

PERBEDAAN ANTARA PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE VIDEO DAN BOOKLET TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU MENGENAI PENERAPAN KANGAROO MOTHER CARE (KMC) PADA BAYI

Wahyu Dwi Agussafutri*, Christiani Bumi Pangesti

Prodi Kebidanan, Universitas Kusuma Husada Surakarta, Indonesia

Abstrak

World Health Organization(WHO) menyatakan pada tahun 2015 terdapat 5,9 juta kematian bayi di bawah lima tahun (balita). Empat puluh lima persen diantaranya atau 2,7 juta kematian balita terjadi pada periode neonatal. Penyebab kematian neonatal terbanyak secara tidak langsung yaitu kasus Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), sekitar 60%-80% dari seluruh kematian neonatal. Prevalensi global BBLR adalah 15,5% atau sekitar 20 juta tiap tahun, 96,5% kasus berasal dari negara berkembang. Salah satu cara untuk mengatasi permasalahan BBLR ini adalah metode *Kangaroo Mother Care* (KMC), meliputi perawatan kontak langsung antara kulit ibu dengan kulit bayi dengan meletakkan bayi di dada ibu. Orang tua bayi hendaknya diberikan pengetahuan atau penjelasan terlebih dahulu tentang KMC agar dapat melaksanakan KMC, misalnya dengan pemberian pendidikan kesehatan yang diharapkan akan dapat meningkatkan pengetahuan orang tua tentang perawatan metode kanguru. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui perbedaan antara pendidikan kesehatan dengan metode video dan booklet terhadap tingkat pengetahuan dan sikap ibu mengenai penerapan KMC. Jenis penelitian ini adalah quasy eksperimental. Kelompok eksperimen dalam penelitian ini ada 2 kelompok, 1 kelompok diberikan pendidikan kesehatan menggunakan video KMC, dan 1 kelompok diberikan pendidikan kesehatan menggunakan booklet KMC. Teknik sampling yang digunakan adalah *rule of thumb* dengan masing- masing kelompok 20 orang. Metode analisis data yang digunakan adalah Mann Whitney.. Hasil dari penelitian ini didapatkan bahwa p value 0,743, di mana p value > 0,05 sehingga bisa disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan antara pendidikan kesehatan dengan metode video dan booklet terhadap tingkat pengetahuan dan sikap ibu mengenai KMC.

Kata kunci: booklet, KMC, pengetahuan, sikap, video

THE DIFFERENCE BETWEEN HEALTH EDUCATION USING VIDEO AND BOOKLET METHODS ON THE LEVEL OF MOTHER'S KNOWLEDGE AND ATTITUDE REGARDING THE IMPLEMENTATION OF KANGAROO MOTHER CARE (KMC) ON INFANTS

Wahyu Dwi Agussafutri, Christiani Bumi Pangesti

Abstract

The World Health Organization (WHO) stated that in 2015 there were 5.9 million deaths of infants under five years of age (toddlers). Forty-five percent or 2.7 million under-five deaths occur in the neonatal period. The most indirect cause of neonatal death is the case of Low Birth Weight (LBW), around 60%-80% of all neonatal deaths. The global prevalence of LBW is 15.5% or around 20 million annually, 96.5% of cases come from developing countries. One way to overcome the problem of LBW is the Kangaroo Mother Care (KMC) method, which includes direct contact between the mother's skin and the baby's skin by placing the baby on the mother's chest. Baby parents should be given prior knowledge or explanation about KMC so they can carry out KMC, for example by providing health education which is expected to increase parents' knowledge about kangaroo care methods.

The aim of this research is to determine the difference between health education using video and booklet methods on the level of knowledge and attitudes of mothers regarding the implementation of KMC. This type of research is quasi experimental. The experimental group in this study consisted of 2 groups, 1 group was given health education using KMC video, and 1 group was given health education using KMC booklet. The sampling technique used was rule of thumb with 20 people in each group. The data analysis method used was Mann Whitney. The results of this research showed that the p value was 0.743, where the p value was > 0.05 so it could be concluded that there was no difference between health education using video and booklet methods on the mother's level of knowledge and attitudes regarding KMC.

