

**LAPORAN AKHIR
PENELITIAN DOSEN PEMULA**



JUDUL

**TINDAKAN *DEVELOPMENTAL CARE* TERHADAP DESINTEGRASI PERILAKU BAYI
BERAT LAHIR RENDAH (BBLR)
DI RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH GRESIK**

TIM PENGUSUL

SUPATMI, S.KEP.NS,M.KES (0701077302)

LUSI WAHYUNI, SST, M.KES (0705048102

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA

NOVEMBER 2016

RINGKASAN

TINDAKAN *DEVELOPMENTAL CARE* TERHADAP DESINTEGRASI PERILAKU BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR) DI RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH GRESIK

Bayi berat lahir rendah seringkali mengalami beberapa masalah pada periode segera setelah lahir sebagai karakteristik organ yang belum matang. Kondisi stres yang dialami bayi berat lahir yang sedang mengalami perawatan dengan kondisi lingkungan dan aktivitas dapat dilihat dari perilaku bayi. Berbagai upaya telah dikembangkan dalam rangka meminimalkan dampak negatif akibat perawatan di rumah sakit yang salah satunya adalah *developmental care*. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis tindakan *developmental care* terhadap desintegrasi perilaku Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR).

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah analitik dengan menerapkan tindakan keperawatan *developmental care* dengan mengevaluasi hasilnya yaitu desintegrasi perilaku Berat Berat lahir rendah (BBLR). Penelitian dilakukan di Ruang neonates Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik selama 6 bulan. Berdasarkan uji statistik *Chi Square Test* untuk mengetahui pengaruh *developmental care* terhadap perilaku bayi berat badan lahir rendah menunjukkan hasil dengan signifikansi $\rho = 0,001$ lebih kecil dari $\alpha = 0,05$, artinya ada pengaruh *developmental care* terhadap perilaku bayi berat badan lahir rendah. Tindakan *developmental care* meliputi : *positioning* (memberikan posisi pada bayi fleksi dengan bantuan *nesting*), *lighting* (menutup teurmochuft dengan kain penutup), *clustered care* (melakukan tindakan minimal handling) dan *parenteral involvement* (melakukan rawat gabung) dapat menjadikan perilaku intergrasi pada BBLR

Kata Kunci : *developmental care, bayi berat lahir rendah (BBLR), desintegrasi perilaku bayi.*

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT, karena atas rahmat, taufiq dan hidayahNya, sehingga penulis dapat menyampaikan laporan kemajuan penelitian ini dengan judul “Tindakan Developmental Care Terhadap Disintroduksi Perilaku Pada Bayi Berat Lahir”. Laporan kemajuan penelitian ini disusun dengan melibatkan banyak pihak, oleh karena itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak atas kerjasamanya mulai dari awal sampai dengan selesainya laporan akhir penelitian nanti, yaitu :

1. Direktorat Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat, Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi, Departemen Pendidikan Nasional Republik Indonesia, yang telah memberikan biaya penelitian ini.
2. Dr. dr. Sukadiono, M.M., selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Surabaya, yang telah memberikan persetujuan dan fasilitas kegiatan penelitian melalui LPPM yang terus semakin berkembang.
3. Dede Nasrulah, SKpe.NS MKep, sebagai Ketua LPPM Universitas Muhammadiyah Surabaya yang telah mengkoordinasi dan sebagai penanggungjawab kegiatan penelitian ini.
4. Nur Mukarromah, S.KM.,M.Kes., selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya yang telah memberikan persetujuan penelitian ini.
5. Dr..dr. Musa Gufon, selaku Direktur Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik yang telah memberikan ijin dan dukungan untuk melakukan penelitian
6. Semua pihak yang terlibat dalam penyelesaian penulisan laporan hasil penelitian ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan laporan kemajuan penelitian ini masih jauh dari kesempurnaan, maka segala saran dan kritik yang bersifat membangun dari semua pihak sangat penulis harapkan.

Harapan penulis, laporan kemajuan penelitian ini bisa selesai sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan, sehingga penelitian ini dapat bermanfaat untuk semua pihak. Akhirnya penulis mohon ma'af yang sebesar-besarnya jika ada kesalahan selama penyusunan laporan ini.

Surabaya, 30 Oktober 2016

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL.....	1
HALAMAN PENGESAHAN.....	2
RINGKASAN.....	3
PRAKATA.....	4
DAFTAR ISI.....	5
DAFTAR TABEL.....	6
 DAFTAR LAMPIRAN.....	 7
BAB1 PENDAHULUAN.....	8
BAB2 TINJAUAN PUSTAKA.....	11
BAB3 TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN	25
BAB4. METODE PENELITIAN.....	26
BAB5. HASIL YANG DICAPAI.....	28
BAB6. RENCANA TAHAPANBERIKUTNYA.....	34
BAB7. KESIMPULAN DAN SARAN.....	34
DAFTAR PUSTAKA.....	36
LAMPIRAN.....	37

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1.1	Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di Ruang Neonatus RS Muhammadiyah Gresik	29
Tabel 3.1.2	Distribusi Responden Berdasarkan Berat Badan Lahir Di Ruang Neonatus RS Muhammadiyah Gresik	29
Tabel 3.1.3	Distribusi Responden Berdasarkan Tinggi Badan Di Ruang Neonatus RS Muhammadiyah Gresik	29
Tabel 3.1.4	Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Persalinan Di Ruang Neonatus RS Muhammadiyah Gresik	30
Tabel 3.1.5	Distribusi Responden Berdasarkan Apgar Skore Di Ruang Neonatus RS Muhammadiyah Gresik	30
Tabel 3.1.6	Distribusi Responden Berdasarkan Ukuran Lingkar Kepala Di Ruang Neonatus RS Muhammadiyah Gresik	30
Tabel 3.1.7	Distribusi Responden Berdasarkan Ukuran Lingkar Dada Di Ruang Neonatus RS Muhammadiyah Gresik	30
Tabel 3.2.1	Distribusi Tindakan Developmental Care Di Ruang Neonatus RS Muhammadiyah Gresik	31
Tabel 3.2.2	Distribusi Perilaku Bayi Baru Lahir di Ruang Neonatus RS Muhammadiyah Gresik	31
Tabel 3.2.3	Tindakan Developmental Care Terhadap Perilaku Bayi Baru Lahir di Ruang Neonatus RS Muhammadiyah Gresik	31

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Persetujuan Responden	37
Lampiran 2. Lembar Observasi.....	38
Lampiran 3. Foto Kegiatan.....	40

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan sehat bagi masyarakat yang setinggi – tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif (UU RI No 36 Tahun 2009). Hal ini sejalan dengan tujuan MDGs yang dicetuskan sebagai upaya untuk memenuhi hak – hak dasar kebutuhan manusia, salah satu tujuan yang tertuang yaitu menurunkan angka kematian bayi dan anak. Anak merupakan sumber daya pembangunan yang membutuhkan dukungan proses tumbuh kembangnya karena seharusnya setiap anak mempunyai hak untuk memulai kehidupannya dengan baik.

Angka kematian bayi di Indonesia masih cukup tinggi. Banyak faktor yang menyebabkan tingginya angka kematian bayi di Indonesia. Menurut Riskesdas Tahun 2010 penyebab kematian bayi terbesar adalah masalah yang terjadi pada neonatus usia 0 – 28 hari yaitu 55,8 %. Masalah utama pada neonatus ini adalah gangguan pernafasan, prematuritas, Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dan infeksi (Balitbangkes, 2008). Penyebab kematian BBLR adalah prematuritas, infeksi, asfiksia, hipotermi dan pemberian ASI yang kurang adekuat (Kemenkes RI, 2010). Kelahiran dengan berat lahir rendah masih menjadi permasalahan dunia hingga saat ini karena merupakan salah satu penyebab kematian bayi baru lahir. Laporan WHO yang dikutip dari *State Of The World's Mother* 2010 mengemukakan bahwa 27 % kematian bayi baru lahir disebabkan oleh berat lahir rendah. Di Indonesia proporsi nasional kejadian berat lahir rendah mencapai 11,5 % (Riskesdas, 2010). Angka kejadian BBLR di RSM Gersik pada tahun 2010 sebanyak 52/1423 kelahiran hidup, tahun 2011 sebanyak 47/1126 kelahiran hidup, tahun 2012 41/1067 kelahiran hidup dan tahun 2013 44/1241 kelahiran hidup.

