

HUBUNGAN PROGRAM *DISCHARGE PLANNING* PERAWATAN METODE KANGURU (PMK) DENGAN PELAKSANAAN PMK PASCA PERAWATAN RUMAH SAKIT DI RSUD PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL

Megawati Jamal¹, Anafrin Yugistyowati², Brune Indah Yulitasari³

INTISARI

Latar Belakang : Angka kematian bayi setiap tahunnya meningkat dengan prevalensi (29 %) adalah BBLR, dikarenakan setiap bayi yang dilahirkan mengalami BBLR. Salah satu implementasi perawat dalam pemberian informasi tentang PMK berupa program *discharge planning* pasien, untuk menindaklanjuti pelaksanaan PMK di rumah secara mandiri. Manfaat pelaksanaan PMK pasca perawatan adalah suhu bayi tubuh stabil dan bayi lebih sering menetek lama sehingga berat badan cepat naik.

Tujuan : Untuk mengetahui hubungan antara program *discharge planning* PMK dengan pelaksanaan PMK pasca perawatan rumah sakit.

Metode : Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan metode *analisis korelasi* dan desain penelitian *cohort*. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu yang mempunyai bayi BBLR. Pengambilan sampel penelitian menggunakan *total sampling* dengan sampel sebanyak 30 responden. Instrumen pengambilan data menggunakan lembar dokumentasi dan lembar observasi dan data dianalisis menggunakan *chi square*.

Hasil : Berdasarkan karakteristik responden sebagian besar dengan rentang usia 20-35 tahun sebanyak 24 orang (80,0%), dengan pendidikan sebagian besar SMA sebanyak 12 orang (40,0%). Hasil uji *chi square* ($r=0,458$), menunjukkan ada hubungan antara program *discharge planning* PMK dengan pelaksanaan PMK ($p\ value = 0,005$).

Simpulan : Ada hubungan antara program *discharge planning* PMK dengan pelaksanaan PMK.

Kata Kunci: *Discharge Planning*, PMK, BBLR.

-
1. Mahasiswa Prodi Ners Stikes Alma Ata Yogyakarta
 2. Dosen Stikes Alma Ata Yogyakarta
 3. Dosen Stikes Alma Ata Yogyakarta

**THE RELATIONSHIP BETWEEN DISCHARGES PLANNING PROGRAM OF
KANGAROO MOTHER CARE (KMC)
AND IMPLEMENTATION OF KMC AFTER HOSPITALIZED
IN RSUD PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL**

Megawati Jamal¹, Anafrin Yugistyowati², Brune Indah Yulitasari³

Abstract

Background : The infant mortality rate increases every year with prevalence (29%) is LBW, it is because every baby born in Low Birth Weight (LBW). One of nurse's implementation in the giving information about KMC is patient discharge planning program, to follow up the implementation of KMC individually at home. The benefits of KMC implementation after hospitalization are the temperature is stable baby and the baby often breastfeed for the longtime and make the weight of baby increase.

Objective : To determine the relationship between discharges planning program of KMC and implementation of KMC after the hospitalization.

Method : This kind of this research is quantitative method with correlation analysis method and cohort research design. Population in this research are mothers who have baby LBW. The sample of research using total sampling with 30 sample respondents. The instruments of data collection using documentation and observation sheets, data analyze using chi square.

Result : According to respondents characteristic, most of them in range of age 20-35 years old as many 24 respondents (80,0%), and the level of respondents education is senior high school as many 12 respondents (40,0%). The result of chi square ($r=0,458$) show that there is a relation between discharges planning program of KMC with the implementation of KMC ($p\ value = 0,005$).

Conclusion : There is a relation between discharges planning program of KMC and implementation of KMC after hospitalized.

Keywords : Discharges Planning, KMC, LBW.

-
1. Student of Study Program Ners of Stikes Alma Ata Yogyakarta
 2. Lecturer of Stikes Alma Ata Yogyakarta
 3. Lecturer of Stikes Alma Ata Yogyakarta

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Prevalensi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) menurut *World Health Organization (WHO)* tahun 2010 diperkirakan 15% dari seluruh kelahiran di dunia dengan batasan 3,3% sampai dengan 3,8% dan lebih sering terjadi di negara-negara berkembang atau sosial ekonomi rendah. Secara statistik menunjukkan 90% kejadian BBLR didapatkan di negara berkembang dan angka kematiannya 35 kali lebih tinggi dibandingkan pada bayi dengan berat badan lahir lebih dari 2500 gram (Sartika, 2012). Di Indonesia dari seluruh kematian bayi, sebanyak 57% meninggal pada masa bayi baru lahir (usia dibawah 1 bulan) dan setiap 6 menit terdapat 1 bayi baru lahir yang meninggal. Menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI), (2008) penyebab kematian bayi baru lahir di Indonesia adalah bayi berat lahir rendah (29%), asfiksia (27%) dan lain-lain 44%.

Angka kematian bayi dan balita untuk periode lima tahun (2008 sampai dengan 2012) bahwa semua angka kematian bayi dan balita menurut (<http://www.depkes.go.id>.) ditunjukkan oleh hasil Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 lebih rendah dari pada hasil SDKI 2007. Angka kematian bayi hasil SDKI 2012 adalah 32 kematian per 1.000 kelahiran hidup dan kematian balita adalah 40 kematian per 1.000 kelahiran hidup dan mayoritas kematian bayi terjadi pada neonates. Indonesia sendiri berada di peringkat ke 10 dari 18 negara ASEAN (*Asociation of Southeast Asian Nations*) dan SEARO (*South Eas*

Asian Region Office). Angka tersebut juga masih jauh dari target pencapaian yang dicanangkan Millenium Development Goals (MDG's) 2015 yaitu menurunkan angka kematian bayi sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup ditunjukkan oleh SDKI (<http://www.depkes.go.id>).

Menurut Profil Kesehatan Bantul 2014 angka kematian bayi pada tahun 2013 sebanyak 9,38 per 1.000 kelahiran hidup yaitu sebanyak 126 kasus dan mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2012 sebanyak 8,6 per 1.000 kelahiran hidup dengan jumlah 116 kasus. Kasus kematian bayi di Kabupaten Bantul sebanyak 126 kasus dan terjadi hampir di semua wilayah kecamatan di Kabupaten Bantul. Kecamatan dengan kematian bayi tertinggi yaitu di wilayah Banguntapan dan Kecamatan Kasihan dengan 17 kasus. Persentasi bayi dengan berat badan lahir rendah pada tahun 2013 sebesar 3,5% BBLR dan persentase bayi baru lahir yang ditimbang sebesar 100% ([Keputusan Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, 2014](#)).

BBLR dibedakan dalam dua kategori, yaitu BBLR karena *prematuur* atau usia kehamilan yang kurang dari 37 minggu dan BBLR karena *Intra Uterine Growth Retardation* (IUGR) yaitu bayi yang cukup bulan tetapi berat badan kurang (Proverawati dan Ismawati, 2010). Selain kondisi yang buruk saat dilahirkan, kematian neonatal sering disebabkan oleh cara penanganan kasus yang tidak tepat yaitu tidak dilakukannya PMK (Proverawati dan Ismawati, 2010).

Perawatan BBLR di rumah sakit yang menggunakan fasilitas inkubator memiliki banyak hambatan antara lain fasilitas inkubator yang jumlahnya terbatas, perawatan memerlukan biaya yang tinggi dan angka kejadian infeksi nosokomial pada BBLR yang dirawat di rumah sakit juga cukup tinggi. Kondisi ini memerlukan suatu metode praktis sebagai alternatif pengganti inkubator yang secara ekonomis cukup efisien dan efektif yaitu dengan PMK (Proverawati dan Ismawati, 2010).

Menurut Nursinih (2012) PMK merupakan perawatan dini dengan sentuhan kulit ke kulit antara ibu dengan bayi baru lahir dalam posisi seperti kanguru. Hal ini ditunjukkan pada penelitian Flacking, Ewald, dan Wallin (2011). Dari hasil penelitian tersebut memperlihatkan PMK telah terbukti dapat menghasilkan pengaturan suhu yang efektif dan lama serta denyut jantung dan pernapasan yang stabil pada bayi *prematuur*, membantu orang tua agar lebih percaya diri serta dapat berperan dalam merawat bayinya.

Mengingat masih terbatasnya fasilitas kesehatan di wilayah pedesaan maka PMK sangat dianjurkan. Kementerian kesehatan telah mengembangkan kebijakan pelayanan neonatal esensial dan metode kanguru sebagai salah satu cara dalam penerapan kebijakan tersebut yang bertujuan untuk pencegahan bayi hipotermi. Hampir semua ibu yang melaksanakan PMK mendapat dukungan dari keluarga (Suradi dkk, 2011). Ibu adalah orang yang paling dekat dengan bayi dan bertanggung jawab dalam merawat bayi, karena itu pengetahuan ibu tentang perawatan BBLR

secara tidak langsung dapat meningkatkan kesehatan BBLR. Dukungan sosial ini tidak dapat dilepaskan dari pendidikan, pekerjaan dan pengetahuan ibu serta dukungan personil kesehatan (Suradi dkk, 2011).

