

**ANALISIS PELAKSANAAN *KANGAROO MOTHER CARE* PADA BAYI
BERAT LAHIR RENDAH DI RUMAH SAKIT UMUM
SAWERIGADING KOTA PALOPO
SULAWESI SELATAN**

NASKAH PUBLIKASI

**Untuk Memenuhi Syarat Memperoleh Gelar Magister Kebidanan
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta**



**ANDI KASRIDA DAHLAN
201420102003**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEBIDANAN
PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS 'AISYIYAH
YOGYAKARTA
2017**

LEMBAR PENGESAHAN

NASKAH PUBLIKASI



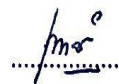
**ANALISIS PELAKSANAAN *KANGAROO MOTHER CARE* PADA BAYI
BERAT LAHIR RENDAH DI RUMAH SAKIT UMUM
SAWERIGADING KOTA PALOPO
SULAWESI SELATAN**

**Telah Diseminarkan dan Diujikan Pada Tanggal :
7 Februari 2017**


OLEH :

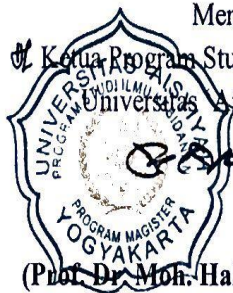
**ANDI KASRIDA DAHLAN
201420102003**

Penguji

Penguji I	Dr. Yanti, M.Keb	
Penguji II	Dr. dr. Wiwik Kusumawati., M.Kes	
Penguji III	Retno Mawarti, S.Pd., M.Kes	

Mengetahui,

 Ketua Program Studi Magister Kebidanan
Universitas Aisyiyah Yogyakarta



(Prof. Dr. Moh. Hakimi, SpOG (K), Ph.D)

**ANALISIS PELAKSANAAN KANGAROO MOTHER CARE PADA BAYI
BERAT LAHIR RENDAH DI RUMAH SAKIT UMUM
SAWERIGADING KOTA PALOPO
SULAWESI SELATAN**

Andi Kasrida Dahlan¹, Wiwik Kusumawati², Retno Mawarti³

¹Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta, Indonesia

²Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Indonesia

³Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta, Indonesia

Email : idthamatahari09@gmail.com

INTISARI

Latar Belakang: Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) merupakan penyebab utama kematian neonatal pada usia 0-28 hari. Salah satu cara untuk mengurangi kematian pada BBLR adalah dengan Kangaroo Mother Care (KMC) yang merupakan perawatan dengan melakukan kontak langsung antara kulit bayi dengan kulit ibu.

Tujuan Penelitian: Menganalisis pelaksanaan KMC pada bayi berat lahir rendah di Rumah Sakit Sawerigading Kota Palopo Sulawesi Selatan.

Metode Penelitian: Kualitatif pendekatan fenomenologi dengan *retrospective*. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* dengan jumlah informan utama adalah 4 ibu dengan BBLR dan 4 tenaga kesehatan serta 6 informan pendukung. Pengambilan data dengan wawancara mendalam, observasi dan dokumentasi. Analisis data yang digunakan model Miles dan Huberman.

Hasil Penelitian: Pelaksanaan KMC sudah dilaksanakan namun belum optimal karena pengetahuan petugas pelayanan, sarana prasarana yang kurang, belum adanya bidan dan perawat yang mengikuti pelatihan khusus KMC, kurangnya informasi yang diberikan kepada ibu dan keluarga serta belum ada monitoring evaluasi/*follow up* yang dilakukan selama dirumah sakit dan setelah pulang kerumah.

Kesimpulan: Pelaksanaan KMC yang dilihat dari input, proses, dan output belum terlaksana secara maksimal.

Kata Kunci : Pelaksanaan, *Kangaroo Mother Care*, neonatus, BBLR, kualitatif.

THE ANALYSIS OF THE IMPLEMENTATION KANGAROO MOTHER CARE FOR LOW BIRTH WEIGHT BABY AT SAWERIGADING HOSPITAL IN PALOPO, SOUTH SULAWESI

Andi Kasrida Dahlan¹, Wiwik Kusumawati², Retno Mawarti³

¹Faculty of Health Sciences ' Aisyiyah University of Yogyakarta, Indonesia

Faculty of Medicine, Muhammadiyah University of Yogyakarta, Indonesia

³Faculty of Health Sciences ' Aisyiyah University of Yogyakarta, Indonesia

Corresponding author : ldhamatahari09@gmail.com

ABSTRACT

Background: Low Birth Weight Babies (LBWB) is the top cause of neonatal death which involved a direct contact between the mother skin and the baby skin.

Objective: To analyse the implementation of KMC for the low birth weight babies at Sawerigading Palopo hospital of South Sulawesi.

Methods: qualitative phenomenological approach with retrospective. Sampling techniques used purposive sampling technique with total number of main informants was 4 mothers with low birth weight of baby, 4 health staffs and 6 informant supporters. Instrument of the Data are indepth interviews, observation and documentations. The data analysis used models miles and huberman.

Results: Implementation of KMC was implemented but not optimal because the officer's knowledge of service, infrastructure is lacking, and there is no presence of midwife and nurse who follow special training KMC, the lack of information given to mother and family and there has been no follow up evaluation/ monitoring conducted during in the hospital and after back to home.

Conclusion: Implementation of KMC that can be seen from the input, process, output and maximum operating was not implemented.

Keywords : Implementation, Kangaroo Mother Care, neonatal, low birth weight of baby, qualitative.



