

# **INPUT PELAKSANAAN *KANGAROO MOTHER CARE* PADA BERAT LAHIR RENDAH DI RUMAH SAKIT**

**Andi Kasrida Dahlan, Wiwik Kusumawati, Retno Mawarti**

Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

Email: idhamatahari09@gmail.com

**Abstract:** The research was aimed to explain the implementation of KMC on LBW input. The research was qualitative descriptive phenomenology study was conducted at Hospital Sawerigading Palopo with 4 main informant midwife / nurse who has done KMC. Collecting data using the technique of in-depth interviews, observation and documentation. Analysis of the data with models Miles and Huberman. The results of this study showed that there is a policy, but still lacking socialization related to the implementation of KMC mothers and families with babies of low birth weight, lack of human resources training and infrastructure do not meet the standards. Conclusion: The availability of input components KMC implementation is not maximized.

**Keywords:** input, implementation, KMC, LBW, qualitative

**Intisari:** Penelitian ini bertujuan menjelaskan input pelaksanaan KMC pada BBLR. Metode penelitian adalah kualitatif dengan desain deskriptif fenomenologi. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Sawerigading Kota Palopo dengan 4 informan utama bidan/perawat yang telah melakukan KMC. Pengumpulan data menggunakan teknik wawancara mendalam, observasi dan dokumentasi. Analisis data dengan model Miles dan Huberman. Hasil penelitian ini diperoleh bahwa terdapat kebijakan namun masih kurang sosialisasi terkait pelaksanaan KMC pada ibu dan keluarga dengan bayi BBLR, masih kurangnya SDM yang mengikuti pelatihan serta sarana dan prasarana belum memenuhi standar. Simpulan: ketersediaan komponen input pelaksanaan KMC belum maksimal.

**Kata Kunci:** input, pelaksanaan, KMC, BBLR, kualitatif

## PENDAHULUAN

Berat badan lahir rendah (BBLR) adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa gestasi yang ditimbang dalam 1 jam setelah lahir (Suradi, 2013). Menurut WHO (2009) setiap tahun diperkirakan sekitar 20 juta bayi lahir dengan BBLR yang dibedakan dalam dua kategori yaitu kelahiran sebelum waktunya dengan usia kehamilan kurang 37 minggu (*prematuur*) dan bayi yang lahir cukup bulan tetapi berat badannya kurang atau mengalami gangguan pertumbuhan selama masih dalam kandungan (*intra uterin growth restriction /IUGR*).

BBLR memberikan kontribusi tertinggi (59%) pada kematian neonatal pada usia 0-28 hari pertama kehidupan. Dampak lain yang dapat terjadi pada BBLR adalah resiko infeksi, *hipotermi*, mudah mengalami kesulitan bernafas/ *asfiksia* dan resiko gangguan nutrisi (Bobak, 2004; Depkes, 2009; Elizabeth, *et al*, 2013; Suradi *et al.*, 2013).

Salah satu upaya perawatan pada BBLR yang terbukti sederhana, murah dan sangat dianjurkan adalah *Kangaroo Mother Care* (KMC) (HTA, 2008). Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa KMC dapat menurunkan angka kematian bayi, menstabilkan suhu tubuh, meningkatkan berat badan, meningkatkan *bounding attachment*, menstabilkan detak jantung dan pernapasan, bayi lebih tenang, waktu tidur semakin lama, menurunkan respon nyeri fisiologi, waktu pemulihan lebih singkat, meningkatkan produksi ASI dan lama menyusui (Ludington *et al.*, *cit* Suradi *et al.*, 2013; Heidarzadeh *et al.*, 2013; Conde *et al.*, 2014; Rao *et al.*, 2008; Mohammad Zadeh, 2011; Dodd, 2005; Charpak *et al.*, 2005).

