

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Pendidikan Kesehatan

a. Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pengertian pendidikan kesehatan identik dengan penyuluhan kesehatan karena keduanya berorientasi kepada perubahan perilaku yang diharapkan yaitu perilaku sehat, sehingga mempunyai kemampuan mengenal masalah kesehatan dirinya, keluarga dan kelompoknya dalam peningkatan kesehatan (Efendy, 1998).

Menurut beberapa ahli, dikemukakan definisi tentang pendidikan kesehatan yaitu Pendidikan kesehatan adalah kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu dan mengerti tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan (Supratiknya, 1999).

b. Tujuan Pendidikan Kesehatan

- 1) Tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat, serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal (Efendy, 1998).

- 2) Perubahan perilaku yang terjadi yaitu perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan kearah lebih baik (Supratiknya, 1999).
- 3) Timbulnya kecemasan terjadi karena adanya persepsi terhadap gangguan kesehatan, setiap gangguan kesehatan yang terjadi akan menimbulkan kecemasan baik bagi yang bersangkutan maupun anggota keluarga yang lainnya. bahkan gangguan tersebut dikaitkan dengan ancaman kematian dari anggota keluarga tersebut (Notoatmojo, 2003).
- 4) Pemberian pengetahuan pada orang yang bersangkutan berhubungan dengan masalah kesehatan khususnya mengenai gangguan yang dialami akan meniadakan kecemasan. Tindakan manipulatif ini dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk mengatasi gangguan kecemasan tersebut (Notoatmojo, 2003).

c. Sasaran Pendidikan Kesehatan

Sasaran pendidikan kesehatan mencakup individu, keluarga, kelompok dan masyarakat (Efendy, 1998).

d. Tempat Penyelenggaraan

Penyelenggaraan penyuluhan kesehatan dapat dilakukan diberbagai tempat diantaranya adalah :

- 1) Di instansi pelayanan

Dapat dilakukan di RS, Puskesmas, Rumah Sakit Klinik, yang dapat langsung diberikan kepada individu, keluarga mengenai penyakit, perawatan, pencegahan penyakit dan

sebagainya. Tetapi dapat juga diberikan secara tidak langsung misalnya melalui poster, gambar-gambar, pamflet dan sebagainya.

2) Di masyarakat

Penyuluhan kesehatan di masyarakat dapat dilakukan melalui pendekatan edukatif terhadap keluarga dan masyarakat binaan secara menyeluruh dan terorganisir sesuai dengan masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi oleh masyarakat.

e. Materi / Pesan

Materi atau pesan yang akan disampaikan kepada masyarakat hendaknya disesuaikan dengan kebutuhan kesehatan dan keperawatan dari individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, sehingga materi yang disampaikan dapat dirasakan langsung manfaatnya. Materi yang disampaikan sebaiknya :

- 1) Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti masyarakat dalam bahasa kesehariannya
- 2) Materi yang disampaikan tidak terlalu sulit untuk dimengerti sasaran.
- 3) Dalam menyampaikan materi sebaiknya menggunakan alat peraga untuk mempermudah pemahaman dan untuk menarik perhatian sasaran

- 4) Materi atau pesan yang disampaikan merupakan kebutuhan sasaran dalam masalah kesehatan dan keperawatan yang mereka hadapi.

f. Metode

Metode dalam penyuluhan kesehatan dibagi 2 :

1) Metode didaktif

Pada metode didaktif yang aktif adalah orang yang melakukan penyuluhan kesehatan, sedangkan sasaran bersifat pasif dan tidak diberi kesempatan untuk ikut serta mengemukakan pendapatnya atau mengajukan pertanyaan-pertanyaan apapun. Proses bersifat satu arah (*one way method*) yang termasuk dalam metode ini adalah :

- a) Secara langsung melalui ceramah.
- b) Secara tidak langsung
 - (1) Poster
 - (2) Media cetak
 - (3) Media elektronik

2) Metode Sokratik

Pada metode ini sasaran diberikan kesempatan mengemukakan pendapat, sehingga mereka ikut aktif dalam proses belajar mengajar, dengan demikian terbinalah komunikasi dua arah antara yang menyampaikan pesan di satu

pihak yang menerima pesan di lain pihak (*two way method*).

Yang termasuk dalam metode ini adalah :

a) Langsung

- (1) Diskusi
- (2) Curah pendapat
- (3) Demonstrasi
- (4) Simulasi
- (5) Role playing
- (6) Seminar
- (7) Studi kasus
- (8) Simposium, dll

b) Tidak langsung

- (1) Penyuluhan kesehatan melalui telepon
- (2) Satelit komunikasi

Salah satu cara terbaik untuk memastikan bahwa pesan atau materi yang kita sampaikan benar-benar diterima secara tepat adalah dengan mendapatkan umpan balik tentang akibat atau pengaruh yang ditimbulkan oleh pesan atau materi tersebut

Umpan balik adalah proses yang memungkinkan seorang penyampai pesan mengetahui bagaimana pesan ditangkap oleh penerima dengan baik. Metode penyampaian pesan yang baik yaitu menggunakan metode komunikasi dua arah yang berlangsung apabila penyampai pesan leluasa mendapatkan

umpan balik dari penerima pesan. Komunikasi dua arah yang terbuka akan memudahkan terjadinya saling pemahaman dalam komunikasi dan selanjutnya sangat menolong mengembangkan suatu hubungan yang memuaskan kedua belah pihak (Supratiknya, 1999).

Contoh pelaksanaan metode dua arah adalah diskusi. diskusi adalah pembicaraan yang telah direncanakan dan telah di persiapkan tentang topik pembicaraan. Keuntungan dari diskusi adalah :

- a) Saling memberikan pendapat umpan balik antara penyampai pesan dengan penerima pesan
- b) Dapat membuka topik yang dibicarakan lebih menarik
- c) Dapat mengenal masalah dan mengolah masalah yang terkandung dalam topik

Sedangkan kerugian dari diskusi adalah :

- a) Tidak dapat dipakai dalam kelompok besar
- b) Diskusi dapat menyimpang dari alur topik yang di bicarakan (pertanyaan tidak sesuai topik)

Dengan cara ini kontak antar klien dengan petugas lebih intensif , setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat digali dan di bantu penyelesaiannya, pada akhirnya klien dengan sukarela dan berdasarkan kesadaran akan menerima dan mengubah perilaku tersebut (Notoatmojo, 2003).

Dalam penelitian ini, dengan memberikan pendidikan kesehatan pada orang tua bayi BBLR yang menjalani perawatan di ruang NICU diharapkan dapat mengubah pengetahuan orang tua, sehingga dapat menurunkan kecemasan, mengerti atau memahami serta mampu mengontrolnya. Informasi yang cukup akan meminimalkan ketergantungan orang tua dan menggali kemampuannya karena persepsi orang tua terhadap penyakit anaknya. Faktor inilah yang mendasari bagi orang tua dalam berpartisipasi penuh untuk menentukan serta membuat keputusan terhadap perawatan bayi terutama mengenai tindakan medis. Salah satu jembatan penghubung antara perawat dan pasien / keluarga pasien dalam penyampaian informasi adalah melalui komunikasi terapeutik.

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien (Indrawati, 2003). Komunikasi terapeutik termasuk komunikasi interpersonal dengan titik tolak saling memberikan pengertian antar perawat dengan pasien. Persoalan mendasar dan komunikasi ini adalah adanya saling membutuhkan antara perawat dan pasien, sehingga dapat dikategorikan ke dalam komunikasi pribadi di antara perawat dan pasien, perawat membantu dan pasien menerima bantuan (Indrawati, 2003).

