



CONTINUITY OF CARE DALAM PELAYANAN KEBIDANAN MODERN



PRAKONSEPSI



KEHAMILAN



PERSALINAN



NIFAS



BAYI
DAN KELUARGA

PENULIS :

Sony Bernike Magdalena Sitorus, Reva Afdila, Layla Imroatu Zulaikha,
Rasmina Anggi Permatasari Sidabutar, Yusria,
Nurita Nilasari Bunga Kharisma Arifiana Putri, Yanik Purwanti

CONTINUITY OF CARE DALAM PELAYANAN KEBIDANAN MODERN

Sony Bernike Magdalena Sitorus

Reva Afdila

Layla Imroatu Zulaikha

Rasmina Anggi Permatasari Sidabutar

Yusria

Nurita Nilasari Bunga Kharisma Arifiana Putri

Yanik Purwanti



GET PRESS INDONESIA

CONTINUITY OF CARE DALAM PELAYANAN KEBIDANAN MODERN

Penulis :

Sony Bernike Magdalena Sitorus

Reva Afdila

Layla Imroatu Zulaikha

Rasmina Anggi Permatasari Sidabutar

Yusria

Nurita Nilasari Bunga Kharisma Arifiana Putri

Yanik Purwanti

ISBN : 978-634-255-763-1

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Penyunting : Ilda Melisa., Amd.Kep

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah

Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat

Website : www.getpress.co.id

Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, September 2026

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku *Continuity Of Care* Dalam Pelayanan Kebidanan Modern ini.

Buku Ini Membahas : Konsep Dasar *Continuity of Care* dalam Kebidanan, *Continuity of Care* pada Ibu Hamil, *Continuity of Care* pada Ibu Bersalin, *Continuity of Care* pada Ibu Nifas dan Menyusui, *Continuity of Care* pada Neonatus, Bayi, dan Balita, Pengembangan Pelayanan *Continuity of Care* dalam Kebidanan.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, September 2026

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
BAB 1 KONSEP DASAR CONTINUITY OF CARE	
DALAM KEBIDANAN	1
1.1 <i>Continuity of Care</i> dalam Kebidanan	3
1.2 Tujuan <i>Continuity of Care</i> dalam Kebidanan	5
1.3 Prinsip Dasar <i>Continuity of Care</i> dalam Kebidanan	11
1.4 Ruang Lingkup <i>Continuity of Care</i> dalam Kebidanan	12
1.5 Peran Bidan dalam <i>Continuity of Care</i>	14
1.6 Penerapan <i>Continuity of Care</i> di Indonesia	15
1.7 Hambatan Penerapan <i>Continuity of Care</i> dalam Kebidanan	16
1.8 Upaya Meningkatkan Pelaksanaan <i>Continuity of</i> <i>Care</i> dalam Kebidanan	17
DAFTAR PUSTAKA	20
BAB 2 CONTINIUTY OF CARE PADA IBU HAMIL	23
2.1 Konsep Dasar <i>Continiuty Of Care</i> kehamilan	23
2.2 Perubahan Sistem Reproduksi	24
2.3 Asuhan Antenatal Dalam <i>Continuity Of Care</i>	25
2.4 Pemeriksaan Fisik Dan Laboratorium Pada Kehamilan	28
2.5 Pemantauan Kesejahteraan Janin	29
2.6 Asuhan Komplementer Pada Kehamilan	35
2.7 Peran Bidan Dalam Pelaksanaan <i>Continuity Of Care</i>	35
DAFTAR PUSTAKA	37
BAB 3 CONTINUITY OF CARE PADA IBU BERSALIN	39
3.1 Pendahuluan	39
3.2 Konsep Dasar <i>Continuity of Care</i> pada Ibu Bersalin	41
3.2.1 Definisi <i>Continuity of Care</i>	41
3.2.2 Filosofi CoC dalam Kebidanan	41
3.2.3 Perubahan Paradigma Pelayanan Maternal	42
3.2.4 <i>Woman-Centred Care</i>	43
3.3 Prinsip dan Komponen <i>Continuity of Care</i>	44

3.3.1 <i>Continuity of Relationship</i>	44
3.3.2 <i>Continuity of Information</i>	45
3.3.3 <i>Continuity of Management</i>	46
3.4 <i>Continuity of Care</i> Kala I Persalinan	47
3.4.1 Penerimaan Ibu Bersalin	47
3.4.2 Pengkajian Awal	48
3.4.3 Pemantauan Kemajuan Persalinan	48
3.4.4 Pemantauan Kesejahteraan Ibu dan Janin	49
3.4.5 Dukungan Psikologis dan Kenyamanan Ibu	50
3.5 <i>Continuity of Care</i> Kala II Persalinan	51
3.5.1 Persiapan Pertolongan Persalinan	51
3.5.2 Dukungan Meneran	52
3.5.3 Asuhan Sayang Ibu	53
3.5.4 Pencegahan Komplikasi	53
3.6 <i>Continuity of Care</i> Kala III Persalinan	54
3.6.1 Manajemen Aktif Kala III	54
3.6.2 Pencegahan Perdarahan Postpartum	54
3.6.3 Pemeriksaan Plasenta	55
3.7 <i>Continuity of Care</i> Kala IV Persalinan	56
3.7.1 Observasi Dua Jam Pertama	56
3.7.2 Pemantauan Perdarahan	56
3.7.3 Pemantauan Tanda Vital	57
3.7.4 Bonding Attachment Ibu dan Bayi	57
3.8 Dokumentasi <i>Continuity of Care</i>	58
3.8.1 SOAP	58
3.8.2 Partograf	58
3.8.3 WHO <i>Labour Care Guide</i>	59
3.8.4 SBAR Handover	59
3.9 Komunikasi Efektif dalam <i>Continuity of Care</i>	60
3.10 Sistem Rujukan dan Keselamatan Pasien	61
3.11 Studi Kasus Aplikatif	63
3.11.1 Kasus	63
3.11.2 Penerapan CoC pada Kala I	64
3.11.3 Penerapan CoC pada Kala II dan III	65
3.11.4 Penerapan CoC pada Kala IV	65
3.11.5 Contoh Dokumentasi SOAP	66
3.11.6 Contoh SBAR untuk Skenario Eskalasi	66

3.12 Evaluasi Mutu Continuity of Care.....	67
3.13 Kesimpulan.....	69
DAFTAR PUSTAKA.....	71
BAB 4 CONTINUITY OF CARE PADA IBU NIFAS	
DAN MENYUSUI	73
4.1 Konsep <i>Continuity of Care</i> pada Ibu Nifas.....	73
4.1.1 Fisiologi Masa Nifas.....	73
4.1.2 Tahapan Masa Nifas.....	74
4.1.3 Perubahan Pada Masa Nifas	74
4.1.4 Implikasi <i>Continuity of Care</i> Pada Masa Nifas.....	77
4.2 Konsep <i>Continuity of Care</i> pada Ibu Menyusui	78
4.2.1 Fisiologi Menyusui.....	79
4.2.2 Anatomi dan Fisiologi Payudara	79
4.2.3 Perubahan Hormonal Selama Laktasi.....	80
4.2.4 Implikasi <i>Continuity of Care</i> Pada Masa Menyusui.....	82
DAFTAR PUSTAKA.....	84
BAB 5 CONTINUITY OF CARE PADA NEONATUS,	
BAYI, DAN BALITA	85
5.1 Konsep Dasar <i>Continuity of Care</i>	87
5.2 <i>Continuity Of Care</i> Pada Neonatus.....	89
5.2.1 Pengertian <i>Continuity of Care</i> pada Neonatus	89
5.2.2 Tujuan <i>Continuity of Care</i> pada Neonatus	91
5.2.3 Prinsip Pelayanan <i>Continuity of Care</i> pada Neonatus	92
5.3 <i>Continuity Of Care</i> Pada Bayi	94
5.3.1 Pengertian <i>Continuity of Care</i> pada Bayi	94
5.3.2 Tujuan <i>Continuity of Care</i> pada Bayi	95
5.3.3 Komponen <i>Continuity of Care</i> pada Bayi	96
5.3.4 Prinsip <i>Continuity of Care</i> pada Bayi.....	96
5.4 <i>Continuity Of Care</i> Pada Balita.....	97
5.4.1 Pengertian <i>Continuity of Care</i> pada Balita	97
5.4.2 Tujuan <i>Continuity of Care</i> pada Balita.....	98
5.4.3 Komponen <i>Continuity of Care</i> pada Balita.....	99
5.4.4 Prinsip <i>Continuity of Care</i> pada Balita	100
DAFTAR PUSTAKA.....	102

BAB 6 CONTINUTY OF CARE PADA AKSEPTOR

KELUARGA BERENCANA 105

6.1 Pengertian *Continuity of Care* pada Akseptor KB..... 107

6.2 Tujuan *Continuity of Care* pada Akseptor KB..... 110

6.3 Alur *Continuity of Care* pada Akseptor KB..... 112

6.4 Peran Tenaga Kesehatan dalam *Continuity of Care*
pada Akseptor KB..... 118

DAFTAR PUSTAKA..... 124

BAB 7 PENGEMBANGAN PELAYANAN CONTINUITY

OF CARE DALAM KEBIDANAN 125

7.1 Etika Evaluasi Asuhan..... 126

7.1.1 Efektif..... 127

7.1.2 Efisien 128

7.2 Metode dan Instrumen Monitoring pada Setiap
Tahap Asuhan..... 130

7.2.1 Monitoring Tahap Antenatal 130

7.2.2 Monitoring Tahap Intranatal..... 131

7.2.3 Monitoring Tahap Postnatal dan Bayi Baru Lahir 131

7.2.4 Peran Teknologi Informasi dalam
Monitoring CoC..... 131

7.3 Indikator Keberhasilan Program CoC 132

7.4 Audit Maternal Perinatal (AMP) sebagai Tindak
Lanjut Evaluasi 133

7.5 Tantangan dalam Pelaksanaan Monitoring dan
Evaluasi CoC 133

7.6 Rangkuman 134

DAFTAR PUSTAKA..... 135

BIODATA PENULIS

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Contoh fokus asuhan berdasarkan tahap kehamilan.....	26
Tabel 2.2. Contoh data yang dicatat secara berkesinambungan.....	29
Tabel 3.1. Perbedaan pelayanan terfragmentasi dan <i>Continuity of Care</i> pada persalinan.....	44
Tabel 3.2. Tiga komponen CoC dan contoh penerapannya pada ibu bersalin	47
Tabel 3.3. Fokus CoC pada Kala I.....	51
Tabel 3.4. Perbandingan fungsi SOAP, partograf, WHO Labour Care Guide, dan SBAR.....	60
Tabel 3.5. Checklist rujukan aman dalam CoC.....	63
Tabel 3.7. Contoh SOAP singkat pada fase aktif.....	66
Tabel 3.8. Contoh SBAR pada dugaan perdarahan postpartum	67
Tabel 3.9. Contoh indikator mutu <i>Continuity of Care</i> pada persalinan	69
Tabel 4.1. Involusi Uteri.....	75
Tabel 4.2. Jenis Lokia Pada Masa Nifas.....	75
Tabel 5.1. Komponen <i>Continuity of Care</i> pada Neonatus Berdasarkan Tahapan Pelayanan...90	
Tabel 5.2. Komponen <i>Continuity of Care</i> pada Bayi	96

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Komponen utama asuhan antenatal yang saling terintegrasi.....	25
Gambar 2.2. Contoh tanda bahaya kehamilan yang memerlukan penilaian segera	31
Gambar 4.1. Anatomi Payudara.....	80
Gambar 6.1. Alur CoC pada akseptor KB.....	113
Gambar 7.1. Skema Sistem Lingkungan Pelayanan Kesehatan Kebidanan Sehat Berkelanjutan	130

BAB 1

KONSEP DASAR CONTINUITY OF CARE DALAM KEBIDANAN

Perlu ada pergeseran langsung ke arah pelayanan kebidanan yang lebih holistik, menyeluruh, dan berfokus pada perempuan. CoC merupakan bagian yang sangat penting dalam mewujudkan perubahan ini. Dalam konteks kehamilan dan persalinan, CoC merupakan baik teori maupun cara memberikan perawatan kepada perempuan. Menurut model ini, seorang bidan mendampingi seorang perempuan sejak ia mengetahui kehamilannya hingga setelah bayi lahir, bahkan setelahnya, untuk membantu dalam hal-hal seperti perawatan bayi dan perencanaan keluarga. Sepanjang masa subur seorang perempuan, tenaga kesehatan, data medis, program perawatan, dan keputusannya saling bersinergi (Bradford *et al.*, 2022).

Ide-ide utama di balik penerapan CoC adalah integrasi, kesinambungan perawatan, serta layanan kebidanan yang aman, berkualitas tinggi, dan penuh penghormatan. Dengan mengadopsi pendekatan holistik, metode ini mendorong perawat untuk sepenuhnya memahami kesehatan emosional, mental, sosial, budaya, dan spiritual pasien mereka. Tujuan perawatan ini adalah membantu ibu dan keluarganya mengambil keputusan yang bijak mengenai kesehatan mereka dan kesehatan bayi mereka, sekaligus mencegah dan menangani masalah apa pun yang mungkin timbul (Sandall *et al.*, 2024).

Upaya untuk meningkatkan layanan kesehatan ibu dan bayi juga dapat dioptimalkan melalui deteksi dini faktor risiko, pemantauan pertumbuhan dan kesejahteraan janin, persiapan persalinan dan kelahiran, dukungan pascapersalinan, perawatan bayi baru lahir, konseling menyusui, serta perencanaan kehamilan di masa depan yang dilakukan dalam kerangka CoC. Para ibu, keluarga,

bidan, dokter, perawat, pejabat kesehatan masyarakat, dan lembaga pelayanan kesehatan harus bekerja sama untuk meningkatkan kesinambungan perawatan (Simmelink *et al.*, 2025).

Kelahiran dan kehamilan, menurut model perawatan ini, bukan hanya peristiwa fisik, tetapi juga pengalaman yang mengubah hidup yang berdampak pada ibu dan keluarganya dalam berbagai aspek, termasuk secara emosional, sosial, dan budaya. Secara teoritis, *Continuity of Care* (CoC) didasarkan pada tiga komponen utama. Membangun hubungan saling percaya jangka panjang antara bidan dan ibu memungkinkan komunikasi yang terbuka dan pengambilan keputusan secara kolaboratif. Hal ini dikenal sebagai Relational Continuity. Sebagai poin kedua, kita harus memastikan kelangsungan manajemen dengan membangun sistem rujukan yang cepat dan tepat jika terjadi masalah, serta mengintegrasikan praktik klinis yang seragam dan terkoordinasi di seluruh tingkatan institusi layanan kesehatan. Ketiga, “Kelangsungan Informasi” merujuk pada praktik menjaga agar semua catatan medis yang relevan bagi ibu dan bayi tetap mutakhir saat mereka berpindah dari satu tahap perawatan ke tahap lainnya (Bradford *et al.*, 2022).

Kompetensi profesional bidan, standarisasi kebijakan fasilitas kesehatan, dan kerja sama antarprofesi dalam manajemen rujukan merupakan komponen-komponen persiapan menyeluruh yang diperlukan untuk implementasi CoC yang efektif. Pemahaman yang mendalam terhadap prinsip-prinsip dan struktur CoC dapat menjadi senjata ampuh dalam memerangi ketidaksetaraan dalam penyediaan layanan kesehatan ibu dan anak, yang pada gilirannya dapat membantu mencapai tujuan menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) (WHO, 2024).

Penggunaan CoC dalam pelayanan kebidanan di Indonesia harus disesuaikan untuk memenuhi persyaratan khusus undang-undang negara, standar profesi, ruang lingkup praktik bidan, karakteristik daerah, dan kebutuhan masyarakat. Kolaborasi dalam pelayanan kesehatan memerlukan jalur komunikasi yang terbuka antarprofesional, penetapan peran dan tugas, serta rujukan pasien yang cepat ketika muncul masalah medis yang berada di luar pelatihan atau keahlian bidan. Mahasiswa dan praktisi kebidanan sebaiknya memulai dengan pemahaman yang kokoh mengenai

konsep-konsep dasar Continuity of Care. Dengan pengetahuan yang menyeluruh ini, bidan seharusnya mampu memberikan pelayanan yang berkelanjutan, berfokus pada kebutuhan ibu dan bayinya, berbasis bukti, menghormati otonomi klien, serta berorientasi pada jaminan keselamatan dan kesejahteraan ibu dan anak (Adnani *et al.*, 2025).

1.1 Continuity of Care dalam Kebidanan

CoC, yang merupakan singkatan dari “asuhan kebidanan berkelanjutan”, adalah model layanan yang mengutamakan kesehatan perempuan dengan menghubungkan mereka dengan seorang bidan di setiap tahap kehidupan mereka, mulai dari perencanaan keluarga sebelum kehamilan hingga proses persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan seterusnya. Dalam model ini, perempuan bekerja sama dengan seorang bidan atau tim bidan yang sudah mereka kenal untuk mendapatkan perawatan yang konsisten dan terkoordinasi. Konsep kontinuitas perawatan (CoC) menyoroti kebutuhan tidak hanya akan perawatan yang konsisten, tetapi juga akan rekam medis yang terintegrasi, aliansi terapeutik, pengambilan keputusan, dan kolaborasi lintas disiplin. Paradigma perawatan kebidanan sedang berubah di seluruh dunia, dan CoC sejalan dengan tren ini dengan menekankan pada perawatan yang berpusat pada perempuan, perawatan terintegrasi, perawatan berbasis hak, dan kontinuitas perawatan. Dengan melibatkan mereka dalam proses pengambilan keputusan, model CoC mengangkat perempuan melampaui peran sebagai penerima manfaat pasif dari perawatan terapeutik. Model kontinuitas perawatan yang dipimpin bidan diterima dengan baik oleh ibu hamil di Ethiopia, menurut studi kualitatif. Para wanita yang disurvei memandang pendekatan ini bermanfaat, dengan peningkatan kontinuitas perawatan, perawatan yang berpusat pada wanita, dan kepuasan sebagai keunggulan utamanya. Menurut Stevens dan Alonso serta Mose *et al.*, bidan memainkan peran krusial dalam strategi ini dengan memantau indikator klinis serta memiliki pemahaman mendalam mengenai latar belakang budaya dan psikologis para wanita (Stevens and Alonso, 2021; Mose *et al.*, 2023).

Bidan memandang kontinuitas perawatan sebagai lebih dari sekadar memberikan tingkat perawatan yang sama selama beberapa siklus kehamilan berturut-turut. Riwayat kesehatan, kebutuhan, nilai-nilai, preferensi, situasi sosial, serta perubahan yang dialami wanita saat melewati setiap tahap kehidupan reproduksinya dapat dipahami dengan lebih baik oleh bidan melalui pembentukan hubungan yang berkelanjutan, yang menjadi inti dari kontinuitas perawatan (CoC). Berkat konsistensi ini, pasien dapat memperoleh perawatan yang disesuaikan dengan kebutuhan spesifik mereka. Menurut sebuah studi global mengenai kontinuitas perawatan kebidanan, model-model perawatan berkelanjutan telah diterapkan di berbagai konteks di negara-negara berpenghasilan tinggi, menengah, dan rendah; namun, rincian penerapan tersebut bervariasi dari satu negara ke negara lain karena perbedaan sistem kesehatan (Bradford *et al.*, 2022).

CoC juga terkait dengan aliran pemikiran dalam kebidanan yang memandang tahap-tahap kehamilan, persalinan, dan masa pascapersalinan sebagai proses fisiologis yang umumnya berjalan lancar, namun tetap memerlukan pengamatan cermat untuk mendeteksi sejak dini masalah yang mungkin timbul. Akibatnya, bidan memiliki peran ganda dalam model CoC, termasuk sebagai pendamping, pendidik, pembela, dan koordinator perawatan. Kelangsungan perawatan dijamin melalui kerja sama dan rujukan kepada tenaga kesehatan profesional lain jika bidan mengidentifikasi adanya penyimpangan atau kesulitan di luar bidang praktiknya (WHO, 2024).

Terdapat penurunan yang signifikan dalam insiden masalah perinatal dan jumlah intervensi medis yang tidak perlu ketika CoC diterapkan. Kemampuan untuk mengenali tanda-tanda peringatan dini kesusahan ibu dan membantu ibu mempersiapkan diri secara fisiologis untuk persalinan semakin meningkat ketika bidan memberikan bantuan berkelanjutan kepada ibu. Telah terjadi penurunan yang nyata dalam penggunaan analgesia epidural, operasi caesar, induksi persalinan secara medis, dan episiotomi. Dalam hal hasil kesehatan bayi baru lahir, CoC dikaitkan dengan tingkat kelahiran prematur dan kematian janin dalam rahim yang lebih rendah, skor APGAR pada menit kelima yang lebih baik, serta

komplikasi secara keseluruhan yang lebih sedikit (Sandall *et al.*, 2024).

1.2 Tujuan *Continuity of Care* dalam Kebidanan

Dalam bidang kebidanan, tujuan CoC adalah sebagai berikut:

1. Menjamin kesinambungan pelayanan sepanjang kehamilan, persalinan, dan masa nifas

Memastikan kelangsungan perawatan bagi perempuan selama kehamilan, persalinan, dan masa pemulihan pascapersalinan merupakan tujuan utama CoC. Seorang bidan atau tim kecil yang terdiri dari beberapa bidan mendampingi seorang perempuan saat ia melewati setiap tahap tersebut dalam model kelangsungan perawatan kebidanan, memastikan bahwa ia terus menerima informasi mengenai kondisinya, kebutuhannya, riwayat medis, preferensi, dan rencana perawatan. Koordinasi perawatan yang lebih baik dan berkurangnya jumlah janji tindak lanjut yang terlewatkan oleh para wanita dapat tercapai berkat kontinuitas ini (Bradford *et al.*, 2022).

2. Membangun hubungan terapeutik dan kepercayaan antara perempuan dengan bidan

Dengan mendorong komunikasi yang berkelanjutan, CoC berharap dapat menumbuhkan suasana di mana para perempuan dan bidan dapat saling percaya. Melalui hubungan yang terjalin secara rutin, para bidan dapat lebih memahami perempuan yang mereka rawat serta kebutuhan dan preferensi emosional, sosial, budaya, dan fisiologis yang unik dari masing-masing perempuan. Di sisi lain, ketika para perempuan memiliki kesempatan untuk mengenal bidan mereka, mereka merasa lebih nyaman membicarakan segala hal, mulai dari keluhan hingga harapan mereka terkait proses kehamilan dan persalinan. Perspektif kebidanan yang berpusat pada hubungan “dengan perempuan” atau kemitraan dengan perempuan sejalan dengan paradigma *Continuity of Care*, yang menekankan interaksi berkelanjutan ini (Perriman, Davis and Ferguson, 2018; Middlemiss *et al.*, 2024).

