

Pengalaman Ibu dalam Melakukan Perawatan Metode Kanguru

Santi Wahyuni, Dwi Putri Parendrawati
Program Studi Keperawatan Depkes Cirebon
E-mail: daffa_keisha@yahoo.com

Abstrak

Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) merupakan salah satu penyebab tingginya kematian bayi dalam satu bulan pertama kehidupan di Indonesia. Bayi BBLR rentan terhadap hipotermia. Salah satu penanganannya dengan Perawatan Metode Kanguru (PMK). Metode ini tak sekedar menggantikan peran inkubator tapi juga memberi peluang bayi untuk beradaptasi baik dengan lingkungan ekstrasuterin. Tujuan penelitian kualitatif deskriptif fenomenologi ini untuk mengeksplorasi pengalaman ibu dalam melakukan PMK. Delapan partisipan terpilih dengan metode *purposive* dan memenuhi kriteria memiliki bayi BBLR dan berpengalaman melakukan PMK selama dirawat di rumah sakit serta menindaklanjuti di rumah. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam sebanyak dua kali yang dilengkapi dengan catatan lapangan, baik yang dilakukan di rumah ataupun di tempat lain yang disepakati oleh partisipan. Wawancara direkam kemudian dibuat transkrip verbatim dan dianalisis dengan metode Colaizzi. Hasil penelitian mengungkapkan kelahiran bayi BBLR menimbulkan ekspresi emosional baik positif dan negatif. Makna, perasaan, alasan dan motivasi yang diungkapkan partisipan adalah mempertahankan kelangsungan hidup bayi, memberi kehangatan, melakukan yang terbaik untuk bayinya. Gambaran cara ibu melakukan PMK mengikuti cara yang diajarkan di rumah sakit, PMK secara kontinu dengan posisi *pronasasi*. Bentuk dukungan berupa dukungan edukasi, emosional dan fisik. Harapan partisipan adanya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, sosialisasi PMK, dan pemantauan perkembangan bayi BBLR. Hasil penelitian ini memberikan implikasi berupa informasi yang bermanfaat untuk mempromosikan posisi lateral dekubitus yang dapat memperbaiki kondisi psikologis ibu dan neuromotor bayi, meningkatkan pelayanan konseling dan memfasilitasi pembentukan kelompok pendukung PMK.

Kata kunci: berat badan lahir rendah, fenomenologi, perawatan metode kanguru.

The Experience of Mothers in Applying Kangaroo Mother Care Method

Abstract

Low birth weight (LBW) baby is one of the causes of high infant mortality rate, especially in the first one month of birth, in Indonesia. LBW babies are vulnerable to hypothermia. The kangaroo mother care method can be used to prevent hypothermia in LBW babies. This method is not only replacing the incubator, but also giving the chance for babies to adapt well with extra-uterine environment. The aim of this descriptive phenomenology study is to explore the mothers' experience in performing the kangaroo mother care method. Eight participants were chosen using purposive method and fulfilled criteria of having LBW baby and has been performing the kangaroo mother care method in the hospital and continuing this method of care at home. The data were collected twice through in-depth interview in the mothers' house or elsewhere that has been agreed by participants. The interview is recorded and then transcribed verbatim and analyzed using Colaizzi method. The result shows that the baby, who was born with LBW, caused positive and emotional expression for the mothers. The reason and motivation that is expressed by participants are maintaining the baby survival, giving the warmth for the baby, and doing the best for her baby. The mothers followed the kangaroo method as shown in the hospital which is continuous kangaroo mother care method in prone position. The mothers perceived that they have received support in terms of educational, emotional and physical. The mother are hoping that there will be improvement in health care service quality, socialization of kangaroo mother care method, and monitoring of LBW babies' development. This study can be used to give information to promote lateral decubitus position that could improve mothers' psychological condition as well as improve neuromotor of babies, to improve the counseling service, and to facilitate the establishment of support group for kangaroo method.

Key words: Low birth weight baby, kangaroo mother care method, phenomenology.

Pendahuluan

Tingginya insidensi kelahiran bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) merupakan penyumbang utama mortalitas pada neonatus. Perawatan BBLR di Indonesia, masih diprioritaskan pada penggunaan inkubator, tetapi keberadaannya sangat terbatas, sehingga diperlukan suatu metode praktis yaitu perawatan metode kanguru (PMK). Metode ini memberi peluang bagi bayi BBLR untuk beradaptasi dengan lingkungan ekstrasuterin. Pelaksanaan PMK dapat dilakukan di rumah sakit dan dilanjutkan di rumah. Hal ini menuntut kemampuan ibu dan dukungan keluarga dalam melakukan PMK.

Hasil studi pendahuluan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Gunung Jati Cirebon, kasus BBLR mencapai 15% dari jumlah bayi baru lahir, dan 4,7% diantaranya mengalami kematian (Rekam Medik RSGJ, 2011). Rumah sakit ini telah memiliki prosedur tetap untuk PMK baik kontinu maupun *intermitten*. PMK ditujukan pada bayi yang lahir di RSUD Gunung Jati maupun rujukan. Neonatus kurang bulan atau BBLR <1800 gram yang memiliki kondisi klinis stabil, maka bayi dirawat di ruang PMK kontinu. Namun jika tidak stabil maka bayi dirawat di PMK *intermitten* atau di *Neonatal Intensive Care Unit* (NICU). BBLR yang kondisinya stabil, dapat melanjutkan PMK di rumah. Pada tahun 2012, jumlah bayi BBLR yang dilakukan PMK *intermitten* 140 bayi dan PMK kontinu 36 bayi.

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif deskriptif fenomenologi yang bertujuan untuk mengetahui secara lebih mendalam bagaimana pengalaman para ibu dalam melakukan PMK terhadap bayi BBLR. Peneliti menggunakan berbagai penjelasan yang diungkapkan oleh partisipan yang mengekspresikan berbagai perasaan, pikiran, persepsi, dan pengalaman mereka dalam melakukan PMK.

Metode Penelitian

Penelitian deskriptif ini menggunakan pendekatan kualitatif fenomenologi yang mempelajari pengalaman ibu dalam melakukan PMK terhadap bayi BBLR

dengan melibatkan delapan partisipan. Jumlah sampel yang banyak tidak selalu menjamin lebih tingginya akurasi, validitas dan keberhasilan penelitian kualitatif. Jumlah sampel yang relatif kecil, umumnya digunakan dalam studi kualitatif untuk lebih berfokus pada kedalaman pengalaman hidup partisipan (Poerwandari, 2005).