Bayi berat lahir rendah seringkali mengalami beberapa masalah pada periode segera setelah lahir sebagai akibat karakteristik organ yang belum matang. Karakteristik tersebut diantaranya kurangnya surfaktan dan sedikitnya jumlah alveoli yang berfungsi mengakibatkan bayi mengalami kesulitan untuk bernafas. Kurangnya otot polos pembuluh darah dan rendahnya kadar oksigen darah mengakibatkan terjadinya trauma saraf pusat. Keterlambatan penutupan duktus arteriosus, serta ketidakmampuan meregulasi stimulus yang datang mengakibatkan bayi cenderung mengalami

stres. Keadaan ini menjadi lebih buruk apabila berat lahir semakin rendah (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2010).

Berbagai macam hambatan yang dialami bayi berat lahir rendah sebagai akibat ketidakmatangan sistem organ yang dimiliki menjadi ancaman bagi pencapaian pertumbuhan dan perkembangan selanjutnya (Marguire, 2008). Hal ini menjadikan bayi berat lahir rendah membutuhkan perawatan secara intensif, cermat dan tepat. Oleh karena itu, perawatan yang diberikan dilengkapi dengan berbagai fasilitas peralatan dan prosedur tindakan yang dirancang untuk mendukung kelangsungan hidup bayi berat lahir rendah tersebut. Namun selain disatu sisi dibutuhkan, pada kenyataannya diketahui bahwa fasilitas dan prosedur tindakan dalam perawatan intensif yang diberikan ini juga sekaligus menjadi sumber stres karena memberikan stimulus yang berlebihan. Stres tersebut dapat bersumber dari kebisingan yang ditimbulkan oleh inkubator, ventilator, peralatan monitoring, percakapan para staf di ruang perawatan, prosedur invasif, penggantian popok, kegiatan membuka dan menutup inkubator, perpisahan dengan orang tua serta pencahayaan ruang perawatan (Bowen, 2009). Kondisi stres yang dialami bayi berat lahir rendah yang sedang mengalami perawatan dengan kondisi lingkungan dan aktivitas dapat dilihat dari perilaku bayi. Perilaku bayi yang ditampilkan dapat berupa perubahan fisiologis, perhatian dan aktivitas motorik (Wilson, 2008). Perilaku bayi berat lahir rendah sebagai respon terhadap stimulus yang berlebihan seperti yang berasal dari kebisingan ruang perawatan, percakapan dan berbagai macam tindakan pengobatan dan perawatan dapat dicermati dari berbagai perubahan kondisi tubuh. Perubahan kondisi tubuh ini diantaranya seperti hipoksemia, apnea, adanya peningkatan hormon stres, nyeri serta ketidaknyamanan (Fanaroff, 2009).

Berbagai upaya telah dikembangkan dalam rangka meminimalkan dampak negatif akibat perawatan di rumah sakit yang salah satunya adalah asuhan perkembangan (*Developmental Care*). *Developmental Care* adalah perawatan yang dilakukan pada bayi khususnya untuk meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan bayi yang dirawat di rumah sakit (Altimier, 2011).

Pengelolaan lingkungan dalam *developmental care* tersebut diantaranya meliputi pemberian penutup inkubator untuk meminimalkan pencahayaan, pemberian nesting atau sarang untuk menampung pergerakan yang berlebihan dan memberi bayi tempat yang nyaman, pengaturan posisi fleksi untuk mempertahankan normalitas batang tubuh dan mendukung regulasi diri. Selain itu, beberapa bentuk intervensi lainnya yang dapat dilakukan dalam *developmental care* adalah minimalisasi tindakan membuka dan menutup inkubator untuk hal yang tidak perlu, pengadaan jam

tenang, fasilitasi ikatan orang tua dengan anak dan perawatan metode kangaroo atau *skin to skin contact*.

Penanganan BBLR di RSM Gersik telah menerapkan *developmental care*, namun pelaksanaan komponen *developmental care* lainnya belum maksimal dan tanpa pengetahuan perawat terhadap *developmental care*. Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti terhadap bayi yang dirawat di ruang neonatus, *developmental care* masih belum menjadi perhatian utama perawat yang bekerja di ruangan tersebut. Hal tersebut tampak belum adanya penutup pada bagian atas inkubator, belum adanya pembatas posisi bayi, dan belum adanya prosedur tetap dalam *minimal handling* dan *Kanggoro Mother Care* (KMC).

1.2 Luaran Penelitian

- 1) Publikasi ilmiah pada jurnal ISSN
- 2) Tersusunnya modul *developmental care*
- 3) Materi pembelajaran (studi kasus)

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

2.1.1 Definisi BBLR

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2500 gram tanpa memandang usia kehamilan (WHO, 2010). Hal ini berarti bahwa berat lahir tersebut dapat sesuai dengan masa kehamilan atau kecil masa kehamilan yaitu apabila berat lahir kurang dari normal menurut usia kehamilan tersebut (Klaus & Fanaroff, 2009).

WHO membagi BBLR ke dalam tiga kategori, yaitu : bayi berat lahir rendah yang merupakan bayi lahir dengan berat kurang dari 2500 gram, bayi berat lahir sangat rendah adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 1500 gram, dan bayi berat lahir ekstrim rendah adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 1000 gram.

2.1.2 Etiologi BBLR

Kelahiran dengan berat lahir rendah disebabkan oleh banyak faktor. Faktor tersebut meliputi faktor janin, ibu, dan plasenta. Faktor penyebab berat lahir rendah yang berasal dari keadaan janin antara lain berupa kelainan kromosom, malformasi organ, dan infeksi. Adapun faktor penyebab yang berasal dari ibu meliputi usia kehamilan remaja atau kehamilan pada usia lebih dari 35 tahun, kehamilan kembar, riwayat kehamilan dengan berat badan rendah dan gizi buruk, riwayat melahirkan bayi dengan berat lahir rendah dan atau prematur sebelumnya, inkompetensi servik, penyakit hipertensi, penyakit kronis, anemia, infeksi, riwayat merokok, konsumsi alkohol, dan penyalahgunaan obat. Faktor penyebab lainnya berasal dari plasenta seperti defek plasenta dan tali pusat (Kosim, 2010).

2.1.3 Karakteristik BBLR

Selama dalam kandungan, fungsi metabolik janin dilakukan dalam hubungannya dengan fungsi metabolik ibu melalui plasenta. Ketergantungan janin pada ibu melalui plasenta diantaranya adalah untuk melakukan pertukaran oksigen dan karbondioksida, mendapatkan asupan nutrisi, melakukan pengeluaran sisa metabolisme dan bahan-bahan toksik, serta melaksanakan fungsi

imunologi sebagai pertahanan terhadap infeksi (Behrman, 2005). Namun segera setelah lahir, hubungan dengan plasenta ini berakhir dan selanjutnya bayi memulai proses penyesuaian dengan lingkungan di luar rahim. Periode segera setelah lahir ini merupakan periode awal untuk menjalankan fungsi organ tubuh secara mandiri dalam hal memenuhi kebutuhan diri untuk menunjang kehidupan.

Pada kelahiran dengan berat lahir rendah, proses penyesuaian yang dijalani adakalanya menjadi lebih sulit. Kesulitan penyesuaian dengan lingkungan di luar rahim yang dialami bayi berat lahir rendah disebabkan oleh ketidakmatangan (imaturitas) sistem organ (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2008). Beberapa contoh karakteristik sistem organ yang belum matang pada bayi berat lahir rendah berupa pembuluh darah imatur, lumen sistem pernapasan yang kecil, insufisiensi kalsifikasi tulang thoraks, kekurangan surfaktan dan jumlah alveoli yang berfungsi sedikit mengakibatkan bayi mengalami kesulitan untuk bernafas segera setelah lahir, dapat mengalami apnea dan juga penyakit seperti membran hialin atau sindrom distres pernafasan. Selain itu, struktur kulit yang tipis dan transparan, lemak subkutan kurang, jaringan lemak bawah kulit sedikit, aktivitas otot lemah, dan perbandingan luas permukaan tubuh dengan berat badan yang besar mengakibatkan bayi mudah mengalami kehilangan panas yang dapat dinitandai dengan hipotermia. Karakteristik lainnya seperti kurangnya otot polos pembuluh darah dan rendahnya kadar oksigen darah mengakibatkan terjadinya keterlambatan penutupan duktus arteriosus dan trauma susunan saraf pusat. Usia sel darah merah lebih pendek, pembentukan sel darah merah lambat, pembuluh darah kapiler rapuh, dan deposit vitamin E yang rendah menyebabkan bayi mengalami masalah hematologi seperti anemia dan mudah terjadi perdarahan. Ginjal yang belum matang menyebabkan bayi tidak mampu mengelola air, elektrolit, asam basa, hasil metabolisme dan pemekatan urin. Selain itu, ketidakmatangan retina menyebabkan bayi rentang mengalami rethinopathy of prematurity (Hockenberry & Wilson, 2009).

