

**HUBUNGAN INFORMASI DENGAN PENGETAHUAN IBU TENTANG
PERAWATAN BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH (BBLR) DI
RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK BANDA ACEH**

SKRIPSI

Diajukan Untuk Memenuhi Ketentuan Melakukan Penyusunan Skripsi
Sebagai Persyaratan Menyelesaikan Program Diploma IV Kebidanan
STIKes U'Budiyah Banda Aceh



Oleh :

FAJRINA RAHMI SUDJI

NIM.131010210099

UNIVERSITAS U'BUDIYAH INDONESIA PROGRAM STUDI
DIPLOMA IV KEBIDANAN BANDA ACEH
TAHUN 2014

ABSTRAK

HUBUNGAN INFORMASI DAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PENGETAHUAN IBU TENTANG PERAWATAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR) DI RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK

Fajrina Rahmi Sudji¹ Cut yuniwati²

x + 44halaman + 6tabel + 11 lampiran

Latar Belakang : BBLR merupakan salah satu penyebab terbanyak kematian pada bayi terutama pada periode neonatal. Frekuensi angka kejadian bayi BBLR di rumah sakit ibu dan anak dari 2.320 orang ibu yang melahirkan tahun 2013 terdapat sebanyak 623 bayi yang dirawat di ruang NICU dan 216 Bayi yang BBLR.

Tujuan Penelitian : Untuk mengetahui hubungan informasi dan dukungan keluarga dengan pengetahuan ibu tentang perawatan bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Rumah Sakit Ibu dan Anak Banda Aceh.

Metodologi Penelitian ini : Bersifat *analitik* dengan metode *cross sectional study*, dengan populasi seluruh ibu yang melahirkan di rumah sakit ibu dan anak Banda Aceh. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 20 Mei – 28 Juni 2014 di Rumah Sakit Ibu dan Anak Banda Aceh. Pengambilan sampel menggunakan metode *purposive sampling* yang berjumlah 69 orang. Data yang diambil meliputi data primer dan sekunder. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner dan dianalisis menggunakan *chi-square*.

Hasil Penelitian : Menunjukan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan informasi ($p \text{ value} = 0,001 < 0,05$), dan ada hubungan antara pengetahuan dengan dukungan keluarga ($p \text{ value} = 0.002 < 0,05$)

Kesimpulan : Pengetahuan ibu tentang perawatan bayi BBLR sangat dipengaruhi oleh informasi dan dukungan dari keluarga.

Saran : Diharapkan pada Rumah Sakit Ibu dan Anak Banda Aceh untuk memberikan dukungan dan pengarahan kepada ibu dalam perawatan bayi BBLR. Bagi Peneliti Lanjutan diharapkan dapat mengembangkan penelitian ini dengan menambahkan variabel yang lain seperti peran petugas, pendidikan, kecemasan atau merubah metode penelitian menggunakan *case control*.

Kata Kunci : Perawatan Bayi BBLR, Informasi, Dukungan Keluarga

Sumber : 18 buku (2002-2012)

Pebimbing : Cut Yuni, SKM, M.Kes

¹Prodi D-IV Kebidanan STIKes U'Budiyah

²Dosen Pembimbing Prodi D-IV Kebidanan STIKes U'Budiyah

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dalam Indonesia sehat 2015 diharapkan masyarakat memiliki kemampuan menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu dan juga memperoleh jaminan kesehatan, yaitu masyarakat mendapatkan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya. Pelayanan kesehatan mutu yang dimaksud adalah pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kesehatan dalam keadaan darurat dan bencana, pelayanan kesehatan yang memenuhi kebutuhan masyarakat serta diselenggarakan sesuai dengan standar dan etika profesi. Diharapkan dengan terwujudnya lingkungan dan perilaku hidup sehat, serta meningkatnya kemampuan masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu, maka akan dapat dicapai derajat kesehatan individu, keluarga dan masyarakat yang setinggi-tingginya (Depkes RI, 2009).

Tujuan pembangunan millennium atau yang kerap disebut *Millennium Development Goals* (MDGs) berisikan indikator kuantitatif yang harus dicapai pada tahun 2015. Indikator MDGs yang terkait erat dalam menentukan tingkat kecerdasan bangsa melalui peningkatan kualitas kesehatan ibu dan anak adalah menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). MDGs menargetkan AKB tahun 2015 sebesar 23 per 1000 kelahiran hidup. Tahun 2002 AKB sebesar 35 per 1000 kelahiran hidup, menjadi sebesar 34 per 1000 kelahiran hidup tahun 2007, dan terakhir menjadi 32 per 1000 kelahiran hidup tahun 2012. Namun AKB di Indonesia masih tetap tergolong tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara ASEAN seperti Singapura (3 per 1000 kh),

Brunei Darussalam (8 per 1000 kh), Malaysia (10 per 1000 kh), Vietnam (18 per 1000 kh), dan Thailand (20 per 1000 kh) (Depkes RI, 2012).

Menurut Winkjosastro (2007) penyebab utama tingginya angka kematian bayi khususnya pada masa perinatal adalah bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Bayi yang lahir dengan BBLR beresiko akan mengalami kematian 35 kali lebih besar dibandingkan dengan bayi yang berat badannya diatas 2500 gram.

Prawirohardjo (2004) mengatakan sejak tahun 1961 WHO (*World Health Organization*) telah mengganti istilah prematur dengan bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) atau *Low Birth Weight Baby*. Hal ini dilakukan karena tidak semua bayi dengan berat kurang dari 2500 gram pada lahir waktu lahir disebut bayi prematur. Seorang bayi prematur belum berfungsi seperti bayi matur, oleh sebab itu bayi akan banyak mengalami kesulitan untuk hidup diluar uterus ibunya.

Angka kematian bayi menjadi indikator pertama dalam menentukan derajat kesehatan anak, karena merupakan cerminan dari status kesehatan anak saat ini (Hidayat, 2008). Prevalensi bayi berat lahir rendah (BBLR) diperkirakan 15 % dari seluruh kelahiran dunia dengan batasan 3,3 % - 38 % dan lebih sering terjadi pada negar-negara yang sedang berkembang atau sosial ekonomi rendah. Di Negara-negara yang sedang berkembang kesehatan masih merupakan masalah yang harus mendapat penanganan yang lebih serius. Secara statistik menunjukkan 90 % kejadian BBLR di dapatkan di Negara berkembang dengan angka kematian lebih tinggi dibandingkan pada bayi dengan berat lahir lebih dari 2500 gram (Pantiawati, 2010).

Manuaba (2003) mengatakan setiap tahun diperkirakan bayi lahir sekitar 350.000 bayi prematur atau berat badan lahir rendah di Indonesia. Tingginya kelahiran bayi prematur tersebut karena saat ini 30 juta perempuan usia subur yang kondisinya kurang

energi kronik dan sekitar 80% ibu hamil menjalani anemia difisiensi gizi. Tingginya yang kurang gizi mengakibatkan pertumbuhan janin terganggu sehingga beresiko lahir dengan berat badan di bawah 2500 gram.

