



**Monograf**

**Model Pengambilan  
Keputusan**  
Bersama  
Perawatan Bayi Baru Lahir

**Dr. Nikmatur Rohmah**



**MONOGRAF**  
**MODEL PENGAMBILAN KEPUTUSAN**  
**Bersama Perawatan Bayi Baru Lahir**

## UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

### **Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4**

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

### **Pembatasan Pelindungan Pasal 26**

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i. Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv. Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

### **Sanksi Pelanggaran Pasal 113**

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

**MONOGRAF**  
**MODEL PENGAMBILAN KEPUTUSAN**  
**Bersama Perawatan Bayi Baru Lahir**

Dr. NIKMATUR ROHMAH



**MONOGRAF MODEL PENGAMBILAN KEPUTUSAN BERSAMA PERAWATAN  
BAYI BARU LAHIR**

**NIKMATUR ROHMAH**

Desain Cover :  
**Syaiful Anwar**

Sumber :  
unsplash

Tata Letak :  
**Ajuk**

Proofreader :  
**Mira Muarifah**

Ukuran :  
**viii, 62 hlm, Uk: 15.5x23 cm**

ISBN :  
**978-623-02-5675-2**

Cetakan Pertama :  
**Desember 2022**

Hak Cipta 2022, Pada Penulis

---

Isi diluar tanggung jawab percetakan

---

**Copyright © 2022 by Deepublish Publisher**  
All Right Reserved

Hak cipta dilindungi undang-undang.  
Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau  
memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini  
tanpa izin tertulis dari Penerbit.

**PENERBIT DEEPUBLISH**  
**(Grup Penerbitan CV BUDI UTAMA)**

Anggota IKAPI (076/DIY/2012)  
Jl.Rajawali, G. Elang 6, No 3, Drono, Sardonoharjo, Ngaglik, Sleman  
Jl.Kaliurang Km.9,3 – Yogyakarta 55581  
Telp/Faks: (0274) 4533427  
Website: [www.deepublish.co.id](http://www.deepublish.co.id)  
[www.penerbitdeepublish.com](http://www.penerbitdeepublish.com)  
E-mail: [cs@deepublish.co.id](mailto:cs@deepublish.co.id)

## UCAPAN TERIMA KASIH

Alhamdulillah segala puji hanya bagi Allah Swt. semata karena berkat hidayah dan taufik-Nya penyusunan buku ***Monograf Model Pengambilan Keputusan Bersama Perawatan Bayi Baru Lahir*** dapat disusun dengan baik. Buku ini tersusun berkat bimbingan, masukan, dan rekomendasi berbagai pihak. Oleh karena itu ucapan terima kasih kami haturkan kepada:

1. Bapak Dr. Hanafi, M.Pd.
2. Bapak Dr. Bagus Riyantyarna, M.Kom.
3. Tim peneliti Ibu Ns. Resti Utami, M.Kep. dan Ibu Ns. Siti Kholifah, M.Kep. beserta enumerator yang telah meluangkan waktu mengumpulkan data penelitian.
4. Responden dan keluarga yang telah menyediakan waktu terlibat dalam penelitian dan memberikan informasi yang sangat berarti.
5. Prof. Dr. KH. Nasaruddin Umar; KH. Muhammad Bakhiet; KH. Bahaudin Nursalim; Ustadz Abdul Shomad LC., M.A.; Ustadz Dr. Khalid Basalamah, M.A.; pengisi materi keseimbangan alam pikir dan zikir.
6. Sejawat dosen dan mahasiswa.
7. Keluargaku sebagai penyejuk hati dan penenang pikiran.
8. Seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah banyak membantu kelancaran penulisan buku monograf ini.

Semoga bantuan dari Bapak Ibu sekalian menjadi amal ibadah yang diterima dan mendapatkan balasan yang lebih sempurna dan utama dari Allah Swt. *Aamiin*.

## PRAKATA

Bayi baru lahir membutuhkan perawatan yang cermat dan teliti. Perawatan bayi baru lahir bertujuan membantu proses adaptasi bayi dari lingkungan intra-uterine ke lingkungan ekstra-uterine dan proses adaptasi dari kondisi dependen ke kondisi independen. Perawatan bayi yang lahir di rumah sakit membutuhkan bantuan proses adaptasi yang lebih spesifik, karena Sebagian bayi yang dirawat di rumah sakit membutuhkan tindakan medis dalam proses adaptasi tersebut. Masalah yang dapat terjadi pada bayi baru lahir yang dirawat di rumah sakit adalah terhambatnya proses adaptasi dalam memenuhi ASI dan pembentukan *bonding attachment*. Masalah ini dapat terjadi karena proses pengambilan keputusan orang tua yang tidak efektif. Keterlibatan orang tua dalam perawatan bayi selama dirawat sangat dibutuhkan, terutama dalam memberikan ASI dan stimulasi perkembangan serta pembentukan ikatan antara orang tua dengan bayi. Tujuan penulisan buku monograf ini adalah untuk memberikan informasi tentang pengambilan keputusan bersama perawat dan orang tua dalam merawat bayi baru lahir di rumah sakit.

Sasaran dari buku ini adalah para peneliti, mahasiswa keperawatan dan kebidanan. Selain itu, perawat yang bertugas di rumah sakit dan puskesmas serta pekerja sosial yang berinteraksi dengan pelayanan keluarga yang memiliki bayi baru lahir.

Buku ini terdiri dari lima bab. Bab satu epilog, bab dua ide dasar pengembangan model, bab tiga metode pengembangan model, bab empat deskripsi hasil pengembangan model, dan bab lima epilog yang berisi konklusi dan rekomendasi.

Keunggulan buku ini adalah dapat digunakan sebagai *state of art* dalam melakukan penelitian kesehatan dan keperawatan anak. Desain pengembangan model dan rancang bangun dapat dikembangkan sesuai dengan tujuan kajian berikutnya. Tentu saja buku monograf ini disajikan dengan cara yang mudah dibaca tanpa harus menghilangkan unsur-unsur pokok dalam metode ilmiah menemukan fakta dan fenomena baru.

Kami mengupayakan untuk menyusun buku monograf ini mudah dibaca dan dimengerti. Namun, kami menyadari bahwa tentu masih ada kekurangan, oleh karena itu kami berharap saran dan sumbangan pemikiran yang konstruktif. Semoga bermanfaat. *Aamiin*.

Jember, 23 Juli 2022  
Penyusun

## DAFTAR ISI

UCAPAN TERIMA KASIH .....	v
PRAKATA .....	vi
I. Prolog.....	1
A. Ide Dasar Pengembangan Model .....	1
B. Titik Intensi .....	3
II. Konsep Pengambilan Keputusan Bersama pada Perawatan	4
A. Perawatan Bayi Baru Lahir.....	4
B. Pengambilan Keputusan Bersama.....	5
C. Model Pengambilan Keputusan Bersama dalam Keperawatan.....	21
III. Skema Penindaklanjutan Pengembangan Model.....	26
IV. Paparan Komprehensif Pengembangan Model.....	30
A. Hasil Pengembangan Model.....	30
B. Ulas Tuntas Pengembangan Model.....	31
V. Epilog: Konklusi dan Rekomendasi .....	54
A. Konklusi.....	54
B. Rekomendasi .....	55
DAFTAR PUSTAKA .....	56

## I. Prolog

### A. Ide Dasar Pengembangan Model

Riset unggulan UM Jember pada tahun 2020 pada bidang kesehatan mengangkat isu strategis kematian bayi baru lahir dan balita. Angka Kematian Bayi (AKB) di Jawa Timur 25,3 per 1000 Kelahiran Hidup (KH) masih jauh dari target SDGs sebesar 12 per 1000 KH.<sup>1</sup> Bayi baru lahir (BBL) membutuhkan perawatan yang baik pada awal kehidupan, yaitu sejak dilahirkan sampai dengan minimal berusia dua tahun. Namun, sampai saat ini berbagai masalah pada BBL masih tinggi, baik pada saat perawatan di RS sampai bayi dirawat di rumah. Studi sebelumnya melaporkan kurangnya dukungan orang tua dan pimpinan pada Perawatan Metode Kanguru (PMK). Bayi menerima suplemen susu formula (47%), produksi ASI tidak mencukupi (18%), pemberian ASI tidak memadai (16%), ketidakmampuan ibu menyusui (14%), dan 32% ibu menghentikan menyusui pada hari ke-60. Pemberian sentuhan dan stimulasi suara dapat dilakukan saat ibu menyusui/melakukan PMK namun, 60% ibu justru dilaporkan tidak hadir PMK.<sup>2,3,4,5,6</sup> Hasil studi ini membuktikan bahwa pemenuhan perawatan bayi baru lahir masih memiliki hambatan. Apalagi, jika bayi itu lahir di rumah sakit.

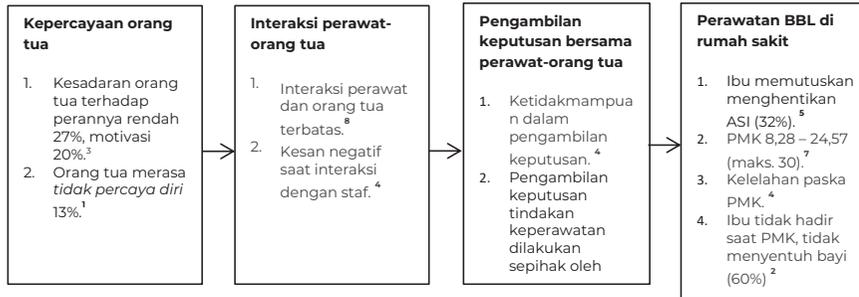
Sebagian bayi yang lahir di rumah sakit mengalami kondisi di mana persalinan di fasilitas kesehatan tingkat pertama tidak dapat dilakukan. Penyebab bayi lahir di rumah sakit bisa karena factor ibu, dan atau factor bayi. Factor ibu berupa penyakit yang di derita ibu seperti hipertensi, penyakit jantung, asma, dan penyakit lainnya yang memengaruhi kehamilan dan persalinan. Komplikasi kehamilan dan persalinan misalnya perdarahan, ketuban pecah dini, kala 1 memanjang, dan komplikasi lainnya yang memengaruhi kehamilan dan persalinan. Penyebab dari bayi secara umum adalah prematur, gawat janin, dan bayi terlalu besar. Penyebab ini bisa terjadi bersamaan misalnya ketuban pecah dini pada kehamilan kurang dari 37 minggu. Penyebab dapat juga berdiri sendiri, hanya berasal dari ibu atau hanya berasal dari bayi. Namun, apa pun penyebabnya mengharuskan bayi di lahirkan di rumah sakit. Perawatan di rumah sakit dibutuhkan karena bayi mendapatkan

tindakan medis. Tindakan ini digunakan untuk membantu bayi melewati fase adaptasi di awal kelahirannya. Selama bayi dirawat di rumah sakit kebutuhan ASI tetap nomor 1. Kebutuhan pembentukan *bonding attachment* juga tidak bisa diabaikan. Oleh karena itu, perawatan bayi di rumah sakit membutuhkan peran serta orang tua, baik ayah maupun ibunya.

Salah satu masalah perawatan bayi baru lahir di rumah sakit adalah rendahnya pengetahuan dan keterampilan orang tua dalam mengambil keputusan perawatan yang tepat. Selain itu, berbagai komplikasi selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas juga turut berperan dalam meningkatkan risiko pada ibu dan berpotensi menurunkan keberhasilan perawatan bayi baru lahir. Keterampilan perawat-orang tua tentang pengambilan keputusan bersama dan dukungan keputusan masih kurang. Pengambilan keputusan bersama dianggap dapat mengurangi efisiensi alur kerja.<sup>7</sup> Dampak dari rencana keperawatan yang cenderung diputuskan sepihak, akan memicu timbulnya konflik keputusan.<sup>8</sup> Studi sebelumnya telah menemukan *evidence-based* bahwa pengambilan keputusan bersama perawat dan orang tua dipengaruhi oleh interaksi orang tua dan perawat, dukungan keluarga, dan alat bantu keputusan. Data ini menunjukkan perlunya penguatan pengetahuan dan pengembangan kebiasaan orang tua yang memiliki bayi. Orang tua perlu meningkatkan kapasitas dalam mengambil keputusan untuk perilaku sehat dengan tepat. Oleh karena itu, perlu diteliti pengembangan model pengambilan keputusan bersama perawatan bayi baru lahir di rumah sakit.

Urgensi penelitian ini berkaitan dengan program pemerintah dalam menuntaskan pemenuhan kebutuhan bayi pada 1000 hari pertama kehidupan (HPK). Fondasi kualitas pertumbuhan dan perkembangan anak di masa yang akan datang bertumpu pada pencapaian kesehatan pada seribu HPK. Spesifikasi penelitian ini adalah menghasilkan prinsip dasar dan formulasi konsep tentang model pengambilan keputusan bersama perawatan bayi baru lahir di rumah sakit.

## B. Titik Intensi



Keterangan:

1. Bjorkroth, S.A., 2017 (1)
2. Chan *et al.*, 2017 (2)
3. Rohmah N., 2017 (3)
4. Weiss *et al.*, 2016 (4)

5. Namnabati *et al.*, 2016. (5)
6. Hasan Tehrani, Haghighi and Bazmamoun, 2012 (6)
7. Lakshmanan A. *et al.*, 2017 (7)
8. Seidman G. *et al.* 2015 (8)

**Gambar 1. 1 Titik Intensi**

Berdasarkan kajian masalah tersebut maka dapat dirumuskan beberapa pertanyaan masalah: 1) Apakah kepercayaan berpengaruh terhadap interaksi perawat dan orang tua dalam merawat bayi baru lahir di rumah sakit?; 2) Apakah interaksi berpengaruh terhadap pengambilan keputusan bersama perawat bayi baru lahir di rumah sakit?; dan 3) Apakah pengambilan keputusan bersama perawat-orang tua berpengaruh terhadap perawatan bayi baru lahir di rumah sakit?

Tujuan studi ini adalah mengembangkan model pengambilan keputusan bersama perawatan bayi baru lahir di rumah sakit. Tujuan khususnya menganalisis kepercayaan, dan interaksi terhadap pengambilan keputusan bersama perawatan bayi baru lahir di rumah sakit.

## **II. Konsep Pengambilan Keputusan Bersama pada Perawatan**

### **A. Perawatan Bayi Baru Lahir**

Perawatan bayi lahir ini antara lain: mempertahankan kebutuhan oksigen, mempertahankan lingkungan tetap hangat, meminimalkan infeksi, memberikan ASI, pembentukan ikatan. Kajian akan difokuskan pada pemberian ASI, perawatan metode kanguru, pemberian sentuhan, dan stimulasi suara. Pemberian ASI sangat berpengaruh terhadap kecukupan gizi. Kebutuhan nutrisi bayi pada 6 bulan pertama kehidupannya cukup dipenuhi dengan ASI. Bayi yang bisa menghisap dengan baik dapat disusui langsung. Bayi yang belum kuat menghisap ASI diberikan lewat sendok, atau lewat sonde. Perawatan Metode Kanguru (PMK) dalam studi ini dilakukan dengan memberikan perawatan kontak kulit dengan kulit yaitu kulit bayi dengan kulit orang tua. Tujuan PMK antara lain: 1) Menghangatkan suhu tubuh bayi; 2) Menaikkan berat badan bayi; 3) Bayi merasa nyaman dan tidur lebih nyenyak; 4) Bayi lebih banyak menyusu; 5) Meningkatkan daya tahan tubuh; 6) Meningkatkan daya tahan terhadap rasa sakit.<sup>9,4</sup>

Pemberian sentuhan dalam studi ini dilakukan dengan pemberian stimulasi dalam bentuk sentuhan. Pemberian terapi sentuhan pada bayi dapat dilakukan dengan cara: 1) Relaksasikan tangan dan bahu selama 1 menit; 2) Tarik nafas dalam tahan tiga detik lepaskan pelan-pelan lalu pusatkan energi pada telapak tangan; 3) Miringkan bayi ke kanan/kiri; 4) Fleksikan bayi dan dekatkan kedua tangan ke mulut bayi, posisi dagu menyentuh dada; fleksikan kedua kaki dengan paha mendekati perut; 5) Tempatkan ujung jari satu tangan di atas garis alis kepala bayi dengan telapak tangan menyentuh bayi sementara tangan yang lain diletakkan di bagian bawah perut bayi di antara pinggang dan pinggul; 6) Akhiri sentuhan, lepaskan tangan.<sup>10</sup> Stimulus suara dalam studi ini dilakukan dengan memberikan stimulus pada bayi dalam bentuk rangsang suara. Memberikan stimulus suara dengan cara: 1) Posisikan bayi tidur paling nyaman (telentang/miring kanan/kiri); 2) Minta Bapak/Ibu untuk berbicara atau menyanyi (menyesuaikan)

dengan suara lembut di samping bayi atau; 3) Letakkan rekaman suara ibu dengan menggunakan speaker di samping tempat tidur bayi dengan jarak 10-15 cm dari kepala bayi; 4) Perdengarkan selama 15 menit; 5) Selesaikan.<sup>10</sup>

Kondisi ibu yang dapat memengaruhi perawatan bayi Ibu berhubungan dengan komplikasi. Ibu dapat mengalami beberapa komplikasi baik pada saat kehamilan, persalinan, maupun masa nifas. Studi sebelumnya telah mendapatkan fakta bahwa ibu yang melahirkan di rumah sakit mengalami hipertensi dalam kehamilan (19%), perdarahan ante natal (7%), persalinan dengan tindakan (35%), panggul sempit (0,5%), masalah ketuban (38,5%), pembukaan macet (4,5%), power ibu inadeguat (2%), sesak menjelang persalinan (2%).<sup>11</sup> Risiko ini akan meningkat selama masa pandemi jika ibu memiliki riwayat reaktif terhadap hasil pemeriksaan *rapid* atau bahkan telah terkonfirmasi positif Covid-19.