Komunikasi terapeutik bukan pekerjaan yang bisa dikesampingkan, namun harus direncanakan, disengaja, dan merupakan tindakan profesional. Akan tetapi, jangan sampai karena terlalu asyik bekerja, kemudian melupakan pasien sebagai manusia dengan beragam latar belakang dan masalahnya (Arwani, 2003). Komunikasi menjadi penting karena dapat menjadi sarana membina yang baik antara pasien dengan tenaga kesehatan, dapat melihat perubahan perilaku pasien, sebagai kunci keberhasilan tindakan kesehatan, sebagai tolak ukur kepuasan pasien dan keluhan tindakan dan rehabilitasi (Mustikasari, 2006).

Pasal 52 dan 53, UU No 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran menyebutkan salah satu hak pasien adalah mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis. Penjelasan tersebut antara lain tata cara tindakan, tujuan tindakan, alternatif tindakan, resiko dan komplikasi, menolak tindakan, dan mendapatkan isi rekam medis (Depkes R.I., 2004).

Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui melalui mata dan telinga, yakni melalui proses melihat dan mendengar, selain itu juga melalui pengalaman dan proses belajar dalam pendidikan formal maupun non formal. Pengetahuan atau kognitif tindakan seseorang mencakup ingatan mengenai hal-hal yang pernah dipelajari dan disimpan dalam ingatan dan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang.

Pengetahuan seseorang erat kaitannya dengan perilaku yang akan diambilnya, karena dengan pengetahuan tersebut ia memiliki alasan dan landasan untuk menentukan suatu pilihan. Pengetahuan diperoleh dari pengalaman dan berbagai macam sumber, misalnya media massa, media elektronik, guru petunjuk, petugas kesehatan, media poster, kerabat dekat, dan lain sebagainya (Notoadmodjo, 2003).

2. Teori Kecemasan

a. Pengertian

Cemas dalam istilah medisnya sering disebut dengan ansietas. Ansietas dapat diartikan sebagai suatu respon perasaan yang tidak berdaya dan tidak terkendali. Ansietas adalah respon terhadap ancaman yang sumbernya tidak diketahui, internal, dan samar – samar. Ansietas berbeda dengan rasa takut yang merupakan respon dari suatu ancaman yang asalnya diketahui, eksternal, jelas, atau bukan bersifat konflik (Murwani, 2008).

Kecemasan merupakan respon individu terhadap suatu keadaan yang tidak menyenangkan dan dialami oleh semua makhluk hidup dalam kehidupan sehari – hari. Kecemasan merupakan pengalaman subyektif dari individu dan tidak dapat diobservasi secara langsung serta merupakan suatu keadaan emosi tanpa objek yang spesifik. Kecemasan pada individu dapat memberikan motivasi untuk

mencapai sesuatu dan merupakan sumber penting dalam usaha memelihara keseimbangan hidup (Suliswati, 2005)

Kecemasan berbeda dengan rasa takut, karakteristik rasa takut adalah adanya objek/ sumber yang spesifik dan dapat diidentifikasi serta dapat dijelaskan oleh individu. Rasa takut terbentuk dari proses kognitif yang melibatkan penilaian intelektual terhadap stimulus yang mengancam. Ketakutan disebabkan oleh hal yang bersifat fisik dan psikologis ketika individu dapat mengidentifikasi dan menggambarkannya (Suliswati, 2005).

Perasaan cemas atau sedih yang berlangsung sesaat adalah normal dan hampir semua orang pernah mengalaminya. Cemas pada umumnya terjadi sebagai reaksi sementara terhadap stres kehidupan sehari – hari. Bila cemas menjadi begitu besar atau sering dan individu tidak mampu mengendalikan atau meramalkan situasi dan lingkungannya seperti yang disebabkan oleh tekanan ekonomi yang berkepanjangan, penyakit kronik dan serius atau permasalahan keluarga maka akan berlangsung lama. Kecemasan yang berkepanjangan ini sering menjadi patologis.

b. Teori psikologis penyebab kecemasan

Tiga bidang utama teori psikologis yaitu psikoanalitik, perilaku dan eksistensial telah menyumbang teori tentang penyebab kecemasan. Teori-teori penyebab kecemasan menurut Murwani (2008) adalah :

1) Teori psikoanalitik

Di dalam teori psikoanalitik, kecemasan dibagi ke dalam empat kategori utama, tergantung pada sifat akibat yang ditakutinya : kecemasan *id* atau simpuls, kecemasan perpisahan, kecemasan kastrasi, dan kecemasan superego.

2) Teori interpersonal

Menurut pandangan interpersonal ansietas timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Ansietas juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kelemahan spesifik. Orang dengan harga diri rendah trauma mudah mengalami ansietas yang berat.

3) Teori perilaku

Teori perilaku atau belajar tentang kecemasan telah menghasilkan suatu pengobatan yang paling efektif untuk gangguan kecemasan. Teori perilaku menyatakan bahwa kecemasan adalah suatu respon yang dibiasakan terhadap stimuli lingkungan yang spesifik. Di dalam model pembiasaan klasik, seseorang yang tidak memiliki alergi makanan dapat menjadi sakit setelah makan kerang yang terkontaminasi di sebuah rumah makan. Teori perilaku telah menunjukkan meningkatnya perhatian dalam pendekatan kognitif untuk memahami dan mengobati gangguan kecemasan.

4) Teori eksistensial

Teori eksistensial tentang kecemasan memberikan model untuk gangguan kecemasan umum, dimana tidak ada stimulus yang dapat diidentifikasi secara spesifik untuk suatu perasaan kecemasan yang kronik. Konsep inti dari teori ini adalah bahwa seseorang menjadi menyadari adanya kehampaan yang menonjol dalam dirinya, perasaan yang mungkin lebih mengganggu daripada penerimaan kematian mereka yang tidak dapat dihindari.

c. Respon kecemasan

Keluhan-keluhan yang sering dikemukakan oleh orang yang mengalami gangguan kecemasan antara lain (Hawari, 2006):

- 1) Cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung.
- 2) Merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut.
- 3) Takut sendirian, takut pada keramaian, dan banyak orang.
- 4) Gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan.
- 5) Gangguan konsentrasi dan daya ingat.
- 6) Keluhan-keluhan somatik, misalnya rasa sakit pada otot dan tulang, pendengaran berdenging (tinitus), berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, gangguan perkemihan, sakit kepala dan lain sebagainya.

Kapasitas untuk menjadi cemas diperlukan untuk bertahan hidup, tetapi tingkat ansietasnya yang parah tidak berjalan sejalan dengan kehidupannya. Adapun tingkatan-tingkatan ansietas menurut Murwani (2008) adalah :

1) Ansietas ringan

Adalah berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Ansietas dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas. Contoh perilaku yang mencerminkan ansietas ringan adalah :

- a) Seseorang yang mengalami ujian akhir
- b) Pasangan dewasa yang akan memasuki jenjang pernikahan
- c) Individu yang akan melanjutkan kejenjang yang lebih tinggi
- d) Individu yang tiba – tiba dikejar anjing menggonggong.

2) Ansietas sedang

Memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Contoh perilaku yang mencerminkan ansietas sedang adalah :

- a) Pasangan suami istri yang menghadapi kelahiran bayi pertama dengan resiko tinggi.
- b) Individu yang mengalami konflik dalam pekerjaan.