Proses pengumpulan data dengan wawancara, umumnya dilakukan di rumah partisipan, namun beberapa partisipan menyepakati untuk dilakukan wawancara di warung tempat ia bekerja, di rumah orang tua, di rumah tetangga dan di kebun atau pekarangan rumah. Wawancara pertama, partisipan memberikan penjelasan secara bebas mengenai pengalaman melakukan PMK. Peneliti merekam hasil wawancara dan membuat transkrip verbatim yang dilengkapi dengan *fieldnotes*. Peneliti melakukan interpretasi dengan proses identifikasi berbagai tema sementara berdasarkan penjelasan yang telah diberikan partisipan. Wawancara kedua, peneliti memberikan kesempatan bagi partisipan untuk melakukan konfirmasi tema-tema sementara yang dihasilkan. Partisipan membaca (mempelajari) dan memberikan tanggapan dengan memperjelas data terkait pengalaman mereka. Proses analisis data dilakukan secara simultan dengan proses pengumpulan data, menggunakan metode Colaizzi.

Hasil Penelitian

Partisipan yang terlibat dalam penelitian ini, tiga orang dari kota Cirebon dan lima orang dari kabupaten Cirebon. Usia partisipan bervariasi antara 20 sampai 40 tahun, dengan latar belakang pendidikan: satu orang Sekolah Dasar (SD), satu orang Madrasah Aliyah Negeri (MAN), tiga orang Sekolah Menengah Pertama (SMP) dan tiga orang Sekolah Menengah Umum (SMU). Karakteristik jenis pekerjaan partisipan didominasi Ibu Rumah Tangga (IRT) sebanyak lima orang, dua orang pedagang dan satu orang buruh konveksi. Status *gravida* tujuh *primipara* dan satu *grande multipara*. Usia *gestasi* lima prematur dan tiga *aterm*. Tempat persalinan: lima di RSUD Gunung Jati, dua di balai persalinan swasta (BPS) dan satu dirumah dengan

persalinan dibantu oleh bidan setempat. Jenis persalinan: tujuh *spontan per vaginam* dan satu *sectio caesarea* atas indikasi *gemelli* dan letak sungsang. Kondisi bayi baru lahir meliputi tujuh BBLR (berat lahir 1.800–2.400 gram) dan satu BBLSR (1.500 gram). Usia anak saat penelitian dilakukan berkisar antara 7–17 bulan.

Ekspresi Emosional Ibu terhadap Kelahiran Bayi BBLR

Ekspresi emosional ibu saat mendapati bayi berat lahir rendah adalah sedih, kaget dan merasa tidak tega dan merasa bersalah.

Semua partisipan berespon menangis ketika mengetahui bayi yang dilahirkannya berukuran kecil. Kelahiran bayi dengan BBLR merupakan konflik atau permasalahan yang dialami ibu dan keluarganya.

“Saya langsung menangis.. ya sering menangis...” (P2)

“Bawaan saya nangis melulu...”(P3)

Dua partisipan merasa kaget begitu melihat kelahiran bayinya yang kecil (BBLR).

“... Semua orang kaget ! Saya didampingi suami dan ibu mertua, bidan-bidannya, ya semua kaget. Gimana ga kaget, badan saya khan lagi hamil jadi gemuk (naik 20 kg) tapi kok melahirkan bayi yang ukurannya kecil.”(P1)

“...padahal (bayi) lahir spontan dan menangis, tapi saya kaget bayinya kecil.” (P7)

Heran juga merupakan ekspresi ibu terhadap kelahiran bayinya yang BBLR dirasakan oleh dua partisipan.

“Makanya semua pada heran, kok bisa ibunya gede bayinya kecil ? ...” (P1)

“...ga nyangka lah, kalau bayinya sekecil itu. Kecil banget...” (P4)

Satu orang partisipan berespon dengan memanjatkan doa kepada Allah SWT. Doa yang dipanjatkan oleh partisipan untuk keselamatan anaknya.

“Saya hanya bisa berdoa kepada Allah SWT, minta agar anak saya diselamatkan”. (P1)

Satu partisipan lainnya merasa tidak tega

ketika melihat bayinya kecil.

“Pas melihat bayinya kecil, ga tega juga” (P4)

Semua partisipan merasa sedih ketika mengetahui bayinya yang berukuran kecil.

“Wah, ga bisa dibayangkan ya... gimana sedihnya saat itu”. (P3)

“Saya sedih, pulang ke rumah cuma bawa Rifki, Rafkanya masih di RS.”(P2)

“Sedih terus... Pas waktu lahiran ga sempet ketemu, ga memeluk dan gendong bayi, hanya dilihatkan sebentar sama ibu bidan, terus bayi dibawa ke rumah sakit.”(P4)

Lima partisipan mengungkapkan perasaan takut ketika mendapatkan bayi yang dilahirkannya BBLR. Ketakutan yang mereka rasakan disebabkan kekhawatiran terhadap keselamatan bayinya.

“Ya, takut bayinya meninggal, ga bertahan hidup...” (P2)

“takut kalau anak saya tidak selamat nantinya.”(P5)

Satu partisipan mengalami perasaan seakan tidak percaya dengan kenyataan yang dihadapi, adanya kelahiran bayi dengan BBLR.

“Saya dan keluarga seakan ga percaya, karena selama kehamilan perasaan ga ada masalah, saya dan bayi katanya sehat...”(P1)

Perasaan lainnya yang hanya dirasakan oleh seorang partisipan adalah campur baur.

“Ada sedihnya ada senangya... pokoknya campur baur; sedih karena lahiran kecil beratnya, senang ada solusi untuk menyelesaikan masalah walaupun dengan dirawat, tapi bisa sembuh, itu harapan saya saat itu”. (P6)

Perasaan bersalah dirasakan pula oleh dua orang partisipan.

“Anak lahir prematur jadinya masih kecil (berat badannya) mungkin karena saya sering sedih, menangis dan stres ditinggal suami (meninggal)....” (P3)

“Perasaan saya waktu hamil banyak makan, tapi sering mual muntah mungkin itu yang menyebabkan berat badan bayi kecil”. (P8)

Makna dan Manfaat PMK yang Dirasakan

Ibu

a) Makna PMK yang dirasakan ibu
Seorang partisipan mengungkapkan makna PMK sebagai upaya yang dapat dilakukan ibu dalam merawat bayi BBLR.

"Ya, biar bayi kecil bisa bertahan hidup..."(P1)

Tiga partisipan memaknai PMK sebagai perawatan yang ditujukan bagi bayi BBLR.

"Ya, perawatan buat bayi-bayi kecil, seperti bayi saya..."(P2)

"Perawatan khusus buat bayi-bayi kecil, biar bayi tidak diinkubator terus...."(P3)

Seorang partisipan lain, memaknai PMK sebagai pengganti inkubator.

"Kalau waktu di inkubator bayinya hangat karena bantuan alat-alat kedokteran gitu, nah kalau di kanguru bayi hangatnya alami karena (bayi) langsung nempel ke ibunya". (P3)

b) Manfaat PMK yang dirasakan ibu
Manfaat utama yang dirasakan oleh semua partisipan dari pelaksanaan PMK adalah mempertahankan kehangatan bayi.

