POLICY BRIEF

NOPI NUR KHASANAH
Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Islam Sultan Agung

DARI BUKTI EFEKTIVITAS KE STANDAR LAYANAN: INTEGRASI *MRS-PREEMIE* DALAM LAYANAN KIA RS-PUSKESMAS JAWA TENGAH

Ringkasan Eksekutif (*Executive Summary*)

Kelahiran prematur tidak hanya memindahkan bayi ke ruang neonatal; peristiwa ini juga mengguncang identitas, emosi, dan kesiapan seorang Perempuan menjadi ibu. Studi kualitatif pada 19 ibu primipara di dua rumah sakit rujukan Semarang menunjukkan tiga tahap transisi, yaitu kelahiran tidak terduga, adaptasi emosional, dan ikatan yang tumbuh bertahap. Ketiganya membutuhkan dukungan yang berubah sejak antenatal, kunjungan awal NICU, selama perawatan, menjelang pulang, hingga masa awal di rumah.

Mrs-Preemie telah melampaui tahap konseptual. Uji kuasi-eksperimental empat minggu terhadap 66 triad ibu-ayah-bayi prematur yang terdiri dari 33 intervensi dan 33 kontrol menunjukkan penurunan stres maternal, perbaikan bonding, dan peningkatan berat badan bayi yang signifikan. Pada minggu keempat, skor stres kelompok intervensi 17,52 versus 23,85; skor masalah bonding 1,52 versus 2,48; dan berat bayi rata-rata 2.390,3 gram versus 2.302,27 gram.

Celah kebijakan kini bukan ketiadaan intervensi, melainkan belum adanya standardisasi dan kesinambungan implementasi lintas RS-puskesmas. RPJMD Jawa Tengah 2025-2029, Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer, Buku KIA Khusus Bayi Kecil, dan Dokter Spesialis Keliling (SPELING) menyediakan kanal perluasan. Empat modul/HKI Mrs-Preemie yang memuat lima komponen intervensi menjadi perangkat implementasi, pelatihan, dan fidelity.

TIGA HASIL YANG DITUJU

01	02	03
Ibu lebih siap emosional, laktasi, interaksi, dan perawatan di rumah	**Bayi lebih terlindungi** tindak lanjut lebih tepat waktu dan tanda bahaya dikenali lebih dini	**Layanan tersambung** data dan rencana pulang diteruskan dari RS ke puskesmas

PENDAHULUAN

Bayi prematur membutuhkan kesinambungan layanan klinis sekaligus kesiapan pengasuh. Namun, transisi ibu sering diperlakukan sebagai pengalaman personal, bukan komponen mutu layanan. Kondisi ini antara lain disebabkan belum distandarkannya asesmen fase transisi ibu, paket pendampingan minimum, *checklist* kesiapan pulang, *handover* tertulis RS–puskesmas, jadwal tindak lanjut, penanggung jawab kasus, kompetensi pendamping, dan indikator pemantauan dalam sistem pelaporan rutin. Akibatnya, dukungan kepada ibu–bayi prematur berisiko bergantung pada inisiatif masing-masing petugas atau fasilitas dan terputus setelah bayi pulang. Padahal kecemasan, keterpisahan awal, ketidakpastian kondisi bayi, dan keterbatasan interaksi di NICU dapat menghambat pembentukan peran ibu serta kemampuan merawat setelah pulang.

Implikasinya bagi pembangunan daerah bersifat langsung. Intervensi pada awal kehidupan memperkuat kualitas tumbuh kembang, ketahanan keluarga, dan modal manusia jangka panjang. Oleh karena itu, pendampingan ibu-bayi prematur selaras dengan kebijakan penurunan kematian ibu dan bayi, layanan primer terintegrasi, kesehatan jiwa, gizi, dan perlindungan keluarga (bukan program vertikal baru).

KETERKAITAN DENGAN RPJMD PROVINSI JAWA TENGAH 2025-2029

Arah RPJMD	Kontribusi Paket	Bukti Kinerja yang dapat dilaporkan
Misi 1: layanan dasar inklusif	Dukungan terstruktur kelompok ibu-bayi berisiko tinggi dari RS hingga ke rumah.	Cakupan ibu yang memperoleh asesmen, edukasi, dan tindak lanjut tepat waktu.
Transformasi sosial & SDM berdaya saing/ berkarakter	Menguatkan kapasitas pengasuhan, literasi kesehatan, ketangguhan, dan ikatan awal ibu-bayi	Kesiapan pulang, efikasi ibu, praktik ASI, dan kepatuhan control
Jateng Nyaman/ perlindungan sosial sepanjang hayat	Mencegah keluarga menghadapi fase pulang sendirian; rujukan psikososial tersedia saat dibutuhkan.	Rujukan terselesaikan, kunjungan ulang, dan pengalaman keluarga.

