

PENGEMBANGAN MODEL PELAYANAN ASUHAN KEPERAWATAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH

(The Development of Nursing Care Services Model for Low Birth Weight Infants)

Dessie Wanda*, Yeni Rustina*, Happy Hayati*, Fajar Tri Waluyanti*

*Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Kampus UI Depok Jawa Barat 16424

E-mail: dessie@ui.ac.id,

ABSTRAK

Pendahuluan: Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) mengalami berbagai masalah selama periode peralihan dari intra uterus ke ekstra uterus oleh karena fungsi organ yang immatur. Hal ini yang menyebabkan BBLR menjadi penyebab kematian kedua di Indonesia terutama pada tujuh hari pertama kehidupan bayi. Masalah dapat berlanjut di rumah ketika bayi sudah dipulangkan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengembangkan model pelayanan asuhan keperawatan pada BBLR dan menguji model tersebut. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain penelitian kualitatif dan kuantitatif. Desain ini dipilih untuk memfasilitasi peningkatan dalam sistem pelayanan kesehatan yang melibatkan perawat dan tenaga kesehatan lain. **Hasil:** Pelayanan asuhan keperawatan oleh tim keperawatan terhambat oleh beberapa faktor misalnya: tingkat pengetahuan perawat yang bervariasi, aktivitas pendidikan kesehatan yang tidak optimal, Standar Operasional Prosedur yang tidak lengkap, dilema etik, fungsi paramedis dan sistem dokumentasi. Model ini dikembangkan berdasarkan teori *conservation and becoming a mother/maternal role attainment*, prinsip *family-centered care* dan masukan dari para pakar hasil *focus group discussion*. **Pembahasan:** Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada BBLR untuk mencapai kepuasan perawat dan orangtua dalam memberikan asuhan kepada bayi sehingga dapat menurunkan angka kematian bayi.

Kata kunci: Bayi Berat Lahir Rendah, pelayanan keperawatan, model Asuhan Keperawatan

ABSTRACT

Introduction: Low birth weight (LBW) infants deal with various problems during transitional period from intra-uterine and extra-uterine because of immature organs' functions. This leads to LBW as the second death cause in Indonesia, particularly in the first seventh days of infants' lives. The problem continues to occur at home when the infants have discharged. This research was aimed to develop the nursing care services model for LBW infants and to test the model. Method: The research design was an action research using quantitative and qualitative approach. This design was chosen as it facilitated improvement in health care system, which was involving nurses and other health providers. Results: Nursing care services provided by the nursing team are hindered by several factors, such as various level of nurses' knowledge, not optimal health education activities, incomplete standard operational procedure, ethical dilemma, paramedic functions, and documentation system. This model was developed based on conservation and becoming a mother/maternal role attainment theory, family-centered care principles, and input from the experts through focus group discussion. Discussion: The result of this research is going to increase the quality of nursing care for LBW infants by achieving nurses' and parents' satisfaction in giving care for their infants which can lead to lower infant death rate.

Key words: Model, Low birth weight infant, Nursing services, Action research

PENDAHULUAN

Kelahiran bayi berat lahir rendah (BBLR)/prematurnya menyumbang angka kematian bayi yang tinggi di Indonesia. Kelahiran BBLR/prematurnya merupakan penyebab kematian nomor dua pada bayi baru lahir usia 0-7 hari (kematian perinatal) yaitu sebesar 32,3% (Depkes, 2008). Usia BBLR 7 hari pertama merupakan periode kritis dimana bayi harus melalui berbagai penyesuaian kehidupan di luar kandungan. Penatalaksanaan segera setelah lahir yang

mencakup dukungan respirasi, kehangatan, dan pencegahan infeksi memegang peranan penting dalam memfasilitasi proses adaptasi bayi.

BBLR juga mempunyai risiko untuk mengalami keterlambatan dalam pertumbuhan dan perkembangannya. Oleh sebab itu, BBLR harus mendapatkan asuhan keperawatan yang komprehensif tidak saja memperhatikan aspek fisiknya, tetapi juga aspek psikologis termasuk kedekatannya dengan orang tua. Asuhan yang berpusat pada keluarga (*family-centered care*)

akan memberikan rasa aman, meningkatkan kemampuan dalam merawat diri dan bayinya, dan mempromosikan kesejahteraan ibu dan bayi, dengan memperhatikan keyakinan, nilai, tradisi, budaya yang dianut keluarga (Straight, 2001) dan dapat meningkatkan kepercayaan diri orang tua pada saat bayinya akan pulang dari rumah sakit (Cooper, *et al.*, 2007).