3. Meningkatkan pengalaman positif perempuan selama memperoleh pelayanan maternitas
Meningkatkan pengalaman para wanita selama masa kehamilan, persalinan, dan masa pascapersalinan merupakan tujuan lain dari CoC. Dengan menjaga aliran informasi dan dukungan emosional yang berkelanjutan, serta interaksi yang lebih disesuaikan dengan kebutuhan, kontinuitas perawatan memberikan kesempatan kepada para wanita untuk bersuara dalam pengambilan keputusan terkait layanan kesehatan dan meningkatkan kualitas hidup mereka secara keseluruhan. Bidan yang menerapkan paradigma Continuity of Care menunjukkan hasil yang lebih baik bagi pasien mereka selama masa kehamilan, persalinan, dan masa pascapersalinan, menurut tinjauan sistematis Cochrane tahun 2024 (Sandall *et al.*, 2024).
4. Meningkatkan mutu dan keselamatan asuhan kebidanan
Dengan terus memantau tanda-tanda vital para wanita, CoC berharap dapat meningkatkan penyediaan layanan kesehatan yang aman dan berkualitas tinggi. Memantau kondisi kesehatan pasien dari waktu ke waktu memungkinkan bidan untuk melihat perubahan pada faktor risiko, menilai kebutuhan rujukan atau kerja sama ketika muncul masalah yang berada di luar lingkup praktik kebidanan, dan banyak lagi. Dalam hal kebidanan, WHO menekankan pentingnya sistem rujukan dan kerja sama yang memastikan perempuan mendapatkan perawatan yang aman meskipun kebutuhan klinis mereka terus berkembang (WHO, 2024).
5. Mendukung proses persalinan fisiologis dan mengurangi intervensi yang tidak diperlukan
Melalui perawatan kebidanan rutin, penyampaian informasi, dukungan emosional, dan intervensi berdasarkan indikasi medis, CoC berupaya memfasilitasi proses kehamilan dan persalinan fisiologis. Kelanjutan perawatan dari seorang bidan meningkatkan kemungkinan persalinan vagina alami dan mengurangi kemungkinan persalinan sesar atau persalinan vagina dengan bantuan alat, menurut sebuah

studi Cochrane tahun 2024. Menurut Sandall et al., hasil-hasil ini memperkuat gagasan bahwa penanganan selama persalinan seharusnya bertujuan untuk mendukung proses alami sambil secara bersamaan memastikan keselamatan ibu dan bayi (Sandall *et al.*, 2024).

6. Meningkatkan keterlibatan dan pemberdayaan perempuan dalam pengambilan keputusan

Misi CoC adalah memastikan bahwa perempuan memiliki peran yang lebih besar dalam hal-hal yang berkaitan dengan perawatan kesehatan diri mereka sendiri dan anak-anak mereka. Dengan menjaga saluran komunikasi yang terbuka dengan bidan sepanjang masa kehamilannya, seorang ibu hamil dapat mempelajari pilihan-pilihan yang ada, kelebihan dan kekurangan setiap intervensi, serta pada akhirnya mengambil keputusan yang tepat berdasarkan kebutuhan uniknya. Menurut WHO, model pelayanan kebidanan harus mengutamakan kebutuhan perempuan, menjunjung tinggi hak dan martabatnya, serta mendorong kolaborasi antara dirinya dan para tenaga kesehatan (WHO, 2024).

7. Memberikan asuhan yang berpusat pada kebutuhan individual perempuan

Tujuan utama CoC adalah untuk menjamin bahwa semua perempuan mendapatkan perhatian yang disesuaikan secara individual, yang konsisten dan responsif terhadap kebutuhan spesifik mereka. Terdapat variasi individu yang luas di antara para ibu hamil terkait kesehatan, latar belakang budaya, pengetahuan, kebutuhan psikologis, dan preferensi mereka. Oleh karena itu, melalui hubungan berkelanjutan dengan bidan, dapat tercipta kesempatan untuk menyusun rencana perawatan yang lebih disesuaikan dengan kebutuhan dan preferensi ibu hamil. Berdasarkan penilaian awal berskala global, berbagai jenis perempuan, termasuk mereka yang sangat rentan atau memiliki kebutuhan khusus, memanfaatkan model CoC (Bradford *et al.*, 2022).

8. Meningkatkan kesinambungan informasi dan koordinasi pelayanan

Penyebaran informasi klinis dan nonklinis yang relevan secara akurat merupakan salah satu tujuan utama CoC. Penanganan di masa mendatang harus didasarkan pada data yang dikumpulkan dari penilaian, rencana persalinan, kebutuhan khusus, hasil pemeriksaan, faktor risiko, tindakan yang telah dilakukan sebelumnya, serta hasil evaluasi. Ketika seorang perempuan mengunjungi lebih dari satu dokter atau rumah sakit untuk mendapatkan perawatan, sangatlah penting agar catatan medisnya tetap konsisten. Para staf harus bekerja sama dan, jika diperlukan, berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya agar model CoC dapat berjalan efektif (WHO, 2024).

9. Memperkuat deteksi dini dan pencegahan komplikasi maternal dan neonatal

Tujuan dari pemantauan berkelanjutan yang dilakukan oleh CoC adalah untuk memperkuat inisiatif pencegahan dan promosi kesehatan. Dengan terus memantau kesehatan pasien mereka dari waktu ke waktu, bidan menjadi lebih mampu mengidentifikasi perubahan atau faktor risiko apa pun yang memerlukan perawatan lebih lanjut. Berkat identifikasi dini ini, konseling, edukasi, pemantauan, kerja sama, dan rujukan dapat dilakukan secara tepat waktu. Para perempuan dapat yakin akan mendapatkan perawatan berkelanjutan terlepas dari perubahan kebutuhan klinis mereka atau kebutuhan akan layanan khusus melalui model perawatan kebidanan terintegrasi yang terhubung dengan sistem rujukan (WHO, 2024).

10. Meningkatkan kesinambungan asuhan ibu dan bayi

Tujuan CoC adalah memastikan bahwa orang tua mendapatkan perawatan yang konsisten sejak bayi mereka lahir hingga masa pascapersalinan dan beberapa bulan pertama kehidupan anak mereka. Sebagai bagian dari pemberian perawatan, bidan dapat memberikan bantuan berkelanjutan untuk berbagai masalah, termasuk kesehatan ibu, menyusui, penyesuaian diri dalam mengasuh anak,

perawatan bayi, penilaian risiko, dan keluarga berencana. Untuk memastikan kesehatan dan keselamatan ibu serta bayi mereka yang baru lahir, WHO mendefinisikan kebidanan sebagai layanan yang dimulai sebelum pembuahan, berlanjut selama kehamilan dan persalinan, serta berlanjut setelah bayi lahir (WHO, 2024).

11. Meningkatkan efisiensi penggunaan sumber daya pelayanan kesehatan

Tujuan sekunder CoC adalah meningkatkan efisiensi layanan dengan mengurangi fragmentasi perawatan dan intervensi yang tidak perlu. Ketika seorang bidan atau tim kecil bidan bekerja sama untuk memberikan perawatan, data dapat dimanfaatkan secara real-time, sehingga memudahkan pemenuhan kebutuhan unik setiap pasien. Menurut sebuah studi Cochrane tahun 2024, terdapat manfaat finansial dalam menerapkan model CoC selama masa kehamilan dan masa pascapersalinan dibandingkan dengan model layanan alternatif. Jika didukung oleh sistem yang terintegrasi dan kolaboratif, model kebidanan memiliki kemampuan untuk memanfaatkan sumber daya sistem kesehatan secara lebih optimal (Sandall *et al.*, 2024; WHO, 2024).

12. Memperkuat kolaborasi interprofesional dan sistem rujukan

Tujuan CoC adalah memastikan bahwa perempuan mendapatkan perlakuan yang sama, terlepas dari penyedia layanan kesehatan atau institusi mana pun yang mereka gunakan. Sistem koordinasi dan rujukan diperlukan untuk penanganan kondisi yang memerlukan perawatan spesialis, sementara bidan menggunakan kompetensi dan kewenangannya dalam memberikan perawatan. Oleh karena itu, CoC tidak berarti bahwa seorang bidan sendirian memberikan seluruh perawatan tanpa merujuk pasien ke spesialis lain; melainkan, CoC menjamin bahwa pasien akan terus mendapatkan informasi, dukungan, dan koordinasi perawatan terlepas dari tingkat perawatan apa pun yang mereka terima. Sebagai bagian dari paradigma kebidanan yang berhasil, WHO menekankan pentingnya kerja sama tim multidisiplin (WHO, 2024).

13. Mendukung pelayanan yang berkesinambungan bagi kelompok rentan

Perempuan yang rentan secara sosial atau yang menghadapi hambatan dalam mengakses layanan kesehatan menjadi fokus upaya CoC untuk meningkatkan baik akses maupun kualitas perawatan. Penyedia layanan kesehatan dapat memperoleh pemahaman yang lebih baik mengenai situasi sosial dan kebutuhan individu para perempuan melalui komunikasi berkelanjutan dengan bidan, yang pada gilirannya memungkinkan perancangan layanan yang lebih disesuaikan. Meskipun demikian, masih terdapat kekurangan data mengenai bagaimana CoC telah diterapkan pada populasi yang memiliki faktor risiko sosial dan masalah kesehatan. Untuk memastikan distribusi manfaat perawatan yang lebih adil, sangat penting agar prinsip-prinsip keadilan diprioritaskan dan agar penerapan CoC disesuaikan dengan kebutuhan kelompok-kelompok yang beragam (Bradford *et al.*, 2022; Sandall *et al.*, 2024).

14. Memperkuat penerapan filosofi kebidanan dalam pelayanan

Tujuan CoC juga sejalan dengan upaya memperkuat ideologi panduan profesi kebidanan, yang memandang perempuan sebagai penerima perawatan, bukan sekadar penerima pasif dari perawatan profesional. Karena sifat hubungan jangka panjang yang terjalin, bidan lebih mampu menjunjung tinggi nilai-nilai pemberdayaan, kolaborasi, komunikasi terbuka, penghormatan terhadap otonomi perempuan, dan dukungan fisiologis. Menurut berbagai studi mengenai penerapannya, model CoC memiliki peluang lebih besar untuk berhasil diterapkan dalam sistem layanan kesehatan jika selaras dengan nilai-nilai profesional bidan (Middlemiss *et al.*, 2024).

15. Mendukung peningkatan derajat kesehatan ibu dan bayi

Tujuan utama CoC adalah memastikan bahwa semua perempuan dan bayi baru lahir mereka mendapatkan perawatan yang aman, berkelanjutan, dan berkualitas tinggi dengan fokus pada kebutuhan ibu. Meningkatkan hasil persalinan dan kesehatan bayi baru lahir, pengalaman perempuan dalam menerima perawatan, akses terhadap

perawatan berkualitas, serta mengurangi kesenjangan kesehatan merupakan tujuan dari rencana WHO untuk membangun sistem kesehatan, yang mencakup model kebidanan. Oleh karena itu, CoC sebaiknya dipandang sebagai strategi untuk mewujudkan perawatan ibu dan bayi baru lahir yang berpusat pada keluarga dan terintegrasi, bukan sekadar model untuk menyediakan layanan teknis (WHO, 2024).

1.3 Prinsip Dasar *Continuity of Care* dalam Kebidanan

Dalam bidang kebidanan, empat pilar CoC adalah sebagai berikut:

1. Memberikan dukungan yang konsisten kepada perempuan dari dokter perawatan primer mereka sangat penting bagi CoC. Bidan atau sekelompok kecil bidan memberikan perawatan antenatal, intrapartum, dan postnatal kepada perempuan dalam kerangka koordinasi perawatan yang dipimpin oleh bidan. Pemahaman yang lebih mendalam terhadap kebutuhan perempuan, komunikasi yang lebih jujur, dan rasa percaya merupakan hasil dari kesinambungan perawatan ini. Oleh karena itu, ibu dilibatkan dalam pengambilan keputusan mengenai kesehatan diri mereka sendiri dan bayi mereka, bukan sekadar menerima perawatan (Sandall *et al.*, 2024).
2. Selanjutnya, mengedepankan perawatan yang berpusat pada perempuan sebagai premis kedua kami. Kebutuhan holistik perempuan, termasuk kesejahteraan mental, emosional, sosial, budaya, dan spiritual mereka, menjadi prioritas utama dalam perawatan kebidanan. Pada intinya, metode ini memusatkan perawatan pada pengalaman hidup dan preferensi perempuan. Menurut sebuah studi yang dilakukan oleh Sandall *et al.*, perempuan yang menerima model CoC dari bidan sering kali memiliki pengalaman yang lebih baik dengan layanan tersebut selama masa kehamilan, persalinan, dan masa pascapersalinan dibandingkan dengan model layanan alternatif (Sandall *et al.*, 2024).

3. Prinsip ketiga adalah bahwa data harus tetap konsisten. Dokumentasi dan komunikasi yang akurat mengenai seluruh informasi pasien sangat penting dalam sistem kesehatan. Hal ini mencakup riwayat medis perempuan, hasil pemeriksaan, kebutuhan, rencana perawatan, intervensi, dan hasil penilaian. Sangat penting agar catatan medis seorang perempuan tetap konsisten, baik ketika mereka mengunjungi beberapa pusat kesehatan maupun ditangani oleh beberapa dokter. Untuk meningkatkan kualitas perawatan dan hasil kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir, WHO menyoroti koordinasi dan integrasi layanan sebagai komponen krusial dalam pembentukan jaringan perawatan neonatal dan maternal (WHO, 2024).
4. Kelangsungan perawatan kesehatan menjadi pokok prinsip panduan keempat. Penting untuk secara konsisten menindaklanjuti setiap kekhawatiran yang muncul selama perawatan agar tidak hanya dibatasi pada kunjungan tersebut. Misalnya, rencana persalinan dan persyaratan pemantauan pascapersalinan harus didasarkan pada hasil pemeriksaan antenatal. Seperti halnya perawatan antenatal, pilihan perawatan pascapersalinan harus didasarkan pada kebutuhan ibu dan bayi terkait menyusui, vaksinasi, pemantauan pertumbuhan dan perkembangan, serta layanan kesehatan reproduksi. Perjalanan reproduksi seorang wanita didukung oleh rangkaian perawatan terintegrasi berkat strategi ini, yang mencegah layanan menjadi terfragmentasi (WHO, 2024).

1.4 Ruang Lingkup *Continuity of Care* dalam Kebidanan

Dalam bidang kebidanan, CoC mencakup banyak aspek, termasuk seluruh perjalanan seorang perempuan mulai dari sebelum ia hamil, selama proses persalinan dan kelahiran, serta pada masa pascapersalinan, hingga beberapa bulan pertama kehidupan bayinya.

Dalam bidang kebidanan, CoC dijelaskan sebagai berikut:

1. *Continuity of Care* pada Ibu Hamil

Selama masa kehamilan, CoC akan memantau kesehatan ibu dan janinnya secara menyeluruh sejak awal hingga hari kelahiran tiba. Bidan melakukan pemeriksaan rutin, mengevaluasi potensi risiko, memeriksa kadar gula darah dan status gizi, serta membimbing ibu hamil agar siap menghadapi persalinan dan menangani komplikasi (World Health Organization, 2022).

2. *Continuity of Care* pada Ibu Bersalin

Pendampingan terus-menerus dari seorang bidan yang telah dikenal ibu selama masa kehamilan termasuk dalam CoC untuk ibu yang sedang melahirkan. Peran bidan selama persalinan meliputi pemantauan tanda-tanda vital ibu dan bayi menggunakan partogram, membantu ibu merasa lebih nyaman tanpa menggunakan obat-obatan, mendorong postur tubuh yang sehat saat melahirkan, serta memastikan keselamatan semua pihak yang terlibat. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa kehadiran bidan selama persalinan dapat mengurangi kebutuhan akan analgesia epidural, menurunkan frekuensi intervensi bedah, dan memberikan rasa kontrol yang lebih besar kepada ibu (Sandall *et al.*, 2024).

3. *Continuity of Care* pada Ibu Nifas

Selama 42 hari pertama (6 minggu) setelah melahirkan, kelangsungan perawatan difokuskan pada upaya membantu para ibu pulih secara fisik dan emosional. Penyembuhan luka pada saluran kelahiran, pengeluaran lochia, gejala infeksi, serta perdarahan pasca-melahirkan merupakan hal-hal yang terus dipantau oleh bidan. Selain itu, perawatan ini mencakup pemantauan kesehatan mental guna mendeteksi depresi pascapersalinan atau “baby blues” sejak dini melalui kunjungan pascapersalinan terjadwal ke pusat kesehatan atau kunjungan rumah (Perriman, Davis and Ferguson, 2018).

4. Asuhan Bayi Baru Lahir dan Neonatus

Mulai sejak kelahiran dan berlanjut selama dua puluh delapan jam pertama, perawatan neonatal berfokus pada upaya membantu bayi beradaptasi dengan kehidupan di luar rahim. Refleks bayi, ikterus, dan pertumbuhan berat badan dapat dipantau dengan menggunakan MID, yang juga membantu dalam pengaturan suhu tubuh, perawatan tali pusat, pemberian profilaksis (seperti vitamin K1, salep mata, dan vaksin hepatitis B0), serta memungkinkan kontak kulit ke kulit. Pemberian ASI eksklusif harus dilanjutkan, dan bidan dapat membantu hal tersebut dengan memberikan saran tentang cara melakukannya dengan benar (Cummins *et al.*, 2024).

5. *Continuity of Care* pada Aseptor Keluarga Berencana

Selain menjadi langkah terakhir dalam proses CoC, layanan keluarga berencana merupakan layanan yang berkelanjutan. Agar para perempuan dan pasangannya memiliki cukup waktu untuk mempertimbangkan pilihan mereka, konseling mengenai metode kontrasepsi sebaiknya dimulai saat perempuan tersebut masih hamil dan dilanjutkan setelah ia melahirkan. Bidan adalah satu-satunya pihak yang dapat memberikan edukasi kepada perempuan mengenai pilihan kontrasepsi yang tersedia, membantu mereka memilih metode yang paling sesuai dengan kebutuhan dan kondisi kesehatan mereka, serta memantau perkembangan mereka dalam upaya menjaga kesehatan selama kehamilan. Penggabungan layanan-layanan ini membantu memastikan bahwa perempuan mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkelanjutan, karena kebutuhan mereka tidak berakhir setelah melahirkan (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

1.5 Peran Bidan dalam *Continuity of Care*

Sebagai profesi, bidan berfokus pada membantu perempuan melewati tahapan-tahapan normal kehamilan dan persalinan. Hal ini menjadikan mereka sangat penting bagi kepatuhan terhadap CoC. Dalam batas-batas kewenangannya, bidan mengoordinasikan

perawatan dan rujukan, memberikan edukasi, memberikan saran, mendeteksi masalah sejak dini, merencanakan, melaksanakan, mengevaluasi, menganalisis, serta mengidentifikasi kebutuhan. Dalam sistem pelayanan kesehatan terintegrasi, bidan dipandang sebagai tenaga kesehatan penting yang memberikan perawatan selama kehamilan, persalinan, dan masa pascapersalinan (Brigante *et al.*, 2023; WHO, 2024).

Selain memastikan kelangsungan perawatan, tugas bidan juga mencakup membangun hubungan dengan perempuan yang kreatif dan bermanfaat. Bidan harus mendorong percakapan yang menghargai hak-hak, budaya, dan kondisi keuangan para perempuan. Hubungan ini sangat diperlukan agar para perempuan dapat mengambil keputusan yang bijaksana. Prussing *et al.*, (2023) dan Sandall *et al.*, (2024) menemukan bahwa perempuan yang menerima kesinambungan pelayanan dari bidan lebih cenderung melaporkan pengalaman pelayanan yang positif selama kehamilan, persalinan, dan masa pascapersalinan.

1.6 Penerapan *Continuity of Care* di Indonesia

Banyak organisasi layanan kesehatan yang berbeda bekerja sama untuk memastikan CoC dapat berjalan dengan baik. Di antaranya adalah klinik, rumah sakit, puskesmas, bidan mandiri, dan posyandu. Sebagai bagian dari tugasnya, puskesmas menawarkan berbagai layanan, seperti promosi kesehatan, pencegahan komplikasi, pemeriksaan kehamilan, layanan persalinan, perawatan pascapersalinan, perawatan neonatal, koordinasi rujukan, dan pelayanan kesehatan primer umum. Kementerian Kesehatan RI, (2023) menyatakan bahwa perawat memegang peranan penting dalam menghubungkan layanan-layanan ini agar ibu dan bayi tidak kehilangan perawatan, informasi, atau pemantauan yang penting.

Pada tingkat pelayanan dasar, langkah awal dalam menerapkan CoC adalah mendaftarkan ibu hamil dan menugaskan seorang tenaga kesehatan untuk memantau mereka. Bidan melakukan banyak hal penting, seperti penilaian awal, menentukan perawatan yang dibutuhkan, mengidentifikasi faktor risiko, menyusun rencana persalinan, dan menjadwalkan kunjungan tindak lanjut. Hasil setiap pemeriksaan harus dicatat untuk mengambil

keputusan mengenai perawatan lanjutan, seperti memberikan rekomendasi dan melakukan kerja sama (Susanti *et al.*, 2022).

Memberdayakan perempuan, pasangan, keluarga, dan masyarakat merupakan cara lain untuk menerapkan CoC dalam pelayanan berbasis komunitas. Pada setiap tahap perjalanan ibu dan bayi, keluarga dapat memperoleh manfaat dari komunikasi, informasi, dan pendidikan yang konsisten. Partisipasi pasangan dapat meningkatkan bantuan dalam perawatan antenatal, pendidikan tentang persalinan dan kelahiran, perawatan pascapersalinan, pemberian ASI, serta penggunaan kontrasepsi. Penelitian yang dilakukan di berbagai wilayah di Indonesia menunjukkan bahwa pendidikan berkelanjutan berpotensi meningkatkan pengetahuan perempuan serta mendorong pasangan dan keluarga untuk lebih terlibat dalam perawatan ibu dan bayi baru lahir (Yulizawati *et al.*, 2022).

