

Pengaruh Pemberdayaan Keluarga terhadap Status Kesehatan Bayi Berat Lahir Rendah di Kota Jakarta

Yeni Rustina*, Astuti Yuni Nursasi, Tri Budiati, Elfi Syahreni, Poppy Fitriyani

Kelompok Keilmuan Keperawatan Anak, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*e-mail: y_rustina@ui.ac.id

Abstrak

Bayi berat lahir rendah (BBLR) rentan terhadap masalah kesehatan sejak bayi lahir, selama dirawat di rumah sakit dan berlanjut sampai setelah bayi pulang ke rumah. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi dampak pemberdayaan keluarga terhadap status kesehatan BBLR. Penelitian ini merupakan *action research* dengan menggunakan metoda kualitatif dan kuantitatif. Pendekatan kualitatif digunakan untuk mengidentifikasi pengalaman orang tua BBLR sebagai dasar bagi pengembangan intervensi dan pendekatan kuantitatif digunakan untuk mengevaluasi intervensi pemberdayaan keluarga. Tujuh partisipan, 20 ibu dan bayi di kelompok intervensi dan 27 ibu dan bayi di kelompok kontrol ikut serta dalam penelitian ini. Hasil penelitian memperlihatkan bahwa pemberdayaan keluarga efektif dalam meningkatkan status imunisasi bayi, meningkatkan pemeriksaan kesehatan lanjutan, menurunkan frekuensi kunjungan akut, meningkatkan pengetahuan dan sikap orang tua dalam memberikan asuhan. Kesimpulan: Ibu memerlukan informasi terkait cara merawat bayinya dan pemberdayaan keluarga efektif dalam meningkatkan status kesehatan BBLR.

Abstract

The Influence of Family Empowerment on the Health Status of Low Birth Weight Infant in Jakarta. Low birth weight (LBW) infant is susceptible to health problems since the infant born, during in the hospital and continue after discharge. The purpose of this study was to identify the influence of family empowerment on the health status of LBW infant. Action research using qualitative and quantitative method was used in this study. Qualitative approach was used to identify the experience of mothers of LBW infants as a data based for intervention development, and quantitative approach was used to evaluate the influence of family empowerment program on the health status of LBW infants. There were 7 participants, 20 mothers and their infants in the intervention group and 27 in the control group involved in this study. The study showed that family empowerment was effective in improving the immunization status and follow-up care attendance, reducing the frequency of acute care visits, increasing mothers' knowledge and skill in providing care. In conclusion, mothers need information on providing a proper care for LBW, and family empowerment can significantly improve maternal knowledge and health status of LBW infants.

Keywords: family empowerment, health status, low birth weight, mother

Pendahuluan

Jakarta merupakan kota metropolitan yang dihuni berbagai suku dan budaya yang ada di Indonesia. Jakarta juga menjadi tujuan bagi para pencari kerja yang sebagian berasal dari luar kota dan tanpa dibekali keahlian khusus, sehingga tidak jarang banyak yang menjadi gelandangan di kota Jakarta. Kondisi ini tergambar dari masuknya DKI sebagai salah satu dari 10 provinsi dengan wanita usia subur yang mengalami kurang energi kronis di kota Jakarta.¹ Masalah ini tentunya akan berakibat pada generasi penerus yang

akan dilahirkan, yaitu anak yang terlahir dapat prematur atau berat lahir rendah akibat nutrisi ibu yang buruk.²

Bayi berat lahir rendah (BBLR) mempunyai kecenderungan lebih tinggi untuk mengalami berbagai penyakit, bahkan kematian, karena fungsi organnya yang belum sempurna. Periode bayi segera setelah lahir merupakan periode kritis, karena bayi harus beradaptasi terhadap lingkungan di luar kandungan. Kegagalan bayi beradaptasi dapat berakibat fatal bagi kehidupan bayi. Hal ini tercermin dari tingginya angka kematian neonatal dini (usia 0-7 hari). Di Indonesia, penyebab

kematian neonatus atau bayi baru lahir usia 0-7 hari adalah masalah pernapasan (35,9%) dan prematuritas/BBLR (32,3%); sedangkan pada usia 7-28 hari penyebab kematian terbanyak adalah infeksi (20,5%).¹