Catatan: sasaran ini menerjemahkan visi RPJMD "Jawa Tengah sebagai Provinsi Maju yang Berkelanjutan untuk Menuju Indonesia Emas 2045" ke intervensi awal kehidupan yang konkret.

MENGAPA SIAP DIIMPLEMENTASIKAN SEKARANG?

- **Jejaring layanan telah tersedia.** Rumah Sakit dengan pelayanan neonatal menjadi titik awal asesmen, intervensi, dan *discharge planning*, sedangkan puskesmas melanjutkan pemantauan ibu-bayi berbasis wilayah.
- **Instrumen nasional telah tersedia.** Buku KIA Khusus Bayi Kecil dapat digunakan sebagai dokumen penghubung untuk mencatat rencana pulang dan tindak lanjut keluarga.
- **Program penjangkauan daerah telah berjalan.** SPELING dapat mendukung penjangkauan, konsultasi spesialis anak, deteksi masalah, dan rujukan ibu-bayi prematur hingga tingkat desa.
- **Bukti dan perangkat implementasi telah tersedia.** Uji pada 66 triad menunjukkan perbaikan signifikan pada stres maternal, bonding ibu-bayi, dan berat bayi prematur. Empat modul/HKI yang memuat lima komponen intervensi mendukung standardisasi, pelatihan, dan fidelity (pemantauan kesesuaian pelaksanaan dengan standar intervensi).

PRINSIP DESAIN
Bukan menambah aplikasi dan meja layanan baru, melainkan menanamkan paket transisi ke alur KIA, *discharge planning*, Buku KIA, dan kunjungan rumah yang sudah berjalan.

DESKRIPSI MASALAH

Penelitian dilakukan melalui wawancara mendalam semi-terstruktur terhadap 19 ibu pertama kali memiliki bayi prematur di dua rumah sakit rujukan di Semarang. Analisis isi konvensional menemukan empat tema: disrupsi emosi dan perkembangan peran ibu; persepsi tentang kelahiran prematur; pemaknaan pengalaman termasuk spiritualitas/trauma; serta perkembangan interaksi ibu-bayi.

PETA LIMA TITIK INTERVENSI

Fase	Waktu	Pengalaman dominan	Respons layanan minimum
1	Antenatal/ risiko persalinan prematur	Kaget, khawatir, cemas, takut	Orientasi kemungkinan NICU; skrining dukungan keluarga; komunikasi empatik.
2	Kunjungan awal NICU (±0 – 9 hari)	Menangis, penolakan, marah, distres spiritual	Debrief singkat; validasi emosi; informasi bertahap; akses melihat/ menyentuh bayi.
3	Selama perawatan NICU	Mengamati dan mendoakan bayi; peran ibu belum pasti	Pelibatan dalam perawatan aman; ASI/perah; skin-to-skin sesuai kondisi klinis.
4	Adaptasi berikutnya (±8 – 14 hari)	Mulai terbiasa dan memahami kondisi	Latihan keterampilan; teach-back; asesmen efikasi dan kesiapan keluarga.
5	Menjelang pulang (lama rawat median sekitar 16 hari)	Menyiapkan diri dan rumah	Checklist pulang; handover ke puskesmas; kontak 48-72 jam, hari ke-7 dan ke-28.

Catatan: Rentang waktu Adalah pola dari konteks studi, bukan batas klinis baku. Implementasi harus mengikuti kondisi ibu, bayi, dan standar keselamatan fasilitas.

BUKTI EFEKTIVITAS DAN PERANGKAT HILIRISASI

Mrs-Preemie bermakna "ibu-bayi prematur" dan menegaskan pendekatan dyad. Lima komponennya adalah: ***M**other touch to sound and identify baby cue**s*** yang merupakan satu kesatuan intervensi ibu untuk bayi; serta empat intervensi pendukung untuk ibu antara lain ***P**arent-to-parent support group*, *prog**re**ssive muscle r**e**laxation*, ***mi**ndful prayer*, dan ***e**ducation*. Setelah empat minggu, perbedaan signifikan ditemukan pada stres maternal (ρ<0,001), masalah bonding (ρ=0,002), dan berat bayi (ρ<0,001).

