

**PERILAKU ETIS SAAT PELAKSANAAN PROSEDUR INVASIF:
PENGALAMAN PERAWAT PADA PERAWATAN BAYI PREMATUR**

Roshinta Sony Anggari¹

Email: roshintaa@gmail.com (*Corresponding Author*)

Program Studi D III Keperawatan Akademi Kesehatan Rustida

Setyo Kurniawan²

Program Studi D III Keperawatan Akademi Kesehatan Rustida

Margareta Kewa Lamak³

Program Studi D III Keperawatan Akademi Kesehatan Rustida

ABSTRAK

Prognosa angka harapan hidup neonatus tergantung pada berat lahir dan usia kehamilan. Bayi prematur memerlukan proses penyesuaian dari kehidupan di dalam uterus ke luar uterus dan bayi prematur lebih sulit melewati proses adaptasi tersebut dibandingkan dengan bayi normal. Neonatal intensive care unit (NICU) merupakan unit khusus untuk perawatan bayi baru lahir, termasuk bayi prematur yang membutuhkan tindakan resusitasi sampai bayi benar-benar siap beradaptasi dengan lingkungan luar. Kondisi lingkungan di ruang NICU sangat kompleks dan pada umumnya menimbulkan stimulasi berlebihan. Stimulasi berlebihan yang dialami bayi prematur berupa bising, cahaya berlebihan, handling, serta tindakan invasive Perawatan bayi prematur di unit perawatan intensif dapat menimbulkan stimulasi berlebihan bahkan stres fisik pada bayi akibat prosedur invasif yang rutin dilakukan. Studi fenomenologi ini bertujuan untuk mengetahui pengalaman perawat dalam mengambil keputusan untuk pelaksanaan tindakan invasif pada bayi prematur. Partisipan berjumlah 7 orang perawat di ruang perinatologi yang dipilih secara purposive sampling. Hasil penelitian mengidentifikasi tema perilaku etis saat pelaksanaan tindakan invasif antara lain: 1) memenuhi hak kebebasan pasien, 2) memberi manfaat dan meminimalkan bahaya ketidaknyamanan selama prosedur, dan 3) menerapkan keadilan selama tindakan. Penelitian selanjutnya diharapkan dapat mengevaluasi secara kuantitatif kemampuan pengambilan keputusan etik perawat dalam pelaksanaan tindakan invasif selama proses asuhan keperawatan pada bayi prematur.

Kata kunci: Bayi prematur, Pengalaman perawat, Prosedur invasif

PENDAHULUAN

Proses keperawatan tidak lepas dari sekumpulan proses sistematis yang disusun secara profesional menggunakan kemampuan berfikir kritis dan penalaran diagnostik (AACN, 2012). Demikian halnya pada proses keperawatan bayi prematur mengingat adanya kondisi kompleks di ruang perawatan intensif yang menimbulkan simulasi berlebihan seperti bising, cahaya berlebihan, *handling*, serta tindakan invasif (Kirkbride, 2013). *World Health Organization* (WHO) melalui situs resminya menyebutkan bahwa setiap tahun terjadi 15 juta kelahiran bayi prematur di seluruh dunia. Sekitar 675.700 bayi terlahir pada kondisi prematur di Indonesia (Risksedas, 2018) dan menempati peringkat ke-5 tertinggi di dunia. Hasil dari beberapa penelitian terdahulu yang dilakukan di beberapa negara menyebutkan bahwa perawat di ruang intensif sering kali menemui masalah etik akibat banyaknya prosedur invasif yang harus dilakukan selama perawatan, terlebih pada pasien bayi prematur (Sodenberg & Norberg, 2008; Cignacco et al., 2009; Maguire, Webb, Passmore & Cline, 2012)

