

Dr. Kristiawati, S.Kp., M.Kep., Ns.Sp.Kep.An
Praba Diyan Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep
Nuzul Qur'aniati, S.Kep., Ns., M.Ng., Ph.D
Elvira Ekklesia Aprilita, S.Kep
Nencya Fi Roudhotil Jannah, S.Kep., Ns

FAMILY INTEGRATED CARE DALAM PERAWATAN BAYI DENGAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH



FAMILY INTEGRATED CARE
DALAM PERAWATAN BAYI
DENGAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH

Dr. Kristiawati, S.Kp., M.Kep., Ns.Sp.Kep.An
Praba Diyan Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep
Nuzul Qur'aniati, S.Kep., Ns., M.Ng., Ph.D
Elvira Ekklesia Aprilita, S.Kep
Nencya Fi Roudhotil Jannah, S.Kep., Ns

**FAMILY INTEGRATED CARE
DALAM PERAWATAN BAYI
DENGAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH**

Penulis:

Dr. Kristiawati, S.Kp., M.Kep., Ns.Sp.Kep.An
Praba Diyan Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep
Nuzul Qur'aniati, S.Kep., Ns., M.Ng., Ph.D
Elvira Ekklesia Aprilita, S.Kep
Nencya Fi Roudhotil Jannah, S.Kep., Ns

ISBN: 978-634-274-018-7
Copyright © Desember 2025
All rights reserved

Penerbit:

PT. Pustaka Saga Jawadwipa
Jl. Kedinding lor Gang Delima No.4A Surabaya
Nomor Kontak: 085655396657

Anggota IKAPI:
No. 367/JTI/2023

Buku ini dilindungi oleh Pasal 113 UU Nomor 28 tahun
2014 tentang Hak Cipta. Dilarang memperbanyak
sebagian atau seluruh isi buku tanpa izin tertulis dari
penerbit.

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang Maha Tinggi atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan modul dengan judul “*Family integrated care* dalam perawatan bayi dengan berat badan lahir rendah”. Modul ini disusun berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis pada beberapa rumah sakit di Surabaya. Penelitian ini dilakukan berbasis pada teori *Family Integrated Care* dan *Maternal Role Attainment Becoming a Mother*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengembangan model pemberdayaan ibu dipengaruhi oleh faktor lingkungan, karakteristik anak, dan karakteristik ibu yang akan menunjukkan kemandirian ibu dalam merawat bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Pemberdayaan tersebut dilakukan dengan melibatkan aspek edukasi, keterampilan, dan dukungan .

Ucapan terima kasih tak terhingga kami sampaikan kepada Universitas Airlangga atas pembiayaan penelitian dalam Program *Airlangga Research Fund (ARF) Batch I* Skema Penelitian Dasar Unggulan Universitas Airlangga tahun 2025 dengan Nomor Kontrak Penelitian 1791/UN3.LPPM/PT.01.03/2025, pimpinan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, responden penelitian serta semua pihak yang telah memberikan kontribusi dalam penyusunan buku ini. Tentunya buku ini mungkin memuat unsur kekurangan, oleh karena itu masukan dan

saran dari semua pihak sangat kami harapkan untuk perbaikan. Besar harapan kami bahwa buku ini dapat membawa manfaat bagi semua pihak dalam kemandirian dalam merawat bayi BBLR.

Surabaya, Desember 2025

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1. Latar Belakang	1
2. Tujuan	4
3. Sasaran	4
BAB 2 PENDEKATAN LINGKUNGAN DALAM PEMBERDAYAAN IBU MERAWAT BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH	5
1. Dukungan Sosial (<i>Social Support</i>)	5
2. Hubungan Ayah-Ibu (<i>Mother-Father Relationship</i>)	7
3. Fungsi Keluarga (<i>Family Functioning</i>).....	9
4. Integrasi Faktor Lingkungan Keluarga terhadap <i>Empowerment</i> Ibu	12
BAB 3 PERAWATAN BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH	14
1. Konsep Bayi Berat Badan Lahir Rendah	14
2. Konsep Pertumbuhan dan Perkembangan Bayi BBLR	15
3. Perawatan Bayi BBLR	16
4. Peran Keluarga dalam Perawatan Bayi BBLR.....	27

5. Strategi Meningkatkan Kemampuan Ibu dalam Perawatan Bayi BBLR	35
6. Karakteristik Bayi BBLR Terhadap Pemberdayaan Ibu	39
BAB 4 KEMANDIRIAN IBU DALAM MERAWAT BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH	42
1. Pengertian Kemandirian	42
2. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kemandirian Ibu	49
3. Kemandirian Ibu dalam Merawat Bayi	52
4. Strategi Meningkatkan Kemandirian Ibu	55
5. Hambatan dalam Meningkatkan Kemandirian Ibu ..	59
6. Indikator Keberhasilan Kemandirian Ibu	60
7. Dampak Kemandirian Ibu Terhadap Kesehatan dan Tumbuh Kembang Bayi	61
8. Karakteristik Ibu dalam Pemberdayaan Merawat Bayi BBLR	62
BAB 5 PEMBERDAYAAN IBU DALAM MERAWAT BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH.....	68
1. Pengertian Pemberdayaan	68
2. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Pemberdayaan Ibu	70
3. Upaya Optimalisasi Faktor Penyusun Pemberdayaan Ibu	79
BAB 6 KONSEP MODEL FAMILY INTEGRATED CARE.....	88
1. Definisi Model <i>Family Integrated Care</i>	88

2. Prinsip-Prinsip Model <i>Family Integrated Care</i>	89
3. Faktor yang Memengaruhi Model <i>Family Integrated Care</i>	91
BAB 7 TAHAPAN INTERVENSI	
PEMBERDAYAAN IBU BAYI DENGAN BERAT	
BADAN LAHIR RENDAH	93
1. Tujuan Intervensi	93
2. Tahapan Intervensi Pemberdayaan Ibu Berbasis FICare.....	94
DAFTAR PUSTAKA	97
LAMPIRAN	108

DAFTAR TABEL

Tabel 7. 1 Tahapan Intervensi Pemberdayaan Ibu Berbasis FICare	94
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Perawatan Metode Kanguru (PMK)	108
Lampiran 2 Merawat Kulit Bayi Kecil di Rumah	111
Lampiran 3 Gizi untuk Bayi Kecil	116
Lampiran 4 Tips Merawat Bayi Kecil	123
Lampiran 5 Kenali Tanda Bahaya pada Bayi	126



BAB 1

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Ibu yang memiliki bayi dengan kondisi berat badan lahir rendah (BBLR atau < 2500 gram) sering kali merasakan kekhawatiran terkait kondisi bayinya (UNICEF, 2023). Bayi BBLR dengan berbagai masalah kesehatan yang memerlukan perawatan di ruang intensif khusus neonatus (NICU) menjadi pengalaman menegangkan orang tua terutama ibu (Shetty, 2024; Perea-Velasco, 2023). Hubungan ibu-bayi bersifat dinamis dan interaktif (Konukbay, 2024). Perpisahan, ketidakmampuan dalam aktivitas menyusui dan menyentuh, serta ketakutan kehilangan bayi meningkatkan stres ibu (Astuti, 2019). Ibu sebagai pemberi perawatan utama bayi sejak lahir harus memiliki kemampuan dan kemandirian merawat bayi (Tajalli, 2022; Tognasso, 2022). Akan tetapi kemandirian ibu dalam merawat bayi BBLR masih kurang (Kim, 2024). Perawatan BBLR lebih kompleks dibandingkan bayi lahir normal, ibu perlu memiliki kemampuan yang cukup untuk memberikan perawatan (Tognasso, 2022). Pemberdayaan ibu sebagai penguatan untuk merasakan kendali persepsi psikologis selama penanganan klinis bayi, serta mengakui dan berinteraksi dengan lingkungannya (Figuro, 2020). Kemandirian ibu merawat bayi dapat ditingkatkan melalui pemberdayaan dalam merawat anak (Dinkes, 2023).

Model pemberdayaan ibu berbasis *Family Integrated Care* dan *Theory of Maternal Role Attainment-Becoming a Mother* dalam kemandirian perawatan bayi BBLR belum dapat dijelaskan.

Pada tahun 2020, 19,8 juta bayi baru lahir, diperkirakan 14,7% dari semua bayi yang lahir di seluruh dunia, mengalami BBLR (UNICEF, 2023). Prevalensi BBLR Kota Surabaya tahun 2022 mencapai 12,3% dengan kematian neonatal sebanyak 38 bayi (Baysoy, 2021). Tahun 2023 prevalensi BBLR meningkat (23,7%), sedangkan kematian neonatal akibat BBLR sebanyak 31 bayi (Pena CJ, 2019). Interaksi di awal kehidupan berdampak penting pada pertumbuhan dan perkembangan jangka panjang (Ferreira, 2021), pemisahan dini berdampak buruk pada bayi (Borimnejad, 2012).

Empowerment dalam teori *Family Integrated Care* (FICare) pada perawatan bayi berat badan lahir rendah (BBLR) merupakan upaya sistematis untuk memberdayakan orang tua, khususnya ibu, agar mampu terlibat aktif, kompeten, dan percaya diri dalam merawat bayinya selama masa perawatan, terutama di ruang perawatan intensif neonatal (O'Brien et al., 2018). Pemberdayaan ini sejalan dengan teori *Maternal Role Attainment* (MRA) yang menyatakan bahwa pencapaian peran ibu berkembang melalui interaksi berkelanjutan antara faktor lingkungan, faktor anak, dan faktor ibu (Mercer, 2004; Alligood, 2018). Pada konteks BBLR, faktor lingkungan meliputi dukungan dan edukasi dari

tenaga kesehatan, kebijakan rumah sakit yang mendukung keterlibatan keluarga, serta lingkungan perawatan yang memungkinkan ibu berpartisipasi langsung dalam perawatan dasar bayi, seperti pemberian ASI, perawatan metode kanguru, dan pemantauan kondisi bayi. Faktor anak berkaitan dengan kondisi klinis bayi BBLR yang rentan, tingkat ketergantungan terhadap perawatan medis, serta respons bayi terhadap intervensi, yang dapat memengaruhi rasa percaya diri ibu dalam menjalankan perannya. Sementara itu, faktor ibu mencakup pengetahuan tentang perawatan BBLR, sikap dan kesiapan psikologis, pengalaman sebelumnya, serta persepsi terhadap peran keibuan, yang berperan penting dalam proses *empowerment* dan pencapaian peran ibu secara optimal (Mercer, 2004). Berdasarkan hal tersebut, *empowerment* dalam FICare pada perawatan bayi BBLR tidak hanya meningkatkan kompetensi ibu, tetapi juga mendukung pencapaian peran ibu secara bertahap melalui interaksi antara ibu dengan bayi dan lingkungan dalam teori MRA.

Program pemberdayaan orang tua merupakan bentuk intervensi untuk meningkatkan kemampuan orang tua dalam optimalisasi kesehatan anak. Intervensi pemberdayaan berbasis *Family Integrated Care dan Theory of Maternal Role Attainment Becoming a Mother* dalam meningkatkan kemampuan Ibu dalam merawat bayi baru lahir merupakan program penting untuk diimplementasikan sebagai upaya untuk optimalisasi

pertumbuhan dan perkembangan pada bayi BBLR, sehingga diperlukan buku yang berfungsi sebagai referensi spesifik yang komprehensif. Buku referensi ini disusun berdasarkan hasil penelitian yang menganalisis model *Family Integrated Care* dan *Theory of Maternal Role Attainment Becoming a Mother* dalam pemberdayaan Ibu untuk kemandirian perawatan bayi dengan BBLR.

2. Tujuan

Buku ini digunakan sebagai referensi bagi mahasiswa keperawatan, perawat, tenaga kesehatan dan instansi kesehatan dalam pemberdayaan Ibu untuk merawat bayi dengan berat badan lahir rendah.

3. Sasaran

Buku ini ditujukan kepada mahasiswa keperawatan, perawat, tenaga kesehatan dan instansi kesehatan dalam upaya meningkatkan pemberdayaan Ibu dalam merawat bayi dengan berat badan lahir rendah.

BAB 2

PENDEKATAN LINGKUNGAN DALAM PEMBERDAYAAN IBU MERAWAT BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH

1. Dukungan Sosial (*Social Support*)

Pengertian dan jenis dukungan sosial

Dukungan sosial merupakan penerimaan rasa aman, peduli, penghargaan atau bantuan yang diterima seseorang dari orang lain atau kelompok (Maulida et al., 2025). Dukungan sosial dapat didefinisikan sebagai segala bentuk bantuan yang diterima individu dari orang lain atau lingkungan sekitarnya yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan fisik, psikologis, dan sosial. Dalam konteks kesehatan ibu dan anak, dukungan sosial berperan penting dalam membantu ibu beradaptasi terhadap peran dan tuntutan pengasuhan.

Dukungan sosial secara umum diklasifikasikan ke dalam empat jenis, yaitu:

- 1) Dukungan emosional, berupa empati, perhatian, dan rasa aman
- 2) Dukungan fisik, berupa bantuan nyata seperti bantuan fisik atau material
- 3) Dukungan informasional, berupa pemberian saran, pengetahuan, dan informasi yang relevan
- 4) Dukungan appraisal, yaitu umpan balik positif dan penguatan yang membantu individu menilai

kemampuan dan perannya secara lebih percaya diri.

Keempat jenis dukungan ini saling melengkapi dan berperan dalam memperkuat kapasitas individu dalam menghadapi stres dan tantangan kehidupan (Sukyati et al., 2025).

Sumber dukungan sosial

Sumber dukungan sosial bagi ibu berasal dari berbagai pihak yang berada dalam lingkup kehidupan sehari-hari diantaranya yaitu:

- 1) Suami, yang merupakan sumber dukungan utama yang berperan dalam memberikan dukungan emosional, instrumental, dan penguatan peran ibu.
- 2) Keluarga besar, seperti orang tua dan saudara, turut memberikan dukungan melalui pengalaman pengasuhan, bantuan fisik, serta nilai budaya yang memperkuat peran ibu.
- 3) Tenaga kesehatan, yang berperan sebagai sumber dukungan informasional dan appraisal melalui edukasi, bimbingan, serta validasi terhadap kemampuan ibu dalam merawat anak.

Beragamnya sumber dukungan ini memungkinkan ibu memperoleh bantuan yang komprehensif dan berkelanjutan dalam menjalani peran keibuannya (Friedman, et al., 2015).

Mekanisme pengaruh dukungan sosial terhadap *empowerment* ibu

Dukungan sosial memengaruhi *empowerment* ibu melalui mekanisme psikologis dan perilaku yang saling berkaitan. Dukungan emosional membantu mengurangi stres, kecemasan, dan perasaan tidak berdaya, sehingga ibu merasa lebih tenang dan aman dalam menjalankan perannya. Dukungan instrumental meringankan beban fisik dan tanggung jawab pengasuhan, memungkinkan ibu lebih fokus pada pembelajaran dan pengambilan keputusan. Dukungan informasional meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu, yang pada akhirnya memperkuat rasa kontrol dan kompetensi diri. Sementara itu, dukungan appraisal memberikan penguatan positif terhadap kemampuan ibu, sehingga meningkatkan kepercayaan diri dan *self-efficacy*. Melalui proses ini, dukungan sosial berperan sebagai faktor kunci dalam pemberdayaan ibu, yang mendorong partisipasi aktif, kemandirian, dan pengambilan keputusan yang lebih baik dalam perawatan anak (Moelyono, 2025).

2. Hubungan Ayah-Ibu (*Mother-Father Relationship*) Konsep relasi pasangan dalam keluarga dengan bayi BBLR

Relasi pasangan (ayah-ibu) dalam keluarga yang memiliki bayi berat badan lahir rendah (BBLR) merupakan hubungan interpersonal yang ditandai oleh kerja sama, komunikasi, dan pembagian peran dalam

menghadapi kondisi bayi yang rentan (Nurseha et al., 2024). Kelahiran bayi BBLR sering kali menjadi sumber stres bagi pasangan karena adanya tuntutan perawatan intensif, ketidakpastian kondisi kesehatan bayi, serta perubahan peran dalam keluarga. Hubungan pasangan yang suportif dan kooperatif memungkinkan orang tua saling berbagi tanggung jawab, mengelola stres bersama, dan membangun keputusan pengasuhan yang selaras. Sebaliknya, relasi pasangan yang kurang harmonis dapat memperberat beban emosional ibu dan menghambat adaptasi keluarga terhadap kondisi bayi BBLR (Ionio et al., 2016).

Dampak konflik dan keharmonisan terhadap psikologis ibu

Kualitas hubungan pasangan memiliki dampak langsung terhadap kondisi psikologis ibu, terutama pada ibu dengan bayi BBLR yang menghadapi tekanan emosional tinggi. Konflik pasangan yang berkepanjangan dapat meningkatkan risiko stres, kecemasan, depresi postpartum, serta perasaan tidak mampu dalam menjalankan peran keibuan. Sebaliknya, hubungan pasangan yang harmonis memberikan rasa aman emosional, dukungan afektif, dan validasi peran ibu, sehingga membantu ibu mengelola stres dan meningkatkan kesejahteraan psikologis. Penelitian menunjukkan bahwa dukungan emosional dari pasangan berperan sebagai faktor protektif terhadap gangguan

psikologis ibu pada masa perawatan neonatal, khususnya di ruang NICU (Soghier et al., 2020).

Pengaruh hubungan ayah–ibu terhadap pemberdayaan ibu

Hubungan ayah–ibu yang positif dan suportif berperan penting dalam proses *empowerment* ibu, terutama dalam konteks perawatan bayi BBLR. Kehadiran ayah sebagai mitra yang aktif, komunikatif, dan memberikan dukungan emosional maupun instrumental dapat meningkatkan rasa percaya diri ibu, memperkuat *self-efficacy*, serta mendorong keterlibatan aktif ibu dalam perawatan bayi. Dalam kerangka *Family Integrated Care* dan teori *Maternal Role Attainment*, hubungan pasangan yang sehat menciptakan lingkungan psikososial yang mendukung pembelajaran, pengambilan keputusan, dan kemandirian ibu dalam perawatan bayi. Studi terbaru menunjukkan bahwa dukungan pasangan secara signifikan berkontribusi terhadap peningkatan *empowerment* dan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi prematur dan BBLR (Shorey et al., 2023)

3. Fungsi Keluarga (*Family Functioning*) Konsep dan dimensi fungsi keluarga

Fungsi keluarga merupakan kemampuan keluarga dalam menjalankan peran dan tanggung jawabnya secara efektif untuk memenuhi kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan perkembangan anggotanya. Fungsi keluarga

dapat dijelaskan melalui berbagai model teoretis, antara lain *Family APGAR* dan *McMaster Model of Family Functioning* (MMFF). *Family APGAR* menilai fungsi keluarga berdasarkan lima dimensi utama, yaitu *adaptation, partnership, growth, affection, dan resolve*, yang mencerminkan kepuasan individu terhadap dukungan dan interaksi dalam keluarga. Sementara itu, *McMaster Model* memandang fungsi keluarga secara lebih komprehensif melalui enam dimensi, yaitu pemecahan masalah, komunikasi, peran, respons afektif, keterlibatan afektif, dan kontrol perilaku. Kedua model ini banyak digunakan dalam keperawatan keluarga karena mampu menggambarkan kualitas interaksi internal keluarga dan kapasitas keluarga dalam mendukung anggotanya, termasuk ibu dan bayi (Pourmovahed et al., 2021; Sarumi et al., 2021).

Fungsi keluarga dalam situasi stres (kelahiran bayi BBLR)

Kelahiran bayi berat badan lahir rendah (BBLR) merupakan peristiwa stresor utama bagi keluarga karena melibatkan ketidakpastian kondisi kesehatan bayi, tuntutan perawatan intensif, serta perubahan peran dalam keluarga. Dalam situasi ini, fungsi keluarga diuji melalui kemampuan adaptasi, kejelasan pembagian peran, dan kekuatan dukungan internal antar anggota keluarga. Keluarga yang berfungsi baik mampu menyesuaikan diri terhadap perubahan kondisi, mendistribusikan peran

secara fleksibel, serta menyediakan dukungan emosional dan instrumental yang memadai bagi ibu. Sebaliknya, keluarga dengan fungsi yang kurang optimal cenderung mengalami disorganisasi peran, konflik, dan penurunan kemampuan koping. Penelitian menunjukkan bahwa adaptasi keluarga yang baik dan dukungan internal yang kuat berperan penting dalam menjaga stabilitas emosional ibu selama masa perawatan bayi BBLR, terutama pada fase awal perawatan di NICU (Ionio et al., 2016).

Hubungan fungsi keluarga dengan kemampuan ibu merawat bayi

Fungsi keluarga yang baik memiliki hubungan erat dengan kemampuan ibu dalam merawat bayi, khususnya bayi BBLR yang memerlukan perawatan intensif dan berkelanjutan. Keluarga yang mampu menjalankan fungsi adaptasi, komunikasi, dan dukungan secara optimal akan menciptakan lingkungan yang mendukung pembelajaran, pengambilan keputusan, dan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayinya. Dukungan keluarga yang konsisten membantu ibu mengembangkan keterampilan perawatan, meningkatkan *self-efficacy*, serta memperkuat *empowerment* ibu dalam menjalankan peran keibuan. Sebaliknya, disfungsi keluarga dapat menghambat kemampuan ibu dalam merawat bayi karena meningkatnya stres, kelelahan, dan keraguan terhadap peran. Studi terbaru menunjukkan bahwa fungsi keluarga yang positif berhubungan signifikan dengan peningkatan

kompetensi ibu, keterlibatan dalam perawatan bayi, dan kualitas pengasuhan pada keluarga dengan bayi prematur atau BBLR (Shorey et al., 2023).

