

STUDI KUALITATIF PENGALAMAN IBU MERAWAT ANAK YANG LAHIR PREMATUR DI KABUPATEN PEKALONGAN

Kartika Rokhmawati, Roni Agus Irfansah, Neti Mustikawati
Program Studi Ners
STIKes Muhammadiyah Pekajangan – Pekalongan
Agustus, 2015

ABSTRAK

Bayi prematur adalah bayi yang dilahirkan belum cukup bulan usia kandungan, perawatan bayi prematur tentunya lain dengan bayi yang lahir normal, kondisi bayi yang belum cukup usia gestasinya menjadikan beberapa sistem organ dalam tubuh bayi belum sempurna. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengalaman ibu merawat anak yang lahir prematur di Kabupaten Pekalongan. Desain penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologis. Partisipan dalam penelitian ini adalah ibu yang merawat anak lahir prematur di Kabupaten Pekalongan. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah ibu yang memiliki anak lahir prematur dengan usia anak 12 bulan. Instrumen penelitian yaitu peneliti sendiri dengan dibantu *handphone* sebagai alat perekam dan alat pencatat. Penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* untuk menentukan sampel. Peneliti menggunakan 6 partisipan dengan masing-masing usia anak 5-11 bulan. Analisis data menggunakan model analisis *Miles and Humbergman*. Hasil penelitian didapat kan 21 tema yaitu kondisi awal kehamilan, masalah dalam kehamilan, tanda-tanda persalinan, cara persalinan, perawatan di Rumah Sakit, kondisi bayi saat lahir, respon psikologis, respon emosional, menjaga suhu tubuh, menjaga kondisi bayi, pemberian imunisasi, pemberian nutrisi, kondisi ibu, kondisi bayi, sehat, panjang umur, berat badan, dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan informasi, pemberi dukungan. Saran bagi profesi keperawatan khususnya, agar dapat memberikan dukungan baik emosional maupun informatif mengenai cara perawatan anak lahir prematur baik saat di Rumah sakit maupun saat sudah pulang di rumah.

Kata kunci : Pengalaman, Lahir Prematur, Perawatan Anak

ABSTRACT

PHENOMENOLOGY QUALITATIVE STUDY : EXPERIENCE OF MOTHER CARING FOR PREMATURE BABY IN PEKALONGAN REGENCY.

Premature baby is the baby who is born with uncompleted months of gestational age. Taking care of premature baby is different from caring normally born baby. The baby's condition with uncompleted gestational age makes some of organ systems of the baby are not fully developed. This study was aimed to know the mother's experience caring for premature baby in Pekalongan Regency. Study design occupied for this study was qualitative with phenomenology approach. The participants in this study were mothers who have premature babies aged less than 12 months. The instruments used for this study were hand phone as the recorder, notes equipment and the researchers. This study used purposive sampling technique to determine the sample of the study. The researcher recruited 6 participants with the child's age ranged from 5-11 months. The data was analyzed using Miles & Humbergman analysis model. The study results concluded 21 themes: early pregnancy condition, problem during pregnancy, signs of delivery, delivery method, hospitalization, baby's condition on born, psychologic response, emotional response, maintain body temperature, maintain the baby's condition, giving vaccination, nutrition, mother's condition, baby's condition, healthy, long life, body weight, emotional support, instrumental support, information support, support giver. The suggestion extended to the nurses especially, the nurses are encouraged to give emotional support thus information support related the method of caring for premature baby in the hospital and also at home.

Key words : Experience, Prematurely born, Child's care

PENDAHULUAN

Angka kejadian mortalitas dan morbiditas neonatus pada bayi prematur masih sangat tinggi. Hal ini berkaitan dengan kematangan organ pada bayi baru lahir seperti paru, otak dan gastrointestinal (Saifuddin 2009, h.667). Bayi yang lahir prematur setiap tahunnya diperkirakan ada 15 juta dan angka ini akan terus meningkat. Perbandingan adalah 1 dari 10 yang lahir. Diperkirakan sekitar 1 juta bayi prematur meninggal akibat komplikasi ketika lahir (Molika 2014, h.47).

Angka kematian bayi sudah menjadi tolak ukur perbandingan sistem perawatan kesehatan internasional diakhir-akhir ini. Di negara-negara yang mempunyai angka kelahiran prematur yang lebih tinggi, juga mempunyai angka kematian bayi lebih tinggi. Selain itu, kelahiran prematur sekurang-kurangnya menyebabkan dua pertiga kematian bayi dini. Secara nasional,

angka kematian bayi disebabkan karena kelahiran prematur (Cunningham 2006, h.764).