Pengambilan keputusan bersama yang telah dikembangkan sebelumnya menunjukkan adanya hubungan antara dukungan keluarga dan alat bantu keputusan terhadap interaksi antara perawat dan orang tua dalam mengambil keputusan perawatan bayi baru lahir di rumah sakit. Interaksi perawat dan orang tua berlangsung dalam sebuah interaksi segitiga yang menguntungkan. Studi ini akan berupaya mengembangkan model pada perawatan bayi baru lahir tanpa memperhatikan berat badan. Komplikasi pada ibu dan bayi menjadi pertimbangan dalam pengambilan keputusan bersama perawatan bayi. Perawatan ini dilakukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, termoregulasi, dan pembentukan ikatan antara ibu dan bayi baru lahir.

## **B. Pengambilan Keputusan Bersama**

Model pengambilan keputusan bersama (PKB) dalam studi ini menggunakan teori dari Elwyn *et al.*, (2012) dan Silva, (2012), yang diterapkan pada pengambilan keputusan bersama perawat dan orang tua bayi baru lahir. Istilah pengambilan keputusan bersama digunakan untuk menggambarkan keterlibatan orang tua dalam perawatan. Pengambilan keputusan bersama dalam studi ini dirancang dengan tiga pembicaraan: 1) Berbicara alternatif pilihan, yaitu menentukan masalah

dan menawarkan pilihan; 2) Berbicara opsi pilihan, memberikan informasi tentang bukti penelitian, efek samping, dampak pada gaya hidup, dampak terhadap sumber daya; serta 3) Berbicara keputusan, berbagi gagasan dan mendukung orang tua dalam menentukan pilihan.<sup>12,13</sup>

Pembicaraan alternatif pilihan dalam model ini adalah mengklarifikasi pilihan logis dan tersedia bagi pasien. Bicara pilihan mengacu pada penyediaan informasi rinci tentang pro dan kontra dari setiap pilihan. Hal ini juga berfungsi untuk memulai diskusi eksplorasi dari nilai pasien dan keefektifan pasien dengan memperhatikan pilihan, dan memberikan dukungan untuk mengeksplorasi berbagai cara untuk menyesuaikan pilihan ini dengan gaya hidup pasien. Berbicara keputusan mengacu pada dukungan proses mempertimbangkan preferensi pasien (termasuk hak pasien untuk tidak ikut membuat keputusan) dan menentukan pilihan terbaik. Hal itu akan lebih baik jika mereka yang terlibat berpotensi menggunakan hal yang sama sebagai sumber informasi. Pasien mungkin perlu berbicara dengan orang lain pada waktu dan tempat yang berbeda, sebagai proses musyawarah yang ‘didistribusikan’. Landasan PKB yang efektif adalah apabila mengakui adanya kebutuhan musyawarah dengan orang lain, dan memungkinkan waktu untuk melakukannya.<sup>12</sup>

**Tabel 2. 1 Elemen Kunci dalam Model Elwyn *et al.*, 2012**

<p><b>1. Bicara Alternatif Pilihan</b></p>	<p>Komponen meliputi:</p>
<p>Membuat pasien menyadari bahwa tersedia pilihan yang logis</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sebuah langkah mundur (menetapkan kembali): Ringkaskan dan katakan, “Sekarang kita telah mengidentifikasi masalahnya, sekarang saatnya memikirkan apa yang harus dilakukan selanjutnya”.</li> <li>b. Tawarkan alternatif pilihan</li> <li>c. Membenarkan pilihan: tekankan pentingnya menghargai preferensi individu dan peran ketidakpastian</li> <li>d. Periksa reaksi</li> </ul>

	e. Menunda penutupan: Jika pasien ingin anda memutuskan, yakinkan itu anda bersedia mendukung prosesnya
<b>2. Bicara Opsi Pilihan</b>	a. Periksa pengetahuan pasien
Memberikan informasi lebih rinci tentang sebuah pilihan.	b. Diskusikan daftar pilihan
	c. Jelaskan pilihan
	d. Berikan dukungan keputusan pasien
	e. Meringkaskan
<b>3. Bicara Keputusan</b>	a. Fokus pada preferensi
Mendukung proses pembahasan sebuah pilihan terbaik	b. Munculkan preferensi
	c. Beralih ke sebuah keputusan
	d. Tawarkan <i>review</i>

Model PKB yang disusun oleh *The Ottawa Decision Support Framework* menggunakan proses tiga tahap: 1) mengidentifikasi kebutuhan dukungan keputusan; 2) memberikan dukungan keputusan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien; dan 3) mengevaluasi proses pengambilan keputusan dan hasil. Kerangka Dukungan Keputusan Ottawa telah divalidasi secara luas melalui kebutuhan keputusan. Dukungan keputusan dapat bertindak sebagai katalisator dalam intervensi PKB. Dukungan keputusan berisi informasi dalam format yang dapat diakses oleh pasien.<sup>14</sup> Dukungan keputusan untuk pasien dalam format ringkas seperti dalam teks singkat atau diagram dan digunakan selama pertemuan untuk memulai PKB. Bisa juga dalam bentuk yang jangkauannya luas misalnya *booklet*, situs web, video, DVD-untuk digunakan oleh pasien, keluarga dan teman mereka, di luar pertemuan klinik, dan pada waktu yang berbeda. Beberapa pasien membutuhkan lebih dari satu pertemuan di mana mereka bisa mendiskusikan keputusan yang penting. Hasil diskusi antara pasien dengan tenaga profesional akan memengaruhi preferensi pasien terhadap tindakan yang akan dilakukan. Tahap paling akhir adalah menetapkan pilihan yang terbaik di antara pilihan yang baik.<sup>12</sup>

Berdasarkan penjelasan dari teori ini maka ada dua hal yang perlu dicermati. Pertama bahwa teori ini berfokus komunikasi

pembuka yang lebih menekankan kepada alternatif pilihan. Seharusnya komunikasi pembuka diawali dengan kesepakatan permasalahan dan tujuan yang akan dicapai. Permasalahan pasien menjadi tema utama yang menjadi landasan dalam musyawarah, sedangkan alternatif pilihan tindakan merupakan cara yang digunakan untuk mencapai tujuan.

Perawat bukan satu-satunya orang yang mungkin mempengaruhi keputusan orang tua. Orang paling penting yang mempengaruhi keputusan orang tua adalah bayi itu sendiri. Faktor keluarga, emosional, kepercayaan, dan nilai mungkin memiliki peran yang lebih penting daripada rekomendasi perawat atau individu lainnya.<sup>15</sup> Keterlibatan orang tua dalam mengambil keputusan juga mendapatkan tantangan karena pada saat bayi mereka bermasalah orang tua mengalami peningkatan stres, kecemasan, dan depresi, sehingga memengaruhi sensitivitas dan responsivitas dalam interaksi dengan bayi. Tekanan ini dapat berakibat buruk pada ikatan orang tua-bayi, yang pada gilirannya dapat menyebabkan hasil yang lebih buruk untuk perawatan bayinya.<sup>16</sup> Situasi ini diperburuk dengan adanya kesan negatif dari orang tua terhadap sikap staf saat berinteraksi,<sup>3</sup> kebanyakan orang tua percaya bahwa perawat buruk dalam menghormati otonomi mereka, menyediakan informasi untuk mereka dan partisipasinya dalam proses pengambilan keputusan terapeutik.<sup>17</sup> Orang tua cenderung mempunyai preferensi untuk mendelegasikan pengambilan keputusan pada tim medis bila urgensi masalahnya tinggi, dan mempertimbangkan penuh informasi dari staf medis untuk mengambil keputusan klinik bagi anaknya. Akibatnya orang tua tidak mampu mengambil keputusan.<sup>18,19,20</sup>

Otonomi pengambilan keputusan orang tua dan anak berlangsung dalam suatu garis kontinum. Pada sisi kanan ada otonomi orang tua secara penuh dan sisi kiri otonomi anak. Pada saat anak berada dalam masa *dependent* atau tergantung maka kebutuhan anak termasuk dalam mengambil keputusan menjadi otonomi orang tua (dalam hal ini orang tua sebagai *proxy*). Masa *dependent* berlangsung ketika anak berada pada perkembangan sensori motorik sampai praoperasional

(0-7 tahun). Bersama dengan perkembangan anak maka tingkat kemandirian anak juga semakin tinggi. Apabila anak sudah mampu berpikir abstrak dan logis serta dapat menerima pemikiran orang lain maka kemandirian anak sudah mulai terbentuk. Pada saat ini anak sudah dapat dimintai pendapatnya tentang suatu tindakan yang akan dilakukan untuk dirinya.

Teori tentang pengambilan keputusan anak-orang tua menjelaskan tentang keterlibatan anak dalam mengambil keputusan atas dirinya sendiri dan peran orang tuanya.<sup>21</sup> Pada konteks ini peran anak digambarkan dalam sebuah garis kontinum. Fasilitator dan penghambat pengelolaan diri anak, berbagai lingkungan dan situasi mempengaruhi tingkat anak-anak mengambil tanggung jawab untuk manajemen atau kontrol atas keputusan yang diambil. Unsur penting dari anak atas kontrol terhadap keputusan antara lain: perkembangan kognitif, efikasi diri, *locus of control*, dan pengalaman. Unsur keputusan berkaitan dengan tipe keputusan: 'apa', 'siapa', 'kapan', dan 'bagaimana' keputusan itu diambil. Unsur orang tua meliputi: gaya pengasuhan, rasa percaya terhadap kemampuan anak, dan ketidakhadiran. Unsur lingkungan berkaitan dengan rumah, sekolah, dan *locus of control*.<sup>21</sup>

PKB antara anak dan orang tua dapat terjadi apabila perkembangan kognitif anak sudah mencapai tahap mampu memahami pemikiran orang lain. Namun, ketika kemampuan kognitif anak masih pada tahap egosentris dan belum mampu berpikir abstrak maka pengambilan keputusan diambil penuh oleh orang tua sebagai *proxy*. Demikian pula sebaliknya apabila anak sudah mencapai usia perkembangan kognitif formal operasional, sudah mampu berpikir abstrak dan logis maka porsi terbesar pertimbangan keputusan akan diberikan kepada anak.

Bila dilihat dari konteks keputusan maka keputusan yang menimbulkan dampak serius (misalnya tentang tindakan invasif pemasangan alat intra vena) pada umumnya pertimbangan anak bersifat semu, artinya pada prinsipnya anak setuju atau tidak, keputusan itu tetap harus diambil. Sehingga pendapat anak bukan menjadi pertimbangan utama dalam mengambil keputusan. Dalam konteks pendapat yang semu ini berguna untuk meningkatkan

intensitas komunikasi antara orang tua dengan anak. Namun, apabila dampak dari keputusan bersifat ringan (misalnya tentang pemilihan menu makanan), maka pendapat anak dapat dijadikan pertimbangan utama dalam mengambil keputusan. Selain kemampuan anak konteks orang tua juga memengaruhi PKB. Gaya pengasuhan yang digunakan orang tua dan tingkat kepercayaan orang tua terhadap kemampuan anak dalam mempertimbangkan suatu keputusan menjadi bagian yang seringkali dipakai orang tua sebagai dasar apakah ia akan melibatkan anak atau tidak dalam mengambil keputusan. Semakin percaya orang tua terhadap anak maka porsi pendapat anak untuk dipertimbangkan dalam keputusan akan semakin besar.

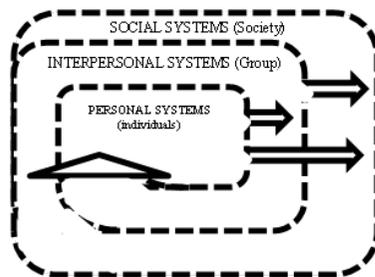
Konteks terakhir dalam teori ini adalah lingkungan yang terdiri dari lingkungan rumah, sekolah, dan *locus of control*. Konteks lingkungan menjelaskan respons orang lain atau *social respect* juga dapat menyebabkan apakah suatu keputusan akan diambil atau diabaikan. Respons sosial yang positif mempunyai kecenderungan keputusan akan diambil atau sebaliknya bila respons sosial negatif maka tindakan akan ditolak. Sehingga anak membutuhkan lingkungan yang mendukung kemampuan mengambil keputusan.

Salah satu teori yang berkaitan dengan partisipasi pasien dalam pengambilan keputusan adalah teori yang dicetuskan oleh Imogene M. King (1981), yang dikenal dengan *King's Conceptual System and Theory of Goal Attainment and Transactional Process* atau sistem konseptual, dan teori pencapaian tujuan, dan proses transaksional. Tujuan yang ingin dicapai teori ini berfokus pada interaksi tiga sistem: sistem personal, sistem interpersonal, dan sistem sosial. Hubungan perawat klien merupakan sarana dalam pemberian asuhan keperawatan, di mana proses interpersonal yang dinamis dan ditampilkan oleh perawat dan klien dipengaruhi oleh perilaku satu dengan yang lain.<sup>22</sup>

King menjelaskan bahwa: pengaturan tujuan timbal balik yang saling menguntungkan (antara perawat dan klien) didasarkan pada (a) penilaian perawat tentang perhatian, masalah, dan gangguan kesehatan klien; (b) persepsi perawat dan klien tentang interferensi; dan (c) berbagi informasi antara perawat dan klien di mana masing-masing

berfungsi untuk membantu klien mencapai tujuan yang teridentifikasi. Selain itu, perawat berinteraksi dengan anggota keluarga ketika klien tidak dapat berpartisipasi secara verbal dalam penetapan sasaran.<sup>22</sup>

Teori ini menekankan hubungan yang saling menguntungkan antara perawat dan klien termasuk keluarga dengan berbagi informasi untuk mencapai tujuan. Ada tiga komponen besar: 1) sistem konseptual, teori pencapaian tujuan dan proses transaksional. King menjelaskan kerangka konseptualnya menunjukkan beberapa kesatuan dan hubungan di antara konsep, yang terdiri dari sistem individu, sistem interpersonal dan sistem sosial yang saling berinteraksi (dapat dilihat pada Gambar 2.2).<sup>23</sup>



Gambar 2. 1 *King's Conceptual System*.<sup>23</sup>

Sistem didefinisikan sebagai serangkaian komponen fungsional dihubungkan oleh komunikasi yang menunjukkan perilaku yang diarahkan pada tujuan. Seorang individu, dilahirkan, tumbuh, dan berkembang. Manusia sebagai makhluk yang berkomunikasi dan berinteraksi dalam kelompok kecil dalam sistem sosial yaitu lingkungan manusia serta lingkungan fisik. Tiga sistem yang berinteraksi dinamis, yaitu mewakili individu sebagai sistem pribadi, kelompok sebagai sistem interpersonal, dan kelompok besar sebagai sistem sosial. Sistem ini merupakan tautan yang saling terkait untuk pemrosesan informasi dalam dunia perawatan kesehatan berteknologi tinggi. Sistem konseptual ini menyediakan pendekatan untuk membentuk komunitas yang merupakan penerima perawatan.<sup>23</sup>

Tiga sistem yang saling berinteraksi: pribadi, interpersonal, dan sosial. Masing-masing sistem ini memiliki seperangkat konsep sendiri. Konsep sistem personal adalah persepsi, diri, pertumbuhan

dan perkembangan, citra tubuh, ruang, dan waktu. Konsep sistem interpersonal adalah interaksi, komunikasi, transaksi, peran, dan stres. Konsep sistem sosial adalah organisasi, otoritas, kekuasaan, status, dan pengambilan keputusan. Sedangkan lingkungan sosial di sini termasuk keluarga di mana individu tumbuh dan berkembang serta belajar melalui interaksi yang mempunyai tujuan. Perawat bekerja dengan keluarga dan dengan anggota keluarga masing-masing pasien. Keluarga dipandang sebagai sistem sosial, sekelompok individu yang berinteraksi. Keluarga juga dipandang sebagai sistem interpersonal. Misalnya, persepsi perawat dan persepsi anggota keluarga mempengaruhi tanggapan mereka dalam situasi dan keterbukaan dalam memberikan informasi. Kesesuaian persepsi perawat dan anggota keluarga membantu dalam menilai situasi untuk mengidentifikasi masalah dalam sistem interpersonal.<sup>23</sup>

Empat parameter dalam sistem sosial antara lain: (1) nilai, pola perilaku, kebutuhan, tujuan dan harapan; (2) lingkungan alamiah termasuk di sini material dan sumber daya manusia yang mendasar untuk mencapai tujuan; (3) pimpinan dan karyawan, atau orang tua dan anak, di mana di dalamnya terjadi interaksi pencapaian tujuan; (4) teknologi yang memfasilitasi pencapaian tujuan. Teori pencapaian tujuan, menjelaskan secara umum tujuan asuhan keperawatan adalah untuk membantu individu menjaga kesehatan atau mendapatkan kembali kesehatan. Konsep ini merupakan elemen sangat penting dalam teori. Bila teori diturunkan dari sistem konseptual, maka konsep dipilih dari sistem itu. Esensi keperawatan meliputi konsep diri, persepsi, komunikasi, interaksi, transaksi, peran, dan pengambilan keputusan. Dalam diri seseorang ada persepsi dan peran yang mempengaruhi komunikasi, interaksi, dan pengambilan keputusan.<sup>24</sup> King mendefinisikan peran perawat sebagai sebuah “proses tindakan, reaksi, dan interaksi di mana perawat dan klien berbagi informasi tentang persepsi mereka, situasi keperawatan dan menyetujui tujuan”.<sup>25</sup> Berbagi informasi terjadi dalam proses komunikasi yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah klien.<sup>26</sup>

Asumsi King tentang individu antara lain: Interaksi perawat-klien, dan keperawatan. Mengenai individu, asumsinya bahwa individu (1) adalah makhluk sosial, sadar, rasional, bereaksi dan (2) ada mengendalikan, mengarahkan, berorientasi pada tindakan, dan waktu dalam perilaku mereka. Asumsi tentang interaksi perawat-klien, antara lain: (1) persepsi tentang perawat dan klien mempengaruhi proses interaksi; (2) tujuan, kebutuhan, dan nilai perawat dan klien mempengaruhi proses interaksi; (3) individu memiliki hak untuk mengetahui tentang diri mereka sendiri; (4) individu memiliki hak untuk berpartisipasi dalam keputusan yang mempengaruhi kehidupan mereka, kesehatan, dan layanan masyarakat; (5) individu memiliki hak menerima atau menolak perawatan; dan (6) tujuan profesional kesehatan dan tujuan penerima perawatan kesehatan mungkin tidak *kongruen* (serupa).<sup>26</sup>