4. Integrasi Faktor Lingkungan Keluarga terhadap *Empowerment* Ibu

Sintesis *social support*, hubungan ayah–ibu, dan fungsi keluarga

Dukungan sosial, kualitas hubungan ayah–ibu, dan fungsi keluarga merupakan tiga komponen yang saling terkait dan membentuk sistem pendukung utama bagi ibu dalam perawatan bayi berat badan lahir rendah (BBLR). Dukungan sosial memberikan sumber daya emosional, instrumental, informasional, dan appraisal yang membantu ibu mengatasi stres dan tuntutan perawatan bayi. Hubungan ayah–ibu yang harmonis memperkuat efektivitas dukungan sosial melalui komunikasi yang baik, pembagian peran yang jelas, serta keterlibatan ayah dalam pengambilan keputusan perawatan. Sementara itu, fungsi keluarga yang optimal meliputi kemampuan adaptasi, kejelasan peran, komunikasi, dan dukungan internal menjadi kerangka yang memungkinkan dukungan sosial dan relasi pasangan berjalan secara konsisten dan berkelanjutan. Dalam konteks BBLR, integrasi ketiga aspek ini berperan sebagai faktor protektif terhadap stres psikologis ibu dan mendukung proses pencapaian peran keibuan secara positif (Ionio et al., 2016; Shorey et al., 2023).

Model konseptual *empowerment* ibu dalam perawatan bayi BBLR

Model konseptual *empowerment* ibu dalam perawatan bayi BBLR memandang *empowerment* sebagai hasil dari interaksi dinamis antara faktor individu, keluarga, dan lingkungan pelayanan kesehatan. Dalam model ini, dukungan sosial dan hubungan ayah–ibu yang positif berperan sebagai faktor kontekstual yang memperkuat fungsi keluarga, sehingga menciptakan lingkungan psikososial yang mendukung pembelajaran, keterlibatan aktif, dan pengambilan keputusan oleh ibu. Fungsi keluarga yang baik selanjutnya meningkatkan *self-efficacy*, kepercayaan diri, dan rasa kontrol ibu dalam merawat bayi, yang merupakan inti dari *empowerment*. Model ini sejalan dengan prinsip *Family Integrated Care* (FICare) yang menekankan keterlibatan keluarga sebagai mitra dalam perawatan, serta teori *Maternal Role Attainment* yang menyatakan bahwa pencapaian peran ibu berkembang melalui interaksi berkelanjutan antara ibu, bayi, dan lingkungan. Berdasarkan hal tersebut, *empowerment* ibu dalam perawatan bayi BBLR dipahami sebagai proses berkelanjutan yang dipengaruhi oleh kualitas dukungan sosial, relasi pasangan, dan fungsi keluarga secara terpadu (Mercer, 2004; O'Brien et al., 2013; Shorey et al., 2023).

BAB 3

PERAWATAN BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH

1. Konsep Bayi Berat Badan Lahir Rendah

Bayi berat badan lahir rendah (BBLR) secara klinis didefinisikan sebagai bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2.500 gram, suatu ambang yang digunakan secara global karena berasosiasi dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas neonatus terlepas dari usia gestasi; definisi ini tetap menjadi tolok ukur dalam studi epidemiologi, kebijakan gizi dan program kesehatan ibu-anak (Dola & Valderrama, 2024). BBLR merupakan kategori klinis heterogen yang meliputi bayi *small-for-gestational-age* (SGA) pada usia gestasi term, bayi preterm dengan berat kecil karena kelahiran prematur, dan kombinasi keduanya, sehingga pendekatan perawatan harus mempertimbangkan etiologi, kondisi klinis saat lahir, dan kebutuhan perkembangan masing-masing bayi (Martin-Herz et al., 2023).

BBLR mencakup bayi yang lahir kecil karena prematuritas, gangguan pertumbuhan intrauterin (IUGR), atau kombinasi keduanya, sehingga pemahaman etiologi sangat penting karena pendekatan perawatan dan prognosis berbeda tergantung apakah penyebabnya prematuritas, restriksi pertumbuhan, atau faktor lingkungan sosial-ekonomi (Jańczewska et al., 2023). Konsekuensi klinis BBLR meningkatkan risiko gangguan

termoregulasi, hipoglikemia, infeksi, masalah respirasi, gangguan pemberian nutrisi, serta risiko jangka panjang untuk keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan saraf, faktor-faktor yang menuntut strategi perawatan komprehensif dan berkelanjutan (Hong et al., 2023). Epidemiologis, prevalensi BBLR tetap merupakan indikator penting kesehatan masyarakat dan pencegahan BBLR melalui intervensi antenatal (nutrisi ibu, perawatan prenatal berkualitas, pengelolaan kondisi kronis ibu) adalah strategi utama untuk menurunkan beban penyakit pada neonatus (Dola & Valderrama, 2024).

2. Konsep Pertumbuhan dan Perkembangan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Pertumbuhan bayi BBLR harus dipantau dengan indikator antropometri standar (berat badan, panjang tubuh, lingkar kepala) yang dikoreksi untuk usia pascapenghentian (*corrected age*) saat menginterpretasikan kurva pertumbuhan; pemantauan serial memungkinkan deteksi kegagalan penambahan berat (*failure to thrive*) atau *catch-up growth* yang tidak adekuat (Kerac et al., 2025). Perkembangan neurokognitif bayi BBLR bergantung pada kombinasi faktor termasuk tingkat prematuritas, kejadian neonatal *advers* (mis. *intraventricular hemorrhage*, *perinatal asphyxia*), kualitas nutrisi awal (termasuk pemberian ASI atau susu donor bila diperlukan), serta stimulasi lingkungan dan intervensi perkembangan berbasis keluarga; intervensi

dini berpotensi memodifikasi *trajectory* perkembangan anak (Silveira et al., 2024).

Nutrisi awal pada BBLR berperan ganda: mendukung stabilitas fisiologis akut, mendorong *catch-up growth*, serta memengaruhi *outcome* perkembangan jangka panjang; oleh karena itu protokol nutrisi (takaran energi/protein, fortifikasi ASI bila diperlukan, manajemen pemberian via oral/sonde) dirancang untuk menyeimbangkan kebutuhan pertumbuhan dan risiko komplikasi metabolik (Oliveira et al., 2023). Gangguan menyusui dan volume ASI sering menjadi masalah bagi ibu bayi BBLR, sehingga dukungan menyusui yang terstruktur meliputi inisiasi dini ASI, bantuan teknik menyusui, relaktasi, dan penyediaan ruang untuk pumping telah terbukti meningkatkan ketersediaan ASI dan *outcome* nutrisi; panduan praktik terbaik disusun dan diimplementasikan di banyak pusat rujukan (Cunha et al., 2024). Pemantauan perkembangan bagi BBLR tidak cukup berhenti pada masa neonatus; *follow-up* jangka panjang (*growth, hearing, vision, neurodevelopmental assessment*) diperlukan untuk mendeteksi keterlambatan dan merancang intervensi rehabilitatif atau stimulasi dini (Kerac et al., 2025).

3. Perawatan Bayi BBLR

Perawatan bayi berat badan lahir rendah (BBLR) adalah suatu rangkaian intervensi klinik dan suportif untuk menjaga stabilitas fisiologis, mendukung pertumbuhan

dan perkembangan, serta mencegah komplikasi agar bayi dapat tumbuh optimal.

1) Mengetahui tanda dan bahaya yang perlu diwaspadai pada bayi BBLR

Bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) khususnya bayi prematur dan berat lahir sangat rendah memiliki risiko tinggi mengalami komplikasi fisiologis yang bisa berkembang cepat dari tanda ringan menjadi gangguan serius atau mengancam nyawa, sehingga deteksi dini tanda bahaya adalah kunci pencegahan morbiditas dan mortalitas neonatal (Sullivan & Fairchild, 2022).

Secara umum, tanda bahaya pada bayi BBLR dapat dikelompokkan dalam beberapa domain klinis utama: gangguan respirasi, gangguan sirkulasi dan perfusi, gangguan termoregulasi, gangguan nutrisi dan hidrasi, gangguan neurologis (termasuk kejang), tanda-tanda infeksi/sepsis, dan tanda-tanda gangguan saluran cerna seperti *nekrotizing enterocolitis* (NEC); setiap domain memiliki gejala awal yang sering kali *subtle* sehingga memerlukan pemantauan proaktif (Hu et al., 2024; Mahmoud et al., 2023).

a. Respirasi

Masalah pernapasan sangat umum pada BBLR karena paru-paru yang belum matang, tonus otot pernapasan yang rendah, serta kemungkinan surfaktan rendah pada prematur; tanda-tanda awal gangguan respirasi meliputi napas cepat (*tachypnea*), tarikan dinding dada (*retractions*), suara napas yang disertai dengkur

atau menggerut (*grunting*), dan nafas dangkal atau tidak efektif saat menyusu, semua ini harus dianggap sebagai tanda peringatan segera (Sullivan & Fairchild, 2022). Apnea (henti napas yang berulang, biasanya disertai bradikardia) adalah fenomena yang sering dijumpai pada prematur dan bayi BBLR dan dapat menjadi tanda dekompensasi yang memerlukan intervensi segera jika frekuensi atau durasinya meningkat, atau jika disertai sianosis/pembiruan (Mahmoud et al., 2023). Penurunan saturasi oksigen yang persisten atau sianosis sentral merupakan tanda gagal pernapasan atau gangguan pertukaran gas yang harus ditangani segera; di unit rujukan, pemantauan oksimetri kontinu dan evaluasi oleh tim pediatrik diperlukan bila saturasi turun di bawah ambang yang disepakati (mis. <90% pada kondisi tertentu), sementara di rumah orang tua harus dilatih mengenali warna kulit kebiruan atau pucat yang tidak membaik setelah stimulasi (Boscarino et al., 2024; Sullivan & Fairchild, 2022).

b. Termoregulasi

Bayi BBLR sangat rentan terhadap kehilangan panas karena rasio permukaan/volume yang tinggi, lapisan lemak subkutan yang tipis, dan kapasitas termoregulasi yang belum berkembang; hipotermia (suhu tubuh rendah) tidak hanya menyebabkan penurunan aktivitas menyusu tetapi juga meningkatkan risiko hipoglikemia, asidosis, dan infeksi, sehingga suhu tubuh yang rendah merupakan tanda bahaya penting yang harus diatasi segera dengan

cara Perawatan Metode Kanguru (PMK) atau pemanasan terkontrol (Harding et al., 2024). Sebaliknya, demam atau hipertermia pada neonatus juga mengindikasikan kemungkinan infeksi atau keadaan patologis lainnya dan tidak boleh dianggap remeh; variasi suhu tubuh yang tidak stabil (hipotermia atau hipertermia) harus memicu evaluasi klinis lengkap (Mahmoud et al., 2023).

c. Nutrisi, pemberian makan, dan tanda kegagalan adaptasi makan

Kesulitan menyusu, penolakan menyusu, atau menurunnya jumlah ASI yang dikonsumsi merupakan tanda awal bahwa bayi mungkin tidak menerima asupan energi yang cukup, yang pada BBLR dapat cepat menyebabkan *hypoglycemia* dan gangguan pertumbuhan; penurunan berat badan yang melebihi ekspektasi atau kurangnya kenaikan berat badan yang adekuat pada *follow-up* juga merupakan tanda peringatan (Giouleka et al., 2023). Muntah berulang, muntah bercampur darah, atau intoleransi makan (*feeding intolerance*) ditandai aspirasi, regurgitasi berlebih, atau abdominal distensi setelah makan harus diwaspadai sebagai potensi tanda awal NEC pada bayi prematur dan BBLR dan memerlukan penilaian klinis segera (Hu et al., 2024).

d. Hipoglikemia

Hipoglikemia neonatal adalah kondisi metabolik yang sering ditemukan pada bayi BBLR dan prematur, dan dapat menunjukkan dirinya melalui gejala nonspesifik seperti letargi, menyusu lemah, tremor/*jitteriness*, apnea

atau periode *apneik*, *hypothermia*, menangis bernada tinggi, dan kadang kejang; karena gejala bisa samar, skrining glukosa darah pada bayi risiko tinggi adalah praktik standar untuk mencegah cedera neurologis (Giouleka et al., 2023; Harding et al., 2024). Pedoman klinis modern merekomendasikan pemantauan glukosa darah sistematis pada kelompok risiko (termasuk BBLR) pada jam-jam pertama kehidupan dan sebelum/minimal selama penyusuan jika klinis menunjukkan gejala, karena diagnosis berdasarkan gejala saja sering terlambat (Harding et al., 2024).

e. Infeksi/sepsis

Neonatal sepsis merupakan ancaman besar bagi bayi BBLR, dan tanda-tandanya sering sangat halus termasuk perubahan perilaku (*lethargy* atau iritabilitas), penurunan aktivitas menyusu, perubahan suhu (hipotermia atau hipertermia), penurunan tonus, takikardia atau bradikardia, bernapas lebih cepat atau lebih lambat, dan perfusi perifer yang buruk, sehingga kecurigaan klinis rendah yakni harus tinggi pada bayi BBLR dengan tanda-tanda tersebut (Boscarino et al., 2024; Mahmoud et al., 2023). Karena tanda awal sepsis tumpang-tindih dengan kondisi lain, berbagai alat skor dan kombinasi penanda vital (*physiomarkers*) mulai dikembangkan untuk mendeteksi pola perubahan vital yang mendahului dekompensasi klinis, dan bukti menunjukkan bahwa pemantauan pola vital secara kontinu dapat membantu deteksi dini (Sullivan & Fairchild, 2022).

f. *Necrotizing enterocolitis* (NEC)

NEC adalah komplikasi gastrointestinal yang khas pada bayi prematur dan BBLR dengan *onset* yang sering terjadi pada minggu-minggu pertama setelah kelahiran; tanda-tanda awal meliputi intoleransi makan (muntah, muntah berwarna kehijauan bila obstruksi), distensi abdomen progresif, perubahan warna kulit abdomen, dan kadang darah pada tinja; perkembangan ke gambaran fulminan seperti kemerahan abdomen, tanda peritonitis, dan sepsis sistemik menuntut evaluasi radiologis segera dan intervensi bedah bila perlu (Duess et al., 2023; Hu et al., 2024). Faktor risiko NEC meliputi prematuritas, *enteral feeding* dengan formula (dibanding ASI), penggunaan antibiotik luas, dan gangguan perfusi usus; penting bagi klinisi dan orang tua untuk mencurigai NEC bila bayi BBLR menunjukkan kombinasi perut kembung, intoleransi makan, dan perubahan tinja (Duess et al., 2023).

g. Neurologis

Perubahan perilaku seperti penurunan respons, sangat mengantuk/*letargy*, tonus otot menurun, serta adanya gerakan abnormal atau kejang harus ditanggapi sebagai darurat neurologis yang memerlukan penilaian segera, karena pada neonatus gejala ini dapat merupakan manifestasi hipoglikemia berat, sepsis, atau perdarahan intrakranial. Kejang pada neonatus kadang sangat subtil (mis. Gerakan mata yang abnormal, gerakan bibir, atau gerakan berulang lokal) sehingga orang tua perlu diberi

pendidikan untuk mengenali gerak-gerik yang tidak biasa dan melaporkannya (Mahmoud et al., 2023).

h. Dehidrasi dan gangguan sirkulasi

Tanda-tanda dehidrasi dan perfusi buruk termasuk fontanel cekung (pada usia neonatus yang relevan), produksi urin berkurang (jarang pipis), kulit kering atau elastisitas kulit buruk, dan aktivitas menurun; pada BBLR dengan *intake* menurun atau muntah berulang, risiko dehidrasi meningkat pesat sehingga pemantauan *output* urin dan berat badan harian menjadi penting (Giouleka et al., 2023).

i. *Jaundice (icterus)* berat

Ikterus fisiologis sering muncul pada neonatus, tetapi pada bayi BBLR *jaundice* dapat berkembang lebih cepat dan risiko bilirubin kern yang neurotoksik menjadi lebih tinggi; tanda bahaya meliputi *jaundice* yang muncul sangat dini (dalam 24 jam pertama), *jaundice* yang cepat memburuk, atau gejala neurologis yang menyertai seperti letargi dan *poor feeding*. Semua ini memerlukan pemeriksaan bilirubin serum dan penilaian fototerapi atau terapi lain lebih cepat (Sullivan & Fairchild, 2022).

2) Termoregulasi dan stabilitas suhu

Hipotermia neonatal adalah determinan kuat awal morbiditas dan mortalitas pada BBLR karena kehilangan panas yang cepat akibat rasio luas permukaan/volume yang besar dan simpanan lemak subkutan yang minimal (Sivanandan & Sankar, 2023). Intervensi praktis yang terbukti efektif meliputi penghangatan segera di ruang

persalinan dengan pembungkusan plastik (*polyethylene wrap*) tanpa pengeringan berlebihan pada bayi sangat prematur, penutup kepala, penggunaan permukaan hangat dan inkubator yang sudah dipanaskan, serta pengaturan kelembapan inkubator untuk mengurangi evaporasi, karena gabungan langkah-langkah ini mengurangi kehilangan panas dan menurunkan angka hipotermia pada VLBW (Sivanandan & Sankar, 2023).

Studi-studi *quality-improvement* menunjukkan bahwa *bundle* tindakan sistematis (*preheat incubator, polyethylene wrap, topi, pemantauan suhu kontinu*) menurunkan kejadian temperatur $<36,5^{\circ}\text{C}$ dan meningkatkan stabilitas awal bayi, sehingga protokol penghangatan harus dimasukkan dalam alur kerja persalinan dan NICU (Darmstadt et al., 2023). Perawatan Metode Kanguru (PMK) juga merupakan strategi termoregulasi yang ampuh pada BBLR dengan kontak kulit-ke-kulit ibu-bayi selama durasi yang cukup membantu menjaga suhu tubuh bayi, menurunkan risiko hipotermia, serta memberikan manfaat *multiple* pada aspek nutrisi dan ikatan emosional (Sivanandan & Sankar, 2023).

3) Nutrisi awal, pemberian ASI, dan fortifikasi

Nutrisi adalah pilar utama dalam perawatan BBLR karena dampaknya langsung pada pertumbuhan berat, panjang, dan perkembangan otak; ASI (*mother's own milk*) adalah sumber nutrisi dan faktor biologis terbaik bagi bayi prematur dan BBLR, serta dikaitkan dengan

penurunan *necrotizing enterocolitis* (NEC) dan infeksi nosokomial (Yang et al., 2024). Pada bayi BBLR yang tidak dapat melakukan *oral feeding* dengan aman, strategi enteral bertahap (*gavage feeding*) dan, bila perlu, nutrisi parenteral sementara dipakai untuk memenuhi kebutuhan energi dan protein kritis tanpa memaksakan volume enteral yang berisiko intoleransi, sesuai protokol nutrisi neonatal (Meiliana et al., 2024).

Fortifikasi ASI dianjurkan secara selektif untuk VLBW agar kebutuhan makro dan mikronutrien yang tinggi dapat dipenuhi; kajian metodologis terbaru menyarankan pendekatan fortifikasi terindividualisasi (*targeted/adjustable fortification*) demi menyeimbangkan pertumbuhan optimal dan risiko metabolik, walau optimalisasi metode fortifikasi masih menjadi area penelitian aktif (Yang et al., 2024). Program yang memfasilitasi produksi ASI ibu, termasuk akses ruang *pumping*, dukungan laktasi oleh konsultan terlatih, dan prosedur relaktasi bila perlu, terbukti meningkatkan suplai ASI dan durasi pemberian ASI pada bayi BBLR; model FICare yang memberi waktu lebih banyak bagi ibu di samping bayi mendukung praktik ini secara operasional (Franck et al., 2024).

4) Dukungan pernapasan dari stabilisasi awal hingga ventilasi

Kelompok BBLR, terutama prematur, sering mengalami insufisiensi respirasi karena ketidakmatangan paru dan surfaktan rendah; pendekatan pernapasan harus

menekankan strategi minimal invasif bila memungkinkan untuk mengurangi trauma paru dan komplikasi terkait ventilasi (Darmstadt et al., 2023). Intervensi awal seperti CPAP nasal non-invasif sering menjadi pilihan pertama pada bayi dengan kerja napas meningkat namun oksigenasi masih memadai, sedangkan intubasi dan ventilasi mekanik dialokasikan untuk kasus kegagalan pernapasan berat; pemantauan saturasi oksigen dan target rentang oksigen yang aman diperlukan untuk mengurangi risiko hiperoksia yang merusak paru dan retina (Darmstadt et al., 2023). Penggunaan gas hangat dan lembap saat ventilasi awal dan kebijakan ventilasi *lung-protective* (volume atau tekanan terkontrol) membantu meminimalkan cedera paru dan meningkatkan *outcome* respirasi jangka pendek (Darmstadt et al., 2023).

5) Pencegahan infeksi: kebijakan, *hygiene*, dan *antimicrobial stewardship*

Bayi BBLR memiliki kerentanan imunologis yang tinggi sehingga pencegahan infeksi nosokomial menjadi prioritas utama; langkah dasar yang didukung bukti meliputi kepatuhan kebersihan tangan, praktik aseptik untuk prosedur invasif, dan penilaian kritis terhadap indikasi serta durasi antibiotik (Kuti et al., 2023). Ulasan sistematis dan tinjauan intervensi menunjukkan bahwa program-program pencegahan infeksi (*bundles*) yang menggabungkan pendidikan staf, audit *hand hygiene*, dan prosedur aseptik pada kateter intravena atau intubasi dapat menurunkan insiden *bloodstream infection* di unit

neonatal, khususnya di setting dengan sumber daya terbatas (Fitzgerald et al., 2022). *Antimicrobial stewardship* di NICU, yang meliputi protokol empiris berbasis epidemiologi lokal, *review* harian durasi terapi, dan penggunaan kultur mikrobiologi untuk menghentikan antibiotik yang tidak perlu, dapat menurunkan paparan antibiotik tanpa meningkatkan mortalitas, sehingga sangat dianjurkan sebagai bagian dari upaya pencegahan resistensi dan komplikasi *antibiotic* (Notarbartolo et al., 2024).

6) Stimulasi perkembangan dan pendekatan *neuro-nurturing*

Intervensi yang mendukung lingkungan *neuro-nurturing* di NICU seperti pengurangan kebisingan, penerangan yang sesuai ritme sirkadian, posisi nyaman dan pengelolaan nyeri minimal, serta stimulasi sensorimotor responsif dari orang tua yang berkontribusi pada *outcome* perkembangan jangka menengah dan jangka panjang bagi bayi BBLR (Silveira et al., 2024). Program intervensi perkembangan yang dipandu orang tua (*parent-guided developmental care*) menunjukkan hasil positif pada aspek motorik dan kognitif pada bayi BBLR ketika dibandingkan dengan perawatan standar, menegaskan bahwa stimulasi dini perlu diintegrasikan ke dalam rencana perawatan rutin (Silveira et al., 2024). Perawatan metode kanguru (kontak kulit-ke-kulit) selain manfaat termoregulasi juga merupakan momen penting untuk stimulasi perkembangan dan *bonding* orang tua-

bayi, yang berkontribusi pada stabilitas fisiologis dan peningkatan mekanisme regulasi stres pada bayi (Sivanandan & Sankar, 2023).

