

EVALUASI KANGAROO MOTHER CARE (KMC) PADA BBLR DI RSUD MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO

Priyatin Sulistyowati

Dosen Akademi Keperawatan Yakpermas Banyumas

Email: timluk_rafif@yahoo.co.id

ABSTRACT

KMC is an effective way to meet the need of warmth, breastfeeding, protection from infection, stimulation, safety and affection in on LBW infants. The role of the nurse in the developmental care, include KMC, is to minimize the short-term and long-term effects as a result hospitalization. This research was to evaluate nurse's knowledge, attitude, and action for implementing KMC. This was an action research with quantitative and qualitative approaches. The study was and action research conducted from April 27, 2014 to June 7, 2014. Total 24 nurses participated in research. Paired t-test and chi square analysed collected data and qualitative analysis by in-depth interviews to four participants and Focus Group Discussion with 5 participants support the statistic analyses. The results showed the differences in nurses' knowledge (p 0.005), attitudes (0.007) and action (p 0,000) for KMC before and after the intervention. Qualitative results supported the need of intensive promotion KMC of nurses to patients because many patients do not understand the importance of KMC, and the need of KMC material refreshment. It concluded that there was differences in knowledge, attitude and practice nurses before and after the intervention of the provision of material.

Keywords: infants, Kangaroo Mother Care, Low Birth Weight, nurse, pediatric

ABSTRAK

KMC adalah cara efektif memenuhi kebutuhan dasar kehangatan, air susu ibu, perlindungan dari infeksi, stimulasi, keselamatan dan kasih sayang pada BBLR. Peran perawat dalam developmental care, salah satunya KMC, adalah meminimalisasi efek jangka pendek dan jangka panjang akibat pengalaman hospitalisasi. Penelitian ini untuk mengevaluasi pengetahuan, sikap dan tindakan KMC oleh perawat. Penelitian ini menggunakan action research pada tanggal 27 April 2014 sampai dengan 7 Juni 2014. Sampel total adalah 24 perawat. *Paired t-test* dan *chi square* diaplikasikan dalam analisis data. Selain itu analisis kualitatif untuk mendukung kuantitatif dilakukan melalui wawancara mendalam dengan 4 partisipan dan Diskusi Kelompok Terarah (DKT) dengan 5 partisipan. Hasil uji statistic menunjukkan perbedaan pengetahuan (p 0,005), sikap (p 0,007) dan tindakan (p 0,000) KMC sebelum dan setelah intervensi. Hasil kualitatif pada penelitian ini perlu adanya promosi KMC secara lebih intensif dari perawat ke pasien karena cukup banyak pasien yang belum memahami pentingnya KMC dan perlu adanya intervensi penyegaran kembali materi KMC. Disimpulkan bahwa ada perbedaan pengetahuan, sikap dan tindakan perawat sebelum dan setelah intervensi pemberian materi.

Kata kunci: Bayi Berat Lahir Rendah, Kangaroo Mother Care, Perawat.

PENDAHULUAN

Metode *Kangaroo Mother Care* (KMC) merupakan salah satu teknologi tepat guna yang sederhana, murah dan sangat dianjurkan untuk perawatan BBLR (Pratomo, 2010). Manfaat KMC meningkatkan aktivitas menyusui dan meningkatkan kepercayaan serta kepuasan ibu (Charpak *et al.*, 2005). KMC juga memberikan berbagai keuntungan yang tidak dapat diberikan inkubator. KMC dapat meningkatkan kasih sayang antara ibu dan bayi oleh karena merasakan kedekatan, membangun rasa percaya diri, meningkatkan keberhasilan menyusui dan menurunkan pengalaman stress pada ibu dan bayi (Johnson, 2008). KMC Akan meningkatkan angka kelangsungan hidup pada BBLR dan bayi prematur serta menurunkan resiko infeksi nosokomial, penyakit berat dan penyakit saluran pernapasan bawah (Agudelo *et al.*, 2003).

Dukungan dari profesional kesehatan adalah penting dalam membantu ibu untuk mengatasi penderitaan yang berhubungan dengan bayinya, penyakit saat perawatan di rumah sakit (Miles *et al.*, 2003). Studi menunjukkan bahwa perawat memainkan peran penting dalam mendukung interaksi antara ibu dan bayinya. Perawat memberikan dukungan psikososial untuk ibu agar dapat meningkatkan peran ibu, perasaan ibu, dan meningkatkan keyakinan ibu dalam perawatan bayinya (Turan *et al.*, 2008).