Bayi berat lahir rendah mempunyai peningkatan risiko terjadinya hipotermia yaitu suhu tubuh bayi kurang dari 36,5 °C karena mekanisme pengaturan suhu tubuh BBLR belum sempurna.³ Bayi memerlukan dukungan lingkungan yang hangat dan untuk memberikan kehangatan tersebut, bayi biasanya ditempatkan di dalam inkubator dan dirawat di ruangan khusus, bahkan intensif, yang terpisah dari ibunya. Lingkungan perawatan bayi sering tidak kondusif untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi dan keluarganya.⁴ Oleh karena itu asuhan yang memfasilitasi perkembangan (*developmental care*) harus dilakukan. Selain itu, jumlah inkubator yang tidak sesuai dengan kebutuhan bayi menyebabkan satu inkubator dihuni oleh lebih dari satu bayi. Hal ini berpotensi untuk meningkatkan infeksi silang.³ Pemisahan bayi dan orang tua juga menimbulkan ibu merasa tidak berdaya⁵ untuk merawat bayinya. Hal ini bisa dipahami karena kelahiran bayi yang terlalu dini dapat menyebabkan ketidaksiapan ibu untuk merawat bayinya. Oleh sebab itu mengikut sertakan keluarga dalam perawatan BBLR khususnya perawatan metoda kanguru (PMK) atau asuhan kontak kulit ke kulit (*skin to skin contact*) sangatlah penting.

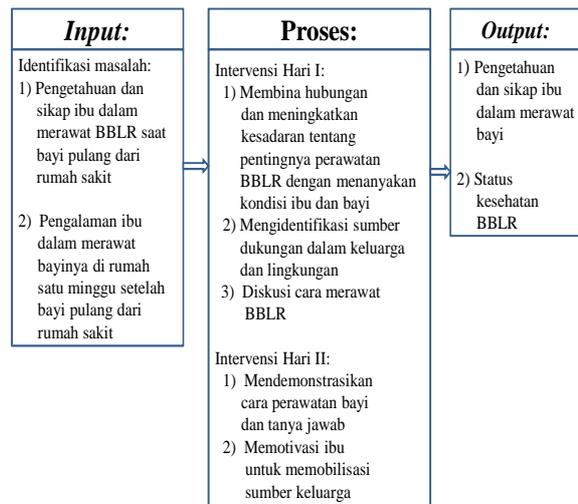
Manfaat PMK telah banyak dibuktikan yaitu bila dibandingkan dengan perawatan tradisional, bayi dengan PMK memiliki angka kelangsungan hidup lebih baik,⁶ status fisiologis lebih baik dan lebih stabil.⁷⁻⁸ PMK mempunyai dampak positif terhadap perkembangan motorik bayi,⁹ durasi tidur lebih lama, kenaikan berat badan lebih cepat.⁸

Perawatan metode kanguru mulai digalakkan di RSCM sejak bulan Juni 2008, baik itu yang sifatnya sewaktu-waktu (*intermittent*) maupun yang terus menerus (kontinu) selama 24 jam. Dalam 1 bulan pertama pelaksanaan PMK, ada 11 bayi yang dilakukan PMK secara terus menerus dengan rata-rata lama rawat bayi 4,3 hari, rata-rata kenaikan berat badan bayi selama dirawat di ruang PMK kontinu adalah 136 gram.¹⁰ Walaupun demikian, ibu merasa tidak percaya diri untuk merawat sang bayi ketika pertama kali melihat bayinya.¹¹

Penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan program pemberdayaan keluarga dan efektivitasnya terhadap peningkatan status kesehatan BBLR.

Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan suatu *action research* dengan pendekatan kualitatif dan kuantitatif (Gambar 1). Fenomenologi digunakan untuk mengidentifikasi pengalaman ibu dalam merawat bayinya di rumah yang dijadikan dasar