Karakteristik lainnya dari bayi berat lahir rendah adalah imaturitas pembuluh darah otak dan susunan saraf pusat. Imaturitas ini menyebabkan bayi berat lahir rendah belum mampu meregulasi banyaknya stimulus yang datang dari lingkungan sehingga bayi sangat rentan untuk mengalami stres dan menyebabkan perdarahan otak serta mengalami beberapa masalah pertumbuhan dan perkembangan dikemudian hari (Maguire, 2008).

2.1.4 Masalah BBLR

1. Hipotermi. Bayi berat lahir rendah memiliki permukaan tubuh lebih besar, penurunan simpanan lemak dan glikogen, dan kemungkinan tidak mampu untuk menghemat panas tubuh. Masalah yang berhubungan dengan hipotermia adalah : hipoglikemia, apnea, peningkatan konsumsi dan asidosis metabolik.
2. Hipoglikemia, yang berhubungan dengan penurunan simpanan glikogen dan lemak.
3. Asfiksia, khususnya pada bayi dengan retardasi pertumbuhan karena kurangnya suplai oksigen kedalam uterus.
4. Masalah respirasi : *respiratory distress syndrome* yang berhubungan dengan defisiensi surfaktan dan *apne of prematurity*.
5. Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, berhubungan dengan peningkatan *Insensible Water Loss (IWL)* akibat area permukaan tubuh, berat badan, kulit yang tipis, dan gangguan fungsi renal.
6. Hiperbilirubinemia. Terjadinya peningkatan dalam serum bilirubin akibat perdarahan, imaturitas hepar, terhambatnya pemberian nutrisi dan penurunan motilitas usus.
7. Anemia. Anemia dapat berhubungan dengan *phlebotomy* atau *anemia of prematurity*.
8. Gangguan nutrisi. Kesulitan minum dan lambatnya peningkatan berat badan berhubungan dengan imaturitas usus, defisiensi enzim dan peningkatan resiko *necrotizing enterocolitis*.
9. Infeksi. Resiko meningkat akibat imaturitas imun, prosedur invasive dan pemberian antibiotik dalam jangka waktu yang lama.
10. Masalah neurologis : *intraventricular hemorrhage*, *periventricular leukomalacia*, peningkatan resiko terhadap *cerebral palsy*, keterlambatan perkembangan dan gangguan kemampuan belajar.
11. Komplikasi ophthalmologic : *retinopathy of prematurity (ROP)* dan *strabismus and refractive errors*.

2.1.5 Pertumbuhan Dan Perkembangan BBLR

Ketidakmatangan sistem organ pada bayi berat lahir rendah mengakibatkan bayi memiliki resiko tinggi untuk mengalami hambatan dalam pertumbuhan dan perkembangan selanjutnya dan bahkan resiko tinggi kematian. Hambatan yang dialami dapat lebih buruk apabila berat lahir semakin rendah dan lahir prematur (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2008). Hambatan tersebut

berupa pertumbuhan berat dan tinggi badan yang lambat, keterampilan motorik halus dan kemampuan konsentrasi yang buruk, mengalami kesulitan dalam kemampuan abstrak seperti dalam bidang matematika, serta dapat mengalami hambatan dalam melakukan beberapa tugas secara bersamaan (Lissauer & Fanaroff, 2010). Resiko tinggi lainnya yang dapat dialami bayi dengan berat lahir rendah berupa defisit perhatian, ansietas, gejala depresi (Maguire, 2009), gangguan perilaku, bahasa, dan integrasi visual–motorik (Sizun, Westrup & ESF Network Coordination Committee, 2006).

Beberapa penelitian telah dilakukan mengenai pencapaian pertumbuhan dan perkembangan dari anak–anak yang lahir dengan riwayat berat lahir rendah seperti yang dilakukan Hack (2007) mengemukakan bahwa kedua kelompok (BB kurang dari 750 gram dan BB 750–1499 gram) diketahui memiliki resiko untuk mengalami gangguan pertumbuhan badan yaitu pendek dan kurus, mengalami cerebral palsy, gangguan fungsi kognitif, gangguan penglihatan dan pendengaran, serta masalah perilaku. Namun, resiko ini sangat meningkat pada anak dengan riwayat berat lahir kurang dari 750 gram.

Hack juga melakukan penelitian yang sama untuk menilai kemajuan perkembangan pada kelompok dewasa usia 20 tahun dengan riwayat berat lahir sangat rendah dibandingkan dengan riwayat lahir cukup bulan. Hasil penelitian ini mengungkapkan bahwa 87% usia dewasa dengan riwayat berat lahir sangat rendah memiliki nilai rata–rata IQ dan prestasi akademik yang lebih rendah dibandingkan dengan usia dewasa dengan riwayat lahir cukup bulan (92%) serta mengalami gangguan sensori lebih tinggi yaitu sebesar 10% dibandingkan usia dewasa dengan riwayat lahir cukup bulan (kurang dari 1 %).

Casey (2006) melakukan penelitian yang bersifat longitudinal pada anak usia 8 tahun dengan riwayat berat lahir kurang dari 2500 gram dan lahir prematur. Hasil penelitian menunjukkan bahwa anak dengan riwayat berat lahir rendah tersebut mengalami masalah dalam pertumbuhan dan perkembangannya. Masalah tersebut berupa ukuran tubuh yang pendek, penilaian kognitif dan kemampuan akademik rendah.

2.1.6 Managemen BBLR

1. Pengaturan suhu

BBLR dengan cepat akan kehilangan panas badan dan menjadi hipotermi karena pusat pengaturasn panas belum berfungsi dengan baik metabolisme rendah dan permukaan badan

relatif luas. Ketika bayi lahir dikeringkan, dibungkus, jangan dimandikan sebelum stabil, terutama bayi asfiksia. Letakkan pada tempat yang dihangatkan atau inkubator tertutup (mencegah hiptermi). Usahakan suhu 36.5-37.5⁰ C dengan suhu ruang 30⁰-34⁰C dengan kelembaban 60%.

2. Pernapasan

Segera bersihkan jalan napas saat bayi lahir. Segera resusitasi karena kebanyakan bayi BBLR dengan asfiksia. Bayi-bayi usia kurang dari 34 minggu perlu pengawasan ketat karena dapat mengalami RDS, apnea of prematurity, atau apnea sebab lain (perdarahan ventrikel).

3. Nutrisi

Alat pencernaan bayi belum sempurna lambung kecil enzim pencernaan belum matang sedangkan kebutuhan protein 3-5 gr/kg BB dan kalori 110 kal;/kgBB sehingga pertumbuhan dapat meningkat. Pemberian minum pada BBLR yang reflek hisap baik berikan ASI ½ jam setelah lahir (ASI Eksklusif). BBLR yang lemah, ASI diberikan lewat sonde lambung. Jika ada indikasi medis , dapat diberikan PASI (Adapted Infant Formula) dengan kriteria : BB kurang dari 1250 gram 24 x / hari, 1250–2000 gram 12 x / hari dan 2000 gram lebih 8 x / hari.

2.2 Konsep *Developmental Care*

2.2.1 Definisi *Developmental Care*

Developmental care adalah praktek profesional, edukasi dan penelitian dimana perawat perlu mengeksplorasi, mengevaluasi dan menemukan secara terus menerus perubahan teknologi lingkungan di unit perawatan neonatus (Coughlin, Gibbins & Hoat, 2009). *Developmental care* meliputi memodifikasi lingkungan bayi, belajar untuk membaca dan merespon perilaku bayi dalam pemenuhan kebutuhannya (Horner, 2010). *Developmental care* memberikan struktur dasar lingkungan perawatan yang dapat mendukung, mendorong dan mengantar perkembangan yang terorganisir dari bayi (Coughlin, Gibbins & Hoat, 2009).