Dalam hal pengumpulan data, pemantauan, pendidikan, komunikasi, dan pengingat untuk mengatur layanan, teknologi informasi dapat sangat membantu implementasi CoC di Indonesia. Daerah-daerah yang menghadapi kendala geografis dan memiliki akses terbatas terhadap layanan kesehatan semakin menyadari pentingnya teknologi. Bidan yang kompeten, perlindungan privasi data, jaringan yang tersedia, dan proses tindak lanjut yang jelas merupakan komponen penting dari setiap solusi teknologi (Susanti *et al.*, 2022).

1.7 Hambatan Penerapan *Continuity of Care* dalam Kebidanan

Ketimpangan akses antarwilayah, kurangnya tenaga kesehatan, beban kerja bidan, jarak, fasilitas diagnostik yang tidak memadai, masalah transportasi, serta koordinasi fasilitas yang tidak efisien merupakan tantangan utama dalam pelaksanaan CoC di Indonesia. Tidak ada jaminan bahwa seorang wanita akan mendapatkan perawatan selama kehamilan, persalinan, dan masa neonatal karena adanya kesenjangan cakupan antara perawatan antenatal, persalinan yang dibantu tenaga kesehatan, dan perawatan pascapersalinan (Andriani *et al.*, 2022).

Pengetahuan yang tidak konsisten mengenai indikator CoC, dokumentasi yang tidak memadai, dan pemanfaatan teknologi yang tidak efisien merupakan hambatan potensial lainnya. Oleh karena itu, penting untuk meningkatkan keterampilan bidan, menyusun SOP, menghubungkan sistem data, meningkatkan kualitas rujukan, dan melibatkan masyarakat. Perhatian khusus harus diberikan pada kondisi unik masing-masing daerah, dengan mempertimbangkan hal-hal seperti kelangkaan sumber daya, kehidupan di pulau, dan lokasi yang terpencil (Bradford *et al.*, 2022).

1.8 Upaya Meningkatkan Pelaksanaan *Continuity of Care* dalam Kebidanan

Beberapa inisiatif yang bertujuan untuk meningkatkan penerapan CoC dalam praktik kebidanan antara lain:

1. Memperkuat Kebijakan dan Regulasi

Langkah pertama yang harus dilakukan adalah memperketat peraturan dan undang-undang yang mendukung penerapan kontinuitas perawatan. Standarisasi perawatan, pendelegasian wewenang kepada bidan, jaringan rujukan, deskripsi tugas, dan indikator kinerja layanan harus menjadi bagian dari setiap kebijakan yang komprehensif. Untuk menghindari duplikasi upaya dan memastikan bahwa bidan dapat memberikan perawatan yang berkelanjutan, diperlukan aturan yang transparan. Bidan, dokter, pengelola rumah sakit, akademisi, kelompok profesi, serta para pegiat hak keluarga dan hak perempuan seharusnya semua memiliki peran dalam menyusun kebijakan layanan (Zarbiv, Perlman and Ellen, 2025).

2. Melakukan Analisis Kesiapan Fasilitas Kesehatan

Analisis kesiapan harus dilakukan oleh lembaga kesehatan untuk mempertimbangkan faktor-faktor berikut: jumlah dan kompetensi bidan, ketersediaan fasilitas, beban kerja, sistem pencatatan, kesiapan layanan rujukan, pola shift, dukungan administratif, serta karakteristik masyarakat. Faktor-faktor seperti wilayah layanan, jarak dari rumah, ketersediaan transportasi, kemungkinan terjadinya keadaan darurat, dan jumlah ibu hamil yang akan dilayani juga harus

dipertimbangkan dalam studi kesiapan tersebut. Pusat layanan kesehatan dapat mempelajari lebih lanjut mengenai hambatan yang dihadapi serta jenis layanan yang paling efektif di wilayahnya dengan melakukan audit awal. Model layanan yang berkinerja baik di satu wilayah mungkin tidak dapat langsung diterapkan di wilayah lain tanpa penyesuaian. Oleh karena itu, sangat penting untuk mempertimbangkan kebutuhan lokal, kapasitas fasilitas, dan tingkat risiko bagi ibu dan bayi saat merencanakan kelangsungan perawatan (Middlemiss *et al.*, 2024; Simmelink *et al.*, 2025).

3. Meningkatkan Kompetensi Bidan

Perawatan pranatal, persalinan normal, perawatan pascapersalinan, perawatan bayi, pemberian ASI, keluarga berencana, diagnosis dini masalah, perawatan darurat, komunikasi terapeutik, dokumentasi, dan protokol rujukan merupakan bidang-bidang di mana kompetensi bidan perlu dikembangkan. Kemampuan memberikan perawatan dengan cara yang menghormati otonomi perempuan, norma budaya, privasi, dan hak-hak mereka merupakan keterampilan penting lainnya bagi bidan. Pengajaran rutin, pelatihan berbasis kompetensi, simulasi keadaan darurat, studi kasus, bimbingan, dan evaluasi keterampilan merupakan komponen-komponen penting dari pelatihan yang efektif. Komunikasi antarprofesi, pengambilan keputusan kolaboratif, kepemimpinan, pemanfaatan data, manajemen perubahan, dan keterampilan klinis harus dimasukkan ke dalam kurikulum pelatihan (Bradford *et al.*, 2022).

4. Membangun Tim Bidan yang Terkoordinasi

CoC dapat diberikan oleh seorang bidan tunggal atau oleh tim kecil bidan yang berfokus pada kelompok ibu tertentu. Dengan bekerja secara bergiliran bersama bidan lain, pasien cenderung tidak mengalami gangguan layanan akibat ketidakhadiran seorang bidan karena alasan seperti pelatihan, sakit, atau kewajiban pribadi. Setiap anggota tim harus memahami keluhan kesehatan ibu hamil, rencana

- perawatan, tanggung jawab masing-masing, serta cara menggantikan tugas saat diperlukan (Bradford *et al.*, 2022).
5. Memperkuat Kolaborasi Interprofesional
Untuk menjamin kelangsungan perawatan, perlu ditingkatkan kerja sama di antara berbagai tenaga kesehatan, termasuk bidan, dokter, perawat, ahli gizi, psikolog, dan tenaga laboratorium. Konsultasi, diskusi kasus, penyusunan rencana perawatan kolaboratif, koordinasi rujukan, dan tindak lanjut pasca-perawatan primer merupakan contoh-contoh cara di mana para penyedia layanan kesehatan dapat bekerja sama. Dengan bekerja sama, para penyedia layanan kesehatan dapat lebih baik memenuhi kebutuhan ibu dan bayi baru lahir berdasarkan bidang keahlian masing-masing (Zarbiv, Perlman and Ellen, 2025).
 6. Memperkuat Pelayanan Berbasis Komunitas
Kunjungan rumah, kelas ibu hamil, pemantauan ibu dan bayi pascapersalinan, konseling tentang keluarga berencana, serta kegiatan posyandu merupakan contoh-contoh layanan berbasis masyarakat. Melalui upaya-upaya ini, bidan memiliki pemahaman yang lebih baik mengenai unsur-unsur sosial, ekonomi, dan budaya yang memengaruhi kesehatan ibu dan bayi di masyarakat mereka. Demikian pula, perempuan yang mengalami kesulitan mendapatkan perawatan atau yang tidak menghadiri janji temu tindak lanjut dapat dilacak melalui program berbasis masyarakat (Adnani *et al.*, 2025).

DAFTAR PUSTAKA

- Adnani, Q.E.S. *et al.* (2025) "Ninety-one years of midwifery continuity of care in low and middle-income countries: a scoping review," *BMC Health Services Research*, 25(1), p. 463. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12612-0>.
- Andriani, H. *et al.* (2022) "Continuum of care in maternal, newborn and child health in Indonesia: Evidence from the Indonesia Demographic and Health Survey," *Journal of Public Health Research*, 11(4). Available at: <https://doi.org/10.1177/22799036221127619>.
- Bradford, B.F. *et al.* (2022) "Midwifery continuity of care: A scoping review of where, how, by whom and for whom?," *PLOS Global Public Health*. Edited by A. Waqas, 2(10), p. e0000935. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000935>.
- Brigante, L. *et al.* (2023) "'She was there all the time'. A qualitative study exploring how women at higher risk for preterm birth experience midwifery continuity of care," *Women and Birth*, 36(4), pp. e397–e404. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.01.003>.
- Cummins, A. *et al.* (2024) "Midwifery continuity of care for women with perinatal mental health conditions: A cohort study from Australia," *Birth*, 51(4), pp. 728–737. Available at: <https://doi.org/10.1111/birt.12838>.
- Kementerian Kesehatan RI (2021) *Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana*.
- Kementerian Kesehatan RI (2023) *Pelayanan Kesehatan Ibu dan Neonatus di Indonesia, SKI 2023*. Available at: <http://www.badankebijakan.kemkes.go.id/repositori/id/ep rint/5525>.
- Middlemiss, A.L. *et al.* (2024) "Barriers and facilitators when implementing midwifery continuity of carer: a narrative analysis of the international literature," *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), p. 540. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06649-y>.
- Mose, A. *et al.* (2023) "Pregnant women's perception of midwifery-

- led continuity care model in Ethiopia: a qualitative study," *BMC Women's Health*, 23(1), p. 304. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02456-3>.
- Perriman, N., Davis, D.L. and Ferguson, S. (2018) "What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis," *Midwifery*, 62, pp. 220–229. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.011>.
- Prussing, E. *et al.* (2023) "Implementing midwifery continuity of care models in regional Australia: A constructivist grounded theory study," *Women and Birth*, 36(1), pp. 99–107. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.03.006>.
- Sandall, J. *et al.* (2024) "Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2024(5). Available at: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub6>.
- Simmelink, R. *et al.* (2025) "Understanding how midwife-led continuity of care can be implemented and under what circumstances: a realist review," *BMJ Open*, 15(2), p. e091968. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-091968>.
- Stevens, J.R. and Alonso, C. (2021) "Developing operational standards for Midwifery Centers," *Midwifery*, 93, p. 102882. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102882>.
- Susanti, A.I. *et al.* (2022) "Midwifery Continuity of Care in Indonesia: Initiation of Mobile Health Development Integrating Midwives' Competency and Service Needs," *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), p. 13893. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph192113893>.
- WHO (2024) *Transitioning to midwifery models of care*. Available at: [https://www.who.int/publications/i/item/9789240098268#:~:text=The "Transitioning to Midwifery Models,Maternal%2C Newborn%2C Child and Adolescent](https://www.who.int/publications/i/item/9789240098268#:~:text=The%20Newborn%20Child%20and%20Adolescent).
- World Health Organization (2022) *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*, World Health Organization.
- Yulizawati, Y. *et al.* (2022) "Pemberdayaan Perempuan melalui

Pelaksanaan Continuity of Care dalam Pelayanan Kebidanan,” *Jurnal Warta Pengabdian Andalas*, 29(3), pp. 171–179. Available at: <https://doi.org/10.25077/jwa.29.3.171-179.2022>.

Zarbiv, G., Perlman, S. and Ellen, M.E. (2025) “Barriers and facilitators for implementation of continuity of midwife care: A review of reviews,” *Women and Birth*, 38(2), p. 101892. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2025.101892>.

BAB 2

CONTINIUTY OF CARE PADA IBU HAMIL

2.1 Konsep Dasar *Continiuty Of Care* kehamilan

Kehamilan merupakan keadaan fisiologis yang dimulai setelah terjadinya fertilisasi dan implantasi serta berlangsung melalui proses pertumbuhan dan perkembangan embrio atau janin sampai persalinan. Kehamilan normal memerlukan pemantauan berkala karena meskipun sebagian besar berlangsung fisiologis, komplikasi dapat muncul pada ibu maupun janin dan membutuhkan deteksi serta penanganan sedini mungkin. (WHO, 2016; Cunningham et al., 2022)

1. Pembagian trimester

Secara praktis kehamilan dibagi menjadi tiga trimester untuk membantu pengorganisasian asuhan. Trimester pertama mencakup masa awal kehamilan dan perkembangan organ, trimester kedua ditandai pertumbuhan janin yang semakin nyata, sedangkan trimester ketiga merupakan periode pematangan janin dan persiapan persalinan. Pembagian ini membantu bidan menyesuaikan edukasi, pemeriksaan, dan pemantauan dengan kebutuhan setiap fase. (Cunningham et al., 2022; WHO, 2016)

2. Kebutuhan dasar

Kebutuhan ibu hamil mencakup nutrisi yang adekuat, aktivitas dan istirahat seimbang, kesehatan mental, kebersihan diri, pencegahan infeksi, imunisasi sesuai program, pemeriksaan antenatal, dukungan sosial, serta akses terhadap pelayanan yang bermutu. Konseling perlu disesuaikan dengan kondisi individual, budaya, kemampuan memahami informasi, dan faktor sosial yang dapat memengaruhi kesehatan. (WHO, 2016, 2022; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020)

3. Kehamilan sebagai proses biopsikososial

Asuhan kebidanan tidak cukup hanya menilai parameter fisik. Kehamilan juga memengaruhi emosi, peran keluarga, pekerjaan, hubungan sosial, dan kesiapan menghadapi persalinan. Karena itu, pengkajian perlu memberi ruang bagi ibu untuk menyampaikan kekhawatiran, kebutuhan informasi, pengalaman sebelumnya, serta hambatan dalam mengakses pelayanan. (WHO, 2016, 2018)

2.2 Perubahan Sistem Reproduksi

Selama kehamilan terjadi perubahan pada uterus, serviks, vagina, dan payudara yang dipengaruhi oleh hormon serta peningkatan kebutuhan pertumbuhan janin. Uterus mengalami pembesaran dan perubahan vaskularisasi, sedangkan payudara mengalami perkembangan jaringan kelenjar sebagai persiapan laktasi. Perubahan ini perlu dijelaskan kepada ibu agar ia dapat membedakan perubahan normal dari keluhan yang memerlukan pemeriksaan. (Cunningham et al., 2022)

1. Perubahan kardiovaskular dan hematologis

Kehamilan menyebabkan peningkatan volume plasma dan perubahan hemodinamik untuk memenuhi kebutuhan sirkulasi ibu-plasenta-janin. Denyut jantung dan curah jantung dapat meningkat, sementara perubahan volume plasma dan massa eritrosit dapat memengaruhi kadar hemoglobin. Penilaian tekanan darah, gejala anemia, edema, dan keluhan lain tetap penting untuk mendeteksi kondisi yang menyimpang dari fisiologis. (Cunningham et al., 2022; WHO, 2022)

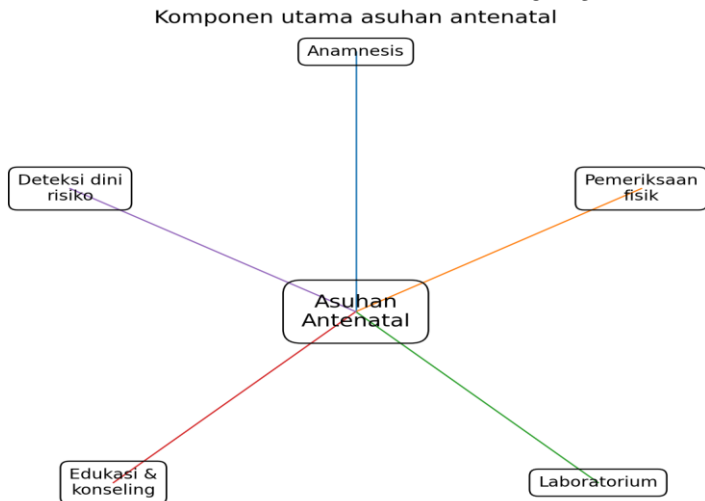
2. Perubahan gastrointestinal dan muskuloskeletal

Mual dan muntah terutama pada awal kehamilan, perubahan nafsu makan, konstipasi, serta rasa panas di dada dapat terjadi akibat perubahan hormonal dan mekanik. Pembesaran uterus dan perubahan postur juga dapat menyebabkan keluhan punggung dan panggul. Edukasi mengenai pola makan, cairan, aktivitas fisik yang sesuai, postur, dan tanda bahaya membantu ibu melakukan perawatan diri secara aman. (WHO, 2016; Cunningham et al., 2022)

3. Perubahan psikologis

Respons psikologis selama kehamilan bervariasi dan dipengaruhi oleh pengalaman kehamilan sebelumnya, dukungan pasangan dan keluarga, kondisi sosial, serta persepsi terhadap persalinan. Kecemasan yang menetap, suasana hati yang sangat menurun, atau gangguan fungsi sehari-hari perlu mendapat perhatian dan penilaian lebih lanjut. Komunikasi yang empatik membantu ibu merasa aman untuk menyampaikan masalahnya. (WHO, 2022; WHO, 2023)

2.3 Asuhan Antenatal Dalam *Continuity Of Care*



Gambar 2.1. Komponen utama asuhan antenatal yang saling terintegrasi.

1. Tujuan ANC

Asuhan antenatal bertujuan memberikan pengalaman kehamilan yang positif, memantau kesehatan ibu dan janin, mencegah serta mendeteksi komplikasi, memberikan intervensi berbasis bukti, dan mempersiapkan ibu menghadapi persalinan serta masa setelah persalinan. ANC merupakan rangkaian pelayanan, bukan sekadar pemeriksaan rutin, sehingga setiap kontak perlu menghasilkan penilaian dan rencana tindak lanjut. (WHO, 2016, 2022)

2. Komponen ANC

Komponen ANC mencakup pengkajian riwayat dan kebutuhan ibu, pemeriksaan fisik, pemantauan pertumbuhan dan kesejahteraan janin sesuai usia kehamilan, pemeriksaan penunjang yang direkomendasikan, pencegahan penyakit, suplementasi sesuai kebijakan, edukasi, konseling, dan perencanaan tindak lanjut. Komponen tersebut harus disesuaikan dengan kondisi ibu dan sumber daya pelayanan. (WHO, 2016; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020)

3. Continuity pada setiap kontak

WHO merekomendasikan minimal delapan kontak antenatal untuk meningkatkan peluang deteksi masalah dan mendukung pengalaman kehamilan yang positif. Dalam praktik di Indonesia, pelaksanaan kunjungan mengikuti kebijakan nasional dan standar pelayanan yang berlaku, sehingga mahasiswa perlu memahami baik prinsip rekomendasi internasional maupun ketentuan program nasional. (WHO, 2016; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020). Setiap kunjungan sebaiknya dimulai dengan meninjau keluhan dan hasil kunjungan sebelumnya, dilanjutkan pengkajian kondisi terkini, pemeriksaan sesuai kebutuhan, identifikasi faktor risiko, pemberian informasi, dan penetapan rencana tindak lanjut. Dengan pola tersebut, setiap kontak menjadi bagian dari satu rangkaian asuhan, bukan pertemuan yang berdiri sendiri. (WHO, 2016; WHO, 2018)

Tabel 2.1. Contoh fokus asuhan berdasarkan tahap kehamilan

Tahap	Fokus	Contoh tindak lanjut
Awal kehamilan	Konfirmasi dan pengkajian awal	Riwayat, risiko, pemeriksaan dasar, edukasi
Pertengahan	Pemantauan pertumbuhan dan kebutuhan ibu	Pemeriksaan rutin, nutrisi, edukasi, skrining sesuai pedoman
Akhir kehamilan	Kesiapan persalinan dan deteksi risiko	Kesejahteraan janin, tanda bahaya, rencana persalinan/rujukan

4. Anamnesis

Anamnesis merupakan tahap awal untuk memperoleh gambaran kondisi ibu, riwayat kehamilan, riwayat obstetri, riwayat penyakit, penggunaan obat, alergi, status imunisasi, pola nutrisi, kondisi psikososial, dan keluhan saat ini. Pertanyaan harus dilakukan secara terstruktur namun tetap komunikatif sehingga ibu merasa dihargai dan dapat memberikan informasi yang akurat. (WHO, 2016; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020)

5. Riwayat obstetri

Riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya dapat memberikan informasi penting mengenai faktor risiko, pengalaman ibu, serta kebutuhan pemantauan pada kehamilan saat ini. Data seperti jumlah kehamilan, persalinan, abortus, usia kehamilan sebelumnya, komplikasi, berat lahir, cara persalinan, dan kondisi bayi perlu dicatat secara sistematis. (Cunningham et al., 2022; WHO, 2016)

6. Riwayat medis dan sosial

Riwayat hipertensi, diabetes, penyakit jantung, gangguan tiroid, anemia, infeksi, penyakit mental, operasi sebelumnya, penggunaan obat, serta riwayat keluarga tertentu dapat memengaruhi perencanaan asuhan. Faktor sosial seperti dukungan keluarga, kondisi ekonomi, pekerjaan, jarak ke fasilitas kesehatan, dan hambatan transportasi juga penting karena dapat memengaruhi kemampuan ibu mengikuti tindak lanjut. (WHO, 2016, 2022; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020)

7. Pengkajian berkelanjutan

Dalam *continuity of care*, data pengkajian tidak hanya dikumpulkan sekali. Setiap kontak perlu membandingkan kondisi sekarang dengan data sebelumnya, menilai apakah rencana telah dijalankan, serta mengidentifikasi perubahan baru. Penggunaan dokumentasi yang konsisten membantu tenaga kesehatan mengambil keputusan berdasarkan tren, bukan hanya satu hasil pemeriksaan. (WHO, 2018; ICM, 2024)

2.4 Pemeriksaan Fisik Dan Laboratorium Pada Kehamilan

1. Pemeriksaan umum

Pemeriksaan umum meliputi penilaian keadaan umum, tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu bila diindikasikan, berat badan, status gizi, dan pemeriksaan lain sesuai keluhan atau faktor risiko. Pengukuran harus dilakukan dengan teknik yang benar dan dicatat agar dapat dibandingkan pada kunjungan berikutnya. (WHO, 2016, 2022; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020)

2. Pemeriksaan obstetri

Pemeriksaan obstetri disesuaikan dengan usia kehamilan dan kebutuhan klinis, termasuk penilaian tinggi fundus uteri, denyut jantung janin, gerakan janin berdasarkan usia kehamilan, serta manuver Leopold ketika diperlukan. Hasil pemeriksaan harus ditafsirkan dalam konteks usia kehamilan dan temuan lain, bukan berdasarkan satu parameter secara terpisah. (Cunningham et al., 2022; WHO, 2016)

3. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium pada kehamilan digunakan untuk skrining dan diagnosis kondisi yang dapat memengaruhi ibu atau janin. Jenis pemeriksaan mengikuti pedoman nasional, usia kehamilan, faktor risiko, dan fasilitas yang tersedia. Contohnya dapat mencakup pemeriksaan hemoglobin, golongan darah dan rhesus, skrining infeksi tertentu, serta pemeriksaan glukosa sesuai indikasi dan kebijakan pelayanan. (WHO, 2016; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020)

4. Interpretasi dan tindak lanjut

Nilai pemeriksaan harus dihubungkan dengan kondisi klinis dan riwayat ibu. Temuan yang tidak normal memerlukan verifikasi, penilaian lebih lanjut, intervensi sesuai kewenangan, atau rujukan. Prinsip continuity of care mengharuskan hasil pemeriksaan dan tindak lanjut dicatat serta dikomunikasikan kepada petugas yang melanjutkan asuhan. (WHO, 2018; ICM, 2024)

Tabel 2.2. Contoh data yang dicatat secara berkesinambungan

Data	Cara memperoleh	Makna tindak lanjut
Tekanan darah	Pengukuran terstandar	Bandingkan tren dan evaluasi bila meningkat
Berat badan	Penimbangan	Pantau perubahan dan status gizi
TFU/pertumbuhan	Pengukuran sesuai usia kehamilan	Nilai kesesuaian pertumbuhan
DJJ	Auskultasi/alat sesuai usia kehamilan	Nilai bersama kondisi klinis

2.5 Pemantauan Kesejahteraan Janin

Pemantauan kesejahteraan janin bertujuan mengenali pertumbuhan dan kondisi janin serta mendeteksi tanda yang membutuhkan evaluasi lebih lanjut. Pada kehamilan tanpa komplikasi, pemantauan dilakukan sesuai usia kehamilan dan standar ANC; pada kehamilan berisiko, frekuensi dan metode pemantauan dapat ditingkatkan sesuai kondisi klinis. (WHO, 2016, 2022; Cunningham et al., 2022)

1. Denyut jantung janin

Denyut jantung janin merupakan salah satu parameter dasar dalam penilaian kondisi janin. Pengukuran dilakukan dengan alat yang sesuai dan pada waktu yang tepat berdasarkan usia kehamilan. Hasil harus dicatat dan dibandingkan dengan temuan klinis lain; bila ditemukan hasil yang meragukan atau abnormal, perlu dilakukan evaluasi sesuai protokol dan kewenangan. (Cunningham et al., 2022; WHO, 2022)

2. Gerakan janin

Gerakan janin mulai dirasakan ibu pada waktu yang berbeda-beda, umumnya pada pertengahan kehamilan. Ibu yang pernah hamil dapat merasakan gerakan lebih awal dibandingkan ibu yang baru pertama kali hamil. Seiring bertambahnya usia kehamilan, ibu biasanya semakin mampu mengenali pola aktivitas janinnya. Oleh karena itu, dalam asuhan CoC, bidan perlu menanyakan persepsi ibu mengenai gerakan

janin pada setiap kunjungan dan memberikan kesempatan kepada ibu untuk menyampaikan perubahan yang dirasakan (Marshall & Raynor, 2023).

