

Anafrin Yugistyowati, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.An
Lia Dian Ayuningrum, S.ST., M.Tr.Keb
apt. Nurul Kusumawardani, M.Farm

Model Promosi Kesehatan dan Asuhan Terintegrasi pada Bayi Prematur

(Konsep dan Studi Kasus pada Tataan Klinik)



**Model Promosi Kesehatan dan Asuhan Terintegrasi
pada Bayi Prematur**
(Konsep dan Studi Kasus pada Tatanan Klinik)

Copyright © 2022
PENERBIT

KUTIPAN PASAL 72:
Ketentuan Pidana Undang-Undang Republik
Indonesia
Nomor 19 Tahun 2002 tentang HAK CIPTA

1. Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 5.000.000.000,00 (lima milyar rupiah).
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud dalam ayat 1, dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Anafrin Yugistyowati, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.An
Lia Dian Ayuningrum, S.ST., M.Tr.Keb
apt. Nurul Kusumawardani, M.Farm

**Model Promosi Kesehatan dan Asuhan Terintegrasi
pada Bayi Prematur**
(Konsep dan Studi Kasus pada Tatanan Klinik)



Pekalongan - Indonesia

Model Promosi Kesehatan dan Asuhan Terintegrasi pada Bayi Prematur (Konsep dan Studi Kasus pada Tatanan Klinik)

Copyright © 2022

Penulis:

Anafrin Yugistiyowati, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.An
Lia Dian Ayuningrum, S.ST., M.Tr.Keb
apt. Nurul Kusumawardani, M.Farm

Editor:

Moh. Nasrudin
(SK BNSP: No. Reg. KOM.1446.01749 2019)

Setting Lay-out & Cover:

Tim Redaksi

Diterbitkan oleh:

PT. Nasya Expanding Management
(Penerbit NEM - Anggota IKAPI)

Jl. Raya Wangandowo, Bojong

Pekalongan, Jawa Tengah 51156

Telp. (0285) 435833, Mobile: 0853-2521-7257

www.penerbitnem.com / penerbitnem@gmail.com

Hak Cipta dilindungi oleh Undang-Undang.

Dilarang memperbanyak sebagian

atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit

Cetakan ke-1, Januari 2022

ISBN: 978-623-423-125-0

Prakata

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Rabb pencipta semesta alam, yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, serta menganugerahkan nikmat kesehatan dan kesempatan kepada penulis, sehingga dapat menyelesaikan buku referensi ini dengan judul “**Model Promosi Kesehatan dan Asuhan Terintegrasi pada Bayi Prematur (Konsep dan Studi Kasus pada Tatanan Klinik)**”. Penerbitan buku ini melalui tinjauan konsep dan studi kasus sebagai referensi berbasis riset dan bagian upaya dalam edukasi kesehatan terkait pengelolaan bayi prematur di tatanan klinik.

Buku ini disusun dilatarbelakangi oleh permasalahan prematuritas yang masih tinggi secara global maupun di Indonesia. Secara fisik maupun kondisi psikologis kelahiran prematur memberikan dampak bagi orang tua sebagai pengasuh utama. Orang tua dihadapkan pada kondisi stres bahkan depresi dengan kompleksnya masalah kesehatan pada bayi prematur. Tumbuh kembang bayi prematur di masa depan juga akan berdampak jika sejak awal pengelolaan tindakan pada bayi tidak tepat. Atas dasar itulah, peran promosi kesehatan dan asuhan terintegrasi perlu ditekankan sejak awal, sehingga derajat kesehatan pada bayi prematur dapat dioptimalkan dengan perencanaan yang baik.

Buku ini menyajikan teori dan aplikasi yang menerapkan model promosi kesehatan dan *evidence based practice*. Penulisan buku ini menjelaskan tentang peran

profesi kesehatan yaitu keperawatan, kebidanan dan farmasi dalam pengelolaan bayi prematur; teori dan studi kasus bayi prematur di tatanan klinik; dan aplikasi teori promosi kesehatan dan riset. Melalui buku ini, diharapkan dapat memberikan wawasan kepada mahasiswa, akademisi, praktisi dan pengambil kebijakan kesehatan anak dalam mengembangkan asuhan keperawatan terintegrasi untuk pengelolaan bayi prematur yang tepat dan komprehensif.

Yogyakarta, Januari 2022

Penulis

Copyright © 2022
PENERBIT NEM

Daftar Isi

PRAKATA __ v

DAFTAR ISI __ vii

BAB 1 PENDAHULUAN __ 1

- A. Latar Belakang __ 1
- B. Tujuan Penulisan __ 13

**BAB 2 PERAN PROFESI KESEHATAN DALAM
PENGELOLAAN BAYI PREMATUR __ 15**

- A. Peran Pemberi Asuhan Keperawatan, Kebidanan, dan Farmasi __ 16
- B. *Advocator* __ 19
- C. Edukator __ 20
- D. Konselor __ 23
- E. Koordinator atau Inovator __ 24
- F. Peneliti __ 25

**BAB 3 TINJAUAN TEORI DAN STUDI KASUS BAYI
PREMATUR DI TATANAN KLINIK __ 28**

- A. Gambaran Kasus __ 28
- B. Tinjauan Teoritis __ 41

**BAB 4 APLIKASI TEORI KONSERVASI LEVINE DAN
RISET DALAM PENGELOLAAN BAYI PREMATUR __ 164**

BAB 5 PENUTUP __ 196

A. Simpulan __ 196

B. Saran __ 197

DAFTAR PUSTAKA __ 200

TENTANG PENULIS

Copyright © 2022
PENERBIT NEM

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka kematian anak di Indonesia sampai usia satu tahun masih tinggi. Beberapa faktor penyebab menunjukkan masih rendahnya status kesehatan ibu dan bayi baru lahir; rendahnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak; serta perilaku ibu hamil, keluarga, serta masyarakat yang belum mendukung perilaku hidup bersih dan sehat. Indonesia membuat suatu program nasional untuk kesehatan anak berdasarkan isu kematian bayi dan balita tersebut. Hal ini tertuang di dalam program *Millenium Development Goals* (MDGs) ke empat yang memuat tentang pengurangan jumlah angka kematian anak. Program tersebut bertujuan untuk menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB) menjadi 16 per 1000 kelahiran. Program ini dilaksanakan berdasarkan pertimbangan bahwa AKB merupakan indikator yang penting untuk menentukan derajat kesehatan masyarakat pada tingkat nasional maupun propinsi (Kemenkes RI, 2020).

Kelahiran bayi prematur dan bayi berat lahir rendah (BBLR) di Indonesia masih tergolong tinggi. Kelahiran bayi prematur biasanya selalu diikuti dengan BBLR. Data tentang kelahiran bayi prematur di Indonesia belum tersedia, yang ada adalah data tentang BBLR. Prevalensi BBLR di Indonesia yaitu 6,2%, bahkan di beberapa kabupaten mencapai 8,9%; Di

Indonesia sebanyak 13 provinsi mempunyai prevalensi BBLR di atas prevalensi nasional yaitu Jawa Barat, Aceh, Jawa Timur, Sumatera Selatan, Banten, Sulawesi Selatan, Kalimantan Timur, Kepulauan Riau, DIY, NTT, Gorontalo, Maluku Utara, dan Sulawesi Tengah (Riset Kesehatan Dasar, 2018).

Bayi prematur adalah bayi yang lahir sebelum akhir usia gestasi 37 minggu, tanpa memperhitungkan berat badan lahir (Hockenberry & Wilson, 2007). Kelahiran yang belum cukup bulan dan biasanya diikuti dengan berat badan kurang dari 2500 gram pada saat lahir mengakibatkan sebagian besar bayi prematur mengalami masalah kesehatan pada awal kehidupannya, sehingga membutuhkan perawatan intensif di ruang Perinatologi (Bobak, Lowdermik, & Jensen, 2005; Pillitteri, 2003).

Bayi prematur dihadapkan pada kondisi masalah kesehatan yang kompleks. Hal ini dikaitkan dengan immaturitas dan belum optimalnya fungsi organ tubuh yaitu belum sempurnanya fungsi pengaturan suhu tubuh, pernapasan, peredaran darah, susunan syaraf pusat, dan sistem kekebalan tubuh (Hockenberry & Wilson, 2007). Masalah kesehatan yang sering dialami bayi prematur antara lain: ketidakstabilan suhu tubuh (hipotermi atau hipertermi), kesulitan penambahan berat badan, sindrom gawat pernapasan, sindrom aspirasi, hipoglikemia, hiperbilirubinemia, sepsis, dan lain-lain (Pillitteri, 2003; Bobak, Lowdermik, & Jensen, 2005).

Karakteristik bayi prematur dalam penampilan fisiknya sangat berbeda dengan bayi cukup bulan. Bayi prematur terlihat sangat kecil dengan berat badan yang kurang, berkulit sangat halus dan tipis, dan terlihat sangat lemah (Johnston, Flood, & Spinks, 2003). Perilaku dan respon bayi

prematurnya juga sangat berbeda dan terkadang membutuhkan perhatian khusus dalam perawatannya. Bayi prematur lebih mudah terangsang dan mengalami stres akibat stimulus yang berlebihan, kurang responsif terhadap rangsangan pengasuhan, dan kurang interaktif dengan orang tuanya (Shah, Clements, & Poehlmann, 2011). Kondisi inilah yang menyebabkan sebagian besar orang tua khususnya ibu-ibu muda mengalami masalah psikologis dalam masa adaptasi dan transisi melaksanakan perannya menjadi orang tua baru (Aagaard & Hall, 2008). Kondisi psikologis yang maladaptif tersebut secara langsung akan berpengaruh pada pandangan orang tua tentang kepercayaan diri dan kemampuannya dalam merawat dan mengasuh bayinya (Bobak, Lowdermik, & Jensen, 2005).

Menjadi orang tua baru merupakan suatu proses transisi kehidupan yang penting bagi kehidupan seseorang di sebuah keluarga. Beberapa orang tua terkadang mengalami masalah yang kompleks dan tidak mudah melewati masa transisi tersebut. Kondisi yang sama juga dialami oleh orang tua dengan kelahiran bayi prematur. Orang tua dihadapkan pada kondisi kesehatan bayi yang labil dan membutuhkan perawatan yang lama di RS (Lindberg, Axelsson, & Ohrling, 2007). Pengalaman rawat inap di RS juga menghentikan proses interaksi dan kelekatan orang tua-bayi. Hal ini karena adanya perpisahan orang tua-bayi dapat menyebabkan sumber stres bagi orang tua dan keluarga yang terlibat (Shah, Clements, & Poehlmann, 2011).

Pengalaman orang tua yang memiliki bayi prematur memiliki dampak jangka panjang pada kondisi psikologis orang tua. Orang tua dihadapkan pada kondisi kesedihan, kecemasan, ketakutan, perasaan tidak berdaya, dan

kehilangan yang kadang-kadang begitu kuat, bahkan banyak orang tua yang mengalami stres dan depresi ketika mereka sulit melewati kondisi ini dengan baik (Lindberg & Ohrling, 2008). Orang tua juga dihadapkan pada suatu kondisi yang menuntut adanya peran dan tanggung jawab lebih untuk merawat bayinya selama di RS maupun saat di rumah. Risiko masalah psikologis ini akan semakin besar dialami oleh orang tua jika bayi prematur mengalami rawat inap yang lama di RS (Melnyk, Feinstein, & Fairbanks, 2002).

Menurut Pillitteri (2003), hospitalisasi dan pengalaman rawat inap bayi prematur di RS juga menimbulkan kecemasan tingkat tinggi dan gejala depresi, kehilangan kepercayaan diri dalam pengasuhan bayi, pengasuhan yang *over protektif* bagi bayinya, serta berdampak pada masalah kemunduran perkembangan dan tingkah laku bayi. Stres psikologis orang tua ditambah dengan kurangnya informasi dan pengetahuan tentang cara berinteraksi dengan bayi mereka selama dirawat di RS dan perawatan penting untuk bayi prematur saat di rumah. Dengan demikian, orang tua sering mengalami perasaan negatif tentang kemampuan dan kepercayaan diri dalam merawat bayinya. Kondisi ini akan semakin memburuk dengan adanya gangguan depresi dan pola pengasuhan disfungsional setelah perawatan dari RS (Melynk et al., 2006).

Kondisi stres psikologis orang tua meningkat ketika kepercayaan diri mulai berkurang dalam mengasuh bayinya yang sakit dan lemah. Orang tua khususnya ibu tidak akan memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup untuk berinteraksi dengan bayinya, mengetahui masalah yang dihadapi bayinya, dan perawatan yang dapat diberikan untuk bayinya (Heneghan, Mercer, & Deleone, 2004). Dalam

sebuah penelitian yang dilakukan oleh Haidet (2005) dikemukakan bahwa, perawat dapat mengajarkan "*bahasa isyarat dan perilaku*" dari bayi. Hal ini dapat memberikan beberapa manfaat bagi ibu antara lain: memperkuat kepercayaan diri, meningkatkan hubungan emosional ibu-bayi, meningkatkan kemampuan dan memandirikan orang tua untuk persiapan perawatan di rumah. Stres yang dialami oleh ibu juga dapat diperbaiki melalui keterampilan coping individu dan dukungan sosial dalam menghadapi situasi ini. Sumber dukungan sosial yang diperlukan bagi ibu antara lain: dukungan dari suami, keluarga, dan teman terdekat. Hal ini menjadi sumber kekuatan dalam melewati krisis dan membantu mengatasi stres yang dialami ibu selama bayinya dirawat di RS.

Perhatian khusus pada kebutuhan emosi ataupun kondisi psikologis orang tua dengan bayi prematur juga membutuhkan dukungan dan kadang-kadang konseling dari profesi kesehatan. Dukungan profesi kesehatan dapat diberikan dengan cara memfasilitasi orang tua melalui kegiatan-kegiatan rutinitas seperti: mendengar, menyentuh, dan kehadiran fisik saat mengunjungi bayinya di ruang perawatan (Kearvell & Grant, 2008). Peran profesi kesehatan sangat diharapkan dalam perawatan bayi prematur dan memberikan dukungan untuk mengatasi kondisi stres psikologis orang tua, serta bagaimana memfasilitasi kehadiran orang tua selama kunjungan di ruang perawatan. Permasalahan yang ada di ruang perawatan Perinatologi RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta bahwa jumlah tenaga kesehatan khususnya perawat sangat terbatas, beban kerja dan mobilitas fisik perawat yang cukup berat, kehadiran orang tua yang tidak dapat diprediksi yang secara

langsung mempengaruhi komunikasi efektif antara perawat-orang tua, serta kesadaran setiap perawat berbeda-beda dalam memberikan dukungan dan memfasilitasi orang tua selama jam kunjungan. Hal inilah yang menyebabkan fenomena masih banyaknya orang tua dan keluarga yang dibiarkan begitu saja selama jam kunjungan dan kurang mendapatkan informasi yang lengkap yang akan memperburuk kondisi psikologis dan stres emosional yang dihadapi orang tua dengan bayi prematur (Shah, Clements, & Poehlmann, 2011, Johnston, Flood, & Spinks, 2003).

Peran profesi kesehatan dalam memberikan asuhan pada bayi risiko tinggi hendaknya menyadari pentingnya keberadaan keluarga untuk terlibat secara aktif dan bekerja sama dengan petugas kesehatan. Keterlibatan keluarga khususnya orang tua dalam perawatan dikenal sebagai *Family Centered-Care* (FCC). Dalam asuhan keperawatan anak, orang tua atau keluarga memiliki peran untuk merawat fisik anak, mendidik anak, dan bertanggung jawab untuk kesejahteraan psikologis dan emosional (Pillitteri, 2003).

FCC merupakan suatu pendekatan dalam keperawatan yang meyakini bahwa petugas kesehatan dan keluarga adalah mitra yang bekerja secara bersama-sama dalam memenuhi kebutuhan anak sebagai klien. Orang tua dan anggota keluarga memberikan dukungan kepada klien atau anak, dimana informasi dan pemikirannya dapat memperkaya pengetahuan teknik bagi staf profesional, meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan, dan membantu tenaga perawat dalam merancang program pelayanan keperawatan yang lebih baik dengan sistem yang lebih ramah (Hockenberry & Wilson, 2009).

Dua konsep FCC yang mendasari asuhan berpusat pada keluarga yaitu memfasilitasi keterlibatan orang tua dalam perawatan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat bayinya (Ball & Bindler, 2007). Perawat mempunyai peran penting dalam memfasilitasi hubungan orang tua-bayi selama perawatan di RS (Hockenberry, 2008). Perawat harus mengupayakan jangan sampai terjadi perpisahan antara orang tua-bayi selama perawatan di RS. Hal ini bertujuan agar orang tua mempunyai kesempatan untuk meneruskan peran dan tugas dalam merawat bayinya selama di RS. Perawat juga mempunyai peran penting untuk meningkatkan kemampuan orang tua dalam merawat bayinya. Orang tua dipandang sebagai subjek yang mempunyai potensi untuk melaksanakan perawatan dan harapannya selama perawatan bayi di RS terjadi proses belajar pada orang tua, baik dalam hal peningkatan pengetahuan dan keterampilan yang berhubungan dengan keadaan sakit bayinya. Dengan demikian, pada saat bayi prematur diperbolehkan pulang ke rumah orang tua sudah memiliki seperangkat ilmu pengetahuan dan keterampilan yang cukup tentang perawatan bayinya (Hockenberry & Wilson, 2009; Potter & Perry, 2005).

Perawatan bayi prematur di ruang Perinatologi memerlukan pengalaman, keterampilan, pengetahuan dan kesabaran yang cukup tinggi, dan sering memerlukan perawatan dari beberapa tim kesehatan dan beberapa disiplin ilmu spesialis anak. Selain itu untuk sarana perawatan dibutuhkan sarana dan prasarana medis yang lengkap dan teknologi yang canggih untuk mendukung asuhan keperawatan pada bayi risiko tinggi (Hockenberry & Wilson, 2007). Tenaga kesehatan profesional khususnya

perawat Perinatologi sering terlalu berfokus pada aspek pemenuhan kebutuhan fisik dan penyelamatan hidup bayi risiko tinggi, sehingga kebutuhan emosi bayi dan kondisi psikologis orang tua sering terabaikan. Perawat yang sadar akan kebutuhan bayi dan orang tuanya harus menggabungkan aktivitas asuhan keperawatan dan memfasilitasi interaksi orang tua bayi (*bonding attachment*). Orang tua juga perlu diberikan informasi yang lengkap mengenai kemajuan kesehatan bayinya dan diyakinkan bahwa bayinya mendapat asuhan yang memadai di RS (Hockenberry, 2008; Melnyk, Feinstein, & Fairbanks, 2002).

Kearvell dan Grant (2008) menegaskan bahwa perawat memainkan peran penting dalam mendukung interaksi antara ibu dan bayi di ruang NICU. Perawat NICU dapat memberikan dukungan psikologis melalui pemberian informasi tentang *Kangaroo Mother Care* (KMC), *breastfeeding* (menyusui efektif), dan memfasilitasi keluarga dalam perawatan rutin bayi seperti: sentuhan, belaian, *massage*, komunikasi dengan bayi (misalnya: bercerita, menyanyi atau mengajak bicara), dan lain-lain.

Profesi kesehatan sebagai profesi yang bertugas untuk memberikan asuhan keperawatan pada klien termasuk bayi, memiliki peran yang sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup bayi selama proses perawatan di RS. Profesi kesehatan juga berperan penting dalam memfasilitasi orang tua untuk memberikan *bonding attachment* dan mengoptimalkan *discharge planning* melalui pemberian pendidikan kesehatan dan pendampingan berkelanjutan dari awal masuk RS sampai persiapan untuk pulang ke rumah. Hal ini bertujuan untuk memfasilitasi berbagai pencapaian peran sebagai orang tua (Bobak, Lowdermik, & Jensen, 2005).

Pendidikan kesehatan dan pendampingan berkelanjutan terhadap orang tua merupakan proses pemberian informasi yang dapat mendukung perubahan perilaku kesehatan seseorang dalam mengoptimalkan praktik kesehatan seseorang dalam kehidupannya, dalam hal ini perawatan anaknya. Profesi kesehatan yang berperan sebagai advokat dan edukator klien dan keluarga, mempunyai tanggung jawab untuk memfasilitasi klien memperoleh informasi yang lengkap tentang kondisi kesehatan dan perawatan bayi risiko tinggi (Potter & Perry, 2005).

Profesi kesehatan menjadi fasilitator penting dari hubungan ikatan orang tua-bayi di ruang perawatan. Hal ini dapat dilakukan dengan cara mendorong orang tua untuk meningkatkan kontak awal dan keterikatan hubungan fisik dan psikologis dengan bayinya. Penelitian yang dilakukan oleh Flacking, Ewald, Nyqvist, dan Starrin (2006), menegaskan bahwa perawat anak dapat mendorong dan memelihara kontak dengan bayinya antara lain dengan menyentuh, berbicara, bernyanyi, menghibur, mengganti popok, memberi makan, memposisikan bayi dengan nyaman, dan menanggapi bahasa isyarat dan perilaku bayi. Jika seorang ibu mampu berpartisipasi dalam perawatan bayinya, maka keterlibatan emosional dan kepercayaan diri akan terbangun. Hubungan antara ibu dan perawat pun memainkan peran penting dalam mendukung ibu dalam berinteraksi dengan bayinya. Perawat yang sensitif dan mendukung kebutuhan psikologis ibu dapat membantu dengan cara mendampingi, membimbing, dan memperkuat hubungan interaksi ibu kepada bayinya.

Hal yang sangat penting yang harus dimiliki seorang perawat anak adalah adanya nilai-nilai perawatan yang

konsisten untuk membimbing partisipasi orang tua dalam perawatan bayinya. Profesi kesehatan harus mampu menunjukkan sikap *caring*, membina hubungan terapeutik dengan klien dan orang tua, serta menunjukkan rasa kasih dan empati. Nilai-nilai perawatan yang konsisten ini termasuk mengetahui kehadiran orang tua, mendengarkan, membuat perasaan orang tua nyaman terhadap lingkungan RS, menyertakan orang tua dalam perawatan bayinya, serta menunjukkan kepekaan dan rasa kasih sayang untuk membina hubungan yang positif dengan orang tua (Pillitteri, 2003; Ball & Bindler, 2007). Peran profesi kesehatan untuk mengidentifikasi dan memenuhi kebutuhan orang tua juga dilakukan melalui komunikasi yang berkelanjutan dengan orang tua. Komunikasi yang efektif dan interaktif antara perawat-orang tua akan dapat meningkatkan tujuan dari pelaksanaan asuhan berpusat pada keluarga melalui pendidikan kesehatan dan pendampingan berkelanjutan pada orang tua tentang perawatan bayinya (Pillitteri, 2003).

Orang tua dengan bayi prematur yang menjalani perawatan di ruang Perinatologi memerlukan perhatian khusus dan dukungan terhadap kebutuhan psikologisnya. Perawat anak sebagai salah satu tim kesehatan yang terlibat dalam perawatan bayi prematur harus memiliki kemampuan untuk melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif termasuk kepada orang tua. Hal ini untuk mencegah stres psikologis orang tua yang lebih berat, memfasilitasi hubungan interaksi dan kontak fisik dengan bayinya, mempersiapkan orang tua dalam hal pengetahuan dan keterampilan tentang perawatan bayinya, mempercepat pemulihan kesehatan bayi, dan mempersingkat lama rawat bayi di RS (Hockenberry & Wilson, 2009). Perawat anak

sebagai pemberi pelayanan pada neonatus memiliki peran dan tanggung jawab sebagai pemberi asuhan keperawatan, advokat, konselor, edukator, kolaborator, dan agen pembaharu terhadap manajemen asuhan keperawatan yang diberikan pada klien dan keluarga (Potter & Perry, 2005). Dalam menjalankan peran dan tanggung jawabnya, perawat anak harus mendasari dengan teori keperawatan sebagai kerangka kerja asuhan keperawatan pada klien dan keluarga. Teori keperawatan tersebut memberikan gambaran empiris yang dapat dijadikan landasan dan kerangka berpikir bagi perawat dan sebagai arahan dalam praktik keperawatan anak (Alligood & Tomey, 2006).

Salah satu teori keperawatan yang dapat diaplikasikan sebagai dasar pemberi asuhan pada orang tua dengan neonatus adalah teori konsevasi Myra E. Levine. Teori konservasi ini telah banyak digunakan diberbagai tempat pelayanan klinik seperti unit perawatan kritis, perawatan penyakit akut, dan perawatan jangka panjang. Levine dalam teorinya didasari oleh konsep *wholeness* (keseluruhan), konservasi, dan adaptasi. Konservasi menggambarkan cara sistem yang kompleks dan dibutuhkan untuk melanjutkan fungsi, bahkan jika terjadi hambatan yang berat sekalipun. Tujuan konservasi adalah kesehatan dan kekuatan untuk menghadapi ketidakmampuan. Konservasi berfokus pada keseimbangan antara suplai dan kebutuhan energi yang meliputi: konservasi energi, integritas struktural, integritas personal, dan integritas sosial (Alligood & Tomey, 2006).

Menurut teori Levine, harga diri dan kepekaan identitas individu sangat penting dan paling mudah terganggu. Kondisi ini diawali dengan munculnya kecemasan pada diri individu. Dalam konservasi personal

sosial, perawat dapat menunjukkan perhatian kepada klien dan keluarga selama tindakan, mendukung harapan dan upaya yang dilakukan, dan mengajarkan mereka dengan informasi yang baru. Tujuan konservasi personal sosial dalam asuhan keperawatan pada klien (neonatus) dan keluarga adalah memberikan pengetahuan dan kekuatan kepada keluarga, komunikasi yang efektif antara perawat-keluarga, serta adanya pengakuan keterlibatan keluarga dalam menentukan pilihannya sendiri dalam perawatan bayi, sehingga klien tidak lama berada dalam ketergantungan dan dapat meningkatkan derajat kesehatan yang lebih baik (Tomey & Alligood, 2006).

Orang tua dengan kelahiran bayi prematur harus beradaptasi dengan segala kondisi dan permasalahan yang dihadapinya. Levine (1973) dalam Alligood dan Tomey (2006) menyatakan, adaptasi merupakan proses dimana seorang individu mempertahankan integritasnya dalam menghadapi realitas lingkungan internal dan eksternal dengan konservasi sebagai hasilnya. Kelahiran bayi prematur ini mengubah perilaku orang tua karena mereka dihadapkan pada peran dan tanggung jawab untuk perawatan khusus bayinya di RS. Kondisi fisik orang tua menjadi lelah dan bahkan terganggu sebagai efek tanggung jawabnya ketika harus menunggui bayinya di RS. Selain itu, orang tua juga mengalami banyak masalah psikologis, stres, dan kecemasan terhadap kondisi kesehatan bayinya. Pada saat yang sama, perasaan kecewa dan kegagalan juga sering dialami, karena pada kenyataannya ibu tidak dapat menyelesaikan masa kehamilannya secara normal. Proses transisi dan adaptasi ini merupakan perkembangan yang normal, tetapi tidak jarang banyak orang tua dari bayi prematur dapat mengalami kesulitan dalam melewati masa ini

(Lindberg & Ohrling, 2008). Profesi kesehatan sebagai pemberi asuhan harus memperhatikan prinsip konservasi untuk mempertahankan *wholeness* (keseluruhan) dan efek dari asuhan keperawatan yang menimbulkan respon individual. Respon inilah yang akan membantu orang tua untuk melindungi dan mempertahankan integritasnya (Alligood & Tomey, 2006).

Berdasarkan uraian tersebut di atas, buku referensi ini menyajikan tentang ulasan tinjauan teori dan studi kasus tentang pengelolaan bayi prematur berdasarkan teori promosi kesehatan dan riset terkini. Penggunaan pendekatan teori dan riset ini diharapkan dapat memberikan gambaran optimalisasi pemberian asuhan yang komprehensif pada bayi prematur dan keluarga, serta implikasinya di tatanan klinik.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memberikan gambaran menyeluruh mengenai aplikasi teori model promosi kesehatan dan riset terkini dalam pengelolaan bayi prematur.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus yang ingin dicapai dalam buku referensi ini adalah memberikan gambaran mengenai:

- a. Analisis kasus pada beberapa kondisi bayi prematur yang dirawat di ruang Perinatologi.
- b. Analisis kondisi psikologis orang tua dengan bayi prematur yang dirawat di ruang Perinatologi.
- c. Analisis aplikasi teori promosi kesehatan pada pemenuhan kebutuhan psikologis orang tua dan pengelolaan bayi prematur di ruang Perinatologi.

- d. Peran profesi kesehatan sebagai praktisi baik sebagai pemberi asuhan, *advocator*, konselor, edukator, inovator, dan peneliti dalam memberikan asuhan pada orang tua dan bayi prematur di ruang Perinatologi.
- e. Analisis pendekatan asuhan perkembangan dalam pemenuhan kebutuhan psikologis orang tua dan bayi prematur di ruang Perinatologi.

~oOo~

Copyright © 2022
PENERBIT NEM

Bab 2

PERAN PROFESI KESEHATAN DALAM PENGELOLAAN BAYI PREMATUR

Profesi kesehatan sebagai seorang praktisi kesehatan harus selalu memberikan pelayanan kesehatan secara komprehensif dan profesional. Pelayanan kesehatan profesional ini berdasarkan pada pencapaian kompetensi untuk masing-masing tingkat pendidikan. Kompetensi adalah kecakapan diri profesi kesehatan dalam bidang pengetahuan, keterampilan, dan sikap sehingga dapat memberikan asuhan yang terbaik bagi klien dan keluarga. Pencapaian kompetensi ini berdasarkan pada suatu standar yang telah ditetapkan dan dapat dicapai melalui serangkaian praktik profesional.

Masing-masing kategori tingkat pendidikan mempunyai ranah kompetensi yang harus dijalankan, antara lain: (1) ranah pertama yang mencakup praktik profesional, legal dan etik, (2) ranah kedua yaitu pemberian asuhan dan manajemen, dan (3) ranah ketiga pengembangan profesional, personal, dan kualitas. Ranah pertama dari standar kompetensi dijalankan dengan menerima tanggung jawab dan tanggung gugat terkait tindakan yang sudah dan akan dijalankan, serta menerapkan prinsip etik dan praktik legal dalam tindakan asuhan. Pada ranah kedua diharapkan mampu menerapkan prinsip pemberian asuhan, melakukan proses asuhan komprehensif dari pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi dengan tetap membina

hubungan personal dan komunikasi terapeutik, menerapkan prinsip kepemimpinan dan manajemen kepemimpinan (*leadership*). Sedangkan pada ranah ketiga dituntut untuk dapat mengembangkan profesi, peningkatan kualitas, dan melaksanakan pendidikan berkelanjutan.

Adapun uraian mengenai kompetensi yang harus dimiliki profesi kesehatan dalam menjalankan perannya, antara lain sebagai berikut:

A. Peran Pemberi Asuhan Keperawatan, Kebidanan, dan Farmasi

Peran profesi kesehatan di sini yaitu memberikan asuhan secara langsung kepada anak dan keluarga dengan menggunakan pendekatan proses asuhan, yang meliputi: pengkajian terhadap kondisi kesehatan anak dan keluarga, menganalisis data hasil pengkajian dan menginterpretasikan data tersebut dalam bentuk masalah dan diagnosa, merumuskan rencana asuhan, mengimplementasikan dan mengevaluasi setiap tindakan yang telah dilakukan. Dalam memberikan asuhan kepada klien dan keluarga harus didasarkan pada perkembangan ilmu yang ada (*evidence based practice*).

Asuhan keperawatan yang dilakukan di ruang Perinatologi pada BBLR dan lahir prematur juga dilakukan dengan mengembangkan prinsip asuhan perkembangan. Adapun kompetensi yang harus dipahami, meliputi penilaian usia gestasi, penilaian *Ballard Score*, resusitasi bayi dengan Ventilasi Tekanan Positif (VTP), memantau status kardiorespirasi, menggunakan alat monitoring kardiorespirasi, seperti *pulse oxymetri*, ventilator mekanik, dan *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP), melakukan

pembersihan jalan napas (*suction*), kolaborasi pemberian obat-obatan dan cairan parenteral, penggunaan *syringe pump* dan *infus on pump*, penggunaan dan pemantauan alat *cooling*, manajemen laktasi dan mengajarkan perawatan metode kanguru pada orang tua dengan BBLR, pemberian fototerapi, interpretasi hasil pemeriksaan diagnostik seperti analisa gas darah (AGD) dan kadar bilirubin. Selain itu asuhan pada kasus kelolaan neonatus dan melibatkan keluarga (orang tua) dalam perawatan. Pemberian asuhan juga didasari dengan aspek keperawatan anak seperti: perawatan atraumatik, komunikasi pada neonatus dan orang tua, *Family Centered-Care* (FCC), dan asuhan perkembangan (*developmental care*).

Asuhan pada bayi prematur juga menjadi salah satu wewenang dari Bidan. Dalam hal ini, sesuai dengan pelayanan kesehatan anak yang tercantum pada Pasal 50 Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan; Bidan berwenang memberikan Asuhan Kebidanan pada bayi baru lahir, bayi, balita, dan anak prasekolah; memberikan imunisasi sesuai program Pemerintah Pusat; melakukan pemantauan tumbuh kembang pada bayi, balita, dan anak prasekolah serta deteksi dini kasus penyulit, gangguan tumbuh kembang, dan rujukan; dan memberikan pertolongan pertama kegawatdaruratan pada bayi baru lahir dilanjutkan dengan rujukan. Manajemen kebidanan pada kasus prematur meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa atau masalah aktual dan potensial, melaksanakan tindakan segera atau kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya, merencanakan, melaksanakan, serta mengevaluasi keberhasilannya. Implementasi asuhan kebidanan pada kasus prematur

seperti menjaga kehangatan untuk mempertahankan kestabilan suhu, pengawasan nutrisi, pencegahan infeksi, melakukan penimbangan serta pemantauan tanda-tanda vital, rekomendasi *Kangaroo Mother Care* (KMC) dan memberikan bimbingan dan penyuluhan kepada ibu dan keluarga. Pada asuhan *continuity of care*, bidan berperan memberikan asuhan lanjutan pada bayi pasca perawatan di RS. Beberapa asuhan yang dapat diberikan meliputi asuhan KMC, *H-hope plus Kinesthetic*, menjaga kehangatan, perawatan tali pusat dan perawatan bayi sehari-hari (Ismayannah, 2020; Rifani, R, 2020).

Peran farmasis dalam perawatan bayi dengan bayi prematur di ruang perawatan intensif neonatal adalah melakukan kunjungan ke unit neonatal (*Neonatal Intensive Care Unit* (NICU)) yang dilakukan oleh Apoteker klinis. Pemberian farmakoterapi di NICU akan sangat membutuhkan keterlibatan peran Apoteker klinis, pemberian obat dengan dosis yang bervariasi sesuai dengan berat badan bayi yang baru lahir yang menjadi sumber awal permasalahan (Loureiro et al., 2019). Hal ini dikarenakan perhitungan dosis pemberian obat yang dihitung secara berulang merupakan sumber permasalahan yang membutuhkan perhatian. Selain itu bayi baru lahir memiliki karakteristik fisiologis yang spesifik mulai dari proses penyerapan obat, distribusi obat, metabolisme, dan ekskresi obat yang berbeda jika dibandingkan dengan anak-anak dan orang dewasa (Ku & Smith, 2015; Loureiro et al., 2019). Oleh karena itu diperlukan peran Apoteker klinis dalam melakukan pemantauan mulai dari persepsian, pemberian obat, dan monitoring terapi farmakologi. Apoteker klinis akan melakukan monitoring meliputi pemantauan penilaian

kebutuhan terkait terapi farmakologi ibu dan anak, melakukan evaluasi resep dan informasi pada catatan medis antara lain mengidentifikasi masalah terkait dengan obat atau dikenal sebagai *drug related problems* (DRPs) dan mengidentifikasi *outcome* klinis yang negatif terkait pemberian obat, menentukan tindak lanjut dari hasil evaluasi klinis pada bayi baru lahir terutama dengan kondisi prematur dan atau BBLR sehingga akan menentukan hasil terapi secara farmakologi yang diterima oleh pasien telah tercapai (Krzyzaniak & Bajorek, 2017; Krzyzaniak et al., 2018). Peran Apoteker klinis disini lebih ditekankan pada memberikan solusi dan pemecahan masalah terkait obat, dimana peran tersebut membutuhkan kontribusi dari tim multidisiplin untuk menentukan farmakoterapi yang aman dan efektif. Profesional tenaga kesehatan tersebut harus berkontribusi pada penggunaan obat yang tepat, deteksi kemungkinan masalah terkait penggunaannya pada bayi baru lahir dan melakukan kegiatan promosi kesehatan yang berkaitan dengan pendidikan pada orang tua dan penyampaian hasil penelitian dalam bidang terkait.

B. *Advocator*

Profesi kesehatan mempunyai peran dalam mengadvokasi kepentingan klien dan membantu orang tua dalam menentukan berbagai macam pilihan yang akan diberikan untuk perawatan anak. Melalui peran advokator ini diharapkan keluarga akan mengetahui semua pelayanan kesehatan yang tersedia di ruangan, informasi tentang pengobatan dan prosedur perawatan anak disampaikan secara lengkap kepada keluarga, serta orang tua dilibatkan dalam perawatan anak dan didorong untuk mendukung

praktik asuhan yang diberikan pada anaknya (Hockenberry & Wilson, 2007; Pillitteri, 2003).

Pada pelaksanaan peran ini, profesi kesehatan berusaha untuk melindungi klien dari hal-hal yang dapat merugikan klien. Profesi kesehatan berusaha menghormati hak-hak klien dengan semaksimal mungkin melakukan asuhan keperawatan yang optimal, menjaga klien dari kecelakaan dan kesalahan prosedur tindakan, serta menghargai privasi klien dan keluarga.

Apoteker klinis dan komunitas di Rumah Sakit sebagai manajer obat di tim perawatan kesehatan (McDonough, 2014), memiliki peran penting dalam advokasi kefarmasian dengan melakukan promosi kesehatan berkaitan dengan penggunaan pengobatan (Boechler *et al.*, 2015). Apoteker memiliki kewajiban profesional untuk melakukan advokasi atas nama pasien dan profesinya (Little *et al.*, 2019), sehingga Apoteker dapat mengambil tanggung jawab untuk mengadvokasi melalui interaksi yang dilakukan dengan pasien dan profesional perawatan kesehatan lainnya di dalam lingkup rumah sakit terutama di perawatan ruang intensif. Apoteker harus tetap memberikan informasi tentang masalah yang memengaruhi hasil terkait pengobatan dan melakukan advokasi atas nama pasien, profesi, dan masyarakat untuk hak atas pengobatan yang aman dan efektif. Pada aspek *advocator* ini, apoteker klinis dan komunitas harus dapat memastikan bahwa pasien mencapai tujuan terapi mereka melalui penggunaan obat yang aman dan efektif.

C. Edukator

Peran profesi kesehatan sebagai edukator dapat dilakukan dengan memberikan pendidikan kepada klien

anak dan keluarganya, kepada sesama staf kesehatan dan kepada mahasiswa praktik. Pada peran pendidik, profesi kesehatan dapat memberikan informasi pada anak dan keluarga sebagai upaya untuk mendukung dan memulihkan kesehatan klien, serta pada sesama rekan sejawat dan mahasiswa praktik sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas asuhan dan pengembangan keilmuan (Wong et al., 2009). Adapun informasi edukasi yang diberikan kepada orang tua dapat berupa informasi tentang penyakit yang dialami klien, program pengobatan dan prosedur tindakan yang dilakukan, bimbingan antisipasi, dan informasi perawatan untuk anak yang diperlukan orang tua, seperti manajemen laktasi, PMK, cara mencegah hipotermi, dan lain-lain.

Pada asuhan keperawatan bayi prematur ini, implementasi peran sebagai edukator tersebut dilakukan dengan memberikan pendidikan kesehatan pada orang tua mengenai perawatan metode kanguru, cara menyusui yang benar, dan kolostomi, tata cara pemberian minum pada bayi dengan menggunakan cawan dan OGT, cara mencuci tangan yang benar, dan lain-lain. Selain pada anak dan keluarga, transformasi informasi juga dapat dilakukan pada rekan sejawat. Adapun transformasi informasi pada sesama rekan sejawat ini dilakukan dalam bentuk diskusi ataupun *review* melalui presentasi terkait asuhan keperawatan neonatus dan keluarga, seperti pelaksanaan PMK, bentuk pelaksanaan FCC di ruangan, dan dokumentasi keperawatan yang benar.

Transformasi juga dapat dilakukan pada kader kesehatan di komunitas. Transformasi informasi pada kader kesehatan dapat dilakukan sebagai upaya dari perpanjangan tangan Puskesmas dalam pelaksanaan program dan untuk

menerapkan keberlanjutan perawatan bayi prematur di komunitas, sehingga diperlukan keterlibatan kader kesehatan. Dalam hal ini, bidan berperan dalam mengedukasi terkait meningkatkan kemampuan kader dalam membantu dan mendampingi ibu melakukan perawatan bayi di rumah dan perawatan dengan metode KMC (Tambunan, 2021).

Aspek utama peran apoteker dalam asuhan bayi prematur adalah sebagai *educator* untuk staf kesehatan dan orang tua, memberikan masukan tentang nutrisi parenteral, memberi edukasi tentang pilihan obat yang aman dan efektif terkhusus pada neonatus (Neonatal, 1994; Krzyzaniak et al., 2018). Penyediaan informasi obat merupakan tanggung jawab utama apoteker sebagai penyedia layanan informasi obat. Peran farmasis sebagai edukator terkait dengan berbagai masalah pengobatan, termasuk indikasi pemberian obat, efek samping, perhitungan dosis yang benar dan kepatuhan terhadap protokol pengobatan dan prosedur manajemen penyakit. Bagian lain dari peran informasi pengobatan melibatkan apoteker sebagai pendidik pengobatan utama untuk tim terapi terutama pada bangsal NICU; serta memberikan pelatihan dan layanan tentang pembaruan terapeutik dalam farmakoterapi neonatal. Apoteker bertanggung jawab untuk dapat memberikan edukasi kepada orang tua dan wali tentang semua aspek obat yang digunakan selama perawatan secara intensif (Sakeena et al., 2018). Peran dan tanggung jawab apoteker ketika pasien masuk, selama tinggal di rumah sakit, dan ketika pulang. Apoteker wajib membangun komunikasi dan berkonsultasi dengan orang tua atau pengasuh tentang obat yang digunakan untuk anak mereka. Sebagai edukator Apoteker berkewajiban

memberikan informasi yang jelas dan komprehensif pada setiap aspek terapi meliputi indikasi untuk terapi, interval pemberian, waktu untuk efek farmakologis, risiko dan manfaat terapi, efek samping dan kemungkinan reaksi yang merugikan. Selain itu, apoteker menyiapkan instruksi tertulis dan memberikan informasi terkait aspek penyimpanan dan penggunaan obat yang tepat untuk orang tua setelah keluar dari rumah sakit. Perlunya informasi yang diberikan secara komprehensif pada orang tua neonatus, dikarenakan mereka memiliki kebutuhan informasi yang cukup besar selama anak mereka dirawat di ruang NICU.

D. Konselor

Seorang profesi kesehatan harus memiliki kompetensi untuk dapat memberikan konsultasi atau konseling sebagai salah satu bentuk dukungan terhadap praktik asuhan yang dialami anak dan keluarga. Konseling adalah suatu bentuk dukungan yang diperlukan oleh klien dan keluarga untuk mendapatkan gambaran yang jelas tentang perawatan klien (Wong et al., 2009).

Seorang profesi kesehatan untuk melaksanakan perannya sebagai konselor harus membekali dirinya dengan kemampuan berinteraksi dan berkolaborasi dengan anak dan keluarga, teman sejawat, serta profesi kesehatan lain. Kompetensi tersebut juga dilengkapi dengan kemampuan membina hubungan interpersonal dan komunikasi terapeutik seperti: mendengarkan dengan empati, menyentuh, dan kehadiran secara fisik, sehingga diharapkan dapat memberikan dukungan emosional sebagai upaya memampukan dan memandirikan keluarga dalam membuat keputusan yang terbaik untuk klien (Wong et al., 2009).

Pada peran ini Profesi kesehatan mempunyai tugas untuk memberikan konseling kepada orang tua atau keluarga dengan cara mendengarkan semua keluhan yang dirasakan orang tua mengenai kondisi kesehatan anaknya, memberikan motivasi dan harapan yang positif pada orang tua, serta berkomunikasi pada anak sesuai dengan tingkatan perkembangan usia anak tersebut. Profesi kesehatan juga melakukan konseling terkait dengan asuhan yang harus dilakukan keluarga pada saat klien dirawat di RS, setelah pulang, dan pencegahan kembali terulangnya penyakit yang sama pada anak. Peran konselor ini juga melibatkan kolaborasi dengan profesi kesehatan lain (dokter, farmasi, bidan atau gizi) untuk informasi yang lebih detail tentang aspek dan tindakan medis, serta manajemen gizi dan nutrisi yang diberikan pada anak.

E. Koordinator atau Inovator

Peran sebagai inovator berhubungan dengan kemampuan profesi kesehatan mengkoordinasikan kerja tim dalam praktik pelayanan. Pada peran ini, kompetensi profesi kesehatan ditekankan pada kemampuan berinteraksi dan berkomunikasi dalam struktur organisasi, serta mengatur pemberian pelayanan pada anak dan keluarga secara efektif dan efisien melalui kerjasama dengan tim profesi lain ataupun dengan berbagai pihak yang mendukung. Selain itu perawat ikut berpartisipasi dalam memperbaiki dan mengembangkan standar, kebijakan, dan kualitas asuhan pada anak dan keluarga (ACPCHN, 2006).

Adapun peran perawat yang dapat dilakukan yaitu kolaborasi melalui komunikasi dan pertukaran informasi terkait kebutuhan perawatan anak, terapi pengobatan, dan

pemeriksaan penunjang lainnya yang diperlukan. Selain itu juga melakukan pengembangan kualitas asuhan dengan menginformasikan tata tertib dan peraturan RS, menginformasikan kepada keluarga tentang cuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan anak, dan mengoptimalkan peran orang tua saat jam kunjung. Hal ini sangat penting karena praktik asuhan pada anak tidak hanya ditujukan pada anak saja, tetapi bagaimana perawat dan tim kesehatan lain dapat memfasilitasi hubungan interaksi dan kelekatan antara orang tua-anak selama perawatan di RS.

F. Peneliti

Profesi kesehatan sebagai peneliti harus memiliki kompetensi untuk senantiasa melakukan penelitian bagi pengembangan ilmu dan pendidikan, serta peningkatan kualitas pelayanan asuhan (Wong et al., 2009). Profesi kesehatan juga dituntut untuk mampu mengaplikasikan hasil penelitian yang terbaru dalam tatanan pelayanan klinik (ACPCHN, 2006; Wong et al., 2009). Kompetensi sebagai peneliti antara lain: melakukan *review* literatur dan hasil penelitian terbaru, mengevaluasi hasil penelitian yang ditemukan, mengaplikasikan dan berkolaborasi dengan profesi lain dalam penerapan hasil temuan penelitian dalam memberikan asuhan pada anak dan keluarga. Hasil temuan penelitian ini digunakan tenaga kesehatan sebagai pedoman dalam penerapan *Evidence Based Practice* (EBP) dalam upaya mengembangkan kualitas pelayanan asuhan pada anak dan keluarga (ACPCHN, 2006).

