

Kode>Nama Rumpun Ilmu : 351/Kesehatan Masyarakat
Bidang Fokus : Kesehatan dan Obat

**LAPORAN PENELITIAN
HIBAH INTERNAL UNIVERSITAS ESA UNGGUL
TAHUN ANGGARAN 2019**



**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PRAKTEK
PERAWATAN METODE KANGURU (PMK) PADA IBU YANG
MEMPUNYAI BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR)
DI KECAMATAN CILINCING, JAKARTA UTARA**

PENGUSUL:

**INTAN SILVIANA MUSTIKAWATI
ADE HERYANA**

**Program Studi Kesehatan Masyarakat
Universitas Esa Unggul
Desember, 2019**

HALAMAN PENGESAHAN
PENELITIAN INTERNAL

Judul Penelitian : Faktor-faktor yang Mempengaruhi Praktek Perawatan Metode Kanguru (PMK) pada Ibu yang mempunyai Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Kecamatan Cilincing, Jakarta Utara

Kode>Nama Rumpun Ilmu : 351/Kesehatan Masyarakat

Peneliti

a. Nama Lengkap : Intan Silviana Mustikawati, SKM, MPH (P)

b. NIDN : 0302127901

c. Jabatan Fungsiona : Dosen/ Lektor

d. Program Studi : Kesehatan Masyarakat

e. Nomor HP : 081318501928

f. Alamat Surel (email) : intansilviana@esaunggul.ac.id

Anggota Peneliti (1)

a. Nama Lengkap : Ade Heryana, SST, MKM

b. NIDN : 0324117302

c. Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Biaya Penelitian : Rp.3.000.000,-

Biaya Luaran Tambahan : -

Jakarta, 13 Desember 2019

Menyetujui
Dekan

Mengetahui,

Pengusul,
Ketua Tim Pelaksana



Dr. Aprilita Rinawati,
M.Biomed, Apt.
NIK. 215020572

Dr. Henny Saraswati,
S.Si, M.Biomed
NIK. 216040630

Intan Silviana Mustikawati,
MPH
NIK. 207030350

Mengetahui,
Ka. LPPM

Dr. Erry Yudha Mulyani, M. Sc
NIK. 209100388

IDENTITAS DAN URAIAN UMUM

1. Judul Penelitian : Faktor-faktor yang Mempengaruhi Praktek Perawatan Metode Kanguru (PMK) pada Ibu yang mempunyai Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Kecamatan Cilincing, Jakarta Utara

2. Peneliti

No	Nama	Jabatan	Bidang Keahlian	Instansi Asal	Alokasi Waktu (Jam/Minggu)
1	Intan Silviana Mustikawati, SKM, MPH	Ketua	Kesehatan Masyarakat	Universitas Esa Unggul	5 Jam/Minggu
2	Ade Heryana, SST, MKM	Anggota	Kesehatan Masyarakat	Universitas Esa Unggul	5 Jam/Minggu

3. Objek Penelitian (jenis material yang akan diteliti dan segi penelitian):

Objek penelitian ini yaitu menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi praktek Perawatan Metode Kanguru (PMK) pada ibu yang mempunyai Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Kecamatan Cilincing, Jakarta Utara.

4. Masa Pelaksanaan (5 bulan)

Masa pelaksanaan penelitian yaitu 5 bulan, dari bulan Mei hingga September 2019.

5. Usulan Biaya Internal Perguruan Tinggi

Biaya yang diusulkan yaitu Rp 3.000.000,-

6. Lokasi Penelitian (lab/studio/lapangan): Kecamatan Cilincing, Jakarta Utara

7. Instansi lain yang terlibat

1. Puskesmas: Berperan sebagai penggerak dalam pemberi pelayanan kesehatan bayi di fasilitas kesehatan kesehatan.

2. Dinas Kesehatan Jakarta Utara: Sebagai *policy maker* kesehatan ibu dan anak di wilayah Jakarta Utara

8. Temuan yang ditargetkan

Temuan yang ditargetkan yaitu diketahuinya faktor-faktor yang mempengaruhi praktek PMK pada ibu yang mempunyai BBLR, sehingga dapat dibuat suatu intervensi atau program yang efektif untuk meningkatkan praktek PMK pada ibu yang mempunyai BBLR di Kecamatan Cilincing, Jakarta Utara.

9. Kontribusi mendasar pada suatu bidang ilmu

Praktek PMK merupakan salah satu solusi untuk meningkatkan kesehatan dan kelangsungan hidup BBLR. 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 praktek PMK di rumah. Jika PMK tidak dilaksanakan dengan baik, maka akan berdampak pada kesehatan dan kelangsungan hidup bayi. Dengan diketahuinya faktor-faktor yang mempengaruhi praktek PMK pada ibu yang mempunyai BBLR, maka dapat dibuat suatu intervensi atau program yang efektif yang disesuaikan dengan karakteristik wilayah dan populasi tersebut.

11. Jurnal ilmiah yang menjadi sasaran

1. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (Jurnal Nasional Terakreditasi): tahun 2020

12. Rencana luaran HKI, buku, purwarupa atau luaran lainnya yang ditargetkan, tahun

1. Publikasi artikel ilmiah di prosiding internasional/ nasional terindeks: tahun 2020
2. Paten sederhana: tahun 2020
3. Draft buku ajar: tahun 2020

DAFTAR ISI

	Hal
Halaman Pengesahan	ii
Identitas dan Uraian Umum	iii
Daftar Isi	v
Ringkasan	1
BAB 1. PENDAHULUAN	2
1.1 Latar Belakang	2
1.2 Perumusan Masalah	4
1.3 Hipotesis Penelitian	5
1.4 Tujuan Penelitian	5
1.5 Target Luaran	6
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Bayi Berat Lahir Rendah	7
2.2 Perawatan Metode Kanguru (PMK)	9
2.3 Perawatan Metode Kanguru (PMK) di Komunitas	15
2.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perawatan Metode Kanguru (PMK)	17
BAB 3. METODE PENELITIAN	20
3.1 Tahapan Penelitian	20
3.2 Lokasi Penelitian	20
3.3 Variabel Penelitian	20
3.4 Kerangka Konsep Penelitian	21
3.5 Rancangan Penelitian	21
3.6 Teknik Pengumpulan Data	21
3.7 Analisa Data	22

BAB 4. BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN

4.1 Anggaran Penelitian

4.2 Jadwal Penelitian

BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Karakteristik Sosio-Demografi

5.2 Gambaran Praktek PMK

5.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Praktek PMK

BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

6.2 Saran

Daftar Pustaka

Lampiran-lampiran

23

23

23

24

24

25

27

29

29

29

30

RINGKASAN

Latar Belakang: Angka kematian bayi dan neonatus masih cukup tinggi di Indonesia, dimana masalah utama penyebab kematian bayi terdapat pada saat neonatal. Salah satu penyebab kematian neonatus yaitu bayi dengan berat badan rendah (BBLR) yang saat ini mencapai prevalensi 10,2%. Perawatan Metode Kanguru (PMK) merupakan salah satu intervensi yang dapat dilakukan untuk mengurangi kematian pada BBLR, dengan melakukan kontak langsung antara kulit bayi dengan kulit ibu. Jika PMK tidak dilaksanakan dengan baik, maka akan berdampak pada kesehatan dan kelangsungan hidup bayi. Tujuan dalam penelitian ini yaitu untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi praktek Perawatan Metode Kanguru (PMK) pada ibu yang mempunyai Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Kecamatan Cilincing, Jakarta Utara.

Metode: Penelitian ini akan dilaksanakan di Kecamatan Cilincing, Jakarta Utara dengan populasi penelitian adalah ibu yang mempunyai BBLR paska perawatan dari Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Koja, Jakarta Utara. Pengambilan sampel dilakukan secara *consecutive sampling*. Variabel dependen yaitu praktek PMK dan variabel independen yaitu umur, pendidikan, pekerjaan, paritas, pengetahuan, sikap, dan dukungan keluarga. Pengumpulan data dilakukan melalui kuesioner dan dianalisa menggunakan analisa bivariat χ^2 .

Hasil: Rata-rata durasi praktek PMK pada ibu BBLR yaitu 2,2 jam per hari. Berdasarkan uji statistik *Mann-Whitney U*, terdapat hubungan yang signifikan antara umur dengan praktek PMK pada ibu BBLR ($z=-2,263$, $p \text{ value} < 0,05$, CI 95%).

Saran: Meningkatkan komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan secara berkelanjutan mengenai PMK dan kunjungan rumah oleh petugas kesehatan secara kontinyu untuk memeriksakan kondisi BBLR dan praktek PMK pada ibu BBLR

Kata kunci: Perawatan Metode Kanguru, Bayi Berat Lahir Rendah, neonatal

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Neonatus (AKN) di Indonesia masih sangat tinggi dibandingkan dengan negara-negara ASEAN lainnya, yaitu sebesar 32 kematian per 1.000 kelahiran hidup (AKB) dan 19 per 1.000 kelahiran hidup (AKN) (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana & Nasional, 2013). Masalah utama penyebab kematian bayi terdapat pada saat neonatal, dimana memberi kontribusi terhadap 59% kematian bayi di Indonesia (Kementerian Kesehatan RI, 2016). Neonatus adalah bayi baru lahir yang berusia sampai dengan 28 hari. 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). Persentase BBLR di Indonesia tahun 2018 mencapai 10,2% (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Bayi dengan kondisi BBLR memiliki risiko lebih tinggi pada kematian karena hipotermi dan pada umumnya harus dirawat dalam inkubator. Bayi dengan berat badan rendah atau sangat rendah menghasilkan AKN sebesar 66 kematian per 1.000 kelahiran hidup (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana & 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).

Perawatan Metode Kanguru (PMK) merupakan salah satu intervensi yang dapat dilakukan untuk mengurangi kematian pada BBLR, dengan melakukan kontak langsung antara kulit bayi dengan kulit ibu (*skin to skin contact*) agar bayi memperoleh kehangatan dari tubuh ibunya (WHO, 2003). Berdasarkan tinjauan sistematis dan 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).