Peran perawat pada bayi prematur adalah memberikan asuhan keperawatan yang paripurna dengan mempertahankan dan mendukung pertumbuhan dan perkembangan normal anak. Perawat anak yang berperan sebagai advokat dan edukator klien dan

keluarga, mempunyai tanggung jawab untuk memfasilitasi klien memperoleh informasi yang lengkap tentang kondisi kesehatan dan perawatan bayi prematur (Potter *et al.*, 2013). Perawat diharapkan mempunyai pengetahuan dan ketrampilan terkini dalam memberikan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien (Gordon and Watts, 2011). Pengetahuan dan ketrampilan yang harus dimiliki perawat terkait dengan KMC adalah kapan mulai KMC, teknik menggunakan KMC, kemampuan komunikasi, konseling untuk keluarga, kemampuan memberikan pendidikan dan motivasi kepada keluarga dalam pelaksanaan perawatan metode kanguru (WHO, 2003). Perawat neonatal sebagai penyedia layanan kesehatan BBLR, berada dalam posisi advokat penggunaan KMC (Fenwick *et al.*, 2001).

RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto Soekarjo Purwokerto sebagai rumah sakit rujukan di wilayah Jawa Tengah Bagian Selatan. Menurut laporan Meternal Perinatal tahun 2012 RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto Soekarjo distribusi jenis kasus neonatus rujukan kasus BBLR menempati jumlah terbanyak, yaitu sebesar 22% (128) kasus. Distribusi jenis kasus neonatus lahir, BBLR menempati jumlah terbanyak, yaitu sebesar 51%. Jumlah pasien BBLR pada tahun 2011 sebesar 535 pasien, sedangkan tahun 2012 jumlah pasien BBLR sebesar 565 pasien. Kasus neonatus lahir di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto meninggal dilaporkan bahwa kasus BBLR menempati jumlah terbanyak, yaitu sebesar 86 pasien (37%). Hal ini menunjukkan bahwa kasus BBLR menjadi penyumbang terbesar kematian neonatus yang lahir di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto (RSUD

Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto, 2012).

Untuk menurunkan jumlah pasien BBLR dan juga menurunkan angka komplikasinya mulai bulan Juli 2012 telah diterapkan KMC dalam perawatan pasien BBLR. Pelaksanaan KMC dilakukan bagi ibu yang memiliki BBLR sebagai persiapan untuk perawatan di rumah. Berkaitan dengan faktor yang mendukung KMC RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto telah menyediakan ruang khusus untuk pelaksanaan KMC di ruang Melati. Tenaga paramedis yang ada sebanyak 24 orang, terdiri dari 5 orang lulusan S1 keperawatan, 19 orang lulusan D3. Dua orang perawat lulusan S1 keperawatan dan Ners telah mengikuti pelatihan KMC dan yang lain mengikuti *in house training*.

Penelitian ini akan mengevaluasi pelaksanaan tindakan KMC oleh perawat pada ibu yang memiliki BBLR di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode *action research*. Pendekatan penelitian dilakukan dengan cara kuantitatif dan kualitatif. Pendekatan kuantitatif untuk memperoleh data karakteristik perawat, pengetahuan perawat tentang KMC, sikap perawat terhadap KMC dan pelaksanaan KMC. Pendekatan kualitatif dilakukan untuk memperkuat hasil analisis kuantitatif dan untuk memperoleh informasi lebih lanjut mengenai hal-hal yang mempengaruhi pelaksanaan KMC.

Besar sampel 24 perawat. Analisis data yang digunakan analisis univariat dan analisis bivariat menggunakan *paired t-test* dan *chi square* dengan tingkat kemaknaan

$p < 0,05$. Analisis kualitatif untuk mendukung kuantitatif dilakukan melalui wawancara mendalam dengan 4 partisipan dan DKT dengan 5 partisipan.

Variabel independen dalam penelitian ini adalah sikap, pengetahuan dan tindakan perawat terhadap KMC. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah intervensi pemberian materi KMC. Sedangkan variabel perancunya adalah karakteristik perawat yang meliputi: pendidikan, usia, lama bekerja, paparan informasi sebelumnya.

HASIL

Tahap Diagnosis

Proses pelaksanaan pengambilan data dilakukan dengan identifikasi masalah untuk mengetahui pelaksanaan KMC saat ini. Hasil dari identifikasi karakteristik responden dapat dijelaskan bahwa perawat yang dievaluasi dalam penelitian ini memiliki karakteristik yang bervariasi. Dilihat dari umur sebagian besar responden berusia 25-45 tahun. Hal tersebut menggambarkan bahwa umur responden merupakan umur produktif untuk bekerja. Dilihat dari masa kerja, sebagian besar yaitu sebanyak 75% perawat bekerja kurang dari 5 tahun. Hal ini dimungkinkan karena kebijakan dari rumah sakit adanya rotasi ruang minimal 2 tahun/sesuai kebutuhan. Tingkat pendidikan responden paling banyak adalah lulusan DIII Keperawatan sebanyak 19 orang. Hal tersebut menunjukkan sebagian perawat di Ruang Melati memiliki pendidikan perguruan tinggi. Dari keseluruhan perawat di Ruang Melati, baru 2 orang atau 8,3% yang pernah mendapat pelatihan KMC, sedangkan 22 orang perawat lainnya atau sebanyak 91,7% belum pernah mendapat pelatihan KMC. Data kualitatif diperoleh melalui

wawancara dalam tahap ini untuk menggali bagaimana sikap dan pengetahuan perawat dalam pelaksanaan KMC dilakukan menggunakan 4 sumber kunci.

