

**PENGARUH METODE *KANGAROO MOTHER CARE* TERHADAP
PEMBENTUKAN *BOUNDING ATTACHMENT* ANTARA IBU DAN BAYI DAN
PENINGKATAN BERAT BADAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR)**

TUGAS AKHIR

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Kebidanan**



Oleh:

Istria Ririn Cahyanti

NIM 14570601111013

PROGRAM STUDI S1 KEBIDANAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MALANG

2018

DAFTAR ISI

Judul.....	ii
Lembar Pengesahan.....	ii
Lembar Pernyataan Keaslian Tulisan.....	iii
Kata Pengantar.....	ii
Abstrak.....	vii
Abstract.....	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel.....	xiv
Daftar Gambar	xv
Daftar Lampiran	xvi
Daftar Singkatan	xvii
BAB 1	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Akademik.....	5
1.4.2 Manfaat Praktisi.....	5
BAB 2	6
TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)	6
2.1.1 Definisi Bayi Berat Lahir Rendah	6
2.1.2 Klasifikasi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)	6
2.1.3 Faktor Penyebab Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)	7
2.2 <i>Kangaroo Mother Care (KMC)</i>	9
2.2.1 Definisi <i>Kangaroo Mother Care</i>	9



2.2.2	Jenis <i>Kangaroo Mother Care</i>	10
2.2.3	Manfaat <i>Kangaroo Mother Care</i>	11
2.2.4	Syarat <i>Kangaroo Mother Care</i>	12
2.2.5	Waktu untuk Memulai <i>Kangaroo Mother Care</i>	13
2.2.6	Prosedur <i>Kangaroo Mother Care</i>	14
2.3	<i>Bounding Attachment</i>	19
2.3.1	Definisi <i>Bounding Attachment</i>	19
2.3.2	Elemen <i>Bounding Attachment</i>	20
2.3.3	Kondisi yang Mempengaruhi <i>Bounding Attachment</i>	22
2.3.4	Tahapan <i>Bounding Attachment</i>	22
2.3.5	Periode Perkembangan <i>Bounding Attachment</i>	23
2.3.6	Hambatan <i>Bounding Attachment</i>	24
2.3.7	Waktu Penilaian <i>Bounding Attachment</i>	25
2.4	Peningkatan Berat Badan pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)	25
2.5	Pengaruh Pelaksanaan dan Rekomendasi Metode <i>Kangaroo Mother Care</i>	27
2.5.1	Pengaruh <i>Kangaroo Mother Care</i> dalam Beragai Aspek.....	27
2.5.2	Pengaruh <i>Kangaroo Mother Care</i> terhadap <i>Bounding Attachment</i>	27
2.5.3	Pengaruh <i>Kangaroo Mother Care</i> terhadap Peningkatan Berat Badan Bayi BBLR.....	27
2.5.4	Rekomendasi Pelaksanaan <i>Kangaroo Mother Care</i>	29
BAB 3	.....	31
KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN	.....	31
3.1	Kerangka Konsep	31
3.2	Hipotesis Penelitian	32
3.2.1	Hipotesis Mayor	32
3.2.2	Hipotesis Minor	33



BAB 4	32
METODE PENELITIAN	32
4.1 Kerangka Kerja.....	32
4.2 Rancangan Penelitian.....	35
4.3 Populasi dan Sampel.....	35
4.3.1 Populasi.....	35
4.3.2 Sampel	36
4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	37
4.4.1 Lokasi Penelitian	37
4.4.2 Waktu Penelitian.....	37
4.5 Variabel Penelitian.....	38
4.6 Definisi Operasional.....	39
4.6.1 Alat dan Bahan Penelitian.....	41
4.7 Pengumpulan Data	42
4.7.1 Teknik Pengumpulan Data.....	42
4.7.2 Cara Pengambilan Data	42
4.8 Uji Validitas dan Reliabilitas.....	43
4.9 Analisis Data.....	46
4.9.1 Pengolahan Data.....	46
4.9.2 Analisa Data	47
4.10 Etika Penelitian.....	48
BAB 5	51
HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA	51
5.1 Karakteristik Responden berdasarkan Usia Ibu, Pendidikan Ibu, Jumlah Gravidia, Berat Lahir Bayi, dan Lama Hari Pelaksanaan <i>KMC</i>	51
5.1.1 Karakteristik Responden berdasarkan Usia Ibu	51
5.1.2 Karakteristik Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan Ibu	53
5.1.3 Karakteristik Responden berdasarkan Gravidia.....	53
5.1.4 Karakteristik Responden berdasarkan Berat Lahir Bayi.....	53

5.1.5	Karakteristik Responden berdasarkan Lama Pelaksanaan <i>KMC</i>	53
5.2	Tingkat Pembentukan <i>Bounding Attachment</i>	54
5.3	Distribusi dan Kenaikan Berat Badan Bayi BBLR Sebelum dan Setelah Dilakukan <i>Kangaroo Mother Care</i>	55
5.4	Hasil Uji Analisa dan Uji Hipotesis	56
5.4.1	Uji Normalitas Data dan Uji Hipotesis Pembentukan <i>Bounding Attachment</i>	56
5.4.2	Uji Normalitas Data dan Uji Hipotesis Kenaikan Berat Badan Bayi BBLR.....	56
BAB 6	.....	58
PEMBAHASAN	.....	58
6.1	Subjek Penelitian.....	58
6.1.1	Karakteristik Usia Ibu.....	58
6.1.2	Karakteristik Pendidikan Ibu	58
6.1.3	Karakteristik Gravida Responden	59
6.2	Pembentukan <i>Bounding Attachment</i>	59
6.3	Peningkatan Berat Badan Bayi BBLR.....	61
6.4	Keterbatasan Penelitian.....	64
BAB 7	.....	65
PENUTUP	.....	65
7.1	Kesimpulan	65
7.2	Saran	65
DAFTAR PUSTAKA	.....	67
Lampiran 1	.....	71
Lampiran 2	.....	73
Lampiran 3	.....	74
Lampiran 4	.....	75
Lampiran 5	.....	76
Lampiran 6	.....	77
Lampiran 7	.....	78



Lampiran 8.....	79
Lampiran 9.....	81
Lampiran 10.....	82
Lampiran 11.....	83



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1	Definisi Operasional.....39
Tabel 4.2	Penilaian Skala Likert Pernyataan Positif.....41
Tabel 4.3	Penilaian Skala Likert Pernyataan Negatif.....41
Tabel 4.4	Uji Validitas Variabel.....44
Tabel 4.5	Uji Reliabilitas Variabel.....45
Tabel 5.1	Distribusi Responden berdasarkan Usia Ibu, Pendidikan Ibu, Jumlah Gravida, Berat Lahir Bayi, dan Lama Hari Pelaksanaan <i>KMC</i>.....52
Tabel 5.2	Distribusi Tingkat Pembentukan <i>Bounding</i> <i>Attachment</i>.....54
Tabel 5.3	Distribusi dan Kenaikan Berat Badan Bayi BBLR Sebelum dan Setelah Dilakukan <i>Kangaroo Mother Care</i>.....55

DAFTAR GAMBAR


	Halaman
Gambar 2.1 Posisi <i>Kangaroo Mother Care</i>	15
Gambar 2.2 Posisi <i>KMC</i> saat ibu dan bayi beristirahat.....	16
Gambar 4.1 Kerangka Kerja.....	34



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. <i>Curriculum Vitae</i>	71
Lampiran 2. Surat Pernyataan Keaslian Tulisan.	73
Lampiran 3. Surat Kelaikan Etik.....	74
Lampiran 4. Surat Izin Penelitian dari RSUD Kanjuruhan Kepanjen Malang	75
Lampiran 5. Kuisiner Pengaruh Pelaksanaan Metode <i>Kangaroo Mother Care</i> Terhadap Pembentukan <i>Bounding Attachment</i> Antara Ibu Dan Bayi BBLR....	76
Lampiran 6. Surat Persetujuan Menjadi Responden(<i>Informed Consent</i>).....	77
Lampiran 7. Lembar Observasi Peningkatan Berat Badan Bayi BBLR Sebelum Dan Setelah Dilakukan <i>Kangaroo Mother Care (KMC)</i>	78
Lampiran 8. Hasil Analisis Univariat.....	79
Lampiran 9. Data Hasil Penelitian.....	81
Lampiran 10. Hasil Uji SPSS.....	82
Lampiran 11. Dokumentasi Penelitian.....	84

DAFTAR SINGKATAN



AKB	: Angka Kematian Bayi
ASI	: Air Susu Ibu
BA	: <i>Bounding Attachment</i>
BB	: Berat Badan
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
Depkes	: Departemen Kesehatan
Hb	: Hemoglobin
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IUGR	: <i>Intrauterine Growth Restriction</i>
IV	: Intravena
Kemenkes	: Kementrian Kesehatan
KMC	: <i>Kangaroo Mother Care</i>
NICU	: <i>Neonatal Intensive Care Unit</i>
OGT	: <i>Oro Gastric Tube</i>
Protap	: Prosedur Tetap
PTSD	: <i>Post Traumatic Stress Disorder</i>
Riskesmas	: Riset Kesehatan Dasar
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SDKI	: Survei Demografi Kesehatan Indonesia
SOP	: <i>Standard Operating Procedur</i>
TBC	: <i>Tuberculosis</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

PENGARUH METODE KANGAROO MOTHER CARE TERHADAP
PEMBENTUKAN BOUNDING ATTACHMENT ANTARA IBU DAN BAYI DAN
PENINGKATAN BERAT BADAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR)

Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Kebidanan


Oleh:

Istria Ririn Cahyanti

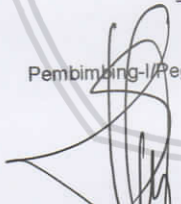
NIM 145070601111013

Dan dinyatakan lulus oleh :

Penguji- I


Dra. Asmika Madiri, SKM, M.Kes

NIP. 19490903 198203 2 001


Pembimbing-I/Penguji-II

dr. Ni Luh Putu Herli Mastuti, Sp.A, M. Biomed

NIK. 2013037502282001

A.n Pembimbing-II / Penguji-III

Koordinator Tugas Akhir


Rismaina Putri, S.ST, M.Keb

NIK. 2014098602032001

Mengetahui,
Ketua Program Studi S1 Kebidanan,


Linda Retna Wati, S.ST, M.Keb

NIP. 198469132014042001



ABSTRAK

Cahyanti, Istria Ririn. 2018. **Pengaruh Metode *Kangaroo Mother Care* Terhadap Pembentukan *Bounding Attachment* antara Ibu dan Bayi dan Peningkatan Berat Badan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)**. Tugas Akhir, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) dr. Ni Luh Putu Herli Mastuti, Sp.A, M.Biomed., (2) Coryna Rizky Amelia, S.ST, M.Keb.

Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) menjadi faktor yang menyumbang tingginya angka kematian bayi. Inkubator adalah salah satu alat yang digunakan untuk perawatan BBLR, namun seringkali penyediaan jumlah inkubator di Rumah Sakit belum memenuhi kebutuhan pasien. Inkubator memiliki kekurangan, dimana penggunaan inkubator berdampak pada pemisahan bayi dari ibu, dan penggunaan inkubator menyulitkan ibu dan bayi dalam pembentukan *bounding attachment*. Maka, dengan pelaksanaan *Kangaroo Mother Care (KMC)*, dapat memberikan banyak keuntungan yang tidak bisa diberikan oleh penggunaan inkubator diantaranya meningkatkan *bounding attachment*, dan meningkatkan berat badan bayi. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui pengaruh metode *KMC* terhadap pembentukan *bounding attachment* antara ibu dan bayi serta peningkatan berat badan bayi BBLR. Lokasi yang digunakan adalah RSUD Kanjuruhan Kapanjen Malang. Penelitian ini menggunakan desain pre-eksperimental, dengan *one group pretest—posttest design* tanpa kelompok kontrol. Sampel penelitian berjumlah 16 ibu dan bayinya yang diambil dengan teknik *purposive sampling*. Data *bounding attachment* dianalisis dengan uji statistik *Wilcoxon*, sedangkan data peningkatan berat badan bayi dianalisis dengan uji statistik *Paired T-Test*. Hasil yang diperoleh yaitu terdapat perbedaan yang bermakna antara pembentukan *bounding attachment* sebelum dan setelah dilakukan metode *KMC* ($p = 0.000$), dan terdapat perbedaan yang bermakna antara berat badan bayi BBLR sebelum dan setelah dilakukan metode *KMC* ($p = 0.046$). Kesimpulan dari penelitian ini terdapat pengaruh bermakna dari pelaksanaan metode *KMC* terhadap pembentukan *bounding attachment* antara ibu dan bayi dan peningkatan berat badan bayi BBLR di RSUD Kanjuruhan Kapanjen Malang.

Kata kunci : BBLR, *Kangaroo Mother Care (KMC)*, *Bounding Attachment*, peningkatan berat badan.

ABSTRACT

Cahyanti, Istria. 2018. ***The Effect of Kangaroo Mother Care Method on The Establishment of Bounding Attachment between Mother & Infant and The Increasing Weight Gain of Low Birth Weight (LBW) Infant.*** Final Assignment, Midwifery Program, Faculty of Medicine, Brawijaya University, Supervisors : (1) dr. Ni Luh Putu Herli Mastuti, Sp.A, M. Biomed (2) Coryna Rizky Amelia, S.ST, M.Keb

Low Birth Weight (LBW) is factor that contributes to the high infant mortality rate. The use of incubators considered as management for LBW, but the number of incubators in hospitals hasn't enough to fulfill the needs of patients. Incubators also has disadvantages, incubator made separation between mother and baby, and makes it difficult for the mothers and infants in the establishment of bounding attachment. The implementation of Kangaroo Mother Care (KMC), can provide more benefits compared with incubators, such as improving bounding attachment, increasing baby's weight, etc. The purpose of this research was to determine the effect of KMC on the establishment of bounding attachment, and the weight gain of LBW infant. The location used is the Regional Public Hospital Kanjuruhan Kepanjen Malang. This study uses a pre-experimental design, with one group pretest—posttest design without control group. The total sample of this research was 16 mothers and babies which taken by purposive sampling technique. Bounding attachment's data were analyzed using Wilcoxon, while the infant weight gain's data were analyzed by Paired T-Test. The results obtained that there is significant difference between the establishment of bounding attachment before and after KMC ($p=0.000$), and there is significant difference between the weight of LBW infants before and after KMC ($p=0.046$). The conclusion of this research is there is significant effect of the implementation of KMC to the establishment of bounding attachment between mother and infant, and weight gain of LBW infants in Regional Public Hospital Kanjuruhan Kepanjen Malang.

Keywords: *Low Birth Weight (LBW), Kangaroo Mother Care (KMC), Bounding Attachment, increase weight gain.*

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka Kematian Bayi (AKB) menyatakan besarnya kemungkinan terjadinya kematian bayi pada umur 0-1 tahun yang terjadi setiap 1000 kelahiran hidup. Keberhasilan pembangunan nasional dapat dilihat dampaknya pada tingkat keberhasilan kesehatan masyarakat melalui penurunan angka kematian bayi yang signifikan (Ryadi, 2016). Berdasarkan data Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2012, angka kematian bayi yang terjadi adalah sebanyak 32 per 1000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2014). Cukup tingginya angka kematian bayi diantaranya dikarenakan beberapa faktor penyebab, utamanya yaitu tingginya kejadian Bayi Berat Lahir Rendah/ BBLR (Noorkasiani, 2009). Berdasarkan studi pendahuluan di RSUD Kanjuruhan Kapanjen Malang, Angka Kematian Bayi (AKB) yang disebabkan oleh kejadian BBLR pada periode September – Desember 2016 adalah 16 per 106 kelahiran BBLR, atau setara dengan 15% kematian bayi karena BBLR.

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) secara umum di Indonesia mencapai angka 10%, sedangkan untuk provinsi Jawa Timur yaitu mencapai prevalensi 11% (Riskesdas dalam Kemenkes, 2015). Di Kota Malang pada khususnya, terdapat sejumlah 428 kasus BBLR pada tahun 2014 atau setara dengan 3,2 % kejadian BBLR (Dinas Kesehatan Kota Malang, 2015). Sedangkan berdasarkan data RSUD Kanjuruhan Kapanjen Kabupaten Malang pada periode September – Desember 2016 saja, terdapat 106 kejadian BBLR per 460 kelahiran bayi (RSUD Kanjuruhan Kapanjen Kabupaten Malang, 2016).

Pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), inisiasi pembentukan ikatan (*bounding attachment*) antara ibu dan bayi menjadi tertunda, hal ini dikarenakan pemisahan antara ibu dan bayi BBLR selama dilakukan perawatan inkubator.

Berdasarkan data penelitian oleh Ionio, Chiara et al (2016) yang dilakukan di Italia terhadap sejumlah 21 orang ibu dan 19 orang ayah (dari bayi *preterm*) serta sejumlah 29 orang ibu dan 23 orang ayah (dari bayi cukup bulan), penelitian tersebut mengkaji hubungan antara kelahiran *preterm*, stress dan perasaan negatif pada orangtua pada perawatan bayi di ruang NICU. Dari penelitian tersebut didapatkan hasil yaitu ibu dari bayi *preterm* yang dirawat di ruang NICU menunjukkan tingkat ketegangan dan kecemasan, depresi, tingkat kemarahan, dan tingkat kelelahan yang lebih tinggi daripada ibu dari bayi yang cukup bulan, sedangkan dari hasil pengisian *Postpartum Bonding Questionnaire*, menunjukkan tingkat kemarahan yang lebih tinggi pada ayah dibandingkan pada ibu ketika bayinya dirawat di ruang NICU. Peningkatan stress, kemarahan, dan perasaan negatif tersebut terjadi terlebih ketika bayi menghabiskan lebih banyak hari di ruang NICU (Ionio, Chiara, et al, 2016).

Oleh karenanya, perlu adanya suatu perawatan yang dapat menjadi solusi alternatif dalam perawatan bayi berat lahir rendah (BBLR), yaitu salah satunya adalah dengan penerapan metode *Kangaroo Mother Care* (KMC). Dengan pelaksanaan *KMC*, diharapkan dapat memberikan berbagai keuntungan yang tidak bisa diberikan oleh penggunaan inkubator seperti meningkatkan hubungan emosi antara ibu dan bayi (*bounding attachment*), seperti yang dijelaskan dalam penelitian oleh (Tessier, Rejean et al, 2003), dilakukan penelitian terhadap 431 orang bayi BBLR dan prematur di Bogota Colombia, hasil dari penelitian tersebut menyatakan bahwa metode *KMC* memberi efek

positif terhadap kemampuan mendengar dan berbicara, performa, dan kemampuan personal sosial pada anak (kemampuan bayi dalam berkomunikasi dan membangun ketertarikan antara orangtua dan anak (*bounding attachment*)).

Selain itu *Kangaroo Mother Care* berpengaruh terhadap peningkatan produksi air susu ibu, peningkatan berat badan bayi, dan lain- lain (Suradi dan Yanuarso, 2000), seperti yang dijelaskan dalam penelitian oleh Silvia pada tahun 2014 di ruang rawat inap perinatologi RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi terhadap 10 orang bayi BBLR, didapatkan hasil bahwa rata-rata berat badan bayi sebelum *KMC* adalah 1738,60 gram, sedangkan setelah dilakukan *KMC* berat badan bayi meningkat menjadi 1766,90 gram, dengan peningkatan berat badan sebanyak 28,30 gram dimana $p \text{ value} = 0.00$ (Silvia dan Gusnila, 2015). Peningkatan tersebut terjadi dikarenakan dalam pelaksanaan *KMC* dapat memfasilitasi aspek pemenuhan nutrisi bagi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) melalui aktivitas menyusui selama metode ini berlangsung sehingga menjadi pilihan yang tepat untuk mencapai berat badan bayi yang ideal (Suradi dan Yanuarso, 2000).

Salah satu rumah sakit yang telah menerapkan metode *Kangaroo Mother Care (KMC)* yaitu di Rumah Sakit Umum Daerah Kanjuruhan Kepanjen. Tercatat sebanyak 111 bayi BBLR telah dilakukan metode *KMC* dalam periode Januari – Desember 2016. Pelaksanaan metode *KMC* termasuk ke dalam prosedur tetap untuk bayi BBLR di RSUD Kanjuruhan Kepanjen Malang (baik bagi bayi prematur maupun *intrauterine growth restriction*) dengan menerapkan jenis *intermittent KMC* atau penatalaksanaan *KMC* dengan durasi 3 - 4 jam per hari, dengan jumlah lama hari pelaksanaan *KMC* yang bervariasi, disesuaikan dengan keadaan bayi. Lamanya bayi dirawat di *Neonatal Intensive Care Unit (NICU)*

bervariasi, mulai 3 hari – 1 bulan atau lebih tergantung kondisi bayi. Pelaksanaan metode *KMC* di RSUD Kanjuruhan Kepanjen sesuai dengan *Standard Operating Procedur* (SOP) yang berlaku, bayi yang akan dilakukan metode *KMC* di ruang perinatologi rata – rata merupakan bayi dengan berat badan lahir < 2000 gram. Oleh karena latar belakang tersebut, peneliti ingin meneliti mengenai “Pengaruh Metode *Kangaroo Mother Care* terhadap Pembentukan *Bounding Attachment* antara Ibu dan Bayi dan Peningkatan Berat Badan Bayi BBLR”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang, maka masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana pengaruh metode *kangaroo mother care* terhadap pembentukan *bounding attachment* antara ibu dan bayi dan peningkatan berat badan bayi BBLR?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh metode *kangaroo mother care* terhadap pembentukan *bounding attachment* antara ibu dan bayi dan peningkatan berat badan bayi BBLR.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui pengaruh metode *kangaroo mother care* terhadap inisiasi pembentukan *bounding attachment* antara ibu dan bayi BBLR.
2. Mengetahui pengaruh metode *kangaroo mother care* terhadap peningkatan berat badan bayi BBLR.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Akademik

1. Sebagai informasi tambahan mengenai pengaruh metode *kangaroo mother care* terhadap pembentukan *bounding attachment* antara ibu dan bayi serta peningkatan berat badan bayi BBLR.
2. Sebagai dasar guna perbaikan dan pengembangan untuk penelitian di masa mendatang.

1.4.2 Manfaat Praktisi

Sebagai acuan dalam menentukan penatalaksanaan yang efektif bagi bayi BBLR.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

2.1.1 Definisi Bayi Berat Lahir Rendah

- a. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi yang terlahir dengan berat badan <2500 gram tanpa memandang masa kehamilan (Triana, 2015).
- b. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi yang lahir dengan berat lahir < 2500 gram tanpa memandang usia gestasi. BBLR dapat terjadi pada bayi kurang bulan (< 37 minggu) ataupun pada bayi yang cukup bulan / (IUGR) *intrauterine growth restriction* (Pudjiadi dan Hegar, 2010).
- c. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi baru lahir dengan berat badan lahir < 2500 gram (sampai dengan 2499 gram) (Saifuddin, 2006).

2.1.2 Klasifikasi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Menurut Yushananta (2001), klasifikasi dari Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) antara lain:

- a. BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah) : bayi dengan berat lahir kurang dari 2.500 gram
- b. BBLSR (Bayi Berat Lahir Sangat Rendah) : bayi dengan berat lahir < 1.500 gram
- c. BBLASR (Bayi Berat Lahir Amat Sangat Rendah) : bayi dengan berat lahir < 1.000 gram (Yushananta, 2001).

2.1.3 Faktor Penyebab Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Menurut Sri Kardjati dalam Setianingrum (2005), faktor yang menyebabkan terjadinya Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) antara lain adalah:

1. Faktor Langsung/ Lingkungan Internal

a. Jarak antar kehamilan

Ibu yang mengalami kehamilan terlalu cepat maka akan beresiko untuk melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR), dikarenakan jarak kehamilan yang terlalu dekat dapat mempercepat kehilangan kalsium tulang, terutama bagi ibu dengan konsumsi kalsium harian yang kurang dari kebutuhannya (Soetjiningsih, 2013).

b. Usia ibu hamil

Usia aman guna merencanakan kehamilan dan persalinan adalah pada usia 20 – 30 tahun (Prawirohardjo, 2008). Semakin muda usia ibu hamil maka resiko bayi lahir kurang bulan, BBLR, dan perdarahan semakin tinggi.

c. Paritas

Kelahiran BBLR dipengaruhi oleh paritas, karena kehamilan yang berulang dapat menyebabkan kerusakan pada dinding pembuluh darah uterus, dan hal ini dapat mempengaruhi nutrisi ke janin pada kehamilan yang selanjutnya sehingga akan menyebabkan gangguan pertumbuhan, dan selanjutnya dapat melahirkan bayi dengan BBLR (Wiknjosastro, 2002).

d. Penyakit saat kehamilan

Ibu yang memiliki penyakit yang berlangsung lama atau merugikan kehamilannya, maka kesehatan dan kehidupan janin pun dapat

terancam. Beberapa penyakit yang mempengaruhi kehamilan yaitu *Tuberculosis* (TBC), *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), penyakit jantung, infeksi, malaria, dan penyakit jantung.

e. Kadar Hemoglobin (Hb)

Anemia pada ibu hamil dapat menambah resiko melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR), meningkatkan resiko perdarahan sebelum dan saat persalinan, dan bahkan dapat menyebabkan kematian ibu dan bayi, dikarenakan kurangnya suplai darah nutrisi akan oksigen plasenta yang akan berpengaruh pada fungsi plasenta terhadap janin.

2. Faktor Tidak Langsung/ Lingkungan Eksternal

a) Faktor lingkungan yang meliputi kesehatan lingkungan serta ketinggian tempat tinggal & kebersihan

1) Kesehatan Lingkungan

Perilaku merokok/ terpapar pajanan rokok, maupun mengonsumsi minuman yang beralkohol pada ibu hamil dapat meningkatkan resiko terjadinya BBLR. Berdasarkan penelitian, ibu hamil dengan kebiasaan merokok akan memiliki risiko bayi BBLR 2x lebih besar.

2) Kebersihan

3) Ketinggian tempat tinggal

Ibu hamil yang bertempat tinggal di dataran tinggi memiliki risiko melahirkan bayi BBLR, hal tersebut dikarenakan karena kadar oksigen di dataran tinggi lebih sedikit sehingga suplai oksigen yang didapat ibu juga akan berkurang dan mengakibatkan transfer nutrisi ke janin terganggu. Kondisi tersebut dapat berpengaruh terhadap

janin oleh karena gangguan oksigenasi dan dapat menyebabkan lahirnya bayi BBLR.

b) Faktor sosioekonomi meliputi pengetahuan ibu hamil, tingkat pendidikan, dan jenis pekerjaan.

1) Pengetahuan ibu hamil

Ibu dengan pengetahuan gizi yang baik, kemungkinan akan memberikan gizi yang cukup bagi bayinya. Jika seorang ibu memiliki pengetahuan yang baik maka ia akan berupaya untuk memenuhi kebutuhan gizinya dan juga bayinya (Proverawati, 2009).

2) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan seseorang untuk menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari terutama perubahan sikap dan perilaku hidup sehat.

3) Pekerjaan

Seorang wanita yang bekerja apabila mengalami stres maka akan secara tidak langsung berpengaruh terhadap perawatan kehamilannya. Wanita hamil yang stres cenderung kurang nafsu makan sehingga terjadi gangguan pada sirkulasi darah dari ibu ke janin melalui plasenta, hal tersebut dapat mempengaruhi berat lahir bayi yang akan dilahirkan.

2.2 Kangaroo Mother Care (KMC)

2.2.1 Definisi Kangaroo Mother Care

Kangaroo Mother Care adalah metode perawatan bayi prematur yang dilakukan secara kontak kulit ke kulit untuk menjaga kestabilan suhu dan

pernapasan bayi, memungkinkan pemberian ASI dan mendorong ikatan (*bonding*) antara ibu dan bayi. Ini adalah metode yang ampuh dan mudah digunakan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan bayi yang lahir prematur maupun bayi yang cukup bulan (*Ministry Health and Social Welfare*, 2008).

Metode *Kangaroo Mother Care (KMC)* adalah perawatan untuk bayi prematur atau Bayi Berat Lahir Rendah dan didasarkan pada kontak kulit ke kulit antara bayi prematur/ BBLR dan ibu. Tujuannya adalah untuk melatih keterampilan dan tanggung jawab orangtua untuk menjadi pengasuh utama bagi anak dan memenuhi setiap kebutuhan fisik dan emosionalnya (Nygqvist, Kerstin Hedberg et al, 2010).

Bayi Berat Lahir Rendah (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. Satu cara untuk menolong bayi mendapatkan kebutuhan ini adalah menjaga bayi tetap kontak kulit dengan kulit ibunya. *Kangaroo Mother Care* adalah suatu cara agar BBLR terpenuhi kebutuhan khusus mereka terutama dalam mempertahankan kehangatan suhu tubuh (Kemenkes, 2010).

2.2.2 Jenis *Kangaroo Mother Care*

Menurut Genna (2017), kontak *skin-to-skin* yang dilakukan sekitar 1 jam per hari umum dilakukan di dunia barat, namun tidak harus dilakukan setiap hari. Namun, beberapa *evidence* mengenai manfaat dari metode ini terus bermunculan, *The International Network on Kangaroo Mother Care* menyatakan bahwa: "*Kangaroo Mother Care* dilakukan sedari awal (sesegera mungkin setelah kelahiran), dan secara terus menerus atau *Continuous Kangaroo Mother*

Care (idealnya 24 jam / hari, atau sebanyak mungkin) dan secara berkepanjangan (sampai tidak lagi diperlukan untuk pengaturan suhu bayi).

Sedangkan menurut Depkes (2009), jenis *KMC* dibagi menjadi 2 yaitu :

1. *Continuous KMC* (KMC terus menerus) merupakan perawatan metode kanguru yang dipraktikkan selama 24 jam terus menerus dalam sehari.
2. *Intermittent KMC* (KMC berselang) merupakan perawatan metode kanguru yang dipraktikkan selama beberapa jam atau tiap beberapa hari.

2.2.3 Manfaat *Kangaroo Mother Care*

Menurut Triana (2015), manfaat *KMC* bagi bayi:

- a. Stabilitas suhu : bayi cepat hangat dan kehangatan dapat terjaga (termoregulasi) yaitu $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$
- b. Stabilitas laju denyut jantung
- c. Stabilitas pernafasan, nafas menjadi teratur
- d. Perilaku bayi lebih baik : menangis kurang, waspada
- e. Lebih sering menetek (ASI) dan lebih lama
- f. Peningkatan berat badan bayi lebih baik, pertumbuhan lebih baik
- g. Lebih cepat tertidur
- h. Tidur lebih lelap, waktu tidur bayi lebih lama
- i. Hubungan lekat bayi dan ibu lebih baik
- j. Berkurangnya kejadian infeksi
- k. Bayi merasa aman dan nyaman

Manfaat bagi Ibu :

- a. Mempermudah pemberian ASI
- b. Ibu lebih percaya diri
- c. Meningkatkan peran ibu dalam merawat bayi

- d. Hubungan lekat lebih baik, meningkatkan *bounding* ibu dan bayi
- e. Ibu lebih sayang
- f. Pengaruh psikologis, mengurangi stres pada ibu, meningkatkan ketegangan ibu dan keluarga
- g. Peningkatan produksi ASI, sehingga tidak perlu susu formula
- h. Ibu dapat beraktifasi lebih cepat.

2.2.4 Syarat *Kangaroo Mother Care*

Kriteria berikut akan membantu menentukan kapan menyarankan ibu untuk mengadopsi *Kangaroo Mother Care* :

a. Kriteria Ibu :

Semua ibu dapat memberikan *Kangaroo Mother Care*, terlepas dari usia, paritas, pendidikan, budaya dan agama. *Kangaroo Mother Care* dapat menjadi sangat bermanfaat bagi ibu-ibu remaja dan bagi mereka yang memiliki faktor risiko sosial. Dengan cermat jelaskan berbagai aspek pada metode ini pada ibu : posisi, pilihan makan, perawatan dalam institusi dan di rumah, apa yang bisa dia lakukan untuk bayi melekat pada tubuhnya dan apa yang harus ia hindari. Jelaskan keuntungan dan dampak dari perawatan tersebut untuk dirinya dan bayinya, dan selalu memberikan alasan di balik rekomendasi.