"...soalnya bayinya tetap hangat selama berada di dekapan ibu". (P1)

"Ya, bayinya ga kedinginan meski ga diinkubator. Tetap hangat gitu..."(P4)

Manfaat berikutnya adalah meningkatkan berat badan bayi.

"Ya, bayinya jadi nambah berat badannya, karena nyusuin terus..."(P1)

"... walaupun hanya 2 minggu, tapi bayi udah terlihat peningkatan berat badannya, dari 2,3 jadi 2,9 kg..."(P7)

Proses menyusui menjadi lebih mudah dirasakan partisipan sebagai manfaat PMK.

"...menyusui lebih gampang..."(P4)

Manfaat PMK lainnya adalah menjalin kedekatan antara ibu dan bayi, memberikan ketenangan dan kenyamanan kepada bayinya.

"... Sayapun merasa benar-benar jadi ibu, kerasa dekat terus sama Nafis."(P4)

"... bayi jadi tenang ..."(P4)

"...ternyata bayi jadi ga rewel kalau saya gendong di dalam dekapan saya."(P7)

"Kalau yang saya rasakan, saya lihat bayi saya jadi nyaman dan hangat."(P5)

Berbagai Alasan dan Motivasi Ibu Melakukan PMK

a) Berbagai alasan ibu melakukan PMK
Alasan utama adalah dengan PMK bayi akan mendapatkan kehangatan sehingga tidak perlu diinkubator terus menerus.

"Kalau di rumah sakit kan ada inkubator, sedangkan di rumah tidak ada. Kata dokter, bayinya (di-PMK)... biar sehat ga kedinginan."(P4)

Alasan kedua, partisipan mengungkapkan dengan dilakukan PMK, bayi mereka akan meningkat berat badannya.

"Saya punya keyakinan, kalau bayi bisa tetap hangat, bayi akan merasa nyaman. Bayi udah nyaman, jadi mau minum ASInya juga banyak, berat badannyapun akan meningkat."(P5)

Kesehatan bayi merupakan salah satu alasan partisipan untuk melakukan PMK.

"Ya, pokoknya Azam bisa jadi lebih sehat..."(P1)

"Yang penting anak saya sehat, ngak sakit-sakitan..."(P7)

Alasan lainnya adalah murah dan praktis jika ibu melakukan PMK kepada bayi BBLR.

"... murah karena ga harus diinkubator..."(P3)

"... bisa mengirit biaya rumah sakit karena biaya di rumah sakit besar."(P8)

"... bisa dilakukan di rumah dan praktislah"(P3)

"... dan saya juga repot kalau harus bolak-balik ke rumah sakit karena jarak rumah ke rumah sakit jauh."(P8)

b) Berbagai motivasi ibu melakukan PMK
Dua partisipan mempunyai motivasi melakukan PMK untuk mempertahankan keselamatan atau kelangsungan hidup bayinya.

"Saya pengen anak saya selamat (bisa bertahan hidup)...". (P1)

"Keinginan saya agar bayi saya selamat..."(P8)

Satu partisipan mengungkapkan motivasi karena PMK merupakan wujud tanggung

orang tua demi memperjuangkan (merawat) bayinya.

"Saya sudah jadi seorang ibu, jadi harus melakukan segalanya (memperjuangkan) untuk merawat anak-anaknya." (P2)

Motivasi lainnya, upaya melakukan yang terbaik untuk keselamatan bayi mereka.

"...saya dan keluarga berusaha melakukan yang terbaik buat kesembuhan dan keselamatan Azam..." (P1)

"...Jadinya saya berusaha bisa ngerawat Nafis sebaik mungkin". (P4)

"...hitung-hitung saya menebus dosa nih karena pada saat kehamilan makan saya tidak teratur dan bener, sekarang saatnya saya melakukan yang terbaik buat anak saya". (P7)

Adanya keyakinan dan harapan bayinya dapat bertahan hidup, sebagaimana yang diinformasikan oleh dokter yang menangani bayi BBLR di rumah sakit menjadi motivasi bagi ibu untuk melakukan PMK.

"...dokter bilang, bayi kecil juga bertahan hidup asal dipertahankan suhunya dan cukup minum (ASI)." (P3)

Satu partisipan, memiliki perbedaan dengan tujuh partisipan lainnya. Ia memiliki motivasi bangkit (semangat) kembali demi anak dan almarhum suaminya.

"Saya coba bangkit, saya berusaha demi Tadila dan untuk bapaknya (almarhum suami)". (P3)

"Saya bisa bertahan hidup karena lihat Tadila. Tadila yang bikin saya kuat". (P3)

"Peninggalan suami yang berharga adalah anak ini..." (P3)

Gambaran Cara Ibu dalam Melakukan PMK

a) Sumber informasi PMK

Informasi mengenai PMK diakui oleh partisipan didapatkan dari perawat dan bidan di RSUD Gunung Jati Kota Cirebon. Partisipan diajarkan mengenai PMK.

"Saya sih... mengikuti yang diajarkan sama perawatnya disana..." (P1)

"Waktu di rumah sakit khan diajarin, setelah itu saya coba lakukan sebisanya di rumah ...". (P3)

"Saya diajarin sama perawat dan bidan yang

ada di ruang NICU, mulai cara mengendong, menyusui... dikasih tau semua biar di rumah bisa (lakukan)". (P5)

Satu partisipan mengatakan mengetahui tentang PMK dari ibunya sendiri yang menjadi seorang kader posyandu dan pernah diikutsertakan pelatihan.

"Ya, saya kan dulu juga pernah mengajarkan anak saya. pas tau Farhan berat badannya kecil, jadi saya ajarin Nur..." (ibunya P5)

b) Pakaian yang dipergunakan saat PMK

Semua partisipan yang terlibat dalam penelitian ini tidak menggunakan pakaian khusus selama melakukan PMK di rumah, namun saat di rumah sakit menggunakan pakaian khusus PMK.

"Saya pakai baju rumahan aja, tinggal ambil kain tapi buat menyangga". (P1)

"...Saya ga punya baju khusus seperti di RS, jadi saya gunakan baju biasa yang ada kancing depannya dan ukurannya besar (longgar)". (P3)

c) Posisi bayi dan ibu saat dilakukan PMK

Partisipan mengungkapkan melakukan PMK dengan cara meletakkan bayinya didada ibu dengan posisi bayi tegak (*frog position*).

"Bayinya ditempelkan ke sini (ibu sambil memegang dadanya)..." (P2)

"Bayi...diposisikan seperti gini (ibu memperagakan cara mendekapkan bayi didadanya). Bayinya jadi tegak gitu posisinya". (P3)

"Bayi saya didekapkan ke dada saya, nempel posisinya..." (P5)

Bayi yang dilakukan PMK mengalami kontak kulit secara langsung dengan kulit ibunya. Hal ini menunjukkan prinsip *skin to skin contact* yang bertujuan agar bayi tetap hangat.

