



**Sekolah Tinggi
Ilmu Kesehatan
Budi Kemuliaan**

**PROFIL PERAWATAN METODE KANGGURU PADA BAYI
DENGAN BERAT ≤ 2200 GRAM DI RS BUDI KEMULIAAN
JANUARI – AGUSTUS 2021**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kebidanan (S. Keb)**

Farah Fauziyah

0218005

**PROGRAM STUDI SARJANA KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATANBUDI KEMULIAAN
JAKARTA PUSAT**

SURAT PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Farah Fauziyah

NIM : 0218005

Tanda Tangan : 

Tanggal : 28 September 2022

Yang Menyatakan



(.....)

Farah Fauziyah

SURAT PERNYATAAN TIDAK MELAKUKAN PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Farah Fauziyah

NIM : 0218005

Program Studi : Sarjana Kebidanan STIK Budi Kemuliaan

Tahun Akademik : 2021/2022

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

**PROFIL PERAWATAN METODE KANGGURU PADA BAYI DENGAN
BERAT $\leq$ 2200 GRAM DI RS BUDI KEMULIAAN JANUARI – AGUSTUS
2021**

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Jakarta, 28 September 2022



(Farah Fauziyah)

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Farah Fauziyah

NIM : 0218005

Program Studi : Sarjana Kebidanan STIK Budi Kemuliaan

Judul Skripsi :

**“Profil Perawatan Metode Kangguru Pada Bayi Dengan Berat ≤ 2200 Gram
Di RS Budi Kemuliaan Januari – Agustus 2021”**

Telah diperiksa dan disetujui oleh Tim Pembimbing dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kebidanan (S.Keb) pada Program Studi Sarjana Kebidanan STIK Budi Kemuliaan.

TIM PEMBIMBING

Pembimbing I dr. Siti Munawaroh, Sp.A (



Pembimbing II : Anah Sugihanawati, M.Pd (



RIWAYAT HIDUP

Nama : Farah Fauziyah
Tempat Tanggal Lahir : Jakarta, 18 Juli 2000
Alamat : Jl. Taman Adelweis VI RT/RW 06/27 Kel.
Pejuang, Kec. Medan Satria, Bekasi
Email : farahfauziyah@gmail.com
No. Hp : 081349101407

Riwayat Pendidikan :

1. SDIT Gema Nurani : Tahun 2006-2012
2. SMPIT Gema Nurani : Tahun 2012-2015
3. MAN 8 Jakarta : Tahun 2015-2018

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

Sebagai sivitas akademis STIK Budi Kemuliaan, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Farah Fauziyah

NIM : 0218005

Program Studi : Sarjana Kebidanan STIK Budi Kemuliaan

Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menetujui untuk memberikan kepada STIK Budi Kemuliaan **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

“Profil Perawatan Metode Kangguru Pada Bayi Dengan Berat ≤ 2200 Gram Di RS Budi Kemuliaan Januari – Agustus 2021”.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini STIK Budi Kemuliaan berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetepa mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta

Pada tanggal : 28 September 2022

Yang menyatakan



(Farah Fauziyah)

ABSTRACT

Name : Farah Fauziyah
Study Program : Bachelor of Obstetrics STIK Budi Kemuliaan
Title : Profile of Kangaroo Method Care in Babies Weighing $\leq$ 2200 grams At Budi Kemuliaan Hospital January – August 2021.

The highest risk of death in infants is in the first month of life, globally an average of 17 deaths per 1,000 live births in 2019. According to the World Health Organization (WHO) (2017) BBLR is a baby born weighing $\leq$ 2500 gr. BBLR is classified into 3 namely, Low Birthweight (1500–2499 grams); Very Low Birthweight (1000- 1499 grams); Extremely Low Birthweight BBLR ($<$ 1000 grams). One of the efforts to reduce infant mortality is the Kangaroo Method Care (KMC). The purpose of this study was to look at the treatment profile of the kangaroo method in babies weighing $\leq$ 2200 grams at the hospital in January – August 2021. This research is a type of descriptive research. This study was conducted to obtain the treatment profile of the kangaroo method on BBLR $\leq$ 2200 grams. The samples used by BBLR $\leq$ 2200 grams were 135 babies. Consequent sampling techniques, according to inclusion and exclusion criteria. This study describes the mother's age, parity, education, gestational age, type of delivery, baby sex, and birth weight. Univariately processed data is presented in the form of a table. The profile of the type of gradual KMC (from intermittent to continuous) obtained based on the age characteristics of the majority of mothers of sufficient age (20-35 years) was 106 people (78.5%). The majority of multipara were 63 people (46.7%). The majority of secondary education was 101 people (74.8%). The majority of Pre-term gestational age was 112 people (83%). The majority of the types of delivery in the cesarean section were 84 people (62.2%). The KMC type profile based on the sex of babies is dominated by 68 male babies (50.4%). The birth weight profile of babies is dominated by low birthweight babies as many as 118 babies (87.4%). The suggestion in this research is that it is hoped that for subsequent researchers this profile can be used as the basic data for future research.

Keyword : BBRL, KMC, age, primipara, preterm, education, SC

ABSTRAK

Nama : Farah Fauziyah

Program Studi : Sarjana Kebidanan STIK Budi Kemuliaan

Judul : Profil Perawatan Metode Kangguru Pada Bayi Dengan Berat $\leq$ 2200 gram Di RS Budi Kemuliaan Januari – Agustus 2021.

Resiko kematian tertinggi pada bayi yaitu pada satu bulan pertama kehidupan, secara global rata-rata 17 kematian per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2019. Menurut *World Health Organization* (WHO) (2017) BBLR yaitu bayi yang lahir dengan berat $\leq$ 2500 gr. BBLR diklasifikasikan menjadi 3 yaitu, *Low Birthweight* (1500–2499 gram); *Very Low Birthweight* (1000– 1499 gram); *Extremely Low Birthweight* BBLR ($<$ 1000 gram). Salah satu upaya menurunkan angka kematian bayi di antaranya dengan Perawatan Metode Kangguru (PMK). Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat profil perawatan metode kangguru pada bayi dengan berat $\leq$ 2200 gram di rs budi kemuliaan Januari – Agustus 2021. Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif. Penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan profil perawatan metode kangguru pada BBLR $\leq$ 2200 gram. Sampel yang digunakan BBLR $\leq$ 2200 gram sebanyak 135 bayi. Teknik pengambilan sampel konsekutif, sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Penelitian ini mendeskripsikan usia ibu, paritas, pendidikan, usia kehamilan, jenis persalinan, jenis kelamin bayi, dan berat lahir. Data diolah secara univariat disajikan dalam bentuk tabel. Profil jenis PKM bertahap (dari intermitten ke kontinu) yang didapatkan berdasarkan karakteristik usia ibu mayoritas ibu usia cukup (20-35 tahun) sebanyak 106 orang (78,5%). Mayoritas multipara sebanyak 63 orang (46,7%). Mayoritas pendidikan menengah sebanyak 101 orang (74,8%). Mayoritas usia kehamilan Pre-term sebanyak 112 orang (83%). Mayoritas jenis persalinan section sesarea 84 orang (62,2%). Profil jenis PKM berdasarkan jenis kelamin bayi didominasi oleh bayi perempuan sebanyak 68 bayi (50,4%). Profil berat lahir bayi didominasi bayi *low birthweight* sebanyak 118 bayi (87,4%). Saran dalam penelitian ini adalah diharapkan untuk peneliti selanjutnya profil ini dapat digunakan sebagai data dasar untuk penelitian selanjutnya.

Keyword : BBRL, PMK, usia, primipara, preterm, pendidikan, SC

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT, karena atas berkat dan rahmatNya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini. Penyusunan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kebidanan pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Budi Kemuliaan. Peneliti menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi peneliti untuk menyelesaikan skripsi ini. Peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

- 1) dr. Siti Munawaroh, Sp.A, selaku dosen pembimbing 1 yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan dalam penyusunan skripsi ini;
- 2) Ibu Anah Sugihanawati, M.Pd, selaku dosen pembimbing 2 yang telah menyediakan waktu untuk memberi arahan dan bimbingan.
- 3) Pihak STIK Budi Kemuliaan yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang diperlukan;
- 4) Orang tua dan keluarga yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moral;
- 5) Sahabat yang telah banyak membantu dalam menyelesaikan skripsi ini.

Akhir kata, semoga Allah SWT membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 12 Agustus 2022



Penulis

DAFTAR ISI

JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
SURAT PERNYATAAN TIDAK MELAKUKAN PLAGIAT	iii
SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	v
ABSTRAK	vi
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Pertanyaan Penelitian	3
1.4 Tujuan Penelitian	3
1.5 Manfaat Penelitian	4
1.6 Ruang lingkup Penelitian	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Bayi Berat Lahir Rendah	6
2.1.1 Faktor Ibu	6
2.1.2 Faktor Kehamilan.....	9
2.1.3 Faktor Janin.....	11
2.1.4 Masalah Pada BBLR	11
2.1.5 Perubahan Sistem Thermoregulasi.....	14
2.1.5.1 Mekanisme Kehilangan Panas Pada Bayi Baru Lahir.....	14
2.2 Perawatan Metode Kanguru	15
2.2.1 Pengertian Perawatan Metode Kanguru	16

2.2.2 Manfaat Perawatan Metode Kanguru.....	18
2.2.3 Posisi Perawatan Metode Kanguru.....	19
2.2.4 Pelaksanaan Pearawatan Kanguru.....	20
BAB 3 KERANGKA KONSEP	22
3.1 Kerangka Konsep	22
3.2 Metodologi Penelitian	23
3.2.1 Metode Penelitian	23
3.2.2 Definisi Operasional.....	24
3.2.3 Populasi dan Sample	27
3.3.4 Teknik Pengambilan Sample.....	27
3.3.5 Prosedur Penelitian atau Alur Penelitian.....	28
3.3.6 Sumber, Teknik Pengumpulan Data dan Instrumen Penelitian	29
3.3.7 Lokasi dan Waktu.....	29
3.3.8 Rancangan Analisis Data Penelitian	30
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	33
4.1 Hasil Penelitian	33
4.1.1 Analisis Univariat	33
4.2 Pembahasan Penelitian.....	38
4.2.1 Jenis PMK Berdasarkan Karakteristik Ibu.....	38
4.2.2 Jenis PMK Berdasarkan Karakteristik Bayi.....	42
BAB 5 PENUTUP.....	46
5.1 Kesimpulan	46
5.2 Saran.....	46
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Frekuensi jenis PMK pada BBLR $\leq$ 2200 gram bulan Januari – Agustus 2021 di RS Budi Kemuliaan	30
Tabel 4.2	Frekuensi karakteristik ibu PMK bulan Januari – Agustus 2021 di RS Budi Kemuliaan.....	31
Tabel 4.3	Frekuensi karakteristik bayi PMK bulan Januari – Agustus 2021 di RS Budi Kemuliaan.....	31
Tabel 4.4	Frekuensi jenis PMK berdasarkan karakteristik ibu dan bayi di RS Budi Kemuliaan Januari – Agustus 2021	32