Faktor imaturitas kekebalan tubuh dan juga berat badan yang rendah mengakibatkan bayi prematur mudah mengalami berbagai komplikasi atau

penyakit. Bayi prematur yang disertai BBLR akan berisiko dua puluh kali lebih besar mengalami kematian di bulan pertama kehidupannya dan risiko ini semakin bertambah apabila berat badan bayi <1500 gram (Hockenberry & Wilson, 2015). Adaptasi pernafasan pada prematur menjadi lebih sulit dari bayi normal karena kadar surfaktan sebagai salah satu komponen utama yang berperan pada keberhasilan pengembangan paru saat nafas pertama bayi (Halliday, 2008), sehingga perlu dibantu dengan pemasangan ventilator mekanik (Roumiantsev, 2013). Ketidakseimbangan rasio permukaan kulit dengan berat badan, permeabilitas kulit yang tinggi (Waldron & MacKinnon, 2007), dan lapisan lemak subkutan dan *brown fat* yang tipis, membuat bayi prematur lebih cepat kehilangan panas. Selain itu, pemenuhan nutrisi terutama kalori untuk metabolisme yang disertai keterbatasan asupan oksigen akibat masalah pernafasan dan pengaturan sistem saraf pusat termoregulasi yang tidak adekuat menyebabkan bayi prematur kehilangan panas tubuh semakin banyak. Beberapa faktor tersebut mengakibatkan bayi prematur berisiko untuk hipotermi (Cloherty, Eichenwald & Stark, 2008), dan harus dirawat pada ruang *neonatal intensive care unit*.

Neonatal intensive care unit (NICU) merupakan unit khusus untuk perawatan bayi baru lahir, termasuk bayi prematur yang membutuhkan tindakan resusitasi sampai bayi benar-benar siap beradaptasi dengan lingkungan luar. Kondisi lingkungan di ruang NICU sangat kompleks dan pada umumnya menimbulkan stimulasi berlebihan. Stimulasi berlebihan yang dialami bayi prematur berupa bising, cahaya berlebihan, *handling*, serta tindakan invasif (Boxwell, 2007). Sebuah penelitian di ruang NICU pada 2 rumah sakit di negara Switzerland menunjukkan bahwa telah dilakukan sebanyak 38.626 prosedur invasif selama 14 hari pertama setelah bayi lahir, setiap bayi rata-rata mendapatkan 23 prosedur per hari, dan bayi prematur dengan usia gestasi 24-28 minggu merupakan kelompok yang paling banyak mendapatkan prosedur invasif tersebut (Cignacco et al., 2009). Penelitian lainnya yang dilakukan Cruz, Gomes, Kirchner dan Stumm (2016) mencatat bahwa beberapa prosedur yang memicu rasa sakit pada perawatan bayi selama di ruang NICU antara lain: intubasi *endotracheal*, penghisapan lender, punksi vena terlebih lagi pemasangan *central venous catheter (CVC)*. Prosedur invasif pada bayi berisiko menimbulkan stres fisik, dan risiko tersebut semakin besar pada bayi prematur. Hal tersebut dibuktikan melalui sebuah penelitian yang

menunjukkan bahwa sebagian besar tindakan invasif yang dilakukan pada bayi di ruang NICU menyebabkan nyeri.

Perawat sebagai salah satu anggota dalam tim perawatan bayi prematur memiliki tanggung jawab untuk memberikan keperawatan baik fisik, mental dan sosial bayi sesuai fase perkembangannya (Hockenberry & Wilson, 2015). Namun pada beberapa kondisi nyata di NICU, perawat sering kali dihadapkan pada kondisi harus memilih antara keadaan klinis bayi yang lemah, banyaknya prosedur invasif yang harus dilakukan, dan rendahnya toleransi kegagalan pengobatan (*trial & error*) (Strandas & Fredriksen, 2015). Pemecahan masalah etik melalui proses pengambilan keputusan yang tepat harus membela hak pasien dan tetap berpedoman pada *atraumatic care* (Cloherty, Eichenwald & Stark, 2008). Kewajiban moral perawat selama proses perawatan pasien antara lain: memberikan pilihan alternatif tindakan atau prosedur keperawatan yang lebih sesuai dengan kondisi klinis pasien, selalu mendampingi dan membela kebutuhan dasar setiap pasien, serta menciptakan kenyamanan (Epstein, 2010). Penelitian Aitamaa, Leino-Kilpi, Puukka dan Suhonen (2010) menunjukkan bahwa kode etik profesi sebenarnya digunakan oleh perawat dalam menyelesaikan

masalah yang berkaitan dengan perawatan pasien terutama di ruang perawatan intensive.