Developmental care merupakan asuhan perkembangan yang memfasilitasi perkembangan bayi melalui pengelolaan lingkungan perawatan dan observasi perilaku sehingga bayi mendapatkan stimulus lingkungan yang adekuat (Lissauer & Fanaroff, 2010). Stimulus lingkungan yang adekuat menyebabkan terjadinya peningkatan stabilisasi fisiologis tubuh dan penurunan stress (McGrath, 2009).

Konsep *developmental care* berakar dari prinsip ilmu keperawatan dari Florence Nightingale pada tahun 1860 dimana perawat bertanggung jawab dalam menciptakan dan

mempertahankan lingkungan yang kondusif untuk proses penyembuhan pasien. Prinsip-prinsip inilah yang mendorong seorang pionir yang bekerja di unit neonatus dan anak yaitu Heidelise Als (1982, 1984) memperkenalkan model *developmental care* berdasarkan teori Synaptive Of Development yang memberikan kerangka konsep dan metode untuk stabilisasi, pengasuhan, pemberdayaan dan interaksi dengan bayi (Bredemeyer, 2009).

Coughlin, Gibbins dan Hoat (2009) mengemukakan bahwa tujuan dari *developmental care* adalah meminimalisasi potensi terjadinya komplikasi jangka pendek dan jangka panjang sebagai akibat pengalaman hospitalisasi di ruang perawatan. Adapun pengenalan terhadap perilaku bayi, termasuk pengenalan terhadap kerentanan fisik, fisiologis, dan emosional, merupakan hal yang mendasari pemberian *developmental care* ini.

Lissauer dan Fanaroff (2009) mengatakan bahwa perilaku bayi tidak hanya sebagai bentuk komunikasi melainkan juga sebagai cerminan kesiapan seorang bayi untuk menjalankan tugas perkembangan yang merupakan hasil atau respon terhadap pengaruh stimulus lingkungan. Namun demikian, stimulus lingkungan bukan merupakan satu-satunya faktor yang mempengaruhi perilaku bayi. Usia gestasi, yaitu usia kehamilan saat bayi dilahirkan, dan kematangan susunan saraf seorang bayi berperilaku (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2008).

Oleh karenanya, perawat selayaknya memiliki kemampuan dalam mengenali perilaku bayi karena merupakan dasar pemberian asuhan perkembangan (*developmental care*) sehingga pada akhirnya dapat memberikan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan setiap individu bayi. Adanya perubahan-perubahan dalam keseimbangan fisiologis, tingkat kewaspadaan, aktivitas motorik, dan perhatian merupakan petunjuk yang dapat digunakan oleh seorang perawat untuk menilai kemampuan bayi beradaptasi dengan suatu kondisi. Pada bayi dengan berat lahir rendah, beberapa contoh perilaku yang dapat diamati adalah perilaku tersentak dan tidak teratur, tampak tegang dan pola tidur yang sering terjaga. Perilaku ini merupakan respon stress bayi terhadap kondisi lingkungan yang tidak mendukung seperti lingkungan yang bising dan pencahayaan yang terang dan menunjukkan bahwa bayi belum kompeten dalam mengatur dirinya sendiri untuk berespon terhadap stimulus lingkungan (Lissauer & Fanaroff, 2010).

2.2.2 Intervensi *Developmental Care*

1. *Positioning*

Perubahan postur yang teratur dengan posisi yang tepat dapat mempertahankan fungsi neuromuskular dan *osteo-articular* serta memberikan kesempatan terhadap perkembangan dan fungsi motorik pada bayi. Posisi yang tepat dan anatomis merupakan komponen penting dalam asuhan perkembangan (Bowden, 2009).

Beberapa posisi yang dapat dilakukan adalah : posisi *prone* yang dilakukan dengan menelungkupkan bayi dimana ekstremitas bagian bawah fleksi dan kepala dimiringkan ke salah satu sisi. Posisi *supine* yang dilakukan dengan memfleksikan ekstremitas bagian bawah. Posisi *miring* yang dilakukan dengan memposisikan bayi ke salah satu sisi dengan memfleksikan tangan dan kaki ke salah satu sisi dengan memfleksikan tangan dan kaki sehingga berada ditengah-tengah tubuh.

Prinsip-prinsip dalam pemberian posisi adalah : posisi hendaknya diubah secara teratur untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan yang simetris, posisi *prone miring* atau *supine* hendaknya memfasilitasi ekstremitas dalam keadaan fleksi dengan dipertahankan dengan menggunakan *nesting* (pembatas) yang dapat dibuat dari gulungan kain (Bowden, 2009).

Pemasangan *nesting* atau sarang yang mengelilingi bayi dan posisi fleksi juga merupakan asuhan yang memfasilitasi atau mempertahankan bayi berada dalam posisi normal fleksi. Hal ini karena *nesting* dapat menopang tubuh bayi dan juga sekaligus memberi bayi tempat yang nyaman (Lissauer & Fanaroff, 2009). Posisi terapeutik ini bermanfaat dalam mempertahankan normalitas batang tubuh dan mendukung regulasi diri karena melalui posisi ini bayi difasilitasi untuk meningkatkan aktivitas tangan ke mulut dan tangan menggenggam (Kenner & McGrath, 2004). Posisi ini juga berfungsi sebagai sistem pengaman untuk mencegah kehilangan panas karena sikap ini mengurangi pemajanan permukaan tubuh pada suhu lingkungan (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2008).

2. *Lighting*

Penelitian yang dilakukan oleh Ozawa, Sasaki dan Kanda (2010) tentang efek penerangan terhadap respon fisiologis bayi menunjukkan bahwa lampu prosedur yang ditingkatkan secara perlahan pada bayi akan mempermudah bayi beradaptasi secara perlahan terhadap penerangan yang tajam dan mencegah penurunan saturasi oksigen. Oleh karena itu,

mata bayi harus dilindungi dari lampu prosedur yang terang (Hockenberry & Wilson, 2009). Penerangan yang dianjurkan dan aman untuk bayi berkisar antara 1 – 60 fct (Couglin, 2009).

Tindakan yang dapat dilakukan untuk mengurangi penerangan adalah melakukan siklus penerangan dimana bayi diberikan stimulus siang hari (terang) dan malam hari (gelap), menutup inkubator dengan kain, mencegah pencahayaan langsung kepada bayi, mencatat respon bayi terhadap cahaya yang berlebihan. Perawat juga harus memperhatikan penerangan dari sumber lain seperti lampu prosedur, lampu penghangat dan lampu fototerapi dari bayi yang lain (Bowden, 2008).

3. *Sound*

Kebisingan merupakan lingkungan yang dapat membahayakan bayi. Tingkat kebisingan akibat peralatan monitoring, alarm dan aktifitas umum berhubungan dengan insiden perdarahan intrakranial khususnya bayi berat lahir rendah (Hockenberry & Wilson, 2009).

Buonocore dan Bellieni (2008) mengemukakan bahwa telinga bayi akan sensitif terhadap suara pada tingkat 40 dBA dan resiko kerusakan terjadi dimulai pada suara dengan level 70 – 80 dBA serta pada level 100 – 110 dBA bayi beresiko mengalami kerusakan permanen pada sistem pendengarannya.

Rekomendasi dari *American Association Of Pediatric (AAP)* tingkat kebisingan di ruang perawatan neonatus harus berada pada level di bawah 45 dBA (Merenstein & Gardner, 2007).

Kebisingan lingkungan perawatan berkontribusi terhadap peningkatan level hormon stres pada bayi berat lahir rendah. Oleh karenanya, hal yang dilakukan sebagai bagian dari aspek *developmental care* untuk menurunkan stres pada bayi yang bersumber dari kebisingan ruang perawatan ini adalah pemasangan penutup telinga, membuka dan menutup inkubator secara perlahan dan hati-hati, serta mendorong para petugas kesehatan untuk berbicara dengan tenang selama di ruang perawatan (Wong, 2009).

