

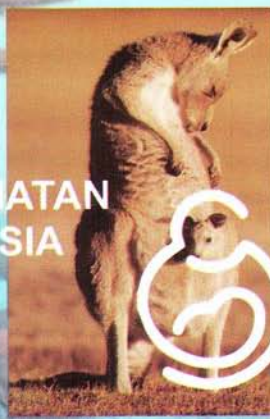


618.920 2  
Ind  
p

**PEDOMAN PELAYANAN KESEHATAN  
BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR)  
DENGAN PERAWATAN METODE KANGURU  
DI RUMAH SAKIT DAN JEJARINGNYA**



DEPARTEMEN KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA  
JAKARTA 2009



**Pedoman Pelayanan Kesehatan Bayi Berat Lahir Rendah  
(BBLR) dengan Perawatan Metoda Kanguru di Rumah Sakit dan  
Jejarinya**

c 2009, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen  
Kesehatan RI

15 cm x 21 cm

xviii + 42 halaman

ISBN No. 978-979-9254-73-3

**Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang**

Dilarang memperbanyak, mencetak dan menerbitkan sebagian  
atau seluruh isi buku ini dengan cara dan bentuk apapun juga  
tanpa seizin penulis dan penerbit

Katalog Dalam Terbitan. Departemen Kesehatan RI

618.920 2 Indonesia. Departemen Kesehatan . Direktorat Jenderal  
Ind Bina Pelayanan Medik.  
P Pedoman Pelayanan Kesehatan Bayi Berat Lahir Rendah  
(BBLR) dengan Perawatan Metoda Kanguru di Rumah Sakit  
dan Jejarinya – Jakarta:  
Departemen Kesehatan RI, 2009.  
I. Judul 1. INFANT, LAW BIRTH WEIGHT  
2. PEDIATRIC NURSING

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat-NYA sehingga tim penyusun dapat menyelesaikan buku Pedoman Pelayanan Kesehatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dengan Perawatan Metode Kanguru di Sarana Kesehatan.

Menurut Survey Demografi Kesehatan Indonesia tahun 2007 diketahui bahwa Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih cukup tinggi yaitu AKI : 228/100.000 KH dan AKB : 34/1000 KH, sehingga penurunan AKI dan AKB tetap menjadi target upaya pelayanan kesehatan.

Berdasarkan SKRT tahun 2001, Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) merupakan penyebab utama kematian neonatal yaitu sebesar 29 % sementara angka kejadian BBLR di Indonesia masih relatif tinggi yaitu sekitar 14 %. Perawatan BBLR/prematur menjadi sulit karena terbatasnya alat, biaya yang tinggi dan tenaga terampil yang mampu mengoperasikan alat dan melakukan perawatan secara benar. Oleh karena itu diperlukan cara alternatif dengan teknologi tepat guna yaitu Perawatan Metode Kanguru. Hal ini menjadi perhatian para klinisi dan Departemen Kesehatan untuk menyusun pedoman pelayanan agar dapat dipakai sebagai acuan dalam mengembangkan dan meningkatkan Perawatan Metode Kanguru didalam dan diluar rumah sakit.

Buku pedoman ini disusun bersama-sama antara Departemen Kesehatan dan Organisasi profesi ( PERINASIA, PPNI dan IBI). Kami menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunannya. Untuk itu kami terbuka terhadap masukan dari berbagai pihak demi perbaikan di masa yang akan datang.

Akhir kata, semoga buku pedoman ini dapat digunakan sebagaimana mestinya dan membawa kebaikan dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi Bayi Berat Lahir Rendah dalam upaya menurunkan Angka Kematian Bayi di Indonesia.

Jakarta, Desember 2009



Direktur Bina Pelayanan Medik Spesialistik

Dr.K. Mohammad Akib, Sp.Rad, MARS

195208201978071001





**KEPUTUSAN**  
**MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**Nomor : 203/Menkes/SK/III/2008**  
**TENTANG**  
**PEMBENTUKAN KELOMPOK KERJA (POKJA) NASIONAL**  
**PERAWATAN METOSE KANGURU (PMK)**

**MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

- Menimbang:**
- a. bahwa saat ini Angka Kematian Bayi (AKB) khususnya Neonatal di Indonesia masih cukup tinggi, sehingga diperlukan teknologi yang tepat guna serta intervensi yang efisien untuk menurunkan kematian neonatal;
  - b. bahwa Perawatan Metode Kanguru (PMK) merupakan salah satu intervensi yang dapat dilakukan dalam mengurangi kematian neonatal pada Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR);
  - c. Bahwa untuk melaksanakan dan mengembangkan pelayanan Perawatan Metode Kanguru di rumah sakit, perlu diatur



pemanfaatan teknologi dan intervensi yang aman dan dapat dipertanggungjawabkan;

- d. bahwa sehubungan dengan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada butir a, b dan c di atas perlu dibentuk Kelompok Kerja (Pokja) Nasional Perawatan Metode Kanguru (PMK) yang ditetapkan dengan suatu Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia.

- Mengingat:**
1. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
  2. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431);
  3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;
  4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan RI;

5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 512/MENKES/PER/IV/2007 tentang izin praktek dan pelaksanaan praktik kedokteran;
6. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 237/Menkes/SK/IV/1997 tentang Pemasaran Pengganti Air Susu Ibu;
7. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang Pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif pada bayi di Indonesia;

**MEMUTUSKAN :**

**Menetapkan :**

**Kesatu** : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA TENTANG PEMBENTUKAN KELOMPOK KERJA (POKJA) NASIONAL PERAWATAN METODE KANGURU (PMK)

**Kedua** : Susunan Kelompok Kerja Nasional Perawatan Metode Kanguru (POKJA PMK) sebagaimana dalam lampiran keputusan ini.

**Ketiga** : Kelompok Kerja sebagaimana dimaksud pada

diktum kedua bertugas:

1. Membantu Departemen Kesehatan dalam menyusun kebijakan, standar, pedoman dan regulasi di bidang pelayanan Perawatan Metode Kanguru serta pengembangannya dalam upaya menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB) dan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Indonesia.
2. Mempersiapkan layanan Perawatan Metode Kanguru di rumah sakit.
3. Membantu dalam pembinaan manajemen dan teknis Perawatan Metode Kanguru.
4. Melakukan monitoring dan evaluasi ke fasilitas kesehatan yang menyediakan layanan Perawatan Metode Kanguru.
5. Menyampaikan laporan kegiatan kelompok kerja pada Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik secara berkala.

**Keempat** : Dalam melaksanakan tugasnya POKJA PMK dapat membentuk Panitia Ad-Hoc untuk membantu tugas-tugas POKJA dengan melibatkan pihak terkait.

**Kelima** : Ketua POKJA PMK bertanggung jawab pada Menteri Kesehatan melalui Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik.



