalah kesehatan, penggunaan pelayanan kesehatan, pola hidup, maupun lingkungan sekitar yang mempengaruhi. Perilaku perawatatan bayi akan meningkatkan status kesehatan bayi pada khususnya dan kesehatan masyarakat pada umumnya.

Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan perilaku kesehatan yaitu edukasi kesehatan (Green, 2005). Edukasi kesehatan merupakan suatu upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang sehat (Notoatmodjo, 2007). Dengan adanya pemberian edukasi mengenai PMK kepada ibu BBLR diharapkan dapat meningkatkan praktek PMK secara optimal.

BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Berdasarkan penelitian ini, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Pengetahuan, sikap, dan praktek PMK ibu lebih tinggi pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol pada tiap waktu pengukuran. Peningkatan secara signifikan terjadi pada pengetahuan PMK di pengukuran ke-2, sikap PMK di pengukuran ke-3, dan praktek PMK di pengukuran ke-2.
2. Pendampingan PMK oleh kader kesehatan berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan, sikap, dan praktek PMK ibu setelah dikontrol oleh variabel perancu seperti karakteristik ibu dan BBLR serta faktor pendukung.

6.2 Saran

6.2.1 Kementerian Kesehatan

1. Pengembangan sistem pelayanan rumah sakit khusus BBLR dengan PMK dan pendukung rujukan dari sistem dinas kesehatan dan puskesmas di berbagai wilayah Indonesia melalui kemitraan dinas kesehatan/ RSUD dan universitas/ perguruan tinggi kesehatan setempat.
2. Kebijakan pelayanan kesehatan ibu dan anak khusus BBLR dengan PMK di masyarakat melibatkan kader yang terlatih.
3. Pengembangan buku KIA untuk pelayanan kesehatan BBLR dengan PMK termasuk sistem rujukannya serta mengoptimalkan peran kader terlatih dibawah supervisi tenaga kesehatan yang kompeten.
4. Pengembangan paket pelatihan kader untuk pelayanan kesehatan ibu dan anak khusus BBLR dengan PMK.

6.2.2 Dinas Kesehatan DKI Jakarta

Peningkatan peran Dinas Kesehatan DKI Jakarta dalam menghasilkan kebijakan-kebijakan kongkrit untuk melibatkan kader kesehatan dalam memperluas percepatan implementasi PMK di komunitas.

6.2.3 Rumah Sakit

1. Pengembangan sistem pelayanan rumah sakit khusus BBLR dengan PMK dan pembangunan jejaring dinas kesehatan dan puskesmas.
2. Pengembangan Pelayanan Obstetri Neonatal *Emergency* Komprehensif (PONEK) pada BBLR diikuti *home care* kader terlatih dibawah supervisi tenaga kesehatan kompeten.
3. Pengembangan paket pelatihan tenaga kesehatan Puskesmas untuk supervisi BBLR dengan PMK paska rawat rumah sakit.

6.2.4 Kementerian Dalam Negeri

1. Pengintegrasian pelayanan kesehatan BBLR dengan PMK dalam layanan sosial dasar di Posyandu.
2. Pengintegrasian pelatihan PMK pada BBLR dalam pelatihan bidang kesehatan tentang Fasilitator Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan

6.2.5 Masyarakat

1. Pelibatan dan pembangunan jejaring komunitas untuk memiliki kepedulian terhadap kesehatan ibu dan anak sebagai sebagai salah satu modal sosial dalam pencapaian *Sustainable Development Goals* (SDG's) bidang kesehatan dan kesejahteraan.
2. Peningkatkan pengetahuan dan kemampuan kader kesehatan sebagai perpanjangan tangan Puskesmas dalam penyampaian pesan dan motivator mengenai PMK pada ibu BBLR yang berada di wilayahnya.

6.2.6 Peneliti selanjutnya

1. Bila melakukan penelitian berulang, agar adanya instrumen yang berbeda dengan substansi yang sama dan adanya variasi metode bertanya untuk

menghindari kejenuhan responden menjawab pertanyaan yang sama berulang kali;

2. Bila memakai metode observasi, agar melaksanakan pengamatan terlibat, dimana peneliti secara terus menerus berada di lokasi penelitian melakukan pengamatan dan pencatatan dengan rinci dalam jangka waktu yang lebih lama untuk menghasilkan gambaran mendalam mengenai PMK di rumah.

DAFTAR PUSTAKA

- Agudelo CA, Belizán JM, R. D. (2011). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002771.pub2>.www.cochranelibrary.com
- Ahmed, S., Mitra, S. N., Chowdhury, A. M. R., Camacho, L. L., Winikoff, B., & Sloan, N. L. (2011). Community Kangaroo Mother Care: Implementation and potential for neonatal survival and health in very low-income settings. *Journal of Perinatology*, 31(5), 361–367. <https://doi.org/10.1038/jp.2010.131>
- Alenchery, A. J., Thoppil, J., Britto, C. D., de Onis, J. V., Fernandez, L., & Suman Rao, P. N. (2018). Barriers and enablers to skin-to-skin contact at birth in healthy neonates - a qualitative study. *BMC Pediatrics*, 18(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1186/s12887-018-1033-y>
- Association of State and Territorial Health Officials. (2015). *Utilizing Community Health Workers to Improve Access to Care for Maternal and Child Populations: Four State Approaches*.
- Bandura, A. (1962). Social learning through imitation. In *Nebraska symposium on motivation* (Vol. 10). https://doi.org/10.1007/978-90-481-9066-9_3
- Bazzano, A., Hill, Z., Tawiah-Agyemang, C., Manu, A., ten Asbroek, G., & Kirkwood, B. (2012). Introducing Home based Skin-to-Skin Care for Low Birth Weight Newborns: A Pilot Approach to Education and Counseling in Ghana. *Global Health Promotion*, 19(3), 42–49. <https://doi.org/10.1177/1757975912453185>
- Behrman, R. E., & Butler, A. S. (2007). Preterm birth: Causes, Consequences, and prevention. In *Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention* (pp. 1–772). <https://doi.org/10.17226/11622>
- Bodeau-livinec, F., Hospitalier, C., Rouen, U., & Pierrat, V. (2006). Cerebral palsy among very preterm children in relation to gestational age and neonatal ultrasound abnormalities : The EPIPAGE cohort study. *Pediatrics*, (April).
<https://doi.org/10.1542/peds.2005-0091>
- Boundy, E. O., Dastjerdi, R., Spiegelman, D., & Wafaie, W. (2018). Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes : A Meta-analysis. *Pediatrics*, 137(1).
- Chan, G., Bergelson, I., Smith, E. R., Skotnes, T., & Wall, S. (2017). Barriers and enablers of kangaroo mother care implementation from a health systems perspective: A systematic review. *Health Policy and Planning*, 32(10), 1466–1475.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czx098>
- Charpak, N, Ruiz, JG, Zupan J, Cattaneo, A, Figueroa, Z, Tessier, R, Cristo, M, Anderson, G, Ludington, S, Mendoza, S, Mokhachane, M, and Worku, B. (2004). Kangaroo Mother Care: 25 years after. *Acta Paediatrica*.
- Christensen, R. D., Gordon, P. V., & Besner, G. E. (2010). Can we cut the incidence of necrotizing enterocolitis in half today. *Fetal and Pediatric Pathology*, 29(4), 185–198. <https://doi.org/10.3109/15513815.2010.483874>
- Darmstadt, G. L., Kumar, V., Yadav, R., Singh, V., Singh, P., Mohanty, S., ... Santosham, M. (2006). Introduction of community-based skin-to-skin care in rural Uttar Pradesh, India. *Journal of Perinatology*, 26(10), 597–604.
<https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211569>

- Dawar, R., Nangia, S., Thukral, A., Chopra, S., & Khanna, R. (2019a). *Factors Impacting Practice of Home Kangaroo Mother Care with Low Birth Weight Infants Following Hospital Discharge*. 1–8. <https://doi.org/10.1093/tropej/fmz007>
- Dawar, R., Nangia, S., Thukral, A., Chopra, S., & Khanna, R. (2019b). Factors Impacting Practice of Home Kangaroo Mother Care with Low Birth Weight Infants Following Hospital Discharge. *Journal of Tropical Pediatrics*, 0, 1–8. <https://doi.org/10.1093/tropej/fmz007>
- Departemen Kesehatan RI. (2009). *Pedoman Pelayanan Kesehatan Bayi Berat Lair Rendah (BBLR) dengan Perawatan Metode Kanguru di Rumah Sakit dan Jejaringnya*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes RI.
- Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. (2017). Profil Kesehatan DKI JAKARTA Tahun 2017. *Profil Kesehatan DKI Jakarta Tahun 2017*, (4), 156. Retrieved from <https://dinkes.jakarta.go.id/wp-content/uploads/2018/09/PROFIL-KES-DKI-JAKARTA-TAHUN-2017.pdf>
- Doyle, L. W., Ford, G., & Davis, N. (2003). Health and hospitalisations after discharge in extremely low birth weight infants. *Seminars in Neonatology*, 8(2), 137–145. [https://doi.org/10.1016/S1084-2756\(02\)00221-X](https://doi.org/10.1016/S1084-2756(02)00221-X)
- Escobar, G. J., Clark, R. H., & Greene, J. D. (2006). Short-term outcomes of infants born at 35 and 36 weeks gestation: We need to ask more questions. *Seminars in Perinatology*, 30(1), 28–33. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2006.01.005>
- Gallacher, D. J., Hart, K., & Kotecha, S. (2016). Common respiratory conditions of the newborn. *Breathe*, 12(1), 30–42. <https://doi.org/10.1183/20734735.000716>
- Greenough, A. (2012). Long term respiratory outcomes of very premature birth (<32 weeks). *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 17(2), 73–76. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2012.01.009>
- Gubernur Provinsi DKI Jakarta. (2016). *Pergub Provinsi Dki Jakarta Nomor 115 Tahun 2016 Tentang Program Ketuk Pintu Layani Dengan Hati*. Retrieved from http://jdih.jakarta.go.id/uploads/default/produkhukum/PERGUB_NO_115_TAHUN_2016.pdf
- Hadi Pratomo, Adisasmita, Asri, Mardiananingsih, Fransiska, Izati, Y., & Tenrilemba, E. (2017). *Development of A Referral System Using Kangaroo Mother Care Intervention for Low Birth Weight Babies Faculty of Public Health , Universitas Indonesia FollowUp Form Project Name * Section 1 : Financial Report Financial Report * Section 2 : Technical Summar*. Depok.
- Hagberg, B., Hagberg, G., Beckung, E., & Uvebrant, P. (2007). Changing panorama of cerebral palsy in Sweden. VIII. Prevalence and origin in the birth year period 1991-94. *Acta Paediatrica*, 90(3), 271–277. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2001.tb00303.x>
- Hostetter M, K. S. (2015). Transforming Care: Integrating Community Health Workers into Care Teams. *Commonwealth Fund*.
- Joshi, S., & Kotecha, S. (2007). Lung growth and development. *Early Human Development*, 83(12), 789–794. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2007.09.007>
- Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia. *Pedoman Pengintegrasian Layanan Sosial Dasar di Pos Pelayanan Terpadu*. , Pub. L. No. 19, 1 (2011).
- Kementerian Dalam Negeri RI. *Pedoman Pengintegrasian Layanan Sosial Dasar di Pos Pelayanan Terpadu*. , (2011).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2011). *Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu*.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016a). *Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016b). Profil Kesehatan Indonesia tahun 2016. In *Profil Kesehatan Provinsi Bali*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2010). *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2011). *Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2011.
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kependudukan, B., & Nasional, B. (2013). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2012*.
- Kumar, V., Shearer, J. C., Kumar, A., & Darmstadt, G. L. (2009). Neonatal hypothermia in low resource settings: A review. *Journal of Perinatology*, 29(6), 401–412. <https://doi.org/10.1038/jp.2008.233>
- Lawn, J. E., Mwansa-kambafwile, A. J., Horta, B. L., Barros, F. C., & Cousens, S. (2010). ‘ Kangaroo mother care ’ to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. *International Journal of Epidemiology*, 39, 144–154. <https://doi.org/10.1093/ije/dyq031>
- Ludington-Hoe SM, G. S. (1993). *Kangaroo Care : The Best You Can Do To Help Your Preterm Infant Paperback* –.
- Marlow Neil, Wolke Dieter, M. A. B., & Samara, M. (2005). Neurologic and Developmental Disability at Six Years of Age after Extremely Preterm Birth. *New England Journal of Medicine*, 352(1), 687–696. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1505949>
- Mazumder, S., Taneja, S., Dalpath, S. K., Gupta, R., Dube, B., Sinha, B., ... Martines, J. (2017). Impact of community-initiated Kangaroo Mother Care on survival of low birth weight infants: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-1991-7>
- Meister, A. L., Doheny, K. K., & Travagli, R. A. (2020). Necrotizing enterocolitis: It’s not all in the gut. *Experimental Biology and Medicine*, 245(2), 85–95. <https://doi.org/10.1177/1535370219891971>
- Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2014). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Europe PMC Funders Group*, 5, 1–26. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub3>. Early
- Moore, M., Taylor, H. G., Klein, N., Minich, N., & Hack, M. (2006). Longitudinal changes in family outcomes of very low birth weight. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(10), 1024–1035. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsj075>
- Mubarak, W. (2007). *Promosi Kesehatan Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Mullany, L. C., Katz, J., Khatry, S. K., LeClerq, S. C., Darmstadt, G. L., & Tielsch, J. M. (2010). Risk of mortality associated with neonatal hypothermia in southern Nepal. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 164(7), 650–656. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.103>
- Nguah, S. B., Wobil, P. N. L., Obeng, R., Yakubu, A., Kerber, K. J., Lawn, J. E., & Plange-Rhule, G. (2011). Perception and practice of Kangaroo Mother Care after discharge from hospital in Kumasi, Ghana: A longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-99>

- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- O'Connor, A. R., Wilson, C. M., & Fielder, A. R. (2007). Ophthalmological problems associated with preterm birth. *Eye*, *21*(10), 1254–1260.
<https://doi.org/10.1038/sj.eye.6702838>
- Opara, PI & Okorie, E. (2017). Kangaroo mother care : Mothers experiences post discharge from hospital. *Journal of Pregnancy and Neonatal Medicine*, *1*(1).
- P.Nirmala, Swarna Rekha, M. W. (2006). Kangaroo Mother Care: Effect and Perception of Mothers and Health Personnel. *Journal of Neonatal Nursing*, *12*(5), 177–184.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jnn.2006.07.008>
- Palmeira, P., Quinello, C., Silveira-Lessa, A. L., Zago, C. A., & Carneiro-Sampaio, M. (2012). IgG placental transfer in healthy and pathological pregnancies. *Clinical and Developmental Immunology*, *2012*, 1. <https://doi.org/10.1155/2012/985646>
- Quasem, I., Sloan, N. L., Chowdhury, A., Ahmed, S., Winikoff, B., & Chowdhury, A. M. R. (2003). Adaptation of Kangaroo Mother Care for Community-based Application. *Journal of Perinatology*, *23*(8), 646–651.
<https://doi.org/10.1038/sj.jp.7210999>
- R. Raajashri, B. Adhisivam, B. V. B. & C. P. (2018). Maternal perceptions and factors affecting Kangaroo mother care continuum at home: a descriptive study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, *31*(5), 666–669.
<https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1293035>
- Rasaily, Reeta , K. K. Ganguly, M. Roy, S. N. Vani, N. Kharood, R. Kulkarni, S. Chauhan, S. S. & Kanugo, L. (2017). Community based kangaroo mother care for low birth weight babies: A pilot study. *Indian J Med Res*, *145*(November), 163–174. <https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR>
- Reeta Rasaily, K. K. Ganguly, M. Roy, S. N. Vani, N. Kharood, R. Kulkarni, S. Chauhan, S. Swain, and L. K. (2017). Community-based Kangaroo Mother Care for Low Birth Weight Babies: A pilot Study. *Indian Journal of Medical Research*, *145*, 51–57. https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR_603_15
- Rogers, L. K., & Velten, M. (2011). Maternal inflammation, growth retardation, and preterm birth: Insights into adult cardiovascular disease. *Life Sciences*, *89*(13–14), 417–421. <https://doi.org/10.1016/j.lfs.2011.07.017>
- Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education & Behavior*, *2*(4), 328–335.
<https://doi.org/10.1080/10410236.2013.873363>.
<https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Sarmila Mazumder, Ravi Prakash Upadhyay, Zelee Hill, Sunita Taneja, Brinda Dube, J. K., Medha Shekhar, Runa Ghosh, Shruti Bisht, Jose Carlos Martines, Rajiv Bahl, H. S., & Bhandari, and N. B. (2018). Kangaroo mother care: using formative research to design an acceptable community intervention. *BMC Public Health*, *18*(1), 307. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1186/s12889-018-5197-z>
- Seidman, G., Unnikrishnan, S., Kenny, E., Myslinski, S., Cairns-Smith, S., Mulligan, B., & Engmann, C. (2015). Barriers and enablers of Kangaroo mother care practice: A systematic review. *PLoS ONE*, *10*(5), 1–20.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125643>
- Sharma, A. A., Jen, R., Butler, A., & Lavoie, P. M. (2012). The developing human preterm neonatal immune system: A case for more research in this area. *Clinical Immunology*, *145*(1), 61–68. <https://doi.org/10.1016/j.clim.2012.08.006>
- Sheila M. Gephart, Jacqueline M. McGrath, Judith A. Effken, M. D. H. (2012).

- Necrotizing Enterocolitis Risk: State of the Science. *Adv Neonatal Care*, 12(2), 77–89. <https://doi.org/10.1097/ANC.0b013e31824cee94>.
- Siegrist, C. A., & Aspinall, R. (2009). B-cell responses to vaccination at the extremes of age. *Nature Reviews Immunology*, 9(3), 185–194. <https://doi.org/10.1038/nri2508>
- Singer, L. T., Salvator, A., Guo, S., Collin, M., Lilien, L., & Baley, J. (1999). Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. *Journal of the American Medical Association*, 281(9), 799–805. <https://doi.org/10.1001/jama.281.9.799>
- Sloan, N. L., Ahmed, S., Mitra, S. N., Choudhury, N., Chowdhury, M., Rob, U., & Winikoff, B. (2008). Community-Based Kangaroo Mother Care to Prevent Neonatal and Infant Mortality: A Randomized, Controlled Cluster Trial. *Pediatrics*, 121(5), e1047–e1059. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-0076>
- Smith, E. R., Bergelson, I., Constantian, S., Valsangkar, B., & Chan, G. J. (2017). Barriers and enablers of health system adoption of kangaroo mother care: A systematic review of caregiver perspectives. *BMC Pediatrics*, 17(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0769-5>
- Soares, T., Pedroza, G. A., Breigeiron, M. K., & Cunha, M. L. C. da. (2020). Prevalence of hypothermia in the first hour of life of premature infants weighing ≤ 1500 g. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 41(spe), e20190094. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190094>
- Sodemann, M., Nielsen, J., Veirum, J., Jakobsen, M. S., Biai, S., & Aaby, P. (2008). Hypothermia of newborns is associated with excess mortality in the first 2 months of life in Guinea-Bissau, West Africa. *Tropical Medicine and International Health*, 13(8), 980–986. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2008.02113.x>
- Swarnkar, K., & Vagha, J. (2016). *Effect of Kangaroo Mother Care on Growth and Morbidity Pattern in Low Birth Weight Infants*. 5(1), 91–99.
- Udani, R. H., Hinduja, A. R. A., N, S. R. P., & Kabra, N. S. (2014). Role of Kangaroo Mother Care in Preventing Neonatal Morbidity in the Hospital and Community : A review article. *Journal of Neonatology*, 28(4), 28–36. Retrieved from http://www.researchgate.net/profile/Nandkishor_Kabra/publication/271643193_Role_of_Kangaroo_Mother_Care_in_Preventing_Neonatal_Morbidity_in_the_Hospital_and_Community_A_review_article/links/54ce39b10cf29ca810fa6707.pdf
- Udani RH, Hinduja ARA, R. S. & K. N. (2014). Role of Kangaroo Mother Care in Preventing Neonatal Morbidity in the Hospital and Community : A review article Role of Kangaroo Mother Care in Preventing Neonatal Morbidity in the Hospital and Community : A review article Abstract : *Journal of Neonatology*, 28(24).
- Upadhyay, R. P., Naik, G., Choudhary, T. S., Chowdhury, R., Taneja, S., Bhandari, N., ... Bhan, M. K. (2019). Cognitive and motor outcomes in children born low birth weight : a systematic review and meta-analysis of studies from South Asia. *BMC Pediatrics*, 1–15.
- Van den Berg, J. P., Westerbeek, E. A. M., van der Klis, F. R. M., Berbers, G. A. M., & Van Elburg, R. M. (2011). Transplacental transport of IgG antibodies to preterm infants: A review of the literature. *Early Human Development*, 87(2), 67–72. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2010.11.003>
- WHO. (1997). Thermal Protection of the Newborn: a practical guide. *Maternal and Safe Motherhood Programme*, pp. 1–67. <https://doi.org/WHO/RHT/MSM/97.2>
- WHO. (2003). Kangaroo Mother Care: A Practical Guide. In *World Health Organization*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)70336-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)70336-6)

WHO. (2008). Task Shifting: Global Recommendations and Guidelines. In *World Health Organization*. <https://doi.org/10.1080/17441692.2011.552067>

WHO. (2010). Essential newborn care course: trainer's guide. *World Health Organization*, 1–56. Retrieved from http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/newborncare_course/en/

WHO. (2012a). *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*. Geneva.

WHO. (2012b). Optimizing Health Worker Roles to Improve Access to Key Maternal and Newborn Health Interventions through Task Shifting. In *World Health Organization*. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:health+worker+roles+to+improve+access+to+key+maternal+and+newborn+health+interventions+through+task+shifting#0%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Optimizing+health>

LAMPIRAN

gggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Un

gggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Un

gggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Un

Universitas Indonesia

Lampiran 1 Kuisisioner Pengetahuan, Sikap dan Praktek Perawatan Metode Kanguru (PMK)

Tanggal pulang:	Tanggal kunjungan:
Alamat Ibu :	

KUESIONER PENGETAHUAN, SIKAP, DAN PRAKTEK PERAWATAN METODE KANGURU (PMK)

