

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan pada ibu-ibu yang bertempat tinggal di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, khususnya di Kabupaten Bantul, Kabupaten Sleman, dan Kota Yogyakarta. Luas wilayah Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta adalah 3.185,80 km² yang terdiri dari empat Kabupaten dan satu Kotamadya dengan 78 Kecamatan dan 438 Kelurahan/desa. Keempat Kabupaten tersebut dengan luas wilayah masing-masing yaitu Kabupaten Bantul (506,85 km²), Kabupaten Sleman (574,82 km²), Kabupaten Kulonprogo (586,27 km²), dan Kabupaten Gunung Kidul (1.485,36 km²), sedangkan Kotamadya memiliki luas wilayah 32,50 km². Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta terletak antara 7^o.33' - 8^o.12' Lintang Selatan dan 110^o.00' - 110^o.50' Bujur Timur yang berbatasan dengan Provinsi Jawa Tengah. Berdasarkan sensus penduduk pada tahun 2018 total jumlah penduduk di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta adalah 3.631.015 jiwa yang terdiri dari 1.797.168 laki-laki dan 1.833.847 perempuan.

Responden pada penelitian ini adalah ibu yang memiliki BBLR yang melahirkan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta atau RS

PKU Muhammadiyah Bantul, dan atau RS PKU Muhammadiyah Gamping. Pada awalnya RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta merupakan klinik sederhana yang berdiri pada tanggal 15 Februari 1923 yang berlokasi di kampung Jagang Notoprajan Yogyakarta. Berawal dari PKO (Penolong Kesengsaraan Oemoem) yang memiliki maksud menyediakan pelayanan kesehatan untuk kaum dhuafa'. Berdiri dengan adanya inisiatif dari H.M. Sudjak yang mendapatkan dukungan penuh oleh K.H. Ahmad Dahlan. Pada tahun 1928 klinik berkembang menjadi poliklinik PKO Muhammadiyah. Pada tahun 1936 poliklinik PKO Muhammadiyah lokasinya pindah di Jalan K.H. Ahmad Dahlan No. 20 Yogyakarta sampai sekarang. Di tahun 1970-an status klinik dan poliklinik berganti menjadi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sampai sekarang.

Untuk memperluas cakupan pelayanan yang tidak mampu dicover oleh RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, maka didirikanlah unit pelayanan baru yaitu RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit II pengembangan dari RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit I yang dibuka pada tanggal 15 Februari 2009. Dengan berjalannya waktu, RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit II berganti nama menjadi RS PKU Muhammadiyah Gamping. Selain RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dan Gamping, pada tanggal 1 Maret 1966 berdirilah Klinik dan Rumah Bersalin PKU Muhammadiyah Bantul yang berlokasi di Jalan Jenderal Sudirman 124 Bantul Yogyakarta. Pada tahun 2001

berkembang menjadi Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul karena adanya perkembangan pelayanan di bidang kesehatan anak, baik pada upaya penyembuhan maupun pertumbuhan dan perkembangan anak di tahun 1984.

Yogyakarta dipilih peneliti untuk lokasi penelitian karena di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta khususnya di Kabupaten Bantul, Kabupaten Sleman, dan Kota Yogyakarta memiliki prevalensi BBLR yang masih mengalami kenaikan dan penurunan pertahunnya. Sedangkan, peneliti memilih RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, RS PKU Muhammadiyah Gamping, dan RS PKU Muhammadiyah Bantul untuk lokasi pengambilan data partisipan karena rumah sakit tersebut telah menerapkan pelaksanaan perawatan metode kanguru.