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Risiko kematian bayi paling tinggi terjadi pada bulan pertama kehidupan, dengan rata-rata global 17 kematian per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2019. Secara global, 2,4 juta anak meninggal pada bulan pertama kehidupan pada tahun 2019 (sekitar 6.700 kematian bayi baru lahir per hari) Sekitar sepertiga kematian neonatal terjadi pada hari pertama kehidupan dan hampir tiga perempat pada minggu pertama kehidupan¹. Salah satu indikator keberhasilan pembangunan kesehatan di tanah air adalah penurunan angka kematian bayi (AKB). AKB adalah jumlah bayi yang meninggal sebelum ulang tahun pertama per 1000 kelahiran hidup¹. Indonesia merupakan salah satu Negara yang masih memiliki AKB yang tinggi jika dibandingkan dengan Negara-negara ASEAN lainnya. Bayi merupakan anak pada rentang usia 0-12 bulan. Masa bayi merupakan fase kehidupan yang pertama, dimana pada masa ini bayi memerlukan adaptasi pada lingkungannya yang baru. Berdasarkan data yang dilaporkan kepada Direktorat Kesehatan Keluarga pada tahun 2019, dari 29.322 kematian balita, 69% (20.244) diantaranya terjadi pada masa neonatus. Menurut data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2019, BBLR merupakan penyebab kematian terbanyak pada neonatal ². Pada kejadian AKB di DKI Jakarta data menunjukan 22 Per 1000 kelahiran hidup ³.

Mengurangi angka dari BBLR adalah fokus global yang ditetapkan oleh *Sustainable Development Goals* (SDGs). Jumlah BBLR ditargetkan berkurang 30% pada tahun 2025. Artinya jumlah BBLR akan berkurang minimal 3% setiap tahun dari tahun 2012 hingga 2025, atau jumlah BBLR akan berkurang dari 20 juta menjadi 1 juta.⁴ Flyanah dan Fatikhu mengutip dari Elizabeth dkk, BBLR dapat mengalami berbagai masalah seperti resiko infeksi, kesulitan bernafas, hipotermi dan reflek menyusu yang kurang atau dapat terjadi gangguan nutrisi (Sofiani dan Asmara, 2014). Dalam penelitian Anil dkk menyatakan bahwa BBLR memiliki resiko terjadinya masalah keterlambatan

motoric, cerebral palsy, defisit kognitif, dan masalah dalam perilaku dan psikologis lainnya (Anil, Basel dan Singh, 2020). Salah satu upaya menurunkan AKB di antaranya dengan Perawatan Metode Kangguru (PMK), dimana PMK dapat memberikan kehangatan pada bayi tanpa harus memisahkan dengan ibunya. Prinsip ini dikenal sebagai “*skin to skin contact*” atau metode kangguru. Pada penggunaan inkubator dimana situasi nya bayi dan ibu terpisah dapat mengurangi kepercayaan diri ibu dalam merawat bayinya. PMK mampu memenuhi kebutuhan BBLR dengan menyediakan situasi dan kondisi yang mirip dengan rahim sehingga memberi peluang bagi BBLR untuk beradaptasi di dunia luar.

Perawatan Metode Kangguru (PMK) pertama kali diperkenalkan oleh Ray dan Martinez di Bogota, Columbia pada tahun 1978 sebagai cara alternatif perawatan pada bayi dengan BBLR ditengah tingginya angka BBLR dan terbatasnya fasilitas kesehatan yang ada ⁷. KMC diperkenalkan ke Indonesia pada tahun 1990-an dan sejak itu sudah dilaksanakan di beberapa rumah sakit khususnya rumah sakit yang memiliki instansi pendidikan ⁸. Rumah Sakit Budi Kemuliaan merupakan salah satu Rumah Sakit di Jakarta Pusat yang didalamnya terdapat fasilitas Perawatan Metode Kangguru yang telah dilaksanakan sejak tahun 2010. Pada bulan Januari – Agustus tahun 2021 terdapat 414 bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah, dengan kebijakan pelaksanaan Perawatan Metode Kangguru di Rumah Sakit Budi Kemuliaan wajib dilaksanakan pada Bayi dengan berat ≤ 2200 gram dengan jumlah 236 bayi.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka dapat dibuat rumusan masalah dalam penelitian ini adalah untuk melihat gambaran pelaksanaan PMK pada bayi dengan berat badan lahir rendah di Rumah Sakit Budi Kemuliaan.

1.3 Pertanyaan Penelitian

- 1.3.1 Berapa frekuensi PMK pada BBLR ≤ 2200 bulan Januari – Agustus 2021 di RS Budi Kemuliaan?
- 1.3.2 Berapa frekuensi jenis PMK pada BBLR ≤ 2200 gram bulan Januari – Agustus 2021 di RS Budi Kemuliaan?
- 1.3.3 Berapa frekuensi karakteristik ibu PMK bulan Januari – Agustus 2021 di RS Budi Kemuliaan?
- 1.3.4 Berapa frekuensi karakteristik bayi PMK bulan Januari – Agustus 2021 di RS Budi Kemuliaan?
- 1.3.5 Berapa frekuensi jenis PMK berdasarkan karakteristik ibu dan bayi di RS Budi Kemuliaan Januari – Agustus 2021?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat profil perawatan metode kangguru pada bayi dengan berat ≤ 2200 gram di rs budi kemuliaan Januari – Agustus 2021.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1.4.2.1 Untuk mengetahui frekuensi PMK pada BBLR ≤ 2200 gram bulan Januari – Agustus 2021 di RS Budi Kemuliaan.
- 1.4.2.2 Untuk mengetahui frekuensi jenis PMK pada BBLR ≤ 2200 gram bulan Januari – Agustus 2021 di RS Budi Kemuliaan.
- 1.4.2.3 Untuk mengetahui frekuensi karakteristik ibu PMK bulan Januari – Agustus 2021 di RS Budi Kemuliaan.
- 1.4.2.4 Untuk mengetahui frekuensi karakteristik bayi PMK bulan Januari – Agustus 2021 di RS Budi Kemuliaan.
- 1.4.2.5 Untuk mengetahui frekuensi jenis PMK berdasarkan karakteristik ibu dan bayi di RS Budi Kemuliaan Januari – Agustus 2021.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Aspek Teoritis

Penelitian ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan mengenai prevelensi pelaksanaan PMK pada Bayi Berat Lahir Rendah di Rumah Sakit Budi Kemuliaan.

1.5.2 Aspek Praktis

1.5.2.1 Bagi Peneliti

Memperoleh wawasan terkait prevelensi pelaksanaan PMK pada Bayi Berat Lahir Rendah di Rumah Sakit Budi Kemuliaan.

1.5.2.2 Bagi Institusi

Dengan adanya penelitian ini dapat memberikan informasi kepada petugas kesehatan khususnya terkait prevelensi pelaksanaan PMK pada Bayi Berat Lahir Rendah di Rumah Sakit Budi Kemuliaan.

1.6 Ruang Lingkup

Ruang lingkup penelitian ini adalah profil pelaksanaan PMK pada Bayi Berat Lahir Rendah ≤ 2200 gram di RS Budi Kemuliaan bulan Januari - Agustus 2021 dimana jenis penelitian ini Deskriptif Kuantitatif Pengambilan data dengan teknik total sampling.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Bayi Berat Lahir Rendah

Menurut Hockenberry dan Wilson dalam Dewi.K (2016) menyatakan bahwa BBLR adalah seorang bayi yang beratnya kurang dari 2500 gram tanpa memperhatikan usia gestasi. BBLR yaitu bayi yang lahir dengan berat ≤ 2500 gr (WHO, 2017). BBLR diklasifikasikan menjadi 3 yaitu, Low Birthweight (1500–2499 gram); Very Low Birthweight (1000- 1499 gram); Extremely Low Birthweight BBLR (< 1000 gram)⁹.

Bayi BBLR dapat dibagi menjadi murni prematur dan belum dewasa. Prematuritas murni adalah bayi yang usia kehamilannya kurang dari 37 minggu dan berat badannya sesuai dengan usia kehamilan. Pada saat yang sama, ketidakdewasaan adalah ketika berat bayi kurang dari usia kehamilan yang seharusnya, yang menandakan bahwa bayi mengalami retardasi pertumbuhan intrauterin¹⁰.

Faktor resiko terjadinya bayi dengan BBLR yaitu sebagai berikut:

2.1 Faktor Ibu

1) Umur

Berat badan lahir rendah juga berhubungan dengan usia ibu. Proporsi bayi berat lahir rendah tertinggi pada kelompok remaja di bawah 20 tahun dan wanita di atas 35 tahun. Nutrisi pada remaja hamil juga berperan, karena remaja masih perlu berbagi nutrisi dengan janinnya dibandingkan dengan ibu hamil dewasa yang tidak lagi membutuhkan nutrisi untuk tumbuh¹¹. Kejadian BBLR juga meningkat seiring bertambahnya usia ibu karena perubahan pembuluh darah dan penurunan fungsi hormon yang mengatur siklus reproduksi (endometrium) seiring bertambahnya usia. Hormon yang mengatur siklus reproduksi juga berkurang seiring bertambahnya usia¹¹.

2) Gizi Ibu Saat Hamil

Status gizi ibu dikatakan baik jika penambahan berat badannya selama hamil ≥ 10 kg dan dikatakan buruk apabila penambahan berat badannya selama kehamilan < 10 kg. Ibu hamil dengan status gizi buruk memiliki risiko 24.733 kali lebih besar untuk melahirkan BBLR dibandingkan ibu hamil dengan status gizi baik¹¹.

3) Paritas Ibu

Ibu yang sudah memiliki anak lebih dari 4 dapat menimbulkan gangguan pertumbuhan janin sehingga melahirkan bayi dengan berat lahir rendah dan perdarahan saat persalinan karena keadaan rahim biasanya sudah Lemah¹¹.