Jika ibu adalah seorang perokok, beritahu tentang pentingnya berhenti merokok atau menahan diri untuk tidak dalam ruangan di mana bayi berada. Menjelaskan bahaya merokok pasif untuk dirinya sendiri, anggota keluarga yang lain dan bayi yang kecil (WHO, 2003).

b. Kriteria Bayi :

Menurut WHO (2003), hampir setiap bayi berat lahir rendah dapat dirawat dengan *Kangaroo Mother Care*(KMC). Bayi dengan penyakit parah atau

yang membutuhkan perlakuan khusus mungkin menunggu sampai sembuh sebelum memulai *KMC* dengan durasi *full-time*. Sesi *KMC* singkat dapat dimulai selama pemulihan saat bayi masih membutuhkan perawatan medis (cairan intravena / IV, oksigen tambahan). Untuk melakukan *Continuous KMC*, kondisi bayi harus stabil; bayi harus bernapas secara spontan tanpa oksigen tambahan. Kemampuan untuk menghisap dan menelan bukan merupakan persyaratan penting. *Kangaroo Mother Care* dapat dimulai sewaktu pemberian makan melalui selang.

Menurut (Kemenkes RI, 2010) syarat melakukan *Kangaroo Mother Care* (*KMC*) yaitu:

1. Bayi tidak mengalami kesulitan bernapas
2. Bayi tidak mengalami kesulitan minum
3. Bayi tidak kejang
4. Bayi tidak diare
5. Ibu dan keluarga bersedia dan tidak sedang sakit

Untuk melakukan *KMC* tentukan bayi memiliki berat lahir <2500 gram, tanpa masalah/ komplikasi (Kemenkes RI, 2010).

2.2.5 Waktu untuk Memulai *Kangaroo Mother Care*

Menurut Deorari (2008), waktu inisiasi *Kangaroo Mother Care* dapat dimulai segera setelah keadaan bayi telah stabil dan dapat menerima makanan secara oral. Bayi dengan penyakit parah dan bayi yang membutuhkan perawatan khusus harus menunggu hingga pemulihan sebelum *KMC* dapat dimulai. Sesi *KMC* yang singkat dapat dimulai selama pemulihan saat bayi masih membutuhkan perawatan medis (cairan IV, oksigen tambahan).

2.2.6 Prosedur *Kangaroo Mother Care*

Menurut Depkes RI (2009), pelaksanaan *Kangaroo Mother Care* terdiri dari hal-hal berikut :

1. Persiapan

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

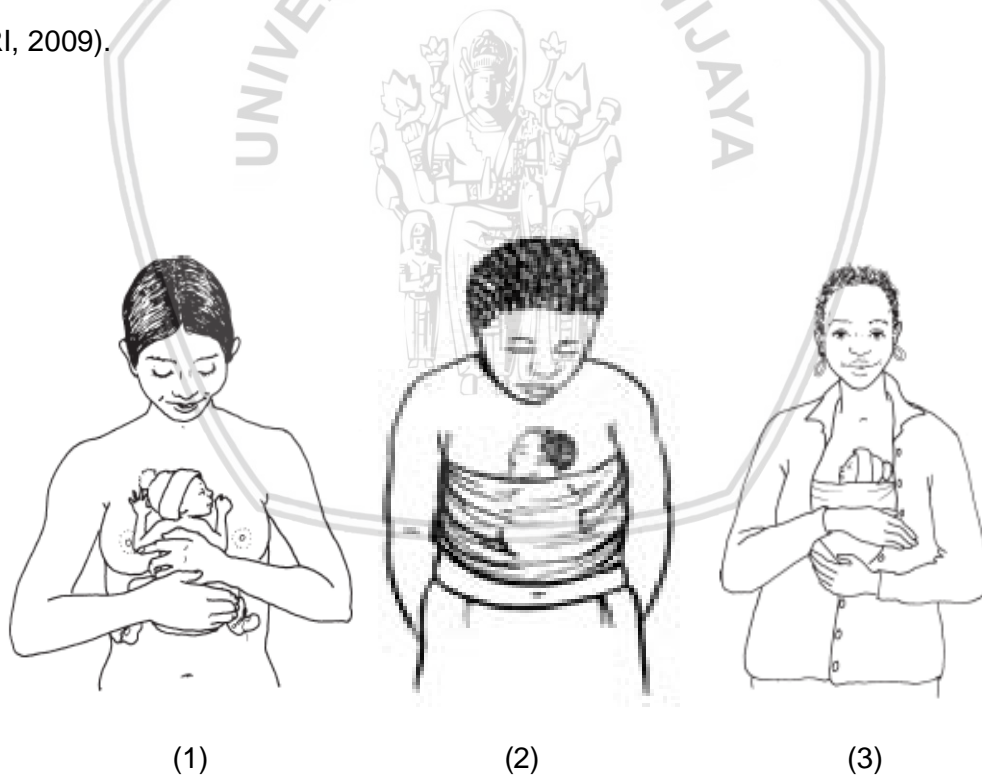
- a. Kesulitan bernapas (dada tertarik ke dalam)
- b. Bernapas sangat cepat atau sangat lambat
- c. Serangan henti napas (*apnea*) sering dan lama
- d. Bayi terasa dingin, suhu bayi dibawah normal walaupun telah dilakukan penghangatan
- e. Sulit minum, bayi tidak lagi terbangun untuk minum, berhenti minum atau muntah
- f. Kejang
- g. Diare
- h. Sklera/ kulit menjadi kuning.

2. Pelaksanaan *Kangaroo Mother Care*

Dalam melaksanakan *Kangaroo Mother Care* (KMC), harus memperhatikan 4 komponen KMC berikut :

a. Posisi Bayi

Bayi diletakkan diantara payudara ibu dengan posisi tegak, sehingga dada bayi menempel ke dada ibu. Posisi bayi dijaga dengan kain panjang atau pengikat lainnya. Kepala bayi dipalingkan ke kanan atau ke kiri, dengan posisi sedikit tengadah (ekstensi). Ujung pengikat berada di bawah telinga bayi. Tungkai bayi harus berada pada posisi kodok, dan tangan dalam posisi fleksi. Kain diikat dengan kuat agar saat ibu bangun dari duduk, bayi tidak tergelincir. Harus pula dipastikan bahwa ikatan yang kuat dari kain tersebut menutupi dada si bayi. Perut bayi jangan sampai tertekan dan sebaiknya berada di sekitar *epigastrium* ibu, dengan cara ini bayi dapat melakukan pernapasan paru (Depkes RI, 2009).



Gambar 2.1 Posisi *Kangaroo Mother Care* (WHO, 2003)

Gambar (1) Bayi diposisikan dengan posisi katak, tangan dan kaki fleksi, kepala menoleh ke kiri/ kanan (2) *Kangaroo Mother Care* dengan kain biasa (3) *Kangaroo Mother Care* dengan variasi baju *kangaroo*



Gambar 2.2 Posisi KMC saat Ibu dan Bayi Beristirahat (WHO, 2003)
Pelaksanaan *Kangaroo Mother Care* dengan posisi setengah duduk saat ibu dan bayi sedang tidur atau beristirahat

b. Nutrisi dengan pemberian ASI

Dengan melakukan *Kangaroo Mother Care*, tingkat keberhasilan proses menyusui menjadi tinggi. Kemampuan bayi untuk menyusui tergantung pada kematangan fungsi reflek isap dan menelan bayi. Bayi dengan usia kehamilan ibu >34 minggu (BB > 1800 gram) dapat disusukan langsung kepada ibu karena reflek menghisap dan menelannya biasanya sudah cukup baik. Bayi yang usia kehamilan ibu 32-34 minggu (BB 1500-1800 gram) seringkali memiliki reflek menelan sudah cukup baik, namun refleks mengisapnya masih kurang baik, maka ibu dapat pemerah ASI dan diberikan dengan menggunakan sendok ataupun pipet. Jika bayi lahir dengan usia kehamilan <32 minggu (BB 1250-1500 gram), bayi belum memiliki refleks isap dan menelan dengan baik, maka ASI diperah dan diberikan dengan menggunakan pipa lambung/ orogastrik (Depkes RI, 2009).

Menurut (Kemenkes RI, 2010) selama pelaksanaan *Kangaroo Mother Care* (KMC), BBLR hanya diberikan ASI. Pelaksanaan *KMC* akan mendukung

dan mempromosikan pemberian ASI eksklusif, karena ibu menjadi lebih cepat tanggap bila bayi ingin menyusui. Bayi bisa menyusui lebih lama dan lebih sering ketika pelaksanaan *KMC*. 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.

a. Dukungan (*support*)

Saat melakukan *KMC* ibu memerlukan dukungan dari berbagai pihak, diantaranya :

- Dukungan fisik, selama melakukan *KMC* terutama pada minggu-minggu pertama, waktu ibu akan tersita untuk melakukan perawatan terhadap bayi. Istirahat dan tidur yang cukup sangat penting dalam menunjang pelaksanaan *KMC*. Oleh karena itu ibu memerlukan dukungan untuk membantu menyelesaikan tugas-tugasnya di rumah.
- Dukungan edukasi, sangat penting memberikan informasi yang ibu butuhkan agar ia dapat memahami seluruh proses *KMC* dan mengetahui manfaat dari *KMC*. Hal ini akan meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan berhasil menjalankan *KMC* baik di rumah sakit ataupun saat di rumah.
- Dukungan emosional, terutama dari orang-orang terdekat yang selalu mendampingi ibu yaitu suami, ibu atau ibu mertua. Hal ini akan sangat membantu keberhasilan ibu terutama dalam menumbuhkan rasa percaya diri bahwa ia mampu melakukan *KMC* (Depkes RI, 2009).

b. Pemulangan (*discharge*)

Pemulangan bayi dilakukan atas persetujuan dokter berdasarkan laporan perawat. Bayi *Kangaroo Mother Care* dapat dipulangkan dari rumah sakit setelah kriteria di bawah ini terpenuhi :

- a) Kesehatan bayi secara keseluruhan dalam kondisi baik dan tidak ada henti napas (*apnea*) atau infeksi
- b) Bayi minum dengan baik
- c) Berat bayi selalu bertambah (sekurang-kurangnya 15 gram/ kg/ hari) untuk sekurang-kurangnya 3 hari berturut-turut.

Ibu mampu melakukan perawatan bayi dan dapat secara teratur untuk melakukan *follow-up*. Ibu akan tetap memerlukan dukungan meskipun tidak sesering dan seintensif sebelumnya. Jika tidak ada layanan tindak lanjut atau lokasi rumah sakit letaknya cukup jauh maka, pemulangan dapat ditunda. Sebelum dipulangkan pastikan ibu sudah mengerti tanda-tanda bahaya pada bayi, jadwal kontrol bayi, monitoring tumbuh kembang, dan bagaimana cara merujuk ke rumah sakit jika ada kegawatdaruratan (Depkes RI, 2009).

c. Monitoring kondisi bayi

Hal-hal yang perlu dimonitoring adalah :

- 1) Tanda vital 3 kali/ hari (tiap ganti *shift*)
- 2) Berat badan bayi 1x/ hari
- 3) Panjang badan dan lingkar kepala 1x/ seminggu
- 4) Jejas paska persalinan
- 5) Skrining bayi baru lahir
- 6) Tumbuh kembang bayi terutama panca inderanya
- 7) *Predischarge* setiap hari

d. Monitoring kondisi ibu

Hal-hal yang perlu dimonitoring antara lain :

- 1) Tanda-tanda vital
- 2) Laktasi
- 3) Luka perineum
- 4) Perdarahan postpartum
- 5) Luka operasi
- 6) Involusi uteri (Depkes RI, 2009).

e. Penanganan pencegahan

- 1) Sebagai upaya pencegahan terhadap penyakit, maka BBLR perlu mendapatkan imunisasi sesuai dengan jadwal yang telah dianjurkan.
- 2) Identifikasi tanda-tanda yang mengindikasikan adanya suatu penyakit, baik yang dilaporkan ibu ataupun yang tidak.
- 3) Tangani setiap penyakit berdasarkan *SOP* dan juklak lokal.
- 4) Dan jika penambahan berat badan tidak mencukupi, maka tanya dan cari permasalahannya, penyebab dan solusi, dan kemungkinan yang berhubungan dengan pemberian minum dan penyakit (Depkes RI, 2009).

2.3 Bounding Attachment

2.3.1 Definisi *Bounding Attachment*

Bounding adalah suatu langkah untuk mengungkapkan perasaan afeksi (kasih sayang) oleh ibu kepada bayinya segera setelah lahir sedangkan *attachment* adalah interaksi antara ibu dan bayi secara spesifik sepanjang waktu (Rini, 2016).

Bounding Attachment adalah suatu ikatan yang terjadi antara orangtua dan bayi baru lahir, yang meliputi pemberian kasih sayang dan pencurahan perhatian yang saling tarik-menarik. Selain itu, pengertian *bounding attachment* adalah suatu proses sebagai hasil dari suatu interaksi terus menerus antara bayi dan orangtua yang bersifat saling mencintai serta memberi keduanya pemenuhan emosional dan saling membutuhkan (Bahiyatun, 2009).

2.3.2 Elemen *Bounding Attachment*

Menurut Rini (2016), elemen-elemen *bounding attachment* meliputi :

a. Sentuhan

Sentuhan, atau indera peraba, dipakai secara ekstensif oleh orangtua dan pengasuh lain sebagai suatu sarana untuk mengenali bayi baru lahir dengan cara mengeksplorasi tubuh bayi dengan ujung jarinya. Penelitian telah menemukan suatu pola sentuhan yang hampir sama yakni pengasuh memulai eksplorasi jari tangan ke bagian kepala dan tungkai kaki. Tidak lama kemudian pengasuh memakai telapak tangannya untuk mengelus badan bayi dan akhirnya memeluk dengan tangannya. Gerakan ini dipakai menenangkan bayi.

b. Kontak Mata

Ketika bayi baru lahir mampu secara fungsional mempertahankan kontak mata, orangtua dan bayi akan menggunakan lebih banyak waktu untuk saling memandang. Beberapa ibu mengatakan, dengan melakukan kontak mata mereka merasa lebih dekat dengan bayinya.

c. Suara

Saling mendengarkan dan merespon suara antara orangtua dan bayinya juga penting. Orangtua menunggu tangisan pertama bayinya dengan tegang.

Sedangkan bayi akan menjadi tenang dan berpaling ke arah orangtua mereka saat orangtua mereka berbicara dengan suara bernada tinggi.

d. Aroma

Perilaku lain yang terjadi antara orang tua dan bayi ialah respons terhadap aroma/ bau masing-masing. Ibu mengetahui setiap anak memiliki aroma yang unik. Sedangkan bayi belajar dengan cepat untuk membedakan aroma susu ibunya.

e. *Entrainment*

Bayi baru lahir bergerak-gerak sesuai dengan struktur pembicaraan orang dewasa. Mereka menggoyang tangan, mengangkat kepala, menendang-nendangkan kaki, seperti sedang berdansa mengikuti nada suara orang tua nya. *Entrainment* terjadi saat anak mulai berbicara. Irama ini berfungsi memberi umpan balik positif kepada orang tua dan menegakkan suatu pola komunikasi efektif yang positif.

f. *Bioritme*

Anak yang belum lahir atau baru lahir dapat dikatakan senada dengan *ritme* alamiah ibunya. Untuk itu, salah satu tugas bayi baru lahir ialah membentuk ritme personal (*bioritme*). Orangtua dapat membantu proses ini dengan memberi kasih sayang yang konsisten dan dengan memanfaatkan waktu saat bayi mengembangkan perilaku yang *responsive*. Hal ini dapat meningkatkan interaksi sosial dan kesempatan bayi untuk belajar.

g. Kontak dini

Saat ini tidak ada bukti-bukti alamiah yang menunjukkan bahwa kontak dini setelah lahir merupakan hal yang penting hubungan orang tua-anak. Namun,

menurut Klaus Kennel (1982), ada beberapa keuntungan fisiologis yang dapat diperoleh dari kontak dini :

- a. Kadar oksitosin dan prolaktin meningkat
- b. Reflek menghisap dilakukan dini
- c. Pembentukan kekebalan aktif dimulai
- d. Mempercepat proses ikatan antara orang tua dan anak.

