

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Konsep *Developmental care*

a. Pengertian *Developmental care*

Developmental care berfokus pada meminimalkan efek jangka pendek dan jangka panjang akibat pengalaman di rumah sakit pada bayi dalam konsisi kritis terhadap ancaman fisik, psikologi dan emosional (Couglin, Gibbins & Hoat, 2009). *Developmental care* adalah memodifikasi lingkungan *neonatus* dan belajar untuk membaca serta berespon perubahan perilaku terhadap kebutuhannya (Horner, 2012). Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa *developmental care* adalah upaya modifikasi lingkungan dan berespon terhadap perubahan perilaku yang bertujuan untuk meminimalisasi efek jangka pendek dan jangka panjang baik fisik, psikologis, maupun emosional akibat pengalaman di rumah sakit. Model *developmental care* diperkenalkan oleh Heidelise Als (1982, 1986) yang didasarkan pada teori *synactive* perkembangan, memberikan kerangka konsep dan metode dalam stabilisasi asuhan, ikatan, dan metode dalam stabilisasi asuhan, ikatan dan interaksi dengan bayi premature (Bredemeyer et al, 2008). *Developmental care* didasarkan pada teori bahwa otak bayi akan berkembang hingga bayi lahir dan akan terus berlanjut hingga usia 3 tahun. Perkembangan otak

akan terganggu ketika seorang bayi harus lahir premature (Horner, 2012). Oleh karena itu pemberian perawatan pada bayi dapat mempengaruhi struktur otak dan perilaku selama periode sensitif tersebut.

b. *The Universe of Developmental Care Model*

The universe of Developmental care Model (UDC) diperkenalkan pada Tahun 2008 oleh Gibbins, Hoath, Coughlin, Gibbins dan Franck. UDC merupakan perluasan dari teori synactive dengan konsep *shared surface interface* digambarkan seperti bentuk kulit yang merupakan hubungan antara tubuh / organisme dan lingkungan dimana perawatan diberikan dan diterima (Gibbins et al., 2008). Model ini berasumsi bahwa "kulit" adalah permukaan otak (Altimier, 2011). Adapun komponen UDC terdiri atas inti pusat, praktek keperawatan, keluarga, staf dan lingkungan (Gibbins et al., 2008).

a. Pusat Inti (*central core*)

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

b. 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 et al., 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 tubuh (Gibbins et al., 2008).

c. Keluarga

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

d. Staf

Penempatan komponen kritis dalam melindungi orbit di sekeliling 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 et al., 2008).

e. Lingkungan

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

c. Intervensi yang mendukung *developmental care*

Menurut Coughlin et al. (2009) terdapat 5 inti dalam *developmental care*, yaitu memfasilitasi tidur, pengkajian dan manajemen stres dan nyeri, aktivitas sehari-hari, asuhan berpusat pada keluarga, dan lingkungan yang mendukung penyembuhan. Adapun kategori intervensi *developmental care* (Bowden et al., 2000) adalah modifikasi lingkungan (penerangan dan suara), *handling* (*minimal handling*, perawatan metode kanguru, dan pemberian posisi yang tepat), mengelompokkan aktivitas perawatan, dan memfasilitasi interaksi bayi dan orang tua.

a. Memfasilitasi tidur

Memfasilitasi tidur penting dalam *developmental care*, karena tidur merupakan hal penting dalam status perilaku, yang merupakan dasar dari seluruh aktivitas manusia (Coughlin et al., 2009). Gangguan dalam siklus tidur secara signifikan berhubungan dengan proses awal perkembangan sensori (Graven & Browne, 2008). Penelitian terkait tidur pada neonatus juga telah dilakukan oleh Bertelle et al., (2005) pada bayi prematur yang dilakukan *developmental care*. Penelitian ini menggunakan metode prospective cross-over study yang dilakukan pada bayi *premature*. Hasilnya menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan terhadap tidur pada kelompok intervensi dibandingkan kelompok kontrol, yaitu *total sleep time* meningkat ($p= 0,002$) dengan peningkatan pada *active sleep* ($p= 0,024$), *quite sleep* ($p= 0,015$), dan penurunan terhadap *sleeping latency* ($p= 0,0005$). Berdasarkan penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa *developmental care* dapat meningkatkan kualitas tidur pada neonatus .