Salah satu implementasi perawat dalam pemberian informasi tentang PMK adalah yang dilakukan sebagai program perencanaan pulang (*discharge planning*) pasien, untuk menindaklanjuti pelaksanaan PMK di rumah secara mandiri. Kozier *et al* (2004) mendefinisikan *discharge planning* sebagai proses mempersiapkan pasien untuk meninggalkan satu unit pelayanan Rumah Sakit untuk perawatan di rumah berupa pendidikan kesehatan atau konseling informasi ke klien atau keluarga untuk mengetahui dan mengingatkan keluarga agar menindak lanjut PMK setelah di rumah (Nursinih, 2012).

Jaminan bahwa klien atau keluarga dapat melakukan perawatan di rumah atau evaluasi perawat terhadap keefektifan pemberian perencanaan pulang terkait dengan pengobatan dan perawatan selama ini belum ada. Pemberian informasi tentang PMK yang dilakukan sebagai *discharge planning* pasien, menjadi dasar bagi pasien untuk menindaklanjuti pelaksanaan PMK di rumah secara mandiri. Peran perawat akan menjadi sangat penting dalam *discharge planning* tentang PMK (Nursinih, 2012).

Discharge planning akan efektif dalam pelaksanaannya jika dilakukan proses evaluasi dari hasil *discharge planning*. Sebagian besar penelitian yang dilakukan tentang perencanaan pulang berfokus pada proses pelaksanaan perencanaan di rumah sakit, namun dirasa perlu adanya

evaluasi dari proses tersebut yang berpusat pada pasien saat pulang ke rumah atau kembali ke masyarakat agar pemberian informasi menjadi dasar bagi pasien untuk menindaklanjuti pelaksanaan PMK di rumah secara mandiri (Nursinih, 2012).

Dari hasil studi pendahuluan di RSUD Panembahan Senopati Bantul berupa wawancara pada Kepala Ruang Perinatologi diperoleh angka kelahiran bayi *prematum* dan BBLR pada tahun 2014 sebanyak 284 bayi, baik kasus yang rujukan maupun bukan rujukan. Dari keseluruhan jumlah bayi tersebut sebanyak 24 bayi yang meninggal karena BBLR. Selain itu didapatkan data bahwa program *discharge planning* di RSUD Panembahan Senopati Bantul telah dilakukan selama ini tetapi penyampaian program *discharge planning* belum semua pasien menemui perawat yang telah mengikuti pelatihan PMK, karena yang mengikuti pelatihan PMK baru sekitar 5 orang perawat. Program *discharge planning* dilakukan pada saat pasien akan meninggalkan rumah sakit atau kondisi pasien dalam keadaan stabil dan sudah diizinkan pulang oleh Dokter. Program *discharge planning* dilakukan pada semua pasien yg di rawat. Hasil wawancara dengan Kepala Ruang Perinatologi menyatakan bahwa sebagian perawat ruang Perinatologi sekitar 5 orang perawat sudah mendapatkan pelatihan PMK. Hasil wawancara dengan salah satu perawat Perinatologi didapatkan untuk PMK yang akan diberikan kepada ibu yang memiliki BBLR, terlebih dahulu ibu diberikan *informed consent* apakah ibu menyetujui atau tidak dilakukan PMK. Jumlah bayi yang sudah

dilakukan PMK untuk tahun 2014 yaitu ada 375 bayi dengan BBLR di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Aplikasi dari pelaksanaan PMK di rumah sakit adalah berupa pemberian informasi yang diberikan pada saat klien akan pulang beserta pemberian informasi tentang ASI. Berdasarkan latar belakang, peneliti tertarik meneliti tentang : “Apakah ada hubungan program *discharge planning* PMK pada BBLR dengan pelaksanaan PMK pasca perawatan Rumah Sakit di RSUD Panembahan Senopati Bantul”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan masalah penelitian “Apakah ada hubungan program *Discharge Planning* PMK dengan pelaksanaan PMK pasca perawatan Rumah Sakit di RSUD Panembahan Senopati Bantul?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan program *discharge planning* PMK dengan pelaksanaan PMK pasca perawatan Rumah Sakit di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini adalah :

- a. Diketuainya karakteristik BBLR yang dilakukan PMK di RSUD Panembahan Senopati Bantul.
- b. Diketuainya program *discharge planning* PMK di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

- c. Diketuinya pelaksanaan PMK pasca perawatan Rumah Sakit di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Ilmu Keperawatan Anak

Dapat digunakan sebagai bahan rujukan dan pertimbangan terutama dalam program *discharge planning* PMK sebagai hasil evaluasi pelaksanaan perencanaan pulang di rumah, sehingga dapat dijadikan acuan untuk meningkatkan asuhan keperawatan pada ibu dan bayi dalam penerapan program *discharge planning* PMK.

2. Bagi Praktis

a. Bagi Institusi (Stikes Alma Ata)

Sebagai bahan referensi pembelajaran dalam meningkatkan proses belajar mengajar khususnya pada Blok Keperawatan Anak mengenai program *discharge planning* PMK untuk perawatan bayi BBLR.

b. Bagi Responden (Orang Tua Bayi)

Sebagai bahan informasi untuk membantu keluarga terutama ibu dengan BBLR dalam melakukan PMK dan meningkatkan perawatan BBLR pasca perawatan Rumah Sakit.

c. Bagi Rumah Sakit (RSUD Panembahan Senopati Bantul)

Sebagai pedoman evaluasi bagi Rumah Sakit dalam menindak lanjuti dan memonitor program *discharge planning* PMK dan pemberian pendidikan kesehatan berkelanjutan terutama pada

kasus-kasus BBLR diruang perinatologi berdasarkan *Evidence Based Practice* (EBP).

d. Bagi Peneliti

Sebagai hasil rujukan untuk melakukan penelitian terkait dengan evaluasi yang diperlukan pada program *discharge planning* PMK yang memerlukan perawatan mandiri keluarga pasca perawatan Rumah Sakit.

E. Keaslian Penelitian

1. Rahmayanti (2010) tentang “Pengaruh Perawatan Metode Kanguru Terhadap Pertumbuhan Bayi, Pengetahuan dan Sikap Dalam Merawat BBLR di RSUD Cibabat, Cimahi.” Jenis penelitian ini adalah quasi eksperimen, dari hasil penelitian di dapatkan hasil bahwa ada hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap ibu dengan penerapan PMK. Perbedaan penelitian ini adalah jenis penelitian, jumlah variabel, dan tempat penelitian. Persamaan penelitian ini adalah sampel penelitian yaitu menggunakan total sampling dan subjek penelitian.
2. Nursinih (2012) tentang “Pengaruh Pelaksanaan Perencanaan Pulang Berfokus Perawatan Metode Kanguru (PMK) Terhadap Keterampilan Ibu Melakukan PMK di Rumah.” Perbedaan penelitian ini adalah dari jenis penelitian yaitu quasi eksperimen dengan rancangan *quasi experiment design* atau eksperimen semu dengan pendekatan *nonequivalent control group, post test only design*. Teknik

pengambilan sample dengan menggunakan *purposive sampling*.

Persamaan penelitian ini adalah subjek penelitian

3. Rina Prawati (2013) tentang “Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap Ibu dengan Penerapan Perawatan Metode Kanguru pada BBLR di Ruang Perinatologi RSUD Saras Husada Purworejo.” Jenis penelitian ini adalah analisis korelasi dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Perbedaan penelitian ini adalah jenis penelitian, rancangan penelitian dan tempat penelitian. Persamaan penelitian ini adalah menggunakan sampel yang sama dengan menggunakan *total sampling* dan subjek penelitian.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA
A. TELAAH PUSTAKA

1. *Discharge Planning*

a. Pengertian *Discharge Planning*

Kozier *et al* (2004) mendefinisikan *discharge planning* sebagai proses mempersiapkan pasien untuk meninggalkan satu unit pelayanan kepada unit yang lain di dalam atau di luar suatu pelayanan kesehatan umum. Selain itu Rondhianto (2008) mendefinisikan *discharge planning* sebagai perencanaan keperluan pasien dan memberikan informasi kepada klien dan keluarga tentang hal-hal yang perlu dihindari dan dilakukan sehubungan dengan kondisi atau penyakitnya. *Discharge planning* merupakan proses mempercepat klien meninggalkan rumah sakit dengan kebutuhan pulang pasien dengan tepat, dan mengkoordinasikan penggunaan sumber daya masyarakat yang sesuai untuk memberikan perawatan secara kontinu (Tymbi, 2009). Berdasarkan definisi di atas dapat disimpulkan bahwa *discharge planning* adalah proses mempersiapkan pasien melalui pemberian informasi yang bertujuan untuk mengusahakan pasien sembuh sesuai waktunya, memfasilitasi pasien menggunakan sumber daya masyarakat dalam pelayanan kesehatan dan mengevaluasi kelanjutan perawatan pasca perawatan di rumah sakit.

b. Proses *Discharge Planning*

Tiga proses *discharge planning* menurut Potter dan Perry (2005), yaitu:

- 1) Fase akut yaitu fase yang difokuskan pada pemenuhan kebutuhan medis atau pengobatan.
- 2) Fase *transisional* yaitu fase pasien mulai dipersiapkan untuk pulang dan merencanakan kebutuhan perawatan selanjutnya.
- 3) Fase kelanjutan pelayanan yaitu fase pasien berpartisipasi dalam perencanaan dan pelayanan aktivitas perawatan lanjutan setelah pulang.