Dari pengukuran sikap, pengetahuan dan tindakan KMC sebelum dilakukannya intervensi dari 24 perawat, perawat masih memiliki pengetahuan mengenai KMC ≤55 sebanyak 33,3%. sebagian besar perawat 45,8% perawat memiliki sikap dengan skor 76-100 terhadap pelaksanaan KMC, dalam arti perawat setuju dengan beberapa tindakan yang dapat mendukung keberhasilan KMC. Namun demikian dari hasil kuesioner ini, peneliti juga menemukan bahwa ternyata masih ada perawat yang kurang bersikap baik terhadap KMC, menganggap orangtua bayi tidak perlu didorong dan diberikan informasi mengenai KMC. Dari kuantitatif juga dapat dilihat pelaksanaan KMC yang belum optimal (100% sempurna) diperdalam melalui wawancara terhadap nara sumber. Dalam pelaksanaan tindakan KMC menurut partisipan terdapat beberapa hambatan, antara lain rendahnya kemauan pasien untuk menerapkan metode kanguru. Hal tersebut

*“Hambatannya menurut saya terkait kondisi bayinya dan kemauan ibunya.”
(Partisipan 2)*

disampaikan seorang partisipan dalam wawancara pada tanggal 3 Mei 2014.

Penyusunan Perencanaan

Perencanaan untuk meningkatkan pelaksanaan KMC di ruang Melati dilakukan dengan Diskusi Kelompok Terarah (DKT). DKT selain merupakan bagian dari diagnosa juga bagian dari

Tabel 1. Pengetahuan, Sikap dan Tindakan KMC Perawat (n=24)

Komponen	A		B	
	n	%	n	%
Pengetahuan				
76-100	0	0	7	29,2
56-75	16	66,7	13	54,2
≤55	8	33,3	4	16,7
Sikap				
76-100	11	45,8	20	83,3
56-75	10	41,7	4	16,7
≤55	3	12,5	0	0
Tindakan				
76-100	10	41,7	24	100
56-75	14	58,3	0	0
≤55	0	0	0	0

Keterangan: A Sebelum Tindakan, B: Setelah Tindakan

penyusunan rencana. DKT dilakukan dengan 5 orang perawat. Hasil DKT perlunya intervensi penyegaran kembali materi terkait KMC.

Tahap Action Taking (Melakukan Tindakan).

Peneliti bersama dengan perawat mengimplementasikan penyegaran materi terkait KMC tanggal 9 Mei 2014.

Evaluasi

Tahapan evaluasi dilakukan dengan mengadakan pengukuran kembali dari pengetahuan, sikap dan pelaksanaan KMC. Hasil dari pengukuran sebelum dan sesudah intervensi kemudian dilakukan uji statistika. Hasil ukur pada Tabel 1.

Dari Tabel 1 dapat diketahui adanya peningkatan baik pengetahuan, sikap dan tindakan perawat sebelum dan setelah intervensi. Tindakan perawat sudah dilakukan secara optimal, yakni

100%. Hal ini dikarenakan adanya dukungan fasilitas dari rumah sakit, seperti dikatakan oleh responden dalam wawancara pada tanggal 3 Mei 2014.

Uji Normalitas data Pada penelitian ini uji normalitas data yang digunakan adalah dengan membagi nilai *skewness* dengan standar *error* pada masing-masing variabel. Berdasarkan Tabel 2. dijelaskan bahwa variabel pengetahuan, sikap dan tindakan sebelum dan setelah intervensi dengan membagi nilai *skewness* dan standar *error* ≤ 2 , sehingga dinyatakan variabel tersebut berdistribusi normal. Dengan demikian analisis bivariat dapat dilakukan dengan uji parametrik.

Perbedaan Rerata Skor Pengetahuan, Sikap dan Tindakan KMC

Hasil analisis perbedaan rata-rata skor pengetahuan, sikap dan tindakan sebelum dan sesudah *intervensi* KMC menggunakan Uji statistik *paired t-test*.

Tabel 3. menunjukkan aspek pengetahuan, yaitu t hitung 3,114 dengan nilai *sig (2-tailed)* $0,005 < \alpha = 0,05$. Pada aspek sikap yaitu t hitung 2,937 dengan nilai *sig (2-tailed)* $0,005 < \alpha = 0,05$. Sedangkan aspek tindakan yaitu t hitung 5,675 dengan nilai *sig (2-tailed)* $0,005 < \alpha = 0,05$. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pengetahuan, sikap dan tindakan sebelum dan sesudah

Tabel 2. Hasil Uji Normalitas Data

Variabel	Skewness/ Standar Error
Pengetahuan	
Sebelum	0,229
Setelah	0,852
Sikap	
Sebelum	-0,391
Setelah	0,985
Tindakan	
Sebelum	-1,356
Setelah	1,672

intervensi memiliki p *value* $< 0,05$ yang berarti baik pengetahuan, sikap dan tindakan memiliki perbedaan yang bermakna sebelum dan sesudah intervensi KMC.