Keyword: attitude, booklet, KMC, knowledge, video

Korespondensi: Wahyu Dwi Agussafutri. Universitas Kusuma Husada Surakarta. Email: wahyuda.iput@ukh.ac.id

LATAR BELAKANG

World Health Organization (WHO) menyatakan pada tahun 2015 terdapat 5,9 juta kematian bayi dibawah lima tahun (balita). Empat puluh lima persen diantaranya atau 2,7 juta kematian balita terjadi pada periode neonatal, yaitu periode 28 hari pertama kehidupan. Penyebab kematian neonatal terbanyak secara tidak langsung yaitu kasus Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), yang memberikan kontribusi 60%-80% dari seluruh kematian neonatal. Prevalensi global BBLR adalah 15,5% atau sekitar 20 juta tiap tahun, 96,5% kasus berasal dari negara berkembang (WHO, 2015).

Menurut Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menyatakan, 6,2% balita (0 – 59 bulan) di Indonesia mengalami BBLR, angka tertinggi terdapat di Provinsi Sulawesi Tengah yakni 8,9% sedangkan Provinsi Jawa Tengah berada di kisaran 6,1% . Tingginya prevalensi BBLR sebagian besar berasal dari negara berpenghasilan rendah dan menengah khususnya pada populasi paling rentan (Kemenkes, 2018; WHO, 2015).

Berdasarkan profil kesehatan provinsi Jawa Tengah jumlah bayi dengan BBLR di Jawa Tengah pada tahun 2018 sebanyak 4,3%, menurun bila dibandingkan dengan persentase tahun 2016 yaitu 4,4%. Persentase

BBLR cenderung menurun sejak tahun 2015 (Dinkes, 2018).

Berat badan lahir merupakan alat ukur yang penting untuk mengetahui status kesehatan seorang bayi. Bayi dengan berat badan rendah (BBLR) memiliki resiko kematian lebih tinggi dalam 28 hari pertama kehidupan dibandingkan dengan bayi yang memiliki berat badan normal saat lahir. Faktor yang menjadi penyebab BBLR antara lain adalah, Kekurangan Energi kronis (KEK) pada ibu hamil, anemia, kurangnya suplai zat gizi ibu hamil, paritas ibu, jarak kelahiran antara satu anak dengan anak berikutnya, usia ibu (kurang 20 tahun atau lebih 35 tahun) serta tinggi badan ibu (Haryanto et al., 2017).

Masalah lebih sering dijumpai pada BBLR dibanding dengan bayi cukup bulan dan bayi berat lahir normal. BBLR terutama karena kelahiran prematur, fungsi organ-organ tubuh masih belum sempurna, sehingga perlu mendapatkan penanganan khusus. Antara lain memiliki kesulitan untuk mempertahankan suhu tubuh karena: peningkatan hilangnya panas, kurangnya lemak subkutan, rasio luas permukaan kulit terhadap berat badan yang besar, serta produksi panas berkurang akibat lemak coklat yang tidak memadai dan ketidakmampuan menggigil. BBLR ini dapat meningkatkan mortalitas,

morbiditas, disabilitas neonatus, bayi dan anak serta memberikan dampak jangka panjang terhadap kehidupannya di masa depan (Solehati et al., 2018). Selain itu pada BBLR, inisiasi pembentukan ikatan (*bounding attachment*) antara ibu dan bayi menjadi tertunda, hal ini dikarenakan pemisahan antara ibu dan bayi BBLR selama dilakukan perawatan inkubator.

Salah satu cara untuk mengatasi permasalahan BBLR ini adalah metode *Kangaroo Mother Care* (KMC), meliputi perawatan kontak langsung antara kulit ibu dengan kulit bayi dengan meletakkan bayi di dada ibu, memiliki kelebihan dapat memenuhi kebutuhan sentuhan pada bayi sebagai stimulus untuk perkembangannya (Zahra et al., 2018).

KMC pertama kali diterapkan di Bogota, Colombia dengan tujuan mengurangi angka kesakitan dan kematian yang tinggi pada BBLR akibat terbatasnya sumber daya di ruang NICU. Bayi dengan BBLR yang mendapat perawatan KMC akan mempunyai pengalaman psikologis dan emosional lebih baik karena dengan metode ini bayi akan memperoleh kehangatan serta lebih dekat dengan ibu sehingga mampu meningkatkan kualitas hidup bayi.

Metode KMC meningkatkan hubungan emosi ibu dan bayi, mencegah terjadinya hipotermi, menstabilkan suhu tubuh, laju denyut jantung dan pernafasan bayi, meningkatkan pertumbuhan dan berat badan, mengurangi stress pada bayi dan ibu dan meningkatkan produksi ASI ibu (Amalia & Herawati, 2018).