- Keenam** : Semua pembiayaan sehubungan dengan pelaksanaan keputusan ini dibebankan pada anggaran Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik dan sumber lain yang tidak mengikat.
- Ketujuh** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan akan diperbaiki sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : JAKARTA

Pada Tanggal: 16 Maret 2009

**MENTERI KESEHATAN RI,**



Dr. dr. Siti Fadilah Supari, Sp.JP (K)



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

Lampiran

Keputusan Menteri Kesehatan RI

Nomor : 203/Menkes/SK/III/2009

Tanggal : 16 Maret 2009

## **KELOMPOK KERJA (POKJA) NASIONAL PERAWATAN METODE KANGURU (PMK)**

- Pelindung : Menteri Kesehatan Republik Indonesia
- Penasehat : Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik  
Direktur Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat
- Penanggung jawab : Direktur Bina Pelayanan Medik  
Spesialistik
- Ketua I : Prof. Dr. Rulina Suradi, Sp.A (K)
- Ketua II : Dr. Rinawati, Sp.A (K)
- Sekretaris : Kasubdit Bina Akreditasi Sarana Kesehatan Pelayanan Medik Spesialistik.
- Anggota : 1. Direktur Bina Pelayanan Medik Dasar  
2. Direktur Bina Pelayanan Keperawatan  
3. Direktur Bina Kesehatan Anak  
4. Direktur Bina Kesehatan Ibu  
5. Pengurus Pusat Ikatan Dokter Anak Indonesia (PP IDAI)

6. Pengurus Besar Perhimpunan Obstetri Ginekologi Indonesia (PB POGI)
7. Pengurus Pusat Perkumpulan Perinatologi Indonesia (PP PERINASIA)
8. Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia (PPIBI)
9. Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PP PPNI)
10. Prof. Dr. Gulardi Winkjosastro, Sp. OG (JNPK)
11. Prof. Hadi Pratomo, MPH (FKM UI)
12. Dr. Suginarti, M.Kes (Dit. Bina Yanmed Spesialistik)
13. Dr. Bernie Endyarni, Sp.A
14. Dr. Rosalina Dewi (RSCM)
15. Yeni Rustina, S.Kp, PhD (RSCM)

Sekretariat

: Subdit Bina Akreditasi Sarana Kesehatan  
Pelayanan Medik Spesialistik

Ditetapkan di : JAKARTA

Pada Tanggal : 16 Maret 2009

MENTERI KESEHATAN RI,



Dr. dr. Siti Fadilah Supari, Sp.JP (K)

**X**

## TIM PENYUSUN

### Tim Penyusun :

1. Direktur Bina Pelayanan Medik Spesialistik
2. Prof. Dr. Rulina Suradi, SpA (K)
3. Prof. Hadi Pratomo, MPH
4. Dr. Rina Rohsiswatmo, SpA (K)
5. Dr. Rosalina Dewi, SpA
6. Dr. Bernie Endyarni, SpA
7. Dr.Suginarti, Mkes
8. Dr. Ririn Fristika Sari, MKM
9. Dr. Dwi Novitasari
10. Ns. Yeni Rustina, S.Kep, MappSc.,PhD
11. Mimin Mintarsih, AMK
12. Nining Caswini, SKep

### Kontributor :

1. Dr. Risa Etika, SpA (K)
2. Dr. Eka L. Hapsari, SpA (K)
3. Dr. Triatmo Rahchimhadi, SpOG (K)
4. Dr. Yudianto Budi Saroyo, SpOG
5. Dr. Emma Alasiry, SpA (K)
6. Dr. Fatni Sulani, DTMH&H, MSi
7. Dr. HR. Dedi Kuswenda, Mkes



## DAFTAR ISI

Kata Pengantar.....	i
SK Pokja Nasional PMK.....	iii
Tim Penyusun.....	xi
Daftar Isi.....	xiii
<b>BAB I Pendahuluan .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Landasan Dasar Pelayanan Di RS .....	3
1.3 Landasan Hukum .....	3
1.4 Tujuan .....	5
1.5 Sasaran .....	5
1.6 Ruang Lingkup.....	6
<b>BAB II Pengertian PMK .....</b>	<b>7</b>
2.1 Falsafah.....	7
2.2 Definisi.....	8
<b>BAB III Pengorganisasian .....</b>	<b>9</b>
3.1 Struktur Organisasi Di dalam dan luar RS.....	9
3.2 Ketenagaan.....	10
3.3 Uraian Tugas.....	11
<b>BAB IV Pelayanan PMK .....</b>	<b>13</b>
4.1 Komponen PMK.....	13
4.2 Konsep Pelayanan.....	13.

4.3	Alur Pasien dalam Pelayanan.....	13
4.4	Prosedur Pelayanan.....	14
4.5	Asuhan Keperawatan.....	16
4.6	Pencatatan dan Pelaporan.....	23
4.7	Model Implementasi Metode PMK.....	25
4.8	Sistem Rujukan.....	27
<b>BAB V</b>	<b>Keselamatan Pasien (Patient Safety) .....</b>	<b>29</b>
5.1	Definisi.....	29
5.2	Tujuan.....	29
5.3	Standar Patient Safety.....	29
<b>BAB VI</b>	<b>Sarana, Obat-obatan dan Peralatan .....</b>	<b>31</b>
6.1	Persyaratan minimal bangunan dan prasarana .....	31
6.2	Persyaratan minimal obat dan alat kesehatan habis pakai.....	32
6.3	Persyaratan minimal peralatan.....	32
<b>BAB VII</b>	<b>Pembiayaan .....</b>	<b>34</b>
<b>BAB VIII</b>	<b>Pengembangan Layanan .....</b>	<b>35</b>
<b>BAB IX</b>	<b>Pembinaan dan Pengawasan .....</b>	<b>37</b>
9.1	Tujuan.....	37
9.2	Pembinaan.....	37
9.3	Pengawasan.....	38
9.4	Evaluasi dan Pengendalian Mutu.....	38

**BAB X Penutup.....40**

**Daftar Bacaan.....41**

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Di negara-negara berkembang termasuk Indonesia, morbiditas dan mortalitas bayi masih tinggi. Jika dilihat dari umur saat bayi meninggal berdasarkan SKRT 2001 sekitar 47% kematian terjadi di masa neonatal dengan penyebab utama kematian adalah prematuritas dan BBLR (29%). Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) salah satu sasarannya adalah menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB) dari 35 per 1000 KH menjadi 26 per 1000 KH pada tahun 2010. Oleh karena itu perlu dilakukan intervensi terhadap masalah-masalah penyebab kematian bayi untuk mendukung upaya percepatan penurunan AKB di Indonesia.

Bentuk intervensi yang dilakukan selama ini adalah berupa perawatan dengan inkubator. Penggunaan inkubator untuk merawat bayi berat lahir rendah (BBLR) memerlukan biaya tinggi. Akibat terbatasnya fasilitas inkubator, tidak jarang satu inkubator ditempati lebih dari satu bayi sehingga dapat meningkatkan risiko terjadinya infeksi nosokomial di RS.



Pada tahun 1983, dua ahli neonatologi dari Colombia menemukan Metode Kanguru untuk mengatasi masalah diatas. Metode Kanguru mampu memenuhi kebutuhan asasi BBLR dengan menyediakan situasi dan kondisi yang mirip dengan rahim sehingga memberi peluang BBLR untuk beradaptasi dengan baik di dunia luar.

Metode ini kemudian diadaptasi dalam Program Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi (RSSIB) menjadi salah satu dari 10 langkah. Diantara langkah-langkah dari Program RSSIB ini yang berkaitan dengan Perawatan Metode Kanguru (PMK) adalah:

- a. Adanya kebijakan tertulis yang mendukung pelayanan ibu dan bayi termasuk Perawatan Metode Kanguru untuk BBLR
- b. Persalinan bersih dan aman, Inisiasi Menyusu Dini dan kontak kulit ibu-bayi
- c. Pemberdayaan Kelompok Pendukung ASI dalam tindak lanjut pemberian ASI Eksklusif dan Perawatan Metode Kanguru (PMK)

Rumah sakit sebagai institusi yang melakukan upaya rujukan harus mampu mengelola BBLR termasuk didalamnya PMK. Departemen Kesehatan bersama dengan Organisasi Profesi mengembangkan metode ini melalui kegiatan-kegiatan untuk membangun jejaring pelayanan

dari tingkat pelayanan dasar sebagai bagian dari program PONEK hingga tingkat pelayanan rujukan di RS sebagai bagian dari Program RSSIB dan PONEK.