"... anget nempel kulit Nafis dengan kulit saya". (P4)

"...menggendongnya di dada, kulit dengan kulit bayi nempel biar hangat....". (P6)

Partisipanpun mendeskripsikan posisi ibu saat melakukan PMK terhadap bayinya.

"Saya kalau nyusuin biasanya sambil duduk, ga sambil tiduran..." (P5)

"Lebih enaknya di rumah... bisa lebih sering

dan lebih santai, ga harus duduk terus sayanya. Bisa sambil tiduran atau sambil melakukan kegiatan sehari-hari di rumah". (P1)

"Kalau pas tiduran, biasanya saya ganjal dengan tiga sampai empat bantal, jadi ga tidur telentang sayanya (posisi setengah duduk)." (P1)

"Saat bayi ingin menyusu, ya mudah saja, bayi tinggal diposisikan, kepala bayi diarahkan ke salah satu payudara ibu, gantian kanan kiri..." (P5)

d) Frekuensi, durasi pelaksanaan PMK dan penyapihan

Pelaksanaan PMK yang dilakukan oleh partisipan dalam penelitian ini termasuk jenis PMK kontinu.

"Kalau pas di rumah sakit, sehari hanya bisa beberapa kali saja, lebih seringnya kalau pas di rumah." (P1)

"Hampir seharian. Saya khan ga kemana-mana, konsentrasi ngurusin Nafis." (P4)

Adapun durasi pelaksanaan PMK yang dilakukan partisipan cukup bervariasi.

"Kira-kira ada sekitar dua minggu lah.... (PMK di rumah)". (P1)

"Ya. Ada 40 hari..." (P4)

"Saya lakukan ini selama satu bulan". (P6)

Partisipanpun memaparkan mengenai penyapihan PMK yang dilakukan kepada bayinya.

"Saya lanjutkan sampai Azam sendiri merasa ga betah. Itu tuh, dia khan anaknya aktif, gerak-gerak teruslah, terkadang anaknya kepanasan (gerah) juga". (P1)

"Habis Tadilanya udah mulai banyak gerak gitu, ga mau diamlah, kayak ga anteng lagi kalau saya kangurukan. Lagian Tadilanya juga udah tambah besar beratnya, pas 40 hari, berat badannya sudah 2759 gram". (P3)

e) Pelaksanaan PMK bersamaan dengan aktifitas rumah tangga lainnya

Semua partisipan melakukan PMK bersamaan dengan aktivitas rumah tangga yang ringan.

"Azam mau dibawa kerja. Pas lagi nyapunya misal nya, khan ga apa-apa. Ya, biasa aja Azam diposisikan seperti biasa, asal

kita yakin bahwa kain tapinya kuat bisa menyangga Azam. Pas mencuci piring juga saya bawa, kalau memasak, lihat dulu apa yang mau dimasaknya..." (P1)

"...Seperti pas menyapu lantai, itu bisa saya lakukan (PMK). Tapi kalau pas nyuci baju, biasanya saya lakukan pas Tadilanya tidur. Saya nyuci baju khan ga ada mesin cuci, mana kamar mandinya juga harus ke kamar mandi umum (jarak sekitar 500 meter dari rumah partisipan). Masak juga ga saya bawa, soalnya banyak asapnya, takut kotor dan ganggu nafasnya (ibu memasak menggunakan tungku api)" (P3)

"Ya, sering juga. Sambil nyapu, ngelap-ngelap, kerjaan yang ringan masih bisa dilakukan sambil membawa ade Nafis" (P4)

"Ya, bayinya tetap anteng kok. Tetap hangat dan nyaman selama saya bawa, pas saya belanja ke tukang sayur, nyuci piring, masak, nyapu lantai, ya kerjaan rumah tangga seperti itu masih bisa saya bawa." (P5)

"Saat PMK saya hanya mengerjakan pekerjaan rumah yang ringan saja, seperti menyapu dan mencuci piring." (P8)

Gambaran Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Pertumbuhan dan perkembangan bayi ditunjukkan dari peningkatan berat badan anak, pertumbuhan gigi, kemampuan motorik dan verbal.

"Azam sekarang 7,4 kilo (data KMS: berat lahir 1,5 kg, saat 1 bulan 3,5 kg)". (P1)

"Giginya udah tumbuh dari usia 6 bulan..." (P8)

"Azam sudah bisa duduk..." Azam bermain kotak bersama peneliti sambil menunggu ibunya mengambil buku KIA. (P1)

"Nafis udah bisa jalan nih bulan sekarang, tadinya ngesot-ngesot aja. Sekarang dah lancar jalannya, malah ga mau diem, jalan-jalan aja maunya dan maen bola". (P4)

"Ngocehnya udah tambah banyak, rame jadinya." (P5)

Dukungan dan Hambatan dalam Pelaksanaan PMK

a) Dukungan dalam pelaksanaan PMK

Sumber dukungan yang didapatkan partisipan dari keluarganya, yaitu suami, orang tua dan

kakak partisipan.

"Ya, alhamdulillah, pihak keluarga sangat mendukung saya."(P1)

"Ya, yang paling sering ibu saya, karena tinggal serumah, kakak saya juga bantuin..."(P2)

"Saya lakukan.... terus bergantian dengan orang rumah seperti ibu saya, kakak saya dan terkadang jika ada suami di rumah."(P8)

Bentuk dukungan langsung yang diberikan oleh keluarga cukup bervariasi seperti ikut melakukan PMK sebagai pengganti, menemani partisipan saat merawat bayinya.

"Ibu juga ikutan merawat bayi dengan meletakkan bayi didadanya."(P5)

"Biasanya suami saya yang menggantikannya."(P6)

"Bapaknya yang menggendong anak saya.... saat saya mulai jualanpun pagi belanja saya titip sama suami, setelah pulang sambil jualan baru saya gendong lagi."(P7)

Dukungan lain dalam bentuk dukungan moral diberikan kepada partisipan berupa pemberian semangat, mendoakan kesehatan dan keselamatan ibu dan bayinya.

"Ada yang suka kasih semangat, ngasih doa..."(P1)

"Keluarga selalu mengingatkan saya, biar saya ga sedih terus, biar saya bisa bertahan demi Tadila."(P3)

"Saya merasa lebih siap karena diberi dukungan sama ibu. Ibu yang sering terlibat langsung merawat Farhan."(P5)

Dukungan materiil juga dirasakan oleh satu partisipan.

".... sampai uang juga pada bantuin."(P1)

b) Hambatan dalam pelaksanaan PMK

Hambatan yang dirasakan oleh partisipan dalam melakukan PMK adalah merasa repot karena bayi kembar, adanya beban pikiran dan jika menghadapi kondisi anak sakit.