Sepuluh tahun kemudian, Mills dan Cortezzo (2020) menemukan dalam penelitiannya bahwa dalam perawatan di ruang *Neonatal Intensive Care Unit* (NICU) akan muncul banyak kondisi “*Moral Distress*” yang bersifat subjektif berdasarkan pengalaman masing-masing tenaga kesehatan (perawat dan dokter). Di Indonesia belum banyak dilakukan penelitian tentang pengalaman perawat dalam proses pengambilan keputusan etik terutama yang bertujuan untuk pemecahan masalah (*problem solving*) terutama di ruang NICU. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan pengalaman perawat dalam mengambil keputusan dalam menyelesaikan masalah etik pelaksanaan prosedur invasif pada bayi prematur.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain fenomenologi deskriptif dengan *purposive sampling* 7 orang partisipan perawat di ruang perinatologi dan NICU rumah sakit di wilayah Jember dan Banyuwangi. Partisipan dalam penelitian ini memenuhi kriteria inklusi memiliki pengalaman dalam proses pengambilan keputusan etik dan bersedia menceritakan pengalaman

pribadinya selama melakukan perawatan kepada bayi.

Metode pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam menggunakan pertanyaan terbuka selama 40-60 menit. Wawancara dilakukan oleh peneliti sendiri dengan melakukan uji coba wawancara terlebih dahulu untuk memastikan kredibilitas sebagai instrumen penelitian. Wawancara direkam dengan *recorder* dan dibuat catatan lapangan. Proses pengambilan data diakhiri setelah tercapai saturasi data. Hasil rekaman wawancara dan catatan lapangan kemudian dibuat verbatim, lalu diklarifikasi dan divalidasi kepada partisipan, untuk selanjutnya dianalisis.

Analisis hasil pengumpulan data menggunakan metode Colaizzi antara lain yaitu: membaca keseluruhan transkrip verbatim; memberi tanda pada pernyataan-pernyataan penting (*significant statement*) lalu memberi tanda pada setiap kata kunci; menemukan esensi dan membentuk formulasi dari beberapa kata kunci menjadi bentuk kategori; kategori-kategori yang sama lalu dikelompokkan; mencari hubungan yang bermakna antar kelompok-kelompok kategori menjadi sub-sub tema, sub tema, dan tema; mengulang kembali proses ini untuk semua hasil transkrip dari masing-masing partisipan mulai dari

membuat transkrip verbatim sampai terbentuknya tema sementara; menyusun dan mengidentifikasi semua tema yang telah ditemukan; melakukan validasi dan konfirmasi data yang diperoleh kepada partisipan; dan menganalisis perolehan data-data tambahan dari hasil validasi dan konfirmasi untuk memperdalam pemahaman pada tema-tema utama. Keseluruhan proses analisis dideskripsikan pada laporan hasil penelitian.

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik berdasarkan surat No. 53/H2.F12.D/HKP.02.04/2020. Peneliti kemudian memberikan penjelasan selengkap-lengkapny tentang tujuan, manfaat dan resiko penelitian sebagai upaya memenuhi hak otonomi partisipan. Partisipan diberi kebebasan untuk

mengundurkan diri saat proses pengambilan data apabila penelitian dirasa menimbulkan kerugian bagi partisipan. Kerahasiaan identitas partisipan dijaga dengan menggunakan inisial nama partisipan (*anonymity*) pada publikasi penelitian.

HASIL

Partisipan yang terlibat dalam penelitian ini sebagian besar memiliki pengalaman merawat bayi prematur di ruang perawatan intensif lebih dari 5 tahun. Secara terperinci karakteristik partisipan penelitian ini dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel .1 Karakteristik Partisipan

Kode	Usia	Pendidikan	Suku	Pengalaman Kerja	Jabatan Klinik
P1	54 tahun	S1 Keperawatan	Jawa	27 tahun (Perina&NICU)	<i>Clinical Instructure (CI)</i>
P2	35 tahun	D3 Keperawatan	Jawa	9 tahun (Perina)	Perawat Pelaksana
P3	46 tahun	D3 Keperawatan	Jawa	14 tahun (Perina&NICU)	Perawat Pelaksana
P4	39 tahun	D3 Keperawatan	Jawa	18 tahun (Perina&NICU)	Perawat Pelaksana
P5	27 tahun	D3 Keperawatan	Jawa	3 tahun (Perina)	Perawat Pelaksana
P6	46 tahun	D3 Keperawatan	Jawa	22 tahun (Perina&NICU)	Perawat Pelaksana
P7	44 tahun	D3 Keperawatan	Jawa	23 tahun (Perina&NICU)	Perawat Pelaksana