2.3.3 Kondisi yang Mempengaruhi *Bounding Attachment*

Menurut Rini (2016), prakondisi yang mempengaruhi ikatan yaitu:

- 1) Kesehatan emosional orangtua
- 2) Sistem dukungan sosial yang meliputi pasangan hidup, teman dan keluarga
- 3) Suatu tingkat keterampilan alam berkomunikasi dan dalam memberi asuhan yang kompeten
- 4) Kedekatan orangtua dengan bayi
- 5) Kecocokan orangtua - bayi (termasuk keadaan, temperamen, dan jenis kelamin).

2.3.4 Tahapan *Bounding Attachment*

Tahap-tahap *bounding attachment* adalah :

- 1) Perkenalan (*acquaintance*), dengan melakukan kontak mata, menyentuh, berbicara, dan mengeksplorasi segera setelah mengenal bayinya.
- 2) *Bounding* (ikatan)
- 3) *Attachment*, perasaan kasih sayang yang mengikat individu dengan individu lain (Rini, 2016).

2.3.5 Periode Perkembangan *Bounding Attachment*

Tiga bagian dasar periode dimana keterikatan antara ibu dan bayi berkembang (Rini,2016) yaitu :

1) Periode Prenatal

Merupakan periode selama kehamilan, dalam masa prenatal ini ketika wanita menerima fakta kehamilan dan mendefinisikan dirinya sebagai seorang ibu, mengecek kehamilan, mengidentifikasi bayinya sebagai seorang individu yang terpisah dari dirinya, bermimpi dan berfantasi tentang bayinya serta membuat persiapan untuk bayi.

Para peneliti telah memperlihatkan bahwa melodi yang menenangkan dengan ritme yang tetap, seperti musik klasik atau *blues* membantu menenangkan kebanyakan bayi, sedang sebagian besar dari mereka menjadi gelisah dan menendang-nendang jika yang dimainkan adalah musik rock, ini berarti bahwa para ibu dapat berkomunikasi dengan calon bayinya, jadi proses pembentukan ikatan batin yang begitu penting dapat dimulai sejak dalam kehamilan.

2) Waktu kelahiran dan sesaat setelahnya

Ketika persalinan secara langsung berpengaruh terhadap proses keterkaitan ketika kelahiran bayi. Faktor yang paling menonjol yang paling bisa mempengaruhi keterikatan selama periode ini adalah pengaruh pengobatan. Proses keterikatan ini dapat terhenti apabila si ibu maupun si bayi mengantuk akibat pengaruh pengobatan.

Keterikatan pada waktu kelahiran ini dapat dimulai dengan ibu menyentuh kepala bayi pada bagian *introitus* sesaat sebelum kelahiran, bahkan ketika si bayi ditempatkan di atas perut ibu sesaat setelah kelahiran. Perilaku

keterikatan ini seperti penyentuhan si ibu pada bayinya ini dimulai dengan jari-jari tangan (ekstremitas) bayi lalu meningkat pada saat melingkari dada bayi dengan kedua tangannya dan berakhir ketika dia melindungi keseluruhan tubuh bayi dalam rengkuhan lengannya.

Perilaku lain dalam periode ini meliputi kontak mata dan menghabiskan waktu dalam posisi *en face* (tatap muka), berbicara dengan bayi, membandingkan si bayi dengan bayi yang telah diimpikannya selama kehamilan (jenis kelamin) dan menggunakan nama pada si bayi. Keterikatan ini menyebabkan respon yang menciptakan interaksi dua arah yang menguatkan antara ibu dan bayinya hal ini difasilitasi karena bayi dalam fase waspada selama satu jam pertama setelah kelahiran, ini membuat bayi reseptif terhadap rangsangan.

3) Postpartum dan pengasuhan awal

Suatu hubungan berkembang seiring berjalannya waktu dan bergantung pada partisipasi kedua pihak yang terlibat. Ibu mulai berperan mengasuh bayinya dengan kasih sayang. Kemampuan untuk mengasuh agar menghasilkan bayi yang sehat hal ini dapat menciptakan rasa puas, rasa percaya diri dan perasaan berkompeten dan sukses terhadap diri ibu.

2.3.6 Hambatan *Bounding Attachment*

Ikatan yang terbentuk antara ibu dan bayi dapat terhambat dikarenakan beberapa hal (Wulandari, 2010) yaitu :

1. Prematuritas

Bayi yang baru dilahirkan dalam keadaan prematur, kurang mendapatkan kasih sayang dari ibunya karena kondisi belum cukup *viable* dan belum cukup untuk menyesuaikan diri dengan kondisi luar rahim, bahkan bayi

diletakkan dalam mesin inkubator hingga bayi dapat hidup dengan kondisi yang stabil.

2. Bayi atau ibu sakit

Pada ibu ataupun bayi dengan keadaan sakit, sehingga salah satu maupun keduanya harus mendapat perawatan khusus, maka ikatan bayi dan ibu akan tertunda.

2.3.7 Waktu Penilaian *Bonding Attachment*

Pada beberapa penelitian, sebagai salah satunya adalah penelitian yang dilakukan oleh Ohashi (2016), dengan judul penelitian "*Postpartum Bonding Disorder : Factor Structure, Validity, Reliability and a Model Comparison of the Postnatal Bonding Questionnaire in Japanese Mother or Infants*" mengungkapkan, waktu penilaian *bonding* yang mereka lakukan adalah pada hari ke lima setelah kelahiran bayi dan satu bulan setelah kelahiran bayi. Namun peneliti lebih menyarankan untuk menggunakan penilaian *bonding* pada saat satu bulan setelah kelahiran bayi.

2.4 Peningkatan Berat Badan pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Bayi BBLR harus ditimbang setiap hari dan diperiksa kenaikan berat badannya untuk menilai kecukupan asupan cairan dan pertumbuhannya. Biasanya, pada awalnya bayi BBLR menurun berat badannya segera setelah lahir dimana penurunan berat badannya hingga 10% dalam beberapa hari pertama kehidupan. Setelah penurunan berat badan awal, bayi baru lahir perlahan-lahan harus mencapai kembali berat badan lahirnya yaitu antara 7 - 14 hari setelah kelahiran. Setelahnya kenaikan tersebut, berat badan bayi harus tetap stabil atau terus mengalami kenaikan. Tidak terjadinya kenaikan berat badan bayi menunjukkan adanya suatu masalah. Kenaikan berat badan bayi

yang mendapatkan ASI seharusnya tidak kurang dari 15g / kg / hari (*Ministry Health and Social Welfare, 2008*).

Kriteria Kenaikan Berat Badan Bayi BBLR

Kenaikan berat badan harian yang memadai dari minggu kedua kehidupan adalah 15g / kg / hari, namun:

- a. Kenaikan 20 gram / hari untuk usia kehamilan 32 minggu, atau sekitar 150 – 200 gram / minggu
- b. Kenaikan 25 gram /hari untuk usia kehamilan 33 - 36 minggu, atau sekitar hingga 200-250 gram / minggu
- c. Kenaikan 30 gram /hari untuk usia kehamilan 37 - 40 minggu, atau sekitar 250 - 300 gram / minggu.

Jika ada penurunan berat badan atau berat badan tidak cukup memadai selama 3 hari (misalnya kenaikan rata-rata kurang dari 10g / hari), maka:

- a. Perlu dicari tanda - tanda bahaya atau kondisi tertentu yang dapat menyebabkan kenaikan berat badan menjadi buruk, seperti menyusui yang buruk, kurangnya kehangatan (misalnya popok basah dengan jangka waktu yang lama), infeksi dan cacat bawaan.
- b. Ibu harus disarankan untuk meningkatkan frekuensi pemberian makan untuk bayi dan / atau memberi makan bayi sesuai permintaan (*Ministry Health and Social Welfare, 2008*).

Menurut (Kemenkes RI, 2010) peningkatan BB bayi BBLR sebagai berikut :

Pastikan pertumbuhan dan perkembangan baik (berat badan akan turun pada minggu pertama antara 10-15%, penambahan berat badan pada minggu kedua 15 gram/ KgBB/ hari) (*Ministry Health and Social Welfare, 2008*).

2.5 Pengaruh Pelaksanaan dan Rekomendasi Metode *Kangaroo Mother Care*

2.5.1 Pengaruh Pelaksanaan *Kangaroo Mother Care* dalam Berbagai Aspek

Beberapa hasil analisis menunjukkan adanya pengaruh dari pelaksanaan *Kangaroo Mother Care (KMC)*, diantaranya sebagai berikut :

- a) Dengan pelaksanaan *KMC*, terdapat penurunan angka mortalitas sebesar 33%, dan dalam riset terbaru terdapat penurunan mortalitas sebesar 23% dibandingkan dengan perawatan neonatal konvensional (Charpak et al, 2017).
- b) Terjadinya penurunan yang signifikan secara keseluruhan pada kejadian hipotermia, infeksi nosokomial, sepsis, dan lama rawat di rumah sakit. Serta adanya peningkatan dalam pemberian ASI, *bounding attachment*, dan ukuran pertumbuhan bayi, termasuk peningkatan berat badan, panjang badan, dan lingkar kepala (Charpak et al, 2017).

2.5.2 Pengaruh Pelaksanaan *Kangaroo Mother Care* terhadap *Bounding Attachment*

Berdasarkan hasil penelitian oleh Tessier, Rejean et al (2003), hasil dari penelitian tersebut menyatakan bahwa metode *Kangaroo Mother Care* paling berpengaruh dan memberi efek positif terhadap kemampuan mendengar dan berbicara, performa, dan kemampuan personal sosial pada anak. Kemampuan personal sosial dalam hal ini adalah kemampuan bayi dalam berkomunikasi dan membangun ketertarikan antara orangtua dan anak (*bounding attachment*). Peneliti sebelumnya telah menghipotesiskan bahwa posisi bayi pada saat *KMC* (yaitu berada di dada ibu) dengan kontak langsung dari kulit ke kulit selama beberapa hari atau minggu setelah kelahiran meningkatkan hubungan orang tua dan anak. Hal ini dikarenakan, pada saat dilakukannya *KMC*, selain terjadinya

kontak dari kulit ke kulit, orangtua bayi memiliki kesempatan penuh untuk memegang, menyentuh, dan melakukan kontak mata. Dari kontak fisik yang terjadi selama dilakukannya *KMC*, maka dimensi emosional antara orangtua (terutama ibu) akan terbentuk dan akan terjalin keterikatan (Tessier, Rejean et al,2003).

Penelitian lain yang dilakukan oleh Ngayiyaye dan Kalembo (2016), dalam penelitian tersebut peneliti menggunakan beberapa strategi, salah satu diantaranya adalah dengan menerapkan metode *kangaroo mother care* untuk membangun interaksi ibu dan bayi. Pada penelitian tersebut, para ibu disupport untuk dapat membangun keterikatan dengan bayinya melalui metode *kangaroo mother care*, karena selama metode tersebut berlangsung dapat memungkinkan adanya kontak kulit ke kulit secara terus menerus. Para ibu didorong untuk segera melakukan metode *KMC* segera setelah kondisi bayi stabil. Hasil dari penelitian oleh Ngayiyaye dan Kalembo (2016) ini menyatakan bahwa ibu merasa selalu dekat dengan bayinya dan bertanggung jawab atas perawatan bayi mereka. Selama *KMC*, ibu merasa nyaman saat menyusui bayinya, ibu merasa dapat merawat bayinya sendiri, memberi makan bayi (ASI), dan mengganti popok, sehingga ibu merasa bayinya akan tahu bahwa ia adalah ibunya karena mereka selalu bersama (Ngayiyaye dan Kalembo, 2016).

2.5.3 Pengaruh Pelaksanaan *Kangaroo Mother Care* terhadap Peningkatan Berat Badan Bayi BBLR

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Kolombia pada tahun 2003 menyatakan perkembangan bayi dengan berat badan kurang dari 1500 gram menggunakan *Kangaroo Mother Care* sebagai pengganti inkubator (Silvia dan Gusnila, 2015). *Kangaroo Mother Care* hasilnya lebih baik dalam

mempertahankan suhu optimal serta kenaikan berat badan. Dalam penelitian yang dilakukan di Bogota pada tahun 2005, telah dilakukan penelitian tentang *Kangaroo Mother Care* terhadap peningkatan berat badan bayi. Berdasarkan data penelitian tersebut, didapatkan hasil bahwa *Kangaroo Mother Care* dapat meningkatkan berat badan bayi lebih cepat (Silvia dan Gusnila, 2015).

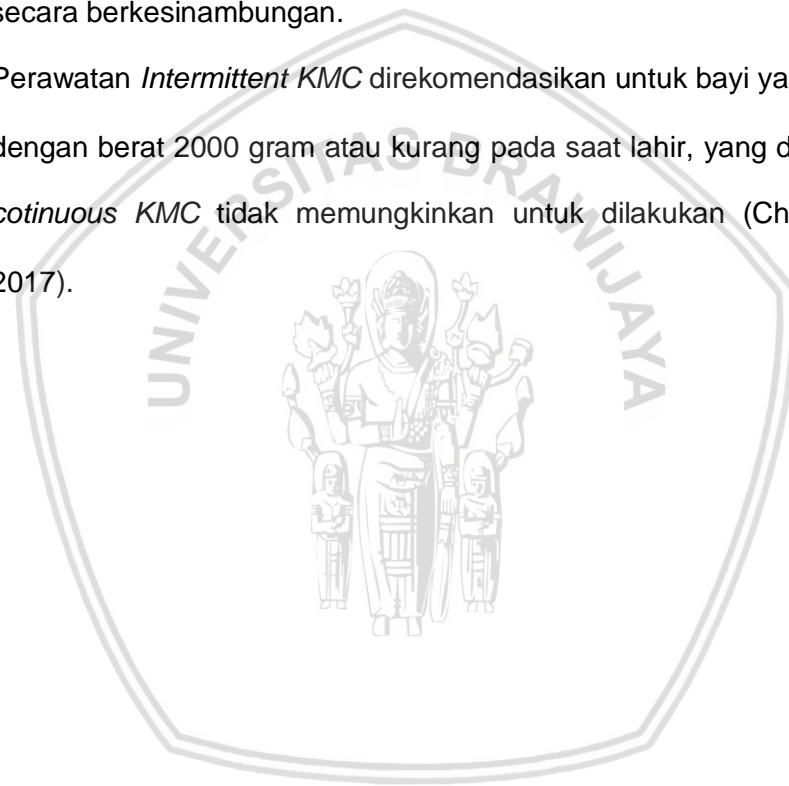
Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Wahyuni di Surakarta tahun 2012, dengan melakukan *Kangaroo Mother Care* selama 4 jam sehari dalam waktu 2 minggu kepada bayi BBLR, terjadi kenaikan berat badan bayi setelah melakukan *Kangaroo Mother Care* yaitu dengan rata-rata kenaikan berat badan sebesar 150,86 gram. Penelitian yang dilakukan oleh Silvia pada tahun 2014 di Bukittinggi, dilakukan *Kangaroo Mother Care* selama 9 jam/hari dan mendapatkan hasil yaitu jika di hitung dalam waktu 2 minggu maka peningkatan berat badan bayi adalah 396,2 gram atau sebanyak 28,30 gram/hari. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Yulistiani pada tahun 2009 yang hanya dilakukan selama 10 hari memperoleh hasil yaitu terdapat kenaikan berat badan bayi sebesar 19.3 gram per hari /kenaikan 214,54 gram selama dilakukan *KMC* 10 hari (Silvia dan Gusnila, 2015).

2.5.4 Rekomendasi Pelaksanaan *Kangaroo Mother Care*

Oleh karena banyaknya *evidence based* mengenai berbagai keuntungan dari pelaksanaan *Kangaroo Mother Care*, maka pada bulan November 2015, *World Health Organization* (WHO) mengeluarkan rekomendasi untuk perawatan bayi prematur, termasuk diantaranya adalah perawatan *Kangaroo Mother Care* (KMC), yang didefinisikan sebagai perawatan bayi prematur dengan cara kontak kulit ke kulit dengan ibu dengan menerapkan ASI eksklusif atau menyusui dengan air susu ibu (Charpak et al, 2017).