Menurut WHO (2003) beberapa persyaratan dalam perawatan KMC adalah (1) formulasi dari kebijakan, dimana pembuat kebijakan antara lain direktur rumah sakit,

dan orang-orang yang berwenang terhadap sistem pelayanan kesehatan di tingkat daerah, provinsi ataupun ditingkat wilayah. Adapun kebijakan secara nasional diperlukan untuk menjamin integrasi yang terpadu dan efektif dalam struktur sistem kesehatan, pendidikan serta pelatihan yang telah ada sebelumnya. (2) organisasi pelayanan dan tindak lanjut merupakan penerapan perawatan KMC dengan melihat kebijakan dan petunjuk tertulis yang disesuaikan dengan kondisi dan budaya lokal. Untuk tindak lanjut dilakukan oleh petugas kesehatan terlatih yang tinggal berdekatan dengan tempat tinggal ibu. (3) sarana dan prasarana, (4) sumber daya manusia (SDM) yang terlatih (Depkes, 2009).

Hal penting yang perlu dipersiapkan untuk menunjang keberhasilan pelaksanaan KMC adalah komponen input. Melalui komponen input yang lengkap akan mempengaruhi proses pelaksanaan KMC sehingga akan memberikan hasil (*output*) yang maksimal. Sebaliknya, masalah utama yang menghambat keberhasilan dalam penerapan KMC adalah komponen input bila terjadi penolakan baik dari petugas kesehatan, *manager* perawatan maupun secara administrasi tidak mendukung adanya penerapan KMC di rumah sakit.

Selain itu, kurangnya fasilitas, perlengkapan, koordinasi, dan waktu yang dibutuhkan petugas kesehatan untuk mengajarkan KMC pada ibu dijadikan sebagai alasan bahwa KMC sulit untuk diterapkan di rumah sakit serta adanya anggapan bahwa penerapan KMC meningkatkan beban kerja petugas kesehatan dengan keterbatasan tenaga maupun tidak ada distribusi tenaga yang jelas (WHO, 2003; Depkes 2009).

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan desain dekriptif

fenomenologi dengan pendekatan waktu *retrospective*. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel dengan maksud dan tujuan tertentu (Putra, 2012).

Subjek penelitian yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari informan utama tenaga kesehatan dan informan pendukung yaitu ibu dan keluarga dengan BBLR. Kriteria Inklusi untuk informan utama adalah tenaga kesehatan yang bertugas di ruang Perinatologi di RSUD Sawerigading yang bertanggung jawab secara langsung dalam memberikan konseling, informasi, edukasi terhadap pelaksanaan pelayanan KMC di rumah sakit, Ibu dan tenaga kesehatan yang pernah melakukan KMC, Ibu dan tenaga kesehatan yang bersedia menjadi informan dalam penelitian ini.

Adapun kriteria eksklusinya adalah bayi yang kelainan bawaan mayor (*labio-skisis, palatoskisis, amfalokel*). tenaga kesehatan dan ibu yang sedang sakit sehingga tidak dapat melaksanakan KMC serta tidak keluarga yang dapat menggantikan dalam perawatan.

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara mendalam (*In depth interviews*), observasi sarana-prasarana, dan studi dokumentasi. Sedangkan analisis data yang digunakan dalam penelitian ini mengadopsi model Miles

dan Hubberman (1992) dalam Sugiyono (2014) yang terdiri dari reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Jumlah keseluruhan informan adalah 14 yang terdiri dari 4 ibu dengan bayi berat lahir rendah, 3 keluarga, dan 9 tenaga kesehatan, diantaranya kepala ruangan perinatologi, koordinator ruangan, ketua tim pelaksana pelayanan, dokter anak, bidan dan perawat.

Berdasarkan tabel 1, komponen input dalam pelaksanaan program KMC meliputi kebijakan, standar operasional prosedur (SOP), sumber daya manusia (SDM) dan sarana prasarana. Dari hasil wawancara mendalam pada informan tenaga kesehatan didapatkan bahwa semua informan menyatakan pelaksanaan KMC sudah dilaksanakan yang dibuktikan dengan adanya kebijakan dari RSUD Sawerigading Kota Palopo yang dituangkan dalam bentuk surat keputusan Nomor 285/SK/RSUDSWG/PLP/XII/2015 yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit. Untuk SOP semua informan menyatakan sudah adanya standar operasional prosedur yang dituangkan dalam bentuk buku.