Kelahiran prematur adalah penyebab utama kematian bayi baru lahir (bayi yang hidup dalam 4 minggu pertama kehidupannya). Dari 184 negara, presentasi bayi lahir prematur adalah 5-18% dari kelahiran seluruh bayi (Molika 2014, h.47). Data dari WHO (*World Health Organization*) pada tahun 2013 menyebutkan bahwa proporsi kematian tertinggi kelahiran prematur terjadi di Asia Tenggara (23%, atau lebih dari 400.000 kematian), diikuti oleh Amerika (19%) dan Eropa (18%).

Kejadian persalinan prematur berbeda pada setiap negara. Pada tahun 2013, Indonesia menjadi negara peringkat ke-5 dengan jumlah persalinan prematur terbanyak dengan jumlah 675.700 setelah, India: 3.519.100, Cina: 1.172.300, Nigeria:

773.600, Pakistan: 748.100. Sedangkan untuk tingkat tertinggi kelahiran prematur per 100 kelahiran hidup, Indonesia berada dalam urutan nomer 9 dengan jumlah 15.5 per 100 kelahiran. WHO mencatat angka kelahiran bayi di Indonesia sebanyak 4.371.800 jiwa. Dari jumlah tersebut, 1 dari 6 yang lahir prematur atau 15,5% per 100 kelahiran hidup (675.700 jiwa) terlahir prematur (WHO 2013).

Bayi yang lahir prematur, terutama dengan usia kehamilan < 32 minggu, mempunyai resiko kematian 70 kali lebih tinggi dibandingkan dengan bayi yang lahir cukup bulan, ini dikarenakan ketidakmatangan sistem organ tubuhnya belum matang, seperti paru-paru, jantung, ginjal, hati dan sistem pencernaan, sehingga sulit beradaptasi dengan lingkungan luar rahim. Sekitar 75% kematian prenatal disebabkan oleh prematuritas. Sekitar seperlima bayi yang lahir dibawah usia 32 minggu tidak dapat bertahan hidup dalam tahun pertama, dibandingkan dengan 1% kematian bayi yang lahir dengan usia 33-36 minggu dan hanya sekitar 0,3% kematian pada bayi yang lahirnya cukup bulan (Krisnadi 2009, h.1).

Persalinan prematur merupakan kelainan proses yang multifaktorial. Kombinasi keadaan obstetrik, sosiodemografi, dan faktor medik mempunyai pengaruh terjadinya persalinan prematur. Drife dan Magowan menyatakan bahwa 35% persalinan prematur terjadi tanpa diketahui penyebab yang jelas, 30% akibat persalinan elektif, 10% pada kehamilan ganda, dan sebagian lain sebagai akibat kondisi ibu dan janinnya (Saifuddin 2009, hh.669-670).

Bayi baru lahir prematur beresiko mengalami masalah kesehatan yang terjadi sebagai akibat langsung dari imaturitas sistem tubuh dan kurangnya cadangan. Masalah-masalah yang terjadi pada bayi prematur antara lain masalah fisiologis, kardiovaskuler, pernapasan, dan suhu. Masalah kesehatan ini memerlukan

pengkajian dan pengobatan yang cepat untuk meningkatkan kemungkinan hidup bayi baru lahir tersebut (Reeder 2011, hh.623-629).

Masalah utama pada persalinan bayi prematur adalah perawatan bayi prematur, semakin muda usia kehamilan maka semakin besar morbiditas dan mortalitasnya. Kematian perinatal bukan saja menjadi salah satu masalah dalam persalinan prematur, bayi prematur biasanya disertai kelainan, baik kelainan jangka pendek maupun jangka panjang. Kelainan jangka pendek yang sering terjadi adalah RDS (*Respiratory Distress Syndrom*), perdarahan *intra/periventrikular*, NEC (*Necrotizing Entero Cilitis*), *displasi bronko pulmoner*, *sepsis*, dan *paten duktus arteriosus*. Adapun kelainan jangka panjang berupa kelainan *neurologik* seperti *serebral palsy*, *retinopati*, *retardasi mental*, juga dapat terjadi *disfungsi neurobehavioral* dan prestasi sekolah yang kurang baik (Saifuddin 2009, hh.668-669).