2. Karakteristik Responden

Semua partisipan pada penelitian ini adalah ibu yang memiliki BBLR pasca hospitalisasi dari rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping, PKU Muhammadiyah Bantul, dan PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Pada penelitian ini ada 12 responden, dengan karakteristik responden yaitu usia, pendidikan terakhir, suku, pekerjaan, tinggal bersama siapa, dan status kehamilan. Distribusi frekuensi responden dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.1 Distribusi frekuensi menurut karakteristik responden (n=12)

Karakteristik responden	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Usia		
<20 tahun	2	16,7
21 tahun- 35 tahun	9	75,0
>35 tahun	1	8,3
Pendidikan terakhir		
SMP	3	25,0
SMA	5	41,7
Sarjana	4	33,3
Suku		
Jawa	12	100,0
Lain-lain	0	0
Pekerjaan		
IRT	6	50,0
Swasta	6	50,0
Status kehamilan		
Anak pertama	9	75,0
Anak kedua	3	25,0
Tinggal bersama		
Suami	12	100,0

Sumber: data primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.1, usia responden dalam penelitian ini bervariasi yaitu dari usia 19 tahun sampai 36 tahun dan sebagian besar berusia 21 tahun- 35 tahun sebanyak 9 orang (75,0%). Pendidikan terakhir responden pada penelitian ini juga beragam dari SMP sampai Sarjana, namun sebagian besar memiliki pendidikan terakhir SMA yaitu sebanyak 5 orang (41,7%). Keseluruhan responden bersuku Jawa yaitu sebanyak 12 orang (100,0%). Untuk pekerjaan responden adalah IRT sebanyak 6 orang (50,0%) dan Swasta sebanyak 6 orang (50,0%). Sebagian besar status kehamilan responden adalah kehamilan anak

pertama yaitu sebanyak 9 orang (75,0%). Semua responden pada penelitian ini tinggal bersama dengan suami yaitu 12 orang (100,0%).

3. Analisis Univariat

a. Penerapan Perawatan Metode Kanguru

1) Pelaksanaan PMK

Tabel 4.2 Pelaksanaan Penerapan Perawatan Metode Kanguru

(n=12)

Pelaksanaan PMK	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Melaksanakan PMK hari pertama		
Ya	8	66,7
Tidak	4	33,3
Melaksanakan PMK hari kedua		
Ya	5	41,7
Tidak	7	58,3
Melaksanakan PMK hari ketiga		
Ya	5	41,7
Tidak	7	58,3
Melaksanakan PMK dalam waktu tiga hari		
Tiga hari	4	33,3
Dua hari	2	16,7
Satu hari	2	16,7
Tidak pernah	4	33,3
Yang melakukan PMK hari pertama		
Ibu	6	50,0
Kakek	1	8,3
Nenek	1	8,3
Tidak melakukan	4	33,3
Yang melakukan PMK hari kedua		
Ibu	1	8,3
Ayah	2	16,7
Kakek	1	8,3
Nenek	1	8,3
Tidak melakukan	7	58,3

Pelaksanaan PMK	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Yang melakukan PMK hari ketiga		
Ibu	5	41,7
Tidak melakukan	7	58,3
Pelaksanaan PMK		
Intermiten	8	66,7
Tidak melaksanakan	4	33,3
Klasifikasi BBLR		
Prematuritas murni	6	50,0
Dismaturitas	6	50,0

Sumber: data primer, 2019

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa dalam rentang waktu tiga hari sebagian besar responden menerapkan PMK di rumah. Yang melakukan PMK paling sering adalah ibu, namun suami dan anggota keluarga yang lain juga ada yang ikut melakukan. Pelaksanaan PMK secara keseluruhan adalah intermiten. Untuk usia gestasi terbagi sama rata yaitu prematuritas murni dan dismaturitas.

2) Waktu pelaksanaan PMK

Tabel 4.3 Waktu Pelaksanaan Penerapan Perawatan Metode Kanguru

Waktu pelaksanaan PMK	Rata-rata perhari	Minimal (menit)	Maksimal (menit)
Hari pertama	56,25	0	150
Hari kedua	57,50	0	360
Hari ketiga	52,50	0	300

Sumber: data primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.3, waktu pelaksanaan PMK dalam rentang waktu tiga hari memiliki variasi pada rata-rata perhari, lama minimal dan maksimal. Untuk lama minimal pelaksanaan

PMK dalam rentang waktu tiga hari adalah 0 menit atau dapat dikatakan bahwa responden tidak melaksanakan PMK, alasan beberapa responden tidak melakukan PMK yaitu karena bayinya sudah berusia satu bulan, suhu bayi normal, dan tidak adanya dukungan dari suami ataupun informasi dari tenaga kesehatan. Namun lama maksimal pelaksanaan PMK dalam rentang waktu tiga hari adalah 360 menit. Sehingga rata-rata perharinya paling tinggi adalah 57,50 dan rata-rata terendahnya adalah 52,50.