Pengaruh Variabel Perancu dengan Variabel Independen dan Dependen

Hasil *chi square test* menunjukkan karakteristik responden yang terdiri dari umur, pendidikan, masa kerja, paparan informasi sebelumnya, pelatihan KMC p *value* $> 0,05$. Hal ini dapat dikatakan bahwa karakteristik responden sebagai variabel perancu (*confounding*) terbukti bukan menjadi faktor perancu terhadap variabel bebas (pengetahuan dan sikap) dan variabel terikat (pelaksanaan KMC).

PEMBAHASAN

KMC disebut berhasil bila adanya

Tabel 3. Hasil Uji Statistik Aspek Penilaian Pengetahuan, Sikap dan Tindakan KMC (n=24)

Aspek Penilaian	t	p	Mean Difference	95%CI
Pengetahuan	3,114	0,005	0,458	0,154-0,763
Sikap	2,937	0,007	0,500	0,148-0,852
Tindakan	5,675	0,000	0,583	0,371-0,796

dukungan baik fisik maupun emosional dari seluruh anggota keluarga, ibu, masyarakat dan petugas kesehatan, Tanpa adanya dukungan, akan sangat sulit bagi ibu untuk dapat melakukan KMC dengan berhasil (DepKes, 2008). Penelitian terbaru yang berkaitan dengan pengetahuan dan keyakinan perawat kanguru menunjukkan pengetahuan pribadi perawat dan keyakinan mempengaruhi dorongan dan keputusan perawat kanguru dengan bayi prematur sebagai praktek berbasis bukti (Engler *et al.*, 2002). Pembahasan berikut akan menjelaskan makna dan hasil penelitian yang didapat dan membandingkan penemuan tersebut dengan penelitian sebelumnya atau literatur.

Pengaruh Karakteristik Responden Terhadap Pengetahuan, Sikap Dan Tindakan KMC.

Dari hasil penelitian didapatkan hasil bahwa karakteristik responden umur, pendidikan, masa kerja, paparan informasi sebelumnya, pelatihan KMC sebagai variabel perancu (*confounding*) terbukti bukan menjadi faktor perancu terhadap variabel bebas (pengetahuan dan sikap) dan variabel terikat (pelaksanaan KMC).

Umur merupakan salah satu yang mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah umursia seseorang maka akan semakin berkembang daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperoleh akan semakin baik (Notoatmodjo, 2007). Hasil uji statistik pada variabel umur dihubungkan dengan pengetahuan menunjukkan p value =0,094, umur dihubungkan dengan sikap menunjukkan p value =0,288 dan umur dihubungkan dengan pelaksanaan tindakan KMC diperoleh p value =0,363.

Hal ini menunjukkan bahwa umur seseorang tidak mempengaruhi pengetahuan, sikap ataupun tindakan KMC perawat

Pada pendidikan, beberapa penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh tingkat pendidikan terhadap tindakan KMC. Pendidikan menggambarkan ketrampilan dan kemampuan individu. Pendidikan meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dan profesionalisme seorang perawat. Pendidikan mempunyai hubungan yang sangat erat antara pekerjaan yang ada di klinik yang membutuhkan ketrampilan yang memadai Ilyas (2012), Pada penelitian ini pendidikan responden mayoritas adalah DIII keperawatan yaitu sebesar 79,2%. hal tersebut menunjukkan rata-rata perawat memiliki pendidikan perguruan tinggi, bahkan 20,8% adalah lulusan S1 keperawatan *ners*. Sebagian responden sudah pernah mendapat informasi KMC sewaktu pendidikan DIII. Hasil uji statistik menunjukkan pendidikan terakhir dan paparan informasi sebelumnya dihubungkan dengan pengetahuan, sikap dan tindakan pelaksanaan KMC menunjukkan p value >0,05, artinya pendidikan dan paparan informasi tidak mempengaruhi pengetahuan, sikap dan tindakan pelaksanaan KMC. Faktor yang diduga sebagai penyebab tidak berhubungan secara bermakna tingkat pendidikan dengan pelaksanaan KMC adalah perawat yang memiliki tingkat pendidikan S1 keperawatan dan *ners* adalah manajer keperawatan atau kepala ruang yang memiliki pokok dan tanggungjawab untuk melaksanakan fungsi manajemen ruang rawat inap, bukan sebagai tenaga teknis pelaksana KMC.