Rekomendasi WHO tentang *KMC* antara lain sebagai berikut :

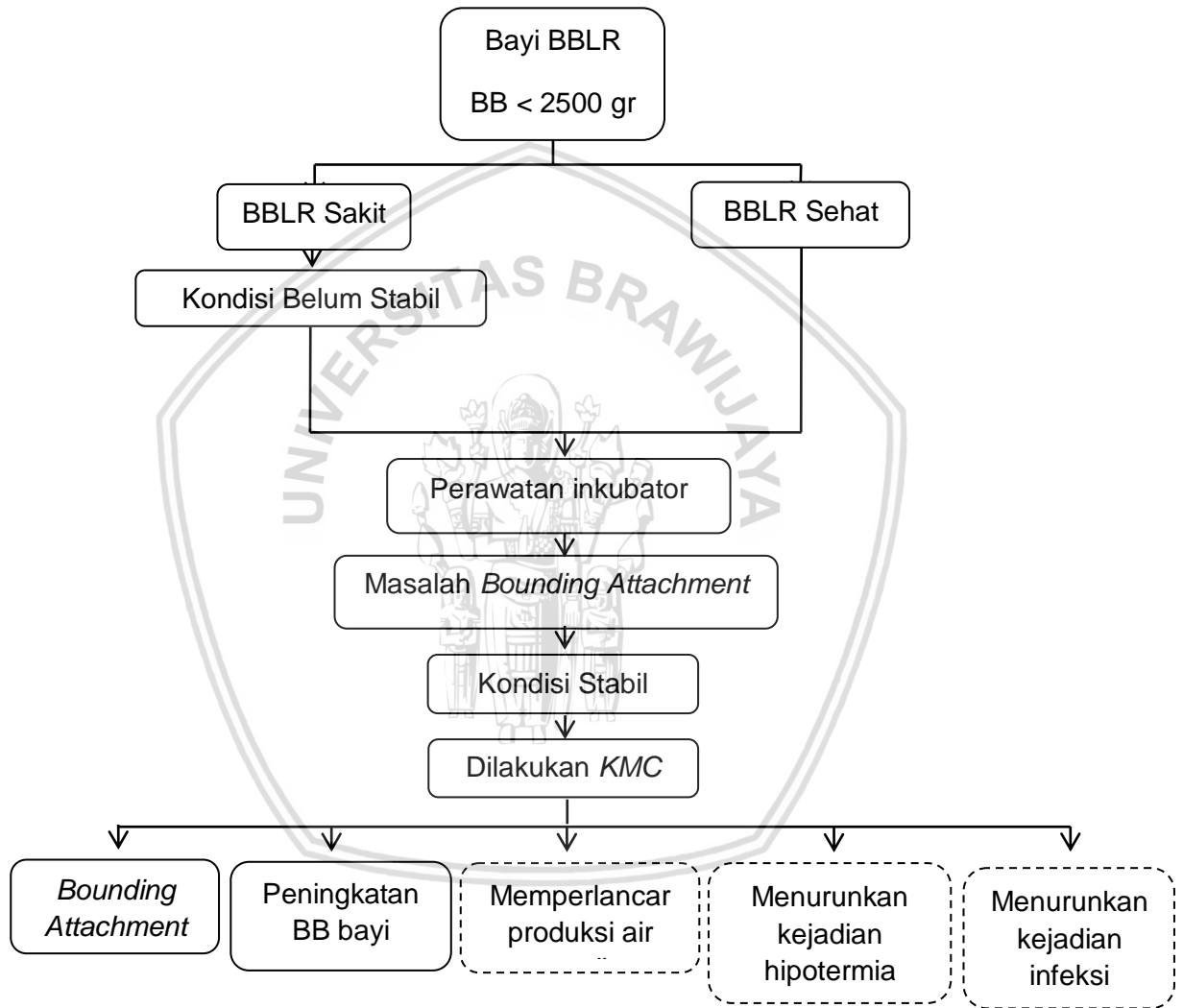
- a) Perawatan *KMC* direkomendasikan untuk perawatan rutin bagi bayi yang baru lahir dengan berat 2000 gram atau kurang pada saat lahir, dan harus dimulai di fasilitas layanan kesehatan segera setelah bayi stabil.
- b) Bayi yang baru lahir dengan berat 2000 gram atau kurang pada saat lahir harus diberikan sedekat mungkin dengan perawatan *continuous KMC* secara berkesinambungan.
- c) Perawatan *Intermittent KMC* direkomendasikan untuk bayi yang baru lahir dengan berat 2000 gram atau kurang pada saat lahir, yang dilakukan jika *cotinuuous KMC* tidak memungkinkan untuk dilakukan (Charpak et al, 2017).



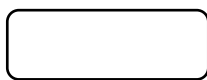
BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Keterangan :



= Diteliti



= Tidak diteliti

Bayi BBLR ialah bayi yang berat badan lahirnya <2500 gram. Oleh karenanya, seringkali kejadian BBLR menyebabkan penurunan angka harapan hidup. BBLR sehat dan BBLR sakit tercermin dari kondisi bayi, bayi BBLR sehat kondisinya cenderung stabil dan hanya perlu diberikan perawatan bayi baru lahir di rumah sakit, sedangkan bayi BBLR sakit memiliki kondisi yang tidak stabil dan seringkali memerlukan alat bantu pernafasan maupun perawatan intensif di inkubator. Walaupun demikian, perawatan BBLR biasa maupun perawatan di inkubator dilakukan pada ruang khusus dimana hal tersebut menghalangi kontak antara orangtua dan bayi karena bayi dan orangtua dipisahkan selama perawatan rumah sakit maupun perawatan inkubator, yang menjadikan proses pembentukan *bounding attachment* antara bayi dan orangtua (utamanya dengan ibu) menjadi terhambat. Ketika kondisi bayi dinilai telah memasuki kondisi yang stabil, metode *KMC* dapat dilakukan guna menginisiasi pembentukan *bounding attachment* antara bayi dan ibu. Selain hal tersebut, peningkatan berat badan pada bayi BBLR sangat diharapkan, dan hal tersebut diharapkan dapat terwujud dengan penerapan metode *Kangaroo Mother Care* ini karena salah satu manfaat penerapan *KMC* ialah guna peningkatan berat badan bayi.

3.2 Hipotesis Penelitian

3.2.1 Hipotesis Mayor

Terdapat pengaruh metode *kangaroo mother care* terhadap pembentukan *bounding attachment* antara ibu dan bayi dan berat badan bayi BBLR.

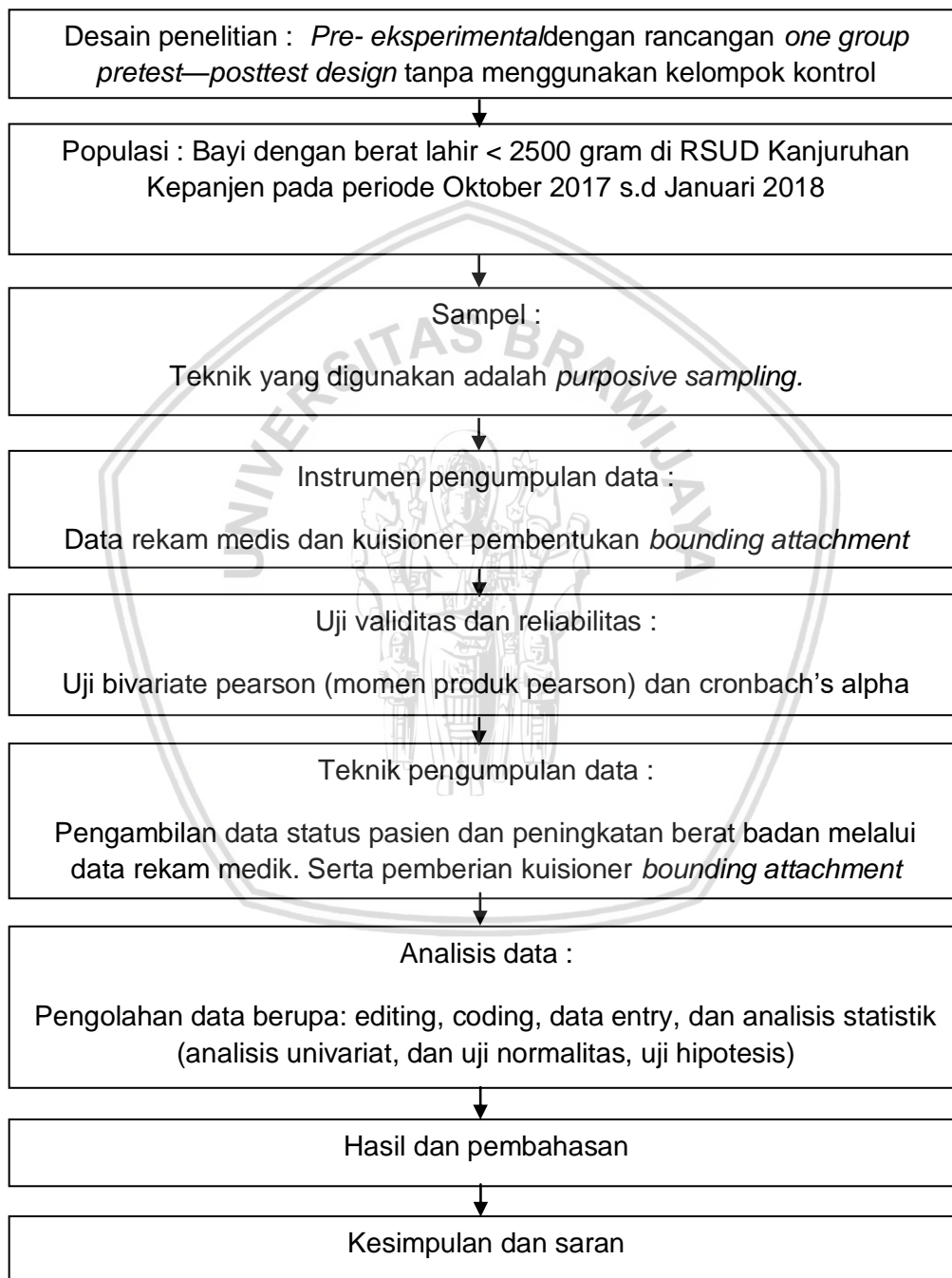
3.2.2 Hipotesis Minor

1. Terdapat pengaruh metode *kangaroo mother care* terhadap inisiasi pembentukan *bounding attachment* antara ibu dan bayi BBLR.
2. Terdapat pengaruh metode *kangaroo mother care* terhadap peningkatan berat badan bayi BBLR.



BAB 4
METODE PENELITIAN

4.1 Kerangka Kerja



Gambar 4.1 Kerangka Kerja



4.2 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan dengan rancangan eksperimental dan desain studi *Pre-eksperimental*. Desain menggunakan teknik *one group pretest—posttest design* atau tanpa menggunakan kelompok kontrol. Data peningkatan berat badan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) diambil dari rekam medik Rumah Sakit RSUD Kanjuruhan Kapanjen Malang. Rancangan penelitian *Pre-eksperimental* teknik *one group pretest—posttest design* dapat digambarkan sebagai berikut:

O1 → X1 → O2

Keterangan:

- O1 : Sampel mengisi kuisisioner *pra-KMC* terlebih dahulu untuk mengetahui pembentukan *bounding attachment* antara ibu dan bayi sebelum dilakukan metode *Kangaroo Mother Care*.
- X1 : Pemberian perlakuan *Kangaroo Mother Care* oleh tenaga kesehatan RSUD Kanjuruhan Kapanjen Malang
- O2 : Sampel dievaluasi pembentukan *bounding attachment*nya melalui kuisisioner *post-KMC* untuk mengetahui pembentukan *bounding attachment* antara ibu dan bayi setelah dilakukan metode *Kangaroo Mother Care*.

4.3 Populasi dan Sampel

4.3.1 Populasi

Populasi adalah seluruh objek yang memiliki kemungkinan untuk terpilih atau keseluruhan ciri yang dipelajari (Nugroho, 2008). Populasi dalam penelitian ini adalah bayi dengan berat lahir < 2500 gram di RSUD Kanjuruhan Kapanjen pada periode Oktober 2017 s.d Januari 2018.

4.3.2 Sampel

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sejumlah 16 pasang ibu dan bayinya yang lahir dengan berat <2500 gram / BBLR selama periode Oktober 2017 s.d Januari 2018. Sampel dalam penelitian ini diambil dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Penelitian ini menggunakan satu kelompok yaitu kelompok yang mendapatkan perlakuan *Kangaroo Mother Care (KMC)* tanpa menggunakan kelompok kontrol.

4.3.2.1 Teknik Pengambilan Sampel

Penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu dilakukan dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan/ masalah dalam penelitian), sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah ada sebelumnya.

4.3.2.2 Jumlah Sampel

Rumus jumlah sampel menggunakan teknik *purposive sampling* :

$$P (n-1) \geq 15$$

$$1 (n - 1) \geq 15$$

$$(n - 1) \geq 15$$

$$n \geq 16$$

Keterangan :

P : Jumlah perlakuan

N : Jumlah sampel tiap kelompok

Berdasarkan perhitungan diatas, maka besarnya sampel dalam penelitian ini adalah minimal 16 responden.

4.3.2.3 Kriteria Sampel

1. Kriteria Inklusi

- a) Bayi dengan BB lahir < 2500 gram tanpa memandang usia gestasi dan dalam perawatan inkubator
- b) Ibu dalam keadaan sehat dan keadaan umum bayi baik dan stabil (tidak didapatkan gangguan pernafasan (tidak kesulitan bernapas / tidak sesak), frekuensi nafas normal (40 – 60x per menit), nadi normal (120 – 160 x/ menit) tidak bradikardia maupun takikardia, suhu tubuh normal (36,5° C – 37,5° C) atau bayi tidak hipotermia, bayi tidak mengalami kejang maupun mengalami diare.
- c) Ibu bersedia mengikuti instruksi *KMC* oleh petugas kesehatan RSUD Kanjuruhan Kapanjen Malang
- d) Bayi dapat menyusu dan menelan dengan baik (tidak mengalami kesulitan minum).

3. Kriteria Eksklusi

- a) Saat dilakukan *KMC* / saat proses penelitian berlangsung bayi dalam kondisi sedang sakit.

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.4.1 Lokasi Penelitian

Penelitian pengaruh metode *Kangaroo Mother Care* terhadap pembentukan *bounding attachment* antara ibu dan bayi dan peningkatan berat badan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) ini akan dilaksanakan di RSUD Kanjuruhan Kapanjen, Kecamatan Malang.

4.4.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Oktober 2017 – Januari 2018.

4.5 Variabel Penelitian

Variabel independen dari penelitian ini adalah metode *Kangaroo Mother Care*, sedangkan variabel dependennya ialah pembentukan *bounding attachment* antara ibu dan bayi dan peningkatan berat badan bayi BBLR.



4.6 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Parameter	Alat ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1. <i>Kangaroo Mother Care</i> Variabel Independen	Metode yang dilakukan secara <i>skin-to-skin contact</i> pada bayi prematur / BBLR dan dilakukan saat kondisi bayi telah stabil (World Health Organization, 2003).	Hasil dokumentasi RS	Data Rekam Medik	Dilakukan <i>KMC</i>	Nominal
2. <i>Bounding Attachment</i> Variabel Dependen	Suatu ikatan yang terjadi antara orangtua dan bayi baru lahir, yang meliputi pemberian kasih sayang dan pencurahan perhatian yang saling tarik-menarik dan merupakan suatu proses sebagai hasil dari suatu interaksi terus menerus antara bayi dan orangtua yang bersifat saling mencintai serta memberi keduanya pemenuhan emosional dan saling membutuhkan (Bahiyatun, 2009).	Total skor kuisioner melalui skala likert	Kuisioner yang disusun dengan acuan buku Psikologi Perkembangan (Desmita, 2015).	Dilihat dari perbedaan rata-rata presentase skor pra- <i>KMC</i> dan post- <i>KMC</i>	Rasio
3. Berat Badan	Terdapat peningkatan berat badan pada bayi BBLR. Penimbangan berat badan	Berat badan sebelum dan sesudah <i>KMC</i>	Data Rekam Medik	Hasil pengukuran dalam gram	Rasio

Variabel Dependen	dilakukan oleh tenaga kesehatan dengan cara yaitu memberi alas pada kain pada timbangan, lalu mengatur timbangan tepat di jarum angka nol. Bayi dipantau dan dicatat BBnya setiap hari sebelum dan setelah menerima perawatan <i>KMC</i> .	(gram)			
----------------------	---	--------	--	--	--



4.6.1 Alat dan Bahan Penelitian

Dalam pelaksanaan *Kangaroo Mother Care* dilaksanakan oleh tenaga kesehatan di RSUD Kanjuruhan Kapanjen. Instrumen yang dibutuhkan adalah lembar pendataan guna mendata kenaikan berat bayi bayi BBLR sebelum dan setelah mendapatkan perawatan *Kangaroo Mother Care*, lembar kuisisioner dengan skala Likert yang telah ditentukan, serta instrumen lain yang diperlukan yaitu data rekam medik bayi berat badan lahir rendah di RSUD Kanjuruhan Kapanjen Malang.