Setelah bayi pulang dari RS, bayi masih dihadapkan pada berbagai masalah kesehatan. Ketidakmampuan orang tua dalam merawat bayi, dan terputusnya asuhan dari rumah sakit ke komunitas menyebabkan kesehatan bayi tidak dapat terpantau secara optimal. BBLR mengalami rawat ulang pada dua minggu pertama pasca pulang dari rumah sakit disebabkan karena aspirasi, diare, dan sepsis (Rustina, 2005). Hal ini berarti bahwa apabila orang tua dilibatkan dalam asuhan selama bayi dirawat dapat meningkatkan kepercayaan diri orang tua dalam merawat bayinya di rumah. Asuhan keperawatan lanjutan di komunitas juga penting dilakukan untuk deteksi dini masalah yang timbul pada BBLR dan memfasilitasi pertumbuhan dan perkembangan bayi.

Pengembangan Model Pelayanan-asuhan Keperawatan pada BBLR dengan ruang lingkup di rumah sakit dan komunitas menjadi penting untuk mengurangi risiko rawat ulang pada BBLR. Artikel ini memberikan gambaran pengembangan Model Pelayanan-asuhan Keperawatan dengan tahapan kegiatan dimulai dengan identifikasi masalah atau kebutuhan akan perubahan, perencanaan solusi, dan pengembangan model.

BAHAN DAN METODE

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *action research*, yang menggunakan pendekatan kualitatif dan kuantitatif. Desain ini dipilih karena *action research* memfasilitasi untuk perbaikan suatu sistem pelayanan (Streubert & Carpenter, 2011). *Action research* terdiri dari empat tahapan yaitu identifikasi masalah (tahap I), pengembangan model (tahap II), uji coba model (tahap III), dan evaluasi efektifitas

model (tahap IV). Artikel ini berfokus pada *action research* tahap I, II, dan III.

Populasi dalam penelitian tahap ini adalah tenaga kesehatan yang terkait dalam pelayanan BBLR di unit pelayanan perinatologi RSUPN CM dan tenaga kesehatan lain. Kriteria partisipan dari kelompok perawat adalah perawat primer dan kepala ruangan; sedangkan partisipan dari kelompok tenaga kesehatan lain dan penunjang adalah farmasis, petugas laboratorium, dan petugas gizi yang dipilih secara purposif.

Metode yang digunakan pada tahap identifikasi masalah adalah diskusi kelompok terfokus, studi dokumentasi, dan studi literatur. Partisipan dalam diskusi kelompok terfokus mencakup sembilan orang partisipan pada kelompok perawat dan tujuh orang partisipan pada kelompok tenaga kesehatan lain dan penunjang. Pada tahap kedua yaitu pengembangan Model didasarkan pada hasil identifikasi masalah, studi literatur, dan masukan pakar. Tahap ketiga dilakukan uji coba model dengan melibatkan perawat rumah sakit dan perawat puskesmas.

HASIL

Tahap I: Identifikasi Masalah atau Kebutuhan

Tujuan penelitian tahap satu yaitu teridentifikasinya masalah atau kebutuhan berdasarkan data yang terkumpul dari berbagai sumber dan metode pengumpulan data. Berdasarkan hasil dari diskusi kelompok terfokus dan ditambah dengan hasil studi dokumentasi diperoleh gambaran permasalahan terkait pengetahuan perawat, pelaksanaan pendidikan kesehatan, standar prosedur operasional, dilema etik, fungsi tenaga penunjang, dan sistem pendokumentasian.

Masalah pertama yang teridentifikasi adalah terkait pengetahuan perawat. Pelayanan keperawatan di ruang perinatologi sudah mengikuti standar yang ada. Perawat pun sudah mengetahui perkembangan dalam asuhan keperawatan berdasarkan *evidence based*, seperti *developmental care* (asuhan perkembangan), dan Perawatan Metode

Kanguru (PMK). Pemberian ASI yang merupakan makanan utama bagi bayi juga digalakkan. Namun, pelaksanaannya masih terkendala berbagai faktor. Faktor yang mempengaruhi keberhasilan pemberian ASI berdasarkan keluhan orang tua adalah ASI-nya tidak keluar, walaupun demikian perawat terus menggalakkan pemberian ASI.