Hasil penelitian masa kerja menunjukkan variasi masa bekerja cukup tinggi 2,82 hal tersebut dikarenakan kebijakan rumah sakit yang telah melakukan rotasi perawat kurang lebih satu tahun yang lalu, sehingga hampir 50% perawat memiliki masa kerja di ruang Melati kurang dari 3 tahun. Masa kerja perawat berkisar antara 1 tahun hingga 10 tahun. Menurut Grealish & Smale (2011), perawat yang mempunyai kompetensi, masa kerja cukup dan berpengalaman, akan memberikan pelayanan yang lebih baik dibandingkan dengan perawat yang baru. Hal ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang seharusnya lama masa kerja perawat memberikan pengalaman dan pengetahuan yang berpengaruh pada tindakan perawat KMC. Hasil uji statistik diperoleh masa kerja dihubungkan dengan pengetahuan p value =0,170, masa kerja dihubungkan dengan sikap p value =0,520 dan masa kerja dihubungkan dengan tindakan KMC p value =0,061, hal ini berarti tidak ada hubungan masa kerja dengan pengetahuan, sikap dan pelaksanaan tindakan KMC. Diasumsikan bahwa semakin bertambahnya masa bekerja ternyata tidak menunjukkan peningkatan pengetahuan, sikap ataupun tindakan pelaksanaan KMC bahkan semakin terjadi penurunan. Faktor tidak adanya hubungan antara masa kerja dapat disebabkan karena terjadi kejenuhan terhadap rutinitas pekerjaan dan kebiasaan pelaksanaan KMC.

Sebagian responden pernah mendapatkan informasi tentang KMC sebelumnya baik secara terstruktur melalui pelatihan maupun tidak terstruktur saat perkuliahan, melalui media cetak atau elektronik. Beberapa penelitian menunjukkan ada dampak pemberian edukasi terhadap

pengetahuan, sikap dan tindakan (O'Mahony *et al.*, 2011), namun tidak dijelaskan apakah dampak tersebut masih efektif setelah jangka waktu yang lama.

Pada kenyataannya hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara paparan informasi sebelumnya dengan peningkatan pengetahuan, sikap ataupun pelaksanaan tindakan KMC. Hal tersebut dapat disebabkan karena informasi yang didapat sudah lama sehingga kemungkinan responden sudah lupa.

Dilihat dari variabel pelatihan KMC, sebagian besar responden belum mendapat pelatihan Perawatan BBLR model Kangguru yaitu sebesar 91,7%. Pentingnya pengetahuan terkait KMC, akan mempengaruhi pelaksanaan KMC oleh perawat, sejalan penelitian (2013) yang meneliti dampak intervensi pendidikan pada ketrampilan mahasiswa perawat dengan hasil mahasiswa yang diberi intervensi pendidikan akan meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan mereka dalam merawat pasien. Menurut Notoatmojo (2009) pelatihan merupakan bagian dari proses pendidikan yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan dan ketrampilan khusus seseorang atau kelompok orang. Menurut Samsudin (2006) pelatihan bagi sumberdaya manusia sangat diperlukan karena berkontribusi terhadap peningkatan pengetahuan dan ketrampilan dalam melakukan pekerjaan.

Aspek Pengetahuan Perawat

KMC merupakan metode yang sangat tepat dan mudah dilakukan guna mendukung kesehatan dan keselamatan BBLR (WHO, 2003). Metode ini merupakan metode yang sederhana dan

manusiawi, namun efektif untuk menghindari berbagai *stress* yang dialami oleh BBLR selama perawatan diruang perawatan intensif. Staf perawat merupakan tenaga kesehatan dalam pelaksanaan KMC. Sehingga pengetahuan, sikap dan tindakannya menentukan keberhasilan KMC dari sisi perawat (Blomqvist and Nyqvist, 2011). Hal tersebut telah dirasakan oleh perawat sesuai dengan penelitian tentang persepsi perawat terkait implementasi KMC yang menunjukkan bahwa perawat merasakan KMC dapat meningkatkan perkembangan dan kesehatan bayi (Flynn, 2010). Namun demikian masih ada kesalahpahaman diantara perawat bahwa KMC tidak dapat dilakukan saat bayi belum stabil, yang salah satunya disebabkan oleh kurangnya pengetahuan tentang KMC (Nirmala *et al.*, 2006)

Berdasarkan hal tersebut maka dibutuhkan pemberian informasi dalam rangka meningkatkan pengetahuan perawat tentang KMC. Pada penelitian ini ditemukan adanya peningkatan yang signifikan pada tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah pemberian informasi tentang KMC dengan p yaitu t hitung 3,114 dengan nilai sig (2-tailed) 0,005 $< \alpha = 0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa *intervensi* berupa pemberian informasi dapat meningkatkan pengetahuan perawat terkait KMC. Hal ini sejalan dengan pendapat (Nyqvist *et al.*, 2010) yang mengemukakan bahwa sejak tahun 1996 Intervensi telah digunakan sebagai metode efektif untuk mempromosikan KMC. Strategi pembelajaran dengan kedua komponen didaktik melalui penyediaan informasi dan program klinis pendidikan keperawatan sangat berpengaruh dalam menentukan pemikiran kritis dan kemampuan pengambilan keputusan

klinis serta dalam mengembangkan keterampilan seorang perawat (Durham and Alden, 2008). Hasil ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Stikes and Barbier (2013) tentang penerapan *Plan-do-study-act model* untuk meningkatkan KMC pada perawat, dengan penelitian menunjukkan adanya peningkatan yang signifikan pada pengetahuan perawat setelah intervensi.