"Agak repot juga ya, saya pengennya melakukan perawatan Rafka terus menerus, tapi khan saya juga harus ngurus Rifki. Apalagi kalau pas dua-duanya rewel, nangis, nyusuin."(P2)

"Pikiran saya aja nih yang kadang masih... (teringat almarhum suaminya). Kalau saya ya, mau gimana lagi, sampai sekarang juga

saya suka ingat terus."(P3)

"Paling pas Nafis sakit, misalnya pas batuk pilek, anaknya rewel.... pas sariawan.... duh, sampai Nafis ga mau nyusu."(P4)

Harapan dan Kebutuhan Ibu Terhadap Tenaga Kesehatan Terkait Pelaksanaan PMK

Beberapa harapan dan kebutuhan yang teridentifikasi dari partisipan adalah adanya peningkatan pelayanan kesehatan, pemberian informasi BBLR dan Kecil Masa Kehamilan (KMK) yang adekuat, *follow-up* perkembangan anak dan pelatihan PMK bagi semua tenaga kesehatan.

"Lebih ditingkatkan lagi (pelayanannya), supaya ibu yang punya bayi kecil seperti saya bisa melakukan perawatan kanguru di rumah."(P1)

"Harusnya setiap meriksa kehamilan, dikasih tahu sama dokter atau bidannya tentang keadaan ibu dan bayi (janin), termasuk perkiraan berat janin. Trus kasih tahu apa penyebabnya dan bagaimana cara menangani supaya berat badan bayi normal".(P1)

"Kalau saya pengennya ya... khan dari bidannya kok ga ada yang kasih informasi tentang bayi kecil, apa yang bisa dilakukan biar tidak melahirkan bayi kecil."(P2)

"Trus adanya kunjungan seperti ini dari pihak rumah sakit."(P3)

"Apalagi petugas puskesmasnya harus diberi pelatihan tentang ini."(P7)

Pembahasan

Kelahiran bayi BBLR memberikan berbagai ekspresi emosional atau respon bagi ibu, ada respon negatif dan positif. Pada awal partisipan mengetahui kelahiran bayinya yang BBLR, muncul respon negatif seperti menangis, kaget, heran dan tidak tega melihat bayinya kecil, sedangkan respon positif muncul dari partisipan yang sudah mampu menghadapi kenyataan, mulai menerima kelahiran bayinya, berdoa dan berusaha. Respon ibu ketika pertama kali melihat bayinya, dan pada tahun pertama kehidupan menciptakan pola dasar untuk berinteraksi, dan hal ini akan memengaruhi respon interaksi ibu selanjutnya (Maulidah, 2009).

Berbagai perasaan yang muncul seperti sedih, takut, seakan tidak percaya, campur baur dan rasa bersalah. Ekspresi perasaan tersebut merupakan manifestasi dari rangkaian proses berduka yang meliputi lima tahapan : tahap *denial* (mengingkari atau menyangkal kenyataan), *anger* (marah), *bargaining* (tawar menawar) dan depresi serta *acceptance* (penerimaan) (Potter & Perry, 2005). Pada tahap *denial*, ibu menolak mempercayai jika bayinya BBLR. Tahap *anger*, muncul kesadaran akan kenyataan bahwa keadaan bayinya tidak seperti bayi lain, terekam dari kekecewaan karena tidak adekuatnya informasi dari tenaga kesehatan terkait perkiraan berat badan janin. Tahap *bargaining*, ibu berunding untuk mencegah kehilangan bayinya dan mengurangi perasaan bersalah, ibu memohon pada Tuhan dan mempunyai keinginan untuk melakukan suatu upaya. Tahap depresi ditunjukkan dengan menarik diri, dan tahap akhir yaitu *acceptance*, ibu mulai menerima kenyataan bahwa bayi yang dilahirkannya dengan kondisi BBLR.

Pengalaman kelahiran bayi BBLR menimbulkan kecemasan pada ibu dan berdampak terhadap keluarganya. Ibu merasa tidak memiliki kesiapan saat menjadi ibu dari bayi prematur ataupun BBLR (Lindberg dan Ohrling, 2008). Penelitian Lee, Long, dan Boore (2008), pengalaman ibu yang memiliki bayi BBLR *preterm* merupakan pengalaman krisis yang tidak terduga. Adanya keterpisahan antara ibu dan bayinya merupakan sumber atau penyebab stres pada ibu dengan bayi BBLR yang dirawat di NICU (Rahayu, 2010).

Semua partisipan memaknai PMK sebagai suatu upaya yang dapat dilakukan ibu dalam merawat bayi BBLR dan sebagai pengganti inkubator. Kehangatan yang didapatkan bayi melalui PMK bersifat alami. Bahkan, PMK tidak sekedar menggantikan peran inkubator, PMK mampu memenuhi kebutuhan asasi BBLR dengan menyediakan kondisi menyerupai *intrauterin* sehingga memberi peluang bayi BBLR untuk beradaptasi dengan lingkungan ektrauterin (Suradi & Yanuarso, 2008). PMK dinilai sebagai suatu metode praktis alternatif pengganti inkubator yang ekonomis, efisien dan efektif. Melalui PMK-pun, mengurangi terjadinya risiko infeksi nosokomial pada

bayi BBLR di rumah sakit akibat keterbatasan jumlah inkubator (Kosim, 1999).

Manfaat utama dari PMK adalah memberikan kehangatan bagi bayi. Hal ini sangat tepat untuk mengatasi permasalahan utama pada BBLR yakni hipotermia. Selaras dengan prinsip PMK yaitu *skin to skin contact*. Selaras pula dengan penelitian Nuraenah (2012), PMK berpengaruh terhadap perubahan suhu tubuh bayi BBLR di RSUD Gunung Jati Kota Cirebon dan penelitian Nuril (2011) di RSUD Sidoarjo menunjukkan bahwa inkubator dan PMK sama efektifnya dalam mencegah hipotermia pada bayi BBLR.

Bayi yang dilakukan PMK mengalami peningkatan berat badan karena bayinya tetap hangat dan menyusui terus. Selaras dengan penelitian Yetty tahun 2009 di Kutai Barat, PMK dapat meningkatkan berat badan dan perkembangan psikomotorik bayi BBLR. PMK memudahkan partisipan dalam proses menyusui. Bayi yang dilakukan PMK secara kontinu, selalu berada di dekat payudara ibu, menempel dan terjadi kontak kulit ke kulit sehingga bayi dapat menyusu setiap kali ia inginkan. Selain itu, ibu dapat dengan mudah merasakan tanda-tanda bahwa bayinya mulai lapar dan menilai kesiapan menyusu bayinya (Endyarni, 2013).

PMK dapat meningkatkan hubungan emosi antara ibu dengan bayinya. Metode ini dinilai sebagai perawatan bayi baru lahir yang lebih manusiawi dan meningkatkan ikatan antara ibu dan bayi (Tessier, 1998). Bayi mendapatkan ketenangan, tidak rewel dan nyaman selama dilakukan PMK. Kontak bayi dengan ibunya menyebabkan efek yang menenangkan sehingga dapat menurunkan stres ditandai dengan penurunan kadar kortisol (Perinasia, 2003). Melalui PMK, ketenangan tidak hanya dirasakan bayinya, namun dirasakan pula oleh ibu dan keluarganya (Perinasia, 2003).