Bayi dengan BBLR bisa mendapatkan PMK didalam dan diluar rumah sakit. Bayi yang masih memerlukan fasilitas perawatan spesialistik harus dirawat di rumah sakit, sedangkan bayi dengan kondisi umum stabil, toleransi minum baik dan ibu dianggap mampu melakukan PMK dapat dirawat di rumah dengan pengawasan tenaga kesehatan terlatih (Departemen Kesehatan RI, 2009). PMK di komunitas atau PMK yang dilaksanakan di rumah yaitu pelaksanaan PMK yang dilakukan pada BBLR yang lahir di rumah atau *early discharge* dari rumah sakit (WHO, 2003). Tujuan dari PMK di komunitas adalah untuk mencegah hipotermia, penyakit terkait pernapasan, diare dan memperbaiki nutrisi bayi baru lahir (Ahmed et al., 2011).

Perbedaan kondisi antara rumah sakit dan rumah akan mempengaruhi pelaksanaan PMK ketika ibu pulang dari rumah sakit. Ketika di rumah sakit, ibu mendapatkan edukasi dan pengawasan dari petugas kesehatan, sedangkan di rumah ditemui berbagai faktor yang dapat menghalangi ibu untuk mempraktekkan PMK secara optimal. Menurut Quasem et al., (2003), keberlanjutan PMK tersebut bergantung pada kondisi lokal di rumah dan komunitas. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa sebagian besar ibu melanjutkan praktek PMK di rumah, namun ditemui berbagai kendala yang dapat mempengaruhi praktek PMK tersebut (Dawar et al., 2019; Raajashri, R & Adhisivam, B, 2018; Nguah et al., 2011; Opara, PI & Okorie, 2017) 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, 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, sementara studi lain di Nigeria (Opara, PI & Okorie, 2017) menyebutkan bahwa ibu mempraktekkan PMK hanya seorang diri di rumah karena tidak mengetahui bahwa PMK dapat dilakukan pula oleh anggota keluarga lainnya.

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 faktor pendukung dalam melaksanakan PMK di komunitas merupakan salah faktor penting dalam keberhasilan PMK di komunitas. Berbagai studi membahas mengenai faktor pendukung pelaksanaan PMK di komunitas, yang terdiri dari faktor ibu, keluarga, komunitas, dan pelayanan kesehatan (Ahmed et al., 2011; Sloan et al., 2008; Quasem et al., 2003, Rasaily et al., 2017; Darmstadt et al., 2006, Opara et al., 2017, dan Nguah et al., 2011).

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 observasi awal pada ibu yang mempunyai BBLR pasca perawatan RSUD Koja, Jakarta Utara ditemukan bahwa praktek PMK sudah dilakukan di rumah, namun ibu tidak mempraktekkan PMK dalam durasi waktu yang lama dan tidak dapat melakukannya secara kontinyu selama 24 jam. Pelaksanaan PMK yang kurang optimal akan berdampak pada kesehatan dan kelangsungan hidup BBLR.

Berdasarkan permasalahan tersebut diatas, maka penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi praktek PMK pada ibu yang mempunyai BBLR di Kecamatan Cilincing, Jakarta Utara.

1.2 Perumusan Masalah

Bayi yang pulang ke rumah pasca 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 komunitas akan mempengaruhi penerimaan dan praktek PMK di komunitas, dimana praktek PMK di komunitas 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.

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. Jika PMK tidak dilaksanakan dengan baik, maka akan berdampak pada kesehatan dan kelangsungan hidup bayi. Dengan diketahuinya faktor-faktor yang mempengaruhi praktek PMK pada ibu yang mempunyai BBLR, maka untuk ke depannya dapat dibuat suatu intervensi atau program yang efektif yang disesuaikan dengan karakteristik wilayah dan populasi tersebut.

1.3 Hipotesis Penelitian

Beberapa hipotesis dalam penelitian ini yaitu:

- a. Umur ibu mempengaruhi praktek PMK
- b. Pendidikan ibu mempengaruhi praktek PMK
- c. Pekerjaan ibu mempengaruhi praktek PMK
- d. Paritas mempengaruhi praktek PMK
- e. Pengetahuan ibu mengenai PMK mempengaruhi praktek PMK
- f. Sikap ibu mengenai PMK mempengaruhi praktek PMK
- g. Dukungan keluarga mempengaruhi praktek PMK

1.4 Tujuan Penelitian

a). Tujuan Umum:

Tujuan dalam penelitian ini yaitu menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi praktek Perawatan Metode Kanguru (PMK) pada ibu yang mempunyai Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Kecamatan Cilincing, Jakarta Utara.

b). Tujuan Khusus:

Tujuan khusus dalam penelitian ini yaitu:

- 1). Mengidentifikasi praktek Perawatan Metode Kanguru (PMK) di Kecamatan Cilincing, Jakarta Utara.
- 2). Menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi praktek Perawatan Metode Kanguru (PMK) di Kecamatan Cilincing, Jakarta Utara.

1.4 Target Luaran Penelitian

Luaran dari penelitian ini yaitu publikasi artikel ilmiah di jurnal nasional terakreditasi (luaran wajib), publikasi artikel ilmiah di prosiding internasional/ nasional terindeks, paten sederhana, model, dan buku ajar (luaran tambahan). Berikut ini adalah rencana target capaian luaran penelitian.

Tabel 1.1 Tabel Target Luaran Penelitian

No	Jenis Luaran				Waktu
	Kategori	Sub Kategori	Wajib	Tambahan	TS
1	Artikel ilmiah dimuat di jurnal	Internasional bereputasi	-	-	-
		Nasional terakreditasi	<input checked="" type="checkbox"/>	-	Submitted
2	Artikel ilmiah dimuat di prosiding	Internasional Terindeks	-	<input checked="" type="checkbox"/>	Submitted
		Nasional	-	<input checked="" type="checkbox"/>	Submitted
3	<i>Invited speaker</i> dalam temu ilmiah	Internasional Terindeks	-	-	-
		Nasional	-	-	-
4	<i>Visiting Lecturer</i>	Internasional	-	-	-
5	Hak Kekayaan Intelektual (HKI)	Paten	-	-	-
		Paten sederhana	-	<input checked="" type="checkbox"/>	Draft
		Hak cipta	-	-	-
		Merek dagang	-	-	-
		Rahasia dagang	-	-	-
		Desain produk industri	-	-	-
		Indikasi geografis	-	-	-
		Perlindungan varietas tanaman	-	-	-
6	Teknologi Tepat Guna	Perlindungan topografi sirkuit terpadu	-	-	-
			-	-	-
7	Model/ Purwarupa/ Desain/ Karya Seni/Rekayasa Sosial		-	<input checked="" type="checkbox"/>	Submitted
8	Buku Ajar (ISBN)		-	<input checked="" type="checkbox"/>	Draft
9	Tingkat Kesiapan Teknologi (TKT)		-	<input checked="" type="checkbox"/>	Draft

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Bayi Berat Lahir Rendah

a). Pengertian dan Klasifikasi 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 atau cukup bulan (Kementerian Kesehatan RI, 2009). BBLR dapat dibagi menjadi dua golongan yaitu: a). Prematuritas murni, yaitu neonatus dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu dan mempunyai berat badan yang sesuai dengan masa kehamilan atau disebut juga neonatus preterm / BBLR / SMK (sesuai masa kehamilan); dan b). Dismaturitas, yaitu bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa kehamilan, dikarenakan mengalami gangguan pertumbuhan dalam kandungan.

BBLR dapat diklasifikasikan berdasarkan umur kehamilan dan berat badan lahir rendah (WHO, 1979). Klasifikasi BBLR berdasarkan umur kehamilan yaitu: a). Pre-term, yaitu usia kehamilan kurang dari 37 minggu lengkap (kurang dari 259 hari); b). Term, yaitu usia kehamilan mulai dari 37 minggu sampai kurang dari 42 minggu lengkap (259 - 293 hari), dan c). Post-term, yaitu usia kehamilan 42 minggu lengkap atau lebih (294 hari atau lebih). Klasifikasi BBLR berdasarkan berat badan waktu lahir yaitu: a). Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), yaitu bayi lahir dengan berat 1.500-2.500 gram; b). Berat Badan Lahir Sangat Rendah (BBLSR), yaitu bayi lahir dengan berat <1.500 gram; dan c). Berat Badan Lahir Ekstrem Rendah (BBLER), yaitu bayi yang lahir dengan berat <1.000 gram

b). Permasalahan Bayi Berat Lahir Rendah

Ada beberapa permasalahan terkait BBLR berikut ini yaitu hipotermia, rendahnya daya tahan terhadap infeksi, apneu pada bayi kurang bulan, dan enterokolitis nekrotikans.

1. Hipotermia

Salah satu ciri BBLR terutama Bayi Kurang Bulan (BKB) adalah mempunyai suhu yang tidak stabil dan cenderung hipotermia (suhu dibawah 36,5°C). Stres dingin dapat meningkatkan angka kematian dan menghambat pertumbuhan, sedangkan hipotermia dan suhu yang berfluktuasi dapat menimbulkan apneu (Monintja, 1997). Suhu yang cenderung hipotermia disebabkan oleh produksi panas kurang dan kehilangan panas yang tinggi. Panas kurang diproduksi karena sirkulasi yang masih belum sempurna, respirasi masih

lemah, konsumsi oksigen yang rendah, otot yang belum aktif, serta asupan makanan yang kurang. Kehilangan panas terjadi akibat dari permukaan tubuh yang relatif lebih luas dan lemak subkutan yang kurang, terutama lemak coklat (*brown fat*).

Hipotermia dapat mengakibatkan komplikasi jangka pendek berupa asidosis, hipoglikemia, dan gangguan pembekuan darah serta peningkatan risiko untuk distress pernapasan. Apabila berkepanjangan, hipotermia dapat menyebabkan edema, sklerema, perdarahan hebat (terutama perdarahan pasru), dan ikterus (WHO, 2004).