PENDAHULUAN

Menurut *World Health Organization* (WHO) angka kematian bayi yang memberikan kontribusi tertinggi (59%) adalah kematian neonatal pada usia 0-28 hari pertama kehidupan, dimana penyumbang utama kematian neonatal adalah akibat BBLR. Berat badan lahir rendah atau *low birth weight infants* adalah bayi yang dengan berat badan kurang dari 2500 tanpa memandang usia gestasi yang dibedakan dalam dua kategori yaitu kelahiran sebelum waktunya dengan usia kehamilan kurang 37 minggu (*prematuur*) dan bayi yang lahir cukup bulan tetapi berat badannya kurang atau mengalami gangguan pertumbuhan selama masih dalam kandungan disebut *intra uterin growth restriction /IUGR* (WHO, 2009).

Di Indonesia pada tahun 2013 angka kejadian BBLR tertinggi terdapat di provinsi Sulawesi Tengah yaitu 16,8%, disusul oleh provinsi Papua 15,6% dan Sulawesi Selatan berkisar 12,6% (Kemenkes RI, 2014). Menurut Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2014 Persentase BBLR yaitu 4.376 kasus (3,02%). Dan Kabupaten Luwu urutan ketiga tertinggi dengan jumlah 288 kasus, setelah Makassar dan Gowa.

Salah satu cara untuk mengurangi angka kematian pada BBLR adalah dengan metode *Kangaroo Mother Care* (KMC) yang pertama kali diperkenalkan oleh Ray dan Martinez pada tahun 1979 di Bogota Columbia sebagai cara alternatif yang dapat membantu perawatan BBLR ditengah tingginya angka kematian dan terbatasnya fasilitas kesehatan yang ada. (Conde-Agudelo, *et al.* 2014; Suradi *et.al.*, 2013).

Di Indonesia sangat direkomendasikan untuk melakukan KMC pada bayi BBLR yang diatur dalam Kepmenkes RI. No.203/MENKES/SK/III/2008 tentang pembentukan kelompok kerja (POKJA) nasional perawatan metode kanguru dengan intervensi untuk mengurangi kematian bayi BBLR dan perawatan BBLR dengan dukungan. (Depkes RI, 2009). *Kangaroo Mother Care* (KMC) merupakan perawatan untuk bayi berat lahir rendah dengan melakukan kontak langsung antara kulit bayi dengan kulit ibu atau *skin-to-skin contact*, dimana ibu menggunakan suhu tubuhnya untuk menghangatkan bayi (Atikah, 2010). KMC

juga merupakan satu teknologi tepat guna yang sederhana, murah, sangat dianjurkan untuk perawatan BBLR (HTA, 2008).

Menurut penelitian yang dilakukan Pratomo (2012) yang menyatakan bahwa faktor yang mendukung pelaksanaan KMC adalah dukungan dari manajemen RS, sikap positif dari penyedia layanan kesehatan, pasien, keluarga dan masyarakat serta ketersediaan sumber daya. Tantangan umum adalah pencatatan dan pengumpulan data, SDM, infrastruktur dan anggaran, debit dan tindak lanjut. Tantangan yang berhubungan dengan keluarga adalah ketidakmampuan ibu atau keluarga untuk mengunjungi bayi dengan sering dan keterjangkauan biaya bayi untuk tinggal di rumah sakit untuk jangka waktu yang cukup lama. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Nirmala (2006) yang menyatakan persepsi positif ibu dan tenaga kesehatan terhadap KMC berpengaruh pada perkembangan fisiologi yang baik pada BBLR.

Hasil wawancara kepada kepala ruang Perinatologi yang mengatakan bahwa KMC sudah diterapkan di RSUD Sawerigading Kota Palopo, akan tetapi tidak semua bayi berat lahir rendah dilakukan KMC salah satu penyebabnya karena keadaan bayi yang tidak memungkinkan dilakukan KMC, waktu kunjungan yang terbatas, serta tingkat pengetahuan petugas dan ibu yang kurang. Selain itu jumlah angka kejadian BBLR masih cukup tinggi pada tahun 2015 berjumlah 209 kasus dan adanya kematian pada bayi sejumlah 29 kasus yang penyebab kematian terbanyak adalah BBLR sejumlah 10 kasus. Berdasarkan permasalahan tersebut maka peneliti tertarik mengambil judul “Analisis pelaksanaan KMC pada bayi berat lahir rendah di Rumah Sakit Sawerigading Kota Palopo Sulawesi Selatan”.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Fenomenologi adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan dan lain-lain secara holistik dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode

alamiah.(Afiyanti, 2014; Moleong, 2010). Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Sawergading yang berada di wilayah Kota Palopo Provinsi Sulawesi Selatan yang dilaksanakan pada November – Desember 2016. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* dengan jumlah informan utama adalah empat ibu dengan bayi berat lahir rendah dan empat informan tenaga kesehatan, serta enam informan pendukung antara lain tiga dari keluarga, satu dokter anak, dan satu kepala ruangan dan satu bidan honorer. (Sugiyono,2014).

Instrumen Penelitian menggunakan alat untuk merekam berupa *recorder*, format pengumpulan data demografi, daftar pertanyaan wawancara semiterstruktur (*semistructure interview*), panduan observasi yang mengacu pada Depertemen Kesehatan tahun 2009 dan modul Perkumpulan Perinatologi Indonesia (Perinasia), alat tulis dan buku catatan. Pengambilan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam (*indepth interview*) dalam waktu kurang lebih satu jam pada setiap pertemuan, observasi dan dokumentasi. Uji Validitas menggunakan validitas konstruk menggunakan pendapat ahli (*experts judgement*) dengan jumlah ahli yaitu satu orang yang sesuai dengan lingkup penelitian adalah dokter anak.