Sumber Daya Manusia (SDM) pelaksanaan KMC di RS semua informan mengatakan bahwa semua tenaga kesehatan yang

**Tabel 1. Kategorisasi dan Coding/Makna Hasil Wawancara Mendalam pada Petugas Kesehatan, Ibu dan Keluarga dengan BBLR**

Komponen Pelaksanaan KMC	Kategori Makna	Coding/ Makna
	Kebijakan RS	Ada SK tertulis dan SOP dalam bentuk buku
Kondisi	Kompetensi	Semua tenaga kesehatan diruang perinatologi dapat melakukan KMC, tetapi belum ada perawat/bidan yang pernah mengikuti pelatihan khusus tentang KMC
Komponen Input Pelayanan	Teknis	
Tenaga Kesehatan	Sarana Prasarana	Sudah tersedia ruangan perawatan KMC, namun sarana prasarana kurang memadai

ada diruang perinatologi dapat melakukan KMC, namun belum pernah mengikuti pelatihan tentang KMC, hanya saja sebagian dari mereka memperoleh pengetahuan tentang KMC melalui seminar, *symposium* atau bahkan dari bangku kuliah.

Dari segi sarana dan prasarana, semua informan menyatakan bahwa sudah ada ruangan khusus untuk pelaksanaan KMC yang digunakan juga dalam memberikan informasi sebelum dilakukan KMC. Untuk peralatan yang digunakan dalam perawatan metode kanguru sebagian besar sudah ada yaitu baju kanguru namun jumlahnya terbatas karena hanya digunakan pada saat pendidikan kesehatan sebelum pasien pulang. Hal ini di buktikan dari kutipan hasil wawancara sebagai berikut:

#### **Mengenai Kebijakan Pelaksanaan KMC**

*“Kebijakannya sudah ada karena sudah ada mi SKnya juga”* (TK4)

*“Pernah ji baca (pernah baca) dan melihat SOP, namun belum tertempel di ruangan KMC”*(K5)

#### **Untuk Kompetensi Tenaga Kesehatan (SDM)**

*“Kalau pelatihan khusus KMC belum ada yang mengikuti”* (TK2)

*“Kalau saya tidak pernah mengikuti pelatihan, tapi saya menerapkannya. Untuk ilmunya sendiri saya mendapatkan dari kuliah”*(TK3)

*“Kalau pelatihan itu sendiri belum dilakukan, namun kalau semacam seminar atau simposium mereka sudah mendapatkan materinya. Kemudian, kita juga memberikan materi perawatan bayi termasuk didalamnya perawatan PMK. Untuk secara khusus tidak ada”*(K4)

#### **Ketersedian Sarana dan Prasarana**

*“Disediakan disini dari ruangan, baju yang model untuk kanguru pada bayi terus dengan topi dan gendongnya. Tidak Ada ruangan khusus dalam*

*memberikan informasi, kita langsung memberikan informasi diruang KMC”* (TK4)

*“Belum ada poster atau buku bacaan tentang metode kanguru”* (TK4,K5)

*“Belum ada poster atau vidio yang tersedia untuk memberikan informasi”* (TK2,1)

Dari Hasil observasi ditemukan sudah ada kebijakan rumah sakit sejak tahun 2015 dan SOP tentang program pelaksanaan KMC dalam bentuk buku hanya saja belum ada tertempel diruang khusus KMC. Untuk SDM yang ada di ruang perinatologi berjumlah 28 orang dengan kualifikasi diantaranya 2 dokter spesialis anak, D4 kebidanan 4 orang, DIII kebidanan 13 orang, DI kebidanan 1 orang dan S1 keperawatan 7 orang, DIII keperawatan 1 orang. Tenaga kesehatan bidan dan perawat terbagi dalam tiga *shif* yaitu pagi, siang, malam.