Pemberian *discharge planning* sebenarnya sudah dimulai sejak klien mendapatkan pelayanan kesehatan dan secara berkesinambungan (Kozier et al, 2004). *Discharge planning* yang baik dapat menjamin pasien mampu melakukan tindakan perawatan lanjutan yang aman dan realistis setelah meninggalkan rumah sakit (Potter dan Perry, 2005). Pelaksanaan dari proses *discharge planning* terbagi menjadi dua yaitu sebelum hari pemulangan pasien dan pada hari pemulangan. Pemberian informasi yang diberikan pada hari pemulangan, dilakukan tergesa-gesa dan pasien sudah tidak fokus terhadap informasi yang disampaikan (Potter dan Perry, 2005).

Discharge planning sangat penting bila menjadi salah satu indikator dari kualitas perawatan inap. Namun pelaksanaannya masih beragam. Pada penelitian yang dilakukan oleh Suzuki *et al* (2012), dimana bertujuan untuk mengevaluasi program pelatihan *discharge planning* pada staf perawat, ditemukan bahwa pelatihan berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan, sikap, dan keterampilan pelaksanaan *discharge planning*. Pelatihan tersebut dilaksanakan selama tiga bulan dan diikuti oleh 256 perawat. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa pada kelompok

intervensi ada peningkatan pengetahuan tentang *discharge planning* dan sikap terhadap pelayanan kunjungan rumah.

Discharge planning yang efektif seharusnya mencakup pengkajian berkelanjutan, pernyataan diagnosa keperawatan dan adanya perencanaan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien (Kozier *et al*, 2004). Format *discharge planning* menurut Potter dan Perry (2005) mencakup beberapa hal, yaitu : pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi. Pertama, pengkajian dilakukan sejak klien masuk, kaji kebutuhan akan informasi yang dibutuhkan, persepsi klien terhadap persiapan pemulangan dan tindak lanjut perawatan di rumah, kolaborasikan ke tim kesehatan lain sesuai kebutuhan pasien. Kedua, diagnosa keperawatan secara khusus bersifat individual berdasarkan kebutuhan pasien. Ketiga, perencanaan keperawatan pasien dan keluarga mampu menjelaskan bagaimana perawatan lanjutan saat di rumah, mampu mendemonstrasikan perawatan mandiri. Keempat, penatalaksanaan bagaimana proses *discharge planning* dilakukan. Kelima, evaluasi pasien mampu menjelaskan kebutuhan terkait dengan pengobatan dan diet, tanda dan gejala yang harus dilaporkan ke dokter, mampu mendemonstrasikan perawatan yang akan dilakukan di rumah sebagai tindak lanjut perawatan, perawat yang ke rumah memperhatikan keadaan rumah, mengidentifikasi rintangan yang dapat membahayakan pasien.

c. Tujuan *Discharge Planning*

Menurut Kozier *et al* (2004) tujuan *discharge planning* adalah membantu proses penyembuhan, mempertahankan kesehatan dan sekaligus mencegah terjadinya kekambuhan sampai klien siap untuk kembali ke rumah. *Discharge Planning Asociation* (2008) menyatakan bahwa tujuan perencanaan pulang adalah memberikan pelayanan terbaik untuk menjamin keberlanjutan asuhan berkualitas antara rumah sakit dan komunitas dengan memfasilitasi komunikasi yang efektif. *Discharge planning* berfokus pada PMK dapat memfasilitasi dan membantu keluarga mempersiapkan perawatan bayi di rumah (Perkumpulan Perinatologi Indonesia, 2011).

d. Manfaat *Discharge Planning*

Perawatan lanjutan merupakan komponen penting dalam menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas. *Discharge planning* termasuk dalam bagian perawatan lanjutan. Makin banyak pasien dengan kebutuhan kompleks dipulangkan dari lingkungan perawatan, membawa akibat rencana pemulangan dan koordinasi perawatan menjadi lebih penting. Perlunya identifikasi awal terhadap kebutuhan *discharge planning* terhadap pasien memberikan manfaat, antara lain : memperpendek lama perawatan di rumah sakit, mempengaruhi kebutuhan rumah sakit, menurunkan angka penerimaan kembali pasien ke rumah sakit, dan memberikan intervensi rencana pulang tepat waktu (Konkoi, 2011).

Penelitian yang dilakukan Nursinih (2012) di RSUD Indramayu dan RSUD Pantura MA Sentot bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh pelaksanaan perencanaan pulang berfokus PMK terhadap keterampilan ibu melakukan perawatan di rumah. Perencanaan pulang diberikan baik pada kelompok kontrol maupun pada kelompok intervensi, yaitu fokusnya pada PMK. Pemberian perencanaan pulang termasuk dalam bagian perawatan lanjutan, bahwa ada perbedaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang dilakukan perencanaan pulang, artinya responden pada kelompok intervensi yang dilakukan perencanaan pulang berfokus PMK di rumah lebih memberikan efek positif penggunaan PMK.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Marthalena (2009) di RSUP H. Adam Malik Medan bertujuan untuk mengidentifikasi tingkat kesiapan pasien dewasa pasca bedah akut abdomen dalam menghadapi pemulangan. Responden berjumlah tujuh orang pada saat perlakuan pre operasi dan post operasi. Hasil penelitian menemukan bahwa 85,7% memiliki tingkat kesiapan 3 dan 71,43% tingkat kesiapan 4. Tingkat kesiapan 3 adalah mampu tetapi ragu atau mampu tetapi tidak ingin melakukan kegiatan yang diajarkan setelah berada di rumah. Tingkat kesiapan 4 adalah mampu dan ingin atau mampu dan yakin melakukan kegiatan yang diajarkan setelah berada di rumah.

Manfaat lain dari *discharge planning* ditunjukkan dari hasil penelitian Zakia (2006) yang dilakukan di RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Penelitian tersebut dilakukan untuk mengetahui tingkat kepuasan pasien

yang dilakukan *discharge planning*. Hasil penelitian menunjukkan 46,67% responden berespon cukup baik terhadap pelaksanaan *discharge planning* dan 56,66% responden menyatakan cukup puas terhadap adanya tindakan *discharge planning*.

e. Peran Perawat dalam *Discharge Planning*

Salah satu implementasi peran perawat dalam pemberian informasi tentang PMK adalah mengoptimalkan pelaksanaan sebagai program perencanaan pulang (*discharge planning*) pasien dan untuk menindaklanjuti pelaksanaan PMK di rumah secara mandiri. Kozier *et al*, (2004) mendefinisikan *discharge planning* sebagai proses mempersiapkan pasien untuk meninggalkan satu unit pelayanan Rumah Sakit untuk perawatan di rumah. Program *discharge planning* berupa pendidikan kesehatan atau konseling merupakan penyampaian informasi ke klien atau keluarga untuk mengetahui dan mengingatkan keluarga agar menindaklanjuti PMK setelah di rumah (Nursin, 2012).

Pendidikan kesehatan bagi pasien telah menjadi satu dari peran yang paling penting bagi perawat yang memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Pasien dan anggota keluarga memiliki hak untuk mendapatkan pendidikan kesehatan (Potter dan Perry, 2005). Perawat sebagai pendidik bertugas untuk memberikan pengajaran baik dalam lingkungan klinik, komunitas, sekolah maupun pusat kesehatan masyarakat (Brunner dan Suddarth, 2003).

Pendidikan kepada pasien menunjukkan potensi untuk meningkatkan kepuasan konsumen, memperbaiki kualitas kehidupan, memastikan kelangsungan perawatan, mengurangi insidensi komplikasi penyakit, meningkatkan kepatuhan terhadap rencana pemberian perawatan kesehatan, menurunkan kecemasan pasien, dan memaksimalkan kemandirian dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari (Bastable, 2002).

Pemberian *discharge planning* sebenarnya dimulai sejak klien mendapatkan pelayanan kesehatan dan secara berkesinambungan baik dengan tujuan untuk membantu proses penyembuhan, mempertahankan kesehatan dan sekaligus mencegah terjadinya kekambuhan sampai klien siap untuk kembali ke rumah. *Discharge planning* yang telah dilaksanakan selama ini kebanyakan dianggap sebagai resume pulang. Informasi yang disampaikan meliputi : kapan jadwal kontrol, diet yang harus diterapkan di rumah dan tindakan terkait perawatan yang harus dilakukan di rumah. Pemberian *discharge planning* berupa pendidikan kesehatan, atau konseling berupa penyampaian informasi ke klien atau keluarga hanya untuk mengetahui dan mengingatkan keluarga. Namun jaminan bahwa klien dan keluarga dapat melakukan PMK di rumah atau evaluasi perawat terhadap pengaruh program *discharge planning* PMK dengan pelaksanaan PMK pasca perawatan rumah sakit selama ini belum ada (Kozier, 2004).