Faktor pendukung lainnya yang mempengaruhi peningkatan pengetahuan adalah tingkat pendidikan perawat adalah pendidikan tinggi. Mayoritas perawat 80% perawat berpendidikan DIII keperawatan. Tingkat pendidikan yang tinggi dapat memperluas informasi tentang KMC. Menurut Notoatmodjo (2007) bahwa pendidikan yang pernah ditempuh oleh seseorang merupakan salah satu faktor yang akan mendukung kemampuan seseorang untuk menerima informasi, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin luas cara pandang dan cara pikir dalam menghadapi suatu keadaan yang terjadi di sekitarnya.

Untuk meningkatkan pemahaman tentang materi pada penelitian, selain menggunakan media cetak yaitu booklet, peneliti juga menggunakan media elektronik berupa LCD dan laptop untuk menampilkan materi dan video tentang KMC. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Liaw *et al.*, 2009) tentang peningkatan kemampuan perawat dalam dukungan asuhan perkembangan dimana metode yang digunakan dalam edukasi adalah presentasi dan observasi video tentang asuhan perkembangan. Penggunaan metode elektronik dalam pelatihan KMC ini terbukti efektif ditunjukkan dengan adanya peningkatan perawat dalam memberikan dukungan perkembangan.

“..Disini sudah tersedia cukup lengkap, bayi semua dalam boks satu bayi satu boks, untuk fasilitas ibu yang akan menyusui kita juga sudah menyiapkan satu ruangan, satu ruang untuk KMC juga sudah ada lengkap dengan kamar mandi didalam, dan tiga tempat tidur yang disekat dengan gordren” (Partisipan 1)

“..ibu yang akan melakukan KMC di ruangan ada untuk dipinjamkan ke pasien saat melakukan KMC, Untuk bayinya ada gendongan bayi khusus KMC kita juga sediakan diruangan, cuma gendongannya ibu harus ganti biaya, karena untuk dapat dipakai di rumah ketika nanti pasien pulang.. “ (Partisipan 3)

Aspek Sikap Perawat

Pada aspek sikap yaitu t hitung 2,937 dengan nilai sig (2-tailed) 0,005 < α = 0,05. Sedangkan aspek tindakan yaitu t hitung 5,675 dengan nilai sig (2-tailed) 0,005 < α = 0,05 yang berarti bahwa ada perbedaan yang signifikan skor antara rata-rata sikap sebelum dan sesudah pemberian intervensi KMC. Hal tersebut sejalan dengan penelitian tentang efek program pendidikan laktasi pada perawat NICU yang menunjukkan bahwa program edukasi sangat efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap perawat (Bernaix, 2000). Peluang orang tua untuk mempraktikkan KMC di rumah sakit sangat tergantung pada sikap perawat dan lingkungan rumah sakit dimana pasien dirawat (Kymre and Bondas, 2013). Hal ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Chia *et al.*, (2006) tentang sikap dan praktek perawat dalam pelaksanaan KMC dengan penelitian menunjukkan sikap positif dari perawat sangat mendukung keberhasilan pelaksanaan KMC di NICU.

Menurut Azwar (2005) ada beberapa faktor yang mempengaruhi sikap yaitu pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama serta faktor emosi dalam diri individu. Penyebab adanya peningkatan yang signifikan antara sikap sebelum

intervensi dan setelah intervensi karena adanya faktor keterlibatan rekan kerja dan lingkungan rumah sakit yang mendukung, seperti adanya fasilitas dari rumah sakit.

Wallin *et al.*, (2005) meneliti pengaruh sikap perawat terhadap kualitas perawatan. Hasil penelitiannya adalah pengaruh kualitas perawatan dipengaruhi oleh dukungan rekan kerja. Faktor yang diidentifikasi sebagai komponen integral termasuk pola staf yang memadai, kesiapan ibu dan dorongan dari manajemen (Johnson, 2005). Faktor pola staf yang memadai dan kesiapan ibu menjadi salah satu faktor yang menentukan keberhasilan KMC. Persepsi ibu dan tenaga kesehatan akan mempengaruhi keberhasilan KMC (Nirmala *et al.*, 2006)

Aspek Tindakan Perawat

Penelitian ini menemukan adanya perbedaan yang signifikan antara tindakan perawat terhadap KMC sebelum dan sesudah pemberian informasi. Dengan nilai aspek tindakan yaitu t hitung 5,675 dengan nilai sig (2-tailed) 0,005 < α = 0,05.