### **1.2 Landasan Dasar Pelayanan PMK di Rumah Sakit**

1. Dokter spesialis anak dan dokter spesialis obstetri & ginekologi ada di 80% rumah sakit.
2. Adanya tenaga kesehatan yang terlatih (Dokter Spesialis Anak, Bidan, Perawat)
3. Adanya hasil-hasil penelitian dari dalam dan luar negeri yang memberikan evidence-based tentang PMK
4. Adanya RS yang sudah mengerjakan Perawatan Metode Kanguru yaitu RSUD Mataram (NTB), RS Sardjito (DI Yogyakarta), RSUPN Cipto Mangunkusumo (Jakarta), RSUD Dr. Soetomo (Surabaya) dan RSUP Wahidin (Makassar)
5. Adanya Puskesmas disetiap kecamatan dan Polindes di desa.
6. Adanya dukungan dari organisasi profesi dan seminat (IDAI, POGI, PPNI, IBI, PERINASIA)

### **1.3 Landasan Hukum**

1. Undang-undang RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
2. Undang-undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

3. Undang-undang RI Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran
4. Peraturan Presiden RI No.7 Tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJM-N)
5. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 450 Tahun 2004 tentang Pemberian Air Susu ibu (ASI) secara eksklusif pada bayi di Indonesia.
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis
7. Peraturan Menteri kesehatan RI Nomor 290 tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Medik
8. Keputusan Menteri Kesehatan RI No.032 Tahun 1972 tentang Referral System
9. Keputusan Menteri Kesehatan RI No.603 Tahun 2008 tentang Pemberlakuan Pedoman Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi (RSSIB)
10. Keputusan Menteri Kesehatan RI No.203 Tahun 2008 tentang Pembentukan Kelompok Kerja Nasional Perawatan Metode Kanguru
11. Surat Edaran Direktur Jenderal Pelayanan Medik Nomor 00.03.3.5.1465 tentang Revitalisasi Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi.

## **1.4 Tujuan**

Umum :

Menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia melalui perawatan BBLR dengan Metode Kanguru yang bermutu dan berorientasi pada keselamatan pasien

Khusus :

1. Tersedianya acuan manajemen pelayanan PMK di Rumah Sakit dan jejaringnya
2. Tersedianya acuan sistem rujukan PMK
3. Tersedianya acuan pola pembiayaan pelayanan PMK
4. Tersedianya acuan dalam melakukan monitoring dan evaluasi
5. Tersedianya acuan dalam penjaminan mutu pelayanan PMK

## **1.5 Sasaran**

Pedoman ini diharapkan bermanfaat bagi :

1. Dokter Spesialis Anak, Ahli Neonatologi, Dokter Umum
2. Perawat / Bidan
3. Rumah Sakit Umum dan Khusus
4. Keluarga dan Masyarakat dengan bimbingan tenaga kesehatan.



## **1.6 Ruang Lingkup**

Perawatan Metode Kanguru adalah Pelayanan kesehatan Bayi dengan Berat Lahir Rendah (BBLR) yang dapat bernapas spontan di RS dan jejaringnya berupa Ruang Rawat Bayi Baru Lahir, Ruang Rawat Gabung, NICU, High care, Ruang Rawat/Klinik PMK, Puskesmas dan di rumah yang dilakukan oleh ibu dengan pengawasan dan bimbingan tenaga kesehatan (dokter, bidan, perawat, konselor).

## **BAB II**

### **PENGERTIAN PELAYANAN PERAWATAN METODE KANGURU**

#### **2.1 Falsafah**

Sesuai dengan isi Deklarasi Bogota tentang Perawatan Metode Kanguru tahun 1998 :

- Perawatan Metode Kanguru harus menjadi hak dasar bagi bayi baru lahir
- Perawatan Metode Kanguru harus menjadi bagian integral dari manajemen BBLR dan bayi normal, dalam berbagai kondisi dan pada semua tingkat pelayanan di semua negara

Program PMK terdiri atas empat komponen yaitu

- Kangaroo Position  
Posisi kanguru (Kangaroo position) merujuk pada kontak kulit ibu dengan kulit bayi.
- Kangaroo Nutrition  
Kangaroo nutrition merujuk pada praktek pemberian ASI yang diperkuat dengan kontak kulit ibu dengan kulit bayi.
- Kangaroo Discharge  
Kangaroo discharge merujuk pada kelanjutan praktek PMK di rumah setelah keluar dari RS.
- Kangaroo Support  
Kangaroo support merupakan bentuk dukungan pada PMK dapat berupa dukungan fisik maupun emosional kepada ibu.

## 2.2 Definisi

- Perawatan Metode Kanguru (PMK) adalah perawatan untuk bayi Berat lahir rendah dengan melakukan kontak langsung antara kulit bayi dengan kulit ibu (skin to skin contact).
- Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) adalah kelompok bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2500 gram tanpa memandang usia kehamilannya, baik prematur atau cukup bulan.
- PMK terus menerus (Continuous KMC) adalah perawatan metode kanguru yang dipraktikkan selama 24 jam terus menerus dalam sehari.
- PMK berselang (Intermittent KMC) adalah perawatan metode kanguru yang dipraktikkan selama beberapa jam atau tiap beberapa hari.
- Bangsal/Unit PMK adalah sarana kesehatan untuk mempraktekkan PMK.

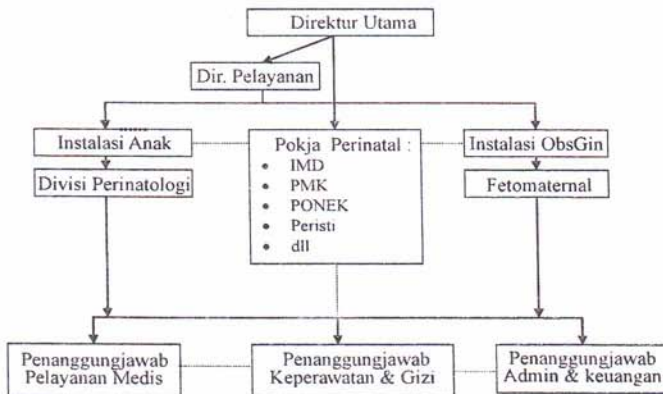
## BAB III PENGORGANISASIAN

Untuk mencapai tujuan dan sasaran yang optimal dari pelayanan PMK perlu ditata pengorganisasian pelayanan dengan tugas dan wewenang yang jelas baik secara administratif maupun teknis.

Adanya klasifikasi rumah sakit berdasarkan kemampuan layanan dilihat dari aspek jenis layanan yang tersedia, kompetensi SDM, fasilitas dan sarana menyebabkan bervariasinya pengelolaan layanan. Pengelolaan ini dikoordinir oleh suatu kelompok kerja (Pokja) yang sifatnya fungsional yaitu Pokja Perinatal yang ditetapkan dengan SK Direktur RS. Secara prinsip layanan PMK menjadi bagian dari pelayanan Anak/ Perinatal.

### 3.1 Struktur Organisasi di Dalam RS dan Luar RS

#### A. Contoh Struktur Organisasi Di Dalam RS (RS Pendidikan)



## B. Struktur Organisasi Di Luar RS

Klinik /unit PMK di luar RS

PJ Pelayanan medis  
PJ Keperawatan & Gizi  
PJ Administrasi & Keuangan

Keterangan : \_\_\_\_\_ Garis instruksi  
                  ..... Garis koordinasi

---

### 3.2 Ketenagaan

Ketenagaan untuk pelayanan PMK di rumah sakit terdiri dari :

- A. Pelayanan medis :
  - Dokter Spesialis Anak/Neonatologi
  - Dokter Umum terlatih
- B. Keperawatan & Gizi
  - Perawat
  - Bidan
  - Ahli Gizi (Dietisien)
  - Keluarga besar : ayah, ibu, nenek (terlatih)
- C. Administrasi dan Keuangan :
  - Manajemen sarana kesehatan

Tenaga kesehatan yang melayani PMK adalah tenaga yang sudah dilatih .