Keabsahan data dicapai melalui derajat kepercayaan (*credibility*) dengan teknik triangulasi yaitu triangulasi sumber dan metode. Triangulasi merupakan teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain (Moleong, 2010). Analisa data pada penelitian ini mengadopsi model Miles dan Huberman (1992) dalam Sugiyono (2014) yang terdiri dari tiga kegiatan yaitu penyederhanaan/reduksi data, penyajian data, penarikan kesimpulan dan verifikasi

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pelaksanaan KMC pada bayi berat lahir rendah di RSUD Sawerigading Kota Palopo Sulawesi Selatan. Dari hasil analisis kualitatif pada ibu dan keluarga dengan BBLR serta tenaga kesehatan ditemukan bahwa pelaksanaan KMC sudah dilaksanakan oleh ibu dan tenaga kesehatan, namun pelaksanaannya belum optimal dilihat dari input, proses dan output. Adapun uraian sebagai berikut:

1. Kondisi komponen input

Komponen input dalam pelaksanaan program KMC meliputi kebijakan, standar operasional prosedur (SOP), sumber daya manusia (SDM) dan sarana prasarana. Dari hasil wawancara mendalam pada informan tenaga kesehatan didapatkan bahwa semua informan menyatakan pelaksanaan KMC sudah dilaksanakan yang dibuktikan dengan adanya kebijakan dari Rumah Sakit Umum Sawerigading Palopo yang dituangkan dalam bentuk surat keputusan oleh direktur RS dengan Nomor 285/SK/RSUD SWG/PLP/XII/2015 tentang kebijakan pelayanan *Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif* (PONEK) yang meliputi pelayanan perawatan metode kanguru pada bayi berat lahir rendah sejak tahun 2015 dan untuk Standar Operasional Prosedur (SOP) semua informan menyatakan sudah adanya standar operasional prosedur yang dituangkan dalam bentuk buku.

Menurut WHO (2003) setiap fasilitas kesehatan yang menerapkan perawatan KMC harus memiliki kebijakan dan petunjuk tertulis dalam menjamin kualitas pelayanan kesehatan yang disesuaikan dengan kondisi dan budaya lokal. Kebijakan semacam ini akan lebih efektif kalau dibuat suatu petunjuk pelaksanaan lokal dengan tetap mengacu pada petunjuk nasional maupun internasional. Petunjuk pelaksanaan ini melibatkan seluruh staf dan kemudian dapat disetujui secara konsensus yang harus mencakup KMC serta tindak lanjut yang dilakukan oleh petugas kesehatan terlatih yang tinggal berdekatan dengan tempat tinggal ibu. Semakin baik tindak lanjut yang dilakukan, semakin cepat ibu dan bayi dapat dipulangkan dari suatu fasilitas kesehatan.

Selain kebijakan dari rumah sakit, sumber daya manusia (SDM) merupakan variabel yang paling penting, dimana keberadaanya dapat mempengaruhi keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan. Petugas kesehatan yang membantu ibu dalam pelaksanaan KMC seperti dokter, perawat dan bidan harus terlatih yaitu yang memiliki pelatihan dasar tentang perawatan KMC, pemberian ASI dan pelatihan yang memadai (WHO, 2003).

Hasil penelitian diperoleh SDM di RSUD Sawerigading Kota Palopo ada dua dokter spesialis anak yang pernah mengikuti pelatihan, untuk perawat dan bidan belum ada yang pernah mengikuti pelatihan tentang KMC secara khusus, hanya saja sebagian dari mereka memperoleh pengetahuan tentang KMC melalui seminar atau *symposium* atau bahkan dari bangku kuliah. Dari hasil analisis peneliti diketahui bahwa kurang optimalnya pelaksanaan KMC disebabkan sumber daya manusia (SDM) dalam hal ini pelaksana program belum semua perawat dan bidan mengikuti pelatihan khusus manajemen perawatan metode kanguru sehingga pemahaman dalam melaksanakan KMC juga masih kurang.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Elvine (2012) mengemukakan bahwa seorang bidan harus memiliki kompetensi bidan yang meliputi pengetahuan, keterampilan, dan perilaku dalam melaksanakan praktik kebidanan secara aman dan bertanggung jawab dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Serupa dengan penelitian yang dilakukan Samsudin dalam Sulistyowati (2015) menyatakan bahwa pelatihan bagi sumber daya manusia sangat diperlukan karena berkontribusi terhadap peningkatan pengetahuan dan ketrampilan dalam melakukan pekerjaan.