A. Karakteristik Responden (diisi oleh enumerator)

- Berat badan bayi pulang : gram
Berat badan bayi sekarang : gram
Nama ibu :
Umur ibu/ Usia Gestasi :
Status pendidikan tertinggi ibu yang ditamatkan : Tidak/ belum pernah sekolah Tamat SLTA/ MA
 Tidak tamat SD/ MI Tamat D1/ D2/ D3
 Tamat SD/ MI Tamat Perguruan tinggi
 Tamat SLTP/ MTS
- Status pekerjaan ibu : Tidak bekerja Wiraswasta
 Sekolah Petani/ buruh tani
 PNS/ TNI/ Polri/ BUMN/ BUMD Nelayan
 Pegawai swasta Lainnya
 Buruh/ sopir / pembantu rumah tangga
- Umur suami :
Status pendidikan tertinggi suami yang ditamatkan : Tidak/ belum pernah sekolah Tamat SLTA/ MA
 Tidak tamat SD/ MI Tamat D1/ D2/ D3
 Tamat SD/ MI Tamat Perguruan tinggi
 Tamat SLTP/ MTS
- Status pekerjaan suami : Tidak bekerja Wiraswasta
 Sekolah Petani/ buruh tani
 PNS/ TNI/ Polri/ BUMN/ BUMD Nelayan
 Pegawai swasta Lainnya
 Buruh/ sopir / pembantu rumah tangga
- Jumlah anak : Umur:
Cara persalinan terakhir : Normal Tindakan Operasi
Dokter yang merawat :
Perawat/ bidan yang merawat :
Adakah gangguan penyakit paska melahirkan? Tidak ada Ada
Jika ada: Pendarahan lewat jalan lahir Bengkak di wajah,tangan dan kaki
 Keluar cairan berbau dari jalan lahir Sakit kepala dan kejang-kejang
 Payudara bengkak, merah, disertai rasa sakit Demam lebih dari 2 hari
 Ibu terlihat sedih, murung, dan menangis tanpa sebab (depresi)
 Lainnya
- Adakah permasalahan kesehatan pada bayi? Tidak ada Ada
Jika ada: Tidak mau menyusu Lemah
 Sesak nafas Demam
 Bayi menangis terus menerus Diare

- Kulit dan mata bayi kuning
 Tali pusar kemerahan, berbau, bernanah
Fasilitas kesehatan terdekat: Puskesmas Klinik Jarak:....km
Transportasi menuju fasilitas kesehatan terdekat:
 Kendaraan pribadi Kendaraan umum Transportasi online Lainnya

B. Pengetahuan mengenai PMK

1. Perawatan Metode Kanguru (PMK) merupakan metode perawatan bayi:
 - a. Dengan cara menghangatkan bayi dengan lampu pijar
 - b. Dengan cara menyelimuti bayi di tempat tidur
 - c. Dengan cara membungkus bayi dengan kain (dibedong)
 - d. Dengan cara menempelkan dada bayi pada dada ibunya untuk mendapatkan kehangatan
 - e. Tidak tahu

2. Berikut ini adalah **persyaratan** agar bayi kecil dapat dilakukan PMK, yaitu:
 - a. Bayi mau digendong ibunya
 - b. Bayi dalam kondisi kesehatan yang stabil
 - c. Bayi tidak mau menyusu
 - d. Bayi susah tidur
 - e. Tidak tahu

3. Berapa lama pelaksanaan PMK yang paling tepat? Yaitu:
 - a. 2 jam dalam sehari
 - b. 6 jam dalam sehari
 - c. 12 jam dalam sehari
 - d. 24 jam dalam sehari
 - e. Tidak tahu

4. Sampai kapan ibu melakukan PMK? Sampai....
 - a. Kesehatan bayi stabil
 - b. Berat badan bayi mencapai 2500 gram
 - c. Bayi berusia 3 bulan
 - d. Bayi tidak mau menyusu pada ibunya
 - e. Tidak tahu

5. Berikut ini adalah pakaian bayi ketika dilakukan PMK, yaitu:
 - a. Baju lengan panjang, topi, popok, kaus kaki
 - b. Baju lengan pendek, topi, popok, kaus kaki
 - c. Baju tanpa lengan, topi, popok, kaus kaki
 - d. Tidak pakai baju, topi, popok, kaus kaki
 - e. Tidak tahu

6. Berikut ini **BUKAN** peralatan yang digunakan untuk melakukan PMK:
 - a. Kain panjang batik
 - b. Kain model kantung
 - c. Pakaian longgar atau kemeja untuk ibu
 - d. Lampu pijar untuk menghangatkan bayi
 - e. Tidak tahu

7. Siapa yang dapat melakukan PMK di rumah? Yaitu...
 - a. Ibu saja
 - b. Ibu dan ayah
 - c. Ibu dan pengasuh bayi
 - d. Semua anggota keluarga (Ibu, ayah, nenek/kakek/tante)
 - e. Tidak tahu
8. Persyaratan sebelum menggendong bayi untuk PMK yaitu:
 - a. Ibu dari luar rumah langsung menggendong bayi
 - b. Ibu setelah beraktivitas langsung menggendong bayi
 - c. Ibu setelah membersihkan rumah langsung menggendong bayi
 - d. Tubuh ibu dalam keadaan bersih, cuci tangan terlebih dahulu
 - e. Tidak tahu
9. Berikut ini adalah tanda bahaya yang perlu diperhatikan selama PMK, **kecuali**:
 - a. Badan bayi demam atau dingin
 - b. Bayi tidak mau menyusu
 - c. Bayi tidak mau tidur
 - d. Bayi buang air besar cair lebih dari 3 kali sehari
 - e. Tidak tahu
10. Berikut ini adalah minuman **paling baik** yang dapat diberikan pada bayi kecil, yaitu:
 - a. Air putih
 - b. Air Susu Ibu (ASI)
 - c. Susu formula
 - d. Madu
 - e. Tidak tahu
11. Berikut ini adalah cara pemberian minum pada bayi kecil dalam kondisi sehat, yaitu:
 - a. Langsung menyusu pada ibunya
 - b. Menggunakan botol susu
 - c. Menggunakan dot
 - d. Menggunakan sedotan
 - e. Tidak tahu
12. Frekuensi pemberian ASI yang diberikan pada bayi kecil tergantung pada:
 - a. Keinginan bayi
 - b. Keinginan ibu
 - c. Kesibukan ibu
 - d. Anjuran anggota keluarga
 - e. Tidak tahu

C. Sikap mengenai PMK

Petunjuk Pengerjaan:

Berikan tanda *check list* (✓) pada jawaban yang Ibu setujui!

No	Pernyataan	Jawaban			
		Tidak Setuju	Kurang Setuju	Setuju	Sangat Setuju
1	Menurut saya, PMK dapat memberikan kehangatan pada bayi.				
2	Menurut saya, PMK dapat meningkatkan pemberian ASI				
3	Menurut saya, PMK dapat meningkatkan kasih sayang antara ibu dan bayi				
4	Menurut saya, PMK dapat meningkatkan berat badan bayi				
5	Menurut saya, PMK sebaiknya dilaksanakan secara kontinyu atau 24 jam dalam sehari.				
6	Menurut saya, PMK dapat dilakukan oleh semua anggota keluarga.				
7	Menurut saya, Ibu dapat menyusui bayi ketika melakukan PMK				
8	Menurut saya, bayi kecil perlu diberi tambahan susu formula agar berat badannya cepat naik.				

D. Praktek PMK (diisi oleh enumerator)

1. Apakah Ibu masih melakukan PMK pada bayi? Tidak Ya.

Jika tidak, lanjut ke pertanyaan **D4**

2. Jika Ya, pada waktu kapan saja PMK dilakukan dan berapa lama?

.....

Total PMK/ hari : jam

3. Siapa saja yang ikut melakukan PMK?

Suami Nenek Pengasuh bayi
 Anak tertua Kakek Lainnya, sebutkan.....

4. Jika sudah tidak PMK, pada bayi usia berapa berhenti melakukan PMK?

Alasan berhenti PMK:

Faktor Ibu : Sakit Sibuk Tidak nyaman
 Lelah Bekerja Lainnya

Faktor Anak : Sakit Sudah mencapai berat 2500 gram
 Rewel Tidak nyaman Lainnya

E. Pemberian ASI (diisi oleh enumerator)

1. Apakah Ibu masih memberikan ASI pada bayi? Tidak Ya
Jika tidak, lanjut ke pertanyaan **E6**
2. Jika Ya, berapa kali bayi menyusui dan pada waktu kapan saja?
.....
3. Apakah bayi juga diberikan susu formula? Tidak Ya
Jika Ya, berapa kali bayi minum susu formula? kali
Ukuran susu formula : ml dalam satu hari
4. Apakah bayi sudah pernah diberikan susu formula di rumah sakit?
 Tidak Ya
5. Adakah minuman lain yang diberikan selain ASI dan susu formula?
 Tidak Ada
Jika ada: Air putih Madu Air gula Air tajin
 Air teh Air kopi Air sirup Lainnya, sebutkan
6. Alasan ibu berhenti memberikan ASI pada bayi:
 ASI sedikit/ tidak keluar Bayi sudah mencapai berat 2500 gram
 Ibu merasa sakit ketika menyusui Bayi tidak mau menyusui Lainnya

F. Dukungan Keluarga (diisi oleh enumerator)

1. Apakah keluarga mendukung Ibu untuk melakukan PMK? Tidak Ya
2. Jika Ya, bentuk bantuan apa yang diberikan oleh keluarga?
 Menggantikan ibu untuk melakukan PMK
 Menyiapkan peralatan PMK
 Membantu memasang kain untuk PMK
 Mengingatkan ibu untuk melakukan PMK
 Membantu dalam melaksanakan pekerjaan rumah tangga
 Membantu mengasuh anak yang lain

G. Dukungan Petugas Kesehatan (diisi oleh enumerator)

1. Apakah Ibu pernah dikunjungi oleh petugas kesehatan (Puskesmas/KPLDH) setelah pulang dari rumah sakit? Tidak Ya
2. Jika Ya, sudah berapa kali dikunjungi? kali
3. Apa saja yang dilakukan oleh KPLDH ketika kunjungan rumah?
 Menimbang berat badan, panjang badan, lingkar kepala, dan suhu bayi
 Memberikan edukasi mengenai PMK
 Memberikan edukasi mengenai ASI eksklusif
 Mengingatkan ibu untuk melakukan PMK
 Membantu memasang kain untuk PMK
 Mengingatkan ibu untuk melakukan kunjungan balik ke rumah sakit

H. Dukungan Sosial (diisi oleh enumerator)

1. Apakah tetangga pernah membantu Ibu untuk melakukan PMK? Tidak Ya
2. Jika Ya, bentuk bantuan apa yang diberikan oleh tetangga?
 Menggantikan ibu untuk melakukan PMK
 Menyiapkan peralatan PMK
 Membantu memasang kain untuk PMK

- Mengingatkan ibu untuk melaksanakan PMK
- Membantu dalam melaksanakan pekerjaan rumah tangga
- Membantu mengasuh anak yang lain

Terima kasih atas perhatiannya...

Lampiran 2 Lembar Observasi Praktek PMK

LEMBAR OBSERVASI PRAKTEK PMK

Nama Ibu :
Nama Pengamat :
Waktu Observasi :

Petunjuk Pengerjaan:

Mohon agar ibu dapat mempraktekkan hal-hal berikut ini!

(Jawaban akan diberikan tanda *check list* (✓) oleh peneliti)

No	Praktek	Praktek	
		Ya	Tidak
1	Ibu mandi atau mencuci tangan terlebih dahulu		
2	Ibu tidak mengenakan pakaian bagian atas, bayi telanjang hanya mengenakan popok dan topi		
3	Meletakkan bayi di dada ibu diantara payudara dengan posisi tegak lurus		
4	Dada bayi menempel ke dada ibu, adanya kontak kulit-ke-kulit		
5	Kepala bayi dipalingkan ke kiri atau kanan dengan posisi sedikit tengadah		
6	Tangan dan kaki bayi dalam posisi menekuk seperti katak		
7	Mengikatkan kain/ selendang dengan kuat dari depan ke bagian belakang badan ibu dan tepi gendongan bagian atas mencapai bagian telinga bayi. bagian atas kain harus berada di bawah telinga bayi.		
8	Ikatan tidak boleh terlalu kencang atau terlalu longgar. Ibu bisa menggunakan kemeja atau kaos longgar diluarnya.		

Terima kasih atas perhatiannya...

Lampiran 3 Lembar Observasi Kepercayaan Ibu BBLR dalam Mempraktekkan PMK

**LEMBAR OBSERVASI KEPERCAYAAN DIRI IBU BBLR DALAM
MEMPRAKTEKKAN PMK**

Nama Ibu :

Nama Pengamat 1 :

Waktu Observasi :

Petunjuk Pengerjaan: Mohon dinilai praktek PMK yang dilakukan oleh ibu berikut ini!