Selanjutnya, masalah yang ditemukan adalah terkait pelaksanaan pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan sebagai bagian dari proses perencanaan pulang telah diberikan, tetapi masih terkendala dengan keterbatasan materi edukasi dan dokumentasi pendidikan kesehatan. Hal ini mengakibatkan informasi yang disampaikan ke orang tua menjadi tidak sama.

Hal lain yang ditemukan adalah kebutuhan perawatan akan adanya Standar Prosedur Operasional (SPO). Pelaksanaan intervensi keperawatan memerlukan suatu acuan, sehingga dalam pelaksanaannya tidak membuat kebingungan pemberi asuhan. Beberapa kebingungan yang dikemukakan oleh perawat karena ada perbedaan pandangan antar tenaga kesehatan yaitu tatalaksana pemberian minum pada bayi baru lahir khususnya terkait metode pemberian minum, tatalaksana PMK terkait posisi bayi, dan kriteria berat badan untuk penyapihan bayi dari inkubator.

Masalah selanjutnya yang ditemukan adalah terkait dilema etik saat pemberian pelayanan-asuhan keperawatan pada BBLR. BBLR tidak jarang memerlukan perawatan yang lama, namun demikian terkadang bayi dibawa pulang paksa oleh keluarga walaupun bayi masih memerlukan bantuan pemenuhan nutrisi melalui infus atau pemenuhan kebutuhan oksigen dengan alat bantu pernapasan. Di satu pihak perawat harus menyelamatkan kehidupan bayi, tetapi di lain pihak perawat juga harus menghargai hak keluarga dalam memutuskan perawatan untuk anaknya.

Tenaga penunjang memfasilitasi keberhasilan asuhan sesuai lingkup kerjanya, seperti memberi informasi kepada orang tua beberapa hal yang harus dilakukan apabila mau masuk ke ruang bayi, menyiapkan susu sesuai instruksi, memfasilitasi orang tua untuk

konsultasi dengan dokter yang merawatnya, mengorientasikan tempat (apotik, laboratorium, bank darah). Keluhan yang disampaikan lebih terfokus pada deskripsi tugas masing-masing tenaga penunjang yang kadang tidak sesuai dengan yang seharusnya.

Asuhan keperawatan juga perlu ditunjang oleh sistem pendokumentasian yang memadai. Dokumen sudah mengacu pada standar *Joint Commission International (JCI)*. Namun, format pengkajian yang digunakan tidak spesifik untuk neonatus. Hal ini terjadi karena mengacu pada JCI dimana kebijakannya adalah satu format yang harus dapat digunakan untuk semua anak. Hal ini mengakibatkan ada beberapa data terkait masalah neonatus yang tidak mungkin terisi atau terfasilitasi.

Tahap II: Pengembangan Model

Model Pelayanan-Asuhan Keperawatan BBLR dikembangkan berdasarkan masalah yang teridentifikasi, masukan pakar, studi literatur dengan mengacu pada teori keperawatan Konservasi dari Myra E. Levine dan teori *Becoming a Mother* atau *Maternal Role Attainment* dari Roman T. Mercer, serta konsep *Family-Centered Care*. Teori dari Mercer dijadikan dasar dalam pengembangan model ini dengan mengintegrasikan teori Konservasi dalam pemberian asuhan keperawatan dan melengkapinya dengan asuhan lanjutan di komunitas. Rancangan awal model yang telah dikembangkan dibahas dalam suatu kegiatan pra *workshop* untuk mendapat masukan dari para pakar.

Pra *workshop* dilaksanakan dengan mengundang partisipan (individual) yang mempunyai pengalaman bekerja di *World Health Organization (WHO)*, Kementerian Kesehatan, Puskesmas, dan Rumah Sakit yang diwakili oleh perawat dua rumah sakit rujukan di Jakarta. Tujuan umum dari pra *workshop* ini adalah teridentifikasinya garis besar komponen pelayanan/asuhan keperawatan.