7) *Discharge planning* dan *follow-up*: kesiapan pulang dan kesinambungan layanan

Persiapan *discharge* ke rumah harus meliputi penilaian kesiapan yang sistematis (*readiness for discharge*), pelatihan praktis kepada keluarga (*feeding*, pengamatan tanda bahaya, teknik PMK), serta rencana *follow-up* yang jelas termasuk jadwal kontrol pertumbuhan dan perkembangan (Zhao et al., 2024). Bukti empiris menunjukkan bahwa *parenting self-efficacy* merupakan mediator penting antara kesiapan pulang dan kesulitan *coping* pasca-pulang, sehingga intervensi yang meningkatkan *self-efficacy* pada orang tua (melalui pelatihan praktis dan dukungan) meningkatkan transisi pulang yang aman (Zhao et al., 2024). Model *follow-up* yang efektif dapat menggabungkan kunjungan ke fasilitas kesehatan primer, dukungan *peer/community* (mentor ibu), serta *telemedicine* untuk pemantauan jarak jauh dan akses konsultasi cepat, sehingga kontinuitas perawatan dan tindak lanjut perkembangan bayi BBLR terjaga (Franck et al., 2024).

4. Peran Keluarga dalam perawatan Bayi BBLR

Keluarga memegang peran ganda dalam perawatan bayi BBLR: sebagai pelaksana langsung intervensi sehari-hari (pemberian ASI/PMK/pemantauan

dasar) dan sebagai penentu konteks sosial-emosional yang memengaruhi kemampuan ibu untuk merawat bayi (Ding et al., 2023). Keterlibatan orang tua dalam perawatan rutin di NICU yang dimungkinkan oleh model *Family Integrated Care* (FICare) telah terbukti meningkatkan keterampilan pengasuhan orang tua, menurunkan kecemasan, mempercepat inisiasi pemberian ASI dan berhubungan dengan kenaikan berat lahir saat *discharge*, sehingga keluarga bukan hanya pendamping tetapi menjadi bagian dari tim perawatan klinis. (Tiryaki, 2024)

Peran ibu secara langsung (*skin-to-skin*/PMK, menyusui, pengukuran berat, pengamatan tanda bahaya) adalah intervensi terapeutik yang nyata: PMK yang dilaksanakan oleh ibu atau ayah meningkatkan kestabilan fisiologis bayi, memfasilitasi kenaikan berat, dan mendukung ikatan emosional yang penting bagi perkembangan otak awal (Zhu et al., 2023). Peran ayah/*partner* juga esensial karena pelibatan ayah dalam PMK, pemberian dukungan logistik, dan bantuan dalam pekerjaan domestik memberi ruang waktu bagi ibu untuk beristirahat, menyusui, dan berlatih keterampilan perawatan sehingga meningkatkan *self-efficacy* ibu dan keberlangsungan praktik perawatan di rumah (Tiryaki et al., 2024).

Peer-support (dukungan dari ibu-ibu lain/mentor sebaya) dan program *mother-to-mother* yang dilaksanakan di komunitas memperkuat kapasitas keluarga untuk merawat bayi BBLR dengan menyediakan *coaching*

praktis, solusi *problem solving* untuk menyusui, dan dukungan emosional yang mengurangi isolasi sosial orang tua, bukti dari studi komunitas menunjukkan pengaruh positif pada kepatuhan praktik perawatan dan penurunan *readmission* (Wright et al., 2023).

Keluarga juga berperan sebagai agen pemantauan jangka panjang; ketika orang tua terlatih untuk menilai berat badan, pola makan, posisi PMK, dan tanda-tanda klinis, mereka dapat menjadi detektor dini masalah sehingga intervensi cepat dapat dilakukan. Peran ini terbukti mengurangi keterlambatan dalam rujukan dan meningkatkan kontinuitas perawatan (Ding et al., 2023). Namun peran keluarga terhambat oleh faktor-faktor sosial-ekonomi dan budaya: beban ekonomi, keterbatasan *transport*, beban kerja rumah tangga, *stigma* terhadap bayi kecil, atau norma yang membatasi kontak fisik dapat mengurangi keterlibatan keluarga dan menghambat praktik PMK/menyusui yang optimal (Martin-Herz et al., 2023). Oleh karena itu, intervensi keluarga-terlibat harus mencakup strategi mitigasi hambatan seperti subsidi *transport*, fasilitas akomodasi keluarga dekat NICU, pelatihan yang sensitif budaya, dan penjangkauan komunitas agar keluarga yang berisiko rendah keterlibatan dapat dilibatkan secara aktif (Tiryaki et al., 2024).

Fungsi edukatif keluarga meluas juga ke pemahaman terhadap pertumbuhan dan perkembangan: keluarga yang memperoleh pendidikan tentang pentingnya pemantauan berat, tanda bahaya, stimulasi

perkembangan, dan jadwal imunisasi lebih mampu mendukung intervensi jangka panjang yang meningkatkan *outcome* perkembangan (De Rose et al., 2024). Sinergi antara keluarga dan penyedia layanan (komunikasi dua arah, partisipasi keluarga pada *rounds*/keputusan nutrisi, integrasi keluarga dalam rencana *discharge*) memperkuat tanggung jawab bersama dan memastikan bahwa pengetahuan klinis dapat diterjemahkan ke praktik rumah tangga yang aman dan berkesinambungan (Tiryaki et al., 2024).

Dalam konteks global, bukti dari *setting* berpenghasilan rendah dan menengah menunjukkan bahwa program yang menautkan rumah sakit dan komunitas misalnya pelatihan keluarga sebelum pulang ditambah kunjungan rumah dan *peer-support* mampu mengurangi kesenjangan *outcome* pertumbuhan dan perkembangan antara wilayah urban dan rural (Martin-Herz et al., 2023). Akhirnya, peran keluarga harus dilihat sebagai sumber daya yang harus diberdayakan: kebijakan rumah sakit yang memfasilitasi kehadiran keluarga, program pelatihan praktis, dukungan ekonomi/akomodasi, dan jejaring komunitas semuanya memperkuat kemampuan keluarga menjadi mitra perawatan yang efektif bagi bayi BBLR (Ding et al., 2023).

Model perawatan neonatus telah berubah: bukan lagi memisahkan keluarga dari bayi prematur, tetapi menjadikan keluarga bagian aktif dalam tim perawatan.

Pendekatan ini mendasari *Family Integrated Care* (FICare) dan praktik terkait.

1) Model *family integrated care* (FICare) dan *evidence*

FICare adalah pendekatan di mana keluarga (terutama orang tua) dilatih dan diberdayakan untuk melakukan aspek-aspek perawatan bayi di unit NICU (mis. perawatan kulit, pemberian makan, pengamatan tanda vital ringan), dengan tetap berada di bawah supervisi profesional. Model ini telah menunjukkan peningkatan *outcome* seperti pemberian ASI, penambahan berat, durasi tidur, serta kesejahteraan orang tua (meta-analisis) (S. Chen et al., 2025).

Studi terbaru *Facilitators and barriers to the practice of neonatal family integrated care* melakukan tinjauan sistematis tentang hambatan dan pendorong penerapan FICare dari perspektif tenaga kesehatan. Model ini menegaskan bahwa dukungan institusional (ruang, kebijakan, pelatihan staf) sangat menentukan keberhasilan peran keluarga dalam perawatan bayi BBLR (Leake et al., 2025).

Artikel *The effect of family integrated care on preparing parents* menunjukkan bahwa partisipasi orang tua dalam model FICare berhubungan positif dengan kesiapan pulang dan penambahan berat bayi, mendukung bahwa kolaborasi keluarga-klinik menghasilkan *outcome* lebih baik dibanding model keluarga sebagai pengamat saja (Tiryaki et al., 2024). Model *mobile-enhanced* FICare memperluas konsep FICare dengan dukungan digital

(aplikasi edukasi, komunikasi, *reminder*) yang memperkuat kemampuan keluarga dalam merawat bayi setelah pulang dan mengurangi jarak antara rumah sakit dan lingkungan rumah (Franck et al., 2024).

2) Peran ibu, ayah, dan pengasuh lain

Ibu tetap merupakan pusat perawatan bayi BBLR: melakukan PMK, menyusui atau *pumping*, pengamatan harian, dan interaksi responsif dengan bayi. Namun, agar ibu tidak terlalu terbebani, peran ayah dan pengasuh lain sangat penting sebagai *co-care partners*. Dalam banyak laporan implementasi FICare dan studi kebijakan, adanya ayah yang *supportive* membantu mengurangi stres ibu, mengatur shift perawatan, dan memperkuat kontinuitas perawatan bayi (Rubinstein, Akinnusi, et al., 2024).

Sebagai contoh, di arena FICare, beberapa unit mengizinkan orang tua secara bergiliran hadir 24 jam dan terlibat dalam rounds klinis; kehadiran ayah atau anggota keluarga lain membantu menjaga kontinuitas perawatan ketika ibu sedang beristirahat atau harus meninggalkan NICU. Pelatihan untuk anggota keluarga perlu disiapkan agar mereka memiliki kemampuan dasar (perawatan kulit, memerah ASI, mengenali tanda bahaya), sehingga tidak membebani ibu sendiri. Selain itu, dukungan emosional dari keluarga (motivasi, pengertian tekanan, membantu urusan domestik) sangat berkontribusi terhadap keberlanjutan keterlibatan orang tua. Dalam tinjauan sistematis hambatan penerapan FICare, salah satu hambatan yang kerap muncul adalah beban kerja domestik

ibu yang belum terpukul oleh keluarga, sehingga ibu sulit hadir lama di NICU (Leake et al., 2025).

3) Komunikasi staf-orang tua dan kolaborasi

Komunikasi yang efektif antara staf klinik dan keluarga adalah fondasi agar keluarga mampu ikut berperan. Studi *Outcomes following close collaboration with parents' intervention* menunjukkan bahwa program edukasi untuk staf meningkatkan komunikasi staf-orang tua, yang selanjutnya menurunkan stres orang tua, meningkatkan partisipasi orang tua dalam perawatan bayi, dan memperkuat *bounding* ibu-anak (Itoshima et al., 2025). Tinjauan sistematis model *family-centered care in neonatal intensive care unit* menyimpulkan bahwa keterlibatan keluarga memperbaiki komunikasi klinik, kepuasan orang tua, dan *outcome* bayi seperti berat lahir dan pemberian ASI (S. Chen et al., 2025).

Sebuah tantangan yang diidentifikasi adalah resistensi budaya institusi dan sikap staf yang tradisional (staf memegang peran penuh, orang tua hanya observan). Dalam studi persepsi staf NICU, sebagian staf menunjukkan sikap positif terhadap keterlibatan orang tua namun mengeluhkan beban kerja tambahan dan masalah logistik ruang untuk orang tua (Rubinstein, Akinnusi, et al., 2024). Untuk mengatasi hal ini, pelatihan dan sosialisasi staf dalam filosofi FICare/perawatan keluarga sangat vital agar staf melihat keluarga sebagai bagian tim, bukan sebagai gangguan (Leake et al., 2025).

4) Tantangan dan hambatan implementasi keluarga dalam perawatan

Meskipun manfaatnya jelas, penerapan peran keluarga dalam perawatan bayi BBLR menghadapi banyak hambatan praktis: keterbatasan ruang fisik (ruang untuk orang tua tinggal lama di NICU), kebijakan kunjungan ketat, jam kerja staf yang padat, kurangnya pelatihan staf untuk mendampingi orang tua, dan beban sosial-ekonomi keluarga (transportasi, biaya akomodasi) (Leake et al., 2025). Beberapa unit melaporkan bahwa orang tua tidak memiliki fasilitas yang memadai (kursi tidur, toilet pribadi, makanan) sehingga mereka tidak dapat tinggal lama di unit NICU.

Hambatan budaya juga muncul: beberapa keluarga atau orang tua mungkin merasa takut atau minder berada di lingkungan medis, atau merasa tidak pantas ikut “tugas medis”. Dalam *review* tinjauan terhadap pengalaman FICare bagi ayah, sebagian ayah merasa kurang percaya diri bila tidak diberikan pelatihan yang memadai atau dukungan staf yang konsisten. Hambatan teknologi juga dapat muncul: tidak semua keluarga nyaman menggunakan aplikasi digital, sehingga model FICare perlu disesuaikan dengan literasi dan akses lokal (Rubinstein, Pompa, et al., 2024).

Dalam layanan perawatan bayi BBLR modern, aspek klinik (termoregulasi, nutrisi, pernapasan, infeksi, stimulasi, transisi) dan peran keluarga tidak dapat dipisahkan. Model integratif seperti FICare menunjukkan

bahwa dengan memberdayakan orang tua secara bertahap, melibatkan mereka dalam perawatan, dan membangun komunikasi klinik–keluarga, *outcome* bayi dan kesejahteraan orang tua bisa ditingkatkan. Namun penerapan membutuhkan adaptasi institusional, pelatihan staf, dukungan logistik dan psikososial, serta sistem berkelanjutan untuk mendukung peran keluarga di luar rumah sakit. Studi masa kini sudah mulai menunjukkan manfaat nyata (pemberian ASI, penambahan berat, kesiapan pulang), meskipun masih banyak tantangan implementasi yang perlu diatasi (S. Chen et al., 2025; Franck et al., 2024; Leake et al., 2025; Tiryaki et al., 2024).

5. Strategi Meningkatkan Kemampuan Ibu dalam Perawatan BBLR

Meningkatkan kemampuan ibu untuk merawat bayi BBLR memerlukan strategi komprehensif yang menggabungkan pelatihan berbasis kompetensi, dukungan psikososial, adaptasi lingkungan layanan, teknologi yang mendukung, dan kesinambungan layanan komunitas; bukti empiris dari studi intervensi 2022-2024 menunjukkan bahwa paket-langkah ini bila diterapkan bersama meningkatkan *self-efficacy* ibu, keberhasilan menyusui, dan *outcome* bayi (Franck et al., 2024; Kubicka et al., 2023).

1) Pelatihan berbasis kompetensi

Pelatihan praktis *bedside coaching* pendekatan di mana ibu melakukan tugas perawatan di bawah supervisi seorang perawat dengan umpan balik langsung terbukti lebih efektif daripada pendidikan teori saja dalam meningkatkan keterampilan menyusui, teknik PMK, dan kemampuan pemeriksaan tanda bahaya (Franck et al., 2024; Kubicka et al., 2023). Penggunaan *checklist* kesiapan pulang dan penilaian keterampilan yang terstandarisasi membantu tim klinis mengidentifikasi *gap* kompetensi sebelum pulang dan merencanakan intervensi tambahan sehingga ibu benar-benar siap menghadapi perawatan di rumah (Zhao et al., 2024).

2) Dukungan psikososial

Kombinasi edukasi teknis dengan dukungan psikososial (*screening* dan intervensi singkat untuk kecemasan/depresi, kelompok dukungan sebaya) menunjukkan efek sinergis, karena kesehatan mental ibu memoderasi kemampuan belajar dan retensi keterampilan praktis (Sivanandan & Sankar, 2023). Pelibatan keluarga luas (pasangan, kakek-nenek, pengasuh lain) dalam sesi pelatihan memperluas dukungan domestik, menurunkan beban tugas rumah tangga pada ibu, dan memungkinkan ibu memiliki waktu lebih untuk belajar dan menerapkan keterampilan perawatan; intervensi yang melibatkan ayah secara eksplisit melaporkan penurunan stres ibu dan peningkatan ketahanan keluarga (Hadian Shirazi et al., 2022; Piris-Borregas et al., 2024).

3) Adaptasi lingkungan layanan

Adaptasi fisik dan kebijakan institusional seperti ruang PMK yang nyaman, fasilitas bermalam untuk orang tua, kebijakan kehadiran 24/7 bila memungkinkan, dan waktu pelatihan yang fleksibel memperbesar kesempatan ibu untuk berlatih dan membangun pengalaman berulang yang penting bagi kemandirian perawatan (Kubicka et al., 2023).

4) Teknologi yang mendukung

Pemanfaatan teknologi digital seperti aplikasi edukasi, video demonstrasi, sistem pengingat (*reminder*) untuk tindak lanjut, serta layanan telekonsultasi menjadi strategi penting dalam memperkuat proses pembelajaran ibu setelah pulang dari rumah sakit. Teknologi ini memungkinkan ibu melakukan pengulangan belajar secara mandiri di rumah, sehingga informasi yang sebelumnya diperoleh selama masa perawatan di fasilitas kesehatan dapat terus dipraktikkan dan diperdalam. Melalui aplikasi edukasi dan video demonstrasi, ibu dapat mengakses kembali langkah-langkah perawatan bayi, teknik menyusui, tata cara memantau tanda bahaya, maupun prosedur dasar lain dengan lebih mudah dan fleksibel sesuai kebutuhan harian. Sistem reminder membantu menjaga kepatuhan terhadap jadwal kontrol, imunisasi, atau aktivitas perawatan rutin, sehingga kesinambungan perawatan tetap terjaga. Selain itu, telekonsultasi memungkinkan ibu berkomunikasi langsung dengan tim klinis ketika muncul pertanyaan atau

kekhawatiran, tanpa harus datang ke fasilitas kesehatan. Akses cepat terhadap bantuan profesional ini terbukti dapat mengurangi kecemasan, meningkatkan kepercayaan diri, serta memperkuat ketahanan ibu dalam menghadapi tantangan perawatan di rumah. Dengan demikian, teknologi digital tidak hanya berfungsi sebagai sumber informasi, tetapi juga sebagai media pendukung emosional dan klinis yang berkontribusi pada kualitas pengasuhan yang berkelanjutan (Franck et al., 2024).

5) Kesenambungan layanan komunitas

Integrasi layanan rumah sakit dengan layanan komunitas (kunjungan rumah oleh bidan/tenaga kesehatan terlatih, *peer-mentors*, posyandu/puskesmas *follow-up*) memastikan bahwa praktik yang dipelajari di rumah sakit tidak terputus dan bahwa ibu mendapat dukungan kontekstual saat menyesuaikan peran pengasuhan di lingkungan nyata (Silveira et al., 2024; Wright et al., 2023). Akhirnya, evaluasi implementasi berskala menggunakan indikator proses (jam keterlibatan orang tua di NICU, jumlah sesi pelatihan) dan *outcome* (proporsi ASI eksklusif, kenaikan berat, skor kesiapan pulang, *readmission*, skor perkembangan *neuro*) penting untuk menilai efektivitas strategi dan melakukan adaptasi berdasarkan konteks lokal agar intervensi dapat dipertahankan (Franck et al., 2024; North et al., 2022).

6. Karakteristik Bayi BBLR Terhadap Pemberdayaan Ibu

Temperamen bayi

Temperamen bayi merupakan disposisi perilaku awal yang mencakup pola reaktivitas terhadap rangsangan dan kemampuan regulasi diri bayi (misalnya tingkat aktivitas, mudah rewel, dan fokus perhatian) yang bersifat stabil dan unik pada setiap individu. Penelitian longitudinal terbaru menunjukkan bahwa temperamen bayi, termasuk pada bayi BBLR, berhubungan dengan kualitas interaksi ibu–bayi dan proses perkembangan, sehingga bisa memengaruhi cara ibu merasa kompeten dalam merawat bayinya (Ren et al., 2025). Selain itu, sebuah studi kohort prospektif pada bayi dengan berat lahir rendah (LBW) menemukan bahwa temperamen bayi berpengaruh terhadap kualitas interaksi ibu–bayi, yang selanjutnya berdampak pada perkembangan fisik bayi dan kemungkinan ibu merasa berhasil merawat bayinya. Bayi dengan temperamen yang lebih mudah diatur cenderung meningkatkan interaksi positif dengan ibu, sedangkan temperamen yang kurang teratur dapat menyulitkan respons ibu, sehingga memengaruhi kepercayaan diri dan *self-efficacy* ibu dalam perawatan harian (*mother-infant interaction and infant temperament influence development*) (Anzman-Frasca et al., 2014).

Karakteristik bayi

Bayi dengan berat lahir rendah memiliki sejumlah kerentanan biologis dan perkembangan misalnya imaturitas sistem saraf dan keterbatasan keterampilan menyusu/menelan yang menyebabkan kebutuhan perawatan khusus yang lebih kompleks. Hal ini berarti ibu harus mempelajari keterampilan perawatan yang lebih rumit dibandingkan bayi cukup lahir, yang dapat meningkatkan rasa cemas dan menurunkan rasa percaya diri bila tanpa dukungan pendidikan kesehatan yang memadai. Dalam konteks ini, penelitian di lingkungan perawatan kesehatan menunjukkan bahwa variasi karakteristik bayi (termasuk kemampuan adaptasi fisiologis) berdampak langsung pada tingkat responsivitas ibu dan *self-efficacy* mereka saat merawat bayi BBLR. Secara empiris, tingkat kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi termasuk keterampilan menyusui dan respons terhadap kondisi fisik bayi dipengaruhi oleh sejauh mana ibu dapat memahami dan merespons karakteristik fisik dan perilaku bayi (misalnya kemampuan mengisap, pola tidur, dan kebutuhan fisiologis khusus) (Azky, 2019).

Isyarat bayi

Isyarat bayi atau *infant cues* merupakan cara bayi berkomunikasi dengan pengasuhnya mengenai kebutuhan fisik atau emosional, seperti tanda lapar, kenyamanan, atau tanda stres (misalnya perubahan ekspresi, tangis khas,

pola tidur/makan). Pada bayi BBLR, isyarat ini sering kali lebih halus, tidak konsisten, atau kurang jelas karena keterbatasan neurologis dan fragilitas kondisi, sehingga membutuhkan keterampilan observasi dan interpretasi yang lebih tinggi dari ibu. Penelitian pada bayi BBLR menunjukkan bahwa kemampuan ibu membaca isyarat bayi berkaitan dengan responsivitasnya terhadap bayi, yang merupakan komponen utama dari *self-efficacy* dan *empowerment* ibu. Ibu yang mampu mengenali dan merespons isyarat bayi dengan baik cenderung menunjukkan keterikatan lebih kuat dan kepercayaan diri lebih tinggi dalam merawat bayi BBLR (Purwandari et al., 2023).