Gambar 1. Kerangka Penelitian

dalam pengembangan program pemberdayaan keluarga. Wawancara dilakukan pada hari ketiga bayi pulang dari rumah sakit. Sebanyak 7 partisipan ikut serta dalam penelitian ini yang dipilih secara purposif. Penelitian kuantitatif menggunakan rancangan kuasi eksperimen *post-test only* untuk mengidentifikasi status kesehatan bayi dan rancangan *pre-* dan *post-test* digunakan untuk mengidentifikasi pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR. Penelitian kuantitatif melibatkan 27 sampel pada kelompok kontrol dan 20 sampel pada kelompok intervensi yang dipilih secara purposif sesuai dengan kriteria inklusi, yaitu bayi berat lahir rendah (berat lahir kurang dari 2500 gram), dirawat di rumah sakit dan ditindaklanjuti ke rumah sampai 2 minggu setelah pulang dari rumah sakit (RS), usia gestasi minimal 32 minggu, tidak membutuhkan bantuan pernapasan dengan ventilator atau *continuous positive air pressure* (CPAP), tidak pernah dirawat di *neonatal intensive care unit* (NICU). Kriteria ibu: dapat membaca, memiliki keluarga sebagai sistem pendukung, tinggal di wilayah Jakarta, bersedia untuk ikut serta dalam penelitian. Intervensi yang dilakukan mencakup *developmental care*, perawatan metode kanguru, dan program pemberdayaan keluarga yang dikembangkan berdasarkan kebutuhan responden.

Hasil dan Pembahasan

Tema yang muncul berdasarkan perfektif partisipan. Partisipan dalam penelitian kualitatif ini adalah ibu BBLR berusia antara 18 sampai 44 tahun, dengan latar belakang pendidikan bervariasi dari sekolah dasar sampai sekolah menengah tingkat atas, bertempat tinggal di Jakarta.

Penelitian ini mengidentifikasi 6 tema utama yaitu: perawatan bayi, masalah kesehatan pada bayi, respons fisik dan psikologis ibu, dukungan sosial keluarga,

harapan positif pada anak, dan perlunya peningkatan pengetahuan. Penelitian lain juga mendapatkan hasil yang hampir sama yaitu kebutuhan para orang tua yang bayinya dirawat di NICU meliputi: informasi yang cukup terkait perawatan bayi, mengawasi dan melindungi bayi, kontak dengan bayi, persepsi positif dari staf, asuhan yang bersifat individual, dan hubungan yang terapeutik dengan staf perawatan.¹² Orang tua mempunyai hak untuk mendapatkan informasi terkait masalah kesehatan dan cara perawatan bayi baru lahir yang harus dipenuhi oleh perawat atau tenaga kesehatan lain. Hal ini merupakan salah satu fungsi keluarga yaitu perawatan kesehatan.¹³

Beberapa subtema yang muncul dalam perawatan bayi yaitu kebersihan kulit (cara memandikan), merawat tali pusat, memberi kehangatan, pemenuhan nutrisi, perawatan perut kembung, perawatan pasca eliminasi, stimulasi pertumbuhan dan perkembangan, dan pemeriksaan ulang kesehatan. Data tersebut dijadikan dasar dalam pemberian pendidikan kesehatan kepada ibu terkait perawatan BBLR yang merupakan bagian dari program pemberdayaan keluarga.

Pendidikan kesehatan bagi orang tua dengan memberikan kesempatan untuk praktik di bawah bimbingan perawat merupakan salah satu upaya perawat untuk memenuhi kebutuhan orang tua. Orang tua mengharapkan bimbingan yang bersifat individual.¹² Mercer mengatakan bahwa peran sebagai orang tua akan tercapai apabila terjadi harmonisasi internal antara peran sebagai orang tua dengan apa yang diharapkannya.¹⁴

Program pemberdayaan keluarga mencakup dua tahap yaitu hari pertama ditujukan untuk meningkatkan kesadaran keluarga akan pentingnya perawatan BBLR, mengidentifikasi dukungan yang tersedia di rumah, dan mendiskusikan tentang perawatan bayi. Hari kedua yaitu memberikan pendidikan kesehatan dan mendemonstrasikan cara perawatan bayi, serta memotivasi ibu untuk memanfaatkan sumber dukungan keluarga. Media yang digunakan dalam memberikan pendidikan kesehatan adalah *booklet*. Intervensi dilakukan di rumah responden satu minggu setelah bayi pulang dari rumah sakit dan dievaluasi satu minggu setelah intervensi.

Dampak pemberdayaan keluarga diidentifikasi dengan membandingkan pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat bayi dan status kesehatan BBLR antara kelompok yang mendapat program pemberdayaan keluarga dengan kelompok yang tidak mendapatkan program.