### 3.3 Uraian Tugas

#### 1. Direktur Utama

- Merupakan penanggung jawab utama dalam Pelayanan PMK.
- Berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan (Propinsi/ Kabupaten/Kota) dan organisasi profesi untuk kegiatan yang berkaitan dengan layanan PMK.

#### 2. Kelompok kerja (Pokja)

- Sebagai koordinator penyelenggaraan PMK di RS, bertanggungjawab kepada Direktur .
- Berkoordinasi dengan unit/bagian yang terkait pelayanan PMK di RS.
- Memberikan laporan penyelenggaraan pelayanan PMK di RS kepada Direktur Utama.
- Membuat SPO (Standar Prosedur Operasional) pelayanan PMK untuk unit-unit terkait.
- Melakukan evaluasi dan pengembangan pelayanan PMK dari unit-unit terkait.

#### 3. Penanggung jawab layanan medis

Sebagai penanggungjawab layanan medis PMK adalah dokter yang bekerja di bagian Anak, yang tugasnya adalah :

- Bertanggung jawab dalam pelaksanaan pelayanan PMK di unit/bangsai PMK.
- Dibantu oleh tenaga pelayanan yang terdiri dari dokter subspesialis (neonatolog), dokter spesialis Anak, dokter

umum terlatih dan perawat terlatih.

- Bekerjasama dengan dokter spesialis lain yang terkait pelaksanaan PMK
- Tenaga pelayanan PMK tersebut wajib memberikan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku (SOP) serta memberikan pelayanan yang bermutu sesuai standar profesi.
- Kolaborasi dengan bidan/perawat dan tenaga kesehatan lainnya.

#### 4. Penanggung jawab Keperawatan

- Sebagai penanggung jawab asuhan keperawatan adalah perawat/bidan terlatih yang akan memberikan konseling, Informasi dan edukasi mengenai PMK.
- Dalam pelaksanaan sehari-hari berkolaborasi dengan tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya.
- Membuat dan memberikan laporan status kesehatan pasien ke dokter.

#### 5. Penanggung jawab administrasi

- Bertanggung jawab dalam pencatatan dan pelaporan administrasi pelayanan PMK berdasarkan asuhan keperawatan.
- Memberikan laporan kepada ketua Pokja.

## **BAB IV**

### **PELAYANAN PERAWATAN METODE KANGURU**

#### **4.1 Komponen Perawatan Metode Kanguru**

1. Kangaroo Position
2. Kangaroo Nutrition
3. Kangaroo Discharge
4. Kangaroo Support

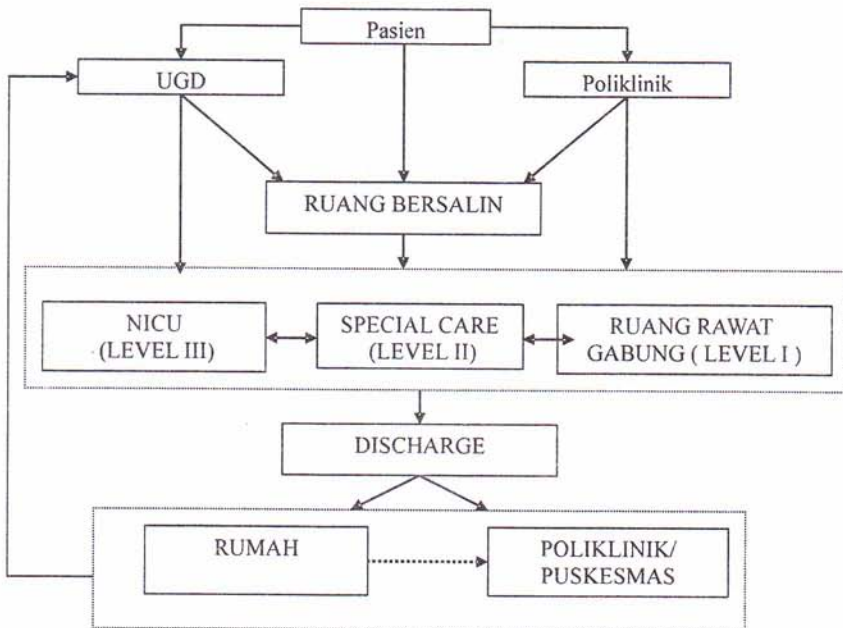
#### **4.2 Konsep Pelayanan**

1. Dilakukan secara komprehensif (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif)
2. Hospital based dan community based
3. Harus integrasi dengan pelayanan yang ada
4. Semua tindakan harus terdokumentasi
5. PMK utamanya merupakan intervensi perawatan dengan dukungan medis

#### **4.3 Alur Pasien dalam Pelayanan**

Bayi dengan berat lahir rendah bisa mendapatkan Perawatan Metode Kanguru (PMK) di dalam dan luar RS. Bayi-bayi yang masih memerlukan fasilitas perawatan spesialisik dirawat di RS, sedangkan bayi-bayi dengan kondisi umum stabil, toleransi minum baik dan ibu dianggap mampu melakukan PMK dapat dirawat di luar RS atau di rumah dengan pengawasan tenaga

kesehatan terlatih. Jika bayi kembali masuk dalam keadaan gawat dapat langsung datang ke RS/UGD.



#### 4.4 Prosedur/Algoritme Pelayanan

Pelayanan PMK diberikan sesuai dengan standar profesi.

Prosedur pelayanan sebagai berikut :

1. PMK pada BBLR dilakukan setelah pemeriksaan dan persetujuan oleh tenaga medis (dokter).
2. Setelah dokter memutuskan bahwa BBLR dapat dilakukan PMK, selanjutnya inisiasi oleh tenaga keperawatan.
3. Keluarga pasien diberikan informasi mengenai pelayanan

- PMK, setelah setuju maka keluarga menandatangani informed consent.
4. Edukasi kepada keluarga pasien mengenai pelaksanaan PMK, disesuaikan dengan level perawatan bayi :
    - R Rawat PMK (level I) : dilakukan PMK secara kontinu
    - Level II – III : PMK intermiten
  5. Melatih keluarga untuk melakukan PMK terutama mengenai posisi bayi, cara menyusui dan personal hygiene. Setelah keluarga dilatih maka dilakukan uji coba penerapan PMK (dengan persetujuan dokter).
  6. Perawat melakukan observasi terhadap pasien dan keluarga pasien selama melaksanakan perawatan PMK
  7. Pulang dan kunjungan kontrol :
    - Pemulangan (discharge) pasien dapat dilakukan setelah mendapat persetujuan dari dokter.
    - Pada saat pulang keluarga diberikan edukasi mengenai hal-hal yang perlu dilakukan dan diperhatikan selama melakukan PMK di rumah. Dapat diberikan catatan mengenai kesehatan bayi menggunakan buku KIA atau sejenisnya.
    - Kunjungan kontrol dapat dilakukan di tempat pemberi layanan (RS) atau fasilitas kesehatan diluar RS (Puskesmas, klinik, dokter/bidan swasta) apabila pasien sebelumnya merupakan kiriman/rujukan dari sarana pelayanan kesehatan tersebut.



## 4.5 Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan suatu rangkaian kegiatan keperawatan dalam upaya memenuhi kebutuhan bayi baru lahir dan keluarganya. Pendekatan yang digunakan adalah proses keperawatan yaitu suatu pendekatan sistimatis dimulai dari pengkajian, perumusan masalah, intervensi, implementasi dan evaluasi. Untuk mengidentifikasi masalah pemenuhan kebutuhan dasar bayi baru lahir secara optimal, pengkajian harus dilakukan secara seksama baik itu pengkajian pada bayi maupun pengkajian terhadap kebutuhan belajar dari orang tua bayi.