Beberapa faktor yang dapat menghambat pelaksanaan KMC diantaranya yaitu faktor pendidikan karena pendidikan sangat mempengaruhi pengetahuan dan sikap seseorang. Begitu juga dengan pengalaman akan mempengaruhi pengetahuan karena dari

pengalaman pengetahuan seseorang akan semakin luas. Menurut Perinasia faktor yang mempengaruhi dilaksanakannya KMC adalah pendidikan, pengalaman, dukungan suami fisik ibu, emosi ibu dan tingkat social ekonomi (Amalia & Herawati, 2018; Notoatmodjo, 2014)

Penelitian ini bertujuan mengetahui perbedaan antara pendidikan kesehatan dengan metode video dan booklet terhadap tingkat pengetahuan dan sikap ibu mengenai penerapan kangaroo mother care (KMC) Sebelum melaksanakan KMC sebaiknya orang tua diberikan pengetahuan atau penjelasan terlebih dahulu tentang KMC, misalnya dengan pemberian pendidikan kesehatan yang diharapkan akan dapat meningkatkan pengetahuan orang tua tentang perawatan metode kanguru. Upaya pemberian pendidikan kesehatan dapat dilakukan melalui ceramah umum, media cetak, spanduk, media elektronik seperti radio, televisi, atau video (Notoatmodjo, 2014).

Media merupakan integrasi dalam sistem pembelajaran, namun efektifitas media tidak dilihat dari sejauh mana kecanggihan dalam penggunaannya, akan tetapi sejauh mana pencapaian tersebut dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku (Daryanto, 2016).

PMB Elisabeth merupakan PMB yang berlokasi di Banyuwangi Surakarta, yang melayani asuhan kebidanan dari hamil, bersalin, BBL, nifas dan KB serta perawatan komprehensif untuk ibu dan bayi (pijat bayi, homecare). Di PMB Elisabeth penerapan metode kanguru masih jarang digunakan. Hampir sebagian besar pasien tidak familiar dengan metode kanguru. Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti tertarik untuk meneliti mengenai Perbedaan Antara Pendidikan Kesehatan Dengan

Metode Video Dan Booklet Terhadap Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Ibu Mengenai Penerapan *Kangaroo Mother Care* (KMC) Pada Bayi Di PMB Elisabeth.

TUJUAN PENELITIAN

Mengetahui perbedaan antara pendidikan kesehatan dengan metode video dan booklet terhadap tingkat pengetahuan dan sikap ibu mengenai penerapan *kangaroo mother care* (KMC).

METODE/DESAIN PENELITIAN

Desain penelitian ini adalah quasi eksperimen. Kelompok eksperimen dalam penelitian ini ada 2 kelompok, 1 kelompok diberikan intervensi berupa pendidikan kesehatan KMC menggunakan video dan 1 kelompok lagi diberikan pendidikan kesehatan KMC berupa *booklet*.

Sebelum melakukan penelitian, peneliti telah melakukan kelaikan etik (*ethical clearance*) di Universitas Kusuma Husada dengan no EC 614/UKH.L.02/EC/IV/2022.

Alat atau instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data pada penelitian ini adalah kuesioner yang pernah digunakan pada penelitian sebelumnya. Kuesioner pengetahuan tentang KMC sebanyak 14 item, dan kuesioner sikap mengenai KMC sebanyak 13 item.

Data yang diperoleh dari hasil pengumpulan data akan diolah secara univariat dan bivariat. Analisis univariat dalam penelitian ini adalah karakteristik responden dideskripsikan dalam n dan persentase. Analisis bivariat diuji dengan *Mann Whitney*.

POPULASI, SAMPEL DAN TEKNIK SAMPLING

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang mempunyai bayi (umur 0-12 bulan) di PMB

Elisabeth yang berjumlah sekitar 50 pada bulan Februari-Maret 2022. Penentuan jumlah sampel dengan menggunakan *rule of thumb*, apabila ada 2 kelompok dalam penelitian, maka masing-masing kelompok kurang lebih 20 sampel, sehingga dalam penelitian ini ada 40 sampel.

HASIL

Penelitian ini dilaksanakan di PMB Elisabeth dengan sampel ibu yang mempunyai anak umur 0-12 bulan sebanyak 40 responden.