Penilaian gerakan janin tidak hanya berfokus pada jumlah gerakan tertentu, tetapi juga pada perubahan pola aktivitas yang biasa dirasakan oleh ibu. Ibu perlu diberikan edukasi bahwa apabila gerakan janin terasa berkurang atau terjadi perubahan yang tidak biasa, kondisi tersebut perlu segera dikomunikasikan kepada tenaga kesehatan. Penurunan gerakan janin dapat menjadi tanda yang memerlukan penilaian kondisi janin secara lebih lanjut (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2021; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

3. Peran Bidan dalam CoC

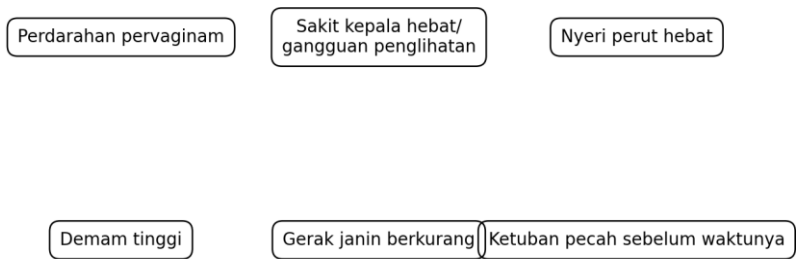
Dalam pelaksanaan CoC, bidan berperan untuk:

- a. Menanyakan gerakan janin pada setiap kunjungan sesuai usia kehamilan.
- b. Menilai apakah ibu merasakan pola gerakan janin yang biasa.
- c. Memberikan edukasi kepada ibu mengenai pentingnya memperhatikan aktivitas janin.
- d. Menjelaskan tanda yang memerlukan pemeriksaan segera, terutama apabila gerakan janin berkurang atau berubah secara nyata.
- e. Mendokumentasikan hasil pengkajian gerakan janin pada catatan asuhan.
- f. Melakukan pemeriksaan lebih lanjut atau kolaborasi apabila ditemukan kekhawatiran terhadap kesejahteraan janin.
- g. Memastikan hasil pemeriksaan dan rencana tindak lanjut tersampaikan pada kunjungan berikutnya sehingga kesinambungan asuhan tetap terjaga.

4. Pertumbuhan janin

Pertumbuhan janin merupakan salah satu aspek penting yang dipantau secara berkesinambungan selama kehamilan. Dalam pendekatan *Continuity of Care* (CoC), pemantauan tidak dilakukan hanya pada satu kali kunjungan, tetapi dibandingkan dari waktu ke waktu untuk mengetahui

- apakah pertumbuhan janin berlangsung sesuai dengan usia kehamilan. Pemantauan yang berkesinambungan memungkinkan tenaga kesehatan mengenali lebih dini adanya dugaan pertumbuhan janin terhambat maupun kondisi lain yang membutuhkan pemeriksaan lebih lanjut (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020; Marshall & Raynor, 2023)
5. Deteksi Dini Dan Penatalaksanaan Risiko Kehamilan
- Contoh tanda bahaya kehamilan yang memerlukan penilaian segera



Gambar 2.2. Contoh tanda bahaya kehamilan yang memerlukan penilaian segera.

6. Faktor Risiko Berkurangnya Gerakan Janin dalam *Continuity of Care*

Berkurangnya gerakan janin merupakan salah satu kondisi yang perlu diperhatikan dalam pemantauan kehamilan karena dapat menjadi tanda adanya gangguan kesejahteraan janin. Dalam pendekatan *Continuity of Care* (CoC), penilaian gerakan janin dilakukan secara berkesinambungan dengan mempertimbangkan kondisi ibu, usia kehamilan, faktor risiko, serta hasil pemeriksaan pada kunjungan sebelumnya. Pemantauan yang berkelanjutan membantu tenaga kesehatan mengenali perubahan kondisi janin secara lebih dini (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020; Marshall & Raynor, 2023).

Beberapa faktor risiko yang dapat berkaitan dengan berkurangnya atau berubahnya gerakan janin antara lain:

a. Pertumbuhan janin terhambat (*Fetal Growth Restriction/FGR*)

Pertumbuhan janin terhambat merupakan salah satu kondisi yang perlu diperhatikan ketika terjadi perubahan aktivitas janin. Gangguan pertumbuhan dapat berkaitan dengan insufisiensi plasenta sehingga kebutuhan oksigen dan nutrisi janin tidak terpenuhi secara optimal. Ibu dengan dugaan FGR membutuhkan pemantauan pertumbuhan dan kesejahteraan janin yang lebih intensif sesuai kondisi klinis (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2021; Marshall & Raynor, 2023).

b. Gangguan fungsi plasenta

Plasenta mempunyai peranan penting dalam pertukaran oksigen dan nutrisi antara ibu dan janin. Gangguan fungsi plasenta dapat memengaruhi kondisi janin dan pada keadaan tertentu dapat disertai perubahan aktivitas janin. Oleh karena itu, faktor yang meningkatkan risiko insufisiensi uteroplasenta perlu diperhatikan dalam pengkajian antenatal (Cunningham et al., 2022).

c. Hipertensi dan preeklampsia

Hipertensi dalam kehamilan, termasuk preeklampsia, dapat memengaruhi perfusi uteroplasenta dan meningkatkan risiko gangguan pertumbuhan serta komplikasi janin. Ibu dengan hipertensi memerlukan pemantauan yang lebih ketat terhadap kondisi maternal dan fetal sesuai tingkat risiko dan hasil pemeriksaan (ACOG, 2020; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

d. Diabetes dalam kehamilan

Diabetes yang terjadi sebelum atau selama kehamilan dapat meningkatkan risiko komplikasi maternal dan fetal. Pengelolaan kadar glukosa, pemantauan pertumbuhan janin, dan evaluasi kesejahteraan janin

perlu dilakukan sesuai kondisi ibu dan rekomendasi klinis (ACOG, 2024).

- e. Kehamilan lewat waktu
Kehamilan yang berlangsung melewati usia kehamilan yang diharapkan memerlukan perhatian terhadap fungsi plasenta dan kondisi janin. Seiring bertambahnya usia kehamilan, penilaian kesejahteraan janin dapat menjadi semakin penting, terutama apabila terdapat faktor risiko tambahan (ACOG, 2021).
- f. Kebiasaan merokok dan paparan zat berbahaya
Merokok selama kehamilan dapat meningkatkan risiko gangguan pertumbuhan janin dan berbagai komplikasi kehamilan. Oleh karena itu, riwayat merokok aktif maupun paparan asap rokok perlu ditanyakan dalam pengkajian antenatal dan menjadi bagian dari edukasi kesehatan ibu hamil (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020; Marshall & Raynor, 2023).
- g. Penggunaan obat atau zat tertentu
Riwayat penggunaan obat, termasuk obat yang diperoleh tanpa resep, herbal, dan suplemen, perlu dikaji secara menyeluruh. Beberapa zat dapat memengaruhi kondisi maternal maupun fetal sehingga penggunaannya selama kehamilan harus mempertimbangkan keamanan, dosis, indikasi, serta rekomendasi tenaga kesehatan (ACOG, 2023).
- h. Kondisi maternal yang memengaruhi aliran uteroplasenta
Berbagai kondisi maternal dapat memengaruhi aliran darah ke uterus dan plasenta sehingga berpotensi memengaruhi pertumbuhan dan kesejahteraan janin. Dalam CoC, kondisi kesehatan ibu perlu dinilai secara berulang sehingga perubahan status kesehatan dapat segera ditindaklanjuti (Marshall & Raynor, 2023; International Confederation of Midwives [ICM], 2024).
- i. Faktor yang memengaruhi persepsi ibu terhadap gerakan janin

Persepsi ibu terhadap gerakan janin dapat dipengaruhi oleh usia kehamilan, aktivitas ibu, posisi janin, lokasi plasenta, serta pengalaman kehamilan sebelumnya. Oleh sebab itu, bidan perlu menanyakan pola gerakan janin yang biasa dirasakan oleh ibu dan memberikan edukasi agar ibu mampu mengenali perubahan yang bermakna (ACOG, 2021; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

7. Tanda bahaya

Tanda bahaya yang perlu mendapat perhatian antara lain perdarahan pervaginam, sakit kepala berat atau gangguan penglihatan, nyeri perut hebat, demam, kejang, sesak atau keluhan berat lainnya, kebocoran cairan ketuban, serta berkurangnya gerakan janin pada kehamilan lanjut. Edukasi tanda bahaya harus disertai instruksi jelas mengenai tempat dan waktu mencari pertolongan. (WHO, 2016, 2022; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020)

8. Triase dan rujukan

Ketika ditemukan kondisi yang membutuhkan penanganan di luar kewenangan, bidan harus melakukan stabilisasi awal sesuai kompetensi, menghubungi fasilitas atau tenaga kesehatan tujuan bila diperlukan, menyiapkan dokumen rujukan, dan memastikan informasi klinis tersampaikan. Rujukan bukan sekadar memindahkan pasien, tetapi merupakan proses koordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan. (WHO, 2018; ICM, 2024)

9. Keselamatan pasien

Keselamatan pasien dalam CoC dipengaruhi oleh ketepatan identifikasi masalah, komunikasi, dokumentasi, pengawasan tindak lanjut, dan kemampuan mengenali perubahan kondisi. Penggunaan daftar periksa, catatan terstruktur, dan komunikasi antarpetugas dapat mengurangi risiko informasi penting terlewat ketika ibu berpindah tempat atau tenaga pemberi pelayanan. (WHO, 2021; ICM, 2024)

2.6 Asuhan Komplementer Pada Kehamilan

1. Relaksasi dan teknik pernapasan

Teknik relaksasi, pernapasan, mindfulness, dan intervensi berbasis dukungan dapat digunakan untuk membantu ibu mengelola ketegangan dan kecemasan ketika tidak terdapat kontraindikasi. Pemberian intervensi harus disertai edukasi bahwa teknik tersebut merupakan pelengkap dan tidak boleh menunda pertolongan ketika terdapat tanda bahaya. (WHO, 2016; WHO, 2022)

2. Aktivitas fisik dan latihan

Latihan fisik yang sesuai pada kehamilan dapat memberikan manfaat bagi kebugaran dan kesehatan, dengan pemilihan jenis, intensitas, dan durasi yang mempertimbangkan kondisi ibu. Ibu dengan komplikasi tertentu memerlukan penilaian tenaga kesehatan sebelum mengikuti latihan. Prinsip keselamatan harus lebih diutamakan daripada target latihan. (WHO, 2020)

3. Aromaterapi dan herbal

Penggunaan minyak esensial dan herbal pada kehamilan memerlukan kehati-hatian karena keamanan sebagian produk belum ditetapkan secara memadai dan komposisi produk dapat bervariasi. Bidan perlu menilai sumber produk, dosis atau cara penggunaan, alergi, interaksi, kontraindikasi, serta bukti ilmiah sebelum memberikan edukasi. Intervensi yang bukti keamanannya tidak memadai sebaiknya tidak dipromosikan sebagai terapi rutin. (WHO, 2019; WHO, 2022)

2.7 Peran Bidan Dalam Pelaksanaan *Continuity Of Care*

1. Bidan sebagai care provider

Bidan memberikan asuhan yang berpusat pada perempuan melalui pengkajian, identifikasi kebutuhan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, edukasi, dan dukungan. Asuhan harus diberikan sesuai kompetensi, standar profesi, bukti ilmiah, serta peraturan yang berlaku. Dalam kondisi yang

membutuhkan keahlian lain, bidan harus melakukan kolaborasi atau rujukan. (ICM, 2024; WHO, 2018)

2. Koordinator pelayanan

Kesinambungan memerlukan koordinasi karena ibu dapat menerima pelayanan dari berbagai petugas dan fasilitas. Bidan membantu memastikan hasil pemeriksaan, masalah, intervensi, rencana tindak lanjut, dan rujukan terdokumentasi serta dikomunikasikan. Koordinasi yang baik mengurangi duplikasi pelayanan dan risiko kehilangan informasi klinis penting. (WHO, 2018; WHO, 2021)

3. Edukator dan advokat

Bidan berperan memberikan informasi yang dapat dipahami ibu mengenai perubahan kehamilan, tanda bahaya, nutrisi, pemeriksaan, persiapan persalinan, dan pilihan pelayanan. Sebagai advokat, bidan membantu memastikan ibu memperoleh kesempatan menyampaikan preferensi dan mendapatkan pelayanan yang aman, bermartabat, tidak diskriminatif, dan sesuai kebutuhan. (WHO, 2018; ICM, 2024)

4. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan bagian integral dari *continuity of care*. Catatan harus memuat data pengkajian, hasil pemeriksaan, masalah atau diagnosis kebidanan, tindakan, edukasi, respons ibu, rencana tindak lanjut, dan informasi rujukan bila ada. Dokumentasi yang jelas membantu kesinambungan ketika asuhan dilanjutkan oleh petugas lain. (WHO, 2018; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020)

5. Evaluasi mutu

Evaluasi CoC dapat dilakukan dengan menilai keteraturan kontak, kelengkapan dokumentasi, keterlaksanaan rencana tindak lanjut, kepatuhan terhadap standar, pengalaman ibu, serta indikator maternal dan neonatal yang relevan. Hasil evaluasi digunakan untuk memperbaiki proses pelayanan secara berkelanjutan melalui audit, refleksi praktik, dan pembelajaran tim. (WHO, 2021; ICM, 2024)

DAFTAR PUSTAKA

- World Health Organization. (2023). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. World Health Organization.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(4), CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- Ricci, S. S., Kyle, T., & Carman, S. (2021). *Maternity and pediatric nursing* (4th ed.). Wolters Kluwer.
- Marshall, J. E., & Raynor, M. D. (Eds.). (2023). *Myles textbook for midwives* (18th ed.). Elsevier.
- Marshall, J. E., & Raynor, M. D. (Eds.). (2020). *Myles textbook for midwives* (17th ed.). Elsevier.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Profil kesehatan Indonesia 2022*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Pedoman pelayanan antenatal terpadu* (Edisi 3). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- International Confederation of Midwives. (2024). *Essential competencies for midwifery practice*. ICM.
- Brown, H. C., et al. (2022). Midwife continuity of care models and maternal outcomes: An updated systematic review. *Women and Birth*, 35(6), e594–e604.
- Bailey, J. M., et al. (2023). Continuity of midwifery care and maternal and neonatal outcomes: A systematic review. *Midwifery*, 119, 103584.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2023). *Prenatal care*. ACOG.

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period: Committee Opinion No. 804. *Obstetrics & Gynecology*, 137(2), e97–e107.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Optimizing postpartum care. *Obstetrics & Gynecology*, 135(2), e140–e149.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003646>

BAB 3

CONTINUITY OF CARE PADA IBU BERSALIN

3.1 Pendahuluan

Persalinan merupakan peristiwa fisiologis yang sekaligus memiliki potensi perubahan klinis yang cepat. Pada periode ini, keselamatan ibu dan bayi tidak hanya ditentukan oleh ketepatan tindakan klinis pada satu titik waktu, tetapi juga oleh kesinambungan informasi, hubungan terapeutik, pengambilan keputusan, dan tindak lanjut sejak kehamilan hingga periode segera setelah lahir. Continuity of Care (CoC) menempatkan perjalanan tersebut sebagai satu rangkaian asuhan yang saling terhubung. Karena itu, catatan antenatal, preferensi ibu, faktor risiko, rencana persalinan, kesiapan keluarga, kondisi klinis ketika masuk ruang bersalin, pemantauan selama persalinan, serta rencana pascapersalinan harus dipandang sebagai satu kesatuan, bukan sebagai episode pelayanan yang berdiri sendiri (Haggerty et al., 2003; Renfrew et al., 2014).

Dalam kebidanan, CoC mempunyai makna yang lebih luas daripada sekadar “ditolong oleh bidan yang sama”. Hubungan berkelanjutan memang penting karena memungkinkan terbentuknya kepercayaan, pemahaman terhadap nilai dan pilihan ibu, serta komunikasi yang lebih terbuka. Namun kesinambungan juga tetap harus terjaga ketika pelayanan diberikan oleh tim atau berpindah antarunit. Seorang ibu dapat mengalami CoC yang baik walaupun bertemu lebih dari satu tenaga kesehatan, selama informasi penting tidak hilang, rencana asuhan konsisten, keputusan klinis dapat ditelusuri, dan ibu tetap terlibat dalam proses pengambilan keputusan. Kerangka ini sejalan dengan pembagian kontinuitas menjadi *relational continuity*, *informational continuity*, dan *management continuity* (Haggerty et al., 2003).

Bukti mutakhir mendukung model pelayanan kebidanan yang mempertahankan kontinuitas. Pembaruan tinjauan Cochrane

tahun 2024 menunjukkan bahwa perempuan yang menerima model *midwife continuity of care* secara umum melaporkan pengalaman yang lebih positif selama kehamilan, persalinan, dan masa setelah persalinan, serta pada sejumlah luaran menunjukkan penurunan intervensi tertentu dibandingkan model pelayanan lain (Sandall et al., 2024). Temuan tersebut tidak berarti bahwa semua persalinan harus dikelola secara eksklusif oleh satu profesi. Justru, CoC yang aman menuntut kemampuan untuk mempertahankan hubungan dan koordinasi sambil melakukan kolaborasi atau eskalasi ketika risiko meningkat. Kontinuitas dan rujukan bukanlah dua konsep yang bertentangan; rujukan yang tepat merupakan bagian dari kontinuitas manajemen.

WHO menempatkan pengalaman positif melahirkan sebagai luaran penting selain keselamatan klinis. Pelayanan intrapartum berkualitas harus menghormati martabat, privasi, pilihan, komunikasi yang efektif, dukungan pendamping, serta penggunaan intervensi berdasarkan indikasi, bukan rutinitas. WHO *Labour Care Guide* (LCG) dikembangkan untuk menerjemahkan rekomendasi tersebut ke dalam pemantauan yang terstruktur dan berorientasi pada ibu. Paket implementasi WHO tahun 2025 semakin menegaskan penggunaan LCG sebagai alat untuk memperkuat pemantauan standar, keputusan tepat waktu, asuhan berbasis bukti, dan pengalaman persalinan yang positif (Organization, 2018, 2021, 2025).

Bab ini membahas CoC pada ibu bersalin secara aplikatif, mulai dari persiapan sebelum persalinan, asuhan kala I sampai kala IV, dokumentasi, komunikasi, rujukan, studi kasus, hingga evaluasi mutu. Uraian diarahkan untuk membantu bidan menghubungkan prinsip kebidanan, pemantauan klinis, keselamatan pasien, dan *woman-centred care* dalam alur kerja sehari-hari. Setiap praktik harus tetap disesuaikan dengan kompetensi tenaga, kewenangan profesional, ketersediaan fasilitas, kebijakan nasional, serta standar operasional prosedur setempat.

3.2 Konsep Dasar *Continuity of Care* pada Ibu Bersalin

3.2.1 Definisi *Continuity of Care*

Continuity of Care adalah pengalaman menerima pelayanan yang koheren, terhubung, dan konsisten sepanjang waktu sesuai kebutuhan individu. Fokusnya bukan semata-mata pada jumlah kunjungan atau jumlah tenaga yang terlibat, melainkan pada seberapa jauh setiap kontak pelayanan menjadi bagian dari rangkaian yang bermakna. Haggerty et al., (2003) menjelaskan bahwa kontinuitas dapat dipahami melalui tiga dimensi utama: kontinuitas relasional, kontinuitas informasi, dan kontinuitas manajemen. Pada ibu bersalin, ketiganya tampak ketika tenaga kesehatan memahami perjalanan kehamilan ibu, menggunakan informasi sebelumnya untuk menentukan asuhan saat ini, mempertahankan komunikasi yang menghormati ibu, dan memastikan bahwa rencana tetap konsisten ketika terjadi pergantian petugas atau rujukan.