Beberapa masukan penting yang didapat dari pra-*workshop* adalah pelayanan bayi baru lahir khususnya terkait dengan kompetensi perawat perlu mendapat perhatian. Hasil survei mengindikasikan bahwa perlu ada intervensi khusus pada perawat yang bekerja di ruang

perinatologi karena kompetensi yang didapat di *pre-service* masih kurang. Sistem komunikasi antara rumah sakit dengan puskesmas belum berjalan dengan baik, sehingga identifikasi adanya BBLR di komunitas dilakukan dengan cara menggerakkan kader untuk mengidentifikasi adanya BBLR dan melaporkan ke Puskesmas untuk dilakukan kunjungan rumah. Informasi lain yang didapat adalah alur pelayanan. Alur bayi untuk dirawat bisa dari gawat darurat dan bisa juga dari poliklinik. Petugas yang menerima bayi saat masuk ruang rawat kadang-kadang petugas administrasi kadang-kadang perawat. Hal ini berarti bahwa belum ada uraian tugas yang pasti.

Berdasarkan hasil *pra-workshop*, model kemudian dikembangkan kembali. Hasil perbaikan Model disampaikan pada kegiatan *workshop* yang melibatkan para calon Ners Spesialis Keperawatan Anak untuk mendapatkan masukan.

Model terdiri dari 2 komponen, yaitu asuhan keperawatan selama di rumah sakit, dan asuhan pasca rawat. Model asuhan keperawatan selama di rumah sakit, bayi dirawat di unit perinatologi rumah sakit rujukan dapat berasal dari ruang bersalin rumah sakit tersebut, rumah sakit lain, puskesmas, atau dari rumah. Pintu masuk perawatan di rumah sakit untuk bayi yang berasal dari luar rumah sakit dapat berasal dari poliklinik anak atau dari unit gawat darurat (UGD). Di UGD dilakukan triase untuk menentukan tingkat bantuan yang diperlukan bayi. Ada 3 tingkatan/level pelayanan yaitu level I (pelayanan dasar), level II (*high care*/perawatan khusus), level III (*intensive care*/perawatan intensif).

Asuhan keperawatan ditujukan untuk meningkatkan kesehatan bayi baru lahir, meningkatkan kemampuan ibu dalam merawat bayinya, sehingga kepuasan ibu akan perannya dapat tercapai (Mercer dalam Alligood, 2010). Pencapaian tujuan asuhan dipengaruhi oleh berbagai faktor yaitu karakteristik bayi dan faktor lingkungan (Ball, Bindler, & Cowen, 2010). Faktor lingkungan bayi termasuk karakteristik orang tua, perawat yang memberikan asuhan, faktor lingkungan ruang rawat dan lingkungan masyarakat,

serta budaya yang dianut keluarga (Mercer dalam Alligood, 2010). Mercer lebih lanjut menjelaskan karakteristik bayi dan karakteristik orang tua saling berhubungan satu dengan yang lain. Karakteristik BBLR meliputi usia bayi, usia gestasi, kemampuan berespons, dan kemampuan bayi memberi isyarat. Karakteristik orang tua mencakup: usia, tingkat pendidikan, pengetahuan, keyakinan yang dianut, dan persepsi terhadap penyakit.

Bayi berat lahir rendah mempunyai keterbatasan dalam menghasilkan energi. Prinsip konservasi energi berdasarkan Teori Konservasi dari Levine (Alligood, 2010) perlu diimplementasikan oleh semua tenaga yang terlibat dalam asuhan agar konservasi energi dapat dilakukan secara optimal, integritas struktur, integritas personal, dan integritas sosial bayi dapat dipertahankan bahkan ditingkatkan.

Perawat yang memberikan asuhan kepada bayi dan keluarga disesuaikan dengan standar ketenagaan berdasarkan tingkat pelayanan keperawatan yang dikeluarkan oleh Kemkes RI (2011) yang mencakup tingkat kompetensi atau prasyarat baik sebagai perawat pelaksana maupun sebagai kepala ruangan dan rasio antara perawat dengan bayi. Proses keperawatan merupakan pendekatan yang digunakan dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan dengan penekanan pada penerapan prinsip konservasi dan *family centered care* dalam melakukan intervensi keperawatan. Intervensi keperawatan merujuk pada *Nursing Intervention Classification/NIC* (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2008). Kebutuhan akan pembelajaran didasarkan atas hasil penelitian (Rustina, 2002) dan kebutuhan orang tua yang anaknya dirawat di NICU (Gardner, *et. al.*, 2011).