(Jawaban akan diberikan tanda *check list* (✓) oleh peneliti)

No	Praktek	Praktek	
		Ya	Tidak
1	Ibu terlihat percaya diri dalam memegang bayi		
2	Ibu terlihat percaya diri dalam menggendong bayi PMK		
3	Ibu bisa berkomunikasi dan melakukan pekerjaan lain ketika sedang melakukan PMK		

**LEMBAR OBSERVASI KEPERCAYAAN DIRI IBU BBLR DALAM
MEMPRAKTEKKAN PMK**

Nama Ibu :

Nama Pengamat 2 :

Waktu Observasi :

Petunjuk Pengerjaan: Mohon dinilai praktek PMK yang dilakukan oleh ibu berikut ini!

(Jawaban akan diberikan tanda *check list* (✓) oleh peneliti)

No	Praktek	Praktek	
		Ya	Tidak
1	Ibu terlihat percaya diri dalam memegang bayi		
2	Ibu terlihat percaya diri dalam menggendong bayi PMK		
3	Ibu bisa berkomunikasi dan melakukan pekerjaan lain ketika sedang melakukan PMK		

Lampiran 4 Pedoman Wawancara Mendalam

Tanggal :
Alamat :
Nama Informan:

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

Sasaran: Ibu BBLR

Tujuan: Mendapatkan gambaran pengetahuan, sikap, praktek PMK, serta faktor penghambat dan pendukung praktek PMK.

A. Pengetahuan, Sikap, Praktek PMK

1. Apa yang Ibu ketahui tentang Perawatan Metode Kanguru (PMK)?
2. Menurut Ibu, apa manfaat utama dari PMK?
3. Menurut Ibu, bayi seperti apa yang dapat dilakukan PMK?
4. Menurut Ibu, berapa lama sebaiknya PMK dilaksanakan dalam sehari?
5. Menurut Ibu, siapa saja orang yang dapat melakukan PMK di rumah?
6. Menurut Ibu, peralatan apa saja yang dibutuhkan dalam melakukan PMK?
7. Menurut Ibu, kebersihan seperti apa yang diperlukan sebelum menggendong bayi untuk PMK?
8. Menurut Ibu, sampai kapan BBLR perlu dilakukan PMK?
9. Apa yang Ibu ketahui mengenai ASI eksklusif?
10. Menurut Ibu, sampai usia berapa bayi hanya diberikan ASI saja?
11. Menurut Ibu, apakah BBLR perlu diberikan ASI saja atau perlu tambahan minuman lain? Apa alasannya?
12. Apakah ibu setuju untuk melakukan PMK selama 24 jam sehari?
Sebutkan alasannya.....
13. Bagaimana pengalaman ibu dalam mempraktekkan PMK? Mohon untuk diceritakan

B. Faktor Penghambat dan Pendukung Praktek PMK

1. Apa saja hambatan dalam melaksanakan PMK di rumah?
2. Apa yang mendorong atau memotivasi Ibu untuk mempraktekkan PMK?
3. Apa bantuan yang bisa diberikan oleh keluarga agar Ibu bisa melaksanakan PMK?
4. Menurut Ibu, bagaimana dengan dukungan yang diberikan oleh kader kesehatan atau tenaga kesehatan dalam praktek PMK?
5. Menurut Ibu, bagaimana caranya agar Ibu dapat mempraktekkan PMK dengan optimal di rumah?

Terima kasih atas perhatiannya....!!!

Tanggal :
Alamat :
Nama Informan:

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

Sasaran: Kader Kesehatan

Tujuan: Mendapatkan gambaran mengenai praktek PMK pada ibu BBLR serta faktor penghambat dan pendukung praktek PMK.

1. Menurut Ibu/Bapak, bagaimana mengenai praktek PMK di rumah oleh ibu-ibu yang mempunyai BBLR? Apakah Ibu mengetahuinya?
2. Menurut Ibu/Bapak, apakah faktor penghambat dan pendukung dalam praktek PMK di rumah oleh Ibu?
3. Apakah Ibu sudah pernah melakukan pemantauan atau kunjungan rumah terhadap BBLR? Jika sudah pernah, aktivitas apa saja yang ibu lakukan dalam kunjungan rumah tersebut? Apakah Ibu melakukan kunjungan rumah bersama dengan petugas kesehatan?
4. Menurut Ibu, bagaimana jika pemantauan terhadap BBLR dan praktek PMK di rumah dilakukan oleh kader kesehatan?
5. Menurut Ibu, apa saja kriteria kader kesehatan yang dapat melakukan pemantauan PMK?
6. Menurut Ibu, dukungan apa yang dapat dilakukan oleh Puskesmas agar Ibu dapat melakukan pemantauan PMK pada Ibu BBLR di rumah?

Terima kasih atas perhatiannya...!!!

Tanggal :
Alamat :
Nama Informan:

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

Sasaran: Petugas Kesehatan

Tujuan: Mendapatkan gambaran mengenai praktek PMK pada ibu BBLR, faktor penghambat dan pendukung praktek PMK, serta pemantauan BBLR dan praktek PMK

7. Menurut Ibu/Bapak, bagaimana mengenai implementasi PMK di rumah oleh ibu-ibu yang mempunyai BBLR, apakah sudah berjalan dengan baik?
8. Menurut Ibu/Bapak, apakah faktor penghambat dan pendukung dalam pelaksanaan PMK di rumah oleh Ibu?
9. Apa saja peran KPLDH dalam pemantauan BBLR?
10. Apakah pemantauan tersebut sudah berjalan dengan baik? Apa saja permasalahan yang dihadapi?
11. Menurut Ibu/Bapak, bagaimana jika pelaksanaan PMK di rumah dilakukan oleh kader kesehatan?
12. Apa saja kriteria kader kesehatan dapat melakukan pemantauan PMK?
13. Apa saja rekomendasi Ibu/Bapak terkait dengan permasalahan implementasi PMK di rumah?

Terima kasih atas perhatiannya...!!!

Lampiran 5 Kuesioner Pengetahuan Dan Persepsi Mengenai Perawatan Metode Kanguru (PMK) Pada Kader Kesehatan

KUESIONER PENGETAHUAN DAN PERSEPSI MENGENAI PERAWATAN METODE KANGURU (PMK) PADA KADER KESEHATAN

A. Karakteristik Responden

Nama kader :

Umur kader :tahun

Lama menjadi kader :tahun

Tingkat pendidikan kader : Tidak/ belum pernah sekolah Tamat SLTA/ MA
 Tidak tamat SD/ MI Tamat D1/ D2/ D3
 Tamat SD/ MI Tamat Perguruan tinggi
 Tamat SLTP/ MTS

Status pekerjaan selain menjadi kader : Tidak bekerja
 Bekerja, sebutkan.....

Umur suami kader :tahun

Tingkat pendidikan suami kader : Tidak/ belum pernah sekolah Tamat SLTA/ MA
 Tidak tamat SD/ MI Tamat D1/ D2/ D3
 Tamat SD/ MI Tamat Perguruan tinggi
 Tamat SLTP/ MTS

Status pekerjaan suami kader : Tidak bekerja
 Bekerja, sebutkan.....

Jumlah anak :orang Umur anak terakhir:.....tahun

Jarak rumah dengan Puskesmas: Kurang dari 1 km 3-4 km
 1-2 km Lebih dari 4 km

Transportasi menuju Puskesmas:
 Kendaraan pribadi Kendaraan umum Transportasi online Jalan kaki

Pelatihan-pelatihan apa saja yang sudah pernah ibu ikuti?

No	Nama Pelatihan	Penyelenggara

Apa saja aktivitas yang dilakukan oleh ibu sebagai kader kesehatan?

.....

Berapa lama waktu yang ibu gunakan untuk melakukan tugas sebagai kader kesehatan?

Kurang dari 2 jam/ minggu 5 - 7 jam/ minggu
 2 - 4 jam/ minggu Lebih dari 8 jam/ minggu

Apakah pekerjaan sebagai kader kesehatan sangat menyita waktu? Tidak Ya

Motivasi Ibu untuk menjadi kader kesehatan.....

B. Pengetahuan mengenai PMK

1. Perawatan Metode Kanguru (PMK) merupakan metode perawatan bayi:
 - a. Dengan cara menghangatkan bayi dengan lampu pijar
 - b. Dengan cara menyelimuti bayi di tempat tidur
 - c. Dengan cara membungkus bayi dengan kain (dibedong)
 - d. Dengan cara menempelkan dada bayi pada dada ibunya untuk mendapatkan kehangatan
 - e. Tidak tahu
2. Berikut ini adalah **persyaratan** agar bayi kecil dapat dilakukan PMK, yaitu:
 - a. Bayi mau digendong ibunya
 - b. Bayi dalam kondisi kesehatan yang stabil
 - c. Bayi tidak mau menyusu
 - d. Bayi susah tidur
 - e. Tidak tahu
3. Berapa lama pelaksanaan PMK yang paling tepat? Yaitu:
 - a. 2 jam dalam sehari
 - b. 6 jam dalam sehari
 - c. 12 jam dalam sehari
 - d. 24 jam dalam sehari
 - e. Tidak tahu
4. Sampai kapan ibu melakukan PMK? Sampai....
 - a. Kesehatan bayi stabil
 - b. Berat badan bayi mencapai 2500 gram
 - c. Bayi berusia 3 bulan
 - d. Bayi tidak mau menyusu pada ibunya
 - e. Tidak tahu
5. Berikut ini adalah pakaian bayi ketika dilakukan PMK, yaitu:
 - a. Baju lengan panjang, topi, popok, kaus kaki
 - b. Baju lengan pendek, topi, popok, kaus kaki
 - c. Baju tanpa lengan, topi, popok, kaus kaki
 - d. Tidak pakai baju, topi, popok, kaus kaki
 - e. Tidak tahu
6. Berikut ini **BUKAN** peralatan yang digunakan untuk melakukan PMK:
 - a. Kain panjang batik
 - b. Kain model kantung
 - c. Pakaian longgar atau kemeja untuk ibu
 - d. Lampu pijar untuk menghangatkan bayi
 - e. Tidak tahu
7. Siapa yang dapat melakukan PMK di rumah? Yaitu...
 - a. Ibu saja
 - b. Ibu dan ayah

- c. Ibu dan pengasuh bayi
 - d. Semua anggota keluarga (Ibu, ayah, nenek/kakek/tante)
 - e. Tidak tahu
8. Persyaratan sebelum menggendong bayi untuk PMK yaitu:
- a. Ibu dari luar rumah langsung menggendong bayi
 - b. Ibu setelah beraktivitas langsung menggendong bayi
 - c. Ibu setelah membersihkan rumah langsung menggendong bayi
 - d. Tubuh ibu dalam keadaan bersih, cuci tangan terlebih dahulu
 - e. Tidak tahu
9. Berikut ini adalah tanda bahaya yang perlu diperhatikan selama PMK, **kecuali**:
- a. Badan bayi demam atau dingin
 - b. Bayi tidak mau menyusu
 - c. Bayi tidak mau tidur
 - d. Bayi buang air besar cair lebih dari 3 kali sehari
 - e. Tidak tahu
10. Berikut ini adalah minuman **paling baik** yang dapat diberikan pada bayi kecil, yaitu:
- a. Air putih
 - b. Air Susu Ibu (ASI)
 - c. Susu formula
 - d. Madu
 - e. Tidak tahu
11. Berikut ini adalah cara pemberian minum pada bayi kecil dalam kondisi sehat, yaitu:
- a. Langsung menyusu pada ibunya
 - b. Menggunakan botol susu
 - c. Menggunakan dot
 - d. Menggunakan sedotan
 - e. Tidak tahu
12. Frekuensi pemberian ASI yang diberikan pada bayi kecil tergantung pada:
- a. Keinginan bayi
 - b. Keinginan ibu
 - c. Kesibukan ibu
 - d. Anjuran anggota keluarga
 - e. Tidak tahu

C. Persepsi mengenai Pendampingan Kader Kesehatan dalam PMK

Petunjuk Pengerjaan: Berikan tanda *check list* (✓) pada jawaban yang Ibu setuju!