Klasifikasi paritas menurut Manuaba¹² :

- a) Primipara adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak, yang cukup besar untuk hidup di dunia luar.
- b) Multipara adalah wanita yang telah melahirkan anak lebih dari satu kali
- c) Grandemultipara adalah wanita yang pernah melahirkan 5 orang anak atau lebih

4) Riwayat Penyakit Ibu

Beberapa penyakit yang di derita ibu dapat mempengaruhi kondisi kehamilannya, seperti :

a) Anemia

Kadar Hb merupakan faktor risiko terjadinya BBLR dimana peluang terjadinya BBLR pada kadar Hb 11 (tidak anemia). Kekurangan kadar Hb ibu hamil merupakan salah satu permasalahan kesehatan yang rentan terjadi selama kehamilan. Kadar Hb < 11 g/dl mengindikasikan ibu hamil menderita anemia. Anemia pada ibu hamil meningkatkan risiko kejadian BBLR, risiko perdarahan sebelum dan saat persalinan, bahkan dapat menyebabkan kematian ibu dan

bayinya jika ibu hamil tersebut menderita anemia berat. Hal ini dapat memberikan sumbangan besar terhadap angka kematian ibu bersalin maupun angka kematian bayi¹¹.

b) Asma bronchial

Pengaruh asma pada ibu dan janin sangat tergantung dari sering dan beratnya serangan, karena ibu dan janin akan kekurangan oksigen (O₂) atau hipoksia. Keadaan hipoksia bila tidak segera diatasi tentu akan berpengaruh pada janin, dan sering terjadi keguguran, persalinan premature atau berat janin tidak sesuai dengan usia kehamilan (gangguan pertumbuhan janin). Infeksi saluran kemih dengan bakteriuria tanpa gejala (asimtomatik) Frekuensi bakteriuria tanpa gejala kira-kira 2 – 10%, dan dipengaruhi oleh paritas, ras, sosioekonomi wanita hamil tersebut. Beberapa peneliti mendapatkan adanya hubungan kejadian bakteriuria dengan peningkatan kejadian anemia dalam kehamilan, persalinan premature, gangguan pertumbuhan janin, dan preeklampsia¹³.

c) Hipertensi

Penyakit hipertensi dalam kehamilan merupakan kelainan vaskuler yang terjadi sebelum kehamilan atau timbul dalam kehamilan atau pada permulaan persalinan. Hipertensi dalam kehamilan menjadi penyebab penting dari kelahiran mati dan kematian neonatal. Ibu dengan hipertensi akan menyebabkan terjadinya insufisiensi plasenta, hipoksia sehingga pertumbuhan janin terhambat dan sering terjadi kelahiran prematur. Hipertensi pada ibu hamil merupakan gejala dini dari preeklampsia, eklampsia dan penyebab Gangguan pertumbuhan janin sehingga menghasilkan berat badan lahir rendah¹².

2.2 Faktor Kehamilan

1) Pre-eklampsia/ Eklampsia

Pre-eklampsia atau Eklampsia dapat mengakibatkan keterlambatan pertumbuhan janin dalam kandungan dan kematian janin. Hal ini disebabkan karena pre-eklampsia / Eklampsia pada ibu akan menyebabkan pengapuran di daerah plasenta, sedangkan bayi memperoleh makanan dan oksigen dari plasenta, dengan adanya pengapuran di daerah plasenta, suplai makanan dan oksigen yang masuk ke janin berkurang¹².

2) Ketuban Pecah Dini

Ketuban dinyatakan pecah sebelum waktunya bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Ketuban Pecah Dini (KPD) disebabkan oleh berkurangnya kekuatan membran yang diakibatkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks. Pada persalinan normal selaput ketuban biasanya pecah atau dipecahkan setelah pembukaan lengkap, apabila ketuban pecah dini, merupakan masalah yang penting dalam obstetri yang berkaitan dengan penyulit kelahiran, prematuritas dan terjadinya infeksi ibu¹³.

3) Hidramnion

Hidramnion atau kadang-kadang disebut juga polihidramnion adalah keadaan di mana banyaknya air ketuban yaitu melebihi 2000 cc. Gejala hidramnion terjadi semata-mata karena faktor mekanik sebagai akibat penekanan uterus yang besar kepada organ-organ seputarnya. Hidramnion harus dianggap sebagai kehamilan dengan risiko tinggi karena dapat membahayakan ibu dan anak. Prognosis anak kurang baik karena adanya kelainan kongenital, prematuritas, prolaps funikuli dan lain-lain¹³.

4) Hamil ganda/Gemeli

Berat badan janin pada kehamilan kembar lebih ringan daripada janin pada kehamilan tunggal pada umur kehamilan

yang sama. Sampai kehamilan 30 minggu kenaikan berat badan janin kembar sama dengan janin kehamilan tunggal. Setelah itu, kenaikan berat badan lebih kecil, mungkin karena regangan yang berlebihan menyebabkan peredaran darah plasenta berkurang. Berat badan satu janin pada kehamilan kembar rata-rata 1000 gram lebih ringan daripada janin kehamilan tunggal. Berat badan bayi yang baru lahir umumnya pada kehamilan kembar kurang dari 2500 gram. Suatu faktor penting dalam hal ini ialah kecenderungan terjadinya partus prematuritas¹⁴.

5) Perdarahan Antepartum

Perdarahan antepartum merupakan perdarahan pada kehamilan diatas 22 minggu hingga menjelang persalinan yaitu sebelum bayi dilahirkan. Komplikasi utama dari perdarahan antepartum adalah perdarahan yang menyebabkan anemia dan syok yang menyebabkan keadaan ibu semakin jelek. Keadaan ini yang menyebabkan gangguan ke plasenta yang mengakibatkan anemia pada janin bahkan terjadi syok intrauterin yang mengakibatkan kematian janin intrauterine. Bila janin dapat diselamatkan, dapat terjadi berat badan lahir rendah, sindrom gagal napas dan komplikasi asfiksia¹⁵.

2.2 Masalah Pada Bayi BBLR

Bayi BBLR dengan prematuritas memiliki beberapa masalah. Masalah pada bayi BBLR terutama terjadi karena ketidak matangan sistem organ pada bayi tersebut. Masalah pada bayi BBLR yang sering terjadi adalah¹⁶

1) Suhu Tubuh

- a) Pusat pengatur panas masih belum sempurna.
- b) Otot bayi masih lemah.
- c) Kemampuan metabolisme panas masih rendah sehingga bayi dengan BBLR perlu diperhatikan agar tidak terlalu banyak

kehilangan panas tubuh dan dapat dipertahankan sekitar $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$.

d) Lemak kulit dan lemak coklat kurang sehingga cepat kehilangan panas tubuh.

2) Pernafasan

a) Pusat pengatur pernafasan belum sempurna.

b) Otot pernafasan dan tulang iga yang masih lemah.

c) Surfactan paru-paru masih kurang sehingga perkembangannya belum sempurna.

d) Dapat disertai penyakit gagal pernafasan.

3) Alat pencernaan makanan

a) Penyerapan makanan masih lemah atau kurang baik karena fungsi pencernaannya belum berfungsi sempurna

b) Mudah terjadi regurgitasi isi lambung dan dapat menimbulkan aspirasi pneumonia Aktivitas otot pencernaan makanan masih belum sempurna sehingga pengosongan lambung berkurang.

4) Hepar yang belum matang mudah menimbulkan gangguan pemecahan bilirubin sehingga mudah terjadi hiperbilirubinemia (kuning) hingga menyebabkan ikterus.

5) Ginjal yang belum matang memiliki kemampuan mengatur pembuangan sisa metabolisme dan air masih belum sempurna sehingga mudah terjadi oedema.

6) Gangguan perdarahan dalam otak

a) Karena mengalami gangguan pernafasan sehingga memudahkan terjadinya perdarahan dalam otak.

b) Pembuluh darah bayi prematur masih rapuh dan mudah pecah.

c) Perdarahan dalam otak memperburuk keadaan dan menyebabkan kematian bayi.

d) Pemberian Oksigen belum mampu diatur sehingga mempermudah terjadi perdarahan dan nekrosis.

7) Gangguan Immunologik

Daya tahan tubuh rentan terhadap infeksi karena berkurang dan rendahnya kadar Ig E. Sindu.R. (2015) mengatakan bahwa satu dari kebanyakan faktor kritis yang terjadi pada bayi BBLR adalah masalah pengaturan suhu tubuh dan pencegahan hipotermia sebagai komplikasi utama pada periode awal kelahiran. BBLR memiliki kulit yang tipis, transparan dan jaringan lemak subkutan yang kurang serta pusat pengaturan suhu yang belum sempurna.

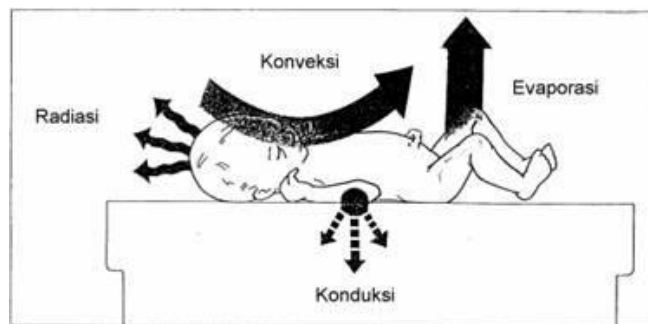
Hasil penelitian yang dilakukan oleh Miller, Lee dan Gould (2011) menunjukkan bahwa hipotermia banyak terjadi pada bayi BBLR dan dikaitkan dengan terjadinya perdarahan interventrikuler dan menyebabkan kematian. Hipotermia adalah proses kehilangan panas tubuh akibat paparan terhadap dingin terus menerus dan mempengaruhi tubuh untuk memproduksi panas. Hipotermia terbagi atas 3 yaitu hipotermia ringan ($36-36,5^{\circ}\text{C}$), hipotermia sedang ($32-36^{\circ}\text{C}$), dan hipotermia berat ($<32^{\circ}\text{C}$). Jika hipotermia pada bayi tidak cepat ditangani maka akan menimbulkan beberapa komplikasi, diantaranya.

- a) Gangguan sistem saraf pusat contohnya terjadinya koma dan menurunnya reflek mata seperti mengedip
- b) Gangguan sistem cardiovascular contohnya penurunan tekanan darah secara berangsur dan menghilangkan tekanan darah sistolik
- c) Gangguan pernafasan contohnya menurunnya konsumsi oksigen
- d) Gangguan sistem saraf dan otot contohnya tidak adanya gerakan dan menghilangkan reflek perifer.

2.3 Perubahan Sistem Thermoregulasi

Bayi baru lahir belum dapat mengatur suhu tubuhnya sehingga akan cepat mengalami stress dikarenakan adanya perubahan lingkungan. Suhu dingin mengakibatkan air ketuban menguap lewat kulit sehingga dapat mendinginkan darah bayi. Pada lingkungan dingin, pembentukan suhu tanpa mekanisme menggigil merupakan usaha utama seorang bayi yang kedinginan untuk mendapatkan kembali panas tubuhnya ¹⁷.