Menurut Muchtar (2004) bayi yang lahir dengan berat badan yang rendah rentan mengalami berbagai komplikasi, baik sesaat setelah dilahirkan dan dikemudian hari, jika tidak langsung mendapat perawatan yang tepat, inilah yang banyak dikhawatirkan para ibu, terutama yang tengah menanti kelahiran si bayi, tidak ada cara pasti untuk benar-benar mencegah kelahiran bayi prematur. BBLR yang tidak ditangani dengan baik dapat mengakibatkan timbulnya masalah pada semua sistem organ tubuh meliputi gangguan pada pernafasan (*aspirasi mekonium, asfiksia neonatorum*), gangguan pada sistem pencernaan (lambung kecil), gangguan sistem perkemihan (ginjal belum sempurna), gangguan sistem persyarafan (respon rangsangan lambat). Selain itu bayi berat lahir rendah dapat mengalami gangguan mental dan fisik serta tumbuh kembang. BBLR berkaitan dengan tingginya angka kematian bayi dan balita, juga dapat berdampak serius pada kualitas generasi mendatang, yaitu akan memperlambat pertumbuhan dan perkembangan anak, serta berpengaruh pada penurunan kecerdasan yang diakibatkan kurangnya pengetahuan ibu post partum terhadap perawatan BBLR (Depkes RI, 2011).

Keluarga khususnya ibu memiliki peran penting dalam merawat dan mengasuh bayinya dengan baik. Bang, *et al* (2005) menyatakan bahwa perawatan ibu pada bayi BBLR sangat berdampak pada kualitas dan pertahanan hidup BBLR dan bila ibu tidak melakukan perawatan dengan baik maka akan berdampak pada angka kejadian infeksi malnutrisi dan kematian pada bayi BBLR. Hasil penelitian ini juga didukung oleh pernyataan Surasmi (2003) yang menyatakan bahwa respon ibu terhadap permasalahan bayi BBLR sangat mempengaruhi keputusan ibu untuk melakukan perawatan terhadap bayinya dan berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan BBLR, masih banyak para

ibu yang belum bisa merawat bayinya dengan baik, sehingga banyak bayi BBLR yang tidak terselamatkan disebabkan karena kurangnya pengetahuan ibu tentang perawatan bayi BBLR.

Penatalaksanaan bayi BBLR perlu di dukung dengan pengetahuan yang baik, dari pengetahuan ini akan menunjang terhadap pemberian penatalaksanaan yang berkualitas dan aman terhadap bayi BBLR. Dalam hal ini, penatalaksanaan perawatan pada bayi yang dilakukan oleh seorang ibu meliputi mempertahankan suhu dan kehangatan bayi BBLR di rumah, memberikan ASI kepada bayi BBLR di rumah dan mencegah terjadinya infeksi bayi BBLR (Girsang, 2009).

Beberapa faktor yang mempunyai pengaruh terhadap kejadian bayi lahir khususnya bayi dengan BBLR dilihat dari karakteristik sosial ekonomi (pendidikan ibu, pekerjaan ibu, status ekonomi), dan riwayat persalinan (umur ibu, urutan anak, keguguran/lahir mati dan pelayanan antenatal) dan faktor biomedis (paritas, jarak kehamilan, umur kehamilan, kadar Hb menjelang persalinan, tekanan darah ibu sewaktu hamil) pelayanan medis, perilaku dan lingkungan (Sianturi, 2007).

Menurut badan kesehatan WHO, salah satu penyebab kematian bayi adalah BBLR, persoalan pokok pada BBLR adalah angka kematian perinatalnya sangat tinggi dibanding angka kematian perinatal pada bayi normal. Menurut WHO, BBLR merupakan penyebab dasar kematian dari dua pertiga kematian neonatus. Sekitar 16% dari kelahiran hidup atau 20 juta bayi pertahun dilahirkan dengan berat badan kurang dari 2.500 gram dan 90% berasal dari negara berkembang. Indikator kesehatan yang berhubungan dengan kesejahteraan anak adalah Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator penting untuk menentukan derajat kesehatan masyarakat dan menilai keberhasilan pembangunan dibidang kesehatan. Angka kejadian BBLR di Indonesia sangat bervariasi

antara satu daerah dengan daerah lain, yaitu berkisar antara 9%-30%, hasil studi di 7 daerah *Multicenter* diperoleh angka BBLR dengan rentan 2,1%-17,2%.

Hasil pengumpulan data indikator kesehatan propinsi Aceh tahun 2012 yang berasal dari fasilitas pelayanan kesehatan, estimasi jumlah lahir hidup adalah 44.894 orang dan ditemukan BBLR sebanyak 1.116 atau 1,4% (Depkes, 2012). BBLR merupakan salah satu penyebab terbanyak kematian pada bayi terutama pada periode neonatal. Frekuensi angka kejadian bayi BBLR di rumah sakit ibu dan anak dari 2.320 orang ibu yang melahirkan tahun 2013 terdapat sebanyak 623 bayi yang dirawat di ruang NICU dan 216 Bayi yang BBLR.

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Hubungan Informasi dengan Pengetahuan Ibu Tentang Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Rumah Sakit Ibu dan Anak Banda Aceh”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas, maka yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini adalah adakah hubungan informasi dengan pengetahuan ibu tentang perawatan Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Rumah Sakit Ibu dan Anak Banda Aceh.

C. Tujuan Penelitian

Untuk mengetahui hubungan informasi dengan pengetahuan ibu tentang perawatan bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Rumah Sakit Ibu dan Anak Banda Aceh.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Pendidikan

Sebagai bahan referensi bagi mahasiswa/i tentang perawatan bayi BBLR di rumah dan sebagai bacaan di perpustakaan Jurusan kebidanan.

2. Bagi Peneliti

Untuk menambah pengetahuan penulis tentang perawatan bayi BBLR di rumah dan juga sebagai pengalaman penulis dalam mengaplikasikan riset kebidanan.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Berat Badan Lahir Rendah

1. Pengertian

Menurut Tifani (2007) bayi baru lahir adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2.500-4000 gram. Derek (2002) mengatakan BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat lahir kurang 2500 gram tanpa memandang masa kehamilan. Prawihardjo (2007) mengatakan bahwa BBLR adalah neonatus dengan berat badan lahir pada saat kelahiran kurang dari 2500 gram (sampai 2499 gram).

Menurut Hidayat (2009) bayi dengan BBLR di bagi 2 golongan, yaitu :

a. Prematuritas Murni

Prematuritas murni ini mempunyai maksud bahwa neonatus dengan usia kehamilan yang kurang dari 37 minggu dan mempunyai berat badan sesuai dengan berat badan untuk masa kehamilan atau dapat dikenal dengan neonatus kurang bulan sesuai dengan masa kehamilan. Bayi prematuritas ini mempunyai ciri diantaranya: berat badan kurang dari 2500 gram, panjang badan kurang dari 45 cm, lingkar kepala kurang dari 33 cm, dan lingkar dada kurang dari 33 cm, masa gestasinya kurang dari 37 minggu, kulit tipis dan transparan, kepala lebih besar dari pada badan, lanugo banyak terutama pada dahi, pelipis, telinga, dan lengan, lemak subkutan kurang, ubun-ubun dan sutura lebar, labia minor belum tertutup oleh labia mayor (pada

wanita) dan pada laki-laki testis belum turun, tulang rawan dan daun telinga imatur, bayi kecil, posisi masih posisi fetal, pergerakan kurang dan lemah, tangisan lemah, pernapasan belum teratur dan sering mengalami serangan apnea, reflek tonus leher lemah, reflek menghisap, dan menelan serta reflek batuk belum sempurna.

b. Dimasturitas

Dimasturitas merupakan bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa kehamilan, dikatakan dimastur apabila bayi memiliki ciri pada preterm seperti pada prematuritas, term dan post term akan dijumpai kulit berselubung verniks kaseosa tipis atau tidak ada, kulit pucat atau bernoda mekonium, kering keriput tipis, jaringan lemak dibawah kulit tipis, bayi tampak gesit, aktif dan kuat, tali pusat berwarna kuning kehijauan.