BAB 4

KEMANDIRIAN IBU DALAM MERAWAT BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH

1. Pengertian Kemandirian

Kemandirian (*autonomy*) pada level konseptual dipahami sebagai kapasitas seorang agen untuk membuat pilihan yang bermakna, berdasar pada pemahaman yang memadai terhadap opsi yang tersedia serta tanpa paksaan atau kontrol eksternal yang melumpuhkan kebebasan kehendak, sehingga keputusan yang diambil mencerminkan kehendak dan nilai pribadi orang tersebut (Lewis & Holm, 2022). Kemandirian ibu (*maternal autonomy*) merujuk pada kemampuan seorang perempuan, dalam peran sebagai ibu, untuk membuat keputusan yang bermakna tentang kesehatan dan perawatan dirinya sendiri dan/atau anaknya, serta menerjemahkan keputusan itu menjadi tindakan nyata suatu kapasitas yang meliputi pengetahuan, otonomi berkeputusan, akses ke sumber daya, keterampilan praktis, dan dukungan sosial yang memadai (Idris et al., 2023).

Kemandirian merupakan keadaan seseorang dalam kehidupannya mampu memutuskan atau mengajarkan sesuatu tanpa bantuan orang lain. Kemandirian adalah kemampuan seseorang dalam mengambil keputusan dalam kehidupan baik atau buruk (Alhq et al., 2020). Sehingga kemandirian ibu dalam merawat bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) adalah kemampuan ibu

untuk melakukan perawatan bayi BBLR secara mandiri, tepat, dan konsisten tanpa ketergantungan penuh pada tenaga kesehatan atau orang lain, setelah memperoleh pengetahuan dan keterampilan yang memadai.

Kemandirian ibu dalam konteks perawatan bayi berat lahir rendah (BBLR) merujuk pada kemampuan ibu untuk mengambil keputusan yang tepat dan melakukan tindakan perawatan sehari-hari bagi bayinya tanpa bergantung terus-menerus pada tenaga kesehatan, termasuk kemampuan mengenali kebutuhan fisiologis bayi, melakukan pemberian makan dan penghangatan (PMK), pemantauan tanda bahaya, serta pengambilan keputusan ketika diperlukan rujukan atau konsultasi lanjutan (Piris-Borregas et al., 2024). Kemandirian ini berkaitan erat dengan konsep *parenting self-efficacy* – yaitu keyakinan seorang ibu terhadap kapasitasnya melakukan tugas-tugas pengasuhan secara efektif – karena rasa percaya diri dan pengalaman praktis menentukan seberapa mandiri seorang ibu dalam merawat bayi prematur atau BBLR setelah keluar dari fasilitas kesehatan (Zhao et al., 2024).

Pada kerangka *Family Integrated Care* (FICare), kemandirian bukan berarti meninggalkan dukungan profesional, melainkan transformasi peran dari penerima instruksi menjadi pelaksana utama yang dipandu, di mana ibu dilatih dan diberi tanggung jawab bertahap sehingga mampu melakukan perawatan intensif dasar dengan aman di bawah supervisi awal (H. Chen & Dong, 2022). Definisi

praktis kemandirian ibu di sini meliputi tiga dimensi: kompetensi teknis (keterampilan praktis perawatan), kesiapan psikologis (*self-efficacy*, pengendalian stres), dan kemampuan navigasi sistem (akses layanan, pemahaman rujukan, dan *follow-up*). Ketiganya saling terkait dan harus dibangun secara simultan dalam program pemberdayaan keluarga di NICU dan pasca-pulang (Franck et al., 2022).

1) Kompetensi teknis (keterampilan praktis perawatan)

Kompetensi teknis adalah dimensi inti kemandirian ibu yang melibatkan penguasaan keterampilan praktis yang diperlukan dalam merawat bayi BBLR, mulai dari prosedur dasar seperti memegang bayi dengan aman, mengganti popok, melakukan perawatan metode kanguru (PMK), hingga pemberian ASI atau memompa ASI dan pemantauan tanda vital ringan. Keterampilan praktis ini menjadi penentu apakah ibu mampu merawat bayi dengan aman dan efektif, terutama di masa transisi dari perawatan klinis ke rumah (Franck et al., 2022).

Banyak penelitian menunjukkan bahwa pelatihan berbasis praktik langsung (*hands-on training*) meningkatkan keterampilan ibu dalam perawatan bayi prematur dibandingkan pendidikan teoretis semata. Misalnya, program pelatihan keterampilan ibu di rumah menggunakan modul digital atau kunjungan interaktif berhasil meningkatkan skor kompetensi praktis dan penggunaan teknik pengasuhan yang benar (Kavitha et al.,

2023). Dalam studi *digital-based follow-up* program, ibu yang mendapatkan pelatihan digital lanjutan setelah pulang memperlihatkan peningkatan kompetensi perawatan neonatal (Kavitha et al., 2023).

Lebih jauh, dalam studi observasional pada unit NICU, ditemukan bahwa orang tua memerlukan waktu tertentu untuk mencapai otonomi dalam perawatan bayi prematur. Penelitian oleh Piris-Borregas et al. (2024) memeriksa “waktu untuk mencapai otonomi orang tua” dalam merawat bayi VLBW dan menunjukkan bahwa kompetensi teknis meningkat secara bertahap melalui eksposur langsung ke aktivitas perawatan bersama staf.

Kompetensi teknis juga berkaitan erat dengan penggunaan teknologi dan alat pendukung perawatan. Dalam era digital, modul video, aplikasi edukatif, dan tutorial interaktif telah berekspansi sebagai alat bantu pelatihan ibu. Intervensi digital terbukti meningkatkan kompetensi praktis dan mengurangi kecemasan ibu karena mereka bisa mengulang teknik secara mandiri (Mousavi et al., 2025). Namun, untuk menjamin bahwa kompetensi teknis benar-benar berkontribusi pada kemandirian, pelatihan harus disertai umpan balik, validasi kompetensi, dan kesempatan praktik berulang dalam kondisi nyata bukan simulasi saja. Bila ibu hanya diajarkan sekali tanpa praktik lanjut, kompetensi teknis cenderung tidak stabil dan tidak dapat ditransfer ke lingkungan rumah (Mousavi et al., 2025).

2) Kesiapan psikologis

Kesiapan psikologis merujuk pada keyakinan dan daya mental ibu terhadap kemampuannya mengelola tugas perawatan bayi, termasuk kemampuan mengendalikan stres, kecemasan, dan beban emosional. *Self-efficacy* (keyakinan diri) adalah komponen kunci, karena seorang ibu yang yakin dengan kemampuannya cenderung lebih berani mencoba, terus belajar, dan tidak mudah menyerah saat menghadapi tantangan. Sebuah studi terkini oleh Zhao *et al.* (2024) menemukan bahwa parenting *self-efficacy* memediasi pengaruh kesiapan pulang (*readiness for discharge*) terhadap kesulitan *coping* setelah pulang. Artinya, ibu yang merasa lebih siap dan punya *self-efficacy* lebih tinggi cenderung mengalami kesulitan yang lebih rendah dalam merawat bayi setelah *discharge* (Zhao *et al.*, 2024).

Selain itu, penelitian *effect of illness uncertainty and self-efficacy* dalam konteks NICU menemukan bahwa tingkat ketidakpastian penyakit (*illness uncertainty*) berkorelasi negatif dengan *self-efficacy* orang tua, sementara *self-efficacy* positif berhubungan dengan persepsi *shared-decision making* yang lebih baik antara orang tua dan tenaga kesehatan (Choi & Shin, 2025). Intervensi konseling dan dukungan psikososial juga terbukti memengaruhi kesiapan psikologis. Sebagai contoh, sebuah uji klinis *tele-counseling* untuk ibu bayi prematur melaporkan penurunan kecemasan dan

peningkatan *self-efficacy* setelah intervensi, dibanding kontrol standar (Mousavi et al., 2025).

Penelitian intervensi *parenting* yang menargetkan *self-efficacy* secara eksplisit melalui pembelajaran bertahap, umpan balik positif, dan penguatan keberhasilan kecil berhasil menurunkan stres, kecemasan, dan meningkatkan kualitas interaksi ibu dengan bayi prematur. Namun demikian, penting dicatat bahwa kondisi kontekstual (dukungan sosial, beban rumah tangga, tekanan ekonomi) memoderasi efektivitas *self-efficacy*; seorang ibu dengan *self-efficacy* tinggi masih bisa kewalahan bila beban eksternal sangat besar. Oleh karena itu program pemberdayaan harus berusaha menurunkan beban eksternal (misalnya dukungan sosial, kemudahan akses) agar kesiapan psikologis bisa efektif (Dewi et al., 2025).

3) Kemampuan navigasi sistem

Dimensi ini mengacu pada kemampuan ibu untuk merencanakan dan menjalankan rujukan medis, mengakses layanan kesehatan primer dan lanjutan, memahami jalur layanan (*referral pathways*), dan memastikan bahwa tindak lanjut perawatan bayi berjalan kontinu dan efektif di luar rumah sakit. Dimensi ini sangat penting karena keberhasilan perawatan lanjutan sangat tergantung pada kemampuan ibu “menavigasi” sistem kesehatan (Tanaka et al., 2024).

Dalam studi *Parental Autonomy in the Care of Premature Newborns* oleh Piris-Borregas et al. (2024),

orang tua mengemukakan bahwa kemampuan mengakses layanan lanjutan dan rujukan menjadi hambatan besar dalam praktik perawatan di rumah, dan bahwa waktu untuk memperoleh otonomi orang tua (*autonomy time*) sering mencermati tidak hanya penguasaan teknis tetapi juga pemahaman sistem layanan dan jalur rujukan (Piris-Borregas et al., 2024). Program tindak lanjut digital (*digital-based follow-up*) juga menunjukkan bahwa ibu yang mendapatkan dukungan digital (pengingat kunjungan, informasi rujukan, komunikasi jarak jauh) lebih sering menghadiri kontrol dan melaporkan kepuasan navigasi layanan lebih tinggi (Kavitha et al., 2023).

Intervensi penguatan kapasitas sistem misalnya modul pendidikan tentang bagaimana mendaftar di klinik primer, prosedur rujukan, hak asuransi, dan mekanisme transportasi pasien telah diusulkan sebagai komponen program pemberdayaan agar ibu tidak hanya tahu apa yang harus dilakukan tetapi juga bagaimana melakukannya dalam sistem nyata (Hoeben et al., 2023).

Penelitian tentang *family-centred rounds* dalam model FICare menunjukkan bahwa keterlibatan orang tua dalam *rounds* klinis membantu mereka memahami alur keputusan medis, rujukan, dan komponen perawatan lanjutan. Hal ini memperkuat kapasitas navigasi sistem karena orang tua memperoleh wawasan dari komunikasi langsung dengan tim klinis (Hoeben et al., 2023). Akhirnya, evaluasi *outcome* jangka panjang mengindikasikan bahwa kemampuan navigasi sistem

berkorelasi dengan kepatuhan kontrol, pengurangan *readmission*, dan peningkatan *outcome* kesehatan bayi; artinya orang tua yang lebih mampu menjalankan *follow-up* secara tepat cenderung memperbaiki prognosis bayi (Hoeben et al., 2023).

2. Faktor-faktor yang Memengaruhi Kemandirian Ibu

Faktor-faktor yang memengaruhi kemandirian ibu terdiri dari faktor internal (fisik dan psikis) dan faktor eksternal (lingkungan sosial, budaya, dan ekonomi), serta pola asuh (Nurfurqoni & Nuryati, 2020).

1) Faktor internal

- a. Fisik : kondisi kesehatan ibu selama kehamilan dan pengalaman persalinan (termasuk komplikasi jalan lahir) memengaruhi kemampuan ibu untuk merawat diri dan bayi setelah lahir (Sudhinaraset et al., 2021)
- b. Psikologis : kemampuan ibu untuk mengelola emosi dan mengatasi masalah dapat berkontribusi pada kemandiriannya (Sudhinaraset et al., 2021).

2) Faktor eksternal

- a. Lingkungan sosial dan budaya : dukungan sosial, terutama dari keluarga, serta norma

budaya sangat berperan dalam menentukan kemandirian ibu (Lin et al., 2022).

Lingkungan fisik dan ekonomi : lingkungan rumah dan kondisi ekonomi berpengaruh terhadap kesejahteraan ibu yang berdampak pada kemampuan merawat bayi (Has et al., 2024).

Kemandirian ibu dipengaruhi oleh faktor individual, interpersonal, institusional, dan sosial-ekonomi yang bekerja simultan dan saling memperkuat atau menghambat.

1) Faktor individual

Secara individual, tingkat pengetahuan perawatan neonatal, pengalaman sebelumnya, dan skor parenting *self-efficacy* sangat menentukan kemampuan ibu melakukan tugas-tugas perawatan dengan benar; ibu yang memiliki *self-efficacy* tinggi menunjukkan kesiapan yang lebih baik pada saat kejadian pulang rumah dan melaporkan kesulitan *coping* pasca-pulang yang lebih rendah (Zhao et al., 2024). Kesehatan mental ibu termasuk gejala kecemasan atau depresi pascapersalinan secara langsung menurunkan kapasitas belajar dan mengaplikasikan keterampilan praktis, sehingga meskipun ada pelatihan teknis, jika tidak ada dukungan psikososial, proses pembangunan kemandirian bisa berhenti (Franck et al., 2022). Dukungan pasangan dan keluarga merupakan faktor interpersonal penting; studi kuasi-eksperimental dan observasional menunjukkan bahwa keterlibatan ayah atau anggota keluarga dalam

program pelatihan dan dukungan praktis mengurangi beban emosional ibu dan mempercepat pencapaian otonomi perawatan di ruang perawatan neonatal (Piris-Borregas et al., 2024; Silveira et al., 2024).

2) Faktor institusional

Lingkungan institusional seperti ketersediaan jam kunjungan keluarga, adanya kurikulum pelatihan orang tua, fasilitas tidur/akomodasi untuk orang tua, serta sikap staf yang suportif menentukan peluang ibu mendapat latihan *hands-on* yang cukup untuk menjadi mandiri; implementasi model FICare atau modifikasi FICare (mFICare) meningkatkan jam keterlibatan orang tua dan berdampak positif pada kompetensi pengasuhan (H. Chen & Dong, 2022; Kubicka et al., 2023).

Faktor pendidikan dan literasi kesehatan juga berperan: ibu dengan pendidikan formal lebih tinggi cenderung lebih cepat memahami materi pelatihan, tetapi program yang dirancang secara kontekstual (bahasa, ilustrasi, latihan praktis) dapat mengurangi kesenjangan ini dan mendorong kemandirian ibu berbasis bukti (Ding et al., 2023).

3) Faktor sosial-ekonomi

Kondisi sosial-ekonomi, termasuk akses *transport*, biaya *follow-up*, dan ketersediaan dukungan komunitas, memengaruhi kontinuitas praktik yang diperlukan untuk mempertahankan kemandirian; hambatan ekonomi seringkali membuat ibu tidak mampu menghadiri sesi pelatihan lanjutan atau kontrol yang pada akhirnya

mengurangi peluang mempertahankan kompetensi di rumah (Silveira et al., 2024).

Faktor budaya dan norma lokal juga membentuk perilaku: dalam beberapa konteks budaya, bayi prematur atau kecil dilihat sangat rentan sehingga sentuhan dan partisipasi orang tua dibatasi oleh keluarga atau masyarakat, yang ironisnya menghambat pengalaman praktik ibu yang esensial bagi kemandirian (Piris-Borregas et al., 2024). Akhirnya, sistem kesehatan yang terintegrasi termasuk proses *discharge planning*, jalur rujukan, dan *follow-up* komunitas memoderasi terkait kompetensi yang dipelajari di rumah sakit dapat diteruskan dan diterapkan di lingkungan rumah, sehingga kemandirian ibu menjadi berkelanjutan (Zhao et al., 2024).

3. Kemandirian Ibu dalam Merawat Bayi

Kemandirian ibu dalam konteks perawatan bayi BBLR merupakan suatu kondisi multidimensional yang mencakup aspek kesiapan ibu, kompetensi teknis, efikasi diri, adaptasi psikososial, kapasitas navigasi sistem layanan kesehatan, serta kemampuan menjaga kesinambungan pengasuhan pasca-pulang. Dalam praktiknya, kemandirian ibu meliputi:

1) Kesiapan ibu saat pulang (*readiness for discharge*)

Kesiapan ibu saat pulang (*readiness for discharge*) menjadi indikator awal kemandirian. Seorang ibu yang dinyatakan siap pulang biasanya sudah menunjukkan

penguasaan pengetahuan dasar mengenai kondisi bayinya, keterampilan praktis yang telah dilatih selama di ruang perawatan (seperti pemberian ASI, Perawatan metode kanguru, serta pemantauan tanda vital sederhana), rencana tindak lanjut yang jelas, serta rasa percaya diri dalam merawat bayi di rumah. Bukti empiris menunjukkan bahwa ibu yang dinilai siap pulang cenderung mengalami proses *coping* pasca-pulang yang lebih baik dan kesulitan adaptasi yang lebih rendah (Zhao et al., 2024).

2) Kompetensi teknis perawatan

Kompetensi teknis perawatan menjadi dimensi penting yang harus dibangun melalui pelatihan *bedside* dan partisipasi langsung. Program *Family Integrated Care* (FICare) dan *mobile-enhanced FICare* (mFICare) memberi ruang bagi ibu untuk ikut serta dalam perawatan sehari-hari, seperti *feeding*, perawatan metode kanguru (PMK), penggantian popok, dan observasi klinis dasar. Keterlibatan ini bukan hanya meningkatkan keterampilan teknis, tetapi juga memperkuat rasa kepemilikan peran keibuan (*maternal role attainment*) (Franck et al., 2024; Kubicka et al., 2023).

3) Kesiapan psikologis

Kesiapan psikologis yang ditunjukkan melalui *self-efficacy* dan pengendalian stres berperan sebagai mediator antara kesiapan pulang dan kemampuan *coping* di rumah. Instrumen seperti *Parenting Sense of Competence* (PSOC) dan *Readiness for Hospital Discharge Scale* kerap digunakan untuk mengukur hal ini.

Hasil penelitian prospektif menunjukkan bahwa *self-efficacy* menjelaskan hubungan signifikan antara kesiapan pulang dengan keberhasilan *coping* pasca-pulang, sehingga aspek psikologis sama pentingnya dengan keterampilan teknis (Zhao et al., 2024).

4) Dimensi psikososial dan dukungan emosional

Dimensi psikososial dan dukungan emosional tidak dapat dipisahkan dari kemandirian. Ibu yang mengalami kecemasan atau depresi cenderung mengalami kesulitan dalam belajar dan menerapkan keterampilan baru. Oleh karena itu, dukungan psikologis dan sosial, baik dari tenaga kesehatan maupun *peer support*, diperlukan untuk memastikan proses pencapaian kemandirian berjalan optimal (Franck et al., 2024).

5) Kemampuan navigasi sistem kesehatan

Kemampuan navigasi sistem kesehatan juga merupakan bagian integral dari kemandirian. Hal ini mencakup pemahaman tentang mekanisme rujukan, jadwal kontrol pertumbuhan dan imunisasi, serta cara mengakses layanan ketika muncul tanda bahaya. Kemandirian yang sehat bukan berarti ibu terisolasi dari sistem, melainkan mampu merawat bayi secara mandiri sambil mengetahui kapan dan bagaimana mencari dukungan profesional atau komunitas (Piris-Borregas et al., 2024).

6) Adaptasi peran pasca-pulang (*role adaption*)

Adaptasi peran pasca-pulang (*role adaptation*) merupakan refleksi nyata dari kemandirian.

Faktor-faktor seperti pengalaman *parenting* sebelumnya, pendidikan, pendapatan, serta dukungan sosial sangat memengaruhi kecepatan dan kualitas adaptasi ini. Studi lintas negara berpendapatan rendah dan menengah menunjukkan bahwa keterlibatan aktif orang tua dalam program intervensi perkembangan anak mampu memperbaiki hasil kognitif bayi sekaligus memperkuat kapasitas pengasuhan di rumah (Li et al., 2024; Silveira et al., 2024).

4. Strategi Meningkatkan Kemandirian Ibu

Strategi meningkatkan kemandirian harus bersifat multidimensi: menggabungkan pendidikan praktis *hands-on*, dukungan psikososial, keterlibatan keluarga, adaptasi institusional, dan kesinambungan layanan setelah pulang.

Pertama, edukasi berbasis kompetensi yang dirancang sesuai konteks budaya dan literasi kesehatan. Edukasi efektif bila memadukan teori dengan media interaktif dan tindak lanjut digital sehingga ibu dapat memahami tanda bahaya, nutrisi, dan praktik dasar perawatan. Studi intervensi digital menunjukkan peningkatan kompetensi ibu dalam merawat bayi preterm setelah diberikan modul berbasis aplikasi (Kavitha et al., 2023). Edukasi dan pendampingan yang dilakukan dapat berupa pelayanan *home care* dan kelas ibu balita. Kegiatan pendampingan langsung dan personal kepada ibu, terutama dalam merawat bayi baru lahir atau bayi dengan kondisi tertentu, seperti BBLR dapat membantu ibu

belajar dan mampu mengatasi tantangan perawatannya sendiri. Kegiatan kelas ibu balita juga dapat menjadi tempat para ibu untuk berdiskusi, bertukar pengalaman, dan mendapatkan informasi terkait kesehatan, gizi, dan stimulasi perkembangan balita (Melani Astari et al., 2021). Pelatihan keterampilan praktis melalui metode *hands-on* dengan supervisi berulang. Tahapan dimulai dari demonstrasi, praktik dengan pendampingan, hingga praktik mandiri yang dievaluasi menggunakan checklist keterampilan. Penelitian menunjukkan bahwa keterlibatan orang tua dalam ≥ 5 keterampilan perawatan di NICU berkorelasi dengan stres yang lebih rendah serta *self-efficacy* lebih tinggi (Kubicka et al., 2023). Dukungan terstruktur yang meliputi aspek emosional, sosial, dan institusional. *Peer support* dari sesama orang tua NICU memberi rasa percaya diri, sementara tenaga kesehatan berperan dalam memberikan konseling psikososial. Dukungan struktural dari rumah sakit, seperti ruang keluarga dan akses 24 jam, juga terbukti menjadi fondasi penting bagi keterlibatan aktif ibu (Alferink et al., 2024). Strategi ini saling melengkapi; edukasi memberi dasar pengetahuan, pelatihan menumbuhkan keterampilan nyata, dan dukungan memastikan keberlanjutan praktik, sehingga kemandirian ibu dapat berkembang secara utuh.