b. Dukungan dalam Penerapan Perawatan Metode Kanguru

Tabel 4.4 Dukungan dalam Penerapan Perawatan Metode Kanguru

No.	Dukungan dalam Penerapan Perawatan Metode Kanguru	Jumlah Responden	
		Ya	Tidak
1.	Apakah anda mendapatkan dukungan dari tenaga kesehatan dalam melakukan perawatan metode kanguru?	10 (83,3%)	2 (16,7%)
2.	Apakah anda mendapatkan dukungan dari suami dalam melakukan perawatan metode kanguru?	10 (83,3%)	2 (16,7%)
3.	Apakah anda mendapatkan dukungan dari keluarga dalam melakukan perawatan metode kanguru?	9 (75,0%)	3 (25,0%)
4.	Apakah anda mendapatkan dukungan dari teman dalam melakukan perawatan metode kanguru?	6 (50,0%)	6 (50,0%)
5.	Apakah anda mendapatkan dukungan dari orang sekitar/masyarakat dalam melakukan perawatan metode kanguru?	4 (33,3%)	8 (66,7%)

Sumber: data primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.4 di atas, sebagian besar responden mendapatkan dukungan dari tenaga kesehatan, suami, dan

keluarga. Namun yang mendapatkan dukungan dari teman hanya setengah dari keseluruhan responden. Sebagian besar responden tidak mendapatkan dukungan dari orang-orang sekitar atau masyarakat.

c. Hambatan dalam Penerapan Perawatan Metode Kanguru

Tabel 4.5 Hambatan dalam Penerapan Perawatan Metode Kanguru

No.	Hambatan dalam Penerapan Perawatan Metode Kanguru	Jumlah Responden	
		Ya	Tidak
1.	Apakah pihak rumah sakit atau tenaga kesehatan memberikan informasi tentang perawatan metode kanguru kepada ibu dan keluarga?	8 (66,7%)	4 (33,3%)
2.	Apakah ibu dan keluarga mendapatkan dukungan dari tenaga kesehatan dalam melaksanakan perawatan metode kanguru?	9 (75,0%)	3 (25,0%)
3.	Apakah ibu dan keluarga sudah paham tentang perawatan metode kanguru?	11 (91,7%)	1 (8,3%)
4.	Apakah ibu dan keluarga sudah paham tentang cara melakukan perawatan metode kanguru?	12 (100,0%)	0
5.	Apakah tenaga kesehatan mengajarkan dan mempraktikkan perawatan metode kanguru kepada ibu dan keluarga?	8 (66,7%)	4 (33,3%)
6.	Apakah ibu memiliki semangat atau motivasi untuk melaksanakan perawatan metode kanguru di rumah?	8 (66,7%)	4 (33,3%)
7.	Apakah sarana dan prasarana dalam pelaksanaan perawatan metode kanguru sudah memenuhi standar?	11 (91,7%)	1 (8,3%)
8.	Apakah ibu merasa kerepotan dalam melakukan perawatan metode kanguru?	4 (33,3%)	8 (66,7%)

Sumber: data primer, 2019

Tabel 4.5 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden tidak memiliki hambatan dalam pelaksanaan perawatan metode kanguru. Namun masih ada sebagian responden yang mengalami kerepotan dalam pelaksanaan PMK.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

a. Usia

Berdasarkan data karakteristik responden, usia responden pada penelitian ini bervariasi, namun paling banyak adalah usia 21 tahun sampai 35 tahun. Usia dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang terkait dengan perawatan metode kanguru. Pernyataan ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Lestari, Arif, & Alit (2014), yaitu sebagian besar responden yang berusia 20-35 tahun memiliki pengetahuan yang baik dengan pelaksanaan PMK yang baik. Semakin tua usia seseorang maka pengalaman yang diperoleh akan lebih banyak jika dibandingkan dengan usia yang masih muda. Pengalaman merupakan faktor dari dalam diri yang akan mempengaruhi pengetahuan seseorang dan juga akan meningkatkan kemampuan dalam pengambilan sebuah keputusan.