Menurut Hidayat (2014), skala Likert dapat digunakan untuk mengukur sikap pendapat, persepsi seseorang tentang gejala atau masalah yang ada di masyarakat atau dialaminya. Beberapa bentuk jawaban pertanyaan atau pernyataan yang masuk dalam kategori skala Likert adalah sebagai berikut:

Tabel 4.2 Penilaian Skala Likert Pernyataan Positif

Pernyataan Positif	Nilai
Selalu	5
Sering	4
Kadang – kadang	3
Jarang	2
Tidak Pernah	1

Tabel 4.3 Penilaian Skala Likert Pernyataan Negatif

Pernyataan Negatif	Nilai
Selalu	1
Sering	2
Kadang – kadang	3
Jarang	4
Tidak Pernah	5

Rumus penghitungan:

$$n = \frac{Sp}{Sm} \times 100$$

Keterangan:

n : Nilai total yang diperoleh

Sp : Skor yang diperoleh

Sm : Skor maksimal

4.7 Pengumpulan Data

4.7.1 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan mengevaluasi pembentukan *bounding attachment* antara ibu dan bayi sebelum dilakukan metode *KMC* dan setelah dilakukan metode *KMC*. Kemudian dari kuisioner yang telah dikumpulkan, dihitung skor pembentukan *bounding KMC*.

Data peningkatan berat badan bayi diambil dari data rekam medik pada bayi yang dilakukan *KMC* yaitu data berat badan sebelum *KMC* (diambil dari BB terakhir ditimbang sesaat sebelum *KMC* dimulai) dan berat badan setelah *KMC*.

4.7.2 Cara Pengambilan Data

1. Melakukan studi pendahuluan langsung ke RSUD Kanjuruhan Kapanjen.
2. Mengumpulkan data-data bayi yang lahir dengan BBLR melalui data rekam medik, meliputi identitas bayi, tanggal lahir, lama dirawat di RS, dan data perkembangan kondisi bayi selama dirawat di Rumah Sakit, dan menanyakan telah di *KMC* atau belum.
3. Menyeleksi bayi yang sekiranya dapat dilakukan perawatan metode *KMC* sesuai dengan kriteria inklusi.

4. Menjelaskan prosedur, manfaat dan tujuan penelitian.
5. Mengajukan lembar persetujuan menjadi responden.
6. Responden dibagikan lembar kuisisioner pra-KMC dan lembar kuisisioner post-KMC untuk menilai pembentukan *bounding attachment* antara ibu dan bayi sebelum KMC dilakukan.
7. Pada keadaan pra-KMC (bayi dan ibu masih terpisah pada ruangan yang berbeda, misalnya bayi berada di ruang perinatologi / sedang dalam perawatan inkubator, dan ibu berada di ruang perawatan ibu nifas). Pada keadaan pra-KMC tersebut, kuisisioner pra-KMC akan diisi oleh ibu saat ibu masih dalam perawatan di ruang nifas dan keadaan ibu saat itu baik dan mampu mengisi lembar kuisisioner.
8. Dilakukan metode *Kangaroo Mother Care* dengan diarahkan oleh petugas kesehatan RSUD Kanjuruhan Kepanjen Malang.
9. Kuisisioner post-KMC diisi oleh ibu setelah bayi telah dilakukan KMC.
10. Peneliti mengumpulkan hasil kuisisioner pra-KMC dan post-KMC.
11. Peneliti mengkaji peningkatan BB bayi BBLR yang telah ditimbang oleh petugas kesehatan RSUD Kanjuruhan Kepanjen. Berat badan bayi pra-KMC diambil melalui data rekam medik, yaitu diambil dari BB terakhir ditimbang sesaat sebelum KMC dimulai dan berat badan setelah KMC.

4.8 Uji Validitas dan Reliabilitas

a) Uji Validitas

Validitas digunakan untuk mengetahui kelayakan butir-butir dalam suatu daftar (konstruk) pertanyaan dalam mendefinisikan suatu variabel, salah satunya

adalah pengukuran validitas suatu kuisioner penelitian (Universitas Widyatama, 2007).

Dalam penelitian ini, validitas diuji dengan uji bivariate pearson (momen produk pearson) dengan menggunakan program SPSS. Uji validitas ini dilakukan dengan cara mengorelasikan masing-masing skor item dengan skor total dari instrumen yang ada. Pengujian uji dua sisi dengan taraf signifikansi 0,05 memiliki kriteria pengujian yaitu jika r hitung $>$ r tabel (uji dua sisi dengan signifikansi 0,05) maka instrumen atau item pertanyaan berkorelasi signifikansi terhadap skor total dan dinyatakan valid, dan jika r hitung $<$ r tabel (uji dua sisi dengan signifikansi 0,05), maka instrumen atau item pertanyaan tidak berkorelasi secara signifikansi terhadap skor total dan dinyatakan tidak valid (Hidayat, 2014).

Tabel 4.4
Uji Validitas Variabel

Item	r hitung	Sig.	r Tabel	Keterangan
X1	0,935	0.001	0,707	Valid
X2	0,947	0.000	0,707	Valid
X3	0,989	0.000	0,707	Valid
X4	0,952	0.000	0,707	Valid
X5	0,906	0.002	0,707	Valid
X6	0,778	0.023	0,707	Valid
X7	0,906	0.002	0,707	Valid
X8	0,989	0.000	0,707	Valid
X9	0,975	0.000	0,707	Valid
X10	0,982	0.000	0,707	Valid

Sumber : Data Primer Diolah

Dari tabel 4.4 di atas dapat dilihat bahwa nilai sig. r indikator pertanyaan lebih kecil dari 0,05 ($\alpha = 0,05$) yang berarti tiap-tiap indikator variabel adalah valid, sehingga dapat dinyatakan bahwa indikator-indikator tersebut dapat digunakan untuk mengukur variabel penelitian.

b) Uji Reliabilitas

Reliabilitas digunakan untuk mengetahui sejauh mana hasil suatu alat ukur dapat dipercaya. Konsep reliabilitas dalam arti reliabilitas alat ukur berkaitan dengan kesalahan pengukuran (*error of measurement*) dan kesalahan sampel (*sampling error*) yang menunjuk pada inkonsistensi hasil ukur apabila dilakukan ulang pada responden yang berbeda. Dalam penelitian ini, reliabilitas diuji dengan cronbach's alpha dengan menggunakan program SPSS (Siswanto, 2015).

Menurut Siswanto (2015), kriteria pengujian tes reliabilitas adalah sebagai berikut :

- Data reliabel jika nilai cronbach's alpha $> 0,6$
- Jika r_{α} positif dan $r_{\alpha} > r_{\text{tabel}} (\alpha ; n - 2)$ n = jumlah sampel.
- Menggunakan tabel kriteria indeks koefisien reliabilitas

No	Interval	Kriteria
1	$< 0,200$	Sangat rendah
2	$0,200 - 0,399$	Rendah
3	$0,400 - 0,599$	Cukup
4	$0,600 - 0,799$	Tinggi
5	$0,800 - 1,000$	Sangat tinggi

Tabel 4.5

Uji Reliabilitas Variabel

No.	Variabel	Koefisien Reliabilitas	Keterangan
1.	<i>Bounding Attachment</i>	.9818	Reliabel

Sumber : Data primer diolah

Dari tabel 4.5 diketahui bahwa nilai dari alpha cronbach untuk variabel lebih besar 0,6. Dari ketentuan yang telah disebutkan sebelumnya maka variabel yang digunakan untuk penelitian sudah reliabel.

4.9 Analisis Data

4.9.1 Pengolahan Data

1. Editing

Guna memeriksa kembali kebenaran suatu data yang diperoleh atau dilakukan maka dilakukanlah langkah editing. Editing dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul.

2. Coding

Coding dilakukan dengan cara memberikan kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori. Pemberian kode sangat penting bila pengolahan dan analisis data menggunakan komputer. Biasanya dalam pemberian kode dibuat juga daftar kode dan artinya dalam suatu buku (code book) untuk memudahkan kembali melihat lokasi dan arti suatu kode dari suatu variabel.

3. Data entry

Data entry merupakan kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel atau database komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau dengan membuat tabel kontingensi.

4. Melakukan teknik analisis

Dalam melakukan analisis, khususnya terhadap data penelitian akan menggunakan ilmu statistik terapan yang disesuaikan dengan tujuan yang hendak dianalisis. Apabila penelitiannya deskriptif, maka akan menggunakan statistik deskriptif. Sementara itu, analisis analitik akan menggunakan statistika inferensial.

Statistika deskriptif adalah statistika yang membahas cara-cara meringkas, menyajikan, dan mendeskripsikan suatu data dengan tujuan agar mudah dimengerti dan lebih mempunyai makna. Statistika inferensial (menarik kesimpulan) adalah statistika yang digunakan untuk menyimpulkan parameter (populasi) berdasarkan statistik (sampel) atau lebih dikenal dengan proses generalisasi dan inferensial (Hidayat, 2014).

4.9.2 Analisa Data

a. Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan suatu alat analisis yang fungsinya guna mengukur hanya satu variabel untuk n sampel. Misal membedakan tingkat pendapatan masyarakat sebelum dan sesudah mendapatkan dana bantuan bergulir (satu variabel) di Kota Banjarmasin (n sampel). Pada beberapa kasus, pengukuran dapat dilakukan untuk beberapa variabel, namun masing-masing variabel tetap dianalisis secara sendiri-sendiri. Alat analisis univariat ini dapat berbentuk : ANOVA , uji t , dan uji z (Gani dan Amalia, 2015).

b. Uji Normalitas

Uji ini digunakan untuk menguji normalitas suatu data. Data dikatakan terdistribusi normal apabila memiliki nilai $p > 0,05$, namun apabila nilai $p < 0,05$ maka data dikatakan tidak terdistribusi normal (Nisfiannoor, 2009).

Bila data terdistribusi normal maka guna mengetahui perbedaan pembentukan *bounding attachment* dan perbedaan BB Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan *Kangaroo Mother Care*, maka dilakukan uji Paired T – test. Paired T – test merupakan sebuah sampel dengan subjek yang sama namun mengalami dua perlakuan atau pengukuran yang berbeda, kondisi sebelum dan sesudah suatu perlakuan. Syarat pada uji paired t

– test yaitu data bertipe kuantitatif/ numerik baik itu interval atau rasio, data sampel berjumlah sedikit (di bawah 30), dan datanya terdistribusi normal. Sedangkan apabila data tidak terdistribusi normal maka uji statistiknya harus diganti menjadi Wilcoxon yang merupakan *nonparametric test* (Swarjana,2016).

4.10 Etika Penelitian

a. *Respect for Person* (Prinsip Menghormati Harkat dan Martabat Manusia)

Dalam penelitian ini, pelaksanaan prinsip menghormati harkat dan martabat manusia dilakukan dengan cara memberikan penjelasan kepada responden mengenai manfaat dari penelitian, kerugian waktu selama dilakukan penelitian, sebelum dan sesudah dilakukan metode *Kangaroo Mother Care (KMC)* yang dilakukan oleh petugas kesehatan RSUD Kanjuruhan Kepanjen Malang, dan memberikan penjelasan bahwa responden dapat mengundurkan diri kapan saja serta responden mendapatkan jaminan kerahasiaan identitas. Setelah diberikan penjelasan, responden dapat menyatakan persetujuannya untuk berpartisipasi dalam penelitian tanpa ada paksaan dari siapapun dengan menandatangani *informed consent* yang diberikan.

b. *Beneficence* (Prinsip Berbuat Baik)

Prinsip berbuat baik dalam penelitian ini dilakukan dengan cara memberikan penjelasan mengenai manfaat yang didapat oleh responden dari penelitian, salah satu manfaatnya adalah kenaikan berat badan bayi BBLR menjadi terpantau dan memberikan informasi

terkait perbaikan hasil *bounding attachment* antara ibu dan bayi pada saat sebelum dan sesudah dilakukan *Kangaroo Mother Care (KMC)*.

c. *Nonmaleficence* (Prinsip Tidak Merugikan)

Prinsip tidak merugikan responden dilakukan dengan cara melakukan kontrak waktu penelitian yaitu 1 x 10 menit (untuk mengisi lembar kuisisioner pra – *KMC* / saat sebelum dilakukan *KMC* , serta 1 x 10 menit (untuk mengisi kuisisioner post – *KMC* / saat setelah di lakukan *KMC* yang kuisisionernya diisi pada saat bayi telah dilakukan *KMC*, serta akan dilakukan penimbangan BB bayi oleh tenaga kesehatan RSUD Kanjuruhan Kepanjen dan membutuhkan waktu 1 x 10 menit saat bayi telah selesai dilakukan *KMC*. Selain itu juga memberikan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur penelitian serta memberikan *souvenir* berupa kotak makan & botol minuman kepada responden sebagai ucapan terimakasih.

d. *Justice* (Prinsip Keadilan)

Prinsip keadilan dalam penelitian ini dilakukan dengan cara memperlakukan seluruh responden secara adil dan baik pada seluruh responden. Sebelum dilakukan *KMC*, bayi BBLR harus ditimbang terlebih dahulu, dan ibu mengisi kuisisioner pembentukan *bounding attachment* pra- *KMC*. Setelah itu semua bayi yang menjadi responden akan dilakukan *KMC* yang diarahkan oleh petugas kesehatan RSUD Kanjuruhan Kepanjen Malang. Kemudian, saat bayi telah selesai dilakukan *KMC*, berat badan bayi BBLR akan ditimbang dan ibu mengisi kuisisioner pembentukan *bounding attachment* post – *KMC*.

Kegiatan tersebut bertujuan untuk memenuhi syarat *justice* etik penelitian karena semua responden harus diperlakukan dengan sama dan tidak ada diskriminasi atau hal-hal yang tidak patut untuk dilakukan sebelum, selama, dan sesudah dilakukan penelitian.



BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA

Dalam bab ini akan dijabarkan secara rinci mengenai hasil penelitian dan hasil analisa data yang terdiri dari data dasar ibu dan bayi (usia ibu, dan pendidikan ibu, paritas, dan berat lahir bayi), pembentukan *bounding attachment*, dan peningkatan berat badan bayi BBLR. Analisis data multivariat meliputi pengaruh metode *Kangaroo Mother Care (KMC)* terhadap pembentukan *bounding attachment* ibu dan bayi serta peningkatan berat badan bayi BBLR di RSUD Kanjuruhan Kepanjen Malang.

Pengambilan data dilakukan pada bulan Oktober 2017 s.d Januari 2018. Data yang digunakan dalam pengambilan data *bounding attachment* adalah melalui lembar kuisisioner. Sedangkan data peningkatan berat badan bayi diperoleh dari data rekam medik responden tersebut.

Dibawah ini akan diuraikan tabel mengenai data karakteristik responden berdasarkan usia ibu, pendidikan ibu, jumlah gravida, berat lahir bayi, dan lama hari pelaksanaan *Kangaroo Mother Care (KMC)*.

5.1 Karakteristik Responden berdasarkan Usia Ibu, Pendidikan Ibu, Jumlah Gravida, Berat Lahir Bayi, dan Lama Hari Pelaksanaan *KMC*

5.1.1 Karakteristik Responden berdasarkan Usia Ibu

Berdasarkan tabel 5.1 di bawah menunjukkan distribusi karakteristik responden berdasarkan usia ibu, dimana yang tertinggi didominasi oleh usia ibu 36 tahun, sedangkan usia ibu termuda adalah 18 tahun dan usia ibu tertua adalah 40 tahun.