Kedua, memasukkan komponen kesiapan pulang yang terstruktur dengan *checklist* keterampilan, simulasi situasi rumah, dan sesi penilaian kompetensi sebelum pulang dalam meningkatkan kesiapan dan mengurangi

kesulitan *coping* pasca-pulang karena parenting *self-efficacy* bertambah melalui kejelasan standar dan latihan (Zhao et al., 2024). Keterampilan ibu perlu ditingkatkan agar tercapainya kemandirian dalam merawat bayi. Hal tersebut seperti melatih ibu dalam memberikan ASI eksklusif, makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang seimbang, serta memantau pertumbuhan dan stimulasi perkembangan balita (Harahap et al., 2024)

Ketiga, dukungan psikososial aktif *screening* gangguan *mood* dan kecemasan, konseling singkat, serta kelompok dukungan sebaya diperlukan untuk memastikan bahwa ibu yang menerima pelatihan teknis juga memiliki kapasitas mental untuk menerapkannya; intervensi yang menggabungkan dukungan emosional dan edukasi melaporkan hasil kemandirian yang lebih baik daripada edukasi teknis saja (Franck et al., 2022; Silveira et al., 2024).

Keempat, melibatkan pasangan dan keluarga inti secara resmi dalam kurikulum pelatihan memperluas tanggung jawab perawatan dan mengurangi beban domestik ibu, sehingga ibu memperoleh waktu dan tenaga untuk menginternalisasi keterampilan perawatan; studi yang melatih ayah dan keluarga melaporkan peningkatan *self-efficacy* ibu dan penurunan stres ibu setelah intervensi (Piris-Borregas et al., 2024; Silveira et al., 2024).

Kelima, adaptasi institusional seperti menyediakan ruang keluarga, jam akses yang fleksibel, dukungan logistik (akomodasi, parkir, subsidi *transport* jika

memungkinkan) serta budaya kerja staf yang memfasilitasi pembelajaran orang tua sangat mempermudah perolehan pengalaman praktis yang krusial bagi kemandirian (H. Chen & Dong, 2022; Kubicka et al., 2023).

Keenam, pemanfaatan teknologi digital seperti aplikasi edukasi, video demonstrasi, *reminder* pasca-pulang, dan saluran komunikasi dua-arah dengan tim klinis dapat memperpanjang dukungan dan menjadi sumber rujukan cepat bagi ibu setelah pulang, sehingga keterampilan tidak hilang dan kemandirian menjadi berkelanjutan (Ansari et al., 2023; Ding et al., 2023).

Ketujuh, model lanjutan berbasis komunitas, termasuk kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan terlatih atau *peer-mentors*, menghubungkan kompetensi yang diperoleh di rumah sakit dengan praktik nyata di lingkungan domestik, yang terbukti menurunkan angka *readmission* dan meningkatkan *outcome* perkembangan jangka panjang bila diterapkan secara konsisten (Ansari et al., 2023; Silveira et al., 2024).

Akhirnya, evaluasi berkelanjutan dengan indikator proses dan *outcome* seperti jumlah jam praktik orang tua di NICU, skor parenting *self-efficacy*, kepuasan orang tua, angka pemberian ASI eksklusif, lama tinggal, dan *readmission* diperlukan untuk mengukur keberhasilan strategi peningkatan kemandirian dan menyesuaikan intervensi pada konteks lokal (H. Chen & Dong, 2022; Kubicka et al., 2023).

5. Hambatan dalam Meningkatkan Kemandirian Ibu

Meningkatkan kemandirian ibu dalam merawat bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) merupakan proses yang kompleks dan dipengaruhi oleh berbagai faktor penghambat, baik dari aspek individu, sosial, maupun sistem pelayanan kesehatan. Hambatan tersebut dapat muncul karena keterbatasan pengetahuan, tekanan psikologis, kondisi fisik ibu, serta dukungan lingkungan yang kurang optimal. Dari sisi internal, ibu sering mengalami stres, kecemasan, dan kelelahan setelah persalinan terutama ketika bayi harus dirawat di ruang perawatan intensif (NICU). Kondisi ini dapat menurunkan rasa percaya diri dan motivasi untuk belajar merawat bayi (Shetty et al., 2024). Selain itu, kurangnya pengalaman atau pengetahuan tentang perawatan bayi BBLR juga menjadi kendala utama dalam mencapai kemandirian (Amaliya et al., 2022).

Sementara itu, dari sisi eksternal, hambatan dapat berupa kurangnya dukungan keluarga, terbatasnya pendampingan tenaga kesehatan, serta lingkungan sosial yang tidak mendukung. Norma budaya tertentu bahkan dapat menghambat peran aktif ibu dalam pengambilan keputusan, karena tanggung jawab perawatan sering dianggap sebagai tugas kolektif keluarga besar (Rahmilasari et al., 2020). Di sisi lain, keterbatasan waktu tenaga kesehatan untuk melakukan edukasi individual juga menjadi faktor penghambat implementasi model pemberdayaan berbasis keluarga (Franck et al., 2023).

Selain itu, aspek ekonomi dan akses layanan kesehatan turut berpengaruh. Ibu dari keluarga berpendapatan rendah cenderung memiliki akses terbatas terhadap fasilitas kesehatan dan informasi, sehingga lebih sulit mencapai kemandirian dalam perawatan bayi (Qur'aniati et al., 2024). Oleh karena itu, pendekatan yang komprehensif diperlukan untuk mengatasi hambatan tersebut, yaitu dengan memperkuat dukungan sosial, menyediakan edukasi berkelanjutan, dan memastikan pendampingan tenaga kesehatan selama masa perawatan dan setelah bayi dipulangkan.

6. Indikator Keberhasilan Kemandirian Ibu

Kemandirian ibu dalam merawat bayi BBLR dapat dinilai melalui indikator yang mencakup dimensi pengetahuan, keterampilan, kepercayaan diri, dan kemampuan pengambilan keputusan. Indikator-indikator ini membantu tenaga kesehatan mengevaluasi sejauh mana intervensi pemberdayaan berhasil membentuk ibu yang mandiri, kompeten, dan percaya diri dalam perawatan bayinya.

Menurut WHO (2022), keberhasilan program pemberdayaan dan kemandirian ibu dapat dilihat dari peningkatan kapasitas ibu untuk memberikan perawatan dasar bayi, memahami kebutuhan nutrisi, serta mengenali tanda bahaya. Ibu yang mandiri mampu melaksanakan perawatan seperti pemberian ASI eksklusif, menjaga suhu tubuh bayi, melakukan perawatan metode kanguru

(PMK), dan menjaga kebersihan bayi dengan konsisten (Upadhyay et al., 2022).

Selain aspek teknis, indikator psikososial juga menjadi ukuran penting. Ibu yang mandiri menunjukkan peningkatan *self-efficacy* dan penurunan tingkat kecemasan, serta lebih mampu mengelola emosi selama proses perawatan (Tognasso et al., 2022). Kemandirian juga tercermin dari kemampuan ibu dalam mengambil keputusan cepat ketika bayi menunjukkan tanda bahaya, serta keterlibatan aktif dalam konsultasi dengan tenaga kesehatan.

Evaluasi indikator keberhasilan dapat dilakukan melalui observasi langsung, kuesioner, dan wawancara mendalam. Dalam konteks *Family Integrated Care (FICare)*, keberhasilan kemandirian tidak hanya diukur dari ibu, tetapi juga dari keterlibatan keluarga sebagai sistem pendukung utama. Keluarga yang aktif berpartisipasi dalam perawatan akan memperkuat rasa percaya diri ibu dan menciptakan lingkungan perawatan yang berkelanjutan di rumah (Ferreira et al., 2021; Has et al., 2024).

7. Dampak Kemandirian Ibu Terhadap Kesehatan dan Tumbuh Kembang Bayi

Kemandirian ibu dalam merawat bayi BBLR memiliki dampak signifikan terhadap peningkatan kualitas kesehatan bayi serta hubungan emosional antara ibu dan anak. Ketika ibu mampu merawat bayi secara

mandiri, bayi akan memperoleh perhatian dan perawatan yang konsisten, sehingga berpengaruh positif terhadap pertumbuhan fisik, perkembangan neurologis, dan kesejahteraan emosional (O'Brien et al., 2013).

Penelitian menunjukkan bahwa ibu yang mandiri dalam perawatan bayi berisiko tinggi cenderung memiliki bayi dengan berat badan yang meningkat lebih cepat, risiko infeksi yang lebih rendah, serta angka rehospitalisasi yang menurun. Kemandirian ibu juga memperkuat praktik pemberian ASI eksklusif dan penerapan PMK, yang keduanya terbukti meningkatkan kelangsungan hidup bayi BBLR (Has et al., 2024; WHO, 2022).

Berdasarkan beberapa hal tersebut, peningkatan kemandirian ibu tidak hanya berkontribusi terhadap kesejahteraan bayi secara fisiologis, tetapi juga memperkuat fondasi hubungan ibu-anak yang sehat. Kemandirian ibu berperan penting dalam mencegah komplikasi pasca neonatal, meningkatkan tumbuh kembang bayi, serta menciptakan keluarga yang resilien dan berdaya secara emosional.

8. Karakteristik Ibu dalam Pemberdayaan Merawat Bayi BBLR

Teori *Maternal Role Attainment* yang dikembangkan oleh Mercer menjelaskan bahwa pencapaian peran keibuan merupakan proses perkembangan yang berlangsung secara bertahap dan dipengaruhi oleh

karakteristik ibu, kondisi bayi, serta lingkungan sosial dan kesehatan. Pada ibu yang merawat bayi berat badan lahir rendah (BBLR), proses ini sering kali menjadi lebih kompleks karena bayi membutuhkan perawatan khusus dan ibu menghadapi stres psikologis yang lebih tinggi dibandingkan ibu dengan bayi cukup bulan (Mercer, 2004). Kondisi bayi BBLR yang rentan secara fisik dan perkembangan dapat memengaruhi kemampuan ibu dalam membangun keterikatan emosional, kepercayaan diri, serta kompetensi perawatan. Oleh karena itu, karakteristik ibu seperti empati, *self-esteem*, sikap terhadap bayi, pengalaman kehamilan, kondisi kesehatan, dan konflik peran menjadi faktor kunci dalam keberhasilan perawatan bayi BBLR dan pencapaian peran maternal.

Empati (*emphaty*)

Empati merupakan kemampuan ibu untuk memahami dan merasakan kebutuhan emosional serta kondisi bayi, yang menjadi dasar dari sensitivitas maternal. Dalam teori *maternal role attainment*, empati berperan penting dalam membangun keterikatan ibu–bayi yang aman dan responsif (Mercer, 2004). Pada bayi BBLR, isyarat bayi sering kali lebih halus dan tidak konsisten, sehingga menuntut kemampuan empatik ibu yang tinggi. Studi terbaru menunjukkan bahwa empati dan sensitivitas maternal yang baik berkaitan dengan kualitas interaksi ibu–bayi dan adaptasi psikologis ibu dalam konteks perawatan neonatal intensif (Ionio et al., 2016). Ibu dengan tingkat empati yang baik cenderung lebih mampu

merespons kebutuhan bayi secara tepat, yang memperkuat rasa kompetensi dan peran keibuannya (Embuai & Siauta, 2020).

Harga diri (*self-esteem*)

Self-esteem ibu merujuk pada penilaian ibu terhadap nilai dan kemampuan dirinya sebagai seorang ibu. Mercer menegaskan bahwa *self-esteem* merupakan komponen penting dalam pencapaian peran maternal, karena memengaruhi kepercayaan diri dan keterlibatan ibu dalam perawatan bayi (Mercer, 2004). Ibu yang melahirkan bayi BBLR sering mengalami penurunan *self-esteem* akibat perasaan bersalah, ketidakmampuan, dan kekhawatiran terhadap kondisi bayi. Penelitian dalam dekade terakhir menunjukkan bahwa ibu bayi prematur dan BBLR memiliki risiko lebih tinggi mengalami *self-esteem* rendah dan stres pengasuhan, yang berdampak pada keterlibatan perawatan dan interaksi ibu–bayi (Sohrabi et al., 2021). *Self-esteem* yang baik memungkinkan ibu untuk lebih percaya diri dalam mengambil keputusan perawatan, beradaptasi dengan tantangan, dan menjalankan peran maternal secara aktif meskipun menghadapi keterbatasan kondisi bayi.

Sikap (*attitudes*)

Sikap ibu mencerminkan keyakinan, persepsi, dan evaluasi ibu terhadap bayi dan proses perawatannya. Dalam konteks *maternal role attainment*, sikap positif ibu berperan penting dalam penerimaan peran keibuan dan

pembentukan ikatan emosional dengan bayi (Mercer, 2004). Ibu dengan sikap positif terhadap bayi BBLR, seperti penerimaan kondisi bayi dan kesiapan belajar keterampilan perawatan, cenderung menunjukkan keterlibatan perawatan yang lebih baik. Studi kualitatif dan kuantitatif menunjukkan bahwa sikap ibu yang adaptif berhubungan dengan peningkatan responsivitas maternal dan kepuasan dalam peran ibu pada perawatan bayi prematur (Herlina & Nazillah, 2025). Sebaliknya, sikap negatif seperti ketakutan berlebihan, penolakan, atau pesimisme dapat memperburuk stres ibu dan menghambat proses keterikatan ibu–bayi.

Pengalaman kehamilan (*pregnancy*)

Pengalaman kehamilan, khususnya kehamilan berisiko tinggi atau disertai komplikasi, memengaruhi kesiapan psikologis ibu dalam menjalani peran maternal. Dalam teori Mercer, pengalaman kehamilan merupakan fase awal pembentukan identitas keibuan yang berkelanjutan hingga pascakelahiran (Mercer, 2004). Ibu yang mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan prematur sering menunjukkan kecemasan yang lebih tinggi dan keterikatan prenatal yang lebih rendah, yang berdampak pada adaptasi peran maternal setelah bayi lahir (Mokoginta et al., 2023) Namun, dukungan emosional dan edukasi selama kehamilan terbukti dapat memperbaiki kesiapan ibu dalam merawat bayi BBLR dan mempercepat proses pencapaian peran maternal.

Kondisi kesehatan (*health*)

Kondisi kesehatan fisik dan mental ibu merupakan determinan penting dalam pencapaian peran maternal. Ibu bayi BBLR memiliki risiko lebih tinggi mengalami gangguan kesehatan mental seperti kecemasan dan depresi postpartum, yang dapat menghambat keterlibatan ibu dalam perawatan bayi (Collins et al., 2025; Yaari et al., 2019). Dalam konteks perawatan bayi BBLR yang membutuhkan perhatian intensif, kondisi kesehatan ibu yang tidak optimal dapat menurunkan energi, konsentrasi, dan kapasitas emosional ibu. Sebaliknya, ibu dengan kondisi kesehatan yang baik cenderung lebih mampu beradaptasi, membangun keterikatan, dan menjalankan peran perawatan secara efektif.

Konflik peran (*role conflict*)

Konflik peran terjadi ketika ibu harus menyeimbangkan berbagai peran, seperti peran sebagai ibu, istri, pekerja, dan anggota keluarga. Pada ibu dengan bayi BBLR, tuntutan perawatan yang tinggi sering memperburuk konflik peran dan meningkatkan stres pengasuhan. Penelitian menunjukkan bahwa konflik peran yang tidak terkelola dapat menghambat pencapaian peran maternal dan menurunkan kualitas perawatan bayi, terutama pada ibu bayi prematur dan BBLR (Carmona et al., 2013). Namun, dukungan keluarga dan tenaga kesehatan dapat membantu ibu mengelola konflik peran

secara adaptif, sehingga tetap mampu menjalankan peran maternal dengan baik.

BAB 5

PEMBERDAYAAN IBU DALAM MERAWAT BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH

1. Pengertian Pemberdayaan

Pemberdayaan (*empowerment*) dalam literatur kontemporer didefinisikan sebagai suatu proses dinamis di mana individu atau kelompok memperoleh kapasitas, kepercayaan diri, serta akses terhadap sumber daya untuk mengendalikan keputusan yang memengaruhi kehidupan mereka (Schilling & Gerhardus, 2024). Pemberdayaan dipandang bukan hanya sebagai hasil akhir, melainkan juga sebagai rangkaian proses transformatif yang melibatkan peningkatan kesadaran diri, kemampuan membuat pilihan, serta kebebasan dalam menentukan arah hidup (Couva et al., 2024). Dengan demikian, pemberdayaan berfungsi sebagai landasan penting dalam berbagai intervensi sosial maupun kesehatan karena menghubungkan dimensi psikologis, sosial, dan struktural.

Pemberdayaan adalah sebuah konsep yang lahir sebagai bagian dari perkembangan alam pikiran masyarakat dan kebudayaan masyarakat (Afriansyah, 2023). Secara umum, pemberdayaan merupakan proses peningkatan kemampuan individu dan kelompok masyarakat agar mampu mengembangkan potensi, mengatasi ketidakberdayaan, dan menjadi agen perubahan yang lebih mandiri, sejahtera, dan partisipatif. Selain itu,

pemberdayaan ibu dalam merawat bayi berat badan lahir rendah (BBLR) dinilai penting dalam aspek peningkatan pengetahuan, keterampilan, dan kepercayaan diri ibu untuk melakukan perawatan BBLR secara mandiri dan efektif, seperti pemberian ASI, pemantauan tumbuh kembang, menjaga kebersihan bayi, dan mampu mencari bantuan profesional saat diperlukan. Peningkatan kompetensi ibu yang memiliki bayi BBLR tentang perawatan bayi BBLR sangat diperlukan untuk mempertahankan status kesehatan bayi (Putri & Khairani, 2024).

Pemberdayaan ibu (*maternal empowerment*) didefinisikan sebagai proses peningkatan kemampuan, kepercayaan diri, dan akses sumber daya oleh perempuan agar dapat membuat keputusan dan mengambil tindakan yang menguntungkan kesehatan dirinya dan anaknya (Akbar et al., 2022). Dalam konteks kesehatan ibu-anak, pemberdayaan ibu mencakup kemampuan praktis (misalnya keterampilan menyusui, pengasuhan, mengenali tanda bahaya), kapasitas kognitif (pengetahuan dan literasi kesehatan), serta peran sosial/ekonomi (partisipasi dalam keputusan rumah tangga dan akses ke sumber daya finansial) (Sey-Sawo et al., 2023). Literatur empiris menunjukkan bahwa dimensi pemberdayaan ibu ini berkaitan dengan praktik kesehatan nyata misalnya penggunaan layanan antenatal, keberhasilan menyusui, dan pola pemberian makan anak meskipun efeknya

dipengaruhi oleh konteks kultural dan struktural (Tchakounté Tchumi, 2023).

Pemberdayaan ibu dalam konteks perawatan bayi berat badan lahir rendah (BBLR) adalah proses interaktif di mana ibu (dan keluarga inti) memperoleh pengetahuan, keterampilan, kepercayaan diri, akses sumber daya, serta otonomi untuk turut serta secara aktif dan kompeten dalam perawatan harian, pengambilan keputusan klinis kecil, dan kelanjutan perawatan setelah pulang dari fasilitas kesehatan. Konsep ini melampaui sekadar “memberi informasi” terkait pemberdayaan menuntut penguatan kapasitas (*capacity building*) melalui pendidikan terstruktur, praktik langsung berulang (*hands-on*), dukungan psikososial, dan keterlibatan profesional yang menghargai peran keluarga sebagai mitra perawatan (Liang et al., 2022).

2. Faktor-faktor yang Memengaruhi Pemberdayaan Ibu

Pemberdayaan ibu dipengaruhi oleh spektrum faktor yang saling berkaitan: faktor individual dan psikologis, faktor keluarga, budaya, dan sosial, faktor institusional dan organisasi layanan kesehatan, serta faktor lingkungan, ekonomi, dan sistem.

1) Faktor individual dan psikologis

a. Pengetahuan dan literasi kesehatan

Ibu dengan literasi kesehatan tinggi (pemahaman tentang kebutuhan bayi, tanda bahaya, teknik

perawatan) cenderung lebih cepat mengambil peran aktif dan merasa percaya diri dalam intervensi perawatan. Sebaliknya, jika pengetahuan rendah, pemberdayaan sulit muncul bahkan jika ada pelatihan minimal. Misalnya dalam program FICare, penggunaan modul edukasi dan materi digital (misalnya aplikasi *mobile*) terbukti membantu orang tua memahami dan melakukan lebih banyak perawatan. Orang tua yang menggunakan aplikasi edukasi memiliki komunikasi lebih baik dengan staf medis dan lebih sering berpartisipasi dalam perawatan bayi mereka (Kubicka et al., 2023). Pada studi di Ethiopia, uji coba *Family Integrated Newborn Care* (FINC) menunjukkan bahwa ibu dengan latar belakang pendidikan yang lebih tinggi atau yang menerima pelatihan edukatif tambahan lebih berhasil terlibat (Kahsay et al., 2025).

- b. Keterampilan praktik dan pengalaman langsung
Mendengar teori saja tidak cukup – ibu perlu “praktik direkam” (*supervised hands-on*) sehingga membangun rasa kompetensi (*self-efficacy*). Semakin sering praktik di bawah bimbingan dan mendapatkan umpan balik, semakin tinggi peluang ibu merasa mampu menjalankan perawatan bayi sendiri dengan benar (Grunberg et al., 2025). Misalnya, dalam studi efek FICare terhadap menyusui dan pertumbuhan bayi prematur, orang

tua yang melakukan banyak tugas perawatan “*hands-on*” (ε 5 keterampilan) mengalami tingkat stres lebih rendah dan produk klinis lebih baik (Kubicka et al., 2023). Ding *et al.* (2023) menunjukkan bahwa FICare yang secara aktif melibatkan orang tua dalam perawatan langsung terkait peningkatan pemberian ASI eksklusif pada bayi prematur (Ding et al., 2023).