Pada asuhan perawatan bayi prematur, beberapa temuan hasil penelitian diaplikasikan dalam asuhan keperawatan anak seperti: pengaturan posisi *prone* pada bayi

berat lahir rendah dan prematur untuk meningkatkan ventilasi dan oksigenasi, manajemen *suction* untuk pembersihan jalan napas, penatalaksanaan fototerapi dan monitoring pencegahan cedera selama fototerapi, asuhan perkembangan dengan modifikasi lingkungan perawatan yang mendukung pertumbuhan dan perkembangan bayi, serta perawatan metode kanguru untuk meningkatkan kelekatan antara orang tua-bayi, stabilisasi suhu tubuh, dan peningkatan berat badan bayi.

Modifikasi asuhan kebidanan berdasarkan *evidence based* pada kasus prematur atau BBLR meliputi sentuhan awal untuk menghasilkan perubahan fisiologis yang positif agar imunitas bayi prematur meningkat; *preterm massage* untuk kestabilan suhu; mengurangi waktu atau lama perawatan di RS dan peningkatan berat badan; serta *H-hope plus kinesthetic* sebagai perawatan lanjutan pasca rumah sakit untuk meningkatkan pertumbuhan bayi dan meningkatkan kemampuan ibu atau kemandirian dalam melakukan perawatan bayi di rumah.

Pada asuhan kefarmasian bayi prematur yang memerlukan perawatan intensif diperlukan peran apoteker klinis dalam solusi dan pencegahan masalah terkait obat, berkontribusi dengan tim multidisiplin untuk mendapatkan farmakoterapi yang aman dan efektif. Selain itu, hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara karakteristik bayi baru lahir yang dianalisis (misalnya berat lahir dan farmakoterapi) dan terjadinya masalah terkait obat (Loureiro et al., 2019). Oleh karena itu, Apoteker dapat memainkan peran yang berguna dalam memberikan informasi secara non-farmakologi kepada wanita hamil untuk membuat pilihan hidup yang sehat (Kusumawardani

et al., 2019). Hasil penelitian meta-analisis dari uji coba terkontrol secara acak telah menunjukkan bahwa program berhenti merokok selama kehamilan dapat menurunkan kejadian kelahiran prematur (Gudka & Tomlin, 2013). Saran nutrisi dan gaya hidup seperti menjaga berat badan ideal dengan makan makanan seimbang yang sehat dan olahraga teratur adalah penting. Secara khusus, kekurangan zat gizi mikro, seperti magnesium, seng, kalsium dan zat besi, berhubungan dengan retardasi pertumbuhan intrauterin.

~oOo~

Copyright © 2022
PENERBIT NEM

TINJAUAN TEORI DAN STUDI KASUS BAYI PREMATUR DI TATANAN KLINIK

A. Gambaran Kasus

Gambaran kasus yang dibahas dalam buku ini merupakan gambaran kasus di ruang rawat Perinatologi RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. Adapun gambaran kasus yang dibahas sebanyak lima kasus yang memuat uraian mengenai perawatan bayi prematur dengan masalah kesehatan dan pengalaman serta kondisi psikologis orang tua selama perawatan bayi di RS. Uraian dari masing-masing kasus tersebut meliputi riwayat masuk ruang perawatan, hasil pengkajian dan masalah yang muncul, tindakan terintegrasi yang dilakukan, serta evaluasi kemajuan perawatan dan perkembangan kesehatan. Adapun gambaran dari kasus-kasus tersebut adalah sebagai berikut:

Kasus 1

Bayi Ny.SA.1 lahir pada tanggal 17 Februari 2013 dengan jenis kelamin laki-laki, secara *sectio caesarea* (SC) atas indikasi ibu pre-eklampsia berat (PEB). Usia gestasi (UG) bayi 35 minggu, berat badan lahir (BBL) 1210 gram, panjang badan (PB) 39 cm, nilai apgar 5/8. Bayi riwayat menggunakan *single nasal prong* selama 1 hari. Diagnosa medis yaitu neonatus kurang bulan-sesuai masa kehamilan (NKB-SMK), riwayat *respiratory*

distress e.c tersangka sepsis neonatorum awitan dini (SNAD), *gemelli* 1 tersangka *twin to twin transfusion syndrome*, dan pertumbuhan janin terhambat (PJT).

Hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 19 Februari 2013 saat bayi berusia 2 hari di ruang *special care nursery* (SCN) 4 didapatkan bayi sudah bernapas spontan tanpa bantuan oksigen, terdapat instabilitas suhu dengan suhu tubuh 36,4°C, setting suhu inkubator dinaikkan menjadi 32,5°C, frekuensi nadi (FN) 130 kali/menit, dan frekuensi pernafasan (FP) 48 kali/menit. Bayi terpasang *orogastric tube* (OGT) untuk pemberian pregestimil, refleks hisap bayi masih lemah, dan berat badan sekarang 1240 gram. Kebutuhan cairan bayi Ny. SA.1 120 ml/kg/hari. Terapi medikasi yang diberikan adalah amoxiclav 2 x 60 mg dan gentamisin 6 mg/36 jam diberikan secara intravena. Pada perawatan hari ke-3, orang tua sudah terlihat menjenguk di ruang SCN 4. Orang tua menanyakan kondisi perkembangan bayinya dan terlihat tidak cemas lagi melihat bayinya mulai membaik tanpa alat bantu pernapasan.

Masalah keperawatan pada bayi Ny.SA.1 adalah risiko ketidakstabilan suhu tubuh, ketidakefektifan pola makan bayi, risiko infeksi, dan kesiapan meningkatkan peran menjadi orang tua. Perawatan yang diberikan adalah mengobservasi tanda-tanda vital bayi, memberikan ASI atau pregestimil melalui OGT, memonitor tanda-tanda infeksi, dan menerapkan prinsip *minimal handling*. Selain perawatan tersebut, orang tua juga diberikan pendidikan kesehatan tentang cara perawatan bayi dan khususnya mendukung ibu untuk tetap memberikan ASI pada bayinya, serta dalam kondisi tersebut ibu rentan mengalami gangguan psikologis atau *baby blues* yang salah

satunya berdampak pada produksi ASI, dalam hal ini bidan juga dapat memberikan asuhan *oxytocin massage* dan mengedukasi suami atau keluarga untuk mampu melakukannya. Evaluasi selama 5 hari perawatan didapatkan kondisi bayi tidak mengalami instabilitas suhu tubuh, tidak terjadi infeksi, dan berat badan bayi meningkat 15-25 gram setiap hari. Orang tua sudah diberikan pendidikan kesehatan dan ibu memiliki kepercayaan diri untuk ikut merawat bayinya di ruang SCN 5. Bayi dinyatakan boleh pulang setelah hari perawatan ke-20 pada tanggal 7 Maret 2013.

Pada aspek kefarmasian berupa pengkajian kebutuhan terapi. Pada bayi Ny. SA. 1 telah mendapatkan amoxiclav (Amoxicillin dan Asam klavulanat) dan gentamisin 6 mg/36 jam diberikan secara intravena. WHO merekomendasikan ampisilin (atau penisilin; kloksasilin jika dicurigai infeksi stafilokokus) ditambah gentamisin untuk pengobatan empiris neonatus dengan dugaan sepsis secara klinis (Fuchs *et al.*, 2018). Sebuah studi observasional prospektif yang melibatkan neonatus (n=265; 59 hari) membandingkan terapi antibiotik empiris dengan ampisilin dan gentamisin dengan sefalosporin generasi ketiga monoterapi dan kombinasi sefalosporin dan ampisilin generasi ketiga untuk mengatasi *serious bacterial infection* yang dikonfirmasi oleh kultur darah positif (meningitis, bakteremia, dan saluran kemih). Pemberian regimen ampisilin atau gentamisin dan sefalosporin generasi ketiga, memberikan cakupan empiris yang efektif untuk 96% dan 97% bayi yang tidak dicurigai adanya infeksi serius seperti meningitis (Fuchs *et al.*, 2018; D'Agate *et al.*, 2020). Pemberian aminoglikosida intravena (IV) gabungan dan terapi antibiotik penisilin spektrum luas dapat mengcover organisme gram positif, terutama grup B

Streptococcus (GBS), dan bakteri gram negatif, seperti E coli. Akan tetapi, peningkatan kasus resistensi antimikroba yang telah meningkat signifikan untuk penggunaan antibiotik spektrum luas tersebut, perlu dilakukan monitoring terapi oleh Apoteker klinis terkait keamanan dan efektifitasnya.

Monitoring terapi pemberian parenteral nutrisi dan antimikroba dilakukan, hasil pemeriksaan darah rutin meliputi kadar hemoglobin, hematokrit, leukosit dan hitung jenis, serta trombosit. Selain itu, biomarker yang perlu dilakukan monitoring adalah protein C-reaktif (CRP) dan prokalsitonin (PCT) untuk pemantauan kemanjuran antibiotik pada sepsis neonates, terutama pada kondisi *early-onset neonatal sepsis* (EONS) (Kereh *et al.*, 2019; Liu *et al.*, 2020). Mengevaluasi bayi dengan riwayat sepsis neonatorum dalam waktu 1 minggu setelah keluar dari rumah sakit. Apoteker mengkaji terkait dengan adanya tanda dan gejala yang mengarah ke superinfeksi dan kolonisasi bakteri dan terkait dengan terapi antibiotik yang diberikan sebagai terapi lanjutan.

Kasus 2

Bayi. Ny.PR lahir pada tanggal 3 Maret 2013, jenis kelamin perempuan dengan diagnosa medis: NKB-SMK, SNAD e.c *streptococcus beta hemoliticus*, hiperbilirubinemia, dan riwayat *respiratory distress e.c hyalin membran diseases (HMD) grade 1*. Bayi Ny.PR lahir secara spontan, UG bayi 32 minggu, BBL 1700 gram, PB 42 cm, dan nilai apgar 8/9. Bayi Ny.PR mendapatkan bantuan napas dengan ventilator mekanik selama 3 hari, riwayat pemakaian *continous positive airway pressure* (CPAP) selama 1 hari, dan riwayat mengalami hiperbilirubinemia.

Hasil pengkajian yang dilakukan tanggal 11 Maret 2013 saat bayi berusia 8 hari didapatkan kondisi bayi bernapas spontan tanpa bantuan oksigen, tidak terdapat instabilitas suhu dengan suhu tubuh 36,7°C dan setting suhu inkubator 33°C, FN 150 kali/menit, dan FP 50 kali/menit. Refleks hisap kuat, bayi minum ASI secara oral, dan berat badan sekarang 1570 gram. Hasil pemeriksaan darah tanggal 5 Maret 2013 didapatkan hemoglobin 11,6 gr/dl, hematokrit 33,7%, trombosit 155.000/ μ l, leukosit 11.030/ μ l, IT ratio 0,15 dan CRP 31,8 mg/L. Pemeriksaan mikrobiologi biakan darah dan respirasi aerob tumbuh bakteri *Streptococcus beta hemoliticus* setelah 3x24 jam. Bayi mendapatkan terapi obat antibiotik amoxiclav 2x85 mg diberikan secara intravena. Saat perawatan hari ke-10, bayi tampak kuning dengan kadar bilirubin total 11,2 mg/dL, bilirubin direk 0,48 mg/dL, dan bilirubin indirek 10,94 mg/dL. Orang tua mengetahui anaknya diberikan fototerapi ulang dan kooperatif dengan aktif bertanya mengenai kondisi anaknya.

Masalah keperawatan yang ditegakkan pada bayi Ny. PR adalah risiko penyebaran sepsis, risiko kekurangan volume cairan, risiko cedera, risiko kerusakan integritas kulit, kesiapan meningkatkan nutrisi, dan kesiapan meningkatkan peran menjadi orang tua. Perawatan yang telah dilakukan adalah memberikan minum ASI atau susu formula BBLR dengan menggunakan cawan (*cup feeding*), memonitor asupan dan keluaran cairan setiap shift, menimbang berat badan bayi setiap hari, dan memonitor tindakan fototerapi pada bayi. Bayi mendapatkan fototerapi selama 4 hari dengan pemeriksaan bilirubin terakhir yaitu bilirubin total 7,97 mg/dL, bilirubin direk 0,32 mg/dl, dan bilirubin indirek 7,65 mg/dL. Evaluasi setelah 5 hari

perawatan saat bayi berusia 12 hari didapatkan kondisi bayi tidak mengalami instabilitas suhu tubuh, terapi antibiotik dihentikan setelah pemberian hari ke-10, tidak terjadi kekurangan volume cairan, berat badan bayi terakhir 2100 gram, tidak terjadi cedera selama terapi sinar diberikan, dan tidak terjadi kerusakan integritas kulit. Ibu sudah terlihat aktif merawat bayinya di SCN 5 dan bayi pulang setelah 22 hari perawatan di ruang Perinatologi yaitu pada tanggal 25 Maret 2013.

Bayi. Ny.PR telah mendapatkan terapi obat antibiotik amoxiclav 2x85 mg diberikan secara intravena setelah pemeriksaan mikrobiologi biakan darah dan respirasi aerob tumbuh bakteri *Streptococcus beta hemolyticus* setelah 3x24 jam, terapi telah diberikan selama 10 hari dengan *outcome* klinis yang tercapai antara lain tidak terjadi kekurangan volume cairan, berat badan bayi terakhir 2100 gram, tidak terjadi cedera selama terapi sinar diberikan, dan tidak terjadi kerusakan integritas kulit. Selama pemberian terapi antimicrobial tersebut dilakukan monitoring terkait dengan efek samping seperti ruam, diare, mual, dan nefrotoksisitas. Durasi terapi antimikroba untuk sepsis berdasarkan hasil kultur telah sesuai dan direkomendasikan selama 10 hari, hal ini telah terbukti secara kultur dengan infeksi fokal minimal atau tidak ada tanda-tanda infeksi (Sivanandan *et al.*, 2011).

Kasus 3

Bayi Ny.KN III dirawat dengan diagnosa medis neonatus kurang bulan - kurang masa kehamilan (NKB-KMK), hiperbilirubinemia e.c sepsis d.d prematuritas, tersangka SNAD, riwayat *respiratory distress* e.c HMD d.d sepsis, dan triplet III. Bayi lahir

secara spontan pada tanggal 27 Maret 2013 dengan jenis kelamin perempuan, UG bayi 33 minggu, BBL 1125 gram, PB 42 cm, dan nilai apgar 6/9. Bayi dengan riwayat pemasangan CPAP selama 5 hari.

Hasil pengkajian yang dilakukan tanggal 1 April 2013 saat bayi berusia 5 hari di ruang SCN 4 didapatkan kondisi bayi masih lemah, bayi bernapas spontan, suhu tubuh 36,8°C dengan setting suhu inkubator 33°C, FN 150 kali/menit, dan FP 52 kali/menit. Bayi terpasang OGT dan saat ini minum susu formula BBLR melalui OGT dengan toleransi minum baik, tidak ada muntah, dan tidak kembung. Refleks hisap bayi masih lemah dan berat badan bayi sekarang 1170 gram. Kebutuhan cairan bayi 150 ml/kg/hari. Bayi tampak ikterik dan saat ini dalam fototerapi hari ke-2. Pada saat perawatan di ruang SCN 4, ayah terlihat cemas mendengar kondisi bayinya dan masih takut untuk melakukan kontak fisik dengan bayinya.

Masalah keperawatan pada bayi Ny.KN III adalah ketidakefektifan pola makan bayi, risiko kekurangan volume cairan, risiko infeksi, risiko cedera, risiko kerusakan integritas kulit, kecemasan orang tua, dan risiko gangguan perlekatan orang tua-bayi. Implementasi yang telah dilakukan antara lain: memonitor asupan dan keluaran cairan setiap shift, memonitor tindakan fototerapi, kolaborasi dalam pemberian injeksi obat amoxiclav 2x60 mg dan gentamisin 6mg/48 jam secara intravena, menerapkan *minimal handling* dan asuhan perkembangan. Evaluasi selama 5 hari perawatan sampai klien pulang yaitu berat badan bayi 1175 gram dan naik 10-15 gram setiap harinya, bayi sudah stop fototerapi, dan orang tua menginginkan pulang paksa

setelah perawatan hari ke-28, walaupun orang tua sudah diedukasi anaknya belum siap untuk pulang.

Masalah kefarmasian pada bayi Ny.KN III adalah kebutuhan cairan bayi 150 ml/kg/hari yang belum teratasi. Direkomendasikan untuk memulai terapi cairan 60-80 ml/kg/hari dengan dextrose 10% dalam *water* (D10W), (80-150 ml/kg/hari untuk bayi 26 minggu) (Chow & Douglas, 2008). Peningkatkan pemberian cairan secara bertahap selama minggu pertama kelahiran hingga 120-130 cc/kg/hari pada hari ke 7, memungkinkan penurunan berat badan fisiologis yang ditargetkan. Pemberian cairan yang tidak adekuat dapat menyebabkan hipovolemia, hiperosmolaritas, kelainan metabolik, dan gagal ginjal. Pemberian cairan berlebih pada bayi dengan berat badan lahir sangat rendah dikaitkan dengan arteriosis duktus paten dan gagal jantung kongestif, perdarahan intraventrikular, enterokolitis nekrotikans, dan displasia bronkopulmoner. Monitoring ketercapaian keseimbangan cairan dan elektrolit dilakukan dengan pengamatan terhadap penambahan berat badan harian, memantau asupan, dan serum sodium (Ringer, 2018). Hasil pemeriksaan fisik dilakukan pemantauan termasuk gejala yang mengarah pada hilangnya integritas kulit, stabilitas kardiovaskular (denyut jantung dan tekanan darah), keadaan hidrasi (turgor kulit dan lendir), dan ada tidaknya edema

Kasus 4

Bayi Ny.NH jenis kelamin laki-laki dengan diagnosa medis: NKB-SMK, *necrotizing enterocolitis* (NEC) grade II, *unproven sepsis*, PJT simetris, dan riwayat hiperbilirubinemia. Bayi Ny. NH lahir secara SC atas

indikasi ibu PEB, *diabetes mellitus* (DM), dan PJT. Usia gestasi bayi 35 minggu, BBL 1390 gram, PB 36 cm, dan nilai apgar 7/9. Bayi dengan riwayat pemasangan CPAP selama 1 hari. Hasil foto rontgen abdomen 2 posisi menunjukkan adanya NEC grade II dengan produksi OGT berwarna hijau keruh.

Hasil pengkajian tanggal 29 April 2013 saat bayi berusia 17 hari didapatkan kondisi bayi masih lemah, bernapas spontan, suhu tubuh 36,8°C dengan setting suhu inkubator 33°C, FN 135 kali/menit, dan FP 50 kali/menit. Bayi terpasang OGT, saat ini minum asi dengan toleransi minum baik, dan berat badan bayi 1380 gram. Kebutuhan cairan bayi 150 ml/kg/hari. Saat perawatan di ruang SCN 2, ibu terlihat hanya memandangi bayinya dan masih takut untuk melakukan kontak fisik dengan bayinya.

Masalah keperawatan yang dapat ditegakkan pada bayi Ny.NH adalah ketidakefektifan pola makan bayi, risiko infeksi, defisit pengetahuan, risiko gangguan perlekatan orang tua-bayi, dan kesiapan meningkatkan peran menjadi orang tua. Perawatan yang dilakukan antara lain: memonitor tanda-tanda vital bayi, memberikan minum melalui OGT dan memantau toleransi pemberian minum bayi, dan memberikan pijatan stimulus oral. Evaluasi selama melakukan perawatan hingga residen selesai praktik adalah berat badan bayi 1470 gram dan mengalami peningkatan berat badan sebanyak 18 gram tiap harinya. Saat bayi berusia 23 hari terdapat instabilitas suhu tubuh selama 2 hari (hipertermi) dan mendapatkan terapi medikasi piptazobactam 3x85 mg dan amikasin 12 mg/18 jam secara intravena, vitamin E 1x25 unit dan apyalis 1x0,3 ml secara

oral. Ibu terlihat menyusui bayinya selama PMK berlangsung dan sudah memiliki kepercayaan diri untuk ikut merawat bayinya di ruang SCN3.

Bayi Ny. NH dengan *necrotizing enterocolitis* (NEC) grade II dengan *unproven sepsis*, pengelolaan kondisi pasien berdasarkan terapinya adalah ventilasi, resusitasi cairan, dukungan inotropik, koreksi ketidakseimbangan asam-basa, koagulopati dan/atau trombositopenia, dan pemberian antibiotik selama 14 hari, dan resusitasi cairan jika dibutuhkan (Pierro & Zani, 2015). Pasien telah mendapatkan piper tazobactam (Piperacillin dan Tazobactam) 3x85 mg dan amikasin 12 mg/18 jam secara intravena, vitamin E 1x25 unit dan apyals 1x0,3 ml secara oral. Terapi yang direkomendasikan sebagai pemberian antibiotik empirik ampisilin, gentamisin, dan klindamisin atau metronidazol, pemberian terapi rejimen spesifik yang digunakan harus disesuaikan dengan organisme nosokomial yang paling umum ditemukan di unit perawatan intensif neonatus di RS tersebut (Thakkar & Lakhoo, 2016).

Pemberian vitamin E 1x25 unit telah diberikan untuk perawatan Bayi Ny. NH, American Academy of Pediatrics (AAP) merekomendasikan dosis intravena 2,8 IU vitamin E per hari pada bayi prematur dengan berat badan hingga 2,5 kg dan 7 IU/hari pada bayi prematur. Selain itu, American Society for Clinical Nutrition merekomendasikan untuk memberikan 2,8 IU/kg/hari dengan dosis maksimum 7 IU/hari. Pada bayi prematur dengan berat lahir 820 hingga 2000 g pemberian vitamin E intravena pada dosis rata-rata 3 IU/kg/hari dengan infus kontinu multivitamin yang ditambahkan ke larutan asam amino (Brion et al., 2004; Pehlevan et al., 2020). Vitamin E disarankan untuk diberikan

kepada bayi terutama dengan kelahiran prematur dan BBLR. Vitamin E yang terdiri dari delapan tokoferol sebagai antioksidan untuk mengurangi risiko peroksidasi lipid dan melindungi jaringan dari cedera oksidatif. Defisiensi vitamin E pada bayi baru lahir dapat meningkatkan risiko untuk mengalami anemia hemolitik, kerusakan pada retina, dan displasia bronkopulmonalis. Hasil penelitian *in vitro* menunjukkan bahwa pemberian vitamin E dapat meningkatkan resistensi oksidatif dan mencegah plak aterosklerotik, sehingga dapat juga mencegah penyakit jantung koroner.

Pada kasus ini pasien belum mendapatkan terapi probiotik. Probiotik dengan kandungan *lactobacillus* baik monoterapi atau dalam kombinasi dengan *bifidobacterium* yang merupakan mikroorganisme hidup untuk meningkatkan flora normal di dalam usus untuk pertahanan tubuh dengan mengatur respon inflamasi, proliferasi sel, dan apoptosis. Beberapa penelitian telah menunjukkan kemanjurannya dan keamanan pemberian probiotik enteral profilaksis pada bayi terutama jika lahir dengan berat badan sangat rendah (Pierro & Zani, 2015; Thakkar & Lakhoo, 2016). Pemberian suplementasi probiotik enteral secara signifikan mengurangi kejadian enterokolitis nekrotikans parah dan kematian (Patients *et al.*, 2012).

Kasus 5

Bayi Ny.M lahir jenis kelamin laki-laki dengan diagnosa medis: NKB-SMK, *gastroesophageal refluks (GER)* fisiologis, *unproven sepsis*, dan riwayat hiperbilirubinemia. Bayi lahir secara spontan dengan UG 32 minggu, BBL 1500 gram, PB 39 cm, dan nilai

apgar 8/9. Bayi dengan riwayat pemasangan CPAP selama 12 jam dan riwayat hiperbilirubinemia dengan pemberian fototerapi selama 5 hari. Bayi usia 7 hari mengalami muntah dan hasil konsultasi dengan Gastrologi bayi mengalami GER fisiologis.

Hasil pengkajian tanggal 6 Mei 2013 saat bayi berusia 15 hari didapatkan kondisi bayi masih lemah, bayi bernapas spontan, suhu tubuh 36,9°C dengan setting suhu inkubator 31°C, FN 152 kali/menit, dan FP 50 kali/menit. Bayi terpasang OGT dan saat ini minum asi atau SGM BBLR 8x30 ml drip 1 jam dan masih mengalami muntah, serta berat badan bayi sekarang 1550 gram. Berdasarkan wawancara dan observasi selama perawatan, ibu belum banyak mengetahui informasi tentang perawatan untuk bayi prematur karena ini merupakan kelahiran anak pertama bagi Ny.M.

Masalah keperawatan yang ditegakkan pada kasus bayi Ny.M adalah ketidakefektifan pola makan bayi, defisit pengetahuan, dan kesiapan meningkatkan peran menjadi orang tua. Perawatan yang diberikan pada bayi Ny. M antara lain: memberikan minum ASI atau SGM BBLR drip selama 1 jam melalui OGT dengan *positioning* kepala 30° - 45° saat pemberian minum, memposisikan bayi telungkup atau miring kanan setelah pemberian minum, memantau adanya kembung dan muntah, menerapkan *minimal handling* dan asuhan perkembangan. Hasil evaluasi selama melakukan perawatan hingga residen selesai praktik yaitu bayi sudah minum ASI atau SGM BBLR secara oral menggunakan botol susu dengan toleransi minum baik, tidak ada kembung, dan tidak ada muntah. Berat badan bayi 1790 gram dan mengalami penambahan berat badan 15 gram setiap

harinya. Saat ini bayi masih dirawat di ruang SCN 5, ibu sudah diberikan pendidikan kesehatan, dan terlihat sudah melakukan PMK setiap kali berkunjung ke RS.

Masalah kefarmasian pada kasus ini adalah membatasi pemberian terapi farmakologi pada bayi dengan prematur yang menderita GER. Pemberian terapi farmakologis perlu dipertimbangkan berdasarkan gejala klinis pasien, serta terapi farmakologis harus dibatasi pada bayi prematur. Pemberian terapi farmakologi dapat diberikan setelah jika tidak responsif terhadap tindakan konservatif atau yang menderita GER parah dengan komplikasi klinis. Oleh karena itu, direkomendasikan untuk intervensi nonfarmakologis. Sebagian besar obat antirefluks, untuk keamanan dan keefektifitasan pada bayi prematur masih belum banyak dikaji. Selain itu, efek samping yang serius telah diperhatikan dalam kaitannya dengan pemberian obat tersebut. Beberapa bukti tentang kemanjuran penghambat reseptor histamin-2 dan penghambat pompa proton pada bayi prematur dengan GER telah ada. Akan tetapi, risiko terjadinya enterokolitis dan infeksi nekrotikans secara signifikan telah dilaporkan dari sebagian besar penggunaannya, sehingga pemberiannya perlu mempertimbangkan risiko-manfaanya. Agen prokinetik lainnya, seperti domperidone dan eritromisin, telah dilaporkan tidak efektif untuk mengatasi GER. Respon terapeutik untuk pengobatan *refluks gastroesofageal* dapat memakan waktu hingga 2 minggu. Jika pengobatan berhasil, berat badan meningkat dan episode muntah berkurang. Pendekatan bertahap yang dapat dilakukan, yang pertama mempromosikan intervensi nonfarmakologis seperti manajemen pengelolaan posisi tubuh, pemenuhan asupan

gizi, atau pengentalan susu, hal ini sebagai strategi yang disarankan untuk mengelola GER pada bayi prematur.

B. Tinjauan Teoritis

1. Kelahiran Bayi Prematur

Bayi prematur adalah bayi yang dilahirkan sebelum akhir usia gestasi 37 minggu tanpa memperhitungkan berat badan lahirnya (Pillitteri, 2003). Bayi prematur belum memiliki organ tubuh yang sempurna seperti bayi cukup bulan. Bayi prematur akan mengalami lebih banyak kesulitan untuk hidup di luar kandungan ibunya. Semakin pendek masa kehamilan, maka semakin kurang sempurna pertumbuhan alat-alat dalam tubuhnya dan berakibat pada komplikasi dan tingginya angka kematian bayi prematur (Hockenberry, 2008).

Bayi prematur diklasifikasikan menjadi tiga kelompok berdasarkan timbulnya berbagai macam masalah yang berhubungan dengan organ tubuh bayi (Cunningham, Mc Donald, & Gant, 2001), antara lain sebagai berikut:

a. Bayi yang Sangat Prematur (*Extremely Premature*)

Bayi yang sangat prematur yaitu bayi dengan usia kehamilan 24-30 minggu. Bayi dengan usia kehamilan ini sangat sulit untuk hidup terutama di negara belum atau sedang berkembang dan mungkin masih bisa hidup dengan perawatan intensif.

b. Bayi Prematur Sedang (*Moderately Premature*)

Bayi prematur sedang yaitu bayi dengan usia kehamilan 31-36 minggu. Kemampuan bayi untuk

hidup pada klasifikasi bayi prematur ini lebih baik dibandingkan klasifikasi yang pertama.

c. Bayi Prematur Ringan (*Borderline Premature*)

Bayi prematur ringan yaitu bayi dengan usia kehamilan 37-38 minggu dan biasanya berat badan seperti bayi cukup bulan. Bayi prematur ringan juga sering mengalami masalah seperti hiperbilirubinemia, sindrom gawat napas, refleks hisap yang lemah, dan sebagainya, sehingga klasifikasi bayi prematur ini juga memerlukan pengawasan yang lebih baik.

Penyebab kelahiran prematur pada sebagian besar kasus belum banyak diketahui secara pasti. Faktor penyebab kelahiran prematur antara lain: status sosial ekonomi rendah, kondisi kesehatan yang rendah, asupan gizi yang kurang, dan asuhan prenatal awal yang kurang komprehensif. Faktor lain penyebab kelahiran prematur, antara lain: kehamilan kembar, hipertensi, pre-eklampsia, infeksi, kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol selama kehamilan, perdarahan antepartum, abnormalitas perkembangan janin, primipara, dan masalah plasenta yang mengganggu perjalanan normal gestasi sebelum perkembangan janin selesai (Gorrie, Mckinney, & Murray, 1998; Johnston, Flood, & Spinks, 2003; Merenstein & Gardner, 2002).

Bayi yang lahir prematur memiliki karakteristik yang berbeda dengan bayi cukup bulan. Karakteristik bayi prematur sesuai dengan stadium perkembangannya yaitu usia gestasi dan kemampuan fisiologisnya (Hockenberry & Wilson, 2007). Karakteristik bayi prematur dapat dilihat dari penampilan fisiknya yang

sangat kecil dan lemah karena memiliki sedikit cadangan lemak sub kutaneus. Kulit bayi tampak berwarna merah muda, terlihat tipis, serta mengkilat dengan pembuluh darah kecil yang tampak jelas di bawah epidermis yang tipis. Rambut lanugo halus banyak ditemukan di seluruh tubuh, tetapi tidak menyebar merata. Bayi prematur memiliki tulang kartilago yang lunak, tulang tengkorak dan rusuk yang teraba lunak, dan mata yang selalu terpejam rapat. Bayi laki-laki memiliki sedikit rugae skrotum dan testisnya belum turun; sedangkan bayi perempuan memiliki labia dan klitoris yang menonjol ke arah luar (Hockenberry & Wilson, 2007; Pilliteri, 2003).

Bayi prematur memiliki masalah kesehatan yang kompleks jika dihubungkan dengan tingkat maturasi sistem organ tubuhnya. Pada periode masa gestasi yang pendek, maka bayi akan menunjukkan aktivitas fisik dan respon neurologi yang lemah. Bayi prematur harus mampu menyesuaikan diri secara kompleks terhadap kehidupan ektrauterin seperti bayi cukup bulan (Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 2005). Adapun adaptasi bayi prematur pada tiap sistem organ tubuh dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ektrauterin antara lain sebagai berikut:

a. Sistem Respirasi

Bayi prematur pada awal masa kelahirannya tidak jarang banyak sekali yang mengalami masalah gawat pernapasan. Masalah gawat pernapasan ini disebabkan karena belum maturnya paru-paru, sehingga proses pertukaran oksigen dan karbondioksida tidak optimal. Sindrom gawat napas dan penyakit membran hialin adalah penyebab

paling sering dari masalah pernapasan pada bayi prematur. Masalah pernapasan ini timbul karena kurangnya surfaktan pada paru-paru, pertumbuhan dan pengembangan paru yang belum sempurna, otot pernapasan yang masih lemah, dinding thoraks yang masih lunak dan sering tampak retraksi, pernapasan bayi menggunakan diafragma dibandingkan dada, serta refleks batuk yang masih lemah atau tidak ada (Johnston, Flood, & Spinks, 2003; Olds, London, & Ladewig, 2000).

b. Sistem Sirkulasi

Bayi prematur memiliki adaptasi pada sistem sirkulasi yang lebih lambat dibandingkan dengan bayi cukup bulan. Bayi prematur memiliki tonus arteriol pulmonar yang tinggi, berkurang lebih lambat, dan masih labil. Selain itu duktus arteriosus tidak tertutup rapat dan kemungkinan dapat terbuka lagi, ketika terjadi pertemuan darah antara sirkulasi sistemik dan pulmonar. Kondisi ketidakstabilan ini menyebabkan terjadinya variasi saturasi oksigen pada bayi prematur (Olds, London, & Ladewig, 2000).

c. Sistem Termoregulasi

Bayi prematur sangat rentan terhadap kondisi ketidakstabilan suhu tubuh karena beberapa penyebab, antara lain: (1) pusat regulasi suhu tubuh yang belum matur dan mulai matur saat usia gestasi 28 minggu, (2) lemak sub kutan, cadangan lemak, dan massa otot di kulit mulai matur pada usia gestasi 32-34 minggu, sehingga sumber penghasil panas belum optimal, (3) permukaan tubuh yang relatif luas dibandingkan dengan berat badan bayi

yang menyebabkan mudahnya kehilangan panas, dan (4) kontrol respon menggigil tidak ada atau lemah (Merenstein & Gardner, 2002).

Masalah termoregulasi yang sering dialami bayi prematur adalah suhu tubuh yang cenderung hipotermia. Hal ini disebabkan karena produksi panas yang kurang dan proses kehilangan panas yang tinggi. Hipotermia dapat mengakibatkan komplikasi jangka pendek, antara lain: asidosis, hipoglikemia, dan gangguan pembekuan darah, serta risiko untuk terjadi distress pernapasan. Apabila komplikasi ini lama akan menyebabkan edema, *sklerema*, perdarahan hebat terutama pada paru, dan ikterus (Perry et al., 2010).

Salah satu tindakan yang dapat dilakukan perawat untuk mengatasi kondisi hipotermia tersebut adalah bayi prematur harus dirawat dalam lingkungan suhu netral, yaitu lingkungan di mana bayi dapat mempertahankan suhu tubuh normal, sehingga meminimalkan pengeluaran energi yang berlebihan. Hal ini akan mempertahankan suhu tubuh bayi prematur dengan pengeluaran kalori yang sedikit dan penggunaan kebutuhan oksigen yang minimal (Lau, 2001; Johnston, Flood, & Spinks, 2003).

d. Sistem Renal

Bayi prematur memiliki organ ginjal yang belum sempurna baik anatomis maupun fisiologisnya. Hal ini menyebabkan kemampuan ekskresi zat-zat metabolik dan obat-obatan tidak adekuat, produksi urine yang sedikit, tidak dapat mempertahankan keseimbangan asam basa, cairan,

dan elektrolit, serta tidak sanggup mengurangi kelebihan air tubuh dan elektrolit dari badan. Kondisi ini yang mengakibatkan mudah terjadi edema dan asidosis metabolik pada bayi prematur (Bobak, Lowdermilk, Jensen, 2005; Pillitteri, 2003).

e. Sistem Gastrointestinal

Refleks menghisap dan menelan bayi prematur belum berkembang dengan optimal. Refleks ini mulai muncul pada bayi dengan usia gestasi 32-34 minggu dan menjadi sangat efektif pada usia gestasi 36-37 minggu (Pillitteri, 2003). Masalah gastrointestinal pada bayi prematur juga disebabkan adanya distensi abdomen akibat motilitas usus yang kurang yang mengakibatkan volume lambung berkurang, sehingga pengosongan lambung bertambah dan berdampak pada kemampuan untuk mencerna dan mengabsorpsi nutrisi yang kurang. Selain itu kerja *sfincter kardio esofagus* yang belum sempurna menyebabkan terjadinya regurgitasi isi lambung ke esofagus dan mudah terjadi aspirasi pada bayi prematur (Hockenberry & Wilson, 2007).

f. Sistem Hepatik dan Hematologi

Kelahiran prematur menyebabkan immaturitas hepar dan kondisi ini menyebabkan beberapa masalah pada bayi, antara lain: (1) masalah hipoglikemia dan komplikasinya, kondisi ini disebabkan kemampuan bayi prematur untuk membentuk energi dengan mengumpulkan glikogen menurun, sementara bayi sering mengalami stres; (2) gangguan konjugasi bilirubin di hati yang disebabkan kadar bilirubin meningkat dengan cepat dibandingkan bayi cukup

bulan; dan (3) kurangnya kadar zat besi yang lebih cepat dibandingkan bayi cukup bulan karena bayi prematur belum memiliki persediaan zat besi yang banyak dan biasanya zat besi terkumpul di hati pada trimester ke tiga (Olds, London, & Ladewig, 2000; Johnston, Flood, & Spinks, 2003).

g. Sistem Immunologi

Bayi prematur memiliki risiko terkena infeksi yang lebih besar dibandingkan bayi cukup bulan. Bayi prematur belum memiliki immunitas pasif dengan immunologi IgC maternal, karena immunologi ini diperoleh bayi pada trimester terakhir. Kondisi ini menyebabkan bayi prematur memiliki immunitas yang rendah dan immunoglobinnya lebih cepat habis dibandingkan bayi cukup bulan. Hal inilah yang menyebabkan bayi prematur sangat rentan terhadap infeksi nosokomial pada tahun pertama kehidupannya (Gorrie, Mc Kinney, & Murray, 1998; Perry et al., 2010).

h. Sistem Neurologis

Pada bayi prematur sering ditemukan gangguan neurologis seperti perdarahan intraventrikular dan perdarahan intrakranial berhubungan dengan usia gestasi bayi pada saat lahir dan beratnya komplikasi neonatal. Semakin besar derajat immaturitasnya, maka semakin besar pula terjadi potensial kecacatan pada bayi prematur (Olds, London, & Ladewig, 2000; Pillitteri, 2003).

i. Status Periode Reaktivitas dan Tingkah Laku

Respon bayi baru lahir terhadap kehidupan ekstrauterin dibagi menjadi (1) periode reaktivitas pertama, yaitu terjadi sekitar 30 menit setelah bayi

lahir. Selama periode ini, bayi bangun dan aktif karena merasa lapar dan didukung adanya refleks hisap yang kuat. Pada periode ini respirasi cepat dan mungkin terdapat retraksi dada, denyut jantung yang cepat dan irreguler, serta bising usus sudah ada; (2) periode inaktivitas untuk fase tidur. Periode ini terjadi setelah setengah hingga 1 jam bayi aktif kemudian dimulai fase tidur. Fase tidur ini terjadi sekitar beberapa menit hingga 2 sampai 4 jam dan selama periode ini bayi sulit untuk terbangun; dan (3) periode reaktivitas ke dua, yaitu periode dimana bayi bangun dan waspada. Respon yang dapat diamati adalah peningkatan denyut jantung dan pernapasan. Perawat harus hati-hati terhadap periode apnea pada periode reaktivitas ini (Olds, London, & Ladewig, 2000; Pillitteri, 2003). Periode reaktivitas ini tertunda pada bayi prematur, apalagi dengan kondisi sakit yang berat. Periode secara keseluruhan tidak dapat diobservasi karena kemungkinan bayi hipotonik dan tidak reaktif selama beberapa hari setelah kelahiran (Olds, London, & Ladewig, 2000).

2. Kondisi dan Permasalahan Psikologis Orang Tua

Kelahiran bayi prematur merupakan kejadian yang tidak diharapkan dan membuat stres bila keluarga tidak siap secara emosional. Orang tua biasanya memiliki kecemasan terhadap kondisi bayinya dengan perawatan khusus yang mengharuskan bayi dirawat terpisah dari ibunya. Selain cemas, orang tua mungkin juga merasa bersalah terhadap kondisi bayinya, takut, depresi, dan

bahkan marah (Shah, Clements, & Poehlmann, 2011; Linberg & Ohrling, 008).

Beberapa faktor yang mempengaruhi proses adaptasi menjadi orang tua, antara lain: usia orang tua, lamanya interaksi awal dengan bayi, pengalaman sebelumnya merawat anak, penyesuaian peran, nilai dan harapan orang tua terhadap bayinya, serta pola koping individu dalam mengatasi masalah ini (Lau, 2001). Faktor-faktor lain yang juga mempengaruhi adaptasi orang tua, antara lain: kualitas perkawinan, karakteristik kepribadian orang tua, dukungan sosial, dan kondisi kesehatan bayi (Lindberg & Ohrling, 2008).

Kelahiran bayi prematur dianggap sebagian besar orang tua sebagai suatu krisis. Orang tua dituntut dapat menyesuaikan diri dengan adanya perawatan khusus di RS. Proses penyesuaian menjadi orang tua ini dianggap sulit apalagi dengan kelahiran prematur, tetapi hal tersebut merupakan pengalaman yang normal dan merupakan suatu cara untuk menumbuhkan kematangan individu dalam mewujudkan peran dan tanggung jawabnya sebagai orang tua baru (Cleveland, 2008; Lindberg & Ohrling, 2008).

Bayi prematur memiliki penampilan fisik yang sangat berbeda dengan bayi cukup bulan. Penampilan fisik bayi yang kurus dengan pemasangan kabel-kabel atau alat kesehatan yang banyak dapat mempengaruhi stres dan kondisi psikologis orang tua (Heneghan, Chaudron, Isser, Park, & Kelly, 2007). Kondisi psikologis ibu yang dipengaruhi oleh rasa takut dan kurangnya informasi juga akan menyebabkan perasaan enggan untuk melihat bayinya yang pertama kali. Kondisi

tersebut alamiah dan normal ditemukan pada hari-hari pertama seorang ibu. Hal ini dikarenakan rasa cemas dan takut akan kekhawatiran tidak bisa mencintai bayinya yang prematur dan terhadap kemungkinan bayinya akan meninggal (Latva, Korja, Salmelin, Lehtonen, & Tamminen, 2008). Orang tua dengan bayi prematur juga sangat rentan terhadap perilaku isolasi dan adanya komunikasi yang tidak efektif dengan perawat atau orang di sekitarnya. Orang tua mengalami perasaan cemas, sedih, takut, tidak berdaya, rasa bersalah, dan depresi dengan masalah perawatan bayi yang memerlukan kesabaran tinggi (Olds, London, & Ladewig, 2000).

Masalah psikologis utama yang dialami oleh orang tua adalah stres yang berkaitan dengan kondisi bayi dengan perawatan di ruang Perinatologi atau masalah sosial keluarga yang dialaminya. Sebuah penelitian yang berjudul "*Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in Northern Sweden*", yang dilakukan oleh Lindberg dan Ohrling (2008) menyatakan bahwa, kebanyakan ibu tidak siap memiliki bayi yang lahir prematur dan mereka mengalami kesulitan menjadi seorang ibu pada masa awal pasca melahirkan. Ibu mengalami perasaan cemas dan stres karena harus terpisah dengan bayinya selama perawatan di RS.

Penelitian kualitatif ini dengan pendekatan fenomenologis menggunakan delapan partisipan. Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah Colaizzi. Hasil penelitian adalah proses berduka dengan berbagai gambaran koping diri selama perawatan bayi di ruang rawat intensif neonatus. Hasil

penelitian ini merekomendasikan perawat profesional untuk melakukan pengkajian terhadap orang tua (ibu). Prinsip perawatan yang berpusat pada keluarga sangat penting dalam membantu orang tua mengembangkan hubungan terapeutik, memberikan dukungan emosional, dan memberikan informasi yang akurat dan jelas kepada orang tua.

Penelitian kualitatif tentang "*Grieving Process and Coping of Mothers with Premature Infant in Neonatal Intensive Care Unit*", menjelaskan proses berduka dengan berbagai gambaran koping diri selama perawatan bayi di ruang rawat intensif neonatus. Reaksi ibu selama perawatan bayi prematur yaitu proses berduka dengan gambaran berbagai koping diri selama perawatan bayi di unit perawatan intensif neonatal. Proses berduka dan koping diri ibu adalah hal yang perlu dipelajari lebih dalam. Perhatian perawat terhadap masalah individu ibu memerlukan pengkajian individu untuk mendapatkan intervensi yang sesuai dengan pengalaman yang dirasakan ibu. Hal ini akan menciptakan hubungan komunikasi dan asuhan keperawatan yang melibatkan keluarga dapat berjalan dengan baik. Prinsip pengobatan pada bayi prematur dimaksudkan untuk melibatkan orang tua sebagai mitra dalam perawatan (*Family Centered-Care*), serta membantu mereka untuk menjalin ikatan yang baik dengan bayinya. Intervensi akan membantu keluarga dan staf perawat untuk bekerja di penitipan anak. Perawat berperan penting dalam membantu orang tua untuk mengembangkan hubungan terapeutik, memberikan dukungan emosional, memberikan informasi yang akurat dan jelas kepada orang tua dan melibatkan orang tua

dalam perawatan bayinya. Perawat diharapkan berperan penting untuk membantu orang tua berbicara dan berdiskusi, serta memfasilitasi orang tua untuk lebih dekat dengan bayinya (Yugistyowati, 2019).

3. Pemenuhan Dukungan dan Kebutuhan Psikologis Orang Tua

Seorang perawat anak harus memiliki nilai-nilai perawatan yang konsisten untuk membimbing partisipasi orang tua dalam perawatan bayinya. Perawat anak harus mampu menunjukkan sikap *caring*, membina hubungan terapeutik dengan klien dan orang tua, serta menunjukkan rasa kasih dan empati terhadap kondisi psikologis yang dialami orang tua. Nilai-nilai perawatan yang konsisten ini termasuk mengetahui kehadiran orang tua, mendengarkan, membuat perasaan orang tua nyaman terhadap lingkungan RS, menyertakan orang tua dalam perawatan bayinya, serta menunjukkan kepekaan dan rasa kasih sayang untuk membina hubungan yang positif dengan orang tua (Pillitteri, 2003; Ball & Bindler, 2007).