b. Pendidikan terakhir

Berdasarkan data karakteristik responden, pendidikan terakhir responden pada penelitian ini bervariasi yaitu dari SMP, SMA dan Sarjana. Pendidikan berpengaruh pada sikap dan pemahaman terhadap

pelaksanaan perawatan metode kanguru. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lestari, Arif, & Alit (2014), bahwa pemahaman yang kurang terhadap pengetahuan tentang PMK akan memberikan sikap yang kurang mendukung dan kurang merespon untuk melaksanakan PMK. Menurut Yuliani (2017), semakin tinggi pendidikan maka semakin mudah dalam menerima informasi.

c. Suku

Dari data karakteristik responden, seluruh responden bersuku Jawa. Suku atau adat istiadat dapat mempengaruhi implementasi PMK di rumah. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Atik (2018), faktor yang mempengaruhi implementasi PMK di rumah adalah adat istiadat atau lingkungan dalam keluarga tersebut, pengalaman, dan pendidikan ibu ataupun keluarga. Pada penelitian tersebut dikatakan bahwa orang Jawa tidak memperbolehkan bayi yang masih kecil untuk digendong di dada, tetapi hanya boleh digendong di tangan agar kaki bayinya tetap lurus.

d. Pekerjaan

Dari data karakteristik responden, sebagian responden bekerja swasta dan sebagian responden menjadi Ibu Rumah Tangga (IRT). Pekerjaan dapat mempengaruhi ibu dalam pemberian perawatan BBLR. Pernyataan tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Juliastuti (2011), ibu yang tidak bekerja maka akan lebih fokus

pada pekerjaan di rumah dan lebih banyak waktu untuk merawat bayinya tanpa ada ikatan pekerjaan di luar rumah.

e. Status kehamilan

Berdasarkan data karakteristik responden, sebagian besar status kehamilan responden pada penelitian ini adalah kehamilan anak pertama. Status kehamilan dapat mempengaruhi kemampuan ibu dalam pelaksanaan PMK. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Putra (2012), bahwa ibu yang memiliki anak pertama dan kedua akan memiliki banyak waktu dan bisa fokus untuk menerapkan PMK sehingga kualitas penerapan PMK akan lebih baik.

f. Tinggal bersama

Berdasarkan karakteristik responden keseluruhan responden pada penelitian ini tinggal bersama suami. Suami memiliki peran penting dalam keberhasilan penerapan perawatan metode kanguru. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sofiana, Hakimi, & Mufdlilah (2018), seorang ibu tidak akan merasa sendiri dalam melakukan perawatan metode kanguru apabila suami memberikan dukungan. Dukungan yang diberikan suami tidak hanya berupa dukungan materi ataupun tenaga, namun juga pemberian dukungan psikologis untuk ibu sehingga akan memberikan motivasi dan semangat pada ibu dalam penerapan perawatan metode kanguru.

2. Penerapan Perawatan Metode Kanguru

a. Pelaksanaan PMK

Berdasarkan tabel 4.2 diperoleh gambaran bahwa sebagian besar responden menerapkan perawatan metode kanguru di rumah. Namun pada penelitian ini ada empat responden yang tidak pernah menerapkan perawatan metode kanguru di rumah. Pada penelitian ini yang melakukan perawatan metode kanguru sebagian besar adalah ibu, namun ada beberapa suami dan keluarga responden yang ikut serta dalam melakukan perawatan metode kanguru di rumah. Untuk pelaksanaan perawatan metode kanguru pada penelitian ini seluruhnya adalah intermiten. Pelaksanaan perawatan metode kanguru seluruhnya dilakukan satu kali dalam sehari dengan waktu pelaksanaan yang berbeda-beda. Pada penelitian ini memperoleh hasil bahwa usia kehamilan responden terbagi sama rata yaitu prematuritas murni dan dismaturitas. Untuk berat badan bayi seluruhnya memiliki berat kurang dari 2500 gram. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sofiani & Asmara (2014), bahwa ibu dan petugas kesehatan sangat setuju apabila bayi yang sudah pulang dari rumah sakit tetap dilakukan perawatan metode kanguru ketika sudah di rumah. Salah satu alasan ibu setuju apabila perawatan metode kanguru tetap dilakukan ketika bayi sudah di rumah karena bayi lahir dengan berat badan yang kurang sehingga ibu memiliki motivasi dan dorongan agar bayinya sehat dan berat badannya menjadi normal. Pelaksanaan perawatan metode