Selain perubahan fisiologis, manfaat lain dari PMK terhadap kondisi psikologis ibu atau hubungan emosi ibu dan bayinya (ibu merasa lebih percaya diri, puas dan senang), bayi lebih tenang dan rileks sebagai akibat kontak langsung dengan kulit ibunya. Metode kanguru dapat menurunkan jumlah tangisan pada bayi. Penelitian Baradas, Fonseca, Lucia, dan Maria (2006), dilaporkan PMK dengan

posisi lateral dekubitus dapat memperbaiki kondisi psikologi ibu dan *neuromotor* bayi. Jika kondisi psikologis ibu lebih baik, maka bayi juga akan merasa lebih tenang (Alasiry, 2010).

Alasan ibu melakukan PMK adalah mencegah hipotermia, meningkatkan berat badan dan anak menjadi lebih sehat. Bayi akan mendapatkan kehangatan dengan PMK. Hasil penelitian Yanuarso di RSCM menunjukkan bahwa dengan PMK, BBLR akan lebih cepat mencapai kestabilan suhu tubuh dibanding BBLR tanpa PMK (120 vs 180 menit) (Endyarni, 2013). PMK terbukti mempermudah pemberian ASI sehingga meningkatkan lama dan jumlah pemberian ASI, dengan kata lain asupan ASI meningkat dan bayipun akan lebih cepat meningkat berat badannya. PMK mampu mengurangi kejadian infeksi pada BBLR selama perawatan. Penelitian Rao menunjukkan jumlah BBLR yang mengalami sepsis sebesar 3,9% pada kelompok PMK dan 14,8% pada kelompok kontrol (*p value* 0,008) (Endyarni, Roeslani, Rohsiswatmo, & Soedjatmiko, 2013). Alasan lainnya adalah murah dan praktis karena dengan PMK dapat menghemat biaya perawatan selama di rumah sakit, dan dapat dilakukan di rumah.

Motivasi yang membuat partisipan untuk melakukan PMK adalah menyelamatkan dan mempertahankan kelangsungan hidup bayi. Selaras dengan Endyarni (2013) bahwa mortalitas bayi pada kelompok PMK lebih kecil dibandingkan kelompok non PMK. Motivasi lain adalah keinginan untuk melakukan yang terbaik demi anaknya, adanya harapan bayi kecil dapat bertahan hidup. Ibu memerlukan stimulus baik internal maupun eksternal. Stimulus internal bagi ibu dapat berupa sistem nilai yang dianut, harapan, minat dan cita-cita ibu, sedangkan stimulus eksternal seperti kondisi lingkungan baik di unit pelayanan kesehatan (adanya informasi dan rekomendasi dari tenaga kesehatan untuk melakukan PMK), maupun di lingkungan keluarga.

Cara melakukan PMK diuraikan oleh partisipan adalah meletakkan bayi didada ibu dengan posisi tegak dan bersentuhan langsung antara kulit ibu dengan kulit bayinya. Posisi bayi diatur, siku dan tungkai bayi tertekuk, kepala dan dada bayi terletak didada ibu.

Partisipan tidak menggunakan pakaian khusus untuk PMK, tetapi menggunakan pakaian yang lebih longgar dan berkancing depan, serta kain panjang (selendang) yang digunakan untuk menyangga bayinya.

Posisi bayi saat dilakukan PMK seperti yang telah diuraikan partisipan dikenali sebagai *frog position* atau posisi *pronasi*. PMK dapat dilakukan dengan posisi *pronasi* dan lateral dekubitus (Alasiry, 2010). Dalam penerapan posisi *pronasi* lebih sering digunakan dan dipromosikan, karena dengan posisi *pronasi* bayi dapat mengontrol kepala bagian depan dengan sangat baik. Berbeda dengan hasil penelitian Douret, dkk. pada tahun 1993, membuktikan bahwa posisi *pronasi* dapat menimbulkan postur tubuh yang abnormal karena terjadi *retraksi* pada daerah *skapula* sehingga cenderung memberikan posisi seperti *opistotonus*, fleksi siku, abduksi bahu, dan rotasi eksternal pangkal paha, serta abnormalitas bentuk kaki. Posisi *pronasi* PMK juga sering menimbulkan kekhawatiran pada sebagian ibu terutama saat ibu tidur atau berbaring. Penelitian Baradas, dkk. (2006), melaporkan PMK dengan posisi lateral dekubitus dapat memperbaiki kondisi psikologi ibu dan *neuromotor* bayi.

Partisipanpun mendeskripsikan posisi ibu saat melakukan PMK terhadap bayinya. Saat di rumah sakit, partisipan lebih sering melakukan PMK dengan posisi duduk di ruangan khusus untuk menyusui. Partisipan menilai lebih santai ketika melakukan PMK di rumah, tidak harus duduk terus seperti saat PMK di rumah sakit. Saat partisipan tiduran, posisinya setengah duduk dengan diganjal beberapa bantal, sehingga posisi bayi tetap tegak. Semua partisipan mengakui melakukan PMK bersamaan dengan aktivitas rumah tangga lainnya. Selaras dengan Setiawan, (2012) bahwa selama melakukan PMK, ibu masih dapat beraktivitas dengan bebas, dapat bergerak bebas walaupun berdiri, duduk, berjalan, makan dan mengobrol.

Adapun durasi pelaksanaan PMK yang dilakukan partisipan cukup bervariasi, ada yang melakukan PMK sekitar dua minggu, sebulan dan 40 hari. Berdasarkan lamanya metode ini dilakukan, dibedakan menjadi *intermitten* dan kontinu. Pelaksanaan PMK yang dilakukan oleh partisipan dalam penelitian ini adalah PMK kontinu. Partisipan

melakukan PMK tidak hanya di rumah sakit tapi melanjutkan PMK di rumah. Meskipun ketika di rumah sakit PMK dilakukan tidak sebanyak frekuensi PMK di rumah. Metode ini dilakukan sampai bayi sudah tidak menginginkannya lagi. Partisipan melakukan penyapihan PMK setelah muncul tanda-tanda seperti bayi sudah merasa tidak nyaman dengan PMK, bayi sudah sangat aktif dan berat badan bayi telah mencapai minimalnya 2500 gram. Selaras dengan pendapat Perinasia (2003), bahwa tanda untuk penyapihan PMK meliputi bayi menjadi gelisah, rewel, selalu bergerak saat berada dalam posisi kanguru. Biasanya ini terjadi setelah bayi mencapai berat badan 2500 gram atau umur kehamilan 40 minggu.