- c. Kesehatan mental, stres, dan beban emosional
Ibu yang mengalami kecemasan, gejala depresi *postpartum*, atau stres tinggi (terutama dalam konteks NICU) seringkali kesulitan konsentrasi, belajar teknik baru, dan mempertahankan motivasi untuk perawatan rutin. Osborne *et al.* (2024) menyebut bahwa keluarga NICU rentan mengalami gangguan stres pasca trauma, kecemasan, dan depresi yang dapat menghambat proses pemberdayaan dan keterikatan ibu-anak (Osborne et al., 2025). Jika tidak ada *screening* mental dan dukungan psikologis, ibu bisa “mentok” dalam proses pemberdayaan meskipun diberikan pelatihan teknis (Grunberg et al., 2025).
- d. Karakteristik demografi dan sosio ekonomi
Karakteristik seperti usia ibu, status pendidikan, pekerjaan, dan status sosial ekonomi memiliki dampak signifikan. Ibu muda atau dengan pendidikan rendah akan mengalami hambatan dalam akses informasi atau kepercayaan diri.

Penelitian di *setting* negara-negara berpendapatan rendah menunjukkan bahwa latar belakang ekonomi rendah membatasi akses ke bahan perawatan (misalnya pompa ASI, alat pemantau suhu), dan mobilitas ke fasilitas kesehatan (Klawetter et al., 2023). Dalam konteks umum BBLR, studi menunjukkan bahwa ibu dengan pendidikan rendah dan akses perawatan antenatal non-dokter memiliki risiko lebih besar melahirkan bayi BBLR (Grbic et al., 2024).

2) Faktor keluarga, budaya, dan sosial

a. Dukungan keluarga dan pengasuh lainnya

Peran suami, orang tua, atau pengasuh utama lainnya sangat penting. Jika suami/keluarga mendukung (baik secara emosional, fisik, maupun logistik), ibu bisa lebih fokus dalam merawat bayi BBLR. Sebaliknya, jika beban rumah tangga tetap besar, ibu mungkin kewalahan membagi waktu antara merawat bayi dan urusan domestik (Hadian Shirazi et al., 2022). Dalam banyak intervensi FICare, pertemuan edukasi juga melibatkan keluarga inti agar mereka memahami pentingnya dukungan keluarga. Studi menyebutkan bahwa model *RISEinFAMILY* mengutamakan pelibatan keluarga dalam *workshop*, sosialisasi, dan *educational rounds* agar keluarga menjadi mitra perawatan (Alferink et al., 2024).

b. Norma budaya dan stigma

Dalam beberapa budaya, bayi prematur atau BBLR mungkin dianggap “lemah” atau “rapuh”, sehingga ibu atau keluarga merasa malu, takut disentuh atau takut mengambil peran. Ketakutan akan kritik sosial dapat mengurangi keaktifan ibu dalam merawat bayinya (Milford et al., 2023). Selain itu, norma gender yang tradisional dapat membatasi peran ibu: dalam beberapa *setting*, ibu diharapkan mengurus rumah tangga dan bayi, sedangkan tugas “teknis” dianggap domain tenaga kesehatan. Dalam kajian tentang pengalaman keluarga tenaga kesehatan melihat bahwa keterbatasan budaya institusional dan nilai tradisi menjadi hambatan pemberdayaan. Penelitian menyebut bahwa keterlibatan keluarga sangat bergantung pada budaya lokal dan cara staf berkomunikasi dan menghargai mereka (Schuler et al., 2023).

c. Jaringan sosial dan *peer support*

Ibu yang memiliki akses ke kelompok pendukung (*peer groups*, ibu sebaya) cenderung termotivasi lebih tinggi, bertukar pengalaman, dan mengatasi hambatan psikologis. Program *peer-to-peer* telah terbukti menyediakan *emotional support*, informasi, dan dorongan kepercayaan diri. Studi membahas bahwa program dukungan orang tua sebaya (*peer support*) dalam *setting* NICU membantu memperkuat rasa kontrol orang tua dan

dukungan emosional (Pascual et al., 2024). Dalam konteks migran atau komunitas rentan, intervensi “*Mentor Mothers*” menunjukkan efek positif terhadap *empowerment* ibu melalui strategi peningkatan pemahaman situasi mereka, kemampuan mengelola keadaan sulit, serta peningkatan komitmen terhadap perawatan diri dan bayi (Kåks et al., 2024).

- 3) Faktor institusional dan organisasi layanan kesehatan
 - a. Kebijakan rumah sakit dan lingkungan fisik ramah keluarga

Keberadaan kebijakan yang memungkinkan ibu/keluarga tinggal berjam-jam (atau bermalam), hadir 24 jam, dan melakukan aktivitas perawatan langsung (seperti PMK) adalah pondasi pemberdayaan. Tanpa dukungan struktural ini, meskipun ibu siap, fasilitasnya tidak mendukung sehingga proses transisi peran orang tua menjadi terhambat, ikatan emosional dengan bayi berkurang, tingkat kecemasan meningkat, dan pada akhirnya kualitas perkembangan bayi serta keberhasilan program pemberdayaan keluarga di NICU dapat menurun. Dampak lebih lanjutnya, keterlibatan orang tua dalam perawatan menjadi tidak optimal, menyebabkan rendahnya kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi setelah pulang, meningkatnya risiko readmisi ke rumah sakit, serta berkurangnya kontinuitas perawatan di

rumah. (Schmid et al., 2024; van Veenendaal et al., 2022). Dalam studi modifikasi FICare di AS, keterlibatan orang tua dalam 5–15 keterampilan perawatan menghasilkan stres orang tua yang lebih rendah dibanding yang hanya ikut dalam <5 keterampilan, menunjukkan bahwa lingkungan institusional yang mendukung keterlibatan langsung penting (Kubicka et al., 2023). Oleh karena itu, rumah sakit perlu menyediakan ruang keluarga, jam akses yang fleksibel, serta fasilitas pendukung yang memungkinkan ibu dan keluarga aktif berpartisipasi, sebagaimana ditekankan dalam model *RISEinFAMILY* yang dirancang untuk memperkuat integrasi keluarga dalam perawatan neonatal (Alferink et al., 2024). *RISEinFAMILY* adalah sebuah proyek penelitian internasional, interdisipliner dan intersektoral, yang bertujuan meningkatkan kualitas kesehatan ibu-bapak dan bayi berisiko tinggi di unit perawatan intensif neonatal (NICU = *Neonatal Intensive Care Unit*) dan juga mendorong humanisasi perawatan keluarga (Alferink et al., 2024).

- b. Pelatihan staf kesehatan dan budaya kolaboratif
Tenaga kesehatan (perawat, dokter, bidan) yang tidak terlatih atau bersikap paternalistik dapat menjadi penghambat pemberdayaan—mereka mungkin lebih suka “mengambil alih” perawatan

daripada membimbing orang tua. Oleh karena itu, pelatihan staf dalam komunikasi, *coaching*, *mentoring* orang tua, serta transformasi budaya institusional dari “pemberi instruksi” ke “mitra kolaboratif” sangat penting. Kajiannya dalam studi *RISEinFAMILY* menekankan perlunya perubahan budaya institusional agar staf memandang keluarga sebagai bagian tim perawatan, bukan pengganggu (Alferink et al., 2024). Franck *et al.* (2024) dalam studi mFICare menunjukkan bahwa integrasi teknologi edukasi (aplikasi) berhasil ketika staf ikut serta dalam pengembangan dan komunikasi dengan orang tua, bukan sebagai instruksi satu arah saja (Franck et al., 2024).

- c. Sistem komunikasi dan integrasi perawatan
Koordinasi antara rumah sakit dan level komunitas (puskesmas, posyandu, bidan desa) sangat penting. Jika transisi pasien dari rumah sakit ke rumah tidak didukung sistematis (manual, protokol, rujukan, *follow-up*), maka pemberdayaan bisa terputus. Studi mengenai *continuity of care* menyebut bahwa keterlibatan keluarga harus disertai jalur komunikasi berkesinambungan agar praktik yang diajarkan di rumah sakit tetap berlanjut di rumah (Schuler et al., 2023). Selain itu, penelitian dalam konteks implementasi FINC di Ethiopia menyebut bahwa tantangan logistik, integrasi data pasien, dan prosedur standar antar unit menjadi hambatan

operasional dalam pemberdayaan orang tua (Kahsay et al., 2025).

4) Faktor lingkungan, ekonomi, dan sistem

a. Keterbatasan ekonomi dan biaya tidak langsung

Bahkan jika ibu memiliki pengetahuan dan motivasi, keterbatasan finansial (biaya *transport*, kebutuhan nutrisi, obat, alat pemantauan) dapat menjadi penghalang serius. Jika biaya kunjungan *follow-up* tinggi atau sulit dijangkau, ibu bisa putus asa. *Peer-support* berbasis komunitas seringkali menjadi strategi mitigasi karena dapat mengurangi biaya akses ke tenaga profesional jarak jauh. Program ibu sebaya (*peer mothers*) di Kenya menggunakan kunjungan rumah untuk mengurangi beban *transport* dan menjaga kontinuitas (Wright et al., 2023).

b. Akses geografis dan infrastruktur

Jarak ke fasilitas kesehatan, kondisi transportasi, dan infrastruktur komunikasi (telekomunikasi, internet) memengaruhi kemampuan ibu mengikuti kunjungan, *teleconsultan*, atau mengakses materi edukatif digital. Intervensi mFICare menggunakan materi digital dan aplikasi *offline* untuk membantu keluarga di daerah terpencil tetap terhubung dengan tim perawatan (Franck et al., 2024)

c. Kebijakan dan sistem kesehatan nasional

Dukungan kebijakan (mis. cuti melahirkan panjang, subsidi *transport* pasien, pedoman

nasional FICare/FCC) dan sistem pembiayaan (asuransi, program pemerintah) menjadi faktor makro yang menentukan seberapa jauh pemberdayaan ibu dapat diterapkan secara luas. Tanpa kerangka kebijakan yang mendukung, upaya pemberdayaan seringkali terisolasi atau tidak berkelanjutan. Proyek *RISEinFAMILY* menekankan bahwa skala nasional memerlukan dukungan kebijakan terkait insentif rumah sakit, pedoman protokol dan evaluasi standar untuk integrasi keluarga dalam perawatan neonatal (Alferink et al., 2024).

3. Upaya Optimalisasi Faktor Penyusun Pemberdayaan Ibu

Upaya optimalisasi pemberdayaan ibu dalam merawat bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) memerlukan pendekatan komprehensif yang melibatkan aspek pengetahuan, keterampilan, dukungan psikososial, serta akses terhadap fasilitas kesehatan. Pemberdayaan tidak dapat dipandang hanya sebagai proses transfer informasi, melainkan sebagai strategi peningkatan kapasitas yang menekankan pada peran aktif ibu sebagai pengasuh utama bayi.

1) Aspek pengetahuan

Pengetahuan yang komprehensif dan relevan merupakan pondasi pertama pemberdayaan ibu, karena tanpa pemahaman yang cukup tentang kebutuhan

fisiologis bayi BBLR, tanda bahaya, teknik pemberian makan, dan prinsip-prinsip perawatan seperti *Perawatan metode kanguru* (PMK), upaya praktis *mothering* tidak akan efektif atau aman (Franck et al., 2024). Program edukasi yang terstruktur dan berbasis bukti, yang menggabungkan materi kognitif (misalnya dasar fisiologi BBLR), prosedural (langkah-langkah PMK, teknik *pumping* dan pemberian ASI), serta pengetahuan tentang rujukan dan *follow-up*, terbukti meningkatkan kesiapan orang tua untuk merawat bayi pasca-*discharge* dan meningkatkan skor *self-efficacy* orang tua dalam konteks FICare (Zhao et al., 2024).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa ketika ibu memperoleh pendidikan kesehatan yang terstruktur, didukung dengan bimbingan praktis dan teknologi digital, tingkat kepercayaan diri mereka dalam merawat bayi meningkat secara signifikan (Franck et al., 2022). Pendidikan kesehatan merupakan salah satu elemen kunci dalam optimalisasi pemberdayaan. Program berbasis keluarga yang terintegrasi, seperti *Family Integrated Care* (FICare), terbukti memberikan dampak positif terhadap keterampilan ibu dalam menyusui, mengenali tanda bahaya, dan menjaga stabilitas fisiologis bayi. Model FICare yang dikombinasikan dengan aplikasi *mobile* bahkan meningkatkan kontinuitas perawatan, karena ibu dapat mengakses informasi kapan saja dan berbagi pengalaman dengan tenaga kesehatan maupun sesama orang tua (Franck et al., 2024). Hal ini sejalan dengan

temuan penelitian di Cina yang menekankan bahwa intervensi edukasi berbasis *empowerment* berdampak nyata terhadap pertumbuhan fisik dan perkembangan kognitif bayi prematur (Raghupathy et al., 2025).

Bukti dari studi kualitatif dan kuantitatif menunjukkan bahwa edukasi yang hanya bersifat satu arah (ceramah) kurang efektif dibanding pendekatan multi modal yang mencakup demonstrasi praktis, materi cetak yang mudah dibawa pulang, dan penguatan lewat media digital atau aplikasi *mobile*; intervensi *mobile-enhanced FICare* memperlihatkan bahwa materi yang tersedia secara *on-demand* membantu orang tua mengulang informasi sehingga retensi pengetahuan meningkat (Franck et al., 2024). Penting juga bahwa materi edukasi disusun sesuai tingkat literasi kesehatan ibu dan disampaikan dalam bahasa yang dipahami serta konteks budaya lokal; studi implementasi di berbagai negara menunjukkan bahwa adaptasi konten (visual *aids*, bahasa sederhana, contoh kontekstual) meningkatkan pemahaman dan penerapan praktik perawatan, sementara materi yang tidak terlokalisasi sering kali gagal menjangkau ibu dengan pendidikan rendah (Wright et al., 2023).

Selain itu, integrasi penilaian pengetahuan yang sistematis misalnya *pre-test* dan *post-test*, serta penilaian kompetensi dasar sebelum pulang akan membantu mengidentifikasi *gap* pembelajaran sehingga intervensi edukasi dapat ditargetkan ulang pada area kelemahan, dan

studi prospektif menunjukkan penurunan kesulitan *coping* pasca-pulang bila pengetahuan telah diuji dan diverifikasi (Zhao et al., 2024). Terakhir, literatur menekankan pentingnya kontinuitas edukasi dari fase antenatal sampai pasca-natal: intervensi yang dimulai pada kehamilan (edukasi antenatal tentang risiko prematuritas dan teknik perawatan neonatal dasar) mempersiapkan ibu lebih baik dan memberikan landasan pengetahuan yang dapat diperkuat saat bayi dirawat di NICU, sehingga memfasilitasi proses pemberdayaan lebih awal (Piris-Borregas et al., 2024).

2) Aspek dukungan psikososial

Dukungan sosial merupakan elemen fundamental dalam proses pemberdayaan ibu, karena kualitas interaksi dengan pasangan, keluarga inti, tenaga kesehatan, dan jejaring sosial akan menentukan sejauh mana ibu merasa mampu menjalani perawatan bayi BBLR. Literatur terbaru menekankan bahwa ibu dengan dukungan emosional dan instrumental yang memadai memiliki tingkat kecemasan yang lebih rendah, motivasi lebih tinggi untuk belajar keterampilan baru, serta mampu mempertahankan rutinitas perawatan meski menghadapi tantangan di lingkungan rumah maupun fasilitas kesehatan (Piris-Borregas et al., 2024).

Keterlibatan komunitas dan jaringan sosial sebaya memiliki peran yang tidak kalah penting. Program pendampingan, baik dalam bentuk konseling individu maupun kelompok dukungan sebaya (*peer support*),

terbukti meningkatkan rasa percaya diri, mengurangi perasaan terisolasi, serta memperkuat motivasi ibu dalam merawat bayi BBLR. Melalui forum ini, ibu dapat berbagi pengalaman, memperoleh validasi emosional, dan menumbuhkan rasa kebersamaan dalam menghadapi tantangan yang sama (Osborne et al., 2025). Dukungan sebaya ini juga memperluas jejaring sosial ibu sehingga memudahkan akses terhadap sumber daya dan informasi kesehatan yang lebih luas.

Dukungan psikososial juga menjadi komponen krusial dalam optimalisasi pemberdayaan. Rasa cemas, stres, dan kurangnya rasa percaya diri sering dialami ibu yang merawat bayi BBLR. Melalui program pendampingan, baik dalam bentuk konseling individu maupun kelompok dukungan sebaya (*peer support*), ibu dapat memperoleh motivasi dan validasi emosional. Penelitian di Kenya menunjukkan bahwa intervensi berbasis komunitas dengan melibatkan *peer mother support* meningkatkan keterlibatan ibu dalam perawatan, memperkuat ikatan emosional dengan bayi, serta memperluas jejaring sosial yang menunjang kesejahteraan ibu (Wright et al., 2023). Dukungan sebaya ini juga mengurangi perasaan terisolasi yang kerap dialami oleh ibu bayi BBLR, terutama di lingkungan dengan keterbatasan sumber daya.

Lebih jauh, pendekatan berbasis komunitas dengan melibatkan tokoh masyarakat atau kader kesehatan lokal membantu memperkuat jaringan dukungan yang berkesinambungan. Studi intervensi berbasis *Family Integrated Care* (FICare) menegaskan bahwa ketika keluarga besar dan komunitas dilibatkan, ibu lebih konsisten menerapkan keterampilan perawatan di rumah, termasuk praktik PMK dan pemberian ASI eksklusif (Franck et al., 2024). Hal ini menunjukkan bahwa dukungan sosial bukan hanya penopang emosional, tetapi juga faktor yang memfasilitasi keberlanjutan praktik perawatan yang telah dipelajari di rumah sakit.

3) Aspek keterampilan

Keterampilan praktis merupakan salah satu elemen kunci dalam pemberdayaan ibu untuk merawat bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Banyak ibu mengalami keterbatasan pengalaman langsung, terutama dalam merawat bayi prematur atau BBLR yang membutuhkan prosedur khusus. Oleh karena itu, program pelatihan yang berfokus pada penguasaan keterampilan dasar, seperti teknik menyusui, pemberian ASI perah, praktik *Perawatan metode kanguru*, hingga cara memantau tanda vital bayi, terbukti meningkatkan rasa percaya diri dan kompetensi ibu (Feldman-Winter et al., 2020).

Pelatihan keterampilan ini tidak hanya sekadar memberikan instruksi, tetapi juga melibatkan simulasi dan praktik langsung di bawah supervisi tenaga kesehatan. Studi intervensi di NICU menunjukkan bahwa ibu yang mendapatkan pelatihan terstruktur dalam perawatan bayi prematur mampu menerapkan keterampilan dengan lebih konsisten setelah pulang ke rumah, termasuk dalam menjaga kebersihan, memberikan nutrisi, dan mengenali tanda bahaya (Liu et al., 2023). Dengan demikian, keterampilan yang diperoleh ibu tidak hanya bersifat teknis, tetapi juga menjadi fondasi penting untuk mendukung keberlangsungan perawatan jangka panjang.

Peran tenaga kesehatan juga tidak dapat diabaikan dalam upaya optimalisasi. Hubungan komunikasi yang efektif antara perawat, bidan, dan ibu menjadi dasar keberhasilan intervensi. Pemberian kesempatan bagi ibu untuk berpartisipasi dalam perawatan sehari-hari bayi di ruang perawatan intensif neonatal, seperti mengganti popok, memberikan ASI, atau melakukan *Perawatan metode kanguru*, bukan hanya meningkatkan keterampilan praktis, tetapi juga memperkuat *sense of ownership* terhadap peran keibuan (Liang et al., 2022). Dengan demikian, optimalisasi pemberdayaan tidak hanya menekankan transfer keterampilan teknis, tetapi juga memperkuat identitas dan tanggung jawab ibu dalam pengasuhan.

Keterampilan yang diperoleh ibu dalam konteks perawatan BBLR memiliki implikasi jangka panjang terhadap kualitas tumbuh kembang bayi. Penelitian longitudinal menegaskan bahwa ibu yang lebih terampil dalam pengasuhan dasar cenderung lebih mampu menjaga stabilitas fisiologis bayi, meningkatkan durasi menyusui eksklusif, dan mengurangi risiko rehospitalisasi (Cano et al., 2023). Oleh karena itu, aspek keterampilan tidak dapat dipandang sebagai pelengkap, melainkan sebagai inti dari proses pemberdayaan yang harus terus diperkuat melalui kolaborasi antara ibu, keluarga, dan tenaga kesehatan.

Upaya optimalisasi pemberdayaan ibu mencakup peningkatan pengetahuan dan keterampilan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup, kesehatan, dan ekonomi ibu, serta menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Berikut upaya yang dilakukan :

- 1) Edukasi kesehatan : mengadakan kelas ibu hamil dan diskusi interaktif tentang kesehatan, gizi, dan perawatan diri pascapersalinan (Islami & Sukarmin, 2022).
- 2) Pelatihan keterampilan : memberikan pelatihan keterampilan, terutama bagi ibu rumah tangga, agar mampu berwirausaha dan memanfaatkan teknologi digital untuk menciptakan peluang usaha baru (Islami & Sukarmin, 2022).
- 3) Penguatan peran keluarga : melibatkan anggota keluarga sebagai pendukung utama untuk mendukung

ibu dalam menjalani kehamilan, perawatan, dan pemulihan pascapersalinan (Utami et al., 2021).

- 4) Optimalisasi buku KIA: memanfaatkan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA) secara optimal sebagai alat bantu memantau kesehatan ibu dan bayi serta sebagai media komunikasi antara ibu dan tenaga kesehatan (Louis et al., 2023).

BAB 6

KONSEP MODEL FAMILY INTEGRATED CARE

1. Definisi Model *Family Integrated Care*

Model *Family Integrated Care* (FICare) merupakan contoh operasional pemberdayaan yang sistematis: keluarga dilatih untuk melakukan tugas perawatan (mis. memberi ASI/MP-ASI awal, Perawatan metode kanguru/PMK, pengamatan tanda bahaya, perawatan kulit, dan perawatan termoregulasi), serta dilibatkan dalam *rounding* klinis dan perencanaan pemulangan. Pendekatan ini menempatkan ibu/*family* bukan sebagai pengunjuk pasif tetapi sebagai anggota tim perawatan inti, sehingga tanggung jawab dibagi tanpa mengurangi pengawasan profesional (Alferink et al., 2024; Franck et al., 2024).