Pengaruh Pemberdayaan Keluarga terhadap Pengetahuan, Sikap Ibu dalam Merawat Bayi dan Status Kesehatan Bayi. Karakteristik responden kelompok intervensi, yaitu kelompok yang mendapatkan intervensi pemberdayaan keluarga, dan kelompok

kontrol, yaitu kelompok yang tidak mendapat intervensi pemberdayaan keluarga, dapat dilihat pada Tabel 1 dan Tabel 2.

Mayoritas ibu berusia antara 20-35 tahun, hampir semua ibu sekolah, suku Jawa, penghasilan pada kelompok intervensi di atas Upah Minimum Regional (UMR) kota Jakarta dan pada kelompok kontrol di bawah UMR kota Jakarta. Mayoritas responden pada kelompok kontrol merupakan anak pertama, sehingga belum mempunyai pengalaman merawat bayi. Karakteristik bayi dalam penelitian ini mayoritas berjenis kelamin laki-laki, rata-rata usia gestasi 35,09 minggu dengan usia gestasi minimal 30 minggu dan maksimal 40 minggu. Hal ini berarti bahwa BBLR bisa kurang bulan (prematuur) dan juga bisa cukup bulan. Berat lahir yang rendah pada kehamilan cukup bulan salah satunya dapat disebabkan karena malnutrisi intra uterin.² Rata-rata berat lahir pada kelompok kontrol 1869,63 gram dan kelompok intervensi 1834,85 gram, bayi dirawat oleh ibu. Tidak ada perbedaan yang bermakna karakteristik bayi maupun ibu antara kedua kelompok.

Pengaruh program pemberdayaan keluarga dapat dilihat pada Tabel 3. Berdasarkan Tabel 3 diketahui bahwa rata-rata pengetahuan kelompok intervensi setelah diberikan program pemberdayaan keluarga adalah 28,85 sementara pada kelompok kontrol 26,44. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan bermakna skor pengetahuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapatkan program

Tabel 1. Distribusi dan Kesetaraan Karakteristik Responden Ibu antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Karakteristik	Kelompok Intervensi (n=20)		Kelompok Kontrol (n=27)		p value
	n	%	n	%	
Usia					
20-35	15	75	20	74,1	1,000
>35	5	25	7	25,9	
Pendidikan					
Sekolah	19	95	26	96,3	1,000
Tidak sekolah	1	5	1	3,7	
Suku					
Jawa	5	25	12	44,4	0,561
Sunda	2	10	2	7,4	
Betawi	8	40	9	33,3	
Lain-lain	5	25	4	14,8	
Penghasilan					
>UMR	13	65	9	33,3	0,640
<UMR	7	35	18	66,7	
Jumlah anak					
1	4	20	13	48,1	0,166
2	8	40	10	37	
>2	8	40	4	14,8	

Tabel 2. Distribusi dan Kesetaraan Karakteristik Responden Bayi Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Variabel	n	Rata-rata	SD	Minimum	Maksimum	95% CI	p-value
Berat Lahir							
Kelompok Intervensi	20	1834,85	195,760	1400	2100	1743,2-1926,47	0,631
Kelompok Kotrol	27	1869,63	273,038	1250	2300	1761,62- 197,64	
Total	47	1854,83	241,387	1250	2300	1783,9-1925,70	
Usia Gestasi							
Kelompok Intervensi	20	35,40	3,218	30	40	33,89-36,91	0,578
Kelompok Kotrol	27	34,85	3,382	30	40	33,51-36,19	
Total	47	35,09	3,289	30	40	34,12-36,05	

n= jumlah responden; SD= standar deviasi; CI= confidence interval

Tabel 3. Perbedaan Pengetahuan, Sikap, Berat Badan antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Variabel	Mean	SD	SE	p value	n
Pengetahuan					
Kelompok intervensi	28,85	1,803	0,403	0,003	20
Kelompok kontrol	26,44	2,006	0,386		27
Sikap					
Kelompok intervensi	67,10	6,189	1,384	0,160	20
Kelompok kontrol	64,56	5,925	1,140		27
Berat Badan					
Kelompok intervensi	2330,00	252,961	56,564	0,539	20
Kelompok kontrol	2387,89	387,329	74,542		27