Lingkungan perawatan bayi harus dibuat sedemikian rupa agar bayi dapat beristirahat dan menyimpan energinya untuk pemulihan dan menaikkan berat badan. Pencahayaan ruangan diatur redup, kebisingan ruangan harus diturunkan, manipulasi bayi dikurangi dengan mengatur rentang waktu tertentu yang disebut *touching time* yaitu setiap 2-3 jam sekali. Upaya tersebut ditujukan agar bayi

dapat istirahat dan tidur. Pada saat bayi tidur, persyarafan bayi akan berkembang (Graven & Browne, 2008).

Model yang kedua adalah asuhan lanjutan pasca pulang dari rumah sakit. Saat bayi pulang, keluarga diberi resume perawatan. Resume ini digunakan sebagai surat pengantar untuk melakukan asuhan lanjutan pasca rawat (*follow up care*), sehingga pemberi asuhan dapat memahami kondisi bayi sebelumnya dan informasi yang telah ibu dapatkan untuk merawat bayinya. *Follow-up care* merupakan salah satu komponen akreditasi rumah sakit (JCI, 2011).

Penanggungjawab perencanaan pulang (*discharge planner* atau dapat juga dilakukan oleh perawat primer) memberi informasi kepada Dinas Kesehatan tentang keputusannya bayi dengan mengirimkan informasi melalui *short message service* (SMS). Rumah sakit harus mempunyai nomor kontak dari petugas yang bertanggungjawab terhadap pemantauan pelayanan di komunitas. Dinas Kesehatan bekerjasama dengan puskesmas untuk menugaskan tenaga kesehatan di wilayah tempat tinggal klien untuk melakukan kunjungan rumah.

Tahap III: Uji Coba Model

Kegiatan yang dilakukan pada tahap ini adalah sosialisasi model kepada staf ruangan, pelatihan dan bimbingan. Sosialisasi juga dilakukan kepada perawat dari puskesmas yang akan terlibat dalam uji coba dan Dinas Kesehatan. Beberapa klarifikasi dari peserta dikemukakan, sehingga persamaan persepsi dapat dicapai. Pelatihan perawat yang dilaksanakan mencakup Modul: Alur Perawatan, *Family-Centered Care*, Asuhan Keperawatan pada BBLR, Edukasi/Konseling pada Ibu yang memiliki BBLR, Perencanaan Pulang berbasis Web, dan *Follow-up care*.

Kegiatan sosialisasi dengan Dinas Kesehatan Propinsi DKI dan beberapa perawat puskesmas menghasilkan rekomendasi terkait komponen asuhan pasca pulang yang didalamnya termasuk sistem komunikasi antara rumah sakit dengan puskesmas. Sistem komunikasi antara rumah sakit dengan perawat di komunitas dikembangkan agar

terjadi kesinambungan asuhan dan bayi mendapat asuhan lanjutan pasca rawat. Pada awalnya informasi terkait keputusannya bayi direncanakan dikirim dari rumah sakit oleh perawat penanggungjawab perencanaan pulang (*discharge planner*) melalui Dinas Kesehatan di wilayah tempat tinggal bayi melalui pesan singkat. Isi pesan mencakup nama bayi dan nama orang tua, berat lahir dan berat ketika pulang, usia gestasi, alamat lengkap rumah (termasuk nomor telpon bila ada), pesan khusus, seperti jadwal kontrol, intervensi khusus (misal: PMK). Perubahan dalam sistem komunikasi dilakukan karena Dinas Kesehatan merupakan pemegang kebijakan, sementara teknis pelaksanaan asuhan adanya di puskesmas.

Kegiatan pendampingan dilakukan mencakup pengisian formulir bersama-sama diskusi terkait hal-hal yang masih membingungkan memberi contoh ketika orang tua datang mengingatkan apa yang harus dilakukan kepada bayi atau ketika orang tua datang. Pengisian perencanaan pulang berbasis web diajarkan dan dipraktikkan. Refleksi dan evaluasi dilakukan selama pendampingan. Pemantauan terhadap pelaksanaan komunikasi antara rumah sakit dan puskesmas juga dilakukan.

Kegiatan uji coba juga melibatkan perawat puskesmas di wilayah DKI Jakarta. Hasil uji coba mengidentifikasi bahwa ada kesulitan dalam menemukan alamat orang tua bayi karena nama yang tertera dalam status bayi tidak dikenal di lingkungan dimana keluarga tersebut tinggal. Oleh sebab itu direkomendasikan agar isi pesan singkat, selain mencantumkan nama lengkap sesuai yang tercantum dalam status bayi juga perlu disertai dengan nama panggilan, sehingga akan lebih mudah menemukan alamat dengan bantuan masyarakat.