Berdasarkan perspektif hasil, pemberdayaan ibu terukur melalui indikator seperti peningkatan frekuensi dan durasi menyusui eksklusif, keterampilan pemberian PMK, penurunan kecemasan ibu, kepatuhan terhadap tindak lanjut pasca-pulang, serta *outcome* neonates (pertambahan berat, lama tinggal, frekuensi *readmission*). Dengan demikian, pemberdayaan adalah intervensi struktural yang menghubungkan pendidikan, dukungan, dan pelibatan keluarga untuk menghasilkan *outcome* klinis dan psikososial yang lebih baik (Lee, 2024; North et al., 2022).

2. Prinsip-prinsip Model *Family Integrated Care*

Model *Family Integrated Care* (FICare) dibangun atas prinsip-prinsip yang menempatkan keluarga sebagai mitra utama dalam perawatan bayi, khususnya di NICU. Keempat prinsip ini telah banyak dibahas dalam penelitian dan pedoman implementasi FICare sebagai fondasi untuk meningkatkan kompetensi orang tua, kolaborasi tim, dan luaran klinis bayi (Franck et al., 2023; O'Brien et al., 2013). FICare tidak hanya melibatkan keluarga secara pasif, tetapi benar-benar mengintegrasikan mereka ke dalam aktivitas perawatan sehari-hari. Berikut uraian prinsip-prinsip tersebut.

1) Kemitraan antara keluarga dan tenaga kesehatan

Prinsip pertama FICare menekankan bahwa orang tua adalah *primary caregivers* bagi bayi mereka, bahkan ketika bayi masih berada di NICU. Tenaga kesehatan berperan sebagai mentor atau fasilitator, bukan sebagai pemilik tunggal kewenangan perawatan. Model kemitraan ini terbukti meningkatkan kepercayaan diri keluarga dan menghasilkan hubungan yang lebih kolaboratif antara keluarga dan tim medis. Orang tua dilibatkan dalam diskusi klinis, *rounding*, dan pengambilan keputusan, sehingga mereka memahami kondisi bayi secara menyeluruh dan merasa dihargai sebagai bagian dari tim.

- 2) Pendidikan terstruktur dan berkelanjutan
FICare mengintegrasikan program edukasi yang sistematis dan berkelanjutan untuk memastikan orang tua memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memadai. Pendidikan diberikan melalui demonstrasi, coaching, kelas edukasi, materi cetak, hingga *platform digital*. Program pembelajaran ini membantu orang tua mencapai kompetensi klinis dasar untuk melakukan perawatan sehari-hari secara aman dan percaya diri. Edukasi yang berlangsung secara bertahap dan berulang membantu orang tua untuk dapat menginternalisasi teknik perawatan, memahami tanda klinis penting, dan membangun kemampuan *problem solving* yang penting setelah pulang dari rumah sakit.
- 3) Lingkungan yang mendukung keterlibatan keluarga
Prinsip FICare tidak akan optimal tanpa dukungan lingkungan yang mendukung interaksi orang tua-bayi. Lingkungan fisik seperti ruang rawat gabung, ruang laktasi, tempat istirahat keluarga, serta kebijakan rumah sakit yang fleksibel sangat berpengaruh dalam memfasilitasi keterlibatan keluarga. Budaya kerja tenaga kesehatan juga menjadi faktor penting seperti lingkungan yang ramah dan tidak mengintimidasi membuat orang tua merasa aman untuk belajar, bertanya, dan ikut serta dalam perawatan harian bayi. Ketika lingkungan mendukung, orang tua bisa hadir

lebih sering dan lebih lama, sehingga proses bonding dan pembelajaran perawatan menjadi lebih intensif.

4) Dukungan emosional dan psikososial

Selain aspek klinis, FICare memberikan perhatian besar pada kesejahteraan emosional orang tua. Merawat bayi di NICU merupakan pengalaman yang penuh stres, dan tanpa dukungan emosional yang tepat, orang tua dapat mengalami kecemasan yang tinggi, kelelahan, atau keraguan dalam merawat bayinya. Dalam FICare, tenaga kesehatan memberikan pendampingan emosional, validasi perasaan, konseling singkat, serta menyambungkan orang tua dengan kelompok dukungan (*peer support*). Pendekatan ini terbukti menurunkan stres parental, meningkatkan rasa percaya diri, dan mempercepat adaptasi orang tua dalam menjalankan perawatan di rumah (Franck et al., 2023; O'Brien et al., 2013).

3. Faktor yang Memengaruhi Model *Family Integrated Care*

Keberhasilan implementasi *Family Integrated Care (FICare)* tidak hanya ditentukan oleh komitmen tenaga kesehatan, tetapi juga dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling terkait, mulai dari karakteristik orang tua hingga kebijakan institusi. Faktor-faktor ini membentuk ekosistem perawatan yang menentukan sejauh mana keluarga dapat terlibat secara optimal dan merasa mampu menjalankan peran mereka sebagai

pengasuh utama bayi. Literatur global menunjukkan bahwa efektivitas FICare sangat bergantung pada keselarasan aspek individu, interpersonal, lingkungan, institusional, serta sosio-ekonomi keluarga. Keberhasilan implementasi FICare dipengaruhi oleh berbagai faktor, yaitu:

- 1) Faktor orang tua, seperti kesiapan emosional, pengetahuan, dan kepercayaan diri.
- 2) Faktor tenaga kesehatan, mencakup sikap suportif, kompetensi komunikasi, dan budaya kerja kolaboratif.
- 3) Faktor institusional, seperti kebijakan rumah sakit, fasilitas yang mendukung keterlibatan keluarga, dan ketersediaan program edukasi.
- 4) Faktor sosial-ekonomi, termasuk kemampuan keluarga mengakses fasilitas kesehatan dan sumber daya pendukung lainnya (Franck et al., 2023; O'Brien et al., 2013).

BAB 7

TAHAPAN INTERVENSI PEMBERDAYAAN IBU BAYI DENGAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH

1. Tujuan Intervensi

Tujuan Umum

Meningkatkan pemberdayaan, kemandirian, dan kompetensi ibu dalam merawat bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) secara holistik, aman, dan berkelanjutan melalui pendekatan *Family Integrated Care* dan *Maternal Role Attainment Becoming a Mother* yang menekankan pengetahuan atau edukasi, keterampilan, dan dukungan emosional, sosial, serta profesional.

Tujuan Khusus

- 1) Meningkatkan pengetahuan ibu tentang kondisi BBLR, kebutuhan khusus bayi, serta prinsip *Family Integrated Care*.
- 2) Mengembangkan keterampilan ibu dalam melakukan perawatan dasar, nutrisi, dan pemantauan kesehatan bayi BBLR secara mandiri.
- 3) Memperkuat peran aktif ibu dan keluarga sebagai mitra tenaga kesehatan dalam perawatan bayi BBLR.
- 4) Mempersiapkan ibu dan keluarga dalam transisi perawatan bayi BBLR dari fasilitas kesehatan ke rumah.

2. Tahapan Intervensi Pemberdayaan Ibu Berbasis FICare

Keterangan Topik:

[Edukasi] = Pendidikan/Edukasi

[Keterampilan] = Pelatihan keterampilan/praktik

[Dukungan] = Dukungan psikososial & keluarga

Tabel 7. 1 Tahapan Intervensi Pemberdayaan Ibu Berbasis FICare

No .	Tujuan Khusus	Sesi (Model SECI)	Topik (Jenis Kegiatan)	Metode	Waktu Pertemuan	Frekuensi
1.	Ibu dan keluarga mampu saling berbagi pengalaman awal dalam merawat bayi BBLR	<i>Socialization</i> (Tacit → Tacit)	[Dukungan] Berbagi pengalaman, perasaan, dan harapan selama merawat bayi BBLR	Diskusi kelompok, sharing, observasi	60 menit	1 kali (awal perawatan)
2.	Ibu memahami peran dan tanggung jawab keluarga dalam FIC	<i>Socialization</i> (Tacit → Tacit)	[Dukungan] Peran ibu, ayah, dan keluarga dalam perawatan bayi BBLR	Diskusi keluarga, refleksi terarah	60 menit	1 kali
3.	Ibu memahami konsep BBLR dan FIC secara benar	<i>Externalization</i> (Tacit → Explicit)	[Edukasi] Konsep BBLR, masalah umum, dan prinsip <i>Family Integrated Care</i>	Edukasi, diskusi, media visual	60 menit	1 kali
4.	Ibu mampu menjelaskan	<i>Externalization</i>	[Edukasi] Kebutuhan fisiologis	Edukasi, studi kasus, tanya jawab	60 menit	1 kali

No	Tujuan Khusus	Sesi (Model SECI)	Topik (Jenis Kegiatan)	Metode	Waktu Pertemuan	Frekuensi
	kebutuhan dasar dan tanda bahaya bayi BBLR	(Tacit → Explicit)	bayi BBLR dan tanda bahaya			
5.	Ibu memahami langkah perawatan dasar bayi BBLR	Combina tion (Explicit → Explicit)	[Edukasi, Keterampilan] Perawatan dasar bayi BBLR (suhu, kebersihan, posisi, bonding)	Demonstrasi, video edukasi, modul	90 menit	1–2 kali
6.	Ibu memahami prinsip nutrisi dan ASI pada bayi BBLR	Combina tion (Explicit → Explicit)	[Edukasi, Keterampilan] ASI, manajemen laktasi, dan metode pemberian nutrisi	Edukasi, demonstrasi, leaflet	90 menit	1–2 kali
7.	Ibu mampu melakukan <i>Perawatan metode kanguru</i> secara mandiri	Internalization (Explicit → Tacit)	[Keterampilan, Dukungan] Praktik <i>Perawatan metode kanguru</i> dan penguatan kepercayaan diri ibu	Praktik langsung, pendampingan	60 menit	2–3 kali
8.	Ibu mampu melakukan pencegahan infeksi dan	Internalization (Explicit → Tacit)	[Keterampilan] Pencegahan infeksi, pemantauan	Simulasi, praktik, umpan balik	60 menit	1–2 kali

No	Tujuan Khusus	Sesi (Model SECI)	Topik (Jenis Kegiatan)	Metode	Waktu Pertemuan	Frekuensi
	pemantauan bayi		tumbuh kembang, dan tanda bahaya			
9.	Ibu menunjukkan koping adaptif dan penurunan kecemasan	Internalization (Explicit → Tacit)	[Dukungan] Dukungan emosional, manajemen stres, dan koping adaptif	Konseling suportif, refleksi	60 menit	1–2 kali
10.	Ibu dan keluarga siap merawat bayi BBLR di rumah	Combination – Internalization	[Edukasi, Dukungan] Edukasi persiapan pulang dan dukungan keluarga di rumah	Edukasi, perencanaan bersama	60 menit	1 kali (<i>pre-discharge</i>)
11.	Ibu mempertahankan kemandirian perawatan pasca pulang	Internalization (Explicit → Tacit)	[Dukungan] Dukungan lanjutan, follow-up, dan jejaring layanan kesehatan	Edukasi singkat, media tertulis	30–45 menit	Sesuai jadwal kontrol

DAFTAR PUSTAKA

- Afriansyah. (2023). Pengertian dan Konsep Pemberdayaan Masyarakat. In *Pemberdayaan Masyarakat*.
- Alferink, M. T., Sanz, B. M., Lafuente, M. C., Ergenekon, E., Haan, T. R. De, & Kempen, A. A. M. W. Van. (2024). RISEinFAMILY project : the integration of families at neonatal intensive care units (NICUs) to empower them as primary caregivers : study protocol for a stepped wedge cluster controlled trial. *Trials*, 25(248), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13063-024-08043-7>
- Alhq, L. A., Hapidin, & Karnadi. (2020). Kemandirian Anak Usia 5-6 Tahun di Lembaga PAUD pada Budaya Suku Dayak Kanayant. *Indonesian Journal of Educational Counseling*, 4(1), 13–20. <https://doi.org/10.30653/001.202041.122>
- Amaliya, S., Harhara, S. R., Kapti, R. E., Azizah, N., & Novera, D. (2022). Maternal Knowledge Level Determining Parenting Self-Efficacy Of Low Birth Weight Babies: Pilot Study. *Pedimaternal Nursing Journal*, 8(2), 95–101. <https://doi.org/10.20473/pmnj.v8i2.36736>

- Anzman-Frasca, S., Stifter, C. A., Paul, I. M., & Birch, L. L. (2014). Infant Temperament and Maternal Parenting Self-efficacy Predict Child Weight Outcomes. *NIH Public Access*, 36(4), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2013.04.006>. Infant
- Azky, W. (2019). *Pengetahuan Hingga Persepsi Ibu Melahirkan Pengaruhi Kemampuan Merawat Bayi dengan Berat Lahir Rendah*. UNAIR News. https://news.unair.ac.id/2019/10/10/pengetahuan-hingga-persepsi-ibu-melahirkan-pengaruhi-kemampuan-merawat-bayi-dengan-berat-lahir-rendah/?utm_source=chatgpt.com
- Carmona, E. V., do Vale, I., Ohara, C., & Abrao, A. C. (2013). Parental role conflict : the nursing diagnosis in mothers of hospitalized newborns. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 21(2), 571–578.
- Collins, T. M. L., Fitzallen, G. C., & Kirby, J. N. (2025). A Compassion - Focused Approach to Support Parents After Preterm Birth. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 28(4), 954–972. <https://doi.org/10.1007/s10567-025-00549-z>
- Embuai, S., & Siauta, M. (2020). HUBUNGAN KEPERCAYAAN DIRI IBU DENGAN PERKEMBANGAN ANAK USIA PRA SEKOLAH. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 8(2), 169–176.

- Ferreira, A., Ferretti, E., Curtis, K., Joly, C., Sivanthan, M., Major, N., & Daboval, T. (2021). Parents' Views to Strengthen Partnerships in Newborn Intensive Care. *Frontiers in Pediatrics*, 9(September), 1–12. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.721835>
- Franck, L. S., Axelin, A., Van Veenendaal, N. R., & Bacchini, F. (2023). Improving Neonatal Intensive Care Unit Quality and Safety with Family-Centered Care. *Clinics in Perinatology*, 50(2), 449–472. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2023.01.007>
- Harahap, H., Aurora, W. I., Wida, T., & Ayudia, E. I. (2024). Training Mothers on Complementary Feeding Preparation and Toddler Growth Screening at Olak Kemang Health Center. *E-SEHAD: Electronic Journal Scientific of Enviromental Health and Diseases*, 5 (2)(2), 101–105. <https://online-journal.unja.ac.id/e-sehad>
- Has, E. M. M., Krisnana, I., & Efendi, F. (2024). Enhancing Maternal Caregiving Capabilities Model to Prevent Childhood Stunting: A UNICEF-Inspired Model. *SAGE Open Nursing*, 10, 1–11. <https://doi.org/10.1177/23779608231226061>

- Herlina, & Nazillah, R. (2025). HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN SIKAP IBU TERHADAP PERAWATAN LANJUTAN BAYI PREMATUR DI RSUD. Dr. PIRNGADI MEDAN. *Excellent Midwifery Journal*, 8(1), 395–405.
- Ionio, C., Colombo, C., Brazzoduro, V., Mascheroni, E., Castoldi, F., & Lista, G. (2016). Mothers and Fathers in NICU : The Impact of Preterm Birth on Parental Distres. *Europe's Journal of Psychology*, 12(4), 604–621. <https://doi.org/10.5964/ejop.v12i4.1093>
- Islami, & Sukarmin. (2022). Upaya Peningkatan Kesehatan Ibu Melalui Kegiatan Pemberdayaan Dalam Kelas Ante Natal. *Jurnal Abdimas Indonesia*, 4(2), 174–177.
- Kemendes RI. (2021). *Pedoman Gizi Seimbang Ibu Hamil dan Ibu Menyusui*.
- Kemendes RI. (2022). *Tips Perawatan Kulit pada Bayi Baru Lahir*. Kementerian Kesehatan RI. https://keslan.kemkes.go.id/view_artikel/1286/tips-perawatan-kulit-pada-bayi-baru-lahir
- Kemendes RI. (2023). *Perawatan Metode Kanguru: Perawatan Bayi Prematur dengan Hangatnya Cinta Orangtua*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <https://ayosehat.kemkes.go.id/perawatan-metode-kanguru-perawatan-bayi-prematur-dengan-hangatnya-cinta-orangtua>

Kementerian Kesehatan RI. (2021). *Buku KIA Khusus Bayi Kecil*.

Lin, H. C., Zehnah, P. L., Koire, A., Mittal, L., Erdei, C., & Liu, C. H. (2022). Maternal Self-Efficacy Buffers the Effects of COVID-19–Related Experiences on Postpartum Parenting Stres. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, *51*(2), 177–194.
<https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.12.004>

Louis, S. L., Mirania, A. N., Yuniarti, E., & Manurung, A. (2023). Optimalisasi Penggunaan Buku KIA untuk Peningkatan Perkembangan Kesehatan Ibu dan Anak. *JNB : Jurnal Nusantara Berbakti*, *1*(3), 139–147.

Maulida, Y., Bahri, N. S., Hidayah, N. A., Maeyani, F., Larasati, B. D., Kamila, A. N., Chandra, F., Wulanda, L. M., & Hikmah, S. (2025). Dinamika Dukungan Sosial dalam Kehidupan Sehari-Hari Lansia di Panti Jompo. *Jurnal Kesehatan Amanah*, *9*(1), 334–345.
<https://doi.org/https://doi.org/10.57214/jka.v9i1.867>

Melani Astari, A., Choiriyah, M., Evi, N., Merdikawati, A., Yuliatun, L., Amaliya, S., Setyo Rini, I., Adila Fitri, A., & Ummu Raehana, N. (2021). Pendampingan Perawat Dalam Optimalisasi Keberlanjutan Perawatan Ibu Nifas Dan Bayi Berat Badan Lahir Rendah (Bblr) Di Rumah. *Journal of*

- Innovation and Applied Technology*, 7(2), 1256–1262. <https://doi.org/10.21776/ub.jiat.2021.006.02.6>
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226–232.
- Moelyono, C. A. (2025). Peran Dukungan Sosial terhadap Parenting Self-Efficacy Ibu Bekerja dengan Anak Usia Dini. *Psychopreneur Journal*, 9(1), 29–40.
- Mokoginta, S. V., Dwiarini, M., Wijayanti, I., Lestari, P., & Pham, N. T. (2023). Prenatal Attachment Relationship with Pregnant Women 's Compliance in Carrying Out Antenatal Care Visits. *Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan Aisyisyah*, 19(2), 99–107.
- Nurfurqoni, F. A., & Nuryati, S. (2020). The Influence of Traditional Birth Attendance (TBA) and Culture Towards Independence and Self-Caring of the Mother During Early Postpartum. *Jurnal Riset Kesehatan Poltekkes Depkes Bandung*, 12(1), 170–179. <https://doi.org/10.34011/juriskesbdg.v12i1.824>
- Nurseha, Kusumastuti, Farida, S. N., Mardianingsih, S., & Marlinawati, I. T. (2024). *Buku Ajar Psikologi Kehamilan, Persalinan, dan Nifas*.

- O'Brien, K., Bracht, M., Macdonell, K., McBride, T., Robson, K., Leary, L. O., Christie, K., Galarza, M., Dicky, T., Levin, A., & Lee, S. K. (2013). *A pilot cohort analytic study of Family Integrated Care in a Canadian neonatal intensive care unit*. *13*(Suppl 1), 1–8.
- Pourmovahed, Z., Mojtaba, S., Ardekani, Y., Saied, S., & Mahmoodabad, M. (2021). *Implementation of the McMaster Model in Family Therapy: Effects on Family Function in Married Couples*. 60–67.
- Purwandari, H., Purnamasari, M. D., Mulyono, W. A., & Huang, M.-C. (2023). Preterm infant cues during breastfeeding and its measurement: A scoping review. *Belitung Nursing Journal*, *9*(3), 209–217.
- Putri, M., & Khairani. (2024). Pendampingan Perawatan Pada Bayi Baru Lahir Rendah (BBLR) Di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia Tahun 2024. *Journal of Human and Education*, *4*(6), 601–604.
- Qur'aniati, N., Nafista, U. F., Saputri, P. D., Yunita, F. C., Mundakir, Hutton, A., & Sweet, L. (2024). Multilevel modelling of the determinants of low birth weight in frontier, outermost and underdeveloped regions: Evidence from the Indonesian National Socioeconomic Survey (2019–2021). *Midwifery*, *138*(September 2023), 104136. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104136>

- Rahmilasari, G., Tresnaasih, A., & Reni, R. (2020). Keluarga Dan Nilai Budaya Masyarakat Sunda Pada Perawatan Ibu Nifas Dan Bayi Baru Lahir. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 5(1), 77–84. <https://doi.org/10.30651/jkm.v5i1.3571>
- Ren, Z., Wang, Q., Gao, W., Duan, Y., Li, Y., & Zhang, Y. (2025). The role of mother-infant interaction and infant temperament in predicting the rate of post-NICU physical development in low birth weight infants : a prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(851), 1–10.
- Sarumi, R., Alwy, M. K., & Arman. (2021). Hubungan antara Fungsi Keluarga dengan Metode APGAR terhadap Kualitas Hidup Lansia. *Miracle Journal of Public Health*, 4(1), 62–71. <https://doi.org/10.36566/mjph/Vol4.Iss1/217>
- Shetty, A. P., Halemani, K., Issac, A., Thimmappa, L., Dhiraaj, S., Radha, K., Mishra, P., & Upadhyaya, V. D. (2024). Prevalence of anxiety, depression, and stres among parents of neonates admitted to neonatal intensive care unit: a systematic review and meta-analysis. *Clinical and Experimental Pediatrics*, 67(2), 104–115. <https://doi.org/10.3345/cep.2023.00486>

- Shorey, S., Law, E., Mathews, J., Lim, S. H., Shi, L., Chua, J. S., Du, R., Chan, Y. H., Tan, T. C., Chee, C., & Chong, Y. S. (2023). Evaluating the Effectiveness of the Supportive Parenting App on Parental Outcomes : Randomized Controlled Trial Corresponding Author : *Journal of Medical Internet Research*, 25(1), 1–16. <https://doi.org/10.2196/41859>
- Soghier, L. M., Kritikos, K. I., Carty, C. L., Glass, P., Tuchman, L. K., Streisand, R., & Fratantoni, K. R. (2020). Parental Depression Symptoms at Neonatal Intensive Care Unit Discharge. *The Journal of Pediatrics*, 227, 163-169.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.07.040>
- Sohrabi, M., Azizzadeh, M., Rabori, R. M., Bagherian, B., & Nematollahi, M. (2021). The effect of a training program on maternal role adaptation and self - esteem of mothers with preterm infants: a quasi - experimental study. *BMC Women's Health*, 21(296), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01440-z>
- Sudhinaraset, M., Landrian, A., Golub, G. M., Cotter, S. Y., & Afulani, P. A. (2021). Person-centered maternity care and postnatal health: associations with maternal and newborn health outcomes. *AJOG Global Reports*, 1(1), 100005. <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2021.100005>

- Sukyati, I., Simandjuntak, M., & Purnamawati, I. G. A. D. (2025). *Dukungan Sosial dalam Meningkatkan Kepuasan Ibu Menjalani Proses Persalinan*.
- Tognasso, G., Gorla, L., Ambrosini, C., Figurella, F., De Carli, P., Parolin, L., Sarracino, D., & Santona, A. (2022). Parenting Stres, Maternal Self-Efficacy and Confidence in Caretaking in a Sample of Mothers with Newborns (0–1 Month). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(15). <https://doi.org/10.3390/ijerph19159651>
- Upadhyay, R. P., Taneja, S., Strand, T. A., Sommerfelt, H., Hysing, M., Mazumder, S., Bhandari, N., Martinez, J., Dua, T., Kariger, P., & Bahl, R. (2022). Early child stimulation, linear growth and neurodevelopment in low birth weight infants. *BMC Pediatrics*, *22*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03579-6>
- Utami, S., Susilaningrum, R., & Purwanti, D. (2021). Optimalisasi Tumbuh Kembang Bayi Dan Balita Melalui Pemberdayaan Keluarga Dalam Pemanfaatan Buku KIA Di Surabaya Optimizing the Growth of Babies and Children Through Empowerment of the Family in the Utilization of KIA Books in Surabaya. *Jurnal ABDI: Media Pengabdian Kepada Masyarakat*, *7*(1), 139. <https://doi.org/10.26740/ja.v7n1.p139-142>

WHO. (2022). WHO Recommendations for Care of the Preterm or Low-Birth-Weight Infant. In *WHO* (Vol. 86, Issue 4). <https://doi.org/10.1055/a-2251-5686>

Yaari, M., Treyvaud, K., Sych, D. P., Lee, K. J., Doyle, L. W., & Anderson, P. J. (2019). Preterm Birth and Maternal Mental Health : Longitudinal Trajectories and Predictors. *Journal of Pediatric Psychology*, *44*(6), 736–747. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsz019>

LAMPIRAN

Lampiran 1 Perawatan Metode Kanguru (PMK)

Perawatan Metode Kanguru (PMK)

1. Definisi Perawatan Metode Kanguru (PMK)

Perawatan Metode Kanguru (PMK) adalah cara terbaik untuk memberikan kehangatan dan kenyamanan pada bayi. Perawatan Metode Kanguru (PMK) dapat dilakukan oleh bunda maupun ayah, atau anggota keluarga sehat secara bergantian. Perawatan ini menjadi salah satu momen untuk menjalin kasih sayang antara orang tua dan bayi.