Adapun model transaksional dapat dijelaskan bahwa individu berinteraksi untuk menetapkan tujuan dan menghasilkan pencapaian tujuan. Proses dapat diamati dalam banyak situasi ketika dua atau lebih banyak orang berinteraksi, seperti di dalam keluarga atau dalam acara sosial. Perawat, seharusnya dapat mengidentifikasi persepsi, penilaian mental, tindakan mental, dan reaksi (negatif atau positif). Beberapa pertanyaan dapat digunakan untuk mempelajari proses transaksi, antara lain: Apakah perawat melakukan transaksi? Artinya, apakah perawat bertukar informasi dan menetapkan tujuan dengan pasien? Apakah perawat mencari tahu cara yang digunakan pasien untuk mencapai tujuan? Apakah tujuannya? Apakah tercapai? Jika tidak, mengapa? Sesungguhnya perawat secara umum menggunakan proses ini tapi tidak sadar bahwa itu didasarkan pada teori keperawatan. Dengan pengetahuan tentang konsep dan proses, perawat memiliki dasar ilmiah untuk praktik dan hal ini menunjukkan kualitas perawatan.<sup>23</sup>

Interaksi didefinisikan King sebagai:

*“a process of perception and communication between person and environment and between person and person, represented by verbal and nonverbal behaviors that are goal directed”*

Sebuah proses persepsi dan komunikasi antara orang dan lingkungan dan antara orang dan orang, yang diwakili oleh perilaku verbal dan nonverbal yang diarahkan pada tujuan. Komunikasi didefinisikan sebagai proses pertukaran informasi dari satu orang ke orang yang lain secara langsung "*face-to face*" dalam sebuah pertemuan atau tidak langsung melalui telepon, televisi, atau sebuah tulisan/catatan. Komunikasi merepresentasikan adanya keterlibatan komponen informasi dalam suatu interaksi.<sup>27</sup>

Kriteria batas eksternal dari teori pencapaian tujuan antara lain: (1) interaksi antara dua orang; (2) interaksi terbatas antara profesional perawat dan pasien untuk memenuhi kebutuhan perawatan; (3) interaksi yang berlangsung pada lingkungan yang alamiah. Maka seharusnya perawat memiliki pengetahuan dan keterampilan yang spesifik, mengetahui kebutuhan klien akan perawatan, pengetahuan tentang adanya masalah dalam persepsi diri maupun persepsi pasien, dan adanya peran sebagai orang asing dalam lingkungan yang alamiah. Interaksi yang saling menguntungkan mampu mengidentifikasi masalah dan tujuan yang ingin dicapai. Personal sistem perawat dan pasien bertemu dalam sebuah interaksi interpersonal di antara keduanya. Sistem interpersonal mempengaruhi sistem sosial dan selalu berada selama proses interaksi dari masing-masing sistem personal perawat-pasien.

Teori Pencapaian Tujuan mencakup banyak hubungan, banyak dari hubungan itu yang rumit, King mengaturnya menjadi proposisi bermanfaat yang meningkatkan pemahaman tentang hubungan teori. Sebuah *review* dari beberapa hubungan di antara konsep teori berikut: 1) Perawat dan klien adalah sistem interaksi yang bertujuan; 2) Persepsi dan penilaian perawat dan klien, penilaian, dan tindakan, jika kongruen, mengarah pada transaksi yang diarahkan pada tujuan; 3) Jika ketepatan persepsi hadir dalam interaksi perawat-klien, transaksi akan terjadi; 4) Jika perawat dan klien melakukan transaksi, tujuan akan tercapai; 5) Jika tujuan tercapai, kepuasan akan terjadi; 6) Jika tujuan tercapai, asuhan keperawatan yang efektif akan terjadi; 7) Jika transaksi dibuat dalam interaksi, pertumbuhan dan pengembangan perawat-klien

akan meningkat; 8) Jika harapan peran dan kinerja peran seperti yang dirasakan oleh perawat dan klien adalah kongruen, transaksi akan terjadi; 9) Jika konflik peran dialami oleh perawat atau klien atau keduanya, stres pada interaksi perawat-klien akan terjadi; 10) Jika perawat dengan pengetahuan khusus dan keterampilan berkomunikasi yang sesuai dengan informasi yang dibutuhkan klien, penetapan tujuan timbal balik dan pencapaian tujuan akan terjadi.<sup>26</sup>

Berdasarkan teori King tersebut di atas maka dalam suatu aksi pengambilan keputusan bersama harus dimulai dari adanya persepsi dan *judgment* pada pertemuan awal perawat-klien. *Judgment* akan melahirkan aksi berupa komunikasi medis perawat-klien. Hasil dari komunikasi awal ini diharapkan dapat mendorong timbulnya preferensi keterlibatan pengambilan keputusan. Pengambilan keputusan bersama yang dilakukan antara perawat dengan pasien dan keluarga akan meningkatkan capaian dari tujuan yang telah ditetapkan.

*Theory of Goal Attainment* secara rinci memuat langkah-langkah sebuah pencapaian tujuan dengan rinci, dimulai dari adanya penilaian yang menghasilkan sebuah persepsi dan menimbulkan aksi. Aksi yang ditimbulkan kedua belah pihak akan menyebabkan terjadinya interaksi dan menghasilkan sebuah transaksi. Luaran dari transaksi ini adalah pencapaian tujuan. Namun demikian langkah-langkah untuk mencapai tujuan dalam transaksi yang dimaksud belum dapat dijelaskan secara rinci. King menekankan pentingnya pertukaran informasi dan penetapan tujuan bersama. Harapan peran dari masing-masing individu (perawat-pasien) juga dianggap sebagai komponen yang memengaruhi proses transaksi. Namun, bagaimana peran perawat dan pasien pada saat menetapkan tujuan bersama belum ada penjelasan yang real.

Selain itu King juga menjelaskan bahwa pasien berhak untuk mengambil keputusan menerima atau menolak sebuah tindakan keperawatan. Namun, King belum menjelaskan bagaimana sebuah proses penerimaan tindakan atau bahkan penolakan tindakan dinilai sebuah proses transaksi yang bermutu. Karena sebuah penerimaan tindakan yang dilakukan dengan kerelaan tetapi tanpa pengetahuan dan kesadaran yang memadai akan berisiko terhadap adanya konflik

keputusan. sebaliknya keputusan penolakan terhadap tindakan keperawatan yang tidak memadai juga akan menyebabkan penyesalan. Bahkan mungkin keputusan penolakan tindakan akan menyebabkan kerugian pada pasien karena tidak mendapatkan perawatan yang standar. Oleh karena itu hak pasien untuk berpartisipasi dalam mengambil keputusan harus difasilitasi melalui proses interaksi yaitu dengan kemampuan perawat dalam membimbing pasien untuk mengambil keputusan. bimbingan yang baik diharapkan akan meminimalkan konflik keputusan dan menghasilkan keputusan yang bermutu.

Dasar penggunaan *Theory of Goal Attainment* adalah lingkungan yang dikembangkan dalam teori King terbentuk dari kesepakatan atau persetujuan. Kesepakatan membentuk suatu lingkungan di mana perawat dan individu melakukan interaksi. Setiap kesepakatan bertujuan untuk mencapai nilai akhir atau tujuan yang telah disepakati pada awal interaksi. Persetujuan antara tim kesehatan dan pasien dibentuk dari pertemuan di mana kebutuhan dan keinginan pasien adalah pusat dari proses tersebut. Jika terjadi kondisi di mana tidak ada persetujuan, maka tidak akan terwujud interaksi antara keduanya.<sup>28</sup> Interaksi yang terjadi harus berlandaskan pada tujuan yang dikehendaki oleh kedua belah pihak.

Penggunaan teori King, didasarkan bahwa kebutuhan pasien tidak hanya berhak menerima informasi medis tetapi juga memiliki hak untuk memilih opsi yang paling tepat di antara perawatan yang ada. Selain itu anak-anak juga memiliki hak untuk memilih perawatan yang layak dan adil untuk mengurangi rasa sakit dan menghindari perawatan yang tidak perlu. Menurut hukum hak pengambilan keputusan anak-anak, didefinisikan hak pengambilan keputusan orang tua mereka. Salah satu dimensi perawatan yang berorientasi keluarga adalah meningkatkan kecukupan dan pemberdayaan keluarga, dan menghormati otonomi mereka dan pengambilan keputusan dalam pengasuhan anak. Oleh karena itu kebutuhan orang tua yang paling penting adalah memberikan dukungan dan informasi untuk orang tua di lingkungan rumah sakit selama perawatan anak, memberi tahu orang

tua tentang rencana perawatan, mendidik mereka dan menggunakan partisipasi mereka.<sup>17</sup>

Sebuah studi tentang etika keperawatan domain menghormati otonomi dan pengambilan keputusan dari perspektif ibu dengan anak berada di tingkat kinerja yang paling tidak baik. Perawat memiliki pandangan stereotip tentang kurangnya kesiapan dan kompetensi keluarga untuk mendapatkan informasi, kekurangan komunikasi yang baik antara keluarga pasien dan profesional, kurang empati dan usaha untuk pemberdayaan, beban kerja yang tinggi dari para profesional. Sebagian besar perawat berkeyakinan bahwa jika mereka memberi keluarga anak-anak hak otonomi dalam pengobatan, intervensi kesehatan dan keperawatan, mereka mungkin akan menghadapi keputusan irasional keluarga. Hasil penelitian Rahmani dkk. menunjukkan kebanyakan pasien percaya perawat kurang baik dalam hal menghormati otonomi mereka dalam hal penyediaan informasi kepada mereka dan partisipasi mereka dalam proses pengambilan keputusan terapeutik.<sup>17</sup>

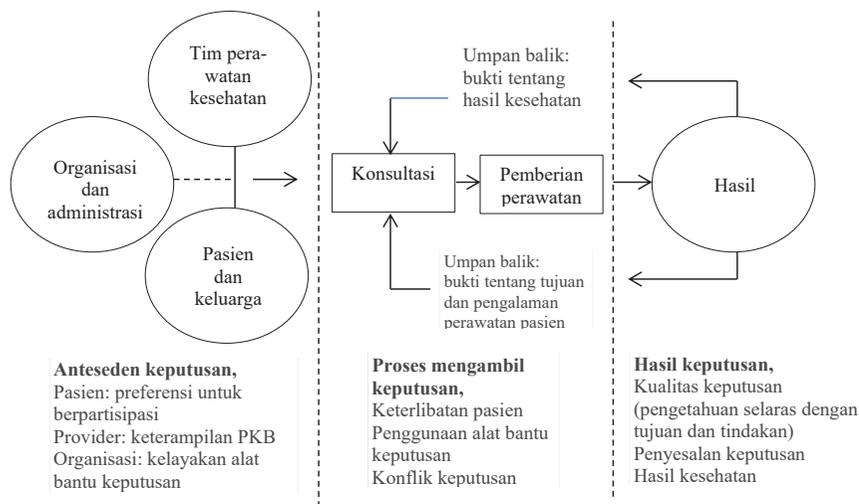
Keputusan tindakan keperawatan pada bayi memerlukan interaksi orang tua dan perawat yaitu adanya kebutuhan kehadiran fisik orang tua. Kehadiran fisik ibu untuk memberikan ASI yang merupakan kebutuhan utama bayi juga bukan merupakan sesuatu yang mudah. Perawat pasti akan merencanakan pemberian ASI Eksklusif bagi bayi baru lahir namun, ibu belum tentu dengan mudah memutuskan untuk memberikannya. Beberapa permasalahan yang mungkin dihadapi ibu saat harus memberikan ASI antara lain: kelelahan paska melahirkan, adanya komplikasi paska melahirkan, pemulihan kesehatannya atas perubahan yang terjadi selama kehamilan dan proses persalinan, produksi ASI belum ada, mungkin juga ada permasalahan pada puting payudara. Hal ini perlu dimusyawarahkan bersama untuk mencapai kesepakatan tentang pemberian ASI eksklusif bagi bayi.

Selain itu stabilisasi suhu tubuh dengan perawatan metode kanguru (PMK) juga membutuhkan kehadiran fisik orang tua. Bukti bahwa PMK sangat baik untuk menjaga stabilitas suhu sudah sangat banyak. Namun demikian untuk memberikan PMK tentu peran serta

orang tua sangat besar, karena yang melakukan PMK adalah orang tua atau anggota keluarga lain yang bisa dipercaya. Orang tua juga tidak serta-merta dengan mudah menerima peran ini karena ada beberapa hal yang harus dipenuhi, antara lain: pengetahuan tentang PMK, keterampilan PMK, dan ada waktu yang cukup untuk melakukan PMK. Hal ini tentu juga tidak mudah bagi keluarga untuk memutuskan untuk memberikan PMK. Oleh karena itu perlu dukungan keluarga lain sehingga program PMK dapat dilakukan dengan cara yang benar, bukan PMK yang sekadarnya.

Rencana tindakan keperawatan yang lain adalah pembentukan kedekatan ibu/ayah dengan bayi, yang dapat dilaksanakan dengan baik apabila orang tua dapat hadir secara fisik di ruang rawat. Ibu/ayah dapat menemani bayi saat rewel dengan menyentuh, menghibur bayi dan berdoa di samping tempat tidur bayi dengan suara lembut. Tindakan ini juga merupakan stimulasi perkembangan yang dibutuhkan bayi saat sakit. Hal ini juga tidak mudah untuk memenuhinya karena adanya efek samping terhadap beban orang tua. Orang tua diharapkan bisa berada di samping bayi namun, di sisi lain ketiadaan tempat istirahat yang layak, dan jarak tempat tinggal orang tua dan rumah sakit merupakan beban yang tidak dapat dianggap sepele. Pada saat bayi sakit orang tua juga memerlukan istirahat yang cukup di tempat yang layak namun, tidak semua Rumah Sakit menyediakan fasilitas tersebut. Hal ini tentu akan menyulitkan bagi pasien yang jarak rumahnya dengan Rumah Sakit cukup jauh.

Secara umum model pengambilan keputusan bersama dapat mengikuti pola *Antecedent, Behavior, dan Consequences*.<sup>29</sup>



**Gambar 2. 2 Model Pengambilan Keputusan Medis oleh Sepucha K.R., dan Scholl I., 2014**

Model ini disusun untuk menggambarkan pengukuran pengambilan keputusan bersama. Model ini membagi dalam tiga konstruksi antara lain: anteseden keputusan, proses mengambil keputusan, dan hasil keputusan. Model ini mengidentifikasi alat yang digunakan untuk mengukur PKB dan memahami efek intervensi, seperti alat bantu keputusan pasien, dan kualitas keputusan. Di seluruh kontinum yang digariskan pada gambar, konstruksi yang berbeda dapat diukur secara tersendiri.

Pertama kategori anteseden keputusan atau keputusan pendahuluandapatdilihtdari pasien, penyedia/perawat, atau organisasi yang dapat mempengaruhi proses pengambilan keputusan, seperti preferensi pasien untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan, melek kesehatan pasien, kompetensi penyedia layanan kesehatan atau keterampilan dalam komunikasi berisiko, atau ketersediaan alat bantu keputusan dalam sistem perawatan kesehatan.<sup>29</sup> Pada kategori ini dua hal yang paling utama adalah preferensi keterlibatan pasien, dan dari pihak penyedia adalah keterampilan dalam melakukan Pengambilan keputusan bersama.

Kedua proses pengambilan keputusan berfokus pada perilaku dalam konsultasi (seperti tingkat keterlibatan atau keterlibatan pasien, jenis topik yang dibahas di konsultasi, dan penggunaan alat atau metode pendukung keputusan), jumlah dan jenis musyawarah dari pihak pasien dan penyedia layanan. Ketiga hasil keputusan, seperti kualitas keputusan, yang mencakup pengetahuan dan sejauh mana pasien menerima perawatan yang sesuai dengan tujuan, penyesalan keputusan, dan pengalaman pasien dengan perawatan.<sup>29</sup> Hasil keputusan dalam model ini lebih menekankan pada dampak yang dirasakan oleh pasien atas keputusan yang telah diambil. Kepuasan keputusan dan rendahnya penyesalan adalah dampak positif atas keputusan yang tepat. Sedangkan hasil yang berupa perilaku adalah semakin meningkatnya kemampuan dan komitmen pasien atau keluarga terhadap perawatan dirinya.

Keterampilan PKB dapat dilaksanakan apabila profesional (profesional kesehatan-perawat) setuju dengan prinsip etika penuntutnya, yaitu bahwa keputusan bersama bergantung pada penerimaan bahwa individu berhak untuk menentukan nasibnya sendiri.<sup>12</sup> Proses pengambilan keputusan bersama terdiri dari sepuluh langkah sebagai berikut: 1) mengidentifikasi dan mengklarifikasi masalah, 2) mengidentifikasi solusi potensial, 3) mendiskusikan pilihan dan ketidakpastian, 4) memberikan informasi tentang potensi manfaat, bahaya dan ketidakpastian dari setiap opsi, 5) memastikan bahwa pasien dan profesional memiliki pemahaman yang sama, 6) mendapatkan umpan balik dan reaksi, 7) menyetujui tindakan, 8) menerapkan pengobatan yang dipilih, 9) mengatur tindak lanjut, 10) mengevaluasi hasil dan menilai langkah selanjutnya.<sup>13</sup>

Kerangka kerja *Ottawa Decision Support* terbagi atas tiga bagian: kebutuhan keputusan, pendukung keputusan, dan kualitas keputusan. Kebutuhan keputusan terdiri dari: 1) konflik keputusan (Ketidakpastian); 2) pengetahuan dan harapan; 3) nilai; 4) dukungan dan sumber daya; 5) keputusan: tipe, waktu, tahap, pembelajaran; 6) karakteristik pribadi/klinis. Pendukung keputusan meliputi: 1) klarifikasi keputusan dan kebutuhan; 2) memberikan fakta, probabilitas; 3) klarifikasi nilai; 4) panduan dalam musyawarah dan

komunikasi; 5) memantau/memfasilitasi kemajuan (konseling; alat keputusan; pembinaan). Kualitas terbagi atas dua tipe: 1) keputusan berbasis informasi dan 2) keputusan berbasis nilai.<sup>14</sup>

Keterampilan perawat dalam PKB ditekankan pada kemampuannya menjadi pembimbing keputusan. Perawat diharapkan mampu menggunakan alat bantu keputusan secara efektif untuk membantu orang tua memahami manfaat dan kerugian setiap pilihan dan menggunakan preferensinya. Kemudian perawat mendampingi pasien mengambil keputusan, dan mendukung keputusan. Keterampilan ini diharapkan mampu memperjelas informasi, mempertimbangkan nilai, meminimalkan ketidakpastian penyesalan dan konflik keputusan, serta meningkatkan kualitas keputusan.