Dalam hal ini bayi baru lahir memiliki kecenderungan menjadi cepat stress karena perubahan lingkungan dan bayi harus beradaptasi dengan suhu



lingkungan yang cenderung dingin diluar. Untuk mencegah kehilangan panas pada bayi petugas kesehatan harus mengetahui mekanisme kehilangan panas.

2.3.1 Mekanisme Kehilangan Panas Pada Bayi Baru Lahir

Gambar 2.1

a) Evaporasi

Evaporasi adalah cara kehilangan panas karena disebabkan oleh menguapnya cairan ketuban pada

permukaan tubuh setelah bayi baru lahir karena tubuh tidak segera dikeringkan.

b) Konduksi

Konduksi adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin, contoh yaitu saat bayi diletakkan pada timbangan tanpa alas atau pada saat menggunakan stetoskop dingin untuk memeriksa bayi.

c) Konveksi

Konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi pada saat bayi terpapar dengan udara sekitar yang lebih dingin, contoh yaitu membiarkan bayi telentang di ruangan yang relatif dingin, adanya tiupan kipas angin, penyejuk ruangan tempat bersalin tanpa di selimuti.

d) Radiasi

Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi pada saat bayi ditempatkan dekat benda yang mempunyai *temperature* lebih rendah dari *tempreture* bayi. Contohnya bayi baru lahir dibiarkan telanjang ditempatkan dekat jendela yang terbuka ¹⁷.

2.4 Perawatan Metode Kanguru

Perawatan Metode Kanguru atau PMK merupakan salah satu alternative metode perawatan bayi baru lahir. Metode ini merupakan salah satu teknologi tepat guna yang sederhana, murah, dan sangat dianjurkan untuk perawatan BBLR. Perawatan dengan metode kanguru merupakan cara yang efektif untuk memenuhi kebutuhan bayi yang paling mendasar yaitu, kehangatan, kecukupan ASI, perlindungan dari infeksi, stimulasi, keselamatan, dan kasih sayang. PMK merupakan metode yang tepat sebagai pengganti inkubator, tetapi harus tetap dilakukan pemantauan oleh tenaga kesehatan sampai BBLR mencapai berat > 2500 gr. Dibandingkan dengan perawatan konvensional, PMK terbukti dapat menurunkan kejadian

infeksi, penyakit berat, masalah menyusui dan ketidakpuasan ibu serta meningkatkan hubungan antara ibu dengan bayi ¹⁸.

PMK terbagi menjadi 2 pelaksanaan yang dilihat dari kondisi bayi yaitu Intermitten adalah PMK yang dilakukan pada bayi dengan kondisi yang berat membutuhkan perawatan intensif dan khusus di ruang rawat neonatologi, bahkan mungkin memerlukan bantuan alat. Dan PMK kontinyu dilakukan pada kondisi bayi dalam keadaan stabil dan dilakukan dalam 24 jam¹⁹.

2.4.1 Pengertian Perawatan Metode Kanguru

Menurut WHO 2003, Perawatan Metode Kanguru (PMK) adalah perawatan untuk bayi premature dengan melakukan kontak langsung antara kulit bayi dengan kulit ibu (*skin to skin contac*). Perawatan Metode Kanguru (PMK) pertama kali diperkenalkan oleh Ray dan Martinez di Bogota, Columbia pada tahun 1978 sebagai cara alternatif perawatan pada bayi dengan BBLR ditengah tingginya angka BBLR dan terbatasnya fasilitas kesehatan yang ada ⁷. Dalam hal ini, Rey dan Martinez menyatakan bahwa *skin to skin contac* dapat meningkatkan kelangsungan hidup bayi, terutama yang mengalami BBLR atau *premature*.



Gambar 2.2

Disebut Perawatan Metode Kangguru (PMK) karena cara ini meniru binatang kangguru yang biasanya melahirkan bayi *immature* dan menyimpan bayinya dikantung ibunya untuk mencegah kedinginan. Penelitian di Jawa Barat melakukan perbandingan hasil perawatan BBLR < 2500 gr yang menggunakan PMK dan yang lainnya dengan tanpa menggunakan PMK, yaitu antara lain memakai buli buli atau botol air panas, dengan dibedong dibawah lampu-lampu pemanas ataupun *box* bayi yang dihangatkan. hasil yang didapatkan antara lain :

- 1) Perawatan dengan PMK menunjukkan hasil yang lebih baik
- 2) PMK lebih baik dalam mempertahankan suhu yang optimal dan memiliki kecenderungan meningkatkan kenaikan berat badan bayi.
- 3) Dapat disimpulkan bahwa PMK sangat bermanfaat dalam pencegahan hipotermia pada perawatan BBLR di rumah ¹⁸.

2.4.2 Manfaat Perawatan Metode Kangguru

Bayi yang lahir dengan BBLR mudah mengalami kehilangan panas tubuh. Proses kehilangan panas pada BBLR dapat terjadi melalui proses seperti evaporasi, radiasi, konduksi, dan konveksi. BBLR memiliki lebih sedikit massa otot, lebih sedikit brown fat, lebih sedikit lemak subkutan untuk menyimpan panas dan sedikit kemampuan untuk mengontrol kapiler kulit. Sehingga BBLR mudah sekali kehilangan panas tubuh dan mengalami hipotermia. BBLR membutuhkan suatu upaya untuk mempertahankan suhu agar tetap netral ($36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,3^{\circ}\text{C}$)²⁰.

Metode kangguru dapat mencegah terjadinya kehilangan panas pada bayi melalui kontak kulit ke kulit antara ibu dan bayi secara konduksi dan radiasi. Dimana suhu tubuh ibu merupakan sumber panas yang efisien, murah dan dapat memberikan lingkungan yang hangat pada bayi. Selain itu, denyut jantung bayi menjadi lebih stabil, bayi dapat

menetek lebih lama dan waktu tidur bayi menjadi lebih lama sehingga pemakaian kalori pada bayi menjadi berkurang dan kenaikan berat badan bayi menjadi lebih baik²⁰

Berbagai penelitian juga telah memperlihatkan manfaat PMK dalam mengurangi kejadian infeksi pada BBLR selama perawatan. Pada PMK, bayi terpapar oleh kuman komensal yang ada pada tubuh ibunya. Sehingga ia memiliki kekebalan tubuh untuk kuman tersebut. Windari (2015) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa jumlah BBLR yang mengalami sepsis sebesar 3,9% pada kelompok PMK dan 14,8% pada kelompok kontrol. Manfaat lainnya dengan berkurangnya infeksi pada bayi maka bayi dapat dipulangkan lebih cepat sehingga masa perawatan lebih singkat, dan biaya yang dikeluarkan lebih sedikit.

Posisi bayi yang mendapat PMK memudahkan ibu untuk memberikan ASI secara langsung kepada bayinya. Bila telah terbiasa melakukan PMK, ibu dapat dengan mudah memberikan ASI tanpa harus mengeluarkan bayi dari baju kangurunya. Selain itu, rangsangan dari sang bayi dapat meningkatkan produksi ASI ibu, sehingga ibu akan lebih sering memberikan air susunya sesuai dengan kebutuhan bayi. Pada PMK, pemberian ASI dapat dilakukan dengan menyusui bayi langsung ke payudara ibu, atau dapat pula dengan memberikan ASI perah menggunakan cangkir (cup feeding) dan dengan selang (orogastric tube). Pemberian ASI pada bayi yang dilakukan PMK umumnya akan diteruskan di rumah saat dipulangkan, dan lama pemberian ASI lebih panjang. PMK juga meningkatkan volume ASI yang dihasilkan oleh ibu²¹.

2.4.3 Posisi Perawatan Metode Kangguru

Posisi metode kanguru adalah kontak kulit ke kulit antara ibu dan bayi yang diberikan secara seling atau terus menerus dan dapat dimulai segera setelah lahir atau saat kondisi bayi sudah stabil. Pada posisi kanguru, bayi diletakkan dalam posisi vertikal diantara

payudara ibu dengan posisi kepala miring ke kiri atau ke kanan dan sedikit tengadah (ekstensi). Ibu mendekap bayi yang hanya memakai popok dan topi. Posisi tungkai dan tangan bayi fleksi seperti posisi “kodok”.

Bayi mendapatkan sumber panas dan kehangatan dari kulit ibu secara alami dan terus menerus. Hasil penelitian Worku & Kassie (Toni.SE, 2011) mengidentifikasi adanya perbedaan mortalitas bermakna antara bayi yang dirawat secara konvensional dengan BBLR yang dirawat dengan metode kanguru, yaitu 38% berbanding 22,5%. (Dewi.Kurnia.A, 2016)

Komponen terpenting dalam tata cara pelaksanaan metode kanguru ada 3, yaitu :

- 1) Cara memegang atau memposisikan bayi:
 - a) Peluk kepala dan tubuh bayi dalam posisi lurus
 - b) Arahkan muka bayi ke puting payudara ibu
 - c) Ibu memeluk tubuh bayi, bayi merapat ke tubuh ibunya
 - d) Peluklah seluruh tubuh bayi, tidak hanya bagian leher dan bahu
- 2) Cara melekatkan bayi:
 - a) Sentuhkan puting payudara ibu ke mulut bayi
 - b) Tunggulah sampai bayi membuka lebar mulutnya
 - c) Segeralah arahkan puting dan payudara ibu ke dalam mulut bayi
- 3) Tanda-tanda posisi dan pelekatan yang benar:
 - a) Dagubayi menempel ke dada ibu
 - b) Mulut bayi terbuka lebar
 - c) Bibir bawah bayi terposisi melipat ke luar
 - d) Daerah areola payudara bagian atas lebih terlihat daripada areola payudara bagian bawah
 - e) Bayi menghisap dengan lambat dan dalam terkadang berhenti

2.4.4 Pelaksanaan Perawatan Metode Kangguru

Beberapa rumah sakit di Indonesia sudah menerapkan perawatan metode kangguru. Program yang dilaksanakan adalah edukasi tentang perawatan metode kangguru kepada orang tua dari bayi BBLR. Edukasi dilakukan selama 1 kali dengan durasi waktu $\pm$ 30 menit. Edukasi dilakukan secara lisan oleh perawat perinatologi kepada orang tua bayi BBLR. Edukasi yang dilakukan terkait dengan pemahaman tentang kondisi bayi BBLR, pemahaman tentang metode kangguru dan manfaatnya, serta orang tua diajarkan cara untuk melakukan perawatan metode kangguru. Dalam mengajarkan cara untuk melakukan perawatan metode kangguru, pihak rumah sakit memberikan selendang khusus sebagai support binder untuk memudahkan pelaksanaan PMK.