Perawat yang sensitif harus dapat memfasilitasi dan mendukung pemenuhan kebutuhan psikologis yang diperlukan orang tua. Adapun pemenuhan dukungan dan kebutuhan psikologis orang tua dengan perawatan bayi prematur di RS, antara lain sebagai berikut:

a. Komunikasi Terapeutik Orang Tua - Staf Perawat

Seorang individu lebih tertarik mendengarkan tenaga kesehatan jika isi pesan yang disampaikan berhubungan dengan keadaan dan pengalamannya. Oleh sebab itu, penanganan krisis dapat menjadi pencegahan primer jika tenaga kesehatan dapat

memfasilitasi proses adaptasi, pembelajaran, dan pertumbuhan perkembangan bayi prematur. Individu dapat melihat manfaat dari pengalamannya dan dapat menghadapi krisis yang mungkin terjadi pada masa yang akan datang (Mok & leung, 2006; Obeidat, Bond, & Callister, 2009). Dukungan lain yang dapat diberikan perawat adalah dengan menginformasikan kepada orang tua mengenai kondisi bayi secara rutin. Orang tua akan memperoleh informasi yang jelas bahwa bayinya memperoleh perawatan yang terbaik di RS (Melnyk, Feinstein, & Fairbanks, 2002).

Studi penelitian yang berjudul *“The needs of mothers to newborns hospitalised in intensive care units”*, mengidentifikasi kebutuhan ibu terhadap bayinya yang dirawat di ruang NICU dan menilai tingkat dukungan yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Adapun hasil penelitian ini menegaskan bahwa, dukungan perawat terhadap orang tua dapat dilakukan dengan cara merespon dengan baik terhadap setiap pertanyaan dari orang tua dan memfasilitasi ibu untuk terlibat dalam perawatan anaknya (Sikorova & Kucova, 2011). Staf perawat Perinatologi dituntut untuk lebih aktif lagi dalam mendengarkan keluhan klien, kondisi psikologis dan emosional yang dirasakan orang tua, selalu ada untuk klien dan orang tua, dan memberikan informasi berkelanjutan tentang kondisi bayi, pengobatan, dan harapan hidup bayi prematur (Cleveland, 2008; Kearvell & Grant, 2008; Lindberg, 2007).

Menurut Ward (2001) dalam studinya yang berjudul "*Perceived needs of parents of critically ill infants in a neonatal intensive care unit (NICU)*", menyatakan tentang kebutuhan orang tua dari bayi prematur yang dirawat di ruang NICU yaitu informasi tentang rencana dan prosedur pengobatan bayinya. Studi ini juga menegaskan peran perawat dalam mendengarkan kecemasan, ketakutan, dan harapan orang tua tentang kelangsungan hidup bayinya. Staf perawat NICU harus menunjukkan perhatian yang tulus untuk semua orang tua dan keluarga tanpa membedakan status ekonomi dan sosial.

Hasil penelitian Yugistyowati (2020) juga menyatakan bahwa terdapat hubungan dukungan petugas kesehatan dengan kemampuan ibu merawat BBL.

Hasil uji bivariat menunjukkan bahwa mayoritas ibu mendapatkan dukungan petugas kesehatan dalam kategori baik. Pada uji statistik *spearman rank* hasil yang didapatkan *p-value* $0,004 < 0,05$, maka H_0 ditolak yang berarti dalam penelitian ini terdapat hubungan antara dukungan petugas kesehatan dengan kemampuan ibu merawat BBL di RSUD Wates Kulon Progo. Dukungan petugas kesehatan kepada ibu dapat diberikan dalam bentuk seperti *sharing* tentang kondisi emosional ibu dan kebutuhan informasi yang diperlukan oleh ibu. Petugas kesehatan perlu memberikan informasi secara jelas sebagai upaya meningkatkan pemahaman, memandirikan dan meningkatkan kemampuan ibu dalam melakukan perawatan pada BBL. Pada keadaan ibu seperti ini

penting sekali ada dukungan petugas kesehatan yaitu peran perawat dalam membantu mengembalikan kesehatan. Petugas kesehatan dapat memberikan bantuan kepada ibu dengan prosedur yang baik dengan asuhan keperawatan dan pemberian informasi tentang kesehatan perawatan BBL. Petugas kesehatan harus mampu memfasilitasi kehadiran orang tua bayi terutama seorang ibu, pendampingan ibu secara berkelanjutan dan secara langsung dalam melakukan perawatan pada bayi sangat penting sekali sebagai faktor pendukung dan keberhasilan ibu merawat bayinya. Petugas kesehatan diharapkan terus meningkatkan perannya sebagai *care giver* (edukator) dalam memberikan dukungan informasi kepada ibu tentang perawatan pada BBL sesuai dengan SOP yang baik dan benar, terutama dalam memandikan bayi dan perawatan tali pusat.

b. Pendampingan dan Pemberian Pendidikan Kesehatan

Perawat anak sebagai profesi yang bertugas untuk memberikan asuhan keperawatan pada klien termasuk bayi, memiliki peran yang sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup bayi selama proses perawatan di RS. Perawat juga berperan penting dalam memfasilitasi orang tua melalui informasi yang lengkap, pemberian pendidikan kesehatan, dan pendampingan berkelanjutan dari awal masuk RS sampai persiapan untuk pulang ke rumah. Hal ini bertujuan untuk memfasilitasi berbagai pencapaian peran sebagai orang tua (Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 2005; Cunningham, Mc Donald, & Gant, 2001).

Pendidikan kesehatan dan pendampingan berkelanjutan merupakan proses pemberian informasi yang dapat mendukung perubahan perilaku kesehatan seseorang dalam mengoptimalkan praktik kesehatan seseorang dalam hal ini perawatan anaknya (Ball & Bindler, 2007). Perawat anak yang berperan sebagai *advokat* dan edukator klien dan keluarga, mempunyai peran dan tanggung jawab untuk memfasilitasi klien memperoleh informasi yang lengkap tentang kondisi kesehatan dan perawatan bayi risiko tinggi (Potter & Perry, 2005). Peran perawat sangat diperlukan dalam perawatan bayi prematur, memberikan dukungan untuk mengatasi kondisi stres psikologis orang tua, dan bagaimana memfasilitasi kehadiran orang tua selama kunjungan di RS (Melnyk, Feinstein, & Fairbanks, 2002).

Peran perawat dalam pendampingan orang tua dan pendidikan kesehatan ini, antara lain: membantu orang tua memahami suatu diagnosis atau pengobatan medis, mendorong orang tua untuk mengajukan pertanyaan, serta memberikan informasi yang lengkap kepada keluarga dengan literatur dan media penyuluhan yang tepat (Wong, et al., 2009). Peran perawat di sini melibatkan pertukaran informasi untuk tercapainya tingkat pemahaman yang lebih baik. Pendidikan kesehatan yang efektif juga membutuhkan umpan balik dan evaluasi yang berkelanjutan untuk meningkatkan proses pembelajaran orang tua atau keluarga (Pillitteri, 2003).

Kondisi psikologis orang tua dengan beratnya stres dan kecemasan yang terjadi menyebabkan

banyak orang tua tidak mampu menyerap informasi yang diberikan. Pemberi asuhan keperawatan dituntut harus siap untuk mengulang penjelasan dan berbicara dengan istilah yang mudah dipahami oleh orang tua (Melnyk et al., 2006). Beberapa studi juga menjelaskan tentang upaya orang tua dengan bayi prematur untuk mencari dukungan terhadap penyelesaian masalah psikologisnya. Studi ini menyatakan bahwa orang tua membutuhkan informasi dan komunikasi yang efektif terutama dengan staf pemberi asuhan keperawatan. Perawat memegang peranan penting untuk memberikan dukungan, pengertian, informasi, dan keterampilan bagi orang tua selama perawatan bayi prematur di ruang NICU (Arockiasamy, Holsti, & Albersheim, 2008).

Penelitian yang sejalan tentang pentingnya pemberian informasi *neonatal developmental care* (NDC) , menunjukkan skor sikap perawat sebelum diberikan informasi tentang NDC lebih rendah dibandingkan dengan skor sikap perawat setelah pemberian informasi NDC. Ada pengaruh pemberian informasi NDC terhadap sikap perawat dalam merawat BBLR. Penelitian ini juga merekomendasikan perlunya sosialisasi lebih lanjut tentang NDC kepada seluruh tenaga kesehatan yang merawat BBLR ditunjang dengan adanya kebijakan dari Rumah Sakit. Rumah Sakit sebagai pemegang kebijakan hendaknya membuat prosedur tentang implementasi NDC dan mensosialisasikan serta mengevaluasi pelaksanaan prosedur tersebut secara berkala (Yugistyowati & Endriyani, 2018).

c. Memfasilitasi Ikatan dan Kelekatan Orang Tua-Bayi
(*Bonding Attachment*)

Hubungan interaksi dan ikatan orang tua-bayi ditandai dengan mengamati bayinya, adanya kontak fisik, dan perasaan tenang selalu dekat dengan bayinya (Bobak, Lowdermik, & Jensen, 2005). Penampilan fisik yang kecil dan kurang aktif akan menjadi sumber stres bagi orang tua. Kondisi ini menyebabkan orang tua sulit memahami apa yang diinginkan bayi, serta kapan ibu dapat bereaksi dengan tepat kepada bayinya (Shah, Clements, & Poehlmann, 2011).

Pengalaman rawat inap bayi di ruang Perinatologi dapat menghentikan proses interaksi dan kelekatan orang tua-bayi. Hal ini karena adanya perpisahan orang tua-bayi yang menyebabkan stres bagi orang tua dan keluarga yang terlibat. Stres yang dialami oleh orang tua dapat mempengaruhi kemampuan mereka melakukan hubungan ikatan dengan bayinya (Shah, Clements, Poehlmann, 2011). Hubungan ikatan orang tua-bayi adalah proses yang kompleks dan dipengaruhi oleh beberapa faktor termasuk keadaan lingkungan perawatan, status kesehatan ibu dan bayi, kondisi psikologis dan kesedihan emosional ibu, serta kualitas asuhan keperawatan. Proses hubungan ikatan ini juga sangat dipengaruhi oleh interaksi orang tua dan perawat. Peran penting perawat sangat diperlukan untuk meminimalkan perpisahan orang tua dan bayi. Perawat yang bekerja di ruang Perinatologi perlu membangun asuhan keperawatan yang

memungkinkan bagi orang tua untuk selalu dekat dengan bayinya (Potts & Mandleco, 2007; Haidet, 2005).

Perawat Perinatologi pada kenyataannya di RS sering terlalu berfokus pada aspek pemenuhan kebutuhan fisik dan penyelamatan hidup bayi risiko tinggi, sehingga kebutuhan emosi bayi dan keluarganya terabaikan. Perawat mempunyai peran untuk menggabungkan aktivitas asuhan keperawatan dengan memfasilitasi hubungan ikatan dan kelekatan orang tua-bayi atau disebut dengan *bonding attachment* (Melnyk, Feinstein, & Fairbanks, 2002). Menurut Kearvell dan Grant (2008), kontak awal antara bayi dan ibu sangat penting. Perawat mempunyai tanggung jawab dalam membantu proses hubungan ikatan ibu-bayi dengan cara mempromosikan dan mendorong sejak dini interaksi ibu-bayi melalui partisipasi dalam perawatan rutin, seperti: memberikan sentuhan, belaian, pijatan, mengajak bicara, bercerita atau membacakan dongeng, menyanyi, dan lain-lain.

Peran perawat yang lainnya dalam membantu orang tua dengan bayi prematur dalam menghadapi krisis emosional, antara lain dengan memberi kesempatan pada orang tua untuk melakukan perawatan metode kanguru. Melalui perawatan kontak kulit antara bayi dengan ibu akan membuat ibu merasa lebih nyaman dan percaya diri dalam merawat bayinya (Feldman, 2004). Selain itu cara yang lain untuk memfasilitasi hubungan ikatan dan kelekatan ibu-bayi adalah dengan menyusui efektif bagi bayi yang memiliki refleks menghisap dan

menelan yang baik. Dengan menyusui efektif ini diharapkan kelekatan fisik saat menyusui akan menumbuhkan rasa kasih sayang, kehangatan, kenyamanan, dan hubungan ikatan yang baik dengan bayinya (Flacking et al., 2006).

Kelahiran bayi prematur merupakan proses yang menyebabkan ketidaksiapan fisik, sumber stres, dan efek traumatis bagi orang tua. Sebagian besar ibu menunjukkan kenangan tidak menyenangkan yang mengganggu kemampuan orang tua untuk merawat bayi prematur mereka. Studi kualitatif yang dilakukan Yugistiyowati (2018) untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam tentang dukungan ibu di ruang perawatan intensif neonates diperoleh dua tema penelitian, yaitu sumber dan jenis dukungan ibu dengan perawatan bayi prematur. Penelitian ini juga merekomendasikan kepada perawat untuk membantu orang tua dengan mendiskusikan setiap masalah dan memfasilitasi bonding ibu dan bayi melalui implementasi *continuum of discharge planning*.

Penelitian yang lainnya tentang edukasi pada ibu melahirkan dengan *Sectio Caesarea* (SC) menunjukkan ada pengaruh pendidikan kesehatan masa nifas terhadap kemampuan perawatan mandiri ibu nifas Post SC dengan taraf signifikansi 0,000. Program edukasi ini sangat diperlukan karena kondisi ibu dengan SC membutuhkan waktu yang lebih lama untuk mengembalikan organ-organ tubuh kembali seperti sebelum hamil. Peran dan tanggung jawab perawat sangat diperlukan dalam pemberian informasi dan pendidikan kesehatan sebagai upaya

untuk menghindari *self care deficit*, komplikasi perdarahan, dan infeksi Post SC, serta menurunkan angka kematian maternal (Yugistyowati, 2013).

d. *Discharge Planning*

Discharge planning adalah suatu proses dimana saat pasien masuk sampai dengan keluar dari RS mendapatkan pelayanan kesehatan yang diikuti dengan kesinambungan perawatan baik dalam proses penyembuhan maupun dalam mempertahankan derajat kesehatan sampai klien merasa siap untuk kembali ke rumahnya (Harper, 1998).

Perawat adalah salah satu anggota tim *discharge planner*. Perawat mengkaji setiap pasien dengan mengumpulkan dan menggunakan data yang menunjang untuk mengidentifikasi masalah aktual dan potensial yang terjadi, menentukan tujuan dengan atau bersama klien dan keluarga, memberikan tindakan khusus kepada klien untuk mengajarkan secara mandiri dan memulihkan kembali kondisi klien secara optimal, serta mengevaluasi kesinambungan asuhan keperawatan yang telah diberikan. Dalam praktiknya perawat berkolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk merencanakan, melakukan tindakan, berkoordinasi dan memfasilitasi klien meningkatkan derajat kesehatannya (New Brunswick Department of Health and Wellness, 2002; Potter & Perry, 2005).

Adapun tujuan dari *discharge planning* adalah untuk tercapainya kemampuan coping psikososial dan perubahan hidup dengan indikator mempertahankan

harga diri, menunjukkan ekspresi dukungan sosial yang adekuat, penerimaan situasi, adanya penurunan perasaan negatif, dan penurunan gejala stres fisik (Harper, 1998). *Discharge planning* juga dapat mengurangi lama hari perawatan klien, mencegah kekambuhan penyakit, meningkatkan perkembangan kondisi kesehatan klien dan mencapai kualitas hidup yang optimal sebelum dipulangkan, meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan, serta memaksimalkan manfaat dari sumber pelayanan kesehatan (Potts & Mandleco, 2007).

Discharge planning ini menempatkan perawat pada posisi yang penting dalam proses perawatan klien. Pengetahuan dan kemampuan perawat dalam proses keperawatan dapat memberikan keberlangsungan pelayanan keperawatan melalui proses *discharge planning*. Perawat dianggap sebagai seseorang yang memiliki kompetensi lebih dan mempunyai keahlian dalam melakukan pengkajian secara akurat, memiliki komunikasi yang baik, serta memahami setiap kondisi penyakit yang dialami klien dan keluarganya (Harper, 1998).

Di Indonesia semua pelayanan keperawatan di RS telah merancang berbagai bentuk format *discharge planning*, namun *discharge planning* kebanyakan dipakai hanya dalam bentuk pendokumentasian resume pasien pulang, berupa informasi yang harus disampaikan seperti intervensi medis dan non medis yang sudah diberikan, jadwal kontrol, dan gizi yang harus dipenuhi setelah perawatan di rumah. Cara ini merupakan pemberian informasi yang sasarannya

ditujukan pada klien dan keluarga yang hanya untuk sekedar tahu dan mengingatkan, tetapi tidak ada yang bisa menjamin apakah klien dan keluarga mengetahui faktor risiko yang membuat penyakitnya kambuh, dan penanganan apa yang dapat dilakukan ketika terjadi kegawatan berulang. Untuk itu pelaksanaan *discharge planning* di RS apalagi dengan perawatan bayi prematur dengan masalah kompleks yang dialami memiliki resiko tinggi untuk kambuh dan berulang (Harper, 1998; Pillitteri, 2003; Olds, London, & Ladewig, 2000).

Adapun aktifitas dalam *discharge planning* menurut Harper (1998), antara lain:

- 1) Membantu klien dan keluarga untuk menyiapkan pemulangan.
- 2) Kolaborasi dengan dokter, klien atau keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk kelanjutan pelayanan kesehatan.
- 3) Identifikasi klien tentang pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan sebelum pemulangan.
- 4) Identifikasi kebutuhan pendidikan kesehatan klien dan keluarga sebelum pemulangan.
- 5) Monitoring kesiapan untuk pemulangan klien.
- 6) Mendokumentasikan rencana pemulangan klien dalam catatan perawatan.
- 7) Memformulasikan rencana perawatan untuk tindak lanjut setelah pemulangan.

Beberapa penelitian menyatakan bahwa *discharge planning* memberikan efek yang penting

dalam menurunkan komplikasi penyakit, pencegahan kekambuhan penyakit, dan menurunkan angka mortalitas dan morbiditas (Harper, 1998). Harapannya dengan *discharge planning* ini akan memberikan proses pembelajaran yang mendalam (*deep-learning*) pada klien dan keluarga sehingga terjadi perubahan perilaku dalam memaknai kondisi kesehatannya (Harper, 1998; Pillitteri, 2003; Olds, London, & Ladewig, 2000).

Pentingnya program perencanaan sejak pasien masuk RS sampai dengan perencanaan pulang, dikuatkan dengan penelitian Yugistiyowati dan Wahyuningsih (2015) tentang penerapan *Family Centered-Care* (FCC) sebagai program keberhasilan perawatan bayi prematur. Penelitian ini bertujuan untuk memberikan masukan dan rancangan implementasi FCC dalam memberikan asuhan keperawatan pada keluarga dengan perawatan bayi prematur untuk mempersiapkan orang tua dalam mencapai kemandirian merawat bayinya. Program FCC ini berupa model pendekatan yang dilakukan melalui beberapa kegiatan diantaranya adalah *refresh* materi FCC pada perawat dan implementasi FCC pada pendampingan keluarga. Tingkat pengetahuan dan sikap terdapat perbedaan yang signifikan; sedangkan keterampilan tidak terdapat perbedaan yang signifikan (pengetahuan: $\alpha = 0,05$, $p = 0,0001$; sikap: $\alpha = 0,05$, $p = 0,003$; keterampilan: $\alpha = 0,05$, $p = 0,67$). Pendidikan kesehatan pada orang tua bayi prematur dengan perawatan berfokus pada keluarga (FCC) sebaiknya dilakukan secara berkelanjutan

sehingga merubah perilaku orang tua dalam merawat bayi prematur.

4. Asuhan Perkembangan (*Developmental Care*)

Bayi prematur dalam adaptasinya di lingkungan ektrauterin belum mampu meregulasi setiap stimulus yang berlebihan sehingga sangat rentan untuk mengalami stres (Maguire et al., 2008). Stres yang dialami bayi prematur dapat bersumber dari lingkungan perawatan, prosedur pengobatan, pemeriksaan lain yang dilakukan, dan beberapa alat-alat kesehatan yang digunakan. Adapun sumber stres bagi bayi prematur tersebut diantaranya berupa pencahayaan ruang perawatan, nyeri yang disebabkan oleh tindakan invasif, dan kebisingan yang ditimbulkan oleh alat-alat seperti inkubator, ventilator, peralatan *monitoring*, percakapan para staf di ruang perawatan, dan suara buka tutup pintu inkubator (Bowen, 2009; Westrup et al., 2000). Adanya perpindahan dengan orang tua juga menjadi sumber stres bagi bayi prematur (Lissauer & Fanaroff, 2009).

Kondisi lingkungan perawatan yang terlalu bising akan menyebabkan bayi prematur mengalami ketidaknyamanan, adanya peningkatan level hormon stres, perubahan fisiologis tubuh berupa peningkatan denyut nadi dan penurunan saturasi oksigen, serta periode tidur yang lebih pendek (Westrup, et al., 2000; Maguire, et al., 2008). Padahal fase tidur dan istirahat khususnya bagi bayi prematur merupakan fase yang sangat penting untuk tumbuh kembang karena selama fase tidur terjadi sekresi hormon pertumbuhan dan imunitas tubuh (Ward, Clarke, & Linden, 2009).

Stres yang dialami bayi prematur akan terlihat melalui perilaku dan respon emosional bayi prematur yang berbeda dengan bayi cukup bulan. Bayi prematur lebih mudah terangsang terhadap stimulus yang ada, lebih mudah mengalami stres akibat rangsangan yang berlebihan, kurang responsif terhadap rangsang pengasuhan, dan kurang interaktif dengan orang tuanya (Shah, Clements, & Poehlmann, 2011). Kondisi semacam inilah yang menyebabkan sebagian besar orang tua khususnya ibu-ibu muda mengalami masalah psikologis dalam masa adaptasi dan transisi melaksanakan perannya menjadi orang tua baru (Aagaard & Hall, 2008). Orang tua khususnya ibu cenderung takut dan bingung ketika melihat perubahan dan respon perilaku berbeda yang ditunjukkan bayinya. Selain itu, orang tua tidak akan memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup untuk memahami dan berhubungan dengan bayinya, mengetahui masalah yang dihadapi bayinya, dan perlakuan yang seharusnya dapat diberikan untuk bayinya (Heneghan, Mercer, & Deleone, 2004).

Perawat Perinatologi sebagai seorang pemberi pelayanan kesehatan profesional memiliki tanggung jawab dalam memperhatikan, mengupayakan, dan memaksimalkan keberadaan orang tua di RS. Upaya ini sebagai salah satu intervensi perawat untuk mencapai tujuan utama konservasi integritas personal sosial dalam penatalaksanaan bayi prematur melalui optimalisasi peran orang tua di RS (Wong et al., 2009). Hal ini berarti bahwa konservasi personal sosial merupakan cerminan dari penatalaksanaan keberadaan orang tua dengan fokus perhatian terhadap serangkaian kebutuhan

perawatan bayi prematur di RS untuk dapat tumbuh dan berkembang. Adapun pendekatan praktik asuhan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mencapai konservasi personal sosial tersebut adalah melalui asuhan perkembangan atau *developmental care*.

Asuhan perkembangan merupakan asuhan yang berfokus pada pencapaian perkembangan bayi melalui pengelolaan lingkungan perawatan dan observasi perilaku bayi, sehingga terjadi peningkatan stabilisasi fisiologis tubuh dan penurunan stres bayi (Mc Grath et al., 2002; Byers, 2003; & Rick, 2006). Asuhan perkembangan disesuaikan dengan kemampuan bayi prematur. Pada tahap awal perkembangan bayi prematur perlu mendapatkan rangsangan lingkungan yang minimal (*minimal handling* melalui pengaturan *touching time*). Bayi prematur harus ditangani dengan lembut, perlahan, dan terkontrol. Kontak kulit dan belaian lembut dapat mengurangi stres bayi (Kenner & Mc Grath, 2004).

Berbagai macam intervensi lain dalam asuhan perkembangan juga dapat dilakukan oleh perawat, antara lain: mempertahankan lingkungan yang hangat dan netral, mengurangi kebisingan dengan membuka dan menutup pintu inkubator secara hati-hati, melindungi bayi dari pencahayaan yang terang melalui pemasangan penutup inkubator atau penurunan pencahayaan di ruang rawat, pemberian *nesting* untuk mengatur pergerakan bayi yang berlebihan dan memberi bayi tempat tidur yang nyaman, serta pengaturan posisi fleksi untuk mempertahankan normalitas batang tubuh dan mendukung regulasi diri (Kenner & Mc Grath, 2004;

Wong et al., 2009; Lissauer & Fanaroff, 2009). Selain itu, beberapa tindakan lainnya dalam asuhan perkembangan adalah mendengarkan musik lembut, merekam suara atau bacaan cerita orang tua, memfasilitasi ikatan orang tua-bayi saat kunjungan orang tua, menyusui efektif, dan perawatan metode kanguru (Maguire et al., 2008; Sizun & Westrup, 2003).

Peran perawat Perinatologi sangat dibutuhkan dalam memfasilitasi adaptasi bayi prematur dengan lingkungan perawatan untuk meminimalkan terjadinya stres bayi (Wong et al., 2009). Selain itu, perhatian khusus pada kebutuhan emosi ataupun kondisi psikologis orang tua juga perlu diperhatikan. Kondisi ini dikaitkan dengan pengalaman orang tua terhadap respon perilaku bayi prematur yang membutuhkan dukungan dan kadang-kadang konseling dari perawat (Heneghan, Mercer, & Deleone, 2004). Dalam sebuah penelitian yang dilakukan oleh Haidet (2005) dikemukakan bahwa, perawat dapat mengajarkan "*bahasa isyarat dan perilaku*" dari bayi. Hal ini dapat memberikan beberapa manfaat bagi ibu antara lain: memperkuat kepercayaan diri, meningkatkan hubungan emosional ibu-bayi, meningkatkan kemampuan, dan memandirikan ibu untuk persiapan perawatan di rumah. Hal ini menjadi sumber kekuatan dalam melewati krisis dan membantu mengatasi stres yang dialami ibu selama bayinya dirawat di RS.

Bayi prematur memiliki banyak keterbatasan dalam mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang optimal, hal ini disebabkan karena bayi prematur memiliki keterbatasan dalam penyimpanan nutrisi saat lahir dan memiliki risiko tinggi menderita defisit nutrisi

yang berat. Pertumbuhan bayi merupakan hasil interaksi antara faktor genetik, faktor lingkungan dan faktor ibu. Setelah bayi lahir asupan ASI merupakan faktor langsung yang paling berpengaruh terhadap pertumbuhannya yang dapat dimonitor melalui berat badan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Utami et al, dengan judul “Perbandingan Kenaikan Berat Badan BBLR Yang Diberi ASI dan Susu Formula Pada Dua Minggu Pertama Perawatan”. Pemberian ASI secara *on demand* atau minimal tiap 2 jam pada bayi dapat meningkatkan berat badan. Selain asupan ASI, faktor yang tidak langsung mempengaruhi berat badan yaitu pemberian stimulasi. Stimulasi yang dapat diberikan salah satunya adalah metode KMC, *Massage* dan stimulasi H-HOPE. Penelitian yang dilakukan oleh Cho et al, tentang pengaruh KMC terhadap fungsi fisiologis bayi premature menjelaskan bahwa intervensi diberikan dengan metode *skin to skin* antara ibu dan bayi dengan frekuensi 3 kali dalam 1 minggu selama 10 kali dengan durasi 30 menit membuktikan bahwa bayi mengalami peningkatan berat badan dibandingkan bayi yang tidak diberikan KMC.

Stimulasi lainnya yang dapat diberikan yaitu dengan terapi pijat atau *massage* pada bayi. Menurut Prawirohardjo dijelaskan karena belum sempurnanya kerja alat-alat tubuh pada bayi prematur yang diperlukan untuk proses pertumbuhan dan perkembangan serta penyesuaian diri dengan lingkungan hidup diluar uterus, maka perlu diperhatikan mengenai pengaturan suhu lingkungan, pemberian makanan, bila perlu pemberian oksigen, mencegah infeksi serta pencegahan kekurangan vitamin dan zat besi.

Studi kualitatif tentang implementasi perawatan *Neonatal Developmental Care* (NDC) menunjukkan bahwa intervensi ini merupakan asuhan yang memfasilitasi tumbuh kembang bayi melalui pengelolaan lingkungan keperawatan dan pengamatan perilaku agar bayi mendapatkan stimulus lingkungan yang memadai. Penelitian ini mengidentifikasi empat tema, yaitu: pelaksanaan asuhan perkembangan neonatal; manfaat penerapan asuhan perkembangan neonatal; respon perawat dalam penerapan asuhan perkembangan neonatal dan hambatan dalam penerapan asuhan perkembangan neonatal (Setiyowati et.al., 2019).

Studi tentang efektivitas penggunaan nesting terhadap durasi tidur BBLR menunjukkan bahwa rata-rata lama tidur sebelum intervensi nesting adalah 82,33 menit dengan nilai maksimum 100 menit dan nilai minimum 60 menit; sedangkan rata-rata durasi tidur setelah intervensi nesting adalah 91,87 menit dengan nilai maksimum 105 menit dan nilai minimum 80 menit. *Paired t-test* dengan $p\text{-value} = 0,00$ dan selisih nilai rata-rata -9,53 menit dari rata-rata durasi tidur sebelum dan sesudah diberikan intervensi nesting. Penggunaan nesting efektif untuk meningkatkan durasi tidur pada BBLR. Inovasi nesting sebagai salah satu prinsip perawatan *developmental care* diharapkan dapat diterapkan pada perawatan BBLR atau bayi prematur di seluruh rumah sakit di Indonesia, dan pentingnya peran perawat dalam memberikan edukasi nesting dalam perawatan BBLR pasca perawatan di rumah sakit (Yugistyowati, 2020).

5. Asuhan Berpusat pada Keluarga (*Family Centered-Care*)

Peran perawat Perinatologi dalam memberikan asuhan keperawatan pada bayi risiko tinggi hendaknya menyadari pentingnya keberadaan keluarga untuk terlibat secara aktif dan bekerja sama dengan petugas kesehatan. Keterlibatan keluarga khususnya orang tua dalam perawatan dikenal sebagai *family centered-care* (FCC). Dalam asuhan keperawatan anak, orang tua atau keluarga memiliki peran untuk merawat fisik anak, mendidik anak, dan bertanggung jawab untuk kesejahteraan psikologis dan emosional (Wong et al., 2009; Pillitteri, 2003).

FCC merupakan suatu pendekatan dalam keperawatan yang meyakini bahwa petugas kesehatan dan keluarga adalah mitra yang bekerja secara bersama-sama dalam memenuhi kebutuhan anak sebagai klien. Orang tua dan anggota keluarga memberikan dukungan dan kekuatan yang utama kepada klien, dimana informasi dan pemikirannya dapat memperkaya pengetahuan teknik bagi staf profesional, meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan, dan membantu tenaga perawat dalam merancang program yang lebih baik dan sistem yang lebih ramah (Hockenberry & Wilson, 2009).

Dua konsep yang mendasari asuhan keperawatan yang berpusat pada keluarga, yaitu memfasilitasi keterlibatan orang tua dalam perawatan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat anaknya. Asuhan keperawatan pada anak di rumah sakit harus berpusat pada konsep anak sebagai bagian dari keluarga dan keluarga sebagai pemberi dukungan yang

paling baik bagi anak selama proses hospitalisasi (Potts & Mandleco, 2007; Ball & Bindler, 2007).

Perawat mempunyai peran penting dalam memfasilitasi hubungan orang tua dan anaknya selama di RS. Perawat harus mengupayakan jangan sampai terjadi perpisahan antara orang tua dan anaknya di RS. Hal ini bertujuan dengan difasilitasinya hubungan orang tua-anak, diharapkan mempunyai kesempatan untuk meneruskan peran dan tugasnya merawat anak selama di RS (Perry et al., 2010). Perawat juga mempunyai peran penting untuk meningkatkan kemampuan orang tua dalam merawat anaknya. Harapannya selama perawatan anak di RS, terjadi proses belajar pada orang tua dalam hal peningkatan pengetahuan dan keterampilan yang berhubungan dengan keadaan sakit anaknya. Dengan demikian, pada saat anak diperbolehkan pulang ke rumah, orang tua sudah memiliki seperangkat ilmu pengetahuan dan keterampilan yang cukup tentang perawatan anaknya (Olds, London, & Ladewig, 2000; Potter & Perry, 2006).

Esensi utama dari FCC adalah perawat harus memberikan perhatian kepada kebutuhan keluarga dan anak untuk mendapatkan hasil yang maksimal dari perawatan anak (Ball & Bindler, 2007). Filosofi dari FCC adalah menghargai keluarga sebagai bagian terpenting dalam kehidupan anak. Menurut Duns dan Trivette (1996 dalam Wong & Hockenberry, 2009), kerangka dari FCC adalah:

- a. Pengakuan bahwa keluarga adalah bagian terpenting bagi kehidupan anak.
- b. Kolaborasi antara perawat dan orang tua.

- c. Berbagi informasi yang lengkap antara orang tua dan pemberi perawatan.
- d. Mengimplementasikan program dan kebijakan yang komprehensif dan menyediakan dukungan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- e. Pengakuan terhadap kekuatan keluarga dan menghargai koping keluarga yang berbeda-beda.
- f. Menggabungkan perkembangan dan kebutuhan emosi anak dan keluarganya dalam penyediaan pelayanan keperawatan.
- g. Menjamin desain dari fasilitas kesehatan yang ada sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan.

Anak membutuhkan orang tua selama proses hospitalisasi dan pada dasarnya setiap asuhan keperawatan pada anak yang dirawat di RS memerlukan keterlibatan orang tua. Waktu kunjungan bagi orang tua terhadap anaknya harus terbuka selama 24 jam, tersedia aktivitas bermain, dan layanan pendidikan kesehatan pada orang tua yang terprogram secara berkelanjutan (Wong et al., 2009). Penelitian yang berjudul "*Conditions for parents' participation in the care of their child in neonatal intensive care - a field study*", bertujuan untuk mempromosikan pentingnya partisipasi orang tua dalam perawatan anak di RS. Penelitian ini menjelaskan bagaimana kondisi partisipasi orang tua dalam perawatan anak di ruang NICU dan menegaskan bahwa sangat penting untuk selalu membimbing orang tua dalam perawatan bayinya di RS (Wigert, Hellstrom, & Berg, 2008).

Penelitian yang terkait dengan penerapan FCC pada program pendampingan keluarga menunjukkan

manfaat yang besar terhadap lama rawat inap bayi di RS. Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna LOS yang dilakukan penerapan FCC pada kelompok kontrol dan intervensi (P-value 0,00). Program FCC ini dapat digunakan sebagai salah satu bentuk intervensi keperawatan di ruang Perinatologi untuk perawatan bayi dan keluarganya dengan berbagai macam permasalahan medis yang menyertai (Yugistyowati, 2016).

6. Asuhan Kefarmasian Pengelolaan Bayi Prematur

Prematuritas bukanlah penyakit tertentu, bayi dengan prematur (bayi lahir pada < 32 minggu kehamilan) berisiko mengalami anemia dan retinopati prematuritas (ROP). *Recombinant human erythropoietin* (rhEPO) secara rutin digunakan untuk mencegah anemia pada bayi prematur (Sun et al., 2020). Anemia prematuritas berhubungan dengan penurunan berat badan, nutrisi parenteral berkepanjangan, dan penambahan berat badan tertunda. Konsentrasi hemoglobin (Hb) rata-rata dilaporkan turun menjadi sekitar 8 g/dL pada bayi dengan berat lahir 1000-1500 g dan turun menjadi 7 g/dL untuk bayi dengan berat kurang dari 1000 g. Pada usia 4-10 minggu, titik nadir konsentrasi Hb turun menjadi 8-10 g/dL pada bayi prematur dengan berat 1200-1400 g dan 6-9 g/dL terjadi pada bayi prematur dengan berat kurang dari 1200 g (Jeon & Sin, 2013).

Hasil penelitian oleh Ohls et al. (2013), penggunaan *erythropoiesis-stimulating agent, darbepoetin alfa* dapat mengurangi dan mengatasi kebutuhan transfusi sel

darah merah pada bayi prematur. Pada bayi baru lahir dengan prematur, jumlah sel darah merah dalam sirkulasi menurun setelah lahir. Hal ini disebabkan oleh ketidakmatangan sistem hematopoietik dan produksi eritropoietin yang tidak memadai. Pada bayi yang lahir sebelum aterm, penurunan ini diperparah dengan seringnya pengambilan darah, yang diperlukan untuk memantau kondisi klinis bayi melalui pemeriksaan darah lengkap. Oleh karena itu, bayi yang lahir sebelum aterm cenderung membutuhkan transfusi sel darah merah. Rendahnya tingkat eritropoietin (EPO), zat dalam darah yang merangsang produksi sel darah merah pada bayi prematur, sehingga diperlukan penggunaan EPO untuk mencegah atau mengobati anemia. EPO dapat diberikan sebelum bayi mencapai usia delapan hari untuk mencegah atau mengurangi penggunaan transfusi sel darah merah. Hasil research menunjukkan bahwa EPO dapat melindungi terhadap kerusakan neurologis dan kerusakan usus pada bayi dengan prematuritas (Ohls et al., 2013; Ohlsson & Aher, 2020).

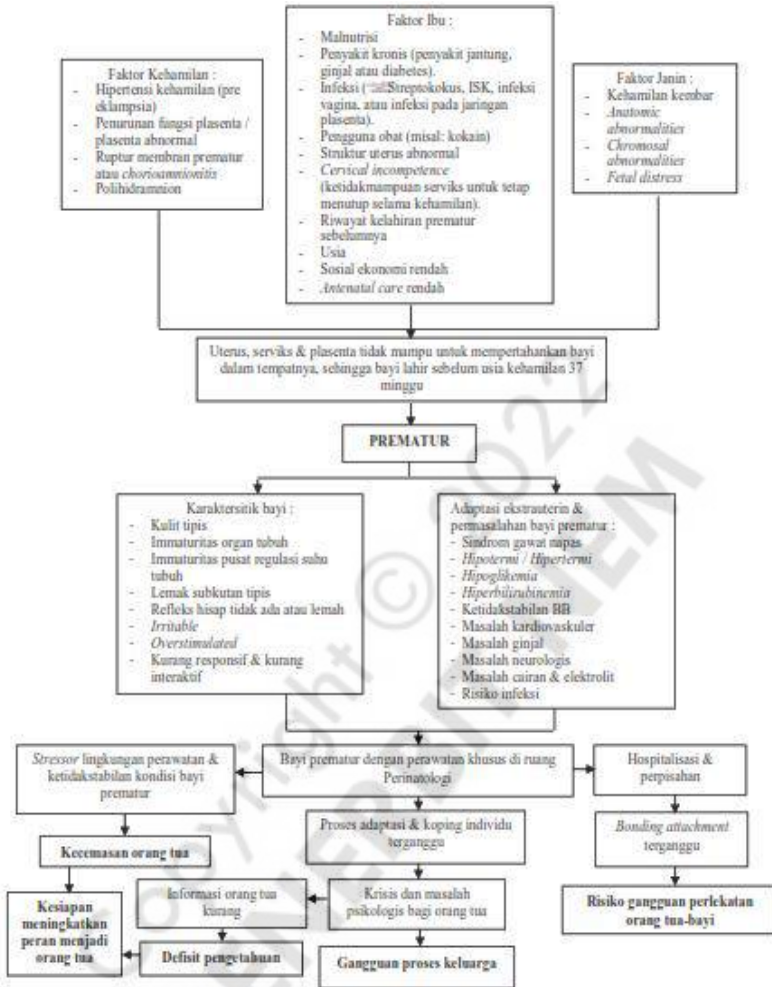
Dalam penelitian, yang melibatkan 102 bayi prematur secara acak mendapatkan dengan eritropoietin (EPO) 400 U/kg yang diberikan secara subkutan tiga kali seminggu, *darbepoetin alfa* 10 g/kg secara subkutan seminggu sekali dengan dosis palsu dua kali seminggu, atau plasebo dalam tiga dosis seminggu sampai usia kehamilan 35 minggu hingga pasien dipulangkan, dipindahkan ke rumah sakit lain, atau meninggal. Dosis disesuaikan dengan berat badan pasien setiap minggunya (Kohorn & Ehrenkranz, 2009; Shrena & Robin, 2016). Pengobatan eritropoietin dosis tinggi yang

diberikan kepada bayi sangat prematur dari 24 jam setelah lahir sampai 32 minggu usia pasca menstruasi tidak menghasilkan risiko yang lebih rendah dari gangguan perkembangan saraf yang parah atau kematian pada usia 2 tahun (Juul et al., 2020). Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa pengobatan EPO sejak dini pada bayi prematur dapat mengurangi jumlah transfusi sel darah merah dan paparan donor darah setelah pemberian terapi EPO. Selain itu pengobatan kombinasi dengan eritropoietin, intravenous iron, asam folat, dan vitamin B12 selama minggu-minggu pertama secara efektif mengurangi kebutuhan transfusi pada bayi dengan berat lahir sangat rendah (berat lahir 800 gram dan usia kehamilan 32 minggu) (Haiden et al., 2006).

Pengobatan dini dengan EPO tidak menyebabkan risiko kematian atau retinopati prematuritas, selain itu dapat menurunkan risiko kerusakan neurologis dan kerusakan gastrointestinal (Aher & Ohlsson, 2020). Akan tetapi secara farmakologis, penggunaan ritropoietin secara rutin sejak dini pada bayi prematur tidak direkomendasikan. Hasil penelitian tersebut, menguatkan bahwa eritropoietin aman dan efektif dapat mengurangi risiko hasil perkembangan saraf yang terganggu (efek neuroprotektif) dan enterokolitis nekrotikans (Ohlsson & Aher, 2020).

7. *Patoflow* Psikologis Orang Tua dengan Kondisi Kesehatan Bayi Prematur

Patoflow atau alur patofisiologi integrasi teori konservasi pada proses keperawatan orang tua dengan



Skema 3.2 Patoflow Psikologis Orang Tua dengan Perawatan Bayi Prematur

Sumber: Hockenberry & Wilson, 2007; Behrman, & Butler, 2007; Johnston, Flood & Spinks, 2003; Pillitteri, 2003; Olds, London, & Ladewig, 2000; Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 2005

8. Teori dan Konsep Promosi Kesehatan dalam Pengelolaan Bayi Prematur

a. Model Konservasi Myra Levine

Salah satu teori keperawatan yang dapat diaplikasikan sebagai dasar pemberi asuhan

keperawatan pada orang tua dengan neonatus adalah teori Konservasi Myra E. Levine. Teori Konservasi ini telah banyak digunakan diberbagai tempat pelayanan klinik seperti unit perawatan kritis, perawatan penyakit akut, dan perawatan jangka panjang (Tomey & Alligood, 2006).

Konsep utama teori Konservasi Levine adalah mempromosikan adaptasi dan mempertahankan keutuhan diri (*wholeness* atau *integrity*) melalui penggunaan prinsip-prinsip konservasi (Schaefer & Pond, 2009). Tujuan dari konservasi adalah tercapainya kesehatan dan kekuatan untuk menghadapi ketidakmampuan. Adapun fokus utama konservasi adalah menjaga secara bersama-sama seluruh aspek yang dimiliki individu itu sendiri. Dalam suatu intervensi keperawatan mungkin hanya mengacu pada satu bagian prinsip konservasi saja, tetapi perawat juga harus mengkaji pengaruh prinsip konservasi yang lainnya. Prinsip konservasi berfokus terhadap keseimbangan antara suplai dan kebutuhan energi untuk memenuhi kebutuhan biologis setiap individu (Alligood & Tomey, 2006).

Konsep adaptasi menurut Levine adalah suatu proses dimana individu melakukan interaksi dengan lingkungannya untuk mencapai dan mempertahankan integritas atau keutuhan diri (Schaefer & Pond, 2009). Seorang individu selalu berinteraksi dengan lingkungannya, dimana dalam proses interaksi tersebut respon adaptasi berbeda antara satu individu dengan yang lainnya (Alligood & Tomey, 2006).

Seorang individu yang berhasil dalam proses adaptasi terhadap berbagai perubahan lingkungannya akan mendukung terjadinya konservasi. Dengan adanya konservasi, maka seorang individu akan dapat memelihara energi yang ada untuk mempertahankan kesehatan dan penyembuhan sehingga keutuhan diri (*wholeness* atau *integrity*) dapat tercapai (Alligood & Tomey, 2006). Demikian halnya pada orang tua dengan bayi prematur, dimana kelahiran bayi prematur ini mengubah perilaku orang tua karena mereka dihadapkan pada peran dan tanggung jawab untuk perawatan khusus bayinya di RS. Kondisi fisik orang tua menjadi lelah dan bahkan terganggu sebagai efek tanggung jawabnya ketika harus menunggu bayinya di RS. Selain itu, orang tua juga mengalami banyak masalah psikologis, stres, dan kecemasan terhadap kondisi kesehatan bayinya. Pada saat yang sama, perasaan kecewa dan kegagalan juga sering dialami, karena pada kenyataannya ibu tidak dapat menyelesaikan masa kehamilannya secara normal. Proses transisi dan tantangan adaptasi ini merupakan perkembangan yang normal, tetapi tidak jarang banyak orang tua dari bayi prematur dapat mengalami kesulitan dalam melewati masa ini (Lindberg & Ohrling, 2008; Shah, Clements, & Poehlmann, 2011).

Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan harus memperhatikan prinsip konservasi untuk mempertahankan *wholeness* dan efek dari asuhan keperawatan yang diberikan. Keberhasilan adaptasi yang dilalui orang tua dengan bayi prematur akan menciptakan sebuah konservasi yang memiliki peran

bermakna dalam mendukung optimalisasi proses tumbuh kembang bayinya selama perawatan di RS. Proses tumbuh kembang bayi prematur ini tidak lain bertujuan untuk mencapai dan mempertahankan keutuhan diri (Alligood & Tomey, 2006).

Keutuhan diri pada praktiknya dapat dicapai melalui penggunaan prinsip-prinsip konservasi. Levine menjelaskan bahwa perawat dapat menggunakan prinsip konservasi untuk mengidentifikasi macam-macam intervensi yang dilakukan kepada individu dalam mencapai dan mempertahankan keutuhan dirinya. Intervensi yang telah dilakukan tersebut dapat diobservasi melalui respon organismik yang muncul dari tiap individu (Schaefer & Pond, 1994).

Adapun prinsip-prinsip konservasi dalam teori Levine meliputi prinsip konservasi energi, integritas struktural, integritas personal, dan integritas sosial (Alligood & Tomey, 2006). Pada prinsip konservasi energi, Levine menjelaskan bahwa seorang individu membutuhkan keseimbangan energi yang konstan untuk mempertahankan aktivitas hidupnya. Keseimbangan energi tercapai melalui asupan dan keluaran energi yang seimbang sehingga dapat mencegah terjadinya kelelahan yang berlebihan (Alligood & Tomey, 2006). Demikian halnya pada perawatan bayi prematur, konservasi energi menjadi salah satu pencapaian yang penting dalam proses adaptasi ektrauterin. Prinsip konservasi energi pada asuhan keperawatan bayi prematur bertujuan untuk

mengefektifkan penggunaan energi dalam proses tumbuh kembangnya.