Perawatan Metode Kanguru utamanya merupakan intervensi perawatan BBLR dengan dukungan medis. Sehingga yang lebih banyak berperan untuk melatih dan mendidik ibu adalah perawat atau bidan terlatih. Untuk itu perlu diperhatikan hal-hal yang terkait dengan asuhan keperawatan yang diberikan tidak hanya kepada si bayi tetapi juga kepada ibu, bahkan keluarganya. Dalam memberikan asuhan keperawatan PMK, komponen yang perlu dilakukan adalah

a. Edukasi kepada ibu

Ada dua macam edukasi, yaitu saat :

1. Periksa kehamilan (ANC)
2. Setelah persalinan dengan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Edukasi yang diberikan berisi :

a. Apa dan bagaimana terjadinya BBLR

- b. Penanganan BBLR, dimana diantaranya dengan PMK
- c. Informasi tentang PMK mulai dari tujuan sampai manfaatnya
- d. Membangun kesadaran akan pentingnya mencegah dan menangani masalah BBLR

b. **Konseling**

Konseling adalah cara berhubungan dengan orang dimana anda mengerti apa yang mereka rasakan dan menolong mereka untuk memutuskan yang harus dilakukan. Prinsip-prinsip konseling:

1. Menggunakan komunikasi bahasa non verbal
2. Pertanyaan terbuka
3. Merespon bahasa tubuh yang menunjukkan minat
4. Mengulang ucapan ibu
5. Empati – perlihatkan bahwa anda mengerti yang ibu rasakan
6. Hindari kata-kata yang menghakimi

Setelah dikonseling dan ibu memutuskan untuk PMK maka dilanjutkan dengan latihan penerapan.

Pendidikan dan konseling merupakan metoda pemberian informasi dalam upaya meningkatkan pengetahuan dan keterampilan keluarga. Informasi tentang PMK merupakan dasar bagi keluarga dalam memutuskan kesediaanya melakukan PMK. Tujuan akhir dari kegiatan ini adalah keluarga mampu melaksanakan perawatan metoda kanguru di rumah.

Untuk mendapatkan hasil yang optimal, perawat dan tenaga kesehatan lain harus memiliki keterampilan dalam memberikan informasi, memahami perawatan metoda kanguru, dan memahami kesiapan keluarga dalam menerima informasi. Faktor-faktor tersebut dapat mempengaruhi kualitas informasi yang disampaikan oleh tenaga kesehatan dan jumlah dan kualitas informasi yang diterima oleh keluarga yang pada akhirnya mempengaruhi perubahan perilaku keluarga terhadap pelaksanaan PMK.

Keluarga merupakan pemberi asuhan utama bayi prematur di rumah. Mempersiapkan orang tua sebelum bayi prematur keluar dari rumah sakit melalui pemberian pendidikan kesehatan dan konseling sangatlah penting mengingat bayi prematur memerlukan perawatan khusus dalam memenuhi kebutuhan dasarnya.

#### c. Perawatan Metode Kanguru

##### 1. Persiapan

Sebelum ibu mampu melakukan PMK dilakukan latihan untuk adaptasi selama lebih kurang 3 hari. Saat melakukan latihan ibu diajarkan juga personal hygiene : dibiasakan mencuci tangan, kebersihan kulit bayi (tidak dimandikan hanya dengan baby oil), kebersihan tubuh ibu dengan mandi sebelum melakukan PMK. Serta diajarkan tanda-tanda bahaya seperti :

- Kesulitan bernapas ( dada tertarik ke dalam, merintih )

- Bernapas sangat cepat atau sangat lambat
- Serangan henti nafas (apnea) sering dan lama
- Bayi terasa dingin : suhu bayi di bawah normal walaupun telah dilakukan penghangatan
- Sulit minum: bayi tidak lagi terbangun untuk minum, berhenti minum atau muntah
- Kejang
- Diare
- Sklera/ kulit menjadi kuning

## 2. Pelaksanaan

Dalam pelaksanaan PMK perlu diperhatikan 4 komponen PMK, yaitu :

### a. Posisi bayi

Letakkan bayi diantara payudara dengan posisi tegak, dada bayi menempel ke dada ibu. Posisi bayi dijaga dengan kain panjang atau pengikat lainnya. Kepala bayi dipalingkan ke sisi kanan atau kiri, dengan posisi sedikit tengadah (*ekstensi*). Ujung pengikat tepat berada dibawah kuping bayi. Tungkai bayi haruslah dalam posisi "kodok"; tangan harus dalam posisi fleksi. Ikatkan kain dengan kuat agar saat ibu bangun dari duduk, bayi tidak tergelincir. Pastikan juga bahwa ikatan yang kuat dari kain tersebut menutupi dada si bayi. Perut bayi jangan sampai tertekan dan sebaiknya berada di sekitar epigastrium ibu. Dengan cara ini bayi dapat melakukan pernapasan perut.



Berikut adalah cara memasukkan dan mengeluarkan bayi dari baju kanguru, misalnya saat akan disusui :

- Pegang bayi dengan satu tangan diletakkan di belakang leher sampai punggung bayi.
- Topang bagian bawah rahang bayi dengan ibu jari dan jari-jari lainnya agar kepala bayi tidak tertekuk dan tak menutupi saluran napas ketika bayi berada pada posisi tegak;
- Tempatkan tangan lainnya dibawah pantat bayi.

b. Nutrisi dengan pemberian ASI

Dengan melakukan PMK, proses menyusui menjadi lebih berhasil dan sebagian besar bayi yang dipulangkan memperoleh ASI. Bayi pada kehamilan kurang dari 30-32 minggu biasanya perlu diberi minum melalui pipa nasogastrik, untuk ASI yang diperas (*expressed breast milk*). Bayi dengan masa kehamilan 32-34 minggu dapat diberi minum melalui gelas kecil. Sedangkan bayi-bayi dengan usia kehamilan sekitar 32 minggu atau lebih, sudah dapat mulai menyusu pada ibu.

c. Dukungan (*support*)

Saat bayi telah lahir, ibu memerlukan dukungan dari berbagai pihak, diantaranya berupa :

- Dukungan emosional : Ibu memerlukan dukungan untuk melakukan PMK. Banyak ibu-ibu muda yang



mengalami keraguan yang sangat besar untuk memenuhi kebutuhan bayi pertamanya sehingga membutuhkan dukungan dari keluarga, teman serta petugas kesehatan.

- Dukungan fisik : Selama beberapa minggu pertama PMK, merawat bayi akan sangat menyita waktu ibu. Istirahat dan tidur yang cukup sangat penting pada peranannya pada PMK. Oleh karena itu, ibu memerlukan dukungan untuk membantu menyelesaikan tugas-tugas rumah.
- Dukungan edukasi : Sangat penting memberikan informasi yang ibu butuhkan agar ia dapat memahami seluruh proses PMK dan mengetahui manfaat PMK. Hal ini membuat PMK menjadi lebih bermakna dan akan meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan berhasil menjalankan PMK baik di rumah sakit ataupun saat di rumah.