2. Perawatan Metode Kanguru (PMK)

a. Pengertian PMK

PMK adalah perawatan bayi baru lahir dengan meletakkan bayi di dada ibu (kontak kulit bayi kulit ibu) sehingga suhu tubuh bayi tetap hangat. Syarat PMK adalah BBLR yang kondisinya sudah stabil yaitu sudah bisa bernafas spontan dan tidak memiliki masalah kesehatan serius (Proverawati dan Ismawati, 2010).

PMK yaitu cara merawat bayi dalam keadaan telanjang (hanya memakai popok dan topi) diletakkan secara tegak atau vertikal di dada antara kedua payudara ibunya (ibu telanjang dada, kemudian bayi diselimuti). Dalam penerapan PMK ibu dapat diganti oleh pengganti ibu misalnya suami, nenek, kakek bayi atau sanak keluarga yang lain yang dipersiapkan untuk itu (Perinasia, 2011). Lamanya kontak kulit langsung ditingkatkan secara bertahap jika dilakukan terus menerus siang dan malam dan hanya ditunda untuk mengganti popok, sambil mengontrol suhu tubuh bayi (Depkes RI, 2008).

b. Tipe PMK

PMK menurut (Proverawati dan Ismawati, 2010) dibagi menjadi dua yaitu :

- 1) PMK *intermitten*, yaitu perawatan metode kanguru dengan jangka waktu yang pendek yaitu 60 menit dan dilakukan saat ibu berkunjung. PMK ini diperuntukkan bagi bayi yang masih dalam proses penyembuhan yang masih memerlukan pengobatan medis seperti

terapi infus dan oksigen. Tujuan PMK *intermitten* adalah untuk perlindungan bayi dari infeksi.

- 2) PMK *kontinu*, yaitu perawatan metode kanguru dengan jangka waktu yang lebih lama dari pada perawatan metode kanguru *intermitten*. Disini perawatan bayi dilakukan selama 24 jam sehari, untuk bayi yang sudah benar-benar stabil kondisinya.

c. Manfaat PMK

Manfaat PMK bagi bayi antara lain stabilisasi suhu tubuh, pola pernafasan bayi menjadi lebih teratur, denyut jantung bayi lebih stabil, pengaturan perilaku bayi lebih baik, bayi lebih sering menetek dalam waktu yang lama, pemakaian kalori berkurang karena lebih sedikit stres sehingga berat badan lebih cepat naik, mengurangi kejadian infeksi dan waktu tidur bayi lebih lama. Manfaat PMK bagi ibu adalah ibu bisa lebih percaya diri dalam merawat bayinya dan mempunyai pengaruh psikologis sehingga produksi air susu ibu (ASI) meningkat (Suradi dkk, 2011).

Sementara itu manfaat untuk ibu, antara lain : mempermudah pemberian ASI, meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi, meningkatkan rasa sayang kepada bayinya, ketenangan pada ibu dan keluarga, peningkatan produksi ASI, dan fasilitas pemindahan yang baik saat dari rumah sakit ke rumah. PMK memberikan manfaat bagi petugas kesehatan, yaitu adanya segi efisien tenaga dan anggaran. Penerapan PMK membuat ibu lebih banyak merawat bayinya sendiri. Selain itu PMK memberikan manfaat perawatan ibu di rumah sakit lebih pendek yaitu ibu

bisa cepat pulih dan pengurangan fasilitas rumah sakit. Penerapan PMK dapat memfasilitasi program dari pemerintah yaitu adanya peningkatan pemakaian ASI eksklusif, hal ini membantu Negara dalam menghemat devisa (Perinasia, 2011).

Penelitian terkait efek PMK adalah penelitian yang dilakukan oleh Deswita, Besral dan Rustina (2012) menunjukkan adanya dampak yang positif pada bayi setelah dilakukan PMK. Adanya perbaikan suhu tubuh, denyut jantung dan frekuensi nafas ke nilai dalam batas normal setelah dilakukan PMK.

d. Tahap-Tahap PMK

Tahap-tahap PMK menurut Proverawati dan Ismawati (2010) antara lain :

- 1) Cuci tangan, keringkan dan gunakan *gel hand rub*.
- 2) Ukur suhu bayi dengan termometer.
- 3) Pakaikan baju kanguru pada ibu.
- 4) Bayi dimasukkan dalam posisi kanguru, menggunakan topi, popok dan kaus kaki yang telah dihangatkan lebih dulu.
- 5) Letakkan bayi didada ibu, dengan posisi tegak langsung ke kulit ibu dan pastikan kepala bayi sudah terfiksasi pada dada ibu. Posisikan bayi dengan siku dan tungkai tertekuk, kepala dan dada bayi terletak di dada ibu dengan kepala agak sedikit mendongak.

- 6) Dapat pula ibu memakai baju dengan ukuran besar dan bayi diletakkan di antara payudara ibu, bayi ditengkurapkan, kemudian ibu memakai selendang yang dililitkan diperut ibu agar bayi tidak jatuh.
 - 7) Setelah posisi baik, baju kanguru diikatkan untuk meyangga bayi. Selanjutnya ibu bayi dapat beraktivitas seperti biasa sambil membawa bayinya dalam posisi tegak lurus di dada ibu (*skin to skin contact*) seperti kanguru.
- e. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi PMK

Faktor-faktor yang mempengaruhi PMK menurut Suradi dkk (2011)

antara lain adalah :

1) Faktor Budaya

Pemahaman tentang kehamilan masih dihubungkan dengan kepercayaan atau adat istiadat. Masyarakat memandang bahwa kehamilan sebagai suatu kehormatan sebagai kodrat kewanitaannya. Sehingga konsep tentang kehamilan, kebiasaan, pantangan dan tindakan yang dilakukan semasa hamil, persalinan, dan pasca persalinan tentu berpengaruh terhadap kesehatan bayinya atau pun dalam perawatan bayi dengan BBLR.

2) Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan sangat penting dalam PMK, bagaimana cara ibu mengetahui, memahami, mengaplikasikan, menganalisis, serta mengevaluasi PMK karena akan sangat berpengaruh dalam perawatan bayi.

3) Kebijakan Pemerintah

Kebijakan pemerintah dalam menyebarluaskan informasi mengenai manfaat metode kanguru juga akan membantu penerapan metode ini di masyarakat. Media cetak dan elektronik turut berperan dalam mensosialisasikan metode ini kepada masyarakat.

f. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keterampilan Melakukan PMK di Rumah

Keberhasilan PMK secara mandiri yang dilakukan di rumah sebagai perawatan berkelanjutan pada BBLR berhubungan dengan keterampilan ibu dalam melaksanakan PMK. Menurut Perinasia (2011) faktor-faktor yang mempengaruhi ibu dalam pelaksanaan PMK di rumah sebagai berikut :

1) Pendidikan

Pelaksanaan PMK sebaiknya merupakan keputusan ibu sendiri setelah memahami tujuan dan manfaat dari PMK. Pemahaman individu tergantung pada kemampuan dalam menangkap informasi yang diberikan dan daya tangkap tersebut erat kaitannya dengan tingkat pendidikan yang dimiliki individu.

2) Pengalaman

Menurut Martinsusilo (2007) bahwa kemampuan merupakan gabungan dari pengetahuan, keterampilan dan pengalaman. Pada pelaksanaan PMK perlu adanya keterampilan yang memadai sehingga tujuan yang diharapkan dari PMK dapat tercapai. Keterampilan yang

memadai didapat bila ditunjang dengan pengalaman, artinya keterampilan tersebut akan dilakukan secara berulang kali dan berkelanjutan.

3) Dukungan Suami

Pada *kangaroo support*, salah satu dukungan yang diperlukan dalam pelaksanaan PMK adalah dukungan suami. Adanya dukungan suami apalagi dengan kehadirannya saat pelaksanaan PMK akan memberikan semangat dan rasa aman bagi ibu. Tanpa adanya dukungan sangat sulit bagi ibu untuk melaksanakan PMK secara rutin.

4) Kondisi Fisik

Ibu harus sehat terlebih dahulu pada saat bayinya siap untuk PMK, sehingga jika ibu sakit atau menderita komplikasi selama persalinan pelaksanaan PMK bisa ditunda. Penting juga diperhatikan pada minggu-minggu pertama PMK, bahwa merawat bayi akan sangat menyita waktu ibu. Istirahat dan tidur yang cukup bagi ibu menjadi sangat penting pada pelaksanaan PMK.

5) Emosi Ibu

Banyak ibu muda yang mengalami kerugian yang sangat besar untuk memenuhi kebutuhan bayi pertamanya. Ibu akan merasa cemas akan kondisi bayinya dengan masalah kesehatan yang membuat ibu memerlukan dukungan terhadap pemberian perawatan bayinya. PMK membuat ibu dapat memenuhi semua kebutuhan tersebut.