Faktor lain yang mempengaruhi dalam memberikan pelayanan adalah Karakteristik perawat (Kane, *et al.*, 2007). Hasil temuan peneliti didapatkan bahwa identifikasi karakteristik informan tenaga pelaksana memiliki karakteristik yang bervariasi. Dilihat dari umur informan sebahagian besar berusia 28-34 tahun yang merupakan umur produktif untuk bekerja. Dilihat dari masa kerja paling lama satu informan dengan masa kerja 11 tahun yaitu koordinator ruangan dan tiga informan lainnya kurang dari 5 tahun. Tiga informan memiliki tingkat pendidikan paling tertinggi adalah S1 dan terendah DIII sebanyak satu informan. Secara keseluruhan umur, pendidikan, masa kerja dan pengalaman yang cukup tidak dapat mendukung pelaksanaan KMC disebabkan karena terjadi kejenuhan terhadap rutinitas pekerjaan dan kebiasaan pelaksanaan, selain itu untuk tingkat pendidikan dengan pelaksanaan KMC adalah perawat yang memiliki tingkat pendidikan S1 adalah koordinator dan

ketua tim yang memiliki pokok dan tanggungjawab untuk melaksanakan fungsi manajemen ruang rawat inap, bukan sebagai tenaga teknis pelaksana KMC. Hal ini sejalan dengan penelitian Sulistyowati (2015) yang menyatakan bahwa karakteristik umur, pendidikan, masa kerja tidak mempengaruhi pengetahuan, sikap dan tindakan pelaksanaan KMC.

Menurut Depertemen Kesehatan (2009) dalam pedoman pelayanan kesehatan bayi berat lahir rendah dengan perawatan metode kanguru (KMC) dikemukakan bahwa salah persyaratan dalam pelaksanaan KMC adalah adanya sarana dan fasilitas kesehatan sesuai standar yang merupakan faktor pendukung keberhasilan program. Sarana dan prasarana yang selama ini digunakan dalam mendukung program KMC di RSUD Sawerigading Kota Palopo sebagian besar sudah ada, namun belum memenuhi standar dikarenakan masih ada yang belum tersedia yaitu gorden diruang KMC, kursi yang digunakan ibu untuk menyusui dan melakukan KMC, lembar penilaian kesiapan pulang, ruangan konseling, media informasi seperti *leaflet*, *booklet*, lembar balik, video. Untuk kamar mandi sudah ada namun jarak antara ruang ibu (ruang KMC) jauh. Kurangnya sarana dan prasana yang ada di rumah sakit umum Sawerigading akan mempengaruhi proses pelaksanaan KMC.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Atik (2014) menyatakan kurangnya sarana penunjang dan belum adanya keberlanjutan anggaran program menunjukkan hasil yang kurang optimal pada implementasi perawatan metode kanguru dan hasil penelitian Pratomo (2012) yang menyatakan bahwa faktor yang mendukung pelaksanaan KMC adalah dukungan dari manajemen RS, sikap positif dari penyedia layanan kesehatan, pasien, keluarga dan masyarakat serta ketersediaan sumber daya dan infrastruktur.

2. Kondisi Komponen Proses

Proses pelaksanaan KMC di Rumah Sakit Sawerigading Kota Palopo sudah dilaksanakan namun belum optimal dikarenakan beberapa hal antara lain yaitu informasi yang disampaikan tenaga kesehatan belum didapatkan oleh semua informan, pengetahuan dan keterampilan ibu maupun tenaga kesehatan yang masih kurang, belum dilakukan tindak lanjut/evaluasi pelaksanaan KMC

selama dirumah sakit maupun kerumah, belum adanya dukungan pelaksanaan secara berkesinambungan dari tenaga kesehatan dan keluarga serta adanya hambatan pelaksanaan dari ibu dan tenaga kesehatan yang dibahas sebagai berikut :

Hasil wawancara yang telah dilakukan didapatkan bahwa tiga informan keluarga tidak mendapatkan informasi tentang KMC selama di RS dan ada satu informan ibu yang menyatakan tidak pernah mendapatkan informasi dari tenaga kesehatan tentang KMC. Informasi yang didapatkan hanya tentang cara atau teknik menyusui, cara mengganti popok dan cara mengganti pakaian bayi. Dan tiga informan lain menyatakan telah mendapatkan informasi terkait pengertian, tujuan dan manfaat KMC. Informasi yang disampaikan oleh informan ibu sejalan dengan hasil observasi peneliti bahwa terjadi ketidaksesuaian antara SOP dengan informasi yang disampaikan tenaga kesehatan, bahkan ada beberapa item yang tidak disampaikan seperti tanda bahaya pada bayi, penanganan bila bayi tidak bernafas pada saat melaksanakan KMC dan waktu menghentikan pelaksanaan KMC.

Kurangnya informasi yang didapatkan oleh ibu dan keluarga mempengaruhi kemauan dalam melaksanakan KMC. Selain itu dimungkinkan karena ibu kurang pengalaman, kurang aktif mencari informasi dari tenaga kesehatan, media elektronik, serta pendidikan ibu yang rendah. Selain itu Informasi adalah dasar bagi ibu dan keluarga dalam memutuskan kesediaannya melakukan KMC. Oleh karena itu sangatlah penting pemberian pendidikan kesehatan mengingat bayi prematur memerlukan perawatan khusus dalam memenuhi kebutuhan dasarnya. Untuk mendapatkan hasil yang optimal dalam memberikan informasi, maka harus memahami perawatan KMC, kesiapan keluarga, jumlah dan kualitas dalam menerima informasi yang diberikan kepada keluarga (Depkes RI, 2009). Sejalan dengan Notoatmodjo (2012) yang menyatakan untuk memiliki suatu pengetahuan dan keterampilan yang cukup pada seseorang harus menerima informasi yang cukup terlebih dahulu.