pemberdayaan keluarga dengan $p\ value \leq 0,05$. Hasil ini mengindikasikan bahwa program pemberdayaan keluarga efektif dalam meningkatkan pengetahuan ibu. Pemberdayaan keluarga merupakan salah satu upaya perawat dalam memenuhi kebutuhan orang tua untuk merawat bayinya.¹² Pendidikan kesehatan dan pendampingan merupakan strategi untuk memampukan para orang tua dalam merawat bayinya. Hasil ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang memberikan pendidikan kesehatan kepada orang tua BBLR melalui paket respons, interaksi, dan dekapan ibu (RINDU).¹⁵ Penelitian lain juga mengidentifikasi bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara ibu-ibu yang diberikan pendidikan kesehatan dengan yang tidak diberikan pendidikan kesehatan terkait perawatan bayi dan nutrisi.¹⁶

Berdasarkan Tabel 3 diketahui bahwa rata-rata skor sikap responden kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan rata-rata skor pada kelompok kontrol. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna sikap responden antara kelompok intervensi dan kontrol setelah kelompok intervensi mendapatkan program pemberdayaan keluarga dengan $p\ value \geq 0,05$.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Suriah,¹⁷ karena pada penelitian ini tidak terdapat

perbedaan sikap yang bermakna antara kedua kelompok walaupun skor sikap pada kelompok intervensi lebih tinggi dari skor sikap pada kelompok kontrol. Perbedaan hasil ini mungkin disebabkan oleh frekuensi intervensi yang diberikan. Pada penelitian Suriah, intervensi dilakukan 2 kali yaitu pada saat hamil dan setelah bayi lahir, sementara itu pada penelitian ini hanya dilakukan satu kali intervensi dalam 2 hari (2 jam). Faktor tempat penelitian juga mungkin berpengaruh. Suriah melakukan penelitiannya di kota Garut. Garut merupakan daerah binaan berbagai Lembaga Swadaya Masyarakat dalam meningkatkan kesehatan ibu dan bayi baru lahir, sehingga responden kemungkinan sudah terpapar dengan berbagai informasi dan motivasi.

Berdasarkan Tabel 3 diketahui bahwa rerata berat badan bayi kelompok intervensi setelah diberikan program pemberdayaan keluarga adalah 2330 gram sementara pada kelompok kontrol 2387,89 gram. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna berat badan bayi antara kelompok intervensi dan kontrol setelah kelompok intervensi mendapatkan program pemberdayaan keluarga dengan $p\ value \geq 0,05$. Hasil ini sejalan dengan penelitian Rustina bahwa program edukasi tidak memberikan dampak yang bermakna terhadap kenaikan berat badan bayi, namun berat badan rata-rata pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol.¹⁸ Perbedaan hasil yang tidak bermakna pada penelitian ini dapat disebabkan karena rata-rata berat lahir pada kelompok kontrol lebih besar dibandingkan pada kelompok intervensi. Selain itu, pelaksanaan PMK di rumah tidak dapat dipantau, sehingga dampaknya terhadap kenaikan berat badan tidak begitu bermakna. Bayi yang mendapat perawatan metode kanguru selama 6-8 jam setiap hari selama 4-6 hari mengalami peningkatan berat badan yang lebih baik dibandingkan dengan bayi yang dirawat di dalam inkubator.¹⁹

Pengaruh program pemberdayaan keluarga terhadap status imunisasi, kontrol ulang, morbiditas, kunjungan akut dan rawat ulang. Hasil penelitian mengindikasikan bahwa ada perbedaan bermakna pada status imunisasi dan kontrol ulang antara kelompok kontrol dan kelompok

Tabel 6. Perbedaan Status Imunisasi Bayi, Kontrol Ulang, Morbiditas, Kunjungan Akut, Rawat Ulang antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Variabel	Kelompok Intervensi (n=20)		Kelompok Kontrol (n=27)		p value
	n	%	n	%	
Imunisasi					
Sudah diberikan	16	80	9	33,3	0,004
Belum diberikan	4	20	18	66,7	
Kontrol ulang					
Ya (1 kali)	7	35	13	48,1	0,023
Ya (2 kali)	5	25	0	0	
Tidak	8	40	14	51,9	
Morbiditas					
Diare	0	0	1	3,7	0,536
Infeksi	3	15	5	18,5	
Demam	1	5	0	0	
Tidak ada	16	80	21	77,8	
Kunjungan akut					
Pernah (1 kali)	1	5	2	7,4	1,000
Tidak pernah	19	95	25	92,6	
Rawat ulang					
Tidak	20	100	27	100	

intervensi. Masalah kesehatan yang ditemukan pada kelompok intervensi adalah demam dan infeksi; sementara itu pada kelompok kontrol adalah diare dan infeksi. Hasil ini menegaskan bahwa infeksi merupakan masalah utama pada bayi baru lahir usia 7-28 hari.¹ Penelitian lain juga mengidentifikasi bahwa masalah infeksi dan gastro intestinal merupakan penyebab rawat ulang bayi prematur pada dua tahun pertama kehidupannya.^{18,20}