Analisis data penelitian menghasilkan tema yang memberikan gambaran perilaku etis perawat sebagai upaya pemecahan masalah etik yang ditemui saat pelaksanaan tindakan invasif pada bayi prematur, antara lain:

Memenuhi Hak Kebebasan Pasien

Partisipan mengungkapkan bahwa saat melakukan prosedur invasif berusaha memenuhi hak kebebasan pasien. Partisipan selalu berupaya jujur menjelaskan tentang manfaat maupun risiko prosedur invasif yang akan dilakukan sejak awal bayi dirawat. Pemenuhan hak kebebasan pasien dan keluarganya tersebut ditunjukkan dengan adanya persetujuan setelah orang tua diberi penjelasan tentang tindakan invasif. Partisipan tidak pernah memaksa orang tua untuk tetap menyetujui prosedur invasif jika dianggap tidak sesuai dengan prinsip kepercayaan mereka.

“...pas bayi pertama masuk, orang tua udah dijelaskan tentang tindakan emergensi dan diagnostik, kita minta persetujuan orang tua... ya orang tua lalu setuju dengan tanda tangan informed consent-nya..” (P5)

Memberi Manfaat dan Meminimalkan Bahaya Ketidaknyamanan Selama Prosedur

Perilaku etis lainnya yang diungkapkan partisipan yaitu mengupayakan perawatan yang bermanfaat dan mencegah kemungkinan terjadinya kerusakan pada bayi prematur. Hal tersebut diwujudkan dengan meminimalkan bahaya ketidaknyamanan selama prosedur melalui tindakan mengurangi nyeri, mengurangi stres fisik selama tindakan dan melakukan komunikasi pada bayi maupun orang tua. Partisipan memberikan tindakan distraksi kepada bayi seperti *non-nutritive sucking* (NNS), larutan gula dan sentuhan sebagai upaya mengurangi nyeri pada bayi. Partisipan juga mengurangi stres fisik selama tindakan dengan menjaga tubuh bayi tetap hangat, memastikan lokasi yang tepat untuk menusuk jarum, membatasi pengulangan tindakan yang gagal, dan melakukan tindakan dalam satu waktu.

“...dibedong dulu lah... klo dalam inkubator bisa lewat lubang tangan ya bisa... atau buka samping inkubator, jangan telanjang... kita pastikan kondisi bayinya tidak dingin, ukur suhunya... hidupkan lampu penghangatnya... nyarinya lokasi infus juga dipastikan, kalau gagal boleh 2x saja selanjutnya ganti teman” (P1)

“...waktu tindakan kita belum berhasil ya kita gendong dulu bayinya, ditepuk-tepuk gitu... klo perlu di-empeng-i ya... kadang kita

juga siapin dextrose biar dia isep-isep..” (P4)

Sentuhan merupakan upaya komunikasi non-verbal untuk membuat bayi nyaman dan mengurangi nyerinya selama tindakan invasif. Komunikasi verbal saat akan, selama dan sesudah melakukan tindakan invasif juga diungkapkan partisipan sebagai upaya mengurangi nyeri pada bayi. Berikut ungkapan partisipan tentang komunikasi yang dilakukannya:

“Ngomong... ajak ngobrol meskipun bayinya gak ngerti... “mau dipasang ya dek...” trus pas tindakan sambil bilang “dek, sabar ya.. kalau sudah selesaiya bilang “makasih sayang”...gitu” (P5)

Menerapkan Prinsip Keadilan

Prinsip keadilan (*justice*) diwujudkan dengan tidak membedakan pasien, memberikan perlakuan yang sama dan jujur melakukan tindakan ke pasien. Setiap prosedur invasif telah dilakukan sesuai dengan apa yang dibutuhkan masing-masing bayi prematur. Partisipan juga memiliki rasa tanggungjawab pada setiap perawatan pasien. Berikut ungkapan partisipan tentang prinsip keadilan bagi pasien:

“...gak boleh lah kita beda-bedain pasien... kembali lagi kita lihat kondisi bayinya; Ya kita lakukan

tindakan harus sesuai, lihat lagi perlu atau nggak tindakannya” (P3)