2. Penyebab BBLR

Menurut Prawihardjo (2007) penyebab BBLR antara lain :

a. Faktor Ibu

Mengalami penyakit komplikasi kehamilan seperti: perdarahan antepartum, anemia berat, hipertensi, preeklamsia berat, eklamsia, infeksi selama kehamilan (infeksi kandung kemih dan ginjal). Menderita penyakit seperti infeksi menular seksual, HIV/AIDS, dan malaria.

b. Usia Ibu

Angka kejadian BBLR tertinggi ialah pada usia <20 tahun atau lebih dari 35 tahun, kehamilan ganda (multi gravida). Menurut Hasan (2007) umur adalah lama waktu hidup yang dihitung sejak ia dilahirkan. Umur 20 – 35 tahun biasanya cenderung mempunyai pengetahuan yang baik, dimana pada umur tersebut mudah sekali untuk

menangkap informasi dan pengetahuan sedangkan umur lebih dari 35 tahun cenderung berpengaruh kurang. Iskandar (2009) mengatakan pada ibu yang >35 tahun meskipun mereka telah berpengalaman, tetapi kondisi badannya serta kesehatannya sudah mulai menurun sehingga dapat mempengaruhi janin intra uterin dan dapat menyebabkan kelahiran BBLR. Kelahiran BBLR tampak meningkat pada wanita yang berusia < 20 tahun dan > 35 tahun.

c. Jarak Kelahiran

Angka kejadian BBLR tertinggi ialah pada jarak kelahiran terlalu dekat atau pendek (< 2 tahun).

d. Pekerjaan Ibu

Angka kejadian BBLR tertinggi ialah pada ibu yang bekerja dan memerlukan tenaga fisik yang besar. Kejadian BBLR pada ibu yang mempunyai status ekonomi rendah adalah lebih tinggi dibandingkan dengan status ekonomi sedang maupun status ekonomi tinggi. Pekerjaan yang berat akan mempengaruhi produk kehamilan, keadaan ini dapat dilihat pada pekerja wanita terutama pada jenis kegiatan fisik yang berat sehingga ibu cenderung untuk melahirkan bayi dengan BBLR (Setyowati, 2001).

d. Pendidikan Ibu

Pendidikan merupakan salah satu tolak ukur yang paling bermanfaat untuk menentukan status sosial ekonomi dan mempunyai tingkat ketepatan yang cukup baik. Pendidikan ibu merupakan modal utama dalam menunjang ekonomi keluarga juga berperan dalam penyusunan menu makanan keluarga, serta pengasuhan dan perawatan anak. Bagi keluarga dengan tingkat pendidikan tinggi akan lebih mudah dalam menerima informasi kesehatan khususnya di bidang gizi sehingga dapat menambah pengetahuan dan mampu menerapkan dalam kehidupan sehari-hari (Depkes RI, 2002).

Menurut Setyowati (2001) pendidikan ibu yang rendah terutama yang sekolah atau pendidikan SD lebih cenderung untuk melahirkan bayi dengan BBLR, dibandingkan pendidikan SLTA dan Perguruan Tinggi.

e. Keadaan Sosial Ekonomi

Keadaan ini sangat berperan terhadap timbulnya BBLR, kejadian tertinggi terdapat pada golongan sosial ekonomi rendah. Hal ini disebabkan oleh keadaan gizi yang kurang baik dan pengawasan antenatal yang kurang. Demikian pula kejadian prematuritas pada bayi yang lahir dari perkawinan yang tidak sah ternyata lebih tinggi bila dibandingkan dengan bayi yang lahir dari perkawinan yang sah.

f. Sebab Lain

1. Ibu perokok, ibu peminum alkohol dan pecandu obat narkotik.
2. Faktor janin hidramnion, kehamilan ganda dan kelainan kromosom, radiasi, infeksi janin kronik.
3. Faktor lingkungan tempat tinggal di dataran tinggi, terkena radiasi dan zat-zat racun.

g. Prognosis BBLR

Prognosis BBLR ini tergantung dari berat ringannya masalah perinatal, misalnya gestasi. Makin muda masa gestasi atau makin rendah berat bayi makin tinggi angka kematian. Prognosis ini juga tergantung dari keadaan sosial ekonomi, pendidikan orang tua dan perawatan pada saat kehamilan, persalinan dan postnatal. Bayi BBLR cenderung memperlihatkan gangguan pertumbuhan setelah lahir (Prawihardjo, 2007).

Menurut Prawihardjo (2007) menghadapi bayi BBLR harus memperlihatkan masalah-masalah berikut :

1. Suhu tubuh
 - a. Pusat pengatur suhu tubuh belum sempurna.
 - b. Luas badan bayi relatif besar sehingga penguapannya bertambah.
 - c. Otot bayi masih lemah.
 - d. Lemak kulit dan lemak coklat kurang, sehingga cepat kehilangan panas.
2. Gangguan pernafasan
 - a. Pusat pengatur pernafasan belum sempurna.
 - b. Surfactan paru-paru masih kurang, sehingga perkembangan tidak sempurna.
 - c. Otot pernafasan dan tulang iga masih lemah.
 - d. Penyakit gangguan pernafasan: penyakit hialin membrane, mudah terkena infeksi paru-paru dan gagal pernafasan.
3. Gangguan alat pencernaan makanan dan problema nutrisi
 - a. Alat pencernaan belum berfungsi sempurna sehingga penyerapan makanan masih lemah dan kurang baik.
 - b. Aktifitas otot pencernaan makanan masih belum sempurna, sehingga pengosongan lambung berkurang.
4. Hepar yang belum matang (*immature*)

Mudah menimbulkan gangguan pemecahan bilirubin, sehingga mudah terjadi hiperbilirubinemia (kuning) dan defisiensi (kekurangan) vitamin K.

5. Ginjal masih belum matang

Kemampuan mengatur pembuangan sisa metabolisme dan air masih belum sempurna sehingga mudah terjadi oedema dan asidosis metabolik.

6. Perdarahan dalam otak

- a. Pembuluh darah bayi premature masih rapuh dan mudah pecah.
- b. Pemberian O₂ belum mampu diatur sehingga mempermudah terjadi perdarahan dan nekrosis.
- c. Perdarahan dalam otak memperburuk keadaan dan menyebabkan kematian bayi.
- d. Sering mengalami gangguan pernafasan sehingga mempermudah terjadi perdarahan otak. Oleh sebab itu, ia mengalami lebih banyak kesulitan untuk hidup diluar uterus ibunya. Makin pendek masa kehamilannya makin kurang sempurna pertumbuhan alat-alat dalam tubuhnya, dengan akibat makin mudahnya komplikasi dan makin tingginya angka kematian (Prawihardjo, 2007)

Pada saat persalinan, BBLR mempunyai resiko yaitu asfiksia atau gagal untuk bernafas secara spontan dan teratur saat atau beberapa menit setelah lahir. Hal itu diakibatkan faktor paru yang belum matang.

Menurut Maryani dan Nurhayati (2009) masalah BBLR dapat menyebabkan resiko jangka panjang seperti gangguan pertumbuhan, gangguan perkembangan, gangguan penglihatan (*retinopati* akibat *premature*), gangguan pendengaran, penyakit paru kronik.

3. Asuhan Kebidanan pada Bayi BBLR

Semua bayi memerlukan kasih sayang dan perawatan untuk pertumbuhannya, akan tetapi BBLR lebih memerlukan perhatian agar dapat berkembang normal disebabkan mereka telah kehilangan atau belum sempat mendapatkan lingkungan intrauterine yang ideal selama berminggu-minggu bahkan berbulan-bulan. Mereka bahkan sangat sensitive terhadap sinar, suara dan tindakan yang menyakitkan selama perawatan awal (WHO, 2003).