kanguru ketika di rumah tidak terlepas dari dukungan suami dan keluarganya. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Toni, Sitompul, & Tambunan (2016), bahwa dukungan dari suami dan keluarga sangat diharapkan oleh ibu untuk kelancaran pelaksanaan perawatan metode kanguru.

b. Waktu Pelaksanaan PMK

Berdasarkan tabel 4.3 dapat diperoleh gambaran bahwa waktu pelaksanaan PMK dalam rentang waktu tiga hari memiliki variasi rata-rata perhari, waktu minimal, dan waktu maksimal. Perawatan metode kanguru dilakukan paling cepat adalah satu hari dan paling lama adalah tiga hari. Sebagian besar responden melaksanakan PMK dalam rentang waktu tiga hari. Pada penelitian ini untuk waktu minimal pelaksanaan PMK dalam rentang waktu tiga hari adalah 0 menit atau responden tidak melaksanakan PMK, sedangkan waktu maksimalnya adalah 360 menit. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Heraswati (2013), bahwa apabila PMK dilakukan secara intermiten selama tiga hari dan setiap harinya 60 menit maka akan meningkatkan berat badan bayi rata-rata 2,7 gram. Menurut Zahra & Mulyono (2018), semakin lama bayi diberikan perawatan metode kanguru maka kesehatan bayi semakin meningkat.

3. Dukungan dalam Penerapan Perawatan Metode Kanguru

Berdasarkan tabel 4.4 dapat diperoleh gambaran bahwa sebagian besar responden mendapatkan dukungan dari tenaga kesehatan, suami,

keluarga, dan teman. Namun, sebagian besar responden tidak mendapatkan dukungan dari orang sekitar atau masyarakat. Dengan adanya dukungan yang diperoleh ibu, maka akan memotivasi dan memperlancar penerapan perawatan metode kanguru. Pernyataan tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dahlan (2017), bahwa tenaga kesehatan memiliki peranan penting dalam pelaksanaan PMK. Apabila tenaga kesehatan memberikan edukasi tentang pengertian, manfaat, dan cara melakukan PMK pada ibu dan keluarga maka akan meningkatkan keinginan untuk menerapkan PMK ketika di rumah karena sudah memiliki bekal pengetahuan tersebut. Jika dukungan dari tenaga kesehatan kurang maka pelaksanaan PMK juga tidak akan optimal. Pelaksanaan PMK yang kurang optimal disebabkan oleh program PMK yang kurang dijalankan karena belum semua perawat dan bidan mengikuti pelatihan terkait PMK. Selain itu, suami dan keluarga juga berperan penting dalam memberikan dukungan untuk pelaksanaan PMK. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sofiani & Asmara (2014), bahwa suami dan keluarga dapat memberikan dukungan berupa dukungan fisik, emosional, dan perlengkapan. Dukungan fisik dapat berupa membantu membereskan rumah, membantu saat melakukan PMK, bahkan menggantikan ibu dalam melakukan PMK. Untuk dukungan emosional dapat berupa pemberian semangat dan motivasi kepada ibu. Sedangkan untuk dukungan perlengkapan dapat berupa penyediaan alat untuk

pelaksanaan PMK, misalnya gendongan bayi. Dengan adanya dukungan tersebut akan mempermudah dan memotivasi ibu dalam melakukan PMK, sehingga akan mempengaruhi keberhasilan penerapan PMK. Selain itu, dukungan dari orang sekitar atau tetangga juga memiliki peran penting untuk memotivasi ibu dalam pelaksanaan PMK. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahyuni & Parendrawati (2013), bahwa keluarga dan tetangga dapat memberikan dukungan berupa doa dan semangat sehingga ibu akan menjadi lebih siap dalam merawat bayinya.