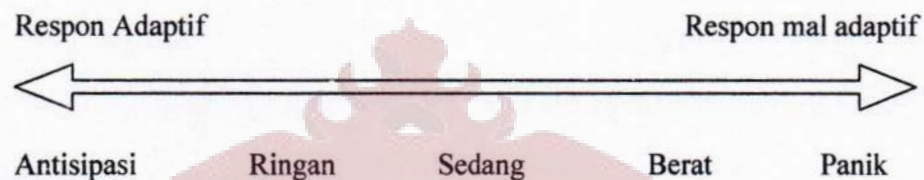
3) Ansietas berat

Sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terlihat dan spesifik dan tidak dapat berfikir tentang hal ini. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain. Contoh perilaku yang mencerminkan ansietas berat adalah :

- a) Individu yang mengalami kehilangan harta benda dan orang yang dicintai karena bencana alam
 - b) Individu dalam penyanderaan
- ### 4) Panik

Berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan teror. Rincian terpecah dari proporsinya. Karena mengalami kehilangan kendali, orang yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik melibatkan disorganisasi kepribadian. Dengan panik, terjadi peningkatan aktifitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsinya yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat ansietas ini tidak sejalan dengan kehidupan, dan jika berlangsung terus

dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan yang sangat, bahkan kematian.



Gambar 1. Rentang Respon Kecemasan (Suliswati, 2005).

d. Fungsi adaptif dari kecemasan

Pada tingkat yang lebih rendah kecemasan memperingatkan ancaman cedera pada tubuh, rasa takut, keputusasaan, kemungkinan hukuman, trauma, frustrasi dari kebutuhan sosial atau tubuh, perpisahan dari orang yang dicintai, gangguan pada keberhasilan atau status seseorang, dan akhirnya ancaman pada kesatuan atau keutuhan seseorang. Kecemasan segera mengarahkan seseorang untuk mengambil langkah yang diperlukan untuk mencegah ancaman atau meringankan akibatnya. Contoh menangkis ancaman di dalam kehidupan sehari-hari adalah belajar giat untuk mempersiapkan diri menghadapi ujian.

Jadi, kecemasan mencegah kerusakan dengan cara menyadarkan seseorang untuk melakukan tindakan tertentu yang mencegah bahaya.

e. Gejala psikologis dan kognitif

Pengalaman ansietas memiliki dua komponen : (1) kesadaran adanya sensasi fisiologis (seperti berdebar-debar dan berkeringat), dan (2) kesadaran sedang gugup atau ketakutan.

Disamping efek motorik dan visceral, kecemasan mempengaruhi proses berfikir, persepsi dan belajar. Kecemasan cenderung menghasilkan kebingungan dan distorsi persepsi, tidak hanya pada ruang dan waktu tetapi pada orang dan arti peristiwa. Distorsi tersebut dapat mengganggu belajar dengan menurunkan kemampuan, memuaskan perhatian, menurunkan daya ingat, dan mengganggu kemampuan untuk menghubungkan satu hal dengan hal lain yaitu untuk membuat asosiasi.

Orang yang kecemasan cenderung memilih benda tertentu di dalam lingkungannya dan tidak melihat yang lainnya untuk membuktikan bahwa mereka benar-benar dalam memperhatikan situasi yang dapat menakutkan dan berespon dengan tepat (Murwani, 2008).

f. Implikasi Keperawatan

1) Pengkajian

Pengkajian ditujukan pada fungsi psikologis dan perubahan perilaku melalui gejala atau mekanisme koping, sebagai pertahanan terhadap kecemasan. Terdapat dua tipe respon otonom tubuh terhadap kecemasan, yaitu respon

parasimpatis yang bertentangan dengan respon tubuh dan respon simpatis yang mengaktifkan respon tubuh. Respon simpatis lebih menonjol untuk mengaplikasikan tubuh mengatasi situasi *emergency* melalui reaksi *fight* atau *flight* (Susilawati, 2005).

2) Stressor Predisposisi

Stressor predisposisi adalah semua ketegangan dalam kehidupan yang dapat menyebabkan timbulnya kecemasan (Suliswati, 2005). Ketegangan dalam kehidupan tersebut dapat berupa peristiwa traumatik, konflik emosional, gangguan konsep diri, frustrasi, gangguan fisik, pola mekanisme koping keluarga, riwayat gangguan kecemasan dalam keluarga, serta proses medikamentosa yang dapat memicu terjadinya kecemasan.

3) Stressor Presipitasi

Stressor presipitasi adalah semua ketegangan dalam kehidupan yang dapat mencetuskan kecemasan. Stressor presipitasi dikelompokkan menjadi dua macam, yaitu ancaman terhadap integritas fisik dan ancaman terhadap harga diri. Kecemasan perlu dikaji sebelum dilakukan tindakan operasi karena manifestasi klinis dari respon fisiologis cemas menyebabkan tidak normalnya fungsi fisiologis organ-organ tubuh seperti sistem *cardiovascular*, *respiratory*, *gastrointestinal*, *neuro musculer*, *urogenitalia*, *endokrin*, dan lain-lain (Susilawati, 2005).

4) Perilaku

Secara langsung, kecemasan dapat diekspresikan melalui respon fisiologis dan secara tidak langsung melalui pengembangan mekanisme koping sebagai pertahanan melawan kecemasan (Susilawati, 2005). Respon manusia sebagai ekspresi menghadapi kecemasan dapat berupa respon fisiologis, respon psikologis, respon kognitif, dan respon afektif.

5) Penilaian terhadap Stressor

Pemahaman tentang kecemasan memerlukan integrasi pengetahuan dari berbagai sudut pandang. Diketahui bahwa stressor yang dialami akan menimbulkan kecemasan pada klien sesuai tingkat dan kondisi kecemasan, dipengaruhi oleh banyak faktor yang membutuhkan penanganan multi faktor (Susilawati, 2005).

6) Sumber dan Mekanisme Koping

Individu dapat menanggulangi stress dan kecemasan dengan menggunakan atau mengambil sumber koping dari lingkungan, baik dari sosial, *intrapersonal*, dan *interpersonal*. Sumber koping diantaranya adalah aset ekonomi, kemampuan memecahkan masalah, serta dukungan sosial budaya yang diyakini. Dengan integrasi sumber-sumberkoping tersebut, individu dapat mengadopsi strategi koping yang efektif (Susilawati, 2005). Mekanisme koping yang dapat dilakukan ada

dua jenis, yaitu *task oriented reaction* atau reaksi yang berorientasi pada tugas dan *ego oriented reaction* atau reaksi yang berorientasi pada ego.

7) Mekanisme Koping terhadap Kecemasan

Menurut Suliswati (2005), terdapat beberapa mekanisme koping, meliputi :

- a) Menyerang untuk memuaskan kebutuhannya. Pola konstruktif berupa memecahkan masalah secara efektif, sedangkan pola destruktif berupa perasaan sangat marah dan bermusuhan.
- b) Menarik diri sebagai respon fisik menjauhi sumber stress secara psikologis dengan bersikap apatis atau merasa kalah. Koping ini lebih cenderung bersifat destruktif.
- c) Kompromi sebagai jalan apabila dengan menyerang dan menarik diri tidak berhasil dilakukan dengan cara merubah cara bekerja atau cara penyelesaian, mengganti tujuan atau mengorbankan salah satu kebutuhan pribadi. Koping ini bersifat konstruktif.