Pada saat bayi BBLR lahir berbagai komplikasi dapat terjadi. Semakin muda usia kehamilannya dan semakin kecil bayi, akan semakin banyak masalah yang akan timbul. Perawatan dini bagi bayi yang memiliki komplikasi harus disesuaikan dengan pedoman nasional (Depkes RI, 2008). Sebagai arahan dapat dipergunakan petunjuk dibawah ini yang melakukan penggolongan bayi berdasarkan berat lahir. Bayi dengan berat antara 1.200-1.799 gram (usia kehamilan 28-32 minggu), berbagai permasalahan prematuritas sering terjadi, misalnya sindrom gangguan pernapasan atau permasalahan lain. Oleh karena itu, pada kasus ini diperlukan perawatan khusus sedini mungkin. Persalinan sebaiknya dilakukan difasilitas dengan penataan yang baik yang dapat menyediakan perawatan yang dibutuhkan. Bila persalinan terjadi pada tempat selain diatas, bayi harus dirujuk segera setelah bayi lahir dan sebaiknya tetap bersama ibunya (WHO, 2003).

Bayi dengan berat lahir < 1.200 gram (usia kkehamilan < 30 minggu) sering kali mengalami permasalahan serius akibat premature, dimana tingkat kematian sangat tinggi dan hanya sebagian kecil yang mampu bertahan terhadap berbagai permasalahan akibat

prematuritas. Bayi tersebut sangat beruntung bila dirujuk sebelum kelahiran ke institusi dengan fasilitas perawatan intensif untuk neonatus (WHO, 2003).

Menurut Hidayat (2008) cara perawatan bayi dalam inkubator merupakan cara memberikan perawatan pada bayi dengan dimasukkan kedalam alat yang berfungsi membantu terciptanya suatu lingkungan yang cukup dengan suhu yang normal dan untuk membantu mengembangkan fungsi optimum bayi.

Atikah dkk (2010) mengatakan dalam penanganan bayi BBLR harus memperhatikan beberapa hal diantaranya:

- a. Mempertahankan suhu dengan ketat karena bayi BBLR mudah mengalami hipotermi, oleh sebab itu suhunya harus di pertahankan dengan ketat.
- b. Mencegah infeksi dengan ketat karena sitem kekebalan tubuh bayi BBLR belum matang, keluarga dan tenaga kesehatan yang merawat bayi BBLR harus melakukan tindakan pencegahan infeksi antara lain dengan mencuci tangan sebelum memegang bayi.
- c. Pengawasan nutrisi/ASI, reflek menelan BBLR belum sempurna oleh sebab itu pemberian nutrisi harus dilakukan dengan cermat.
- d. Penimbangan ketat, perubahan berat badan mencerminkan kondisi gizi/nutrisi bayi dan erat kaitannya dengan daya tahan tubuh, oleh sebab itu penimbangan berat badan harus dilakukan dengan.

Menurut Depkes RI (2008) bila fungsi organ-organ tubuh bayi BBLR baik dan tidak terdapat gangguan seperti pernapasan dan bayi dapat menghisap dengan baik maka bayi dapat dibawa pulang dan dirawat oleh keluarga. Bayi BBLR yang dapat dipulangkan dari rumah sakit jika telah memenuhi kriteria yaitu kesehatan bayi secara keseluruhan

dalam kondisi baik dan tidak ada apnea atau infeksi, bayi minum dengan baik, berat bayi selalu bertambah (sekurang-kurangnya 15/g/kg/hari) untuk sekurang-kurangnya tiga hari berturut-turut, ibu mampu merawat bayi dan dapat datang secara teratur untuk melakukan *follow-up*.

Salah satu asuhan yang dapat diberikan pada bayi BBLR selain inkubator adalah metode kanguru. Metode kanguru ini merupakan suatu metode praktis sebagai alternatif pengganti inkubator yang secara ekonomis cukup efisien dan efektif. Metode ini sangat bermanfaat bagi BBLR untuk membantu pertumbuhannya dan menjadikan orang tua lebih percaya diri serta dapat berperan aktif dalam merawat bayinya (Depkes RI, 2008).

Perawatan Metode Kanguru (PMK) adalah perawatan untuk BBLR dengan melakukan kontak langsung antara kulit bayi dengan kulit ibu (skin-to-skin-contact). Metode ini sangat tepat dan mudah dilakukan guna mendukung kesehatan dan keselamatan BBLR. Esensinya adalah (WHO 2003):

- a. Kontak badan langsung (kulit ke kulit) antara ibu dengan bayinya secara berkelanjutan, terus-menerus dan dilakukan sejak dini.
- b. Pemberian ASI eksklusif (idealnya).
- c. Dimulai dilakukan di RS, kemudian dapat dilanjutkan dirumah.
- d. Bayi kecil dapat di pulangkan lebih dini
- e. Setelah dirumah ibu perlu dukungan dan tindak lanjut yang memadai.
- f. Metode ini merupakan metode yang sederhana dan manusiawi, namun efektif untuk menghindari berbagai stres yang dialami oleh bayi BBLR selama perawatan di ruang perawatan intensif.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Usman dkk (1996) menyatakan bahwa kemampuan mempertahankan suhu serta kenaikan berat badan pada bayi BBLR yang dilakukan PMK menunjukkan hasil yang lebih baik. Oleh karena itu PMK sangat berguna dalam pencegahan hipotermia pada perawatan bayi BBLR di rumah. Secara garis besar, manfaat PMK adalah :

a. Manfaat PMK bagi bayi

Dari berbagai penelitian menyebutkan bahwa manfaat PMK pada bayi adalah (Wikipedia, 2008):

1. Suhu tubuh bayi, denyut jantung dan frekuensi pernapasan relative terdapat dalam batas normal.
2. Bayi BBLR lebih cepat mencapai suhu yang 36,5° C terutama dalam waktu 1 jam pertama.
3. ASI selalu tersedia dan mudah didapat sehingga memperkuat system imun bayi karena meningkatnya produksi ASI.
4. Kontak dengan ibu menyebabkan efek yang menenangkan sehingga menurunkan stress ditandai dengan kadar kortisol yang rendah.
5. Menurunkan respon nyeri fisiologis dan perilaku yang ditandai dengan waktu pemulihan yang lebih singkat pada uji tusuk tumit.
6. Meningkatkan berat badan dengan lebih cepat
7. Meningkatkan ikatan ibu dan bayi memiliki pengaruh positif dalam meningkatkan perkembangan kognitif yang dilihat dari lebih tingginya skor indeks perkembangan mental bayi.

8. Menurunkan infeksi nasokomial, penyakit berat atau infeksi saluran pernapasan bawah.
9. Memperpendek masa rawat menurunkan risiko kematian dini pada bayi
10. Kelangsungan hidup bayi BBLR lebih cepat membaik pada kelompok PMK daripada bayi dengan metode konvensional pada 12 jam pertama dan seterusnya.

b. Manfaat PMK bagi ibu

Dari beberapa penelitian dilaporkan bahwa PMK mempermudah pemberian ASI, ibu lebih percaya diri dalam merawat bayi, hubungan lekat bayi-ibu lebih baik, ibu sayang kepada bayinya, pengaruh psikologis ketenangan bagi ibu dan keluarga (ibu lebih puas, kurang merasa stress) (Anderson, 2007). Pada penelitian lain juga melaporkan adanya peningkatan ASI, peningkatan lama menyusui dan kesuksesan dalam menyusui. Selain itu, bila perlu merujuk bayi ke fasilitas kesehatan maupun antar rumah sakit tidak memerlukan alat khusus karena dapat menggunakan cara PMK (Pratomo, 2006).