Prosentase kunjungan akut pada kelompok kontrol lebih besar walaupun secara statistik tidak berbeda bermakna. Tidak ada satupun dari kedua kelompok yang mengalami rawat ulang. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Rustina bahwa pada kelompok kontrol, kunjungan akut frekuensinya lebih sering dibandingkan pada kelompok intervensi walaupun tidak berbeda bermakna.¹⁸ Penelitian ini juga ditunjang oleh hasil penelitian lain bahwa perencanaan pulang yang dilakukan sejak bayi masuk sampai keluar dari rumah sakit memberi dampak terhadap status fisik bayi yang lebih baik.²¹

Upaya pemberdayaan keluarga pada penelitian ini dapat meningkatkan kontrol ulang, yaitu dengan melakukan asuhan lanjutan (*follow-up care*) pasca bayi pulang dari rumah sakit. Asuhan lanjutan sangat penting untuk deteksi dini terhadap kelainan yang mungkin terjadi karena bayi-bayi yang lahir dengan usia gestasi kurang dari 32 minggu mempunyai risiko lebih tinggi untuk mengalami rawat ulang yang disebabkan karena masalah pernapasan.²⁰ Asuhan lanjutan juga dapat memfasilitasi pertumbuhan dan perkembangan bayi. Pelibatan ibu

dalam perawatan bayi diantaranya keterlibatan dalam perawatan metode kanguru memberikan dampak positif terhadap rasa percaya diri ibu dalam merawat bayinya.¹¹

Hasil penelitian ini memberikan implikasi bagi pelayanan keperawatan bahwa BBLR khususnya mereka yang prematur terus menerus dihadapkan pada berbagai masalah kesehatan. Permasalahan tersebut sebagian besar dapat dicegah dengan memberdayakan keluarga untuk meningkatkan kesehatan bayinya. Pemberian informasi dan pelibatan orang tua dalam perawatan bayi selama bayi dirawat di rumah sakit melalui proses perencanaan pulang, serta pemberian dukungan emosional merupakan upaya untuk membuat orang tua berdaya. Perencanaan pulang yang terkoordinasi dengan baik dapat mempersiapkan ibu dan keluarga agar mempunyai pengetahuan dan keterampilan dalam merawat bayinya.

Berbagai kebiasaan keluarga dalam merawat bayi masih dipraktikkan dalam perawatan BBLR. Hal ini harus menjadi perhatian perawat agar dikaji praktik yang mana yang aman bagi bayi dan yang mana yang harus ditinggalkan karena membahayakan kesehatan bayi. Perawat perlu mempunyai kompetensi terkait budaya yang dianut.

Program pemberdayaan keluarga efektif dalam meningkatkan pengetahuan orang tua dan meningkatkan kesadaran orang tua untuk membawa anaknya kontrol kesehatan pasca dirawat di rumah sakit. Dengan demikian, pemberian dukungan kepada keluarga harus dilakukan sejak bayi masih dirawat di rumah sakit dan dilanjutkan melalui kunjungan rumah.

Simpulan

Program pemberdayaan keluarga secara bermakna dapat meningkatkan pengetahuan ibu, pemberian imunisasi dan meningkatkan kontrol kesehatan ulang. Program ini dapat meningkatkan sikap ibu, skor sikap ibu pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol walaupun tidak berbeda bermakna, tidak adanya pengaruh intervensi yang bermakna terhadap pertumbuhan bayi, yaitu kenaikan berat badan. Program ini juga menurunkan frekuensi kunjungan akut, frekuensi bayi yang melakukan kunjungan akut pada kelompok kontrol lebih besar dibandingkan pada kelompok intervensi walaupun tidak berbeda secara bermakna.