Dari hasil analisis yang telah dilakukan diperoleh bahwa pengetahuan ibu tentang perawatan KMC yaitu mencakup pengetian, tujuan, manfaat dan cara

melakukan perawatan pada bayi dengan berat badan lahir rendah masih kurang. Dibuktikan dengan hasil wawancara yang menyatakan semua informan tidak tahu pengertian KMC dan tiga informan dapat menjelaskan tujuan dan manfaat dari KMC adalah menaikkan berat badan, adanya perubahan suhu dari dingin menjadi hangat, meningkatkan hubungan kedekatan ibu dan bayi. Kurangnya pengetahuan dipengaruhi oleh berbagai aspek diantaranya pendidikan, pengalaman dan kemampuan memperoleh informasi seperti yang diungkapkan oleh Dewey (2002) bahwa semua pendidikan sejati terjadi lewat pengalaman, namun tidak berarti bahwa semua pengalaman sungguh-sungguh atau sama-sama bersifat edukatif.

Pendidikan merupakan salah satu faktor yang mendukung seseorang dalam memperoleh pengetahuan. Hasil temuan dalam penelitian ini didapatkan bahwa jenjang pendidikan terakhir informan terendah adalah sekolah menengah pertama (SMP) dan tertinggi adalah serjana (S1). Pendidikan informan yang cukup tinggi memudahkan informan dalam menerima penjelasan dan memahami dengan baik tentang perawatan KMC dibuktikan dengan hasil wawancara dua informan yang tingkat pendidikan tinggi (S1) menyatakan pengertian KMC, manfaat dan tujuan KMC. Hal ini sejalan dengan penelitian Garini yang menyatakan ada hubungan antara pendidikan dengan tingkat pengetahuan ibu BBLR tentang perawatan metode kanguru (Garini, 2004). Dan diungkapkan oleh Mubarak bahwa pemberian pendidikan kesehatan mampu mengubah tingkat pengetahuan menjadi lebih baik sehingga berperilaku sesuai yang diharapkan (Mubarak, 2012).

Tingkat pendidikan sangat berkaitan dengan ada atau tidaknya dorongan dalam diri untuk mencari cara perawatan anak yang lebih baik. Dimana semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan semakin berkualitas pengetahuannya dan semakin matang intelektualnya. Hal ini juga berpengaruh dalam memberikan respon terhadap informasi yang datang dari luar. Mereka yang memiliki pendidikan yang lebih tinggi akan memberikan respon yang rasional dibandingkan mereka yang berpendidikan yang lebih rendah (Laursen *et al.*, 2008). Hal ini sejalan dengan penelitian Charpak yang menyatakan tingkat pendidikan yang baik cenderung mempengaruhi keputusan ibu dalam praktik KMC (Charpak *et al.*, 2006)

Pada dasarnya semua informan telah mengetahui prinsip dasar dari proses pelaksanaan KMC yaitu adanya kontak kulit antara ibu dan bayi, namun seyogyanya semua informan mengetahui dengan tepat posisi bayi sebab salah satu aspek terpenting dari perawatan KMC adalah posisi bayi saat diletakkan di dada ibu, posisi kepala bayi yang sedikit tengadah bertujuan untuk menjaga saluran nafas tetap terbuka dan memberikan peluang agar terjadi kontak mata ibu dan bayi (Suradi *et al.*, 2013).

Dalam pemberian nutrisi berdasarkan hasil observasi dilapangan diketahui bahwa rumah sakit masih menyediakan botol susu dan susu formula yang diberikan ke bayi baik maupun rawat inkubator, namun ada beberapa pula ibu yang datang memberikan ASI kepada bayinya saat dirawat inkubator. Sehingga bayi yang dirawat belum semua mendapatkan ASI karena kendala ASI ibu belum keluar, kondisi ibu yang masih perawatan, jarak rumah kerumah sakit jauh, waktu kunjungan yang terbatas. Karena itu ketika bayi rewel atau menangis diberikan susu formula oleh perawat atau bidan. Dengan demikian upaya dukungan ke arah ASI Eksklusif belum bisa maksimal.

Hal ini tidak sesuai dengan kebijakan RSUD Sawerigading yang telah menerapkan Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi (RSSIB). Adapun pedoman pelaksanaan RSSIB mengenai ASI terdapat pada langkah lima antara lain adanya larangan promosi susu formula di RS dan lingkungannya, melaksanakan pemberian ASI sesuai kebutuhan bayi atau sesering mungkin pada semua bayi, tidak memberikan minum dan makan kepada bayi baru lahir selain ASI kecuali ada indikasi medis, tidak memberikan dot/kempeng pada bayi (Kemenkes RI, 2009).

Dalam proses menyusui posisi KMC sangat ideal, dengan melakukan KMC proses menyusui lebih menjadi berhasil dan sebahagian besar bayi yang dipulangkan memperoleh ASI, proses menyusui menjadi lebih lama serta meningkatkan volume ASI yang dihasilkan oleh ibu. Waktu yang optimal bagi bayi untuk memulai menyusui, seperti mengisap adalah pada saat dua jam setelah lahir, ketika bayi bersifat sangat responsif terhadap rangsangan taktil, suhu dan bau yang berasal dari ibunya (Suradi *et al.*, 2013). Apabila KMC

yang dilaksanakan tidak optimal, maka dukungan terhadap pemberian nutrisi bagi bayi juga mengalami kendala yang pada akhirnya dukungan terhadap ASI eksklusif juga tidak terlaksana.