2. Rendahnya Daya Tahan terhadap Infeksi

BBLR terutama BKB sangat rentan terhadap infeksi terutama infeksi nosokomial (Kosim, 1999; Monintja, 1997). Hal ini disebabkan oleh kadar imunoglobulin serum yang rendah, aktivitas bakterisidal neutrofil dan efek sitotoksik limfosit juga masih rendah (Monintja, 1997; Kadri, 1997). Risiko untuk mendapat infeksi nosokomial meningkat apabila beberapa bayi dirawat bersama dalam satu inkubator (suatu hal yang masih terjadi di negara berkembang) bayi terlalu lama dirawat di RS, serta rasio perawat dan pasien yang tidak seimbang (Whitelaw, 1985; Sloan et al, 1994; Boedjang, 1997).

3. Apneu pada Bayi Kurang Bulan

Kelainan ini terjadi akibat ketidakmatangan paru dan susunan saraf pusat. Apneu didefinisikan sebagai periode tak bernapas selama lebih dari 20 detik dan disertai bradikardia. Kelainan ini dapat ditemukan pada pemantauan yang teliti dan terus menerus. Semua bayi dengan masa kehamilan kurang dari 34 minggu harus secara rutin dan terus menerus dipantau sampai apneu itu hilang selama 1 minggu. Pemberian teofilin dapat mengurangi kejadian apneu sekitar 60 sampai 90% (Monintja, 1997).

4. Enterokolitis Neokrotikans

Prematuritas merupakan faktor risiko terjadinya Enterokolitis Neokrotikans (EKN) pada neonatus (Monintja, 1997; Markum dkk, 1991). Kejadian angka harapan hidup BKB menyebabkan kenaikan kejadian EKN. Etiologi penyakit ini multifaktor, yaitu faktor yang menyebabkan trauma hipoksik iskemik pada saluran cerna yang masih imatur, kolonisasi bakteri patogen, dan substrat protein berlebihan dalam lumen (Monintja, 1997). Pemberian ASI dapat mencegah atau mengurangi kejadian EKN karena ASI merupakan cairan normo-osmolar dan mengandung makrofag, limfosit, dan imunoglobulin yang mencegah kolonisasi bakteri patogen.

2.2 Perawatan Metode Kanguru (PMK)

a). Pengertian dan Esensi Perawatan Metode Kanguru

Perawatan Metode Kanguru (PMK) adalah perawatan untuk bayi prematur dengan melakukan kontak langsung antara kulit bayi dengan kulit ibu (*skin-to-skin contact*) (WHO, 2002). 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. Metode ini pertama kali diperkenalkan oleh Rey dan Martinez di Bogota, Kolombia sebagai solusi keterbatasan jumlah inkubator dan salah satu alternatif bagi perawatan bayi BBLR yang telah melewati masa krisis tetapi masih memerlukan perawatan khusus dalam pemberian makanan untuk pertumbuhannya (Gupta *et al.* 2007; Suradi *et al.* 2008).

Pada umumnya bayi yang memenuhi kriteria untuk dilakukan PMK adalah bayi BBLR dengan berat lahir ≤ 1800 gram, tidak ada kegawatan pernafasan dan sirkulasi, tidak ada kelainan kongenital yang berat, dan mampu bernafas sendiri (WHO, 2002). PMK dapat ditunda hingga kondisi kesehatan bayi stabil dan ibu siap untuk melakukannya. Pada bayi yang masih dirawat di NICU atau masih memerlukan perawatan intensif, hal tersebut tidak mencegah pelaksanaan PMK melalui pengawasan dari petugas kesehatan.

Pemberian PMK dapat dilakukan dengan dua cara yaitu PMK intermitten dan PMK kontinu (WHO, 2002).

a. PMK Intermitten

PMK secara intermiten yaitu PMK tidak diberikan sepanjang waktu tetapi hanya dilakukan jika ibu mengunjungi bayinya yang masih berada dalam perawatan di inkubator dengan durasi minimal dua jam secara terus-menerus dalam satu hari. Metode ini dilakukan pada bayi yang dirawat di *neonatal intensive care unit* (NICU) atau bayi yang masih memerlukan pengobatan medis (misalnya infus, tambahan oksigen dengan konsentrasi rendah).

b. PMK Kontinu

PMK kontinu yaitu PMK yang diberikan selama 24 jam secara terus menerus dan dapat dilakukan di unit rawat gabung atau ruangan yang dipergunakan untuk perawatan metode kanguru. Untuk PMK yang kontinu, kondisi bayi harus dalam keadaan stabil dan dapat bernapas secara alami tanpa bantuan oksigen. Kemampuan untuk minum (seperti menghisap dan menelan) bukan merupakan persyaratan utama, karena PMK sudah dapat

dimulai meskipun pemberian minumannya dengan menggunakan pipa lambung (Suradi *et al.* 2008).

Pelaksanaan PMK bisa dilakukan oleh orang lain (suami, nenek, bibi, dan anggota keluarga lainnya) secara berkelanjutan (Suradi *et al.* 2008). PMK sebaiknya dimulai secara bertahap misalnya selama satu jam (agar tidak mengganggu waktu istirahat bayi) sebelum terus menerus selama 24 jam (WHO 2002). PMK yang berlangsung kurang dari 60 menit sebaiknya dihindari, karena perubahan yang sering akan membuat bayi menjadi stres (Thukral *et al.*2008).

b). Komponen Perawatan Metode Kanguru

Empat komponen yang terdapat dalam PMK meliputi *Kangaroo Position*, *Kangaroo Nutrition*, *Kangaroo Support*, *Kangaroo Discharge and Follow Up* (Bergh, 2002).

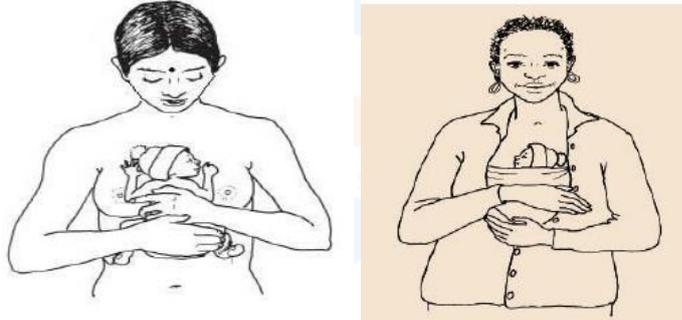
1. *Kangaroo Position* (Posisi)

Pada posisi PMK, bayi diletakkan diantara payudara dengan posisi tegak, dada bayi menempel ke dada ibu. Posisi ini disebut juga dengan kontak kulit ke kulit antara ibu dengan bayinya (WHO, 2002).

Berikut ini adalah langkah-langkah dalam PMK dengan posisi yang benar (WHO, 2003) yaitu:

1. Letakkan bayi diantara payudara ibu dengan posisi tegak
2. Kulit bayi harus melekat ke dada ibu (kontak kulit dengan kulit) dengan kepala bayi dipalingkan ke satu sisi (kiri atau kanan) dengan posisi sedikit tengadah. Posisi kepala seperti ini bertujuan untuk menjaga agar saluran napas tetap terbuka dan memberi peluang agar terjadi kontak mata antara ibu dan bayi. Hindari posisi kepala terlalu fleksi atau ekstensi
3. Gunakan baju kanguru untuk membungkus dengan nyaman ibu dan bayi
4. Letakkan bagian tengah dari kain menutupi bayi di dada ibu
5. Bungkus dengan kedua ujung kain mengelilingi ibu di bawah lengannya ke punggung ibu
6. Silangkan ujung kain di belakang ibu, bawa kembali ujung kain ke depan
7. Ikat ujung kain untuk mengunci di bawah bayi

8. Topang kepala bayi dengan menarik pembungkus ke atas hanya sampai telinga bayi
9. Perut bayi jangan sampai tertekan dan sebaiknya berada di sekitar *epigastrium* ibu. Dengan cara ini bayi dapat melakukan pernapasan perut. Napas ibu akan merangsang bayi.



Gambar 2.1. Posisi Bayi PMK (WHO, 2002)

2. ***Kangaroo Nutrition* (Nutrisi)**

Pelaksanaan PMK menyebabkan proses menyusui menjadi lebih berhasil dan menyusui lebih lama, serta meningkatkan volume ASI yang dihasilkan ibu. Waktu yang optimal bagi bayi untuk memulai menyusu adalah dua jam setelah lahir, dimana saat itu bayi bersifat sangat responsif terhadap rangsangan taktil, suhu dan bau ibunya. Pada bayi yang kecil diperlukan menyusu lebih sering, yaitu sekitar 2-3 jam. Meskipun bayi belum dapat menghisap dengan baik dan lama, anjurkan menyusui terlebih dahulu, kemudian gunakan metode minum yang lain (Alasiry 2012).

Bayi pada kehamilan kurang dari 30 sampai 32 minggu biasanya perlu diberi minum melalui pipa lambung. Pemberian minum melalui pipa dapat dilakukan saat bayi berada dalam posisi kanguru. Pada bayi dengan masa kehamilan 32 sampai 34 minggu dapat diberi minum melalui gelas kecil. Pemberian minum dapat diberikan 1 atau 2 kali sehari saat bayi masih diberi minum melalui pipa lambung. Jika bayi dapat minum melalui gelas dengan baik maka pemberian minum melalui pipa dapat dikurangi. Pada saat minum melalui gelas, maka bayi dikeluarkan dari posisi kanguru (WHO, 2003).

Pada bayi dengan usia kehamilan 32 minggu atau lebih biasanya sudah dapat mulai menyusu pada ibu. Bayi sudah bisa menelan tetapi belum dapat menghisap secara kuat. Pada bayi dengan usia kehamilan 34 sampai 36 minggu atau lebih dapat memenuhi semua

kebutuhannya langsung dari ASI. Reflek hisap yang efektif baru timbul pada bayi dengan usia kehamilan 34 minggu (WHO, 2002).