4. *Kangaroo Mother Care (KMC)*

Kangaroo Mother Care (KMC) merupakan prosedur *skin to skin contact* yang dapat menurunkan stres pada bayi. Kontak kulit secara pasif antara ibu dan bayi secara reguler dapat meringankan stres. Orang tua dalam hal ini ibu dan ayah tidak mengenakan pakaian bagian atas, demikian juga bayi kecuali memakai popok. Bayi diposisikan vertikal pada dada ibu

sehingga terjadi kontak langsung kulit bayi dengan kulit ibu, kontak mata serta kedekatan secara langsung.

Ludington (2001) mengamati efek *skin to skin contact* antara bayi dan ibu terhadap level aktivitas disertai adanya peningkatan periode tidur tenang selama *skin to skin contact* antara bayi dengan ibu. Penelitian lain dilakukan oleh Ali (2009) mengenai manfaat *skin to skin contact* atau perawatan metode kenguru (*kangaroo mother care*) terhadap stabilisasi saturasi oksigen pada bayi berat lahir rendah didapatkan nilai signifikansi yang tinggi.

5. *Clustered Care*

Clustered care merupakan prosedur *minimal handling* atau tidak sering memanipulasi bayi yang bertujuan untuk melindungi dan mempertahankan stabilisasi kondisi bayi (Bowden, 2009). *Minimal handling* dilakukan untuk memberikan waktu istirahat dan tidur bagi bayi tanpa adanya gangguan dari aktivitas pengobatan, perawatan, dan pemeriksaan lainnya dengan cara sesedikit mungkin memberikan penanganan pada bayi untuk beberapa tindakan dalam satu waktu. Adapun contoh tindakan *minimal handling* ini adalah tindakan reposisi dan pengaturan jadwal pemberian obat dalam periode waktu yang bersamaan, pemberlakuan jam tenang dan meminimalisasi tindakan membuka dan menutup inkubator untuk hal yang tidak perlu (Wong, 2009).

6. *Parental Involvement*

Keterlibatan keluarga dalam perawatan bayi yang dirawat di ruang perawatan neonatus sangat penting. Kontak fisik antara bayi dan orang tua meningkatkan kedekatan emosi dan meningkatkan pemberian ASI pada usia selanjutnya (Bredemeyer, 2008). Penelitian yang mendukung manfaat kontak kulit dengan kulit antara bayi dan orang tua yaitu bayi dapat tidur lebih lama, menunjukkan lebih banyak pergerakan fleksor dan postur, dan lebih sedikit pergerakan ekstensor (Ferber & Makhoul, 2004)., bayi lebih sedikit menangis, status perilaku lebih tenang, dan lebih sedikit peningkatan denyut jantung (Castral, Warnock, Leite, Haas & Scochi, 2008), serta lebih sedikit menunjukkan respon nyeri pada saat prosedur (Johnston, 2007).

Penelitian yang dilakukan oleh Wielenga (2006) menunjukkan bahwa *developmental care* memiliki dampak positif terhadap orang tua, dimana orang tua merasa lebih puas dengan perawatan yang diberikan berdasarkan prinsip *Newborn Individualized Developmental Care*

and Assesement Program (NIDCAP) dari pada perawatan tradisional. Penelitian lain menunjukkan bahwa orang tua merasa lebih dekat dengan bayi (Kleberg, 2007).

2.2.3 Teori Perkembangan : *Synactive Theory*

Heideline Als pada tahun 1986 mengintegrasikan disiplin ilmu psikologi organisme, embriologi dan persarafan menjadi sebuah konsep bagi pemberian asuhan keperawatan yang berfokus pada penghargaan terhadap manusia yang sangat kecil (*very tiny human being*) yaitu bayi. Kerangka teoritis yang dikembangkan oleh Heideline Als ini merupakan sebuah bentuk perawatan yang mendukung pencapaian tugas perkembangan yang dikenal sebagai *synactive theory* (Westrup, 2000).

Synactive theory memberikan kerangka dasar untuk memahami perilaku bayi dimana perilaku bayi digambarkan sebagai subsistem fungsi. Bayi sebagai organisme memiliki lima subsistem yang bersifat interaktif dan sinergis satu dengan yang lainnya. Sifat interaktif dan sinergis antara kelima subsistem ini bertujuan untuk mempertahankan keseimbangan homeostatik dan memfasilitasi adaptasi dengan lingkungan (Blatz, 2001). *Synactive theory* yang dikembangkan oleh Heideline Als ini memungkinkan pemberian individualisasi perawatan pada setiap bayi berdasarkan respon perilaku yang muncul. Adapun lima subsistem dalam *synactive theory* ini meliputi: 1) *autonomic/physiologic subsystem* yang antara lain berupa denyut nadi, warna kulit, respirasi, pencernaan dan eliminasi, 2) *motoric subsystem* berupa postur, tonus dan pergerakan, 3) *state organizational subsystem* berupa keadaan tidur dan terjaga, 4) *attentional interactive* berupa respon dan rentang perhatian terhadap lingkungan dan 5) *self regulatory subsystem* yaitu kemampuan bayi untuk meregulasi diri terhadap stimulus yang datang bertujuan untuk mempertahankan keseimbangan atau mempertahankan stabilisasi diri (Blatz, 2001).

Proses interaksi antara lima subsistem ini terintegrasi dalam proses interaksi bayi dan lingkungan secara kontinyu (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005). Artinya bahwa kesiapan seorang bayi untuk menjalani perkembangan dapat diukur melalui observasi perilaku bayi dalam konteks atau keadaan yang sedang terjadi. Bayi yang memiliki kemampuan mengorganisasi perilaku akan menunjukkan perilaku mendekat. Perilaku mendekat ini merupakan perilaku yang menunjukkan kesiapan bayi untuk berinteraksi dan mengatur dirinya sendiri. Sebaliknya, bayi yang menunjukkan perilaku menghindar atau menarik diri mencerminkan bahwa bayi tersebut belum memiliki kemampuan mengorganisasi diri (Lissauer & Fanaroff, 2009). Tabel 2.1 dibawah ini

merupakan uraian mengenai respon perilaku bayi yang terintegrasi dan tidak terintegrasi berdasarkan lima subsistem fungsi.

Tabel 2.1 Respon Perilaku Bayi Terintegrasi Dan Disintegrasi Berdasarkan Lima Subsistem Fungsi