Hasil analisis kualitatif mengenai komponen dukungan/*support* dalam pelaksanaan KMC menunjukkan bahwa dukungan baik dari tenaga kesehatan dan keluarga masih kurang dibuktikan dengan hasil wawancara yang diperoleh masih ada sebahagian informan ibu dan keluarga yang tidak pernah mendapatkan informasi, hanya sebahagian kecil petugas yang meminta persetujuan informan. Dari empat informan ibu tiga diantaranya merupakan dorongan dari diri sendiri untuk melihat bayinya sehat sedangkan satu informan menyatakan mendapatkan dorongan dari keluarga dan suatu keharusan di RS itu sendiri. Hasil observasi diketahui bahwa ibu melakukan KMC tanpa bantuan dari keluarga selama dirumah sakit disebabkan waktu jam kunjungan untuk keluarga terbatas.

Pelaksanaan KMC bagi ibu bukan hal yang ringan, sehingga sangat membutuhkan dukungan baik dari petugas kesehatan maupun keluarga yang ada. Komponen dukungan antara lain dukungan emosional, fisik dan edukasi. Dukungan edukasi dan maupun dukungan emosional perlu diberikan sehingga ibu bersedia untuk melakukan. Dukungan fisik khususnya selama beberapa minggu pertama KMC, merawat bayi akan sangat menyita waktu ibu, istirahat dan tidur yang cukup sangat penting peranannya dalam program ini. Oleh karena itu, ibu memerlukan dukungan untuk membantu menyelesaikan tugas-tugas rumah. Dengan adanya dukungan ibu dapat memahami seluruh proses KMC dan mengerti bahwa KMC memang sangat penting untuk dilakukan pada bayinya. Hal ini membuat KMC menjadi lebih bermakna dan meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan berhasil menjalankan KMC baik dirumah sakit dan dirumah. Sesuai dengan hasil penelitian Kusuma (2010) yang menyatakan faktor lain yang mempengaruhi kepatuhan ibu menerapkan KMC adalah dukungan keluarga.

Tanpa adanya dukungan akan sangat sulit bagi ibu untuk dapat melakukan KMC baik dirumah sakit ataupun dirumah. Hal ini sejalan dengan

hasil penelitian Tessier *et al.*, (2009) yang menyatakan bahwa keberhasilan KMC tidak lepas dari dukungan tenaga kesehatan dari dukungan sosial baik keluarga, masyarakat, maupun rekan ibu ditempat kerja. Walaupun dorongan dan sikap cukup kuat untuk malakukan KMC terhadap bayi bisa jadi terhenti karena pengaruh atau campur tangan orang tua/mertua, masyarakat, atau rekan kerjanya yang masih terdisional dan tidak tahu pentingnya KMC. Sebaliknya apabila mereka lebih tahu mengenai pentingnya melakukan KMC daripada ibu yang bersangkutan, maka mereka justru menjadi faktor yang menentukan dan meningkatkan ibu melakukan KMC. Sesuai dengan hasil penelitian Pratomo (2012) yang menyatakan faktor yang mendukung KMC adalah dukungan positif dari penyedia layanan kesehatan, pasien, keluarga dan masyarakat.

Keberhasilan dan kendala pelaksanaan suatu program dapat diketahui melau kegiatan monitoring evaluasi (*monev*). Monitoring evaluasi memiliki peran dan fungsi yang sangat penting, terutama adalah untuk memastikan proses pelaksanaan kegiatan yang sedang berjalan benar-benar *on the track* sesuai dengan tujuan program. Monitoring dapat disebut sebagai *on going evaluation* yang dilakukan sementara kegiatan berlangsung. Sementara evaluasi dimaksud adalah *terminate evaluation* yang dilakukan pada akhir program untuk memastikan apakah pelaksanaan dan manfaat sesuai dengan tujuan dan hasilnya dijadikan sebagai masukan atau perencanaan program selanjutnya (Moerdiyanto, 2015).

Dalam penelitian ini diketahui bahwa komponen tindak lanjut (*Follow up*) pelaksanaan KMC terkait monitoring evaluasi dari tenaga kesehatan setelah memberikan pelayanan baik dirumah sakit ataupun setelah pasien pulang belum dilakukan. Hal ini dibuktikan dengan hasil wawancara pada empat informan ibu dan tiga informan keluarga menyatakan hal yang sama bahwa tidak pernah dilakukan kunjungan rumah oleh pihak rumah sakit selama pulang kerumah. Sejalan dengan hasil observasi terkait monitoring evaluasi (*monev*) didapatkan bahwa tenaga kesehatan saat melaksanakan KMC menggunakan metode demonstrasi, hanya saja kurang efektif karena ibu tidak diberikan kesempatan untuk melakukan sendiri atau mengevaluasi apakah ibu

sudah bisa melakukan dengan baik. Dalam hal ini juga, masih banyaknya kendala yang dialami oleh ibu, keluarga dan tenaga kesehatan dalam proses pelaksanaan. sehingga mempengaruhi keberhasilan program tersebut.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Atik (2014) yang menyatakan bahwa apabila program diawali dengan komitmen yang tinggi, maka akan dapat menunjang keberhasilan program. Komitmen ini tentunya dapat ditunjukkan dengan adanya monitoring dan evaluasi dalam pelaksanaan KMC sehingga dapat memantau keberlanjutan dan kendala yang ada dalam program tersebut. Didukung dengan hasil penelitian Pratomo (2012) yang menyatakan bahwa tantangan umum dalam pelaksanaan KMC adalah tindak lanjut, pencatatan, dan pengumpulan data.