Adapun prinsip konservasi integritas struktural merupakan sistem pertahanan yang ada di dalam tubuh seseorang. Konservasi integritas struktural bertujuan untuk mempertahankan atau memulihkan struktur tubuh, sehingga dapat mencegah terjadinya kerusakan fisik dan meningkatkan proses penyembuhan penyakit (Tomey & Alligood, 2006). Mempertahankan dan memulihkan struktur tubuh merupakan suatu tujuan asuhan keperawatan yang penting pada bayi prematur. Hal ini karena immaturitas organ tubuh pada bayi prematur sangat rentan untuk mengalami infeksi dan gangguan integritas tubuh, seperti cedera pada area kulit yang tipis, kerusakan retina mata akibat pencahayaan yang terang, dan kerusakan pendengaran karena tingkat kebisingan yang tinggi (Wong et al., 2009; Mirmiran & Ariagno, 2000). Oleh karena itu, kemampuan adaptasi dengan memelihara keutuhan integritas struktural juga menjadi prinsip yang penting dalam asuhan keperawatan pada bayi prematur untuk mendukung tercapainya keutuhan diri.

Prinsip konservasi integritas personal memandang bahwa individu berhak mendapatkan pengakuan dan rasa hormat, rasa nilai dan harga diri, serta memiliki martabat dan tujuan. Konservasi integritas personal ini bertujuan untuk mengenali individu sebagai manusia yang mendapatkan pengakuan, rasa hormat, kesadaran diri, dan dapat menentukan nasibnya sendiri (Alligood & Tomey,

2006). Pada praktiknya, prinsip integritas personal dalam asuhan keperawatan pada orang tua dengan bayi prematur dapat dilakukan dengan menunjukkan penghargaan pada orang tua, yaitu dengan menyapa dan memanggil nama mereka, bersikap ramah dan selalu ada untuk keluarga, mendengarkan dan menghormati semua keluhan yang disampaikan keluarga, menghargai nilai dan keyakinan yang dianutnya, menjaga privasi klien (bayi prematur) dan keluarganya, serta menghormati semua keputusan ataupun keinginan orang tua terhadap perawatan bayinya.

Prinsip yang lainnya dalam teori Konservasi Levine adalah integritas sosial. Prinsip ini memandang bahwa seorang individu tidak hanya berinteraksi dengan lingkungan secara fisik, namun juga secara sosial melalui interaksi dengan individu lainnya. Seorang individu dapat diakui sebagai anggota keluarga, anggota komunitas atau masyarakat, kelompok keagamaan, kelompok etnis, dan sistem politik dalam lingkup yang luas. Perawat memegang peranan penting dalam melaksanakan tanggung jawab profesionalnya antara lain: selalu ada untuk anggota keluarga, membantu pemenuhan kebutuhan religious, dan menggunakan komunikasi dalam hubungan interpersonal untuk mempertahankan integritas sosial (Alligood & Tomey, 2006).

Pada praktiknya pencapaian konservasi integritas sosial dalam asuhan keperawatan pada orang tua dengan bayi prematur dapat difasilitasi dengan menunjukkan sikap *caring*, membina

hubungan terapeutik dengan klien dan orang tua, menunjukkan rasa kasih dan empati pada orang tua, mengetahui dan memfasilitasi kehadiran orang tua, mendampingi dan menjelaskan pentingnya kelekatan dan interaksi dengan bayinya, mendengarkan keluhan dan membuat perasaan orang tua nyaman terhadap lingkungan RS, menyertakan orang tua dalam perawatan bayinya, serta menunjukkan kepekaan dan rasa kasih sayang untuk membina hubungan yang positif dengan orang tua.

Integrasi teori keperawatan dalam proses asuhan keperawatan merupakan suatu hal yang sangat bermakna. Teori keperawatan merupakan teori yang dibangun berdasarkan kesatuan konsep, definisi, dan asumsi yang menjelaskan fenomena dalam keperawatan (Tomey & Alligood, 2006). Teori keperawatan sangat penting karena menjadi gambaran empiris dalam pengembangan ilmu keperawatan yang memberikan arahan dan pedoman dalam mengatur setiap komponen dalam proses keperawatan (Christensen & Kenney, 2009).

Proses keperawatan adalah suatu tahapan yang sistematis dan dapat menjadi pedoman bagi perawat untuk berpikir kritis dalam melaksanakan intervensi keperawatan. Dalam uraian proses keperawatan mencakup pengkajian terhadap kondisi klien, menganalisis data hasil pengkajian dan menginterpretasikan data tersebut dalam bentuk masalah dan diagnosa keperawatan, merumuskan rencana asuhan keperawatan, mengimplementasikan

dan mengevaluasi setiap tindakan keperawatan yang telah dilakukan (Christensen & Kenney, 2009).

Adapun integrasi teori Konservasi Levine dalam tahapan proses keperawatan adalah sebagai berikut:

1) *Assessment*

Assessment atau pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Pada tahapan ini, perawat melakukan pengumpulan data atau informasi yang penting dan menunjang secara komprehensif untuk melakukan tindakan keperawatan (Christensen & Kenney, 2009). Pengkajian dapat dilakukan melalui wawancara dan observasi dengan mempertimbangkan prinsip konservasi. Dalam tahapan pengkajian ini, perawat dapat mengobservasi respon klien terhadap penyakit, membaca catatan medis dan evaluasi hasil pemeriksaan diagnostik penunjang, dan menggali informasi lainnya terkait kondisi kesehatan dan penyakit klien melalui wawancara dengan klien dan keluarga.

2) *Judgement* atau *Trophicognosis*

Tahapan *judgement* atau keputusan menggambarkan diagnosa keperawatan yang memberikan uraian fakta dari kondisi klien yang membutuhkan tindakan penyelesaian masalah. Keputusan atau diagnosa keperawatan yang telah dibuat berdasarkan kebutuhan masing-masing klien yang memerlukan bantuan. Interpretasi ini dilakukan atas dasar analisis terhadap data hasil pengkajian yang telah diperoleh sebelumnya (Alligood & Tomey, 2006).

3) *Hypothesis*

Tahapan *hypothesis* dalam teori Konservasi memuat intervensi keperawatan langsung yang dilakukan oleh perawat dan dilengkapi dengan tujuan keperawatan untuk mempertahankan prinsip *wholeness*, serta untuk mendukung adaptasi individu. Perawat menyusun *hypothesis* untuk menyelesaikan masalah klien tersebut dan uraian *hypothesis* ini akan menjadi sebuah rencana keperawatan yang akan dilakukan pada klien (Allgood & Tomey, 2006).

4) *Intervention*

Tahapan *intervention* merupakan tahapan dimana perawat memberikan asuhan keperawatan langsung pada klien. Pada tahapan ini, perawat menggunakan *hypothesis* yang telah disusun sebagai pedoman melakukan asuhan keperawatan. Intervensi yang dilakukan pada klien berdasarkan prinsip-prinsip konservasi untuk mempertahankan *wholeness* dan mendukung adaptasi (Allgood & Tomey, 2006).

5) *Evaluation*

Pada tahapan ini perawat mengobservasi respon organismik terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan pada klien. Selain itu, perawat juga mengevaluasi apakah *hypothesis* yang telah disusun sebelumnya dan diimplementasikan dalam bentuk asuhan keperawatan dapat mempertahankan *wholeness* dan mendukung proses adaptasi klien. Jika hasil evaluasi tidak mendukung, maka diperlukan perbaikan dan

diikuti dengan penyusunan hipotesis yang baru (Alligood & Tomey, 2006).

b. *Health Promotion Model* Nola J Pender

Konsep pelayanan keperawatan dari model kuratif ke arah promotif dan preventif mendorong lahirnya tentang *Health Promotion Model* (HPM) oleh Pender. Melalui 2 teori yaitu mengenai teori nilai harapan dan teori kognitif sosial. Teori nilai harapan (*expectancy value*) adalah pemahaman bahwa perilaku sehat bersifat rasional dan ekonomis, ada dua hal pokok yaitu: hasil tindakan bersifat rasional dan ekonomis dan pengambilan tindakan untuk menyempurnakan hasil yang diinginkan. Teori Kognitif Sosial (*Social Cognitive Theory*) teori ini menekankan pengarahannya diri, pengaturan diri, dan persepsi terhadap kemajuan diri. Teori ini mengemukakan bahwa manusia memiliki kemampuan dasar antara lain: pengalaman sebagai petunjuk dimasa akan datang, berpikiran ke depan, belajar dari pengalaman orang lain, pengaturan diri dan refleksi diri.

Terdapat 3 landasan HPM yaitu: sikap yang berhubungan dengan aktivitas, komitmen pada rencana tindakan, dan adanya kebutuhan yang mendesak. Pertama sikap yang berhubungan dengan aktifitas meliputi karakteristik individu dan pengalaman individu diketahui bahwasannya manusia itu bersifat unik dan selalu belajar dari setiap pengalaman baik pribadi maupun orang lain. Faktor yang mempengaruhi antara lain faktor biologi seperti

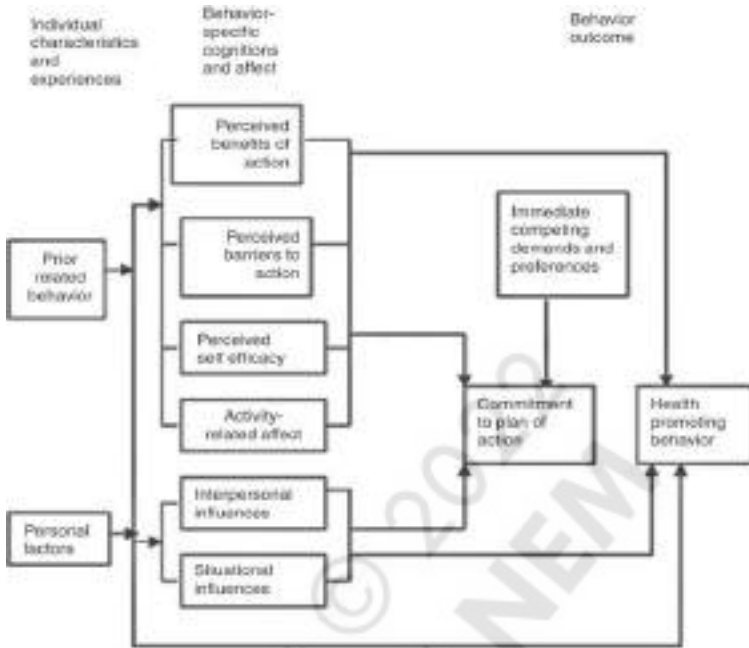
usia, *body mass indeks*, status pubertas, status *menopause*, kapasitas aerobik, kekuatan, ketangkasan atau keseimbangan, faktor psikologi mengenai *self esteem*, motivasi diri dan status kesehatan dan sosiokultural yang meliputi suku, etnis, akulturasi, pendidikan dan status sosio ekonomi.

Kedua tentang kognitif *behaviour* spesifik dan sikap, pada tahap ini dibagi 6 kategori yaitu mengenai penilaian terhadap manfaat tindakan secara langsung dapat memotivasi perilaku kearah positif. Hambatan tindakan adalah sikap yang langsung menghalangi kegiatan melalui pengurangan komitmen terhadap rencana kegiatan. Kemajuan diri yaitu kemampuan seseorang dalam mengorganisasi dan melakukan tindakan yang tidak menyangkut skill yang dimiliki. Sikap yang berhubungan dengan aktivitas seperti tindakan yang diambil, emosi yang timbul pada kegiatan serta lingkungan di mana kegiatan itu berlangsung. Pengaruh interpersonal mengenai perilaku, kepercayaan atau sikap kepada orang lain. Sumber utama interpersonal dari keluarga kelompok dan pemberi pengaruh pelayanan kesehatan. Pengaruh interpersonal terdiri dari norma, sosial *support* dan model (belajar dari pengalaman orang lain). Pengaruh situasional yaitu situasi yang dapat mempengaruhi perilaku dengan mengubah lingkungan.

Terakhir yang ketiga mengenai perilaku yang diharapkan, tahapan ketiga ini dikategorikan dalam 3 tahapan yaitu mengenai komitmen terhadap rencana tindakan dengan komitmen untuk

melaksanakan tindakan sesuai waktu dan tempat dengan orang-orang tertentu atau sendiri tanpa persaingan, pengaturan strategi tertentu untuk mendapatkan tujuan dan rencana kegiatan yang dikembangkan oleh perawat dan klien untuk mencapai tujuan. Kebutuhan yang mendesak merupakan perilaku alternatif sehingga tindakan yang mungkin dilakukan segera sebelum kejadian terjadi suatu rencana perilaku promosi kesehatan. Hasil perilaku yaitu efek pencapaian tujuan secara langsung ditujukan pada pencapaian hasil kesehatan positif untuk klien. Perilaku promosi kesehatan terutama sekali terintegrasi dalam gaya hidup sehat yang menyerap pada semua aspek kehidupan seharusnya mengakibatkan peningkatan kesehatan, fungsional dan kualitas hidup yang lebih baik pada semua tingkat perkembangan.

Model promosi kesehatan sebagai suatu cara untuk menggambarkan interaksi manusia dengan lingkungan fisiknya dan interpersonalnya dalam berbagai dimensi. Model dengan menggabungkan dua teori yaitu teori nilai penghargaan (*expectancy-value*) dan teori pembelajaran sosial (*social cognitive theory*) dalam perspektif keperawatan manusia dilihat sebagai fungsi yang holistik. Adapun secara singkat elemen dari teori ini adalah sebagai berikut:



Gambar 3.1 Konsep Health Promotion Model Pender

Teori keperawatan Nola J. Pender tentang “*Health Promotion Model*” yang menjelaskan bahwa perilaku kesehatan merupakan hasil tindakan yang ditujukan untuk mendapatkan hasil kesehatan yang optimal. (Alligood, 2014). Model ini mengabungkan 2 teori yaitu teori nilai harapan (*expectancy value*) dan teori kognitif sosial (*social cognitive theory*) yang konsisten dalam melihat pentingnya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit yakni bersifat logis dan ekonomis. HPM membantu perawat dalam memahami perilaku kesehatan individu, yang menjadi dasar konseling dalam meningkatkan gaya hidup sehat (Sukut et al., 2015).

Upaya promosi kesehatan juga diarahkan tidak hanya masalah pencegahan penyakit atau

kelemahan fisik tetapi kesejahteraan mental dan sosial yang menyeluruh guna mendapatkan generasi berkarakter baik, perlu dilakukan pembinaan kesadaran sosial, terutama kepada keadaan orang lain, pemahaman pikiran serta pemahaman terhadap situasi yang rumit dalam kehidupan dan tujuan utama meningkatkan kesadaran, kemauan dan keterampilan dalam berperilaku sehat (Asniar, 2013). Teori yang dikemukakan merupakan contoh berdasarkan pengalaman pribadi dan hasil penelitian yang dikembangkan atas riset kualitatif dan kuantitatif, riset yang berhubungan dengan HPM memberikan kontribusi pengembangan *body of knowledge* secara umum dari ilmu keperawatan.

c. Teori Keperawatan *Chronic Sorrow* Eakes, Burke & Hainsworth

Dalam rentang kehidupan manusia, setiap individu pasti pernah dihadapkan pada kondisi yang menyedihkan dan perasaan kehilangan. Pengalaman tersebut akan menimbulkan ketidakseimbangan antara harapan dengan kenyataan yang sedang dialami. Kejadian tersebut dapat memicu timbulnya kesedihan atau duka cita mendalam yang berpotensi menetap dan berulang (Shah, Clements, & Poehlmann, 2011). Individu dengan pengalaman kesedihan tersebut biasanya akan menggunakan suatu metode untuk mengatasi permasalahan yang sedang dihadapinya. Metode tersebut dapat berasal dari dalam diri individu (*koping personal*) ataupun dari luar individu (*dukungan keluarga, orang terdekat, dan tim*

kesehatan). Jika metode yang digunakan efektif, maka individu akan mampu beradaptasi dan merasa nyaman; tetapi jika metode yang digunakan tidak efektif akan terjadi masalah bagi individu tersebut (Rennie, 2005).

Teori keperawatan Eakes, Burke, dan Hainsworth tentang "*chronic sorrow*" dapat diaplikasikan dalam lingkup keperawatan anak. Teori keperawatan tentang kesedihan kronis menjelaskan bahwa pengalaman manusia dan gaya hidup individu berbeda-beda karena kehilangan atau kesedihan. Peran perawat sangat penting untuk melihat "*chronic sorrow*" sebagai respons yang normal terhadap kehilangan dan kesedihan. Dukungan, strategi koping yang positif, dan meningkatkan peran individu untuk meningkatkan adaptasi dan kenyamanan sangat diperlukan (Tomey & Alligood, 2006).

Pengalaman ibu yang memiliki bayi prematur di ruang rawat intensif neonatus dapat digambarkan sesuai teori ini. Ibu dengan bayi prematur yang menjalani perawatan di ruang rawat intensif neonatus dihadapkan pada masalah ketidaksiapan psikologis, fisik, dan emosional untuk kondisi ini. Ibu sering merasa syok, sedih, dan kehilangan yang kadangkadang begitu kuat terhadap ketidakpastian kesembuhan bayinya. Perasaan berduka dan kehilangan dengan kelahiran prematur dan perawatan yang rumit ini, membuat ibu dituntut untuk memiliki strategi koping yang baik untuk dapat melewati penderitaan dan mampu beradaptasi dengan pengalaman baru yang dihadapinya sekarang. Hal ini

tidak lepas dari peran penting perawat untuk memberikan dukungan dan strategi yang tepat untuk membantu orang tua melewati masa krisis ini.

Strategi manajemen dapat dilakukan secara internal maupun eksternal. Strategi manajemen perawatan diri dirancang sebagai strategi koping internal, antara lain melalui: tindakan, kognitif, interpersonal, dan emosional. Strategi manajemen internal yang dapat dilakukan, antara lain: metode distraksi untuk mengatasi nyeri, selalu berpikiran positif, berbicara atau bercerita kepada orang lain, dan mengekspresikan emosi dengan baik. Strategi manajemen internal ini dikatakan efektif jika seseorang individu menunjukkan perasaan sedihnya yang berkurang (Eakes, Burke, & Hainsworth, 1993 dalam Tomey & Alligood, 2006).

Manajemen eksternal digambarkan sebagai bentuk intervensi yang diberikan oleh perawat profesional. Perawat dapat memberikan antisipasi berduka pada individu ataupun keluarga yang berisiko atau dengan penderitaan kronik. Peran utama perawat yang dapat dilakukan, antara lain: menunjukkan rasa empati, bersikap profesional, menunjukkan sikap caring, dan memberi asuhan keperawatan yang komprehensif (Eakes, Burke, & Hainsworth, 1993 dalam Tomey & Alligood, 2006).

Perawat anak khususnya perawat di ruang intensif neonatus dituntut untuk lebih kompeten dan terampil dalam memberikan asuhan keperawatan terkait dengan masalah kesehatan bayi prematur dan kondisi psikologis orang tua atau keluarganya.

Perawat anak harus mampu melakukan pendekatan yang tepat sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang dihadapi orang tua tersebut. Tujuan dari manajemen ini adalah membantu orang tua melewati masa krisis, meningkatkan kenyamanan dan koping adaptif selama perawatan bayi prematur di ruang intensif neonatus (Rennie, 2005).

Perawat membutuhkan strategi dan manajemen keperawatan yang tepat, sehingga tujuan yang diharapkan dapat tercapai. Keterampilan perawat dalam mengumpulkan data tentang pasien dan keluarga, komunikasi dua arah, dan sikap caring sangat diperlukan (Hockenberry & Wilson, 2007). Perawat anak berperan dalam mengidentifikasi dan memberikan dukungan ataupun informasi yang adekuat tentang perawatan bayi prematur dan permasalahannya, hal-hal yang dapat dilakukan orang tua selama perawatan bayi di ruang rawat intensif, dan dukungan terhadap orang tua melalui sikap terbuka, selalu ada untuk pasien dan keluarga, sikap empati dan menghormati hak klien dan keluarga (Kearvell & Grant, 2008; Olds, London, & Ladewig, 2000).

Perawat harus menentukan dan memulai langkah-langkah pendekatan yang tepat terhadap intervensi keperawatan yang akan dipilih (Tomey & Alligood, 2006). Perawat diharapkan melakukan pendekatan terhadap pasien dan keluarga tanpa menghakimi, menggali informasi yang dibutuhkan untuk pemberian asuhan keperawatan, dan mampu memfasilitasi orang tua selama perawatan bayi

prematurnya di ruang rawat intensif melalui: pemberian dukungan, motivasi, informasi yang terprogram dan lengkap, kesediaan untuk mendengarkan keluhan orang tua, dan melibatkan orang tua dalam perawatan anak. Hal ini untuk membantu orang tua melewati masa berduka kronik, meningkatkan peran orang tua, kepercayaan diri, dan kemampuan orang tua dalam perawatan bayinya (Johnston, Flood & Sprinks, 2003).

d. Teori Keperawatan *Maternal Role Attainment* (MRA)
Ramona T Mercer

Teori Mercer tentang *Maternal Role Attainment* atau pencapaian peran ibu di dasarkan pada penelitiannya yang dimulai sejak tahun 1960. Professor Reva Rubin dari Universitas Pittsburgh yang merupakan mentor dari Mercer yang memberikan rangsangan pada perkembangan penelitian dan teori dari Mercer. Rubin yang terkenal dalam proyeknya menguraikan dan menjelaskan pencapaian peran ibu sebagai suatu proses *bounding* kepada anak dan pencapaian identitas peran ibu atau melihat diri sendiri dalam peran dan pencapaian rasa nyaman (Tomey and Alligood, 2006).

Variabel kerangka kerja Mercer menggunakan konsep dari Rubin. Sumber teori lain adalah Mead's teori tentang penetapan peran dan teori Turner tentang inti dari diri. Teori lain yang digunakan adalah teori Thronton tentang pengambilalihan peran dan teori Von Bertalanffy's yaitu teori sistem general/umum. Model *Maternal Role Attainment* Mercer menggunakan konsep Bronfenbrenner's

konsep lingkaran yang menggambarkan pengaruh interaksi lingkungan terhadap peran ibu. Kompleksitas dari konsep Bronfenbrenner's menarik Mercer untuk menggunakan beberapa teori untuk mengidentifikasi dan mempelajari variabel pencapaian peran ibu. Meskipun konsep Mercer banyak menggunakan konsep Rubin namun dia juga banyak menggunakan teori lain untuk mengembangkannya (Tomey and Alligood, 2006).

Mercer menggunakan variabel ibu dan bayi sebagai dasar penelitiannya. Dia menemukan banyak faktor yang berhubungan secara langsung maupun tidak langsung yang mempengaruhi pada peran ibu. Faktor ibu diantaranya adalah usia ibu, waktu pertama melahirkan, pengalaman melahirkan, stress sosial, pemisahan yang cepat dari bayinya, faktor sosial, hambatan personal, konsep diri, perilaku melahirkan dan kesehatan. Variabel bayi termasuk temperamen, penampilan, respon, status kesehatan, dan isyarat bayi (Tomey and Alligood, 2006).

Disamping itu juga menambahkan pentingnya peran ayah dan mengaplikasikan penemuan-penemuan penelitian sebelumnya tentang respon paternal menjadi orang tua (ayah). Mercer telah meneliti pengaruh variabel-variabel ini terhadap pendekatan orangtua dan kemampuan pada beberapa tahapan, misal pada periode post partum 1 bulan, 4 bulan, 8 bulan dan 1 tahun setelah kelahiran. Dalam penelitiannya Mercer juga memasukkan remaja, ibu yang lebih tua, ibu yang sakit, ibu yang sedang menghadapi masalah konginetal pada anaknya,

keluarga dengan pengalaman stress antepartum, orang tua yang beresiko tinggi, ibu dengan kelahiran sesar dan ayah. Sebagai langkah awal, Mercer menjadikan hasil penelitiannya sebagai dasar teorinya, sebagai hasilnya Mercer mengganti istilah *Maternal Role Attainment* dengan “menjadi ibu atau *Be Coming Mother*” (Tomey and Alligood, 2006).

Asumsi mayor tentang *Maternal Role Attainment* atau pencapaian peran ibu menurut Ramona T. Mercer (Tomey and Alligood, 2006) adalah:

- 1) Inti diri yang relatif stabil diperlukan dalam sosialisasi sepanjang hidup, yaitu bagaimana ibu dapat menerima dan menjelaskan kejadian, contoh persepsi ibu tentang bayi dan respon menjadi ibu, situasi kehidupannya dan kehidupan yang nyata dimana dia berespon.
- 2) Sosialisasi ibu juga dipengaruhi tingkat perkembangannya dan karakteristik diri yang dibawa sejak lahir, juga mempengaruhi respon tingkah lakunya.
- 3) Suami dan anak akan mempengaruhi peran ibu dalam pertumbuhan dan perkembangan.
- 4) Anak sebagai pasangan yang aktif dalam proses pencapaian peran ibu mempengaruhi dan dipengaruhi oleh penetapan peran.
- 5) Ayah atau pasangan intim ibu berkontribusi terhadap pencapaian peran yang tidak mungkin digantikan orang lain.
- 6) Identitas ibu berkembang secara bersamaan dengan ikatan perasaan kasih sayang ibu dan salaiing bergantung satu sama lain.

Ramona T. Mercer menjelaskan asumsi dasar teori *Maternal Role Attainment* berlandaskan paradigma keperawatan dengan empat konsep utama yaitu manusia, kesehatan, lingkungan, dan keperawatan (Tomey and Alligood, 2006) sebagai berikut:

1) Keperawatan

Keperawatan adalah profesi dinamis dengan tiga focus utama yaitu promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, perawatan dalam pencapaian fungsi dan derajat kesehatan yang optimal, serta penelitian untuk memperluas pengetahuan dasar bagi pemberian asuhan keperawatan yang berkualitas. Perawat memberikan pelayanan untuk individu, keluarga, dan komunitas. Setelah melakukan pengkajian terhadap klien, perawat bersama klien mengidentifikasi tujuan, perawat memberikan pendidikan dan support agar klien dapat merawat dirinya sendiri melalui interaksi dengan lingkungan.

2) Manusia

Mercer tidak memberikan definisi yang spesifik tentang manusia. Menurut pandangannya manusia merupakan bagian dari kesatuan sistem. Perawatan pada manusia bersumber pada budaya dan terbentuk secara perlahan. Konsep *self esteem* dan kepercayaan merupakan faktor yang penting dalam proses pembentukan system manusia. Peran ibu merupakan bagian perjalanan kehidupan manusia yang berfokus pada interaksi

dengan bayi dan ayah. Mereka saling mempengaruhi antara satu dengan lainnya.

3) Kesehatan

Mercer mendefinisikan status kesehatan sebagai persepsi ibu/ayah terhadap prioritas kesehatan keluarga. Kesehatan meliputi pandangan secara umum, perlawanan terhadap sakit, perhatian, dan orientasi sakit. Status kesehatan bayi juga dipengaruhi oleh hal-hal tersebut. Status kesehatan keluarga akan cenderung negative akibat adanya stress antepartum. Mercer menyebutkan bahwa stress merupakan factor yang mempengaruhi kesehatn sejak masa pengasuhan anak sehingga harusnya mendapatkan perhatian serius.

4) Lingkungan

Konsep Mercer tentang lingkungan bersumber dari Bronfenbrenners tentang definisi ekologi. Menurut Mercer perkembangan siklus kehidupan manusia tidak bisa dipisahkan dari lingkungannya. Hal tersebut saling mempengaruhi antara satu dengan lainnya, demikian pula pengaruhnya terhadap ibu dan bayi.

Dalam teorinya Mercer menggunakan beberapa konsep (Tomey and Alligood, 2006), yaitu:

- 1) Pencapaian peran ibu: Pencapaian peran merupakan hasil interaksi dan proses perkembangan yang terjadi pada waktu ibu terikat pada anaknya, kompeten dalam

melaksanakan peran, dan menyatakan kepuasan dalam menjalankan perannya. “Perubahan keadaan kepribadian ibu yang mengalami penyesuaian perasaan, keyakinan, dan kemampuan menampilkan peran menjadi ibu.

- 2) Identitas maternal: Identitas maternal didefinisikan sebagai pandangan diri sebagai seorang ibu.
- 3) Persepsi pengalaman melahirkan: Persepsi ibu terhadap penampilannya selama persalinan dan melahirkan adalah persepsinya terhadap melahirkan.
- 4) Penghargaan diri: Menggambarkan penghargaan diri sebagai pengamatan dan pandangan individu serta penerimaan diri atas pengamatan.
- 5) Konsep diri: Menjelaskan garis besar konsep diri adalah pandangan diri sebagai semua persepsi diri termasuk kepuasan diri, penerimaan diri, penghargaan diri, dan persamaan atau perbedaan antara diri dengan ideal diri.
- 6) Fleksibilitas: Peran bersifat fleksibel (tidak kaku). Fleksibilitas dalam pengasuhan anak meningkat mengikuti perkembangan usia ibu. Ibu yang lebih tua berpotensi lebih fleksibel dalam berespon terhadap bayinya dan mampu memandang setiap situasi sebagai nuansa yang unik.
- 7) Sikap pengasuhan anak: Sikap pengasuhan anak merupakan sikap atau kepercayaan ibu tentang mengasuh anak.
- 8) Status kesehatan: Status kesehatan didefinisikan sebagai persepsi “ibu” dan “ayah” terhadap

prioritas kesehatan, pencegahan kesehatan, pandangan kesehatan, kerentanan terhadap penyakit, kecemasan terhadap kesehatan, orientasi sakit, dan penolakan terhadap peran sakit.

- 9) Kecemasan: Menggambarkan kecemasan sebagai suatu sifat kecenderungan spesifik untuk menerima situasi stress sebagai sesuatu yang berbahaya dan mengancam.
- 10) Depresi: Depresi adalah adanya kumpulan tanda-tanda tertekan, terutama mempengaruhi komponen suasana hati.
- 11) Peran ketegangan-peran konflik: Peran ketegangan adalah konflik dan kesulitan yang dirasakan wanita dalam memenuhi kewajiban berperan sebagai ibu.
- 12) Kepuasan: Menggambarkan pemuasan sebagai kepuasan, kesenangan, hadiah, atau memenuhi pengalaman wanita dalam berinteraksi dengan bayinya dan dalam memenuhi tugas-tugas keibuan.
- 13) Ikatan kasih sayang: Ikatan kasih sayang adalah komponen peranan orangtua yang identik dengan kelahiran anak. Ikatan kasih sayang dipandang sebagai proses di dalam pembentukan kesabaran dan komitmen emosional individu.
- 14) Temperamen bayi: Temperamen kadang bersifat mudah namun kadang juga dapat bersifat sulit. Hal ini bisa dipengaruhi oleh adanya kesulitan dalam mengirim sinyal yang merupakan

komponen penting untuk merasakan ketidakmampuan dan perasaan frustrasi ibu.

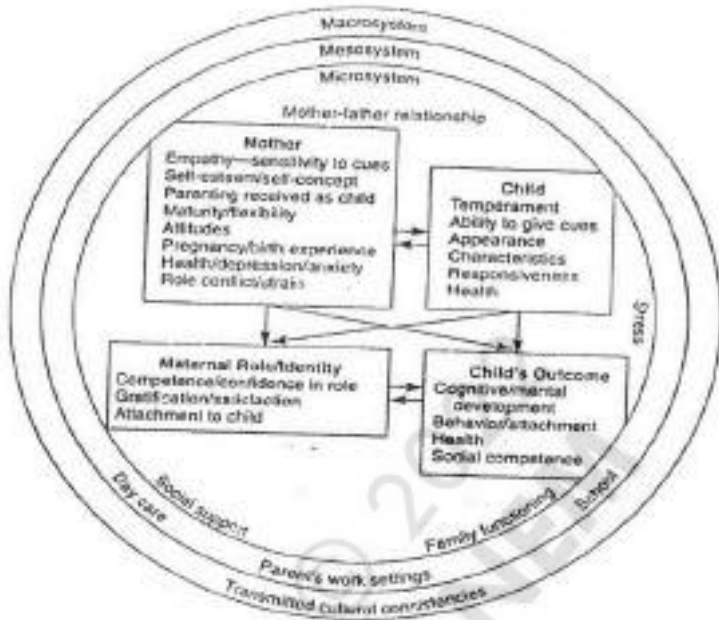
- 15) Status kesehatan bayi: Status kesehatan bayi adalah segala penyakit yang menyebabkan perpisahan ibu dengan bayi sehingga menghalangi proses pembentukan ikatan.
- 16) Karakteristik bayi: Karakteristik bayi termasuk temperamen bayi, penampilanya, dan status kesehatan.
- 17) Sinyal bayi: Sinyal bayi (infant's cues) adalah perilaku yang ditimbulkan bayi sebagai suatu respon dari perilaku ibu.
- 18) Keluarga: Mendefinisikan keluarga sebagai suatu system dinamik yang termasuk subsistem-individual (ibu, ayah, bayi) dan pasangan (ayah-ibu, ibu-bayi, ayah-bayi) di dalam sistem keluarga.
- 19) Fungsi Keluarga: Fungsi keluarga adalah memandang individu dari aktifitas dan hubungan antara keluarga, subsistem, dan unit social yang lebih luas.
- 20) Ayah (kedekatan pasangan): Ayah (kedekatan pasangan) berkontribusi pada proses penerimaan peran maternal yang tidak dapat diduplikasi orang lain. Interaksi ayah membantu mengurangi ketegangan dan memfasilitasi penerimaan peran maternal.
- 21) Stres: Stres membuat penerimaan kehidupan secara positif dan negative dengan variabel lingkungan.
- 22) Dukungan sosial: Dukungan social adalah banyaknya pertolongan yang dapat diterima,

kepuasan yang diterima dari pertolongan, dan orang-orang yang memberikan pertolongan. Terdapat empat area dukungan sosial:

- a) Dukungan emosional; yaitu merasa dicintai, diberi kepercayaan, dan pengertian.
- b) Dukungan informasional; bagaimana membantu individu menolong dirinya sendiri dengan pemberian informasi yang dapat digunakan dalam mengambil keputusan terhadap suatu masalah atau situasi.
- c) Dukungan fisik; yaitu suatu pertolongan yang bersifat langsung.
- d) Dukungan *appraisal*; yaitu suatu dukungan yang memberitahukan peran yang seharusnya ditampilkan, memberikan kesempatan kepada individu untuk mengevaluasi dirinya dalam hubungannya dengan penampilan peran.

23) Hubungan ibu-ayah; hubungan ibu-ayah dipersepsikan sebagai hubungan perkawinan yang dikehendaki dan nilai-nilai actual, tujuan, dan kesepakatan keduanya (Mercer, 1986). Ikatan ibu dengan bayi berkembang dalam perasaan emosional dari hubungan orang tua.

Model Maternal Role Attainment digambarkan oleh Mercer sebagai berikut:

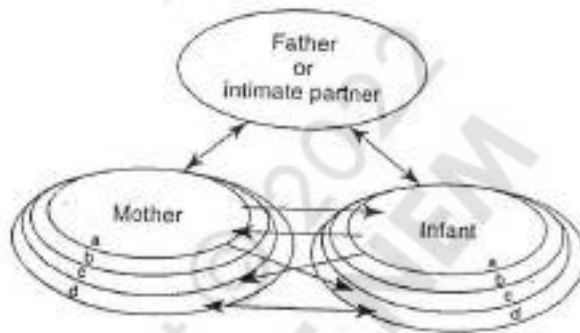


Gambar 3.2 Model Maternal Role Attainment

1) Mikrosistem

Mikrosistem merupakan lingkungan yang paling dekat dalam proses pencapaian peran maternal. Termasuk di dalamnya adalah fungsi keluarga, hubungan ibu-ayah, dukungan social, status ekonomi, nilai dan kepercayaan dalam keluarga serta sumber stressor yang dipandang melekat dalam system keluarga. Variabel-variabel tersebut saling berinteraksi satu sama lain dan memberikan pengaruh dalam transisi menjadi *motherhood*. Bayi sebagai individu yang ada di dalam system keluarga. Keluarga dipandang sebagai system semi tertutup yang membatasi dan mengontrol perubahan di antara sistem keluarga dan sistem sosial lainnya.

Mikrosistem merupakan komponen yang paling berpengaruh dalam pencapaian peran maternal yang terjadi melalui interaksi antara ayah, ibu dan bayinya. Mikrosistem dalam pencapaian peran maternal (Tomey and Alligood, 2006) digambarkan sebagai berikut:



Gambar 3.3 Mikrosistem dalam Pencapaian Peran Maternal

Keterangan:

Lapisan a sampai d menjelaskan tahapan pencapaian peran maternal dari antisipasi ke personal (identitas peran) dan tahap pertumbuhan dan perkembangan bayi.

a) Antisipasi

Tahap antisipasi dimulai selama kehamilan termaksud juga penyesuaian awal psikologis dan sosial selama kehamilan. Ibu mempelajari harapan terhadap perannya, berfantasi tentang peran, berhubungan dengan fetus dalam uterus dan mulai bermain peran.

b) Formal

Tahap formal dimulai dari kelahiran bayi, belajar dan menerima peran menjadi ibu. Perilaku peran digambarkan melalui tahap formal dan harapan-harapan lain yang ada dalam sistem sosial ibu.

c) Informal

Dimulai saat ibu mengembangkan cara yang unik dalam menjalankan peran dan peran tersebut tidak ada dalam sistem sosial. Ibu membuat peran baru yang tepat sesuai gaya hidupnya berdasarkan pengalaman masa lalu dan tujuan yang akan datang.

d) Personal

Tahap identitas peran personal terjadi ketika ibu menginternalisasi peran. Ibu mengalami perasaan keselarasan, kepercayaan diri, dan kompeten dalam peran maternal yang telah dicapai. Sifat dan perilaku ibu dan bayi dapat mempengaruhi identitas peran ibu dan anak. Sifat dan perilaku ibu yang dapat mempengaruhi identitas peran maternal dalam model Mercer ini adalah empati, sensitif terhadap bayi, harga diri dan konsep diri, penerimaan sebagai orang tua, kematangan, fleksibilitas, sikap, pengalaman kehamilan dan melahirkan, kesehatan, depresi dan konflik peran (Tomey and Alligood, 2006).

Sifat bayi bayi yang memberi dampak terhadap identitas peran maternal adalah

temperamen bayi, kemampuan dalam memberikan sinyal, kemampuan berespon dan kesehatan. Berikut contoh respon perkembangan bayi yang berinteraksi dengan ibu untuk mengembangkan identitas maternal (Tomey and Alligood, 2006):

- a) Kontak mata dengan ibu sebagai isyarat berbicara, adanya reflek menggenggam.
- b) Reflek tersenyum dan perilaku yang tenang sebagai respon terhadap perawatan ibu.
- c) Perilaku interaksi yang konsisten dengan ibu.
- d) Respon-respon yang berasal dari ibu dengan lebih meningkatkan pergerakan.

2) Mesosistem

Mesosistem meliputi pengaruh interaksi antara individu di dalam mikrosistem. Interaksi mesosistem dapat mempengaruhi perkembangan dari masa bayi menuju masa anak. Termasuk di dalamnya adalah perawatan sehari-hari, sekolah, tempat kerja, tempat beribadah, yang ada di dalam komunitas (Tomey and Alligood, 2006).

3) Makrosistem

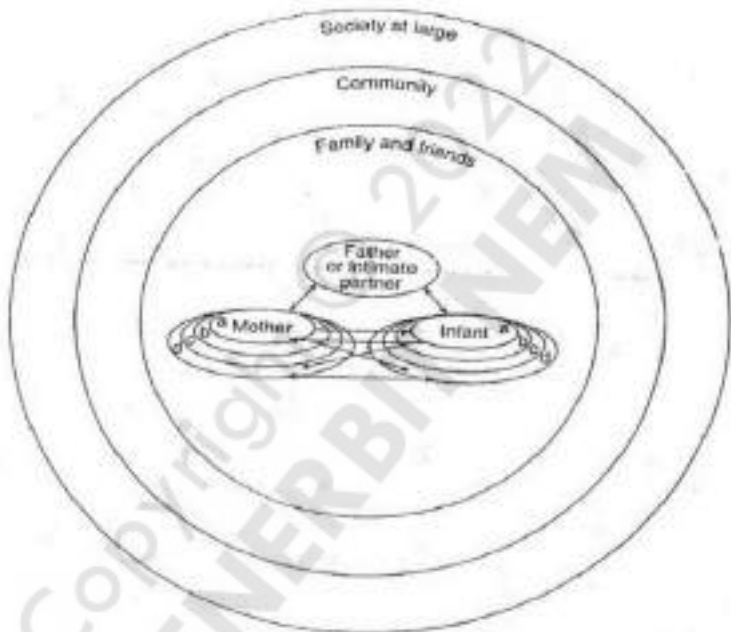
Makrosistem menunjuk pada model asli yang umum dari budaya atau transmisi budaya. Termasuk di dalamnya sosial, politik, pengaruh budaya antar dua sistem di atas. Lingkungan pelayanan kesehatan dan kebijakan sistem pelayanan saat ini berdampak pada pencapaian peran maternal (Tomey and Alligood, 2006).

Mercer secara kontinyu menggunakan riset sebagai *building block* untuk teorinya. Pada tahun 2003 dia mulai menilai kembali teori *Maternal Role Attainment* dan mengusulkan *Becoming a Mother* yang lebih akurat memberikan gambaran berdasarkan hasil risetnya. Selanjutnya Mercer mengemukakan konsep pencapaian peran sebagai akhir dari suatu proses dan tidak menunjukkan proses pengembangan yang terus menerus dari ibu. Mercer menyimpulkan berdasarkan riset terbarunya tentang dimensi kognitif dan perilaku pada wanita yang akan menjadi ibu (Tomey and Alligood, 2006).

Berikut ini adalah model yang direvisi dalam *Becoming a Mother*. Dalam model ini Mercer (2004) mengemukakan perkembangan menjadi ibu lebih digambarkan dalam "proses" yang lebih besar dari "peran menjadi ibu". Meskipun beberapa peran berakhir tetapi sifat keibuan menjadi komitmen sepanjang hidup (Tomey and Alligood, 2006).

Mercer tetap menggunakan konsep Bronfenbrenner tentang interaksi sarang ekologi. Dia menegaskan kembali untuk merefleksi lingkungan hidup yaitu: keluarga dan teman, komunitas dan masyarakat luas. Model ini menempatkan interaksi antara ibu, bayi, dan ayah sebagai pusat interaksi terhadap lingkungan hidup. Variabel yang terkandung dalam keluarga dan teman adalah dukungan sosial, nilai-nilai dalam keluarga, budaya menjadi orang tua, fungsi keluarga dan stressor. Lingkungan komunitas meliputi tempat perawatan, tempat ibadah, sekolah, tempat kerja, rumah sakit, fasilitas rekreasi, dan pusat-

pusat budaya. Di dalam masyarakat luas yang mempengaruhi adalah hukum terhadap wanita dan anak, ilmu reproduksi an neonatal, pertukaran budaya secara konsisten dan program pelayanan kesehatan nasional. *Model Becoming a Mother* digambarkan Mercer (Tomey and Alligood, 2006) sebagai berikut:



Gambar 3.4 *Model Becoming a Mother* yang Telah Direvisi

Konsep dari teorinya banyak diadaptasi oleh buku-buku obstetrik dan telah banyak digunakan dalam praktek keperawatan dan juga disiplin ilmu yang lain. Teori dan modelnya sangat sesuai sebagai kerangka kerja pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi proses keperawatan untuk ibu baru dan bayinya. Kegunaan dari teori Mercer dan

hubungannya dengan praktik dijelaskan oleh Meighan (2001) dalam edisi kedua buku *“Nursing Theory: Utilization and Application* oleh Alligood dan Tomey. Teori Mercer sangat berguna untuk praktik keperawatan dalam bidang perawatan ibu dan bayi. Mercer menghubungkan penemuannya dalam penelitian dengan praktik keperawatan pada tiap tahap mulai dari bayi sampai usia 1 tahun, sehingga teori ini bisa digunakan dalam area pediatrik (Tomey and Alligood, 2006).

Teori Mercer juga dapat digunakan dalam organisasi perawatan pasien. Konsep tentang *“Penerimaan Kehamilan Pada Remaja yang Menerima Perawatan Prenatal dari Perawat Terlatih Dalam Lingkungan Yang Luas”* digunakan sebagai dasar membentuk praktik klinik (Tomey and Alligood, 2006). Teori Mercer memiliki manfaat yang besar tidak hanya dalam bidang maternitas dan anak, tetapi teori ini membantu menyederhanakan proses yang kompleks untuk menjadi orangtua. Teori tentang pencapaian peran ibu memberikan kerangka untuk para pelajar agar mereka bias belajar untuk merencanakan dan menyiapkan perawatan untuk orang tua dalam keadaan yang berbeda-beda. Hasil penelitian dan teori Mercer juga digunakan dalam disiplin ilmu yang lain yang berhubungan dengan *“menjadi orang tua dan pencapaian peran ibu”*. Contohnya digunakan oleh pelajar-pelajar psikologi, sosiologi dan pendidikan (Tomey and Alligood, 2006).

e. Teori *Health Belief Model* (HBM)

Penelitian terus berkembang melahirkan model kepercayaan sehat atau *Health Belief Model* (HBM) yang dicetuskan oleh Irwin Rosenstock (1974). Dalam model pengembangan ini digunakan untuk mengatasi faktor-faktor yang menjadi prediktor dan respon seseorang terhadap gejala penyakit. Tahun 1974, Becker memperluas model ini untuk mempelajari perilaku seseorang terhadap diagnosis yang ditegakkan, khususnya kepatuhan (*compliance*) dengan regimen pengobatan. HBM juga merupakan model yang sering digunakan untuk memperjelas perilaku pencegahan penyakit (*preventive health behaviour*). Tujuannya adalah agar model ini dapat mencakup perilaku penyakit, pencegahan kesehatan dan deteksi penyakit seperti skrining dan imunisasi. HBM merupakan model kognitif yang artinya perilaku individu dipengaruhi oleh proses kognitif dalam dirinya. Proses kognitif dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti variabel demografi, karakteristik sosio psikologis, dan variabel struktural.

Becker menambahkan variabel demografis (usia, jenis kelamin, etnis, dan pekerjaan), variabel sosio fisiologis (status sosial ekonomi, kepribadian, strategi koping), *self efficacy* (kemampuan untuk mengadopsi perilaku yang diinginkan), isyarat untuk bertindak (faktor yang memicu kesehatan preventif seperti informasi yang dicari atau disediakan, komunikasi persuasif, dan pengalaman pribadi), motivasi kesehatan, kontrol yang dirasakan, dan ancaman yang dirasakan (Roden, 2004 & Raingruber, 2014). Kritik

utama terhadap model ini adalah tidak semua perilaku kesehatan ditentukan atas dasar pilihan rasional atau kesadaran. Selain itu model ini juga berfokus pada faktor negatif dan cenderung mengabaikan motivasi positif yang dapat menghasilkan perilaku sehat (Roden, 2004). HBM sangat signifikan untuk mengidentifikasi mengapa seseorang menerima atau menolak intervensi kesehatan. Manfaat lainnya bahwa model ini sangat tepat digunakan untuk mempromosikan gagasan perencanaan intervensi pendidikan dalam bidang kesehatan.