Posisi kanguru sangat ideal bagi proses menyusui. Dengan melakukan PMK proses menyusui menjadi lebih berhasil dan sebagian besar bayi yang memperoleh ASI cukup, dapat dipulangkan ke rumah. PMK juga menjadikan proses menyusui menjadi lebih lama serta dapat meningkatkan volume ASI. Bayi dengan usia kehamilan 30 minggu dapat memulai proses menyusui segera setelah bayi menunjukkan tanda-tanda kesiapannya, seperti dengan menggerakkan lidah dan mulut, dan keinginan untuk menghisap, bantu ibu untuk menempatkan bayi pada posisi melekat yang dirasa cukup baik (Pratomo, 2006).

Menurut WHO (2003) waktu yang optimal bagi bayi untuk memulai menyusui, seperti menghisap adalah pada saat dua jam setelah lahir, ketika bayi bersifat sangat responsive terhadap rangsangan taktil, suhu dan bau yang bersal dari ibunya. Untuk memulai proses menyusui pilih waktu yang tepat-saat bangun dari tidur, atau pada saat sadar atau terbangun. Bantu ibu untuk duduk dengan nyaman di kursi tidak berlengan dengan bayi dalam posisi kontak kulit. Biarkan bayi menghisap selama ia mau. Bayi yang kecil perlu menyusui lebih sering, yaitu sekitar 2-3 jam.

Sefriana (2012) mengatahan kurangnya berat badan pada bayi dapat di cegah maupun dirawat dengan senantiasa memberikan asupan gizi seimbang. Bukan hanya tersedianya makanan namun kandungan gizi juga diperhatikan. Sangat penting bagi ibu yang masih menyusui untuk memperhatikan kandungan gizi dari menu makanan yang dikonsumsi. ASI termasuk nutrisi paling lengkap dan sempurna dalam menjaga kesehatan dan berat badan ideal bayi. Maka dari itu, kualitas ASI yang tercermin dari menu makanan ibu harus senantiasa dijaga keseimbangan gizinya.

4. Upaya Pencegahan

Mengingat bahwa perawatan BBLR sebagaimana yang kita ketahui yang dilaksanakan di Negara maju ataupun di beberapa rumah sakit rujukan di Indonesia membutuhkan biaya yang sangat besar. Maka upaya pencegahan pada masa pra hamil dan masa hamil menjadi sangat penting (Iskandar, 2009).

Pada masa hamil perawatan antenatal harus mampu mendeteksi dini risiko terjadinya BBLR. Bila risiko ini ada maka penatalaksanaannya yang tepat adalah merujuk kasus kepusat pelayanan yang memiliki kemampuan diagnostik lebih lengkap guna penelitian laboratorium, sehingga terapi akan di tentukan dengan baik (Iskandar, 2009).

Menurut Hidayat (2009) pelayanan keperawatan anak berorientasi pada upaya hidup menjadi lebih lama yang diantara lain ditandai dengan pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan yang bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian, mengingat anak adalah generasi bangsa. Atikah (2010) mengatakan upaya-upaya lain yang dapat dilaksanakan untuk mencegah terjadinya BBLR yaitu upaya agar melaksanakan *antenatal care* yang baik, segera melakukan konsultasi dan merujuk bila ibu terdapat kelainan.meningkatkan gizi masyarakat sehingga dapat mencegah terjadinya persalinan dengan BBLR. Tingkatkan penerimaan keluarga berencana. Anjurkan lebih banyak istirahat, bila kehamilan mendekati aterm, atau istirahat bila terjadi keadaan yang menyimpang dari kehamilan normal. Tingkatkan kerjasama dengan dukun beranak yang masih mendapatkan kepercayaan masyarakat.

B. Pengetahuan Ibu

Pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera seseorang yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. (Notoatmodjo, 2003).

Berdasarkan pengetahuan diatas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan adalah berbagai gejala yang ditemui dan diperoleh manusia melalui pengamatan indrawi. Pengetahuan muncul ketika seseorang menggunakan indera atau akal budinya untuk mengenali benda atau kejadian tertentu yang belum pernah dilihat atau dirasakan sebelumnya (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Wahit (2011) pengetahuan adalah segala apa yang diketahui berdasarkan pengalaman yang didapatkan oleh setiap manusia. Pada dasarnya pengetahuan akan terus bertambah dan bervariasi sesuai dengan proses pengalaman manusia yang dialami.

Menurut Brunner, proses pengetahuan tersebut melibatkan tiga aspek, yaitu proses mendapatkan informasi, proses transformasi dan proses evaluasi.

Pengetahuan tentang keadaan sehat dan sakit adalah pengalaman seseorang tentang keadaan sehat dan sakitnya seseorang yang menyebabkan seseorang tersebut bertindak untuk mengatasi masalah sakitnya dan bertindak untuk mempertahankan kesehatannya atau bahkan meningkatkan status kesehatannya. Rasa sakit akan menyebabkan seseorang bertindak pasif dan atau aktif dengan tahapan- tahapannya (Notoatmodjo, 2003).

Pengetahuan yang dicakup di dalam dominan kognitif mempunyai 6 tingkat, yakni :

a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, “tahu” ini adalah merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain: menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

b. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

c. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

d. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

e. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menggabungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan yang telah ada.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk membandingkan hal yang bersangkutan dengan hal-hal serupa atau setara lainnya. Sehingga diperoleh kesan yang lengkap dan menyeluruh tentang hal yang sedang dinilainya. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden.

Kedalaman pengetahuan yang ingin diketahui atau diukur dapat disesuaikan dengan tingkatan-tingkatan diatas (Notoatmojo, 2003).

Keluarga khususnya ibu memiliki peran penting dalam merawat dan mengasuh bayinya dengan baik. Bang, *et al* (2005) menyatakan bahwa perawatan ibu pada bayi BBLR sangat berdampak pada kualitas dan pertahanan hidup BBLR dan bila ibu tidak melakukan perawatan dengan baik maka akan berdampak pada angka kejadian infeksi malnutrisi dan kematian pada bayi BBLR. Hasil penelitian ini juga didukung oleh pernyataan Surasmi (2003) yang menyatakan bahwa respon ibu terhadap permasalahan bayi BBLR sangat mempengaruhi keputusan ibu untuk melakukan perawatan terhadap bayinya dan berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan BBLR, masih banyak para ibu yang belum bisa merawat bayinya dengan baik, sehingga banyak bayi BBLR yang tidak terselamatkan disebabkan karena kurangnya pengetahuan ibu tentang perawatan bayi BBLR.

Penatalaksanaan bayi BBLR perlu di dukung dengan pengetahuan yang baik, dari pengetahuan ini akan menunjang terhadap pemberian penatalaksanaan yang berkualitas dan aman terhadap bayi BBLR. Dalam hal ini, penatalaksanaan perawatan pada bayi yang dilakukan oleh seorang ibu meliputi mempertahankan suhu dan kehangatan bayi BBLR di rumah, memberikan ASI kepada bayi BBLR di rumah dan mencegah terjadinya infeksi bayi BBLR (Girsang, 2009).

C. Informasi

Kata informasi berasal dari kata Perancis kuno *informacion* (tahun 1387) yang diambil dari bahasa Latin *informationem* yang berarti “garis besar, konsep, ide”. Informasi merupakan kata benda dari *informare* yang berarti aktivitas dalam “pengetahuan yang dikomunikasikan”

Informasi adalah pesan (ucapan atau ekspresi) atau kumpulan pesan yang terdiri dari order sekuens dari simbol, atau makna yang dapat ditafsirkan dari pesan atau kumpulan pesan. Dalam beberapa hal pengetahuan tentang peristiwa-peristiwa tertentu atau situasi yang telah dikumpulkan atau diterima melalui proses komunikasi, pengumpulan intelejen, ataupun didapatkan dari berita juga dinamakan informasi. Informasi yang berupa koleksi data dan fakta seringkali dinamakan informasi statistik. Dalam bidang ilmu komputer, informasi adalah data yang disimpan, diproses, atau ditransmisikan. Penelitian ini memfokuskan pada definisi informasi sebagai pengetahuan yang didapatkan dari pembelajaran, pengalaman, atau instruksi dan alirannya (Wikipedia, 2012).