Reaksi orang tua terhadap kelahiran bayi yang tidak sesuai dengan harapannya sering dirasakan sebagai krisis terjadinya kekacauan pada dirinya sebelum akhirnya mereka mampu mengatasi perasaan mereka dan menerima peristiwa tersebut. Karena bayi baru lahir dapat lahir sebelum waktunya, orang tua sering kali mengalami derivasi dalam waktu sedikitnya 6 sampai 8 minggu yang merupakan waktu untuk persiapan psikologi (dan terkadang materi) akhir. Proses psikologis orang tua antara lain syok, marah dan mencari penyebabnya pada diri sendiri dan orang lain dan berduka (Reeder 2011, hh.620-621). Selain itu, perawatan di rumah sakit yang lama dan biaya yang cukup besar, bayi prematur memiliki banyak kerugian, sehingga menimbulkan stres untuk orang tua dan keluarga (Lissauer 2009, h.69).

Hasil wawancara pada tiga orang tua yang mempunyai anak lahir prematur mengatakan bahwa masalah yang dihadapi dalam merawat anak yang terlahir prematur adalah mudah sakit, sering menangis,

ketika menangispun suara tangisannya pelan, selain itu bayi prematur sering rewel. Ukuran bayi yang kecil menjadikan orang tua harus berhati-hati dalam merawat bayi tersebut. Respon tiga orang tua bervariasi dalam menerima anak yang lahir prematur seperti cemas, tidak percaya, tidak menyangka, merasa berat dalam perawatan, dan merasa minder.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di beberapa rumah sakit di Kabupaten Pekalongan pada tahun 2014 yaitu di RSUD Kajeun jumlah persalinan persalinan prematur sebanyak 6 (0,86%) dari 700 persalinan. Di RSI Muhammadiyah Pekajangan jumlah persalinan prematur sebanyak 5 (0,37%) dari 1366 persalinan. Di RSUD Kraton jumlah persalinan prematur sebanyak 20 (1,19%) dari 1693 persalinan.

METODE

Jenis penelitian ini adalah kualitatif. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah fenomenologi. Fenomenologi merupakan pandangan berfikir yang menekankan pada fokus kepada pengalaman-pengalaman subjektif manusia dan interpretasi-interpretasi dunia. Dasar pendekatan penelitian ini adalah deskriptif, karena data yang dihasilkan berupa kata-kata, gambar dan bukan angka-angka. Walaupun ada angka-angka, sifatnya hanya sebagai penunjang (Moleong 2007).

Partisipan atau Informan

Penelitian yang dilakukan memiliki kriteria-kriteria dalam penentuan partisipan. Kriteria tersebut terbagi dalam 2 kriteria, yaitu kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Kriteria tersebut adalah sebagai berikut:

1. Kriteria inklusi:

- a. Ibu yang mempunyai anak prematur dan masih hidup.
- b. Ibu yang merawat anak prematur kurang dari 1 tahun.

- c. Ibu dapat memberikan informasi secara verbal dengan baik.
 - d. Ibu yang bersedia menjadi partisipan.
2. Kriteria eksklusi:
- a. Ibu yang mengalami demensia, amnesia, maupun gangguan kejiwaan.

Uji Keabsahan Data

Langkah-langkah yang sudah dilakukan peneliti untuk memenuhi keabsahan data adalah sebagai berikut :

1. Uji *Credibility* (Uji Kepercayaan)

Penelitian yang telah dilakukan menggunakan teknik triangulasi sumber. Peneliti mewawancarai orang terdekat dari partisipan yang mengetahui pasti kondisi yang dialami partisipan.

2. Uji *Transferability* (Keteralihan)

Peneliti menggunakan uji keteralihan dengan mewawancarai orang lain yang sesuai dengan kriteria inklusi namun bukan termasuk partisipan dalam penelitian. Hasil wawancara yang diperoleh mendapatkan data yang sesuai dengan hasil penelitian yang telah dilakukan.

3. Uji *Dependability* (Kebergantungan)

Uji kepastian yang dilakukan peneliti yaitu dengan mendatangi kembali partisipan setelah hasil wawancara diketik dalam teks verbatim. Peneliti mendatangi kembali partisipan untuk memastikan data yang telah diperoleh dan menanyakan tentang apa yang belum dipahami dari informasi yang didapat.