0	Pernyataan	Jawaban			
		Tidak Setuju	Kurang Setuju	Setuju	Sangat Setuju
1	Kader kesehatan perlu melakukan kunjungan rumah terhadap Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)				
2	Kader kesehatan perlu memberikan informasi mengenai ASI eksklusif ketika melakukan kunjungan rumah				
3	Kader kesehatan perlu memberikan informasi mengenai perawatan bayi baru lahir ketika melakukan kunjungan rumah				
4	Kader kesehatan perlu memberikan informasi mengenai perawatan metode kanguru ketika melakukan kunjungan rumah				
5	Kader kesehatan perlu memberikan motivasi mengenai praktek perawatan metode kanguru pada ibu ketika melakukan kunjungan rumah				
6	Kader kesehatan perlu membantu ibu mengikatkan kain untuk perawatan metode kanguru ketika melakukan kunjungan rumah				
7	Kader kesehatan perlu melakukan kunjungan rumah terhadap BBLR satu kali dalam seminggu				
8	Kader kesehatan perlu melakukan kunjungan rumah terhadap bayi prematur sebanyak 3 kali				
9	Kader kesehatan perlu melakukan penimbangan berat badan BBLR ketika kunjungan rumah				
10	Kader kesehatan perlu mengingatkan ibu untuk melakukan kunjungan balik ke fasilitas kesehatan ketika melakukan kunjungan rumah				
11	Kunjungan rumah terhadap BBLR akan menyita waktu saya sebagai kader kesehatan				

Terima kasih atas perhatiannya...!!!

Lampiran 6 Lembar Observasi Kader Kesehatan

LEMBAR OBSERVASI KADER KESEHATAN

Nama Kader :

Nama Pengamat I :

Waktu Observasi :

Petunjuk Pengerjaan: Mohon dinilai aktivitas yang dilakukan oleh kader kesehatan berikut ini!

(Jawaban akan diberikan tanda *check list* (✓) oleh peneliti)

No	Aktivitas	Praktek	
		Ya	Tidak
1	Memberikan informasi dan edukasi mengenai PMK dan pemberian ASI.		
2	Mengingatkan dan memberikan motivasi mengenai praktek PMK dan pemberian ASI		
3	Memberikan media Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) berupa <i>booklet</i>		
4	Membantu ibu untuk mengikatkan kain PMK jika ibu membutuhkan pertolongan		

LEMBAR OBSERVASI KADER KESEHATAN

Nama Kader :

Nama Pengamat II :

Waktu Observasi :

Petunjuk Pengerjaan: Mohon dinilai aktivitas yang dilakukan oleh kader kesehatan berikut ini!

(Jawaban akan diberikan tanda *check list* (✓) oleh peneliti)

No	Aktivitas	Praktek	
		Ya	Tidak
1	Memberikan informasi dan edukasi mengenai PMK dan pemberian ASI.		
2	Mengingatkan dan memberikan motivasi mengenai praktek PMK dan pemberian ASI		
3	Memberikan media Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) berupa <i>booklet</i>		
4	Membantu ibu untuk mengikatkan kain PMK jika ibu membutuhkan pertolongan		

LEMBAR OBSERVASI KADER KESEHATAN

Nama Kader :
Nama Pengamat I :
Waktu Observasi :

No	Aktivitas	Praktek	
		Baik	Kurang Baik
1	Komunikasi kader kesehatan dengan ibu.		
2	Penjelasan kader kesehatan mengenai PMK.		
3	Kepercayaan diri kader kesehatan dalam memberikan edukasi mengenai PMK.		
4	Kepercayaan diri kader kesehatan dalam membantu ibu untuk mempraktekkan PMK.		

LEMBAR OBSERVASI KADER KESEHATAN

Nama Kader :
Nama Pengamat II :
Waktu Observasi :

No	Aktivitas	Praktek	
		Baik	Kurang Baik
1	Komunikasi kader kesehatan dengan ibu.		
2	Penjelasan kader kesehatan mengenai PMK.		
3	Kepercayaan diri kader kesehatan dalam memberikan edukasi mengenai PMK.		
4	Kepercayaan diri kader kesehatan dalam membantu ibu untuk mempraktekkan PMK.		

Lampiran 7 Modul Pelatihan : Perawatan Metode Kanguru (PMK) di Komunitas

Modul Pelatihan

Perawatan Metode Kanguru (PMK) di Komunitas

Bahan Bacaan untuk Kader Kesehatan



DAFTAR ISI

I. PENGENALAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH

- 1.1 Pengertian Bayi Berat Lahir Rendah
- 1.2 Penyebab dan Permasalahan Kesehatan pada Bayi Berat Lahir Rendah
- 1.3 Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah

II. PERAWATAN METODE KANGURU

- 2.1 Pengertian Perawatan Metode Kanguru
- 2.2 Manfaat Perawatan Metode Kanguru
- 2.3 Kriteria Bayi untuk Perawatan Metode Kanguru
- 2.4 Peralatan Perawatan Metode Kanguru
- 2.5 Posisi Perawatan Metode Kanguru
- 2.6 Dukungan Keluarga dalam Perawatan Metode Kanguru
- 2.7 Menjaga Kebersihan Bayi dan Ibu selama Perawatan Metode Kanguru

III. PEMBERIAN AIR SUSU IBU (ASI)

- 3.1 Manfaat Air Susu Ibu
- 3.2 Cara Menyusui Bayi
- 3.3 Cara Memerah ASI
- 3.4 Cara Penyimpanan ASI Perah yang Benar
- 3.5 Cara Penyajian ASI Perah

IV. PERAN KADER KESEHATAN DALAM PRAKTIK PMK

- 4.1 Peran Kader Kesehatan dalam Praktik PMK oleh Ibu BBLR
- 4.2 Komunikasi mengenai PMK
- 4.3 Observasi dan Evaluasi Praktik PMK pada Ibu BBLR

I. PENGENALAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH

Setiap tahun, diperkirakan sekitar 20 juta bayi lahir dengan berat badan lahir rendah. Penyebabnya dapat karena lahir sebelum waktunya (prematuur) atau gangguan pertumbuhan selama masih dalam kandungan (IUGR-*Intra Uterine Growth Retardation*). Bayi dengan berat lahir rendah merupakan penyumbang utama kematian pada neonatal (bayi berusia 0-28 hari).

1.1 Pengertian Bayi Berat Lahir Rendah

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) adalah kelompok bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2500 gram tanpa memandang usia kehamilan, baik prematur (belum memasuki usia kehamilan 37 minggu) atau cukup bulan. Bayi dengan berat lahir rendah akan terlihat kurus, memiliki sedikit lemak tubuh, dan ukuran kepala yang besar dan tidak proporsional.



Sumber: <https://www.omicsgroup.org/journals/intrauterine-growth-retardation-a-review-article-2167-0897.1000135.php?aid=25766>

1.2 Penyebab dan Permasalahan Kesehatan pada Bayi Berat Lahir Rendah

Secara umum, penyebab terjadinya BBLR yaitu:

- Faktor Ibu: Usia saat hamil, jarak kehamilan, infeksi ketika hamil, kehamilan ganda/kembar, kondisi kesehatan ibu, gaya hidup ibu, aktivitas berlebih, gizi ibu hamil, dan kondisi kesehatan mental ibu
 - Faktor Bayi: kondisi plasenta dan kesehatan bayi
 - Faktor genetik dan riwayat kelahiran prematur
- Permasalahan kesehatan pada BBLR yaitu:
- Suhu tubuh rendah (hipotermia)
 - Kadar gula darah rendah (hipoglikemia)
 - Gangguan pernapasan
 - Gangguan makan
 - Rendahnya daya tahan terhadap infeksi

1.3 Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah

Bayi Berat Lahir Rendah memerlukan perawatan khusus karena fungsi pengatur suhu tubuhnya belum stabil, kemampuan menyusu (reflek hisap dan menelan) masih lemah, dan fungsi paru atau pernapasan belum sempurna. BBLR perlu dihangatkan agar tidak kedinginan yang membuatnya mengalami bahaya dan dapat mengancam hidupnya.

Upaya perawatan BBLR dapat dilaksanakan dengan serangkaian perawatan, mulai dari perawatan sederhana seperti kehangatan dan menyusui hingga perawatan intensif penuh.

1.3.1 Perawatan BBLR di ruang NICU (*Neonatal Intensive Care Unit*)

BBLR harus tetap merasa hangat dan dijaga tetap kering, namun BBLR biasanya harus mendapat perawatan di ruangan perawatan intensif untuk bayi baru lahir (NICU) dan dirawat didalam inkubator. Inkubator berfungsi untuk menghangatkan suhu tubuh bayi yang lahir sebelum waktunya, melindungi bayi dari infeksi bakteri maupun virus, dan menunjang fungsi pernapasan bayi karena organ parunya belum berkembang sempurna.



Sumber: <https://www.aryanto.id/artikel/id/676/alasan-mengapa-bayi-prematur-memerlukan-inkubator>

1.3.2 Perawatan Metode Kanguru (PMK)

Bayi Pada bayi yang tidak ditemukan masalah kesehatan dan bayi dapat minum dengan baik, dapat dilakukan Perawatan Metode Kanguru (PMK). PMK merupakan salah satu alternatif cara perawatan BBLR yang murah, mudah, dan aman. PMK dapat dilakukan di rumah sakit dan dilanjutkan di rumah dengan adanya dukungan keluarga.



Sumber: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42587>

1.3.3 Pemberian ASI

Makanan yang paling penting untuk tubuh bayi adalah Air Susu Ibu (ASI). Pemberian ASI merupakan cara terbaik dalam memenuhi kebutuhan nutrisi BBLR. ASI mengandung berbagai senyawa yang menyumbang kalori dan dapat meningkatkan kekebalan tubuh bayi sehingga bayi tidak mudah sakit.



Sumber: <https://www.prenagen.com/en/breastfeeding/lifestyle>

1.3.4 Pencegahan Infeksi

Infeksi adalah masuknya bibit penyakit atau kuman kedalam tubuh, khususnya mikroba. Bayi BBLR sangat mudah mendapat infeksi karena daya tahan tubuhnya yang masih rendah. Upaya pencegahan infeksi dapat dilakukan dengan menjaga kebersihan diri sendiri, kebersihan lingkungan rumah, dan kebersihan alat keperluan bayi. Sebaiknya jaga agar lingkungan sekitar bayi bersih dan steril dari virus, bakteri dan polusi.



Sumber: www.rspkucepu.com/informasi/artikel/cuci-tangan-cegah-penyakit/

1.3.5 Memantau Kesehatan, Pertumbuhan dan Perkembangan Bayi

Ibu harus selalu memperhatikan kondisi BBLR dengan memantau kesehatan bayi, berat badan bayi, dan perkembangan bayi. Selain itu, konsultasi ke dokter secara teratur juga diperlukan agar dokter bisa melihat kemajuan bayi dan mengenali jika ada masalah pada tahap awal.



Sumber: <https://www.enfa.co.id/tumbuh-kembang/7-12-bulan/milestone/8-bulan/permainan-untuk-perkembangan-bayi>

II. PERAWATAN METODE KANGURU

Bayi yang lahir kecil bisa lebih mudah menjadi dingin, yang berisiko pada penyakit atau bahkan kematian. PMK sangat sederhana, terinspirasi dari perilaku induk kanguru yang meletakkan anaknya di dalam kantungnya agar tetap hangat. PMK adalah cara yang sederhana dan murah untuk menjaga kehangatan pada bayi kecil.