Secara operasional, CoC pada persalinan dapat dimulai bahkan sebelum kontraksi pertama. Informasi mengenai usia kehamilan, hasil pemeriksaan antenatal, status anemia, tekanan darah, riwayat obstetri, hasil skrining penyakit, rencana tempat bersalin, kebutuhan sosial, preferensi pendamping, dan kemungkinan rujukan harus tersedia ketika ibu datang. Pada akhir persalinan, informasi mengenai perjalanan persalinan, obat atau intervensi yang telah diberikan, kehilangan darah, kondisi perineum, kondisi bayi, inisiasi menyusui, dan rencana pemantauan selanjutnya harus diteruskan ke pelayanan postnatal. Dengan demikian, CoC menghubungkan fase antenatal-intrapartum-postnatal sebagai *continuum maternal-newborn care*.

3.2.2 Filosofi CoC dalam Kebidanan

Filosofi kebidanan memandang kehamilan dan persalinan sebagai proses kehidupan yang pada banyak perempuan berlangsung fisiologis, sambil tetap mengakui kemungkinan munculnya komplikasi yang membutuhkan deteksi dan penanganan cepat. Pendekatan ini menghasilkan dua tanggung jawab yang berjalan bersamaan: menjaga fisiologi dan pengalaman positif, serta mempertahankan kesiapsiagaan klinis. Kerangka *quality maternal*

and newborn care menekankan bahwa mutu tidak hanya ditentukan oleh “apa” yang dilakukan, tetapi juga “bagaimana” pelayanan dilakukan, bagaimana hubungan dibangun, dan bagaimana layanan disusun agar dapat diakses serta responsif terhadap kebutuhan perempuan dan bayi (Renfrew et al., 2014).

Dalam praktik, filosofi CoC mencegah dua ekstrem. Ekstrem pertama adalah fragmentasi, ketika setiap petugas hanya menangani tugasnya tanpa mengetahui tujuan keseluruhan. Ekstrem kedua adalah kontinuitas yang dipaksakan, ketika keinginan mempertahankan satu pemberi asuhan justru menunda konsultasi atau rujukan. CoC yang matang mengutamakan keterhubungan daripada kepemilikan kasus. Bidan tetap menjadi advokat ibu ketika konsultasi dengan dokter diperlukan, memastikan informasi yang disampaikan lengkap, dan membantu ibu memahami alasan perubahan rencana. Dalam konteks tersebut, kesinambungan hubungan dapat dipertahankan bahkan saat kewenangan klinis berpindah.

3.2.3 Perubahan Paradigma Pelayanan Maternal

Pelayanan maternal modern mengalami pergeseran dari model yang dominan berorientasi pada prosedur menuju model yang menyeimbangkan keselamatan, pengalaman, hak, dan penggunaan intervensi secara rasional. WHO menegaskan bahwa pengalaman positif melahirkan mencakup lingkungan yang aman secara klinis dan psikologis, dukungan yang baik, komunikasi yang menghormati, serta keterlibatan perempuan dalam pengambilan keputusan (Organization, 2018). Pergeseran ini penting karena keselamatan tidak identik dengan banyaknya intervensi. Intervensi yang tidak terindikasi dapat menambah ketidaknyamanan, mengurangi mobilitas, mengubah fisiologi persalinan, atau menimbulkan rangkaian intervensi berikutnya.

Perubahan paradigma juga tampak pada pemantauan kemajuan persalinan. Pendekatan lama sering menggunakan ambang laju pembukaan serviks yang seragam sebagai dasar eskalasi. Rekomendasi WHO menolak penggunaan laju pembukaan kurang dari 1 cm per jam sebagai satu-satunya indikator bahwa persalinan tidak normal. WHO Labour Care Guide menggunakan

pemantauan yang lebih komprehensif terhadap kondisi ibu, janin, kemajuan persalinan, dukungan, dan tindakan yang diberikan. Pada 2025 WHO menerbitkan paket implementasi yang mendukung transisi dari partograf tradisional menuju LCG, dengan tujuan memperkuat pengambilan keputusan yang tepat waktu sekaligus mengurangi intervensi yang tidak diperlukan (Organization, 2021, 2025).

3.2.4 *Woman-Centred Care*

Woman-centred care adalah landasan yang membuat CoC tetap berorientasi pada manusia, bukan sekadar pada kelengkapan alur. Konsep ini menempatkan perempuan sebagai individu yang memiliki pengetahuan tentang dirinya, nilai, preferensi, pengalaman, dan tujuan yang perlu dihargai. Fontein-Kuipers et al., (2018) menekankan hubungan kolaboratif antara perempuan dan bidan, dengan perhatian yang seimbang pada kesehatan ibu-bayi dan pengalaman personal perempuan. Konsensus internasional yang lebih baru juga menegaskan pentingnya asuhan yang holistik, individual, menghormati pilihan, dan tidak tunduk secara buta pada rutinitas layanan (Brady et al., 2023).

Penerapan *woman-centred care* pada persalinan mencakup memperkenalkan diri, menjelaskan hasil pemeriksaan, meminta izin sebelum tindakan, menawarkan pilihan posisi dan metode kenyamanan yang aman, memberikan kesempatan bertanya, serta menghormati pendamping yang dipilih. Persetujuan bukan sekadar tanda tangan, tetapi proses komunikasi yang berkelanjutan. Ketika kondisi berubah, ibu perlu menerima penjelasan baru dan kesempatan untuk memahami pilihan yang tersedia. Pendekatan ini juga berfungsi sebagai strategi keselamatan karena ibu dan keluarga sering kali menjadi sumber informasi penting tentang riwayat, perubahan gejala, atau respons terhadap tindakan.

Tabel 3.1. Perbedaan pelayanan terfragmentasi dan *Continuity of Care* pada persalinan

Aspek	Pelayanan terfragmentasi	Continuity of Care
Informasi	Riwayat diulang, data penting dapat hilang saat pergantian petugas.	Riwayat dan hasil ANC diringkas, diverifikasi, lalu diteruskan pada setiap transisi.
Hubungan	Interaksi berfokus pada tindakan saat itu.	Hubungan dibangun melalui kepercayaan, komunikasi, penghormatan, dan keterlibatan ibu.
Rencana	Keputusan dapat berubah tanpa penjelasan yang jelas.	Rencana disepakati, dievaluasi, dan diperbarui dengan alasan yang terdokumentasi.
Rujukan	Rujukan dipandang sebagai akhir tanggung jawab unit asal.	Rujukan merupakan transfer tanggung jawab yang disertai informasi lengkap dan tindak lanjut.
Pengalaman ibu	Ibu menjadi penerima tindakan.	Ibu menjadi mitra dalam pengambilan keputusan.

Sumber: Disusun dari (Brady et al., 2023; Haggerty et al., 2003; Organization, 2018; Renfrew et al., 2014).

3.3 Prinsip dan Komponen *Continuity of Care*

3.3.1 *Continuity of Relationship*

Continuity of relationship atau kontinuitas relasional adalah keberlanjutan hubungan terapeutik antara ibu dengan seorang tenaga kesehatan atau tim kecil yang dikenal. Nilai utama kontinuitas relasional adalah akumulasi pengetahuan personal. Seiring waktu, bidan tidak hanya mengetahui diagnosis atau hasil pemeriksaan,

tetapi juga mengetahui cara ibu berkomunikasi, kecemasan yang sering muncul, pengalaman persalinan sebelumnya, sistem dukungan keluarga, preferensi terhadap sentuhan atau pemeriksaan, serta harapan terhadap proses kelahiran. Pengetahuan seperti ini sulit ditangkap dalam satu kali pertemuan, tetapi sangat berguna saat persalinan ketika keputusan harus diambil dalam waktu relatif singkat.

Kontinuitas relasional tidak harus berarti bahwa satu bidan bekerja tanpa jeda. Model yang realistis dapat berupa caseload midwifery atau tim kecil dengan mekanisme handover yang kuat. Bukti Cochrane menunjukkan bahwa model midwife continuity of care secara umum memberikan pengalaman maternal yang lebih positif dan dapat mengurangi beberapa bentuk intervensi dibandingkan model lain (Sandall et al., 2024). Dalam fasilitas dengan sistem shift, tujuan praktisnya adalah mempertahankan rasa “dikenal dan dipahami” melalui pengenalan yang baik, ringkasan preferensi ibu, komunikasi antarpetugas, dan keterlibatan ibu dalam handover bila situasi memungkinkan.

3.3.2 Continuity of Information

Continuity of information berarti informasi terdahulu tersedia, relevan, dapat dipercaya, dan digunakan untuk menentukan asuhan saat ini. Pada persalinan, informasi yang tidak lengkap dapat menimbulkan pengulangan pemeriksaan, keterlambatan mengenali risiko, atau keputusan yang bertentangan. Karena itu, rekam medis harus memuat bukan hanya data klinis, tetapi juga keputusan, respons ibu, preferensi, dan rencana yang telah disepakati. Informasi penting harus disajikan secara ringkas agar mudah ditemukan dalam situasi sibuk, misalnya status obstetri, alergi, hasil laboratorium penting, risiko perdarahan, riwayat operasi uterus, status membran, dan rencana rujukan.

Kualitas informasi ditentukan oleh empat hal: kelengkapan, ketepatan, ketepatan waktu, dan keterbacaan. Dokumentasi yang panjang tetapi sulit menemukan hal penting tidak selalu mendukung CoC. Karena itu, penggunaan format terstruktur seperti SOAP, partograf atau Labour Care Guide, serta SBAR pada handover membantu mengubah data menjadi informasi yang dapat

ditindaklanjuti. *Informational continuity* juga mencakup komunikasi kepada ibu: ibu harus mengetahui kondisi terkini, rencana berikutnya, tanda bahaya, dan alasan perubahan asuhan. Dengan demikian, ibu sendiri menjadi penjaga kontinuitas informasi, bukan sekadar objek pencatatan.

3.3.3 Continuity of Management

Continuity of management adalah konsistensi dan keterhubungan rencana asuhan ketika pelayanan berlangsung sepanjang waktu, melibatkan beberapa petugas, atau berpindah antarunit. Pada persalinan fisiologis, kontinuitas manajemen terlihat dari dukungan terhadap mobilitas, asupan oral sesuai kondisi, pemantauan yang proporsional, dan penghindaran intervensi rutin yang tidak diperlukan. Ketika risiko muncul, kontinuitas manajemen berarti eskalasi yang sistematis: masalah dikenali, tindakan awal sesuai kewenangan dilakukan, tenaga yang tepat dihubungi, rujukan dipersiapkan, dan informasi diteruskan tanpa mengulang proses dari awal.

Rencana harus cukup konsisten untuk mencegah kebingungan, tetapi cukup fleksibel untuk merespons perubahan. CoC bukan berarti mempertahankan rencana awal ketika kondisi sudah berbeda. Prinsip yang lebih tepat adalah “rencana yang sama sampai ada alasan klinis atau preferensi ibu yang mengharuskan perubahan”. Setiap perubahan perlu menjawab tiga pertanyaan: apa yang berubah, mengapa rencana berubah, dan apa yang akan dipantau setelah perubahan. Pola pikir ini membuat keputusan lebih transparan dan mudah dievaluasi pada audit mutu.

Tabel 3.2. Tiga komponen CoC dan contoh penerapannya pada ibu bersalin

Komponen	Pertanyaan kunci	Contoh penerapan
Relasional	Apakah ibu merasa dikenal, dihargai, dan didampingi?	Bidan memperkenalkan diri, meninjau preferensi ibu, mempertahankan komunikasi selama pergantian shift.
Informasi	Apakah informasi penting tersedia dan digunakan?	Riwayat ANC, faktor risiko, hasil pemeriksaan, dan keputusan tercatat pada rekam medis/LCG dan diteruskan saat handover.
Manajemen	Apakah rencana konsisten dan terkoordinasi?	Pemantauan, dukungan, tindakan, konsultasi, dan rujukan mengikuti rencana yang jelas serta diperbarui bila kondisi berubah.

Sumber: Diadaptasi dari (Haggerty et al., 2003)

3.4 *Continuity of Care* Kala I Persalinan

3.4.1 Penerimaan Ibu Bersalin

Penerimaan ibu bersalin merupakan titik kritis karena kesan awal akan memengaruhi rasa aman dan hubungan terapeutik. Proses ideal dimulai dengan menyambut ibu, memperkenalkan diri, memastikan privasi, menanyakan alasan datang, serta menilai apakah terdapat kondisi yang membutuhkan respons segera. Triage obstetri perlu mendahulukan keselamatan: perdarahan banyak, kejang, penurunan kesadaran, sesak, nyeri hebat menetap, prolaps tali pusat yang tampak, atau kondisi janin yang mengkhawatirkan harus memicu jalur penanganan emergensi. Bila tidak terdapat

kegawatan, penerimaan dapat dilanjutkan secara tenang dengan verifikasi riwayat dan preferensi.

CoC pada fase penerimaan tampak ketika bidan menyampaikan bahwa informasi ANC telah ditinjau dan menanyakan apakah ada perubahan sejak kunjungan terakhir. Hal ini menghindari kesan bahwa ibu “memulai dari nol”. Ibu juga perlu diberi orientasi tentang ruang, siapa yang akan merawat, bagaimana meminta bantuan, kapan pemeriksaan dilakukan, serta siapa yang dapat mendampingi. Transparansi tersebut mengurangi ketidakpastian dan memberi ruang bagi ibu untuk menyampaikan kebutuhan sebelum persalinan semakin aktif.

3.4.2 Pengkajian Awal

Pengkajian awal mencakup anamnesis persalinan dan pemeriksaan ibu-janin. Anamnesis mencatat waktu mulai kontraksi, frekuensi dan kekuatannya menurut persepsi ibu, status ketuban, warna cairan bila pecah, perdarahan, gerak janin, nyeri, gejala hipertensi, serta asupan dan eliminasi. Pemeriksaan klinis mencakup tanda vital, kondisi umum, palpasi abdomen, presentasi dan penurunan janin, denyut jantung janin, serta pemeriksaan vaginal bila ada indikasi dan setelah persetujuan. Pemeriksaan berulang yang tidak perlu harus dihindari, terutama setelah ketuban pecah, karena setiap pemeriksaan harus mempunyai tujuan klinis yang jelas.

Hasil pengkajian kemudian disintesis menjadi assessment: apakah ibu dalam fase laten atau aktif, apakah ibu dan janin stabil, apakah terdapat faktor risiko baru, dan apakah fasilitas ini sesuai untuk melanjutkan asuhan. Mengumpulkan data tanpa membuat assessment adalah bentuk dokumentasi yang tidak mendukung kontinuitas manajemen. Bidan perlu menuliskan kesimpulan dan rencana, termasuk kapan reassessment berikutnya dilakukan dan kondisi apa yang akan memicu konsultasi.

3.4.3 Pemantauan Kemajuan Persalinan

Kemajuan persalinan dinilai secara menyeluruh melalui pola kontraksi, perubahan serviks, penurunan dan posisi janin, serta respons ibu. WHO menekankan bahwa variasi kecepatan pembukaan

serviks antarperempuan cukup besar dan bahwa laju kurang dari 1 cm per jam tidak boleh digunakan sendirian untuk menentukan perlunya intervensi (Organization, 2018). Pendekatan ini penting bagi CoC karena mencegah keputusan yang terputus dari konteks klinis. Kemajuan yang lebih lambat harus dinilai bersama kondisi ibu, janin, kekuatan kontraksi, status membran, posisi janin, dan durasi pada pembukaan tertentu.

WHO Labour Care Guide menyediakan struktur untuk memantau kemajuan sekaligus kualitas asuhan. Selain pembukaan serviks, LCG mencatat status ibu dan janin, dukungan, asupan, posisi/mobilitas, serta tindakan yang diberikan. Nilai praktisnya bagi CoC adalah seluruh tim dapat melihat perjalanan persalinan secara ringkas dan memahami alasan keputusan. Bila fasilitas masih menggunakan partograf sesuai kebijakan lokal, prinsip yang sama harus dijaga: catatan harus real-time, dibaca pada handover, dan digunakan untuk keputusan, bukan diisi belakangan hanya sebagai kelengkapan administrasi. WHO pada 2025 secara eksplisit menyediakan paket implementasi untuk membantu sistem pelayanan mengganti partograf dengan LCG (Organization, 2025).

3.4.4 Pemantauan Kesejahteraan Ibu dan Janin

Kesejahteraan ibu dinilai melalui tanda vital, nyeri, tingkat kelelahan, hidrasi, eliminasi, perdarahan, suhu, kondisi psikologis, dan kemampuan beradaptasi terhadap persalinan. Frekuensi pemantauan mengikuti fase persalinan, kondisi klinis, dan protokol setempat. Hal yang penting bagi CoC adalah tren, bukan angka tunggal. Peningkatan denyut nadi, perubahan tekanan darah, demam, atau penurunan kesadaran harus dibaca dalam konteks perjalanan sebelumnya. Karena itu, pencatatan berurutan pada satu alat pemantauan sangat membantu mendeteksi perubahan secara dini.

Kesejahteraan janin dinilai terutama melalui denyut jantung janin dan konteks klinis. Pada persalinan risiko rendah, auskultasi intermiten dapat digunakan sesuai rekomendasi dan protokol, sedangkan pemantauan elektronik kontinu dipertimbangkan berdasarkan indikasi. Setiap temuan abnormal harus memicu langkah terstruktur: verifikasi, evaluasi faktor yang mungkin

berkontribusi, tindakan awal sesuai kewenangan, konsultasi bila diperlukan, dan dokumentasi respons. CoC menuntut agar petugas berikutnya mengetahui bukan hanya bahwa “DJJ pernah abnormal”, tetapi kapan terjadi, pola temuan, tindakan apa yang dilakukan, dan bagaimana respons setelah tindakan.

3.4.5 Dukungan Psikologis dan Kenyamanan Ibu

Dukungan kontinu selama persalinan mempunyai dasar bukti yang kuat. Tinjauan Cochrane menunjukkan bahwa dukungan terus-menerus dapat meningkatkan kemungkinan persalinan vaginal spontan, mempersingkat persalinan, dan mengurangi pengalaman persalinan negatif tanpa menunjukkan bahaya yang jelas (Bohren et al., 2015). Dukungan dapat diberikan oleh pendamping pilihan ibu dan diperkuat oleh bidan melalui kehadiran, komunikasi, sentuhan bila diinginkan, bantuan perubahan posisi, teknik napas, pijat, kompres hangat, serta penguatan verbal. Dukungan bukan kegiatan tambahan setelah tugas klinis selesai; ia merupakan bagian dari asuhan intrapartum berkualitas.

Kenyamanan juga berkaitan dengan kebebasan bergerak, posisi, asupan, privasi, pencahayaan, kebisingan, dan rasa dihormati. Praktik yang membuat ibu pasif tanpa alasan klinis dapat menurunkan rasa kendali. Sebaliknya, pilihan sederhana—berjalan, berdiri, berlutut, menggunakan birthing ball bila tersedia, atau memilih posisi istirahat—dapat meningkatkan kenyamanan. Bidan perlu menilai keamanan tiap pilihan berdasarkan kondisi ibu dan janin, kemudian menjelaskan bila suatu pilihan perlu dibatasi. Pembatasan yang dijelaskan dengan baik berbeda secara pengalaman dari pembatasan yang dilakukan tanpa komunikasi.

Tabel 3.3. Fokus CoC pada Kala I

Domain	Fokus utama	Tanda perlu eskalasi/contoh
Ibu	Tanda vital, nyeri, hidrasi, perdarahan, suhu, eliminasi, keadaan umum.	Perubahan signifikan dari baseline, perdarahan, hipertensi berat, demam, penurunan kondisi umum.
Janin	Denyut jantung janin, gerak janin, konteks cairan ketuban dan faktor risiko.	Temuan DJJ abnormal/persisten atau perubahan yang mengkhawatirkan.
Kemajuan	Kontraksi, pembukaan, penurunan/posisi janin, fase persalinan.	Tidak ada kemajuan disertai faktor klinis lain, tanda obstruksi, atau kondisi ibu/janin memburuk.
Pengalaman	Pendamping, privasi, komunikasi, pilihan posisi, kenyamanan.	Kecemasan berat, kebutuhan analgesia/dukungan tambahan, keluhan tidak dipahami.
Dokumentasi	LCG/partograf, SOAP, keputusan dan respons.	Data terlambat/tidak lengkap, perubahan kondisi tanpa assessment atau rencana.

Sumber: Disusun dari (Bohren et al., 2015; Organization, 2018, 2025)

3.5 *Continuity of Care* Kala II Persalinan

3.5.1 Persiapan Pertolongan Persalinan

Kala II dimulai ketika pembukaan serviks lengkap dan berlangsung sampai lahirnya bayi. Transisi ke kala II perlu dikonfirmasi secara klinis dan dikomunikasikan kepada ibu. Persiapan tidak hanya berarti menyiapkan alat. Bidan menilai kembali kondisi ibu, denyut jantung janin, posisi dan penurunan

kepala, kandung kemih, kebutuhan pendamping, serta kesiapan tim untuk perawatan bayi baru lahir. Alat resusitasi neonatal harus tersedia dan dapat digunakan, meskipun kehamilan diperkirakan berisiko rendah, karena kebutuhan bantuan napas tidak selalu dapat diprediksi.

Dalam CoC, persiapan kala II juga mencakup handover rencana persalinan. Apabila pergantian shift terjadi menjelang kelahiran, sebaiknya petugas baru diperkenalkan sebelum fase meneran aktif jika situasi memungkinkan. Ringkasan singkat mencakup perjalanan kala I, status membran, hasil pemantauan janin, analgesia atau obat yang telah diberikan, preferensi posisi, serta faktor risiko kala III seperti anemia atau riwayat perdarahan. Hal ini mencegah pertanyaan berulang dan memastikan kesiapan terhadap kebutuhan berikutnya.