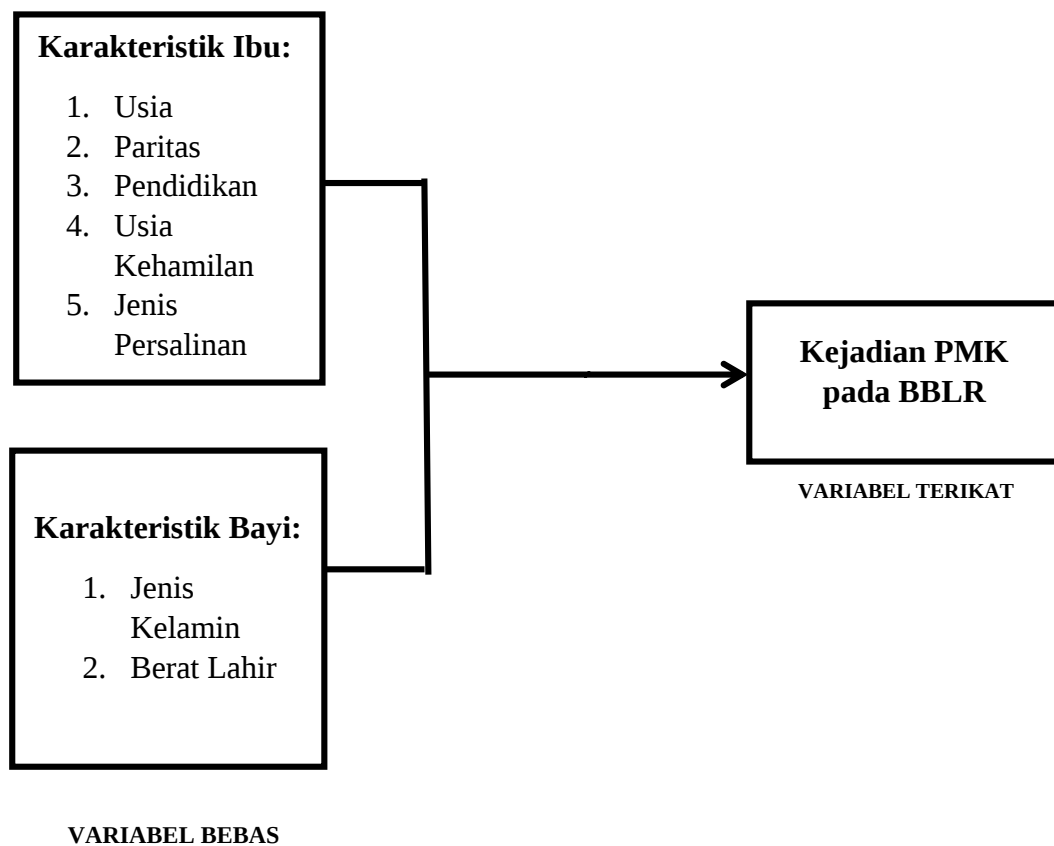
Gambar 2.3

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL, HIPOTESIS, DAN METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah uraian dan visualisasi tentang hubungan antara konsep- konsep atau variabel- variabel yang akan diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan ²².



3.2 Metodologi Penelitian

3.2.1 Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif. Penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan profil perawatan metode kangguru pada $BBLR \leq 2200$ gram. Penelitian ini mendeskripsikan usia ibu, paritas, pendidikan, usia kehamilan, jenis persalinan, jenis kelamin bayi, dan berat lahir.

3.3.2 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<i>Dependent</i> PMK	Perawatan metode kangguru yang dilakukan pada bayi dengan berat ≤ 2200 gram. Dengan 2 kategori yaitu intermitten, continue dan PMK bertahap. Intermitten dilakukan min 1-2 jam perhari. Continue dilaksanakan selama 24 jam dan tidak melalui intermitten terlebih dahulu PMK bertahap yaitu PMK yang diawali dari Intermitten sampai ke PMK continue	Rekam Medis	Observasi Dokumentasi	1. Intermittent 2. Kontinue 3. Intermittent + Kontinue	Nominal
<i>Independent</i> Usia	Usia ibu sejak lahir hingga waktu usia dihitung dalam satuan waktu	Rekam Medis	Observasi Dokumentasi	1. Terlalu muda (< 20 tahun) 2. Cukup (20 – 35 tahun) 3. Terlalu Tua	Ordinal

				(> 35tahun)	
Paritas	Jumlah persalinan terdahulu yang telah mencapai batas viabilitas tanpa menghitung jumlah anak dilahirkan	Rekam Medis	Observasi Dokumentasi	1. Primipara 2. Multipara 3. Grande Multipara	Ordinal
Pendidikan	Sekolah formal terakhir yang pernah ditempuh oleh seseorang.	Rekam Medis	Observasi Dokumentasi	1. Pendidikan dasar (SD) 2. Pendidikan menengah (SMP-SMA) 3. Pendidikan tinggi (D3-S1) 1.	Ordinal
Usia Kehamilan	Usia kehamilan yaitu usia kehamilan ibu dihitung dari HPHT sampai dengan persalinan	Rekam Medis	Observasi Dokumentasi	1. Postterm (>42 minggu) 2. Aterm (37-42 minggu) 3. Preterm (<37 minggu)	Ordinal
Jenis Persalinan	Proses pengeluaran hasil konsepsi pada ibu bersalin	Rekam Medis	Observasi Dokumentasi	1. Pervaginam 2. Vacum Ekstrasi 3. Sectio Sesaarea	Nominal
Jenis Kelamin	Karakteristik biologis yang dilihat dari penampilan luar.	Rekam Medis	Observasi Dokumentasi	1. Laki – Laki 2. Perempuan	Nominal
Berat Lahir	Menurut <i>World Health Organization</i> (WHO) (2017) BBLR yaitu bayi	Rekam Medis	Observasi Dokumentasi	1. Low Birthweight (1500–2499 gram)	Ordinal

	yang lahir dengan berat ≤ 2500 gr. ⁹ .			2. Very Low Birthweight (1000- 1499 gram) 3. Extremely Low Birthweight (< 1000 gram)	
--	--	--	--	---	--

3.2.3 Populasi dan Sampel

3.2.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian populasi yang diambil dalam penelitian ini adalah Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah di RSUD Budi Kemuliaan bulan Januari – Agustus 2021.

3.2.3.2 Sample

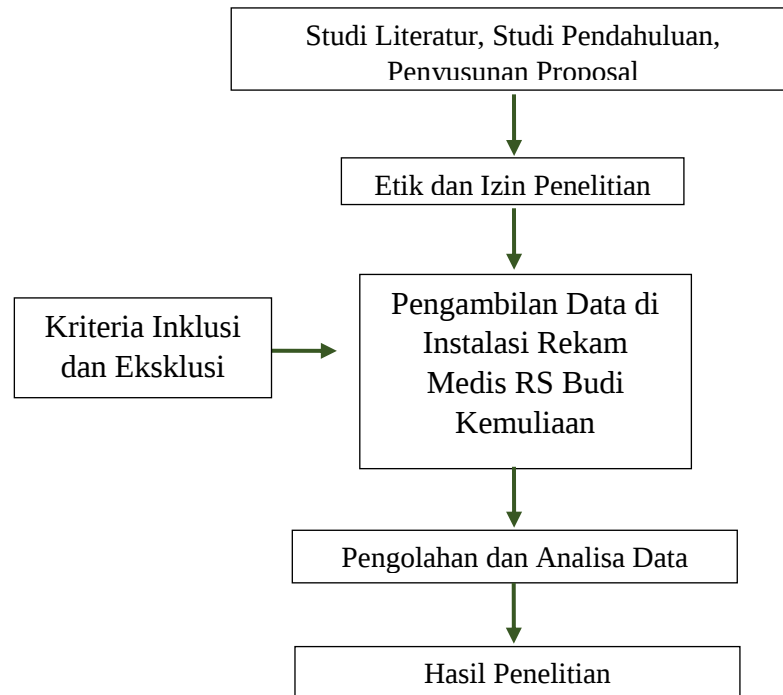
Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiono, 2011) . Sampel dalam penelitian ini adalah Semua Bayi BBLR yang melaksanakan PMK yang sesuai dengan kriteria inklusi. Pada penelitian ini sampel yang diambil adalah BBLR yang dirawat RS Budi Kemuliaan pada saat dilakukan penelitian dengan kriteria sebagai berikut:

- 1) Kriteria inklusi : Bayi dengan $BBLR \leq 2200$ gram
- 2) Kritea eksklusi : Data sample tidak lengkap pada *medical record*

3.2.4 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel menggunakan *consecutive sampling* dengan kriteria sampel adalah $BBLR \leq 2200$ gram yang melaksanakan PMK di Rumah Sakit Budi Kemuliaan pada bulan Januari – Agustus 2021.

3.2.5 Prosedur Penelitian atau Alur Penelitian



4.1 Tahap persiapan Dalam pengumpulan data, peneliti melakukan tahap – tahap sebagai berikut :

- a. Studi dokumentasi, studi pustaka, penyusunan proposal, dan dilanjutkan dengan ujian proposal.
- b. Mengurus perizinan melakukan penelitian dari ketua program studi kebidanan STIK Budi Kemuliaan

4.2 Tahap Pelaksanaan

- a. Meminta izin tempat pengambilan data di *Medical Record* RS Budi Kemuliaan.
- b. Pelaksanaan penelitian.
- c. Data hasil penelitian dikumpulkan, kemudian dilakukan pengecekan.
- d. Data yang telah dicek tersebut, kemudian diolah dengan program komputer.

- e. Pada tahap akhir dilakukan pembuatan laporan hasil penelitian.

3.2.6 Sumber, Teknik Pengumpulan Data dan Instrumen Penelitian

3.2.6.1. Sumber Data

Penelitian ini menggunakan data sekunder. Sumber data yang diperoleh yaitu dalam bentuk data sekunder yang diperoleh melalui *Medical Record* pasien

3.2.6.2. Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data pada penelitian ini melalui catatan rekam medis Rumah Sakit Budi Kemuliaan yang diambil langsung oleh peneliti.

3.2.6.3. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan yaitu format pengumpulan data-data atau catatan yang dibuat oleh peneliti mengenai obyek yang diteliti. Data yang dikumpulkan antara lain nomor rekam medis, nama ibu bayi (inisial), usia ibu, pendidikan ibu, usia kehamilan, paritas, jenis persalinan, jenis kelamin bayi, berat lahir bayi, dan jenis PMK.

3.2.7 Lokasi dan Waktu

Penelitian ini akan dilaksanakan di ruangan rekam medis RS Budi Kemuliaan, Jakarta Pusat. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan September Tahun 2022.