6) Tingkat Sosial Ekonomi

PMK merupakan metode praktis, mudah diterapkan, dan tidak memerlukan biaya yang mahal dalam pelaksanaannya. Penerapannya yang fleksibel, bisa dimana saja, kapan saja setiap harinya. Hal ini tidak menjadikan pelaksanaan PMK menjadi hambatan pada ibu-ibu yang bekerja di luar rumah.

PMK ini dihentikan dari kontak kulit hanya pada saat akan mengganti popok, dibersihkan, perawatan tali pusat, juga pada saat akan dilakukan pemeriksaan klinis, berdasarkan jadwal rumah sakit atau jika diperlukan (Suradi dkk, 2011). Dalam penerapan metode kanguru ajari ibu untuk mengenali tanda bahaya pada bayi, antara lain kesulitan bernafas (dada tertarik ke dalam dan merintih), bernafas sangat cepat atau lambat, serangan apnea cepat atau lambat, bayi terasa dingin walaupun telah dilakukan penghangatan, bayi sulit minum, kejang, diare dan kulit menjadi kuning (Proverawati dan Ismawati, 2010).

3. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

a. Pengertian BBLR

BBLR adalah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram (Safrudin dan Hamidah, 2009). BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram tanpa memandang usia kehamilan (Proverawati dan Ismawati, 2010).

BBLR dapat dibagi menjadi dua golongan, bayi dengan berat badan lahir sangat rendah (BBLSR) yaitu dengan berat lahir 1000-1500 gram dan berat badan lahir amat sangat rendah (BBLASR) yaitu dengan berat lahir kurang 1000 gram. Secara umum bayi BBLR ini selain berhubungan dengan usia kehamilan yang belum cukup bulan (*prematuritas* murni) juga disebabkan *dismaturitas* yaitu bayi lahir cukup bulan tetapi berat badan lahirnya lebih kecil dibandingkan masa kehamilannya, yaitu tidak mencapai 2500 gram (Proverawati dan Ismawati, 2010).

b. Penyebab BBLR

Penyebab BBLR menurut Proverawati dan Ismawati (2010) dapat disebabkan oleh beberapa faktor antara lain :

- 1) Faktor ibu, antara lain karena penyakit, usia ibu, keadaan sosial ekonomi dan sebab lain seperti ibu yang merokok, ibu peminum alkohol dan pecandu narkotik.
- 2) Faktor janin, antara lain bisa disebabkan karena kehamilan ganda, kelainan kromosom dan infeksi janin kronik.
- 3) Faktor lingkungan dan tempat tinggal dataran tinggi misalnya jalanan yang dilalui jelek karena didaerah pegunungan, paparan radiasi seperti terkena sinar x, dan zat-zat beracun.
- 4) Faktor plasenta, antara lain hidramnion, plasentitis virus, infark, tumor, plasenta yang terlepas, sindrom plasenta yang lepas dan sindrom tranfusi bayi kembar.

c. Gambaran Klinis BBLR

Gambaran klinis dari BBLR menurut Proverawati dan Ismawati (2010) adalah sebagai berikut :

- 1) Berat badan kurang dari 2500 gram.
- 2) Panjang badan kurang dari 45 cm.
- 3) Lingkar dada kurang dari 30 cm.
- 4) Lingkar kepala kurang dari 33 cm.
- 5) Umur kehamilan kurang dari 37 minggu.
- 6) Kepala lebih besar.
- 7) Kulit tipis, transparan, rambut lanugo banyak dan lemak kurang.
- 8) Tonus otot lemah sehingga bayi kurang aktif dan pergerakannya lemah.
- 9) Pernapasan tidak teratur dapat terjadi apnea.
- 10) Ekstremitas paha abduksi, sendi lutut atau kaki fleksi-lurus.
- 11) Kepala tidak mampu tegak.
- 12) Pernapasan 40-50 kali per menit, nadi 100-140 kali per menit.

d. Permasalahan BBLR

Beberapa permasalahan BBLR menurut Suradi dkk (2011) :

1) Hipotermi

Salah satu bayi BBLR terutama bayi kurang bulan adalah mempunyai suhu yang tidak stabil dan cenderung hipotermia yaitu suhu kurang dari 36° C. Suhu yang cenderung hipotermia disebabkan produksi panas yang kurang dan kehilangan panas yang tinggi. Panas

kurang diproduksi karena sirkulasi yang masih belum sempurna, respirasi masih lemah, konsumsi oksigen yang rendah, otot yang belum aktif, serta asupan makanan yang kurang. Kehilangan panas terjadi akibat dari permukaan tubuh yang relatif lebih luas dan lemak subkutan yang kurang, terutama lemak coklat (*brown fat*). Mekanisme kehilangan panas pada bayi dapat terjadi melalui konduksi, evaporasi, konveksi, dan radiasi.

2) Rendahnya Daya Tahan Terhadap Infeksi

BBLR sangat relevan terhadap infeksi terutama infeksi nosokomial. Hal ini disebabkan oleh kadar immunoglobulin serum yang rendah, aktivitas bakterisidal neutrophil dan efek sitotoksik limfosit juga masih rendah. Risiko untuk mendapat infeksi nosokomial meningkat apabila beberapa bayi dirawat bersama dalam satu inkubator, bayi terlalu lama dirawat di rumah sakit, serta rasio perawat pasien tidak seimbang.

3) Apneu Pada Bayi Kurang Bulan

Kelainan ini terjadi akibat ketidakmatangan paru dan susunan saraf pusat. Apneu didefinisikan sebagai periode tidak bernafas selama lebih dari 20 detik dan disertai bradikardia. Semua bayi dengan masa kehamilan kurang dari 34 minggu harus secara rutin dipantau sampai apneu hilang selama satu minggu.

4) *Enterokolitis Neokrotikans* (EKN)

Prematuritas merupakan faktor resiko terjadinya EKN pada neonatus. Kejadian EKN tertinggi pada bayi berat lahir kurang dari

1500 gram. Etiologi penyakit ini banyak faktor yang mempengaruhi, yaitu faktor yang menyebabkan trauma hipoksia iskemik pada saluran pencernaan yang masih *imatur*, kolonisasi bakteri patogen, dan substansi protein berlebihan dalam lumen. Pemberian ASI dapat mencegah atau mengurangi kejadian EKN karena ASI merupakan cairan normo-osmolar dan mengandung makrofag, immunoglobulin dan limfosit yang mencegah kolonisasi bakteri patogen.

e. Komplikasi BBLR

Komplikasi menurut Pantiawati (2010) antara lain sebagai berikut :

1) Hipotermia

Dalam kandungan, bayi berada dalam suhu tubuh lingkungan yang normal dan stabil 36° C sampai dengan 37° C. Segera setelah lahir bayi dihadapkan pada suhu lingkungan yang umumnya lebih rendah. Perbedaan suhu ini memberi pengaruh pada kehilangan panas tubuh bayi. Selain itu, hipotermi dapat terjadi karena kemampuan untuk mempertahankan panas dan kesanggupan menambah produksi panas sangat terbatas karena pertumbuhan otot-otot yang belum cukup memadai, lemak subkutan yang sedikit dan belum matangnya sistem saraf pengatur suhu tubuh relatif lebih besar dibandingkan dengan berat badan sehingga mudah kehilangan panas.

2) Hipoglikemia

Penyelidikan kadar gula darah pada 12 jam pertama menunjukkan bahwa hipoglikemia dapat terjadi sebanyak 50% pada bayi matur.

Glukosa merupakan sumber utama energi selama masa janin. Kecepatan glukosa yang diambil janin tergantung dari kadar gula darah ibu karena terputusnya hubungan plasenta dan janin menyebabkan terhentinya pemberian glukosa. Bayi *aterm* dapat mempertahankan kadar gula darah 50-60 miligram per desiliter selama 72 jam pertama, sedangkan bayi dengan BBLR dalam kadar 40 miligram per desiliter. Hal ini disebabkan cadangan glikogen yang belum mencukupi. Hipoglikemia bila kadar gula darah sama dengan atau kurang dari 20 miligram per desiliter.

3) Perdarahan *Intracranial*

Perdarahan *intracranial* dapat terjadi karena trauma lahir, *disseminated intravascular coagulopathy* atau trombositopenia idiopatik.

f. Perawatan BBLR

Menurut Pantiawati (2010) beberapa hal yang harus dilakukan dalam penanganan pada BBLR yaitu :

1) Mempertahankan suhu bayi

BBLR mudah mengalami hipotermi, oleh sebab itu suhu tubuhnya harus dipertahankan dengan tepat.

2) Mencegah infeksi

BBLR sangat rentan akan infeksi, perhatikan prinsip-prinsip pencegahan infeksi termasuk mencuci tangan sebelum memegang bayi.

3) Pengawasan nutrisi atau ASI

Refleks menelan BBLR belum sempurna, oleh sebab itu pemberian nutrisi harus dilakukan dengan cermat.