Tabel 5.1 Distribusi Responden berdasarkan Usia Ibu, Pendidikan Ibu, Jumlah Gravida, Berat Lahir Bayi, dan Lama Hari Pelaksanaan KMC

Karakteristik Ibu	N	%
Usia Ibu (Tahun)		
18 tahun	1	6,2 %
19 tahun	1	6,2 %
27 tahun	2	12,5 %
28 tahun	1	6,2 %
30 tahun	1	6,2 %
31 tahun	2	12,5 %
34 tahun	1	6,2 %
36 tahun	4	25 %
37 tahun	2	12,5 %
40 tahun	1	6,2 %
Tingkat Pendidikan Ibu		
SD	2	12,5 %
SMP	10	62,5 %
SMA	4	25 %
Jumlah Gravida		
Gravida 1	1	6 %
Gravida 2	6	37 %
Gravida 3	7	44 %
Gravida 4	2	13 %
Karakteristik Bayi		
Berat Badan Lahir Bayi		
≤ 1000 gram	2	12,5 %
>1000 gram - ≤ 1500 gram	7	43,8 %
≤ 2000 gram	7	43,8 %
Lama KMC (Hari)		
1	2	12,5 %
2	3	18,8 %
3	5	31,2 %
5	1	6,2 %
6	1	6,2 %
7	1	6,2 %
10	1	6,2 %
12	1	6,2 %
20	1	6,2 %

5.1.2 Karakteristik Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan Ibu

Berdasarkan tabel 5.1 di atas menunjukkan distribusi karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan ibu, dimana yang tertinggi didominasi oleh tingkat pendidikan SMP, dan yang terendah pada tingkat pendidikan SD.

5.1.3 Karakteristik Responden berdasarkan Gravida

Berdasarkan tabel 5.1 di atas menunjukkan distribusi karakteristik responden berdasarkan gravida, dimana yang tertinggi didominasi oleh ibu dengan jumlah gravida 3, dan terendah pada ibu dengan jumlah gravida 1.

5.1.4 Karakteristik Responden berdasarkan Berat Lahir Bayi

Berdasarkan tabel 5.1 di atas menunjukkan distribusi karakteristik responden berdasarkan berat lahir bayi, dimana berat lahir bayi yang tertinggi ialah 2000 gram (≤ 2000 gram) gram, dan berat lahir bayi yang terendah ialah 900 gram (≤ 1000 gram).

5.1.5 Karakteristik Responden berdasarkan Lama Pelaksanaan *KMC*

Berdasarkan tabel 5.1 di atas menunjukkan distribusi karakteristik responden berdasarkan lamanya pelaksanaan *Kangaroo Mother Care*. *Kangaroo Mother Care* yang dilakukan dengan durasi terlama yaitu selama 20 hari, dan *KMC* yang dilakukan dengan durasi tersingkat yaitu selama 1 hari saja.

5.2 Tingkat Pembentukan *Bounding Attachment*

Responden	Skor BA PRA - KMC	Skor BA Post-KMC	Selisih Skor
B1	19	36	17
B2	16	39	23
B3	16	38	22
B4	14	41	27
B5	17	42	25
B6	25	41	16
B7	16	43	27
B8	12	42	30
B9	19	45	26
B10	36	44	8
B11	31	45	14
B12	15	47	32
B13	19	44	25
B14	18	46	28
B15	13	45	32
B16	18	47	29
Jumlah	304	685	381
Rata-Rata	19	42,8125	23,8125

Tabel 5.2 Distribusi Tingkat Pembentukan *Bounding Attachment*

Dari hasil pengambilan data pada tabel 5.2 di atas menunjukkan dari 16 responden, total skor *bounding attachment* sebelum *KMC* (*pra-KMC*) adalah 304 poin dengan rata-rata skor 19 poin, sedangkan total skor *bounding attachment* setelah *KMC* (*post-KMC*) adalah 685 poin dengan rata-rata skor 42,8125 poin. Dari data tersebut juga menunjukkan selisih skor (total skor *bounding attachment post KMC* – total skor *bounding attachment pra KMC*) yaitu sebesar 381 poin. Hal ini menunjukkan adanya pengaruh dari penerapan *KMC* terhadap pembentukan *bounding attachment*, dimana pembentukan *bounding attachment* mengalami peningkatan skor setelah dilakukan *KMC* (dibandingkan sebelum dilakukan *KMC*). Besarnya peningkatan *bounding attachment post-KMC* dengan presentase peningkatan sebesar 45,3%.

5.3 Distribusi dan Kenaikan Berat Badan Bayi BBLR Sebelum dan Setelah Dilakukan Kangaroo Mother Care

Tabel 5.3 Distribusi dan Kenaikan Berat Badan Bayi BBLR Sebelum dan Setelah Dilakukan *Kangaroo Mother Care*

Kode Responden	Lama KMC (hari)	BB Sebelum KMC (gram)	BB Setelah KMC (gram)	Keterangan	Jumlah Kenaikan (gram)
K1	1	1950	1950	Tetap	0
K2	1	1700	1700	Tetap	0
K3	2	1600	1600	Tetap	0
K4	2	1700	1700	Tetap	0
K5	2	1300	1350	Naik	50
K6	3	1800	1900	Naik	100
K7	3	1200	1250	Naik	50
K8	3	1900	2000	Naik	100
K9	3	1500	1500	Tetap	0
K10	3	1100	1100	Tetap	0
K11	5	1500	1600	Naik	100
K12	6	1200	1300	Naik	100
K13	7	1400	1500	Naik	100
K14	10	850	1000	Naik	150
K15	12	1100	2000	Naik	900
K16	20	1100	2000	Naik	900
Rata-Rata BB		1431	1590,63		

Berdasarkan tabel 5.3 di atas, menunjukkan adanya kenaikan rata-rata berat badan bayi setelah dilakukan perawatan *KMC*, dimana rata – rata berat badan bayi sebelum dilakukan *KMC* yaitu sebesar 1431 gram, dan rata – rata berat badan bayi setelah dilakukan *KMC* yaitu sebesar 1590,63 gram (selisihnya ialah 159,63 gram). Kenaikan berat badan terendah ialah sebesar 50 gram, sedangkan kenaikan berat badan tertinggi ialah sebesar 900 gram. Dari tabel di atas juga menunjukkan bahwa sebesar 62% responden mengalami kenaikan berat badan, sedangkan sebesar 38% responden berat badannya tetap.

Sehingga dapat dinyatakan bahwa mayoritas responden mengalami kenaikan berat badan setelah dilakukan perawatan *KMC*.

5.4 Hasil Uji Analisa dan Uji Hipotesis

5.4.1 Uji Normalitas Data dan Uji Hipotesis Pembentukan *Bounding*

Attachment

Pada penelitian ini peneliti menggunakan uji normalitas *Shapiro-Wilk*. Interpretasi hasil dari uji normalitas ini yaitu dikatakan signifikan apabila nilai $p > 0,05$, sebaliknya dikatakan data terdistribusi tidak normal apabila nilai $p < 0,05$.

Berdasarkan hasil uji normalitas diperoleh kemaknaan (Sig. pada BA sbl) adalah $p = 0,003$ artinya $p < 0,05$ sedangkan (Sig.pada BA ssd) adalah $p = 0,418$ artinya $p > 0,05$. Karena data terdistribusi tidak normal maka uji hipotesis yang digunakan yaitu uji nonparametrik (Uji *Wilcoxon*).

Selain itu berdasarkan uji hipotesis (Uji *Wilcoxon*), pada penelitian ini diperoleh nilai probabilitas (signifikansi) = 0,000 sehingga $\alpha < 0,05$, artinya hipotesis diterima. Sehingga secara statistik dapat dikatakan terdapat adanya perbedaan yang bermakna antara tingkat pembentukan *bounding attachment* sebelum dilakukan *KMC* dan setelah dilakukan *KMC*. Dengan kata lain terdapat pengaruh yang signifikan dari penerapan metode *KMC* terhadap peningkatan pembentukan *bounding attachment* antara ibu dan bayi BBLR.

5.4.2 Uji Normalitas Data dan Uji Hipotesis Kenaikan Berat Badan Bayi

BBLR

Uji normalitas data kenaikan berat badan bayi BBLR dilakukan dengan uji *Shapiro-Wilk*. Berdasarkan tabel diatas diperoleh kemaknaan (Sig. pada BB sbl) adalah $p = 0,647$ artinya $p > 0,05$ sedangkan (Sig.pada BB ssd) adalah $p = 0,279$

artinya $p > 0,05$. Karena data terdistribusi normal maka uji hipotesis yang digunakan yaitu uji parametrik (Uji *Paired T-Test*).

Selain itu berdasarkan uji hipotesis (Uji *Paired T-Test*), pada penelitian ini diperoleh nilai probabilitas (signifikansi) = 0,046 sehingga $\alpha < 0,05$, artinya hipotesis diterima. Maka secara statistik dapat dikatakan terdapat adanya perbedaan yang bermakna antara berat badan bayi BBLR sebelum dilakukan *KMC* dan setelah dilakukan *KMC*. Dengan kata lain terdapat pengaruh yang signifikan dari penerapan metode *KMC* terhadap peningkatan berat badan bayi BBLR.



BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Subjek Penelitian

6.1.1 Karakteristik Usia Ibu

Salah satu faktor yang berpengaruh terhadap kejadian BBLR ialah dari faktor usia ibu. Ibu yang hamil pada usia < 20 tahun atau > 35 tahun memiliki kecenderungan terhadap tidak terpenuhinya kebutuhan gizi yang adekuat guna pertumbuhan janin sehingga akan berdampak terhadap kejadian bayi berat lahir rendah (Trihardiani, 2011). Responden dalam penelitian ini didominasi oleh ibu dengan usia 36 tahun, dimana pada usia tersebut telah memasuki usia yang berisiko tinggi terhadap kejadian bayi BBLR.

6.1.2 Karakteristik Pendidikan Ibu

Menurut literatur Rizky (2009), pendidikan diklasifikasikan menjadi dua kategori yaitu tingkat pendidikan rendah (SD dan SMP), dan tingkat pendidikan tinggi (SMA / STM dan Akademi / Perguruan Tinggi).

Berdasarkan penelitian oleh Apriyanti (2010), didapatkan hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu yang rendah terhadap kejadian BBLR. Penelitian oleh Apriyanti (2010) tersebut mendukung hasil dari penelitian ini, karena responden pada penelitian ini didominasi oleh ibu dengan tingkat pendidikan SMP (yang tergolong pada tingkat pendidikan rendah), dimana hal tersebut merupakan salah satu risiko terjadinya BBLR.

6.1.3 Karakteristik Gravida Ibu

Berdasarkan data penelitian yang dilakukan oleh Munarsih (2013), didapatkan hasil penelitian dimana kehamilan multigravida akan lebih banyak menyumbangkan angka kejadian BBLR. Didukung dengan literatur oleh Wiknjosastro (2007), multi gravida (kehamilan 2 kali atau lebih) berpengaruh terhadap kejadian BBLR, terlebih pada kondisi ibu multi gravida dengan jarak kelahiran yang terlalu dekat.

Pada penelitian ini, responden didominasi oleh ibu dengan jumlah gravida 3 (multigravida), oleh karenanya hal tersebut menjadi salah satu pendukung kejadian BBLR.

6.2 Pembentukan *Bounding Attachment*

Dari hasil penelitian ini menunjukkan adanya perbedaan pembentukan *bounding attachment* antara ibu dan bayi pada waktu sebelum (*pretest*) dan setelah (*posttest*) dilakukan metode KMC. Pada kuisioner *bounding attachment*, poin maksimal dalam pengisian kuisioner adalah 50 poin. Pada *pretest*, dari sejumlah 16 responden, responden mendapatkan poin *bounding attachment* terendah yaitu 12 poin dan tertinggi adalah 36 poin (dari nilai maksimal 50 poin). Sedangkan pada *posttest*, dari sejumlah 16 responden, responden mendapatkan poin *bounding attachment* terendah yaitu 36 poin dan tertinggi adalah 47 poin (dari nilai maksimal 50 poin). Total rata-rata poin *pre-test bounding attachment* yaitu 19 poin sedangkan total rata-rata poin *post-test bounding attachment* yaitu 43 poin. Dari 16 responden, sebanyak 100% responden mengalami kenaikan *bounding attachment*.

Hasil uji hipotesis yang telah dilakukan dengan uji *wilcoxon* menunjukkan nilai kemaknaan probabilitas (signifikansi) $p = 0,000$ ($p < 0,05$) artinya bahwa

secara statistik ada perbedaan yang bermakna antara pembentukan *bounding attachment* sebelum dilakukan metode *KMC* dengan setelah dilakukan metode *KMC* kepada ibu dan bayi BBLR. Presentase peningkatan pembentukan *bounding attachment* dalam penelitian ini adalah sebesar 45,3% (dari data *bounding attachment pra KMC – post KMC*).

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang pernah dilakukan oleh Tessier, Rejean et al (2003), dimana metode *KMC* paling berpengaruh dan memberi efek positif terhadap kemampuan mendengar dan berbicara, performa, dan kemampuan personal sosial pada anak. Kemampuan personal sosial dalam hal ini adalah kemampuan bayi dalam berkomunikasi dan membangun ketertarikan antara orangtua dan anak (*bounding attachment*). Peneliti sebelumnya telah menghipotesiskan bahwa posisi bayi pada saat *KMC* (yaitu berada di dada ibu) dengan kontak langsung dari kulit ke kulit selama beberapa hari atau minggu setelah kelahiran meningkatkan hubungan orang tua dan anak. Hal ini dikarenakan, pada saat dilakukannya *KMC*, selain terjadinya kontak dari kulit ke kulit, orangtua bayi memiliki kesempatan penuh untuk memegang, menyentuh, dan melakukan kontak mata. Dari kontak fisik yang terjadi selama dilakukannya *KMC*, maka dimensi emosional antara orangtua (terutama ibu) akan terbentuk dan akan terjalin keterikatan.

Sesuai dengan penelitian lain yang dilakukan oleh Ngayiyaye dan Kalembo (2016), dalam penelitian tersebut peneliti menggunakan beberapa strategi, salah satu diantaranya adalah dengan menerapkan metode *kangaroo mother care* untuk membangun interaksi ibu dan bayi. Pada penelitian tersebut, para ibu *disupport* untuk dapat membangun keterikatan dengan bayinya melalui metode *kangaroo mother care*, karena selama metode tersebut berlangsung

repository.ub.ac.id

dapat memungkinkan adanya kontak kulit ke kulit secara terus menerus. Para ibu didorong untuk segera melakukan metode *KMC* segera setelah kondisi bayi stabil. Hasil dari penelitian oleh Ngayiyaye dan Kalembo (2016) ini menyatakan bahwa ibu merasa selalu dekat dengan bayinya dan bertanggung jawab atas perawatan bayi mereka. Selama *KMC*, ibu merasa nyaman saat menyusui bayinya, ibu merasa dapat merawat bayi nya sendiri, memberi makan bayi (ASI), dan mengganti popok, sehingga ibu merasa bayinya akan tahu bahwa ia adalah ibunya karena mereka selalu bersama (Ngayiyaye dan Kalembo, 2016).

6.3 Peningkatan Berat Badan Bayi BBLR

Pada penelitian ini responden mendapatkan lama *KMC* yang beragam, mulai dari *KMC* yang dilakukan selama 1 hari sampai dengan 20 hari. Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa, bayi yang dilakukan *KMC* selama 1 hari saja hasilnya tidak menunjukkan perubahan berat badan bayi BBLR (cenderung tetap), begitupula dengan *KMC* yang dilakukan hanya 2 hari saja juga menunjukkan peningkatan BB yang tidak maksimal (cenderung tetap / memiliki kecenderungan yang menggambarkan sedikit kenaikan BB bayi). Perawatan *KMC* yang dilakukan selama 3 hari pada bayi menunjukkan kecenderungan kenaikan yang belum stabil (terdapat responden yang mengalami kenaikan BB sebesar 50-100 gram selama 3 hari *KMC*, namun sebagian kecil responden cenderung berat badannya tetap). Perawatan *KMC* yang dilakukan selama 5-10 hari menunjukkan adanya kenaikan berat badan bayi sebesar 100 gram, sedangkan perawatan *KMC* yang dilakukan dalam interval 12-20 hari seluruhnya menunjukkan kecenderungan kenaikan berat badan.