### **C. Model Pengambilan Keputusan Bersama dalam Keperawatan**

Kondisi awal perawat dan orang tua berbeda dilihat dari sudut posisi, pengetahuan, dan kepentingan. Bila dilihat dari posisinya seorang perawat hadir di hadapan pasien memang dalam kondisi siap untuk melakukan kegiatan profesional memberikan asuhan keperawatan. Sehingga kesiapan diri, pengetahuan, dan keterampilan asuhan sudah dimiliki sebelumnya. Sewaktu-waktu pasien datang maka secara otomatis akan melakukan aktivitas profesional. Di sisi lain pasien dan keluarganya tidak menyiapkan diri untuk menjadi pasien. Karena suatu keadaan tertentu maka seseorang diharuskan menjadi pasien dan dirawat di Rumah Sakit. Sebelum melakukan pengambilan keputusan bersama perawat diharapkan membantu pasien dan keluarganya menjalani proses penerimaan menjadi pasien.

Bila dilihat dari pengetahuan juga demikian, pasien dan keluarganya mempunyai pengetahuan sebelumnya tentang perawatan. Namun ketika harus dilakukan perawatan di Rumah Sakit maka pengetahuan baru tentang kebutuhan perawatan harus dimiliki. Pada aktivitas pengambilan keputusan bersama perawat berperan mengidentifikasi pengetahuan yang dimiliki pasien/keluarga dan menetapkan perlunya penggunaan alat bantu keputusan. Sedangkan bila dilihat dari kepentingan perawat mempunyai kepentingan untuk meningkatkan kinerja profesionalnya supaya menghasilkan asuhan

yang berkualitas. Sedangkan pasien/keluarga berkepentingan segera sembuh. Dua kepentingan ini bertemu untuk mencapai tujuan yang sama yaitu meningkatkan derajat kesehatan. Pertemuan dua kepentingan ini yang menjadi dasar kuat untuk melakukan kerja sama yang bermutu.

Pelaksanaan PKB merupakan suatu proses yang sedikitnya melibatkan dua orang yaitu perawat dengan pasien atau keluarga. Langkah-langkah yang harus dilakukan oleh kedua belah pihak harus dipahami sebagai langkah kerja sama kemitraan. Posisi perawat dalam hal ini adalah pemimpin diskusi yang diharapkan mampu mengeksplorasi kemampuan pasien dan atau keluarga untuk berbagi informasi dan mengambil keputusan yang tepat. Walaupun disadari bahwa banyak pertimbangan yang akan digunakan dan juga beberapa faktor yang dapat memengaruhi proses analisis pengambilan keputusan, namun diharapkan proses PKB dapat memaksimalkan kualitas pengambilan keputusan. Berikut ini dijabarkan tahap analisis pembuatan keputusan.<sup>30</sup>

**Tabel 2. 2 Tahap Analisis Pembuatan Keputusan Tindakan dalam Pendekatan yang Berbeda**

	<b>Pendekatan patientalistic</b>	<b>Pendekatan bersama</b>	<b>Pendekatan pasien yang diinformasikan</b>
Pertukaran informasi	Medis, legal diperlukan satu arah transfer informasi minimum dari profesional kesehatan untuk pasien	Informasi medis dan pribadi yang relevan untuk pengambilan keputusan dipertukarkan antara pasien dan profesional kesehatan	Semua informasi relevan sebagian besar dibagi salah satu cara dari profesional perawatan kesehatan untuk pasien

	<b>Pendekatan paternalistik</b>	<b>Pendekatan bersama</b>	<b>Pendekatan pasien yang diinformasikan</b>
Musyawarah	Profesional kesehatan (plus potensi lainnya)	Perawatan kesehatan profesional dan pasien (plus potensi lainnya)	Pasien (plus profesional lainnya)
Memutuskan tindakan untuk melaksanakan	Profesional kesehatan	Berbagi antara profesional perawatan kesehatan dan pasien	Pasien

Tabel 2.2 menjelaskan tiga pendekatan yang memandu proses pengambilan keputusan. Pendekatan paternalistik melibatkan profesional perawatan kesehatan yang menentukan baik secara independen maupun dengan profesional perawatan kesehatan lainnya, perawatan terbaik atau intervensi untuk pasien dan kemudian menginformasikan keputusan pasien serta meyakinkan pasien untuk melakukannya dan mengikuti pilihan itu. Di ujung lain spektrum adalah pendekatan yang tepat di mana pasien berada diberi informasi dan berhak membuat keputusan. Pengambilan keputusan bersama adalah sebuah pendekatan di antara dua sisi ekstrem ini. Informasi ahli tidak hanya dari profesional perawatan kesehatan ke pasien, tetapi berbagi informasi dari pasien ke profesional perawatan kesehatan. Proses pengambilan keputusan merupakan pengalaman bersama antara profesional kesehatan dan pasien pada kegiatan intervensi skrining, diagnostik, terapi, atau paliatif.<sup>30</sup>

Perawat dapat memilih lebih ke pendekatan paternalistik ketika tingkat bukti penelitian tinggi atau sangat direkomendasi dalam pedoman klinis. Contoh rekomendasi untuk efek menguntungkan dari aspirin dosis rendah setiap hari bagi orang-orang yang memiliki risiko tinggi terhadap serangan jantung. Sedangkan pengambilan keputusan

bersama sering terlihat sebagai model yang harus digunakan pada dua keadaan: 1) saat tidak ada bukti penelitian yang jelas tentang keputusan pengobatan terbaik atau skrining keputusan; dan 2) pilihan yang tersedia dalam posisi yang setara. Namun, dalam perawatan kronis sekalipun bila tingkat bukti penelitian untuk pilihan tinggi dan tidak ada pilihan lainnya, ada atribut intervensi yang memerlukan pertimbangan tambahan (contohnya: ada intervensi yang secara ekstrem mengganggu gaya hidup pasien) maka pendekatan paternalistik tidak tepat. Pendekatan pasien yang diinformasikan memberi pasien informasi dan menyerahkan keputusan kepada pasien. Namun banyak pasien merasa sulit untuk membuat keputusan sendiri karena pendekatan ini dapat menciptakan ketidakpastian, dan pasien mungkin merasa ditinggalkan.<sup>31</sup> Namun mereka merasa didukung saat berunding dan berbagi informasi dalam proses pengambilan keputusan dengan profesional secara empatik. Karena itu keterlibatan pasien dalam proses pengambilan keputusan untuk perawatan kesehatan mereka sendiri pada gilirannya dapat merangsang *self-efficacy* dan *self-management*.<sup>30</sup>

Pengambilan keputusan pada tindakan keperawatan secara umum masih menggunakan pendekatan paternalistik. Bukti tertulis adanya kesepakatan tindakan bagi pasien yang dirawat di rumah sakit hanya digunakan untuk tindakan medis. Pengambilan keputusan tindakan diagnostik, juga tindakan invasif yang lain dilakukan dengan bukti tertulis adanya kesediaan pasien atau keluarga untuk mendapatkan tindakan tersebut. Bukti tertulis itu juga dikuatkan dengan adanya tanda tangan pasien atau keluarga.

Hal ini adalah fenomena yang menarik untuk dipelajari. Mengapa tindakan keperawatan diputuskan sepihak oleh perawat? Apakah tindakan ini dianggap tidak menimbulkan dampak etik? Tentu pertanyaan ini tidak dapat dijawab dengan mudah. Tindakan keperawatan berorientasi pada pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Meliputi pemenuhan oksigen, nutrisi, eliminasi, keamanan dan kenyamanan, sampai aktualisasi diri. Secara umum pemenuhan ini memang harus diberikan, namun sesungguhnya tindakan tersebut mempunyai respons dan dampak yang berbeda pada masing-masing

pasien. Respons dan dampak inilah yang seharusnya menjadi pusat perhatian untuk mendapatkan kesepakatan pengambilan keputusan bersama.

### III. Skema Penindaklanjutan Pengembangan Model

Desain penelitian ini adalah *cross-sectional*. Variabel laten yang diteliti adalah kepercayaan, interaksi, pengambilan keputusan bersama dan perawatan bayi baru lahir. Variabel laten merupakan variabel yang tidak dapat diamati secara langsung, dan yang membutuhkan variabel *manifest* yang ditetapkan sebagai indikator. Variabel *manifest*/indikator juga dikenal sebagai variabel yang dapat diamati atau variabel terukur. Adapun indikator dari variabel kepercayaan antara lain: mampu memberikan informasi yang tepat; mampu memberikan tindakan pada kondisi yang buruk, memberikan tindakan terbaik, selalu hadir jika dibutuhkan, selalu memberi informasi sebelum melakukan tindakan. Indikator variabel interaksi antara lain: pemberian informasi, identifikasi masalah, verifikasi informasi, sosio emosional komunikasi, dan pencarian informasi. Indikator pengambilan keputusan bersama antara lain: berbicara keputusan bersama, berbicara alternatif pilihan, penetapan tujuan, berbicara opsi pilihan, dan komitmen. Indikator perawatan bayi antara lain: pemberian ASI, PMK, stimulasi suara, dan stimulasi sentuhan.

Pengumpulan data menggunakan kuesioner yang disusun sendiri oleh peneliti. Uji validitas (*convergent validity*) dilihat dari nilai *outer loading* untuk semua indikator baik dari indikator untuk variabel laten kepercayaan, interaksi perawat dan orang tua, dan pengambilan keputusan perawat bersama harus memiliki nilai *outer loading* >0,5. Indikator yang tidak memenuhi nilai *outer loading* >0,5 akan dihilangkan dalam model.

**Tabel 3. 1 Nilai Faktor *Loading* Masing-Masing Indikator**

Konstruk	Indikator	Loading ( $\lambda$ )	T-Statistik	Keterangan
X1. Kepercayaan orang tua pada perawat	X3.1. Memberikan tindakan terbaik	0,863	24,441	Valid & Sig.
	X3.2. Mampu memberikan tindakan pada kondisi yang buruk	0,789	9,725	Valid & Sig.
	X3.3. Mampu memberikan informasi yang tepat	0,887	28,286	Valid & Sig.
	X3.4. Selalu memberi informasi sebelum melakukan tindakan	0,768	5,670	Valid & Sig.
	X3.5. Selalu hadir jika dibutuhkan	0,878	29,584	Valid & Sig.
X2. Interaksi perawat dan orang tua	X5.1. Pencarian informasi	0,690	8,968	Valid & Sig.
	X5.2. Pemberian informasi	0,796	17,759	Valid & Sig.
	X5.3. Verifikasi informasi	0,756	13,832	Valid & Sig.
	X5.4. Sosioemosional informasi	0,735	11,996	Valid & Sig.
	X5.5. Identifikasi masalah	0,758	11,206	Valid & Sig.
Y1. Pengambilan keputusan bersama perawat dan orang tua	Y1.1. Penetapan tujuan	0,833	20,766	Valid & Sig.
	Y1.2. Bicara alternatif tindakan	0,876	44,024	Valid & Sig.
	Y1.3. Bicara pilihan	0,825	22,418	Valid & Sig.
	Y1.4. Keputusan bersama	0,892	34,595	Valid & Sig.
	Y1.5. Komitmen	0,823	16,200	Valid & Sig.
Y2. Perawatan bayi baru lahir di rumah sakit	Y2.1. Pemberian ASI	0,209	0,987	Valid & Tidak Sig.
	Y2.2. Perawatan Metode Kanguru	0,945	8,583	Valid & Sig.
	Y2.3. Stimulasi Suara	0,973	8,466	Valid & Sig.
	Y2.4. Stimulasi Sentuhan	0,971	8,445	Valid & Sig.

Tabel 3.1 menunjukkan bahwa satu indikator dinyatakan tidak valid, sehingga tidak dapat disertakan dalam pengujian yang kedua. Pada uji yang kedua seluruh nilai *outer loading*  $>0,5$ , sehingga semua indikator dinyatakan valid.

Uji reliabilitas mengikuti ketetapan, suatu konstruk atau variabel dikatakan memenuhi uji reliabilitas jika memiliki nilai *composite reliability* atau nilai *Cronbach's alpha*  $>0,7$ . Nilai *composite reliability* atau *Cronbach's alpha* menunjukkan  $> 0,7$  sehingga dapat disimpulkan bahwa semua variabel laten telah memenuhi uji reliabilitas.

**Tabel 3.2 Hasil Uji *Average Variance Extracted (AVE)*, *Composite Reliability*, dan *Cronbach's Alpha***

No.	Variabel	<i>AVE</i>	<i>Composite reliability</i>	<i>Cronbach's alpha</i>	Keterangan
1.	Kepercayaan orang tua pada perawat	0,704	0,922	0,895	Reliabel
2.	Interaksi perawat dan orang tua	0,559	0,864	0,803	Reliabel
3.	Pengambilan keputusan perawat bersama orang tua	0,723	0,929	0,904	Reliabel
4.	Perawatan bayi baru lahir	0,706	0,891	0,818	Reliabel

Pemeriksaan selanjutnya adalah nilai *average variance extracted (AVE)*. Nilai *AVE* di atas 0,5 sangat direkomendasikan. Berdasarkan tabel di atas, nilai *AVE* untuk semua konstruk atau variabel laten adalah di atas 0,5. Evaluasi *discriminant validity* dimulai dengan melihat *cross loadings*. Nilai *cross loadings* menunjukkan besarnya korelasi antara setiap konstruk atau variabel laten dengan indikatornya dan indikator dari konstruk blok lainnya. Suatu model pengukuran memiliki *discriminant validity* yang baik bila korelasi antarkonstruk dengan indikatornya lebih tinggi daripada korelasi dengan indikator dari konstruk blok lainnya.

**Tabel 3. 3 Hasil Uji *Discriminant Validity***

	Kepercayaan	Interaksi	Pengambilan keputusan bersama	Perawatan BBL
Kepercayaan	0,839			
Interaksi	0,542	0,748		
Pengambilan keputusan bersama	0,443	0,663	0,850	
Perawatan BBL	0,192	0,282	0,305	0,964

Tabel 3.3 menunjukkan bahwa indikator dalam setiap komponen kontrak berkorelasi lebih tinggi dengan masing-masing kontraknya. Setelah pemeriksaan *convergent validity* dan *discriminant validity* terpenuhi, maka instrumen ini telah memenuhi analisis model struktural/*inner model*.

Tempat penelitian di ruang perinatologi rumah sakit daerah kabupaten wilayah provinsi Jawa Timur Indonesia. Pengumpulan data dilakukan pada kurun waktu bulan Maret-Juni 2021. Populasinya adalah orang tua yang memiliki bayi baru lahir yang dirawat di ruang perinatologi sejumlah 604. Adapun kriteria orang tua adalah ibu dan ayah, memiliki kesadaran baik, mampu membaca dan menulis, dan hadir di ruang perinatologi. Estimasi populasi yang memenuhi kriteria inklusi berdasarkan penelitian sebelumnya adalah 106.<sup>[1]</sup> Perhitungan jumlah sampel berdasarkan pada *confidence level* 95%, *margin of error* 5%, dan *population proportion* 50%. Sampel yang dibutuhkan adalah 84 partisipan. Estimasi partisipan *drop out* adalah 10% (8,4). Total partisipan yang dibutuhkan adalah  $84+8.4= 92.4 = 92$  partisipan. Metode pengambilan sampel adalah *simple random sampling*. Calon partisipan yang memenuhi kriteria dari 604 partisipan sebanyak 146. Hasil pengundian acak sederhana mendapatkan hasil sebanyak 102 masuk menjadi sampel dan 44 bukan sampel. Sebanyak 10 partisipan mengisi data *incomplete* dan dikeluarkan dari sampel penelitian. Responden yang memenuhi syarat dilanjutkan dalam analisis data adalah 92 responden. Analisis data menggunakan *Partial Least Square*.

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan dari komisi etik penelitian kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember dengan nomor 007/KEPK/FIKES/I/2021.

## IV. Paparan Komprehensif Pengembangan Model

### A. Hasil Pengembangan Model

#### 1. Pengujian model struktural (*inner*) model

Nilai koefisien jalur dan nilai t hitung pada *inner model* disajikan dalam tabel berikut:

**Tabel 4. 1 Hasil Uji Hipotesis**

No.	Variabel	Original sampel (0)	T-statistic	Keterangan
1.	Pengaruh kepercayaan orang tua pada perawat terhadap interaksi perawat dan orang tua	0,560	6,158	Ada pengaruh
2.	Pengaruh interaksi perawat dan orang tua terhadap pengambilan keputusan perawat bersama	0,599	6,923	Ada pengaruh
3.	Pengaruh pengambilan keputusan perawat bersama terhadap perawatan BBL	0,318	3,019	Ada pengaruh

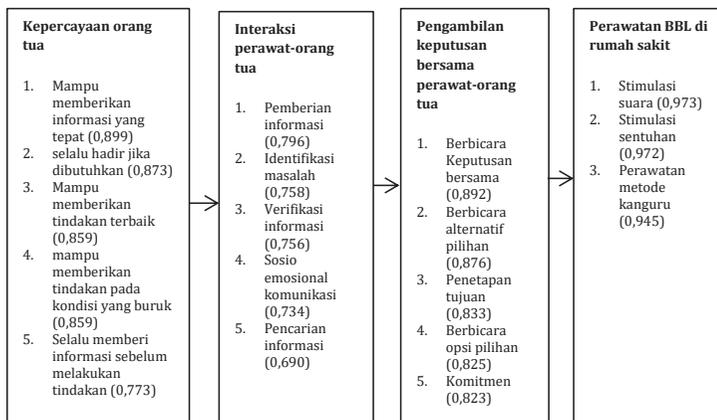
Tabel 4.1 Besarnya pengaruh hubungan antarkonstrak atau variabel laten yang dihipotesiskan ditunjukkan oleh nilai koefisien jalurnya, dari tiga hipotesis yang diajukan, interaksi perawat dan orang tua memiliki berpengaruh terhadap pengambilan keputusan perawat bersama orang tua dengan koefisien jalur (0,599) sehingga interaksi perawat dan orang tua merupakan faktor yang paling berpengaruh kuat dalam pengambilan keputusan perawat bersama orang tua. Selanjutnya adalah melihat nilai *R-square* ( $R^2$ ) untuk kontrak atau variabel laten perawatan bayi baru lahir.