3. Kangaroo Support (Dukungan)

Dukungan untuk ibu melakukan PMK bisa diperoleh dari berbagai pihak, yaitu suami, anggota keluarga lain, petugas kesehatan dan masyarakat. Dukungan yang dibutuhkan dapat berupa dukungan emosional yaitu untuk melakukan PMK, dukungan fisik dengan adanya waktu istirahat dan tidur yang cukup bagi ibu agar dapat melakukan PMK, dan dukungan edukasi berupa pemberian informasi bagi ibu dan keluarganya agar dapat memahami mengenai manfaat PMK (WHO, 2002). Hal ini menentukan pelaksanaan ibu dalam melakukan PMK baik di rumah sakit ataupun di rumah.

4. Kangaroo Discharge (Pemulangan)

Bayi diperbolehkan pulang dengan tetap dilakukan PMK di rumahnya. Lingkungan keluarga sangat penting untuk kesuksesan PMK. Menurut WHO (2002), bayi dapat dipulangkan dari rumah sakit ketika telah memenuhi kriteria :

1. Kesehatan bayi secara keseluruhan dalam kondisi baik, tidak ada apneu atau infeksi.
2. Bayi dapat minum dengan baik (menyusui atau menggunakan gelas).
3. Berat bayi telah kembali ke berat awal dan selalu bertambah (kurang lebih 15 gram/kg/hr) selama 3 hari berturut-turut.
4. Ibu mampu merawat bayi dapat datang secara teratur untuk melakukan *follow-up*.

Petugas kesehatan perlu mengevaluasi kemampuan ibu dan melakukan pemantauan secara teratur terhadap pelaksanaan PMK di rumah (WHO, 2002). Bayi yang dipulangkan dengan berat badan kurang dari 1800 gram dipantau setiap minggu dan bayi dengan berat badan lebih dari 1800 gram setiap dua minggu. Tujuan pemantauan yaitu memotivasi ibu agar tetap melanjutkan PMK dan untuk mempromosikan pemberian ASI eksklusif (Suradi *et al.* 2008). Beberapa hal yang perlu diperhatikan pada saat kunjungan rumah yaitu pelaksanaan PMK, pemberian ASI, pertumbuhan dan perkembangan bayi (WHO, 2002).

c). Manfaat Perawatan Metode Kanguru

Berikut ini adalah beberapa keuntungan atau manfaat dari PMK.

1. Peningkatan Hubungan Emosi Ibu dan Bayi

Hubungan emosional ibu dengan bayi dimulai sejak kehamilan. Ikatan emosional (*bonding*) ini merupakan suatu proses hubungan bayi dengan orangtuanya. Kebutuhan bayi

terhadap orangtua bersifat absolut, neonatus secara total sangat tergantung secara fisik dan emosional kepada yang merawatnya (Tessier et al, 1998; Monintja, 1997). Bayi dengan kontak yang dini dengan ibunya, lebih sedikit menangis, lebih sering tersenyum, dan lebih banyak memanfaatkan ASI daripada bayi yang kontak dengan ibunya terlambat atau tidak adekuat (De Chateau & Winberg, 1977).

Tessier, et al (1998) melaporkan 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 meningkatkan kedekatan ibu dengan bayinya (Klaus & Kennel, 1993), mengurangi stres pada ibu sebagaimana pada bayi, serta membuat ibu dan bayi lebih tenang dan rileks (Ludington & Golant, 1993). Semakin dini PMK diterapkan, hasilnya semakin baik (Monintja, 1997).

2. Stabilisasi Suhu Tubuh

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 higiene PMK sama dengan inkubator tipe 3 yang paling canggih, namun dari segi biaya berbeda jauh (WHO, 2004). Pengaturan suhu tubuh ibu yang menggunakan PMK ditemukan oleh Ludington & Golant. Didapatkan bahwa suhu ibu akan meningkat bila bayi mulai ‘dingin’ dan bila bayi telah ‘hangat’ maka suhu ibu menurun kembali. Fenomena ini disebut *Maternal Neonatal Thermal Synchrony* (Ludington & Golant, 1993).

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, 2004). Penggunaan inkubator di negara berkembang memerlukan perhatian khusus terutama terhadap ketersediaan sumber listrik yang memadai, tenaga terlatih untuk supervisi, pemeliharaan dan perbaikan alat, sterilisasi inkubator, dan jumlah inkubator. Seringkali dijumpai satu inkubator digunakan untuk lebih dari satu bayi karena jumlahnya terbatas. Hal ini dapat meningkatkan risiko terjadinya infeksi nosokomial (WHO, 2004; Boedjang, 1997).

3. Stabilisasi Laju Denyut Jantung dan Pernapasan

Ludington & Golant (1993) dalam penelitiannya yang menggunakan alat monitor kontinu, menemukan bahwa selama perawatan menggunakan PMK, laju denyut jantung

bayi relatif stabil dan konstan sekitar 140-160 kali per menit. Ketika bayi tidur saat PMK, denyut jantung menjadi teratur. Penelitian lain dengan menggunakan pneumokardiogram, melakukan pengamatan terhadap pola respirasi dan denyut jantung sepanjang 3 interval diantara 4 waktu penyusuan (Anderson, 1995). Pada interval ke-1 bayi dirawat dalam boks, pada interval ke-2 dengan PMK, dan pada interval ke-3 dalam boks kembali. Pencatatan dilakukan setelah satu jam penyusuan. Didapatkan bahwa laju napas dan denyut jantung selama PMK lebih stabil dibanding perawatan dalam boks sebelum dan sesudah PMK.

4. Berat Badan dan Pertumbuhan

Pertumbuhan secara keseluruhan, bukan hanya berat badan, dapat meningkat selama perawatan dengan 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 demikian, 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). Menurut Silvia et al., (2015), peningkatan berat badan bayi ini erat kaitanya dengan beberapa factor, salah satunya adalah kemampuan bayi dalam menghisap ASI, nutrisi bayi yang cukup, emosional bayi dan ibu yang terjaga dengan baik, serta posisi bayi dalam perawatan metode kanguru.

5. Tingkah Laku Bayi

Apabila inkubator bayi diketuk, maka reaksi yang ditunjukkan oleh bayi kurang bulan adalah sebagai berikut: frekuensi jantung meningkat, pernapasan menjadi lebih cepat, warna kulit berubah dari merah menjadi kebiruan, bayi menggerakkan semua anggota tubuhnya, kepalanya dipalingkan, mukanya menyeringai, dan dagunya diangkat (Ludington & Golant, 1993). Respons tersebut dapat berlangsung selama 2 menit. Hal tersebut disebabkan pada bayi kurang bulan, sistem saraf pusatnya belum matang sehingga kurang mampu menyeleksi atau mengurangi pengaruh lingkungan yang membuatnya bingung. Respons tersebut akan menghabiskan oksigen dan kalori yang diperlukan untuk pertumbuhannya. Kadar stres juga meningkat bermakna pada bayi yang dirawat terpisah oleh ibunya (Anderson, 1995).

Bayi yang dirawat di inkubator bisa menangis selama 2 sampai 3 menit sampai seseorang datang untuk merawatnya. Dengan PMK, jumlah tangisan dalam satu episode

menurun bermakna bahkan banyak bayi yang tidak menangis sama sekali atau jika menangis biasanya berlangsung selama 1 menit (Ludington & Golant, 1993). Tangisan yang terjadi selama PMK biasanya terjadi pada saat bayi sedang lapar dan dapat segera ditangani oleh ibu dengan memberikan ASI.

6. Peningkatan Produksi Air Susu Ibu

Air Susu Ibu (ASI) pada kelompok PMK jumlahnya lebih banyak secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol (Hurst et al, 1991). Peningkatan produksi ASI dapat terjadi dengan menguatnya ikatan emosi antara ibu dengan bayi sehingga terjadi *letdown* refleks yang penting bagi pengeluaran ASI. Di samping itu, stres yang biasa terjadi pada ibu-ibu yang bayinya dirawat di RS akan berkurang bila ibu diberi kesempatan mendekap bayinya dengan PMK, hal ini akan berpengaruh positif terhadap produksi ASI (Hurst et al, 1991).

Ketika PMK, frekuensi ibu dalam memberikan ASI lebih teratur dan tepat waktu dikarenakan bayi selalu berada dalam dekapan ibu, sehingga jika bayi sudah merasa haus dan memerlukan ASI maka bayi akan mencari sendiri puting susu ibu dalam baju kangurunya. Hal tersebut akan membantu bayi meningkatkan kemampuan dalam menyusui karena refleks menghisap bayi akan selalu terasah dan terlatih, serta hubungan batin ibu dan bayi akan lebih baik lagi karena kontak langsung yang diberikan ibu kepada bayinya (Silvia et al., 2015)

Menurut Chark et al. (1994), pemberian ASI eksklusif atau parsial pada usia bayi 1 bulan, 6 bulan dan 1 tahun memiliki presentase yang lebih tinggi dibandingkan dengan pada bayi yang terkontrol atau tidak melakukan PMK. Menurut Schmidt et al. (1986), volume harian pemberian minum yang dilakukan oleh bayi yang PMK sebesar 640 ml dibandingkan dengan yang terkontrol hanya 400 ml. Menurut Hurst et al (1997), volume harian pemberian minum harian pada bayi yang dilakukan PMK sebesar 647 ml sementara pada bayi tidak dilakukan PMK 530 ml.

2.3 Perawatan Metode Kanguru (PMK) di Komunitas

Perawatan Metode Kanguru berbasis komunitas (*Community-Kangaroo Mother Care*) dirancang untuk inisiasi dini setelah lahir di negara berpenghasilan sangat rendah dimana sebagian besar kelahiran terjadi di rumah, akses terhadap perawatan klinis terbatas, dan tingkat kematian bayi baru lahir tinggi. Tujuan dari PMK di komunitas adalah untuk

mencegah hipotermia, beberapa kondisi pernapasan, diare dan memperbaiki nutrisi bayi yang baru lahir (Sloan et al., 2011).