Sarana dan prasarana di RSUD Sawerigading Kota Palopo belum memenuhi standar yang nilai dengan menggunakan lembar *checklist* terkait ketersediaan sarana dan prasarana berdasarkan standar Departemen Kesehatan (DEPKES) Republik Indonesia tahun 2009 yang di dapatkan hasil bahwa masih ada sarana dan prasarana yang belum tersedia yaitu gorden diruang KMC, kursi yang digunakan ibu untuk menyusui dan melakukan KMC, ruangan konseling, lembar penilaian kesiapan pulang, media informasi seperti *leaflet*, *booklet*, lembar balik, dan video pelaksanaan. Untuk kamar mandi sudah ada namun jarak antara ruang ibu/ ruang KMC jauh.

#### **PEMBAHASAN**

Pelaksanaan KMC di RSUD Sawerigading Kota Palopo sudah berjalan pada semua unit kerja maupun petugas yang terlibat di dalamnya sudah dapat melaksanakan. Meskipun masih terdapat kekurangan di beberapa aspek antara lain kondisi kom-

**Tabel 2. Hasil Observasi Terkait Ketersediaan Sarana dan Prasarana dalam Pelaksanaan KMC di RSUD Sawerigading Kota Palopo Sulawesi Selatan**

No	Ketersediaan	Sarana dan Prasarana		
		Tersedia	Tidak	
1.	Ruang bangsal	1) Ada dua atau empat tempat tidur dengan minimal ukuran area untuk 1 tempat tidur adalah 9,29 meter persegi. Jarak antara sisi tempat tidur dengan tempat tidur yang lain atau dinding adalah 1,22 meter.	√	
		2) Suhu ruangan 22-24°C	√	
		3) Lemari kecil untuk menyimpan baju ibu dan perlengkapan pribadi secara aman	√	
		4) Kursi yang nyaman untuk ibu menyusui dan melakukan KMC/PMK. Kursi plastik ringan merupakan pilihan yang mudah dan praktis		√
		5) Gorden untuk memberikan ruang pribadi		√
2.	Ruangan lain yang berukuran kecil yang dapat digunakan para petugas untuk konseling dengan ibu	√		
3.	Wastafel untuk cuci tangan dilengkapi dengan sabun dan handuk	√		
4.	Kamar mandi dengan prasarana air bersih		√	
5.	Peralatan KMC	1) Penggendong/kain yang digunakan untuk KMC	√	
		2) Topi bayi/kaos kaki	√	
		3) Timbangan		
		4) Pengukuran lingkar kepala/panjang badan	√	
		5) Pengukur suhu badan bayi ( <i>Thermometer low reading</i> )	√	
		6) Stetoskop	√	
		7) Stopwatch/jam	√	
		8) Peralatan resusitasi dasar dan oksigen set.	√	
		9) Formulir pencatatan	√	
		a. Lembar observasi bayi		Tidak ada lembar penilaian kesiapan pulang
b. Catatan harian BB bayi				
c. Lembar penilaian kesiapan pulang				
10) Tersedia media informasi yang bertujuan sebagai bahan dan penyuluhan pembelajaran seperti :		√		
a. Leaflet				
b. Booklet				
c. Lembar balik				
d. Video				

ponen input yang didalamnya terdapat kebijakan, kompetensi teknis serta sarana dan prasarana, penerapan kebijakan perawatan KMC dan berbagai petunjuk pelaksanaannya harus difasilitasi oleh pembuat kebijakan kesehatan yang mendukung di semua tingkat pelayanan. Mereka yang termasuk dalam pembuat kebijakan adalah direktur rumah sakit dan orang-orang yang berpengaruh terhadap sistem pelayanan kesehatan di tingkat daerah, provinsi ataupun tingkat

wilayah. Adapun kebijakan secara nasional diperlukan untuk menjamin integrasi yang terpadu dan efektif dalam struktur sistem kesehatan, pendidikan serta pelatihan yang telah ada sebelumnya (WHO, 2003).

Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit Umum Sawerigading Kota Palopo Sulawesi Selatan sendiri sudah menerapkan pelaksanaan KMC dibuktikan dalam bentuk surat keputusan (SK) tertulis oleh Direktur RS Nomor 285/SK/RSUDSWG/

PLP/XII/2015 tentang Kebijakan Pelayanan *Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif* (PONEK) yang meliputi pelayanan perawatan metode kanguru pada bayi berat lahir rendah sejak tahun 2015 dan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang dituangkan dalam bentuk buku.

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

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

Hasil analisis diperoleh bahwa SDM di RS Sawerigading Kota Palopo ada dua dokter spesialis anak yang pernah mengikuti pelatihan, untuk perawat dan bidan belum ada yang pernah mengikuti pelatihan tentang KMC secara khusus, hanya saja sebagian dari mereka memperoleh pengetahuan tentang KMC melalui seminar atau symposium atau bahkan dari bangku kuliah. Hal ini

sesuai dengan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti bahwa sebahagian besar tenaga kesehatan masih belum melaksanakan KMC sesuai dengan SOP dan hasil dokumentasi tidak terdapat SOP di ruangan perawatan. Hasil analisis peneliti diketahui bahwa kurang optimalnya pelaksanaan KMC disebabkan SDM dalam hal ini pelaksana program belum semua perawat dan bidan mengikuti pelatihan khusus manajemen perawatan metode kanguru sehingga pemahaman dalam melaksanakan KMC juga masih kurang.

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

Faktor lain yang mempengaruhi dalam memberikan pelayanan adalah Karakteristik perawat (Kane, et.al. 2007). Hasil temuan peneliti didapatkan bahwa karakteristik informan tenaga pelaksana memiliki karakteristik yang bervariasi. Dilihat dari umur informan sebahagian besar berusia 28-34 tahun yang merupakan umur produktif untuk bekerja. Dilihat dari masa kerja paling lama satu informan dengan masa kerja 11 tahun yaitu koordinator ruangan dan tiga informan lainnya kurang dari 5 tahun. Tiga informan memiliki tingkat pendidikan paling tertinggi adalah S1 dan terendah DIII sebanyak satu informan.

Secara keseluruhan umur, pendidikan, masa kerja dan pengalaman yang cukup tidak dapat mendukung pelaksanaan KMC

disebabkan karena terjadi kejenuhan terhadap rutinitas pekerjaan dan kebiasaan pelaksanaan, selain itu untuk tingkat pendidikan dengan pelaksanaan KMC adalah perawat yang memiliki tingkat pendidikan S1 adalah koordinator dan ketua tim yang memiliki pokok dan tanggung jawab untuk melaksanakan fungsi manajemen ruang rawat inap, bukan sebagai tenaga teknis pelaksana KMC. Hal ini sejalan dengan penelitian Sulistyowati (2015) yang menyatakan bahwa karakteristik umur, pendidikan, masa kerja tidak mempengaruhi pengetahuan, sikap dan tindakan pelaksanaan KMC.

Dalam pedoman pelayanan kesehatan bayi berat lahir rendah dengan perawatan metode Kanguru (KMC) dikemukakan bahwa salah persyaratan dalam pelaksanaan KMC adalah adanya sarana dan fasilitas kesehatan sesuai standar yang merupakan faktor pendukung keberhasilan program (Depkes, 2009)