Dukungan bisa diperoleh dari petugas kesehatan, seluruh anggota keluarga, ibu dan masyarakat. Tanpa adanya dukungan, akan sangat sulit bagi ibu untuk dapat melakukan PMK dengan berhasil.

d. Pemulangan (*discharge*)

Pemulangan bayi dilakukan atas persetujuan dokter berdasarkan laporan perawat. Bayi PMK dapat dipulangkan dari rumah sakit setelah memenuhi

kriteria dibawah ini:

- Kesehatan bayi secara keseluruhan dalam kondisi baik dan tidak ada henti nafas (apnea) atau infeksi
- Bayi minum dengan baik
- Berat bayi selalu bertambah (sekurang-kurangnya 15g/kg/hari) untuk sekurang-kurangnya tiga hari berturut-turut
- Ibu mampu merawat bayi dan dapat datang secara teratur untuk melakukan follow-up

Mereka akan tetap memerlukan dukungan meskipun tidak sesering dan seintensif seperti sebelumnya. Jika tidak ada layanan tindak lanjut atau lokasi RS letaknya jauh, pemulangan dapat ditunda. Sebelum dipulangkan, pastikan ibu sudah mengerti tanda-tanda bahaya pada bayi, jadwal kontrol bayi, monitoring tumbuh kembang dan bagaimana cara merujuk ke RS jika ada bahaya.

e. Monitoring Kondisi Bayi

Hal – hal yang harus dimonitor adalah :

- Tanda vital 3x/hr (setiap ganti shift)
- Berat badan bayi 1x/hr
- Panjang badan dan lingkar kepala 1x/mgg
- Predischarge score setiap hari
- Jejas pasca persalinan
- Skrining bayi baru lahir
- Tumbuh kembang bayi : terutama panca inderanya

f. Monitoring Kondisi Ibu :

Hal – hal yang perlu dimonitoring, antara lain :

- Tanda-tanda vital
- Involusi uteri
- Laktasi
- Perdarahan post partum
- Luka operasi
- Luka perineum

g. Penanganan pencegahan :

- Untuk mencegah BBLR mendapat penyakit, maka BBLR perlu mendapat imunisasi sesuai jadwal yang dianjurkan.
- Tanya dan cari tanda-tanda apapun yang mengindikasikan adanya penyakit, baik yang dilaporkan atau tidak oleh ibu.
- Tangani setiap penyakit berdasarkan standar operasional prosedur dan juklak lokal.
- Jika penambahan berat badan tidak mencukupi, tanya dan cari permasalahannya, penyebab dan solusi. Semua ini umumnya berhubungan dengan pemberian minum dan penyakit.

#### **4.6 Pencatatan dan Pelaporan**

Berdasarkan pencatatan dan pelaporan maka kualitas asuhan dapat diidentifikasi dan ditingkatkan.

a. Pencatatan

Beberapa format pencatatan yang dapat digunakan dalam pelaksanaan PMK:

1. Lembar Observasi Bayi Dalam PMK : digunakan untuk memantau bayi setiap hari, mencakup tanda-tanda vital, berat badan, dukungan khusus yang diberikan seperti oksigen.
2. Catatan Harian Berat Badan Bayi : digunakan untuk melihat kenaikan berat badan bayi yang dilakukan PMK secara keseluruhan. Catatan diisi setiap hari oleh penanggung jawab PMK.
3. Lembar Penilaian Kesiapan Pulang (Predischarge Scoring) : format ini berisi tentang kondisi bayi saat menyusui, produksi ASI, rasa percaya diri ibu dalam merawat bayi, dukungan sosial ekonomi, penambahan berat badan setiap hari, pengetahuan tentang PMK, rasa percaya diri ibu dalam memberikan obat, penerimaan dan menerapkan PMK. Masing-masing pernyataan diberi nilai dengan rentang 0 – 2. Nilai tinggi menggambarkan lebih siap. Kriteria bayi boleh pulang adalah apabila nilai Predischarge Score lebih dari 16. Penilaian dilakukan setiap hari oleh pemberi asuhan.

b. Pelaporan

Laporan tentang proses pelaksanaan harus mencakup:

- Waktu pelaksanaan PMK : hal ini mencakup pada usia berapa hari rata-rata PMK dilakukan



- Tipe PMK : apakah PMK dilaksanakan berselang (intermitten) atau 24 jam secara terus menerus (continuous).
- Masalah/kendala yang dihadapi : kendala selama pelaksanaan PMK dapat diidentifikasi melalui proses pemantauan.

Sesuai dengan sifatnya, laporan dibagi menjadi dua yaitu :

1. Laporan internal : laporan terkait pelaksanaan PMK di ruang rawat, dilakukan secara berkala setiap bulan
2. Laporan eksternal : laporan yang disampaikan ke divisi Perinatologi ditembuskan kepada Pokja Perinatal di RS. Isi laporan mencakup semua hal terkait dengan pelaksanaan PMK. Laporan dilakukan 6 bulan sekali.

#### **4.7 Model Implementasi Perawatan Metode Kanguru (PMK )**

Model A: Perawatan Metode Kanguru berselang sukarela dan tidak menyediakan pelayanan PMK terus menerus

Model B: Berada dalam bangsal neonatal, dimana dilakukan PMK terus menerus. Terdapat ruang terpisah untuk PMK dan dekat dengan NICU dan High care. Jika pemondokan tersedia, ibu dan bayi langsung dimasukan ke Bangsal PMK dan ibu melakukan sebagian besar perawatan bayi. Sedang jika fasilitas pemondokan tidak tersedia, ibu pulang dan datang untuk melakukan PMK berselang juga pemberian ASI.

Model C: Bangsal PMK terpisah dari Bangsal neonatal.



Perawatan di NICU dan High care menggunakan inkubator dan PMK berselang. Saat bayi sudah stabil akan dipindahkan ke bangsal PMK. Pada tahap ini bangsal PMK berfungsi sebagai persiapan bayi untuk dipulangkan.

- Model D: Merupakan variasi dari model C dimana terdapat unit PMK terpisah dengan NICU tersendiri. Ibu dapat memutuskan apakah akan dirawat secara PMK atau konvensional. Ibu mulai dengan PMK berselang di ruang khusus walaupun bayi dengan ventilator. Setelah kondisi bayi membaik dapat ditingkatkan menjadi PMK terus menerus sampai bayi siap dipulangkan. Sesudah ibu dan bayi pulang akan dilakukan Kunjungan Rumah oleh tenaga kesehatan. Model D sangat memakan biaya dan bukan pilihan yang baik untuk negara miskin
- Model E: Fasilitas High care tidak tersedia. RS tidak punya ruang atau pemondokan ibu dapat merujuk ibu dan bayi ke fasilitas lain sampai bayi mencapai berat yang cukup
- Model F: Ini adalah model perawatan PMK di rumah setelah bayi dipulangkan. Bayi dirawat secara PMK terus menerus, dan ibu membawa ke klinik khusus setiap hari atau dua kali seminggu untuk kontrol. Semakin kuat bayi, frekuensi kunjungan kontrol semakin jarang. Model ini hanya dapat bekerja dimana sistem rawat jalan dan transportasi umum tersedia.

## 4.8 Sistem Rujukan

### a. Pengertian Rujukan

Konsep rujukan adalah suatu upaya pelimpahan tanggung jawab dan wewenang secara timbal balik dalam pelayanan kesehatan untuk menciptakan suatu pelayanan kesehatan paripurna. Rujukan dapat berlangsung secara vertikal maupun horizontal sesuai dengan fungsi koordinasi dan jenis kemampuan yang dimiliki. Rujukan dapat terjadi dari unit PMK di luar RS, atau unit PMK di RS ke RS lain dengan kelas rujukan lebih tinggi.

Kegiatan rujukan mencakup:

#### a. Rujukan pasien

Rujukan pasien internal adalah rujukan antar spesialis dalam satu rumah sakit. Rujukan eksternal adalah rujukan antar spesialis keluar rumah sakit dengan mengikuti sistem rujukan yang ada.