Kadir (2002); McFadden dkk (1999) mendefinisikan informasi sebagai data yang telah diproses sedemikian rupa sehingga meningkatkan pengetahuan seseorang yang menggunakan data tersebut. Informasi merupakan fungsi penting untuk membantu mengurangi rasa cemas seseorang. Menurut Notoatmodjo (2008) bahwa semakin banyak informasi dapat memengaruhi atau menambah pengetahuan seseorang dan dengan pengetahuan menimbulkan kesadaran yang akhirnya seseorang akan berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya.

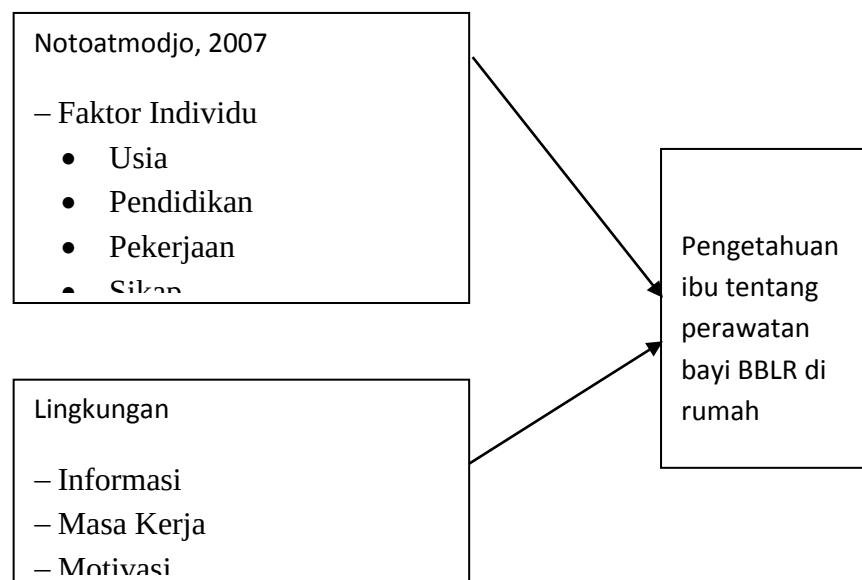
Notoatmodjo (2007) juga mengatakan informasi mempengaruhi pengetahuan baik dari media maupun orang-orang dalam terkaitnya dengan kelompok manusia memberi kemungkinan untuk dipengaruhi dan mempengaruhi anggota-anggotanya. Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun nonformal dapat memberikan pengaruh jangka pendek sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Majunya teknologi akan tersedia bermacam-macam media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang informasi baru. Sebagai sarana komunikasi berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah dan

lain-lain mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang.

Manuaba (2009) memahami kesehatan dengan semakin meningkatnya pengetahuan, dan teknologi bidang kedokteran, semakin meningkat pula tuntutan masyarakat terhadap informasi mengenai kesehatan. Pemberian informasi yang lengkap, tepat dan komunikatif sangat diperlukan dalam bidang kesehatan, Kurt Lewin dalam buku Notoatmodjo (2007), berpendapat bahwa informasi merupakan stimulus yang mendorong untuk terjadinya perubahan pikiran.

E. Kerangka Teoritis

Dalam penelitian ini di kemukakan oleh para ahli tentang faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan ibu tentang perawatan Bayi BBLR di rumah, yaitu:



Gambar 2.1 Kerangka Teoritis

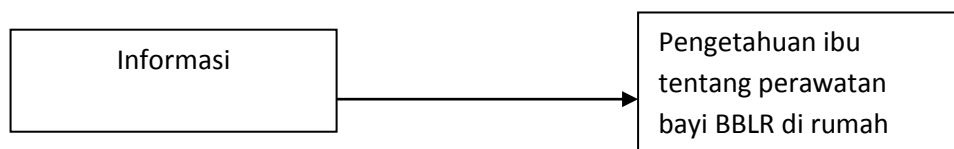
F. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang lain diamati atau diukur melalui penelitian-penelitian yang akan di lakukan (Notoadmodjo, 2003).

Berdasarkan uraian di atas maka kerangka konsep dalam penelitian ini adalah seperti gambar dibawah ini.

Variabel Independen

Variabel Dependen



Gambar. Kerangka Konsep

D. Hipotesa

1. Ada hubungan informasi dengan pengetahuan ibu tentang perawatan bayi
2. BBLR di rumah.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian yang bersifat *analitik* dengan pendekatan *cross sectional*, yaitu observasi atau pengumpulan data di lakukan sekaligus pada suatu waktu (*point time approach*) (Notoatmodjo, 2005).

B. Populasi dan sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang melahirkan bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Rumah Sakit Ibu dan Anak Banda Aceh pada tahun 2013 yang berjumlah 216 orang.

2. Sampel

Besarnya sampel dalam penelitian ini ditentukan dengan rumus Slovin (Notoatmodjo, 2005).

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2}$$

Keterangan :

N : Besarnya populasi

n : Besarnya sampel

d : Tingkat kepercayaan (ketepatan yang diujikan 0,1)

Maka perhitungan besarnya sampel adalah :

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2}$$

$$n = \frac{216}{1 + 216(0,1)^2}$$

$$n = \frac{216}{1 + 216(0,01)}$$

$$n = \frac{216}{3,16}$$

$$n = 68,35$$

$$n = 69$$

Jadi sampel yang diambil dalam penelitian ini adalah berjumlah 69 orang ibu yang memiliki bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Rumah Sakit Ibu dan Anak Banda Aceh pada tahun 2013. Teknik pengambilan sampel diambil secara *purposive sampling*, yaitu didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri.

Adapun kriteria inklusi sampel yaitu:

- a. Bayi yang dirawat di ruang NICU di RSIA
- b. Alamat rumah yang lengkap
- c. Di Wilayah Kota Banda Aceh

C. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Ibu dan Anak Banda Aceh.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 20 Mei – 28 Juni 2014.

D. Pengumpulan Data

1. Data Primer

Yaitu data yang diperoleh secara langsung dari responden. Data akan dimulai dengan wawancara menggunakan kuesioner.

2. Data sekunder

Yaitu data yang diperoleh peneliti dari sumber yang sudah ada. Data bersumber dari Rumah sakit ibu dan anak Banda Aceh.

E. Instrumen Penelitian

Adapun instrument penelitian atau alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuisioner yang berjumlah 26 pertanyaan yang terdiri dari 15 pertanyaan pengetahuan ibu, 1 pertanyaan informasi dan 10 pertanyaan dukungan keluarga.

F. Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengolahan Data

Setelah semua data terkumpul, langkah selanjutnya yaitu mengolah data tersebut dan dianalisa dengan uji statistik. Tahapan yang dilakukan pada proses analisa data (Notoadmojo, 2007), yaitu :

- a. *Editing* yaitu kegiatan memeriksa data yang telah terkumpul apakah sudah terisi secara sempurna atau belum.
- b. *Coding* yaitu member kode-kode tertentu kepada masing-masing katagori atau jawaban yang diberikan oleh responden.
- c. *Transferring* yaitu data yang telah diberikan kode di susun secara berurutan dari responden pertama sampai responden terakhir, selanjutnya dimasukkan dalam table.