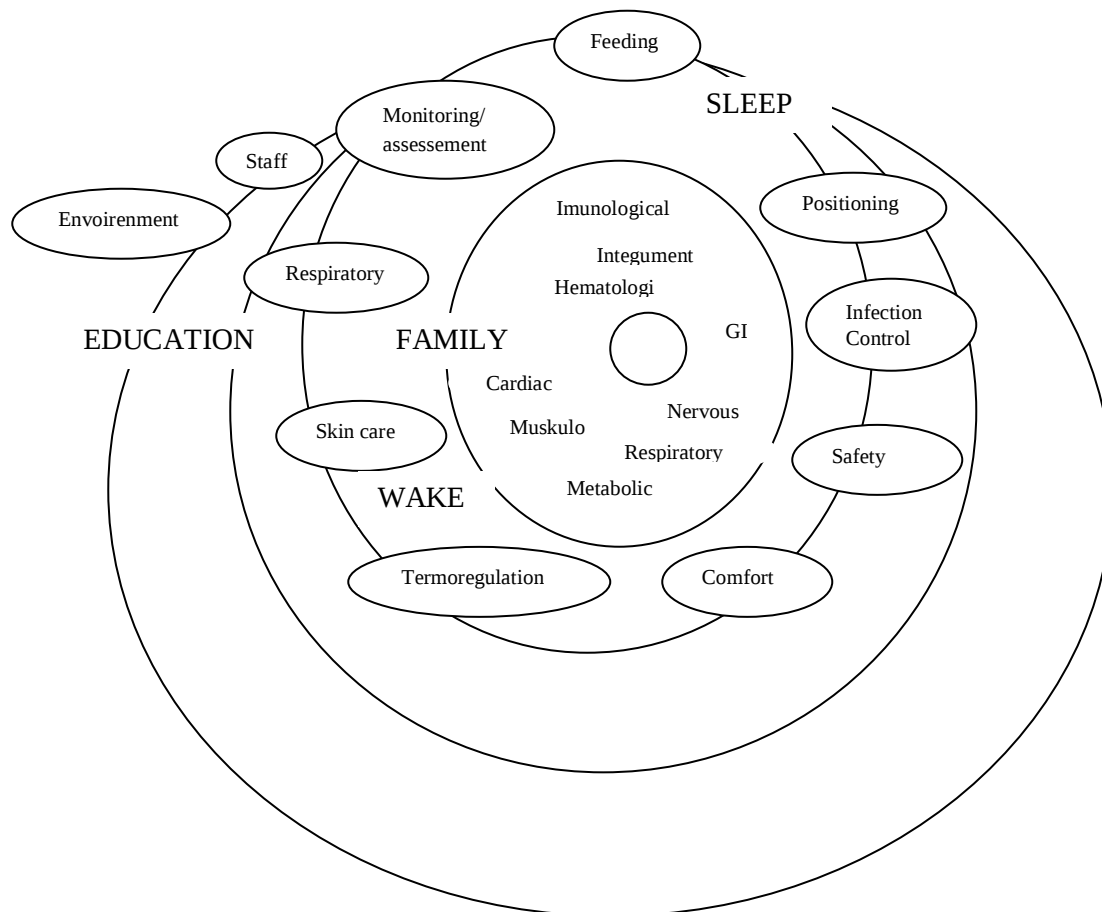
Subsistem Fungsi	Perilaku Terintegrasi	Perilaku Disintegrasi
<i>Autonomic/Physiologic</i>	Denyut jantung dan pernafasan stabil, mampu mentoleransi pemberian makan, warna kulit merah muda.	Denyut jantung dan pernafasn berfluktuasi atau tidak teratur, dapat menimbulkan apnea dan bradikardi, warna kulit berubah menjadi pucat atau gelap, muntah, banyak buang air besar, dan tidak mampu mentoleransi pemberian makan
<i>Motoric</i>	Pergerakan tubuh halus dan sinkron, tonus otot teratur, postur tubuh fleksi dan relaks	Pergerakan tubuh tersentak, tidak teratur, dan gelisah, perubahan tonus otot menjadi lemah, flasid atau kaku, hiperektstensi tungkai, lengan dan batang tubuh
<i>State Organizational</i>	Tidur tenang, transisi antara keadaan tidur dan terjaga berlangsung baik atau pola bangun – tidur periodik, kewaspadaan tenang.	Tidak mampu mengatur keadaan, perubahan keadaan mendadak, keadaan terjaga memanjang, sering mengalami perubahan kesadaran
<i>Attentional Interactive</i>	Kewaspadaan menetap dan fokus	Terlalu waspada, tampak tegang
<i>Self Regulatory</i>	Penggunaan perilaku menghibur diri sendiri seperti menghisap jari, gerakan tangan ke mulut, tangan menggenggam, menggerakkan ekstremitas ke objek hidup atau tidak hidup, mampu menenangkan diri, dapat dihibur oleh sumber – sumber dari luar bila sedang kesal, memberikan respon	Penggunaan perilaku menenangkan diri sendiri tanpa terbatas, tampak marah, menutup diri seperti memalingkan wajah, tidak dapat ditenangkan, ketidakmampuan menghindari atau mengurangi respon terhadap adanya stimulus yang datang berulang

sosial seperti tersenyum dan menatap, mampu menghindari stimulus yang datang berulang dengan mengurangi respon motorik atau gerak tubuh dan mengatur diri dari keadaan terjaga ke keadaan tidur

Sumber : Lissauer & Fanaroff, 2009 ; D'Appolito, 1991 dalam Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005 ; Wong et al., 2009

2.2.4 *The Universe Of Developmental Care Model*

The Universe Of Developmental Care Model (UDC) diperkenalkan pada tahun 2008 oleh Gibbins, Hoath, Coughlin dan Frank. UDC merupakan perluasan dari teori synactive dengan konsep shared surface interface, digambarkan seperti bentuk kulit yang merupakan hubungan antara tubuh atau organisme dan lingkungan dimana perawatan diberikan dan diterima (Gibbins, 2008). Model ini berasumsi bahwa kulit adalah permukaan otak (Altimier, 2011). Adapun komponen UDC terdiri dari inti pusat, praktik keperawatan, keluarga, staf dan lingkungan (Gibbins, 2008).



Gambar 2.1 The Universe of Developmental Care

Sumber : Lissauer & Fanaroff, 2009 ; D'Appolito, 1991 dalam Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005 ; Wong et al., 2009

UDC digambarkan sebagai model sistem tata surya dengan matahari dan objek luar angkasa terikat bersama dengan diatur oleh gravitasi (Altimier, 2011). Posisi bayi dalam UDC dianalogkan sebagai matahari, dimana bayi sebagai inti planet. Perawatan yang digambarkan sebagai planet–planet seperti pemberian minum, posisi, dan sentuhan mengelilingi bayi dan keluarga (Altimier, 2011). Planet–planet tersebut memberikan pengkajian, intervensi, dan pengaturan (Gibbins, 2008).

1. Pusat inti (*central core*)

Sesuai dengan prinsip perawatan berpusat pada pasien, bayi ditempatkan pada posisi sentral dan pusat gravitasi dari model (Gibbins, 2008). Model ini menggambarkan sistem fisiologis sel dan molekul penting dari pengobatan internal akan tetapi disekitarnya planet–planet berhubungan dengan interaksi perawatan khusus pada perkembangan bayi (Gibbins, 2008). Memahami perkembangan bayi merupakan hal yang penting dalam UDC

2. Praktik keperawatan

Keperawatan tidak hanya berfokus pada penyakit, akan tetapi kegagalan dalam mengenali ketergantungan secara holistik pada sistem ini akan menyebabkan ketidaktepatan atau ketidakakuratan dalam intervensi (Gibbins, 2008). praktik keperawatan seperti pemberian posisi, pemberian minum, kenyamanan, pengkajian terus menerus, dukungan respirasi, keamanan, termoregulasi, kontrol infeksi, dan perawatan kulit terlibat secara keseluruhan dalam interaksi dengan permukaan kulit (Gibbins, 2008).

3. Keluarga

Model UDC menggambarkan bahwa keluarga dekat dengan bayi. Kedekatan ini mempresentasikan hubungan bayi–keluarga dalam konteks lingkungan rumah sakit (Gibbins, 2008). Pendekatan family centered care ditambahkan dalam model ini karena keluarga yang dikelilingi oleh staf dan lingkungan fisik dan organisasi dari ruang perawatan dapat secara langsung mempengaruhi perawatan bayi melalui interaksi dengan bayi.

4. Staf

Penempatan komponen kritis dalam melindungi orbit disekeliling bayi – keluarga merupakan kunci pelayanan kesehatan sebagai dukungan terhadap kerentanan dan kondisi kritis bayi dan keluarga. Kesempatan pendidikan dan training terhadap staf terkait aplikasi dan adopsi praktik developmental care dalam konteks model UDC memberikan kerangka kerja untuk mengaplikasikan konseptual model ini ke dalam praktik (Gibbins, 2008).

5. Lingkungan

Model UDC membagi lingkungan kedalam lingkungan makro dan lingkungan mikro. Lingkungan mikro memberikan struktur dan dukungan pada bayi dan mengenali keterlibatan faktor lingkungan dalam integritas dan kesehatan bayi dan keluarga. Faktor–faktor tersebut termasuk intensitas penerangan, tingkat kebisingan dan perilaku interpersonal (Gibbins, 2008). Lingkungan makro yang termasuk budaya organisasi, komunikasi, dan kolaborasi antara pemberi pelayanan kesehatan atau keluarga, bertanggung jawab terhadap dampak pasien dikemudian hari (Gibbins, 2008).