Manfaat PMK yang dirasakan oleh partisipan dalam penelitian ini adalah peningkatan berat badan, terutama dari berat badan lahir dan berat badan saat bayi berusia satu bulan. Bayi yang dilakukan PMK, akan mendapatkan kehangatan dari tubuh ibunya melalui proses *skin to skin contact*. Kondisi seperti ini dapat meningkatkan kedekatan hubungan antara ibu dan bayinya (*bonding attachment*), kenyamanan serta menimbulkan efek yang menenangkan sehingga dapat menurunkan stres ditandai dengan penurunan kadar *kortisol*. Melalui PMK, ketenangan tidak hanya dirasakan bayi, namun juga dirasakan oleh ibu. Hal ini berdampak pada perubahan fisiologis lain seperti denyut jantung bayi lebih stabil, pernafasan lebih teratur, distribusi oksigen ke seluruh tubuh lebih baik, frekuensi tidur lebih lama, pemakaian kalori berkurang, meningkatkan pemberian ASI dan kenaikan berat badan lebih cepat (Alasiry, 2010).

Selaras dengan hasil penelitian Rahmayanti (2011) rata-rata pada usia bayi satu bulan, berat badan bayi dengan riwayat BBLR yang telah dilakukan PMK mencapai lebih dari 2500 gram. Berdasarkan data yang peneliti peroleh pada penelitian ini, status gizi anak saat ini adalah empat orang gizi baik, empat orang gizi kurang, dan tidak ada status gizi buruk. Hal ini berarti pada status gizi baik, bayi mampu melakukan tumbuh kejar positif, sedangkan pada status gizi kurang menggambarkan bayi belum melakukan tumbuh kejar secara optimal. Pada bayi yang

belum mampu melakukan tumbuh kejar secara optimal, dapat disebabkan oleh faktor lain seperti faktor genetik, etnik, psikologi, hormonal dan nutrisi.

Kemampuan motorik kasar dan halus yang diungkapkan partisipan menunjukkan perkembangan yang sesuai dengan usia anak, sehingga dapat dikatakan anak tidak mengalami keterlambatan perkembangan sekalipun ketika bayinya mereka termasuk bayi BBLR. Usia bayi atau anak partisipan bervariasi antara 7–17 bulan. Pada bayi yang berusia 6–9 bulan, bayi sudah bisa duduk, berdiri, belajar berjalan dengan bantuan, bermain kotak. Pada bayi usia 9–12 bulan, bayi dapat bermain bola, berjalan. Pada anak usia 12–15 bulan, anak dapat menarik mainan, berjalan mundur, berjalan naik dan turun tangga, berjalan sambil berjinjit dan menangkap, melempar bola. Pada anak usia 15–18 bulan, anak dapat menendang bola, berlari, melompat.

Kemampuan verbal pada bayi atau anak partisipan sesuai dengan perkembangan pada usianya. Pada bayi usia 6–9 bulan, bayi sudah mampu mengucapkan ma-ma, pa-pa. Ucapan tersebut adalah kata-kata yang mudah ditiru oleh seorang bayi walaupun ia belum mengerti arti kata-katanya. Pada bayi usia 9–12 bulan, bayi dapat menirukan kata-kata yang telah diketahuinya seperti susu, kue, kucing dan lain-lain. Pada anak usia 12–15 bulan, anak dapat menyebutkan satu-dua kata. Pada anak usia 15–18 bulan, anak memiliki kosakata lebih banyak lagi, mampu memahami kalimat sederhana.

Berbagai bentuk dukungan, selain edukasi atau informasi dari tenaga kesehatan, juga diperlukan dukungan fisik dan emosional. Dukungan fisik dari keluarga sangat dibutuhkan ibu untuk kelancaran pelaksanaan PMK. Selama minggu pertama PMK, waktu ibu banyak tersita untuk merawat bayinya. Istirahat dan tidur yang cukup, sangat penting peranannya pada PMK, sehingga ibu memerlukan dukungan untuk membantu menyelesaikan pekerjaan rumah tangga (Perinasia, 2003). Selaras pernyataan tersebut, partisipan mendapatkan dukungan fisik berupa keterlibatan langsung dari keluarga seperti ikut melakukan PMK sebagai pengganti, menemani partisipan

saat merawat dan menjaga bayinya, bahkan pengalihan pekerjaan rumah tangga.

Dukungan emosional menimbulkan rasa nyaman (merasa tenang), perasaan dilibatkan, diperhatikan dan rasa percaya diri serta kompeten untuk merawat bayinya. Partisipan mengungkapkan keluarga mereka telah memberikan semangat, mendoakan kesehatan dan keselamatan ibu dan bayinya. Hal ini memperkuat partisipan untuk melakukan PMK dengan benar. Selaras dengan pendapat yang menyatakan bahwa dukungan sosial mengacu pada memberikan kenyamanan pada orang lain, merawatnya atau menghargainya.

Temuan dalam penelitian ini, dukungan dari suami merupakan dukungan yang paling diharapkan oleh ibu karena suami adalah orang yang terdekat bagi ibu. Adanya keterlibatan ayah secara langsung menjadikan bayi mengenali ayah. Menggendong bayi dengan metode kanguru juga menambah rasa percaya ibu maupun ayah setelah bayi dilahirkan serta menumbuhkan ikatan batin orang tua dengan bayinya. Selaras dengan hasil penelitian Yusuf (2011), bahwa keterlibatan ayah dalam melakukan PMK dapat meningkatkan berat badan bayi BBLR.

Hambatan dalam pelaksanaan PMK yang dirasakan oleh partisipan adalah merasa repot karena bayi kembar, adanya beban pikiran dan jika menghadapi kondisi anak sakit. Merawat bayi kembar, memang bukan hal yang mudah terutama bagi ibu yang baru pertama kali mempunyai anak kembar, terlebih pada partisipan yang bayinya BBLR. Ibu dapat berbagi tugas dengan pasangan atau anggota keluarga lain dalam perawatan bayi maupun kegiatan rumah tangga lainnya. Berbeda dengan penelitian Rahmayanti (2011), hambatannya adalah tidak adanya kelompok pendukung pelaksanaan program PMK. Perbedaan ini dapat dilatarbelakangi oleh perbedaan wilayah penelitian sehingga partisipan di wilayah Cirebon belum terpapar mengenai kelompok pendukung PMK yang sebenarnya bermanfaat agar terjadi pertukaran informasi dan pengalaman bagi ibu yang memiliki BBLR.

Berbagai harapan dan kebutuhan ibu terhadap tenaga kesehatan terkait pelaksanaan PMK meliputi meningkatkan pelayanan

yang berkesinambungan selama periode perinatal, pemberian informasi, sosialisasi dan penyuluhan kesehatan mengenai PMK, adanya *follow-up* yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk memantau perkembangan bayi BBLR, serta mengadakan pelatihan untuk semua tenaga kesehatan.