Sedangkan menurut Stuart (2007) sifat cemas sedang dan berat menimbulkan dua jenis mekanisme koping yaitu :

- a) Reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu upaya yang disadari dan berorientasi pada tindakan untuk memenuhi secara realistis tuntutan situasi stres. Perilaku menyerang

digunakan untuk mengubah atau mengatasi hambatan pemenuhan kebutuhan. Perilaku menarik diri digunakan baik secara fisik maupun psikologis untuk memindahkan seseorang dari sumber stres. Perilaku kompromi digunakan untuk mengubah cara seseorang mengoperasikan, mengganti tujuan, atau mengorbankan aspek kebutuhan personal seseorang.

- b) Mekanisme pertahanan ego membantu mengatasi kecemasan ringan dan sedang tetapi jika berlangsung pada tingkat tidak sadar dan melibatkan penipuan diri dan distorsi realitas, maka mekanisme ini dapat merupakan respon maladaptif terhadap stres.

g. Pengukuran Kecemasan

Ada beberapa skala atau cara pengukuran untuk mengetahui tingkat kecemasan, salah satunya adalah dengan *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*. Cara pengukuran ini bersifat subyektif dan merupakan ukuran kasar, tetapi bermanfaat pada pemeriksaan keadaan cemas pada penderita dengan kecerdasan cukup dan kooperatif. *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)* mencakup 14 gejala psikis kecemasan, yaitu perasaan cemas, ketegangan, ketakutan, gangguan tidur, gangguan kecerdasan, perasaan depresi, gejala somatik (otot – otot), gejala sensorik, gejala kardiovaskuler, gejala pernafasan, gejala gastrointestinal, gejala urogenitalia, gejala

vegetatif / otonom, dan tingkah laku (sikap) pada saat wawancara (Hawari, 2006).

3. Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

a. Definisi Bayi BBLR

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa gestasi. Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam 1 (satu) jam setelah lahir (IDAI, 2004).

b. Klasifikasi Bayi Baru Lahir (BBL)

Klasifikasi bayi baru lahir berdasarkan (Surasmi, 2003) :

- 1) Berat badan
 - a) Bayi berat badan lahir amat sangat rendah, yaitu bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 1000 gram.
 - b) Bayi berat badan lahir sangat rendah adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 1500 gram.
 - c) Bayi berat badan lahir cukup rendah adalah bayi yang baru lahir dengan berat badan 1501-2500 gram.
- 2) Umur kehamilan atau masa gestasi
 - a) *Preterm infant* atau bayi prematur adalah bayi yang lahir pada umur kehamilan tidak mencapai 37 minggu.
 - b) *Term infant* atau bayi cukup bulan (*mature* atau *aterm*) adalah bayi yang lahir pada umur kehamilan 37-42 minggu.

c) *Postterm infant* atau bayi lebih bulan adalah bayi yang lahir pada umur kehamilan sesudah 42 minggu.

3) Umur kehamilan dan berat badan

a) Bayi kecil untuk masa kehamilan (KMK) atau dalam bahasa Inggris disebut *small-for-gestational-age* (SGA) atau *small-for-date* (SFD), yaitu bayi yang lahir dengan keterlambatan pertumbuhan intrauteri dengan berat badan terletak di bawah persentil ke-10 dalam grafik pertumbuhan intrauterin.

b) Bayi sesuai untuk masa kehamilan (SMK) atau dalam bahasa Inggris disebut *appropriate-for-gestational-age* (AGA), yaitu bayi yang lahir dengan berat badan untuk masa kehamilan yang berat badannya terletak antara persentil ke-10 dan ke-90 dalam grafik pertumbuhan intrauterin.

c) Bayi besar untuk masa kehamilan atau dalam bahasa Inggris disebut *large-for-gestational-age* (LGA), yaitu bayi yang lahir dengan berat badan lebih besar untuk usia kehamilan dengan berat badan terletak di atas persentil ke-90 dalam grafik pertumbuhan intrauterin.

c. Klasifikasi BBLR

Bayi berat badan lahir rendah (BBLR) dapat dikelompokkan menjadi prematuritas murni dan dismaturitas. Prematuritas murni, yaitu bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu dan berat badan bayi sesuai dengan berat badan untuk usia kehamilan (berat

badan terletak antara persentil ke-10 sampai persentil ke-90) pada grafik pertumbuhan intrauterin. Dismaturitas, yaitu bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari berat badan yang seharusnya untuk masa kehamilannya, yaitu berat badan di bawah persentil ke-10 pada kurva pertumbuhan intrauterin (Surasmi, 2003).

- 1) Bayi prematuritas murni (prematum) atau bayi sesuai masa kehamilan (SMK).

Makin rendah masa gestasi dan makin kecil bayi yang dilahirkan makin tinggi morbiditas dan mortalitasnya. Melalui pengelolaan yang optimal dan dengan cara yang kompleks serta menggunakan alat-alat yang canggih, beberapa sangguan yang berhubungan dengan prematuritas dan dapat diobati, sehingga gejala sisa yang mungkin diderita dikemudian hari dapat dicegah atau dikurangi (Surasmi, 2003). Bayi prematuritas murni digolongkan dalam tiga kelompok, yaitu:

- a) Bayi yang sangat prematur (*extremely premature*): 24-30 minggu. Bayi dengan masa gestasi 24-27 minggu masih sangat sukar hidup terutama di negara yang belum atau sedang berkembang. Bayi dengan masa gestasi 28-30 minggu masih mungkin dapat hidup dengan perawatan yang sangat intensif.
- b) Bayi pada derajat prematur yang sedang (*moderately premature*) : 31- 36 minggu. Pada golongan ini kesanggupan

untuk hidup jauh lebih baik dari pada golongan pertama dan gejala sisa yang dihadapinya di kemudian hari juga lebih ringan, asal saja pengelolaan terhadap bayi ini benar-benar intensif.

- c) *Borderline premature*: masa gestasi 37-38 minggu. Bayi ini mempunyai sifat-sifat prematur dan matur. Biasanya beratnya seperti bayi matur dan dikelola seperti bayi matur, akan tetapi sering timbul problematika seperti yang dialami bayi prematur, misalnya sindrom gangguan pernapasan, hiperbilirunemia, daya hisap yang lemah dan sebagainya, sehingga bayi harus diawasi dengan seksama.

Faktor-faktor yang merupakan predisposisi terjadinya kelahiran prematur (Surasmi, 2003), yaitu:

- a) Faktor ibu.
- b) Faktor janin.

Gambaran klinik bayi prematur (Surasmi, 2003), yaitu:

- a) Umur kehamilan sama dengan atau kurang dari 37 minggu.
- b) Berat badan sama dengan atau kurang dari 2500 gram.
- c) Panjang badan sama dengan atau kurang dari 46 cm.
- d) Kuku panjangnya belum melewati ujung jari.
- e) Batas dahi dan rambut kepala tidak jelas.
- f) Lingkar kepala sama dengan atau kurang dari 33 cm.
- g) Lingkar dada sama dengan atau kurang dari 30 cm.

- h) Rambut lanugo masih banyak.
- i) Jaringan lemak subkutan tipis atau kurang.
- j) Tulang rawan daun telinga belum sempurna pertumbuhannya, sehingga seolah-olah tidak teraba tulang rawan daun telinga.
- k) Tumit mengkilap, telapak kaki halus.
- l) Alat kelamin bayi laki-laki pigmentasi dan rugae pada skrotum kurang. Testis belum turun ke dalam skrotum, untuk bayi perempuan klitoris menonjol, labia minora belum tertutup oleh labia mayora.
- m) Tonus otot lemah, sehingga bayi kurang aktif dan pergerakannya lemah.
- n) Fungsi saraf yang belum atau kurang matang, mengakibatkan reflek hisap, menelan dan batuk masih lemah atau tidak efektif dan tangisnya lemah.
- o) Jaringan kelenjar mammae kurang akibat pertumbuhan otot dan jaringan lemak masih kurang.
- p) Verniks kaseosa tidak ada atau sedikit.