Perangkat hilirisasi antara lain:

- Modul Aktivitas Mrs-Preemie untuk Orang Tua
- Panduan Implementasi Model Intervensi Keperawatan Mrs-Preemie
- Modul Intervensi Keperawatan Mrs-Preemie untuk Pendukung Orang Tua
- Kurikulum Pelatihan Intervensi Keperawatan Mrs-Preemie untuk Pendukung Orang Tua

Empat modul/ perangkat tersebut memuat lima komponen dalam satu model dan dapat berfungsi sebagai bahan edukasi keluarga, pedoman implementasi, perangkat pendukung, serta paket training of trainers

BATAS BUKTI DAN KONSEKUENSI KEBIJAKAN

Bukti efektivitas awal telah diperolehdari uji kuasi-eksperimental empat minggu di dua rumah sakit perkotaan. Generalisasi masih dibatasi oleh durasi pendek, Sebagian outcome self-report, setting urban, fasilitator terbatas, dan belum adanya follow-up jangka Panjang. Oleh karena itu, Langkah tepat Adalah pilot implementasi lintas RS-puskesmas untuk menguji fidelity, jangkauan, biaya, kesetaraan, dan keberlanjutan (bukan mengulang pembuktian konsep dari awal).

REKOMENDASI KEBIJAKAN

REKOMENDASI PRIORITAS

Penerbitan Keputusan/Surat Edaran Kepala Dinas Kesehatan beserta pedoman teknis pilot implementasi *Mrs-Preemie* pada jejaring RS-puskesmas terpilih selama 12 bulan.

1. **Standarkan paket intervensi minimum**
   Masukkan lima komponen Mrs-Preemie, asesmen fase transisi, checklist kesiapan pulang, serah terima tertulis, serta tindak lanjut dalam 48-72 jam, hari ke-7, dan hari ke-28 ke dalam pedoman teknis.
2. **Laksanakan pilot implementasi**
   Mulai di dua rumah sakit dan 4-6 puskesmas jejaring yang mewakili wilayah perkotaan, pinggiran, dan wilayah dengan keterbatasan akses. Evaluasi mencakup jangkauan, kesesuaian pelaksanaan, penerimaan, biaya, kesetaraan, dan keberlanjutan.
3. **Integrasikan ke dalam sistem layanan yang sudah berjalan**
   Gunakan Buku KIA Khusus Bayi Kecil sebagai dokumen penghubung, masukkan indicator ke dalam system pemantauan rutin, serta manfaatkan kunjungan rumah, Integrasi Layanan Primer (ILP), dan SPELING untuk penjangkauan tanpa mengembangkan aplikasi baru pada tahap pilot.
4. **Standarkan kompetensi pelaksana dan pendamping**
   Gunakan empat modul/HKI sebagai dasar pelatihan dua hari yang dilanjutkan dengan pendampingan berkala. Peserta meliputi perawat neonatal, bidan atau perawat puskesmas, konselor laktasi, dan pendukung sebaya dengan batas peran dan kewenangan yang jelas.
5. **Evaluasi sebelum perluasan**
   BRIDA Bersama Dinas Kesehatan dan perguruan tinggi mengevaluasi proses implementasi, hasil ibu-bayi, biaya, penerimaan keluarga dan tenaga kesehatan, serta kesetaraan akses. Perluasan dilakukan apabila indikator mutu, keselamatan, keterlaksanaan, dan keberlanjutan tercapai.

PETA IMPLEMENTASI 12 BULAN

Waktu	Tahap Implementasi	Kegiatan Utama	Penanggung jawab
Bulan 0-2	Finalisasi operasional	Adaptasi paket intervensi dan SOP pada fasilitas pilot, baseline implementasi, tata kelola data, dan penetapan jejaring.	Dinas Kesehatan, rumah sakit, puskesmas, dan BRIDA

Waktu	Tahap Implementasi	Kegiatan Utama	Penanggung jawab
Bulan 3-4	Persiapan	Pelatihan untuk pelatih (training of trainers), simulasi serah terima RS-puskesmas, uji coba formular, dan sosialisasi kepada keluarga.	Dinas Kesehatan dan tim klinis
Bulan 5-10	Pelaksanaan pilot	Implementasi Mrs-Preemie, pendampingan bulanan, audit kasus, serta perbaikan pelaksanaan secara cepat dan berkala	Rumah sakit dan puskesmas jejaring
Bulan 11-12	Evaluasi dan keputusan	Analisis keterlaksanaan, hasil ibu-bayi, biaya, kesetaraan akses, dan keberlanjutan sebagai dasar rekomendasi perluasan.	BRIDA, Dinas Kesehatan, dan Bappeda.