2.1 Pengertian Perawatan Metode Kanguru

PMK adalah perawatan untuk bayi prematur dengan melakukan kontak langsung antara kulit bayi dengan kulit ibu (*skin-to-skin contact*).

Esensi dari PMK yaitu:

- Kontak badan langsung (kulit-ke-kulit) antara ibu dengan bayinya secara dini, berkelanjutan dan terus menerus
 - Pemberian ASI eksklusif
 - Pemulangan awal dari rumah sakit
 - Adanya dukungan dari keluarga
 - Pelaksanaan PMK biasanya dimulai di rumah sakit dan kemudian dapat dilanjutkan di rumah (PMK di komunitas) dengan adanya dukungan dan tindak lanjut (*follow up*) yang memadai
 - Semakin lama PMK dilakukan, semakin banyak manfaat yang didapatkan dari PMK
 - PMK dihentikan bila berat badan bayi sudah normal (minimal 2500 gram) atau sampai bayi tidak nyaman berada dalam posisi PMK
- PMK dapat dilakukan secara:
- Intermitten (sekali-sekali, tidak sepanjang waktu), dengan durasi minimal satu jam secara terus menerus dalam satu hari
 - Kontinyu (sepanjang waktu selama 24 jam) dalam satu hari



Sumber: <http://slideplayer.com/slide/7097216/24/images/48/Kangaroo+Mother+Care.jpg>

2.2 Manfaat Perawatan Metode Kanguru

PMK adalah cara tepat untuk memenuhi kebutuhan dasar bayi. Manfaat PMK yaitu:

- Menjaga kehangatan, agar suhu tubuh bayi tetap normal
- Meningkatkan pemberian ASI
- Meningkatkan berat badan bayi
- Melindungi bayi dari infeksi
- Meningkatkan kasih sayang antara ibu dan bayi
- Menstimulasi bayi (bayi cepat pandai)



Sumber:

<https://www.motherandbaby.co.id/article/2015/7/6/4567/Merawat-Bayi-Prematur-dengan-Kangaroo-Mother-Care>

2.3 Kriteria Bayi untuk Perawatan Metode Kanguru

PMK dapat dilakukan pada BBLR yang stabil, yaitu:

- Bayi sudah dapat bernapas spontan
- Bayi mampu menyusu atau mendapatkan ASI melalui cangkir atau sendok
- Bayi tidak memiliki masalah kesehatan serius

Tanda bahaya yaitu tanda-tanda bahwa bayi memiliki risiko untuk mengalami sakit serius. Bayi yang mempunyai tanda bahaya harus segera dirujuk ke pelayanan kesehatan. Berikut ini adalah tanda bahaya yang perlu diperhatikan selama PMK.

- Badan bayi demam atau dingin ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ atau $<36,5^{\circ}\text{C}$)
- Kulit dan mata bayi berwarna kuning
- Bibir bayi berwarna kebiruan
- Bayi merintih atau menangis terus-menerus
- Bayi tidak mau menyusu, tidak minum dengan baik, muntah
- Tidak bergerak normal
- Kejang
- Napasnya tidak normal (pernapasan cepat atau kesulitan bernapas)
- Diare atau buang air besar cair lebih dari tiga kali sehari
- Tali pusar kemerahan sampai dinding perut, berbau, atau bernanah



Sumber:

<https://www.dokteranak.net/pentingnya-mengetahui-tanda->

2.4 Peralatan Perawatan Metode Kanguru

Berikut ini adalah peralatan yang dibutuhkan untuk PMK.

➤ Untuk Ibu

- Kain untuk mengikat ibu dan bayi. Bisa menggunakan kain panjang batik/jarik, kain segitiga, kain model tari, dan kain model kantong
- Kemeja longgar atau pakaian yang tidak terlalu ketat untuk menutupi bayi diluarnya

➤ Untuk Bayi

- Popok atau diapers
- Topi
- Kaus kaki

2.5 Posisi Perawatan Metode Kanguru

a. Langkah-langkah yang dilakukan untuk melakukan PMK

Berikut ini adalah langkah-langkah yang dilakukan untuk melakukan PMK.

- Mencuci tangan atau membersihkan diri terlebih dahulu sebelum menggendong bayi
- Memegang bayi dengan satu tangan diletakkan di belakang leher sampai punggung bayi, sementara tangan lainnya diletakkan di bawah bokong bayi
- Menopang bagian bawah rahang bayi dengan ibu jari dan jari-jari lainnya agar kepala bayi tidak tertekuk
- Tempatkan bayi dalam posisi tegak di antara payudara ibu. Dada bayi menempel dada ibu (kulit bayi menempel kulit ibu). Kepala bayi dipalingkan ke kanan/kiri, sedikit tengadah, supaya bayi dapat bernapas dengan baik
- Tangan dan kaki bayi dalam posisi menekuk seperti katak
- Mengikatkan kain/ selendang dengan kuat dari depan ke bagian belakang badan ibu dan tepi gendongan bagian atas mencapai bagian telinga bayi. bagian atas kain harus berada di bawah telinga bayi. Ikatannya tidak boleh terlalu kencang atau terlalu longgar
- Ibu bisa menggunakan kemeja atau kaos longgar diluarnya

Berikut ini adalah contoh gambar dan petunjuk cara memosisikan bayi untuk PMK.



Posisikan bayi untuk PMK



Ikat bayi dengan aman menggunakan kain yang dililitkan pada ibu



Kenakan pakaian longgar di luarnya

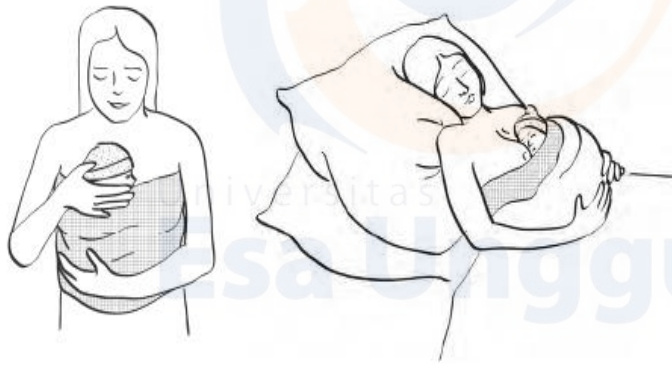


Tutupi bayi dengan selimut atau syal

Sumber: https://www.mchip.net/sites/default/files/MCHIP%20KMC%20Guide_English.pdf

b. Posisi Perawatan Metode Kanguru

Bayi dapat digendong dalam posisi berdiri, duduk, dan tidur. Ketika melakukan PMK, ibu dapat tidur atau tetap dapat melakukan kegiatan sehari-hari, seperti menyapu, menjemur, berbelanja, dan lain-lain. Bayi dapat menyusu dengan posisi PMK.



Sumber: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42587>

2.6 Dukungan Keluarga dalam Perawatan Metode Kanguru

Dukungan dari keluarga sangat penting dalam keberhasilan pelaksanaan PMK. Dukungan secara psikologis pada ibu akan membuatnya lebih percaya diri dan bahagia, serta memperbanyak jumlah ASI. Suami atau anggota keluarga lain dapat menggantikan ibu untuk melakukan PMK jika ibu ingin beristirahat atau ada keperluan lain berikut ini.

- Ibu akan melakukan kebutuhan pribadi seperti mandi
- Ibu berada di dekat api atau asap selama memasak
- Ibu harus keluar dalam cuaca dingin atau hujan
- Ibu akan memandikan anak-anak yang lain atau kegiatan lainnya yang membuat bayi bisa menjadi dingin
- Situasi lain yang dapat mengganggu keselamatan bayi



Sumber: <http://www.perinasia.com/kegiatan/141?title=Pelatihan+Manajemen+BBLR+dengan+Metode+Kanguru>

2.7 Menjaga Kebersihan Bayi dan Ibu selama Perawatan Metode Kanguru

➤ Kebersihan Bayi:

- Membersihkan bayi dengan mengusapkan kain atau handuk kecil basah yang hangat
- Mengganti popok bayi yang basah atau kotor ketika sedang melakukan PMK
- Mengeluarkan bayi terlebih dahulu dari gendongan ketika akan membersihkan popok



Sumber: <https://nakita.grid.id/read/0211337/begini-cara-mengoleskan-krim-anti-ruam-popok-yang-benar?>

➤ Kebersihan Ibu:

Sebelum melakukan PMK, sebaiknya ibu membersihkan diri terlebih dahulu (mandi atau mencuci tangan pakai sabun) agar bayi menempel dengan nyaman dan tidak terganggu oleh bau badan dan keringat ibu.



Sumber: <https://www.websitependidikan.com/2018/05/7-langkah-cara-mandi-tersepat-pakai-sabun-memutus-tuberkulosis/>

III. PEMBERIAN AIR SUSU IBU (ASI)

Air Susu Ibu (ASI) adalah minuman terbaik untuk bayi, apalagi kalau berat lahirnya rendah. Ibu dapat menyusui pada posisi menggendong dengan PMK. Menyusui akan lancar kalau bayi ditempatkan pada posisi menyusui yang benar.



Sumber:

3.1 Manfaat Air Susu Ibu

Beberapa manfaat dari ASI yaitu:

- Sehat, praktis, dan tidak butuh biaya
- Meningkatkan kekebalan alamiah pada bayi
- Mencegah perdarahan pada ibu nifas
- Menjalin kasih sayang ibu dan bayi
- Mencegah kanker payudara



Sumber:<http://www.depkes.go.id/resources/download>

3.2 Cara Menyusui Bayi

Cara menyusui bayi yang benar yaitu:

- Susui bayi sesering mungkin, sesuai keinginan bayi, paling sedikit 8 kali sehari
- Bila bayi tidur lebih dari 3 jam, bangunkan lalu susui
- Susui bayi sampai payudara terasa kosong, lalu pindah ke payudara sisi yang lain
- Bila bayi sudah kenyang tapi payudara masih terasa penuh/ kencang, payudara perlu dikosongkan dengan diperah untuk disimpan. Hal ini agar payudara tetap memproduksi ASI yang cukup
- Menyusui dapat dilakukan dalam posisi tidur, duduk, dan berdiri
- Jika bayi tidak dapat menyusui langsung, berikan ASI dengan gelas/ cangkir/ sendok, jangan menggunakan botol susu dan dot
- Ibu dapat memerah payudara ke arah puting selama bayi menyusui. Gerakan ini dapat membantu mengalirkan air susu ke bayi
- Menyusui akan lebih mudah ketika bayi sudah lebih besar

a. **Posisi dan Pelekatan Menyusui yang Benar**



Sumber: http://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/BUKU%20KIA%202015_FINAL-.pdf

Posisi dan Pelekatan Menyusui yang Benar yaitu:

- Pastikan posisi ibu berada dalam posisi yang nyaman
- Kepala dan badan bayi berada dalam garis lurus
- Wajah bayi menghadap payudara, hidung berhadapan dengan puting
- Ibu harus memeluk badan bayi dekat dengan badannya
- Dagu bayi menyentuh payudara ibu
- Mulut bayi terbuka lebar
- Bibir bawah bayi melengkung keluar
- Sebagian besar areola (bagian hitam disekitar puting) masuk kedalam mulut bayi
- Pengusapan lambat dan dalam, terkadang berhenti

b. **Menyusui Bayi pada Posisi Kanguru**

Cara menyusui bayi pada posisi kanguru yaitu:

- Posisikan bayi dengan kontak langsung kulit-ke-kulit antara ibu dan bayi
- Mulut bayi didekatkan ke puting susu ibu dengan sedikit memiringkan bayi ke arah payudara ibu
- Tunggu sampai bayi siap, membuka mulut dan matanya
- Keluarkan beberapa tetes susu
- Biarkan bayi mencium dan menjilat puting susu dan membuka mulutnya
- Tunggu sampai bayi menelan air susu ibu
- Ulangi cara ini sampai bayi menutup mulutnya dan tidak lagi minum meskipun telah dirangsang

- Sebaiknya ibu mengulangi cara ini setiap jam jika berat badan bayi kurang dari 1200 gram dan mengulangi setiap 2 jam jika beratnya lebih dari 1200 gram

3.3 Cara Memerah ASI

ASI perah adalah pilihan terbaik saat bayi tidak bersama ibu. Tujuan Memerah ASI yaitu untuk mengurangi payudara bengkak, mempertahankan dan memproduksi ASI, dan memberikan ASI saat Ibu dan bayi terpisah.