#### b. Rujukan ilmu pengetahuan dan teknologi, termasuk peningkatan kemampuan tenaga unit PMK serta sumber daya kesehatan lainnya (dana, alat dan sarana)

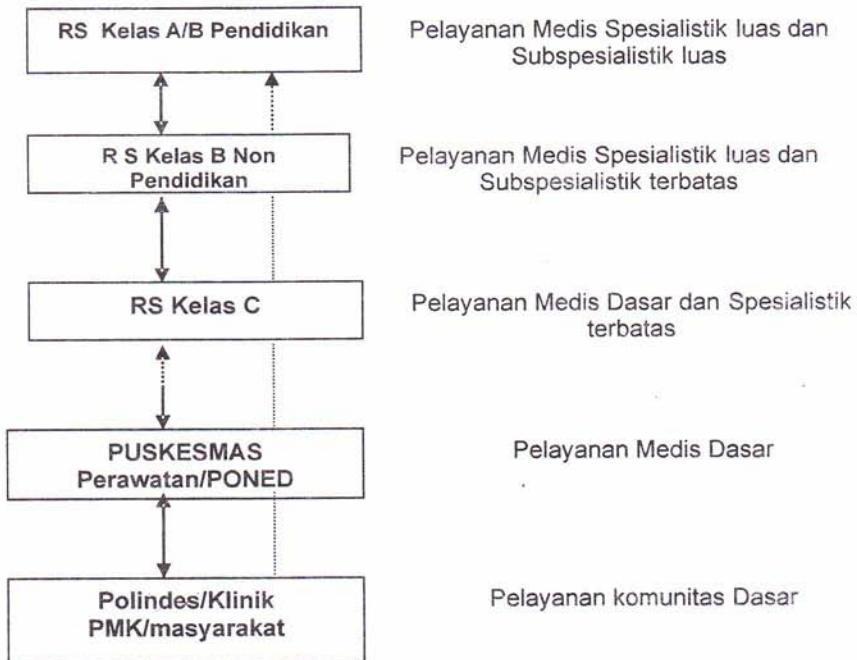
#### c. Pembinaan manajemen

### b. Sistem Pelayanan Rujukan

Bila BBLR tidak dapat ditangani sendiri segera rujuk ke sarana kesehatan yang lebih lengkap sarana dan tenaga kesehatannya. Harus ada koordinasi, mudah, sehingga tidak memperlambat pertolongan dan tidak merugikan pasien. Mudah, cepat dan tepat adalah yang utama.

Ibu harus diajarkan mengenal berbagai tanda bahaya : henti nafas (apnea), sulit bernapas, bayi teraba dingin (hipotermi), sulit minum, tidak mau bangun untuk minum, diare, kejang, sklera menjadi kuning dan pertolongan pertama yang dapat dilakukan. Apabila pertolongan pertama tidak berhasil, anjurkan ibu untuk mencari pertolongan kepada tenaga kesehatan dan cara membawa bayi dalam kondisi PMK.

### Bagan rujukan



Keterangan:  
 — Rujukan  
 ..... Jika keadaan Darurat

## **BAB V**

### **KESELAMATAN PASIEN (PATIENT SAFETY)**

#### **5.1 Definisi**

Keselamatan pasien (*Patient Safety*) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman.

#### **5.2 Tujuan**

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
2. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
3. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di RS.
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan

#### **5.3 Standar Patient Safety**

Standar keselamatan pasien (*patient safety*) untuk pelayanan PMK adalah :

1. Hak pasien/keluarga pasien  
Pasien/Keluarga pasien mempunyai hak mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan PMK termasuk kemungkinan terjadinya KTD.
2. Mendidik keluarga  
Edukasi kepada keluarga pasien tentang kewajiban dan tanggungjawab keluarga dalam asuhan perawatan PMK. Untuk keluarga pasien diajarkan untuk memelihara higiene



pribadi terutama cuci tangan dan mandi sebelum melakukan PMK

3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan PMK dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.
4. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.  
RS harus terus memperbaiki pelayanan, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja dan keselamatan pasien.
5. Peran pimpinan RS dalam meningkatkan keselamatan pasien  
Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program Patient safety melalui penerapan tujuh standar Patient Safety.
6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien  
RS menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan sesuai standar profesi & standar pelayanan untuk meningkatkan kompetensi staf dalam pelayanan PMK.
7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien komunikasi antara tenaga kesehatan dan keluarga pasien selama melaksanakan pelayanan PMK dapat mencegah kemungkinan terjadinya KTD.



## **BAB VI**

### **SARANA, OBAT-OBATAN DAN PERALATAN**

#### **6.1 Persyaratan Minimal Bangunan dan Prasarana**

Bangunan dan prasarana yang dibutuhkan tergantung pada model PMK yang akan diimplementasikan di RS. Berikut ini adalah beberapa fasilitas dan prasarana umum yang diperlukan untuk melakukan PMK :

1. Bangsal dengan dua atau empat tempat tidur dengan ukuran yang sesuai bagi ibu untuk tinggal sehari-hari dengan si bayi (minimal ukuran area untuk 1 TT adalah 9,29 meter persegi). Jarak antara sisi TT dengan TT lain atau dinding adalah 1,22 m. Kamar tersebut harus dipertahankan kehangatannya untuk si bayi (22-24 °C).
2. Wastafel untuk cuci tangan dan kamar mandi dengan prasarana air bersih, sabun, dan handuk.
3. Ruang lain yang berukuran lebih kecil yang dapat digunakan para petugas untuk konseling dengan ibu. Ruang ini dapat juga dipergunakan untuk melakukan evaluasi keadaan si bayi.
4. Furnitur yang dibutuhkan di bangsal PMK :
  - a. Tempat tidur biasa dan bantal dalam jumlah cukup

- b. Lemari kecil untuk menyimpan baju ibu dan perlengkapan pribadi secara aman
  - c. Kursi yang nyaman untuk ibu menyusui dan melakukan PMK. Kursi plastik ringan merupakan pilihan yang murah dan praktis
  - d. Meja dan kursi untuk makan
  - e. Meja, kursi dan perlengkapan kantor dasar untuk staf. Telepon perlu disediakan
  - f. Lemari untuk menyimpan selimut tambahan
  - g. Gorden untuk memberi ruang pribadi
5. Lemari pendingin dibutuhkan untuk menyimpan ASI yang diperas.

## **6.2 Persyaratan Minimal Obat dan Alat Kesehatan Habis Pakai**

Obat-obatan untuk mencegah dan mengobati berbagai masalah BBLR boleh ditambahkan sesuai juklak lokal. Obat-obatan khusus kadang diperlukan tetapi tidak dianjurkan.

## **6.3 Persyaratan Minimal Peralatan**

Pelaksanaan PMK perlu ditunjang berbagai kelengkapan seperti :

1. Standard Operational Procedure (SOP)
2. Kebijakan RS tentang pelaksanaan PMK (SK Direktur RS)
3. Peralatan Unit PMK mencakup :
  - ♦ Penggendong
  - ♦ Topi bayi/ kaos kaki

- ♦ Timbangan
- ♦ Pengukur lingkar kepala/panjang badan
- ♦ Termometer low reading
- ♦ Stetoskop
- ♦ Stopwatch/jam
- ♦ Peralatan resusitasi dasar dan oksigen set
- ♦ Formulir pencatatan yang digunakan
- ♦ Media informasi seperti leaflet, brosur ataupun video sebagai bahan pembelajaran

## **BAB VII**

### **PEMBIAYAAN**

Pembiayaan untuk pelayanan PMK ditetapkan sesuai dengan peraturan yang berlaku atas dasar jenis pelayanan dan kelas perawatan. Sistem Pembiayaan :

#### **a. Di rumah sakit**

1. Sumber :

- Biaya sendiri
- Asuransi
- Jamkesmas/ Jamkessos/ Pemda
- Perusahaan
- lain-lain

2. Pola tarif Pelayanan RS :

- Jasa pelayanan / tindakan
- Konsul dokter
- Jasa RS
- Bahan dan alat kesehatan habis pakai

#### **b. Di luar rumah sakit**

1. Sumber :

- Biaya sendiri
- Asuransi
- Perusahaan
- lain-lain

2. Pola tarif pelayanan PMK diluar RS disesuaikan dengan regulasi yang berlaku.

## **BAB VIII**

### **PENGEMBANGAN LAYANAN**

Dalam rangka pelaksanaan strategi penurunan AKB di Indonesia, pelayanan PMK perlu segera dikembangkan ke seluruh daerah. Pelayanan PMK ini dapat dikembangkan hingga ke pelayanan primer karena penyelenggaraannya dapat disesuaikan dengan sumber daya yang ada. Pengembangan layanan ini juga dalam rangka membangun networking dalam melakukan PMK di luar RS ( *home care* ) namun tetap dalam pengawasan tenaga kesehatan terlatih yang terdekat.