Pengambilan data dilakukan secara bertahap, sesuai dengan kedatangan responden. Penelitian ini dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok yang diberikan pendidikan kesehatan berupa booklet, dan kelompok yang diberikan pendidikan kesehatan dengan video.

Karakteristik responden pada penelitian ini bisa dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 1.
Karakteristik Responden

No	Karakteristik	%
1	Tingkat pendidikan	
	a. SMP	5
	b. SMA/ sederajat	90
2	Umur	
	a. < 20 tahun	10
	b. ahun	85
3	c. >35 tahun	5
	Informasi mengenai KMC	
	a. Pernah	10
	b. Tidak pernah	90

Berdasarkan data Tabel 1 mengenai karakteristik responden dapat dilihat bahwa sebagian besar responden berpendidikan SMA (90%), berumur 20-35 tahun (85%) dan belum pernah mendapatkan informasi mengenai KMC (90%).

Hasil pengambilan data sebelum dan sesudah diberikan booklet mengenai KMC adalah sebagai berikut:

Tabel 2.
Tingkat Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Diberikan *Booklet* KMC

Tingkat Pengetahuan	<i>Booklet</i> KMC				p
	Sebelum		Sesudah		
	n	%	n	%	
Baik	1	5	14	70	0,001
Cukup	14	70	6	30	
Kurang	5	25	0	0	
Total	20	100	20	100	

Berdasarkan data pada tabel 2 dapat disimpulkan bahwa tingkat pengetahuan ibu-ibu mengenai KMC berada pada rentang cukup (70%) dan setelah diberikan booklet mengenai KMC tingkat pengetahuan sebagian besar ibu pada rentang baik (70%). Perbedaan tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah

booklet KMC diuji menggunakan *Wilcoxon test*. Hasil uji dapat dilihat pada tabel 2, nilai *Asym.sig* 0,001 di mana *p value* (0,001) < 0,05, artinya ada pengaruh terhadap perubahan tingkat pengetahuan mengenai KMC, sebelum dan sesudah diberikan *booklet* KMC.

Tabel 3.
Tingkat Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Diberikan *Booklet* KMC

Sikap	<i>Booklet</i> KMC				p
	Sebelum		Sesudah		
	n	%	n	%	
Positif	2	10	19	95	0,001
Negatif	18	90	1	5	
Total	20	100	20	100	

Berdasarkan data Tabel 3 di atas dapat disimpulkan bahwa sikap ibu-ibu mengenai KMC sebelum diberikan booklet KMC sebagian besar bersikap negative (90%) dan setelah diberikan booklet mengenai KMC sebagian besar bersikap positif mengenai KMC (95%).

Perbedaan sikap sebelum dan sesudah diberikan booklet KMC diuji menggunakan *Wilcoxon test*. Hasil uji dapat dilihat pada tabel 3, nilai *Asym.sig* 0,001 di mana *p value* (0,001) < 0,05, artinya ada pengaruh terhadap perubahan sikap mengenai KMC untuk demam, sebelum dan sesudah diberikan booklet KMC.

Tabel 4.
Tingkat Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Diberikan Video KMC

Tingkat Pengetahuan	Video KMC				p
	Sebelum		Sesudah		
	n	%	n	%	
Baik	7	35	14	70	0,001
Cukup	11	55	6	30	
Kurang	2	1	0	0	
Total	20	100	20	100	

Berdasarkan data tabel 4 di atas dapat disimpulkan bahwa tingkat pengetahuan ibu-ibu mengenai KMC berada pada rentang cukup (55%) dan setelah diberikan video mengenai KMC tingkat pengetahuan sebagian besar ibu pada rentang baik (70%). Perbedaan tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah

diberikan video KMC diuji menggunakan Wilcoxon test. Hasil uji dapat dilihat pada tabel 4, nilai Asym.sig 0,001 di mana p value (0,001) < 0,05, artinya ada pengaruh terhadap perubahan tingkat pengetahuan mengenai KMC, sebelum dan sesudah diberikan video KMC.

Tabel 5.
Sikap Sebelum dan Sesudah Diberikan Video KMC

Sikap	Video KMC				p
	Sebelum		Sesudah		
	n	%	n	%	
Positif	2	10	19	95	0,001
Negatif	18	90	1	5	
Total	20	100	20	100	

Berdasarkan data tabel 5 di atas dapat disimpulkan bahwa sikap ibu-ibu mengenai KMC sebelum diberikan video KMC sebagian besar bersikap negative (90%) dan setelah diberikan video mengenai KMC sebagian besar bersikap positif mengenai KMC (95%).