Alat tubuh bayi prematur belum berfungsi seperti bayi matur. Maka dengan ini, bayi prematur mengalami banyak kesulitan hidup di luar uterus ibunya. Makin pendek masa kehamilannya makin kurang sempurna pertumbuhan alat-alat dalam tubuhnya, dengan akibat makin mudahnya terjadi komplikasi dan makin tingginya angka kematian (Surasmi, 2003).

Sebagian besar kematian perinatal terjadi pada bayi-bayi bersangkutan dengan kurang sempurnanya alat-alat dalam tubuhnya baik anatomik maupun fisiologik maka mudah timbul beberapa kelainan dan problematika pada bayi prematur seperti berikut ini:

- a) Suhu tubuh yang tidak stabil oleh karena kesulitan mempertahankan suhu tubuh yang disebabkan oleh penguapan yang bertambah akibat kurangnya jaringan lemak di bawah kulit; permukaan tubuh yang relatif lebih luas dibandingkan dengan berat badan, otot yang tidak aktif, produksi panas yang berkurang karena lemak coklat (*brown fat*) yang belum cukup serta pusat pengaturan suhu yang berfungsi sebagaimana mestinya.
- b) Gangguan pernapasan yang sering menimbulkan penyakit berat pada BBLR. Hal ini disebabkan oleh kekurangan surfaktan (rasio *lesitin* atau *sflingomielin* kurang dari 2), pertumbuhan dan pengembangan paru yang belum sempurna, otot pernapasan yang masih lemah dan tulang iga yang mudah melengkung (*pliable thorax*). Penyakit gangguan pernapasan yang sering diderita bayi prematur adalah pernapasan periodik (*periodic breathing*) dan apnea disebabkan oleh pusat pernapasan di medulla belum matur.

- c) Immatur hati memudahkan terjadinya hiperbilirubinemia defisiensi vitamin K.
- d) Ginjal yang immature baik secara anatomis maupun fungsinya. Produksi urin yang sedikit, *urea clearance* yang rendah, tidak sanggup mengurangi kelebihan air tubuh dan elektrolit dari badan dengan akibat mudahnya terjadi edema dan asidosis metabolik.
- e) Perdarahan mudah terjadi karena pembuluh darah yang rapuh (*fragile*), kekurangan faktor pembeku seperti protomin, faktor VII dan faktor *Christmas*.
- f) Gangguan imunologik : daya tahan tubuh terhadap infeksi berkurang karena rendahnya kadar IgG gamma globulin. Bayi prematur relatif belum sanggup membentuk antibodi dan daya fagositosis serta belum sanggup membentuk antibodi dan daya fagositosis serta reaksi terhadap peradangan masih belum baik.
- g) Peradangan intraventrikuler : lebih dari 50% bayi prematur menderita perdarahan intraventrikuler. Hal ini disebabkan oleh karena bayi prematur sering menderita apnea, asfiksia berat dan sindroma gangguan pernapasan. Akibatnya bayi menjadi hipoksia, hipertensi dan hiperkapnea. Keadaan ini menyebabkan aliran darah ke otak akan lebih banyak karena tidak adanya autoregulasi serebral pada bayi prematur,

sehingga mudah terjadi perdarahan dari pembuluh darah kapiler yang

- h) rapuh dan iskemia di lapisan germinal yang terletak di dasar ventrikel lateralis antara nucleus kaudatus dan epindim. Luasnya perdarahan intraventrikuler ini dapat didiagnosis dengan ultrasonografi atau CT Scan.
 - i) Retrolental fibroplasias : dengan menggunakan oksigen dengan konsentrasi tinggi (PaO_2 lebih dari $115 \text{ mmHg} = 15 \text{ kPa}$) maka akan terjadi vasokonstriksi pembuluh darah retina yang diikuti oleh proliferasi kapiler-kapiler baru ke daerah yang iskemia sehingga terjadi perdarahan, fibrosis, distorsi dan parut retina menjadi buta. Untuk menghindari retrolental fibroplasias maka oksigen yang diberikan pada bayi prematur tidak lebih dari 40%. Hal ini dapat dicapai dengan
 - j) memberikan oksigen dengan kecepatan dua liter per menit.
- 2) Bayi dismatur atau bayi kecil untuk masa kehamilan (KMK)

Banyak istilah yang dipergunakan untuk menunjukkan bahwa bayi KMK ini menderita gangguan pertumbuhan di dalam uterus (*intrauterine growth retardation* = IUGR) seperti *pseudopremature*, *small for dates*, *dysmature*, *fetal malnutrition*. Setiap bayi yang berat lahirnya sama dengan atau lebih rendah dari 10th persentil untuk masa kehamilan pada *Denver*

Intrauterine Growth Curve adalah bayi SGA. Kurva ini dapat pula dipakai untuk *Standart Intrauterine Growth Chart of Low Birth Weight Indonesian Infants*. Setiap bayi baru lahir (prematurn, matur dan postmatur) mungkin saja mempunyai berat yang tidak sesuai dengan masa gestasinya (Surasmi, 2003). Gambaran kliniknya tergantung dari pada lamanya, intensitas dan timbulnya gangguan pertumbuhan yang mempengaruhi bayi tersebut. Ada dua bentuk IUGR, yaitu:

- a) *Proportionate* IUGR: janin yang menderita distres yang lama di mana gangguan pertumbuhan terjadi berminggu-minggu sampai berbulan-bulan sebelum bayi lahir sehingga berat, panjang dan lingkaran kepala dalam proporsi yang seimbang akan tetapi keseluruhannya masih di bawah masa gestasi yang sebenarnya. Bayi ini tidak menunjukkan adanya *wasted* oleh karena retardasi pada janin ini sebelum terbentuknya *adipose tissue*.
- b) *Disproportionate* IUGR : terjadi akibat distres subakut. Gangguan terjadi beberapa minggu sampai beberapa hari sebelum janin lahir. Pada keadaan ini panjang dan lingkaran kepala normal akan tetapi berat tidak sesuai dengan masa gestasi. Bayi tampak *wasted* dengan tanda-tanda sedikitnya jaringan lemak di bawah kulit, kulit kering keriput dan mudah diangkat, bayi kelihatan kurus dan lebih panjang.

Pada bayi IUGR perubahan tidak hanya terhadap ukuran panjang, berat dan lingkaran kepala akan tetapi organ-organ di dalam badan juga mengalami perubahan misalnya, berat hati, limpa, kelenjar adrenal dan thymus berkurang dibandingkan bayi prematur dengan berat yang sama. Perkembangan dari otak, ginjal dan paru sesuai dengan masa gestasinya.

Beberapa faktor yang merupakan predisposisi terhadap terjadinya bayi dismatur (Surasmi, 2003), yaitu :

- a) Faktor ibu
- b) Faktor uterus dan plasenta
- c) Faktor janin
- d) Keadaan ekonomi yang rendah
- e) Tidak diketahui

Problematika yang sering terjadi pada bayi dismatur (Surasmi, 2003), yaitu:

- a) Aspirasi mekonium yang sering diikuti pneumotoraks. Ini disebabkan distres yang sering dialami bayi dalam persalinan.

Insiden *idiopathic respiratory distress syndrome* berkurang oleh karena IUGR mempercepat maturnya jaringan paru.

- b) Bayi dismatur (KMK) mempunyai hemoglobin yang tinggi yang mungkin disebabkan oleh hipoksia kronik di dalam uterus.