3.2.8 Rancangan Analisis Data Penelitian

3.2.8.1 Pengolahan Data

Data primer diolah dengan cara komputerisasi berdasarkan penetapan kategori setiap instrumen yang digunakan dan selanjutnya dianalisa. Data yang dikumpulkan diolah dengan langkah-langkah pengolahan data sebagai berikut :

a. Editing

Yaitu pemeriksaan akan kelengkapan, ketetapan dan kebenaran pengisian data yang telah dikumpul karena kemungkinan data yang masuk atau terkumpul tidak logis dan meragukan. Pemeriksaan yang dilakukan mulai dari kelengkapan data, kejelasan data, relevansi data, konsistensi data. Apabila masih ada data yang tidak lengkap akan dikeluarkan (*drop out*).

b. Coding

Yaitu pemberian pembuatan kode-kode pada setiap data yang termasuk dalam kategori yang sama, yang dibuat dalam bentuk angka atau huruf yang memberikan petunjuk atau identitas pada suatu informasi atau data yang dianalisa.

i. PMK

Pada penelitian ini untuk penilaian dikategorikan sebagai berikut:

1 : Intermittent

2 : Kontinue

3 : Intermittent + Kontinue

ii. Usia ibu

Pada penelitian ini untuk penilaian dikategorikan sebagai berikut :

1 : Terlalu Muda (<20 tahun)

2 : Cukup (20-35 tahun)

3 : Terlalu Tua (>35 tahun)

iii. Paritas Ibu

Pada penelitian ini untuk penilaian dikategorikan sebagai berikut :

1 : Primipara

2 : Multipara

3 : Grande Multipara

iv. Pendidikan Ibu

Pada penelitian ini untuk penilaian dikategorikan sebagai berikut :

1 : Dasar

2 : Menengah

3 : Tinggi

v. Usia Kehamilan

Pada penelitian ini untuk penilaian dikategorikan sebagai berikut :

1 : Post-term

2 : Aterm

3 : Pre-term

vi. Jenis Persalinan

Pada penelitian ini untuk penilaian dikategorikan sebagai berikut :

1 : Pervaginam

2 : Vacum Ekstrasi

3 : Sectio Sesarea

vii. Jenis Kelamin

Pada penelitian ini untuk penilaian dikategorikan sebagai berikut :

1 : Laki – Laki

2 : Perempuan

viii. Berat Lahir

Pada penelitian ini untuk penilaian dikategorikan sebagai berikut :

1 : *Low Birthweight*

2 : *Very Lowbirthweight*

3 : *Extreamly Lowbirthweight*

c. Entry

Merupakan masukan data jawaban responden dalam bentuk kode kedalam bentuk software computer.

d. Tabulating

Yaitu memasukkan data dalam bentuk tabel induk selanjutnya ke tabel distribusi baik tunggal maupun silang. Selanjutnya, dilakukan analisa data dengan metode deskriptif yaitu dengan melihat proporsi dari tiap variabel yang akan diteliti atau diukur baik tabel distribusi tunggal maupun silang.

3.2.8.2 Analisis Data

a. Analisa Univariat

Analisa univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoadmojo, 2010) selain itu pelaporan juga ditampilkan dalam bentuk nilai distribusi frekuensi dan presentase (Pamungkas, 2017), analisis ini digunakan untuk mengetahui gambaran distribusi frekuensi dan presentasi dari usia, paritas, pendidikan, usia kehamilan, jenis kelamin, dan berat lahir.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Budi Kemuliaan pada bulan September 2022 bertujuan untuk mengetahui gambaran pelaksanaan PMK pada BBLR bulan Januari – Agustus 2021. Sample dalam penelitian ini adalah bayi dengan berat badan lahir rendah ≤ 2200 gram yang melakukan PMK pada bulan Januari – Agustus 2021 yaitu 135 bayi. Data yang dikumpulkan diambil secara langsung oleh peneliti dan dioleh menggunakan *Microsoft Excel* dan *Statistical Package for The Social Sciences (SPSS) for Windows version. 25*. Data yang dikumpulkan selanjutnya dianalisis sebagai berikut :

4.1.1 Analisis Univariat

Tabel 4.1 Frekuensi PMK pada BBLR ≤ 2200 gram Bulan Januari – Agustus 2021 di RS Budi Kemuliaan

BBLR ≤ 2200 gram	F	%
PMK	135	57
Tidak PMK	101	43
Jumlah	236	100

Pada distribusi frekuensi tabel 4.1 diperoleh hasil BBLR yang melakukan PMK terdapat 135 bayi (57%) dan yang tidak melakukan PMK terdapat 101 bayi (43%).

Tabel 4.2 Frekuensi Jenis PMK pada BBLR ≤ 2200 gram Bulan Januari – Agustus 2021 di RS Budi Kemuliaan

Jenis PMK	F	%
Intermittent	46	34,1
Kontinue	9	6,7
Intermittent + Continue	80	59,3
Jumlah	135	100

Pada distribusi frekuensi tabel 4.2 diperoleh hasil pada pelaksanaan PMK Intermittent terdapat 46 bayi (34,1%), PMK Kontinue terdapat 9 bayi (6,7%), dan PMK Intermittent + Kontinue terdapat 80 bayi (59,3%).

Tabel 4.3 Frekuensi Karakteristik Ibu PMK Bulan Januari – Agustus 2021 di RS Budi Kemuliaan

Varibel	F	%
Usia		
Terlalu muda (<20 tahun)	3	2,2
Cukup (20-35 tahun)	106	78,5
Terlalu Tua (>35 tahun)	26	19,3
Jumlah	135	100
Paritas		
Primipara	60	44,4
Multipara	63	46,7
Grandemultipara	12	8,9
Jumlah	135	100
Pendidikan		
Dasar	4	3
Menengah	101	74,8
Tinggi	30	22,2
Jumlah	135	100
Usia Kehamilan		
Post-term (>42 minggu)	0	0
Aterm (37-42 minggu)	23	17
Pre-term (<37 minggu)	112	83
Jumlah	135	100
Jenis Persalinan		
Pervaginam	46	34,1
Vakum Ekstrasi	5	3,7
Sectio sesarea	84	62,2
Jumlah	135	100

Pada distribusi frekuensi tabel 4.3 karakteristik ibu pada usia diperoleh hasil pada usia terlalu muda terdapat 3 sample (2,2%), usia cukup terdapat 106 sample (78,5%), dan usia terlalu tua terdapat 26 sample (19,3%). Pada paritas diperoleh hasil pada primipara terdapat 60 sample (44,4%), Multipara terdapat 63 sample (46,7%), dan grande multipara terdapat 12 sample (8,9%). Pada pendidikan ibu diperoleh hasil pada pendidikan dasar terdapat 4 sample (3%), pendidikan menengah terdapat 101 sample (74,8%), dan pendidikan tinggi terdapat 30 sample (22,2%). Pada usia kehamilan diperoleh hasil pada ibu aterm terdapat 23 sample (17%), pada ibu pre-term terdapat 113 sample (83%), dan

pada ibu post-term terdapat 0 sample (0%). Pada jenis persalinan diperoleh hasil pada ibu yang melakukan persalinan pervaginam terdapat 46 sample (34,1%), pada ibu yang melakukan persalinan dengan vacuum ekstrasi terdapat 5 sample (3,7%), dan yang melakukan persalinan secara section sesarea terdapat 84 sample (62,2%).

Tabel 4.4 Frekuensi Karakteristik Bayi PMK Bulan Januari – Agustus 2021 di RS Budi Kemuliaan

Varibel	F	%
Jenis Kelamin		
Laki-laki	68	50,4
Perempuan	67	49,6
Jumlah	135	100
Berat Badan		
<i>Low Birthweight</i>	118	87,4
<i>Very Low Birthweight</i>	16	11,9
<i>Extreamly Low Birthweight</i>	1	7
Jumlah	135	100

Pada distribusi frekuensi tabel 4.4 karakteristik bayi pada jenis kelamin diperoleh hasil bayi Laki-laki terdapat 68 bayi (50,4%) dan pada bayi Perempuan terdapat 67 bayi (49,6%). Pada berat badan diperoleh hasil pada *low birthweight* terdapat 118 bayi (87,4%), pada *very low birthweight* terdapat 16 bayi (11,9%), dan pada *extreamly low birthweight* terdapat 1 bayi (7%).

Tabel 4.5 Frekuensi Jenis PMK berdasarkan Karakteristik Ibu dan Bayi di RS Budi Kemuliaan Januari – Agustus 2021

	Variabel	Jenis PMK			Total
		Intermittent	Kontinue	Intermittent + Kontinue	
		<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	
Usia Ibu	Terlalu Muda (<20 tahun)	0 (0)	0 (0)	3 (3,8)	3 (2,2)
	Cukup (20-35 tahun)	37 (80,4)	7 (77,8)	62 (77,5)	106 (78,5)
	Terlalu Tua (>35 tahun)	9 (19,6)	2 (22,2)	15 (18,8)	26 (19,3)
		46 (100)	9 (100)	80 (100)	135 (100)
Paritas	Primipara	19 (41,3)	4 (44,4)	37 (46,3)	60 (44,4)
	Multipara	21 (45,7)	5 (55,6)	37 (46,3)	63 (46,7)
	Grande Multipara	6 (13)	0 (0)	6 (7,5)	12 (8,9)
		46 (100)	9 (100)	80 (100)	135 (100)
Pendidikan	Dasar	1 (2,2)	0 (0)	3 (3,8)	4 (3)
	Menengah	35 (76,1)	6 (66,7)	60 (75)	101 (74,8)
	Tinggi	10 (21,7)	3 (33,3)	17 (21,3)	30 (22,2)
		46 (100)	9 (100)	80 (100)	135 (100)
Usia Kehamilan	Aterm	7 (15,2)	3 (33,3)	13 (16,3)	23 (17)
	Pre-term	39 (84,8)	6 (66,7)	67 (83,8)	112 (83)
	Post-term	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
		46 (100)	9 (100)	80 (100)	135 (100)
Jenis Persalinan	Pervaginam	17 (37)	4 (44,4)	25 (31,3)	46 (34,1)
	Vacum Ekstrasi	0 (0)	0 (0)	5 (6,3)	5 (3,7)
	Sectio Sesarea	29 (63)	5 (55,6)	50 (62,5)	84 (62,2)
		46 (100)	9 (100)	80 (100)	135 (100)

Jenis Kelamin	Laki – Laki	23 (50)	4 (44,4)	41 (51,2)	68 (50,4)
	Perempuan	23 (50)	5 (55,6)	39 (48,8)	67 (49,6)
		46 (100)	9 (100)	80 (100)	135 (100)
Berat Lahir	<i>Low Birthweight</i>	40 (87)	9 (100)	69 (86,3)	118 (87,)
	<i>Very Low Birthweight</i>	6 (13)	0 (0)	10 (12,5)	16 (11,9)
	<i>Extreamly Low Birthweight</i>	0 (0)	0 (0)	1 (1,3)	1 (0,7)
		46 (100)	9 (100)	80 (100)	135 (100)

4.2 Pembahasan Penelitian

4.2.1 Jenis PMK berdasarkan karakteristik ibu

a. Usia Ibu

Penelitian ini didapatkan profil usia ibu pada usia cukup (20-35 tahun) sebanyak 106 orang (78,5%). Didapatkan profil jenis PMK berdasarkan usia ibu mayoritas ibu usia cukup (20-35 tahun) melakukan PMK intermittent dan dilanjutkan dengan PMK continue sebanyak 62 orang (77,5%). Pada ibu usia erlalu muda (< 20 tahun) melakukan PMK intermittent dan dilanjutkan dengan PMK continue sebanyak 3 orang (3,8%). Pada ibu usia terlalu tua (> 35 tahun) melakukan PMK intermittent dan dilanjutkan dengan PMK continue sebanyak 15 orang (18,8%).