**Tabel 4. 2 Hasil R2 Model Pengambilan Keputusan Bersama dalam Merawat BBL di Rumah Sakit**

Variabel	AVE	Composite reliability	Cronbach's alpha	R <sup>2</sup>
Perawatan BBL	0,929	0,975	0,962	0,101

Tabel 4.2 menunjukkan kepercayaan orang tua pada perawat, interaksi perawat dan orang tua, dan pengambilan keputusan perawat bersama orang tua mampu menjelaskan *variability* konstruk atau variabel laten perawatan BBL sebesar 10,1% (nilai  $R^2$ ) sisanya 89,9%

diterangkan oleh konstruk lainnya yang tidak dihipotesiskan dalam model. Dengan demikian, model akhir pengambilan keputusan bersama dalam merawat BBL di rumah sakit disajikan pada Gambar 4.1.



**Gambar 4. 1 Model Pengambilan Keputusan Bersama Perawatan BBL di Rumah Sakit**

## B. Ulas Tuntas Pengembangan Model

### 1. Pengaruh kepercayaan terhadap interaksi

Ada pengaruh kepercayaan orang tua pada perawat terhadap interaksi perawat dan orang tua ( $t$ -statistik 6,158 > 2,0). Hasil ini mendukung penelitian di Afrika-Amerika bahwa kepercayaan pasien berpotensi meningkatkan pengambilan keputusan bersama melalui hubungan interpersonal bukan preferensi pasien.<sup>32</sup> Kepercayaan pasien akan mendukung hubungan relasional dalam perawatan.<sup>33</sup>

Jika kepercayaan orang tua rendah dan kepercayaan terhadap perawat sangat tinggi, maka berisiko memasrahkan seluruh keputusan perawatan bayi kepada perawat. Kepercayaan yang dimiliki orang tua terhadap perawat lebih tinggi dari kepercayaan terhadap dirinya sendiri. Kepercayaan berlebihan kepada perawat meningkatkan kecenderungan pengambilan keputusan sepihak oleh perawat yang diberikan secara sukarela oleh orang tua.

Kepercayaan adalah aspek penting dalam dari kehidupan sosial, tidak hanya dalam kedekatan hubungan tetapi juga dalam

interaksi dengan orang asing. Kepercayaan adalah perekat sosial yang menyatukan orang dan memfasilitasi interaksi. Rasa percaya orang tua kepada perawat sesungguhnya merupakan rasa percaya kepada orang asing yang baru dikenal karena didorong oleh keinginan alamiah untuk percaya.<sup>34</sup> Hubungan kepercayaan kepada orang yang asing atau tidak dikenal terkadang diasumsikan membutuhkan waktu lama untuk membentuknya. Menariknya dalam hubungan profesional perawat-pasien menunjukkan bahwa kepercayaan yang dibangun membutuhkan waktu yang singkat atau segera. Hubungan medis jangka pendek bisa menghasilkan ikatan yang kuat dan perasaan keintiman yang intens. Tingkat kepercayaan yang sangat tinggi pada profesional kesehatan juga didapatkan pada pasien yang tidak sakit parah. Data survei terakhir menunjukkan bahwa kepercayaan pada profesional kesehatan tetap konsisten tinggi sepanjang waktu.

Beberapa faktor yang menyebabkan orang tua percaya kepada perawat antara lain: 1) meyakini bahwa perawat adalah orang yang ahli dan tepat dalam memberi perawatan anak saat di rumah sakit; 2) meyakini bahwa peralatan yang dibutuhkan untuk merawat anak yang sakit sudah tersedia dan siap sewaktu-waktu digunakan; 3) meyakini bahwa bila keadaan anak memburuk perawat sudah sangat ahli dalam mengatasinya. Keyakinan ini membuat terbentuknya rasa percaya kepada perawat hanya membutuhkan waktu yang singkat. Rasa percaya yang tertanam pada diri orang tua adalah rasa percaya yang sangat kuat.

Beberapa faktor yang menyebabkan orang tua kurang percaya kepada dirinya sendiri antara lain: 1) belum pernah mempunyai anak; 2) sudah mempunyai anak akan tetapi belum pernah mempunyai pengalaman merawat anak; 3) trauma karena mempunyai pengalaman gagal dalam merawat anak; 4) tidak yakin atas kemampuan merawat anak; 5) merasa tidak mempunyai pengetahuan yang cukup untuk merawat anak; 6) merasa tidak mempunyai pengalaman merawat anak yang sedang di rumah sakit; dan 7) sudah memiliki anak dan mempunyai pengalaman merawat anak namun bukan anak yang lahir dengan berat badan lahir rendah. Data ini mengindikasikan bahwa bekal untuk memiliki rasa percaya kepada diri sendiri bagi orang tua

masih minimal.

Selain itu rasa percaya diri pada orang tua juga di duga karena faktor umur. Pada penelitian ini karakteristik umur, umur ibu *min* 17 tahun, *max* 47 tahun, rerata 27.7 tahun (SD=6.68). Umur ayah *min* 18 tahun, *max* 51 tahun, dan rerata 32 tahun (SD=7.40). Data ini menunjukkan bahwa masih dijumpai usia terlalu muda atau terlalu tua menjadi orang tua. Umur menunjukkan tingkat kematangan berpikir.<sup>35</sup> Umur yang terlalu muda mempunyai kecenderungan untuk pasrah dan tidak terbiasa menyelesaikan masalah sendiri. Ibu muda akan merujuk kepada nenek yang dianggap mempunyai pengalaman. Preferensinya diserahkan kepada orang lain (nenek), sementara nenek justru seringkali mengambil alih keputusan perawatan bayi secara spontan tanpa berunding kepada ibu. Dominasi peran serta nenek pada perawatan bayi merupakan lingkaran yang sulit diputuskan menjadi penyebab kurangnya pengalaman ibu dalam merawat anaknya sendiri. Dominasi ini timbul karena nenek yang merasa lebih berpengalaman mengambil peran ibu dalam perawatan.

## 2. Pengaruh interaksi terhadap pengambilan keputusan bersama

Ada pengaruh interaksi perawat dan orang tua pengaruh terhadap pengambilan keputusan perawat bersama orang tua.

Interaksi perawat dan orang tua sangat penting untuk mengidentifikasi nilai. Selama berinteraksi terjadi pertukaran nilai antara perawat dan orang tua. Pada tahap ini perawat dan orang tua saling mempelajari nilai yang dianggap baik, buruk, bermanfaat, merugikan, dan yang diharapkan. Apabila masing-masing pihak telah memahami nilai yang diyakini maka perawat maupun orang tua akan menyesuaikan dengan nilai tersebut. Penyesuaian nilai pada umumnya dipercepat dengan adanya kesamaan bahasa. Perawat yang menggunakan bahasa Madura bagi pasien yang bersuku Madura akan lebih cepat diterima. Demikian pula pada pasien yang berbahasa Jawa. Selain itu kesamaan dalam berbahasa juga meminimalkan kesalahpahaman antara perawat dan orang tua, dan meminimalkan keragu-raguan atas informasi yang diterima.

Pada penelitian ini sebagian besar orang tua baik ayah maupun ibu 70,6% bersuku Jawa. Interaksi perawat dan orang tua sebagian besar juga mengikuti nilai suku Jawa. Antara lain: menggunakan bahasa Jawa, mengizinkan selama interaksi didampingi anggota keluarga. Perawat tidak mengalami kesulitan dalam memberikan asuhan dengan memperhatikan nilai. Kemampuan ini mempermudah proses interaksi perawat dan orang tua. Orang tua juga mampu melakukan interaksi dengan perawat karena rasa ingin tahu tentang keadaan anak, menginginkan anaknya cepat sembuh, dan menginginkan anaknya mendapatkan perawatan terbaik. Kedua situasi ini bertemu dalam sebuah interaksi terapeutik, sehingga mampu menghasilkan interaksi interpersonal yang baik.

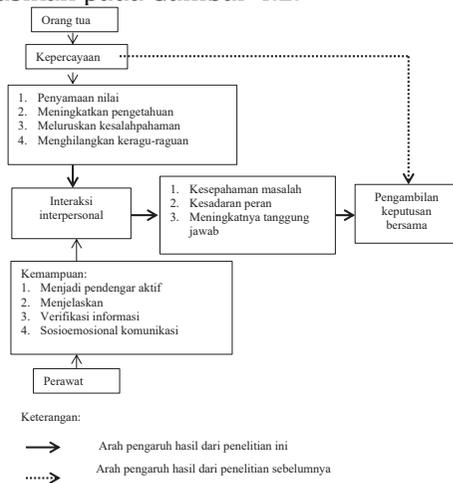
Penelitian ini mendapatkan data bahwa interaksi diduga mampu meningkatkan pengetahuan, kesadaran peran dan tanggung jawab orang tua. Luaran dari interaksi perawat dan orang tua adalah kesepahaman masalah yang terjadi pada bayi. Adanya kejelasan dan kesepahaman masalah membuat orang tua mulai ada kecenderungan untuk membicarakan bersama-sama dengan perawat tujuan dan penyelesaian masalah. Hal ini mengandung arti bahwa kesamaan pandang atau kesepahaman tentang masalah adalah fakta yang amat penting. Jika perawat menganggap masalah urgen untuk di atasi sementara orang tua sebaliknya maka, akan terjadi disharmoni dalam memandang masalah. Posisi ini akan menyulitkan proses bermusyawarah mengambil keputusan. Oleh karena itu interaksi interpersonal yang baik akan menjembatani preferensi pengambilan keputusan bersama.

Interaksi interpersonal membutuhkan keterampilan menjadi pendengar aktif, kemampuan menjelaskan, pengetahuan tentang pasien, dan kemampuan berdiskusi.<sup>36</sup>

Keterampilan ini menjadi kunci penting bagi keberhasilan interaksi. Pendengar aktif merupakan keterampilan yang dibutuhkan pada saat orang tua menyampaikan pendapatnya, keluhan, atau hal lain yang terkait. Kemampuan menjelaskan digunakan untuk menyampaikan informasi tentang perawatan bayi. Kemampuan menjelaskan di sini

harus disesuaikan dengan nilai dan kemampuan orang tua dalam menerima informasi. Kemampuan menilai pengetahuan orang tua digunakan untuk mengevaluasi seberapa banyak kemampuan orang tua menerima informasi yang telah diberikan. Apabila informasi yang diterima hanya sebagian maka perawat dapat melakukan pemberian ulang informasi yang belum dipahami. Secara keseluruhan kemampuan perawat melakukan diskusi dengan orang tua akan membantu orang tua mencapai tujuan interaksi, yaitu meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan tanggung jawab.

Apabila dilihat dari sisi orang tua, maka preferensi interaksi adalah hal utama yang harus ada. Sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya bahwa preferensi interaksi ini diinisiasi oleh perilaku mencari informasi yang rendah, tetapi mempunyai respons yang positif. Respons positif ini dapat meningkatkan kebutuhan belajar. Sebaliknya apabila respons negatif maka akan menghambat timbulnya keinginan belajar. Pada penelitian ini respons yang ditunjukkan oleh responden adalah rendahnya kebutuhan belajar. Kebutuhan belajar yang sungguh-sungguh menginisiasi keinginan orang tua untuk lebih mengetahui perawatan bayi. Pengaruh interaksi terhadap pengambilan keputusan bersama diilustrasikan pada Gambar 4.2.



Gambar 4. 2 Mekanisme Interaksi Interpersonal Perawat terhadap Pengambilan Keputusan Bersama

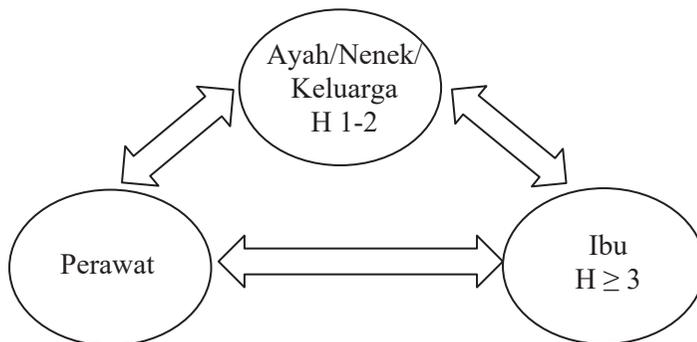
Gambar 4.2 menjelaskan bahwa keterampilan perawat membantu orang tua memahami masalah dan meningkatkan peran dan tanggung jawab. Berdasarkan uraian di atas dapat dikatakan bahwa kepercayaan telah membangun hubungan relasional, karena mencerminkan aktivitas internal yang digunakan untuk menentukan pilihannya menjalin hubungan atau interaksi dengan perawat. Kegiatan interaksi digunakan untuk meningkatkan pengetahuan tentang masalah yang terjadi pada bayi, meningkatkan kesadaran akan peran dan tanggung jawab sebagai orang tua. Kecenderungan untuk mengambil keputusan bersama dapat muncul setelah orang tua melakukan interaksi dengan perawat.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Bae, (2017), Derrington, *et al.*, (2018) dan Hunter, (2019) yang menyatakan bahwa interaksi berhubungan dengan pengambilan keputusan bersama.<sup>37,38,39</sup> Hasil *integrative review* yang dilakukan Truglio *et al.*, (2018) menyebutkan bahwa elemen dasar dalam pengambilan keputusan bersama adalah membangun hubungan dan komunikasi.<sup>40</sup> Ganz *et al.*, (2016) menyatakan bahwa pengambilan keputusan bersama dipengaruhi oleh proses hubungan antara dua orang yang akan memutuskan dalam suatu interaksi relasional.<sup>41</sup> Berbeda dengan hasil sistematika *review* yang dilakukan oleh Kunneman *et al.*, (2019) bahwa selama ini penelitian lebih memberikan perhatian terhadap teknik pengambilan keputusan bersama dan kurang memperhatikan penilaian terhadap komunikasi humanistik pada proses interaksi.<sup>42</sup>

Interaksi interpersonal dapat menuntun pasien dalam mengambil keputusan. Interaksi interpersonal dalam bermusyawarah mengambil keputusan mempunyai *proximal effects* antara lain: meningkatkan hubungan ibu dengan perawat; meminimalkan ketidakpuasan akibat beban keputusan, konflik keputusan, dan ketidakpastian; dan menunjukkan rasa hormat terhadap preferensi individu menyebabkan peningkatan kepuasan terhadap perawatan pada tingkat individu.<sup>16,43</sup>

Studi sebelumnya telah menemukan interaksi interpersonal perawat dan orang tua adanya sebuah interaksi yang unik yang diistilahkan dengan interaksi segitiga (disebut *triangle interaction*).<sup>44</sup> Interaksi yang terdiri dari tiga konsep, yaitu hubungan, komunikasi, dan

pertukaran informasi.<sup>44</sup> Adapun interaksi tersebut apabila di lihat dari kronologis waktu dapat divisualkan dalam Gambar 4.3.



Gambar 4. 3 Kronologis Waktu Interaksi Segitiga

Gambar 4.3 memberikan gambaran kronologis waktu interaksi segitiga perawat dan ibu melalui jalur ayah/nenek/keluarga dengan jalur hubungan timbal balik. Pada interaksi segitiga ini yang harus diperhatikan bahwa kondisi ibu mungkin mengalami empat hal: 1) penurunan kognitif; 2) penurunan konsentrasi; 3) tekanan emosi; dan 4) penurunan kontrol. Penurunan kognitif dapat terjadi karena adanya nyeri, ketidaknyamanan fisik, dan adanya kecemasan. Pada kondisi ini kemampuan untuk mengingat atau *me-recall* informasi atau pengetahuan yang dimiliki sebelumnya akan terasa sulit. Ibu lebih fokus terhadap dirinya sendiri dan tidak fokus pada kognisinya. Selain itu ibu juga mengalami penurunan konsentrasi. Ibu akan mengalami kesulitan untuk meretensi informasi karena konsentrasi ibu lebih banyak kepada kondisinya yang sedang dalam pemulihan paska partus. Berbagai macam pengalaman selama masa kehamilan sampai peristiwa melahirkan sesungguhnya merupakan proses fisiologis yang alamiah. Namun dengan berbagai macam kesulitan yang dialami ibu seringkali pengalaman kehamilan dan persalinan dipandang sebagai pengalaman yang tidak menyenangkan. Hal ini akan menimbulkan tekanan emosi pada ibu. Beberapa ibu terlihat sangat emosional ingin segera pulang dan bisa beristirahat lebih baik. *Loss of control* atau perasaan kehilangan kendali atas dirinya sendiri menyebabkan ibu bersedih dan merasa telah menyusahkan banyak orang.

Perasaan buruk tersebut menyebabkan ibu membutuhkan dukungan dari orang-terdekatnya. Dukungan tersebut dibutuhkan untuk empat tujuan: 1) mengingat informasi; 2) menginternalisasi informasi; 3) memilah-milah informasi; dan 4) menyederhanakan informasi. Tugas ayah/nenek/keluarga sebagai orang yang pertama kali berinteraksi dengan perawat adalah membantu ibu untuk mencapai tujuan tersebut. Perawat pada proses interaksi harus memerhatikan jalur interaksi segitiga ini.