4. Uji *Confirmability* (Kepastian)

Uji kepastian yang dilakukan peneliti yaitu dengan mendatangi kembali partisipan setelah hasil wawancara diketik dalam teks verbatim. Peneliti mendatangi kembali partisipan untuk memastikan data yang telah diperoleh dan menanyakan tentang apa yang belum dipahami dari informasi yang didapat.

Prosedur Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara semi terstruktur. Jenis wawancara ini sudah termasuk dalam kategori *in-dept interview*, dimana dalam pelaksanaannya lebih bebas bila dibandingkan dengan wawancara terstruktur (Sugiyono 2008, hh.73-74).

Berikut ini penjabaran prosedur pengumpulan data yang peneliti gunakan:

1. Observasi

Observasi dilakukan dengan cara menggunakan catatan lapangan, peneliti ke lapangan untuk melakukan pengamatan perilaku dan kegiatan individu-individu di lokasi penelitian.

2. Wawancara

Peneliti melakukan *face to face interview* dengan partisipan, kemudian mewawancarai dengan *hand phone*. Wawancara ini menggunakan pertanyaan-pertanyaan secara umum semiterstruktur dan bersifat terbuka.

Pengolahan Data

Pengolahan data dimulai dengan mendokumentasikan hasil wawancara dan observasi catatan lapangan yang telah diperoleh selama proses wawancara terhadap enam partisipan. Peneliti mendengarkan hasil rekaman wawancara dari enam partisipan secara berulang-ulang ketika peneliti masih berada di tempat partisipan untuk memastikan apakah hasil wawancara sudah sesuai dengan tujuan penelitian. Peneliti kemudian membuat transkrip verbatim dari masing-masing hasil wawancara dan catatan lapangan hasil observasi selama wawancara berlangsung. Lalu, peneliti melakukan pembuatan matrik guna memisahkan antar tujuan dan tema.

Teknik Analisa Data

Teknik analisa data yang digunakan peneliti yaitu dengan model

analisa *Miles* dan *Huberman*. Teknik analisis data ini melalui tiga langkah, yang pertama adalah reduksi data (*data reduction*) yaitu merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, mencari tema dan polanya. Kedua adalah penyajian data (*data display*) yaitu menyajikan data dengan bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori, *flowchart* dan sejenisnya. Langkah terakhir adalah penarikan kesimpulan (*conclusion drawing/verification*) yang merupakan kumpulan data berupa deskripsi atau gambaran (Sugiyono 2008, hh.91-99).

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini adalah ibu yang memiliki anak yang lahir prematur dan anak tersebut masih hidup dengan umur di bawah 1 tahun di Kabupaten Pekalongan. Usia partisipan paling tua adalah 46 tahun dan yang paling muda adalah 20 tahun dengan usia anak prematur paling tua adalah 11 bulan dan yang paling muda adalah 5 bulan. Semua partisipan berasal dari Suku Jawa dengan komunikasi yang digunakan adalah bahasa Indonesia dan Jawa. Dari keenam partisipan 1 partisipan bekerja sebagai dukun bayi dan 1 partisipan bekerja sebagai pedagang yang lain hanya sebagai ibu rumah tangga. Menurut kondisi sosial ekonomi semua partisipan masuk dalam golongan sosial ekonomi menengah ke bawah.

Analisa Tematik

Peneliti telah melakukan wawancara semi terstruktur dengan 6 orang partisipan mengenai pengalaman merawat anak yang lahir prematur. Setelah melakukan wawancara peneliti menemukan 21 tema dari 7 tujuan khusus.

Pembahasan

1. Riwayat kehamilan

a. Kondisi awal kehamilan

Persalinan prematur sulit diduga dan sulit dicari penyebabnya (Manuaba 2010, h.295), dari hasil penelitian ditemukan masalah-masalah dalam kehamilan muncul setelah usia kehamilan menginjak 6-7 bulan. Kehamilan trimester pertama keenam partisipan mengatakan tidak ada keluhan atau kehamilan terasa baik-baik saja, dan tidak mengira bahwa anaknya akan lahir premature.

b. Masalah dalam kehamilan

Partisipan 3 dan 6 saat hamil sering sakit. Partisipan 1, 2, 4, 5 memiliki masalah penyulit kebidanan, P1 dan P2 mengalami tekanan darah tinggi pada masa kehamilan 6-7 bulan yang disertai kelebihan protein urin, P2 dan P4 mengalami perdarahan dan *plasenta previa* pada masa kehamilannya, kondisi ini sesuai dengan teori Manuaba (2010, h.295).