b. Manajemen stres dan nyeri

Bayi berat lahir rendah dan prematur memiliki jalur persepsi nyeri yang matang, sehingga memiliki kemampuan untuk merasakan nyeri. Namun karena jalur nyeri *desending* belum matur, maka bayi prematur mengalami rasa nyeri lebih lama (Evan, 2001). Neurotransmitter yang menghambat rangsangan nyeri tidak berfungsi pada bayi prematur hingga 6 sampai 8 minggu setelah lahir. Peningkatan besar dan lamanya durasi nyeri juga

berhubungan dengan pertumbuhan syaraf pada area sekitar kulit yang terluka. Stress fisik dan psikologi yang disebabkan nyeri misalnya, menyebabkan depresi sistem imun dan meningkatkan risiko terhadap infeksi (Anand, 1993 dalam Evan, 2001). Penggunaan metode non farmakologi seperti penggunaan sukrosa oral dapat mengurangi stress akibat prosedur yang menyakitkan (Bredemeyer et al., 2008).

c. Lingkungan terapeutik

Memodifikasi lingkungan bertujuan untuk mengurangi sensori yang berlebihan dari level kebisingan dan penerangan yang tidak adekuat (Bredemeyer at al. 2008).

1) Mengurangi kebisingan

Kebisingan merupakan lingkungan NICU yang dapat membahayakan bayi. Tingkat kebisingan akibat peralatan monitoring, alarm, dan aktifitas umum berhubungan dengan insiden perdarahan intrakranial khususnya bayi berat lahir sangat rendah atau bayi berat lahir ekstrim (Hovkenberry & Wilson, 2009). Oleh karena itu, perawat harus mengurangi kebisingan akibat menutup pintu inkubator, mendengarkan suara radio dengan suara keras, berbicara dengan suara keras, berbicara terlalu keras, dan memindahkan peralatan (Hockenberry & Wilsan, 2009). Aktifitas keperawatan seperti mengukur tanda-tanda vital, merubah posisi, menimbang berat badan, dan mengganti popok berhubungan dengan frekuensi periode hipoksia, penurunan

saturasi oksigen, dan peningkatan tekanan intrakranial (Hockenberry & Wilson, 2009).

2) Mengurangi penerangan

Penelitian yang dilakukan oleh Ozawa, Sasaki, dan Kanda (2010) tentang efek penerangan terhadap respon fisiologi bayi prematur menunjukkan bahwa lampu prosedur yang ditingkatkan secara perlahan pada bayi prematur 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 kurang (Hockenberry & Wilson, 2009). Penerangan yang dianjurkan di ruang NICU yang aman untuk bayi berkisar antara 1-60 fct (Coughlin et al, 2009). Tindakan yang dapat dilakukan untuk mengurangi penerangan adalah melakukan siklus penerangan di mana 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 sumberlain seperti lampu prosedur, lampu penghangat, dan lampu fototerapi dari bayi lain (Bowden et al., 2000; VandenBerg, 2007).

d. *Minimal Handling*

Minimal handling atau tidak terlalu sering memanipulasi bayi bertujuan untuk melindungi dan mempertahankan stabilitas kondisi bayi (Bowden et

al., 2000 cit Zubaidah). *Minimal handling* dapat dilakukan dengan merencanakan dan mengelompokkan prosedur dengan petugas kesehatan lain sehingga manipulasi fisik dapat diminimalkan.

e. Pemberian posisi yang tepat

Perubahan postur yang tepat dengan posisi yang tepat dapat mempertahankan fungsi *neuromuscular* dan osteo-articular serta memberikan kesempatan terhadap perkembangan dan fungsi motorik pada bayi prematur (Vaivre-Douret, Ennourib, Jradc, Garrecd & Papiernik, 2004). Posisi yang tepat dan anatomis merupakan komponen penting dalam asuhan perkembangan (Bowden et al., 2000). Prinsip-prinsip dalam pemberian posisi adalah : 1) posisi hendaknya diubah secara teratur untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan yang simetris ; 2) posisi prone, miring atau supine hendaknya memfasilitasi ekstremitas dalam keadaan fleksi dengan dipertahankan dengan menggunakan *nesting* (pembatas) yang dapat dibuat dari gulungan kain (Bowden et al., 2000) .

Beberapa posisi yang dapat dilakukan adalah; 1) posisi prone, yang dilakukan dengan menelungkupkan bayi di mana ekstremitas bagian bawah fleksi dan kepala dimiringkan ke salah satu sisi; 2) Posisi supine, yang dilakukan dengan memfleksikan ekstremitas bagian bawah; 3) Posisi miring yang dilakukan dengan memposisikan bayi ke salah satu sisi dengan memfleksikan tangan dan kaki sehingga berada di tengah-tengah tubuh.

f. *Family centered care*

Keterlibatan keluarga dalam perawatan bayi yang dirawat di NICU sangat penting. Kontak fisik antara bayi dan orang tua meningkatkan kedekatan emosi dan meningkatkan pemberian ASI pada usia selanjutnya (Bredemeyer et al., 2008). Telah banyak 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 selama prosedur penusukan tumit (Castral, Warnock, Leite, Haas, & Scochi, 2008), serta lebih sedikit menunjukkan respon nyeri pada saat prosedur (Johnston et al., 2007). Penelitian yang dilakukan oleh Wielenga et al., (2006), menunjukkan bahwa *developmental care* memiliki dampak positif terhadap orang tua merasa lebih puas dengan perawatan yang diberikan berdasarkan prinsip *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP) dari perawatan tradisional.