Saat melakukan kunjungan rumah, perawat puskesmas melakukan pengisian formulir pemantauan berat badan, panjang badan, lingkar kepala, frekuensi nafas, kondisi kesehatan bayi; melakukan intervensi keperawatan dasar seperti pentingnya kebersihan (pencegahan infeksi), pemberian ASI. Apabila ditemukan masalah kesehatan

yang perlu penanganan lebih lanjut, perawat harus melakukan rujukan atau menyarankan agar bayi dibawa ke layanan kesehatan. Format pemantauan bayi dirasakan oleh para perawat puskesmas cukup sederhana dan mudah diaplikasikan.

PEMBAHASAN

Pelayanan asuhan keperawatan merupakan suatu sistem, sehingga kualitas asuhan yang diberikan sangat tergantung dari kesiapan dan kondisi masing-masing komponen yang menunjangnya. Faktor pemberi pelayanan, sarana dan prasarana, kerjasama orang tua sangat penting. Proses pemberian asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan perlu ditunjang oleh pengetahuan perawat yang memadai, kepatuhan terhadap standar operasional prosedur, serta kerjasama dengan tenaga kesehatan lain dan orang tua. Dengan demikian, kerjasama dengan semua pihak terkait pelayanan asuhan keperawatan sangat penting. *Action research* memfasilitasi perubahan yang terus menerus dengan melibatkan berbagai pihak terkait (Dengler, *et al.*, 2012). Keterlibatan staf dalam penelitian dapat memfasilitasi keberlangsungan perubahan yang dilakukan. Pada penelitian ini, perawat, tenaga kesehatan lain, dan tenaga penunjang dilibatkan sejak identifikasi masalah sampai dengan penyelesaian masalah. Streubert dan Carperter (2011) mengemukakan bahwa apabila suatu upaya perubahan merupakan bagian dari penelitian yang melibatkan para praktisi di suatu tatanan tertentu, perubahan tersebut akan menjadi bagian dari perubahan yang dilaksanakan oleh para praktisi tersebut secara terus menerus dalam praktiknya sehari-hari.

Identifikasi masalah merupakan langkah awal dalam melakukan suatu perubahan. Diskusi terfokus dipilih untuk mendapatkan informasi secara menyeluruh dari kelompok dengan memfasilitasi setiap individu untuk berdiskusi berdasarkan ide orang lain. Diskusi terfokus sangat berguna apabila akan melakukan pengkajian kebutuhan

(Leung & Savithiri, 2009) sebagai awal dalam merumuskan rencana intervensi.

Model dikembangkan dengan mengintegrasikan konsep dan teori keperawatan. Teori *Becoming a Mother* atau *Becoming a Mother* sangat tepat digunakan karena sebagai Middle Range Theory, teori ini sangat spesifik bagi pencapaian kesehatan bayi baru lahir dengan memperhatikan kemampuan orang tua dalam hal ini ibu (Alligood, 2010). Ibu dan keluarga merupakan bagian yang sangat penting dalam kehidupan bayi baru lahir dan tidak terpisahkan, sehingga konsep *family centered care* atau asuhan yang berpusat pada keluarga sangat tepat diintegrasikan dalam model ini. Hasil penelitian mengidentifikasi bahwa implementasi *family centered care* memberikan kepuasan kepada keluarga terhadap asuhan yang diberikan (Neal, *et al.*, 2007). Implementasi *family centered care* juga memberikan dampak positif terhadap tingkat stres, tingkat kenyamanan, dan percaya diri keluarga yang bayinya dirawat di NICU (Cooper, *et al.*, 2007).

Model ini dikembangkan untuk memfasilitasi pertumbuhan dan perkembangan bayi bahkan mencegah terjadinya kematian melalui persiapan dan pemberyaan orang tua agar memiliki kompetensi dan kepercayaan diri menjalani peran sebagai ibu dalam merawat bayinya. Kesehatan bayi juga dipengaruhi oleh lingkungan, hal ini sejalan dengan teori yang digagas oleh T. Mercer yang menyebutkan bahwa lingkungan mempengaruhi penerimaan dan kesiapan menjalani peran ibu (Alligood, 2010).