2. Riwayat kelahiran anak

a. Tanda-tanda persalinan

Peneliti tidak menemukan adanya tanda-tanda persalinan pada keenam partisipan, meski itu pada P2, P3, P6 yang mengalami persalinan per vaginam, P2 menyatakan tidak merasakan adanya rasa mules atau kencang pada kandungannya karena pada saat akan melahirkan P2 sedang memeriksakan kandungannya karena perdarahan. Pada P3 tidak menyangka bahwa hari itu akan melahirkan P3 bercerita pada hari itu baru saja pulang dari belanja dan P3 merasa ingin BAB setelah selesai BAB P3 merasakan ada sesuatu yang terasa aneh pada daerah vagina saat cebok, karena takut ada sesuatu P3 memeriksakan ke Puskesmas

dan bidan menyatakan bahwa sudah terjadi pembukaan 4. Sedangkan pada P6 saat dia memeriksakan kandungan karena kondisi kehamilan yang sakit jika dibawa tidur miring baik kanan maupun kiri, saat tiba dirumah sakit P6 oleh petugas dimasukan keruang persalinan bidan memeriksa kondisi kehamilan P6 dan bidan menyatakan jika sudah terjadi pembukaan 7.

b. Cara persalinan

Hasil penelitian terdapat 3 partisipan yang melahirkan secara operasi *sectio caesaria* yaitu P1, P4, P5. Dan 3 partisipan melahirkan secara pervaginam.

c. Perawatan di rumah sakit

Partisipan 1,2,3,4,5,6 mengatakan jika anak mereka pernah dirawat di rumah sakit dan berada di inkubator tepat setelah bayi dilahirkan.

d. Kondisi bayi saat lahir

Pada hasil penelitian ditemukan berat badan bayi pada P3 1 kilo 1 ons/1100 gram, P4 1 kilo 3 ons/1300 gram, P5 berat badan bayi 1 kilo 2,5 ons/1250 gram P6 1 kilo 4,5 ons/1450 gram maka P 3, 4, 5, 6 termasuk dalam kategori berat badan bayi lahir sangat rendah.

P1 dan P2 menyatakan jika berat badan bayi saat lahir yaitu 1 kilo 5 ons/1500 gram dan termasuk dalam berat badan bayi lahir rendah. Pada penelitian ditemukan jika berat badan bayi lahir paling rendah dari keenam partisipan adalah pada P3 yaitu 1 kilo 1 ons/1100 gram.

3. Respon ibu

a. Respon psikologis

Kecemasan yang dialami partisipan bervariasi, seperti rasa takut pada partisipan 1, 2, 4, dan 5, rasa khawatir pada partisipan 1, 2, 4, dan 6, rasa panik pada partisipan

1, 2, 5, dan 6. Partisipan 1, 4 dan 6 mengalami stress. Sedih partisipan 2 dan 3 dan kecewa partisipan 3.

b. Respon emosional

Semua orang tua pasti memiliki sedikit kecemasan mengenai hasil kehamilan, namun setelah kelahiran prematur, keprihatinan itu semakin meningkat sehubungan dengan *viabilitas* maupun kenormalan bayi mereka. Kondisi ini yang menjadikan ibu meluapkan perasaannya dengan menangis seperti yang dialami partisipan 1, 2, 3, dan adanya perasaan sensitif seperti pada P 6.

4. Perawatan pada anak lahir prematur

a. Menjaga suhu tubuh

Hasil penelitian ditemukan bahwa untuk menjaga kondisi bayi agar tidak mengalami kedinginan dengan menjaga suhu tubuh seperti menggunakan listrik/lampu agar kondisi lingkungan tetap hangat dan dengan dijemur matahari. Hal ini sesuai dengan teori Saifuddin (2009, h.675) dan Molika (2014) bahwa kondisi bayi prematur sangat rentan terhadap kedinginan sehingga harus selalu dijaga suhu tubuh bayi.

b. Menjaga kondisi bayi

Partisipan 1, 2, 4, 6 menghindari adanya paparan polusi seperti asap rokok maupun debu dengan tidak mengajak bayi keluar ruangan kamar sampai bayi dirasa sudah mampu untuk diajak keluar. Saifuddin (2009) mengatakan bahwa salah satu kondisi kritis bayi prematur adalah kedinginan, karena bayi prematur tidak mempunyai lemak pelindung, untuk menghindari bayi dari kedinginan maka bayi tidak dimandikan dengan air terlebih dahulu. Bayi bisa dibersihkan dengan minyak telon sampai kondisi bayi benar-benar mampu untuk dimandikan dengan air. Hasil penelitian menyatakan

bahwa P 1, 2, 3, 4, 5 tidak memandikan bayinya dalam kurun waktu tertentu hingga bayi dirasa sudah mampu untuk dimandikan dengan air.