- c) Hipoglikemia terutama bila pemberian minum terlambat. Agaknya hipoglikemia ini disebabkan oleh berkurangnya cadangan glikogen hati dan meningginya metabolisme bayi.
- d) Keadaan lain yang mungkin terjadi : asfiksia, perdarahan paru yang masif, hipotermia cacat bawaan akibat kelainan kromosom (sindrom Down's Turner dan lain-lain), cacat bawaan oleh karena infeksi intrauterin dan sebagainya.

Stadium pada bayi dismatur (Surasmi, 2003), yaitu:

- a) Stadium pertama : bayi tampak kurus dan relatif lebih panjang.
- b) Stadium kedua : terdapat tanda stadium pertama ditambah warna kehijauan pada kulit plasenta dan umbilikus. Hal ini disebabkan oleh mekonium yang tercampur dalam amnion yang kemudian mengendap ke dalam kulit, umbilikus dan plasenta sebagai akibat anoksia intrauterin.
- c) Stadium ketiga : terdapat tanda stadium kedua ditambah kulit yang berwarna kuning, begitu pula dengan kuku dan tali pusat, ditemukan juga tanda anoksia intrauterin yang lama.

d. Perawatan di Rumah Sakit

Bayi berat badan lahir rendah (BBLR) memerlukan perawatan lebih intensif, karena sebenarnya bayi masih membutuhkan lingkungan yang tidak jauh berbeda dari lingkungannya selama dalam

kandungan. Maka dengan demikian, di rumah sakit bayi dengan BBLR biasanya akan mendapatkan perawatan sebagai berikut:

1) Dimasukkan dalam inkubator

Inkubator berfungsi menjaga suhu bayi supaya tetap stabil. Akibat sistem pengaturan suhu dalam tubuh bayi belum sempurna, maka suhunya bisa naik atau turun secara drastis. Hal ini tentu bisa membahayakan kondisi kesehatannya. Otot-ototnya juga relatif lebih lemah, sementara cadangan lemaknya juga lebih sedikit dibandingkan bayi yang lahir normal.

2) Pencegahan infeksi

Mudahnya bayi BBLR terinfeksi menjadikan hal ini salah satu fokus perawatan selama di RS. Pihak RS akan terus mengontrol dan memastikan jangan sampai terjadi infeksi karena bisa berdampak fatal.

3) Minum cukup

Bagi bayi, susu adalah sumber nutrisi yang utama. Untuk itulah selama dirawat, pihak RS harus memastikan bayi mengkonsumsi susu sesuai kebutuhan tubuhnya. Selama belum bisa mengisap dengan benar, minum susu digunakan menggunakan pipet.

4) Memberikan sentuhan

Selama bayi dibaringkan dalam inkubator bukan berarti hubungan dengan orang tua terputus. Orang tua terutama ibu

sangat disarankan untuk terus memberikan sentuhan pada bayinya. Bayi BBLR yang mendapat sentuhan ibu menurut penelitian menunjukkan kenaikan berat badan yang lebih cepat daripada jika bayi jarang disentuh.

5) Membantu beradaptasi

Bila memang tidak ada komplikasi, perawatan di RS bertujuan membantu bayi beradaptasi dengan lingkungan barunya. Setelah suhunya stabil dan dipastikan tidak ada infeksi, bayi biasanya boleh dibawa pulang. Namun, ada juga sejumlah RS yang menggunakan standar berat badan. Misalnya bayi baru boleh pulang kalau beratnya mencapai 2 kg.

D. NICU

1. Definisi

Ruangan NICU (*Neonatal Intensive Care Unit*) adalah ruang perawatan intensif untuk bayi yang memerlukan pengobatan dan perawatan khusus, guna mencegah dan mengobati terjadinya kegagalan organ-organ vital (RSIA Bunda, 2009).

2. Level Perawatan Bayi Baru Lahir

- a) *Level I* adalah untuk bayi risiko rendah, dengan kata lain bayi normal yang sering digunakan istilah rawat gabung (perawatan bersama ibu). Perawatan *level 1* mencakup bayi lahir sehat yang segera dilakukan

rawat gabung dengan ibunya, sehingga dapat menunjang penggunaan ASI eksklusif (RS Medistra, 2009).

- b) *Level II* adalah untuk bayi risiko tinggi tetapi pengawasan belum perlu intensif. Pada *level* ini bayi diawasi oleh perawat 24 jam, akan tetapi perbandingan perawat dan bayi tidak perlu 1-1 (RS Medistra, 2009). Perawatan *level II* meliputi perawatan bayi bermasalah yang memerlukan perawatan khusus yang terbagi menjadi dalam ruangan infeksi dan non infeksi. Adapun bayi yang dapat dirawat di level ini antara lain bayi dengan hiperbilirubinemia yang memerlukan terapi sinar maupun transfusi tukar; bayi berat badan lahir rendah (BB 1500- kurang dari 2500 gram) atau sangat rendah (BB kurang dari 1500 gram), bayi kurang bulan (umur kehamilan di bawah 34-36 minggu) yang memerlukan perawatan dalam inkubator; bayi yang tidak dapat atau tidak boleh diberikan minum peroral, sehingga harus diberikan infus intravena, bayi yang membutuhkan terapi oksigen, tetapi belum memerlukan alat bantu nafas mekanis, misalnya bayi dengan distres atau gangguan nafas, riwayat lahir tidak langsung menangis; bayi dengan gejala hipoglikemia (kadar gula darah rendah) atau ibu dengan riwayat diabetes melitus; bayi dengan riwayat tindakan persalinan yang menyebabkan trauma bayi lahir, misalnya dengan *forcep* atau *vacum ekstraksi*; bayi sakit tersangka infeksi sedang-berat yang memerlukan pemberian antibiotika secara intravena dan nutrisi intravena (RS Husada Utama, 2009).

- c) *Level III* adalah untuk bayi risiko tinggi dengan pengawasan yang benar-benar ekstra ketat. Satu orang perawat yang bertugas hanya boleh menangani satu pasien selama 24 jam penuh.²² Perawatan *level III* (NICU) meliputi perawatan bayi sakit kritis atau belum stabil yang memerlukan support alat bantu nafas mekanik (*Bubble Nasal CPAP* atau Ventilator mekanik), tindakan operatif maupun pemberian obat-obatan atau tindakan intervensi khusus. Adapun bayi yang harus dirawat di NICU antara lain bayi dengan sindroma gawat nafas derajat 3 dan 4 yang memerlukan *support* alat bantu nafas mekanik (*Bubble Nasal CPAP* atau Ventilator mekanik), Aspirasi air ketuban (*Meconium Aspiration Syndrome*); Bayi berat badan lahir amat atau sangat rendah (kurang dari 1200 gram), atau bayi dengan umur kehamilan kurang dari 34 minggu yang belum mendapatkan obat kematangan paru; Bayi dengan kelainan kongenital yang membutuhkan tindakan operatif, misalnya bayi dengan obstruksi saluran pencernaan, hernia diafragmatika, omfalokel, penyakit jantung bawaan, perforasi usus, atresia ani, dll; serta perawatan bayi pasca operasi besar yang membutuhkan support ventilator mekanik; Bayi yang membutuhkan intervensi invasif, misalnya pemberian surfaktan, transfusi tukar, pemasangan akses umbilikal, pemasangan akses vena dalam dan akses arteri, ventilator mekanik (RS Husada Utama, 2009).