Setiap unit PMK yang telah ada juga harus senantiasa melakukan pengembangan baik dari segi program, sumber daya manusia (SDM), sarana, prasarana dan peralatan. Untuk pengembangan sarana dan prasarana serta peralatan dilakukan dengan meningkatkan kualitas dan kuantitasnya. Misalnya dengan membangun pemondokan bagi ibu.

Sosialisasi layanan dapat dilakukan dengan melakukan sosialisasi kebijakan, pedoman dan hasil penelitian melalui seminar, workshop dan publikasi di media massa. Media massa memiliki peran penting dalam mempromosikan PMK. Beberapa cara berikut dapat digunakan untuk menginformasikan kepada masyarakat mengenai PMK :

1. Pengajaran tentang PMK di sekolah



2. Memperlihatkan PMK di media, terutama TV dan koran lokal
3. Diskusi keuntungan PMK di media, terutama radio dan majalah
4. Menggunakan poster PMK atau presentasi video di Puskesmas/Klinik

Pengembangan program juga dapat dilakukan dengan melibatkan akademisi untuk melakukan penelitian dampak PMK terhadap kelangsungan hidup bayi BBLR.

## **BAB IX**

### **PEMBINAAN DAN PENGAWASAN**

#### **9.1 Tujuan Pembinaan dan Pengawasan**

1. Meningkatkan mutu pelayanan
2. Pengembangan jangkauan pelayanan
3. Peningkatan kemampuan kemandirian pelayanan

Pembinaan dan pengawasan dilaksanakan oleh Departemen Kesehatan, Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota dan profesi terkait (IDAI, POGI, PPNI, IBI). Pembinaan dalam hal teknis medis operasional unit PMK dilakukan terhadap unit PMK di dalam dan luar RS.

Departemen Kesehatan dan Dinas Kesehatan daerah mengawasi implementasi program PMK secara nasional sebagai strategi penurunan Angka Kematian Bayi di Indonesia.

#### **9.2 Pembinaan**

Untuk meningkatkan kualitas pelayanan PMK perlu diadakan pembinaan. Pembinaan meliputi bidang sumber daya manusia, sistem kerja, pemeliharaan peralatan, kendali mutu, administrasi dan keuangan. Kegiatan pembinaan yang dapat dilakukan antara lain :

1. Training
2. Seminar
3. Workshop
4. *Peer Review*
5. *Case Management*

### 9.3 Pengawasan

Pengawasan mencakup:

1. Manajemen (termasuk kompetensi SDM)
2. Teknis medis dan keperawatan
3. Sarana dan prasarana
4. Keamanan dan keselamatan pasien/klien
5. Sistem rujukan

RS juga harus melakukan pengawasan secara internal terhadap pelaksanaan pelayanan PMK. Pengawasan dilakukan dengan cara:

1. Monitoring indikator mutu pelayanan
2. Menilai laporan kegiatan berkala
3. Adanya keluhan klien atau kasus
4. Kunjungan lapangan
5. Audit medik

### 9.4 Evaluasi dan Pengendalian Mutu

Intervensi PMK terhadap perawatan BBLR ini perlu dipertahankan dan ditekankan melalui kualitas layanan baik diluar maupun didalam RS.

#### a. Di rumah sakit

Sasaran dapat terlihat dari efektifitas dan efisiensi bangsal PMK.

- Efektifitas fungsi bangsal PMK merupakan pencapaian imbas ( *outcome* ) misalnya kelangsungan hidup dan kesehatan optimal, kepuasan pasien dan kelangsungan program PMK.

- ◆ Efisiensi bangsal PMK menandakan bangsal bekerja baik dan optimal dalam penggunaan sumber daya yang ada. Efektifitas dan efisiensi dapat dievaluasi dari kegiatan hari per hari di bangsal dan perbandingan pelaksanaan standar keperawatan. Mekanisme self monitoring harus dikembangkan untuk menilai pelayanan di bangsal karena tidak hanya berarti hasil penilaian eksternal dan internal tapi juga refleksi proses dalam tim. Ini juga menunjukkan sejauh mana kepemilikan dari konsep PMK ini berlangsung.

Evaluasi terbagi atas :

- Evaluasi internal dilakukan melalui mekanisme Audit Medik.
- Evaluasi eksternal dapat diintegrasikan dengan program mutu lainnya seperti RSSIB, Perinatal dll.

b. Di luar rumah sakit

Untuk unit/Klinik PMK diluar RS, evaluasi dan pengendalian mutu dilakukan oleh Dinas Kesehatan setempat atau unit lain sesuai dengan kewenangannya.

## **BAB X**

### **PENUTUP**

Perawatan Metode Kanguru (PMK) dapat diaplikasikan di negara berkembang karena tidak membutuhkan sumber daya yang besar. Bahkan hasil penelitian membuktikan bahwa PMK memberi keuntungan bagi RS sebagai pelayanan yang efektif, hemat biaya, memberikan kelangsungan hidup bayi yang lebih baik dan kualitas pelayanan lebih baik .

Perawatan Metode Kanguru merupakan salah satu intervensi dengan teknologi tepat guna yang dapat dilakukan untuk mengurangi kematian neonatal akibat Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR). Walaupun BBLR adalah bayi dengan resiko tinggi tetapi dengan persyaratan yang ditentukan antara lain nafas spontan maka metode ini dapat dilaksanakan disemua tingkat pelayanan dari mulai rumah sakit, masyarakat sampai keluarga.



## DAFTAR BACAAN

1. Usman A, Irawaty S, Triyanti A, Alisjahbana A. Pencegahan Hipotermia pada Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Rumah dengan Metoda Kanguru. Unit Penelitian FK Unpad/RSHS. Bandung: FK Unpad; 1996.
2. Suradi R, Yanuarso PB. Metode kanguru sebagai pengganti inkubator bagi bayi berat lahir rendah. *Sari Pediatri* 2000;2(1):29-35.
3. Haksari EL, Surjono A, Setyowireni D. Kangaroo mother care in low birth weight infant: a randomized controlled trial. *Pediatrica Indonesiana*. 2002;42:3-4.
4. Anderson GC, Moore ER, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Cochrane review NJ Bergman, LL Linley, SR Fawcus. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns. *Acta Paediatr*. 93:779-785. 2004.
5. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Sistem Rujukan Maternal Dan Neonatal Ditingkat Kabupaten/Kota. 2005
6. Badan Pusat Statistik. Survei Sosial dan Ekonomi Nasional. Jakarta: BPS; 2005.
7. World Health Organization. Millenium Development Goals. 2005
8. Pratomo H. Manfaat Perawatan Metode Kanguru (PMK) dan Penerapannya dalam Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah dengan Metode Kanguru. Dalam: Chair I, Marnoto WB, Rifai RFB, editor.

Buku Panduan Resusitasi neonatus Edisi ke-5. Jakarta: PERINASIA; 2006.

9. Departemen Kesehatan RI. Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety).2008
10. PERINASIA. Bahan bacaan dan petunjuk praktis Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah dengan Metode Kanguru.
11. Departemen Kesehatan. Hasil Health Technology Assessment.2008