Sarana dan prasarana yang selama ini digunakan dalam mendukung program KMC di RSUD Sawerigading Kota Palopo sebagian besar sudah ada, namun belum memenuhi standar dikarenakan masih ada yang belum tersedia. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara yang menyatakan sarana masih kurang yang ditunjang dengan hasil observasi yang dilakukan peneliti bahwa sarana yang belum tersedia yaitu gorden diruang KMC, kursi yang digunakan ibu untuk menyusui dan melakukan KMC, lembar penilaian kesiapan pulang, ruangan konseling, media informasi seperti *leaflet*, *booklet*, lembar balik, video. Untuk kamar mandi sudah ada namun jarak antara ruang ibu (ruang KMC) jauh. Kurangnya sarana dan prasana yang ada di rumah sakit umum Sawerigading akan mempengaruhi proses pelaksanaan KMC.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Atik (2014) menyatakan kurangnya sarana penunjang dan belum adanya keberlanjutan

anggaran program menunjukkan hasil yang kurang optimal pada implementasi perawatan metode kanguru dan hasil penelitian Pratomo (2012) yang menyatakan bahwa faktor yang mendukung pelaksanaan KMC adalah dukungan dari manajemen RS, sikap positif dari penyedia layanan kesehatan, pasien, keluarga dan masyarakat serta ketersediaan sumber daya dan infrastruktur.

Menurut Depkes (2009) beberapa fasilitas dan peralatan yang diperlukan untuk melakukan perawatan KMC ada 3 yaitu 1) persyaratan bangunan dan prasarana seperti tempat tidur dengan ukuran yang sesuai bagi ibu untuk tinggal sehari-hari, sehingga para ibu dapat berbagi pengalaman, memperoleh dukungan serta kerjasama dan dapat menerima kunjungan pribadi tanpa mengganggu yang lain, wastafel untuk cuci tangan dilengkapi dengan sabun dan handuk, kamar mandi, ruangan lain yang berukuran kecil yang digunakan para petugas untuk konseling dengan ibu, lemari kecil untuk menyimpan baju ibu dan perlengkapan pribadi, gorden, dan kursi yang nyaman. 2) persyaratan obat dan alat kesehatan habis pakai, 3) persyaratan minimal peralatan seperti SK direktur RS, SOP, *support binder* (baju kanguru), perlengkapan bayi (topi, kaos kaki, popok, baju tanpa lengan), timbangan, pengukur lingkaran kepala/panjang badan, *thermometer digital*, peralatan resusitasi dasar dan oksigen set, *stopwatch*/jam, formulir pencatatan antara lain buku registrasi bayi, lembar observasi bayi, buku pemantauan, lembar penilaian kesiapan pulang dan media informasi seperti *leaflet*, brosur ataupun video sebagai bahan pembelajaran.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Kondisi komponen input dalam pelaksanaan KMC sudah ada kebijakan yang mendukung namun masih kurangnya sosial-

sasi terkait pelaksanaan KMC pada ibu dan keluarga dengan bayi BBLR. Dari segi SDM yaitu semua bidan dan perawat belum pernah mengikuti pelatihan tentang manajemen BBLR dengan perawatan metode kanguru sehingga pemahaman dalam melaksanakan KMC belum optimal. Selain itu, sarana dan prasarana belum memenuhi standar dimana masih kurangnya baju kanguru, belum ada ruangan yang mendukung kenyamanan dan privasi pasien serta media dalam memberikan pendidikan kesehatan belum tersedia.

### Saran

Diharapkan kebijakan KMC yang disusun hendaknya menjadi komitmen bersama dengan dilakukannya monitoring pelaksanaan KMC dengan menyediakan lembar monitoring evaluasi bagi tenaga kesehatan dan pasien setelah melaksanakan program yang dilakukan secara rutin. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan tenaga pelaksana dengan mengikutsertakan dalam pelatihan manajemen penatalaksanaan BBLR khususnya Perawatan Metode Kanguru. Menyediakan sarana dan prasarana sesuai standar seperti baju KMC, baju untuk ibu, kursi yang nyaman untuk menyusui, ruangan yang mendukung kenyamanan dan privasi pasien serta media KIE seperti video pelaksanaan KMC, poster, booklet atau *leaflet* yang bisa dibawa pulang oleh ibu dan atau keluarga.