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).

Sebagian besar penerapan PMK dimulai di rumah sakit dengan proses adaptasi yang kemudian dilanjutkan di rumah. Ibu atau keluarga mengunjungi rumah sakit atau klinik untuk melakukan *follow up* dan mereka merupakan bagian dari kelompok pendukung pelaksanaan PMK (Pelaez, 2004). Banyak peneliti menekankan pentingnya mengadopsi PMK untuk digunakan di komunitas (Worku & Kassie, 2005; Bhutta et al., 2005; Darmstadt et al., 2000), dengan kunjungan rutin yang dijadwalkan untuk menimbang bayi, memberikan konseling mengenai cara memberi makan bayi, dan memeriksa tanda-tanda bahaya pada bayi (Pelaez, 2004). Pengalaman dari penelitian PMK berbasis komunitas di negara lain menunjukkan bahwa setelah keluar dari rumah sakit, kelanjutan dari PMK bervariasi dari 3,4% di Afrika (Solomons, 2012) hingga 75% di Bangladesh (Quasem et al., 2003), dengan demikian sehingga menekankan pentingnya kelanjutan dari PMK di rumah.

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). Tidak seperti PMK berbasis rumah sakit, PMK di komunitas dipromosikan untuk semua bayi, terlepas berat lahir, segera setelah lahir dan tidak memerlukan penilaian klinis atau berat lahir untuk mengidentifikasi bayi yang memenuhi syarat untuk melakukan PMK (Sloan et al., 2008).

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. Komunitas di negara-negara seperti Bangladesh, India, dan Nepal telah memperkenalkan PMK untuk bayi yang lahir di rumah. Dalam komunitas ini, ibu belajar tentang PMK selama kehamilan dan PMK dimulai tepat setelah lahir. Seperti dalam fasilitas kesehatan, fokus PMK terutama untuk bayi kecil atau bayi prematur. Namun, di tempat-tempat di mana banyak atau sebagian besar bayi dilahirkan kecil, PMK dapat dipraktikkan untuk semua bayi (USAID, 2012).

2.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Praktek PMK

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.

1. 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.

2. 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.

3. 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).

4. 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.

5. 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.

6. 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).

7. 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.

8. Dukungan Petugas Kesehatan

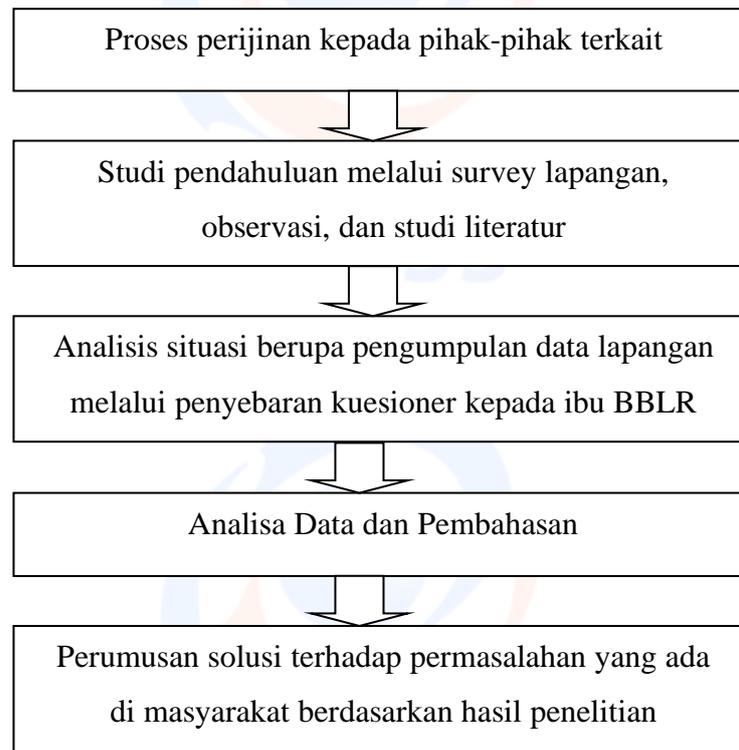
Dukungan petugas kesehatan yaitu dukungan yang diberikan oleh petugas pada pelayanan primer atau Puskesmas dalam melakukan kunjungan rumah dan pemberian informasi, edukasi, dan motivasi kepada ibu dalam melaksanakan PMK. Adanya dukungan dari petugas kesehatan akan meningkatkan praktek PMK di komunitas. Menurut Chan et al (2015), faktor pendukung dalam pelaksanaan PMK yaitu pelayanan kesehatan dan dukungan petugas kesehatan, sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Seidman 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

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Tahapan Penelitian

Tahapan penelitian yang akan dilaksanakan dapat dilihat pada bagan berikut ini.



Gambar 3.1. Tahapan Penelitian

3.2 Lokasi Penelitian

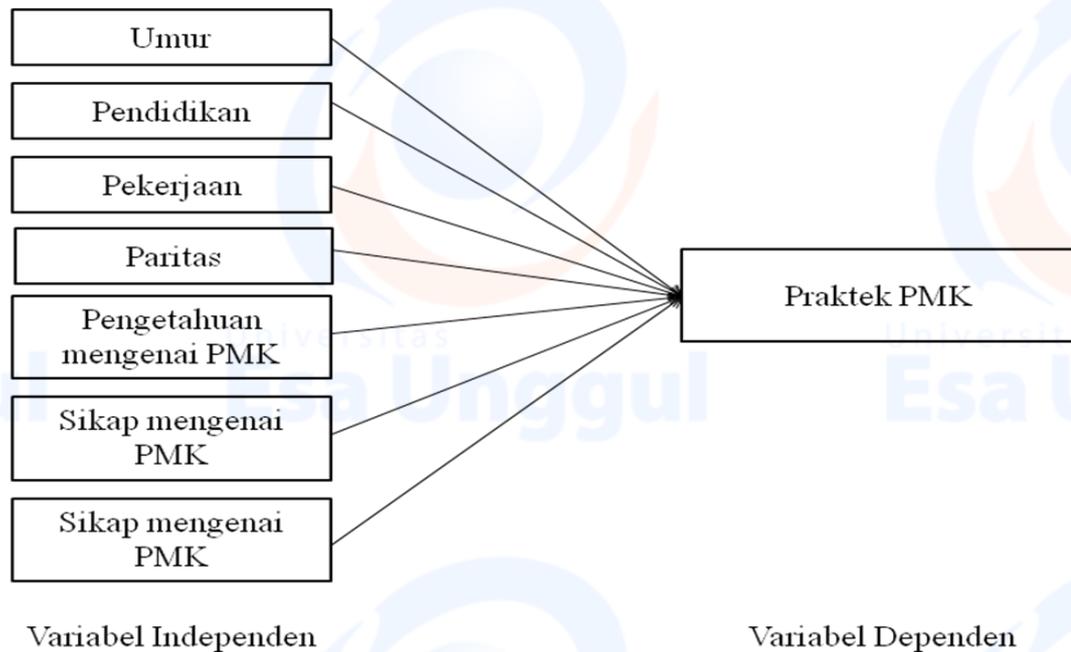
Penelitian ini akan dilaksanakan di Kecamatan Cilincing, Jakarta Utara. Populasi dalam penelitian adalah ibu yang mempunyai BBLR paska perawatan dari Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Koja, Jakarta Utara. Pengambilan sampel dilakukan secara *consecutive sampling*.

3.3 Variabel Penelitian

Variabel dependen dalam penelitian ini yaitu praktek PMK dan variabel independen yaitu umur, pendidikan, pekerjaan, paritas, pengetahuan, sikap, dan dukungan keluarga.

3.4 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep pada penelitian ini tertera pada bagan berikut.



Gambar 3.2. Kerangka Konsep penelitian

Variabel dependen yaitu praktek PMK dan variabel independen terdiri dari umur, pendidikan, pekerjaan, paritas, pengetahuan, sikap, dan dukungan keluarga.

3.5 Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross-sectional*. Pengukuran hanya dilakukan satu kali pada saat kunjungan rumah pada ibu BBLR paska perawatan dari rumah sakit.

3.6 Teknik Pengumpulan dan

Pengumpulan data dilakukan melalui kuesioner dan observasi pada ibu BBLR saat kunjungan rumah. Pengumpulan data melalui kuesioner bertujuan untuk mengidentifikasi umur, pendidikan, pekerjaan, paritas, pengetahuan, sikap, dukungan keluarga, dan praktek PMK. Pengumpulan data melalui observasi bertujuan untuk mengukur praktek PMK.

3.7 Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini terdiri dari analisis univariat dan bivariat.

a. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menyajikan data proporsi dan numerik, seperti sebaran karakteristik demografi dan sebaran masing-masing variabel yang akan diteliti.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan atau perbedaan diantara minimal dua variabel. Analisis bivariat yang digunakan pada penelitian ini yaitu uji statistik *t-test* dan χ^2 untuk mengukur faktor-faktor yang mempengaruhi praktek PMK.

BAB 4

BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN

4.1 Anggaran Biaya

Rekapitulasi anggaran biaya penelitian tertera pada tabel berikut.

Tabel 5.1. Ringkasan Anggaran Biaya Penelitian

No	Uraian	Jumlah (Rp)
1	Bahan habis pakai	1.000.000
2	Peralatan	500.000
3	Perjalanan	1.000.000
4	Lain-lain	500.000
Jumlah Total Biaya Penelitian		3.000.000,-

4.2 Jadwal Penelitian

Jadwal penelitian tertera pada tabel di bawah ini.