BAB 3

TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

3.1 Tujuan Penelitian

1. Mengidentifikasi tindakan *developmental care* di Ruang Neonatus Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik
2. Mengobservasi perilaku bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Ruang Neonatus Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik
3. Menganalisa tindakan *developmental care* terhadap desintegrasi perilaku Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) pada Bayi di Ruang Neonatus Rumah Sakit Muhammadiyah

3.2 Manfaat Penelitian

1. Meningkatkan pengetahuan , sikap dan ketrampilan perawat ruang Neonatus dalam memberikan tindakan Developmental Care pada Bayi lahir dengan BBLR
2. Deteksi dini perkembangan perilaku pada bayi baru lahir dengan BBLR

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Berdasarkan tujuan penelitian, maka desain penelitian yang digunakan adalah analitik yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk mendapatkan gambaran tentang suatu keadaan secara obyektif dan digunakan untuk memecahkan atau menjawab permasalahan yang sedang dihadapi pada situasi sekarang (Nursalam, 2008). Populasi dalam penelitian ini adalah semua bayi baru lahir dengan BBLR pada Mei- Juli yang dilakukan tindakan *developmental care*

3.2 Lokasi Dan Waktu Penelitian

Studi kasus ini dilakukan diRuang Neonatus RS Muhammadiyah Gresik. Pada bulan Mei s/d Juli 2016

3.3 Prosedur Penelitian

Sesuai dengan prosedur penelitian adalah mengirimkan surat permohonan pengambilan data dari LPPM Universitas Muhammadiyah kepada Pimpinan Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik, setelah mendapatkan surat jawaban maka pengambilan data dilakukan dengan Proses pengambilan dan pengumpulan data. Sebagai langkah awal penelitian, akan menyeleksi responden yang sesuai kriteria yang di tentukan. Setelah mendapatkan responden yang telah dikehendaki. Maka langkah selanjutnya adalah meminta persetujuan dari orang tua responden dengan memberikan persetujuan responden (*Informed Consent*)

Setelah mendapatkan persetujuan dari keluarga kemudian perawat mulai melakukan tindakan dan melakukan implementasi keperawatan yaitu memberikan development care pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR). Implementasi *developmental care* meliputi : *positioning* (memberikan posisi pada bayi fleksi dengan bantuan *nesting*), *lighting* (menutup teurmochuft dengan kain penutup), *kangooro mother care* (melakukan perawatan metode kangooro), *clustered care* (melakukan tindakan minimal

handling) dan *parenteral involvement* (melakukan rawat gabung). Setiap melakukan Implementasi kemudian di evaluasi sesuai dengan kondisi pasien yaitu di evaluasi pada desintergrasi perilaku pada bayi yang telah diberikan *developmental care*.

3.5. Pengumpulan dan analisa data

Pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi langsung pada setiap BBLR yang dilakukan tindakan *developmental care* dan mengevaluasi desintergrasi perilaku BBLR setelah tindakan dilakukan. Teknik analisis data dengan uji statistik *Chi Square test* dengan menggunakan distribusi frekuensi kuantitatif untuk melihat korelasi dari kedua variabel.

BAB 5

HASIL YANG DICAPAI

A. KEGIATAN YANG TELAH DILAKUKAN

1. Persiapan survey lapangan:

Survey lokasi yang telah dilakukan selama dua kali oleh peneliti bersama dengan tim dan dilanjutkan dengan survey awal untuk mendapatkan berbagai informasi mengenai lokasi dan subyek penelitian (menyampaikan maksud dan tujuan penelitian kepada Kepala Bidang Pendidikan dan Pelatihan (Diklat) di Rumah Sakit Muhammadiyah. Selanjutnya melakukan koordinasi dengan Kepala Ruang Neonatus untuk mendapatkan gambaran dari masalah – masalah yang sering terjadi pada bayi lahir dengan Berat bayi Lahir Rendah dan tindakan keperawatan yang selama ini telah dilakukan. Dari Kegiatan tersebut dapat didiskripsikan masalah yang terjadi pada BBLR adalah kemampuan adaptasi dengan lingkungan eksternal yang kurang dan tidak maksimalnya fungsi dari musculoskeletal serta respon menghisap sehingga beresiko terjadinya gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi, menurunnya fungsi motorik, hipotermi dan oksigenasi. Dari gambaran awal yang peneliti dapatkan dikonsultasikan dengan tim Pengampu mata Ajar Keperawatan Maternitas dan Keperawatan anak untuk mendapatkan masukan dalam pembuatan instrument penelitian. Pembuatan instrument penelitian dilakukan dengan mengacu pada hasil survey awal (informasi kepala Ruang neonatus dan observasi). Hasil konsultasi dengan tim Keperawatan Maternitas dan Keperawatan anak dan studi referensi yang menunjang dari masalah terjadi. Selanjutnya mengadakan lokakarya yang dihadiri oleh Bidang diklat, kepala Ruang dan Perawat Ruang Neonatus. Revisi pada instrument dilakukan sesuai dengan masukan dari hasil lokakarya. Sebelum dilakukan penggandaan. Instrument dalam bentuk lembar observasi

2. Need Assesment dan analisa data

Pelaksanaan tindakan developmental care dilakukan sesuai prosedur dengan memaksimalkan peran perawat dan keluarga. Tindakan *developmental care* meliputi :

positioning (memberikan posisi pada bayi fleksi dengan bantuan *nesting*), *lighting* (menutup teurmochuft dengan kain penutup), *clustered care* (melakukan tindakan minimal handling) dan *parenteral involvement* (melakukan rawat gabung). Tiap sampel dilakukan observasi dan pengukuran selama 3 hari.

3. Penyusunan Hasil Survey

3.1 Data Umum

3.1.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 3.1.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di Ruang Neonatus RS Muhamadiyah Gresik

Jenis Kelamin	Frekwensi	Prosentase (%)
Laki – Laki	7	58,3
Perempuan	5	41,7
Total	12	100

3.1.2 Distribusi Responden Berdasarkan Berat Badan

Tabel 3.1.2 Distribusi Responden Berdasarkan Berat Badan Di Ruang Neonatus RS Muhamadiyah Gresik

Tinggi Badan (gram)	Frekwensi	Prosentase (%)
1760	1	8,3
2130	1	8,3
2150	1	8,3
2200	1	8,3
2240	1	8,3
2300	2	16,7
2400	4	33,3
2450	1	8,3
Total	12	100

3.1.3 Distribusi Responden Berdasarkan Tinggi Badan

Tabel 3.1.3 Distribusi Responden Berdasarkan Tinggi Badan Di Ruang Neonatus RS Muhamadiyah Gresik

Tinggi Badan (cm)	Frekwensi	Prosentase (%)
43	1	8,3
44	1	8,3
45	5	41,7
46	2	16,7
47	2	16,7
49	1	8,3
Total	12	100

3.1.4 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Persalinan

Tabel 3.1.4 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Persalinan Di Ruang Neonatus RS Muhamadiyah Gresik

Jenis Persalinan	Frekwensi	Prosentase (%)
Spontan	5	41,7
SC	7	58,3
Total	12	100

3.1.5 Distribusi Responden Berdasarkan Apgar Skor

Tabel 3.1.5 Distribusi Responden Berdasarkan Apgar Skor Di Ruang Neonatus RS Muhamadiyah Gresik

Apgar Skor	Frekwensi	Prosentase (%)
7-8	12	100
Total	12	100

3.1.6 Distribusi Responden Berdasarkan Lingkar Kepala

Tabel 3.1.6 Distribusi Responden Berdasarkan Lingkar Kepala Di Ruang Neonatus RS Muhamadiyah Gresik

Lingkar Kepala	Frekwensi	Prosentase (%)
29	1	8,3
30	3	25,0
31	1	8,3
32	4	33,3
33	2	16,7
34	1	8,3
Total	12	100

3.1.7 Distribusi Responden Berdasarkan Lingkar Dada

Tabel 3.1.7 Distribusi Responden Berdasarkan Lingkar Dada Di Ruang Neonatus RS Muhamadiyah Gresik

Lingkar Dada	Frekwensi	Prosentase (%)
27	1	8,3
28	2	16,7
29	3	25,0
30	3	25,0
31	1	8,3
32	1	8,3
33	1	8,3
Total	12	100

Berdasarkan uji statistik *Chi Square Test* untuk mengetahui pengaruh developmental care terhadap perilaku bayi berat badan lahir rendah menunjukkan hasil dengan signifikansi $\rho = 0,001$ lebih kecil dari $\alpha = 0,05$, artinya ada pengaruh developmental care terhadap perilaku bayi berat badan lahir rendah di ruang neonatus RS Muhammadiyah Gresik.

3. Pembahasan

Perilaku bayi berat lahir rendah berubah dari desintegrasi menjadi perilaku terintegrasi setelah dilakukan tindakan developmental care selama 3 hari. Pelaksanaan tindakan developmental care dilakukan sesuai prosedur dengan memaksimalkan peran perawat dan keluarga. Tindakan *developmental care* meliputi : *positioning* (memberikan posisi pada bayi fleksi dengan bantuan *nesting*), *lighting* (menutup termochuft dengan kain penutup), *clustered care* (melakukan tindakan minimal handling) dan *parenteral involvement* (melakukan rawat gabung).