“Saya berprinsip bahwa setiap bayi harus diperlakukan sama, tidak dibedakan...; kalau nggak perlu-perlu banget gak dilakukan lah... kita punya kewajiban menerapkan tindakan yang melindungi bayi, mengurangi trauma...” (P7)

PEMBAHASAN

Hasil analisis penelitian ini menunjukkan bahwa perawat membutuhkan pengetahuan dan pengalaman, kemampuan diri, berfikir kritis dan suasana hati yang tenang untuk mampu mengambil keputusan etik. Seperti yang dijelaskan dalam penelitian Leuter, Petrucci, Mattei, Tabassi dan Lancia (2012), perawat dapat membuat keputusan berkaitan dengan masalah etik selama perawatan pasien jika memiliki pengalaman yang didukung pula dengan pendidikan dan pengetahuan yang memadai. Cortezzo dan Mills (2020) menjelaskan dalam penelitiannya bahwa komponen yang berhubungan dengan keberhasilan pembuatan keputusan yaitu kepercayaan diri pada keterampilan yang dimiliki dan perasaan nyaman sebagai perawat. Kepercayaan diri seorang perawat dibangun dari kompetensi yang dikuasainya, kemudian diasah terus menerus sebagai komitmen dan

tanggung jawab profesional seumur hidup.

Perawat memilih untuk menerapkan perilaku etis sebagai langkah penyelesaian masalah etik yang dihadapi dalam pelaksanaan tindakan invasif. Meskipun harus melakukan prosedur invasif berulang-ulang dengan resiko kegagalan yang besar, perawat melakukan tindakan keperawatan dengan tetap memperjuangkan prinsip-prinsip etik (Webb, Passmore, Cline & Maguire, 2014). Sejak awal proses perawatan hak otonomi pasien telah dipenuhi perawat dengan menjelaskan, memberitahu, dan memberi pengertian kepada orang tua bayi tentang segala tindakan baik yang bersifat darurat maupun rutin yang akan dilakukan pada bayinya.

Perawat jujur memberikan penjelasan sesuai dengan kondisi bayi dan menginformasikan manfaat dan risiko dari prosedur invasif yang akan dilakukan sebagai upaya menjalankan prinsip etik *veracity*. Informasi lengkap dan jelas seperti yang telah dilakukan oleh partisipan akan membuat orang tua merasa nyaman untuk memberikan persetujuan terhadap tindakan yang akan dilakukan pada bayinya. Pasien butuh penjelasan yang memadai agar tidak terjadi tekanan psikologis karena keinginan dan kebutuhan orang tua akan informasi mengenai

kondisi pasien (Fernandes & Moreira, 2012).

Perawat juga mengupayakan prosedur yang bermanfaat dan meminimalkan bahaya ketidaknyamanan saat pelaksanaan tindakan invasif pada bayi. Hal tersebut sejalan dengan penelitian terdahulu yang dilakukan Webb, Passmore, Cline dan Maguire (2014), dimana perawat dalam penelitian tersebut selalu memperjuangkan *beneficence* dengan selalu mengutamakan kualitas hidupnya; prinsip *non-maleficence* ditunjukkan dengan kepedulian perawat untuk mengurangi nyeri dan ketidaknyamanan bayi. Hasil penelitian Montanholi, Merighi, dan Pinto de Jesus (2011) dalam penelitian kualitatif fenomenologi juga menjawab harapan perawat antara lain yaitu: meminimalkan stres fisik dan psikologis bayi akibat stimulus berlebihan dari beberapa prosedur, serta mengurangi adanya stimulus nyeri.

Tindakan mengurangi nyeri dan mengurangi stres fisik selama prosedur invasif menurut perawat merupakan upaya untuk mencegah bayi prematur kehilangan energi berlebihan. Seperti halnya yang dijelaskan oleh Levine (1991) dalam Alligood (2017), model konservasi meliputi tiga hal utama yaitu: keutuhan (*wholeness*), adaptasi, dan

konservasi. Tindakan untuk konservasi energi ditunjukkan partisipan dengan menjaga keseimbangan *input* dan *output* energi pada bayi prematur melalui upaya mengurangi nyeri dan stres fisik selama prosedur invasif. Konservasi integritas struktural dipenuhi partisipan dengan memastikan lokasi yang tepat untuk infus, membatasi pengulangan infus yang gagal, dan melakukan tindakan dalam satu waktu; tindakan-tindakan tersebut bertujuan melindungi kulit bayi prematur sebagai pertahanan utama yang mendukung integritas struktural.