Tabel 4.2. Jadwal Penelitian

No	KEGIATAN	BULAN KE-				
		1	2	3	4	5
1.	Persiapan	✓				
2.	Pembuatan Instrumen	✓				
3.	Survey Lapangan	✓				
4.	Pengumpulan data		✓	✓		
5.	Analisis data				✓	
6.	Penyusunan Laporan				✓	
7.	Publikasi					✓

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Karakteristik Sosio-Demografi

Rata-rata umur ibu BBLR dalam penelitian ini yaitu 31 tahun, sementara suami ibu BBLR berumur 34 tahun. Rata-rata usia gestasi ibu BBLR yaitu 34 bulan. Rata-rata berat badan bayi lahir yaitu 2010 gram, berat badan pulang yaitu 2016 gram.

Sebagian besar ibu BBLR berpendidikan tamat SMP (30%), tidak bekerja (93,3%), mempunyai 2-3 orang anak (53,4%), bersalin secara normal (50%), tidak mempunyai masalah kesehatan paska persalinan (66,7%). Sebagian besar suami ibu BBLR berpendidikan tamat SMU (63,3%), dan bekerja (100%). Sebanyak 90% bayi tidak mempunyai masalah kesehatan paska perawatan dari RSUD Koja. Fasilitas kesehatan terdekat dari rumah ibu BBLR yaitu Puskesmas (96,7%), dengan jarak <1 km (53,3%), dan menggunakan transportasi kendaraan pribadi (53,3%).

Tabel 5.1 Karakteristik Sosio-Demografi

Variabel	Mean	Standar Deviasi
Umur ibu BBLR	30,83	7,135
Umur suami ibu BBLR	34,13	7,682
Usia gestasi	33,77	1,832
Berat badan bayi lahir	2010, 67	258, 479
Berat badan bayi pulang	2016, 37	174, 909
Karakteristik Sosio-Demografi	Jumlah	Persentasi
Pendidikan ibu BBLR		
- Tidak tamat SD	1	3,3%
- Tamat SD	5	16,7%
- Tamat SMP	13	43,3%
- Tamat SMU	10	33,3%
- Tamat perguruan tinggi	1	3,3%
Pendidikan suami ibu BBLR		
- Tidak tamat SD	0	0
- Tamat SD	1	3,3%
- Tamat SMP	9	30%
- Tamat SMU	19	63,3%
- Tamat perguruan tinggi	1	3,3%
Pekerjaan ibu BBLR		
- Tidak bekerja	28	93,3%
- Bekerja	2	6,7%

Pekerjaan suami ibu BBLR		
- Tidak bekerja	0	0%
- Bekerja	30	100%
Paritas		
- 1	9	30%
- 2-3	16	53,4%
- 4-5	5	16,6%
Persalinan		
- Normal	15	50%
- Tindakan	1	3,3%
- Operasi Caesar	14	46,7%
Masalah Kesehatan Ibu		
- Tidak ada	20	66,7%
- Ada	10	33,3%
Masalah Kesehatan Bayi		
- Tidak ada	27	90%
- Ada	3	10%
Fasilitas kesehatan terdekat		
- Puskesmas	29	96,7%
- Klinik	1	3,3%
Jarak menuju Fasilitas Kesehatan		
- <1 km	16	53,3%
- 1-3 km	9	30%
- >3 km	5	16,7%
Transportasi menuju Fasilitas Kesehatan		
- Kendaraan pribadi	16	53,3%
- Kendaraan umum	10	33,3%
- Jalan kaki	4	13,3%
Total	30	100%

5.2 Gambaran Praktek PMK

Seluruh ibu BBLR dalam penelitian ini melanjutkan praktek PMK di rumah paska perawatan dari RSUD Koja, Jakarta Utara dengan rata-rata durasi praktek PMK yaitu 2,2 jam per hari. Namun tidak ada satupun ibu BBLR yang mempraktekkan PMK dengan kontinyu selama 24 jam dalam satu hari. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian lain di Ghana (Opara, PI & Okorie, 2017), dimana tidak ada satupun ibu BBLR yang mempraktekkan PMK di rumah dengan kontinyu selama 24 jam dalam satu hari paska perawatan dari rumah sakit.

Sebagian besar ibu BBLR mempraktekkan PMK pada waktu malam hari (33,3%), sementara ibu BBLR lainnya mempraktekkan pada waktu siang hari (26,7%), pagi hari (23,3%), dan sore hari (16,7%). Sebagian besar praktek PMK dilakukan oleh ibu BBLR (73,3%), sementara ibu BBLR lainnya dibantu oleh suami (13,3%), tante (6,7%), dan nenek (6,7%) dalam mempraktekkan PMK.

Berdasarkan hasil observasi yang berfungsi untuk melengkapi data kuantitatif, sebagian besar ibu BBLR mempraktekkan PMK dengan kurang baik (80%) dibandingkan ibu BBLR yang mempraktekkan PMK dengan baik (20%). Pengamatan praktek PMK berdasarkan dari posisi menggendong bayi PMK yaitu adanya kontak langsung kulit-kekulit antara ibu dan bayi dan posisi menggendong bayi seperti katak. Menurut WHO (2002), posisi menggendong PMK yang benar yaitu adanya kontak langsung antara kulit ibu dan bayi, kepala bayi agak dimiringkan ke kanan atau kiri dengan posisi agak tengadah, dan posisi bayi digendong seperti katak.

Tabel 5.2 Praktek PMK pada ibu BBLR

Variabel	Mean	Standar Deviasi
Durasi PMK	2,2	1,03
Variabel	Jumlah	Presentasi
Waktu Mempraktekkan PMK		
- Malam hari	10	33,3%
- Siang hari	8	26,7%
- Pagi hari	7	23,3%
- Sore hari	5	16,7%
Orang yang Mempraktekkan PMK		
- Ibu BBLR saja	22	73,3%
- Ibu BBLR dibantu oleh suami	4	13,3%
- Ibu BBLR dibantu oleh tante	2	6,7%
- Ibu BBLR dibantu oleh nenek	2	6,7%
Praktek PMK		
- Kurang baik	24	80%
- Baik	6	20%
Total	30	100%

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian lain di India (Ramaiah, 2016) bahwa sebagian besar ibu mempraktekkan PMK dengan posisi yang kurang baik (76.66%) dibandingkan dengan ibu yang mempraktekkan PMK dengan posisi baik (23.33%). Praktek PMK tersebut berhubungan dengan pengetahuan ibu BBLR, dimana sebagian besar ibu BBLR (65%) mempunyai pengetahuan yang kurang baik mengenai PMK.

5.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Praktek PMK

Variabel independen yang akan diteliti dalam penelitian ini yaitu umur, pendidikan, pekerjaan, paritas, pengetahuan, sikap, dan dukungan keluarga. Sebelum analisis bivariat, dilakukan uji normalitas terlebih dahulu untuk variabel numerik, yaitu umur. Berdasarkan uji Kolmogorof Smirnov ditemukan bahwa umur terdistribusi dengan tidak normal (nilai $p > 0,05$), sehingga uji statistik yang akan dilakukan yaitu uji statistik non-parametrik.

Berdasarkan uji statistik χ^2 , tidak ditemukan adanya hubungan yang signifikan antara pendidikan, pekerjaan, paritas, pengetahuan, sikap, dan dukungan keluarga dengan praktek PMK pada ibu BBLR (nilai $p > 0,05$). Sedangkan berdasarkan uji statistik *Mann-Whitney U*, ditemukan bahwa umur mempunyai hubungan yang signifikan dengan praktek PMK pada ibu BBLR ($z = -2,263$, $p \text{ value} < 0,05$, CI 95%). Ibu yang lebih muda (Mean=29,26, SD=7,17) mempraktekkan PMK dengan kurang baik dibandingkan dengan ibu yang lebih tua (Mean=36,50 SD=4,04). Hal tersebut dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.3 Hubungan Umur dengan praktek PMK

	Praktek PMK	N	Mean	SD
Umur	Kurang Baik	22	29,26	7,17
	Baik	8	36,50	4,04

Dalam penelitian ini, ibu yang lebih tua mempraktekkan PMK dengan baik dibandingkan dengan ibu yang lebih muda. Hal tersebut dapat disebabkan oleh faktor umur yang berhubungan dengan informasi dan pengetahuan yang dimiliki oleh ibu BBLR. Ibu yang berusia lebih tua akan lebih terbuka dalam menerima informasi kesehatan dan mempunyai pengalaman terkait praktek kesehatan. Hal ini akan mempengaruhi keputusan ibu dalam bertindak. Semakin matang usia ibu, semakin matang pikirannya untuk bertindak.

Perilaku adalah respon terhadap rangsangan yang dipengaruhi oleh banyak faktor, termasuk karakteristik personal. Faktor yang mempengaruhi perilaku dibagi menjadi faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal adalah faktor yang berasal dari dalam diri seseorang, seperti usia, jenis kelamin, dll, dan faktor eksternal berasal dari luar orang

tersebut, seperti fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan lingkungan lainnya (Notoatmodjo, 2007). Teori lain (Green, 1999) mengatakan bahwa perilaku ditentukan oleh tiga kelompok faktor, yaitu faktor predisposisi yang mencakup pengetahuan individu, sikap, keyakinan, tradisi, norma sosial dan elemen lain yang terkandung dalam individu dan masyarakat; faktor pemungkin, yaitu tersedianya layanan dan fasilitas kesehatan; dan faktor penguat yang merupakan sikap dan perilaku pekerja kesehatan. iour.

Berdasarkan teori Social Cognitive Theory (Bandura, 1962), sosio-ekonomi adalah salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku. Teori ini didasarkan pada keyakinan bahwa perilaku merupakan hasil dari interaksi terus-menerus antara lingkungan, individu dan perilaku. Teori lain dari Health Belief Model (Rosenstock, 1974) menjelaskan bahwa karakteristik pribadi termasuk usia adalah faktor modifikasi yang akan mengubah persepsi individu yang akan mempengaruhi perilaku.