Cara memerah ASI dengan tangan yaitu:

- Mencuci tangan terlebih dahulu
- Pijat payudara secara pelan agar lebih lemas dan siap untuk menghasilkan susu
- Letakkan ibu jari 3 cm diatas puting dan jari telunjuk, lalu jari tengah di 3 cm dibawah areola, membentuk huruf C (Perhatikan gambar disamping ini)
- Dorong payudara kearah dada tanpa mengubah posisi jari
- Lakukan dengan gerakan ke depan memijat jaringan dibawah areola sehingga memerah ASI dalam saluran ASI.
- Lakukan gerakan ini sampai pancaran ASI berkurang. Hindari memeras puting, karena dapat menyumbat saluran payudara. Jangan menarik puting, karena dapat menyebabkan lecet



Sumber: <https://mamaasix.com/cara-memerah-menyimpan-dan-memberikan-asi-perah/>

3.4 Cara Penyimpanan ASI yang Benar

Beberapa cara penyimpanan ASI perah yang benar yaitu:

- Pastikan media penyimpan ASI tetap steril
- Isi botol penyimpanan maksimal $\frac{3}{4}$ botol, jangan diisi penuh
- Beri label nama, tanggal dan jam pemerahan ASI
- Masukkan ke dalam lemari pendingin (*freezer*) untuk dibekukan



Sumber: <https://mamaasix.com/cara-memerah-menyimpan-dan-memberikan-asi-perah/>

3.5 Cara Penyajian ASI Perah

Sebelum ASI perah diberikan pada bayi, ibu harus mencairkan ASI dengan cara yang benar. Cara penyajian ASI perah yaitu:

- Pilih ASI yang lebih awal disimpan
- Cairkan ASI yang telah beku dengan merendamnya di air hangat
- Hangatkan ASI dengan merendam dalam mangkuk berisi air hangat dengan suhu kurang dari 40°C
- Kocok ASI yang sudah mencair dengan perlahan agar lapisan lemak yang berada di atasnya dan lapisan cairan yang berada di bawahnya dapat menyatu
- ASI yang sudah dihangatkan hanya untuk 1x minum, tidak boleh di simpan kembali

IV. PERAN KADER KESEHATAN DALAM PRAKTIK PERAWATAN METODE KANGURU

4.1 Peran Kader Kesehatan dalam Pendampingan Praktik PMK oleh Ibu BBLR

Di Indonesia, salah satu cakupan layanan kesehatan yang diberikan oleh kader kesehatan bersama dengan tenaga kesehatan lain yaitu terkait dengan pembinaan gizi dan kesehatan ibu dan anak, meliputi konseling dan penyuluhan mengenai perawatan bayi baru lahir dan tanda-tanda bahaya pada bayi dan balita. Kader kesehatan bersama petugas kesehatan juga melakukan kegiatan kunjungan rumah sesuai program pemerintah untuk mencapai **Indonesia Sehat** dengan pendekatan keluarga.

Dalam rangka meningkatkan praktik PMK pada ibu BBLR, kader kesehatan dapat berperan untuk melakukan pendampingan praktik PMK. Pendampingan praktik PMK yaitu upaya yang dilakukan oleh kader kesehatan untuk;

- Memberikan informasi dan edukasi mengenai PMK dan pemberian ASI
- Mengingatkan dan memberikan motivasi mengenai praktik PMK dan pemberian ASI
- Memberikan media Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) berupa *booklet*
- Membantu ibu untuk mengikatkan kain PMK jika ibu membutuhkan bantuan.

Dalam menjalankan perannya tersebut maka kader kesehatan harus mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang memadai mengenai PMK yang salah satunya dapat diperoleh melalui pelatihan mengenai PMK. Kegiatan pendampingan praktik PMK yang dilakukan oleh kader kesehatan dapat dilihat pada gambar berikut ini.



Kader kesehatan memberikan informasi dan edukasi mengenai PMK dan pemberian ASI



Kader kesehatan mengingatkan dan memberikan motivasi mengenai praktik PMK dan pemberian ASI



Kader kesehatan memberikan media Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) berupa buku saku



Kader kesehatan membantu ibu untuk mengikat kain PMK jika ibu membutuhkan bantuan

Sumber: <http://www.infokesonline.com/category/kesga/>

4.2 Komunikasi mengenai PMK

Hal-hal yang perlu diperhatikan oleh kader kesehatan dalam melakukan komunikasi mengenai PMK pada ibu BBLR yaitu:

- Memberi salam dan menyapa ibu, tunjukkan bahwa kader kesehatan bersedia meluangkan waktu untuk berkomunikasi dengan ibu
- Berkomunikasi secara dua arah, jangan bicara sendiri. Tunjukkan pada ibu bahwa kader kesehatan menghargai pendapatnya, memahaminya, dan mengerti perasaannya
- Memberi penjelasan mengenai PMK meliputi pengertian, manfaat, waktu PMK, orang yang dapat melakukan PMK, peralatan PMK, tahapan dan posisi PMK, dan posisi menyusui ketika PMK
- Memberikan kesempatan pada ibu jika ada penjelasan yang kurang dipahami atau menanyakan kepada ibu mengenai pengalaman dan permasalahan dalam praktik PMK
- Kader kesehatan menggunakan media lembar balik materi PMK ketika menjelaskan pada ibu dan mencontohkan praktik PMK
- Kader kesehatan memberikan media komunikasi mengenai PMK berupa buku saku pada ibu .

4.3 Observasi dan Mengevaluasi Praktik PMK pada Ibu BBLR

Beberapa hal yang harus dilakukan oleh kader kesehatan sebelum memberikan informasi mengenai PMK yaitu:

- Sapalah ibu dan ciptakan kondisi yang nyaman
- Jelaskan kepada ibu bahwa kader kesehatan akan memberikan informasi mengenai PMK, praktik PMK, dan pemberian ASI. Ibu dipersilakan untuk mengajukan pertanyaan apabila ada informasi yang kurang jelas
- Kader kesehatan menjelaskan mengenai PMK menggunakan media lembar balik materi PMK
- Kader kesehatan melakukan observasi dan evaluasi praktik PMK berdasarkan lembar observasi dan lembar pemantauan praktik PMK yang telah disediakan.

Berikut ini adalah lembar observasi mengenai praktik PMK.

Lembar Observasi Praktik PMK

No	Praktik	Praktik	
		Ya	Tidak
1	Ibu mandi atau mencuci tangan terlebih dahulu		
2	Ibu tidak mengenakan pakaian bagian atas, bayi telanjang hanya mengenakan popok dan topi		
3	Meletakkan bayi di dada ibu diantara payudara dengan posisi tegak lurus		
4	Dada bayi menempel ke dada ibu, adanya kontak kulit-ke-kulit		
5	Kepala bayi dipalingkan ke kiri atau kanan dengan posisi sedikit tengadah		
6	Tangan dan kaki bayi dalam posisi menekuk seperti katak		
7	Mengikatkan kain/ selendang dengan kuat dari depan ke bagian belakang badan ibu dan tepi gendongan bagian atas mencapai bagian telinga bayi. Bagian atas kain harus berada di bawah telinga bayi.		
8	Ikatan tidak boleh terlalu kencang atau terlalu longgar. Ibu bisa menggunakan kemeja atau kaos longgar diluarnya.		

Selain mengobservasi mengenai praktik PMK, kader kesehatan juga perlu mengevaluasi mengenai durasi praktik PMK dan orang-orang yang membantu ibu BBLR untuk melakukan PMK, serta pemberian ASI pada bayi.

Lembar Pemantauan PMK dan Pemberian ASI

Kunjungan	Berat badan bayi	Praktik PMK			Pemberian ASI		
		Waktu PMK	ama PMK	Orang yang melakukan PMK	ASI saja tanpa minuman lain	Waktu pemberian ASI	Minuman selain ASI



Universitas Indonesia



Lampiran 8 **Penelitian-penelitian mengenai Praktek PMK di Komunitas (*Community-Kangaroo Mother Care*)**

No	Judul Penelitian/Peneliti	Tujuan Penelitian	Metode	Hasil	Peran Kader
1	<i>Community-Based Kangaroo Mother Care to Prevent Neonatal and Infant Mortality: A Randomized, Controlled Cluster Trial</i> (Sloan et al., 2008) (Bangladesh)	Menguji efektifitas edukasi mengenai PMK oleh kader terhadap bayi baru lahir dan kelangsungan hidup bayi.	<i>Randomized controlled trial</i>	Tidak ada perbedaan berat badan bayi, lingkar kepala, lengan bayi, dan morbiditas selama 30 sampai 45 hari pada kelompok intervensi dan kontrol, namun terdapat perbedaan jumlah ibu yang mempraktekkan PMK selama 1-7 jam per hari pada kedua kelompok (39% pada kelompok intervensi dan 0,26% pada kelompok kontrol), dan adanya penurunan Infant Mortality Rate (IMR) dari <i>baseline</i> (13% penurunan pada kelompok intervensi dan 3% penurunan pada kelompok kontrol)	Kader mengajarkan mengenai PMK pada ibu hamil dan pasca melahirkan. Materi meliputi durasi PMK yang ideal yaitu 24 jam per hari, posisi PMK, pemberian ASI eksklusif dan sesuai dengan permintaan bayi (<i>on demand</i>), menjaga suhu bayi, mendorong dukungan keluarga dalam praktek PMK, dan segera membawa bayi ke pelayanan kesehatan jika terdapat tanda bahaya pada bayi. Selanjutnya kader mem <i>follow up</i> bayi baru lahir selama 30 sampai 45 hari dan balita diikuti secara triwulanan sampai 1 tahun untuk didata mengenai status vital, morbiditas, status gizi, pemberian ASI, PMK, pertumbuhan, dan penggunaan pelayanan kesehatan.
2	<i>Community Kangaroo Mother Care: Implementation and Potential for Neonatal Survival and Health in Very Low-</i>	Menguji efektivitas PMK di komunitas dalam mencegah kematian bayi baru lahir dan bayi.	<i>Randomized controlled trial</i>	Bayi baru lahir yang dilakukan PMK selama lebih dari 7 jam per hari pada dua hari pertama kehidupan bayi dapat menurunkan <i>Neonatal Mortality Rate-NMR</i> . Lamanya PMK	Kader mengajarkan mengenai PMK pada ibu hamil dan pasca melahirkan. Materi meliputi durasi PMK yang ideal yaitu 24 jam per hari, posisi PMK, pemberian ASI eksklusif dan sesuai dengan