Konsep yang mendasari HBM adalah bahwa perilaku kesehatan ditentukan oleh keyakinan pribadi atau persepsi tentang penyakit atau strateginya yang tersedia untuk mencegah terjadinya penyakit (Hochbaum, 1958). Persepsi pribadi dipengaruhi oleh berbagai faktor yang mempengaruhi kesehatan intrapersonal. Munculnya teori HBM didasarkan pada pemahaman kenyataan bahwa seseorang akan mengambil tindakan yang akan berhubungan dengan kesehatannya. Tiga faktor penting dalam teori HBM antara lain: 1) Kesiapan individu untuk melakukan perilaku dalam menghindari suatu penyakit atau memperkecil suatu risiko kesehatan; 2) Adanya dorongan dalam lingkungan individu yang membuat seseorang merubah perilakunya; dan 3) Perilaku seseorang itu sendiri.

Berdasarkan penjelasan di atas HBM merupakan tindakan yang berhubungan dengan kesehatan, kesemuanya ini bergantung atas terjadinya faktor motivasi yang cukup mengenai isu

penting yang relevan mengenai kesehatan, suatu kondisi yang diyakini individu terhadap suatu penyakit atau kondisi tertentu yang dianggap sebagai ancaman, serta keyakinan individu dalam mengikuti rekomendasi kesehatan yang bermanfaat untuk dirinya dalam mengurangi ancaman dan dengan biaya yang terjangkau.

Teori HBM dituangkan dalam enam segi pemikiran dalam individu, yang mempengaruhi upaya dalam diri individu untuk menentukan apa yang baik bagi dirinya, yaitu *perceived susceptibility* (kerentanan yang dirasakan/diketahui), *perceived severity* (bahaya/kesakitan yang dirasakan), *perceived benefit of action* (manfaat yang dirasakan dari tindakan yang diambil), *perceived barrier to action* (hambatan yang dirasakan akan tindakan yang diambil), dan *cues to action* (isyarat untuk melakukan tindakan). Hal tersebut dilakukan dengan tujuan *self efficacy* atau upaya diri untuk menentukan yang baik bagi dirinya (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1998). Adapun gambaran tentang teori HBM ini dijelaskan pada gambar 2.3 di bawah ini:



Gambar 3.5 Health Belief Model (HBM)

(Sumber: Rosenstock, Strecher, & Becker, 1998)

Perceived susceptibility (merasa rentan) adalah kepercayaan seseorang yang menganggap bahwa dirinya menderita suatu penyakit karena hasil dari melakukan perilaku tertentu. *Perceived susceptibility* juga diartikan sebagai *Perceived vulnerability* yang berarti kerentanan yang dirasakan yang merujuk pada kemungkinan seseorang dapat terkena suatu penyakit. *Perceived susceptibility* ini memiliki hubungan positif dengan perilaku sehat. Jika persepsi kerentanan terhadap penyakit tinggi maka perilaku sehat yang dilakukan oleh seseorang juga tinggi.

Perceived severity (merasa berat), adalah kepercayaan seseorang tentang kondisi bagaimana menyebarnya suatu penyakit yang serius dan seberapa berbahayanya penyakit tersebut sehingga akan menghindari perilaku tidak sehat. Hal ini berarti *perceived severity* berprinsip pada persepsi keparahan yang akan diterima individu. *Perceived*

severity juga memiliki hubungan yang positif dengan perilaku sehat. Jika persepsi keparahan individu tinggi, maka seseorang akan berperilaku sehat.

Perceived benefits (merasakan manfaat) adalah kepercayaan terhadap kemanjuran atau kemampuan dari metode yang disarankan untuk mengurangi risiko penyakit dari dampak yang serius. *Perceived benefit* secara ringkas berarti persepsi keuntungan yang memiliki hubungan positif dengan perilaku sehat. Dalam hal ini dapat dicontohkan, individu yang sadar akan keuntungan deteksi dini penyakit pada kehamilan dan persalinan maka akan terus melakukan perilaku sehat dengan *antenatal care* rutin.

Cues to action (pedoman untuk bertindak), adalah strategi untuk memacu kondisi seseorang “keadaan siap” dalam mempercepat tindakan yang membuat seseorang merasa setuju mengambil tindakan nyata untuk melakukan perilaku sehat. *Cues to action* juga berarti dukungan atau dorongan dari lingkungan terhadap individu yang melakukan perilaku sehat, contohnya berupa saran dokter atau rekomendasi yang telah diberikan untuk meningkatkan kesehatan seseorang.

Perceived self efficacy (kemampuan diri), adalah kepercayaan seseorang terhadap kemampuan dirinya sendiri. *Self efficacy* berguna dalam menjaga dan melindungi kesehatannya. *Self efficacy* dibagi menjadi dua yaitu *outcome expectancy* seperti menerima respon yang baik dan *outcome value* seperti menerima nilai sosial.

Berikut ini adalah definisi dari enam konstruksi yang paling umum dalam HBM:

Tabel 3.1 Konstruksi dalam *Health Belief Model* (HBM)

Konstruk	Definisi	Strategi Potensial Perubahan
Kerentanan yang Dirasakan	Keyakinan tentang peluang mendapatkan suatu kondisi	<ul style="list-style-type: none"> - Tentukan populasi yang berisiko dan tingkat risikonya - Menyesuaikan informasi risiko berdasarkan karakteristik individu atau perilaku - Membantu individu mengembangkan persepsi yang akurat tentang risiko sendiri
Keparahan yang Dirasakan	Keyakinan tentang keseriusan suatu kondisi dan konsekuensinya	<ul style="list-style-type: none"> - Tentukan konsekuensi dari kondisi dan tindakan yang direkomendasikan
Manfaat yang Dirasakan	Keyakinan tentang efektivitas mengambil tindakan untuk mengurangi risiko atau keseriusan	<ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan bagaimana, dimana, dan kapan, serta tindakan dan kemungkinan hasil positif
Hambatan yang Dirasakan	Keyakinan tentang biaya material dan psikologis dalam mengambil tindakan	<ul style="list-style-type: none"> - Menawarkan jaminan, insentif dan bantuan - Mengoreksi kesalahan informasi
Isyarat Untuk Bertindak	Faktor yang mengaktifkan "kesiapan untuk berubah"	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan informasi cara melakukan - Mempromosikan kesadaran - Menggunakan sistem pengingat
Efikasi Diri	Keyakinan akan kemampuan seseorang untuk mengambil tindakan	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan pelatihan dan bimbingan dalam melakukan tindakan - Gunakan penetapan tujuan progresif - Berikan penguatan verbal - Menunjukkan perilaku yang diinginkan

(Sumber: Parmar & Taylor, 2010)

Teori perilaku HBM lebih menekankan pada aspek keyakinan dan persepsi individu. Adanya persepsi yang baik atau tidak baik dapat berasal dari pengetahuan, pengalaman, dan informasi yang diperoleh individu yang bersangkutan sehingga terjadi tindakan dalam memandang sesuatu (Perehinets et al., 2006; Munro et al., 2004; & Lohrmann, 2008). Teori perubahan perilaku kesehatan yang dikembangkan ini meletakkan adanya keyakinan atau persepsi individu terhadap tindakan medis atau kesehatan yang telah didapatkannya. Adanya pengalaman pengobatan dalam diri individu maupun pengalaman orang lain akan menumbuhkan persepsi tentang kesehatannya. Adanya kepercayaan juga dapat menyebabkan individu mengikuti perilaku sesuai kepercayaan yang diyakininya. Kepercayaan yang akan dibangun dalam model perilaku kesehatan ini dipandang dari 2 aspek penting yaitu adanya pengalaman dalam diri individu atas adanya pengobatan dan keyakinan pada individu tentang sehat (Muncro et al., 2004).

Teori perubahan perilaku ini menyatakan juga *self efficacy* menekankan adanya contoh dalam diri seseorang sehingga perilaku seseorang tersebut dicontoh oleh masyarakat sekitar sehingga menjadikan sebuah budaya masyarakat. Teori perubahan perilaku ini biasa digunakan dalam perubahan perilaku masyarakat khususnya kesehatan dengan memanfaatkan tokoh masyarakat sekitar yang dianggap mempunyai peran penting dan mempunyai teladan khususnya bidang kesehatan, serta dianggap

mempunyai pengaruh lebih dalam perilaku hidup sehat (Judge & Bono, 2001).

f. *Theory of Planned Behavior (TPB)*

Model teori perilaku terencana (*Theory of Planned Behavior* atau TPB) dan teori tindakan beralasan (*Theory of Reasoned Action* atau TRA), bahwa orang bertindak setelah mereka mengembangkan niat, yang membutuhkan adopsi sikap positif terhadap perilaku, mempertimbangkan norma dan memiliki kepercayaan kemampuan untuk beraksi. Teori yang menjelaskan perilaku manusia, menghubungkan keyakinan dan perilaku. Teori TPB (*Theory of planned behavior*) direalisasikan untuk menghubungkan antara keyakinan, sikap, niat dan perilaku dalam berbagai bidang seperti pendidikan, periklanan, kesehatan dan promosi kesehatan (Sulaeman, 2016).

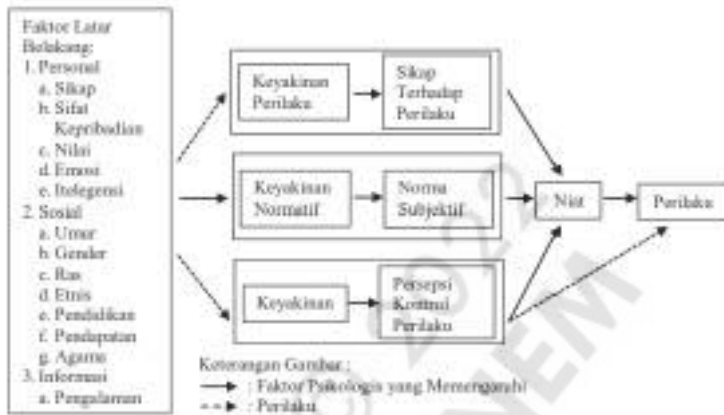
Ajzen (2005) menyatakan bahwa TPB (*Theory of planned behavior*) menghubungkan antara keyakinan (*beliefs*), sikap (*attitude*), niat (*intention*). Seseorang akan melakukan sesuatu dapat diketahui berdasarkan niat orang tersebut. Niat seseorang didorong oleh sikap dan keyakinan yang dimiliki seseorang, niat perilaku (*behavioral intention*) adalah kunci dari perilaku seseorang. Faktor eksternal yang mempengaruhi sikap terhadap perilaku, norma subjektif, dan persepsi kendali perilaku kedalam tiga katagori yaitu 1) faktor personal terdiri dari sikap, kepribadian, nilai hidup, emosi dan intelegensi; 2) faktor sosial terdiri dari usia, jenis kelamin, etnis, tingkat pendidikan, penghasilan

dan kepercayaan atau agama; dan 3) faktor informasi yang terdiri dari pengalaman, pengetahuan, dan pemberitaan media masa.

Keyakinan perilaku (*behavior belief*) menimbulkan sikap positif (*favorable*) atau negatif (*unfavorable*), terhadap perilaku tertentu, keyakinan normatif (*normative belief*) mengakibatkan terbentuknya persepsi adanya tekanan (*pressure*) sosial untuk melakukan tindakan atau norma subjektif (*subjective norm*), dan kontrol *belief* menimbulkan persepsi atas kontrol perilaku (*perceived behavior control*). Kombinasi dari sikap terhadap perilaku, norma subjektif, dan persepsi atas kontrol perilaku (*perceived behavior control*), mengakibatkan terbentuknya intensi perilaku (*behavioral intention*) (Glanz, et al., 2008).

Sebagai suatu kaidah umum bahwa sikap yang *favorable* disertai dengan norma subjektif (*subjective norm*) yang sesuai dan dengan adanya kontrol perilaku yang memadai, maka akan menyebabkan kuatnya niat (*intention*) untuk berperilaku tertentu. Dengan derajat aktual kontrol yang cukup terhadap suatu perilaku, maka individu akan mengekspresikan niat (*intention*), jika kesempatan muncul. Akan tetapi karena banyak perilaku sulit untuk dilakukan karena minimnya pendukung internal dan lingkungan dan dengan kemauan yang terbatas, maka perlu mempertimbangkan hadirnya persepsi kontrol perilaku (*perceived behavior control*) sebagai suatu yang dapat memacu timbulnya niat (*intention*). Secara lebih lanjut bahwa persepsi atas kontrol perilaku (*perceived behavior control*) dapat sebagai

pengendali kontrol aktual (*actual control*), dan memberikan prediksi terhadap perilaku. Model TPB dapat dilihat dalam gambar 2.6 di bawah ini:



Gambar 3.6 Theory of Planned Behavior (TPB)

Sumber: Ajzen (1991) & Barkway (2009)

Konstruk yang belum ada dalam TRA berupa persepsi kontrol perilaku, kemudian ditambahkan kedalam TPB dimaksudkan untuk memahami keterbatasan yang dimiliki oleh individu dalam rangka melakukan perilaku tertentu. Konsep kunci TPB yang meliputi niat, perilaku, sikap, norma subjektif dan persepsi kontrol perilaku menurut Ajzen (2005 dalam Sulaeman, 2016) dapat dijelaskan sebagai berikut:

1) Sikap terhadap perilaku (*attitude toward the control*)

Sikap adalah evaluasi individu secara positif ataupun negatif terhadap benda, orang, kejadian, perilaku atau minat tertentu. Sikap individu terhadap suatu perilaku diperoleh dari keyakinan terhadap konsekuensi yang ditimbulkan oleh perilaku itu sendiri. Menurut

Machfoedz (2013) bahwa sikap terdiri dari tiga komponen penting, yaitu: (1) Kognitif; merupakan representatif dari apa yang dipercayai oleh individu pemilik sikap, didalamnya berisi persepsi, kepercayaan, dan *stereotype* yang dimiliki individu mengenai sesuatu; (2) Afektif; merupakan perasaan individu terhadap obyek sikap yang menyangkut masalah emosi; dan (3) Konatif; merupakan komponen perilaku dalam struktur sikap yang menunjukkan bagaimana perilaku atau kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapinya.

2) Norma subjektif (*subjective norms*)

Norma subjektif adalah persepsi seseorang terhadap tekanan sosial yang ada, sehingga menjadi pertimbangan dalam melakukan atau tidak melakukan perilaku yang berhubungan dengan keputusan normatif yang dirasakan dari perilaku yang ada. Norma subjektif menjelaskan tentang sejauh mana seseorang memiliki motivasi untuk mengikuti pandangan orang terhadap perilaku yang akan dilakukannya (*normative belief*).

3) Persepsi kontrol perilaku (*perceived behavior control*)

Persepsi kontrol perilaku adalah individu merasakan kemudahan atau kesulitan dalam melakukan perilaku tertentu. Menurut Ajzen (1991) bahwa persepsi kontrol perilaku menggambarkan tentang perasaan (*self efficacy*)

efikasi diri atau kemampuan diri individu dalam melakukan suatu perilaku.

4) Niat (*intention*)

Niat untuk melakukan perilaku adalah kecenderungan seseorang untuk memilih melakukan atau tidak melakukan sesuatu perilaku. Niat ditentukan oleh sejauh mana individu memiliki sikap positif pada perilaku tertentu, dan sejauh mana pula seseorang individu memilih untuk melakukan perilaku tertentu serta mendapatkan dukungan dari orang lain yang berpengaruh dalam kehidupannya. Dalam *Protection Motivation Teory* (PMT) yang disampaikan oleh Rogers (1975 dalam Priyoto 2014) bahwa ada dua komponen penting dalam niat perilaku seseorang yaitu *threat appraisal* dan *coping appraisal*. Pada tahap penilaian ancaman (*threat appraisal*) yang terdiri dari keparahan, kerentanan dan ketakutan dalam menilai ancaman dari luar. Pada tahap penilaian koping (*coping appraisal*) meliputi respon efektifitas dan efikasi diri. Respon efektifitas berupa efektifitas dari perilaku yang dianjurkan dalam menghilangkan atau mencegah bahaya yang mungkin terjadi, sedangkan efikasi diri adalah keyakinan bahwa seseorang akan mampu dan sanggup menetapkan perilaku yang direkomendasikan.

5) Perilaku (*behaviour*)

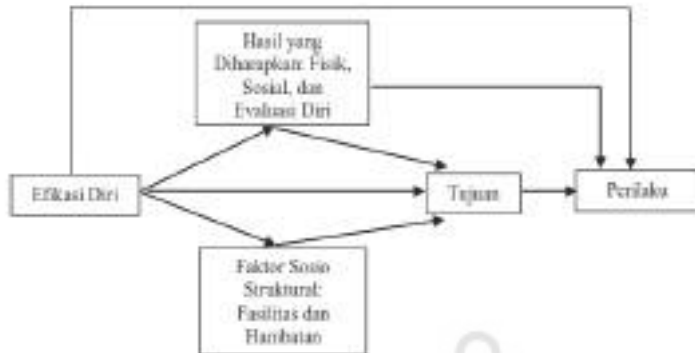
Menurut Fisher et al. (2002) yang dikutip oleh Sulaeman (2016) bahwa perilaku seseorang tidak hanya dikendalikan oleh dirinya sendiri,

akan tetapi juga membutuhkan pengendalian yang berupa ketersediaan sumber daya dan kesempatan dan bahkan keterampilan tertentu.

g. Model *Social Cognitive Theory* (SCT)

Teori menengah dalam penelitian ini yaitu teori kognitif sosial (*Social Cognitive Theory* atau SCT). Teori kognitif sosial merupakan teori tentang perubahan perilaku manusia. Albert Bandura, menyatakan dalam teorinya yaitu identifikasi perilaku manusia sebagai interaksi dari faktor manusia (*person*), perilaku (*behavior*) dan lingkungan (*environmental*). Dasar teori kognitif sosial adalah bahwa seseorang belajar tidak hanya dari pengalaman mereka sendiri, tetapi juga dengan mengamati tindakan orang lain dari hasil tindakan tersebut (Nabavi, 2016).

Teori kognitif sosial berpendapat bahwa bagian-bagian dari pengakuan pengetahuan individu dapat secara langsung berhubungan dengan cara mengamati orang lain dalam konteks interaksi sosial, pengalaman dan pengaruh luar dari media. Seseorang tidak belajar perilaku baru, namun hanya mencoba sehingga dapat berhasil maupun gagal dalam usahanya tersebut. Kelangsungan hidup manusia tergantung pada replikasi dari tindakan orang lain dan tergantung apakah seseorang akan mendapatkan penghargaan (*reward*) atau hukuman (*punishment*) dikarenakan perilakunya, dan hasil dari perilakunya tersebut dapat dibuat sebagai model. Adapun model SCT ini dapat dilihat pada gambar 2.7 berikut ini:



Gambar 3.7 Model *Social Cognitive Theory* (SCT)

Sumber: Bandura (1986)

Dalam skema ini Bandura (2005) mempunyai konsep mengenai *triadic reciprocal causation*. Fungsi manusia merupakan hasil interaksi antara perilaku (*behaviour-B*), variabel manusia (*Person-P*), dan lingkungan (*environment-E*). Dapat dijelaskan pula bahwa perilaku manusia dalam konteks interaksi timbal balik yang berkesinambungan antara kognitif, perilaku dan pengaruh lingkungan. Dengan mengamati orang lain, manusia mempelajari respon mana yang dapat diikuti atau diadopsi serta yang mana yang tidak mendapatkan penguatan.

Teori kognitif sosial dapat diaplikasikan untuk membantu memahami dan merumuskan intervensi dalam konseling. Misalnya, pembentukan keyakinan *self-efficacy* sangat relevan untuk membantu orang tua menerima informasi perawatan BBLR dengan cara pemodelan dari *peer educator*. Efikasi diri adalah keyakinan seseorang dalam kemampuannya untuk melakukan suatu bentuk kontrol terhadap fungsi orang itu sendiri dan kejadian dalam lingkungan.

Bandura juga menggambarkan efikasi diri sebagai penentu bagaimana orang merasa, berfikir, memotivasi diri, dan berperilaku (Bandura, 1994).

Bandura menjelaskan bahwa perilaku individu dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan karakteristik pribadi. Kepribadian merupakan produk dari tiga kekuatan yang saling berinteraksi yaitu lingkungan, perilaku dan pikiran selanjutnya disebut sebagai *triadic reciprocal determinism* (Abdullah, 2019). Faktor manusia berhubungan dengan karakteristik individu meliputi pendidikan, keyakinan kesehatan, dan paritas. Perilaku dalam teori adalah perilaku seseorang yang mempengaruhi kejadian sehat dan sakit seseorang; sedangkan lingkungan berupa sistem pelayanan kesehatan, dukungan masyarakat, modal sosial masyarakat. Ketiga faktor inilah yang mempengaruhi terjadinya perubahan perilaku dalam mengurangi angka kejadian kesakitan dan kematian BBLR yang diakibatkan karena pengetahuan dan perilaku merawat bayi yang salah.

Tiga faktor utama yang berkontribusi untuk perubahan perilaku yaitu *self efficacy*, tujuan dan harapan hasil. Ibu dan keluarga harus percaya bahwa tindakan akan membuat perbedaan dan bahwa hasil akan bermanfaat. Mereka harus memiliki kemampuan dan keterampilan yang diperlukan untuk bertindak dan *self-efficacy* (keyakinan bahwa mereka akan berhasil dalam melaksanakan tindakan). Peran model yang efektif dalam mendorong perubahan perilaku, lingkungan sosial dan fisik dapat menciptakan hambatan atau memfasilitasi perubahan.

Pembelajaran sosial menunjukkan korelasi langsung antara *self efficacy* (efikasi diri) yang dirasakan oleh seseorang dengan perubahan perilaku. Adanya harapan seperti motivasi, kinerja dan perasaan frustrasi yang berhubungan dengan kegagalan yang terjadi secara berulang-ulang menentukan efek dan perilaku. Efikasi diri berasal dari empat sumber, yaitu: prestasi kinerja, pengalaman yang dilakukan (*vicarious*), persuasi verbal dan kondisi biologis (Sulaeman, 2016). Pendapat yang disampaikan oleh Bandura (1986) mengatakan bahwa efikasi diri adalah kemampuan persepsi individu untuk mengontrol perilakunya, efikasi merupakan penentu utama perilaku, dikarenakan dapat mempengaruhi perilaku kesehatan baik secara langsung maupun tidak langsung oleh pengaruhnya terhadap faktor penentu lainnya.

Efikasi diri dapat dikembangkan atau dapat meningkat melalui: (a) penguasaan pengalaman sebagai proses yang membantu individu untuk mencapai tugas-tugas sederhana yang mengarah pada tujuan yang lebih kompleks; (b) pemodelan sosial, yaitu memberikan model yang dapat diidentifikasi yang menunjukkan proses pencapaian perilaku; (c) meningkatkan keadaan fisik dan emosional dengan mengacu dan memastikan seseorang untuk beristirahat dan santai sebelum mencoba perilaku baru, semakin santai seseorang, kurang sabar maka akan semakin besar pula kemungkinan mereka tidak dapat mencapai tujuan perilaku yang diinginkan; (d) persuasi verbal dengan cara memberikan dorongan

bagi individu untuk menyelesaikan tugas atau untuk mencapai perilaku tertentu.

h. *Protection Motivation Theory*

Protection Motivation Theory (PMT) atau teori motivasi perlindungan yang diusulkan oleh R.W Rogers tahun 1975 diaplikasikan untuk meneliti ketakutan yang memengaruhi individu untuk mengubah perilaku kesehatan dan bagaimana penanganannya. PMT sebagian didasarkan karya Lazarus et al. (1984) yang menggambarkan koping adaptif dan maladaptif dalam menghadapi ancaman kesehatan. Proses penilaian dan proses koping dilakukan untuk menentukan pilihan perilaku dalam mengevaluasi cara untuk mengurangi ancaman kesehatan. Penilaian dari ancaman kesehatan dan penilaian koping menghasilkan niat untuk melakukan respon adaptif (motivasi perlindungan) atau dapat menyebabkan respon maladaptif.

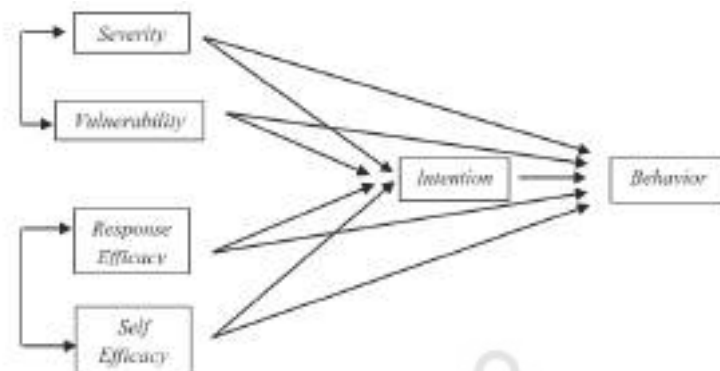
Motivasi perlindungan adalah hasil dari penilaian ancaman dan penilaian koping. Ancaman penilaian adalah estimasi dari kemungkinan tertular penyakit (kerentanan/*vulnerability*) dan perkiraan keseriusan penyakit (keparahan/*severity*). Penilaian koping terdiri dari respon efikasi dan *self-efficacy*. Respon efikasi adalah harapan individu yang melaksanakan perilaku yang diharapkan sehingga dapat menghilangkan ancaman tersebut. *Self-efficacy* adalah keyakinan seseorang terhadap kemampuan yang dimilikinya untuk melaksanakan perilaku yang diharapkan untuk keberhasilan program. Motivasi

perlindungan adalah variabel mediasi yang berfungsi untuk membangkitkan, mempertahankan dan proteksi langsung terhadap perilaku kesehatan (Sulaeman, 2016).

PMT didasarkan pada penilaian ancaman (*threat appraisal*) dan penilaian penanganan (*coping appraisal*). Penilaian ancaman menilai keparahan situasi dan meneliti bagaimana keseriusan situasi. Penilaian penanganan adalah bagaimana seseorang merespon situasi, terdiri dari respon efikasi dan efikasi diri. Respon efikasi adalah harapan individu melaksanakan tindakan yang direkomendasikan yang dapat menghilangkan ancaman. Efikasi diri adalah keyakinan dalam kemampuan seseorang untuk menjalankan tindakan yang direkomendasikan itu berhasil (Rogers, 1983).

PMT adalah salah satu model yang menjelaskan mengapa orang melakukan praktik yang tidak sehat dan menawarkan saran untuk mengubah perilaku. Model ini mencakup pendidikan dan motivasi, melalui pencegahan primer dan sekunder. Pencegahan primer merupakan langkah-langkah untuk mencegah risiko timbulnya masalah kesehatan. Misalnya dalam penelitian ini mencegah BBLR hipotermia dengan melakukan PMK di rumah. Sementara itu pencegahan sekunder adalah melakukan langkah-langkah untuk mencegah kondisi yang lebih buruk, misalnya dalam penelitian ini memberikan ASI sesering mungkin untuk meningkatkan berat badan bayi.

Adapun model PMT dijelaskan pada gambar 3.8 di bawah ini:



Gambar 3.8 Model *Protection Motivation Theory* (PMT)

(Sumber: Boer et al., 1996)

i. Keterlibatan Farmasis dalam Promosi Kesehatan

Farmasis atau seorang Apoteker terlibat dalam manajemen klinis dan pengobatan pada penanganan penyakit ringan hingga kronis berdasarkan dengan diagnosis yang mendasarinya. Keterlibatan dalam promosi kesehatan, dengan mengambil andil pada pencegahan primer melalui pendidikan kesehatan masyarakat. Kegiatan tersebut melalui masukan saran klinis yang diberikan untuk dapat mencegah ataupun membantu mengurangi kunjungan pada ruang gawat darurat yang tidak diperlukan untuk kondisi umum. Apoteker dalam kegiatan promosi kesehatan berada pada ujung rantai kontak antara pasien dengan profesional kesehatan setelah menerima keputusan medis sebagai terapi farmakologisnya, termasuk dengan perubahan kebiasaan pasien yang menunjang keberhasilan terapi farmakologi (American Public Health Association, 2006). Kegiatan yang dapat dilakukan meliputi:

- 1) Edukasi dan konseling bagi pasien terkait dengan indikasi obat, dosis obat, efek samping yang potensial terjadi, pengatasan interaksi obat dengan makanan/minuman/obat lainnya, dan intervensi yang dapat diberikan untuk menunjang peningkatan kepatuhan terkait minum obat serta perubahan kebiasaan. Edukasi dan konseling merupakan hal penting yang harus dilakukan oleh Apoteker untuk meningkatkan kemauan pasien untuk melakukan perubahan perilaku meliputi gaya hidup seperti perawatan diri, gizi, dan aktivitas fisik serta menerapkan berhenti merokok/alkohol bagi pasien yang memiliki kebiasaan tersebut.
- 2) Melakukan pemantauan tindak lanjut untuk mendeteksi ketidakpatuhan pasien dan mengenali kemungkinan terjadinya efek samping obat khususnya pada pasien-pasien kondisi khusus diantaranya seperti neonates, lansia, ibu hamil dan menyusui, penyakit infeksi dan menular, serta penyakit kronis yang sifatnya menahun.
- 3) Merujuk pasien ke tenaga professional khusus ketika dibutuhkan perawatan yang diperlukan lebih lanjut.
- 4) Mengidentifikasi dan seleksi pasien sesuai dengan faktor risiko penyakit yang mendasarinya. Hal ini dilakukan sebagai target dalam program kesehatan.

Salah satu implementasi konseling dalam promosi kesehatan juga dilakukan dengan mengupayakan adanya hubungan interaktif antara konselor dan *client* (pasien) secara tatap muka, dan merupakan salah satu bentuk pelayanan kefarmasian untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman pasien dalam penggunaan obat. Selain itu pemberian konseling merupakan suatu bentuk bantuan yang diberikan oleh seorang konselor dalam hal ini adalah apoteker kepada pasien untuk mengatasi problem terkait pengobatannya melalui wawancara, dengan tujuan agar pasien dapat memahami problem dirinya sendiri dan mampu memecahkan sesuai dengan kemampuan serta kemauannya untuk melakukan perubahan perilaku sesuai dengan saran yang telah diberikan oleh konselor untuk mencapai tujuan terapi (UNESCO, 2000). Metode konseling dilakukan dengan memahami, *respect*, *empathy*, mengklarifikasi tujuan, dan membantu individu dengan proses pengambilan keputusan.

Menurut Jimmy & Jose (2011), informasi yang perlu didapatkan oleh ibu hamil terkait suplemen zat besi adalah apa, mengapa, kapan, bagaimana, dan berapa lama suplemen zat besi digunakan selama kehamilan. Selain itu, menginformasikan efek samping yang umum terjadi, cara mengatasinya, dan memberikan jadwal untuk menentukan waktu minum obat perlu diberikan pada ibu hamil dengan tingkat kepatuhan yang rendah. Metode konseling yang dapat digunakan untuk memberikan informasi pengobatan,

membantu dalam menyelesaikan permasalahan pengobatan, dan meningkatkan motivasi pengobatan dapat dilakukan dengan beberapa cara berikut ini:

- 1) *Cognitive counseling*. Konseling kognitif (pemahaman dan pengetahuan) berfokus pada kegiatan mengelola dan memonitor pola pikir pasien sehingga dapat mengurangi pikiran negatif dan mengubah isi pikiran sehingga diperoleh emosi yang lebih positif. Konseling kognitif didasarkan pada gagasan bahwa pikiran/pemahaman/pengetahuan yang akan mempengaruhi perasaan dan perilakunya, bukan hal-hal eksternal seperti orang, situasi, dan terjadinya suatu peristiwa (*National Counselling Society*, 2019).
- 2) *Behavioral counseling*. Konseling *behavioral* berfokus pada kegiatan (tindakan) yang dilakukan oleh pasien, menentukan bentuk imbalan (*rewards*) yang dapat mendorong pasien untuk melakukan tindakan tertentu, memberikan konsekuensi yang tidak menyenangkan sehingga dapat mencegah pasien untuk melakukan tindakan yang tidak dikehendaki. Metode konseling ini dilakukan dengan modifikasi perilaku utama untuk mempengaruhi perubahan pola pikir dan respon emosional, serta berfokus pada perubahan perilaku untuk mengatasi tantangan (Shubina, 2016). Perbedaannya dengan *cognitive behavioral counseling* adalah mengubah perilaku tanpa berfokus pada alasan di balik perilaku aslinya. Contohnya adalah terapi pada orang dengan

gangguan kompulsif dan obsesif, ketakutan, fobia, dan kecanduan (*National Counselling Society*, 2019).

- 3) *Cognitive behavioral counseling* (CBT), tipe konseling ini menggabungkan kognitif dan *behaviour counseling* yang akan mengubah cara berpikir dan berperilaku didasarkan pada situasi, pikiran, emosi (persepsi), perasaan fisik, dan tindakan (NHS, 2019). CBT adalah pendekatan terstruktur, afektif, direktif dan berjangka waktu singkat untuk menghadapi berbagai hambatan baik medis, psikiatrik/kepriabdian dengan memberikan bantuan untuk mengubah pikiran dan persepsi sehingga akan memengaruhi perilakunya (Gunarsa, 2007; NHS, 2019). Konselor akan membantu *client* (pasien) untuk mencapai tujuan terapinya, konselor akan mendengarkan, mengajarkan, dan memberikan solusi terkait permasalahan pengobatannya. Dengan begitu pasien akan dapat lebih mudah memahami dan mengimplementasikan saran yang telah diberikan untuk mencapai tujuan terapinya. Hubungan terapi bersifat kolaboratif dan berorientasi pada tujuan, dan fokus pada pemikiran, keyakinan, asumsi dan perilaku. Harapan dilakukannya CBT adalah pasien dapat belajar untuk mengubah perilaku, berpikir lebih jelas dan membantu membuat keputusan yang tepat dalam bertindak. CBT dapat dilakukan dalam beberapa sesi (mingguan/dua minggu) dengan setiap sesi berlangsung selama 30-60 menit (NHS, 2019). Pendekatan ini diperlukan komitmen yang kuat

oleh pasien pada melakukan perubahan perilaku negatifnya berdasarkan saran-saran dan ketrampilan yang telah diberikan oleh konselor untuk diterapkan dalam kehidupan sehari-harinya untuk mendapatkan hasil maksimal.

- 4) *Solution focused brief counseling*, fokus pada solusi daripada masalah yang dibawa oleh pasien (*client*) untuk mendorong melakukan perubahan positif tanpa memikirkan masalah atau permasalahan di masa lalu kemudian menetapkan tujuan untuk mencapai perubahan yang ingin dilakukan. Tipe konseling ini melakukan pendekatan dengan praktis, berorientasi pada tujuan untuk pemecahan masalah (*National Counselling Society*, 2019). Solusi yang dicari dan yang akan didapatkan pada dasarnya telah ada dalam diri pasien. Tugas konselor yaitu menyadarkan dan mengulangi kesuksesan yang pernah dicapai oleh pasien dalam mengatasi permasalahannya. Dengan begitu akan membuat pasien merasa lebih mudah daripada mempelajari solusi yang baru untuk mencapai tujuannya (Dwijayanto, 2015).

Keberhasilan penerapan konseling dalam metode promosi kesehatan sebagai terapi singkat jangka pendek dengan metode yang seringkali dilakukan adalah *brief counseling* yang berfokus membantu seseorang untuk menyelesaikan atau mengatasi masalah atau tantangan spesifik, atau membuat perubahan yang diinginkan dapat teramati dari beberapa hasil penelitian kefarmasian. Terapi

singkat ini akan menggali pemahaman pasien terkait kondisinya, persepsi terhadap kondisi dan pengobatannya, dan tindakan pengobatan yang telah dilakukan. Beberapa masalah terkait pengobatan tidak dapat sepenuhnya terselesaikan dengan *brief counseling*, namun *brief counseling* lebih fokus membantu untuk memudahkan responden dalam merubah perilaku sesuai tujuan terapi yang dilakukan (Sherson *et al.*, 2014).

Konseling merupakan standar emas (*gold standard*) dalam keberhasilan terapi (NABP, 2018). Metode konseling yang dapat dilakukan adalah *brief counseling*, *cognitive behavioral counseling*, dan *behavioral counseling*. *Brief counseling* merupakan salah satu metode konseling dengan jangka waktu yang singkat dan berfokus untuk membantu individu dalam menyelesaikan masalah serta memberikan solusi untuk permasalahannya (Sherson *et al.*, 2014; Shubina, 2016).

Brief counseling atau dikenal sebagai konseling singkat telah menunjukkan sebagai metode yang efektif dalam meningkatkan kepatuhan pasien (Muliанти *et al.*, 2014). *Brief counseling* dengan strategi 5A pada awalnya merupakan strategi yang telah terbukti efektif untuk memberikan panduan sederhana kepada pasien yang menjalankan perawatan berhenti merokok (ACPM, 2009). *Brief counseling* dengan strategi 5A terdiri dari lima tahapan yaitu *assess*, *advise*, *agree*, *assist* dan *arrange* (Sherson *et al.*, 2014). Berikut ini masing-masing penjelasan tahapan 5A (Gambar 3.9):



Gambar 3.9 Tahap Konseling dengan Strategi 5A
(Sumber: Glasgow et al., 2002 & Whitlock et al., 2002)

Pelaksanaan metode *brief counseling*, dilakukan dengan strategi 5A yang terdiri dari lima tahapan yaitu *assess*, *advise*, *agree*, *assist* dan *arrange* (Sherson et al., 2014). *Brief counseling* dengan strategi 5A telah menunjukkan efektifitasnya pada pasien dengan *chronic obstructive pulmonary disease* (COPD) di Rumah Sakit Paru Bantul (Akrom & Nurwijayanti, 2015) dan keefektifan *brief counseling* dalam membantu pasien berhenti merokok di Qatar (Hajj et al., 2012; Hajj et al., 2015). Keberhasilan konseling dalam pencegahan dan pengobatan anemia telah dilakukan oleh Heryadi et al. (2017) dan Adawiyani (2013) yang ditandai dengan peningkatan nilai Hb sebanyak 0,4-1,13 g/dL dan peningkatan pengetahuan serta kepatuhannya dalam mengkonsumsi suplemen zat besi.

Selain itu, pendekatan kepada ibu hamil melalui pemberian metode *brief counseling-5A* dengan tahapan *asses, advice, agree, assist, dan arrange* telah dibuktikan keberhasilannya melalui penelitian secara prospektif kepada ibu hamil yang mengkonsumsi *Fe fumarate* sebagai pencegahan dan pengobatan anemia selama kehamilan di Puskesmas wilayah Yogyakarta, sehingga nantinya dapat menurunkan angka kematian ibu hamil dan janin dari berbagai komplikasi penyakit khususnya anemia dan kelahiran premature (Kusumawardani *et al.*, 2019). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemberian *brief counseling-5A* dapat meningkatkan pengetahuan, persepsi, kepatuhan, dan nilai Hb pada kelompok intervensi ($p < 0,001$), sedangkan pada kelompok kontrol tidak terjadi peningkatan dari nilai *pre-test* dan *post-test* tingkat pengetahuan, persepsi, kepatuhan ($p > 0,050$), serta nilai Hb menunjukkan adanya penurunan yang signifikan pada rerata nilai *post-test* ($p < 0,001$). Selain itu, tingkat pengetahuan (*adjusted R*²=54,3%), tingkat persepsi, dan kepatuhan (*adjusted R*²=23,8%) memiliki hubungan yang linear terhadap perubahan nilai Hb pada ibu hamil. Pendekatan ini akan menumbuhkan kepercayaan serta dukungan kepada pasien untuk menjalankan dan mencapai keberhasilan terapi anemia ataupun pencegahannya selama kehamilan berdasarkan hasil diskusi/negosiasi yang telah disepakati bersama (Kusumawardani *et al.*, 2019; Kusumawardani *et al.*, 2021).

9. Integrasi Teori Konservasi Levine dalam Asuhan Terintegrasi Kasus Bayi Prematur

a. *Assesment*

Bayi Ny. NH, jenis kelamin laki-laki, dirawat sejak tanggal 12 April 2013. Bayi Ny. NH berusia 17 hari dan saat ini dirawat di ruang SCN 2 dengan diagnosa medis NKB-SMK, *Necrotizing Enterocolitis* (NEC) grade II, unproven sepsis, Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT), simetris, dan riwayat hiperbilirubinemia. Residen melakukan pengkajian pada tanggal 29 April 2013. Terapi yang didapatkan adalah piptazobactam 2x90 mg, amikasin 9 mg/18, metronidazol 2x10 mg, dan ranitidin 2x1,5 mg diberikan secara intravena.

1) Riwayat Kesehatan

Bayi Ny. NH lahir secara SC atas indikasi ibu Pre-Eklampsia Berat (PEB), *Diabetes Mellitus* (DM), dan Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT), dengan usia gestasi 35 minggu, BBL 1390 gram, PB lahir 36 cm dan *apgar score* 7/9. Saat baru lahir, bayi langsung menangis tetapi lemah, merintih, dan terdapat retraksi dinding dada. Bayi kemudian dipasang CPAP *single nasal prong* dengan diberikan PEEP 7 dan FiO₂ 40%. Pada usia 1 jam CRT memanjang dan dilakukan loading NaCl 0,9% 10 cc/gram 1 kali. Hasil pemeriksaan GDS 41 mg/dL dan diberikan D10% 1 kali dan cek ulang GDS dengan hasil 56 mg/dL.

Klien dengan riwayat pemasangan CPAP 1 hari. Saat bayi berusia 3 hari produksi OGT

berwarna hijau keruh dan hasil foto rontgen abdomen 2 posisi menunjukkan adanya NEC grade II. Klien diberikan antibiotik lini II, yaitu piptazobactam 2x90 mg dan amikasin 9 mg/18 jam ditambah metronidazol 2x10 mg diberikan secara intravena. Bayi juga mengalami hiperbilirubinemia pada usia 3 hari dengan kadar bilirubin total 10,05 mg/dL, bilirubin direk 0,52 mg/dL, dan bilirubin indirek 9,53 mg/dL. Bayi diberikan fototerapi intensif dengan *single lamp* selama 4 hari, dengan pemeriksaan bilirubin total terakhir 7,23 mg/dL, bilirubin direk 0,45, dan bilirubin indirek 6,78 mg/dL. Bayi dipuasakan selama 1 minggu dan mulai priming pregestimil 4x1 ml karena produksi OGT tidak ada dan hasil pemeriksaan rontgen abdomen 2 posisi yang terakhir tanggal 23 April 2013 menunjukkan NEC grade II mengalami perbaikan dibandingkan foto sebelumnya. Usia 8 hari hasil kultur darah menunjukan steril.

2) Konservasi Energi

Bayi. Ny. NH dirawat di inkubator dengan suhu 33°C. Inkubator ditutup dengan penutup inkubator dan bayi ditempatkan dalam *nesting* dan mengenakan diapers. Bayi bernapas spontan tanpa bantuan oksigen, dengan frekuensi napas 50 kali/menit, frekuensi nadi 135 kali/menit, dan suhu tubuh 36,8°C. Suhu tubuh stabil, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada sianosis, dan tidak ada apnea. Berat badan bayi saat ini 1380 gram, bayi sudah minum ASI atau

pregestimil 8x6 ml melalui OGT dengan toleransi minum baik, tidak ada kembung, dan tidak muntah. Kebutuhan cairan bayi 150 ml/kg/hari. Kebutuhan kalori dari PG2 2,5gr/kg/hari sebanyak 0,6 ml/jam dan D10% 1:40 sebanyak 5,2 ml/jam, serta lipid 20% 2,3 gr/kg/hari sebanyak 0,6 ml/jam.

Saat ini bayi Ny. NH dirawat di ruang SCN 2. Lingkungan perawatan di ruangan dapat mengakibatkan stres pada bayi yaitu adanya kebisingan yang ditimbulkan oleh alat-alat ventilator, peralatan monitoring kardiorespirasi, percakapan para staf di ruang perawatan, dan suara buka tutup pintu inkubator. Bayi Ny.NH berinteraksi dengan perawat secara terjadwal setiap 3 jam sekali sesuai jadwal *touching time* di ruangan.

3) Integritas Struktural

Berdasarkan pengkajian integritas struktural pada By. Ny. NH didapatkan warna kulit normal, kulit tampak tipis, tidak ada tanda-tanda sianosis, tidak ikterik, tidak ada kemerahan, tidak ada *petechie*, kulit tampak utuh dan tidak ada lesi, serta turgor kulit baik. Bayi Ny. NH memiliki bentuk kepala yang normal, *fontanel anterior* belum menutup, tidak ada kaku kuduk, dan tidak terdapat pembesaran kelenjar limfe. Bentuk mata bayi simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada sekret dan kelopak mata tidak cekung. Membran

mukosa bibir lembab, tidak terdapat stomatitis, dan tidak terdapat perdarahan gusi.

Pada pemeriksaan sistem kardiovaskuler dan sistem respirasi didapatkan suara jantung normal, irama jantung teratur, FN 135 kali/menit, tidak ada murmur dan galop, tidak ada sianosis, tidak ada edema pada kedua ekstremitas, dan waktu pengisian kapiler kurang dari 3 detik. Saat ini bayi Ny. NH bernapas spontan tanpa bantuan oksigen, tidak ada perdarahan di hidung, tidak ada obstruksi, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, irama napas teratur dengan FP 50 kali/menit, pergerakan dinding dada simetris, tidak terdapat retraksi dinding dada, dan tidak terdapat suara *ronhki* atau *wheezing* di kedua lapang paru.

Bayi Ny. NH dengan kondisi abdomen supel, tidak tampak distensi dengan lingkaran perut 24 cm, tidak terdapat pembesaran hati dan limfe, tidak ada asites, tidak ada muntah, terdapat bising usus yang normal 2-3 kali/menit, dan tidak ada kembung. Klien berkemih spontan dengan warna urin kuning jernih ditampung dalam diapers dan tidak hematuria, genitalia normal dan tidak ada kelainan pada anus. Saat ini bayi tampak masih lemah, tonus otot baik, tidak terdapat kelainan kongenital muskuloskeletal, tidak ada kejang, tingkat kesadaran kompos mentis, dan reaksi terhadap cahaya positif. Refleks moro dan menggenggam

normal, serta refleks menghisap bayi masih lemah.

4) Integritas Personal

Bayi merupakan anak ke empat, sudah diberi nama oleh orang tuanya, dan sudah mendapatkan ASI dari orang tuanya. Pada hari perawatan ke-18 ini, orang tua (ibu) sudah tampak datang menjenguk bayinya. Klien masih bayi dan sangat tergantung pada bantuan orang lain termasuk dengan orang tua dan perawat ruangan. Klien memiliki ketergantungan total pada perawat dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri, nutrisi, pencegahan infeksi dan cedera, serta asuhan perkembangan melalui pengaturan waktu yang terjadwal tiap 3 jam sekali. Perawat berkomunikasi dan memanggil nama bayi setiap melakukan tindakan keperawatan, merespon setiap perilaku yang ditunjukkan bayi, dan melakukan tindakan keperawatan dengan hati-hati dan secara teliti. Perawat juga mengkaji skala nyeri bayi setiap 3 jam sekali. Skala nyeri bayi 3 dan menunjukkan bayi dalam kondisi nyeri ringan.