2. Sikap

a. Pengertian Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya

kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Notoatmodjo, 2007).

Sikap adalah merupakan atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau obyek (Soekidjo Notoatmojo, 1997 :130)

Menurut Krech & Crutchfield (1948) sikap adalah pengorganisasian yang relatif berlangsung lama dari proses motivasi, persepsi dan kognitif yang relatif menetap pada diri individu dalam berhubungan dengan aspek kehidupannya. Sikap individu ini dapat diketahui dari beberapa proses motivasi, emosi, persepsi dan proses kognitif yang terjadi pada diri individu secara konsisten dalam berhubungan dengan obyek sikap.

Menurut Allport (1945) dalam Notoatmojo (2010) sikap terdiri dari tiga komponen pokok, yaitu :

- 1) Kepercayaan atau keyakinan ide, dan konsep terhadap objek.
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi individu terhadap objek, yaitu bagaimana penilaian individu terhadap suatu objek.
- 3) Kecenderungan untuk bertindak artinya bahwa merupakan komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka

b. Komponen Sikap

Struktur terdiri atas 3 komponen yang saling menunjang (Azwar., 2000 : 23,) antara lain:

1. Komponen kognitif merupakan representasi apa yang dipercayai oleh individu pemilik sikap, komponen kognitif berisi kepercayaan

stereotipe yang dimiliki individu mengenai sesuatu dapat disamakan penanganannya (opini) terutama apabila menyangkut masalah isu atau problem yang kontroversial.

2. Komponen afektif merupakan komponen perasaan yang menyangkut aspek emosional. Aspek emosional inilah yang biasanya berakar paling dalam sebagai komponen sikap dan merupakan aspek yang paling bertahan dalam sebagai komponen sikap dan merupakan aspek yang paling bertahan terhadap pengaruh – pengaruh yang mungkin adalah mengubah sikap seseorang afektif disamakan dengan perasaan yang dimiliki seseorang terhadap sesuatu.
3. Komponen konatif merupakan aspek kecenderungan berperilaku tertentu sesuai dengan sikap yang dimiliki seseorang. Dan berisi tendensi atau kecenderungan untuk bertindak / bereaksi terhadap sesuatu dengan cara – cara tertentu. Dan berkaitan dengan objek yang dihadapinya adalah logis untuk mengharapkan bahwa sikap seseorang adalah dicerminkan dalam bentuk tendensi perilaku.

c. Tingkatan Sikap

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan yakni (Notoatmojo, 1996:132) antara lain :

1. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subyek) dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).

2. Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi sikap karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan. Lepas pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti orang menerima ide tersebut.

3. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga, misalnya seorang mengajak ibu yang lain (tetangga, saudaranya, dan lain-lain) untuk menimbang anaknya ke posyandu atau mendiskusikan tentang gizi adalah suatu bukti bahwa si ibu telah mempunyai sikap positif terhadap gizi anak.

4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah mempunyai sikap yang paling tinggi. Misalnya seorang ibu mau menjadi asektor KB, meskipun mendapatkan tantangan dari mertua atau orang tuanya sendiri.

d. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI SIKAP

Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap menurut Azwar (2009) adalah:

1. Pengalaman pribadi

Sesuatu yang telah dan sedang kita alami akan ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan kita terhadap stimulus sosial. Tanggapan akan menjadi salah satu dasar terbentuknya sikap. Untuk dapat mempunyai tanggapan dan penghayatan, seseorang harus mempunyai pengalaman yang berkaitan dengan obyek psikologis.

2. Kebudayaan

Kebudayaan di mana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap sikap kita. Apabila kita hidup dalam budaya yang mempunyai norma longgar bagi pergaulan heteroseksual. Apabila kita hidup dalam budaya sosial yang sangat mengutamakan kehidupan berkelompok, maka sangat mungkin kita akan mempunyai sikap negatife terhadap kehidupan individualisme yang mengutamakan kepentingan perorangan.