Konservasi integritas personal dan sosial diwujudkan melalui komunikasi verbal dan nonverbal yang berupa sentuhan pada bayi prematur sebagai makhluk sosial agar bayi merasa dikenal, dihormati, dihargai, dimanusiakan dan diakui identitas dirinya. Tercapainya konservasi energi, konservasi integritas struktural, konservasi integritas personal dan juga konservasi integritas sosial yang utuh membantu bayi prematur untuk berespon adaptif terhadap perubahan lingkungan. Dengan kemampuan adaptasi inilah akan terwujud keutuhan (*wholeness*) pada bayi prematur.

Perilaku etis lainnya yaitu perawat menerapkan prinsip keadilan selama

tindakan pada bayi prematur. Keadilan diwujudkan perawat dengan tidak membedakan pasien, memberikan perlakuan yang sama dan jujur melakukan tindakan ke pasien sesuai dengan apa yang dibutuhkan pada masing-masing pasien serta memiliki rasa tanggungjawab pada setiap perawatan pasien. Dalam melakukan prosedur invasif pada bayi prematur, perawat hanya ingin melaksanakan tanggungjawabnya dalam proses asuhan keperawatan pasien. Hasil penelitian ini sejalan dengan analisis kualitatif pada penelitian yang dilakukan oleh Byrne dan Leier (2015), perawat merasa memiliki tanggungjawab untuk memberikan perawatan terbaik yang sama kepada semua pasien tanpa membedakannya.

National Association of Neonatal Nurses (NANN) pada tahun 2016 menetapkan kesepakatan bahwa pada setiap pengambilan keputusan etis di unit perawatan intensif neonatal (NICU) harus menggabungkan keinginan keluarga, kondisi bayi dan kemampuan tim kesehatan untuk memberikan perawatan terbaik. Hasil penelitian ini dapat memberikan implikasi bagi asuhan keperawatan di ruang perinatologi. Uraian pengalaman perawat dalam penelitian ini dapat dijadikan dasar untuk perawat lainnya melaksanakan prosedur invasif sebagai bagian dari asuhan keperawatan pada bayi prematur. Setiap perawat haruslah

memiliki kompetensi melaksanakan prosedur invasif pada bayi prematur dengan tetap berperilaku etis sebagai upaya menjaga konservasi energi dan mewujudkan pelaksanaan *developmental care*.

KESIMPULAN

Mengambil keputusan etik untuk pelaksanaan prosedur invasif pada bayi prematur diawali dengan melihat masalah etik berupa gangguan fungsi organ pada bayi prematur, kebutuhan pemenuhan nutrisi dan cairan yang adekuat, banyaknya prosedur yang harus dilakukan selama perawatan, serta respon nyeri dan ketidaknyamanan pada bayi prematur sebagai identifikasi masalah untuk menentukan rencana tindakan selanjutnya. Perawat membutuhkan pengetahuan dan pengalaman, kemampuan diri, berfikir kritis dan suasana hati yang tenang agar mampu mengambil keputusan etik saat melakukan tindakan invasif pada bayi prematur. Sebagai pemecahan masalah etik yang ditemui pada pelaksanaan prosedur invasif perawat menerapkan beberapa perilaku etis yang memperhatikan kode etik *autonomy*, *beneficence*, dan *justice*. Perilaku etis selama pelaksanaan tindakan invasif akan mendukung tercapainya konservasi yang utuh sehingga membantu bayi prematur untuk berespon adaptif terhadap perubahan lingkungan sehingga termujud keutuhan (*wholeness*).

REFERENSI

Aitamaa, E., Leino-kilpi, H., Puukka, P., & Suhonen, R. (2010). Ethical problems in nursing management: The role of code of ethics. *Nursing Ethics*, 17(4), 469-482. doi: 10.1177/0969733010364896.

Alligod, M.R. (2017). *Nursing theorists and their work* (9th Ed). St. Louis, Missouri: Elsevier Health Sciences.

American Association of Critical-Care Nurses (AACN). (2012). *AACN scope and standard for acute care nurse practitioner practice*. Columbia: AACN Critical Care Publication.

Boxwell, G. (2007). *Neonatal intensive care nursing*. New York: Routledge.