5) Integritas Sosial

Selama perawatan di RS, bayi berinteraksi dengan perawat dan dokter ruangan Perinatologi, serta orang tuanya saat berkunjung ke RS. Perawat berinteraksi dengan klien secara terjadwal setiap 3 jam dan saat prosedur tindakan yang tidak terjadwal. Bayi berespon dengan menangis, bergerak aktif, dan membuka

mata saat berinteraksi dengan perawat saat tindakan keperawatan. Saat berkunjung, orang tua (ibu) terlihat hanya memandangi bayinya melalui kaca inkubator dan masih takut untuk melakukan kontak fisik dengan bayinya. Ibu klien juga menanyakan kepada perawat ruangan bagaimana kondisi perkembangan kesehatan bayinya dan mengharapkan anaknya segera sembuh dan dapat diajak pulang ke rumah. Ibu klien belum memiliki informasi yang banyak tentang perawatan bayi prematurnya karena kondisi yang dialaminya sekarang merupakan pengalaman pertama memiliki bayi prematur. Ibu tampak banyak bertanya bagaimana kondisi anaknya dengan raut muka yang cemas.

b. *Judgement/Tropichognosis*

Berdasarkan hasil pengkajian masing-masing prinsip konservasi pada bayi Ny. NH, maka dapat diidentifikasi diagnosa keperawatan yang muncul sebagai berikut:

- 1) Diagnosis keperawatan pada konservasi energi adalah ketidakefektifan pola makan berhubungan dengan koordinasi refleks hisap dan telan yang kurang adekuat.
- 2) Diagnosis keperawatan pada integritas struktural adalah risiko infeksi berhubungan dengan immaturitas sistem imun.
- 3) Diagnosis keperawatan pada integritas personal sosial adalah sebagai berikut:

- a) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi tentang perawatan bayi prematur.
- b) Risiko gangguan perlekatan orang tua-bayi berhubungan dengan krisis situasional dan hospitalisasi anak.
- c) Kesiapan meningkatkan peran menjadi orang tua berhubungan dengan perpisahan orang tua-bayi selama perawatan di RS.

Copyright © 2022
PENERBIT NEM

c. *Hypothesis*

Hypothesis yang teridentifikasi pada kasus bayi Ny. NH dijelaskan pada tabel berikut ini:

Tabel 3.2 Hypothesis dan Tujuan Asuhan Keperawatan pada Bayi Ny. NH dengan *Necrotizing Enterocolitis* (NEC) Grade II di Ruang Perinatologi RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta

No	<i>Trophicognosis</i>	Tujuan dan Kriteria Hasil	<i>Hypothesis</i>
1.	Ketidakefektifan pola makan berhubungan dengan koordinasi refleks hisap dan telan yang kurang adekuat.	<p>Tujuan dari <i>trophicognosis</i> ini adalah setelah dilakukan intervensi selama 5x24 jam diharapkan pola makan baik dan koordinasi refleks hisap-telan baik, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pemberian nutrisi melalui OGT atau oral meningkat bertahap. ➤ Bising usus normal. ➤ Toleransi minum baik, tidak ada muntah, dan tidak ada kembung. ➤ Refleks hisap kuat. ➤ Koordinasi refleks hisap, napas, dan telan baik. ➤ Berat badan naik 15-20 gram/hari 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pasang <i>orogastric tube</i> (OGT) sesuai indikasi dan instruksi. ➤ Pastikan bahwa slang OGT masuk tepat pada lambung. ➤ Observasi produksi OGT sebelum pemberian makanan atau minuman. ➤ Berikan makanan atau minuman melalui OGT secara bertahap apabila pernapasan sudah tidak <i>takipnea</i>. ➤ Tinggikan kepala bayi sedikit pada saat akan minum. ➤ Berikan makanan atau minuman secara perlahan-lahan. ➤ Observasi kemampuan dan koordinasi antara menghisap, bernafas, dan menelan bayi. ➤ Observasi toleransi minum bayi terhadap

			<p>pemberian asupan oral, seperti ada tidaknya muntah dan kembung serta residu pada selang OGT.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Observasi kesiapan pemberian ASI atau susu formula yaitu kemampuan untuk terjaga dan koordinasi antara menghisap, menelan, dan bernafas. ➤ Bantu ibu untuk memberikan ASI jika memungkinkan. ➤ Berikan nutrisi per oral dengan menggunakan cup feeding (cawan). ➤ Timbang BB bayi setiap hari. ➤ Berikan oral hygiene untuk memberi kebersihan dan kenyamanan mulut bayi. ➤ Observasi toleransi minum bayi terhadap pemberian asupan oral seperti ada tidaknya muntah dan kembung. ➤ Berikan informasi dan pendidikan kesehatan pada orang tua tentang pentingnya pemberian ASI, cara pemberian minum pada bayi prematur, dan stimulasi oromotorik.
2.	Risiko infeksi berhubungan dengan immaturitas sistem imun.	<p>Tujuan dari <i>tropichognosis</i> ini adalah setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Suhu tubuh 36,5-37,5. ➤ Nilai leukosit darah dalam batas normal ($5-19,5 \times 10^3 / \mu\text{L}$) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tempatkan bayi dalam ruangan khusus untuk mengurangi terpajan dengan organisme penyakit. ➤ Observasi adanya tanda-tanda infeksi seperti: hipotermi atau hipertermi, letargi, sianosis, bradikardi atau takikardi, abdomen distensi, dan tidak mau minum.

		<ul style="list-style-type: none"> ➢ Kultur darah steril dan CRP negatif. ➢ Tidak terdapat tanda-tanda infeksi, antara lain: hipotermi atau hipertermi, letargi, sianosis, bradikardi atau takikardi, abdomen distensi, dan tidak mau minum. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Observasi tanda-tanda vital. ➢ Monitor hasil laboratorium indikator adanya infeksi, seperti kultur darah, leukosit, CRP dan prokalsitonin. ➢ Cuci tangan sebelum melakukan tindakan dan menganjurkan keluarga untuk cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayinya. ➢ Gunakan tehnik aseptik dengan sangat teliti pada semua prosedur atau tindakan keperawatan. ➢ Observasi klien pada setiap lokasi bagian tubuh yang berpotensi terjadi infeksi. ➢ Kolaborasi pemberian antibiotik. ➢ Kolaborasi pemberian antipiretik jika demam. ➢ Berikan pendidikan kesehatan pada orang tua tentang tanda-tanda infeksi pada bayi prematur.
3.	<p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi tentang perawatan bayi prematur.</p>	<p>Tujuan dari <i>tropichognosis</i> ini adalah setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5x24 jam diharapkan orang tua memiliki informasi yang cukup tentang kondisi kesehatan dan perawatan bayinya, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Orang tua mengatakan dapat memahami penyakit bayinya. ➢ Orang tua dapat menjelaskan kembali tentang informasi yang telah 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Kaji tingkat pengetahuan orang tua terhadap penyakit dan perawatan anaknya. ➢ Diskusikan bersama orang tua tentang penyakit dan perawatan anaknya. ➢ Berikan kesempatan pada orang tua untuk menanyakan hal-hal yang belum jelas. ➢ Jelaskan tentang penyakit, perawatan, pengobatan, dan pencegahannya. ➢ Ajarkan kepada keluarga cara mencuci tangan yang benar untuk menghindari penyebaran infeksi.

		<p>diberikan.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Orang tua kooperatif dalam program pengobatan dan perawatan bayinya. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Berikan penjelasan dengan hati-hati alasan dari prosedur dan tindakan yang dilakukan. ➢ Kolaborasi dengan dokter apabila orang tua membutuhkan informasi yang lengkap tentang penyakitnya.
4.	Risiko gangguan perlekatan orang tua-bayi berhubungan dengan krisis situasional dan hospitalisasi anak.	<p>Tujuan dari <i>tropichognosis</i> ini adalah setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5x24 jam diharapkan orang tua memiliki koping yang efektif dan memiliki hubungan ikatan yang adekuat dengan bayinya, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Orang tua menerima kondisi anaknya. ➢ Terpenuhinya dukungan emosi pada bayi. ➢ Hubungan interaksi dan perlekatan pada bayi adekuat. ➢ Adanya kontak fisik dan rasa kasih sayang dengan bayinya. ➢ Adanya perhatian dan harapan positif terhadap kesehatan bayi. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Dengarkan semua keluhan yang dirasakan orang tua. ➢ Kaji tingkat kecemasan dan kesedihan yang dialami orang tua. ➢ Kaji dukungan dan kebutuhan psikologis yang dibutuhkan orang tua. ➢ Berikan informasi secara lengkap tentang pentingnya hubungan dan ikatan dengan bayi, kontak fisik, dan interaksi dengan bayi. ➢ Dampingi dan fasilitasi orang tua selama jam kunjungan untuk meningkatkan kedekatan dengan bayinya. ➢ Berikan motivasi dan harapan yang positif kepada orang tua tentang kesehatan bayinya. ➢ Libatkan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien. ➢ Berikan pujian dan <i>reinforcement</i> positif terhadap kemajuan dan perhatian orang tua terhadap bayinya.
5.	Kesiapan meningkatkan peran menjadi orang tua berhubungan dengan	<p>Tujuan dari <i>tropichognosis</i> ini adalah setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5x24 jam diharapkan orang tua memiliki koping</p>	<p>Intervensi yang dilakukan untuk mencapai tujuan adalah sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Berikan informasi yang lengkap dan orientasikan setting atau tata tertib ruang

	<p>perpisahan selama perawatan.</p>	<p>yang efektif, kooperatif dan ikut berperan serta dalam perawatan bayinya, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Kondisi psikologis orang tua stabil. ➢ Terpenuhi dukungan emosi pada bayi. ➢ Hubungan interaksi dan perlekatan pada bayi adekuat. ➢ Adanya perhatian dan harapan positif terhadap kesehatan bayi. ➢ Adanya keingintahuan orang tua tentang informasi dan pengetahuan tentang perawatan bayinya. ➢ Orang tua kooperatif dan ikut berperan serta dalam perawatan anak. 	<p>perawatan bagi orang tua.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Berikan informasi secara lengkap tentang perkembangan kondisi kesehatan klien, prosedur pengobatan, dan tindakan perawatan. ➢ Libatkan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien. ➢ Kaji tingkat pengetahuan orang tua tentang perawatan bayi. ➢ Berikan informasi, pendidikan kesehatan dan diskusikan dengan orang tua tentang cara perawatan bayi. ➢ Ajarkan dan demonstrasikan cara perawatan bayi pada orang tua. ➢ Berikan pujian dan reinforcement positif terhadap kemajuan dan perhatian orang tua terhadap bayinya.
--	-------------------------------------	--	---

Tabel 3.3 Hypothesis dan Tujuan Asuhan Kefarmasian pada Bayi Ny. NH dengan *Necrotizing Enterocolitis* (NEC) Grade II di Ruang Perinatologi RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta

No	<i>Trophicognosis</i>	Tujuan dan Kriteria Hasil	<i>Hypothesis</i>
1.	Efektifitas pemberian terapi cairan dan antibiotik	<p>Tujuan dari <i>trophicognosis</i> ini adalah setelah mendapatkan terapi pemenuhan asupan cairan, pemberian ASI, dan antibiotik lini II, yaitu piptazobactam 2x90 mg dan amikasin 9 mg/18 jam ditambah metronidazol 2x10 mg diberikan secara intravena, maka akan menunjukkan keberhasilan terapi ditinjau dari <i>outcome</i> klinis berupa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Keseimbangan cairan elektrolit tubuh. ➢ Monitoring gejala alergi antibiotik. ➢ Tidak terjadi penurunan hemoglobin, hematokrit, dan neutrophil. ➢ Perbaikan tanda vital. ➢ Tidak terjadi penurunan turgor kulit. ➢ Tidak terjadi mual dan muntah. ➢ Peningkatan berat badan harian. 	<p>Intervensi yang dilakukan untuk mencapai tujuan adalah sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Kolaborasi dengan gizi dan keperawatan dalam pemenuhan asupan cairan dan elektrolit sesuai dengan pertambahan berat badan harian. ➢ Pemantauan hasil pemeriksaan laboratorium darah 24-48 jam setelah pemeriksaan. ➢ Pemantauan kondisi umum dan vital pasien terkait dengan riko sepsis dan anemia neonatus. ➢ Melibatkan keluarga dalam penerimaan obat kepada pasien, memberikan edukasi obat yang diterima pasien dan monitoring efek samping obat.

d. *Intervention*

Tindakan utama keperawatan yang telah dilakukan pada By. Ny. NH sesuai dengan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat. Adapun tindakan utama keperawatan berdasarkan prinsip konservasi dijelaskan di bawah ini:

Tabel 3.4 Tindakan Utama Keperawatan Berdasarkan Prinsip Konservasi pada Bayi Ny. NH dengan *Necrotizing Enterocolitis* (NEC) Grade II di Ruang Perinatologi RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta

No	Prinsip Konservasi	<i>Trophicognosis</i>	Implementasi
1.	Konservasi Energi	Ketidakefektifan pola makan berhubungan dengan koordinasi refleks hisap dan telan yang kurang adekuat	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Memonitor tanda-tanda vital (suhu tubuh bayi, frekuensi nadi, dan frekuensi pernapasan) tiap 3 jam sekali. ➤ Mengobsevasi kemampuan refleks menghisap dan menelan bayi. ➤ Memberikan pijatan stimulus oral sebelum memberikan minum pada bayi. ➤ Mengobservasi abdomen dan bising usus klien. ➤ Memberikan minum ASI atau pregestimil melalui OGT. ➤ Memonitor toleransi minum bayi seperti adanya kembung dan muntah. ➤ Mencatat asupan dan keluaran cairan setiap

			<p>shift.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Menimbang dan mencatat BB bayi setiap hari. ➤ Memberikan <i>oral hygiene</i> untuk memberi kenyamanan pada bayi. ➤ Memberikan asuhan perkembangan dengan <i>minimal handling</i>, menjaga kehangatan bayi, menggunakan tutup kepala, menggunakan <i>nesting</i> dan penutup inkubator, penurunan pencahayaan ruang rawat, <i>positioning</i>, membuka dan menutup pintu inkubator dengan pelan dan hati-hati, dan menjaga linen tetap kering.
2.	Konservasi integritas struktural	Risiko infeksi berhubungan dengan immaturitas sistem imun.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Memonitor adanya gejala hipotermia atau hipertermia. ➤ Menempatkan bayi dalam inkubator dan memonitor setting suhu inkubator. ➤ Mengobservasi adanya tanda-tanda infeksi seperti: hipotermi atau hipertermi, letargi, sianosis, bradikardi atau takikardi, abdomen distensi, dan tidak mau minum. ➤ Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan dan setelah kontak dengan klien. ➤ Menganjurkan orang tua untuk cuci tangan sebelum kontak dan setelah kontak dengan bayinya. ➤ Menggunakan tehnik aseptik dengan sangat teliti pada semua prosedur atau tindakan keperawatan. ➤ Mengobservasi daerah insersi kateter intravena

			<p>dan pada setiap lokasi bagian tubuh yang berpotensi terjadi infeksi.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Membersihkan area perianal dan mengganti diapers setiap 3 jam sekali. ➤ Melakukan kolaborasi dalam pemberian injeksi obat piptazobactam 2x90 mg, amikasin 9 mg/18 jam, metronidazol 2x10 mg, dan ranitidin 2x1,5 mg secara intravena.
3.	Integritas Personal	Risiko gangguan perlekatan orang tua-bayi berhubungan dengan krisis situasional dan hospitalisasi anak	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Berkomunikasi dengan bayi seperti memanggil bayi, memberitahukan mengenai perawatan yang akan dilakukan, dan merespon perilaku bayi seperti ketika menangis. ➤ Memperhatikan perilaku dan isyarat bayi, serta merespon dengan segera isyarat yang diberikan bayi. ➤ Menerapkan prinsip asuhan perkembangan: pemberian posisi fleksi simetris, minimal handling, dan mengurangi stimulus lingkungan ➤ Mengetahui kehadiran orang tua pada saat kunjungan dan mengenalkan identitas diri perawat. ➤ Mendengarkan semua keluhan dan pertanyaan yang disampaikan orang tua dengan baik.

4.	Integritas Sosial	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi tentang perawatan bayi prematur. ➤ Kesiapan meningkatkan peran menjadi orang tua berhubungan dengan perpisahan selama perawatan. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Berinteraksi dengan bayi pada saat <i>touching time</i>. ➤ Memberikan informasi yang lengkap dan mengorientasikan setting atau tata tertib ruang perawatan bagi orang tua. ➤ Mengajarkan orang tua untuk cuci tangan yang benar sebelum dan setelah kontak dengan bayi. ➤ Mendampingi dan memfasilitasi interaksi orang tua-bayi. ➤ Memberikan informasi secara lengkap tentang perkembangan kondisi kesehatan klien, prosedur pengobatan dan tindakan perawatan yang diberikan pada bayi, serta komplikasi yang mungkin terjadi dari penyakitnya. ➤ Memberikan informasi kepada orang tua tentang pentingnya hubungan dan kelekatan dengan bayi, pemberian ASI, perawatan metode kanguru, stimulasi oromotor, serta pemberian minum melalui OGT. ➤ Melibatkan orang tua dalam perawatan bayi, seperti: perawatan metode kanguru dan pemberian minum melalui OGT. ➤ Memberikan motivasi dan harapan terhadap perkembangan kesehatan bayinya.
----	-------------------	---	---

e. Organismic Response (Evaluation)

Tabel 3.5 Evaluasi Asuhan Keperawatan pada Bayi Ny. NH dengan *Necrotizing Enterocolitis* (NEC) Grade II di Ruang Perinatologi RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta

No	Trophicognosis	Respon Organismik				
		Tanggal 29/04/2013	Tanggal 30/04/2013	Tanggal 01/05/2013	Tanggal 02/05/2013	Tanggal 03/05/2013
1.	Ketidakefektifan pola makan berhubungan dengan koordinasi reflek hisap dan telan yang kurang adekuat.	<p>S : Tidak ada</p> <p>O : Refleks hisap bayi masih lemah, bayi minum ASI 8x6 ml melalui OGT, toleransi minum baik, tidak ada kembung dan tidak muntah. Abdomen supel, tidak distensi, LP 24 cm, bising usus normal 2-3 kali/menit, BB bayi 1380 gram. Nutrisi parenteral PG2 5,2 ml/jam dan Lipid 20% 0,6 ml/jam.</p>	<p>S : Tidak ada</p> <p>O : Refleks hisap bayi masih lemah, bayi minum ASI 8x9 ml melalui OGT, toleransi minum baik, tidak ada kembung dan tidak muntah. Abdomen tidak distensi, supel, LP 24 cm, bising usus normal, BB bayi 1410 gram, penambahan BB bayi 30 gram/hari. Nutrisi parenteral PG2 5,0 ml/jam dan Lipid 20% 0,6 ml/jam.</p>	<p>S : Tidak ada</p> <p>O : Refleks hisap bayi ada tetapi masih lemah, bayi minum pregestimil 8x10 ml melalui OGT, toleransi minum baik, tidak ada kembung dan tidak muntah. Stimulasi oromotor oleh URM. Abdomen tidak distensi, supel, LP 24 cm, bising usus normal, BB bayi tetap 1410 gram. Nutrisi parenteral PG2 4,7 ml/jam dan Lipid 20% 0,7 ml/jam.</p>	<p>S : Tidak ada</p> <p>O : Refleks hisap bayi masih lemah, bayi minum ASI 8x12 ml melalui OGT, toleransi minum baik, tidak ada kembung dan tidak muntah. <i>Oral hygiene</i> dan stimulasi oromotor . Abdomen tidak distensi, supel, bising usus normal, BB bayi 1440 gram, nutrisi parenteral PG2 4,25 ml/jam dan Lipid 20% 0,5 ml/jam.</p>	<p>S : Tidak ada</p> <p>O : Refleks hisap bayi masih lemah, bayi minum ASI 8x13 ml melalui OGT, toleransi minum baik, tidak ada kembung dan muntah 1kali. <i>Oral hygiene</i> dan stimulasi oromotor. Abdomen tidak distensi, supel, LP 24 cm, bising usus normal, BB bayi 1470 gram, ada penambahan BB bayi 30 gram dari hari sebelumnya, nutrisi parenteral</p>

	<p>A: Masalah ketidakefektifan pola makan belum teratasi. P: -Monitor refleks hisap bayi. -Observasi toleransi minum</p>	<p>A: Masalah ketidakefektifan pola makan belum teratasi. P: -Lanjutkan intervensi. -Rawat bersama URM stimulasi oromotor</p>	<p>A: Masalah ketidakefektifan pola makan belum teratasi. P: -Lanjutkan intervensi</p>	<p>A: Masalah ketidakefektifan pola makan belum teratasi. P: -Lanjutkan intervensi</p>	<p>PG2 4,25 ml/jam dan Lipid 20% 0,5 ml/jam. A: Masalah ketidakefektifan pola makan belum teratasi. P: -Monitor toleransi minum</p>
<p>2. Risiko infeksi berhubungan dengan immaturitas sistem imun</p>	<p>S: Tidak ada O: Bayi masih lemah, menangis kuat, tidak ada instabilitas suhu tubuh, suhu tubuh 37°C setting suhu inkubator 33°C, injeksi antibiotik piptazobactam 3x90 mg, amikasin 9 mg/18 jam, metronidazol 2x10 mg, dan ranitidin 2x1,5 mg (IV),</p>	<p>S: Tidak ada O: Bayi aktif, suhu tubuh 36,9°C setting suhu inkubator 33°C, dan akrall teraba hangat. Injeksi antibiotik piptazobactam 3x90 mg, metronidazol 2x10 mg, dan ranitidin 2x1,5 mg (IV).</p>	<p>S: Tidak ada O: Bayi aktif, suhu tubuh dalam batas normal 37,1°C setting suhu inkubator 33°C, dan akrall teraba hangat. Injeksi antibiotik piptazobactam 3x90 mg, amikasin 9 mg/18 jam, dan ranitidin 2x1,5 mg (IV). Balutan IVFD</p>	<p>S: Tidak ada O: Bayi tidak letargi, suhu tubuh dalam batas normal 37,0°C setting suhu inkubator 33°C, dan akrall teraba hangat. Stop antibiotik tanpa <i>septic screening</i> dan hasil foto rontgen abdomen 2 posisi mengalami perbaikan.</p>	<p>S: Tidak ada O: Bayi aktif, menangis kuat, gerak motorik aktif, terdapat instabilitas suhu tubuh (hipotermi 1kali), suhu tubuh 36,2°C setting suhu inkubator dinaikkan 34°C.</p>
	<p>IVFD bersih dan tidak bengkak. A: Masalah risiko infeksi belum teratasi P:</p>	<p>A: Masalah risiko infeksi belum teratasi P: -Lanjutkan intervensi</p>	<p>bersih, tidak bengkak. A: Masalah risiko infeksi belum teratasi P:</p>	<p>A: Masalah risiko infeksi belum teratasi P: -Lanjutkan intervensi</p>	<p>A: Masalah risiko infeksi belum teratasi P: -Monitor suhu tubuh tiap 1 jam</p>

	-Monitor tanda-tanda infeksi. -Lanjutkan pemberian antibiotik		-Rencana foto polos abdomen 2 posisi dan stop antibiotik		-Berikan kehangatan pada bayi dan monitor setting suhu inkubator.
3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi tentang perawatan bayi prematur.	<p>S: Ibu mengatakan belum memiliki informasi yang banyak tentang perawatan bayinya.</p> <p>O: Ibu sudah diberikan informasi tentang cuci tangan yang benar dan informasi tentang kondisi bayinya. Ibu kooperatif terhadap</p>	<p>S: Ibu mengatakan memahami informasi yang diberikan residen.</p> <p>O: Penkes tentang <i>bonding attachment</i> dan pentingnya ASI, buku saku untuk bunda sudah diberikan, ibu terlihat</p>	<p>S: Ibu mengatakan sudah membaca materi yang ada di dalam buku saku.</p> <p>O: Informasi tentang perkembangan kondisi bayi dan masalah yang dialami bayi. Penkes tentang PMK pada bayi.</p>	<p>S: Ibu ingin mengerti tentang pemberian minum bayi melalui OGT.</p> <p>O: Informasi tentang pemberian minum melalui OGT sudah diberikan.</p> <p>A: Masalah defisit pengetahuan belum teratasi.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	<p>S: Tidak ada</p> <p>O: Ibu tidak datang ke RS, kontrak waktu dengan ibu diundur, materi tanda-tanda bahaya pada bayi prematur belum diberikan.</p> <p>A: Masalah defisit pengetahuan belum teratasi.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>
	residen dan menyetujui kontrak waktu yang disepakati untuk rencana pemberian penkes. <p>A: Masalah defisit pengetahuan belum teratasi.</p> <p>P: Rencana pemberian penkes.</p>	bersemangat dan terbuka dengan informasi yang diberikan. <p>A: Masalah defisit pengetahuan belum teratasi.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	<p>A: Masalah defisit pengetahuan belum teratasi.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>		

<p>4. Risiko gangguan perlekatan orang tua-bayi berhubungan dengan krisis situasional dan hospitalisasi anak.</p>	<p>S: Ibu mengatakan masih takut dengan kondisi bayinya yang kecil. O: Terlihat ibu menjenguk bayinya, kontak fisik dengan bayi belum ada, ibu masih terlihat cemas dan takut dengan kondisi bayinya. A: Masalah risiko gangguan perlekatan orang tua-bayi belum teratasi P: -Berikan pendampingan pada orang tua</p>	<p>S: Ibu mengatakan kasihan melihat bayinya yang kecil dan lemah. O: Terlihat ibu mengajak bicara bayinya, adanya kontak fisik dengan bayi, tampak kesedihan pada raut wajah ibu, terlihat ibu membacakan doa pada bayinya. A: Masalah risiko gangguan perlekatan orang tua-bayi belum teratasi P: -Lanjutkan intervensi</p>	<p>S: Ibu mengatakan berharap bayinya cepat sembuh dan pulang segera ke rumah. O: Terlihat ibu lebih bersemangat, komunikasi dengan bayi dengan mengajak bicara, tampak ibu membelai bayinya, dan membacakan doa. A: Masalah risiko gangguan perlekatan orang tua-bayi belum teratasi P: -Lanjutkan intervensi</p>	<p>S: Ibu mengatakan senang berat badan anaknya naik terus. O: Kedua orang tua tampak menjenguk bayinya, kontak fisik dengan bayi ada, dan dukungan kasih sayang dari ibu dan ayah. A: Masalah risiko gangguan perlekatan orang tua-bayi belum teratasi P: -Lanjutkan intervensi</p>	<p>S: Tidak ada. O: Ibu datang menjenguk bayinya saat jam kunjung sore hari, pendampingan dengan orang tua tidak dapat dilakukan karena kontrak waktu tidak ditepati. A: Masalah risiko gangguan perlekatan orang tua-bayi belum teratasi P: -Lanjutkan intervensi</p>
<p>5. Kesiapan meningkatkan peran menjadi orang tua berhubungan dengan perpisahan</p>	<p>S: Ibu mengatakan pengalaman ini yang pertama memiliki bayi prematur. O: Terlihat raut muka</p>	<p>S: Ibu mengatakan pengalaman ini yang pertama memiliki bayi prematur. O: Terlihat raut muka</p>	<p>S: Ibu mengatakan ingin sekali melakukan PMK dan menyusui bayinya. O: Ibu kooperatif dengan</p>	<p>S: Ibu mengatakan senang bisa melakukan PMK pada bayinya O: Terlihat raut muka</p>	<p>S: Tidak ada O: Ibu tidak terlihat saat jam kunjung pagi A: Masalah kesiapan</p>

orang tua-bayi selama perawatan di RS.	takut dan cemas melihat kondisi bayinya, ibu kooperatif selama perawatan, perhatian ibu terhadap bayi ada.	yang tenang, ibu sudah membawa ASI setiap kali menjenguk bayi, kontak fisik dengan bayi sudah ada, adanya perhatian orang tua untuk	informasi yang diberikan, dukungan kasih sayang dan perhatian terhadap bayi, dan adanya keingintahuan tentang	bahagia, ibu selalu mengajak bicara bayinya, PMK sudah dilakukan, terlihat ibu memberikan minum ASI lewat OGT didampingi residen.	meningkatkan peran belum teratasi. P : -Lanjutkan intervensi
	A : Masalah kesiapan meningkatkan peran belum teratasi. P : -Lakukan pendampingan selama jam kunjungan orang tua.	membaca buku yang telah diberikan residen. A : Masalah kesiapan meningkatkan peran belum teratasi. P : -Lanjutkan intervensi	perkembangan kesehatan bayi. A : Masalah kesiapan meningkatkan peran belum teratasi. P : -Lanjutkan intervensi	A : Masalah kesiapan meningkatkan peran belum teratasi. P : -Lanjutkan intervensi	

Evaluasi perkembangan asuhan keperawatan pada bayi Ny. NH berdasarkan hasil *follow up* yaitu klien sudah dipindahkan ke ruang SCN 3 sejak tanggal 4 Mei 2013. Bayi Ny.NH mengalami instabilitas suhu tubuh selama 2 hari (hiperthermi) dari tanggal 5 Mei 2013, dengan suhu tubuh 37,9°C dan setting suhu inkubator diturunkan menjadi 32°C. Kondisi umum bayi tidak ada sianosis, tidak ada apneu, bayi aktif, toleransi minum melalui OGT baik, dan berat badan bayi 1650 gram. Hasil pemeriksaan laboratorium darah dan *septic work up* tanggal 6 Mei 2013 dengan hasil: hemoglobin 8,6 gr/dl, hematokrit 26,5%, trombosit 45.000/ μ l, leukosit 4.380 / μ l, IT ratio 0,25 dan CRP 1,9 mg/L. Bayi kemudian diberikan terapi medikasi berupa piptazobactam 3x85 mg, amikasin 12 mg/18 jam diberikan secara intravena, vitamin E 1x25 unit dan apyalis 1x0,3 ml diberikan secara oral.

Evaluasi yang dilakukan di ruang SCN 3 tanggal 10 Mei 2013 didapatkan bayi Ny. NH sudah minum secara oral sisa pemberian secara OGT dengan toleransi minum baik, tidak ada muntah, tidak kembung, dan refleks hisap masih lemah. Saat ini berat badan bayi sudah naik yaitu 1715 gram, terjadi penambahan berat badan sebanyak 30 gram per hari, dan terapi cairan parenteral sudah dihentikan. Terapi cairan oral yang diberikan saat ini ASI atau susu formula BBLR 8 x 25 ml. Terapi medikasi berupa piptazobactam 3x85 mg (hari ke-4), amikasin 12 mg/18 jam (hari ke-4) diberikan secara intravena, vitamin E 1x25 unit dan apyalis 1x0,3 ml

diberikan secara oral. Selama perawatan di ruang SCN 3, orang tua (ibu) sering menjenguk bayinya dan selalu melakukan PMK setiap kali menjenguk bayinya. Ibu terlihat sudah mencoba untuk menyusui bayinya selama PMK berlangsung dan sudah memiliki kepercayaan diri untuk ikut merawat bayinya di ruang SC.

Evaluasi Terapi Aspek Kefarmasian

Evaluasi yang dilakukan oleh farmasis pada bayi Ny. NH adalah keberhasilan terapi yang telah dilakukan dengan memantau tanda dan gejala yang ditimbulkan sebagai awal kondisi *necrotizing enterocolitis* (NEC). Monitoring utama pada perbaikan kondisi terkait dengan gejala yang mengarah pada intoleransi makan, distensi abdomen, dan/atau tinja berdarah. Tanda perbaikan kondisi dikaji berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium darah lengkap, terutama jika temuan pemeriksaan abdomen mengkhawatirkan atau bayi menunjukkan tanda-tanda infeksi sistemik, evaluasi hasil pemeriksaan laboratorium meliputi:

- 1) *Complete blood count* (CBC), mengevaluasi jumlah sel darah putih (*white blood cell* (WBC)), hematokrit, dan jumlah trombosit, biasanya diulang setidaknya setiap 6 jam jika status bayi Ny. NH terus memburuk. Akan tetapi pada kasus ini tidak dilakukan karena status bayi Ny. NH menunjukkan progresifitas terapi yang baik dilihat dari kondisi klinis pada tanggal 03 Mei 2015.

- 2) Jumlah sel darah putih, melakukan evaluasi terapi antibiotik yang telah didapatkan oleh Ny. NH karena risiko terkait kejadian leukopenia, neutropenia dengan jumlah neutrofil absolut [ANC] < 1500/ μ L dimana menunjukkan kegagalan terapi antibiotik dan mengindikasikan keparahan dari sepsis neonatorum. Kondisi bayi Ny. NH tidak menunjukkan tanda penurunan jumlah sel darah putih sehingga pemberian antibiotik telah mampu mengatasi kondisi septik yang dikhawatirkan terjadi serta kondisi *necrotizing enterocolitis* (NEC) grade II yang dialami oleh pasien.
- 3) Jumlah sel darah merah, mengevaluasi terhadap hasil pemeriksaan jumlah sel darah merah pasien terkait dengan risiko kondisi anemia karena pengambilan darah iatrogenik dan anemia prematuritas. Selain itu, peningkatan kadar hemoglobin dan hematokrit dapat menandai hemokonsentrasi karena akumulasi cairan ekstrasvaskular.
- 4) Jumlah trombosit, mengevaluasi terhadap hasil pemeriksaan jumlah trombosit perlu dilakukan. Hal ini disebabkan pada kasus kegagalan terapi pada bayi dengan NEC akut sehingga meningkatkan risiko terjadinya trombositopenia (<100.000/ μ L). Hal ini terjadi dapat dikarenakan reaksi terhadap organisme gram negatif dan endotoksin. Apabila jumlah trombosit <50.000 maka pertimbangan untuk pemberian transfuse trombosit perlu dilakukan.

- 5) Kultur darah, mengevaluasi hasil kultur darah yang sebelumnya telah dilakukan untuk memulai antibiotik pada pasien bayi Ny. NH dengan NEC yang disertai tanda atau gejala mengarah ke sepsis. Perlu dilakukan identifikasi organisme dari hasil kultur lanjutan untuk dapat membantu dan memandu terapi lebih lanjut.
- 6) Elektrolit serum, evaluasi terhadap keseimbangan elektrolit serum perlu dilakukan meliputi elektrolit dasar (Na^+ , K^+ , dan Cl^-) selama evaluasi awal, diikuti secara berurutan setidaknya setiap 6 jam tergantung pada perbaikan kondisi pasien.
- 7) Natrium serum, waspadai terkait kondisi hyponatremia yang ditandai dengan penurunan yang signifikan nilai natrium <130 mEq/L.
- 8) Asidosis metabolik, keseimbangan asam-basa perlu dievaluasi khususnya pada bayi dengan NEC yang disertai dengan sepsis. Bikarbonat serum yang rendah (<20 mEq/L) pada bayi dengan status asam-basa yang sebelumnya normal dapat terjadi. Evaluasi terkait dengan gejala yang ditimbulkan seperti perfusi jaringan yang buruk hingga nekrosis usus. Pada kasus ini hingga hari terakhir, kondisi bayi Ny. NH tidak menunjukkan tanda dan gejala yang berarti terkait dengan kondisi tersebut. Dengan begitu terapi farmakologi yang didapatkan oleh pasien telah dapat mengatasi problem medis yang mendasarinya.

Bab 4

APLIKASI TEORI KONSERVASI LEVINE DAN RISET DALAM PENGELOLAAN BAYI PREMATUR

Kelahiran bayi prematur yang belum cukup bulan dan biasanya diikuti dengan berat badan kurang dari 2500 gram pada saat lahir mengakibatkan hampir semua bayi prematur berisiko mengalami masalah kesehatan pada awal kehidupannya, sehingga membutuhkan perawatan intensif di ruang Perinatologi (Bobak, Lowdermik, & Jensen, 2005; Pillitteri, 2003). Bayi prematur juga dihadapkan pada kondisi masalah kesehatan yang kompleks karena immaturitas dan belum optimalnya fungsi organ tubuh (Pillitteri, 2003; Bobak, Lowdermik, & Jensen, 2005). Karakteristik bayi prematur dalam penampilan fisiknya sangat berbeda dengan bayi cukup bulan. Selain itu perilaku dan respon emosional bayi prematur juga sangat berbeda dan terkadang membutuhkan perhatian khusus dalam perawatannya. Kondisi inilah yang menyebabkan sebagian besar orang tua khususnya ibu-ibu muda mengalami masalah psikologis dalam masa adaptasi dan transisi melaksanakan perannya menjadi orang tua baru (Johnston, Flood, & Spinks, 2003; Aagaard & Hall, 2008).

Lima kasus neonatus yang dirawat oleh residen selama praktik Ners Spesialis di ruang Perinatologi RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta dengan diagnosa neonatus kurang bulan (NKB). Satu kasus kurang masa kehamilan

(KMK) dan empat kasus sesuai masa kehamilan (SMK). Kelima kasus tersebut mengalami masalah yang berbeda-beda antara lain: masalah distres pernapasan, Sepsis Neonatorum Awitan Dini (SNAD), hiperbilirubinemia, *Necrotizing Enterocolitis* (NEC), dan *Gastroesophageal Refluks* (GER) dengan riwayat usia gestasi kurang dari 37 minggu dan memiliki berat badan lahir rendah. Semua kasus bayi prematur yang dirawat residen lahir dengan usia gestasi 31-36 minggu dengan berat badan 1100-1500 gram.

Bayi prematur dengan usia gestasi kurang dari 37 minggu belum mempunyai organ tubuh yang sempurna seperti bayi cukup bulan, sehingga akan mengalami lebih banyak kesulitan untuk hidup di luar kandungan ibunya. Makin pendek masa kehamilan, maka makin kurang sempurna pertumbuhan alat-alat dalam tubuhnya dan berakibat makin mudahnya terjadi masalah dan komplikasi pada bayi (Hockenberry, 2008). Bayi Ny. SA.1 dengan usia gestasi 35 minggu mengalami masalah distres pernapasan, SNAD, dan Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT) simetris, bayi Ny. PR usia gestasi 32 minggu dan bayi KN III usia gestasi 33 minggu mengalami masalah SNAD dan hiperbilirubinemia, bayi Ny. NH usia gestasi 35 minggu dengan masalah NEC dan PJT simetris, sedangkan bayi Ny. M usia gestasi 32 minggu dengan masalah GER.

Bayi prematur memiliki masalah yang kompleks jika dihubungkan dengan tingkat maturasi sistem organnya. Sindrom gawat napas dan penyakit membran hialin adalah penyebab paling umum dari gangguan pernapasan pada bayi prematur. Hal ini disebabkan kurangnya surfaktan pada paru-paru, pertumbuhan dan pengembangan paru yang belum sempurna, otot pernafasan yang masih lemah,

dinding thoraks yang masih lembut dan sering tampak retraksi, pernapasan bayi irreguler dan menggunakan diafragma dibandingkan dada, serta refleks batuk yang masih lemah (Johnston, Flood, & Spinks, 2003; Olds, London, & Ladewig, 2000). Pada lima kasus yang telah dirawat mengalami riwayat distres pernapasan dengan penggunaan alat bantu pernapasan CPAP dan ventilator mekanik.

Bayi prematur juga memiliki risiko terkena infeksi yang lebih besar dibandingkan bayi cukup bulan. Bayi prematur belum memiliki immunitas pasif dengan imunologi IgC maternal, karena imunologi ini diperoleh melalui plasenta dan banyak diberikan pada trimester terakhir. Hal inilah yang menyebabkan lima kasus bayi prematur yang dirawat mengalami sepsis pada awal kehidupannya (Gorrie, Mc Kinney, & Murray, 1998; Perry et al., 2010). Pada sistem hepatic yang immatur juga menyebabkan masalah gangguan konjugasi bilirubin di hati yang disebabkan tingkat bilirubin meningkat dengan cepat dan lebih tinggi (Olds, London, & Ladewig, 2000; Johnston, Flood, & Spinks, 2003). Sebanyak empat kasus yang dirawat mengalami masalah hiperbilirubinemia, yaitu pada bayi Ny. PR dan bayi Ny. KN III masalah masih aktual, sedangkan pada bayi Ny. NH dan bayi Ny. M masalah sudah teratasi.

Bayi prematur rentan terhadap kondisi ketidakstabilan suhu tubuh karena pusat regulasi suhu tubuh yang belum matur, tipisnya lemak sub kutan, permukaan tubuh yang relatif luas dibandingkan dengan berat badan, dan respon menggigil yang tidak ada atau lemah (Merenstein & Gardner, 2002). Pada kasus yang dirawat, sebanyak dua kasus mengalami ketidakstabilan suhu tubuh yaitu pada bayi Ny. SA.1 mengalami hipotermi dan pada bayi Ny. NH

mengalami hipertermi. Pada sistem gastrointestinal dimana kerja *sfincter kardio esophagus* belum sempurna memudahkan terjadinya regurgitasi isi lambung ke esofagus dan mudah terjadi aspirasi pada bayi prematur (Hockenberry & Wilson, 2007). Selain itu, kondisi motilitas usus yang kurang berdampak pada kemampuan untuk mencerna dan mengabsorpsi lemak, laktosa, vitamin, dan beberapa mineral. Refleks menghisap dan menelan bayi prematur juga belum berkembang dengan baik sehingga menyebabkan sulitnya penambahan berat badan pada bayi prematur (Pillitteri, 2003). Beberapa kasus mengalami masalah ketidakefektifan pola makan karena immaturitas sistem gastrointestinal antara lain kondisi refleks hisap yang lemah pada empat bayi yaitu bayi Ny. SA.1, bayi Ny. KN III, bayi Ny. NH, dan bayi Ny. M. Selain itu masalah NEC pada bayi Ny. NH dan masalah GER pada bayi Ny. M menyebabkan sulitnya penambahan berat badan bayi.

Dalam teori Konservasi, Levine menegaskan bahwa seorang individu selalu berinteraksi dengan lingkungannya, dimana dalam proses interaksi tersebut respon adaptasi berbeda antara satu individu dengan yang lainnya (Alligood & Tomey, 2006). Respon adaptasi individu bergantung pada keturunan, usia, jenis kelamin, dan penyakit yang dialami. Proses adaptasi dapat dicapai seseorang dengan sukses jika koping adaptasi juga baik (Parker, 2005). Keberhasilan proses adaptasi yang dilalui orang tua dengan bayi prematur akan menciptakan sebuah konservasi yang memiliki peran bermakna dalam mendukung optimalisasi proses tumbuh kembang bayinya selama perawatan di RS. Proses tumbuh kembang bayi prematur ini tidak lain bertujuan untuk

mencapai dan mempertahankan keutuhan diri (Alligood & Tomey, 2006).

Selama pemberian asuhan merawat ke lima kasus bayi prematur dengan permasalahan yang berbeda-beda dan berinteraksi dengan orang tua didapatkan kondisi adaptasi orang tua yang berbeda terhadap krisis yang dialaminya. Pada orang tua bayi Ny. SA.1 memiliki masa adaptasi yang tidak sulit karena kelahiran ini merupakan anak ke lima, adanya dukungan dari suami dan keluarga, serta karakter ibu yang terbuka dan kooperatif selama perawatan. Orang tua bayi Ny. PR memiliki masa adaptasi yang membutuhkan waktu lama karena orang tua dihadapkan pada kondisi kesehatan bayi yang naik turun dengan adanya hiperbilirubinemia berulang, usia ibu yang masih relatif masih muda yaitu 20 tahun, dan pengalaman merawat bayi prematur yang pertama kalinya. Pada orang tua bayi Ny. KN III juga mengalami masa adaptasi yang lama. Hal ini dikarenakan adanya faktor masalah penyesuaian peran orang tua dengan jarak kelahiran yang pendek, koping individu, dan masalah ekonomi yang mengakibatkan orang tua merasakan kecemasan dan stres dengan perawatan bayinya di ruang Perinatologi. Sedangkan pada kasus lain yang dialami orang tua bayi Ny. NH dan bayi Ny. M memiliki masa adaptasi yang tidak begitu sulit. Hal ini dikarenakan orang tua memiliki harapan yang besar terhadap kesembuhan bayinya, adanya dukungan sosial dari suami dan keluarga, interaksi dengan bayi yang baik, dan keinginan orang tua yang begitu besar untuk bisa merawat bayinya selama di RS.

Kondisi adaptasi orang tua yang berbeda-beda terhadap krisis tersebut didukung dengan penelitian yang

dilakukan oleh Lau (2001) yang berjudul "*Stress experiences of parents with premature infants in a special care nursery*". Hasil penelitian ini menyatakan beberapa faktor yang mempengaruhi proses adaptasi orang tua terhadap kelahiran prematur. Faktor-faktor tersebut antara lain usia orang tua, lamanya interaksi awal dengan bayi, pengalaman sebelumnya merawat anak, penyesuaian peran, harapan orang tua dengan bayinya, dan pola koping individu. Selain itu kualitas perkawinan, karakteristik kepribadian orang tua, dukungan sosial, dan karakteristik bayi juga mempengaruhi lamanya proses adaptasi terhadap krisis ini.

Bayi prematur memiliki karakteristik dan penampilan fisik yang sangat berbeda dengan bayi cukup bulan. Penampilan fisik bayi yang kurus, lemah dan tidak berdaya dengan adanya kabel-kabel atau alat kesehatan yang terpasang mempengaruhi kecemasan dan ketakutan orang tua (Heneghan, Chaudron, Isser, Park, & Kelly, 2007). Kondisi ini akan menyebabkan perasaan enggan untuk melihat bayinya yang pertama kali. Kondisi ini tidak mengherankan karena kelahiran prematur akan menghilangkan perasaan gembira karena adanya rasa cemas dan rasa takut terhadap kemungkinan bayinya akan meninggal (Latva, Korja, Salmelin, Lehtonen, & Tamminen, 2008). Kondisi psikologis ini ditemukan hampir pada semua orang tua dengan bayi prematur yang dirawat. Orang tua pada saat interaksi awal dengan bayinya cenderung merasa takut untuk kontak fisik, tampak raut muka kecemasan dan bingung melihat bayinya yang lemah, belum adanya komunikasi atau mengajak bicara bayinya, serta lama jam kunjungan orang tua yang singkat.

Sebuah studi yang berjudul “*Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in Northern Sweden*”, yang dilakukan oleh Lindberg dan Ohrling (2008) menegaskan bahwa, kebanyakan ibu tidak siap memiliki bayi yang lahir prematur dan mereka mengalami kesulitan menjadi seorang ibu pada masa awal pasca melahirkan. Ibu mengalami kondisi kecemasan, kekhawatiran, bahkan perasaan stres karena dihadapkan pada perawatan bayi prematur.