3. Orang yang dianggap penting

Orang lain di sekitar kita merupakan salah satu diantara komponen sosial yang ikut mempengaruhi sikap kita. Seseorang yang kita anggap penting, seseorang yang kita harapkan persetujuannya bagi setiap gerak, tingkah dan pendapat kita, seseorang yang tidak ingin kita kecewakan atau seseorang yang berarti khusus bagi kita, akan banyak

mempengaruhi pembentukan sikap kita terhadap sesuatu. Di antara orang yang biasanya dianggap penting bagi individu adalah orang tua, orang yang status sosialnya lebih tinggi, teman sebaya, teman dekat, guru, teman kerja, istri dan lain – lain.

4. Media masa

Media masa sebagai sarana komunikasi. Berbagai bentuk media masa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, dan lain-lain, mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan orang. Penyampaian informasi sebagai tugas pokoknya. Media masa pula membawa pesan– pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut.

5. Institusi/lembaga pendidikan dan lembaga agama

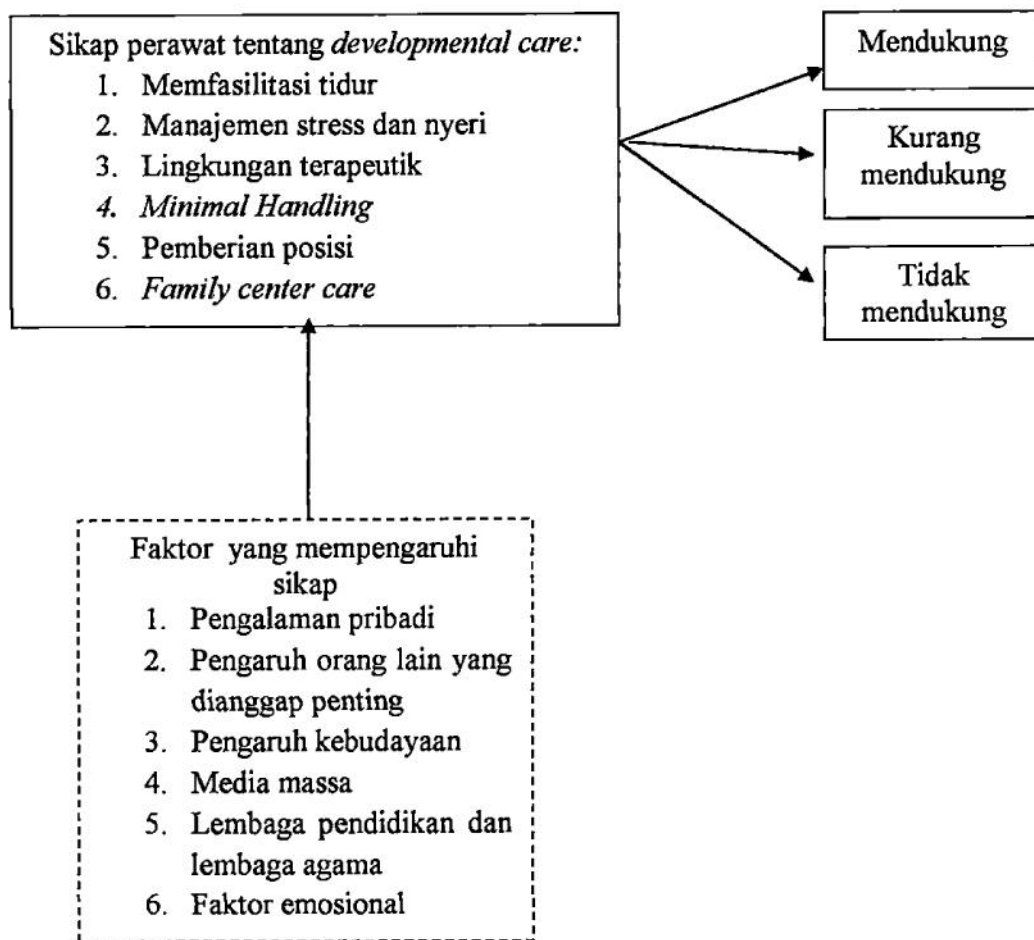
Lembaga pendidikan serta lembaga agama sebagai suatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap karena keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Pemahaman akan baik dan buruk, garis pemisah antara sesuatu yang boleh dan tidak boleh dilakukan diperoleh dari pendidikan dan dari pusat keagamaan serta ajaran- ajarannya.

6. Faktor emosi dari dalam individu

Bentuk sikap tidak semuanya ditentukan oleh situasi lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang. Kadang – kadang, suatu bentuk sikap

merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego. Sikap demikian dapat merupakan sikap sementara dan segera berlalu begitu frustrasi telah hilang akan tetapi dapat pula merupakan sikap yang presisten dan dapat bertahan lama.

B. Kerangka Konsep



Keterangan:

- : variabel yang diteliti
 : variabel yang tidak diteliti

Gambar 1.1 Kerangka Penelitian