Perbedaan sikap sebelum dan sesudah diberikan booklet KMC diuji menggunakan *Wilcoxon test*. Hasil uji dapat dilihat pada tabel 5, nilai Asym.sig 0,001 di mana p value (0,001) < 0,05, artinya ada pengaruh terhadap perubahan sikap mengenai KMC untuk demam, sebelum dan sesudah diberikan video KMC.

Tabel 6.
Perbedaan Antara Video dan *Booklet*

Intervensi	N	Mean	Median	SD	<i>Mann Whitney</i>	P
<i>Booklet</i>	20	1,13	1,00	0,78	430,5	0,743
Video	20	1,17	1,00	0,70		

Hasil uji menggunakan *Mann Whitney* pada tabel 6 dapat dilihat bahwa p value adalah 0,743, di mana $p > 0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan antara pemberian booklet dan video terhadap tingkat pengetahuan dan sikap ibu mengenai KMC.

PEMBAHASAN

Berat badan lahir merupakan alat ukur yang penting untuk mengetahui status kesehatan seorang bayi. Bayi Lahir dengan Berat Badan Rendah (BBLR) memiliki resiko kematian lebih tinggi dalam 28 hari pertama kehidupan

dibandingkan dengan bayi yang memiliki berat badan normal saat lahir. Faktor yang menjadi penyebab BBLR antara lain adalah, Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil, anemia, kurangnya suplai zat gizi ibu hamil, paritas ibu, jarak kelahiran antara satu anak dengan anak berikutnya, usia ibu (kurang 20 tahun atau lebih 35 tahun) serta tinggi badan ibu (Haryanto et al., 2017).

Salah satu cara untuk mengatasi permasalahan BBLR ini adalah metode Kangaroo Mother Care(KMC), meliputi perawatan kontak langsung antara kulit ibu

dengan kulit bayi dengan meletakkan bayi di dada ibu, memiliki kelebihan dapat memenuhi kebutuhan sentuhan pada bayi sebagai stimulus untuk perkembangannya (Zahra, et al, 2018)

Hasil yang telah dipaparkan pada tabel 1 mengenai karakteristik responden dapat dilihat bahwa sebagian besar responden berpendidikan SMA (90%), berumur 20-35 tahun (85%) dan belum pernah mendapatkan informasi mengenai KMC (90%).

Menurut Lawrence Green (1980) dalam Notoatmodjo (2014) perilaku seseorang dipengaruhi oleh tiga faktor utama, yaitu faktor predisposisi mencakup pengetahuan, sikap, tradisi, kepercayaan, sistem nilai, tingkat pendidikan, tingkat social ekonomi dan sebagainya, faktor pemungkin mencakup ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan, faktor penguat mencakup sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain. Upaya meningkatkan pelaksanaan KMC dengan cara memberikan booklet maupun video pelaksanaan metode KMC.

Sesuai hasil yang telah dipaparkan pada tabel 2 dan 4 bisa dilihat bahwa sebelum diberikan booklet dan video KMC tingkat pengetahuan ibu mengenai KMC tingkat cukup (55%) untuk booklet dan (70%) untuk video dan setelah diberikan booklet atau video KMC tingkat pengetahuan mengenai KMC sebagian besar menjadi baik (70%). Perbedaan tingkat pengetahuan dan sikap antara pemberian booklet dan video diuji menggunakan Mann Whitney . Hasil uji dapat dilihat pada tabel 6, nilai p 0,743 di mana p value $> 0,05$, artinya tidak ada perbedaan antara pemberian Pendidikan kesehatan menggunakan booklet dan video terhadap tingkat pengetahuan dan sikap ibu mengenai KMC. Keduanya sama-sama efektif dalam meningkatkan tingkat

pengetahuan dan sikap ibu mengenai KMC.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Amalia & Herawati, (2018) bahwa tingkat pengetahuan ibu mengenai KMC berada di tingkat pengetahuan yang baik (45,3%). Harapannya dengan tingkat pengetahuan yang baik maka ibu tersebut akan menerapkan metode KMC baik untuk bayi BBLR maupun untuk meningkatkan bonding antara ibu dan bayi.