- d. *Tabulating* yaitu memasukkan data ke dalam bentuk tabel dengan teliti dan teratur, kemudian dihitung dalam satu katagori.

2. Analisa Data

- a. Analisa Univariat yaitu untuk mengetahui distribusi frekuensi dan rata-rata. Hasil dari analisa ini berupa distribusi frekuensi dan presentase dari variabel. Selanjutnya analisa ini akan ditampilkan distribusi frekuensi dalam bentuk tabel. Untuk data demografi atau kriteria sampel dilakukan perhitungan presentase :

$$P = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Keterangan : P = persentase

f = jumlah frekuensi

n = jumlah responden

Kemudian peneliti akan menghitung distribusi frekuensi dan mencari persentasi pada setiap variabel dengan menggunakan komputer program SPSS 17.

- b. Analisa Bivariat yaitu untuk mengetahui data dalam bentuk tabel silang dengan melihat hubungan antara variabel independen dan variabel dependen, menggunakan uji *statistik chi-square*. Dengan batas kemaknaan ($\alpha = 0,05$) atau Confident level (CL) = 95% diolah dengan komputer menggunakan program SPSS 17.

Data masing-masing subvariabel dimasukkan ke dalam tabel *contingency*, kemudian tabel-tabel *contingency* tersebut di analisa untuk membandingkan antara nilai p dengan nilai α (0,05), dengan ketentuan :

1. H_a diterima dan H_o di tolak : Jika $p \leq 0,05$ artinya ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen.
2. H_a ditolak dan H_o diterima : Jika $p > 0,05$ artinya tidak ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen.

Aturan yang berlaku untuk uji *Chi-Square* untuk program komputerisasi seperti SPSS adalah sabagai berikut :

1. Bila pada tabel *contingency* 2x2 dijumpai nilai e (harapan) kurang dari 5, maka hasil yang digunakan adalah *Fisher Exact Test*.
2. Bila pada tabel *contingency* 2x2 tidak dijumpai nilai e (harapan) kurang dari 5, maka hasil yang digunakan adalah *Continuity Correction*
3. Bila pada tabel *contingency* yang lebih dari 2x2 misalnya 3x2, 3x3 dan lain-lain, maka hasil yang digunakan adala *Person Chi-Square*
4. Bila pada tabel *kontingency* 3x2 ada sel dengan nilai frekuensi harapan (e) kurang dari 5, maka akan dilakukan merger sehingga menjadi tabel *kontingency* 2x2.

G. Definisi Operasional

Table 2.1 Definisi operasional

No	Variabel	Defenisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
----	----------	----------	-----------	-----------	------------	-------

		Operasional				Ukur
Dependen						
1.	Pengetahuan ibu	Segala sesuatu yang diketahui ibu tentang perawatan BBLR di rumah	Menyebarkan kuesioner sebanyak 15 pertanyaan dengan kategori - Baik bila ibu menjawab benar >75% - Cukup bila ibu menjawab benar 60-75% - Rendah bila ibu menjawab benar < 60%	Kuesioner	- Baik - Cukup - Rendah	Ordinal
Independen						
2.	Informasi	Kabar atau berita yang ibu peroleh tentang perawatan bayi BBLR di rumah dari berbagai sumber informasi	Membagikan kuesioner pada responden Dengan kriteria: - Ya, apabila ibu ada mendapatkan informasi tentang perawatan bayi BBLR di rumah - Tidak, apabila	Kuesioner	- Ya - Tidak	Ordinal

			ibu tidak ada mendapatkan informasi tentang perawatan bayi BBLR di rumah			
--	--	--	--	--	--	--

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) merupakan salah satu Rumah Sakit Umum yang berada di Propinsi Aceh, RSIA ini terletak di tengah kota Banda Aceh. RSIA Banda Aceh adalah rumah sakit negeri kelas B. Rumah sakit ini mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan subspesialis terbatas. Rumah sakit ini juga menampung pelayanan rujukan dari rumah sakit kabupaten

Adapun batas wilayah RSIA adalah sebagai berikut :

- a. Sebelah Utara berbatasan dengan Desa Punge Jurong
- b. Sebelah Barat berbatasan dengan Desa Punge Blang Cut
- c. Sebelah Timur berbatasan dengan Lapangan Blang Padang
- d. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kodam Iskandar Muda

B. Hasil Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan mulai dari tanggal 20 Mei – 28 Juni 2014 didapat hasil sebagai berikut:

1. Analisa Univariat

Penyajian hasil penelitian memberikan gambaran mengenai distribusi frekuensi.

a. Pengetahuan

Tabel 4.1
Frekuensi Pengetahuan Responden Tentang Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Di Rumah Sakit Ibu Dan Anak Banda Aceh

No	Pengetahuan	f	%
1	Tinggi	17	24,6
2	Cukup	17	24,6
3	Rendah	35	50,7
Total		69	100

Sumber data primer (di olah tahun 2014)

Berdasarkan tabel 5.1 dari 69 orang responden ada 35 (50,7%) yang mempunyai pengetahuan tentang perawatan bayi BBLR pada kategori rendah.

b. Informasi

Tabel 4.2
Frekuensi Informasi Responden Tentang Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Di Rumah Sakit Ibu Dan Anak Banda Aceh

No	Informasi	f	%
1	Ada	41	59,4
2	Tidak	28	40,6
Total		69	100

Sumber data primer (di olah tahun 2014)

Berdasarkan tabel 5.3 dari 69 orang responden ada 41 (59,4%) yang mendapatkan informasi tentang perawatan bayi BBLR.

2. Analisa Bivariat

a. Hubungan Informasi dengan Pengetahuan

Tabel 4.3
Distribusi Hubungan Informasi dengan Pengetahuan Ibu Tentang Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Di Rumah Sakit Ibu Dan Anak Banda Aceh

No	Informasi	Pengetahuan						Total	%	P Value
		Rendah		Cukup		Tinggi				
		f	%	f	%	f	%			
2	Ada	14	34,1	11	26,8	16	39,0	41	100	0.001
1	Tidak	21	75,0	6	21,4	1	3,6	28	100	

Berdasarkan tabel 5.6 dari 28 orang yang tidak mendapatkan informasi ada 21 (75,0%) yang mempunyai pengetahuan rendah tentang perawatan bayi BBLR dan dari 41 orang yang ada mendapatkan informasi terdapat 16 (39,0%) yang mempunyai pengetahuan tinggi tentang perawatan bayi BBLR. Hasil analisis statistik uji *chi-square* menunjukkan bahwa ada hubungan antara informasi dengan pengetahuan ibu ($p \text{ value} = 0,001 < 0,05$).

C. Pembahasan

1. Hubungan informasi dengan pengetahuan ibu tentang perawatan bayi BBLR

Berdasarkan hasil penelitian, dari 28 orang yang tidak mendapatkan informasi ada 21 (75,0%) yang mempunyai pengetahuan rendah tentang perawatan bayi BBLR dan dari 41 orang yang ada mendapatkan informasi terdapat 16 (39,0%) yang mempunyai pengetahuan tinggi tentang perawatan bayi BBLR.

Hasil analisa statistik menggunakan uji *chi-square* dengan tingkat kemaknaan (α) = 0,05 dan nilai $p \text{ value} = 0,001$. Sehingga didapat kesimpulan bahwa $p < 0,05$ yang artinya H_a diterima atau terdapat hubungan informasi dengan pengetahuan ibu tentang perawatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di rumah.