3. Kondisi komponen output pelaksanaan KMC

Hasil Analisis diketahui bahwa kemauan ibu dan keluarga dalam pelaksanaan KMC belum berjalan optimal. Hal ini dilihat input dan proses pelaksanaan yaitu walaupun sudah ada ada kebijakan namun masih kurangnya sosialisasi (infomasi) tentang KMC pada ibu dan keluarga, sarana prasarana masih kurang dan sumber daya yang diperlukan khusus SDM terlatih masih kurang dimana baru dokter anak yang mengikuti KMS. Dari proses pelaksanaan KMC yaitu pengetahuan dan keterampilan ibu yang masih kurang, dukungan dari keluarga dan petugas kesehatan belum maksimal, serta belum adanya monitoring evaluasi dari tenaga kesehatan setelah memberikan pelayanan dan belum adanya *follow up* kerumah yang mempengaruhi kemampuan ibu untuk melakukan KMC masih kurang. Jadi kualitas dan kuantitas program yang dihasilkan belum menunjukkan hasil. Seperti kemungkinan kenaikan berat badan bayi bukan hanya di pengaruhi oleh perawatan yang dilakukan oleh ibu, melainkan faktor lain yaitu pemberian nutrisi (ASI) sedangkan suhu tubuh pada bayi menjadi lebih stabil.

Hal ini sejalan dengan penelitian Gibbins (2008) yang menyatakan kegagalan berkomunikasi dalam menerapkan KMC menyebabkan ibu dan keluarga tidak dapat menerima dan memahami KMC dengan baik. Kurangnya komunikasi serta dukungan selama dirumah sakit dan saat dilakukan

kunjungan menjadi faktor dalam penerapan KMC. Didukung dengan penelitian yang dilakukan Kusuma (2010) di RS Sardjito Yogyakarta yang menyatakan kepatuhan ibu menerapkan KMC di rumah sakit mempunyai hubungan yang bermakna dengan kepatuhan ibu menerapkan di rumah.

Faktor lain yang mempengaruhi kenaikan berat badan pada bayi berat lahir rendah adalah faktor keluarga, orang tua berperan dalam kebutuhan dasar. Selain itu, berhubungan dengan makanan yang diberikan, dimana nutrisi yang terbaik untuk bayi berat lahir rendah adalah air susu ibunya sendiri. BBLR memerlukan masukan nutrisi yang paling banyak agar dapat mencapai tumbuh kembang yang optimal.

SIMPULAN

Pelaksanaan KMC sudah dilaksanakan oleh tenaga kesehatan, namun pelaksanaannya belum optimal. Hal ini dilihat dari kondisi input dalam pelaksanaan KMC sudah ada kebijakan yang mendukung namun masih kurangnya sosialisasi tentang KMC pada ibu dan keluarga, belum adanya bidan dan perawat yang pernah mengikuti pelatihan tentang manajemen BBLR dengan perawatan metode kanguru dan sarana dan prasarana belum memenuhi standar atau masih kurang. Sehingga proses pelaksanaan KMC ini belum berjalan dengan optimal, karena minimnya informasi sehingga kurangnya pengetahuan ibu dan keluarga dalam pelaksanaan KMC serta belum adanya monitoring evaluasi dari tenaga kesehatan setelah memberikan pelayanan yang mempengaruhi kemampuan ibu untuk melakukan KMC masih kurang. Jadi kualitas dan kuantitas program yang dihasilkan belum menunjukkan hasil. Seperti kemungkinan kenaikan berat badan bayi bukan hanya di pengaruhi oleh perawatan yang dilakukan oleh ibu, melainkan faktor lain yaitu pemberian nutrisi (ASI) sedangkan suhu tubuh pada bayi menjadi lebih stabil.

SARAN

1. Bagi Rumah Sakit Umum Sawerigading Kota Palopo yaitu diharapkan dapat meningkatkan kinerja program dalam upaya perbaikan pelayanan perinatologi, khususnya perawatan KMC pada BBLR dengan mengikutsertakan tenaga pelaksana dalam pelatihan manajemen penatalaksanaan BBLR khususnya

perawatan metode kanguru, menyediakan sarana dan prasarana sesuai standar, melakukan monitoring evaluasi pelaksanaan dengan menyediakan lembar *money* bagi tenaga kesehatan dan pasien setelah melaksanakan program yang dilakukan secara rutin dan perlu menjalin kerja sama dengan puskesmas atau BPM sehingga dapat melakukan *follow up* bagi pasien BBLR dengan KMC di rumah setelah perawatan dari rumah sakit.

2. Bagi Dinas Kesehatan Kota Palopo yaitu diharapkan sebagai bahan masukan untuk mengetahui pelaksanaan sekaligus evaluasi program KMC di Rumah Sakit dalam pengambilan keputusan kebijakan selanjutnya khususnya pada perawatan bayi sebagai upaya preventif AKI pada program selanjutnya.
3. Bagi tenaga kesehatan khususnya ruang perinatologi yaitu diharapkan semua tenaga pelaksana memberikan informasi mengenai perawatan BBLR, khususnya pelaksanaan.
4. Bagi ibu/ keluarga, khususnya yang memiliki bayi BBLR yaitu diharapkan ibu dan keluarga melaksanakan KMC secara rutin di Rumah sakit ataupun dirumah.
5. Bagi peneliti selanjutnya yaitu diharapkan bagi peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian berikutnya tentang analisis faktor-faktor yang mempengaruhi tenaga kesehatan untuk melakukan pelaksanaan *follow up* (kunjungan ulang) ke rumah