Hasil yang telah dipaparkan pada tabel 3 dan 5 bisa dilihat bahwa sebelum diberikan booklet atau video KMC sikap ibu mengenai KMC sebagian besar bersikap negatif (90%) dan setelah diberikan booklet atau video KMC sebagian besar bersikap positif (95%). Data pada penelitian ini menunjukkan sebagian besar responden memiliki sikap negative terhadap KMC, dengan tingkat pendidikan SMA dan berumur antara 20-35 tahun. Namun setelah melihat demonstrasi KMC dan mendapat pengetahuan mengenai KMC, sebagian bersikap positif mengenai KMC.

Sikap dapat merupakan suatu pengetahuan, tetapi yang disertai kecenderungan untuk bertindak sesuai dengan pengetahuan itu (Azwar, 2022). Orang yang memiliki sikap positif terhadap suatu objek psikologi apabila suka (*like*) atau memiliki sikap yang favorable, sebaliknya orang yang dikatakan memiliki sikap negatif terhadap objek psikologi bila tidak suka (*dislike*) atau sikapnya *unfavorable* terhadap objek psikolog.

Setelah diberikan booklet atau video mengenai KMC, sebagian responden bersikap positif mengenai KMC. Dengan bersikap positif diharapkan sikap positif tersebut bisa mengubah perilaku responden sehingga bisa menerapkan metode KMC pada bayinya, baik untuk alternatif penanganan BBLR maupun

untuk meningkatkan *bounding* pada ibu dan bayi.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa tingkat pengetahuan ibu setelah diberikan video KMC sebagian besar berpengetahuan baik sebanyak 70% dan sikap ibu mengenai KMC setelah dilakukan demonstrasi KMC sebagian besar bersikap positif, yaitu sebesar 95%. Tingkat pengetahuan ibu setelah diberikan booklet KMC sebagian besar berpengetahuan baik sebanyak 70% dan sikap ibu mengenai KMC setelah dilakukan demonstrasi KMC sebagian besar bersikap positif, yaitu sebesar 95%. Hasil uji statistik ($p < 0,743$) menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan Pendidikan kesehatan dengan metode video dan booklet teradap tingkat pengetahuan dan sikap ibu mengenai KMC. Hal ini menunjukkan bahwa Pendidikan kesehatan menggunakan video maupun booklet sama-sama efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap mengenai KMC

SARAN

1. Diharapkan ibu yang mempunyai bayi umur 0-12 bulan agar dapat melakukan *kangaroo mother care* (KMC) sebagai alternatif perawatan BBLR dan bisa mempererat *bounding* antara ibu dan bayi
2. Diharapkan untuk peneliti selanjutnya bisa menambah variabel maupun membandingkan variabel nonfarmakologi lainnya dan dengan subjek penelitian atau responden yang lebih banyak.

DAFTAR PUSTAKA

Amalia, L., & Herawati, E. (2018). Hubungan Pengetahuan dan Sikap Dalam Pelaksanaan Perawatan Metode Kangguru. *JURNAL PENDIDIKAN*

KEPERAWATAN INDONESIA, 4(2).

<https://doi.org/10.17509/jpki.v4i2.13658>

Azwar, S. (2022). *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Pustaka Pelajar.

Daryanto. (2016). *Media Pembelajaran*. Gava Media.

Dinkes. (2018). *Profil Kesehatan Jawa Tengah*.

Haryanto, C. P., Pradigdo, S. F., & Rahfiluddin, M. Z. (2017). Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (Bblr) di Kabupaten Kudus (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Undaan Kecamatan Undaan Kabupaten Kudus Tahun 2015). *Jurnal Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro*, 5(1), 322–331.

Kemenkes. (2018). *Hasil Utama Riskesdas 2018*.

Notoatmodjo, S. (2014). *Promosi Kesehatan dan ilmu Perilaku*. Rineka Cipta.

Solehati, T., Kosasih, C. E., Rais, Y., N, F., Darmayanti., & Puspitasari, N. R. (2018). KMC pada BBLR: Sistematis Review. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(1).

WHO. (2015). *Neonatal mortality*. [Http://Www.Who.Int/Gho/Child_health/Mortality/Neonatal/En/](http://www.who.int/gho/child_health/mortality/Neonatal/En/).

Zahra, S. A., , Radityo, A. N., & Mulyono. (2018). Pengaruh Durasi KMC terhadap perubahan tanda vital bayi. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*, 7(2).