3.5.2 Dukungan Meneran

Dukungan meneran sebaiknya mengikuti dorongan fisiologis ibu dan kondisi klinis. WHO merekomendasikan agar perempuan pada kala II didorong untuk mengikuti dorongan menerannya sendiri dan memilih posisi yang nyaman, termasuk posisi tegak, selama tidak terdapat kontraindikasi (Organization, 2018). Bidan memberikan panduan seperlunya, bukan menggantikan ritme tubuh ibu dengan instruksi yang kaku. Komunikasi yang tenang membantu ibu memusatkan energi, sedangkan pujian yang realistis memperkuat rasa mampu.

Pemantauan janin menjadi lebih intensif sesuai protokol pada kala II karena kontraksi dan meneran meningkatkan stres fisiologis. Pada saat yang sama, bidan memantau kondisi ibu, kelelahan, nyeri, perdarahan, dan kemajuan penurunan. Bila kala II memanjang atau kemajuan tidak sesuai, keputusan tidak dibuat berdasarkan durasi semata. Paritas, analgesia, posisi janin, kekuatan kontraksi, kondisi ibu, serta kondisi janin perlu dipertimbangkan. Konsultasi atau tindakan operatif harus diputuskan berdasarkan keseluruhan gambaran klinis dan kapasitas fasilitas.

3.5.3 Asuhan Sayang Ibu

Asuhan sayang ibu pada kala II menekankan martabat, privasi, dukungan, dan pilihan. Ibu tidak perlu ditempatkan dalam posisi litotomi secara rutin. Posisi dapat disesuaikan dengan kenyamanan, kebutuhan pemeriksaan, dan kondisi janin. Episiotomi tidak dianjurkan sebagai tindakan rutin; keputusan harus berdasarkan indikasi dan dilakukan setelah penjelasan. Tekanan fundus manual untuk mempercepat kelahiran tidak direkomendasikan karena tidak mendukung keselamatan dan pengalaman positif (Organization, 2018). Prinsipnya adalah memfasilitasi kelahiran fisiologis sambil siap mengenali kebutuhan intervensi.

Bahasa yang digunakan selama kala II mempunyai dampak psikologis yang besar. Perintah bernada menghakimi, ancaman, atau menyalahkan ibu karena cara meneran tidak sesuai dapat merusak pengalaman melahirkan dan termasuk bentuk pelayanan tidak menghormati. Literatur tentang mistreatment selama persalinan menunjukkan bahwa kekerasan verbal, pengabaian, diskriminasi, dan hilangnya otonomi merupakan masalah mutu yang nyata di berbagai sistem pelayanan (Bohren et al., 2017). CoC perlu memutuskan pola tersebut dengan budaya komunikasi yang menghargai ibu pada setiap tahap.

3.5.4 Pencegahan Komplikasi

Pencegahan komplikasi pada kala II dilakukan melalui pengamatan yang cermat dan kesiapan respons. Tim perlu mengantisipasi distosia bahu, perdarahan, kondisi janin memburuk, trauma perineum, atau kebutuhan resusitasi bayi. Antisipasi berbeda dari melakukan intervensi secara rutin. Peralatan dan bantuan disiapkan berdasarkan kemungkinan, tetapi tindakan dilakukan berdasarkan indikasi. Ketika muncul tanda komplikasi, komunikasi tim harus berubah menjadi lebih terstruktur: siapa memimpin, siapa memantau ibu, siapa menyiapkan bayi, siapa menghubungi bantuan, dan siapa mendokumentasikan.

Setelah bayi lahir, transisi dari fokus persalinan ke perawatan ibu-bayi harus berlangsung mulus. Bila bayi bernapas spontan dan stabil, praktik perawatan esensial meliputi pengeringan, menjaga

kehangatan, kontak kulit ke kulit, dan dukungan menyusui dini. Bila bayi membutuhkan bantuan, tindakan resusitasi diprioritaskan sesuai protokol. Keluarga perlu diberi penjelasan singkat agar perubahan situasi tidak menimbulkan kepanikan. Informasi waktu lahir, kondisi awal, jenis kelamin, dan tindakan yang diberikan segera dicatat sebagai bagian dari kontinuitas informasi.

3.6 *Continuity of Care* Kala III Persalinan

3.6.1 Manajemen Aktif Kala III

Kala III berlangsung sejak bayi lahir hingga plasenta lahir. Fokus utamanya adalah kelahiran plasenta yang aman dan pencegahan perdarahan postpartum. Pencegahan PPH memerlukan uterotonik profilaksis sesuai pedoman dan protokol, dengan oksitosin sebagai uterotonik yang direkomendasikan secara luas ketika tersedia dan kualitasnya terjamin. Prinsip manajemen aktif harus dilaksanakan oleh tenaga yang kompeten dan disesuaikan dengan kebijakan fasilitas. WHO terus memperbarui pedoman PPH dan pada 2025 menerbitkan pedoman terkonsolidasi untuk pencegahan, diagnosis, dan tata laksana perdarahan postpartum (Organization, 2025).

CoC pada kala III dimulai dari informasi yang dibawa dari fase sebelumnya. Ibu dengan anemia, uterus overdistensi, persalinan lama, riwayat PPH, atau faktor lain memerlukan kewaspadaan lebih tinggi. Tim harus mengetahui risiko tersebut sebelum bayi lahir sehingga uterotonik, akses intravena bila dibutuhkan, alat ukur darah, dan jalur eskalasi sudah dipikirkan. Antisipasi ini lebih aman daripada baru membaca riwayat ketika perdarahan terjadi. Setelah uterotonik diberikan, waktu, jenis, rute, dan respons dicatat secara akurat.

3.6.2 Pencegahan Perdarahan Postpartum

Pencegahan PPH mencakup penguatan kontraksi uterus setelah lahir, pemantauan kehilangan darah, pengenalan dini atonia atau sumber perdarahan lain, dan respons cepat terhadap perubahan kondisi ibu. Penilaian darah sebaiknya seobjektif mungkin karena estimasi visual sering meremehkan kehilangan darah. WHO memperbarui rekomendasi penilaian perdarahan dan penggunaan

treatment bundle pada 2023, kemudian mengintegrasikannya dalam pedoman terkonsolidasi 2025. Bukti uji E-MOTIVE menunjukkan bahwa deteksi dini disertai paket tata laksana terstruktur dapat memperbaiki penanganan PPH (Gallos et al., 2023; Organization, 2021, 2025).

Dalam konteks CoC, pencegahan perdarahan tidak berhenti setelah plasenta lahir. Catatan mengenai kehilangan darah, tonus uterus, laserasi, tindakan perineum, obat yang diberikan, dan kondisi hemodinamik harus diteruskan ke kala IV. Jika terjadi perdarahan, waktu pengenalan dan respons menjadi sangat penting. Komunikasi harus singkat, jelas, dan berorientasi tindakan, sementara satu anggota tim tetap memberikan penjelasan kepada ibu atau keluarga sejauh kondisi memungkinkan.

3.6.3 Pemeriksaan Plasenta

Setelah plasenta lahir, pemeriksaan dilakukan secara sistematis untuk menilai kelengkapan kotiledon, selaput, dan tali pusat, serta menghubungkan temuan dengan kondisi perdarahan. Plasenta yang tampak tidak lengkap atau perdarahan yang terus berlangsung memerlukan penilaian lanjutan sesuai kewenangan dan protokol. Hasil pemeriksaan harus dicatat, bukan hanya disebut “lengkap” tanpa konteks. Bila terdapat kelainan yang relevan, informasi tersebut perlu diteruskan kepada tenaga yang melanjutkan perawatan dan, bila perlu, kepada ibu dalam bahasa yang mudah dipahami.

Pada saat yang sama, perhatian terhadap ibu dan bayi tetap berjalan paralel. Kontak kulit ke kulit dan dukungan menyusui tidak seharusnya terputus oleh kegiatan dokumentasi yang dapat ditunda beberapa menit selama ibu-bayi stabil. CoC menuntut penentuan prioritas: keselamatan terlebih dahulu, kemudian menjaga pengalaman dan bonding. Praktik esensial bayi baru lahir seperti pengeringan, kehangatan, kontak kulit ke kulit, dan dukungan menyusui dini merupakan bagian dari continuum ibu-bayi, bukan layanan terpisah (Organization, 2021)

3.7 *Continuity of Care* Kala IV Persalinan

3.7.1 Observasi Dua Jam Pertama

Kala IV dalam praktik kebidanan di Indonesia umumnya dipahami sebagai periode observasi intensif sekitar dua jam setelah plasenta lahir. Periode ini penting karena perdarahan, gangguan kontraksi uterus, perubahan tekanan darah, atau masalah pemulihan dapat muncul cepat. CoC pada kala IV berarti pemantauan tidak dimulai dari nol; petugas menggunakan informasi dari kala I-III untuk menentukan kewaspadaan. Ibu yang kehilangan darah lebih banyak, mengalami persalinan panjang, memerlukan tindakan perineum, atau memiliki faktor risiko tertentu harus mendapatkan perhatian yang sesuai.

Observasi terstruktur meliputi keadaan umum, kesadaran, tanda vital, kontraksi dan tinggi fundus, perdarahan, kandung kemih, nyeri, serta kondisi perineum. Frekuensi mengikuti protokol setempat, dengan pencatatan real-time. Tujuan utama adalah melihat tren dan memastikan stabilitas sebelum intensitas pemantauan dikurangi. Bila ibu dan bayi stabil, periode ini juga merupakan kesempatan penting untuk kontak kulit ke kulit, inisiasi menyusui, komunikasi tentang proses kelahiran, dan penguatan peran keluarga.

3.7.2 Pemantauan Perdarahan

Perdarahan postpartum harus dinilai sebagai gabungan jumlah darah, kecepatan perdarahan, tonus uterus, tanda vital, dan kondisi klinis. Menunggu sampai kehilangan darah tampak sangat banyak dapat menunda respons. Pengukuran objektif bila tersedia dan pengenalan perubahan hemodinamik meningkatkan ketepatan deteksi. Pedoman WHO terbaru menekankan pentingnya deteksi dini dan paket tindakan terkoordinasi untuk PPH, bukan respons terpisah yang dilakukan satu demi satu setelah kondisi memburuk (Organization, 2021, 2022).

Dalam handover kala IV, informasi perdarahan harus spesifik. Pernyataan “perdarahan normal” kurang informatif dibandingkan ringkasan jumlah perkiraan/terukur, tren, tonus uterus, kondisi perineum, dan obat yang telah diberikan. Jika terdapat kekhawatiran, gunakan closed-loop communication: instruksi diulang kembali, tindakan dikonfirmasi, dan hasil dilaporkan. Pola komunikasi seperti

ini mengurangi risiko asumsi bahwa orang lain sudah melakukan tugas tertentu.

3.7.3 Pemantauan Tanda Vital

Tanda vital pada kala IV harus dibaca relatif terhadap nilai sebelumnya. Nadi yang meningkat, tekanan darah menurun, perubahan laju napas, suhu meningkat, atau penurunan kesadaran dapat menjadi sinyal awal masalah meskipun perdarahan belum tampak dramatis. Karena itu, CoC membutuhkan catatan baseline dari kala I dan tren setelah kelahiran. Pemeriksaan tunggal tanpa mengetahui nilai sebelumnya dapat kehilangan makna klinis.

Selain tanda vital, bidan perlu menilai kemampuan ibu berkemih, nyeri, pusing saat berubah posisi, mual, dan kemampuan berinteraksi dengan bayi. Sebelum mobilisasi awal, kondisi ibu harus cukup stabil dan pendampingan diberikan untuk mencegah jatuh. Edukasi singkat dapat dimulai mengenai tanda bahaya yang harus segera dilaporkan, tetapi informasi tidak perlu diberikan sekaligus ketika ibu masih lelah. Prinsip continuity of information juga berarti edukasi dilanjutkan dan diulang pada periode postnatal berikutnya.

3.7.4 Bonding Attachment Ibu dan Bayi

Bonding dan attachment didukung oleh kontak kulit ke kulit, kesempatan melihat dan menyentuh bayi, respons terhadap isyarat bayi, serta dukungan menyusui dini. WHO memasukkan skin-to-skin contact dan dukungan menyusui sebagai elemen perawatan esensial bayi baru lahir (Organization, 2022). Pada ibu yang stabil, prosedur rutin yang tidak mendesak sebaiknya diatur agar tidak mengganggu periode awal ini. Jika pemisahan diperlukan karena kondisi ibu atau bayi, keluarga perlu menerima penjelasan, dan reunifikasi dilakukan secepat kondisi memungkinkan.

CoC membantu menjaga bonding ketika terjadi komplikasi. Misalnya, bila bayi perlu observasi khusus, bidan dapat memastikan ibu memperoleh informasi tentang lokasi bayi, kondisi terkini, kapan dapat bertemu, dan bagaimana mempertahankan laktasi. Bila ibu memerlukan penanganan, pendamping dapat dilibatkan untuk menerima informasi yang diinginkan. Dengan demikian, kontinuitas

tidak hanya berbentuk keberadaan fisik, tetapi juga kesinambungan informasi dan hubungan emosional selama transisi.

3.8 Dokumentasi *Continuity of Care*

3.8.1 SOAP

SOAP adalah format dokumentasi yang membantu menghubungkan data dengan penalaran klinis. S (*Subjective*) memuat keluhan, pengalaman, dan informasi yang disampaikan ibu; O (*Objective*) memuat temuan pemeriksaan; A (*Assessment*) menyatakan interpretasi klinis; dan P (*Plan*) memuat rencana pemantauan, tindakan, edukasi, konsultasi, atau rujukan. Kelebihan SOAP dalam CoC adalah petugas berikutnya dapat melihat bukan hanya data, tetapi juga bagaimana data tersebut ditafsirkan dan apa yang direncanakan.

SOAP yang baik bersifat spesifik dan temporal. Contoh, “A: inpartu fase aktif, ibu dan janin stabil, risiko rendah saat ini” lebih berguna daripada “A: normal”. Plan perlu memuat waktu atau kondisi untuk evaluasi ulang, misalnya “pantau sesuai LCG; evaluasi lebih awal bila perdarahan, demam, perubahan DJJ, atau ibu meminta analgesia tambahan”. Setiap perubahan rencana harus dibuat dalam catatan baru agar jejak keputusan dapat ditelusuri.

3.8.2 Partograf

Partograf telah lama digunakan untuk memantau kemajuan persalinan dan kondisi ibu-janin. Nilainya terletak pada visualisasi tren dan kemampuan memberi gambaran cepat pada petugas lain. Namun, penggunaan partograf dapat kehilangan manfaat bila diisi retrospektif, hanya berfokus pada grafik pembukaan, atau dipakai untuk memicu intervensi berdasarkan ambang tunggal. Rekomendasi WHO terbaru bergerak menuju Labour Care Guide yang memasukkan aspek klinis dan supportive care secara lebih luas (Organization, 2021, 2025).

Dalam sistem yang masih mewajibkan partograf, bidan perlu menggunakannya secara benar sambil menghindari interpretasi yang bertentangan dengan rekomendasi berbasis bukti. Dokumen tidak boleh menjadi pengganti penilaian klinis. Keputusan harus memperhitungkan keseluruhan kondisi ibu dan janin. Fasilitas yang

sedang bertransisi menuju LCG perlu memastikan pelatihan, adaptasi formulir, audit kelengkapan, dan penyelarasan SOP sehingga perubahan alat tidak menciptakan jeda informasi.

3.8.3 WHO *Labour Care Guide*

WHO *Labour Care Guide* adalah alat pemantauan intrapartum yang dirancang untuk mendukung asuhan berkualitas, berbasis bukti, menghormati, dan berpusat pada perempuan. LCG memantau supportive care, kondisi bayi, kondisi ibu, kemajuan persalinan, obat, dan shared decision-making. Struktur ini sangat sesuai dengan CoC karena memadukan keselamatan klinis dengan pengalaman asuhan dalam satu dokumen. Petugas dapat melihat apakah ibu memiliki pendamping, asupan yang sesuai, posisi/mobilitas, analgesia, serta temuan klinis yang memerlukan perhatian (Organization, 2021).

Paket implementasi WHO tahun 2025 menegaskan bahwa LCG dimaksudkan untuk mendukung penggantian partograf dan meningkatkan standardisasi pemantauan serta ketepatan keputusan. Implementasi tidak cukup dengan mengganti lembar formulir. Dibutuhkan orientasi seluruh profesi, penyesuaian alur kerja, dukungan supervisor, latihan kasus, serta audit penggunaan. Apabila hanya formulir yang berubah sementara budaya pengambilan keputusan tetap sama, manfaat LCG tidak akan optimal (Organization, 2025).

3.8.4 SBAR Handover

SBAR merupakan kerangka komunikasi Situation, Background, Assessment, Recommendation/Request. AHRQ menempatkan SBAR sebagai salah satu alat TeamSTEPPS untuk menyampaikan informasi secara terstruktur, terutama dalam situasi kritis atau ketika kondisi pasien memburuk. Dalam kebidanan, SBAR berguna saat pergantian shift, konsultasi dokter, transfer kamar bersalin ke ruang nifas, atau rujukan ke rumah sakit lain.

Kekuatan SBAR adalah memaksa komunikator menyampaikan inti masalah terlebih dahulu, bukan menceritakan riwayat panjang tanpa prioritas. “Situation” menjelaskan kondisi saat ini; “Background” memuat konteks relevan; “Assessment” menyampaikan interpretasi dan data penting; “Recommendation”

menyatakan apa yang dibutuhkan dan kapan. Pada kondisi mendesak, rekomendasi harus eksplisit. Closed-loop atau repeat-back dapat ditambahkan untuk mengonfirmasi bahwa pesan dan instruksi dipahami dengan benar.

Tabel 3.4. Perbandingan fungsi SOAP, partograf, WHO Labour Care Guide, dan SBAR

Alat	Fungsi utama	Kontribusi terhadap CoC
SOAP	Mencatat keluhan, temuan, assessment, dan rencana.	Menjaga jejak penalaran klinis dan perubahan rencana.
Partograf	Visualisasi kemajuan persalinan dan pemantauan tertentu.	Memudahkan pembacaan tren, terutama pada sistem yang masih menggunakannya.
WHO Labour Care Guide	Pemantauan komprehensif ibu, janin, kemajuan, supportive care, dan keputusan.	Mengintegrasikan pengalaman dan keselamatan serta mendukung keputusan berbasis konteks.
SBAR	Komunikasi terstruktur saat handover/konsultasi/rujukan.	Mengurangi kehilangan informasi pada titik transisi.

Sumber: (Organization, 2021, 2025)

3.9 Komunikasi Efektif dalam *Continuity of Care*

Komunikasi efektif adalah infrastruktur tidak terlihat dari CoC. Pelayanan dapat memiliki formulir yang lengkap tetapi tetap terfragmentasi bila petugas tidak berbicara satu sama lain atau tidak melibatkan ibu. Komunikasi efektif memiliki karakter jelas, tepat waktu, dua arah, dan dapat diverifikasi. Pada persalinan, komunikasi harus menyesuaikan beban kognitif ibu. Penjelasan singkat dan konkret lebih mudah dipahami ketika kontraksi kuat, sedangkan

diskusi yang lebih panjang sebaiknya dilakukan di antara kontraksi atau ketika kondisi lebih tenang.

Salah satu teknik penting adalah teach-back. Setelah menjelaskan rencana, bidan dapat meminta ibu atau keluarga mengulangi dengan kata-kata sendiri, terutama untuk tanda bahaya, alasan rujukan, atau instruksi pascapersalinan. Tujuannya bukan menguji ibu, tetapi menguji apakah penjelasan tenaga kesehatan cukup jelas. Pada komunikasi tim, teknik check-back atau repeat-back membantu memastikan instruksi penting diterima dengan benar. AHRQ memasukkan strategi komunikasi terstruktur tersebut dalam TeamSTEPPS untuk mengurangi kegagalan komunikasi (AHRQ, 2023).

Komunikasi yang menghormati juga memerlukan penggunaan bahasa nonstigmatis. Bidan perlu menghindari label seperti “tidak kooperatif” tanpa menjelaskan perilaku dan konteks. Ibu yang menolak pemeriksaan mungkin memiliki pengalaman trauma, nyeri, rasa malu, atau belum memahami manfaatnya. CoC menuntut upaya memahami alasan sebelum menyimpulkan. Bila ibu menolak suatu tindakan setelah menerima informasi yang cukup dan memiliki kapasitas mengambil keputusan, penolakan tersebut didokumentasikan beserta alternatif dan pemantauan yang disepakati.

Pada situasi darurat, komunikasi menjadi lebih ringkas tetapi penghormatan tidak boleh hilang. Satu anggota tim dapat menjelaskan secara sederhana apa yang sedang dilakukan sambil tim lain bekerja. Kalimat seperti “perdarahan Ibu lebih banyak dari yang diharapkan, kami sedang memberikan penanganan dan memanggil dokter” memberikan orientasi tanpa menghambat tindakan. Setelah situasi stabil, debriefing singkat dengan ibu dan keluarga membantu menutup kesenjangan informasi dan mencegah pengalaman traumatis akibat tidak mengetahui apa yang terjadi.

3.10 Sistem Rujukan dan Keselamatan Pasien

Rujukan adalah salah satu titik paling rentan terhadap kehilangan kontinuitas. Risiko dapat muncul karena keputusan terlambat, fasilitas tujuan tidak dihubungi, ringkasan tidak lengkap, transportasi tidak sesuai, atau tidak jelas siapa yang bertanggung

jawab selama perjalanan. Oleh karena itu, rujukan perlu diperlakukan sebagai proses klinis, bukan sekadar administrasi. Keputusan harus mempertimbangkan indikasi, stabilisasi awal, kemampuan fasilitas asal, waktu tempuh, kemampuan fasilitas tujuan, dan kebutuhan pendamping.

Sebelum rujukan, lakukan tindakan awal sesuai kewenangan dan jangan menunda transfer untuk prosedur yang tidak esensial. Dokumentasikan kondisi sebelum berangkat, intervensi yang telah diberikan, respons, alergi, hasil pemeriksaan, dan risiko yang sedang dihadapi. Hubungi fasilitas tujuan dan gunakan format terstruktur seperti SBAR. Pastikan keluarga memahami alasan rujukan dan arah tujuan. Jika memungkinkan, sertakan salinan dokumen penting sehingga fasilitas penerima tidak perlu mengulang informasi dari awal.

Keselamatan selama transfer mencakup pengawasan jalan napas, sirkulasi, perdarahan, kesadaran, kondisi janin bila masih intrapartum, serta ketersediaan obat/peralatan sesuai risiko dan kewenangan. WHO menekankan bahwa transfer merupakan periode berisiko tinggi yang membutuhkan komunikasi jelas antarprovider (Organization, 2021). Pada saat serah terima, petugas penerima perlu mengonfirmasi informasi kritis dan tanggung jawab. Proses belum selesai sampai penerimaan klinis terjadi secara eksplisit.