Orang tua mempunyai hak untuk dekat dengan bayinya, tetapi keselamatan bayi juga lebih penting. Membuka inkubator yang terlalu sering selain akan membuat bayi hipotermi, juga bayi berisiko untuk infeksi karena tangan orang tua atau tenaga kesehatan yang kotor. Oleh sebab itu, edukasi terhadap orang tua sangat penting. Edukasi terhadap orang tua harus diberikan secara bertahap. Edukasi yang diberikan secara bertahap dapat membantu para orang tua lebih memahami informasi yang disampaikan dan apabila karena terpaksa anaknya dibawa pulang sebelum

waktunya, orang tua sudah mempunyai sedikit pengetahuan untuk merawat bayinya di rumah. Kejadian rawat ulang dapat dihindari apabila orang tua dipersiapkan dengan optimal melalui proses perencanaan pulang. Orang tua dipersiapkan untuk mampu merawat bayinya melalui suatu proses perencanaan pulang. Perencanaan pulang telah diidentifikasi dapat menurunkan rawat ulang dan meningkatkan percaya diri orang tua dalam merawat bayinya di rumah (Smith, *et al.*, 2009). Perencanaan pulang yang terorganisir dan diimplementasikan dengan baik merupakan keberhasilan awal dari suatu asuhan lanjutan (*follow-up care*) (Allen, Donahue, & Porter, 2002).

Perawat memegang peranan penting dalam mempersiapkan orang tua agar mampu secara mandiri untuk merawat bayinya di rumah. Oleh sebab itu, persiapan perawat di rumah sakit telah dilakukan melalui pelatihan dan pendampingan agar mempunyai kemampuan untuk memberikan asuhan yang terbaik kepada bayi dan keluarganya. Perilaku perawat yang dapat membantu orang tua untuk memenuhi kebutuhan dasarnya adalah dukungan emosional, pemberdayaan keluarga, kebijakan ruangan yang memungkinkan orang tua hadir, dan pendidikan kesehatan bagi orang tua (Cleveland, 2008). Cleveland mengidentifikasi 6 kebutuhan orang tua yang bayinya dirawat di *neonatal intensive care unit* (NICU), yaitu: informasi yang akurat tentang perawatan bayinya, melihat dan melindungi bayinya, kontak dengan bayi, orang tua dipersepsikan positif oleh perawat di ruangan, asuhan yang bersifat individual, dan hubungan terapeutic dengan perawat ruangan. Hal perlu menjadi perhatian bukan hanya perawat, tetapi juga tenaga kesehatan lain yang terkait.

Kesiapan tenaga kesehatan di rumah sakit harus didukung oleh kemampuan tenaga kesehatan di komunitas dalam hal ini di puskesmas, sehingga kesinambungan asuhan dapat berjalan secara optimal. Melalui pelayanan yang berkesinambungan juga masalah pada BBLR yang seharusnya tidak perlu terjadi dapat dihindarkan serta pertumbuhan dan perkembangan BBLR juga dapat dipantau. Perubahan perilaku

memerlukan upaya yang terus menerus dan dilaksanakan secara bertahap, sehingga pendampingan memegang peranan penting. Pada tahap uji coba Model, diskusi dan pendampingan terus dilakukan untuk memfasilitasi perubahan perilaku. Evaluasi dan refleksi merupakan bagian yang sangat penting dalam suatu *action research* untuk mengidentifikasi tahapan yang telah dicapai dan bantuan apa yang diperlukan atau dimodifikasi (McIntosh, 2009).

Perawat memegang peranan penting dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan melalui pemberian asuhan keperawatan. Tantangan yang dihadapi oleh perawat saat ini dan juga pemerintah adalah belum terlaksananya asuhan keperawatan lanjutan pasca rawat di rumah sakit. Perubahan dalam pelayanan kepada BBLR ini perlu dituangkan oleh kerjasama antara rumah sakit dan sumber-sumber yang ada di masyarakat, seperti layanan yang ada di masyarakat serta pemegang kebijakan akan pelayanan lanjutan. BBLR atau bayi prematur dan bayi risiko tinggi karena masalah keluarga merupakan dua kategori yang direkomendasikan oleh American Academy of Pediatrics (2008) untuk dilakukan asuhan lanjutan. Sistem komunikasi antara rumah sakit-puskesmas-keluarga memegang peranan penting dalam mensukseskan asuhan bayi berat lahir rendah pasca pulang dari rumah sakit.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Model pelayanan-asuhan keperawatan bayi berat lahir rendah dikembangkan untuk meningkatkan kesehatan bayi baru lahir melalui asuhan yang berkesinambungan. Tim kesehatan memegang peranan penting dalam meningkatkan kesehatan bayi baru lahir dengan peran dan fungsinya masing-masing. *Action research* dipilih untuk meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan, sekaligus mengevaluasi dampaknya terhadap kesehatan bayi maupun kepuasan orang tua dengan melibatkan semua pihak yang terkait.