Byrne, P., & Leier, B. (2015). Managing ethically complex issues in critically ill patients. In S. Patole (Ed.), *A Neonatal Perspective in Management and Leadership—A Guide for Clinical Professionals*. Switzerland: Springer International Publishing.

Cignacco, E., Hamers, F., van Lingen, R. A., Stoffel, L., Biichi, S., Muller, R., Schutz, N.... Nelle, M. (2009). Neonatal procedural pain exposure and pain management in ventilated preterm infants during the first 14 days of life. *Swiss*

- Medical Weekly*, 139(15-16), 226-232.
- Cloherly, J. P., Eichenwald, E. C., Hansen, A. R. & Stark, A. R. (2012). *Manual of neonatal care* (6th Ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Cruz, C. T., Gomes, J. S., Kirchner, R. M., & Stumm, E. M. F. (2016). Evaluation of pain of neonates during invasive procedures in intensive care. *Revista Dor*, 17(3), 197-200. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160070>.
- Epstein, E. G. (2010). Moral obligation of nurses and physicians in neonatal end-of-life care. *Nursing Ethics*, 17(5), 577-589.
- Fernandes, M. I. D., & Moreira, I. M. P. B. (2012). Ethical issues experienced by intensive care unit nurses in everyday practice. *Nursing Ethics*, 20(1), 72-82. doi: 10.1177/0969733012452683.
- Hall, E. O. C., Brinchmann, B. S., & Aagaard, H. (2012). The challenge of integrating justice and care in neonatal nursing. *Nursing Ethics*, 19(1), 80-90. doi: 10.1177/0969733011412101.
- Halliday, H. L. (2008). Surfactants: Past, present and future. *Journal of Perinatology*, 28, 847-856. doi: 18446178.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2015). *Wong's nursing care of infant and children* (10th Ed). St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Krikbride, V. (2013). Managing complex ethical problems on the neonatal unit. *Infant*, 9(2), 66-70. <http://https://www.londonneonatalnetwork.org.uk/wp-content/uploads/>.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Laporan Nasional RISKESDAS 2018*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Leuter, C., Petrucci, C., Mattei, A., Tabassi, G., & Lancia, L. (2012). Ethical difficulties in nursing, educational needs and attitudes about using ethics resources. *Nursing Ethics*, 20(3), 348-358. doi: 10.1177/0969733012455565.
- Maguire, D., Webb, M., Passmore, D., & Cline, G. (2012). NICU nurses lived experience: Caring for infant with neonatal abstinence syndrome. *Advances in Neonatal Care*, 12(5), 281-285. doi: 10.1097/ANC.0b013e3182677bc1.
- Mills, M., & Cortezzo, D. E. (2020). Moral distress in the neonatal intensive care unit: What is it, why it happens, and how we can address it. *Frontiers in*

- Pediatrics*, 8(581), 1-10. doi: 10.3389/fped.2020.00581.
- Montanholi, L. L., Merighi, M. A. B., & Pinto de Jesus, M. C. (2011). The role of the nurse in the neonatal intensive care unit: Between the ideal, the real and the possible. *The Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2), 301-308. doi: 21584376.
- National Association of Neonatal Nurses (NANN). (2016). *NICU nurse involvement in ethical decisions: Treatment of critically ill newborns*. Position Statement.
- Roumiantsev, S. (2013). Invasive mechanical ventilation in *Ethics*, 22(8), 901-912. <https://doi.org/10.1177/0969733014551596>
- Waldron, S. & Mackinnon, R. (2007). Neonatal thermoregulation. *Journal of Neonatal Nursing*, 3(3), 101-104. Januari 27, 2014. <http://www.infantgrapevine.co.uk>.
- Webb, M. S., Passmore, D., Cline, G., & Maguire, D. (2014). Ethical issues related to caring for low birth weight infants. *Nursing Ethics*, 21(6), 731-741. doi: 10.1177/0969733013513919.
- premature infants: where do we stand today? *Journals of Pulmonology Respiration Medicine*, S13(2), 1-8. doi:10.4172/2161-105X.S13-00.
- Soderberg, A., & Norberg, A. (2008). Intensive care: Situations of ethical difficulty. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 2008-2014. November 23, 2014. Proquest database.
- Strandas, M. & Fredriksen, S. D. (2015). Ethical challenges in neonatal intensive care nursing. *Nursing*