Peningkatan pengetahuan setelah intervensi dimungkinkan karena pada dasarnya RSUD Prof Dr. Margono Soekarjo Purwokerto sudah memiliki standar operasional prosedur terkait dengan KMC dan tindakan keperawatan

lainnya. Hal ini juga karena adanya intervensi yang merupakan salah satu bentuk pelatihan, seperti yang dikemukakan oleh Samsudin (2006) pelatihan bagi sumberdaya manusia sangat diperlukan karena berkontribusi terhadap peningkatan pengetahuan dan ketrampilan dalam melakukan pekerjaan.

Sejalan dengan teori Rogers & Shoemaker (1971) dalam Marhaeni (2009) proses adopsi inovasi merupakan proses kejiwaan/mental yang terjadi pada diri seseorang pada saat menghadapi suatu inovasi. Adopsi terjadi proses penerapan suatu ide baru sejak diketahui atau didengar sampai diterapkan ide baru tersebut. Proses perubahan perilaku ditentukan oleh jarak waktu. Cepat lambatnya proses adopsi melalui 5 tahap perubahan yaitu (1) *Awareness* (tahu dan sadar) pertama kali mendapat ide dari praktek baru; (2). *Interest* (minat) mencari rintisan informasi; (3). *Evaluation* (evaluasi) menilai manfaat inovasi yaitu penilaian tentang untung rugi suatu inovasi bila melaksanakan; (4) *trial* (mencoba) dan (5) *Adoption* (adopsi) menerapkan perubahan dari ide baru yang diterima. Penerimaan ide baru dapat diamati melalui perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan dari ide yang diperoleh.

Hasil pelaksanaan tindakan KMC di RS Prof. dr. Margono Soekarjo Purwokerto dapat dilihat setelah intervensi mencapai 100% tindakan baik. Setiawati & Darmawan (2008) mengatakan bahwa tindakan merupakan hubungan antara stimulus dan respon pada diri seseorang. Praktek yang diperoleh dari hasil pembelajaran akan bertahan lebih lama. Pengetahuan akan pentingnya sesuatu dan bagaimana cara melakukan, menjadi motivasi dasar bagi seseorang untuk menampilkan tindakan.

Semakin kuat pengetahuan seseorang akan kepentingan tindakan, maka semakin kuat tindakan tersebut akan dilakukan. Fitriani (2001) menyatakan indikator dalam mencapai keberhasilan suatu proses pendidikan kesehatan adalah adanya peningkatan pengetahuan, sikap individu yang diaplikasikan dalam tindakan.

Berdasarkan teori pembelajaran peneliti melakukan observasi tindakan 2 minggu (14 hari) setelah intervensi KMC. Hasil observasi pelaksanaan KMC menemukan adanya perbedaan signifikan pada pelaksanaan KMC setelah intervensi dibandingkan dengan sebelum intervensi dengan $p=0,000$ ($<0,05$). Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Lally *et al.*, 2010) tentang bagaimana suatu kebiasaan baru terbentuk yang membutuhkan waktu yang dibutuhkan untuk mencapai kebiasaan dilakukan berkisar antara 18-22 hari. Penelitian ini membuktikan bahwa ada peningkatan yang signifikan pada skor observasi tindakan perawat dalam merawat BBLR dua minggu setelah pemberian informasi.

Peningkatan pelaksanaan KMC, pengetahuan dan sikap perawat dalam penelitian ini sangat dimungkinkan karena adanya intervensi yang dilakukan, walaupun peningkatan belum mencapai nilai yang sempurna. Manusia pada umumnya akan selalu menentang suatu perubahan, apalagi bila ternyata perubahan yang terjadi akan mengancam status, cara kerja dan fasilitas lain yang selama ini dinikmatinya, *Institute of Medicine (US) Committee on Health and Behavior: Research, Practice, and Policy* (2001). Secara sadar diakui, bahwa intervensi tidak akan serta merta menaikkan secara langsung indikator dari *output* yang

diinginkan, namun yang pasti akan menciptakan situasi yang kondusif untuk mencapai tujuan (Kirkpatrick, 2013). Selain itu tidak menutup kemungkinan akan terjadi hal-hal yang tidak terduga setelah intervensi, seperti misalnya terjadi peningkatan performa secara drastis. Hal yang ini tidak bisa ditutupi, karena ini juga merupakan fenomena yang terjadi dalam penelitian ini. Evaluasi yang terus menerus dan *refreshing* akan menjadikan fenomena ini menjadi suatu hal yang biasa.

KESIMPULAN

Ada perbedaan pengetahuan, sikap dan tindakan perawat terhadap pelaksanaan KMC di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto sebelum dan setelah dilakukan intervensi.

Perlu ada program orientasi secara khusus tentang KMC bagi perawat yang akan ditugaskan di ruang Melati baik perawat baru ataupun perawat yang dirotasi dari ruang lain. Rumah sakit sebagai pemegang kebijakan perlu mensosialisasikan prosedur tetap KMC secara berkala.