Sebagaimana diketahui bahwa masalah psikologis yang dihadapi oleh orang tua dengan bayi prematur memerlukan perhatian khusus bahkan konseling dari perawat. Perawat harus menyadari pentingnya keberadaan keluarga untuk terlibat secara aktif dan bekerja sama dalam perawatan bayi prematur di RS. Hal ini untuk mencegah stres psikologis orang tua yang lebih berat, memfasilitasi hubungan interaksi dan kontak fisik dengan bayinya, mempersiapkan orang tua dalam hal pengetahuan dan keterampilan tentang perawatan bayinya, mempercepat pemulihan kesehatan bayi, dan mempersingkat lama rawat bayi di RS (Hockenberry & Wilson, 2009). Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan harus memperhatikan prinsip konservasi untuk mempertahankan *wholeness* dan efek dari asuhan keperawatan yang diberikan pada bayi prematur. Hal ini akan menimbulkan respon individual yang akan membantu orang tua untuk melindungi dan mempertahankan integritasnya (Alligood & Tomey, 2006). Oleh karena itu prinsip pemenuhan kebutuhan psikologis orang tua dengan perawatan bayi prematur dan asuhan keperawatan dengan memperhatikan prinsip konservasi menjadi suatu kajian penting dalam penulisan karya ilmiah akhir ini.

Terjadinya masalah psikologis pada orang tua dengan bayi prematur dalam uraian karya ilmiah akhir ini dapat menyebabkan terjadinya hambatan dalam upaya pencapaian konservasi, dalam hal ini konservasi personal sosial, sehingga pada akhirnya menyebabkan orang tua berada pada suatu krisis yang secara langsung akan mempengaruhi pola pengasuhan, cara perawatan, dan derajat kesehatan bayinya. Selain itu pada analisis kasus dari lima bayi prematur ini diketahui pula bahwa risiko masalah psikologis orang tua yang semakin berat juga dapat disebabkan oleh adanya masalah pada prinsip konservasi energi seperti halnya masalah ketidakseimbangan nutrisi dan kesulitan penambahan berat badan dan prinsip integritas struktural seperti masalah infeksi pada bayi prematur. Hal ini berarti dengan terganggunya konservasi energi dan integritas struktural pada bayi prematur secara langsung akan berpengaruh pada kondisi psikologis orang tua.

Adapun masalah keperawatan yang dialami oleh orang tua dengan bayi prematur yang mengancam konservasi integritas personal sosial antara lain: kecemasan orang tua, risiko gangguan perlekatan orang tua-bayi, defisit pengetahuan, gangguan proses keluarga, dan kesiapan meningkatkan peran menjadi orang tua. Masalah keperawatan yang dialami orang tua ini muncul karena mereka dihadapkan pada suatu krisis situasi dimana bayinya membutuhkan perawatan khusus di RS, masalah ketidakstabilan kondisi kesehatan bayi, kelangsungan hidup bayi, adanya perpisahan dengan bayinya, dan masalah biaya perawatan yang tidak sedikit.

Tatalaksana tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk pemenuhan kebutuhan psikologis orang tua dengan

masalah perawatan bayi prematur yaitu dengan melakukan komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik yang dapat dilakukan perawat Perinatologi antara lain: menginformasikan kepada orang tua mengenai kondisi bayi secara rutin; merespon dengan baik terhadap setiap pertanyaan dari orang tua; mendengarkan keluhan klien, kondisi psikologis, dan emosional yang dirasakan orang tua; selalu ada untuk klien dan orang tua; serta memberikan informasi berkelanjutan tentang kondisi bayi, pengobatan, dan harapan hidup bayi prematur (Cleveland, 2008; Kearvell & Grant, 2008; Lindberg, 2007). Beberapa tindakan pemenuhan kebutuhan psikologis yang dilakukan oleh residen merupakan sebuah penanganan krisis untuk memfasilitasi proses adaptasi dan pembelajaran orang tua (Mok & leung, 2006; Obeidat, Bond, & Callister, 2009). Sebuah studi yang dilakukan oleh Melnyk, Feinstein, dan Fairbanks (2002) juga menegaskan dengan komunikasi terapeutik ini orang tua akan memperoleh informasi yang jelas bahwa bayinya memperoleh perawatan yang terbaik di RS dan dapat melihat manfaat dari pengalamannya untuk menghadapi krisis yang mungkin terjadi pada masa yang akan datang.

Penelitian yang lain dilakukan oleh Orapiriyakul, Jirapaet, dan Rodcumdee (2007) juga menegaskan bahwa perawat harus bekerja sama dengan ibu untuk mengatasi stres psikologisnya. Faktor komunikasi yang efektif dalam memberikan informasi yang berkelanjutan tentang kondisi dan kesehatan bayi prematur akan membantu ibu untuk memahami status kesehatan bayi dan mengurangi kecemasan ibu. Adapun tindakan yang dilakukan residen selama memberikan asuhan keperawatan pada orang tua dengan bayi prematur antara lain: mendengarkan kecemasan

dan ketakutan yang dirasakan orang tua, memberikan motivasi dan harapan yang positif pada orang tua tentang kelangsungan hidup bayinya, dan berkomunikasi secara efektif melalui “mengobrol” atau “diskusi” selama pendampingan orang tua saat jam kunjungan.

Peran perawat Perinatologi yang sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup bayi selama proses perawatan di RS dapat dilakukan melalui pemberian pendidikan kesehatan dan pendampingan berkelanjutan dari awal masuk RS sampai persiapan untuk pulang ke rumah. Kegiatan ini terintegrasi dalam satu program yang terencana di RS yaitu program *discharge planning* untuk keluarga klien. Hal ini tidak lain bertujuan untuk memfasilitasi berbagai pencapaian peran sebagai orang tua (Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 2005; Cunningham, Mc Donald, & Gant, 2001). Peran perawat dalam pendidikan kesehatan dan pendampingan orang tua, antara lain: membantu orang tua memahami suatu diagnosis atau pengobatan medis, mendorong orang tua untuk mengajukan pertanyaan, dan memberikan informasi yang lengkap kepada keluarga dengan literatur dan media penyuluhan yang tepat (Wong, et al., 2009). Pendidikan kesehatan yang efektif juga membutuhkan umpan balik dan evaluasi yang berkelanjutan untuk meningkatkan proses pembelajaran orang tua atau keluarga (Pillitteri, 2003).

Adapun pemberian pendidikan kesehatan dan pendampingan orang tua yang telah dilakukan residen antara lain tentang: pentingnya interaksi dan kelekatan orang tua-bayi, perawatan metode kanguru, pentingnya ASI bagi bayi prematur, cara menyusui yang benar, tata cara pemberian minum pada bayi dengan menggunakan cawan

dan OGT, cara mengenali tanda bahaya pada bayi prematur, dan cara mencuci tangan yang benar. Pemberian pendidikan kesehatan dilakukan pada saat jam kunjung orang tua dengan melakukan kontrak waktu sebelumnya. Pada saat pemberian pendidikan kesehatan dilengkapi dengan memberikan buku saku untuk orang tua. Harapannya dengan media pendidikan kesehatan ini akan membantu proses pembelajaran orang tua dan pemberian informasi menjadi lebih efektif. Selama pendidikan kesehatan dan pendampingan orang tua terjadi proses diskusi dan tanya jawab, orang tua dimotivasi untuk mencoba, dan akhirnya terjadi kesiapan untuk melakukan perawatan secara mandiri atau dibawah bimbingan residen dan perawat ruangan.

Beberapa studi menjelaskan tentang upaya orang tua dengan bayi prematur untuk mencari dukungan terhadap penyelesaian masalah psikologisnya. Studi ini menyatakan bahwa orang tua membutuhkan informasi atau pengetahuan tentang perawatan bayinya terutama dari staf pemberi asuhan keperawatan. Perawat memegang peranan penting untuk memberikan informasi tentang penyakit bayinya, perawatan dan tindakan pengobatan yang dilakukan, serta membuat orang tua terampil dalam perawatan bayinya (Arockiasamy, Holsti, & Albersheim, 2008). Perawat juga dituntut harus siap untuk mengulang penjelasannya dan berbicara dengan istilah yang mudah dipahami oleh orang tua. Hal ini karena banyak orang tua yang tidak mampu menyerap informasi yang diberikan karena tingkat stres dan kecemasan yang dialaminya (Melnyk et al., 2006).

Bentuk dukungan pemenuhan kebutuhan psikologis orang tua dengan bayi prematur yang lain adalah memfasilitasi hubungan ikatan orang tua-bayi selama jam

kunjungan. Dukungan yang dapat dilakukan residen antara lain menjelaskan pentingnya ikatan dan kelekatan orang tua-bayi, memberikan motivasi untuk melakukan kontak fisik dan komunikasi dengan bayinya dengan cara memberikan sentuhan, belaian, pijatan, mengajak bicara, bercerita atau membacakan dongeng, dan menyanyi. Selama melakukan pendampingan, orang tua biasanya mengajak bicara bayinya, membelai, dan membacakan doa. Sebuah studi yang dilakukan oleh Fenwick, Barclay, dan Schmied (2008), menegaskan bahwa perawat anak dapat mendorong orang tua untuk melakukan kontak fisik dan psikologis dengan bayinya, antara lain dengan: menyentuh, berbicara, bernyanyi, menghibur, mengganti popok, memberi makan, memposisikan bayi dengan nyaman, dan menanggapi bahasa isyarat dan perilaku bayinya. Jika seorang ibu mampu berpartisipasi dalam perawatan bayinya, maka keterlibatan emosional dan kepercayaan diri akan terbangun.

Memfasilitasi interaksi atau hubungan ikatan orang tua-bayi merupakan aspek asuhan perkembangan yang penting bagi perkembangan emosional dan sosial, sehingga diharapkan dapat membantu orang tua memahami kebutuhan bayi mereka (Lissauer & Fanaroff, 2006). Interaksi orang tua-bayi tersebut difasilitasi melalui jam kunjungan orang tua yang tidak dibatasi. Selain itu pada praktiknya, memfasilitasi interaksi orang tua-bayi juga dilengkapi dengan edukasi pada orang tua mengenai pentingnya pemberian ASI. Pada ibu bayi yang masih belum dapat menyusui langsung dikarenakan masih menjalani perawatan, informasi mengenai pemberian ASI diberikan pada ayah dan anggota keluarga lain yang terlibat. Edukasi tentang pemberian ASI ini sangat penting sebagai persiapan

pemberian ASI selanjutnya dan sebagai upaya meningkatkan kedekatan antara orang tua dan bayi.

Tindakan keperawatan yang lain sebagai bagian bentuk dukungan terhadap pemenuhan kebutuhan psikologis orang tua dengan bayi prematur adalah memfasilitasi dan melibatkan orang tua dalam perawatan anaknya. Perawat juga mempunyai peran penting untuk meningkatkan kemampuan orang tua dalam merawat anaknya. Adapun tindakan yang dilakukan residen selama praktik Ners Spesialis antara lain memotivasi dan memberikan kesempatan orang tua untuk melakukan PMK, menyusui bayinya, melakukan pemberian minum melalui OGT, membersihkan daerah perianal saat bayi buang air besar (BAB) atau buang air kecil (BAK), dan mengganti diapers. Penelitian yang berjudul "*Conditions for parents' participation in the care of their child in neonatal intensive care - a field study*", bertujuan untuk mempromosikan pentingnya partisipasi orang tua dalam perawatan anak di RS. Penelitian ini menjelaskan bagaimana kondisi partisipasi orang tua dalam perawatan anak di ruang NICU dan menegaskan bahwa sangat penting untuk selalu membimbing orang tua dalam perawatan bayinya di RS (Wigert, Hellstrom, & Berg, 2008).

Hasil evaluasi terhadap intervensi yang telah dilakukan pada ke lima kasus dengan masalah psikologis orang tua dengan bayi prematur dilakukan selama lima hari perawatan hingga klien pulang. Evaluasi dilakukan berdasarkan hasil observasi, wawancara, dan interaksi dengan orang tua klien saat proses pendampingan keluarga dilakukan. Evaluasi konservasi integritas personal sosial terkait dengan masalah keperawatan kecemasan orang tua pada bayi Ny. KN. III belum dapat teratasi. Hal ini dikarenakan kondisi klien yang

naik turun dengan masalah hiperbilirubinemia berulang, refleks hisap yang lemah yang mengakibatkan pemberian minum masih melalui OGT, dan sulitnya pertambahan berat badan bayi. Orang tua akhirnya membawa pulang paksa bayinya walaupun sudah diedukasi bahwa kondisi bayi masih labil dan belum siap dibawa pulang.

Masalah keperawatan yang lain terkait konservasi integritas personal sosial yaitu risiko gangguan perlekatan orang tua-bayi. Masalah ini dialami pada dua kasus yaitu pada orang tua bayi Ny. KN III dan bayi Ny. NH. Masalah keperawatan risiko gangguan perlekatan orang tua-bayi dapat teratasi dengan adanya pemberian informasi, pendampingan orang tua, dan motivasi dengan mendorong orang tua untuk melakukan kontak fisik ataupun komunikasi dengan bayinya. Masalah keperawatan defisit pengetahuan dialami semua orang tua pada kelima kasus ini pada orang tua bayi Ny. SA.1, bayi Ny. PR, bayi Ny. NH, dan bayi Ny. M. Hasil evaluasi yang dilakukan pada ke empat orang tua tersebut menunjukkan masalah defisit pengetahuan teratasi karena dinilai memiliki pengetahuan dan keterampilan yang baik dengan adanya pencapaian dalam keikutsertaan perawatan bayi di RS, adanya perhatian terhadap kebutuhan informasi yang belum jelas, dan kooperatif terhadap informasi yang disampaikan residen selama pendampingan orang tua. Pada orang tua dengan bayi Ny. KN. III, masalah defisit pengetahuan belum dapat teratasi. Hal ini dikarenakan jam kunjungan orang tua yang jarang dan adanya kontrak waktu yang sering dilanggar orang tua sehingga pendidikan kesehatan dan pendampingan orang tua tidak optimal.

Masalah yang lainnya terkait konservasi integritas personal sosial adalah kesiapan meningkatkan peran menjadi orang tua yang dialami oleh orang tua bayi Ny. SA.1, bayi Ny. PR, bayi Ny. NH, dan bayi Ny. M. Masalah kesiapan menjadi orang tua ini dapat teratasi dengan adanya pencapaian berupa kondisi psikologis yang stabil, kecemasan yang berkurang, adanya dukungan dan perhatian pada bayinya, kontak fisik dan komunikasi yang rutin dengan bayinya, orang tua kooperatif dan ikut merawat bayinya, serta adanya harapan orang tua terhadap kesembuhan bayinya.

Bayi prematur dalam adaptasinya di lingkungan ektrauterin belum mampu meregulasi setiap stimulus yang berlebihan sehingga sangat rentan untuk mengalami stres (Maguire et al., 2008). Stres yang dialami bayi prematur dapat bersumber dari lingkungan perawatan, prosedur pengobatan, pemeriksaan lain yang dilakukan, dan beberapa alat-alat kesehatan yang digunakan (Bowen, 2009; Westrup et al., 2000). Stres yang dialami bayi prematur akan terlihat melalui perilaku dan respon emosional bayi prematur yang berbeda dengan bayi cukup bulan. Kondisi semacam inilah yang menyebabkan sebagian besar orang tua khususnya ibu-ibu muda mengalami rasa takut dan bingung ketika melihat perubahan dan respon perilaku berbeda yang ditunjukkan bayinya. Selain itu, orang tua tidak akan memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup untuk memahami dan berhubungan dengan bayinya, mengetahui masalah yang dihadapi bayinya, dan perlakuan yang seharusnya dapat diberikan untuk bayinya (Heneghan, Mercer, & Deleone, 2004).

Perawat Perinatologi sebagai seorang pemberi pelayanan kesehatan profesional memiliki tanggung jawab dalam memperhatikan, mengupayakan, dan memaksimalkan

keberadaan orang tua di RS. Upaya ini sebagai salah satu intervensi perawat untuk mencapai tujuan utama konservasi integritas personal sosial dalam penatalaksanaan bayi prematur melalui optimalisasi peran orang tua di RS (Wong et al., 2009). Hal ini berarti bahwa konservasi personal sosial merupakan cerminan dari penatalaksanaan keberadaan orang tua dengan fokus perhatian terhadap serangkaian kebutuhan perawatan bayi prematur di RS untuk dapat tumbuh dan berkembang. Adapun tindakan asuhan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mencapai konservasi personal sosial tersebut adalah melalui asuhan perkembangan atau *developmental care*.

Adapun asuhan perkembangan yang dilakukan selama merawat kelima kasus bayi prematur dalam uraian karya ilmiah akhir ini diantaranya adalah dengan pengaturan posisi tubuh bayi atau *positioning*. Pengaturan posisi tubuh yang dilakukan tersebut meliputi posisi tengkurap (*prone*), telentang (*supine*) dengan ekstremitas fleksi, dan posisi miring kanan atau kiri. Pengaturan posisi ini dilakukan sesuai dengan jam penanganan bayi (*touching time*) dan sekaligus diharapkan dapat memberikan manfaat dalam mempertahankan integritas kulit karena mencegah terjadinya luka akibat penekanan yang terlalu lama (Kenner & Mc Grath, 2004).

Selain pengaturan posisi tidur bayi, asuhan perkembangan lainnya yang dilakukan adalah pemberian sarang atau *nesting* di sekeliling tubuh bayi. Tujuan pemberian sarang ini adalah untuk menopang tubuh bayi dan memberikan tempat yang nyaman, serta bermanfaat dalam mempertahankan posisi tubuh bayi dengan ekstremitas fleksi (Lissauer & Fanaroff, 2009; Kenner & McGrath, 2004). Pengaturan pencahayaan juga dilakukan untuk asuhan

perkembangan bayi prematur dengan cara menutup tirai kaca saat siang atau sore hari, mematikan lampu ruang rawat jika dirasa terlalu terang, dan selalu memberi penutup inkubator kecuali pada bayi prematur yang mendapat terapi sinar. Pengaturan pencahayaan ini sangat penting karena memberikan manfaat terhadap fungsi fisiologis yaitu penurunan frekuensi nadi dan stres, serta fase tidur bayi prematur yang optimal untuk tumbuh kembang bayi (Kenner & McGrath, 2004). Dalam fase tidur juga terjadi sekresi hormon pertumbuhan dan imunitas tubuh sehingga dapat memfasilitasi tercapainya konservasi energi tubuh (Ward, Clarke, & Linden, 2009). Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Brandon, Holditch-Davis, dan Belyea (2002) menguatkan pernyataan ini bahwa bayi yang mendapat pengaturan siklus pencahayaan selama perawatan menunjukkan peningkatan berat badan yang lebih baik.

Tindakan asuhan perkembangan yang lainnya adalah meminimalkan kebisingan melalui pengaturan buka tutup pintu inkubator dengan hati-hati. Tindakan ini merupakan suatu upaya untuk menurunkan stimulus lingkungan perawatan yang terlalu bising. Kebisingan lingkungan perawatan mengakibatkan peningkatan level hormon stres dan penurunan sekresi hormon pertumbuhan, sehingga kondisi ini dapat menghambat terjadinya konservasi energi pada bayi prematur (Kenner & McGrath, 2004).

Praktik asuhan perkembangan lain yang dilakukan residen yaitu meminimalkan penanganan bayi yang berlebihan atau *minimal handling*. *Minimal handling* bertujuan untuk memberikan kesempatan istirahat dan tidur pada bayi prematur tanpa adanya gangguan dari aktivitas pengobatan, perawatan, dan pemeriksaan lainnya (Maguire et al., 2008).

Adapun praktik dari *minimal handling* ini adalah dengan meminimalkan penanganan pada bayi atau melakukan beberapa tindakan dalam satu waktu yang disesuaikan dengan jam penanganan (*touching time*). Tindakan keperawatan ini seperti melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital bayi, pemberian minum, dan pemenuhan kebutuhan diri lainnya dilakukan secara bersamaan dalam satu periode penanganan. Hal ini berarti bahwa di luar waktu penanganan tersebut, bayi diberikan kesempatan untuk beristirahat sampai waktu penanganan berikutnya.

Kajian aspek pemenuhan kebutuhan psikologis orang tua melalui integrasi prinsip konservasi personal sosial dalam karya ilmiah ini juga dipengaruhi prinsip konservasi yang lain yaitu konservasi energi dan integritas struktural. Levine menjelaskan bahwa keutuhan diri dapat dicapai melalui penggunaan semua prinsip konservasi. Hal ini berarti bahwa perawat juga harus mengkaji pengaruh prinsip konservasi yang lainnya, sehingga secara bersama-sama dapat menjaga seluruh aspek yang ada pada diri klien (bayi prematur) dan lingkungan yang mempengaruhinya termasuk keberadaan orang tua dan keluarga (Alligood & Tomey, 2006).

Adapun masalah keperawatan yang dialami oleh bayi prematur yang mengancam konservasi energi antara lain: ketidakefektifan pola makan bayi, risiko ketidakstabilan suhu tubuh, risiko kekurangan volume cairan, dan kesiapan meningkatkan nutrisi. Masalah keperawatan ketidakefektifan pola makan bayi dialami oleh empat bayi prematur yaitu bayi Ny. SA.1, bayi Ny. KN III, bayi Ny. NH, dan bayi Ny. M. Masalah keperawatan ini ditegakkan karena kondisi dan koordinasi refleks hisap, napas, dan telan yang belum optimal pada bayi prematur.

Adapun tindakan keperawatan yang dilakukan residen untuk mengatasi ketidakefektifan pola makan bayi antara lain: mengobservasi refleks hisap bayi, memberikan minum enteral melalui OGT, dan memberikan stimulasi oromotor untuk merangsang refleks hisap bayi. Seperti diketahui bahwa kemampuan bayi prematur untuk menghisap sangat terbatas dengan usia gestasi kurang dari 32-34 minggu. Bayi prematur memiliki kontrol motorik oral yang lemah karena otot di sekitar mulut dan kekuatan lidah yang lemah dibandingkan bayi cukup bulan (Lessen, 2008). Tindakan yang dapat dilakukan pada bayi prematur untuk mengatasi masalah tersebut adalah pemasangan OGT untuk pemberian minum (Hockenberry & Wilson, 2009). Selain itu bayi prematur juga diberikan stimulasi oromotor dengan tujuan untuk merangsang refleks menghisap pada bayi prematur sehingga keberhasilan pemberian minum melalui oral dapat tercapai (Rocha, et al., 2007). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rocha, et al. (2007) menyarankan agar stimulasi oromotor bersamaan dengan *Non Nutritive Sucking* (NNS) pada bayi prematur dilakukan untuk meningkatkan inisiasi awal pemberian minum melalui oral, membantu meningkatkan pematangan struktur saraf, dan meningkatkan koordinasi mengisap, menelan, dan bernapas.

Adapun evaluasi yang didapatkan selama merawat empat bayi prematur antara lain: bayi Ny. SA.1, bayi Ny. PR, bayi KN. III, dan bayi Ny. NH memiliki toleransi minum yang baik, tidak ada kembung, dan tidak ada muntah selama pemberian minum melalui OGT, sedangkan pada bayi Ny. M masih ditemukan muntah beberapa kali sehingga pemberian minum melalui OGT dilakukan dengan drip selama 1 jam. Evaluasi terhadap bayi Ny. SA.1 dan bayi Ny.

PR memiliki kemampuan dan koordinasi refleks hisap yang baik sehingga pemberian minum melalui oral dengan *cup feeding* ataupun botol susu. Pada bayi Ny. KN. III kemampuan refleks hisap masih lemah dan pemberian minum melalui OGT sampai bayi pulang paksa pada hari perawatan ke-30, sedangkan bayi Ny. M pemberian minum juga melalui OGT dengan drip selama 1 jam karena refleks hisap yang lemah dan ditemukan muntah.

Pengaturan posisi sangat penting untuk mengurangi frekuensi muntah dan menoleransi pemberian minum. Dengan kondisi ini diharapkan intake makanan semakin adekuat dan membantu peningkatan berat badan bayi prematur. Menurut Poets (2004) bahwa posisi tengkurap (pronasi) atau miring kiri dengan posisi kepala lebih tinggi (30°) dalam pemantauan kardiorespirasi diikuti dengan pemberian minum sedikit tetapi sering akan mengurangi frekuensi muntah pada bayi dengan GER. Selain itu menurut Kenner dan Mc Grath (2004), pada posisi tubuh tengkurap dengan kaki menekuk dan kedua lengan fleksi, bayi dapat meningkatkan pengosongan lambung sehingga lebih baik dalam menoleransi pemberian minum disertai dengan peningkatan ventilasi dan oksigenasi (Robertson, 1993). Adapun evaluasi peningkatan berat badan pada bayi Ny. SA.1 sebanyak 15-25 gram setiap hari, berat badan sekarang 1290 gram, dan berat badan bayi kembali seperti berat lahir dalam waktu 15 hari. Pada bayi Ny. KN. III berat badan sekarang 1175 gram dan meningkat sebanyak 10-15 gram setiap hari. Bayi Ny. NH dengan berat badan 1715 gram dan meningkat sebanyak 18 gram setiap hari, sedangkan bayi Ny. M dengan berat badan 1790 gram dan meningkat sebanyak 15 gram setiap hari.

Masalah keperawatan risiko ketidakstabilan suhu tubuh juga ditegaskan pada dua kasus yaitu bayi Ny. SA.1 dan bayi Ny. NH. Masalah ini ditegaskan karena fungsi pengaturan suhu tubuh yang immatur dan tipisnya lemak sub kutan. Instabilitas suhu tubuh pada bayi Ny. SA.1 berupa hipotermi selama 1 hari, sedangkan pada bayi Ny. NH terjadi hipertermi selama 2 hari. Bayi prematur dalam adaptasi di lingkungan ektrauterin lebih berisiko mengalami hipotermi. Hal ini terjadi karena luasnya area permukaan kulit yang memudahkan terjadinya kehilangan panas dari tubuh ke lingkungan, tipisnya lapisan sub kutan sehingga bayi kurang mampu mempertahankan panas, dan ketidakmampuan bayi untuk menggigil saat kedinginan (Hockenberry & Wilson, 2007).

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mencegah ketidakstabilan suhu tubuh bayi antara lain: menjaga bayi tetap dalam keadaan hangat dengan menempatkan bayi dalam inkubator, memonitor suhu tubuh bayi setiap 1 jam dengan mengatur setting suhu inkubator, memberikan penutup kepala dan menjaga kehangatan bayi untuk bayi hipotermi, menerapkan asuhan perkembangan dan *minimal handling*, serta melakukan kolaborasi dalam pemberian antibiotik untuk bayi hipertermi. Adapun evaluasi yang didapatkan selama perawatan yaitu instabilitas suhu tubuh (hipotermi) pada bayi Ny. SA.1 tidak terjadi lagi, sedangkan bayi Ny. NH tidak terjadi peningkatan suhu tubuh dengan pemberian terapi antibiotik piptazobactam 3x85 mg dan amikasin 12 mg/18 jam secara intravena berdasarkan hasil *septic workup*.

Masalah keperawatan risiko kekurangan volume cairan dialami oleh bayi Ny. PR dan bayi Ny. KN III. Masalah keperawatan ini ditegaskan karena kedua bayi tersebut

mengalami hiperbilirubinemia dan dilakukan tindakan fototerapi yang menyebabkan pengeluaran *insensible water loss* (IWL). Adapun tindakan yang dilakukan residen yaitu memonitor kebutuhan cairan klien dan keseimbangan asupan keluaran cairan. Hasil evaluasi perawatan yang dilakukan menunjukkan risiko kekurangan volume cairan tidak terjadi. Hal ini karena pemenuhan kebutuhan cairan pada kedua kasus tersebut adekuat dengan ditandai adanya toleransi terhadap asupan oral dan asupan cairan intravena. Keseimbangan cairan terpenuhi pada kedua kasus terlihat dengan tidak adanya keseimbangan negatif antara asupan dan keluaran cairan.

Masalah keperawatan yang terakhir berdasarkan prinsip konservasi energi yaitu kesiapan meningkatkan nutrisi. Masalah ini ditegakkan pada bayi Ny. PR karena adanya koordinasi refleks hisap dan telan dengan toleransi minum yang baik, tidak ada kembung, dan tidak muntah. Evaluasi yang didapatkan selama perawatan adalah penambahan berat badan bayi meningkat 10-15 gram dan berat badan bayi terakhir saat pulang 2100 gram.

Masalah keperawatan yang ditegakkan pada asuhan keperawatan bayi prematur yang mengancam konservasi integritas struktural antara lain risiko infeksi, risiko kerusakan integritas kulit, dan risiko cedera. Masalah keperawatan yang pertama yaitu risiko infeksi ditegakkan pada empat kasus yaitu pada bayi Ny. SA.1, bayi Ny. PR, bayi Ny. KN III, dan bayi Ny. NH. Adanya kondisi immaturitas sistem imun dan infeksi nosokomial akibat perawatan di RS menyebabkan residen menegakkan masalah keperawatan risiko infeksi. Hal ini ditunjang adanya riwayat menderita sepsis pada keempat bayi tersebut. Adapun

tindakan keperawatan yang diberikan adalah selalu melakukan cuci tangan dengan benar sebelum dan sesudah kontak dengan bayi, menggunakan teknik aseptik pada semua prosedur atau tindakan invasif, dan mengobservasi setiap lokasi yang berpotensi menyebabkan infeksi. Evaluasi yang dilakukan selama merawat keempat kasus yaitu pada bayi Ny. SA.1, bayi Ny. PR, dan bayi Ny. KN III risiko infeksi teratasi dan terapi antibiotik sudah dihentikan. Pada bayi Ny. NH terdapat tanda-tanda infeksi dengan adanya peningkatan suhu tubuh selama 2 hari dan hasil *septic workup* menunjukkan hasil: hemoglobin 8,6 gram/dL, hematokrit 26,5 %, trombosit 45.000/ μ L, leukosit 4.380/ μ L, IT ratio 0,25 dan CRP 1,9 mg/L. Terapi medikasi yang diberikan yaitu piptazobactam 3x85 mg dan amikasin 12 mg/ 18 jam diberikan secara intravena.

Masalah keperawatan yang lainnya yaitu risiko kerusakan integritas kulit. Hal ini disebabkan kondisi kulit pada bayi prematur tipis dan lapisan antara dermis dan epidermis masih renggang sehingga gesekan epidermis seperti saat melepas plester dapat memisahkan kedua lapisan tersebut (Hockenberry & Wilson, 2007). Selain itu adanya masalah hiperbilirubinemia sehingga bayi harus dilakukan tindakan fototerapi akan menyebabkan risiko terjadinya kerusakan pada kulit. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan adalah dengan menghindari menggosok kulit ketika memandikan atau mengeringkan bayi, menjaga kelembaban dan kebersihan kulit perianal dengan membersihkan dan mengganti diapers setiap 3 jam sekali, menggunakan plester yang tidak menimbulkan alergi pada kulit, dan mengubah posisi tidur bayi tiap 3 jam sekali untuk menghindari luka tekan pada kulit. Evaluasi integritas struktural terkait dengan masalah risiko

kerusakan integritas kulit pada bayi Ny. PR dan bayi Ny. KN III tidak terjadi dengan kulit tampak bersih dan lembab, tidak lecet, tidak ada luka tekan, serta tidak ada kemerahan dan iritasi pada kulit bayi.

Masalah keperawatan yang terakhir terkait prinsip konservasi integritas struktural yaitu risiko cedera karena efek fototerapi pada bayi Ny. PR dan bayi Ny. KN III. Efek samping fototerapi dapat menyebabkan hipertermi, dehidrasi, kelainan kulit, gangguan minum, letargi, dan iritabilitas. Efek samping bersifat sementara dan kadang-kadang fototerapi dapat diteruskan, sementara masalah yang menyertainya dapat diperbaiki (Hockenberry & Wilson, 2007). Adapun tindakan keperawatan yang dilakukan residen antara lain memberikan pelindung pada mata dan alat kelamin dengan menggunakan kain kasa, mengubah posisi tubuh bayi tengkurap atau telentang agar penyinaran berlangsung merata, memantau keseimbangan asupan dan keluaran cairan, dan memotivasi orang tua untuk tetap memberikan ASI jika memungkinkan. Salah satu tindakan keperawatan dengan memberikan pelindung pada mata dan alat kelamin bertujuan untuk mencegah efek cahaya yang berlebihan dari lampu-lampu tersebut. Seperti diketahui bahwa pertumbuhan mata bayi belum sempurna, sehingga dikhawatirkan akan merusak bagian retina dan alat kelaminnya (Maisels & Mc Donagh, 2008). Adapun evaluasi yang dilakukan selama merawat bayi Ny. PR dan bayi Ny. KN. III bahwa risiko cedera akibat tindakan fototerapi, bayi tidak menunjukkan letargi dan malas minum, kebutuhan cairan adekuat dengan adanya keseimbangan asupan dan keluaran cairan, tidak terjadi hipertermi, dan tidak ada kelainan pada kulit bayi.

Aplikasi teori Konservasi Levine dalam pemenuhan kebutuhan psikologis orang tua dengan perawatan bayi prematur di RS merupakan suatu teori yang sejalan. Teori ini mengembangkan sebuah konsep untuk mempromosikan adaptasi dan mempertahankan keutuhan diri melalui penggunaan prinsip-prinsip konservasi (Tomey & Alligood, 2006). Integrasi teori konservasi Levine sangat membantu dalam memberikan asuhan keperawatan pada orang tua dengan perawatan bayi prematur. Teori konservasi ini terdiri dari empat ranah prinsip-prinsip konservasi, sehingga melalui prinsip konservasi tersebut, kebutuhan psikologis orang tua dan proses adaptasi menuju tercapainya konservasi dan keutuhan diri dapat terpenuhi.

Orang tua dengan perawatan bayi prematur mengalami masalah psikologis dan kesulitan dalam proses adaptasi menghadapi krisis tersebut. Orang tua harus mampu beradaptasi dengan segala kondisi dan realitas permasalahan yang dihadapinya. Dalam konservasi personal sosial, perawat harus menunjukkan perhatian kepada klien dan keluarga selama tindakan keperawatan, mendukung harapan dan upaya yang dilakukan, dan mengajarkan mereka dengan informasi yang baru. Tujuan konservasi personal sosial dalam asuhan keperawatan pada klien dan keluarga adalah memberikan pengetahuan dan kekuatan kepada keluarga, komunikasi yang efektif antara perawat-keluarga, serta adanya pengakuan keterlibatan keluarga dalam menentukan pilihannya sendiri dalam perawatan bayi, sehingga klien tidak lama berada dalam ketergantungan dan dapat meningkatkan derajat kesehatan yang lebih baik (Tomey & Alligood, 2006).

Kesulitan ibu merawat bayi prematur di rumah atau perawatan pasca RS juga berkaitan dengan masih kurangnya keterlibatan ibu selama perawatan di RS. Ibu yang dibekali dengan bimbingan dari konseling dan modul tentang perawatan metode kanguru akan lebih percaya diri karena dapat mengulang langkah yang ada didalam modul dalam melakukan perawatan metode Kanguru. Menurut Parker (2005), faktor-faktor yang mempengaruhi kemandirian ibu akan peran barunya adalah adanya rasa tanggung jawab untuk merawat bayinya agar dapat tumbuh dan berkembang sesuai dengan tahap-tahap usianya, ibu menjadi lebih percaya diri sehingga akan melakukan perawatan bayinya dengan baik. Kepercayaan ibu pada bidan atau perawat yang memberikan asuhan melalui pendidikan kesehatan, adanya otonomi ibu untuk merawat atau mendekap bayinya sejak perawatan di RS akan meningkatkan kemandirian ibu selanjutnya sampai pulang ke rumah.

Upaya lain yang dapat dilakukan dalam mengupayakan kesejahteraan bayi prematur adalah melalui pemberdayaan ibu untuk mampu melakukan perawatan BBLR di rumah sehingga dapat mengoptimalisasikan pertumbuhannya. Tingkat pertumbuhan bayi dengan prematur pada tahun pertama umumnya lebih rendah dibandingkan bayi aterm yang dilahirkan pada hari yang bersamaan. Defisit dalam tingkat tumbuh kembang ini cenderung bersesuaian dengan tingkat prematuritas. Salah satu intervensi yang paling umum digunakan untuk meningkatkan pertumbuhan bayi prematur adalah dengan rangsangan somatik (stimulasi sistem somatosensori dari beberapa modalitas pada reseptor sensorik yang menutupi kulit, otot, tulang dan sendi), kinestetik (rangsangan oleh

gerakan) dan sensorik stimulasi (rangsangan dari indera: penglihatan, pendengaran, dan taktil (Field, 2010).

Pada penelitian *H-HOPE plus Kinesthetic dengan VCO*, dilakukan evaluasi berdasarkan intervensi selama 14 hari menunjukkan rata-rata kenaikan berat badan sebesar 612,27 gram yaitu intervensi lebih efektif dengan nilai selisih meningkat 45,7% dari standar kenaikan berat badan selama 14 hari yaitu 420 gram. Analisis *effect size* dari penelitian ini sebesar 2.0 dengan kategori tinggi. Dalam metode *H-Hope plus Kinesthetic dengan VCO* yang diberikan kepada bayi prematur pasca perawatan di Rumah Sakit memberikan pengaruh yaitu meningkatkan pertumbuhan yang meliputi berat badan, panjang badan, dan lingkar kepala. Intervensi *H-HOPE plus Kinesthetic* dan VCO yang diintegrasikan dengan partisipasi orang tua yang dalam hal ini yaitu ibu bayi terbukti mendukung dalam pemberian ASI eksklusif dan interaksi yang membentuk bonding yang lebih kuat. Teknik manipulasi dalam hal ini yaitu sentuhan (*tactile dan vestibular*) membantu pengeluaran hormon pertumbuhan dalam tubuh. Sensasi yang diberikan pada saat melakukan *tactile* dan *kinesthetic* meningkatkan aktivitas nervus vagus yang menyebabkan pengosongan lambung lebih cepat sehingga bayi akan lebih sering menyusu. *Stimulasi tactile- kinesthetic* dengan audio-visual pada bayi menggunakan VCO mempengaruhi peningkatan berat badan, secara teori dapat dijelaskan sebagai berikut: 1) Stimulasi *tactile- kinesthetic* dengan audio-visual atau pijat menimbulkan rangsangan pada saraf vagus yang akan mempengaruhi sistim pencernaan, yaitu merangsang lambung melepaskan gastrin; meningkatkan motilitas lambung dan usus. Motilitas lambung akan mempermudah terjadinya relaksasi reseptif lambung yang menyebabkan lambung dapat

menambah volumenya tanpa peningkatan tekanan dan motilitas usus mempermudah pencampuran makanan, sehingga penyerapan nutrisi menjadi lebih baik. Proses pencernaan yang lancar menyebabkan lambung menjadi cepat kosong. Keadaan ini akan merangsang rasa lapar dan haus, sehingga bayi menjadi lebih sering menyusui. 2) Stimulasi *tactile-kinesthetic* dengan audio-visual atau ijat mendorong *growth hormone* untuk pelepasan somatomedin yaitu faktor pertumbuhan yang disekresikan paling banyak oleh organ hati. Salah satu somatomedin utama yang terdapat dalam darah adalah IGf-1 yaitu hormon pertumbuhan yang berpengaruh terhadap pertumbuhan berbagai jaringan tubuh (W.F G., 2012). 3) VCO bersifat stabil dan tidak mudah teroksidasi, merupakan jenis asam lemak rantai sedang dengan berat molekul kecil dan bersifat lipofilli (Lubis et al., 2015).

Berat badan merupakan hasil peningkatan atau penurunan semua jaringan yang ada pada tubuh, seperti tulang, otot, lemak, cairan tubuh dan lain-lain yang dapat digunakan sebagai indikator untuk mengetahui tumbuh kembang bayi melalui peningkatan berat badan. Asupan nutrisi atau ASI eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan merupakan faktor langsung yang paling berpengaruh terhadap berat badan bayi. Penelitian lain yang mengembangkan intervensi dengan perawatan KMC. Mekanisme metode Kangguru dalam meningkatkan berat badan bayi terjadi karena bayi dalam keadaan rileks, beristirahat dengan posisi yang menyenangkan, mirip dengan posisi dalam rahim, sehingga kegelisahan bayi berkurang dan tidur lebih lama. Pada keadaan demikian konsumsi oksigen dan kalori berada pada tingkat paling rendah, sehingga kalori yang ada digunakan untuk menaikkan berat badan. Selain itu peningkatan berat badan juga

disebabkan oleh frekuensi menyusui yang lebih sering. Pada kasus setelah dilakukan metode kanguru terjadi peningkatan frekuensi ibu dalam memberikan ASI. Karena bayi selalu berada dalam dekapan ibu dan dalam kondisi bila pasien sudah merasa haus dan memerlukan ASI maka pasien akan mencari sendiri puting susu ibu dalam baju Kanggurnya, sehingga hal ini juga membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan akan nutrisi dan cairannya.

Adapun evaluasi terkait integrasi teori konservasi dalam uraian karya ilmiah akhir ini adalah evaluasi prinsip konservasi yang turut mendukung prinsip konservasi personal sosial pada orang tua dengan bayi prematur. Salah satu prinsip tersebut adalah prinsip konservasi energi. Pada analisis kasus dalam uraian karya ilmiah akhir ini diketahui bahwa ketika konservasi energi terganggu seperti adanya penurunan berat badan, maka psikologis orang tua dan proses adaptasi mengalami masalah sehingga dapat mengganggu pencapaian konservasi personal sosial. Pencapaian konservasi energi ini sangat penting pula untuk diupayakan sebagai langkah untuk mendukung pencapaian konservasi personal sosial. Adapun pada praktiknya, serangkaian tatalaksana telah dilakukan pada orang tua dengan bayi prematur sebagai upaya untuk mempertahankan konservasi energi. Tatalaksana tersebut antara lain pemberian nutrisi enteral ataupun parenteral, memonitor peningkatan berat badan, mengobservasi toleransi minum bayi, memberikan stimulasi oromotor, menerapkan asuhan perkembangan dan *minimal handling*.

Selain itu prinsip konservasi integritas struktural juga turut mendukung prinsip konservasi personal sosial. Salah satu contoh dalam analisis kasus ini adalah terjadinya infeksi

pada bayi prematur. Pada praktiknya, tindakan keperawatan seperti memonitor tanda-tanda infeksi, mencuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan klien, menerapkan prinsip aseptik terhadap tindakan atau prosedur invasif, kolaborasi dalam pemberian antibiotik dan terapi medikasi dilakukan untuk mempertahankan konservasi integritas struktural ini.

Aspek Kefarmasian pada Bayi Prematur

Salah satu bagian terpenting terapi secara farmakologi dari perawatan bayi prematur adalah pemberian kortikosteroid yang diberikan pada ibu setidaknya 48 jam sebelum melahirkan sangat mengurangi kejadian dan tingkat keparahan penyakit pernapasan pada bayi ataupun *neonatal respiratory morbidity*, mengurangi perdarahan intraventricular, dan menurunkan risiko terjadinya *Patent ductus arteriosus* (PDA) dan *necrotizing enterocolitis* (NEC). Pemberian steroid direkomendasikan ketika kelahiran prematur kemungkinan antara 24 dan 34 minggu kehamilan. Penggunaan sebelum atau sesudahnya tidak menunjukkan efektifitas terapi (Bonanno & Wapner, 2012; Saccone & Berghella, 2016).

Penggunaan dexamethasone pada bayi prematur untuk pematangan fungsi paru harus diperhatikan dan diwaspadai ketika penggunaan jangka Panjang. Hasil penelitian meta-analisis menunjukkan bahwa penggunaan deksametason pada bayi prematur dapat mempengaruhi penurunan fungsi pendengaran (Zhang *et al.*, 2014; Han *et al.*, 2020). Penelitian *randomized controlled trial* (RCT) dari 10 studi tersebut melibatkan 1.038 bayi prematur, termasuk 512 yang menerima deksametason intravena dan 526 yang menerima placebo. Hasilnya menunjukkan bahwa pada bayi yang

memulai pengobatan dengan deksametason lebih dari 7 hari setelah lahir ditemukan adanya gangguan pendengaran secara signifikan lebih besar daripada kelompok kontrol (Zhang *et al.*, 2014). Selain itu, dijumpai kejadian palsy serebral dan gangguan penglihatan pada kelompok deksametason dan placebo (Vrselja *et al.*, 2021). Oleh karena itu penggunaan dexamethasone perlu dipertimbangkan manfaat dan risikonya.

Dilakukan pemantauan kadar elektrolit tubuh dan manajemen cairan serta elektrolit harus segera dilakukan (Lorenz, 2004), hal ini disebabkan karena belum matangnya fungsi ginjal sehingga menyebabkan peningkatan kehilangan air transdermal. Cairan awal harus berupa larutan glukosa dan air, dapat menggunakan larutan dekstrosa 10% dalam air (DW10), kecuali pada bayi yang lahir dengan kondisi BBLR direkomendasikan untuk mendapatkan dekstrosa 5% dalam air (D5W) untuk mencegah terjadinya hiperglikemia (Chawla *et al.*, 2008; William, 2012). Kebutuhan cairan elektrolit yang diberikan disesuaikan dengan usia dan penambahan berat badan harian bayi. Bayi yang lebih dewasa dapat dimulai pada 60-80 mL/kg/hari. Bayi yang paling imatur mungkin membutuhkan hingga 100-150 mL/kg/hari. Pemberian nfas glukosa dimulai pada 4-6 mg/kg/menit (Modi, 2004).

Kadar elektrolit dan kalsium harus dipantau pada usia 12-24 jam setelah kelahiran dan tergantung pada derajat prematuritas serta masalah medis lainnya. Elektrolit tidak boleh ditambahkan sampai usia 24 jam, ketika output urin memadai. Kebutuhan dasar natrium adalah 2-3 mEq/kg/hari, kalium 1-2 mEq/kg/hari, dan kalsium 600 mg/kg/hari (sebagai kalsium glukonat). Hasil pemantauan

laboratorium dan perubahan berat badan menentukan perubahan pemberian cairan dan elektrolit. Oleh karena itu, berat badan bayi harus dipantau setiap 24 jam.

Terapi yang diberikan pada bayi dengan prematur disesuaikan dengan masalah medis yang mendasarinya, apabila bayi premature dengan BBLR dan nilai hemoglobin yang rendah maka perlu mendapatkan agen perangsang eritropoiesis darbepoetin alfa (Darbe) sebelum dipertimbangkan untuk mendapatkan transfusi darah merah (Juul *et al.*, 2020). Hasil penelitian menunjukkan bahwa, efektifitas dan keamanan pemberian eritropoietin (Epo) 400 U/kg secara subkutan tiga kali seminggu, darbepoetin alfa 10 g/kg secara subkutan seminggu sekali dua kali seminggu, dan kelompok plasebo dalam tiga dosis seminggu sampai usia kehamilan 35 minggu (Ohlsson & Aher, 2020). Dosis pemberian ini disesuaikan dengan hasil pengurukan berat badan setiap minggunya. Hasilnya menunjukkan bahwa bayi yang mendapatkan darbepoetin alfa dan eritropoietin memiliki perubahan jumlah retikulosit absolut dan hematokrit yang lebih tinggi secara signifikan (Sun *et al.*, 2020; Ohlsson & Aher, 2020).