Penelitian yang dilakukan oleh Shizun dan Ansquare (2002) menyatakan bahwa *developmental care* secara signifikan dapat menurunkan respon nyeri bayi dalam waktu 96 jam dengan menggunakan PIPP score. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Antarini (2008) yang menyatakan bahwa perilaku tidur bayi aktif terjaga tidak teramati setelah dilakukan tindakan *developmental care* dalam waktu pengamatan 5 hari.

Menurut Buonocere dan Bellieni (2008) salah satu metode yang tepat untuk mengurangi stress bayi adalah dengan cara intervensi lingkungan dan pengaturan posisi. Keseluruhan intervensi yang dilakukan dimaksudkan agar BBLR tetap dipertahankan sebagaimana kehidupan didalam uterus dimana saat itu bayi tidak pernah menerima rangsangan sensorik yang berlebihan. Rangsangan tersebut akan menambah stimulus stress pada bayi disamping prosedur menyakitkan selama menjalani masa perawatan (Buonocere dan Bellieni, 2008).

Tujuan dari *positioning* adalah untuk membantu perkembangan sendi dan postur tubuh bayi, memungkinkan bayi untuk dapat bernafas dengan baik dan menstabilkan denyut jantung, membuat bayi nyaman dan meningkatkan durasi tidur (Buonocere dan Bellieni, 2008).

Pembatasan cahaya dilakukan dengan memberikan penutup pada termoucuff dengan kain bedongan atau selimut bayi. Hal ini dilakukan untuk mempertahankan suasana seperti

malam hari sehingga memberikan lingkungan nyaman pada bayi untuk tidur dan menurunkan stress (Buonocere dan Bellieni, 2008).

Metode kanguru secara klinis bermanfaat, dengan cara ini detak jantung bayi stabil dan pernafasannya lebih teratur sehingga penyebaran oksigen ke seluruh tubuh lebih baik. Selain itu, cara ini mencegah bayi kedinginan. Bayi dapat tidur dengan nyenyak dan lama, lebih tenang dan jarang menangis. Cara ini juga mempermudah pemberian ASI, memprerat ikatan batin antara ibu dan anak (Luize, 2003). Penanganan minimal (minimal handling) diperlukan dalam menghadapi stimulus pada bayi saat tidur dan mencegah terjadinya infeksi. Pengurangan stress selama bayi dirawat diyakini secara teoritis dalam mendukung pertumbuhan dan perkembangan secara normal dan mengakibatkan hasil yang lebih baik dikemudian hari (Shizun dan Westrup, 2004).

Keterlibatan keluarga dalam perawatan bayi sangat penting. Kontak fisik antara bayi dan orang tua meningkatkan kedekatan emosi (Bredemeyer, 2008). Rawat gabung memiliki dampak positif terhadap orang tua, dimana erasa lebih puas dengan perawatan yang diberikan. Penelitian lain menunjukkan bahwa orang tua merasa lebih dekat dengan bayi (Kleberg, 2007).

Intervensi *developmental care* merupakan strategi pengelolaan lingkungan yang dapat dilakukan untuk menurunkan stres sebagai akibat stimulus lingkungan perawatan. *Developmental care* merupakan asuhan keperawatan yang memfasilitasi perkembangan bayi melalui pengelolaan lingkungan perawatan dan observasi perilaku sehingga bayi mendapat stimulus lingkungan yang adekuat. Stimulus yang adekuat menyebabkan terjadinya peningkatan stabilisasi fisiologis tubuh dan terintegrasinya perilaku bayi baru lahir. *Developmental care* dapat digunakan untuk memodifikasi lingkungan yang baik untuk adaptasi bayi di lingkungan ektrauteri. Intervensi lingkungan bertujuan untuk mengurangi stres yang seringkali diterima bayi selama proses adaptasi ektrauteri. *Developmental care* merupakan hal yang baik untuk dilakukan dalam penanganan neonatal sehingga sebagai organisme yang harus menyesuaikan diri dari kehidupan intrauteri ke ektrauteri dapat bertahan dengan baik karena periode neonatal merupakan periode yang paling kritis dalam fase pertumbuhan dan perkembangan bayi.

BAB 6

RENCANA TAHAP BERIKUTNYA

1. Memasukan draft jurnal dalam publikasi ilmiah ISSN
2. Melakukan FGD kepada perawat, clinical instruktur, kepala Ruang Neonatus, bidang diklat RSM Gesik tentang hasil penelitian
3. Melakukan seminar dari hasil penelitian

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan.

1. Tindakan Developmental Care yang dilakukan pada Bayi dengan BBLR dapat mengurangi perilaku disintegrasi menjadi perilaku terintegrasi dalam waktu 3 hari
2. Melalui observasi yang dilakukan pada tiap tahapan tindakan developmental Care dapat diketahui perkembangan bayi secara dini dan menentukan tindakan keperawatan lebih lanjut
3. Dalam melakukan tahapan *Kangaroo Mother Care* (KMC) di Rumah Sakit belum dapat dilakukan secara maksimal dikarenakan belum adanya Romming in

Saran

1. Diperlukan pemahaman yang benar tentang perawatan BBLR dengan berbagai masalah yang dihadapi, sehingga keterlibatan keluarga dalam proses keperawatan dapat terjalin dengan baik sehingga dapat dilakukan follow up oleh keluarga setelah keluar dari tempat pelayanan kesehatan (Rumah Sakit)

2. Developmental care diharapkan dijadikan intervensi keperawatan mandiri yang dapat diberikan pada bayi dengan diagnosa keperawatan desintegrasi perilaku bayi baru lahir dengan didukung oleh kebijakan management dalam hal pengelolaan ruang dengan mempertimbangkan jumlah SDM (perawat) dengan perbandingan jumlah bayi yang dirawat.
3. Penelitian tentang pengaruh developmental care terhadap indikator pertumbuhan dan perkembangan bayi dikemudian hari perlu dikembangkan sehingga dapat menambah keilmuan terutama dibidang keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto. 2002 *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, Jakarta : Rineka Cipta.
- Bobak,I.M., Lowdermilk,D.L., & Jensen,M.D. 2005. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Edisi 4. Jakarta : EGC
- Depkes RI. 2004. *Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial*. Depkes RI. Jakarta
- Depkes RI. 2006. *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak Di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar*. Jakarta : Dirjrn Bina Kesehatan Masyarakat – Depkes RI.
- Ganong,W.F. 2008. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Edisi 22. Jakarta : EGC
- Hidayat, A.A.A. 2005. *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 1*, Edisi Pertama, Jakarta : Salemba Medika.
- Kosim, MS, dkk. 2008. *Buku Panduan Managemen Masalah Bayi Baru Lahir Untuk Dokter, Bidan dan Perawat Di Rumah Sakit*. IDAI, MNH-JHPIEGO-Depkes RI, Jakarta
- 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 Infant Who Were Born At < 32 Weeks*. *Pediatrics*, 121, 239 – 245, diunduh pada tanggal 11 Januari 2013 dari www.pediatrics.org.
- Mellenium Development Goals (MDGs). 2008. Diunduh pada tanggal 12 April 2014 dari <http://www.undp.or.id>
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika
- Riset Kesehatan Dasar Nasional 2007. Jakarta : Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI. Diunduh tanggal 16 Februari 2011 dari www.kesehatan.kebumenkab.go.id/data/lapriskesdas.pdf
- Wilkinson, A. 2009. *Diagnosa Keperawatan NANDA 2010*. Jakarta : EGC
- Wong,,D.L, Hockenberry. 2009. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Jakarta : EGC

Lampiran 1

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawa ini menyatakan bersedia untuk dilakukan tindakan Developmental Care pada Bayi saya yang sedang di rawat di ruang Neonatus. Saya diminta berperan serta dalam penelitian ini sebagai wakil dari responden (orang tua) bertanggung jawab atas responden. ,dan sebelumnya saya telah mendapat penjelasan tentang penelitian ini

Tanda tangan ini menunjukkan bahwa saya secara sadar tidak ada unsur paksaan dari siapapun , saya bersedia berperan serta dalam penelitian ini

Surabaya, 2016

Responden

(.....)

Lampiran 3 TINDAKAN DEVELOPMENTAL CARE DAN ONSERVAI PERILAKU BBLR