Saran

Kesinambungan asuhan dari rumah sakit ke asuhan di komunitas merupakan suatu tantangan untuk dilaksanakan dan ditingkatkan. Oleh sebab itu, metode komunikasi yang efektif seperti penggunaan pesan singkat dari rumah sakit ke penanggungjawab asuhan di komunitas merupakan salah satu alternatif yang perlu diaplikasikan.

KEPUSTAKAAN

- Allen, M.C., Dohohue, P.K., & Porter, M. 2002. *Follow-up of the NICU infant. In: G.B. Merenstein & S.L. Gardner. (Eds), Handbook Of Neonatal Intensive Care* (5th ed). St. Louis: Mosby Inc.
- Alligood, M. R. 2010. *Nursing theory: Utilization & application* (4th ed.). Missouri: Mosby.
- American Academy of Pediatrics. 2008. Hospital discharge of the high-risk neonate: Committe on Fetus and Newborn, *Pediatrics*, 122, 11-19.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS). 2010. *Laporan pencapaian pembangunan Milenium di Indonesia 2010*. Jakarta.
- Bulechek, G.M. Butcher, H.K. & Dochterman, J.M. 2008. *Nursing intervention classification (NIC)* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Cooper, L.G., Gooding, J.S., Gallagher, J.m Sternesky, L., Ledsky, R., & Berns, S.D. 2007. Impact of a family-centered care initiative on NICU care, staff and families, *Journal of Perinatology*, 27, S32-S37.
- Cleveland, L. M. 2008. Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit, *JOGNN*, 37(6), Pp. 666-691.
- Dengler, K.A., Wilson, V., Redshaw, S., & Scarfe, G. 2012. *Appreciation of a child's journey: Implementation of a cardiac action research project. Nursing Research and Practice*, doi: 10.1155/2012/145030.
- Departemen Kesehatan R.I. 2008. *Laporan hasil riset kesehatan dasar (RISKESDAS) nasional 2007*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Gardner, S.L. Carter, B.S., Enzman_Hines, M., Hernandez, J.A. 2011. *Merenstein & Gaerdner's handbook of neonatal intensive care* (7th ed). St. Louis: Mosby.
- Graven, S.N. & Browne, J.V. 2008. Sleep and brain development: The critical role of sleep in fetal and early neonatal brain development. *Newborn and Infant Nursing Review*, December, 173-179.
- Joint Commission International/JCI. 2010. *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals* (4th ed). Illinois: Joint Commission International
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia., 2011. *Standar Pelayanan Keperawatan Neonatus di Sarana Kesehatan*. Jakarta.
- Leung, F., Savithiri, R. 2009. Spotlight on focus groups, *Can Fam Physician*, 55(2), 218-219.
- Neal, A., Frost, M., Kuhn, J., Green, A., Gance-Cleveland, B., & Kersten, R. 2007. Family centered care within an infant-toddler unit, *Pediatric Nursing*, 33(6), 481-485.
- Rustina, Y. 2002. *Information needs of Indonesian mothers in caring for their preterm infants*. Research Report: Unpublished.
- Rustina, Y. 2005. Educational program for enhancing parental competency and outcomes of preter infants, *Dissertation*. Chiang Mai University.
- Rustina, Y., Nursasi, A. Y., Fitriyani, P., Budiati, T., & Syahreni, E. 2011. *Maternal Experience in caring for their preterm infants at home. Presented at the 8th International Nursing Conference Seoul*, South Korea, 28 October 2011.
- Smith, V. C., Young, S., Pursley, D.M., Mc Cormick, M. C., & Zupancic, J.A. F. 2009. Are families prepared for discharge from the NICU?, *Journal of Perinatology*, 29, 623-629.
- Stright, B. R. 2001. *Maternity newborn nursing* (3rd ed). Philadelphia: Lippincott.
- Streubert, H.J., & Carpenter, D.R., 2011. *Qualitative research in nursing: Advancing the human imperative* (5th Ed). Philadelphia: Lippincott.