Bab 5
PENUTUP

Bab ini merupakan bagian penutup yang menjelaskan tentang simpulan dari aplikasi teori promosi kesehatan dan riset pada pemenuhan kebutuhan psikologis orang tua dan asuhan bayi prematur, serta beberapa saran untuk menindaklanjuti hasil kajian dalam buku ini.

A. Simpulan

Simpulan dari hasil kajian dalam uraian karya ilmiah akhir ini sebagai berikut:

1. Analisis kasus dalam buku ini dilakukan pada lima bayi prematur dengan masalah yang berbeda-beda antara lain: masalah distres pernapasan, Sepsis Neonatorum Awitan Dini (SNAD), hiperbilirubinemia, *Necrotizing Enterocolitis* (NEC), dan *Gastroesophageal Refluks* (GER) dengan riwayat usia gestasi 31-36 minggu dan berat badan 1100-1500 gram.
2. Analisis kondisi dan masalah fisik pada bayi prematur berupa masalah pada konservasi energi yaitu ketidakefektifan pola makan berhubungan dengan koordinasi refleks hisap dan telan yang kurang adekuat; serta masalah pada integritas struktural yaitu risiko infeksi berhubungan dengan immaturitas sistem imun.
3. Analisis kondisi dan masalah psikologis yang dialami orang tua dengan bayi prematur yaitu masalah integritas

personal sosial antara lain: kecemasan orang tua, risiko gangguan perlekatan orang tua-bayi, defisit pengetahuan, gangguan proses keluarga, dan kesiapan meningkatkan peran menjadi orang tua.

4. Integrasi teori Konservasi dapat memfasilitasi pelaksanaan asuhan terintegrasi pada orang tua dengan bayi prematur melalui pemenuhan kebutuhan psikologis antara lain melalui komunikasi terapeutik antara perawat-orang tua, pendampingan dan pemberian pendidikan kesehatan, memfasilitasi ikatan dan kelekatan orang tua-bayi (*Bonding Attachment*), perencanaan pasien pulang (*Discharge Planning*), asuhan berpusat pada keluarga (*Family Centered-Care*), serta pendekatan asuhan perkembangan.
5. Teori Konservasi Levine dapat diterapkan pada asuhan terintegrasi orang tua dengan bayi prematur dan pemenuhan kebutuhan psikologis dapat teratasi ditandai dengan adanya kondisi psikologis orang tua yang stabil, kecemasan yang berkurang, adanya dukungan dan perhatian pada bayinya, kontak fisik dan komunikasi yang rutin dengan bayinya, pengetahuan dan keterampilan orang tua yang baik, pencapaian dalam keikutsertaan perawatan bayi di RS, adanya perhatian terhadap kebutuhan informasi yang belum jelas, kooperatif terhadap informasi yang baru, dan adanya harapan orang tua terhadap kesembuhan bayinya.

B. Saran

Adapun saran yang dapat dirumuskan dari hasil kajian dalam buku ini meliputi:

1. Bagi Institusi Pelayanan (Klinik) dan Profesi Kesehatan
 - a. Model teori Konservasi Myra E. Levine dapat diterapkan dalam asuhan terintegrasi pada pemenuhan kebutuhan psikologis orang tua dengan bayi prematur dan diperlukan pengembangan lebih lanjut pada aspek integritas personal sosial dengan memodifikasi teori lain yang mendukung.
 - b. Program FCC dengan mengembangkan pendampingan berkelanjutan pada orang tua melalui kontinuitas pendidikan kesehatan dan pemanfaatan media pendidikan kesehatan harus terus disosialisasikan dan dioptimalkan untuk meningkatkan pemahaman dan keterampilan orang tua dalam perawatan bayi prematur.
2. Bagi Penelitian

Permasalahan fisik pada bayi prematur dan psikologis orang tua dengan perawatan bayi prematur dan bagaimana cara penyelesaiannya dapat ditindaklanjuti melalui penelitian ilmiah, sehingga ilmu kesehatan dapat lebih dikembangkan dan kualitas praktik asuhan komprehensif semakin optimal.
3. Bagi Pendidikan dan Perkembangan Ilmu Kesehatan
 - a. Proyek inovasi berupa kegiatan *review* dan aplikasi komunikasi terapeutik perawat-orang tua perlu dilakukan dalam upaya keberhasilan pemenuhan kebutuhan psikologis orang tua dengan perawatan bayi prematur.
 - b. Dibutuhkan adanya kerjasama dan komunikasi yang baik dari semua profesi kesehatan dan pihak yang terkait dalam melakukan asuhan terintegrasi pada bayi premature dan keluarganya.

- c. Profesi kesehatan hendaknya selalu meningkatkan kompetensi baik sebagai pemberi asuhan, *advocator*, konselor, edukator, inovator, dan peneliti melalui pengembangan penelitian dan berperan aktif dalam tatanan pelayanan klinik.

~oOo~

Copyright © 2022
PENERBIT NEM

DAFTAR PUSTAKA

- Aagaard, H., & Hall, E. (2008). Mothers' experiences of having a preterm infant in the neonatal care unit: A meta-synthesis. *Journal of Pediatric Nursing*, 23 (3), 26-36.
- Abdullah, S. M. (2019). Social Cognitive Theory : A Bandura Thought Review published in 1982-2012. *Psikodimensia*, 18(1), 85. <https://doi.org/10.24167/psidim.v18i1.1708>
- Adawiyani, R. (2013). Pengaruh Pemberian booklet anemia terhadap pengetahuan, kepatuhan minum tablet tambah darah dan kadar hemoglobin ibu hamil. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Universitas Surabaya*, 2(2), 5-8
- Aher, S. M., & Ohlsson, A. (2020). Late erythropoiesis-stimulating agents to prevent red blood cell transfusion in preterm or low birth weight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004868.pub6>
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, Personality and Behavior* (2nd editi). Berkshire, UK: Open University Press-McGraw Hill Education.
- Ajzen I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 50: 179-211.
- Ajzen. (2005). *The Influence of Attitudes and Behavior. Scientific Research An Academic Publisher*. 100-111
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work*.

- Elsevier Mosby (8th ed.). Elsevier.
<https://doi.org/10.5172/conu.2007.24.1.106a>
- Alligood, M.R., & Tomey, A.M. (2006). *Nursing theory: Utilization & application*. (3rd Ed.). St. Louis: Mosby Inc.
- American Public Health Association. (2006). The Role of the Pharmacist in Public Health. *American Public Health Association*,. <https://www.apha.org/policies-and-advocacy/public-health-policy-statements/policy-database/2014/07/07/13/05/the-role-of-the-pharmacist-in-public-health>
- Arockiasamy,V., Holsti, L., & Albersheim, S. (2008). Fathers' experiences in the neonatal intensive care unit: A search for control. *Pediatrics*, 121 (2), 215-221.
- Arvedson, J., Clark, H., Lazarus, C., & Frymark, T. (2010). Evidence-based systematic review: Effects of oral motor interventions on feeding and swallowing in preterm infants. *American Journal of Speech-Language Pathology* : 19, 321-340.
- Asniar. (2013). Pengembangan Sikap " Caring " Pada Anak Usia Sekolah Sebagai Upaya Promosi Kesehatan. *Idea Nursing Journal*, 1. <https://doi.org/2087-2879>.
- Australian Confederation of Paediatric Child Health Nurses (ACPHCN). (2006). *Competencies for the specialist paediatric and child health nurse*. Diunduh dari www.acpchn.org.au pada tanggal 4 Juni 2013.
- Ayuningrum, L. D., & Astriani, M. (2017, September). The Effect Of Massage And Music Therapy For Premature Infants: A Literature Review. *In Proceedings Of The International Conference On Applied Science And Health* (No. 2, Pp. 140-145).

- Ayuningrum, L. D. (2019). H-Hope Plus Kinesthetic With Vco On Weight And Body Length Of Preterm Infants. *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia*, 6(3), 226-231.
- Ball, J.W., & Bindler, R. C. (2007). *Pediatric nursing: Caring for children* (3rd Ed.). New Jersey: Pearson Education Inc.
- Bandura A. (1986). *Social Foundations of Thought and 28 Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-hall.
- Bandura A. (2005). *Theories of Personality, Social Cognitoe Theory*. Six Edition. The Mc Graw-Hill Companies.
- Bandura, A. (1989). Social Cognitive Theory. In *Annals of child development* (Vol. 6). JAI Press.
- Bandura, A. (1994). *Self Efficacy* (Vol. 4). Academic Press.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory: An agentic perspective 1. In *Asian Journal of Social Psychology* (Vol. 2).
- Barkway P. (2009). *Psychology for Health Professionals*. Chatswood. Australia: Elsevier.
- Behrman, R.E., & Butler, A.S. (2007). *Preterm birth: Causes, consequences, and prevention*. Washington, D.C: The National Academic Press.
- Bobak, I.M., Lowdermilk, D.L., & Jensen, M.D. (2005). *Buku ajar keperawatan maternitas*. (Edisi 4). (Wijayarini, M.A., & Anugerah, P.I., Penerjemah.). Jakarta : Penerbit EGC.
- Boer at al., (1996). Protection Motivation Theory. In: Conner, M. & Norman, P. (Eds.). *Predicting Health Behavior: Research and Practice with Social Cognition Models*. Buckingham: Open University Press.

- Bonanno, C., & Wapner, R. J. (2012). Antenatal Corticosteroids in the Management of Preterm Birth: Are We Back Where We Started? *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 39(1), 47–63. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2011.12.006>
- Boechler, L., Despins, R., Holmes, J., Northey, J., Sinclair, C., Walliser, M., & Perepelkin, J. (2015). Advocacy in pharmacy: Changing “what is” into “what should be”. *Canadian Pharmacists Journal*, 148(3), 138–141. <https://doi.org/10.1177/1715163515577693>
- Bowen, L. (2009). The effect of light on the neonate. *FANNP NEWS*, 20 (4), 3-5.
- Brion, L. P., Bell, E. F., Raghuvver, T. S., & Soghier, L. (2004). What is the appropriate intravenous dose of vitamin E for very-low-birth-weight infants? *Journal of Perinatology*, 24(4), 205–207. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211078>
- Byers, J.F. (2003). Components of developmental care and the evidence for their use in the NICU. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 28 (3), 174-180.
- Chawla, D., Agarwal, R., Deorari, A. K., & Paul, V. K. (2008). Fluid and electrolyte management in term and preterm neonates. *Indian Journal of Pediatrics*, 75(3), 255–259. <https://doi.org/10.1007/s12098-008-0055-0>
- Chow, J. M., & Douglas, D. (2008). Fluid and electrolyte management in the premature infant. *Neonatal Network: NN*, 27(6), 379–386. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.27.6.379>
- Christensen, P.J. & Kenney, J.W. (2009). *Proses keperawatan: Aplikasi model konseptual*. (edisi 4). (Yuningsih, Y., & Asih, Y, Penerjemah.). Jakarta: EGC.

- Cleveland, L.M. (2008). Parenting in the neonatal intensive care unit. *JOGNN*, 37 (6), 666-691.
- Cunningham, F.G., Mc Donald, P.C., & Gant, N.F. (2001). *Preterm birth: Williams Obstetrics* (21st Ed.). Appleton & Lange.
- D'Agate, S., Musuamba, F. T., & Della Pasqua, O. (2020). Dose Rationale for Amoxicillin in Neonatal Sepsis When Referral Is Not Possible. *Frontiers in Pharmacology*, 11(September), 1-14. <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.521933>
- Dempsey J, French J, Hilliege S. *Fundamentals of Nursing and Midwifery: A Person-centred Approach to Care*. Lippincott Williams & Wilkins; 2009. 1410 p.
- Dwijayanto, B. (2015). *Berkenalan dengan Solution-Focused Brief Therapy*. Binus University Faculty of Humanities, viewed 29 July 2019, <<https://psychology.binus.ac.id/2015/04/29/berkenalan-dengan-solution-focused-brief-therapy/>>
- Eagle dan Chaiken. (1993). *The psychology of attitudes*. New York: Harcourt, Brace, & Janovich.
- Feldman, R. (2004). Mother-infant skin-to-skin contact (kangaroo care) theoretical, clinical, and empirical aspects. *Infants and Young Children*, 17(2), 145-161.
- Flacking, R., Ewald, U., Nyqvist, K.H., & Starrin, B. (2006). Trustful bonds: A key to "becoming a mother" and to reciprocal breastfeeding: Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. *Social Science & Medicine*, 62 (1), 70-80.
- Fuchs, A., Bielicki, J., Mathur, S., Sharland, M., & Van Den Anker, J. N. (2018). Reviewing the WHO guidelines for

- antibiotic use for sepsis in neonates and children. *Paediatrics and International Child Health*, 38, S3-S15. <https://doi.org/10.1080/20469047.2017.1408738>.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health Behavior And Health Education. Theory, Research, and Practice* (Foreword by C. Tracy Orleans (Ed.); 4TH Edition). Jossey-Bass. http://fhc.sums.ac.ir/files/salamat/health_education.pdf.
- Glasgow, R. E., Funnell, M. M., Bonomi, A. E., Davis, C., Beckham, V., & Wagner, E. H. (2002). Self-management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: implementation with diabetes and heart failure teams. *Breakthrough Series Self-Management*, 24(2), 80-87.
- Gorrie, T.M., Mc Kinney, E.S., & Murray, S.S. (2005). *Foundation of maternal-newborn nursing*. (2nd Ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Green LW & Kreuter MW. 2005. *Health promotion planning : An Educational and Ecological approach*. 4th edition. Mc Graw Hill Higher Education. New York.
- Gudka, B. N., & Tomlin, S. (2013). With advances in medicine the number of preterm births has increased. *The Pharmaceutical Journal*, February. <https://pharmaceutical-journal.com/article/ld/premature-babies-in-the-community>
- Haiden, N., Schwindt, J., Cardona, F., Berger, A., Klebermass, K., Wald, M., Kohlhauser-Vollmuth, C., Jilma, B., & Pollak, A. (2006). Effects of a combined therapy of erythropoietin, iron, folate, and vitamin B12 on the transfusion requirements of extremely low birth weight infants. *Pediatrics*, 118(5), 2004-2013. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-1113>

- Haidet, K.K. (2005). *Biobehavioral responses to caregiving in very low birth weight preterm infants*. Unpublished master's thesis, The Pennsylvania State University.
- Hajj, M. S., Nakeeb, R. R., & Al-Qudah, R. A. (2012). Smoking cessation counseling in Qatar: community pharmacists' attitudes, role perceptions and practices. *Int J Clin Pharm*, 34, 672-675.
- Hajj, M. S., Kheir, N., Mulla, A. M., Al-Badriyeh, D., Kaddour, A. A., Mahfoud, Z. R., Fanous, N. (2015). Assessing the effectiveness of a pharmacist delivered smoking cessation program in the State of Qatar: study protocol for a randomized controlled trial. *BioMed Central*, 16(65).
- Han, J. H., Shin, J. E., Lee, S. M., Eun, H. S., Park, M. S., & Park, K. I. (2020). Hearing Impairments in Preterm Infants: Factors Associated with Discrepancies between Screening and Confirmatory Test Results. *Neonatal Medicine*, 27(3), 126-132. <https://doi.org/10.5385/nm.2020.27.3.126>
- Harper, E.A. (1998). *Discharge planning: An interdisciplinary method*. Silverberg Press: Chicago, IL.
- Heneghan, A.M., Mercer, M., & Deleone, N.L. (2004). Will mothers discuss parenting stress and depressive symptoms with their child's pediatrician?. *Pediatrics*, 113, 460-467.
- Heneghan, A.M., Chaudron, L.H., Isser, A.S., Park, E.R., & Kelly, J. (2007). Factors associated with identification and management of maternal depression pediatricians. *Pediatrics*, 119, 444-454.
- Heryadi, L. P., Sauriasari, R., & Andrajati, R. (2017). The influence of pharmacist counseling on changes in hemoglobin levels of pregnant women at a Community

- Health Center in Indonesia. *Asian J Pharm Clin Res*, 10(5), 115-117.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2007). *Nursing care of infants and children*. St Louis: Mosby Inc.
- Hockenberry, M.J. (2008). *Wong's nursing care of infants and children*. St Louis: Mosby Inc.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2009). *Wong's essentials of pediatric nursing*. St Louis: Mosby Inc.
- Ismayanah, I., Nurfaizah, N., & Syatirah, S. (2020). Manajemen Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir Pada Bayi Ny "I" Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) Di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa Tanggal 23-25 Juli 2019. *Jurnal Midwifery*, 2(2).
- Jeon, G. W., & Sin, J. B. (2013). Risk factors of transfusion in anemia of very low birth weight infants. *Yonsei Medical Journal*, 54(2), 366-373. <https://doi.org/10.3349/ymj.2013.54.2.366>.
- Jimmy, B., & Jose, J. (2011). Patient medication adherence: measures in daily practice. *Oman Medical Journal*, 26(3), 155-159.
- Johnston, P., Flood, K., & Spinks, K. (2003). *The newborn child*. (9th Ed.). Edinburg: Churchill Livingstone.
- Juul, S. E., Comstock, B. A., Wadhawan, R., Mayock, D. E., Courtney, S. E., Robinson, T., Ahmad, K. A., Bendel-Stenzel, E., Baserga, M., LaGamma, E. F., Downey, L. C., Rao, R., Fahim, N., Lampland, A., Frantz III, I. D., Khan, J. Y., Weiss, M., Gilmore, M. M., Ohls, R. K., ... Heagerty, P. J. (2020). A Randomized Trial of Erythropoietin for Neuroprotection in Preterm Infants. *New England Journal*

of *Medicine*, 382(3), 233-243.
<https://doi.org/10.1056/nejmoa1907423>

Kearvell, H., & Grant, J. (2008). Getting connected: How nurses can support mother / infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27 (3), 75-82.

Kemenkes RI. (2020). *Indikator Program Kesehatan Masyarakat Dalam RPJMN dan Renstra Kementerian Kesehatan 2020-2024*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat. <https://kesmas.kemkes.go.id/assets/uploads/contents/attachments/ef5bb48f4aaae60ebb724caf1c534a24.pdf>

Kenner, C., & Mc Grath, J.M. (2004). *Developmental care of newborns & infants: A guide for health professionals*. St. Louis: Mosby.

Kereh, T., Wilar, R., & Tatura, S. N. N. (2019). Analisis Penggunaan Antibiotik pada Pasien Sepsis Neonatorum di Neonatal Intensive Care Unit RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *E-CliniC*, 8(1), 21-26.
<https://doi.org/10.35790/ecl.8.1.2020.27007>

Kholid A. (2015). *Promosi Kesehatan dengan Pendekatan Teori Perilaku, Media, dan Aplikasinya*. Rajawali Press. Jakarta.

Kohorn, I., & Ehrenkranz, R. (2009). Anemia in the preterm infant: Erythropoietin versus erythrocyte transfusion – It's not that simple. *NIH Public Access Clinics in Perinatology*, 36(1), 111-123.
<https://doi.org/10.1016/j.clp.2008.09.009>.

Krzyzaniak, N., & Bajorek, B. (2017). A global perspective of the roles of the pharmacist in the NICU. *International Journal of Pharmacy Practice*, 25(2), 107-120.
<https://doi.org/10.1111/ijpp.12284>

- Krzyzaniak, N., Pawłowska, I., & Bajorek, B. (2018). The role of the clinical pharmacist in the NICU: A cross-sectional survey of Australian and Polish pharmacy practice. *European Journal of Hospital Pharmacy*, 25(e1), E7–E16. <https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2017-001432>
- Ku, L. C., & Smith, P. B. (2015). Dosing in neonates: Special considerations in physiology and trial design. *Pediatric Research: National Institutes of Health (NIH)*, 77(0), 2–9. <https://doi.org/10.1038/pr.2014.143>
- Kusumawardani, N., Darmawan, E., Akrom, A., & Retnowati, S. (2019). Brief counseling by pharmacists enhances the knowledge, perceptions, and compliance of first and second-trimester pregnant women consuming ferrous fumarate at Jetis Community Health Center of Yogyakarta. *Pharmaciana*, 9(2), 249. <https://doi.org/10.12928/pharmaciana.v9i2.13186>
- Kusumawardani, N., Darmawan, E., Suprapti, S., & Dwinta, E. (2021). Pharmacist Counselling Can Change Adherence to Iron Supplementation and Physical Activity Lifestyle of Anaemic Pregnant Women in Yogyakarta. *Advances in Health Sciences Research*, 40(Iccscp), 155–168.
- Lai, M. M., D'Acunto, G., Guzzetta, A., Boyd, R. N., Rose, S. E., Fripp, J., ... & Colditz, P. B. (2016). PREMM: Preterm early massage by the mother: protocol of a randomised controlled trial of massage therapy in very preterm infants. *BMC pediatrics*, 16(1), 1–12.
- Latva, R., Korja, R., Salmelin, R.K., Lehtonen, L., & Tamminen, T. (2008). How is maternal recollection of the birth experience related to the behavioral and emotional outcome of preterm infants?. *Early Human Development Journal*, 4, 1–8.

- Lau, R.G.L. (2001). *Stress experiences of parents with premature infants in a special care nursery*. Unpublished doctoral dissertation, Faculty of Human Development Victoria University.
- Leahy-Warren, P., Coleman, C., Bradley, R., & Mulcahy, H. (2020). The experiences of mothers with preterm infants within the first-year post discharge from NICU: social support, attachment and level of depressive symptoms. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 1-10.
- Leavel dan Clark. (2006). *Upaya Pencegahan (Preventive) Menurut Leavel And Clark*. Jakarta: Salemba
- Lorenz, J. M. (2004). Monitoring fluid and electrolyte therapy in the newborn intensive care unit. *Acutecaretesting.Org*, January, 1-9. <https://acutecaretesting.org/en/articles/monitoring-fluid-and-electrolyte-therapy-in-the-newborn-intensive-care-unit>
- Lessen, B.S. (2008). *Effect of oral stimulation on feeding progression in preterm infants*. ProQuest Dissertations and Theses.
- Lindberg, B., & Ohrling, K. (2008). Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in Northern Sweden. *International Journal of Circumpolar Health*, 67 (5), 461-471.
- Lissauer, T., & Fanaroff, A. (2009). *At a glance: Neonatologi*. Jakarta: Erlangga.
- Little, J., Ortega, M., Powell, M., Hamm, M., & Hawkins, B. (2019). ASHP statement on advocacy as a professional obligation. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 76(4), 251-253. <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxy040>

- Liu, C., Zhang, Y., Shang, Y., Fang, C., He, Q., & Xie, L. (2020). Clinical values of common biomarkers for efficacy monitoring of antibiotics in early-onset neonatal sepsis. *Translational Pediatrics*, 9(5), 669-676. <https://doi.org/10.21037/TP-20-326>.
- Loureiro, C. V., Fonteles, M. M., Mascarenhas, M. B., Chaves, E. F., & Firmino, P. Y. (2019). Medication follow-up in newborns with extremely low birth-weight. *Pharmacy Practice*, 17(4), 1-7. <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2019.4.1584>
- Maisels, M.J & Mc Donagh, A.F. (2008). Phototherapy for neonatal jaundice. *The New England Journal Medicine*, 358 (9), 920-928.
- Maguire, C.M., Walther, F.J., Zwieten, P.H., Le Cessie, S., Wit, J.M., & Veen, S. (2008). Effects of basic developmental care on neonatal morbidity, neuromotor development, and growth at term age of infants who were born at <32 weeks. *Pediatrics*, 121, 239-245.
- Mcdonough, R. P. (2014). Advocacy: An essential skill for all pharmacists. *Pharmacy Today*, 20(3), 42. [https://doi.org/10.1016/s1042-0991\(15\)30953-1](https://doi.org/10.1016/s1042-0991(15)30953-1)
- Mc Grath, J.M., Lutes, L., Kenner, C., Lott, J.W., & Strodbeck, F.S. (2002). Commentary: Developmental care: Acceptable or not? *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 2 (1), 46-48.
- MDGs. (2008, Oktober). *Millennium Development Goals*, 2, 1-41. Mei 16, 2013. <http://www.undp.or.id/pubs/docs/Let%20Speak%20Out%20for%20MDGs%20-%20ID.pdf>.
- Melnyk, B.A., Feinstein, N.F., & Fairbanks, E. (2002). Effectiveness of informational/behavioral interventions with parents of low birth weight (LBW) premature

- infants: An evidence base to guide clinical practice. *Pediatric Nursing*, 28 (5), 511-516.
- Melynk, B.A., et al. (2006). Reducing premature infants length of stay and improving parents mental health outcomes with the creating opportunities for parent empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 118, 1414-1427.
- Melnyk, B.A., Feinstein, N.F., & Fairbanks, E. (2006). Two decades of evidence to support implementation of the COPE program as standard practice with parents of young unexpectedly hospitalized/critically ill children and premature infants. *Pediatric Nursing*, 32 (5), 475-481.
- Merenstein, G.B., & Gardner, S.L. (2000). *Handbook of neonatal intensive care*. (5th Ed.). St. Louis: Mosby Co.
- Mirmiran, M., & Ariagno, R.I. (2006). Influence of light in the NICU on the development of circadian rhythms in preterm infants. *Seminars in Perinatology*, 24 (4), 247-257.
- Modi, N. (2004). Management of fluid balance in the very immature neonate. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition*, 89(2), 108-111. <https://doi.org/10.1136/adc.2001.004275>
- Mok, E., & Leung, S. (2006). Nurses as providers of support for mothers of preterm infants. *Journal of Clinical Nursing*, 15(6), 726-734.
- Nabavi, R. T. (2016). Theories of Developmental Psychology: Bandura's Social Learning Theory & Social Cognitive Learning Theory. Research Gate, (January 2012), 1-24
- National Counselling Society. (2019). *Types of Therapy*. The National Counselling Society, viewed 29 July 2019, <https://www.nationalcounselling society .org/find-counsellor/ types-of-therapy/ #item-14>

- NABP. (2018). Pharmacist Communication Shown to Increase Medication Adherence and Reduce Errors. National Association of Boards of Pharmacy.
- Neonatal, T. (1994). *Neonatal Pharmacy staffing on Neonatal Units – Recommendations For Trusts Commissioning*. 1–16.
- New Brunswick Department of Health and Wellness. (2002). *Job definition of a discharge planning coordinator*. Author: Fredericton, NB.
- NHS. (2014). *South West Regional Transfusion Committee Regional template / guideline for the management of anaemia in pregnancy and postnatally*. South West RTC Management of Anaemia in Pregnancy.
- NHS. (2019). *Cognitive Behavioural Therapy (CBT)*, viewed 29 July 2019, <<https://www.nhs.uk/conditions/cognitive-behavioural-therapy-cbt/how-it-works/>>.
- Obeidat, H.M., Bond, E.A., & Callister, L.C. (2009). Parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *The Journal of Perinatal Education*, 18(3), 23–29.
- Ohls, R. K., Christensen, R. D., Kamath-Rayne, B. D., Rosenberg, A., Wiedmeier, S. E., Roohi, M., Lacy, C. B., Lambert, D. K., Burnett, J. J., Pruckler, B., RonSchrader, & Lowe, J. R. (2013). A randomized, masked, placebo-controlled study of darbepoetin alfa in preterm infants. *Pediatrics*, 132(1), 119–127. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-0143>
- Ohlsson, A., & Aher, S. M. (2020). Early erythropoiesis-stimulating agents in preterm or low birth weight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004863.pub6>

- Olds, S.B., London, M.L., & Ladewig, P.A.W. (2000). *Maternal newborn nursing: A family and community based approach*. (6th Ed.). New Jersey: Prentice Hall Health.
- rapiriyakul, R., Jirapaet, V., & Rodcumdee, B. (2007). Struggling to get connected: The process of maternal attachment to the preterm infant in the neonatal intensive care unit. *Thai Journal of Nursing Research*, 11 (4), 251-264.
- Parker, M.E. (2005). *Nursing theories & nursing practice*. (2nd Ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Patients, S., in Solid Cancer, P. C., Hassan, B. A. R., Yusoff, Z. B. M., Othman, M. A. H., Bin, S., information is available at the end of the Chapter, A., & [Http://dx.doi.org/10.5772/55358](http://dx.doi.org/10.5772/55358). (2012). Role of Vitamin E in Boosting the Immunity from Neonates to Elderly. *Intech*, 13. <http://dx.doi.org/10.1039/C7RA00172J%0Ahttps://www.intechopen.com/books/advanced-biometric-technologies/liveness-detection-in-biometrics%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.colsurfa.2011.12.014>
- Pehlevan, O. S., Benzer, D., Gursoy, T., Karatekin, G., & Ovali, F. (2020). Synbiotics use for preventing sepsis and necrotizing enterocolitis in very low birth weight neonates: A randomized controlled trial. *Korean Journal of Pediatrics*, 63(6), 226-231. <https://doi.org/10.3345/cep.2019.00381>
- Perry, S.E., Hockenberry, M.J., Lowdermilk, D.L., & Wilson, D. (2010). *Maternal child nursing care*. (4th Ed.). Missouri: Mosby Elsevier.
- Pierro, A., & Zani, A. (2015). Necrotizing enterocolitis: Controversies and challenges. *F1000Research*, 4(0). <https://doi.org/10.12688/f1000research.6888.1>

- Pillitteri, A. (2003). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family*. (4th ed.). Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Poets, C.F. (2004). Gastroesophageal reflux: A critical review of its role in preterm infants. *Pediatrics*, 113 (2), 128-132.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005). *Fundamental of nursing: Concepts, process, and practice*. (6th Ed.). St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses, dan praktek*. (Yasmin, A., et al., Penerjemah.). Jakarta: EGC
- Potts, N. L., & Mandleco, B.L. (2007). *Pediatric nursing: Caring for children and their families*. Clifton park, New York: Thomson Delmar Learning.
- PPNI. (2010). *Standar profesi dan kode etik perawat Indonesia*. Jakarta.
- Rahayu, S. (2016). Pengaruh Pendampingan dan Pemberian Modul *Kangaro Mother Care* terhadap Kemandirian Ibu Nifas Merawat BBLR di Rumah. *Jurnal Ilmiah Bidan*, 1(3), 55-61.
- Rick, S.L. (2006). Developmental care on newborn intensive care units: Nurses experiences and neurodevelopmental, behavioral, and parenting outcomes, a critical review of literature. *Journal of Neonatal Nursing*, 12 (2), 56-61.
- Rifani, R., Istiqamah, E., & Husnah, N. (2020). Manajemen Asuhan Kebidanan Bayi Ny. H dengan Berat Badan Lahir Rendah. *Window of Midwifery Journal*, 86-94.
- Ringer, S. (2018). Fluid and electrolyte therapy in children. *Fluid and Electrolyte Therapy in Newborns*.

<https://www.uptodate.com/contents/fluid-and-electrolyte-therapy-in-newborns>

Riskesdas. (2018). Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf. In *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan* (pp. 221–222).

http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf.

Roberton, N.R.C. (1993). *A manual of neonatal intensive care*. (3rd Ed.). Great Britain: Edward Arnold.

Rocha, A.D., Moreira, M.E.L., Pimenta, H.P., Ramos, J.R.M., & Lucena, S.L. (2007). A randomized study of the efficacy of sensory-motor-oral stimulation and non-nutritive sucking in very low birthweight infant. *Early Human Development: 83*, 385–388.

Saccone, G., & Berghella, V. (2016). Antenatal corticosteroids for maturity of term or near term fetuses: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ (Online)*, 355, 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmj.i5044>

Sakeena, M. H. F., Bennett, A. A., & McLachlan, A. J. (2018). Enhancing pharmacists' role in developing countries to overcome the challenge of antimicrobial resistance: A narrative review. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/s13756-018-0351-z>

Schaefer, K.M., & Pond, J.B. (1994). Levine's conservation model as a guide to nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, 7 (2), 53-54.

Setiyowati, P., Yugistyowati, A., & Kumalawati Santoso, N. (2019). A Qualitative Study: Implementation of Neonatal Developmental Care.

- Shah, P.E., Clements, M., & Poehlmann, J. (2011). Maternal resolution of grief after preterm birth: Implications for infant attachment security. *Pediatrics*, 127, 284-292.
- Sherson, E. A., Jimenez, E. Y., & Katalanos, N. (2014). A review of the use of the 5 A's model for weight loss counselling: differences between physician practice and patient demand. *Family Practice*, 31(4), 391-396.
- Shubina, I. (2016). Counseling and therapy of patients with behavioral disorders using the cognitive-behavioural approach. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* , 217, 1009-1017.
- Shrena, P., & Robin, O. K. (2016). Darbepoetin administration in Term and Preterm Neonates. *Physiology & Behavior*, 176(3), 139-148.
<https://doi.org/10.1016/j.clp.2015.04.016>. Darbepoetin
- Sikorova, L., & Kucova, J. (2011). The needs of mothers to newborns hospitalised in intensive care units. *Biomed Pap Med*, 155, 1-7.
- Sivanandan, S., Soraisham, A. S., & Swarnam, K. (2011). Choice and Duration of Antimicrobial Therapy for Neonatal Sepsis and Meningitis. *International Journal of Pediatrics*, 2011, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2011/712150>
- Sizun, J., Westrup, B., & ESF Network Coordination Committee. (2003). Early developmental care for preterm neonates: A call for more research. *BMJ, Arch Dis Child Fetal Neonatal*, 89, 384-389.
- Smelt. (1994). Behavior Control of Transteoritical Model. Canada: Lambodge.
- Sulaeman ES. (2012). *Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan Teori dan Implementasi*. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta.

- Sulaeman. (2013). *Model Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan Studi Program Desa Siaga*. UNS Press. Surakarta.
- Sulaeman. (2014). *Manajemen Kesehatan Teori dan Praktik di Puskesmas*. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta.
- Sulaeman. (2014). *Promosi Kesehatan Teori dan Implementasi di Indonesia*. UNS Press. Surakarta.
- Sulaeman. (2016). *Pembelajaran Model dan teori Perilaku Kesehatan Konsep dan Aplikasi*. UNS Press. Surakarta.
- Sulistyowati, L. S. (2011). Promosi Kesehatan di Daerah Bermasalah Kesehatan (Panduan bagi Petugas Kesehatan di Puskesmas), 118. [https://doi.org/Kementerian Kesehatan Ri Pusat Promosi Kesehatan](https://doi.org/KementerianKesehatanRiPusatPromosiKesehatan).
- Sun, H., Song, J., Kang, W., Wang, Y., Sun, X., Zhou, C., Xiong, H., Xu, F., Li, M., Zhang, X., Yu, Z., Peng, X., Li, B., Xu, Y., Xing, S., Wang, X., & Zhu, C. (2020). Effect of early prophylactic low-dose recombinant human erythropoietin on retinopathy of prematurity in very preterm infants. *Journal of Translational Medicine*, 18(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12967-020-02562-y>.
- Sukut, S. S., Arif, Y. S., & Qur, N. (2015). Faktor Kejadian Diare Pada Balita Dengan Pendekatan Teori Nola J. Pender di IGD RSUD Ruteng. *Jurnal Pediomaternal*, 3(2).
- Tambunan, E. S., & Sulastri, T. (2021). Peningkatan Pengetahuan Dan Sikap Kader Terhadap Perawatan BBLR Sebagai Dampak Dari Pendampingan Kader Di Kecamatan Ciracas Dan Cipayung. *Prosiding Diseminasi Hasil Pengabdian Kepada Masyarakat 2021*, 307-318.
- Thakkar, H. S., & Lakhoo, K. (2016). Necrotizing enterocolitis. *Surgery (United Kingdom)*, 34(12), 617-620. <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2016.09.004>.

- Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (2006). *Nursing theorists and their work*. (4th Ed.). St. Louis : Mosby – Year Book Inc.
- Trumello, C., Candelori, C., Cofini, M., Cimino, S., Cerniglia, L., Paciello, M., & Babore, A. (2018). Mothers' depression, anxiety, and mental representations after preterm birth: A study during the infant's hospitalization in a neonatal intensive care unit. *Frontiers in public health*, 6, 359.
- UNESCO. (2000). *Guidance and Counselling*. UNESCO: France.
- Utami, T. A. (2017). Promosi Kesehatan Nola Pender Berpengaruh terhadap Pengetahuan dan Kepatuhan ODHA Minum ARV. *Indonesian Journal of Nursing and Midwifery*, 5(1), 58-67. <https://doi.org/2354-7642/2503-1856>.
- Vrselja, A., Pillow, J. J., & Black, M. J. (2021). Effect of preterm birth on cardiac and cardiomyocyte growth and the consequences of antenatal and postnatal glucocorticoid treatment. *Journal of Clinical Medicine*, 10(17). <https://doi.org/10.3390/jcm10173896>
- Ward, K. (2001). Perceived needs of parents of critically ill infants in a neonatal intensive care unit (NICU). *Pediatric Nursing*, 27, 281-286.
- Ward, J.P.T, Clarke, R., & Linden, R. (2009). *At a glance: Fisiologi*. Jakarta: Erlangga.
- Westrup, B., Kleberg, A., Eichwald, K.V., Stjernqvist, K., & Lagercrantz, H. (2000). A randomized controlled trial to evaluate the effects of the newborn individualized developmental care and assesment program in a Swedish setting. *Pediatrics*, 105, 66-72.
- Whitlock, E. P., Orleans, T., Pender, N., & Allan, J. (2002). *Evaluating Primary Care Behavioral Counseling Interventions:*

An Evidence-based Approach. Oregon Health & Science University Evidence-based Practice Center.

- Wigert, H., Hellstrom, A.L., & Berg, M. (2008). Conditions for parents' participation in the care of their child in neonatal intensive care - a field study. *BMC Pediatrics*, 8 (3), 1-9.
- William. (2012). Fluid and electrolyte management of very low birth weight infants. *Pediatrics and Neonatology*, 53(6), 329-333. <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2012.08.010>
- Wong, D.L., Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M.L., & Schwartz, P. (2009). *Buku ajar keperawatan pediatrik*. (Edisi 6). (Sutarna, A., Juniarti, N., & Kuncara, Penerjemah.). Jakarta: EGC.
- Yugistyawati, A. (2013). Pengaruh pendidikan kesehatan masa nifas terhadap kemampuan perawatan mandiri ibu nifas post sectio caesarea (SC). *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia*, 1(3), 96-100.
- Yugistyawati, A. (2016). Penerapan *Family Centered-Care* (FCC) Pada Program Pendampingan Keluarga Terhadap *Length Of Stay* (LOS) Perawatan Bayi Prematur. *Medika Respati: Jurnal Ilmiah Kesehatan*.
- Yugistyawati, A. (2018). Studi Fenomenologi: Dukungan Pada Ibu Dalam Perawatan Bayiprematur Di Ruang Rawat Intensif Neonatus. *Media Ilmu Kesehatan*, 7(3), 198-205.
- Yuliyanti, T., Yugistyawati, A., & Khodriyati, N. S. (2020). Dukungan Petugas Kesehatan Dan Kemampuan Ibu Merawat Bayi Baru Lahir. *Indonesian Journal Of Hospital Administration*, 3(1), 17-26.
- Yugistyawati, A. (2016). Penerapan *Family Centered-Care* (Fcc) Terhadap Keterampilan Orang Tua Dalam Perawatan Bayi Prematur. *Media Ilmu Kesehatan*, 5(2), 119-127.

- Yugistyowati, A., & Wahyuningsih, W. (2015). Penerapan *Family Centered-Care* (FCC) Sebagai Program Keberhasilan Perawatan Bayi Prematur. *Jurnal Kesehatan Al-Irsyad*, 62-74.
- Yugistyowati, A. (2020). Nesting Innovation Is Effective For Improving Sleep Duration In Low Birth Weight Babies (LBWB). *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia*, 8(4), 4-5.
- Yugistyowati, A., & Endriyani, L. (2018). Pemberian Informasi *Neonatal Developmental Care* Meningkatkan Sikap Perawat Dalam Merawat BBLR. *Journal Of Holistic Nursing Science*, 5(2), 106-112.
- Yugistyowati, A. (2019). Phenomenological Study: Grieving Process And Coping Of Mothers With Premature Infant In Neonatal Intensive Care Unit. *Jurnal Ners Dan Kebidanan Indonesia*, 6(2), 160-167.
- Zhang, R. L., Bo, T., Shen, L., Luo, S. L., & Li, J. (2014). Effect of dexamethasone on intelligence and hearing in preterm infants: A meta-analysis. *Neural Regeneration Research*, 9(6), 637-645. <https://doi.org/10.4103/1673-5374.130085>



Tentang Penulis



Anafrin Yugistyowati, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.An., lahir di Gunungkidul, 22 Februari 1986. Saat ini penulis tinggal di Murangan VII, Triharjo, Sleman, Yogyakarta. Pendidikan tinggi ditempuh mulai dari jenjang S-1 dan Profesi Ners di Program Studi Pendidikan Ners Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta, melanjutkan studi Pascasarjana Magister dan Ners Spesialis Keperawatan Anak Universitas Indonesia. Saat ini penulis sedang menempuh studi Program Doktor Penyuluhan Pembangunan/Pemberdayaan Masyarakat Minat Promosi Kesehatan.

Penulis bekerja sebagai dosen di Universitas Alma Ata sejak 2010, mengajar pada Program Studi Pendidikan Ners dan beberapa program studi di lingkungan Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan Universitas Alma Ata. Aktivitas penulis saat ini sebagai Ketua Minat Promosi Kesehatan dan Perubahan Perilaku Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Alma Ata; Koordinator Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (P2M) Program Studi Pendidikan Ners Universitas Alma Ata; dan salah satu reviewer Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia (*Indonesian Journal of Nursing and Midwifery*).

Area of Interest penelitian di bidang *Maternal, Child Health and Nutrition* khususnya di bidang masalah perinatal, tumbuh kembang anak dan kesehatan reproduksi remaja. Beberapa riset dan karya HKI yang telah dihasilkan tentang pengembangan *smartphone* sebagai inovasi edukasi dalam perawatan neonatal; *Nesting portable* inovasi tempat tidur Bayi Berat Lahir Rendah; Program Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang pada Anak *Stunting*; Pelatihan Pemanfaatan Menu Makanan Berbahan Pangan Lokal bagi Kader Kesehatan dan keluarga dengan baduta *stunting*; dan lain-lain. Jalin kerja sama dengan penulis via surel berikut ini: anafrin.yugistyowati@almaata.ac.id.



Lia Dian Ayuningrum, S.ST., M.Tr.Keb., lahir di Kudus, 01 Oktober 1992. Pendidikan Kebidannya dimulai dari Pendidikan D3 Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta (2013), DIV Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta (2015), dan S2 Magister Terapan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Semarang (2018). Saat ini penulis sebagai dosen di Program Studi S1 dan Profesi Kebidanan, Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan, Universitas Alma Ata Yogyakarta sejak tahun 2018.

Tridharma Perguruan Tinggi diwujudkan dengan minat utama Kesehatan Ibu Nifas & Menyusui, Kesehatan Anak dan Kesehatan Reproduksi Remaja. Aktif dalam pendidikan, sebagai pengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas dan Menyusui, Neonatus, Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan, *Midwifery Communication and Counselling skills* dan *Evidence Based in Midwifery Practice*. *Research interest* tentang Pengembangan Pertumbuhan bayi prematur melalui *H-Hope Plus Kinesthetic With Virgin Coconut Oil (VCO)* dan *Literature Review of Massage and Music Therapy for Preterm*. Penulis juga aktif sebagai tim editor dan reviewer dalam Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia (JNKI). Jalin kerja sama dengan penulis via surel [:liadianayuningrum@almaata.ac.id](mailto:liadianayuningrum@almaata.ac.id)



apt. Nurul Kusumawardani, M.Farm., lahir di Salatiga, 02 Januari 1994. Saat ini penulis tinggal di Kemusuk Lor, Argomulyo, Sedayu, Bantul. Pendidikan tinggi ditempuh mulai dari S-1 di Fakultas Farmasi Universitas Sanata Dharma hingga Profesi Apoteker di Fakultas Farmasi Universitas Sanata Dharma, dan melanjutkan studi Pascasarjana S2 Farmasi dalam bidang Farmasi Klinis di Fakultas Farmasi Universitas Ahmad Dahlan. Aktivitas penulis saat ini selain mengajar pada jenjang sarjana (S1) Farmasi dan beberapa program studi di lingkungan Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Alma Ata penulis aktif sebagai koordinator penelitian dan pengabdian masyarakat Program Studi S1 Farmasi Universitas Alma Ata, salah satu pengelola jurnal INPHARMED Journal (*Indonesian Pharmacy and Natural Medicine Journal*) yang berfokus pada bidang Farmasi dan Obat Bahan Alam, serta salah satu dalam tim pengelola Kekayaan Intelektual (KI) yang bergabung dalam Sentra KI Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (LP2M) Universitas Alma Ata. Jalin kerja sama dengan penulis via surel berikut ini: nurul.kusumawardani@almaata.ac.id.

Model Promosi Kesehatan dan Asuhan Terintegrasi pada Bayi Prematur

(Konsep dan Studi Kasus pada Tatanan Klinik)

Peran profesi kesehatan dalam memberikan asuhan komprehensif pada bayi risiko tinggi yaitu bayi prematur hendaknya menyadari pentingnya keberadaan keluarga untuk terlibat secara aktif dan bekerja sama dengan petugas kesehatan. Keterlibatan keluarga khususnya orangtua dalam perawatan bayi prematur perlu dimaksimalkan melalui proses promosi kesehatan dan pemberdayaan (*family empowerment*). Model promosi kesehatan dan penerapan riset terkini diharapkan mampu mengupayakan dalam proses transfer informasi dan meningkatkan keterampilan orangtua. Hal ini bertujuan agar terjadi proses belajar pada orangtua, sehingga dapat meneruskan peran dan tugasnya dengan optimal dalam merawat bayinya pascaperawatan RS.

Profesi kesehatan sebagai pemberi pelayanan memiliki peran dan tanggung jawab sebagai pemberi asuhan, advokat, konselor, edukator, kolaborator, dan agen pembaharu terhadap manajemen asuhan yang diberikan pada klien dan keluarga. Profesi kesehatan baik dokter, perawat, bidan, gizi ataupun farmasi diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup bayi selama proses perawatan di rumah sakit, bagaimana memfasilitasi orangtua untuk memberikan *bonding attachment* dan mengoptimalkan *discharge planning* melalui pemberian pendidikan kesehatan. Dalam menjalankan peran dan tanggung jawabnya, profesi kesehatan harus mendasari dengan teori promosi kesehatan dan riset sebagai kerangka kerja asuhan pada klien dan keluarga. Salah satu teori promosi kesehatan yang dapat diaplikasikan sebagai dasar pemberi asuhan adalah teori konsevasi Myra E. Levine. Levine dalam teorinya didasari oleh konsep *wholeness* (keseluruhan), konservasi, dan adaptasi. Tujuan konservasi adalah kesehatan dan kekuatan untuk menghadapi ketidakmampuan. Konservasi berfokus pada keseimbangan antara suplai dan kebutuhan energi yang meliputi konservasi energi, integritas struktural, integritas personal, dan integritas sosial.