Menurut Notoatmodjo (2007) informasi mempengaruhi pengetahuan baik dari media maupun orang-orang dalam terkaitnya dengan kelompok manusia memberi kemungkinan untuk dipengaruhi dan mempengaruhi anggota-anggotanya. Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal

maupun nonformal dapat memberikan pengaruh jangka pendek sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan.

Kadir (2002) mengatakan informasi adalah sebagai data yang telah diproses sedemikian rupa sehingga meningkatkan pengetahuan seseorang yang menggunakan data tersebut. Menurut Mubarak (2011) kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat mempercepat seseorang memperoleh pengetahuan yang baru. Informasi yang didapat oleh seseorang akan merangsang pikiran dan kemampuan seseorang serta menambah pengetahuannya.

Berdasarkan hasil penelitian Sari (2008) dalam penelitiannya menyatakan bahwa responden yang memiliki pengetahuan baik adalah responden yang sebelumnya telah mendapatkan informasi serta penyuluhan tentang perawatan metode kanguru oleh sebab itu perlu KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) dan motivasi yang terus menerus sehingga ibu yang mempunyai bayi BBLR dapat menerapkan perawatan metode kanguru dengan benar dan angka kematian akibat BBLR terutama hipotermi dapat diturunkan.

Demikian juga menurut penelitian Rahmaidar (2012) dalam penelitiannya menyatakan bahwa ibu yang pernah mendapatkan informasi tentang perawatan metode kanguru maka cenderung memiliki pengetahuan yang baik. Dan informasi mengenai perawatan metode kanguru tersebut dapat diperoleh secara langsung maupun tidak langsung.

Baik dari petugas kesehatan, teman, kerabat, keluarga serta dari media cetak dan media elektronik (majalah, Koran TV, radio dan sebagainya).

Menurut asumsi, peneliti informasi adalah fungsi penting untuk membantu meningkatkan pengetahuan seseorang. Semakin banyak mendapatkan informasi maka semakin tinggi pengetahuannya dan sebaliknya semakin sedikit mendapatkan informasi, semakin rendah pengetahuan orang tersebut. Dari hasil penelitian juga didapat ada responden yang ada mendapatkan informasi tetapi pengetahuannya rendah dikarenakan pendidikan ibu yang rendah sehingga informasi yang didapatkan kurang dipahami. Pendidikan berhubungan dengan pengetahuan. Ibu dengan pendidikan dasar dan menengah menunjukkan pengetahuan yang terbatas terhadap kesehatan.

Dalam penelitian ini ada responden yang tidak mendapatkan informasi tetapi pengetahuannya tinggi dan cukup, hal ini dikarenakan sumber informasi tidak begitu berpengaruh terhadap pengetahuan. Karena pengetahuan akan baik apabila mereka pernah mendapatkan informasi serta manfaatnya dengan tidak memandang dari mana sumber informasi yang mereka dapatkan.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan di Rumah sakit Ibu dan Anak dengan 69 orang responden, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Dari hasil penelitian didapat ada hubungan antara dukungan keluarga dengan pengetahuan ibu tentang perawatan bayi BBLR (P value = $0,002 < 0,05$).
2. Berdasarkan hasil penelitian ada hubungan antara informasi dengan pengetahuan ibu tentang perawatan bayi BBLR (p value= $0,001 < 0,05$).

B. Saran

1. Bagi institusi Rumah Sakit

Diharapkan pada Rumah Sakit Ibu dan Anak Banda Aceh untuk memberikan dukungan dan pengarahan kepada ibu dalam perawatan bayi BBLR.

2. Bagi Peneliti Lanjutan

Diharapkan dapat mengembangkan penelitian ini dengan menambahkan variabel yang lain seperti peran petugas, pendidikan, kecemasan atau merubah metode penelitian menggunakan *case control*.

DAFTAR PUSTAKA

Anderson GC, More ER. 2007. *Randomized Controlled Trial Of Very Early Mother-Infant Skin-To-Skin Contact And Breastfeeding Status*. Journal Of Midwifery & Women's Health. Medscape.

Atikah, dkk. 2010. *Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)*. Yogyakarta. Nuha Medika.

- Bang et al. 2005. *Low Borth Weight and Preterm Neonatus: Can they managed at home by mother and a trained village health worker*. *Journal of Perinatology*, S72-S81. Avalaible online at: <http://www.Nature.com/jp/journal25/nis/pdf/7211276a.pdf>. Diakses Tanggal : 20 Februari 2014.
- Department of Reproductive Health and World Health Organization. 2003. *Kangaroo Health Mother Care*. A practical guide. Geneva : WHO.
- Depkes RI. 2002 *Profil Kesehatan dan Pembangunan Perempuan di Indonesia*. Jakarta: WHO
- _____. 2008. *Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Dengan Metode Kanguru*. Health Technology Assessment Indonesia. Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- _____. 2009. *Panduan Pelatihan Kader Posyandu*. Edisi 3. Jakarta.
- _____. 2012. *Profil kesehatan Aceh Tahun 2012*. Dinas Kesehatan Aceh 2012.
- Girsang, M. 2009. Pola Perawatan bayi Berat Lahir Rendah di Rumah Sakit dan di Rumah dan Hal-hal Yang Mempengaruhinya. FIK UI. Thesis Available Online at: <http://digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=124600&lokasi=local>. Diakses Tanggal 20 Februari 2014.
- Hidayat, Aziz Alimul. 2008. *Metode Penelitian Keperawatan Dan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba.
- _____. 2009. *Metode Penelitian Keperawatan Kesehatan Paradigma Kuantitatif*. Surabaya: Health Books Publishing.
- Kadir, Abdul. 2002. *Pengenalan Sistem Informasi*, Penerbit Andi Yogyakarta, Yogyakarta.
- Manuaba. (2003) *Ilmu Penyakit Kandungan*. Jakarta:EGC.
- Mubarak, W.I. 2011. *Promosi Kesehatan Untuk Kebidanan*, Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo, S. 2003 *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar*. Jakarta : Rineka Cipta.

_____. 2005. *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Edisi 3. Jakarta. Rineka Cipta.

_____. 2005 *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.

Pantiawati, I. 2010. *Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah*. Yogyakarta: Niha Medika.

Pratomo H. 2006. *Manfaat Perawatan Metode Kanguru (PMK) dan Penerapannya dalam Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah dengan Metode Kanguru*. Jakarta : Perinasia

Praworihardjo. 2007. *Asuhan Kegawatdaruratan Dan Penyulit Pada Neonatus*. Jakarta: Pradia Paramita.

Proverawati. A dan Ismawati. C. 2010. *Berat Badan Lahir Rendah*. Yogyakarta. Nuha Medika.

Rahmaidar, P. 2012. Hubungan Pendidikan dan Sumber Informasi Dengan Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Perawatan Metode Kanguru (PMK) di Wilayah Kerja Puskesmas Jeulingke Kota Banda Aceh. Banda Aceh.

Sari, Triana. 2008. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan dan Sikap Ibu Tentang Perawatan Metode Kanguru Pada BBLR. Surabaya.

Setyowati, T. 2001. About Midwifery. Available at: <http://www.scribd.com/doc/12912844/drafKMC>. Diakses Tanggal : 20 Februari 2014.

Surasmi. 2003. *Perawatan Bayi Beresiko Tinggi*. Jakarta: EGC.

Tifani. 2007. *Masa Bayi Baru Lahir*. Dikutip Dari : <http://tifany.wordpress.com/2007/10/09/masa-bayi-baru-lahir/>. Diakses Tanggal: 10 Februari 2014.

Wikipedia. 2012. *Informasi*. Diunduh Dari : id.wikipedia.org/wiki/infirmasi. Diakses tanggal : 20 februari 2014.

Wikjosastro, H. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