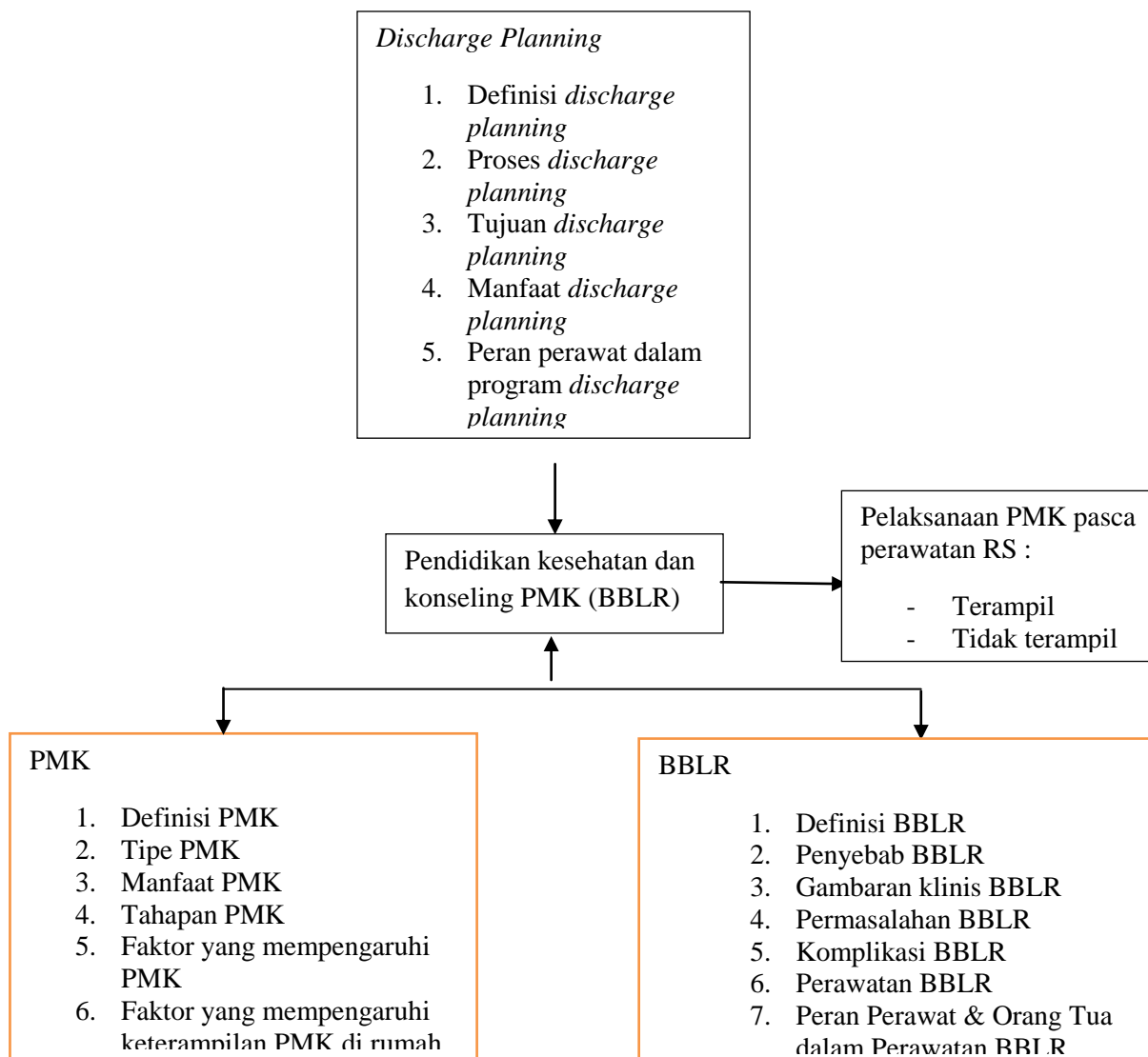
4) Penimbangan Berat Badan (BB) bayi

Perubahan BB mencerminkan kondisi gizi atau nutrisi bayi dan erat kaitannya dengan daya tahan tubuh, oleh sebab itu penimbangan BB harus dilakukan dengan tepat.

g. Peran Perawat dan Orang Tua dalam Perawatan BBLR

Peran perawat dalam perawatan BBLR di rumah sakit adalah memonitoring agar ibu selalu mempertahankan suhu tubuh bayi agar tetap normal yaitu dengan sering memeluk dan menggendong bayi. Upaya yang lebih efektif yaitu dengan melakukan PMK. Sedangkan untuk peran orang tua dalam perawatan BBLR yaitu dengan pemberian ASI secara efektif, tangan harus dicuci sebelum dan sesudah memegang bayi, segera membersihkan bayi bila kencing atau buang air besar, tidak mengizinkan menjenguk bayi bila sedang menderita sakit, terutama Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) (Pantiawati, 2010).

B. KERANGKA TEORI

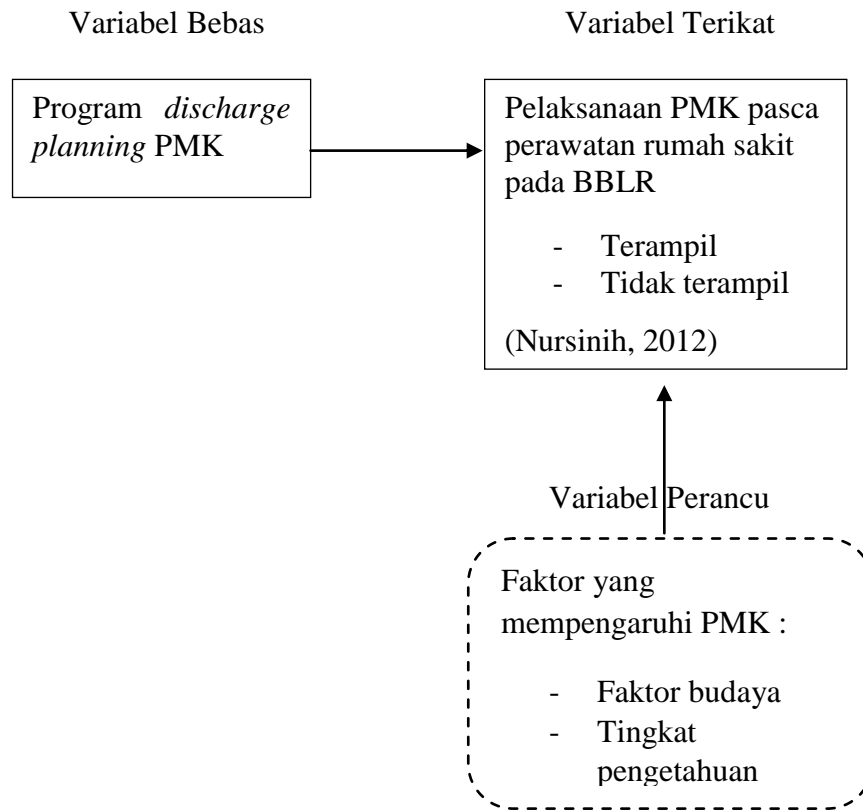


Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Pantiawati, 2010; Nursinih, 2012; Proverawati dan Ismawati, 2010;

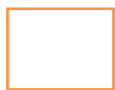
Wawan dan Dewi, 2010; dan Suradi dkk, 2011.

C. KERANGKA KONSEP



Keterangan :

→ : Menunjukkan hubungan



: Diteliti



: Dianalisis

Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

D. HIPOTESIS

Hipotesis dalam penelitian ini adalah “Ada Hubungan Program *Discharge Planning* PMK dengan Pelaksanaan PMK Pasca Perawatan Rumah Sakit di RSUD Panembahan Senopati Bantul”.

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan metode *analisis korelasi*. Penelitian korelasi adalah penelitian yang bertujuan untuk mengetahui derajat atau keeratan hubungan (Hastono dan Sabri, 2010). Dalam hal ini untuk mengetahui keeratan hubungan program *discharge planning* PMK dengan pelaksanaan PMK pasca perawatan Rumah Sakit. Desain yang digunakan adalah kohort karena pengumpulan data dilakukan untuk melihat *outcome* pada subjek penelitian (Machfoedz, 2014). Penelitian kohort merupakan rancangan penelitian dengan melakukan pengukuran atau pengamatan pada penyakit yang sudah terpapar untuk melihat efek *outcome* yang ada (Notoatmodjo, 2012).

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

2. Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada 13 April 2015 sampai dengan 22 Mei 2015.

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan unit analisis yang karakteristiknya akan diduga (Hastono dan Sabri, 2010). Populasi pada penelitian ini adalah ibu yang mempunyai bayi BBLR, rata-rata berjumlah 30 ibu dalam satu bulan di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Jumlah populasi ini diambil pada bulan 13 April 2015 sampai dengan 22 Mei 2015 dari ibu yang melahirkan BBLR.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi yang ciri-cirinya diselidiki atau diukur (Hastono dan Sabri, 2010). Sampel dalam penelitian ini adalah ibu yang mempunyai bayi BBLR di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Teknik pengambilan sampel menggunakan tehnik *total sampling*, yaitu tehnik penentuan sampel dengan mengambil seluruh anggota populasi sebagai responden atau sampel (Sugiyono, 2009). Dengan demikian pengambilan sampel dilakukan pada semua ibu yang mempunyai bayi BBLR yang kondisinya sudah stabil untuk dilakukan terapi perawatan metode kanguru dan bersedia menjadi responden, dengan jumlah responden 30 orang.