3. Fasilitas Ruang Perawatan Bayi Baru Lahir

- a) *Level I*: ruang perawatan biasa; pasien dirawat di ruang atau kamar biasa dan tidak memerlukan alat atau fasilitas khusus.
- b) *Level II*: ruang perawatan memerlukan monitor dan inkubator.
- c) *Level III*: selain monitor dan inkubator, ruangan juga mesti difasilitasi ventilator. Monitor berfungsi untuk mengontrol detak jantung dan otak. Sedangkan ventilator untuk membantu sistem pernapasan.

4. Lama Perawatan BBLR

Lamanya waktu perawatan pasien bayi dengan BBLR tentu tergantung kasus. Namun biasanya mereka diperbolehkan pulang jika sudah mendekati tanggal kelahiran idealnya. Contoh bayi yang dilahirkan 6 minggu lebih dini dari seharusnya, biasanya mesti menjalani perawatan di rumah sakit kurang lebih 4 minggu, atau lebih cepat dua minggu dari kelahiran idealnya. Pertimbangan lainnya, bayi akan dipulangkan jika kondisi tubuhnya sudah stabil, organ-organ vitalnya sudah berfungsi baik, dan berbagai risiko yang mengancam sudah bisa dihindari. Salah satu indikatornya adalah kemampuan bayi untuk mengisap atau buang air besar dan kecil sudah baik.

5. Perawatan Berorientasi Keluarga

Dewasa ini banyak NICU yang menganjurkan agar para orang tua melibatkan diri dalam melayani kebutuhan harian pada bayi. Staf NICU mengajari para orang tua apa yang dapat mereka lakukan, di mana menyimpan keperluan bayi, serta bagaimana cara memegang, menyentuh

dan merawat bayi. Pelibatan orang tua dalam perawatan bayi berkisar pada penggantian popok sampai pada pemberian susu. Jika perlu, lebih dari satu kali biasanya perawat mengajar orang tua cara mengganti popok bayi yang berada di antara berbagai peralatan yang memonitornya, mencuci mukanya yang kecil dan merawat bayi ketika berada dalam inkubator. Di hari-hari pertama, mungkin orang tua baru diperbolehkan untuk hanya menyentuh bayi, tetapi jika bayi sudah cukup kuat, orang tua dapat merawat bayinya sendiri (Hodson, 1995).

6. Peralatan yang Ada di NICU

Secara singkat beberapa peralatan yang ada di NICU yang biasa digunakan pada bayi-bayi yang dirawat di NICU, hal ini tergantung dari berat ringannya kondisi bayi.

a. *Feeding tube*

Sering bayi di NICU tidak bisa mendapatkan makanan yang mereka butuhkan melalui mulut langsung, sehingga perawat akan memasang selang kecil melalui mulut sampai ke lambung. Sebagai jalan untuk memasukan ASI atau susu formula.

b. *Infant warmers*

Ini adalah tempat tidur dengan penghangat yang ada di atasnya, sehingga bayi dapat terhindar dari hipotermi. Orang tua dapat menyentuh bayi di *warmers*, yang tentunya berbicara dulu kepada perawat.

c. Inkubator

Ini adalah tempat tidur kecil yang tertutup oleh plastik keras yang transparan, suhu di inkubator diatur sesuai dengan kondisi bayi. Terdapat lubang disetiap samping inkubator sebagai jalan untuk perawat dan dokter memeriksa pasien. Orang tua dapat menyentuh bayinya lewat lubang tersebut.

d. Jalur infus

Sebuah kateter kecil yang fleksibel yang dimasukkan kedalam pembuluh darah vena. Hampir semua bayi yang dirawat di NICU diinfus untuk kebutuhan cairan dan obat-obatan, biasanya di lengan atau kaki atau bahkan dapat dibuat *umbilical catheter* (sebuah kateter yang dimasukkan ke umbilical) pada situasi tertentu dibutuhkan *IV line* yang lebih besar untuk memasukan cairan dan obat-obatan, ini dilakukan oleh dokter bedah pediatrik.

e. Monitor

Bayi di NICU tersambungkan ke monitor sehingga staff NICU akan selalu mengetahui tanda-tanda vital mereka. Dalam satu monitor dapat terekam beberapa tanda-tanda vital, antara lain denyut nadi, pernafasan, tekanan darah, suhu dan SpO2 (kandungan oksigen dalam darah).

f. *Blue light therapy*

Terapi cahaya yang digunakan untuk bayi-bayi yang kadar bilirubinnya lebih tinggi dari normal, biasanya digunakan di atas bayi

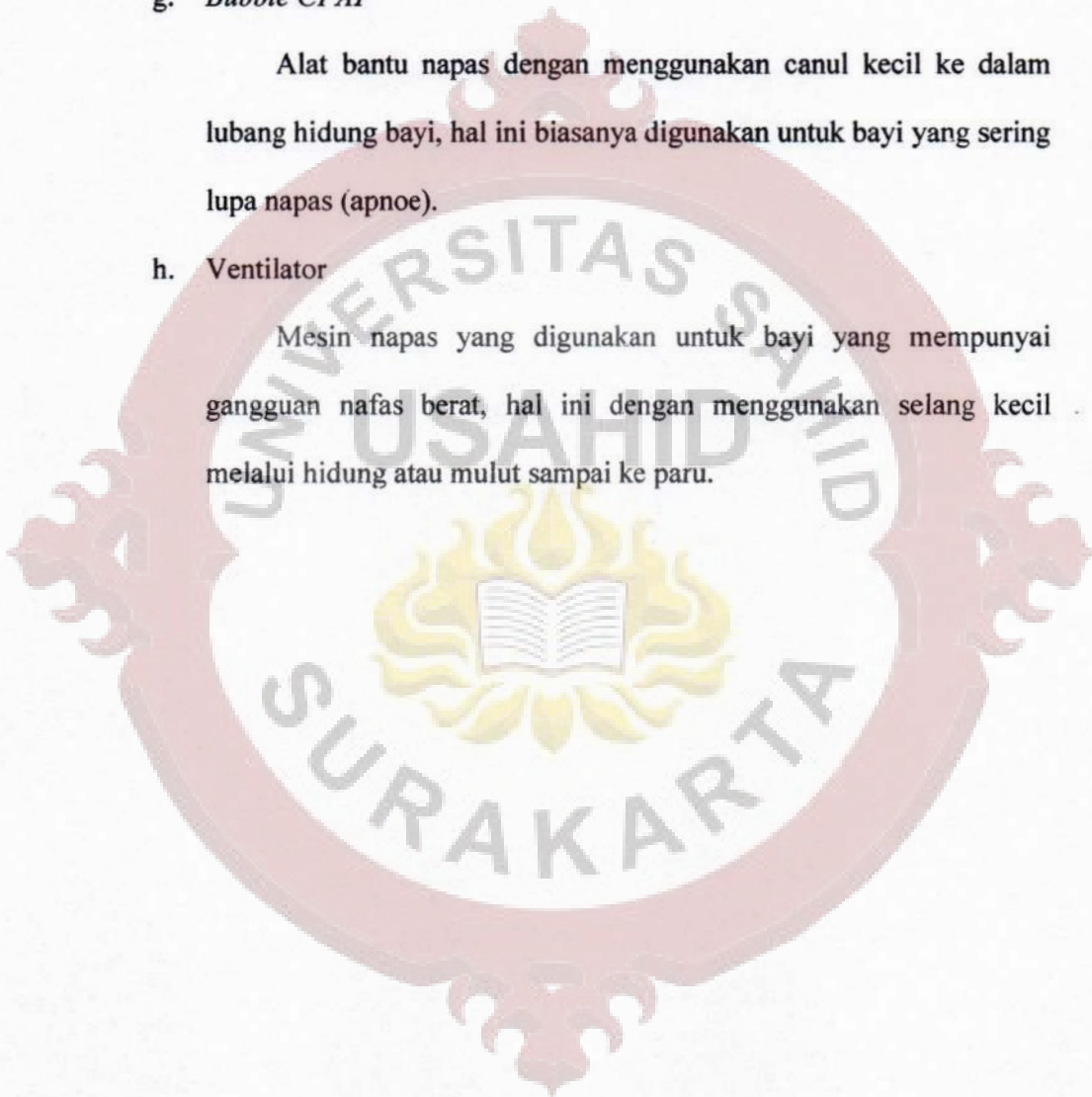
dengan bayi telanjang dan matanya ditutup dengan pelindung mata khusus, lamanya terapi cahaya tergantung dari penurunan kadar bilirubin, biasanya diperiksa ulang setelah 24 jam pemakaian cahaya.