Budaya keselamatan juga membutuhkan keberanian untuk eskalasi. Bidan yang melihat perubahan kondisi harus dapat menyampaikan kekhawatiran tanpa hambatan hierarki. SBAR, call-out, check-back, dan bahasa keselamatan membantu anggota tim menyatakan masalah secara tegas. Keselamatan ibu dan bayi bergantung pada kemampuan sistem untuk merespons sinyal awal, bukan hanya pada kompetensi individu. Karena itu, audit rujukan perlu menilai waktu keputusan, waktu kontak, waktu keberangkatan, kelengkapan handover, serta hasil setelah rujukan.

Tabel 3.5. Checklist rujukan aman dalam CoC

Tahap	Checklist
Keputusan	Indikasi jelas; tingkat urgensi ditetapkan; keluarga mendapat penjelasan singkat.
Stabilisasi	Tindakan awal sesuai kewenangan; akses/obat/peralatan disiapkan sesuai risiko; kondisi dicatat.
Komunikasi	Fasilitas tujuan dihubungi; SBAR disampaikan; penerima dan rencana penerimaan dikonfirmasi.
Transportasi	Moda transportasi sesuai; pendamping tenaga kesehatan bila diperlukan; monitoring selama perjalanan.
Dokumen	Ringkasan ANC, perjalanan persalinan, hasil pemeriksaan, tindakan/obat, respons, alergi, identitas.
Handover	Serah terima langsung; pertanyaan dijawab; tanggung jawab diterima secara eksplisit.

Sumber: Dikembangkan dari AHRQ (2019; 2023) dan prinsip transfer pasien aman WHO.

3.11 Studi Kasus Aplikatif

3.11.1 Kasus

Ny. A, 26 tahun, G1P0A0, usia kehamilan 39 minggu 2 hari, datang ke fasilitas bersalin pukul 06.30 bersama suami. Ringkasan ANC menunjukkan kehamilan tunggal, presentasi kepala, tekanan darah selama kehamilan dalam batas normal, hemoglobin trimester ketiga 11,2 g/dL, tidak ada riwayat penyakit kronis, dan hasil skrining penting tidak menunjukkan masalah. Dalam rencana persalinan, ibu memilih suami sebagai pendamping, ingin bergerak bebas selama memungkinkan, menghindari episiotomi rutin, dan ingin melakukan kontak kulit ke kulit serta menyusui dini. Jarak rumah ke fasilitas

sekitar 25 menit dan rumah sakit rujukan dapat dicapai sekitar 20 menit dari fasilitas.

Saat datang, ibu mengeluh kontraksi sejak pukul 02.00 yang semakin kuat dan teratur. Tidak ada perdarahan, gerak janin dirasakan baik, ketuban belum pecah, dan ibu tidak mengalami sakit kepala atau gangguan penglihatan. Keadaan umum baik, tanda vital stabil, palpasi menunjukkan presentasi kepala, denyut jantung janin dalam rentang yang dapat diterima, dan pemeriksaan vaginal setelah persetujuan menunjukkan serviks 4 cm dengan kondisi lain sesuai fase awal persalinan. Bidan menjelaskan bahwa ibu dan janin saat ini stabil dan mengajak ibu berjalan ringan, minum, berkemih teratur, serta menggunakan teknik napas dan pijat punggung dengan bantuan suami.

3.11.2 Penerapan CoC pada Kala I

Bidan pertama menuliskan ringkasan ANC dan preferensi ibu pada catatan awal sehingga petugas berikutnya dapat melihatnya dengan cepat. Pada pukul 09.00, kontraksi semakin kuat dan pembukaan mencapai 5 cm; pemantauan kemudian dilakukan menggunakan WHO Labour Care Guide sesuai protokol fasilitas. Ibu memilih posisi berdiri dan duduk bergantian. Suami tetap mendampingi. Setiap pemeriksaan dijelaskan terlebih dahulu dan hasilnya disampaikan kepada ibu. Tidak ada alasan klinis untuk membatasi mobilitas atau melakukan intervensi rutin.

Pada pukul 11.00 terjadi pergantian shift. Handover dilakukan di dekat ibu setelah meminta persetujuan, sehingga ibu juga mendengar ringkasan: "Ny. A G1, 39+2, fase aktif, ibu dan janin stabil, ketuban masih utuh, kemajuan sesuai, tanpa faktor risiko baru, ingin mobilitas dan pendamping suami, rencana lanjut pemantauan LCG dan dukungan fisiologis." Bidan baru memperkenalkan diri dan menanyakan apakah ada hal yang ingin ibu tambahkan. Tindakan sederhana ini mempertahankan relational dan informational continuity meskipun petugas berganti.

Pukul 13.10 ketuban pecah spontan dengan cairan jernih. Kondisi ibu dan janin dievaluasi dan tetap stabil. Pukul 14.20 pembukaan lengkap dan kepala turun dengan baik. Bidan menjelaskan transisi ke kala II, membantu ibu memilih posisi semi-

duduk kemudian beralih ke posisi miring sesuai kenyamanan. Suami memberi dukungan verbal dan minum di sela kontraksi sesuai kondisi.

3.11.3 Penerapan CoC pada Kala II dan III

Ibu mengikuti dorongan meneran spontan. Bidan memantau denyut jantung janin sesuai protokol, kemajuan penurunan, dan kondisi ibu. Tidak dilakukan episiotomi rutin. Bayi lahir pukul 15.05, menangis spontan, kemudian dikeringkan dan ditempatkan kulit ke kulit pada dada ibu. Waktu lahir dan kondisi awal dicatat. Karena ibu stabil dan bayi bernapas baik, kontak kulit ke kulit dipertahankan sambil tim melanjutkan asuhan kala III.

Uterotonik profilaksis diberikan sesuai protokol fasilitas. Plasenta lahir lengkap dan diperiksa sistematis. Uterus berkontraksi baik, kehilangan darah dinilai dan dicatat, serta tidak ditemukan perdarahan berlebihan. Perineum mengalami laserasi ringan yang dievaluasi dan ditangani sesuai kebutuhan. Informasi tentang obat yang diberikan, kondisi plasenta, jumlah darah, tonus uterus, dan kondisi perineum dituliskan agar menjadi baseline untuk kala IV.

3.11.4 Penerapan CoC pada Kala IV

Selama dua jam pertama, tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan, kandung kemih, nyeri, dan kondisi perineum dipantau sesuai protokol. Ibu tetap melakukan kontak kulit ke kulit dan dibantu menyusui. Bidan menjelaskan bahwa pemantauan intensif dilakukan karena periode awal setelah lahir merupakan waktu penting untuk mendeteksi perdarahan. Suami diajari cara memanggil petugas bila melihat darah bertambah banyak, ibu pusing, lemas, atau merasa tidak nyaman.

Sebelum dipindahkan ke ruang postnatal, bidan melakukan handover kepada petugas penerima: perjalanan persalinan, waktu lahir, kondisi bayi, uterotonik, plasenta lengkap, kehilangan darah, kondisi perineum, tanda vital terakhir, status berkemih, inisiasi menyusui, dan hal yang perlu dipantau. Ibu juga menerima penjelasan singkat mengenai rencana berikutnya. Dengan demikian, perpindahan ruang tidak memutuskan perjalanan asuhan.

3.11.5 Contoh Dokumentasi SOAP

Tabel 3.7. Contoh SOAP singkat pada fase aktif

Komponen	Contoh pencatatan
S	Ibu mengatakan kontraksi semakin kuat, gerak janin masih dirasakan, ingin tetap berjalan dan didampingi suami.
O	Keadaan umum baik; tanda vital stabil; DJJ sesuai; kontraksi adekuat; pembukaan 5 cm; presentasi kepala; tidak ada perdarahan abnormal.
A	G1P0A0 usia kehamilan 39+2 minggu, inpartu fase aktif; ibu dan janin stabil; risiko rendah saat ini.
P	Lanjut pemantauan dengan LCG; dukung mobilitas dan pendamping; asupan oral sesuai toleransi; jelaskan hasil pemeriksaan; evaluasi lebih dini bila ada perubahan kondisi.

Sumber: Contoh edukatif; sesuaikan dengan standar dokumentasi dan kondisi klinis nyata.

3.11.6 Contoh SBAR untuk Skenario Eskalasi

Sebagai variasi, bayangkan pada kala IV perdarahan meningkat dan uterus teraba lembek. Bidan harus mengaktifkan respons PPH sesuai protokol sambil menghubungi tenaga medis. SBAR dapat digunakan agar informasi kritis tersampaikan dengan cepat:

Tabel 3.8. Contoh SBAR pada dugaan perdarahan postpartum

Elemen	Contoh
Situation	“Saya bidan jaga di ruang bersalin. Ny. A 20 menit postpartum mengalami perdarahan meningkat dan uterus lembek.”
Background	“G1P1, persalinan vaginal pukul 15.05, plasenta lahir lengkap, uterotonik profilaksis sudah diberikan, sebelumnya stabil.”
Assessment	“Perdarahan terus bertambah, tonus uterus buruk; tanda vital sedang dinilai ulang. Saya menduga atonia uteri.”
Recommendation/Request	“Mohon datang segera untuk penanganan PPH. Tim telah memulai langkah awal sesuai protokol dan menyiapkan akses/obat serta pengukuran darah.”

Sumber: Disusun berdasarkan kerangka SBAR AHRQ (2019).

Pada situasi nyata, angka tanda vital, estimasi/kuantifikasi kehilangan darah, obat dan dosis yang telah diberikan, alergi, serta respons harus disebutkan secara spesifik. Contoh di atas sengaja berfungsi sebagai struktur komunikasi, bukan pengganti protokol klinis PPH. Tindakan harus mengikuti pedoman yang berlaku dan kapasitas fasilitas.

3.12 Evaluasi Mutu Continuity of Care

Mutu CoC perlu dievaluasi agar konsep tidak berhenti sebagai slogan. Evaluasi dapat menggunakan kerangka struktur-proses-luaran. Struktur mencakup ketersediaan tenaga, sistem rekam medis, LCG/partograf, obat esensial, jalur rujukan, dan kebijakan pendamping. Proses mencakup ketepatan pengkajian, kelengkapan handover, penggunaan informed consent, dukungan pendamping,

pencatatan *real-time*, dan respons terhadap perubahan kondisi. Luaran mencakup keselamatan ibu-bayi, intervensi, komplikasi, pengalaman ibu, serta kejadian rujukan tidak terencana. Kerangka tersebut selaras dengan gagasan kualitas pelayanan Donabedian dan visi mutu maternal-newborn WHO (Donabedian, 1988; Tunçalp et al., 2015).

Indikator CoC sebaiknya mencerminkan tiga dimensinya. Untuk relational continuity, fasilitas dapat menilai proporsi ibu yang merasa petugas mengetahui riwayat dan preferensinya, keberadaan pendamping pilihan, serta pengalaman komunikasi. Untuk informational continuity, audit dapat memeriksa kelengkapan ringkasan ANC, LCG, catatan obat, dan handover. Untuk *management continuity*, indikator dapat menilai apakah perubahan rencana mempunyai alasan terdokumentasi, apakah rujukan disertai komunikasi ke fasilitas tujuan, dan apakah tindak lanjut postnatal jelas.

Patient-reported experience measures penting karena beberapa aspek CoC hanya dapat dinilai oleh ibu. Rekam medis dapat menunjukkan bahwa consent dicatat, tetapi hanya ibu yang dapat mengatakan apakah ia benar-benar memperoleh penjelasan dan kesempatan memilih. Pengembangan alat *woman-centred care* menunjukkan bahwa kemitraan, pemenuhan kebutuhan individual, praktik berbasis bukti, dan keseimbangan kebutuhan ibu dengan sistem pelayanan merupakan domain penting untuk dinilai (Davis et al., 2021). Survei singkat setelah persalinan dapat melengkapi audit klinis.

Evaluasi mutu sebaiknya mengikuti siklus perbaikan. Tim memilih masalah prioritas, mengukur baseline, merancang perubahan kecil, menguji, mempelajari hasil, lalu memperluas bila berhasil. Contoh masalah dapat berupa handover yang tidak lengkap atau keterlambatan pengisian LCG. Intervensi dapat berupa template SBAR satu halaman dan huddle singkat pada pergantian shift. Hasil dinilai melalui persentase kelengkapan informasi kritis dan umpan balik staf serta ibu. Perbaikan yang berulang lebih efektif daripada pelatihan satu kali tanpa tindak lanjut.

Tabel 3.9. Contoh indikator mutu Continuity of Care pada persalinan

Dimensi	Indikator contoh	Sumber data
Relasional	% ibu yang melaporkan merasa didengar, dihormati, dan dilibatkan; % ibu dengan pendamping pilihan.	Survei pengalaman ibu; rekam medis.
Informasi	% catatan dengan ringkasan ANC; % LCG/partograf lengkap dan real-time; % handover dengan data kritis lengkap.	Audit dokumen; observasi handover.
Manajemen	% perubahan rencana dengan alasan terdokumentasi; % rujukan dengan SBAR dan konfirmasi penerimaan.	Audit klinis; log rujukan.
Keselamatan	PPH, rujukan emergensi, kejadian keselamatan, keterlambatan eskalasi.	Registri klinis; laporan insiden.
Pengalaman	Skor pengalaman persalinan/woman-centred care; keluhan terkait komunikasi atau penghormatan.	Survei; sistem keluhan.

Sumber: Dikembangkan dari (Davis et al., 2021; Haggerty et al., 2003; Organization, 2021; Tunçalp et al., 2015).

3.13 Kesimpulan

Continuity of Care pada ibu bersalin adalah pendekatan yang menghubungkan hubungan terapeutik, informasi, dan manajemen

sejak sebelum persalinan hingga masa segera setelah kelahiran. CoC bukan sekadar kesinambungan petugas, tetapi kesinambungan pengalaman. Ibu perlu merasa bahwa riwayatnya diketahui, pilihannya dihargai, kondisinya dipantau secara konsisten, dan setiap perubahan rencana mempunyai alasan yang jelas. Pada saat yang sama, tim harus dapat mempertahankan keselamatan melalui deteksi dini, komunikasi, konsultasi, dan rujukan yang tepat waktu.

Pada kala I, CoC diwujudkan melalui pengkajian komprehensif, pemantauan kemajuan dan kesejahteraan ibu-janin, serta dukungan psikologis. Pada kala II, fokus beralih pada dukungan meneran, asuhan sayang ibu, kesiapan pertolongan kelahiran, dan pencegahan komplikasi. Kala III menuntut pencegahan perdarahan dan pemeriksaan plasenta, sedangkan kala IV membutuhkan pemantauan intensif, deteksi dini PPH, dukungan menyusui, dan bonding. Seluruh fase diikat oleh dokumentasi dan komunikasi.

SOAP membantu menelusuri penalaran klinis, sementara WHO Labour Care Guide menyediakan pemantauan intrapartum yang lebih komprehensif dan berorientasi pada pengalaman ibu. SBAR memperkuat handover dan komunikasi eskalasi. Sistem rujukan yang aman memastikan bahwa perpindahan fasilitas tidak memutus tanggung jawab. Evaluasi mutu kemudian mengukur apakah ketiga bentuk kontinuitas—relasional, informasi, dan manajemen—benar-benar dialami oleh ibu dan tercermin pada praktik klinis. Dengan pendekatan ini, CoC menjadi strategi untuk mencapai persalinan yang tidak hanya aman, tetapi juga bermartabat, terkoordinasi, dan bermakna bagi ibu serta keluarganya.

DAFTAR PUSTAKA

- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Brady, S., Bogossian, F., & Gibbons, K. S. (2023). Achieving international consensus on the concept of woman-centred care: A Delphi study. *Women and Birth*, 36(6), e631–e640. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.06.001>
- Davis, D. L., Creedy, D. K., Bradfield, Z., Newnham, E., Atchan, M., Davie, L., McAra-Couper, J., Graham, K., Griffiths, C., Sweet, L., & Stulz, V. (2021). Development of the Woman-Centred Care Scale—Midwife Self Report (WCCS-MSR). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 523. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03987-z>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Fontein-Kuipers, Y., de Groot, R., & van Staa, A. (2018). Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus. *European Journal of Midwifery*, 2, 5. <https://doi.org/10.18332/ejm/91492>
- Gallos, I., Devall, A., Martin, J., Middleton, L., Beeson, L., Galadanci, H., Alwy Al-Beity, F., Qureshi, Z., Hofmeyr, G. J., Moran, N., Fawcus, S., Sheikh, L., Gwako, G., Osoti, A., Aswat, A., Mammoliti, K.-M., Sindhu, K. N., Podeseck, M., Horne, I., ... Coomarasamy, A. (2023). Randomized trial of early detection and treatment of postpartum hemorrhage. *New England Journal of Medicine*, 389(1), 11–21. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2303966>

- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219–1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Organization, W. H. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization.
- Organization, W. H. (2021). *WHO labour care guide: User's manual*. World Health Organization.
- Organization, W. H. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. World Health Organization.
- Organization, W. H. (2025). *WHO labour care guide: Implementation resource package*. World Health Organization.
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R. A. D., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L., & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129–1145. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
- Sandall, J., Fernandez Turienzo, C., Devane, D., Soltani, H., Gillespie, P., Gates, S., Jones, L. V., Shennan, A. H., & Rayment-Jones, H. (2024). Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub6>
- Tunçalp, Ö., Were, W. M., MacLennan, C., Oladapo, O. T., Gülmezoglu, A. M., Bahl, R., Daelmans, B., Mathai, M., Say, L., Kristensen, F., Temmerman, M., & Bustreo, F. (2015). Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(8), 1045–1049. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13451>

BAB 4

CONTINUITY OF CARE PADA IBU NIFAS DAN MENYUSUI

4.1 Konsep *Continuity of Care* pada Ibu Nifas

Asuhan pada Masa Nifas merupakan salah satu tahapan dari rangkaian asuhan kebidanan yang diberikan secara berkelanjutan (*Continuity of Care/CoC*) yang diberikan tenaga kesehatan/bidan baik secara perseorangan maupun tim yang dimulai sejak masa kehamilan hingga pelayanan bayi baru lahir dan keluarga berencana. Pada masa nifas, pelayanan berkelanjutan tidak hanya berfokus pada pemulihan fisiologis ibu, tetapi juga mencakup pemantauan psikologis, keberhasilan menyusui, kesehatan bayi, perencanaan keluarga, serta pemberdayaan keluarga dalam mendukung kesehatan ibu dan bayi (World Health Organization, 2022).

4.1.1 Fisiologi Masa Nifas

Masa nifas (*postpartum period* atau *puerperium*) adalah periode yang dimulai segera setelah plasenta lahir hingga organ reproduksi dan sistem tubuh ibu kembali mendekati kondisi sebelum hamil. Secara umum masa nifas berlangsung selama enam minggu (42 hari) setelah persalinan, meskipun beberapa perubahan fisiologis, seperti pemulihan otot dasar panggul dan keseimbangan hormonal, dapat berlangsung lebih lama (World Health Organization, 2022).

Masa nifas merupakan periode yang sangat penting karena sebagian besar komplikasi maternal terjadi pada fase ini, terutama dalam 24 jam pertama setelah persalinan. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan yang berkesinambungan melalui pendekatan *Continuity of Care* diperlukan untuk memantau proses pemulihan, mendeteksi komplikasi secara dini, serta memberikan edukasi dan dukungan kepada ibu dan keluarga.

4.1.2 Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dibagi menjadi tiga tahap berdasarkan proses pemulihan tubuh ibu.

1. Puerperium Dini (*Immediate Postpartum*)

Berlangsung dari setelah persalinan hingga 24 jam pertama. Pada periode ini, ibu mengalami perubahan fisiologis yang sangat cepat, termasuk kontraksi uterus yang kuat untuk menghentikan perdarahan dari tempat implantasi plasenta. Pemantauan intensif diperlukan terhadap tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan, serta kondisi umum ibu karena risiko perdarahan postpartum paling tinggi terjadi pada fase ini.

2. Puerperium Intermedial (*Early Postpartum*)

Berlangsung sejak hari kedua hingga akhir minggu pertama. Pada fase ini terjadi involusi uterus, penyembuhan luka jalan lahir atau luka operasi sesar, adaptasi terhadap proses menyusui, serta penyesuaian terhadap peran baru sebagai ibu.

3. Puerperium Lanjut (*Late Postpartum*)

Berlangsung hingga minggu keenam setelah persalinan. Organ reproduksi semakin mendekati kondisi sebelum hamil, fungsi hormonal mulai stabil, dan ibu mulai beradaptasi secara fisik maupun psikososial terhadap kehidupan bersama bayi.

4.1.3 Perubahan Pada Masa Nifas

1. Involusi Uterus

Involusi uterus adalah proses kembalinya uterus ke ukuran, bentuk, dan berat sebelum kehamilan. Proses ini terjadi melalui kontraksi otot rahim, autolisis sel otot, dan regenerasi jaringan endometrium.

Setelah persalinan, berat uterus sekitar 1000 gram dan secara bertahap menurun menjadi sekitar 60–80 gram pada akhir masa nifas (Cunningham et al., 2022).

Penurunan tinggi fundus uteri yang normal sekitar 1 cm per hari. Pada akhir minggu kedua, uterus telah masuk ke rongga panggul sehingga tidak lagi dapat dipalpasi melalui dinding abdomen.

Tabel 4.1. Involusi Uteri

Waktu	TFU	Berat Rahim
Bayi Lahir	Setinggi Pusat	± 1.000 gr
Plasenta Lahir	2 Jari di bawah Pusat	± 750 gr
1 Minggu	Pertengahan Pusat - Symfisis	± 500 gr
2 Minggu	Tidak Teraba	± 350 gr
6 Minggu	Tidak Teraba	± 50 gr

Sumber : Fraser, D.M. & Cooper, M.A. (2021) *Myles Textbook for Midwives*. 17th ed. London: Elsevier.

Kontraksi uterus dipengaruhi oleh hormon oksitosin, yang juga meningkat saat bayi menyusui. Oleh karena itu, menyusui berkontribusi terhadap percepatan involusi uterus.