Ucapan Terima Kasih

Penulis menyampaikan terima kasih kepada Universitas Indonesia melalui DRPM yang telah membiayai penelitian ini melalui Hibah Riset Berbasis Kompetensi dengan surat perjanjian No: 3430/H2.R12/PPM.00.01, Sumber Pendanaan/2010. Terima kasih juga penulis sampaikan kepada Pimpinan Rumah Sakit Persahabatan, Rumah Sakit Fatmawati, Rumah Sakit Anak dan Bunda

(RSAB) Harapan Kita dan semua pihak yang telah membantu terlaksananya penelitian ini.

Daftar Acuan

1. Departemen Kesehatan R.I. *Laporan hasil riset kesehatan dasar (RISKESDAS) nasional 2007*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2008.
2. Ricci SS. *Essentials of maternity, newborn, & women's health nursing*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2009.
3. Gardner SL, Carter BS, Enzman-Hines M, Hernandez JA. *Merenstein & gardner's handbook of neonatal intensive care*. 7th ed. St Louis: Mosby; 2011.
4. Kenner C, McGrath JM, editors. *Developmental care of newborns & infants*. St Louis: Mosby; 2004.
5. Fegran L, Helseth S, Fagermoen MS. A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs*. 2008;17(6):810-816
6. Worku B, Kassie A. Kangaroo mother care: a randomized controlled trial on effectiveness of early kangaroo mother care for the low birth weight infants in Addis Ababa, Ethiopia. *J Tropic Pediatr* 2005;51(2):93-97.
7. Birgmen NJ, Linley LL, Fawcus SR. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns. *Acta Pediatr*. 2004;93:779-785.
8. Priya JJ. Kangaroo care for low birth weight babies. *Nurs J India*. 2004; 95(9): 209-212.
9. Feldman R, Eidelman AI, Sirota L, Weller A. Comparison of skin-to-skin (Kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatr*. 2002;110(1):16-26.
10. Rustina Y, Roeslani DR, Caswini N, Mintarsih M. *The implementation of continuous kangaroo mother care (KMC) at the national top referral hospital (RSCM) in Jakarta*. Proceedings of the 7th International Workshop on Kangaroo Mother Care; Upsala, Sweden: 2008 Oct 8-11.
11. Endyarni B, Roeslani RD, Rohsiswatmo R, Soedjatmiko. Mothers' response on kangaroo mother care intervention for preterm infants. *Paediatr Indonesia*. 2009;49(4):224-228.
12. Cleveland LM. Parenting in the neonatal intensive care unit. *JOGNN*. 2008;37(6):666-691.
13. Friedman MM. *Family nursing: research, theory and practice*. 4th ed. USA: Apleton & Lange; 2003.
14. Alligood MR. *Nursing theory: utilization and application*. 5th ed. Missouri: Mosby; 2010.
15. Yani ER, *Pengaruh paket pendidikan kesehatan "RINDU" terhadap kesiapan ibu merawat bayi prematur setelah pulang dari rumah sakit di Kediri*. [Tesis Master]. Indonesia: Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia; 2009.
16. Sharma S, Nagar S. Impact of educational intervention on knowledge of mothers regarding childcare and nutrition in Himachal Pradesh. *J Sos Sci*. 2006;12(2):139-142.
17. Suriah, *Pengaruh kader kesehatan sebagai komunikator terhadap perilaku ibu neonates dalam perawatan neonates di kabupaten Garut Jawa Barat* [Tesis Doktor]. Indonesia: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia; 2011.
18. Rustina Y, *Educational program for enhancing parental competency and outcomes of preterm infants* [PhD Thesis]. Chiang Mai, Thailand: Faculty of Nursing, Chiang Mai University; 2005.
19. Ali SM, Sharma J, Sharma R, Alam S. Kangaroo mother care as compared to conventional care for low birth weight babies. *Dicle Med J*. 2009;36(3): 155-160.
20. Ralser E, Mueller W, Haberland C, Fink F, Gutenberger K, Strobel R, Kiechl-Kohlendorfer U. Rehospitalization in the first 2 years of life in children born preterm. *Acta Pediatr*. 2012;110:e1-e5.
21. Sajedi F, Kashaninia Z, Koramirad A. Effect of discharge planing on physical status of neonates. *Acta Med Iran*. 2006;44(6):409-414.