4. Hambatan dalam Penerapan Perawatan Metode Kanguru

Berdasarkan tabel 4.5 dapat diperoleh gambaran bahwa sebagian besar responden tidak memiliki hambatan dalam pelaksanaan perawatan metode kanguru. Sebagian besar rumah sakit atau tenaga kesehatan memberikan informasi tentang perawatan metode kanguru kepada ibu dan keluarga, namun masih ada beberapa responden yang tidak mendapatkan informasi tersebut. Ibu dan keluarga sudah paham tentang perawatan metode kanguru, Ibu dan keluarga sudah paham tentang cara melakukan perawatan metode kanguru. Sebagian besar tenaga kesehatan mengajarkan dan mempraktikkan perawatan metode kanguru kepada ibu dan keluarga, namun ada beberapa responden yang tidak diajarkan dan tidak mendapatkan praktik terkait perawatan metode kanguru. Hampir semua responden memiliki semangat atau motivasi untuk melaksanakan perawatan metode kanguru di rumah,

namun masih ada beberapa responden yang tidak memiliki motivasi ataupun semangat untuk melaksanakan perawatan metode kanguru di rumah. Untuk sarana dan prasarana dalam pelaksanaan perawatan metode kanguru sudah memenuhi standar. Sebagian besar responden tidak merasa kerepotan dalam melakukan perawatan metode kanguru, namun ada beberapa responden merasa kerepotan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dahlan (2017), ada beberapa hambatan yang dialami oleh ibu, keluarga, dan tenaga kesehatan dalam penerapan metode kanguru. Hambatan tersebut yaitu ada beberapa ibu dan keluarga tidak mendapatkan informasi dari tenaga kesehatan terkait dengan PMK, pengetahuan dan ketrampilan ibu maupun tenaga kesehatan terkait PMK masih kurang, informasi tentang PMK belum disosialisasikan dengan baik, sarana dan prasarana masih ada yang belum tersedia yaitu ruangan untuk konseling, kursi untuk ibu ketika melakukan PMK, media informasi seperti *leaflet* ataupun lembar balik, dan lembar kesiapan pulang. Hambatan yang lain yaitu kurangnya dukungan dari tenaga kesehatan dan keluarga, belum ada monitoring evaluasi pelaksanaan PMK saat responden sudah pulang ke rumah, sehingga kualitas dan kuantitas program PMK masih belum memperoleh hasil yang maksimal. Pernyataan di atas dapat disimpulkan bahwa hambatan-hambatan tersebut dapat menyebabkan kurang optimalnya penerapan PMK ketika responden masih di rumah sakit maupun ketika sudah pulang ke rumah. Menurut Sofiani & Asmara

(2014), hambatan yang dihadapi ibu saat melaksanakan PMK adalah kurangnya peran serta dari orang lain, pemasangan gendongan yang sulit, dan ibu yang memiliki bayi kembar sehingga akan kerepotan ketika melakukan PMK. Menurut Atik (2018) ibu yang tidak diberikan kesempatan untuk mencoba PMK di rumah sakit akan memiliki kendala karena tidak bisa bertanya kepada tenaga kesehatan saat melakukan PMK sendiri di rumah. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Atik, Nugraheni, & Cahyo (2016) belum optimalnya penerapan PMK disebabkan karena sosialisasi program PMK yang masih kurang dan kurangnya partisipasi responden dan keluarga dalam pelaksanaan PMK yang dipengaruhi oleh faktor budaya dan pengetahuan.

C. Kekuatan dan Kelemahan

1. Kekuatan penelitian

- a. Penelitian ini dilakukan di tiga Kabupaten di wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta.
- b. Peneliti memperhatikan etika penelitian dari sebelum pengambilan data sampai pengambilan data selesai.
- c. Penelitian ini belum pernah dilakukan sebelumnya.

2. Kelemahan penelitian

- a. Jumlah responden pada penelitian ini hanya 12 orang.
- b. Peneliti tidak hadir dan tidak mendampingi responden pada saat pelaksanaan PMK.