Hasil penelitian ini sesuai dengan Theory of Reasoned Action (Fishbein, 2010) bahwa perilaku ditentukan oleh niat yang dipengaruhi oleh variabel eksternal seperti karakteristik sosial-demografis termasuk usia. Oleh karena itu, usia adalah salah satu faktor latar belakang tidak langsung berhubungan dengan perilaku.

Hasil penelitian ini konsisten dengan penelitian lain di Ethiopia (Yusuf et al., 2018) bahwa usia ibu berhubungan dengan praktek PMK, dimana ibu berusia 25-29 tahun lebih jarang mempraktekkan PMK dibandingkan ibu berusia 30-34 tahun. Serupa dengan penelitian lain di India (Ramaiah, 2016) bahwa faktor sosial-demografis termasuk usia terkait dengan pengetahuan dan praktek PMK.

Hasil penelitian ini tidak konsisten dengan penelitian lain di Sudan (Meseka et al., 2017), dimana karakteristik sosial-demografis tidak berhubungan dengan pengetahuan dan praktek perawatan bayi, termasuk PMK. Serupa dengan studi lain di Nepal (Chaudhary et al., 2018) bahwa jenis keluarga, tempat tinggal, agama, usia, pekerjaan, dan pendapatan bulanan tidak berhubungan dengan pengetahuan dan praktek PMK.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Berdasarkan penelitian ini, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Rata-rata durasi praktek PMK pada ibu BBLR yaitu 2,2 jam per hari.
2. Berdasarkan uji statistik *Mann-Whitney U*, terdapat hubungan yang signifikan antara umur dengan praktek PMK pada ibu BBLR ($z=-2,263$, $p \text{ value} < 0,05$, CI 95%)...

6.2 Saran

1. Untuk Institusi Kesehatan
 - a. Meningkatkan komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan secara berkelanjutan mengenai PMK.
 - b. Kunjungan rumah oleh petugas kesehatan secara kontinyu untuk memeriksa kondisi BBLR dan praktek PMK pada ibu BBLR
2. Untuk Keluarga dan Masyarakat

Adanya dukungan keluarga, teman, dan masyarakat dalam menerapkan PMK pada ibu BBLR
3. Untuk Institusi Pendidikan

Adanya penelitian lebih lanjut dengan metode efektif lainnya untuk meningkatkan praktek PMK pada ibu BBLR.

DAFTAR PUSTAKA

- 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>
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana, & Nasional. (2013). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2012*.
- Boundy, E. O., Dastjerdi, R., Spiegelman, D., & Wafaie, W. (2018). Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes : A Meta-analysis, *137*(1).
- Dawar, R., Nangia, S., Thukral, A., Chopra, S., & Khanna, R. (2019). 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>
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2009). *Pedoman Pelayanan Kesehatan Bayi Berat Lair Rendah (BBLR) dengan Perawatan Metode Kanguru di Rumah Sakit dan Jejarungnya*.
- Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. (2017). *Profil Kesehatan DKI Jakarta tahun 2017*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2016*.
- 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>
- Opara, PI & Okorie, E. (2017). Kangaroo mother care : Mothers experiences post discharge from hospital. *Journal of Pregnancy and Neonatal Medicine*, *1*(1).
- 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>
- WHO. (2003). *Kangaroo Mother Care: A Practical Guide*. WHO (Vol. 351). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)70336-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)70336-6)

Lampiran 1. Uraian Tugas Peneliti

No	Nama/NIDN	Instansi Asal	Bidang Ilmu	Alokasi Waktu (Jam/Minggu)	Uraian Tugas
1	Intan Silviana Mustikawati, SKM, MPH/ 0302127901	Universitas Esa Unggul	Kesehatan Masyarakat	5 Jam/ Minggu	<ul style="list-style-type: none"> - Penanggung jawab kegiatan penelitian - Pengumpulan data dan analisis data - Monitoring dan evaluasi kegiatan. - Penanggung jawab penyusunan laporan
2	Ade Heryana, SST, MKM/ 0324117302	Universitas Esa Unggul	Kesehatan Masyarakat	6 Jam/ Minggu	<ul style="list-style-type: none"> - Melakuakn kegiatan penelitian - Pengumpulan data dan analisis data - Monitoring dan evaluasi kegiatan. - Membuat penyusunan laporan

Lampiran 2. Biodata Peneliti

A. Identitas Diri

1	Nama Lengkap (dengan gelar)	Intan Silviana Mustikawati, SKM, MPH (P)
2	Jabatan Fungsional	Lektor 300
3	Jabatan Struktural	Dosen Tetap
4	NIP/NIK/No. identitas lainnya	208050350/0302127901
5	Tempat dan Tanggal Lahir	Jakarta, 2 Desember 1979
6	Alamat Rumah	Jl. Murni No.10c, Kembangan, Jakarta Barat
7	Nomor Telepon/Faks	-
8	Nomor HP	081318501928
9	Alamat Kantor	Jl. Terusan Arjuna No.9, Tol Tomang Kebon Jeruk, Jakarta Barat 11510
10	Nomor Telepon/Faks	(021) 5674223, ext 219
11	Alamat e-mail	intansilviana@esaunggul.ac.id
12	Lulusan yang telah dihasilkan	S-1=150 orang; S-2= - orang; S3= - orang
13	Mata Kuliah yang diampu	1. Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat
		2. Ekonomi Kesehatan
		3. Manajemen Pelayanan Kesehatan
		4. Manajemen Program Kesehatan

B. Riwayat Pendidikan

Program	S-1	S-2	S-3
Nama PT	Universitas Indonesia	Universiti Kebangsaan Malaysia	
Bidang Ilmu	Kesehatan Masyarakat	Kesehatan Masyarakat	
Tahun Masuk – Lulus	1998 – 2003	2003 – 2005	
Judul Skripsi	Analisis Pelatihan Kepemimpinan <i>Learning Organization</i> di Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan	<i>Health Information System User Satisfaction</i> in Hospital Universiti Kebangsaan Malaysia	
Nama Pembimbing	Dr. Supriyanto	Dr. Ahmad Taufik Jamil	

C. Pengalaman Penelitian (bukan skripsi, tesis, maupun disertasi)

No	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber*	Jml (Juta Rp)
1	2013	Perilaku Konsumsi Air Bersih pada Ibu-ibu di Bantaran Kali Ciliwung, Jakarta	Universitas	24.000.000,-
2	2014	Analisis Perilaku Pencarian Pengobatan (<i>Health Seeking Behavior</i>) Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Atas (ISPA) pada Nelayan di Muara Angke, Jakarta Utara	Universitas	24.000.000,-
3	2014	Model Pemberdayaan Masyarakat Kampus dalam Pencegahan Narkoba di Universitas Esa Unggul	DIKTI	50.000.000,-
4	2015	Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun pada Ibu-ibu di Kampung Nelayan Muara Angke, Jakarta Utara	Universitas	24.000.000,-
5	2015	Model Implementasi Perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun pada Nelayan di Muara Angke, Jakarta Utara	DIKTI	50.000.000,-
6	2016	Efektifitas Upaya Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) dalam Meningkatkan Pengetahuan mengenai Perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun pada Ibu-ibu di Kampung Nelayan Muara Angke, Jakarta Utara	Universitas	24.000.000,-
7	2017	Determinan Perilaku <i>Personal Hygiene</i> pada Lansia di Panti Wredha Wisma Mulia, Jakarta Barat	Universitas	24.000.000,-

D. Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat

No	Tahun	Judul Pengabdian kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber*	Jml (Juta Rp)
1	2013	Penyuluhan kesehatan mengenai Perilaku Konsumsi Air Bersih di Bantaran Kali Ciliwung, Jakarta Selatan	Universitas	1.500.000,-
2	2014	Penyuluhan kesehatan mengenai HIV/AIDS di SMA Al-Kamal, Jakarta	Universitas	1.500.000,-

		Barat		
3	2015	Upaya Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) dalam Peningkatan Pengetahuan mengenai Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) tatanan Rumah Tangga pada Nelayan di Muara Angke, Jakarta Utara	Universitas	1.500.000,-
4	2016	Penggunaan Metode Nyanyian dalam Penyuluhan Kesehatan untuk Meningkatkan Pengetahuan mengenai Perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun pada Ibu-ibu di Wilayah Puskesmas Kelurahan Pluit, Jakarta	Universitas	1.500.000,-
5	2017	Upaya Promosi Kesehatan mengenai Perilaku <i>Personal Hygiene</i> pada Lansia di Panti Wredha Wisma Mulia, Jakarta Barat	Universitas	1.500.000,-

E. Pengalaman Penulisan Artikel Ilmiah (tidak termasuk makalah seminar/proceedings, artikel di surat kabar)

No	Tahun	Judul Artikel Ilmiah	Volume/ Nomor	Nama Jurnal
1	2010	Hubungan Pengetahuan Pasien Tentang Tuberkulosis Paru dengan Perilaku Kepatuhan Berobat di Poliklinik Paru Rumah Sakit Umum Daerah Serang	Volume 7 No.1, Januari 2010	Jurnal Forum Ilmiah (ISSN: 1693-4466)
2	2010	Tingkat Kepuasan Pengguna Sistem Informasi Kesehatan di Kalangan Dokter di Hospital Universiti Kebangsaan Malaysia	Volume 7 No.3, September 2010	Jurnal Forum Ilmiah (ISSN: 1693-4466)
3	2012	Hubungan Pengetahuan Ibu tentang ASI Eksklusif dengan Perilaku Pemberian ASI Eksklusif di Kecamatan Neglasari, Tangerang	Volume 9 No.1, Januari 2012	Jurnal Forum Ilmiah (ISSN: 1693-4466)
4	2012	Hubungan Perilaku Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) dengan Keluhan Gangguan Kulit di TPA Kedaung Wetan Tangerang	Volume 9 No.3, September 2012	Jurnal Forum Ilmiah (ISSN: 1693-4466)
5	2013	Perilaku <i>Personal Hygiene</i> pada Pemulung di TPA Kedaung Wetan	Volume 10 No.1, Januari	Jurnal Forum Ilmiah (ISSN: 1693-4466)