TATA KELOLA, PEMBIAYAAN, DAN UKURAN KEBERHASILAN

- Dinas Kesehatan Provinsi: pemilik kebijakan, standar layanan, pembinaan dan dashboard.
- RS rujukan: asesmen, pelibatan keluarga, kesiapan pulang, dan handover terverifikasi.
- Dinas kesehatan kabupaten/ kota dan puskesmas: tindak lanjut wilayah, kunjungan rumah, rujukan balik, dan pelaporan.
- BRIDA, Bappeda, perguruan tinggi: evaluasi independent, analisis biaya, dan rekomendasi scale-up.
- Keluarga/ organisasi profesi: *co-design* materi, umpan balik pengalaman, serta penguatan mutu dan etik.

Pembiayan pilot dapat memadukan APBD urusan kesehatan, anggaran BLUD rumah sakit, dan sumber sah lain sesuai ketentuan, termasuk dukungan riset/ kemitraan untuk evaluasi. Biaya harus dihitung incremental terdiri dari pelatihan, waktu koordinasi, bahan edukasi, komunikasi tindak lanjut, dan evaluasi. Pendanaan tidak boleh menjadi syarat akses keluarga.

Ukuran keberhasilan menggunakan 8 (delapan) indikator sebagai dashboard inti, yaitu:

Domain	Indikator/ambang awal pilot
Jangkauan dan kesinambungan layanan	≥90% keluarga sasaran ditawari paket; ≥90% serah terima diterima dan dikonfirmasi oleh puskesmas; ≥80% keluarga berhasil dihubungi dalam 72 jam setelah pulang.
Kesesuaian pelaksanaan dan penerimaan	≥80% keluarga menerima komponen intervensi sesuai kebutuhan dan kondisi klinis; ≥80% ibu, ayah, dan tenaga kesehatan menyatakan intervensi mudah dipahami, dapat dilaksanakan, dan dapat diterima berdasarkan survei evaluasi.
Hasil ibu-bayi	Penurunan skor stres maternal dan masalah bonding; pertambahan berat bayi sesuai target klinis; cakupan pemberian ASI; peningkatan kesiapan pulang; kepatuhan tindak lanjut; serta proporsi rawat inap ulang dalam 28 hari.
Biaya, kesetaraan, dan keberlanjutan	Biaya pelaksanaan per keluarga; waktu kerja fasilitator; kesenjangan cakupan antara wilayah perkotaan, pinggiran, dan wilayah dengan keterbatasan akses; serta kemampuan fasilitas mempertahankan layanan setelah pilot selesai.

PROSPEK *UPSCALING* DAN DAMPAK PEMBANGUNAN

Skenario perluasan dilakukan secara bertahap yaitu:

Tahap	Cakupan	Syarat keputusan	Produk kebijakan
2026-Standarisasi	Paket, SOP, indikator, dan jejaring	Perangkat dan tata kelola siap.	Pedoman teknis awal.
2027-Implementasi	Pilot di 2 RS dan 4-6 puskesmas jejaring	Fidelity, penerimaan, dan biaya memenuhi target	Pedoman teknis pilot & laporan implementasi.
2028-Replikasi	Replikasi pada jejaring urban-rural	Hasil dapat direplikasi; Kapasitas ToT dan data tersedia.	Revisi pedoman KIA dan target kinerja daerah.
2029-Integrasi	KIA, ILP, SPELING, dan dashboard	Mutu, equity, & pembiayaan berkelanjutan.	Target kinerja daerah.
2030-Scale-up	Adopsi provinsi bertahap	Ambang hasil dan keselamatan terpenuhi	Kebijakan perluasan

Catatan: Tahap dan tahun perluasan bersifat indikatif serta mengikuti hasil evaluasi dan siklus perencanaan-penganggaran serta hasil evaluasi.