### DAFTAR PUSTAKA

- Atik, N.S. 2014. Analisis Implementasi Program Perawatan Metode Kanguru (PMK) dan Partisipasi Pasien pada Pelayanan Kesehatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) (Studi pada Pasien di Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus). *Tesis*. Universitas Diponegoro Fakultas Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Kesehatan Ibu dan Anak.
- Bobak, I.M., Lowdermilk, D.L., Jensen, M.D. 2005. *Keperawatan Maternitas. Edisi 4*; Jakarta. Buku Kedokteran; EGC.
- Charpak, N., Ruiz-Pelaez J.G. Figueroa, Z. 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. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 41 (4):430-7.
- Conde-Agudelo, A., Diaz-Rossello, J. 2014. *Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants*. Cochrane Database Systematic Review.
- Depertemen Kesehatan Republik Indonesia. 2009. *Pedoman Pelayanan Kesehatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dengan Perawatan Metode Kanguru di Rumah Sakit dan Jejaringnya*. Jakarta.
- Dodd, V. 2005. Implications of Kangaroo care for growth and development in preterm infants. *J Obstetri Gynecol Neonatal Nurs*.
- Elizabeth NL, Christopher OG, Patrick K. 2013. Determining an anthropometric surrogate measure for identifying low birth weight babies in Uganda: a hospital-based cross sectional study. *BMC Pediatric*. 13-54.
- Elvine, 2012. Evaluasi Pelaksanaan Pelayanan 10 T pada Ibu Hamil di Puskesmas Alalak Selatan Banjarmasin. *Tesis*. eprints.undip.ac.id.
- Health technology Assesment (HTA). 2008. *Perawatan BBLR dengan Metode Kanguru*. Jakarta: Depkes RI Direktorat Bina Kesehatan Masyarakat.
- Kane RL, Shamliyan T, Mueller C, Duval S, Wilt TJ., 2007. *Nurse staffing*

- and quality of patient care*, Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Ludington-Hoe, S.M. 2013. *Kangaroo care as a neonatal therapy Vol. 13, Issue 2, Page 73-75. Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University, 3850 Ellendale Road, Moreland Hills, Cleveland, OH 44022-1124, USA.*
- Mohammadzadeh, A., Farhat, A., Jafarzadeh, M., Hasanzadeh, L., Esmaeli, H. 2011. *Advantages of kangaroo mother care in less than 2000 grams low birth weight neonates.* Neonatal Research Center, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences. Mashhad, Iran.
- Putra, S.R. 2012. *Panduan Riset Keperawatan dan Penulisan Ilmiah.* Yogyakarta: DMedika; hal. 155, 160.
- Pratomo, H. 2010. *Filosofi dan Perkembangan Kangaroo Mother Care atau Perlekatan Bayi.* Workshop KMC. Yogyakarta.
- Rao, S. P. N., Udani, R. & Nanavati, R. 2008. *Kangaroo Mother Care for Low Birth Weight Infants: A Randomized Controlled Trial.* Departement of Neonatology, Seth GS Medical Collage and KEM Hospital, Mumbai, India. *Indian Pediatrics*, 45(1); 17- 21.
- Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantatif, Kualitatif, dan R&D).* Alfabeta Cetakan ke-20. Bandung.
- Sulistiyowati, P. 2015. *Evaluasi Kangaroo Mother Care (KMC) pada BBLR di RSUD Margono Soekarjo Purwokerto.* Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing), Vol. 10, No.3, November 2015. Purwokerto.
- Suradi, R., Pratomo H., Marnoto, W.B., Sidi, S.P.I. 2013. *Manajemen Bayi Berat Lahir Rendah dengan Perawatan Metode Kanguru Cetakan Ke 4.* Jakarta: PERINASIA.
- WHO. 2003. *Kangaroo Mother Care: a Practical Guide*, Geneva.
- WHO. 2009. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Anak di Rumah Sakit. Pedoman bagi Rumah Sakit Rujukan Tingkat Pertama di Kabupaten/Kota.* Cetakan pertama. Jakarta.