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada ibu Dr. dr. Wiwik Kusumawati, M.Kes dan ibu Retno Mawarti, S.Pd., M.Kes yang dengan penuh kesabaran membimbing penulis, memberikan masukan dan arahan-arahan hingga terselesainya penyusunan tesis ini. Ucapan terima kasih juga penulis ucapkan kepada ibu Dr. Yanti, M.Keb selaku penguji yang telah memberikan masukan dan arahan, Kepala Rumah Sakit Sawerigading Kota Palopo dan keluarga ku yang dengan penuh kasih sayang dan ketulusan mendoakan penulis agar selalu diberikan kekuatan lahir dan batin hingga dapat menyelesaikan tesis ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y., Rachmawati, N.I., (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Rajawali Pres Edisi 1 Cetakan ke-1. Jakarta.
- Atik, N.S., (2014). *Analisis Implementasi Program Perawatan Metode Kanguru (PMK) dan Partisipasi Pasien pada Pelayanan Kesehatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) (Studi pada Pasien di Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus)*. Tesis. Universitas Diponegoro Fakultas Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Kesehatan Ibu dan Anak.
- Atikah P., Cahyo I.S., (2010). *Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Charpak N, Ruiz-Peláez JG., (2006). *Resistance to Implementing Kangaroo Mother Care In Developing Countries, and Proposed Solutions*. Acta Paediatrica. 2006 May;95(5):529-34.
- Conde-Agudelo, A., Diaz-Rossello, J. (2014). *Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants*. Cochrane Database Systematic Review.
- Depertemen Kesehatan Republik Indonesia. (2009). *Pedoman Pelayanan Kesehatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dengan Perawatan Metode Kanguru Di Rumah Sakit Dan Jejaringnya*. Jakarta.
- Dewey. J., (2002), *Pengalaman dan Pendidikan Ahli Bahasa* Kepelpress. Yogyakarta.
- Elvine, (2012). *Evaluasi Pelaksanaan Pelayanan 10 T Pada Ibu Hamil Di Puskesmas Alalak Selatan Banjarmasin*. Tesis. Eprints.Undip.ac.id.
- Garini, Widyawati. (2004) *Pengaruh intervensi VCD Metode Perawatan Bayi Lekat (MBPL) terhadap Pengetahuan Ibu Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di RSUD Ciawi Kabupaten Bogor Jawa Barat Tahun 2002*. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Gibbins S, Hoath SB, Coughlin M, Gibbins A, Franck L., (2008). *The universe of developmental care: a new conceptual model for application in the neonatal intensive care unit*. Adv Neonatal Care. 8 (3) : 141-147.
- Health technology Assesment (HTA). (2008). *Perawatan BBLR dengan Metode Kanguru*. Jakarta: Depkes RI Direktorat Bina Kesehatan Masyarakat.
- Kane RL, Shamlivan T, Mueller C, Duval S, Wilt TJ., (2007). *Nurse staffing and quality of patient care.*, Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Kusuma (2010). *Evaluasi Kepatuhan ibu menerapkan KMC pada BBLR di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta*. Thesis. Universitas Gajah Mada. Yogyakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2009. *Pedoman Pelaksanaan Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi*. Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta. Depkes.go.id.
- Laursen, M., Hedegaard, M & Johansen, C. (2008). *Fear of Childbirth: Predictor and temporal changes among nulliparous women in danish national birth cohort*. BJOG, 115 (3) : 354-60.
- Mubarak, W.I. (2012). *Promosi Kesehatan untuk Kebidanan*. Salemba Medika. Jakarta.

- Moerdiyanto. (2015). *Teknik Monitoring dan evaluasi dalam Rangka Memperoleh Informasi untuk Pengambilan Keputusan Manajemen*. Artikel. Universitas Negeri Yogyakarta.
- Moleong, Lexy J. (2010). *Metode Penelitian Kualitatif Edisi Revisi*. Bandung: PT Remaja Rosda Karya.
- Nirmala, (2006). *Kangaroo Mother Care effect and perception of mother and health personnel*. J. Neonatal Nurs, 12.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku* : Jakarta Rineka Cipta.
- Pratomo, H. (2012). *Supporting factors and barriers in implementing kangaroo mother care in Indonesia*. *Pediatri Indonesia*, Vol 52 no 1: 1-8.
- Sugiyono., (2014). *Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D)*. Alfabeta Cetakan ke-20. Bandung.
- Suradi, R., Pratomo H., Marnoto, W.B., Sidi, S.P.I., (2013). *Manajemen Bayi Berat Lahir Rendah dengan Perawatan Metode Kanguru Cetakan Ke 4*. Jakarta: PERINASIA.
- Sulistyowati, P. (2015). *Evaluasi Kangaroo Mother Care (KMC) Pada BBLR Di RSUD Margono Soekarjo Purwokerto*. *Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing)*, Volume 10, No.3, November 2015. Purwokerto.
- Tessier R, Charpak N, Giron M, Cristo M, de Calume ZF, Ruiz-Peláez JG., (2009). *Kangaroo Mother Care, home environment and father involvement in the first year of life: a randomized controlled study*. *Acta Paediatrica*. 2009 Sep;98(9):1444-50.
- WHO (2003) *Kangaroo Mother Care : a Practical Guide*, Geneva.
- WHO. (2009). *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Anak Di Rumah Sakit. Pedoman Bagi Rumah Sakit Rujukan Tingkat Pertama Di Kabupaten/Kota*. Cetakan pertama. Jakarta.