KONTRIBUSI PADA KESEJAHTERAAN DAN LINGKUNGAN

- Kesejahteraan keluarga: penurunan stres dan perbaikan bonding telah ditunjukkan dalam empat minggu; dampak terhadap biaya, ASI, readmission, dan ketahanan keluarga masih perlu diukur.
- Pembangunan SDM: kualitas pengasuhan dan ikatan awal memperkuat fondasi tumbuh kembang, ketahanan keluarga, serta kesiapan generasi Jawa Tengah menuju Indonesia Emas 2045.
- Kesetaraan wilayah: handover aktif dan penjangkauan SPELING mengurangi risiko ibu-bayi hilang tindak lanjut karena jarak, literasi, atau keterbatasan informasi.
- Lingkungan layanan: pencatatan satu kali, komunikasi jarak jauh yang aman, dan kunjungan terkoordinasi dapat mengurangi duplikasi formular/ perjalanan. Dampak lingkungan dicatat sebagai manfaat tambahan, bukan klaim utama.

RISIKO DAN MITIGASI

Beban kerja meningkat: mulai dari formular satu halaman, integrasikan pencatatan, dan audit waktu kerja.
Labelisasi/distress: gunakan consent, bahasa nonstigmatisasi, privasi, dan jalur rujukan yang jelas.
Handover terputus: tetapkan satu penanggung jawab kasus dan konfirmasi penerimaan puskesmas.
Kesenjangan akses: pantau wilayah, kepesertaan pembiayaan, dan akses komunikasi; sediakan opsi kunjungan/telepon.
Scale-up terlalu dini: gunakan Keputusan go/adjust/stop berdasarkan indicator keselamatan, hasil, biaya, dan penerimaan.

REFERENSI

Khasanah, N. N., Rustina, Y., & Hariyati, T. S. (2021). The intervention models to alleviate stress among mothers of premature babies in the NICU: A systematic review. *Gynecology, Obstetrics and Perinatology, 20*(5), 63–75. https://doi.org/10.20953/1726-1678-2021-5-63-75.

Hariati, S., Febriani, A. D. B., Sutomo, R., Lusmilasari, L., & McKenna, L. (2022). Exploring Indonesian nurses' perspectives on preparing parents of preterm infants for hospital discharge: A qualitative study. *Journal of Neonatal Nursing, 28*(1), 59–66. https://doi.org/10.1016/j.jnn.2021.07.002.

Griffith, T., Singh, A., Naber, M., Hummel, P., Bartholomew, C., Amin, S., White-Traut, R., & Garfield, L. (2022). Scoping review of interventions to support families with preterm infants post-NICU discharge. *Journal of Pediatric Nursing, 67*, e135–e149. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.08.014.

Kaewwimol, P., Ruchiwit, M., & Liaw, J.-J. (2022). Effects of a continuity of preterm infant care program on parenting outcomes and service utilization rates. *The Open Public Health Journal, 15*, e187494452206080. https://doi.org/10.2174/18749445-v15-e2206080.

Khasanah, N. N., Rustina, Y., Wanda, D., & Luthfa, I. (2024). Enhancing early bonding between mothers and preterm infants: Findings from a multicentre qualitative study of nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 32*, e4200. https://doi.org/10.1590/1518-8345.7034.4200.

Kim, J. S., & Kim, H. R. (2024). An integrated review of transitional care for families of pre-term infants. *Healthcare, 12*(22), 2287. https://doi.org/10.3390/healthcare12222287.

Khasanah, N. N., Rustina, Y., Wanda, D., Luthfa, I., & Suprobowati, S. (2025). An exploration of emotions amongst mothers of preterm infants: An Indonesian context. *Journal of Neonatal Nursing, 31*(2), 101598. https://doi.org/10.1016/j.jnn.2024.12.001.

Taylor, B., & Hambridge, K. (2025). "The transition home with a premature baby": How prepared are parents for discharge from NICU: A narrative review. *Journal of Neonatal Nursing, 31*(2), 101601. https://doi.org/10.1016/j.jnn.2024.12.004.

Khasanah, N. N., et al. (2026). Understanding the transition process women undergo into becoming mothers of preterm infants. *Journal of Neonatal Nursing, 32*, 101894. https://doi.org/10.1016/j.jnn.2026.101894.

Khasanah, N. N., et al. (2026). Mrs-Preemie Model: Innovative nursing intervention to improve maternal and preterm infant outcomes. *Pediomaternal Nursing Journal*. Accepted for publication/in press.