Pemilihan sampel dilakukan berdasarkan kriteria inklusi meliputi :

- a) Ibu yang bersedia menjadi responden penelitian.
- b) Ibu yang dapat membaca dan menulis.
- c) Ibu yang dapat berkomunikasi lancar dengan bahasa Indonesia ataupun bahasa Jawa.
- d) Ibu yang memiliki bayi BBLR dan memenuhi persyaratan dilakukan PMK yaitu suhu bayi stabil dan tidak ada masalah dalam pernafasan.

Kriteria eksklusi pada penelitian ini mencakup :

- a) Ibu yang sedang sakit.
- b) Ibu yang bayinya masih memerlukan alat bantu nafas.

D. Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini ada dua, yaitu :

1. Variabel Bebas (*Independent*)

Variabel bebas (*independent*) yaitu variabel yang mempengaruhi atau penyebab adanya perubahan atau timbulnya variabel terikat (Saryono, 2009).

Variabel bebas pada penelitian ini adalah program *discharge planning* PMK

2. Variabel Terikat (*Dependent*)

Variabel terikat (*dependent*) yaitu variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat, karena adanya variabel bebas (Saryono, 2009). Variabel terikat pada penelitian ini adalah pelaksanaan PMK pasca perawatan rumah sakit.

E. Definisi Operasional

Table 3.1. Definisi Operasional

No	Jenis & Nama Variabel	Definisi Operasional	Skala pengukuran	Penilaian
1.	Variabel Independen : Program <i>discharge planning</i> PMK	Program <i>discharge planning</i> adalah persiapan pulang klien yang akan meninggalkan rumah sakit dengan memberikan informasi kepada klien dan keluarga tentang PMK yang akan dilakukan di rumah nantinya yang dilakukan oleh perawat yang sudah mengikuti pelatihan PMK.	Nominal	- 0 = ibu tidak dilakukan perencanaan pulang tentang PMK. - 1 = ibu dilakukan perencanaan pulang tentang PMK (Nursinh, 2012)
2.	Variabel Dependen : Pelaksanaan PMK pasca perawatan rumah sakit	Pelaksanaan PMK adalah penerapan PMK yang dilakukan ibu di rumah setelah pulang dari rumah sakit.	Nominal	- 15 atau terampil= bila semua langkah dilakukan - ≤15 atau tidak terampil = bila ada satu langkah tidak dilakukan (Nursinh, 2012)

F. Instrumen Penelitian

1. Jenis Instrumen

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner terdiri dari dua bagian, yaitu : lembar dokumentasi tentang program *discharge planning* PMK dan lembar observasi yang mengukur tentang pelaksanaan PMK pasca perawatan rumah sakit.

a) Kuesioner lembar dokumentasi program *discharge planning* PMK

Dalam lembar dokumentasi ini berisi tentang format dokumentasi ibu dilakukan program *discharge planning* PMK atau tidak. Penilaian 1 jika ibu dilakukan program *discharge planning* PMK dan penilaian 0 jika ibu tidak dilakukan program *discharge planning* PMK.

b) Kuesioner lembar observasi pelaksanaan PMK pasca perawatan rumah sakit

Dalam lembar observasi ini berisi tentang daftar pernyataan “Ya” atau “Tidak” dilakukan pelaksanaan PMK untuk mengetahui pelaksanaan PMK pasca perawatan di rumah sakit. “Ya” dengan skor 15 atau dikatakan terampil bila dilakukan semua tindakan, dan “Tidak” dengan skor kurang dari 15 atau dikatakan tidak terampil bila ada satu langkah tidak dilakukan.

2. Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan untuk mengetahui alat ukur yang digunakan sudah sahih dan ajeg atau alat ukur yang digunakan berkali-kali hasilnya tetap sama. Peneliti tidak melakukan uji validitas dan realibilitas karena kuesioner lembar dokumentasi program *discharge planning* PMK dan

kuesioner lembar observasi pelaksanaan PMK pasca perawatan di rumah sakit sudah diujikan validitas dan reliabilitas oleh penelitian Nursinih (2012). Berdasarkan uji coba kuesioner lembar observasi Nursinih (2012) didapatkan 15 butir pernyataan pelaksanaan PMK pasca perawatan di rumah sakit yang valid dalam pelaksanaan PMK. Oleh karena itu peneliti tidak melakukan uji validitas dan realibilitas lagi.

Pada instrumen dalam penelitian ini sudah terpenuhi dalam uji valid isi. Instrumen penelitian yang dimaksud adalah lembar observasi pelaksanaan PMK. Hal ini tergambar dari langkah-langkah pada pelaksanaan PMK yang diambil dari Perinasia, sekaligus juga menjadi acuan buat penerapan pelaksanaan langkah-langkah PMK di rumah. Pada validitas isi, instrumen penelitian ini dikatakan sudah terpenuhi dikarenakan isi dari langkah-langkah pada instrument tersebut sesuai dengan isi dari dimensi yang akan diukur. Selain itu langkah-langkah pada daftar pelaksanaan PMK yang diambil dari Perinasia ini juga sudah dipakai pada penelitian sebelumnya terkait pelaksanaan PMK.

Alat yang digunakan untuk uji *inter-rater reliability* pada penilaian reliabilitas suatu instrumen yang menghasilkan data nominal adalah uji Cohen's Kappa dan *Percent Agreement*. Penelitian ini menggunakan uji Cohen's Kappa. Standar koefisien Kappa sangat bervariasi, skor minimal Kappa yang bisa diterima adalah 0,6 dan apabila nilainya lebih dari 0,6 maka instrumen tersebut *reliable*. Nilai Kappa untuk uji reliabilitas antar observer

diinterpretasikan sebagai berikut :rendah jika 0,00-0,40, sedang jika 0,41-0,59, baik jika 0,60-0,74, sangat baik jika 1,00.

Uji *inter-rater reliability* dilakukan pada 6 responden, dimana satu asisten menilai 3 responden. Pelaksanaan uji untuk masing-masing asisten berbeda, yaitu pertama dilakukan pada RSUD Indramayu dengan cara pertama memilih responden bersama-sama dengan asisten, kemudian dilakukan demonstrasi oleh peneliti dihadapan responden dan asisten. Selanjutnya pada tiap responden diminta untuk redemonstrasi PMK dalam waktu yang berbeda. Secara bersamaan asisten dan peneliti melakukan penilaian terhadap tiap responden tersebut dengan memakai lembar observasi yang sudah disiapkan. Kemudian data yang didapat dari hasil penilaian melalui observasi tersebut, dimasukkan ke sistem SPSS pada uji Kappa, kemudian didapatkan nilai Kappa. Demikian juga pada asisten dari RSUD Pantura MA Sentot, proses penilaiannya sama seperti pada asisten yang pertama. Hasil dari uji inter-rater reliability yang dilakukan terhadap ke 2 asisten tersebut, diperoleh hasil antara peneliti dengan asisten 1 (RSUD Indramayu) diperoleh nilai 0,72. Pada hasil peneliti dengan asisten 2 (RSUD Pantura MA Sentot) diperoleh nilai 0,68. Hasil uji Kappa dari keduanya diperoleh hasil lebih dari 0,6 sehingga keduanya dapat dilibatkan menjadi asisten peneliti.

G. Teknik Pengumpulan Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh atau dikumpulkan oleh peneliti secara langsung dari sumber datanya (Astuti, 2010). Data primer pada

penelitian ini didapat dengan cara melakukan observasi tentang pelaksanaan PMK, wawancara secara langsung dengan Kepala Ruang Perinatologi dan Perawat yang berjaga di Ruang Perinatologi RSUD Panembahan Senopati Bantul. Peneliti melakukan wawancara untuk mengetahui *discharge planning* dan prevalensi BBLR setiap bulannya, observasi PMK ke responden, dan pelaksanaan program *discharge planning* di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh atau dikumpulkan peneliti dari berbagai sumber yang telah ada (Astuti, 2010). Data sekunder pada penelitian ini berupa catatan rekam medis BBLR setiap bulannya yang ada di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Data yang akan diambil adalah gambaran umum tentang BBLR setiap bulan di RSUD Panembahan Senopati Bantul yang dilakukan program *discharge planning* PMK.

H. Pengolahan dan Analisa data

1. Pengolahan Data

Dari data yang diperoleh kemudian akan dilakukan pengolahan data. Pengolahan data menurut Riyanto (2011) yaitu :

a. *Editing*

Merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isi kuesioner apakah kuesioner sudah diisi dengan lengkap, jelas jawaban dari responden, relevan jawaban dengan pertanyaan, dan konsisten.

b. *Coding*

Pemberian kode-kode tertentu pada masing-masing jawaban menurut macamnya untuk memudahkan dalam tahap pengolahan data yaitu dengan memberi angka, merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka dan bilangan. Biasanya dalam memberikan kode dibuat juga daftar kode dan artinya untuk memudahkan kembali melihat lokasi dan arti suatu kode dari suatu variabel. Data yang *dicoding* adalah program *discharge planning* PMK yaitu kode 1 jika ibu dilakukan program *discharge planning* PMK dan diberikan kode 2 jika ibu tidak dilakukan program *discharge planning* PMK. Selain itu data yang *dicoding* adalah jawaban dari kuesioner pernyataan tentang pelaksanaan PMK pasca perawatan di rumah sakit yaitu jika pelaksanaan PMK diterapkan diberikan kode 1 dan jika tidak diterapkan diberikan kode 2.

c. *Processing* atau *Entry Data*

Setelah data sudah *dicoding* maka langkah selanjutnya melakukan *entry data* atau memasukkan data dari kuesioner ke dalam program komputer, salah satu paket program yang digunakan adalah SPSS 20.

d. *Cleaning*

Cleaning merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di *entry* apakah ada kesalahan atau tidak.

e. *Tabulating*

Tabulating merupakan memasukan data dalam tabel agar mudah peneliti dalam menganalisis data.