	<i>Income Settings.</i> (Ahmed et al., 2011) (Bangladesh)			dalam satu hari berdampak pada pemberian ASI, penundaan memandikan bayi, dan morbiditas pada bayi	permintaan bayi (<i>on demand</i>), menjaga suhu bayi, mendorong dukungan keluarga dalam praktek PMK, dan segera membawa bayi ke pelayanan kesehatan jika terdapat tanda bahaya pada bayi. Selanjutnya kader mem <i>follow up</i> bayi baru lahir selama 30 sampai 45 hari dan balita diikuti secara triwulanan sampai 1 tahun untuk didata mengenai status vital, morbiditas, status gizi, pemberian ASI, PMK, pertumbuhan, dan penggunaan pelayanan kesehatan.
3	<i>Adaptation of Kangaroo Mother Care for Community-Based Application</i> (Quasem et al., 2003) (Bangladesh)	Membuat suatu protokol sederhana mengenai implementasi PMK di komunitas dan mengevaluasi praktek PMK	Studi longitudinal	66% ibu melakukan PMK pada 2 hari pertama kehidupan bayi, 45% pada minggu pertama kehidupan bayi, dan 26% pada bulan pertama kehidupan bayi. Ibu yang diajarkan mengenai PMK pada saat <i>antenatal care</i> melakukan inisiasi PMK lebih dini, yaitu pada 2 hari pertama kehidupan bayi (70% dibandingkan 63% pada saat <i>postnatal care</i>). Ibu yang mempraktekkan PMK lebih dini maka akan lebih sering memberikan ASI, menunda memandikan bayi, dan lebih	Kader mengajarkan mengenai PMK dan perawatan bayi baru lahir esensial pada ibu hamil dan pasca melahirkan. Materi meliputi posisi PMK, pemberian ASI eksklusif dan sesuai dengan permintaan bayi (<i>on demand</i>), menjaga suhu bayi, membawa bayi ke pelayanan kesehatan jika terdapat tanda bahaya pada bayi, dan praktek higienis untuk pencegahan infeksi). Selanjutnya kader kesehatan melakukan kunjungan rumah untuk mengevaluasi praktek PMK terhadap ibu pada waktu satu bulan pascamelahirkan.

				sering tidur bersama bayinya.	
4	<i>Introduction of Community-based Skin-to-Skin Care in Rural Uttar Pradesh, India</i> (Darmstadt et al., 2006)	Mengevaluasi praktek PMK dan mengukur suhu ibu dan bayi di rumah	<i>Randomized controlled trial</i>	Terjadi peningkatan praktek PMK pada beberapa bulan pertama pelaksanaan intervensi, sementara pada kelompok kontrol tidak mencapai peningkatan sebesar 10% tiap bulannya. Pada waktu 6 bulan pelaksanaan intervensi, praktek PMK meningkat sebesar 75% secara konsisten pada kelompok intervensi.	Kader mempromosikan PMK yang terintegrasi dalam perawatan rumah bayi baru lahir esensial pada saat <i>antenatal care</i> dan <i>postnatal care</i> . Materi meliputi persiapan persalinan, pemberian ASI, perawatan tali pusat yang higienis, perawatan suhu termasuk PMK. Kunjungan rumah <i>antenatal care</i> dilakukan pada bulan ke-7 dan 9 kehamilan, sedangkan kunjungan <i>postnatal care</i> dilakukan pada hari 1 dan hari ke-2 atau 3. Pada saat kunjungan rumah, kader mengevaluasi praktek PMK, membantu ibu untuk menggendong bayi pada posisi PMK, mengukur suhu ibu, memberikan masukan terhadap masalah yang dihadapi ibu dalam mempraktekkan PMK, dan menasihati ibu untuk pergi ke pelayanan kesehatan jika terjadi masalah kesehatan pada bayi.
5	<i>Community based Kangaroo Mother care for Low Birth Weight</i>	Mengukur praktek PMK di komunitas	Studi longitudinal	55,4% ibu melakukan inisiasi PMK pada 72 jam awal kehidupan bayi dan PMK	Kader mengajarkan mengenai PMK dan perawatan bayi baru lahir esensial pada ibu hamil dan pasca

	<i>Babies: A Pilot Study</i> (Rasaily et al., 2017) (India)			di praktekkkan selama 5 jam per hari. Ibu merasakan manfaat dari PMK seperti pemberian ASI eksklusif dan peningkatan berat badan bayi. Hidup di keluarga inti, pekerjaan rumah tangga, kehamilan kembar, dan cuaca panas merupakan alasan tidak dilakukannya PMK dalam durasi yang lama.	melahirkan. Materi meliputi kehangatan, penundaan mandi, Inisiasi Menyusu Dini-IMD, pemberian ASI eksklusif, dan praktek higienis untuk pencegahan infeksi. Selanjutnya BBLR difollow up setiap hari pada satu minggu pertama inisiasi PMK, lalu hari ke 9, 11, 13 dan 56 atau 60 untuk memperoleh informasi mengenai waktu inisiasi PMK, durasi PMK, faktor penghambat PMK, frekuensi menyusui, gangguan kesehatan pada bayi atau ibu.
6	<i>Kangaroo Mother Care: using Formative Research to Design an Acceptable Community Intervention</i> (Mazumder et al., 2018) (India)	Mendesain paket intervensi PMK dan mengukur kelayakan, penerimaan, dan adopsi PMK	Studi longitudinal	Implementasi PMK dapat diterima dengan baik oleh ibu. Rata-rata durasi praktek PMK yaitu 5,9 jam per hari. Sebagian besar ibu mempunyai persepsi bahwa PMK dapat meningkatkan berat badan bayi dan meningkatkan aktivitas bayi. Namun ibu merasa keberatan untuk mempraktekkkan PMK dalam waktu yang lama karena mereka membutuhkan istirahat paska melahirkan. Kepercayaan bahwa ibu yang baru melahirkan tidak diperbolehkan	Kader mengajarkan mengenai PMK dan praktek pemberian ASI pada ibu pasca melahirkan. Materi meliputi durasi, posisi PMK, dan praktek pemberian ASI yang optimal (IMD, pemberian <i>colostrum</i> , tidak memberikan makanan tambahan, memberikan ASI sesuai keinginan bayi (<i>on demand</i>) atau setiap 2 jam, minimal 8 kali selama 24 jam, dan ASI eksklusif). Kader melakukan kunjungan rumah setiap hari pada minggu pertama dan kemudian pada hari-hari tertentu sampai bayi berusia 28 hari

				untuk melakukan pekerjaan rumah tangga dan adanya dukungan anggota keluarga merupakan faktor pendukung dalam praktek PMK.	untuk memperoleh informasi mengenai persepsi manfaat PMK, waktu inisiasi PMK, durasi PMK (jam/ hari), total PMK (hari), dan faktor penghambat PMK beserta alternatif solusinya. Kader juga menawarkan gendongan PMK yang dibuat sendiri oleh tim peneliti dan <i>diapers</i> sekali pakai pada ibu.
7	<i>Perception and Practice of Kangaroo Mother Care after Discharge from Hospital in Kumasi, Ghana: A Longitudinal Study.</i> (Nguah et al., 2011)	Mengevaluasi praktek PMK di komunitas pada ibu BBLR paska perawatan dari rumah sakit	Studi longitudinal	Pada kunjungan pertama, ibu mempraktekkan PMK secara intermiten atau kontinyu. Proporsinya tidak berubah secara signifikan selama 4 minggu. Pada minggu ke-4, terjadi peningkatan jumlah ibu yang mempraktekkan PMK pada malam hari, diluar rumah, dan menerima bantuan dari suami. Pekerjaan rumah tangga dan persepsi negatif masyarakat mengenai PMK tidak mempengaruhi praktek PMK. Selama kunjungan, berat badan bayi meningkat rata-rata 23,7 sg per hari.	-
8	Introducing home based skin-to-skin care for low birth weight	Mengetahui penerimaan dan penghambat praktek	Studi longitudinal	Rata-rata durasi praktek PMK yaitu 2 jam per hari. Tidak ada ibu yang mempraktekkan PMK	-

	newborns: a pilot approach to education and counseling in Ghana. (Bazzano et al., 2012)	PMK di komunitas		secara kontinyu. Beberapa hambatan dalam mempraktekkan PMK yaitu adanya perasaan takut menyakiti bayi, kepercayaan perawatan bayi tradisional, kurangnya dukungan, dan masalah waktu.	
9	<i>Kangaroo Mother Care: Mothers Experiences Post Discharge from Hospital.</i> (Opara & Okorie, 2017) (Nigeria)	Mengeksplor pengetahuan dan praktek PMK di rumah pada ibu BBLR paska perawatan dari rumah sakit	Studi pontong lintang	Rata-rata durasi praktek PMK yaitu $3,25 \pm 2,85$ jam per hari. Lebih dari 95% ibu merasa nyaman dalam mempraktekkan PMK di rumah dan tidak ada bayi yang mengalami masalah selama PMK. Beberapa kendala dalam mempraktekkan PMK yaitu pekerjaan rumah tangga, tidur nyenyak di malam hari, dan harus mengasuh anak lainnya.	-
10	<i>Barriers in Implementing Community Based Kangaroo Mother Care in Low Income Community.</i> (Parikh et al., 2013)	Mengetahui lama dan durasi PMK dan mengidentifikasi faktor penghambat dalam praktek PMK	Studi pontong lintang	Sebesar 91,8% ibu melanjutkan PMK di rumah dengan rata-rata durasi praktek PMK yaitu 4,7 hari. Beberapa faktor penghambat dalam mempraktekkan PMK yaitu paritas, pemberian makanan awal pada bayi, kurangnya dukungan dari anggota	-

				keluarga, dan ketidaknyamanan bayi dalam posisi PMK.	
11	<i>Barriers and Enablers of Kangaroo Mother Care Practice: A Systematic Review.</i> (Seidman et al., 2015)	Mengidentifikasi faktor penghambat dan pendukung praktek PMK	<i>Systematic review</i>	Faktor penghambat praktek PMK pada ibu: fasilitas/sumber daya, sikap negatif petugas kesehatan/interaksi dengan petugas kesehatan, kurangnya bantuan dalam praktek PMK, dan kurangnya kesadaran mengenai PMK/kesehatan bayi. Faktor pendukung praktek PMK: hubungan ibu dengan bayi dan dukungan dari keluarga, teman, dan pendamping lainnya.	-
12	<i>Kangaroo Mother Care: A Systematic Review of Barriers and Enablers.</i> (Chan et al., 2017)	Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi penerimaan PMK	<i>Systematic Review</i>	Sistem adopsi (kebutuhan waktu, dukungan sosial, perawatan medis, dan penerimaan keluarga) sistem kesehatan (organisasi, pembiayaan, dan pelayanan kesehatan); dan <i>context</i> luas (norma dan budaya) mempengaruhi persepsi dan keberhasilan penerimaan PMK	-
13	<i>Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis.</i> (Boundy et al., 2016)	Mengestimasi hubungan antara PMK dan dampak neonatal	<i>Meta-Analysis</i>	Angka kematian BBLR yang diberikan PMK lebih rendah 36% dibandingkan dengan perawatan konvensional. PMK mengurangi resiko neonatal	-

				sepsis, hipotermi, hipoglikemi, rawat balik di rumah sakit, dan meningkatkan pemberian ASI eksklusif, BBLR yang diberikan PMK mempunyai angka respirasi dan pengukuran sakit yang lebih rendah, serta saturasi oksigen, suhu, dan pertumbuhan lingkar kepala yang lebih tinggi.	
14	Pengaruh Paket Pendidikan Kesehatan Pada Ibu Terhadap Praktik Perawatan Bayi Berat lahir Rendah di Jakarta Pusat (Eviana Tambunan, 2019)	Menilai pengaruh paket pendidikan kesehatan pada ibu terhadap praktik perawatan BBLR	Kuasi eksperimen	Pemberian paket pendidikan kesehatan yang dilakukan berkelanjutan selama 6 minggu berdampak efektif terhadap peningkatan praktik perawatan BBLR di rumah dan peningkatan status kesehatan bayi.	Perawat Puskesmas.dengan dibantu kader memberikan penyuluhan dan <i>booklet</i> tentang perawatan BBLR pada Ibu dengan BBLR, yang diberikan pada 3-5 hari setelah BBLR keluar RS dan pendampingan pada ibu dan keluarga pada minggu ke-2 dan ke-6 setelah penyuluhan.