Penelitian ini dapat menjadi acuan untuk penelitian sejenis dengan memperhatikan pemilihan asisten penelitian yang sesuai dengan tingkat pendidikan yang telah ditentukan dan terlebih dahulu dilakukan uji beda dengan asisten peneliti. Diharapkan ada penelitian lebih lanjut yang mengidentifikasi pengaruh keberhasilan pemberian KMC dilihat dari ketrampilan ibu dalam melakukan KMC di rumah

KEPUSTAKAAN

Bernaix, L. W. (2000). Nurses' attitudes, subjective norms, and behavioral intentions toward support of

- breastfeeding mothers. *Journal of Human Lactation*, 16(3), 201-209.
- Blomqvist, Y. T., & Nyqvist, K. H. (2011). Swedish mothers' experience of continuous Kangaroo Mother Care. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9-10), 1472-1480.
- Charpak, N., Ruiz-Pelaez, J., Figueroa, Z., & Team, K. R. (2005). Influence of feeding patterns and other factors on early somatic growth of healthy, preterm infants in home-based kangaroo mother care: a cohort study. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 41(4), 430-437.
- Chia, P., Sellick, K., & Gan, S. (2006). The attitudes and practices of neonatal nurses in the use of kangaroo care. *The Australian Journal Of Advanced Nursing: A Quarterly Publication Of The Royal Australian Nursing Federation*, 23(4), 20-27.
- Durham, C. F., & Alden, K. R. (2008). Enhancing patient safety in nursing education through patient simulation. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality.
- Fenwick, J., Barclay, L., & Schmied, V. (2001). 'Chatting': an important clinical tool in facilitating mothering in neonatal nurseries. *Journal of advanced nursing*, 33(5), 583-593.
- Flynn, A., & Leahy-Warren, P. (2010). Neonatal nurses' knowledge and beliefs regarding kangaroo care with preterm infants in an Irish neonatal unit. *Journal of Neonatal Nursing*, 16(5), 221-228.
- Gordon, J., & Watts, C. (2011). Applying skills and knowledge: Principle of

- Nursing Practice F. *Nursing standard*, 25(33), 35-37.
- Grealish, L., & Anne Smale, L. (2011). Theory before practice: Implicit assumptions about clinical nursing education in Australia as revealed through a shared critical reflection. *Contemporary Nurse*, 39(1), 51-64.
- Institute of Medicine (US). Committee on Health and Behavior: Research, Practice, and Policy. 2001. *Health and behavior: The interplay of biological, behavioral, and societal influences*. Washington (DC): National Academies Press (US)
- Johnson, A. N. (2005). Kangaroo holding beyond the NICU. *Pediatric nursing*, 31(1), 53-56.
- Kymre, I. G., & Bondas, T. (2013). Balancing preterm infants' developmental needs with parents' readiness for skin-to-skin care: a phenomenological study. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 8.
- Lally, P., Van Jaarsveld, C. H., Potts, H. W., & Wardle, J. (2010). How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *European journal of social psychology*, 40(6), 998-1009.
- Liaw, J.-J., Yang, L., Chang, L.-H., Chou, H.-L., & Chao, S.-C. (2009). Improving neonatal caregiving through a developmentally supportive care training program. *Applied Nursing Research*, 22(2), 86-93.
- Miles, M. S., & Brunssen, S. H. (2003). Psychometric properties of the parental stressor scale: infant hospitalization. *Advances in Neonatal Care*, 3(4), 189-196.
- Nirmala, P., Rekha, S., & Washington, M. (2006). Kangaroo mother care: effect and perception of mothers and health personnel. *Journal of Neonatal Nursing*, 12(5), 177-184.
- Nyqvist, K. H., Anderson, G., Bergman, N., Cattaneo, A., Charpak, N., Davanzo, R., . . . Pallás-Allonso, C. (2010). State of the art and recommendations Kangaroo mother care: application in a high-tech environment. *Acta paediatrica*, 99(6), 812-819.
- O'Mahony, S., Hutchinson, J., McConnell, A., Mathieson, H., & McCarthy, H. (2011). A pilot study of the effect of a nutrition education programme on the nutrition knowledge and practice of nurses. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 24(3), 300-300.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., & Hall, A. (2013). *Fundamentals of nursing* (8 ed.). St. Louis: Elsevier Health Sciences.
- Pratomo, H., Uhudiyah, U., Poemomo Sigit Sidi, I., Rustina, Y., Suradi, R., Bergh, A.-M., . . . Gipson, R. (2012). Supporting factors and barriers in implementing kangaroo mother care in Indonesia. *Paediatr Indonesiana*, 52(1), 43-50.
- Stikes, R., & Barbier, D. (2013). Applying the plan-do-study-act model to increase the use of kangaroo care. *Journal of nursing management*, 21(1), 70-78.
- Turan, T., Başbakkal, Z., & Özbek, Ş. (2008). Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17(21), 2856-2866.
- Wallin, L., Rudberg, A., & Gunningberg, L. (2005). Staff experiences in implementing guidelines for Kangaroo Mother Care—a qualitative study. *International journal of nursing studies*, 42(1), 61-73.