c. Pemberian imunisasi

Imunisasi yang diberikan pada bayi prematur, biasanya perlakuannya sama dengan bayi normal pada umumnya (Molika 2014). Pemberian imunisasi bayi prematur sama seperti bayi normal yang disesuaikan dengan usia bayi dan sesuai panduan pada buku KIA. Pemberian imunisasi sesuai dengan usia bayi, dalam penelitian ini ke-6 partisipan berbeda-beda dalam imunisasi yang sudah didapat.

d. Pemberian nutrisi

Air susu ibu (ASI) direkomendasikan sebagai makanan eksklusif untuk semua bayi *aterm* (cukup bulan) selama 6 bulan pertama kehidupan. Setelah itu, dianjurkan untuk beralih ke makanan padat. ASI juga direkomendasikan untuk bayi *preterm* (kurang bulan) namun mungkin perlu diperkaya (Lissauer 2009, h.52). Keenam partisipan memberikan ASI pada bayinya, pada P 1, 2, 6 memberikannya secara langsung dengan menyusui bayi, dan pada P 3, 4, 5 memberikan ASI dengan cara diperah terlebih dahulu.

5. Hambatan perawatan bayi prematur

a. Kondisi ibu

Bayi prematur yang sangat kecil dan tampak sangat kurus karena kurang memiliki atau hanya sedikit deposit lemak subkutan (atau bahkan tidak ada sama sekali pada beberapa kasus) dan kepala secara proporsional lebih besar dibanding tubuhnya (Wong 2009, h.319). Kondisi bayi yang seperti itu menjadikan ibu mengalami kesulitan saat menggendong, seperti

yang diungkapkan partisipan 2, 3, 5, 6 yang mengatakan sulit dan takut saat akan menggendong bayi karena ukurannya yang kecil dibanding bayi lahir normal.

b. Kondisi bayi

Bayi prematur, keadaan kritis yang harus dihindari adalah kedinginan, pernapasan yang tidak adekuat, atau trauma (Saifuddin 2009, h.675). Adanya rasa tidak nyaman karena kondisi kedinginan menjadikan bayi prematur sering menangis, seperti yang dikatakan partisipan 2 dan 4.

6. Harapan perawatan bayi prematur

Harapan dapat menghilangkan rasa takut, menghalau rasa cemas. Setiap orang mempunyai harapan sesuai dengan tujuan serta cita-citanya masing-masing. Pada umumnya harapan tersebut mengarah pada sesuatu yang baik (Maran 2007, hh.200-201). Hasil penelitian menunjukan adanya harapan untuk menjadi lebih baik lagi, seperti yang diungkapkan P 1, 3, 4, 5, 6 yang menyatakan bayinya ingin sehat selalu. Pada P 2, 4, 5, 6 yang menyatakan ingin bayinya panjang umur dan sampai tua, pada P 3 dan P6 yang menyatakan ingin bayinya memiliki berat badan yang normal dan sesuai dengan pertumbuhannya.

7. Dukungan perawatan bayi prematur

a. Dukungan emosional

Menggambarkan sebagai dukungan informasi yang mengarahkan individu untuk merasa diperhatikan, dicintai dan dihargai. Dukungan ini diekspresikan melalui kasih sayang, cinta atau empati dan bersifat memberikan dukungan. Dukungan emosional menyediakan jaminan dan dorongan. Hal ini memfasilitasi individu percaya diri dan harga diri berhubungan dengan kesehatan positif (Walker 2005, hh.144-145). Seperti yang

diungkapkan P 1, 4, 5, 6 yang menyatakan mendapat dukungan emosional dari keluarga berupa do'a dan *support* dalam perawatan anak prematur.

b. Dukungan instrumental

Dukungan instrumental meliputi bantuan material, seperti memberikan tempat tinggal, memfasilitasi kebutuhan yang diperlukan. Bantuan ini berupa barang atau jasa yang diperlukan seseorang terutama saat mengalami masa-masa stress. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh P 3, 4, 5 yang menyatakan bahwa partisipan mendapat dukungan instrumental berupa bantuan dalam merawat bayi.

c. Dukungan informasi

Purwandari (2008, h.32) menyatakan bahwa dukungan informasi adalah membantu individu untuk menolong dirinya sendiri dengan memberi informasi yang berguna dan berhubungan dengan masalah atau situasi. Dukungan informasional mencakup pemberian nasehat, saran, pengetahuan, dan informasi serta petunjuk (Nursalam & Ninuk 2007, h.29).