Tahap pertama interaksi perawat-ayah/nenek/keluarga. Hambatan pada tahap pertama interaksi bisa berasal dari ayah/nenek/keluarga maupun dari ibu. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pendidikan ayah juga rendah, 29,3% tamat SD, 29,3% tamat SMP bahkan, 3% tidak sekolah/tidak tamat SD. Apabila dilihat dari pengetahuan ayah tentang perawatan bayi dan pengalaman merawat bayi, maka dapat dipastikan kondisinya lebih rendah dari ibu. Untuk itulah maka peranan keterampilan komunikasi dalam interaksi ini sangat penting.

Bukti saat ini menunjukkan bahwa pendekatan yang berpusat pada pasien dengan keterampilan komunikasi yang efektif mengarah pada peningkatan kepuasan pasien. Ini terkait dengan kepatuhan yang lebih baik terhadap pengobatan, hasil kesehatan dan kualitas layanan kesehatan yang lebih baik<sup>45</sup>. Komunikasi dan Interaksi adalah dua istilah yang sering disatukan meskipun ada perbedaan antara kedua kata ini. Komunikasi mengacu pada tindakan berbagi informasi. Interaksi mengacu pada bertindak sedemikian rupa sehingga dapat mempengaruhi yang lain. Perbedaan utama antara komunikasi dan interaksi adalah bahwa interaksi adalah istilah yang lebih luas sementara komunikasi adalah bagian dari interaksi.

Interaksi adalah tindakan yang dapat mempengaruhi yang lain, bersifat timbal balik. Interaksi dicirikan dengan adanya respons yang jelas terhadap tindakan tersebut. Pada ilmu sosial interaksi sebagai bagian penting dari kehidupan manusia di mana orang membutuhkan interaksi satu sama lain. Interaksi perawat dan orang tua pada tahap pertama bertujuan antara lain untuk: 1) berbagi makna, perasaan, dan

persepsi; dan 2) bertukar informasi.

Perawat dan orang tua berbagi makna artinya masing-masing pihak belajar untuk menilai dan menerima makna yang diyakini. Perawat mempelajari dan mengenali makna nilai yang diyakini orang tua kemudian berespons sesuai dengan keyakinan tersebut. Perawat menunjukkan perilaku yang penerimaan yang tepat menyelaraskan dengan nilai orang tua. Sebaliknya orang tua dalam tatap muka pertama juga akan mempelajari dan menilai makna yang diyakini oleh perawat. Orang tua juga akan berupaya melakukan penerimaan dan menyesuaikan dengan nilai perawat. Selanjutnya setelah masing-masing memahami makna maka akan terjadi penilaian terhadap perasaan. Perawat melakukan penilaian terhadap keseluruhan performa orang tua terutama perasaan yang sedang dirasakan, sedih, gelisah, atau cemas. Penilaian ini membantu perawat dalam melakukan komunikasi. Pemilihan kata dan nada suara saat pencarian, pemberian, verifikasi informasi akan disesuaikan dengan perasaan yang sedang dialami oleh orang tua. Berdasarkan tahapan ini maka sosioemosional komunikasi akan secara spontan/natural ditampilkan oleh perawat. Sebaliknya respons yang dilakukan oleh orang tua akan mengimbangi perilaku sopan, terbuka, dan ramah yang dilakukan oleh perawat.

Persepsi adalah tindakan menyusun, mengenali, dan menafsirkan informasi sensoris untuk memberikan gambaran tentang lingkungan. Mulyana, (2007) menjelaskan persepsi adalah inti komunikasi, sedangkan penafsiran (interpretasi) adalah inti persepsi dalam proses komunikasi. Persepsi disebut inti komunikasi karena jika persepsi tidak akurat maka komunikasi tidak efektif. Persepsi dapat menentukan memilih pesan dan mengabaikan pesan yang lain. Semakin tinggi derajat kesamaan persepsi antarindividu, semakin mudah dan semakin sering mereka berkomunikasi.

Berdasarkan pengertian di atas dalam hubungan perawat-orang tua, yang dimaksud adalah persepsi perawat-orang tua pada saat melakukan proses interaksi terapeutik. Sumber rangsangan yang menjadi stimulator dalam proses interaksi adalah pertemuan pertama antara perawat dan orang tua. Informasi yang akan dipersepsikan oleh

perawat-orang tua adalah sesuatu yang dilihat, yang didengar, dan yang dirasakan. Ekspresi perawat pada saat pertemuan pertama dan ekspresi yang ditunjukkan pasien pada perawat menjadi informasi pembuka timbulnya persepsi bagi kedua pihak. Berikutnya ucapan salam, sapa, dan perkenalan perawat kepada pasien dan respons pasien pada aksi perawat tersebut merupakan informasi kedua. Dua informasi awal ini menjadi dasar terbangunnya persepsi bagi perawat-orang tua. Apabila ekspresi perawat positif memungkinkan dipersepsikan baik oleh orang tua dan sebaliknya orang tua akan memberikan ekspresi positif pada perawat. Namun apabila ekspresi orang tua tidak kongruen maka akan timbul perbedaan persepsi. Semakin besar peluang perbedaan informasi awal yang masuk sebagai rangsangan persepsi maka kemungkinan akan mengganggu proses penafsiran atau interpretasi informasi.

Interaksi perawat-orang tua memiliki dua hal utama yang penting untuk dipersepsikan yaitu atensi dan kepedulian. Atensi adalah perhatian. Proses atensi membantu efisiensi penggunaan sumber daya dan membantu kecepatan reaksi. Perhatian merupakan aktivitas menjaga sesuatu tetap dalam pikiran yang membutuhkan konsentrasi. Perhatian perawat-orang tua bersifat selektif dan terfokus. Artinya perawat-orang tua harus memilih informasi dari beberapa informasi yang diterima. Atensi juga melibatkan kecepatan perawat-orang tua bereaksi untuk memberikan tanggapan sesegera mungkin (yang paling cepat) dan tepat sesuai dengan kebutuhan informasi yang diterima. Semakin cepat perawat-orang tua memberikan tanggapan maka sesungguhnya perhatiannya semakin baik. Semakin fokus perhatian perawat-orang tua maka konsentrasi perawat-orang tua dalam berinteraksi semakin tinggi.

Komponen kedua adalah kepedulian. Peduli artinya mengindahkan, memperhatikan, menghiraukan. Kepedulian mengandung makna bahwa seseorang merasa empati atas masalah yang dihadapi orang lain. Membangun kepedulian berarti bersedia mendengarkan, mengerti jika seseorang membutuhkan bantuan, dan memberikan dukungan tanpa mengharapkan penghargaan. Orang yang peduli artinya peka terhadap perasaan orang lain dan memikirkan cara melakukan sesuatu

untuk membantu orang lain. Kepedulian juga menimbulkan sikap menghargai orang lain. Bila dalam suatu hubungan interaksi masing-masing pihak menilai bahwa pihak lain peduli maka pola interaksi terjadi dalam suasana saling menguntungkan. Sebaliknya bila salah satu pihak atau kedua pihak tidak ada kepedulian terhadap pihak lain maka interaksi akan terganggu.

Pada hubungan perawat-orang tua pada pertemuan pertama yaitu memberikan persepsi apakah masing-masing pihak termasuk dalam orang yang peduli? Persepsi orang tua tentang kepedulian perawat adalah penilaian pasien apakah perawat empati, bersedia mendengarkan, dan berupaya sepenuh hati untuk membantu orang tua. Penilaian ini akan berdampak pada proses komunikasi terapeutik yang sedang berlangsung. Demikian pula persepsi perawat tentang kepedulian orang tua terhadap keberadaan dan kapasitas perawat saat memberikan pelayanan. Penilaian perawat tentang orang tua, apakah orang tua menghargai kehadiran perawat? Mau mendengarkan pertanyaan perawat? Bersedia bekerja sama saling menguntungkan dengan perawat? Dan mengerti kondisi perawat pada saat melaksanakan asuhan. Persepsi perawat tentang kepedulian orang tua memberikan informasi awal apakah orang tua dapat diajak bekerja sama saling menguntungkan atau tidak. Bila orang tua dinilai peduli terhadap perawat tentu orang tua juga peduli dengan dirinya sendiri.

Secara timbal balik dalam hubungan perawat-orang tua, persepsi perawat tentang dirinya sendiri dan persepsinya tentang keluarga pasien akan berpengaruh terhadap proses interaksi. Demikian juga sebaliknya, persepsi keluarga pasien tentang dirinya sendiri dan persepsinya tentang perawat juga akan memengaruhi interaksi. Tahap berikutnya setelah berbagi persepsi, makna, dan perasaan perawat-orang tua kemudian melakukan *sharing* informasi. *Sharing* informasi dimulai dengan pencarian informasi, yaitu perawat-orang tua saling memberikan pertanyaan berkaitan dengan data bayi dan ibu. kemudian dilanjutkan dengan pemberian informasi, yaitu perawat menyampaikan keadaan bayi kepada ayah/nenek/keluarga, dan sebaiknya perawat mendapatkan informasi tentang keadaan ibu dari ayah/nenek/keluarga.

Informasi ini penting terkait dengan keadaan bayi dan ibu apakah keduanya dalam keadaan yang stabil/sakit ringan/sakit sedang/berat? Selanjutnya perawat-orang tua saling melakukan verifikasi terhadap informasi yang telah diterima. Hasil akhir dari interaksi perawat-orang tua adalah pemahaman bersama tentang masalah bayi.

Tahapan yang kedua dalam segitiga interaksi adalah interaksi antara ayah/nenek/keluarga dengan ibu. Tahapan ini yang dilakukan ayah/nenek/keluarga adalah memberikan informasi, berbagi pendapat, mendorong preferensi interaksi. Kemampuan ayah/nenek/keluarga menyampaikan informasi sangat memengaruhi kuantitas dan kualitas informasi. Semakin baik cara menyampaikan maka diharapkan semakin besar kemungkinan informasi diterima oleh ibu. Sebaliknya jika ayah/nenek/keluarga tidak mampu menyampaikan informasi kepada ibu maka, kemungkinan besar ada informasi yang tidak tersampaikan dengan baik. Di pihak lain faktor ibu juga memengaruhi penerimaan informasi. Pada kondisi ibu belum sehat maka belum saatnya diberikan informasi karena ibu masih berfokus pada kondisinya yang belum pulih.

Ibu rata-rata merasa sehat pada hari ke tiga. Ibu sudah bisa diajak berbagi pendapat tentang keadaan bayi dan kebutuhan perawatannya dikaitkan dengan peran ibu untuk memenuhinya. Kebutuhan perawatan bayi akan lebih cepat direspons bila ibu dapat menerima seluruh informasi dengan baik. Informasi tersebut dapat berupa informasi lisan maupun informasi melalui alat bantu keputusan. Proses meretensi dan menginternalisasi informasi akan mendorong timbulnya preferensi ibu untuk berinteraksi dengan perawat. Ibu akan berfikir lebih sungguh-sungguh tentang pemenuhan kebutuhan bayi selama sakit. Ibu juga akan mempertimbangkan keadaan dirinya dan akan menimbulkan keinginan untuk mengetahui cara-cara yang dapat digunakan untuk meminimalkan keluhan selama masa nifas dan memperlancar proses involusi uterus. Keinginan ibu untuk lebih tahu akhirnya menimbulkan preferensi relasional, dan dapat dilanjutkan dengan tahap ke tiga dalam interaksi segitiga.

Pada tahap ke tiga atau tahap akhir pada segitiga interaksi adalah interaksi antara ibu dengan perawat. Ibu dapat hadir sendiri untuk

bertemu dengan perawat atau ditemani oleh ayah/nenek/keluarga. Pada tahap akhir ini terjadi pemikiran bersama, yaitu perawat, ibu, ayah/nenek/keluarga secara bersama-sama menyampaikan pemikiran tentang keadaan bayi dan ibu. Kemudian dilanjutkan mendiskusikan tentang masalah yang terjadi pada bayi. Perawat menekankan bahwa bayi saat ini membutuhkan bantuan ibu untuk memenuhinya. Ibu juga akan menyampaikan keadaannya dan potensi untuk membantu. Perawat-ibu/ayah/nenek/keluarga saling memperbaharui informasi mengikuti perkembangan kondisi bayi dan ibu pada saat interaksi. Produk akhir dari interaksi ini adalah timbulnya gagasan bersama untuk bersama-sama mendiskusikan rencana perawatan pada bayi. Keseimbangan dan kesetaraan dalam memahami permasalahan dan tujuan yang ingin dicapai dalam perawatan akan memudahkan proses pengambilan keputusan bersama.

Hambatan pada sesi yang ketiga pada interaksi segitiga adalah apabila ibu tidak dapat hadir ke rumah sakit. Hal ini disebabkan dengan jarak yang jauh dan ibu tidak mempunyai dukungan sarana transportasi untuk ke rumah sakit. Selain itu dapat terjadi karena ibu tidak mempunyai dukungan untuk menyelesaikan tugas-tugas rumah tangga yang ditinggalkan selama ibu berkunjung ke rumah sakit. Beberapa ibu juga mengalami komplikasi post partum dalam waktu lebih dari satu minggu. Hambatan ini sebetulnya tidak mengurangi tahapan segitiga interaksi, namun memperlambat proses terlibatnya ibu dalam perawatan bayi. Ketidakhadiran ibu selama beberapa waktu tetap digantikan oleh ayah/nenek/keluarga. Kebutuhan umum bayi seperti obat-obatan, pemeriksaan diagnostik, dan peralatan *personal hygiene* tetap membutuhkan kehadiran keluarga yang bertanggung jawab. Hanya kebutuhan ASI dan *bonding attachment* belum dapat dipenuhi secara langsung.

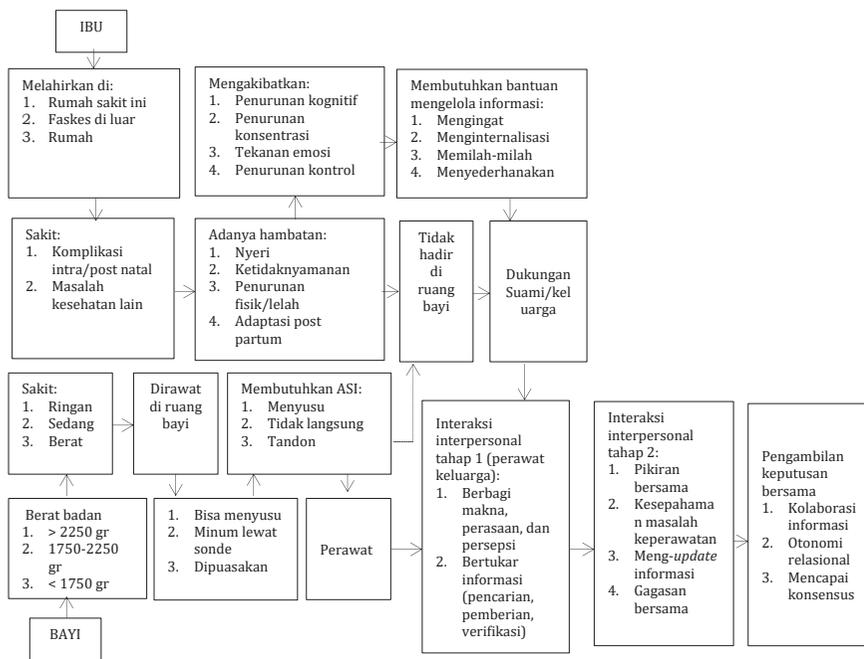
Berdasarkan uraian di atas maka dapat dipahami bahwa interaksi interpersonal merupakan jalur strategis untuk membantu orang tua dalam pengambilan keputusan bersama. Dasar utama terjadinya pengambilan keputusan bersama ini

adalah kolaborasi informasi, otonomi relasional, dan pencapaian konsensus.

Kolaborasi informasi merupakan output dari interaksi interpersonal, yaitu terbentuknya informasi yang merupakan kesimpulan atas kegiatan berbagi informasi perawat-orang tua. Informasi yang disampaikan orang tua juga merupakan informasi hasil kolaborasi antara ibu, ayah, nenek, dan atau keluarga. Hal ini mengandung arti bahwa informasi yang disampaikan ibu merupakan himpunan data dari ayah, nenek, dan atau keluarga yang dianalisis dalam sebuah informasi besar. Kolaborasi informasi ini akan mendorong tumbuhnya otonomi relasional.

Otonomi relasional adalah hubungan yang terbangun atas kesatuan pikiran ayah, nenek, keluarga, dan ibu untuk menyampaikan pendapat secara mandiri. Kesatuan pikiran dari ibu dan keluarga merupakan informasi kunci yang akan mengantarkan perawat untuk melanjutkan interaksi ini dalam sebuah komunikasi pengambilan keputusan bersama. Komunikasi diawali dengan menentukan tujuan perawatan, kemudian alternatif pilihan tindakan, dan diakhiri dengan penjelasan real tentang detail dari masing-masing tindakan.

Komponen yang terakhir adalah perawat-orang tua mencapai konsensus atau kesepakatan. Ibu/keluarga bersepakat tindakan yang ditetapkan untuk memenuhi perawatan bayi, dan perawat mendukung kesepakatan tersebut. Kesepakatan yang diambil merupakan kesepakatan kolektif. Kolektif artinya bahwa kesepakatan antara perawat dan ibu merepresentasikan kesepakatan bersama antara perawat, ibu, dan ayah/nenek/keluarga. Hal ini terjadi karena kesepakatan diambil setelah melalui interaksi segitiga. Untuk lebih jelasnya mekanisme interaksi interpersonal dalam memengaruhi pengambilan keputusan bersama dapat dilihat pada Gambar 4.4.



**Gambar 4.4 Mekanisme Interaksi Interpersonal dalam Memengaruhi Pengambilan Keputusan Bersama**

### 3. Pengaruh pengambilan keputusan bersama terhadap perawatan BBL

Pengambilan keputusan perawat bersama orang tua berpengaruh terhadap perawatan BBL.