		Tangerang	2013	
6	2013	Hubungan Pengetahuan Ibu tentang Personal Hygiene dengan perilaku Personal Hygiene di RW 04, Bantaran Sungai Ciliwung	Volume 1 Nomor 2, Desember 2013	Jurnal INOHIM (ISSN: 2354-8932)
7	2014	Hubungan Pengetahuan dan Keterpaparan Media dengan Perilaku Seks Pranikah Remaja di SMA Muhammadiyah 2 Tangerang	Volume 2 Nomor 3, Mei 2014	Jurnal Forum Ilmiah ISSN:1693-4466
8	2014	Analisis Perilaku Pencarian Pengobatan Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) pada Balita Di Muara Angke Jakarta Utara	Volume 2 Nomor 3, Mei 2014	Jurnal INOHIM (ISSN: 2354-8932)
9	2015	Hubungan Perilaku Pengolahan Limbah Ikan Asin dengan Sanitasi Lingkungan Kerja Fisik pada Industri Pengolahan Ikan Asin PHPT Muara Angke, Jakarta	Volume 12 No.1, Januari 2015	Jurnal Forum Ilmiah ISSN:1693-4466
10	2016	Efektifitas Upaya Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) dalam Meningkatkan Pengetahuan mengenai Perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun pada Ibu-ibu di Kampung Nelayan Muara Angke, Jakarta Utara	Volume 1 Nomor 2, Desember 2016	Jurnal INOHIM (ISSN: 2354-8932)
11	2017	Determinan Perilaku <i>Personal Hygiene</i> pada Lansia di Panti Wredha Wisma Mulia, Jakarta Barat	Volume 14 No.3, September 2017	Jurnal Forum Ilmiah ISSN:1693-4466

F. Pengalaman Penyampaian Makalah secara Oral pada Pertemuan/Seminar Ilmiah

No	Nama Pertemuan Ilmiah/Seminar	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat
1	Persidangan Antarabangsa Pembangunan Malaysia-Indonesia sempena Pelancaran Alumni UKM Cawangan Indonesia	<i>Health Information System User Satisfaction among Doctors in Hospital Universiti Kebangsaan Malaysia</i>	April 2009/Jakarta
2	Kongres Nasional Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia	Perilaku Konsumsi Air Bersih pada Ibu-ibu di Bantaran Kali Ciliwung, Jakarta	5–7 September 2013 /Kupang, Nusa Tenggara Timur

	(IAKMI) ke-12		
3	Pertemuan Ilmiah Tahunan Nasional Epidemiologi III	Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Seks Pranikah pada Remaja Kelas XI di SMKN 25 Jakarta	Februari 2014/Jakarta
4	Seminar Nasional Kesehatan Masyarakat UIN	Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemilihan Penolong Persalinan Di Desa Bojong Kabupaten Bogor	Oktober 2014/Jakarta
5	<i>The 2nd Health Research and Development Symposium in Asia Pacific Region</i>	Analisis Perilaku Pencarian Pengobatan Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) pada Balita Di Desa Tanjung Pasir Tangerang	17-20 November 2014/Jakarta
6	Prosiding MUKERNAS IAKMI XIII	Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Rumah Sehat Di Desa Sukamanah, Tangerang	27-29 Oktober 2014/Padang
7	<i>47th Asia-Pasific Academic Consortium For Public Health Conference</i>	<i>Factor Related with Hand Washing Using Soap Practice among Mothers in Fishing Village of Muara Angke, Jakarta</i>	19 - 23 Oktober 2015/Bandung
8	<i>The 1st International Conference of Elementary School Teacher Education</i>	<i>The Development of Campus Community Empowerment in the Prevention of Drug Abuse Behavior in University of Esa Unggul</i>	12 - 13 Oktober 2015/Jakarta
9	<i>The 1st Sari Mulia Conference on Health and Sciences 2015</i>	<i>Factors Affecting Health Seeking Behavior of Acute Respiratory Infection Disease among Mothers in Baduy's Village, Banten</i>	18 - 19 Desember 2015/Banjarmasin
10	Kongres Nasional Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI)	Faktor Determinan Deteksi Dini Kanker Serviks melalui Metode IVA pada Pasangan Usia Subur	3-5 November 2016/Makassar
11	<i>Andalas International Public Health Conference 2017</i>	<i>The Effectiveness of Personal Hygiene Promotion among Elderly in Wisma Mulia Nursing Home, West Jakarta, Indonesia</i>	6-7 September 2017/Padang

G. Pengalaman Penulisan Buku

No.	Tahun	Judul Buku	Jumlah Halaman	Penerbit

H. Pengalaman Perolehan HKI

No	Judul/Tema HKI	Tahun	Jenis	Nomor P/ID

I. Pengalaman Merumuskan Kebijakan Publik/Rekayasa Sosial Lainnya

No	Judul/Tema/Rekayasa Sosial	Tahun	Tempat penerapan	Respons Masyarakat

J. Penghargaan yang Pernah Diraih dalam 10 Tahun Terakhir

No	Jenis Penghargaan	Institusi Pemberi Penghargaan	Tahun

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila di kemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan **Penelitian Hibah Internal Universitas Esa Unggul**.

Jakarta, 13 Desember 2019

Peneliti,

(Intan Silviana Mustikawati)

A. Identitas Diri

1	Nama Lengkap (dengan gelar)	Ade Heryana, SST, MKM
2	Jenis Kelamin	Laki-laki
3	NIP/NIK/No. identitas lainnya	-
4	NIDN (Jika ada)	0324117302
5	Tempat dan Tanggal Lahir	Jakarta, 24 November 1973
6	E-mail	heryana@esaunggul.ac.id
7	Nomor Telepon/HP	082227019062
8	Nama Institusi Tempat Kerja	Universitas Esa Unggul
9	Alamat Kantor	Jl. Arjuna Utara No.9 Kebon Jeruk Jakarta Barat
10	Nomor Telepon/Faks	021-5674243

B. Riwayat Pendidikan

Program	S-1	S-2	S-3
Nama Perguruan Tinggi	Politeknik STMI Depperin Jakarta	Universitas Indonesia	
Bidang Ilmu	Teknik dan Manajemen Industri	Kesehatan Masyarakat	
Tahun Masuk – Lulus	1993 - 2000	2013 – 2015	
Judul Skripsi	Analisis Sistem Antrian Resep untuk Mengoptimalkan Jumlah Pelayanan di Apotik Damiyanti Jakarta tahun 2000	Studi Kasus Implementasi Pelayanan Kesehatan Pasca Penerapan Sistem Jaminan Sosial di Klinik Perusahaan PT X	
Nama Pembimbing	drs. Bondan Winarno, MA	Prof. Dr. Amal C. Syaaf, SKM, DrPH	

C. Pengalaman Penelitian Dalam 5 Tahun Terakhir (Bukan Skripsi, Tesis, dan Disertasi)

No	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber	Jml (Juta Rp)

D. Publikasi Artikel Ilmiah Dalam Jurnal Dalam 5 Tahun Terakhir

No	Tahun	Judul Artikel Ilmiah	Volume/ Nomor	Nama Jurnal
1	2016	Upaya Perubahan Sikap Cuci Tangan Pengunjung Kantin Universitas Esa Unggul Jakarta tahun 2016	01/2016	Jurnal Ilmiah Universitas Esa Unggul
2	2016	Kegiatan Penjangkauan Wanita Pekerja Seks (WPS) sebagai Upaya Pencegahan Penularan HIV/Aids di Lokasi Prostitusi Jakarta tahun 2015	01/2016	Jurnal Pengabdian Masyarakat Universitas Esa Unggul

E. Pemakalah /Seminar Ilmiah (*Oral Presentation*) Dalam 5 Tahun Terakhir

No	Nama Temu Ilmiah/Seminar	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat

F. Karya Buku Dalam 5 Tahun Terakhir

No	Judul Buku	Tahun	Jumlah Halaman	Penerbit

G. Perolehan HKI Dalam 5 Tahun Terakhir

No	Judul/Tema HKI	Tahun	Jenis	Nomor P/ID

H. Pengalaman Merumuskan Kebijakan Publik/Rekayasa Sosial Lainnya Dalam 10 Tahun Terakhir

No	Judul/Tema/Jenis Rekayasa Sosial Lainnya yang Telah Diterapkan	Tahun	Tempat penerapan	Respons Masyarakat

I Penghargaan dalam 10 tahun Terakhir (dari pemerintah, asosiasi atau institusi lainnya)

No	Jenis Penghargaan	Institusi Pemberi Penghargaan	Tahun

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila di kemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan **Penelitian Hibah Internal Universitas Esa Unggul**.

Jakarta, 13 Desember 2019

Anggota Tim,

(Ade Heryana)

Lampiran 3. Surat Pernyataan Peneliti

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini;

Nama : Intan Silviana Mustikawati

NIDN : 207030350/0302127901

Pangkat/Golongan : Penata Muda Tingkat I/III/b

Jabatan Fungsional: Lektor

Dengan ini menyatakan bahwa proposal saya dengan judul:

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Praktek Perawatan Metode Kanguru (PMK) pada Ibu yang Mempunyai Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Kecamatan Cilincing, Jakarta Utara

yang diusulkan dalam skema Hibah Penelitian Internal Universitas Esa Unggul untuk tahun anggaran 2019 **bersifat original dan belum pernah dibiayai oleh lembaga/sumber dana lain.**

Bilamana di kemudian hari ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia dituntut dan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan mengembalikan seluruh biaya penelitian yang sudah diterima.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan dengan sebenar-benarnya.

Jakarta, 13 Desember 2019

Mengetahui,
Ketua LPPM

Yang Menyatakan,

Dr. Erry Yudha Mulyani, M. Sc
NIK. 209100388

Intan Silviana Mustikawati, MPH
NIK. 207030350