Simpulan

Hasil penelitian mengidentifikasi berbagai ekspresi emosional ibu, baik yang negatif maupun positif ibu terhadap kelahiran bayi BBLR. Berbagai ekspresi perasaan yang muncul merupakan manifestasi dari rangkaian proses berduka. Makna PMK sebagai suatu upaya yang dapat dilakukan partisipan dalam merawat bayinya dan sebagai pengganti inkubator yang ekonomis, efisien dan efektif.

Manfaat PMK memberikan kehangatan bagi bayi, meningkatkan berat badan, mempermudah proses menyusui, menjalin kedekatan ibu dengan bayinya, memberi kenyamanan. Alasan ibu melakukan PMK adalah menjadikan anak sehat dan PMK dianggap murah dan praktis. Motivasi ibu difokuskan terhadap penyelamatan bayi (mempertahankan kelangsungan hidup bayi).

Gambaran cara ibu melakukan PMK di rumah, mengikuti cara yang diajarkan di rumah sakit. Ibu melakukan PMK secara kontinu dengan posisi *pronasi*. Bentuk dukungan yang ibu peroleh dari tenaga kesehatan dan keluarganya adalah dukungan edukasi (informasi), dukungan emosional dan dukungan fisik. Harapan dan kebutuhan ibu adalah peningkatan kualitas pelayanan kesehatan khususnya perinatal, informasi dan sosialisasi PMK kepada masyarakat luas, adanya *follow-up* untuk memantau perkembangan bayi BBLR dan pelatihan PMK bagi semua tenaga kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian terdapat beberapa saran diantaranya: untuk pihak institusi pelayanan kesehatan diharapkan agar dapat mengoptimalkan pelaksanaan PMK Bagi para ibu, diharapkan melakukan persiapan sejak rencana kehamilan, melakukan pemeriksaan kehamilan (ANC) secara rutin dan menjaga kesehatan

(memperhatikan kecukupan nutrisi) agar ibu maupun janinnya sehat dan memiliki berat badan yang sesuai dengan usia gestasinya, serta melakukan PMK terhadap bayi BBLR secara kontinu dan memantau pertumbuhan dan perkembangan anak.

Bagi para suami ataupun anggota keluarga, diharapkan memberikan dukungan dan kerjasama dengan ibu yang memiliki bayi BBLR dalam pelaksanaan PMK sehingga ibu semakin percaya diri dan termotivasi untuk melakukan PMK.

Bagi peneliti selanjutnya, perlu dilakukan penelitian mengenai faktor-faktor yang memengaruhi respon ibu dalam memiliki bayi BBLR dan pengaruh respon ibu terhadap kemampuan atau upaya ibu untuk melakukan PMK terhadap bayi BBLR.

Daftar Pustaka

Alasiry, E. (2010). Perbandingan frekuensi tangisan antara perawatan metode kanguru posisi pronasi dengan posisi lateral decubitus pada bayi berat lahir rendah. *Sari Pediatri*, 13(5).

Baradas, J., Fonseca, A., Lucia, C.N., & Maria, G. (2006). Relationship between positioning of premature infants in kangaroo mother care and early neuromotor development. *Journal Pediatric*, 82, 475–80.

Endyarni, B., Roeslani, R., Rohsiswatmo, R., & Soedjatmiko. (2008). Mother's response on kangaroo mother care intervention for preterm infants. *Pediatric Indonesian*, 49, 224–8.

Endyarni, B. (2013). *Perawatan metode kanguru meningkatkan ASI*. Jakarta: IDAI.

Kosim, M.S. (1999). *Pola infeksi nosokomial di bangsal bayi baru lahir bagian IKA FK Universitas Diponegoro RSUP Dr. Kariadi Semarang*. Jakarta: IDAI.

Lee, S.N., Long, & Boore. (2008). Taiwanese women's experiences of becoming a mother to a very low birth weight preterm infant: a grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 326–327.

Lindberg, B. & Ohrling, K. (2008). Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in Northern Sweden. *International Journal of Circumpolar Health*, 67(5), 461–471.

Maulidah, Y. (2009). *Hubungan peningkatan berat badan dan perkembangan psikomotorik dengan penggunaan perawatan metode kanguru pada bayi berat badan lahir rendah di Puskesmas Muara Pahu dan Puskesmas Melak Kabupaten Kutai Barat*. (Skripsi). Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Airlangga.

Nuraenah. (2012). *Pengaruh perawatan metode kanguru terhadap perubahan suhu tubuh bayi dengan BBLR di RSUD Gunung Jati Kota Cirebon*. (Skripsi). Stikes Mahardika Cirebon.

Nuril, M. (2011). *Perbedaan efektivitas metode inkubator dengan metode kangaroo mother care dalam pencegahan hipotermia pada bayi dengan BBLR di Ruang Neonatus RSUD Sidoarjo*. (Skripsi). Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Airlangga.

Perinasia. (2003). *Perawatan metode kanguru, petunjuk praktis*. Departement of Reproductive Health and Research.

Poerwandari, K. (2005). *Pendekatan kualitatif untuk perilaku manusia*. Jakarta: Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Pendidikan Psikologi–Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.

Polit, D. F., Beck, C.T., & Hungler, B. P. (2004). *Essentials of nursing research: methods, appraisals and utilization*, Philadelphia: Lippincot William & Wilkins.

Potter, P.A., Perry, A.G. (2005). *Buku Ajar fundamental keperawatan: konsep, proses dan praktik*. (Edisi ke-4). Jakarta: EGC.

Rahayu, E. (2010). *Koping ibu terhadap bayi BBLR yang menjalani perawatan intensif di ruang NICU RSUP DR Karyadi*. Diakses dari <http://www.eprints.undip.ac.id>.

Rahmayanti. 2011. *Pelaksanaan perawatan*

metode kanguru pada ibu yang memiliki bayi BBLR di rumah sakit ibu dan anak budi kemuliaan jakarta. (Skripsi) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. RSUD Gunung Jati Cirebon. (2011). *Prosedur ketetapan penatalaksanaan PMK di ruang perinatologi.* Cirebon: RSUD Gunung Jati Cirebon.

Setiawan, Y. (2012, Desember 21). *Metode kanguru untuk bayi BBLR.* Diakses dari www.lkc.or.id/2012/12/21/metode-kanguru-untuk-bayi-bblr/

Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (1999). *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative.* (2nd Ed.). Philadelphia: Lippincott.

Suradi, R. & Yanuarso, P. B. (2008). Metode kanguru sebagai pengganti incubator bagi bayi berat lahir rendah. *Sari Pediatri*, 2(1), 29–35.

Tessier, R. (1998). Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. *Journal of The American Academy of Pediatrics*, 102(2).

Yusuf, S. F. (2011). *Pengaruh keikutsertaan suami dalam kangaroo mother care (KMC) terhadap perubahan berat badan bayi lahir rendah di Kabupaten Ciamis.* (Tesis). Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.