g. *Bubble CPAP*

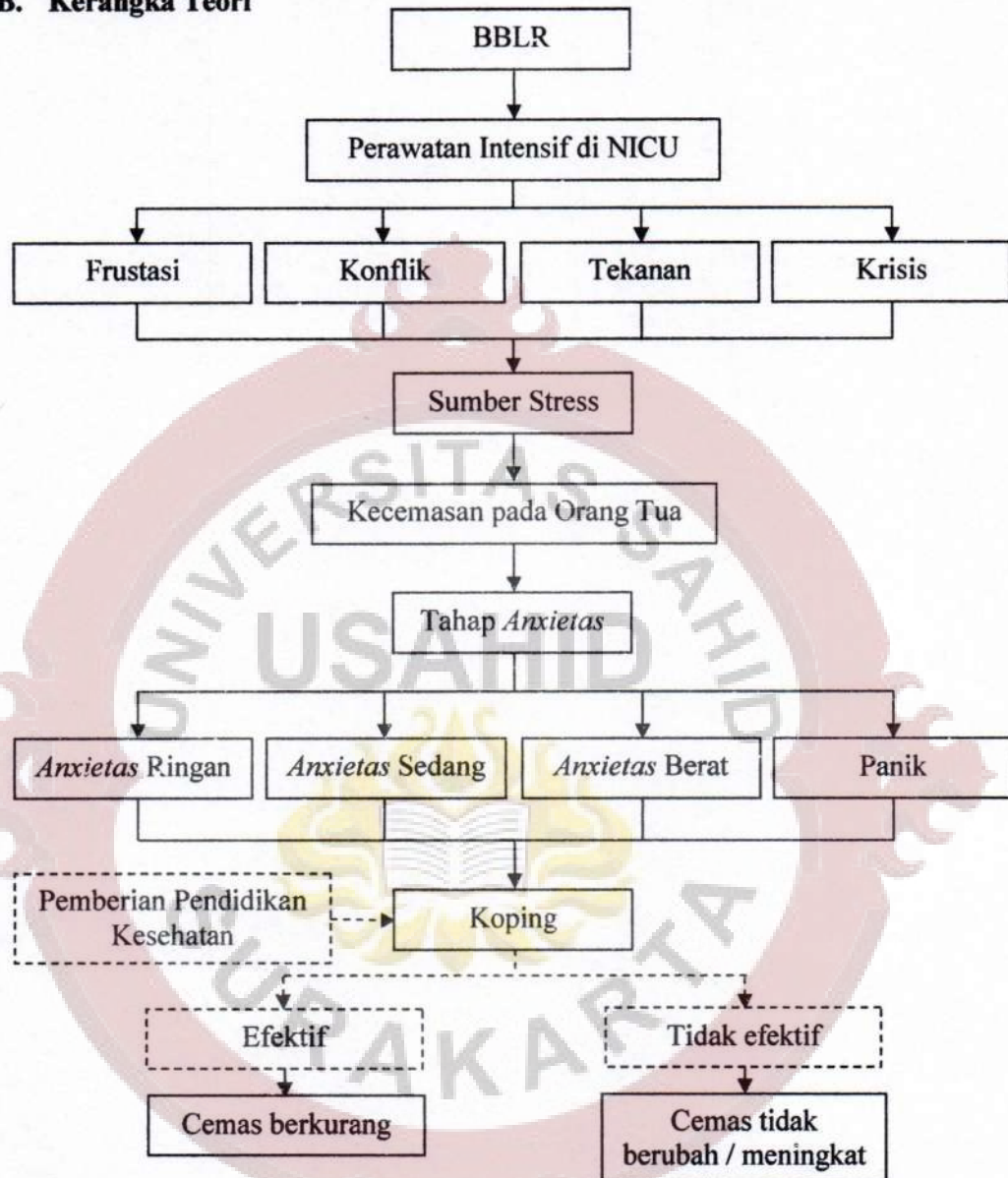
Alat bantu napas dengan menggunakan canul kecil ke dalam lubang hidung bayi, hal ini biasanya digunakan untuk bayi yang sering lupa napas (apnoe).

h. Ventilator

Mesin napas yang digunakan untuk bayi yang mempunyai gangguan nafas berat, hal ini dengan menggunakan selang kecil melalui hidung atau mulut sampai ke paru.



B. Kerangka Teori



Sumber :
Surasmi (2003); Suliswati (2005); Susilawati (2005); Murwani (2008)

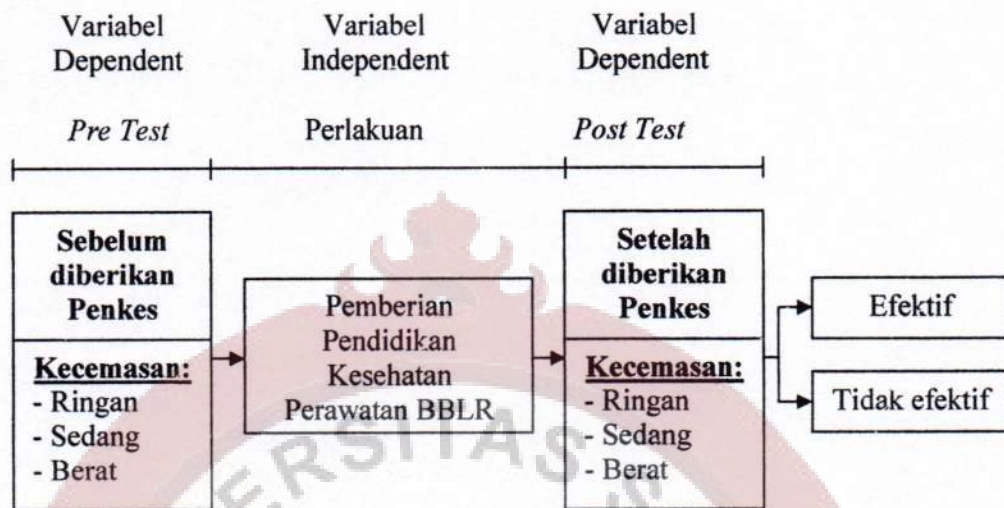
Keterangan :

---> : Diteliti

—> : Tidak Diteliti

Gambar 2. Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep



Gambar 3. Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara terhadap masalah yang masih bersifat praduga karena masih harus dibuktikan kebenarannya (Notoatmodjo, 2010). Hipotesa akhir (H_a) dari penelitian ini adalah “Pendidikan kesehatan efektif terhadap penurunan tingkat kecemasan pada orang tua bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) yang menjalani perawatan di Ruang *Neonatal Intensive Care Unit* (NICU) RSUD Dr. Moewardi.”