Penelitian di RS Koja²³, didapatkan distribusi frekuensi pengetahuan berdasarkan umur sangat bervariasi yaitu umur 20-35 tahun sebanyak 22 orang dan umur > 35 tahun sebanyak 8 orang. Penelitian ini menunjukkan pada rentang usia 31-34 tahun dan 39-42 tahun masing-masing dua orang memiliki pengetahuan yang kurang, dan usia 23-26 tahun sebanyak 1 orang memiliki pengetahuan yang kurang. Pada rentang usia 20-35 terdapat 7 orang berpengetahuan baik dan >35 tahun hanya 1 orang berpengetahuan baik. Pada rentang usia 20-35 tahun didapatkan 14 orang berpengetahuan cukup dan >35 tahun sebanyak 3 orang berpengetahuan cukup. Pengetahuan dalam penelitian di RS Koja menjelaskan bahwa, kelompok berpengetahuan baik mampu memahami tentang manfaat dari PMK pada bayinya dan mau melakukannya, pengetahuan cukup mampu memahami tetapi tidak mau menerapkan PKM tersebut, sedangkan pengetahuan kurang didapatkan faktanya tidak mengetahui tentang manfaat dari metode kenguru tersebut.

Dalam penelitian Intan Silviana²⁴ menurut teori *Health Belief Model* (Rosenstock,1974), menjelaskan bahwa karakteristik pribadi termasuk

usia adalah factor modifikasi yang akan mengubah persepsi individu yang akan mempengaruhi perilaku.

Berdasarkan hasil profil di atas, didapatkan distribusi usia dengan kategori < 20 tahun, 20-35 tahun dan > 35 tahun. Usia <20 tahun didapatkan 100% (3 dari 3 orang) melakukan PMK bertahap dari intermitten ke PMK Kontinu, usia 20—35 tahun terdapat 58,5% (62 dari 106 orang) melakukan PMK secara bertahap dari PMK intermitten ke PMK kontinue, dan usia > 35 tahun didapatkan 57,7% (15 dari 26 orang) melakukan PMK bertahap. Hasil di atas didapatkan untuk gambaran sebaran usia, perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mencari tahu tentang alasan pada usia 20-35 tahun dan > 35 tahun terdapat ibu yang tidak melakukan PMK secara bertahap.

b. Paritas

Penelitian ini didapatkan profil paritas pada Multipara sebanyak 63 orang (46,7%). Didapatkan profil jenis PMK berdasarkan paritas ibu mayoritas ibu primipara melakukan PMK Intermitten dan dilanjutkan PMK Kontinue sebanyak 37 orang (46,3%). Pada ibu multipara hanya 37 orang (46,3%) yang melakukan jenis PMK intermitten dan dilanjutkan dengan continue. Pada ibu grandepara didapatkan 6 orang (7,5%) yang melakukan PMK intermitten dan dilanjutkan dengan continue, dan terdapat 3 ibu grande multipara yang melakukan PMK secara Intermittent saja.

Pada penelitian di Tebing Tinggi²⁵ didapatkan mayoritas ibu primipara (27 orang; 64,3%) yang melakukan PMK di ruang perinatology. Penelitian ini mendapatkan hasil hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan PMK di ruang perinatology. Analisa yang didapatkan ibu primipara yang melakukan PMK disebabkan oleh motivasi ibu yang baik, pengetahuan ibu yang baik, dan sikap penerimaan ibu terhadap edukasi yang diberikan.

c. Pendidikan

Penelitian ini didapatkan profil pendidikan pada menengah (SMP-SMA) sebanyak 101 orang (74,8%). Didapatkan profil jenis PMK berdasarkan pendidikan ibu mayoritas ibu dengan pendidikan menengah melakukan PMK intermittent dengan dilanjutkan PMK continue sebanyak 60 orang (75%). Pada ibu dengan pendidikan dasar melakukan PMK intermittent dengan dilanjutkan PMK continue sebanyak 3 orang (3,8%). Pada ibu dengan pendidikan tinggi melakukan PMK intermittent dengan dilanjutkan PMK continue sebanyak 17 orang (21,3%).

Pada hasil penelitian di Tebing Tinggi²⁵ terlihat hasil yang signifikan antara pendidikan dengan perawatan metode kangguru. Penelitian ini menunjukkan ibu dengan pendidikan menengah 50% melakukan metode kangguru dan ibu dengan pendidikan dasar hanya 5,2 % yang melakukan PMK. Dalam jurnal ini dijelaskan tingkat pendidikan mempengaruhi persepsi dan perilaku ibu dalam menjaga kesehatannya selama kehamilan dan mempengaruhi cara ibu untuk mengambil keputusan dalam merawat bayinya.

Pada penelitian ini didapatkan 3 orang yang melakukan PMK intermittent dan dilanjutkan PMK continue pada ibu dengan tingkat pendidikan dasar. Hal ini bisa dikarenakan oleh edukasi yang kuat oleh tenaga kesehatan di Ruang NICU dan Ruang Inap Ibu RS Budi Kemuliaan.

d. Usia Kehamilan

Penelitian ini didapatkan profil usia kehamilan pada ibu yang melahirkan pada usia kehamilan Pre-term (< 37 mgg) sebanyak 112 orang (83%). Didapatkan profil jenis PMK berdasarkan usia kehamilan ibu mayoritas ibu dengan usia kehamilan Pre-term melakukan PMK

intermitten dengan dilanjutkan continue sebanyak 67 orang (83,8%). Pada ibu dengan usia kehamilan Aterm melakukan PMK intermitten dengan dilanjutkan continue sebanyak 13 orang (16,3%).

Penelitian di RS Dr. R. Hardjanto dan RSUD Berimana²⁶ didapatkan ibu PMK dengan usia kehamilan preterm rerata masa gestasinya adalah 33 minggu. Penelitian ini menjelaskan tentang adanya perbedaan bermakna antara rasa kepercayaan diri ibu dalam perawatan bayi prematur sebelum dan sesudah dilakukan PMK dan ada beda bermakna antara suhu bayi sebelum dan sesudah dilakukan PMK. Hal ini didapatkan dari dukungan tenaga kesehatan dalam melakukan edukasi terkait metode PMK pada bayi prematur.

Penelitian di RS Budi Kemuliaan mendapatkan profil hasil usia kehamilan preterm sebanyak 59,8% (67 dari 112 ibu) berhasil melakukan PMK bertahap (intermitten dilanjutkan dengan PMK kontinu). Sama halnya pada ibu dengan usia kehamilan aterm didapatkan 56,5% (13 dari 23 ibu) melakukan PMK bertahap. Pada usia kehamilan preterm didapatkan 34,8% (39 dari 112 ibu) hanya melakukan PMK intermitten. Usia kehamilan aterm hanya 30,4% (7 dari 23 ibu) yang melakukan PMK intermitten saja. Data profil ini dapat dikembangkan untuk penelitian selanjutnya, terkait dengan faktor-faktor yang berhubungan dengan keberhasilan PMK.

e. Jenis Persalinan

Penelitian ini didapatkan profil jenis persalinan pada ibu yang melakukan persalinan secara section sesarea sebanyak 84 orang (62,2%). Didapatkan profil jenis PMK berdasarkan jenis persalinan ibu mayoritas ibu dengan persalinan section sesarea melakukan PMK Intermittent dengan dilanjutkan PMK continue sebanyak 50 orang (62,5%). Pada ibu dengan persalinan pervaginam melakukan PMK Intermittent dengan dilanjutkan PMK continue sebanyak 25 orang (31,3%). Pada ibu dengan persalinan vacuum ekstrasi melakukan PMK Intermittent dengan dilanjutkan PMK continue sebanyak 5 orang (6,3%).

Penelitian di RS Siti Khodijah ²⁷ didapatkan 15 ibu yang melakukan PMK dengan jenis persalinan pervaginam dan sectio secarea. Dengan kedua jenis persalinan ini, dilihat hubungan sikap dengan pelaksanaan PMK didapatkan hasil yang bermakna secara statistik. Dalam jurnal tersebut dijelaskan sikap yang didapat dari kedua jenis persalinan memiliki hubungan yang bermakna dengan pelaksanaan PMK. Sikap ditunjukkan dalam tingkah laku dan didukung dengan rasa percaya.

Penelitian di RS Budi Kemuliaan mendapatkan 100% ibu dengan vakum ekstraksi (5 dari 5 ibu) mampu melakukan PMK secara bertahap, ibu dengan SC didapatkan hanya 59,5% (50 dari 84 ibu) yang mampu melakukan PMK bertahap (dari intermitten ke PMK kontinu) dan 32% (19 dari 59 ibu) ibu dengan SC hanya melakukan PMK intermitten saja, 7% (4 dari 59 ibu) dengan SC hanya melakukan PMK kontinue. Data ibu dengan persalinan pervaginam 65% (17 dari 26 ibu) yang melakukan PMK bertahap, 1,5% hanya melakukan PMK kontinue dan 23% (6 dari 26 ibu) hanya melakukan PMK intermitten saja.

Profil ini dapat menjadi bahan penelitian selanjutnya, untuk menganalisa keterhubungan jenis persalinan dengan keberhasilan PMK. Penelitian selanjutnya dapat menambahkan variabel ibu seperti sikap, motivasi, pengetahuan, ketepatan dalam melakukan PMK dan lain sebagainya.

4.2.2 Jenis PMK berdasarkan karakteristik bayi

a. Jenis Kelamin

Penelitian ini didapatkan profil jenis kelamin pada bayi laki-laki sebanyak 68 bayi (50,4%). Didapatkan profil jenis PMK berdasarkan jenis kelamin bayi mayoritas bayi laki-laki melakukan PMK intermitten dengan dilanjutkan PMK continue sebanyak 41 bayi (51,2%). Pada bayi perempuan melakukan PMK intermitten dengan dilanjutkan PMK continue sebanyak 39 bayi (48,8%).