Berdasarkan hasil wawancara ditemukan bahwa sumber informasi ada yang berasal dari tenaga kesehatan dan keluarga yang berupa nasehat. Partisipan 1, 2, 3, 4, 5, 6 mengatakan sering datang ke dokter untuk memeriksakan kandungan dan konsultasi, dari dokter partisipan memperoleh informasi tentang kandungannya. Selain dari dokter dukungan informasi berupa nasehat juga bisa didapat dari keluarga, seperti pada P 1, 2, 3, 4, 5 yang menyatakan mendapat nasehat-nasehat dari keluarga dalam perawatan bayi prematur.

d. Pemberi dukungan

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan partisipan mengungkapkan bahwa dalam perawatan anak prematur sering memperoleh dukungan dari keluarga. Dukungan keluarga adalah sebagai suatu proses dukungan antara dukungan dengan lingkungan (Setiadi 2008) sedangkan menurut Friedmen dalam Murniasih (2007) mengatakan dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga dipandang sebagai bagian yang tidak terpisahkan dalam lingkungan keluarga. Anggota keluarga memandang keluarga orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan.

Hal ini seperti yang diungkapkan P 1, 4, 6 bahwa keluarga mendukung dalam perawatan anak prematur. Selain dukungan dari keluarga partisipan juga mengungkapkan mendapat dukungan dari tenaga non profesional yaitu dukun bayi dan dari tenaga profesional yaitu dokter.

SIMPULAN DAN SARAN

Semua partisipan mengungkapkan dalam awal kehamilan tidak ada masalah, 3 partisipan yang melahirkan operasi *sectio caesaria* dan 3 partisipan pervaginam, respon ibu yang dialami berupa respon psikologis dan respon emosional, semua partisipan mengungkapkan anaknya lahir < 1500 gram, bayi prematur memiliki perawatan yang khusus, bayi prematur rentan untuk sakit, semua partisipan memperoleh dukungan selama melakukan perawatan pada anak lahir premature.

Perawat dapat memberikan saran atau cara-cara perawatan metode kanguru

pada ibu yang mempunyai anak lahir prematur supaya menggunakan sebagai cara untuk mengontrol dan menjaga suhu tubuh bayi.

ACKNOWLEDGEMENT AND REFERENCES

Acknowledgement

Terimakasih kepada Bappeda Kabupaten Pekalongan, Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan, Ibu Neti Mustikawati, Ns., Sp.Kep.An atas bimbingannya dalam penelitian, Perpustakaan STIKes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

References

1. Agustriana, Tria 2012, *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Persalinan Prematur di Indonesia Tahun 2010 (Analisis Data Rikerdas)*, Skripsi S.Kep, Universitas Indonesia.
2. Campbell, Stuart dan Alison Mackonochie 2005, *Kehamilan Hari Demi Hari*, Erlangga, Jakarta. Alih bahasa: Damaring Tyas Wulandari, S.Si.
3. Chapman, Vicky 2006, *Asuhan Kebidanan Persalinan & Kelahiran*, EGC, Jakarta. Alih bahasa: dr. H. Y. Kuncara.
4. Cooper, Colin 2008, *Babycare untuk Ayah*, Erlangga, Jakarta. Alih bahasa: Nadia Lastiani.
5. Cunningham, F. Gary dkk. 2006, *Obstetri Williams*, EGC, Jakarta. Alih bahasa: Andry Hartono, Y. Joko Suyono dan Brahm U. Pendit.
6. Deswita 2010, *Pengaruh Perawatan Metode Kanguru Terhadap Respon Fisiologis Bayi Prematur dan Kepercayaan Diri Ibu dalam Merawat Bayi di Dua Rumah Sakit di Jakarta*, Tesis M.Kep, Universitas Indonesia.
7. Faradila, Atika dan Riris Putri Sulistianingsih 2013, *Pengalaman Ibu*