2. Keuntungan PMK:

- a. Bayi lebih tenang, tidur lebih nyaman, dan frekuensi menangis lebih sedikit.
- b. Tanda vital bayi, seperti pernapasan, lebih stabil.
- c. Mempermudah pemberian ASI dan meningkatkan keberhasilan menyusui.
- d. Membantu menaikkan berat badan bayi prematur.
- e. Membangun hubungan cinta dan kasih sayang antara orang tua dengan bayi

3. Cara Memberikan PMK:

- a. Bayi dibiarkan telanjang (hanya mengenakan popok, kaus kaki dan topi).
- b. Jaga posisi dan leher bayi agar tetap bernapas dengan baik.
- c. Palingkan kepala bayi sedikit menengadah ke sisi kanan atau kiri agar dapat bernapas dengan nyaman.
- d. Amankan posisi bayi dengan kain panjang atau pengikat lainnya.
- e. Kaki bayi diletakkan dalam posisi "kodok", sedangkan tangannya menekuk.
- f. Usahakan agar perut bayi menempel pada perut ibu bagian atas dan tidak tertekan.
- g. Jika ibu hendak berdiri, pastikan ikatan kain kuat agar bayi tidak tergelincir (Kementerian Kesehatan RI, 2021).



Sumber: ChatGPT (OpenAI), 2025

4. Durasi PMK:

- a. PMK Intermitten
Bayi dengan penyakit atau kondisi yang berat membutuhkan perawatan intensif dan khusus di ruang rawat neonatologi, bahkan mungkin

memerlukan bantuan alat. Bayi dengan kondisi ini, PMK tidak diberikan sepanjang waktu tetapi hanya dilakukan jika ibu mengunjungi bayinya yang masih berada dalam perawatan di inkubator. PMK dilakukan dengan durasi minimal satu jam, secara terus-menerus per hari. Setelah bayi lebih stabil, bayi dengan PMK intermiten dapat dipindahkan ke ruang rawat untuk menjalani PMK kontinu.

b. PMK Kontinu

Pada PMK kontinu, kondisi bayi harus dalam keadaan stabil, dan bayi harus dapat bernapas secara alami tanpa bantuan oksigen. Kemampuan untuk minum (seperti menghisap dan menelan) bukan merupakan persyaratan utama, karena PMK sudah dapat dimulai meskipun pemberian minumannya dengan menggunakan pipa lambung. Pemberian ASI dapat berlangsung lebih optimal dengan penerapan PMK karena metode ini membantu meningkatkan asupan ASI pada bayi (Kemenkes RI, 2023).

Lampiran 2 Merawat Kulit Bayi Kecil di Rumah

Merawat Kulit Bayi Kecil di Rumah

1. Memandikan Bayi Kecil

- a. Bayi dapat dimandikan setiap hari menggunakan air hangat suam-suam kuku.
- b. Area lipatan tubuh dibersihkan dengan lembut, disertai usapan perlahan pada kulit bayi
- c. Gunakan sabun khusus untuk bayi (pH seimbang).
- d. Segera keringkan bayi setelah mandi untuk mencegah kedinginan.
- e. Sebaiknya memandikan bayi di ruangan tertutup.



Sumber: ChatGPT (OpenAI), 2025

2. Menggunakan Pelembap pada Bayi

- a. Pelembap dioleskan secara rutin pada tubuh bayi setidaknya 8 jam sekali untuk menjaga kelembapan kulit.
- b. Pelembap dapat berupa minyak alami seperti minyak zaitun/kelapa/biji bunga matahari.
- c. Perhatikan kandungan bahan pada pelembap dan hindari produk yang mengandung alkohol, pewangi, pewarna, dan pengawet.
- d. Hindari penggunaan dedaunan atau rempah pada kulit bayi agar tidak terjadi iritasi.
- e. Apabila muncul masalah pada kulit bayi, hentikan pemakaian pelembap dan segera konsultasikan ke dokter.



Sumber: Canva, 2025

3. Merawat Tali Pusat

- a. Selalu jaga kebersihan tali pusat yang belum terlepas.
- b. Tali pusat dapat dibersihkan menggunakan air hangat bersih lalu dikeringkan dan tidak dianjurkan mengoleskan alkohol atau bahan tradisional lain.



- c. Krim antibiotik hanya diberikan atas anjuran dokter.
- d. Biarkan tali pusat terbuka (jangan ditutup) agar cepat kering atau lepas (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Sumber: Google Gemini AI, 2025

4. Mengganti Popok Bayi

a. Memilih bahan yang tepat

Jenis popok yang umum digunakan adalah popok kain dan popok sekali pakai. Popok yang ideal harus mampu menjaga kestabilan pH kulit bayi, menjaga kulit agar tetap kering, dan dapat mencegah terjadinya ruam popok.

b. Pemakaian dan penggantian popok

- Beberapa bayi berkemih saat popok dibuka, sehingga tubuh bayi sebaiknya tetap tertutup.

- Siapkan popok bersih di bawah popok kotor sebelum membuka.

- Bersihkan pantat bayi menggunakan bagian dalam popok kotor terlebih dahulu.

- Bersihkan area anus dan kemaluan dengan lap bersih atau tisu basah, tanpa alkohol dan pewangi.

- Keringkan area popok untuk mencegah pertumbuhan kuman.

- Pasang popok bersih dengan cukup rapat agar tidak bocor dan tidak terlalu ketat untuk mencegah ruam.



Sumber: Canva, 2025

- Popok harus diganti setiap selesai berkemih atau BAB, setiap 2–3 jam bila menggunakan *Absorbent Gelling Material* (AGM).
 - Pada bayi dengan tali pusat belum lepas posisikan popok tidak boleh menutupi tali pusat dan biarkan area tersebut terpapar udara.
- c. Menghindari ruam popok

- Memilih popok yang tepat
- Mengganti popok secara rutin
- Menjaga area popok tetap bersih dan kering
- Membersihkan area kelamin saat mandi
- Mengaplikasikan krim pelindung kulit (Kemenkes RI, 2022).



Sumber: Google Gemini AI, 2025

Lampiran 3 Gizi untuk Bayi Kecil

Gizi untuk Bayi Kecil

1. Definisi Air Susu Ibu (ASI)

Air Susu Ibu (ASI) adalah gizi utama untuk bayi kecil. Kandungan protein dan lemak yang tinggi pada ASI, sesuai untuk pertumbuhan bayi kecil. Air susu ibu juga mengandung zat kekebalan tubuh agar bayi tidak mudah terkena infeksi.



Sumber: ChatGPT (OpenAI), 2025

2. Prioritas Asupan Gizi

- a. Air Susu Ibu (ASI)
- b. ASI donor untuk bayi kecil. ASI donor harus melalui prosedur khusus.
- c. Penambahan *Human Milk Fortifier* (HMF) sesuai anjuran dokter.
- d. Pendamping ASI untuk bayi kecil sesuai anjuran dokter.

3. Faktor-faktor yang Memengaruhi ASI

- a. Faktor hormon ibu (hormon prolaktin dan oksitosin)
- b. Asupan makanan ibu
- c. Kondisi psikis ibu (stres, cemas, khawatir)

- d. Perawatan payudara
- e. Frekuensi bayi menyusui
- f. Pengaruh obat-obatan
- g. Alat kontrasepsi
- h. Suplementasi zat besi dapat diberikan kepada bayi untuk menunjang asupan zat besi dari ASI

4. Cara Meningkatkan Produksi ASI

- a. Pemijatan payudara sebelum dan sesudah pemerahan, untuk meningkatkan produksi ASI.
- b. Perah ASI secara rutin sebanyak 8-12 kali setiap hari (setiap 2-3 jam sekali), termasuk pada malam hari sebelum tidur.
- c. Selalu pastikan mengosongkan payudara dengan cara lanjutkan pemerah selama 2 menit sejak tetes ASI terakhir, sehingga menstimulasi produksi ASI selanjutnya.

5. Cara Menyusui yang Benar

- a. Posisi
 - Kepala dan badan bayi membentuk garis lurus.
 - Wajah bayi menghadap payudara, hidung berhadapan dengan puting susu ibu.



Sumber: Canva, 2025

- Badan bayi dekat ke tubuh ibu.
- Ibu menggendong/mendekap badan bayi secara utuh.

b. Pelekatan



Sumber: Google Gemini AI, 2025

- Bayi dekat dengan payudara ibu dengan mulut terbuka lebar.
- Daggu bayi menyentuh payudara ibu.
- Bagian areola atas lebih banyak terlihat dibanding bagian di bawah mulut bayi.
- Bibir bawah bayi memutar keluar (dower) (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

6. Nutrisi Bagi Ibu Menyusui

Penentuan zat gizi apa yang perlu diperhatikan oleh ibu menyusui, melalui keragaman dan jumlah asupan, maupun melalui konsumsi suplemen tambahan ditentukan oleh beberapa hal, yaitu:

- a. Kurangnya asupan menyebabkan turunnya konsentrasi zat gizi mikro tertentu di dalam ASI
- b. Turunnya zat gizi mikro tersebut di dalam ASI menyebabkan efek yang merugikan terhadap bayinya
- c. Peningkatan asupan dan konsentrasi zat gizi mikro tersebut dalam ASI dapat memperbaiki status gizi bayinya

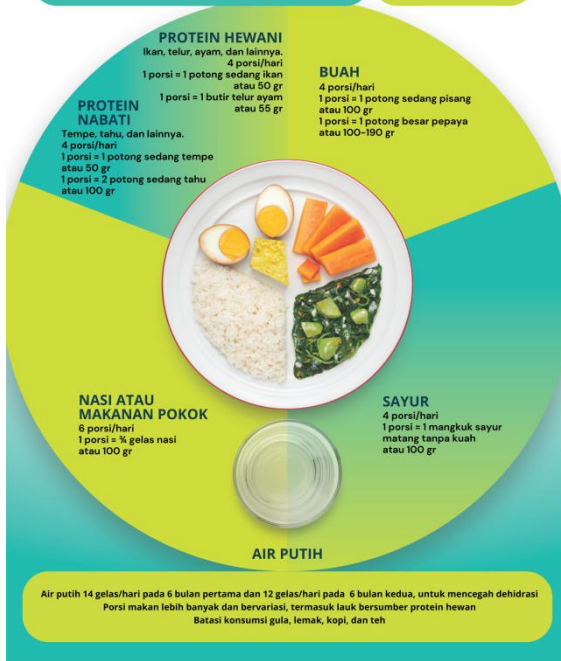
- d. Pada sebagian besar dari zat gizi mikro ini, simpanan pada janin relatif rendah, sementara ASI merupakan sumber utama untuk bayi.

Ibu yang sedang menyusui dianjurkan untuk:

- a. Selama menyusui, makanlah 3 kali makanan utama ditambah dengan 2 kali kudapan dalam sehari. Dianjurkan gunakan pedoman isi piringku, agar dapat memenuhi kebutuhan berbagai zat gizi tambahan zat gizi makro dan mikro melalui keragaman pangan yaitu: isi separuh bagian piring makan anda dengan makanan pokok dan lauk pauk, lebih banyak makanan pokoknya, dan isi separuh piring lainnya dengan buah dan sayur, lebih banyak sayurnya.




SETIAP MAKAN ISI PINGKUKAYA PROTEIN HEWANI



Ibu Menyusui



Sumber: Kemenkes RI, 2023

- b. Konsumsi beragam jenis pangan lokal setiap hari sesuai kemampuan, misalnya roti, telur, dan tomat untuk sarapan, nasi, ikan, dan sayur bening bayam untuk makan siang, serta sayur lodeh dengan tempe, ubi dan ayam untuk makan malam, dilengkapi dengan buah jeruk/pepaya/pisang, dan sebagainya.

Waktu Makan	Isi Piringku	Komposisi Makanan
Makan pagi	 <p>Sumber: ChatGPT (OpenAI), 2025</p>	<p>1 porsi sayur dan ½ porsi protein hewani tumis daun pepaya, kacang panjang dan ikan teri) + 1-2 porsi karbohidrat (nasi putih) + 1 porsi protein nabati (tempe goreng) + ½ porsi protein hewani (½ butir telur rebus + 1 potong besar pepaya</p> <p>+ 2 gelas air</p>
Kudapan pagi	 <p>Sumber: ChatGPT (OpenAI), 2025</p>	<p>1-2 porsi protein nabati (kacang hijau) + 1 porsi karbohidrat (ubi merah) + 1-2 porsi lemak (santan)</p> <p>+ 2 gelas air</p>
Makan siang	 <p>Sumber: ChatGPT (OpenAI), 2025</p>	<p>1-2 porsi sayur (bobor daun singkong) dan 1 porsi protein hewani (1 potong bebek goreng) + 1 porsi karbohidrat (nasi putih) + 1 porsi protein nabati (semur tahu) + 1 buah jeruk</p>

Waktu Makan	Isi Piringku	Komposisi Makanan
Kudapan sore	 <p data-bbox="378 552 639 611">Sumber: Google Gemini AI, 2025</p>	<p data-bbox="667 268 801 295">+ 2 gelas air</p> <p data-bbox="667 304 934 403">1-2 porsi buah (pisang dan kolong kaling) + 1 porsi susu + 1 porsi gula</p> <p data-bbox="667 443 801 470">+ 2 gelas air</p>
Makan malam	 <p data-bbox="378 887 639 946">Sumber: Google Gemini AI, 2025</p>	<p data-bbox="667 627 934 935">1 porsi sayur + 1 porsi protein nabati (lodeh kacang panjang dan tempe) + 1 porsi protein hewani (1 potong ikan kembung goreng) + 1-2 porsi karbohidrat (nasi putih) + 1 potong besar buah naga</p> <p data-bbox="667 975 801 1002">+ 2 gelas air</p>

Seiring dengan produksi ASI, kebutuhan air minum ibu menyusui sedikit lebih banyak dibandingkan ibu hamil, yakni 14 gelas air putih untuk 6 bulan pertama dan 12 gelas air putih sehari untuk 6 bulan kedua (Kemenkes RI, 2021).

Lampiran 4 Tips Merawat Bayi Kecil

Tips Merawat Bayi Kecil



Sumber: ChatGPT (OpenAI), 2025

1. Persingkat kunjungan ke fasilitas kesehatan
Banyak virus dan bakteri di rumah sakit, padahal sistem imun bayi sedang dalam proses penyempurnaan.
2. Jauhkan bayi dari paparan asap rokok
3. Jaga kebersihan di rumah
Selalu mencuci tangan sebelum menyentuh bayi (terutama jika ada tamu)



Sumber: Kemenkes RI, 2022

4. Tidur dalam posisi telentang, tanpa bantal dan selimut
Posisi tengkurap serta keberadaan bantal dan selimut dapat menutup hidung dan mulut bayi sehingga berisiko mengganggu pernapasan. Jika bayi diposisikan tengkurap harus diawasi dan dilakukan di alas yang keras, serta singkirkan bantal dan selimut.
5. Ibu harus cukup istirahat
Selain merawat bayi, ibu juga harus memulihkan diri dari proses persalinan. Minta bantuan keluarga untuk menyelesaikan kegiatan rumah tangga agar ibu cukup istirahat.
6. Dukungan emosional dari keluarga

Seluruh anggota keluarga berperan penting dalam merawat dan mengasuh bayi prematur.

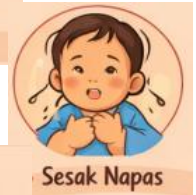
7. Lengkapi imunisasi bayi ke tenaga kesehatan
Pemberian imunisasi bayi prematur berdasarkan usia sejak lahir (kronologis) seperti halnya bayi cukup bulan mengacu pada buku KIA.
8. Jangan lupa memberikan vitamin A untuk bayi
Jadwal pemberian vitamin A sesuai usia kronologis, seperti halnya bayi cukup bulan (mengacu pada buku KIA).
9. Pantau suhu tubuh bayi
Bayi kecil berisiko mengalami hipotermia dan hipertermia, sehingga ibu harus dapat melakukan pemantauan suhu tubuh bayi di rumah. Adapun suhu normal bayi adalah $36,5^{\circ}\text{--}37,5^{\circ}\text{C}$ (suhu ketiak). Ibu dapat menyediakan alat termometer di rumah sebagai alat pengukur suhu tubuh bayi (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Lampiran 5 Kenali Tanda Bahaya pada Bayi

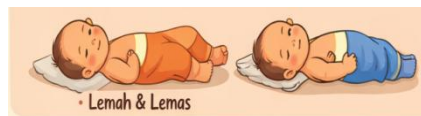
Kenali Tanda Bahaya pada Bayi

Kenali tanda bahaya pada bayi kecil. Jika ditemukan 1 (satu) atau lebih tanda bahaya di bawah ini, segera bawa bayi ke fasilitas kesehatan ya!

1. Muntah darah.
2. BAB berdarah.
3. Tidak BAB > 7 hari (bayi ASI eksklusif); tidak BAB > 3 hari (bayi dengan susu formula) disertai perut bayi membuncit dan mengganggu proses menyusu.
4. Tali pusat kemerahan, berbau, atau bernanah.
5. Muntah hijau.
6. Diare.
7. Mata dan kulit bayi terlihat kuning sampai dengan lutut atau siku.
8. Sesak napas (laju napas > 60 kali/menit disertai tarikan dinding dada).
9. Hipotermia (suhu < 36,5°C dan tidak aktif)
10. Kulit tampak pucat.
11. Tampak lemas.
12. Tidak mau menyusu.
13. Kejang.



Sumber: ChatGPT (OpenAI), 2025



Sumber: ChatGPT (OpenAI), 2025

14. Demam (suhu lebih dari 37,5°C)
15. Pemantauan pertumbuhan bayi dalam kurva mendatar (kuning) dan kurva tidak naik (merah).

Buku ini mengulas konsep *Family Integrated Care* (FICare) sebagai pendekatan kolaboratif dalam perawatan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Diawali dengan pemahaman dasar mengenai BBLR, faktor risiko, serta tantangan klinis yang dihadapi bayi dan keluarga, buku ini menjelaskan prinsip-prinsip FICare yang menempatkan orang tua—terutama ibu—sebagai mitra aktif dalam proses perawatan. Pendekatan ini menekankan pemberdayaan keluarga melalui edukasi, pendampingan, dan keterlibatan langsung dalam perawatan harian bayi, sehingga ibu memiliki pengetahuan, keterampilan, serta kepercayaan diri dalam merawat bayi BBLR secara mandiri dan berkelanjutan.

Selanjutnya, buku ini membahas implementasi FICare dalam praktik pelayanan kesehatan, termasuk peran tenaga kesehatan, strategi komunikasi, serta dampak positif terhadap pertumbuhan bayi, keberhasilan menyusui, dan kesejahteraan psikososial keluarga. Kehadiran buku ini menjadi upaya strategis dalam pemberdayaan ibu sebagai pusat perawatan bayi BBLR, dengan memperkuat peran, kemandirian, dan kapasitas ibu dalam pengambilan keputusan serta perawatan sehari-hari bayi. Disertai dengan contoh penerapan dan hasil penelitian, buku ini menjadi referensi penting bagi mahasiswa keperawatan, perawat, tenaga kesehatan dan instansi kesehatan.



Jl. Kedinding Lor, Gg. Delima no 4A
Surabaya 60129
saga.penerbit@gmail.com
www.pustakasaga.id