2. Analisa Data

Analisa data dilakukan menggunakan bantuan program SPSS 20, yang meliputi analisis *univariat* (analisis deskriptif) dan analisis *bivariat* (analisis uji hipotesis).

a. Analisis *Univariat*

Analisis *univariat* digunakan untuk menganalisis variabel yang ada secara deskriptif dengan menghitung distribusi frekuensi untuk mengetahui gambaran karakteristik dari responden dalam bentuk persentase dan dikelola oleh komputer (Notoatmodjo, 2010).

Rumus yang digunakan yaitu :

$$P = \frac{F}{N} \times 100 \%$$

Keterangan :

P = Persentase yang Dicari

F = Jumlah Frekuensi Setiap Kategori

N = Jumlah Sampel

b. Analisis *Bivariat*

Analisis *bivariat* digunakan untuk mencari hubungan dua variabel. Analisis yang digunakan adalah *chi square* atau *chi-kuadrat*, karena variabel berskala nominal (Machfoedz, 2014). Berikut rumus yang digunakan untuk *chi square* adalah :

$$x^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Keterangan:

x^2 = Nilai *Chi Square*

O = Nilai Observasi

E = Nilai *Expected* (Nilai Harapan atau Nilai Ekspektasi)

Untuk menyimpulkan hasil perhitungan maka nilai dari rumus tersebut diatas, dibandingkan dengan nilai dalam tabel *chi*-kuadrat berdasarkan derajat kepercayaan yang dipilih dan derajat kebebasan dari data yang ada. Selain itu cara lain yang bisa digunakan adalah dengan menggunakan nilai *p value*. Jika nilai *p value* < 0,05 maka hasil yang diperoleh bermakna secara statistik atau hipotesis nol (H_0) ditolak, dan jika nilai *p value* > 0,05 maka hasil perhitungan tidak bermakna secara statistik atau hipotesis nol (H_0) diterima (Dahlan, 2014).

Sedangkan untuk mengetahui keeratan kedua variabel maka peneliti menggunakan parameter dari Sopiudin (2014).

Tabel 3.2 Pedoman Interpretasi Koefisien Korelasi

No	Parameter	Nilai	Interpretasi
1.	Kekuatan korelasi secara statistic	0,0 - < 0,2	Sangat lemah
		0,2 - < 0,4	Lemah
		0,4 - < 0,6	Sedang
		0,6 - < 0,8	Kuat
		0,8 – 1,00	Sangat kuat
2.	Arah korelasi	Positif	Semakin tinggi variabel A
		Negatif	Semakin tinggi variabel B
3.	Nilai P	Nilai P > 0,05	Korelasi tidak bermakna
		Nilai P < 0,05	Korelasi bermakna
4.	Kemaknaan klinis	r yang diperoleh < r minimal	Korelasi tidak bermakna
		r yang diperoleh > r minimal	Korelasi bermakna

I. Etika Penelitian

Menurut Hidayat (2008), etika penelitian yang harus diperhatikan adalah sebagai berikut:

1. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden dengan memberikan lembar persetujuan (Hidayat, 2008). *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden.

2. Tanpa Nama (*Anonymity*)

Anonymity merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, 2008). Sehingga peneliti merahasiakan identitas responden dengan cara tidak mencantumkan nama responden dalam alat ukur atau hanya menggunakan kode (inisial) saat mengolah data dan publikasi data.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya (Hidayat, 2008). Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

4. Manfaat (*Beneficence*)

Masalah ini merupakan rancangan penelitian yang harus memenuhi syarat ilmiah yaitu dapat dipertanggungjawabkan dan manfaat yang didapat lebih besar tetapi risiko semakin kecil. Risiko yang dimaksud seperti bahaya fisik dari intervensi penelitian dan juga kerugian psikososial seperti pelanggaran kerahasiaan dan diskriminasi (Hidayat, 2008). Sehingga peneliti harus dapat memberikan manfaat kepada responden dengan cara memberikan kenyamanan kepada responden dengan tetap menjaga kerahasiaan, keadilan, dan memberikan *informed consent*. Peneliti juga saat melakukan penelitian

diharapkan bisa menjaga kesejahteraan subjek dan tidak merugikan (*nonmaleficence*).

5. Keadilan (*Justice*)

Masalah ini merupakan perlakuan yang sama pada setiap orang dengan moral yang benar dan layak dalam memperoleh haknya (Hidayat, 2008). Sehingga tidak membedakan antara responden satu dengan responden yang lainnya.

J. Jalannya Penelitian

Penelitian ini dilakukan secara bertahap sebagai berikut:

1. Tahap Persiapan Penelitian
 - a. Pengajuan judul penelitian.
 - b. Mengurus surat izin penelitian.
 - c. Melakukan studi pendahuluan di RSUD Panembahan Senopati Bantul.
 - d. Penyusunan proposal skripsi BAB I, BAB II, dan BAB III disertai dengan revisi proposal skripsi.
 - e. Menyusun lembar dokumentasi dan lembar observasi sebagai instrumen penelitian.
 - f. Melakukan seminar proposal di depan penguji dan pembimbing untuk dapat melakukan tahapan berikutnya.
2. Tahap Pelaksanaan Penelitian
 - a. Mengajukan proposal dan surat izin dari kampus untuk diserahkan ke BAPEDDA DIY. Selanjutnya surat izin tersebut diserahkan kepada Diklat RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta.

- b. Setelah surat izin diterima diserahkan ke Diklat RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta, maka peneliti bisa melakukan penelitian secara formal di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta.
- c. Peneliti dibantu 2 orang asisten peneliti yaitu mahasiswa semester 8 Perguruan Tinggi Alma Ata Yogyakarta untuk mempermudah jalannya penelitian sebelum pengambilan data peneliti melakukan penyamaan persepsi dengan 2 asisten peneliti mahasiswa tentang bagaimana proses jalannya penelitian.
- d. Menyiapkan lembar dokumentasi dan lembar observasi penelitian.
- e. Kemudian peneliti dan 2 asisten peneliti melakukan penelitian dengan cara : peneliti dan asisten peneliti mendata pasien-pasien dengan BBLR yang akan pulang, selanjutnya peneliti dan asisten peneliti mengobservasi pasien-pasien BBLR yang dilakukan program *discharge planning* PMK oleh perawat yang telah mengikuti pelatihan PMK atau perawat yang belum mengikuti pelatihan PMK.
- f. Selanjutnya setelah pasien-pasien dengan BBLR dilakukan program *discharge planning* PMK peneliti dan 1 asisten peneliti menemui ibu dengan BBLR untuk meminta izin kepada ibu untuk menjelaskan kepada responden tentang proses jalannya penelitian. Proses jalannya penelitian antara lain setelah ibu pulang dari rumah sakit peneliti dan 1 asisten peneliti akan mengikuti ibu ke rumah agar peneliti mengetahui rumah responden. Setelah kunjungan hari pertama akan ada kunjungan hari kedua untuk mengobservasi pelaksanaan PMK di rumah. Setelah kunjungan hari

kedua akan ada kunjungan mendadak kepada responden agar mengetahui apa ibu tetap melakukan PMK di rumah. PMK di rumah dilakukan selama 1 jam. Kemudian 1 asisten peneliti berada di rumah sakit untuk mengobservasi pemberian program *discharge planning* PMK pada ibu dengan BBLR yang dilakukan oleh perawat yang telah mengikuti pelatihan PMK.

- g. Selanjutnya ibu menyetujui untuk bersedia menjadi responden dan kemudian diberikan *informed consent*.
 - h. Menyiapkan lembar observasi pelaksanaan PMK di rumah.
 - i. Melakukan observasi kepada responden dan menunggu proses selesai dengan memperhatikan lembar dokumentasi dan lembar observasi penelitian.
 - j. Menunggu sampai satu bulan lebih untuk mengumpulkan data-data yang diobservasi dengan dokumentasi yang telah dilakukan selama penelitian.
3. Tahap Akhir
- a. Setelah data terkumpul, peneliti melakukan pengolahan data menggunakan program SPSS 20.
 - b. Setelah analisa data dilakukan, kemudian dibuat laporan hasil penelitian yang nantinya akan diseminarkan. Pada ujian hasil apabila ada kekurangan dilanjutkan dengan perbaikan skripsi.