Ada pengaruh positif dan signifikan antara pengambilan keputusan bersama terhadap perawatan bayi baru lahir. Semakin tinggi pengambilan keputusan bersama maka semakin aktif perawatan orang tua pada BBL. Setiap peningkatan 1 unit pengambilan keputusan bersama akan meningkatkan 3,019 unit perawatan orang tua pada BBL. Hasil penelitian ini mendukung penelitian Rohmah, 2019; Shay *et al.*, dalam Elwyn, G. *et al.*, (2016) yang menyatakan bahwa pengambilan keputusan bersama berdampak pada perubahan perilaku kesehatan yang lebih baik.<sup>11</sup> Hasil sistematika *review* oleh Lemyre *et al.*, (2016) juga menyatakan pengambilan keputusan bersama berbasis prognosis

merupakan kunci dalam meningkatkan kualitas hidup bayi yang dirawat di ruang intensif. Pengambilan keputusan bersama juga mendukung perawatan kenyamanan di unit intensif neonatus (Kaempf, *et al.*, 2016). Berbeda dengan penelitian dari Astbury, *et al.*, (2017) yang menyatakan bahwa pengambilan keputusan bersama tidak dapat dilakukan karena tidak tersedia proses yang mendukung. Demikian pula Soltys *et al.*, (2019) menyatakan bahwa orang tua yang menyukai pengambilan keputusan bersama (34,3%) lebih rendah dibandingkan dengan pengambilan keputusan aktif (52,3%).

Studi sebelumnya lebih banyak menekankan bahwa pengambilan keputusan bersama lebih banyak digunakan untuk masalah yang bukti penelitian rendah, tersedia lebih banyak pilihan, beban efek samping, gaya hidup, dan sumber daya tinggi<sup>51</sup>. Berbeda dengan studi terdahulu, pada penelitian ini pengambilan keputusan bersama digunakan untuk tindakan perawatan bayi dengan BBL, di mana tindakan yang diambil mempunyai bukti penelitian yang sangat tinggi, tidak banyak pilihan yang tersedia, dan sedikit efek samping. Pengambilan keputusan pada perawatan bayi BBL lebih menekankan pada perubahan sikap dan perilaku ibu/orang tua, dan ketersediaan sumber daya. Secara ringkas perbedaan tersebut dapat dilihat pada Tabel 4.3.

**Tabel 4.3 Perbedaan Pertimbangan dalam Pengambilan Keputusan Bersama**

<b>Indikator</b>	<b>Pengambilan keputusan pada perawatan kasus kritis</b>	<b>Pengambilan keputusan pada perawatan BBL</b>
Bukti penelitian	Rendah	Tinggi
Pilihan tindakan	Banyak	Sedikit
Beban efek samping	Tinggi	Rendah
Dampak gaya hidup	Tinggi	Tinggi
Sumber daya	Tinggi	Rendah

Tabel 4.3 menjelaskan perbedaan antara pengambilan keputusan pada kondisi kritis/urgen dengan pertimbangan dalam pengambilan keputusan perawatan BBL yang sudah stabil.

Lima pertimbangan dalam pengambilan keputusan dalam penelitian ini perlu didiskusikan terlebih dahulu untuk menekankan pentingnya pengambilan keputusan bersama pada perawatan bayi. Pertama adalah tingginya bukti penelitian perawatan BBL. Ada empat perawatan yang diukur dalam penelitian ini, antara lain: 1) pemberian ASI, 2) perawatan metode kanguru, 3) stimulasi sentuhan, dan 4) stimulasi suara. Keempat jenis perawatan ini adalah metode yang berbasis bukti yang tinggi. Sampai dengan saat ini bukti bahwa pemberian ASI merupakan makanan yang paling baik bagi bayi belum terbantahkan. Demikian pula perawatan metode kanguru pada bayi dengan prematur, atau bayi BBLR juga mempunyai terbukti mempunyai banyak manfaat. Stimulasi sentuhan dan suara juga sudah banyak terbukti mempercepat penyembuhan bayi sakit. Pilihan yang ditawarkan pada perawatan bayi tergantung pada keadaan bayi dan kesiapan ibu.

Pertimbangan kedua adalah tingginya dampak terhadap aktivitas. Keadaan bayi memengaruhi tindakan perawatan yang akan dilakukan. Pemberian ASI sudah dapat diberikan dalam 1 jam sesudah kelahiran dan sudah dapat dimulai apabila bayi sudah mampu menghisap dengan baik. Bayi yang tidak bisa menyusui harus diberi ASI perah dengan cangkir dan sendok. Apabila bayi mampu menghisap dari puting dengan baik dan berat badan meningkat, maka pemberian ASI lewat cangkir dan sendok sudah bisa dikurangi. Pemberian ASI pada bayi dengan berat badan lahir >2250 gram dapat diberikan langsung sesudah dilahirkan. Bayi dengan berat lahir antara 1750-2250 gram mungkin memerlukan perawatan ekstra. Namun apabila bayi dalam keadaan bugar dan reflek hisap baik dapat diberikan ASI secara langsung.<sup>52</sup>

Hambatan yang diidentifikasi dalam penelitian ini ada dua yaitu hambatan yang berasal dari ibu dan hambatan yang berasal dari bayi. Hambatan yang berasal dari ibu berupa keadaan ibu yang masih sakit paska melahirkan, produksi ASI yang rendah, kurang pengetahuan ibu tentang menyusui, ibu melahirkan di RS lain, jarak rumah dengan RS jauh. Hambatan yang berasal dari bayi berupa reflek hisap yang inadkuat (78,3% berat badan <2500gram dan 69,6% umur kehamilan

<37 minggu). Hambatan ini menyebabkan pemberian ASI tidak dapat diberikan secara langsung. Jika hambatan berasal dari ibu maka pemberian ASI baik langsung maupun tidak langsung tidak dapat diberikan. Jika hambatan berasal dari bayi maka pemberian ASI bisa diberikan secara tidak langsung. Ibu bisa memerah ASI-nya untuk diberikan secara tidak langsung kepada bayinya atau untuk disimpan.

Demikian pula perawatan metode kanguru, stimulasi sentuhan dan suara juga tergantung pada keadaan bayi dan ibu. Apabila fungsi pernafasan, termoregulasi, kesadaran, pencernaan, dan perkemihan bayi stabil maka bayi dapat menerima perawatan bayi secara langsung (pemberian ASI, PMK, stimulasi sentuhan, dan stimulasi suara). Sebaliknya apabila keadaan belum stabil maka perawatan bayi oleh orang tua secara langsung belum dapat diberikan. Apabila keadaan bayi sudah stabil tetapi keadaan ibu belum stabil maka perawatan bayi oleh ibu tetap akan terhambat.

Berdasarkan uraian di atas maka dampak pengambilan keputusan terhadap aktivitas adalah tinggi. Adanya hambatan dari ibu dan atau bayi mempunyai dampak terhadap aktivitas. Dampak terhadap aktivitas ini yang menjadi kunci dalam diskusi pengambilan keputusan bersama. Alasan yang mendasar adalah bahwa kemampuan orang tua mengatasi berbagai hambatan yang muncul pada saat mengambil keputusan akan memengaruhi pengambilan keputusan. Menurunkan/menghilangkan hambatan membutuhkan perubahan pada aspek kognitif (pengetahuan), afektif (sikap), dan psikomotor (perilaku). Perubahan ini membutuhkan preferensi untuk berubah, dan motivasi untuk berubah. Perawat mempunyai peran yang strategis untuk membantu orang tua melakukan perubahan.

Pertimbangan ketiga adalah adanya sumber daya. Pada penelitian ini sumber daya yang digunakan untuk mengambil keputusan dan menjalankan keputusan relatif tersedia. Sumber daya antara lain: kepercayaan orang tua, dan interaksi interpersonal. Sumber daya yang dibutuhkan dalam mengambil dan melaksanakan keputusan telah tersedia. Dukungan keluarga dibutuhkan oleh ibu yang sedang sakit (belum pulih) juga untuk membantu proses berubah. Alat bantu

keputusan bersama dengan dukungan keluarga menumbuhkan preferensi relasional, dan selanjutnya akan terjadi pengambilan keputusan bersama.<sup>11</sup>

Pertimbangan keempat adalah beban efek samping. Pada penelitian ini beban efek samping dari tindakan perawatan yang diterapkan relatif kecil. Jarang dilaporkan adanya efek samping pemberian ASI, perawatan metode kanguru, atau efek samping dari pemberian stimulasi sentuhan dan suara. Artinya bahwa kemungkinan bahwa perawatan ini ditolak oleh ibu/keluarga adalah kecil.

Pertimbangan ke lima adalah pilihan tindakan. Pilihan tindakan pada penelitian ini hanya dua. Pertama dilakukan secara langsung oleh ibu dan kedua dilakukan secara tidak langsung. Tidak langsung ini dikerjakan oleh ayah/nenek/keluarga yang lain. Kecuali untuk pemberian ASI. ASI diberikan secara tidak langsung melalui sonde atau ASI disimpan dulu sebagai tandon ASI untuk diberikan pada saat bayi sudah dapat diberikan ASI.

Pengambilan keputusan bersama pada penelitian ini dijelaskan oleh lima indikator. Pertama pembicaraan tentang tujuan perawatan bayi BBL. Perawat dan ibu berbicara tentang tujuan utama dalam perawatan bayi BBL yaitu memenuhi kebutuhan nutrisi bayi. Kedua pembicaraan tentang alternatif tindakan dalam perawatan bayi. Pembicaraan kedua ini memiliki kontribusi terbesar dalam menjelaskan pengambilan keputusan bersama. Perawat dan ibu berdiskusi tentang empat opsi dalam pengambilan keputusan bersama. Opsi ke satu adalah memberikan ASI secara langsung yang dapat dilakukan jika ibu dan bayi sehat. Pemberian ASI tidak langsung, yaitu bila bayi terindikasi dapat diberikan nutrisi lewat sonde atau pemerah ASI untuk disimpan, hal ini dilakukan jika bayi masih dalam keadaan dipuaskan. Opsi kedua adalah perawatan metode kanguru yang dilakukan oleh ibu atau keluarga. Opsi ketiga adalah pemberian stimulus sentuhan yang dilakukan oleh ibu atau keluarga. Opsi keempat adalah pemberian stimulus suara yang dilakukan oleh ibu atau keluarga.

Pembicaraan ke tiga dalam pengambilan keputusan bersama adalah memilih opsi tindakan. Perawat dan ibu mendiskusikan

manfaat dan kerugian tiap opsi tindakan. Perawat juga mendiskusikan ketidakpastian dalam opsi tindakan. Ketidakpastian yang berasal dari ibu antara lain waktu pemulihan post partum (*post sectio caesarea* maupun spontan) dan ketidakpastian produksi ASI. Ketidakpastian yang berasal dari bayi adalah perkembangan reflek hisap, kemampuan menyerap nutrisi dari ASI, stabilitas fungsi pernafasan dan termoregulasi. Ketidakpastian pada perawatan metode kanguru antara lain: bayi mungkin mengalami kesulitan bernafas, bayi tidak mau bangun untuk menyusu, ayah/Ibu belum terbiasa sehingga merasa tidak nyaman, dan ada/tidak adanya dukungan dari keluarga. Ketidakpastian pada pemberian stimulasi sentuhan antara lain: ayah/ibu terlalu tegang sehingga kurang rileks, ayah/ibu kurang fokus menyentuh, dan ayah/ibu merasa takut menyentuh karena belum terbiasa. Ketidakpastian pada pemberian stimulasi suara antara lain: volume suara ayah/ibu sulit diseragamkan, penghayatan ayah/ibu, dan ayah/ibu merasa malu bersuara.<sup>53</sup>

Perawat memastikan bahwa ibu telah memahami seluruh informasi yang berkaitan dengan opsi tindakan. Pembicaraan keempat adalah memutuskan tindakan. Perawat dan ibu bersama-sama memutuskan opsi tindakan yang paling tepat bagi ibu dan bayi. Keputusan bersama ini membutuhkan penerimaan ibu bahwa ibu berhak untuk menentukan nasib diri dan bayinya (Brown, *et al.*, 2018). Ibu mengambil keputusan pada saat pengetahuan ibu tentang opsi yang dipilih adekuat. Pengetahuan ibu tentang kesehatannya dan opsi yang akan dipilih memengaruhi proses pengambilan keputusan (Sepucha, *et al.*, 2014).

Kelima adalah pembicaraan tentang komitmen. Ibu menyatakan komitmen dalam perawatan bayi dan perawat memberikan dukungan atas komitmen yang disampaikan ibu. Salah satu data yang menjadi indikator dalam pengambilan keputusan bersama adalah komitmen. Dampak dari keputusan adalah kepuasan keputusan dan rendahnya penyesalan. Sedangkan hasil yang berupa perilaku adalah semakin meningkatnya kemampuan dan komitmen pasien atau keluarga terhadap perawatan dirinya (Sepucha, *et al.*, 2014). Seseorang yang

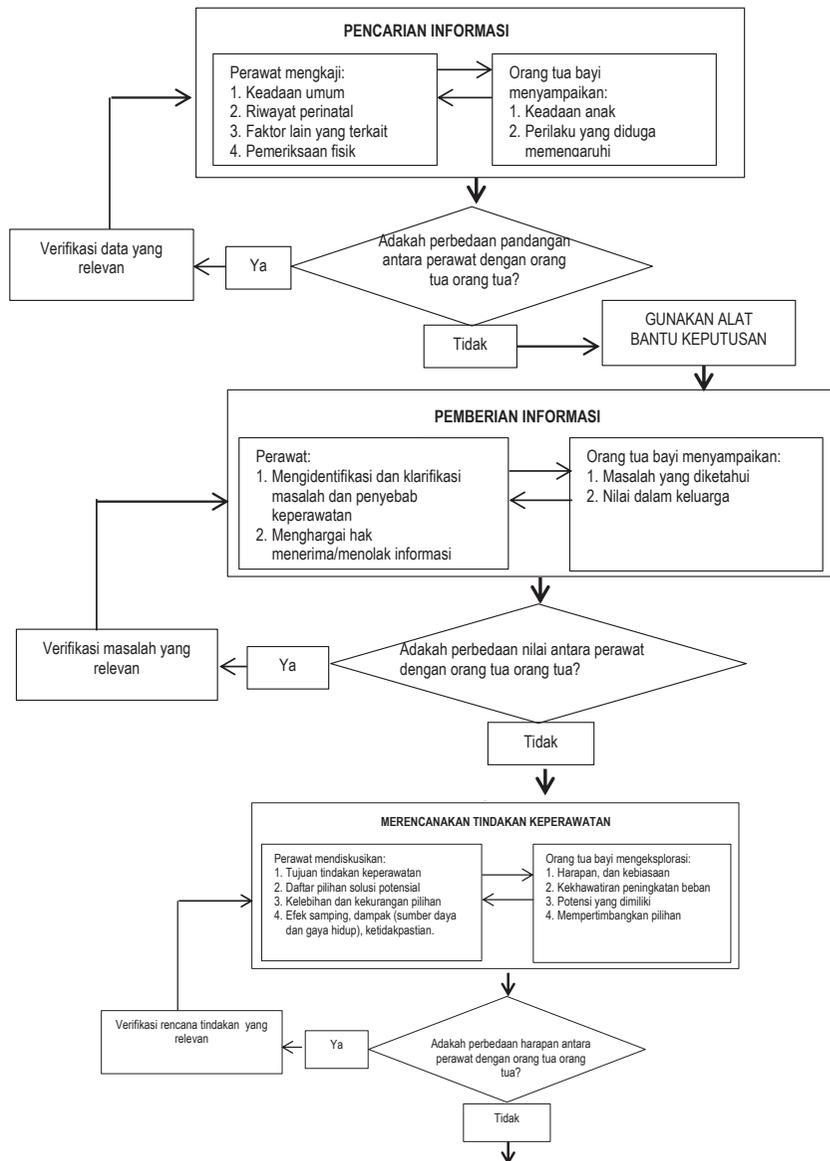
mempunyai komitmen akan bekerja secara optimal mencurahkan perhatian, pikiran, tenaga, dan waktunya sehingga apa yang dikerjakan sesuai dengan apa yang diharapkan dalam kesepakatan. Hasil penelitian ini mendukung penelitian lain yang menyebutkan bahwa pemberian intervensi yang didesain untuk memberikan edukasi bagi orang tua terbukti dapat meningkatkan pemberian ASI pada saat pulang dari rumah sakit.<sup>55</sup> Dengan demikian pengambilan keputusan bersama yang didesain dengan baik dapat meningkatkan komitmen ibu dan akhirnya meningkatkan perawatan pada bayi dengan BBL.

Berdasarkan penjelasan di atas maka dapat diambil kesimpulan bahwa pengambilan keputusan bersama sesungguhnya bukan hanya dengan ibu sebagai individu, tetapi lebih kepada keputusan bersama ibu dan keluarga dengan perawat.