Hasil penelitian ini sama dengan data RISKESDAS 2013, pada data RISKESDAS 2013, presentase kejadian bayi dengan BBLR pada bayi laki-laki 11,2% lebih tinggi dibandingkan dengan jenis kelamin perempuan 9,2%.

b. Berat Lahir

Penelitian ini didapatkan profil berat lahir pada bayi *low birthweight* sebanyak 118 bayi (87,4%). Didapatkan profil jenis PMK berdasarkan berat lahir bayi mayoritas bayi *low birthweight* melakukan PMK intermittent dengan dilanjutkan PMK continue sebanyak 69 bayi (86,3%). Pada bayi *Very Low Birthweight* melakukan PMK intermittent dengan dilanjutkan PMK continue sebanyak 10 bayi (12,5%). Pada bayi *Extreamly Low Birthweight Birthweight* melakukan PMK intermittent sebanyak 1 orang (1,3%).

Penelitian di RS DR Rasidin ²⁶ didapatkan rerata BBLR sebelum dilakukan PMK yaitu 1.871,3 gram dan berat paling kecil yaitu 1650 gram. Didapatkan rerata data berat badan sesudah dilakukan PMK sebesar 2108,6 gram, terdapat kenaikan berat badan tersebut dalam waktu satu bulan. Dari penelitian tersebut dilakukan analisis, didapatkan pengaruh PMK dengan penambangan berat badan bayi.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Dari hasil profil perawatan metode kangguru pada bayi dengan berat ≤ 2200 gram di RS Budi Kemuliaan bulan Januari – Agustus dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Frekuensi kejadian PMK pada bayi dengan berat ≤ 2200 gram di RS Budi Kemuliaan pada bulan Januari – Agustus 2021 sebanyak 135 bayi (57%)
2. Frekuensi jenis PMK pada bayi dengan berat ≤ 2200 gram di RS Budi Kemuliaan pada bulan Januari – Agustus 2021 dengan 135 sample terdapat kejadian PMK Intermittent 34,1 %, PMK Kontinue 6,7%, dan pada PMK Intermittent yang dilanjutkan PMK Kontinue 59,3%.
3. Frekuensi karakteristik Ibu yang melakukan PMK pada bulan Januari – Agustus 2021 di RS Budi Kemuliaan paling banyak pada Ibu yang berusia cukup (20-35 tahun) 78,5%, pada ibu Primipara 44,4%, ibu dengan tingkat pendidikan menengah (SMP-SMA) 74,8%, ibu yang bersalin dengan usia kehamilan Pre-term (< 37 mgg) 83%, dan ibu bersalin dengan cara Sectio sesarea 62,2%.
4. Frekuensi pada karakteristik bayi yang melakukan PMK pada bulan Januari – Agustus 2021 di RS Budi Kemuliaan paling banyak pada bayi laki-laki 50,4%, dan bayi dengan *Low Birthweight* 87,4%.
5. Frekuensi jenis PMK berdasarkan karakteristik ibu yaitu di peroleh hasil berdasarkan usia ibu mayoritas ibu usia cukup (20-35 tahun) melakukan PMK intermittent dan dilanjutkan dengan PMK continue sebanyak 62 orang (77,5%). Berdasarkan paritas ibu mayoritas ibu primipara melakukan PMK Intermitten dan dilanjutkan PMK Kontinue sebanyak 37 orang (46,3%). Berdasarkan pendidikan ibu mayoritas ibu dengan pendidikan menengah melakukan PMK intermittent dengan dilanjutkan PMK continue sebanyak 60 orang (75%). Berdasarkan usia kehamilan ibu mayoritas ibu dengan usia kehamilan Pre-term melakukan PMK

intermittent dengan dilanjutkan continue sebanyak 67 orang (83,8%). Berdasarkan jenis persalinan ibu mayoritas ibu dengan persalinan section sesarea melakukan PMK Intermittent dengan dilanjutkan PMK continue sebanyak 50 orang (62,5%).

6. Frekuensi jenis PMK berdasarkan karakteristik bayi yaitu di peroleh hasil berdasarkan berdasarkan jenis kelamin bayi mayoritas bayi laki-laki melakukan PMK intermittent dengan dilanjutkan PMK continue sebanyak 41 bayi (51,2%). Berdasarkan berat lahir bayi mayoritas bayi *low birthweight* melakukan PMK intermittent dengan dilanjutkan PMK continue sebanyak 69 bayi (86,3%).

5.2 Saran

1. Diharapkan untuk peneliti selanjutnya profil ini dapat digunakan sebagai data dasar untuk penelitian selanjutnya.
2. Diharapkan tenaga kesehatan dapat melengkapi rekam medis pertimbangan dengan terdapatnya drop out sebanyak 34% dari jumlah bayi yang melakukan PMK dengan berat ≤ 200 gram di bulan Januari – Agustus 2021.

DAFTAR PUSTAKA

1. UNICEF. Neonatal Mortality Data. UNICEF.
<https://data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/>. Published 2020.
2. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. *Profil Kesehatan Indonesia 2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2020.
doi:10.5005/jp/books/11257_5
3. Badan Pusat Statistik. Angka Kematian Bayi (AKB) Per 1000 Kelahiran Hidup Menurut Provinsi 2012-2017.
<https://www.bps.go.id/indicator/30/1584/1/angka-kematian-bayi-akb-per-1000-kelahiran-hidup-menurut-provinsi.html>. Published 2017.
4. Sadarang R. Kajian Kejadian Berat Badan Lahir Rendah di Indonesia: Analisis Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2017. *J Kesmas Jambi*. 2021;5(2):28-35. doi:10.22437/jkmj.v5i2.14352
5. Sofiani F, Asmara FY. Pengalaman Ibu Dengan Bayi Berat Lahir Rendah (Bblr) Mengenai Pelaksanaan Perawatan Metode Kanguru (Pmk) Di Rumah. *Pros Semin Nas*. 2014;2(2).
<http://jurnal.unimus.ac.id/index.php/psn12012010/article/view/1467>.
6. Anil KC, Basel PL, Singh S. Low birth weight and its associated risk factors: Health facility-based case-control study. *PLoS One*. 2020;15(6 June):1-10. doi:10.1371/journal.pone.0234907
7. Sindu R, Petrucka P, C J. Kangaroo care compared to incubators in maintaining body warmth in preterm infants. *Int J Caring Sci*. 2015;8(3):140-151.
8. Pratomo H, Uhudiyah U, Poernomo Sigit Sidi I, et al. Supporting factors and barriers in implementing kangaroo mother care in Indonesia. *Paediatr*

Indones. 2012;52(1):43-50. doi:10.14238/pi53.1.2012.09

9. World Health Organization. Guidelines on optimal feeding of low birth-weight infants in low-and middle-income countries. *Geneva WHO*. 2011:16-45.
<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Guidelines+on+Optimal+feeding+of+low+birth-weight+infants+in+low-and+middle-income+countries#0>.
10. Rabiattunnisa HFK. Factors of Low Weight Babies Incidence on Teenage Pregnancy: a Systematic Literature Review. *Proceeding Int Conf*. 2019:849-855.
<http://prosiding.respati.ac.id/index.php/PIC/article/view/162>.
11. Rini SS, W IT. FAKTOR – FAKTOR RISIKO KEJADIAN BERAT BAYI LAHIR RENDAH DI WILAYAH KERJA UNIT PELAYANAN TERPADU KESMAS GIANJAR II. *Polymer (Guildf)*. 2012;61(1):2012-2012.
12. Manuaba IA. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, Dan KB Untuk Pendidikan Bidan Edisi 2*. Jakarta: EGC; 2013.
13. Nugroho T. *Buku Ajar Obstetric Untuk Mahasiswa Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika; 2011.
14. Manuaba CIA. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan Dan KB*. Jakarta: EGC; 2012.
15. Manuaba CIA. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan Dan KB*. Jakarta: EGC; 2010.
16. Josep H, Nugroho M. *Catatan Kuliah Obstetri Dan Ginekologi (Obsgyn)*. Jakarta: Nuha Medika; 2011.
17. Maryunani A. *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, & Anak Pra-Sekolah*. Tajurhalang: In Media; 2014.

18. Maryunani A. *Asuhan Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah*. 1st ed. (Ismail T, ed.). Jakarta: CV. Trans Info Media; 2013.
19. Endyarni B. Perawatan Metode Kanguru (PMK) Meningkatkan Pemberian ASI. Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI).
<https://www.idai.or.id/artikel/klinik/asi/perawatan-metode-kanguru-pmk-meningkatkan-pemberian-asi>. Published 2013.
20. Bailey S. Kangaroo mother care. *Br J Hosp Med*. 2012;73(5):278-281.
doi:10.12968/hmed.2012.73.5.278
21. Charpak N, Figueroa Z, Ruiz JG. Kangaroo mother care. *Lancet*. 1998;351(9106):914. doi:10.1016/S0140-6736(05)70336-6
22. Notoatmodjo S. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta; 2012.
23. Febriana N, Susihar, Komalasari I. Gambaran Tingkat Pengetahuan Ibu Terhadap Manfaat Metode Kanguru Pada Bayi Dengan BBLR Di Ruang Perinatologi RSUD Koja Jakarta Utara Tahun 2019. *J Akad Keperawatan Husada Karya Jaya*. 2019;5(2):34-37.
24. Silviana I, Hryana A. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Praktek Perawatan Metode Kangguru Pada Ibu Yang Mempunyai Bayi Berat Lahir Rendah Di Kecamatan Cilincing Jakarta Utara.*; 2019.
25. Ningsih DA, Sanisahuri, Agustin D. Jurnal Sains Kesehatan Vol. 25 No. 2 Agustus 2018. *J Sains Kesehat*. 2018;26(2):21-29.
26. Trianingsih NW, Istiqomah, Sasanti DA. Pengaruh Perawatan Metode Kanguru Terhadap. *J Biotek*. 2018;6:111-119.
27. Kusumawardani PA. Hubungan sikap ibu dengan pelaksanaan Metode Kanguru (Kangaroo Mother Care) pada bayi berat badan lahir rendah di RS Siti Khodijah. *Univ Muhammadiyah Siduarjo Journals*. 2019;10(11):45.
<http://ojs.umsida.ac.id/index.php/midwifera/article/download/1865/1338>.

28. Arofah S. APGAR score, Bayi berat lahir re PERBEDAAN NILAI APGAR SCORE BAYI BERAT LAHIR RENDAH CUKUP BULAN DAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH TIDAK CUKUP BULAN. *Sci J.* 2019;8(1):40-47. doi:10.35141/scj.v8i1.405