- yang Dilakukan Inisiasi Menyusu Dini di RB Kasih Ibu Kabupaten Pekalongan, Skripsi S.Kep, STIKes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
8. Friedman, Marilyn 2010, *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori, & Praktik*, trans. YSH. Achir et al, ed. E Tiar, edk 5, EGC, Jakarta.
 9. Jannah, Miftakhul dan Nur Anita 2012, *Pengalaman Orang Tua yang Mempunyai Anak dengan Retardasi Mental di Kabupaten Pekalongan 2012*, Skripsi S.Kep, STIKes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
 10. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013, *Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*, Percetakan Negara, Jakarta.
 11. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013, *Laporan Riset Kesehatan Dasar 2013*, Badan Litbangkes Kemenkes RI, Jakarta. Dilihat 12 Januari 2015 dalam <<http://www.infodokterku.com/index.php/site-map/82-data/data/83-kondisi-angka-kematian-neonatal-akn-angka-kematian-bayi-akb-angka-kematian-balita-akbal-angka-kematian-ibu-aki-danpenyebabnya-di-indonesia>>.
 12. Krisnadi, Sofie R. 2009, *Prematuritas*, Penerbit Refika Aditama, Bandung.
 13. Lissauer, Tom & Avroy Fanaroff 2009, *At a Glance Neonatologi*, Erlangga, Jakarta. Alih bahasa: Vidhia Ummami
 14. Manuaba dkk, 2005, *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*, EGC, Jakarta.
 15. _____, 2007, *Pengantar Kuliah Obstetri*, EGC, Jakarta.
 16. Maran, RR 2007, *Manusia & Kebudayaan Dalam Perspektif Ilmu Budaya Dasar*, Rineka Cipta, Jakarta.
 17. Marlia, Eka 2011, *Pengalaman Ibu Memberikan ASI Eksklusif di Wilayah Kabupaten Pekalongan 2011*, Skripsi S.Kep, STIKes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
 18. Maryunani, Anik 2010, *Ilmu Kesehatan Anak dalam Kebidanan*, CV Trans Info Media, Jakarta.
 19. _____, 2013, *Asuhan Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)*, Trans Info Media, Jakarta.
 20. Masruroh 2011, *Karakteristik Ibu Bersalin dengan Persalinan Prematur di BPRSUD Kraton Kabupaten Pekalongan Tahun 2011*, KTI Amd.Keb, STIKes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
 21. Moelong, L 2007, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, PT Remaja Rosdakarya, Bandung.
 22. Molika, Ewa 2014, *Pintar Mengurus Bayi Prematur*, Arena KIDS, Jakarta.
 23. Nevid, J.S., Rathus S. A. & Green B. 2005, *Psikologi Abnormal. Edisi kelima, Jilid Dua*, Jakarta, Erlangga.
 24. Nursalam & Ninuk DK 2007, *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*, Salemba Medika, Jakarta.
 25. Purwandari, A 2008, *Konsep Kebidanan Sjarah & Profesionalisme*, EGC, Jakarta.
 26. Reeder, Martin & Koniak-Griffin 2011, *Keperawatan Maternitas*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta. Alih bahasa : Yati Afiyanti, Immami Nur Rachmawati, Ana Lusyana, Sari Kurnianingsih, Nike Budhi Subekti, & Devi Yulianti.
 27. Saifuddin, Abdul Bari 2009, *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*, PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.
 28. _____, 2009, *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.
 29. Setiadi 2008, *Konsep & Proses Keperawatan Keluarga*, Graha Ilmu, Yogyakarta.
 30. Shelov, P. Steven 2005, *Perawatan untuk Bayi dan Balita*, Arcan, Jakarta. Alih bahasa: Surya Satyanegara dan Anton Cahaya Widjaya.

31. Sudarsono 2008, *Ilmu Filsafat : Suatu Pengantar*, Rineka Cipta, Jakarta.
32. Sunaryo 2006, *Psikologi Untuk Pendidikan*, EGC, Jakarta.
33. Sugiyono 2008, *Memahami Penelitian Kualitatif*, Alfabeta, Bandung.
34. Walker, J; Payne, S; Smith, P; and Jarrett, N 2005, *Psychology for nurses and the caring professions 2nd edition*, Open university Press, Buckingham.
35. WHO 2014, *Preterm Birth*, Dilihat pada 18 Maret 2015, dari <http://www.who.int>.
36. Wong, L. Donna et al. 2009, *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik vol.1*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta. Alih bahasa : Agus Sutarna, S.Kp, MNSc, Neti Juniarti, S.Kp, & dr. H.Y. Kuncara.