Perbedaan respon bayi BBLR akan kenaikan berat badan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya adalah kemampuan bayi dalam beradaptasi

dengan lingkungan, kemungkinan adanya komplikasi saat kelahiran bayi BBLR (yang berpengaruh terhadap metabolisme bayi), dan kemampuan bayi dalam menyusui (Maulidah, 2013). Hal ini secara tidak langsung juga dipengaruhi oleh lamanya dilakukannya *KMC* selama perawatan, dimana semakin lama dilakukan perawatan *KMC* maka kenaikan berat badan bayi cenderung lebih stabil, begitu pula sebaliknya, dimana rata-rata bayi yang tidak mengalami kenaikan berat badan merupakan bayi yang menerima perawatan *KMC* hanya dalam kurun waktu 1-3 hari *KMC*.

Dari perawatan *KMC* yang telah dilakukan dalam interval waktu 5-10 hari sudah menunjukkan adanya kenaikan berat badan, sedangkan untuk perawatan *KMC* dengan interval 12-20 hari menunjukkan peningkatan berat badan yang lebih baik karena menunjukkan kecenderungan kenaikan yang lebih signifikan dan stabil. Selama perawatan *KMC*, ibu sekaligus difasilitasi untuk dapat memberikan asupan berupa ASI kepada bayinya sehingga bayi memperoleh minum yang cukup dan posisi tidur yang nyaman (*skin to skin* dengan ibu), oleh karenanya semakin lama dan semakin sering *KMC* dilakukan akan semakin berpengaruh terhadap peningkatan BB bayi BBLR tersebut.

Dari hasil uji hipotesis yang telah dilakukan dengan uji *Paired T-Test* menunjukkan nilai kemaknaan probabilitas (signifikansi) $p = 0,046$ ($p < 0,05$) artinya bahwa secara statistik ada perbedaan yang bermakna antara berat badan bayi BBLR sebelum dilakukan metode *KMC* dengan berat badan bayi BBLR setelah dilakukan metode *KMC*. Presentase peningkatan berat badan bayi BBLR dalam penelitian ini adalah sebesar 3,2% (dari data berat badan bayi *pra-KMC* dan *post-KMC*).

Sesuai dengan data hasil penelitian yang pernah dilakukan oleh Silvia dan Gusnila (2015) didapatkan hasil yaitu adanya pengaruh *KMC* terhadap peningkatan berat badan bayi BBLR, dimana rata-rata berat badan bayi sebelum dilakukan *KMC* ialah 1738,60 gram, sedangkan setelah dilakukan *KMC* berat badan bayi BBLR mengalami peningkatan menjadi 1766,90 gram, dengan peningkatan berat badan sebesar 28,30 gram dimana $p = 0,00$ ($\alpha < 0,05$).

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Arifah dan Wahyuni (2010), hasil dari penelitian tersebut menunjukkan bahwa metode *KMC* yang dilakukan selama 4 jam sehari dapat meningkatkan berat badan lebih banyak dibanding *KMC* yang hanya dilakukan dalam 2 jam sehari. Dimana rata-rata peningkatan berat badan bayi setelah dilakukan perawatan *KMC* selama 2 jam sehari adalah 32,14 gram, sedangkan rata-rata peningkatan berat badan bayi setelah dilakukan perawatan *KMC* selama 4 jam sehari adalah 167,86 gram.

Dari sejumlah data penelitian yang sudah ada maka dapat disimpulkan, semakin lama durasi dan frekuensi *KMC*, maka semakin berpengaruh terhadap kenaikan berat badan bayi BBLR, hal ini dikarenakan penerapan metode *KMC* memiliki efek positif terhadap stabilnya termoregulasi bayi dan juga berpengaruh positif terhadap lama durasi menyusui. Bayi yang mendapatkan asupan air susu ibu dengan durasi yang lebih lama akan membuat bayi merasa lebih *relax*, nyaman, dan tenang sehingga bayi akan mendapatkan suplai ASI dan energi yang cukup selama perawatan *KMC*. Dengan penerapan metode *KMC*, dapat diperoleh peningkatan kadar glukosa pada bayi, dimana peningkatan ini dapat menyebabkan sel-sel memetabolisme secara lebih baik sehingga proses pertumbuhan sel menjadi lebih baik.

6.4 Keterbatasan Penelitian

- a. Dalam penelitian ini tidak mempertimbangkan adanya penurunan berat badan fisiologis pada minggu awal kelahiran bayi.



BAB 7

PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian mengenai pengaruh metode *kangaroo mother care* terhadap pembentukan *bounding attachment* antara ibu dan bayi serta peningkatan berat badan bayi berat lahir rendah (BBLR), maka dapat diambil kesimpulan dan saran sebagai berikut :

7.1 Kesimpulan

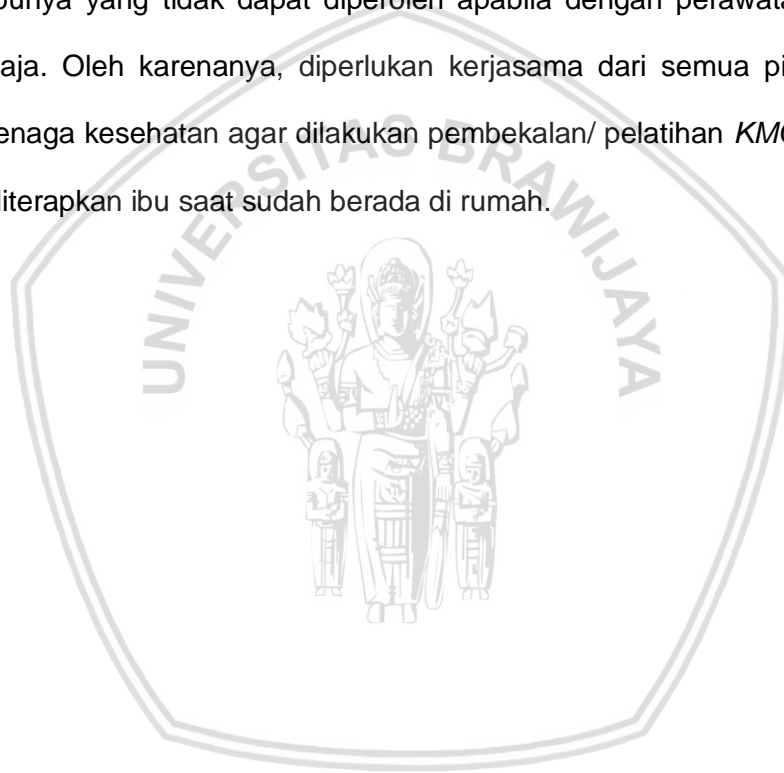
1. Terdapat perbedaan yang bermakna antara pembentukan *bounding attachment* saat pra-KMC dibanding post- antara ibu dan bayi BBLR ($p = 0,000$), dimana 100% responden KMC mengalami kenaikan pembentukan *bounding attachment*, dengan presentase kenaikan sebesar 45,3%.
2. Terdapat perbedaan yang bermakna antara berat badan bayi BBLR pra-KMC dengan berat badan bayi BBLR post-KMC ($p = 0,046$), dimana rata – rata berat badan bayi pra-KMC adalah 1431 gram, sedangkan rata – rata berat badan bayi post- KMC adalah 1590,63 gram.

7.2 Saran

1. Pelaksanaan *Kangaroo Mother Care (KMC)* sebaiknya mulai diterapkan difasilitas kesehatan guna perawatan alternatif bagi bayi BBLR, dikarenakan masih jarang fasilitas kesehatan yang menerapkan *Kangaroo Mother Care (KMC)*.
2. Karena pelaksanaan KMC di rumah sakit terkadang hanya dilaksanakan dalam waktu yang singkat, maka capaian peningkatan berat badan bayi BBLR kurang maksimal, maka dari itu perlunya suatu penerapan KMC

dengan lama dan frekuensi yang lebih sering agar berat badan bayi dapat meningkat secara lebih signifikan.

3. Pelaksanaan *Kangaroo Mother Care (KMC)* bagi bayi BBLR sebaiknya tetap dilakukan baik saat masih berada di rumah sakit maupun ketika bayi dan ibu sudah dipulangkan, karena penerapan *Kangaroo Mother Care (KMC)* memberikan banyak manfaat yang baik bagi bayi BBLR dan ibunya yang tidak dapat diperoleh apabila dengan perawatan inkubator saja. Oleh karenanya, diperlukan kerjasama dari semua pihak dengan tenaga kesehatan agar dilakukan pembekalan/ pelatihan *KMC* agar dapat diterapkan ibu saat sudah berada di rumah.



DAFTAR PUSTAKA

- Apriyanti. 2010. *Hubungan antara Pendidikan dan Paritas Ibu Bersalin dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Rumah Sakit Umum Pusat Dr.Mohammad Hoesin Palembang Tahun 2009*. Karya Tulis Ilmiah. Akademi Kebidanan Budi Mulia
- Arifah, S dan Wahyuni, S., 2010. *Pengaruh Kangaroo Mother Care (KMC) Dua Jam Dan Empat Jam Per Hari Terhadap Kenaikan Berat Badan Lahir Rendah Bayi Preterm Di RS PKU Muhammadiyah Surakarta*. Universitas Muhammadiyah Surakarta. Surakarta
- Bahiyatun. 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal*, EGC, Jakarta.
- Charpak et al. 2017. *Twenty Year Follow-up of Kangaroo Mother Care Versus Traditional Care*. International Pediatric Association
- Desmita. 2015. *Psikologi Perkembangan Edisi Sembilan*, PT Remaja Rosdakarya,Bandung.
- Deorari, A.K., Thukral, A., Chawla D., Agarwal R., Paul V.K. 2008. *Kangaroo Mother Care an alternative to conventional care*. All India Institute of Medical Sciences.
- Depkes RI. 2009. *Pedoman Pelayanan Kesehatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dengan Perawatan Metode Kanguru di Rumah Sakit dan Jejaringnya*, Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kota Malang. 2015. *Profil Kesehatan Kota Malang*
- Gani I. dan Amalia S., 2015. *Alat Analisis Data ; Aplikasi Statistik untuk Penelitian Bidang Ekonomi dan Sosial Ed.1*,ANDI , Yogyakarta.
- Genna, Catherine Watson. 2017.,*Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants (Third Edition)*, Jones & Bartlett Learning.
- Hidayat, A.A.A., 2014. *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data : Contoh Aplikasi dan Studi Kasus*, Salemba Medika, Jakarta.

- Ionio, C., Colombo, C., Brazzoduro, V., Mascheroni, E., Confalonieri, E., Castoldi, F. et al 2016., *Mothers and fathers in NICU: the impact of preterm birth on parental distress*. Eur J Psychol.
- Kemenkes RI. 2010. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial: Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar*, Jakarta.
- Kemenkes RI. 2014. *Profil Kesehatan Indonesia*
- Maulidah, Yetty. 2013. *Hubungan Peningkatan Berat Badan dan Perkembangan Psikomotorik dengan Penggunaan Perawatan Metode Kanguru pada Bayi Berat Badan Lahir Rendah*. Tugas Akhir, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang
- Ministry Health and Social Welfare.,2008. *Kangaroo Mother Care Guideline, Reproductive and Child Health*, Tanzania.
- Munarsih. 2013. *Analisis Karakteristik Ibu yang Mempengaruhi Berat Bayi Baru Lahir di Puskesmas Mergangsan Yogyakarta Tahun 2013*. Naskah Publikasi. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Aisyiyah Yogyakarta
- Ngaiyiyaye, E.P and Kalembo F.W., 2016. *Supporting Mothers To Bond With Their Newborn Babies: Strategies Used In A Neonatal Intensive Care Unit At A Tertiary Hospital In Malawi*, International Jurnal of Nursing Science, Malawi
- Nisfiannoor, Muhammad., 2009. *Pendekatan Statistik Modern untuk Ilmu Sosial*, Salemba Humanika, Jakarta.
- Noorkasiani., 2009. *Sosiologi Keperawatan*, EGC, Jakarta.
- Nugroho, Sigit., 2008. *Dasar- Dasar Metode Statistika*, Grasindo, Jakarta.
- Nyqvist, K.H., Anderson G.C., Bergman N., Cattaneo A., Charpak N. 2010. *Towards universal Kangaroo Mother Care : recommendations and report from the First European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care*, Department of Women's and Children's Health, Sweden.
- Ohashi, Y., Kitamura, T., Sakanashi, K., Tanaka, T. 2016. *Postpartum Bonding Disorder : Factor Structure, Validity, Reliability and a Model Comparison*

of the Postnatal Bonding Questionnaire in Japanese Mother or Infants, Healthcare, Japan.

Prawirohardjo, S., 2008. *Ilmu Kebidanan*, PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.

Proverawati A. dan Asufah S., 2009. *Buku Ajar Gizi Untuk Kebidanan*, Nuha Medika, Yogyakarta.

Pudjiadi A.H. dan Hegar B., 2010. *Pedoman Pelayanan Medis Ikatan Dokter Anak Indonesia*. Jakarta: IDAI.

Rini, Susilo., 2016. *Panduan Asuhan Nifas dan Evidence Based Practice*, Deepublish, Yogyakarta.

Rizky, Yuda. 2009. *Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Aman Berkendara (Safety Driving) pada Pengemudi Taksi di PT."X" Pool "Y" Tahun 2009*. Skripsi. Universitas Indonesia

Ryadi, A.L.S., 2016. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Penerbit ANDI, Yogyakarta.

Saifudin A.B. 2006. *Buku Acuan Nasional Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo, Jakarta.

Setianingrum, S.I.W. 2005. *Hubungan Antara Kenaikan Berat Badan, Lingkar Lengan Atas, dan Kadar Hemoglobin Ibu Hamil Trimester III dengan Berat Bayi Lahir di Puskesmas Ampel I Boyolali Tahun 2005*. Jurnal. Semarang : Universitas Negeri Semarang.

Silvia, Putri Y.R., Gusnila E. 2015. *Pengaruh Perawatan Metode Kanguru terhadap Perubahan Berat Badan Bayi Lahir Rendah*. Jurnal Ipteks Terapan.

Siswanto, Victorius Aries., 2015. *Belajar Sendiri SPSS 22 Edisi 1*, ANDI, Yogyakarta.

Soetjningsih. 2013. *Tumbuh Kembang Anak*, Edisi Kedua, EGC, Jakarta.

Suradi R. dan Yanuarso P.B.,2000. *Metode Kanguru Sebagai Pengganti Inkubator Untuk Bayi Berat Lahir Rendah*, Sari PediatriVol.2.

Surasmi, A., Siti H., Heni N.K., 2002. *Perawatan Bayi Risiko Tinggi*, EGC , Jakarta.

- Swarjana, I Ketut., 2016. *Statistik Kesehatan*, ANDI, Yogyakarta.
- Swarjana, I Ketut., 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan Ed.1*, ANDI, Yogyakarta.
- Tessier , R., Cristo, Marta B., Velez,Stella., Giron,M., Nadeau,L. 2003. *Kangaroo Mother Care: A Method For Protecting High-Risk Low-Birth-Weight And Premature Infants Against Developmental Delay*, Elsevier, Colombia
- Triana, Ani., 2015. *Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*, Deepublish, Yogyakarta.
- Trihardiani, I. 2011. *Faktor Risiko Kejadian Berat Badan Lahir Rendah di Wilayah Kerja Puskesmas Singkawang Timur dan Utara Kota Singkawang*. Skripsi tidak dipublikasikan. Universitas Diponegoro Semarang
- Universitas Widyatama., 2007. *Metode Riset Untuk Bisnis & Manajemen*, SAP , Bandung.
- WHO. 2003. *Kangaroo Mother Care : A Practical Guide*, Department of Reproductive Health and Research, Geneva.
- Wiknjosastro, H. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Wiknjosastro, H., 2002. *Ilmu Kebidanan*, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.
- Wulandari S.R., dan Handayani S., 2010. *Asuhan Kebidanan Ibu Masa Nifas*, Goysen Publishing, Yogyakarta.
- Yushananta., 2001. *Perawatan Bayi Risiko Tinggi*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Yusri. 2016., *Ilmu Pragmatik dalam Perspektif Kesopanan Berbahasa Ed.1*, Deepublish, Yogyakarta.