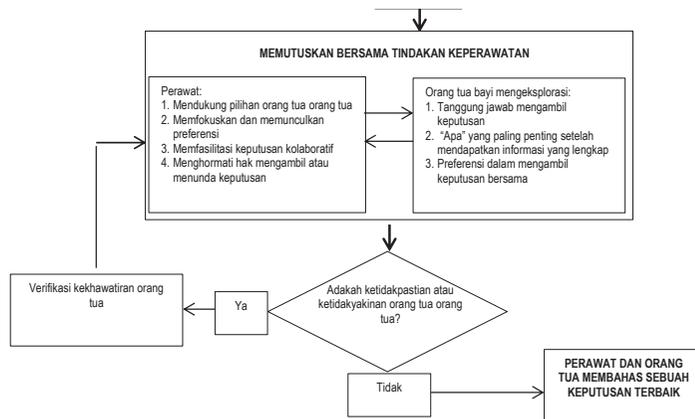


**Gambar 4. 5 Piramida Pertimbangan dalam Pengambilan Keputusan Bersama Perawatan Bayi Baru Lahir**

Sebuah alur pengambilan keputusan bersama antara perawat dan orang tua telah disusun oleh Rohmah (2019), hal ini bertujuan memudahkan perawat dalam mempelajari pengambilan keputusan bersama pada perawatan anak.<sup>56</sup>



Lanjut pada halaman berikutnya



Sumber: Rohmah, 2019

Gambar 4. 6 Alur Pengambilan Keputusan Bersama

## V. Epilog: Konklusi dan Rekomendasi

### A. Konklusi

1. Kepercayaan berpengaruh terhadap interaksi perawat dan orang tua dalam merawat bayi baru lahir di rumah sakit.
2. Indikator kepercayaan orang tua antara lain:
  - a. Mampu memberikan informasi yang tepat (0,899)
  - b. selalu hadir jika dibutuhkan (0,873)
  - c. Mampu memberikan tindakan terbaik (0,859)
  - d. mampu memberikan tindakan pada kondisi yang buruk (0,859)
  - e. Selalu memberi informasi sebelum melakukan tindakan (0,773)
3. Interaksi berpengaruh terhadap pengambilan keputusan bersama perawatan bayi baru lahir di rumah sakit.
4. Indikator interaksi perawat-orang tua antara lain:
  - a. Pemberian informasi (0,796)
  - b. Identifikasi masalah (0,758)
  - c. Verifikasi informasi (0,756)
  - d. Sosio emosional komunikasi (0,734)
  - e. Pencarian informasi (0,690)
5. Pengambilan keputusan bersama perawat-orang tua berpengaruh terhadap perawatan bayi baru lahir di rumah sakit.
6. Indikator pengambilan keputusan bersama perawat-orang tua antara lain:
  - a. Berbicara keputusan bersama (0,892)
  - b. Berbicara alternatif pilihan (0,876)
  - c. Penetapan tujuan (0,833)
  - d. Berbicara opsi pilihan (0,825)
  - e. Komitmen (0,823)
7. Indikator perawatan BBL di rumah sakit
  - a. Stimulasi suara (0,973)
  - b. Stimulasi sentuhan (0,972)
  - c. Perawatan metode kanguru (0,945)

## **B. Rekomendasi**

1. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut penerapan model pengambilan keputusan bersama pada bayi di komunitas.
2. Perlu di kembangkan kepercayaan orang tua kepada perawat melalui kompetensi perawat dalam memberikan informasi dan tindakan.
3. Perlu dikembangkan mekanisme interaksi perawat dan orang tua yang mendukung pengambilan keputusan bersama.
4. Keterampilan mengambil keputusan bersama perlu diajarkan bagi mahasiswa S-1 Keperawatan.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Ermalena. Indikator Kesehatan SDGs di Indonesia. In: *The 4th IC-TOH*. Diskusi Panel Tujuan Pembangunan Indonesia; 2017:1-31.
2. Chantry CJ, Dewey KG, Peerson JM, Wagner EA, Nommsen-Rivers LA. In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed. *J Pediatr*. 2014;164(6):1-12. doi:10.1016/j.jpeds.2013.12.035
3. Seidman G, Unnikrishnan S, Kenny E, et al. Barriers and enablers of kangaroo mother care practice: a systematic review. *PLoS One*. 2015;10(5). doi:10.1371/journal.pone.0125643. eCollection 2015.
4. Namnabati M, Talakoub S, Mohammadzadeh M MF. The implementation of kangaroo mother care and nurses' perspective of barriers in Iranian' NICUs. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2016;21(84):8. doi:10.4103/1735-9066.174753
5. Lakshmanan A, Agni M, Lieu T, Fleegler E, Kipke M, Friedlich PS, McCormick MC BM. The impact of preterm birth <37 weeks on parents and families: a cross-sectional study in the 2 years after discharge from the neonatal intensive care unit. *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15(38):1-13. doi:10.1186/s12955-017-0602-3
6. Chan G, Bergelson I, Smith ER, Skotnes T, Wall S. Barriers and enablers of kangaroo mother care implementation from a health systems perspective: A systematic review. *Health Policy Plan*. 2017;32(10):1466-1475. doi:10.1093/heapol/czx098
7. Boland L, McIsaac DI, Lawson ML. Barriers to and facilitators of implementing shared decision making and decision support in a paediatric hospital: A descriptive study. *Paediatr Child Heal*. 2016;21(3):e17-e21. doi:10.1093/pch/21.3.e17
8. Bjorkroth S. *Communication between Healthcare Professionals and Parents Is a Key Factor in Involving Parents in Neonatal Intensive Care*. Published by John Wiley & Sons Ltd.; 2017.
9. IDAI. (*Nutrition Care in Premature Babies*) *Asuhan Nutrisi Pada Bayi Prematur*.; 2016. spesialis1.ika.fk.unair.ac.id
10. Efendi D, Caswini N, Rustina Y, Iskandar. Combination of Mother

- Therapeutic Touch (MTT) and Maternal Voice Stimulus (MVS) therapies stabilize sleep and physiological function in preterm infants receiving minor invasive procedures. *J Neonatal Nurs.* 2018;24(6):7 (318-324). <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2018.08.001>
11. Rohmah N, Yusuf A, Hargono R. *Pengembangan Model Pengambilan Keputusan Bersama Perawat-Orang Tua Berpengaruh Terhadap Perawatan BBLR Di Rumah Sakit.* Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga; 2019. Dokumen Perpustakaan
  12. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *J Gen Intern Med.* 2012;27(10):1361-1367. doi:10.1007/s11606-012-2077-6
  13. Silva D. *Evidence: Helping People Share Decision Making A Review of Evidence Considering Whether Shared Decision Making Is Worthwhile.* Darshan Patel, Research and Development Manager The Health Foundation darshan.patel@health.org.uk; 2012.
  14. O'Connor et al. User Manual-Decisional Conflict Scale. 1993. (Update 2010). Published online 2010.
  15. Lipstein, Ellen A., Brinkman, William B., and Britto MT. What Is Known about Parents' Treatment Decisions? A Narrative Review of Pediatric Decision Making. *Med Decis Mak.* 2013;32(2):246-258. doi:10.1177/0272989X11421528.What
  16. Hall SL, Phillips R, Hynan MT. Transforming NICU Care to Provide Comprehensive Family Support. *Newborn Infant Nurs Rev.* 2016;16(2):69-73. doi:10.1053/j.nainr.2016.03.008
  17. Beykmirzal, R dan Negarandeh R. What are the factors influencing nurses to neglect patients' autonomy and decision-making? *Nurs Pr Today.* 2017;4(4):212-215.
  18. Kostagiolas, P, Martzoukou, K., Georgantzi, G., Niakas, D. Information Seeking Behavior of Parents of Paediatric Patients for Clinical Decision Making: the Central Role of Information Literacy in a Participatory setting. *Inf Res.* 2013;18(3).
  19. Weiss EM, Barg FK, Cook N, Black E, Joffe S. Parental Decision-Making Preferences in Neonatal Intensive Care. *J Pediatr.* 2016;179(December):36-41.e3. doi:10.1016/j.jpeds.2016.08.030

20. Seidman, G., Unnikrishnan, S., Kenny, E., Myslinski, S., Cairns, S., Mulligan, B., Engmann C. Barriers and Enablers of Kangaroo Mother Care Practice: A Systematic Review. *PLoS One*. 2015;10(5):1-20. doi:10.1371/journal.pone.0125643
21. Garnett, V., Smithh, J., Ormandy P. Child-Parent Shared Decision Making Abaout. *Nurs Child Young People*. 2016;28(4):16-.
22. Tomey, A.M.; Alligood MR. *Nursing Theorists and Their Work*. Seventh. Elsevier Inc; 2010.
23. Parker, Marilyn E. Smith MC. *Theories Nursing Practice Nursing*. third edit. (Price AEMZ, ed.). F. A. Davis Company Copyright; 2010.
24. Parker ME. *Nursing Theories and Nursing Practice*. second edi. F.A. Davis Company; 2005.
25. Kim, H.S., Kollak I. *N Ursing T Heories Conceptual & Philosophical Foundations*. Second Edi. Springer Publishing Company; 2006.
26. McEwen, M.; and Wills AE. *Theoretical Basis for Nursing*. Fourth Edi. Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
27. George, J.B. *Nursing Theories, The Base For Profesional Nursing Practice*. Fourth. Appleton & Lange Norwalk, Connecticut; 1995.
28. Alligood MR. *Nursing Theorists and Their Work*. 8th ed. Mosby, an imprint of Elsevier Inc; 2014.
29. Sepucha, KR., Scholl I. Shared Decision Making Measuring Shared Decision Making A Review of Constructs, Measures, and Opportunities for Cardiovascular Care. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2014;7(4):620-626. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.113.000350
30. Storms JHHMF, Bours GJJW, Weijden TVD. BA. Shared decision making in chronic care in the context of evidence based practice in nursing. *Int J Nurs Stud*. 2015;52:393–402.
31. Elwyn G, Frosch D, Tomson R, et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *J Gen Intern Med*. 2012;27(10):1361-1367. doi:10.1007/s11606-012-2077-6
32. Peek ME, Gorawara-bhat R, Quinn MT, Odoms-young A, Chin MH. Patient Trust in Physicians and Shared Decision-Making Among Af-

- rican-Americans With Diabetes. *Health Commun.* 2013;28(6):616-623. doi:10.1080/10410236.2012.710873.Patient
33. Grob, Rachel, Darlen, Gwen., Meters, David. Why Physicians Should Trust in Patients. *JAMA.* 2019;3(22):1-2. doi:10.1370/afm.1224
  34. Thielmann I, Hilbig BE. Should Versus Want: On the Relative Contribution of Injunctive Norms and Preferences on Trust Decisions. *J Behav Decis Mak.* 2016;30(2):446-452. doi:10.1002/bdm.1962
  35. Rohmah N, Yusuf A, Hargono R, et al. Determinants of teenage pregnancy in Indonesia. *Indian J Forensic Med Toxicol.* 2020;14(3):2080-2085. doi:https://doi.org/10.37506/ijfmt.v14i3.10736
  36. Butterworth JE, Campbell JL. Older patients and their GPs: Shared decision making in enhancing trust. *Br J Gen Pract.* 2014;64(628):e709-e718. doi:10.3399/bjgp14X682297
  37. Bae JM. Shared decision making: relevant concepts and facilitating strategies. *Epidemiol Health.* 2017;39:1-5. doi:10.4178/epih.e2017048
  38. Derrington SF, Paquette E, Johnson KA. Cross-cultural interactions and shared decision-making. *Pediatrics.* 2018;142(November 2018):S187-S192. doi:10.1542/peds.2018-0516J
  39. Hunter B. How Might Shared Decision Making Influence Litigiousness? *NEJM J Watch.* 2019;January 15:1-2. <https://www.jwatch.org/na48302/2019/01/15>
  40. Truglio-Londrigan M, Slyer JT. Shared Decision-Making for Nursing Practice: An Integrative Review. *Open Nurs J.* 2018;12(1):1-14. doi:10.2174/1874434601812010001
  41. Ganz FD, Engelberg R, Torres N, Curtis JR. Development of a Model of Interprofessional Shared Clinical Decision Making in the ICU: A Mixed-Methods Study. *Crit Care Med.* 2016;44(4):680-689. doi:10.1097/CCM.0000000000001467
  42. Kunneman M, Gionfriddo MR, Toloza FJK, et al. Humanistic communication in the evaluation of shared decision making: A systematic review. *Patient Educ Couns.* 2019;102(3):452-466. doi:10.1016/j.pec.2018.11.003

43. Elwyn, G., Frosch, DL., Kobrin S. Implementing shared decision-making: consider all the consequences. *Implement Sci.* 2016;11(114). doi:10.1186/s13012-016-0480-9
44. Rohmah N, Yusuf A, Hargono R, et al. Triangular Interaction Of Decision Making For Breastfeeding A New Infant-Centered Care Model. *Medicolegal Updat.* 2020;20(october-December):1357-1361. <https://doi.org/10.37506/mlu.v20i4.1840>
45. Chandra S, Mohammadnezhad M, And, Paul W. Trust and Communication in a Doctor-Patient Relationship: A Literature Review Abstract Literature Review-Trust and Communication Trust in doctor-patient relationship. *iMedPub Journals, J Heal Commun.* 2018;3(36):1-6. doi:10.4172/2472-1654.100146
46. Mulyana D. *Komunikasi Suatu Pengantar.* PT Remaja Rosdakarya; 2007.
47. Lemyre B, Daboval T, Dunn S, et al. Shared decision making for infants born at the threshold of viability: A prognosis-based guideline. *J Perinatol.* 2016;36(7):503-509. doi:10.1038/jp.2016.81
48. Kaempf JW, Tomlinson MW, Tuohey J. Extremely premature birth and the choice of neonatal intensive care versus palliative comfort care: An 18-year single-center experience. *J Perinatol.* 2016;36(3):190-195. doi:10.1038/jp.2015.171
49. Astbury R, Shepherd A, Cheyne H. Working in partnership: the application of shared decision-making to health visitor practice. *J Clin Nurs.* 2017;26(1-2):215-224. doi:10.1111/jocn.13480
50. Soltys F, Philpott-Streiff SE, Fuzzell L, Politi MC. The importance of shared decision-making in the neonatal intensive care unit. *J Perinatol.* 2019;30 Septemb:1-6. doi:10.1038/s41372-019-0507-6
51. Friesen-Storms JHHM, Bours GJJW, van der Weijden T, Beurskens AJHM. Shared decision making in chronic care in the context of evidence based practice in nursing. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(1):393-402. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.06.012
52. WHO. *Child Health Service Pocket Book at the Hospital. Guidelines for First Level Referral Hospitals in Regencies/Cities (Buku Saku Pelayanan Kesehatan Anak Di Rumah Sakit. Pedoman Bagi Rumah Sakit Rujukan Tingkat Pertama Di Kabupaten/Kota).*; 2009.

53. Rohmah N. *Dukungan Keluarga Dan Penggunaan Alat Bantu Keputusan Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah Di Rumah Sakit Modul Untuk Orang Tua*. LPPM Universitas Muhammadiyah Jember; 2019. <https://isbn.perpusnas.go.id/Account/SearchBuku?searchText=978-602-6988-86-7&searchCat=ISBN>
54. Brown, S., Stuart-butler, D., Leane, C., Glover, K., Mitchell, A., Deverix, J., Francis, T., Ah, J., Weetra, D., Gartland, D., Yelland J. Initiation and duration of breastfeeding of Aboriginal infants in South Australia. *Women and Birth*. Published online 2018. doi:10.1016/j.wombi.2018.07.009
55. Estalella I, San J, José M, Maquibar A. Evaluation of an intervention supporting breastfeeding among late-preterm infants during in-hospital stay. *Women and Birth*. Published online 2018:7-12. doi:10.1016/j.wombi.2018.11.003
56. Rohmah N. *Modul Untuk Perawat Penerapan Pengembangan Model Pengambilan Keputusan Bersama Perawat Dan Orang Tua Dalam Merawat Bayi Berat Lahir Rendah Di Rumah Sakit*. Perpustakaan Universitas Muhammadiyah Jember; 2019.
57. Palomaa AK, Korhonen A, Polki T. Factors Influencing Parental Participation in Neonatal Pain Alleviation. *J Pediatr Nurs*. 2016;31(5):519-527. doi:10.1016/j.pedn.2016.05.004
58. Hasan Tehrani T, Haghghi M, Bazmamoun H. Effects of stress on mothers of hospitalized children in a hospital in Iran. *Iran J Child Neurol*. 2012;6(4):39-45.



Perawatan bayi baru lahir berkaitan dengan proses adaptasi bayi dari lingkungan intra-uterine ke lingkungan ekstra-uterine. Bayi yang lahir di rumah sakit membutuhkan bantuan proses adaptasi yang lebih spesifik. Bayi yang dirawat di rumah sakit membutuhkan bantuan tindakan medis dalam proses adaptasi tersebut. Masalah yang dapat terjadi pada bayi baru lahir yang dirawat di rumah sakit adalah terhambatnya pemenuhan ASI dan pembentukan *bonding attachment* antara orang tua dengan bayi. Masalah ini dapat diperburuk oleh ketidakadekuatan pengambilan keputusan orang tua dalam memenuhi kebutuhan bayi selama masa perawatan di rumah sakit.

Monograf ini merupakan hasil studi tentang model pengambilan keputusan bersama perawat dan orang tua dalam perawatan bayi baru lahir di rumah sakit. Dalam monograf ini didiskusikan variabel yang terkait dengan pengambilan keputusan bersama, antara lain: kepercayaan orang tua, interaksi perawat dan orang tua, dan perawatan bayi baru lahir. Temuan baru yang diungkapkan dalam monograf ini adalah adanya hubungan langsung antara kepercayaan berpengaruh terhadap interaksi perawat dan orang tua dalam merawat bayi baru lahir di rumah sakit. Selain itu interaksi berpengaruh secara langsung terhadap pengambilan keputusan bersama perawatan bayi baru lahir di rumah sakit, dan pengambilan keputusan bersama perawat-orang tua berpengaruh terhadap perawatan bayi baru lahir di rumah sakit. Indikator yang menjelaskan pengambilan keputusan bersama antara lain: berbicara keputusan bersama, berbicara alternatif pilihan, penetapan tujuan, berbicara opsi pilihan, dan komitmen.

---

**Dr. Nikmatur Rohmah, S.Kep., Ns., M.Kes.** lahir di Lumajang, 26 Juni 1972. Saat ini mengajar berbagai mata kuliah pada Prodi Keperawatan di Fikes Unmuh Jember. Penulis yang telah memiliki 30 lebih HAKI ini aktif dalam kegiatan penelitian, seminar, konferensi, simposium, penyusunan bahan ajar, sebagai *reviewer* artikel jurnal ilmiah, serta penulisan buku. Beberapa buku penulis yang telah terbit antara lain: *Pedoman Kerja Sama Merdeka Belajar Kampus Merdeka Universitas Muhammadiyah Jember Tahun 2020*, *Pedoman Ekuivalensi Mata Kuliah dan Konversi Nilai*, *Proses Keperawatan Berbasis KKNi (Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia)*, dan *Penanganan Kegawatan pada Bayi Muda*.

**Penerbit Deepublish (CV BUDI UTAMA)**

Jl. Kaliurang Km 9,3 Yogyakarta 55581

Telp/Fax : (0274) 4533427

Anggota IKAPI (076/DIY/2012)

✉ cs@deepublish.co.id

📍 Penerbit Deepublish

📱 @penerbitbuku\_deepublish

🌐 www.penerbitdeepublish.com



Kategori : Keperawatan

ISBN 978-623-02-5675-2



9 786230 256752