2. Lokia

Lokia merupakan cairan yang keluar dari uterus selama masa nifas yang terdiri atas darah, sisa jaringan desidua, lendir, dan leukosit. Lokia memiliki konsistensi atau bentuk yang berbeda sesuai masa nifas. Perubahan lokia berlangsung adalah sebagai berikut :

Tabel 4.2. Jenis Lokia Pada Masa Nifas

Jenis Lokia	Waktu	Karakteristik
Lokia Rubra	Hari 1-3	Merah terang, mengandung darah segar
Lokia Serosa	Hari 4-10	Merah muda hingga kecokelatan
Lokia Alba	Hari 10-42	Putih kekuningan, didominasi leukosit dan lendir

Sumber : *Myles Textbook for Midwives*. 17th ed. London: Elsevier.

Lokia yang berbau menyengat, keluar tidak sesuai dengan waktunya, berwarna hijau, atau disertai demam dapat mengindikasikan ada sesuatu yang terjadi di rahim atau adanya infeksi puerperal sehingga diperlukan evaluasi lebih lanjut.

3. Serviks

Serviks mengalami dilatasi penuh saat persalinan dan secara bertahap kembali mengecil setelah bayi lahir. Meskipun demikian, bentuk ostium uteri eksternum setelah persalinan normal tidak kembali bulat seperti pada wanita nulipara, tetapi menjadi berbentuk celah transversal.

4. Vagina dan Perineum

Setelah persalinan, vagina mengalami peregangan yang cukup besar akibat proses kelahiran. Elastisitas jaringan berangsur pulih dalam beberapa minggu. Luka episiotomi atau robekan perineum akan mengalami proses penyembuhan melalui fase inflamasi, proliferasi, dan remodelling jaringan.

5. Sistem Endokrin

Setelah plasenta lahir, kadar hormon estrogen dan progesteron menurun secara drastis. Penurunan hormon ini memicu peningkatan sekresi hormon prolaktin yang berperan dalam produksi ASI.

Selain itu, refleks hisapan bayi merangsang pelepasan hormon oksitosin yang berfungsi mengeluarkan ASI sekaligus meningkatkan kontraksi uterus.

6. Sistem Kardiovaskular

Setelah persalinan terjadi peningkatan aliran darah kembali ke sirkulasi ibu akibat berkurangnya tekanan uterus terhadap pembuluh darah besar (*autotransfusion*). Curah jantung meningkat pada awal masa nifas dan kemudian berangsur kembali normal dalam beberapa minggu.

Perubahan ini menyebabkan ibu tetap memiliki risiko gangguan tromboemboli, sehingga mobilisasi dini sangat dianjurkan.

7. Sistem Perkemihan

Kandung kemih sering mengalami penurunan sensitivitas akibat tekanan selama persalinan. Retensi urin dapat menghambat kontraksi uterus sehingga meningkatkan risiko perdarahan postpartum. Oleh karena itu, bidan perlu memastikan ibu mampu berkemih secara spontan dalam beberapa jam setelah persalinan.

8. Sistem Gastrointestinal

Fungsi saluran cerna biasanya kembali normal dalam beberapa hari. Konstipasi sering terjadi akibat pengaruh hormon progesteron selama kehamilan, nyeri perineum, serta kurangnya aktivitas fisik.

9. Sistem Muskuloskeletal

Otot abdomen yang mengalami peregangan selama kehamilan mulai berkontraksi kembali. Pada sebagian ibu dapat terjadi diastasis rekti. Latihan otot dasar panggul (*pelvic floor exercise*) dianjurkan untuk mempercepat pemulihan fungsi otot dan mencegah inkontinensia urin.

4.1.4 Implikasi *Continuity of Care* Pada Masa Nifas

Menurut *International Confederation of Midwives* (ICM), pelayanan kebidanan berkelanjutan merupakan salah satu kompetensi inti bidan dalam memberikan pelayanan yang aman, efektif, dan berpusat pada perempuan (*woman-centred care*) (ICM, 2024).

Tujuan utama pelayanan *Continuity of Care* pada masa nifas meliputi:

1. Menjamin proses involusi uterus berlangsung normal.
2. Mendeteksi komplikasi secara dini.
3. Mendukung keberhasilan pemberian ASI eksklusif.
4. Meningkatkan kemampuan ibu merawat dirinya dan bayinya.
5. Memberikan dukungan psikologis.
6. Membantu perencanaan keluarga pascapersalinan.
7. Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu serta bayi.

WHO (2022) menekankan bahwa pelayanan nifas yang berkualitas berkontribusi terhadap penurunan morbiditas dan mortalitas maternal maupun neonatal.

Pelayanan Coc yang diberikan pada ibu di masa nifas memungkinkan bidan memberikan pelayanan yang tidak hanya bersifat kuratif, tetapi juga bersifat promotif, preventif, rehabilitatif dan edukatif selama masa nifas. Pelayanan yang diberikan harus memenuhi prinsip :

1. *Woman-centred care*
2. *Evidence-based practice*
3. *Holistic care*
4. *Family-centred care*
5. *Respectful maternity care*
6. *Partnership between woman and midwife*
7. Kolaborasi interprofesional
8. Kesiambungan pelayanan

Kunjungan yang diberikan selama masa nifas menurut WHO (2022) dikomendasikan minimal empat kali selama masa nifas, sedangkan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mengatur pelayanan nifas melalui kunjungan sesuai standar nasional. Pemeriksaan yang dilakukan setiap kunjungan meliputi pemeriksaan tanda vital, Involusi uterus, Lokia, Luka perineum/operasi, Payudara dan laktasi, Kondisi psikologis, Nutrisi, Eliminasi, Mobilisasi, Tanda bahaya nifas dan Konseling KB.

Peran bidan dalam memberikan asuhan pada ibu di masa nifas adalah sebagai *Care provider, Educator, Counselor, Advocate, Collaborator, Manager* dan *Research user*. Melalui *Continuity of Care* hubungan yang terjalin antara bidan dan ibu nifas diharapkan dapat meningkatkan kepercayaan, kepuasan pelayanan, serta kepatuhan terhadap anjuran kesehatan.

Pemahaman mengenai perubahan fisiologis masa nifas menjadi dasar bagi bidan dalam memberikan pelayanan berkelanjutan. Melalui kunjungan nifas yang terjadwal, bidan dapat memantau involusi uterus, kondisi lokia, penyembuhan luka, keberhasilan menyusui, status nutrisi, serta mendeteksi tanda bahaya secara dini. Pendekatan *Continuity of Care* memungkinkan pelayanan yang bersifat preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif sehingga kesehatan ibu dan bayi dapat dipertahankan secara optimal.

4.2 Konsep *Continuity of Care* pada Ibu Menyusui

Pelayanan yang diberikan kepada ibu menyusui tidak berhenti setelah persalinan, melainkan memerlukan pendampingan berkelanjutan selama periode nifas hingga bayi memperoleh ASI

eksklusif dan dilanjutkan sampai usia dua tahun. Laktasi merupakan proses fisiologis produksi, pengeluaran, dan pemeliharaan Air Susu Ibu (ASI) yang dipengaruhi oleh interaksi hormonal, mekanisme refleksi neuroendokrin, serta frekuensi pengosongan payudara. WHO merekomendasikan pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan, dilanjutkan dengan makanan pendamping ASI hingga usia dua tahun atau lebih (World Health Organization, 2023).

4.2.1 Fisiologi Menyusui

Fisiologi laktasi adalah serangkaian proses biologis yang mengatur pembentukan, pengeluaran, dan pemeliharaan produksi Air Susu Ibu (ASI). Proses ini melibatkan interaksi yang kompleks antara sistem endokrin, sistem saraf, dan jaringan payudara, serta dipengaruhi oleh perubahan hormonal sejak masa kehamilan hingga periode menyusui. Produksi ASI merupakan mekanisme fisiologis alami yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, imunologi, dan perkembangan bayi sejak lahir (Riordan & Wambach, 2022).

Selama kehamilan, payudara mengalami perkembangan sebagai persiapan menyusui. Setelah persalinan dan keluarnya plasenta, terjadi perubahan hormonal yang memicu dimulainya produksi ASI. Produksi dan pengeluaran ASI selanjutnya dipertahankan melalui rangsangan hisapan bayi yang bekerja berdasarkan mekanisme umpan balik (*feedback mechanism*). Oleh karena itu, keberhasilan proses laktasi tidak hanya dipengaruhi oleh kondisi fisik dan psikologis ibu, tetapi juga oleh frekuensi dan efektivitas bayi menyusui (World Health Organization, 2023).

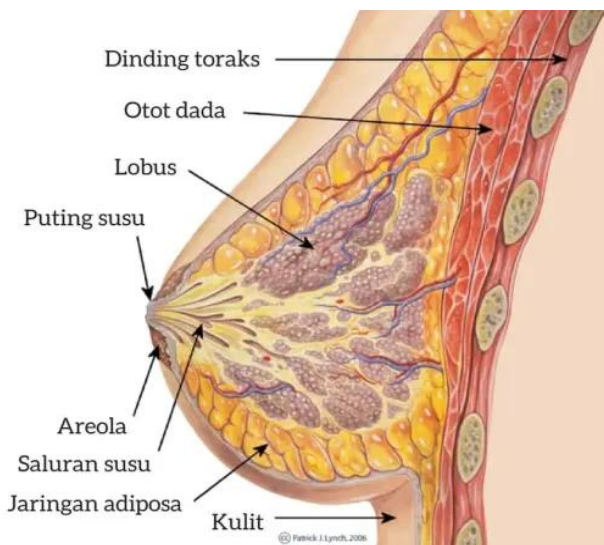
4.2.2 Anatomi dan Fisiologi Payudara

Payudara merupakan organ eksokrin yang berfungsi menghasilkan ASI. Struktur utama payudara terdiri atas jaringan ikat, pembuluh darah, jaringan kelenjar (*glandular tissue*), jaringan lemak (*adipose tissue*), pembuluh limfe dan sistem saraf.

Jaringan kelenjar tersusun atas beberapa lobus yang masing-masing terdiri dari lobulus. Di dalam lobulus terdapat alveoli, yaitu unit fungsional tempat produksi ASI berlangsung. Dinding alveoli dilapisi oleh sel sekretori yang bertanggung jawab dalam sintesis komponen ASI, seperti protein, lemak, laktosa, vitamin, dan

mineral. Di sekitar alveoli terdapat sel mioepitel yang akan berkontraksi akibat pengaruh hormon oksitosin sehingga ASI terdorong menuju saluran susu (*lactiferous ducts*) dan keluar melalui puting susu (Fraser & Cooper, 2021).

Selain sebagai saluran keluarnya ASI, puting dan areola mengandung banyak ujung saraf sensorik. Rangsangan hisapan bayi pada area ini akan diteruskan ke hipotalamus untuk memicu pelepasan hormon prolaktin dan oksitosin dari kelenjar hipofisis.



Gambar 4.1. Anatomi Payudara

Sumber : <https://hellosehat.com/wanita/penyakit-wanita/panduan-anatomi-payudara/>

4.2.3 Perubahan Hormonal Selama Laktasi

Keberhasilan laktasi sangat dipengaruhi oleh perubahan hormonal yang terjadi sejak masa kehamilan hingga masa nifas. Beberapa hormon utama yang berperan dalam keberhasilan laktasi antara lain:

1. Prolaktin

Prolaktin diproduksi oleh hipofisis anterior, merupakan hormon utama yang bertanggung jawab terhadap produksi ASI. Selama kehamilan kadar prolaktin meningkat, tetapi efeknya dihambat oleh tingginya kadar estrogen dan progesteron yang berfungsi

untuk menjaga kehamilan tetap berlangsung. Setelah plasenta lahir, kadar estrogen dan progesteron menurun secara drastis sehingga prolaktin tidak ada lagi penghambat dan prolaktin dapat bekerja secara optimal untuk merangsang produksi ASI. Setiap kali bayi menghisap puting susu ibu, reseptor pada puting akan mengirimkan impuls saraf ke hipotalamus yang kemudian merangsang hipofisis anterior untuk melepaskan prolaktin. Semakin sering bayi menghisap puting susu ibu /menyusu, semakin tinggi pula kadar prolaktin yang dilepaskan sehingga produksi ASI akan meningkat. Mekanisme ini dikenal sebagai prinsip **supply and demand**, yaitu produksi ASI bergantung pada seberapa sering dan efektif pengeluaran ASI dilakukan/payudara dikosongkan (Riordan & Wambach, 2022).

2. Oksitosin

Oksitosin disekresikan oleh hipofisis posterior sebagai respons terhadap rangsangan hisapan bayi atau stimulasi emosional positif, seperti mendengar tangisan bayi atau melihat bayi. Hormon ini menyebabkan sel mioepitel di sekitar alveoli berkontraksi sehingga ASI terdorong menuju duktus laktiferus dan keluar melalui puting. Proses ini dikenal sebagai **refleks pengeluaran ASI (*let-down reflex*)**.

Refleks oksitosin juga membantu kontraksi uterus pada masa nifas sehingga mempercepat involusi uterus dan mengurangi risiko perdarahan postpartum. Oleh karena itu, menyusui memberikan manfaat tidak hanya bagi bayi, tetapi juga bagi kesehatan ibu (Cunningham *et al.*, 2022).

3. Estrogen dan Progesteron

Selama kehamilan, estrogen merangsang pertumbuhan saluran susu (*ductal growth*), sedangkan progesteron merangsang perkembangan alveoli di payudara ibu. Walaupun kedua hormon tersebut penting untuk perkembangan payudara, kadar yang tinggi selama kehamilan menghambat sekresi ASI. Setelah plasenta lahir, terjadi penurunan kadar estrogen dan progesteron di dalam darah sehingga prolaktin dapat merangsang produksi ASI.

4. Hormon Pendukung Lain

Selain prolaktin dan oksitosin, beberapa hormon lain turut mendukung proses laktasi, antara lain:

- a. **Insulin**, yang berperan dalam metabolisme glukosa sebagai bahan pembentukan laktosa.
- b. **Kortisol**, yang membantu diferensiasi sel sekretori payudara.
- c. **Hormon tiroid**, yang mendukung aktivitas metabolik sel alveoli.
- d. **Growth hormone**, yang berkontribusi terhadap perkembangan jaringan payudara.

Keberhasilan menyusui juga dipengaruhi oleh dua refleks utama., yaitu :

Refleks Prolaktin

Refleks prolaktin dimulai ketika bayi mengisap puting susu. Rangsangan sensorik diteruskan melalui saraf ke hipotalamus sehingga terjadi pelepasan prolaktin dari hipofisis anterior. Hormon ini merangsang sel alveoli untuk memproduksi ASI yang akan digunakan pada sesi menyusui berikutnya.

Refleks Let-Down (*Milk Ejection Reflex*)

Refleks ini dipicu oleh pelepasan oksitosin dari hipofisis posterior. Oksitosin menyebabkan kontraksi sel mioepitel di sekitar alveoli sehingga ASI terdorong keluar melalui saluran susu. Refleks ini dapat dipengaruhi oleh kondisi emosional ibu. Stres, kecemasan, atau nyeri dapat menghambat pelepasan oksitosin sehingga pengeluaran ASI menjadi kurang optimal.

4.2.4 Implikasi *Continuity of Care* Pada Masa Menyusui

Pemahaman mengenai fisiologi laktasi menjadi dasar bagi bidan dalam memberikan pelayanan *Continuity of Care* pada ibu menyusui. Bidan perlu melakukan edukasi sejak masa kehamilan mengenai proses pembentukan ASI, pentingnya melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD), teknik menyusui bayi, serta faktor-faktor yang dapat memengaruhi produksi ASI. Pendampingan secara berkelanjutan selama masa nifas memungkinkan bidan

mengidentifikasi masalah laktasi lebih dini, memberikan konseling yang tepat, dan meningkatkan keberhasilan pemberian ASI eksklusif hingga bayi berusia enam bulan. Pendampingan yang dapat dilakukan bidan selama masa menyusui meliputi:

1. Pemantauan teknik menyusui.
2. Evaluasi pertumbuhan bayi.
3. Pemecahan masalah laktasi.
4. Dukungan psikososial.
5. Edukasi keluarga.

Pelaksanaan home visit/kunjungan rumah kepada ibu menyusui menjadi bagian yang penting dalam *Continuity of Care*. Menemui pasien secara langsung memungkinkan bidan untuk menilai kondisi ibu secara nyata dalam lingkungan keluarga dan proses menyusui yang dilakukan sehari-hari. Saat melakukan kunjungan rumah bidan dapat langsung menilai kondisi ibu, Bayi, Lingkungan tinggal, dukungan keluarga dan Keberhasilan dalam menyusui.

Permasalahan yang biasanya timbul saat periode menyusui antara lain Bendungan ASI, Mastitis, Puting lecet, Puting datar, Abses payudara, Produksi ASI sedikit dan Bayi sulit menyusu. Setiap masalah yang timbul memerlukan pendekatan berbasis bukti untuk mempertahankan keberlangsungan menyusui.

Keberhasilan menyusui sangat dipengaruhi oleh dukungan suami, dukungan Orang tua ibu, dukungan tenaga kesehatan, tempat kerja dan lingkungan sosial ibu. Penelitian menunjukkan bahwa ibu yang memperoleh dukungan keluarga memiliki peluang lebih tinggi untuk berhasil memberikan ASI eksklusif dibandingkan ibu yang kurang mendapatkan dukungan (Victora *et al.*, 2016).

DAFTAR PUSTAKA

- Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Dashe, J.S., Hoffman, B.L., Casey, B.M. & Spong, C.Y. (2022) *Williams Obstetrics*. 26th ed. New York: McGraw-Hill Education.
- Fraser, D.M. & Cooper, M.A. (2021) *Myles Textbook for Midwives*. 17th ed. London: Elsevier.
- International Confederation of Midwives (2024) *Essential Competencies for Midwifery Practice*. The Hague: International Confederation of Midwives.
- Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K. & Alden, K.R. (2020) *Maternity & Women's Health Care*. 12th ed. St. Louis: Elsevier.
- Riordan, J. & Wambach, K. (2022) *Breastfeeding and Human Lactation*. 6th ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Victora, C.G., Bahl, R., Barros, A.J.D., França, G.V.A., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M.J., Walker, N. & Rollins, N.C. (2016) 'Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect', *The Lancet*, 387(10017), pp. 475–490.
- World Health Organization (2022) *WHO Recommendations on Maternal and Newborn Care for a Positive Postnatal Experience*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2023) *Infant and Young Child Feeding*. Geneva: World Health Organization.

BAB 5

CONTINUITY OF CARE PADA NEONATUS, BAYI, DAN BALITA

Angka Kematian Neonatal (AKN), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Balita (AKABA) masih menjadi indikator utama keberhasilan pembangunan kesehatan suatu negara. Walaupun berbagai upaya telah dilakukan melalui peningkatan cakupan pelayanan kesehatan ibu dan anak, berbagai tantangan masih menyebabkan tingginya risiko kesakitan dan kematian pada periode neonatal hingga balita, terutama akibat prematuritas, asfiksia, infeksi, kelainan kongenital, malnutrisi, serta keterlambatan deteksi gangguan pertumbuhan dan perkembangan (Togo *et al.*, 2026).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menegaskan bahwa periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan merupakan masa yang sangat menentukan kualitas kesehatan seseorang sepanjang hidup. Masa ini dimulai sejak konsepsi hingga anak berusia dua tahun dan memerlukan pelayanan kesehatan yang berkesinambungan, komprehensif, serta terintegrasi. Pelayanan yang terputus pada salah satu tahapan dapat meningkatkan risiko morbiditas, mortalitas, gangguan tumbuh kembang, maupun kecacatan jangka Panjang (Togo *et al.*, 2026).

Pada masa neonatal (0–28 hari), pelayanan *Continuity of Care (CoC)* diarahkan untuk menjamin keberhasilan transisi bayi dari kehidupan intrauterin ke ekstrauterin melalui pemantauan adaptasi fisiologis, pemeliharaan suhu tubuh normal, dukungan terhadap inisiasi menyusui dini dan keberhasilan pemberian ASI eksklusif, pencegahan infeksi, deteksi dini kelainan kongenital, pemberian imunisasi dasar sesuai rekomendasi, serta identifikasi dan penanganan dini komplikasi yang memerlukan rujukan. Pelayanan yang berkesinambungan pada periode neonatal sangat penting karena sebagian besar kematian neonatal terjadi pada minggu

pertama kehidupan, sehingga pemantauan yang sistematis dan tindak lanjut setelah bayi dipulangkan dari fasilitas kesehatan menjadi komponen utama dalam menjamin keselamatan dan kualitas hidup bayi (Grewal *et al.*, 2024b).

Selanjutnya pada masa bayi (1–12 bulan), *Continuity of Care* berfokus pada pemantauan pertumbuhan, perkembangan, pemberian ASI eksklusif, imunisasi lengkap, pencegahan penyakit infeksi, pemenuhan nutrisi, stimulasi perkembangan, serta edukasi kepada keluarga mengenai pola pengasuhan yang responsif. Sementara pada masa balita (1–5 tahun), pelayanan berkelanjutan diarahkan pada pemantauan status gizi, deteksi dini gangguan tumbuh kembang, pencegahan stunting, pelayanan imunisasi lanjutan, serta pembentukan perilaku hidup bersih dan sehat dalam keluarga (Grewal *et al.*, 2024a).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa penerapan *Continuity of Care* memberikan dampak positif terhadap penurunan angka kematian neonatal, peningkatan keberhasilan pemberian ASI eksklusif, peningkatan kepatuhan kunjungan kesehatan, peningkatan kepuasan keluarga, penguatan kompetensi orang tua dalam merawat bayi, serta menurunkan angka rehospitalisasi setelah bayi dipulangkan dari rumah sakit. Selain itu, pelayanan yang berkesinambungan mampu meningkatkan koordinasi antar tenaga kesehatan sehingga pelayanan menjadi lebih efektif, efisien, dan berpusat pada keluarga (*family-centered care*) (Kamila *et al.*, 2026).

Di Indonesia, implementasi *Continuity of Care* telah menjadi bagian dari pelayanan kebidanan dan kesehatan anak melalui pelayanan antenatal, persalinan, kunjungan neonatal, pemantauan bayi dan balita di Posyandu, pelayanan imunisasi, serta pemanfaatan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Namun demikian, implementasinya masih menghadapi berbagai kendala seperti keterbatasan sumber daya manusia, koordinasi antar fasilitas kesehatan yang belum optimal, pencatatan informasi yang belum terintegrasi, akses pelayanan di daerah terpencil, serta kurangnya keterlibatan keluarga dalam proses pengambilan keputusan (Hillermann, 2022).

Perkembangan pelayanan kesehatan global juga menunjukkan pergeseran paradigma menuju pelayanan yang

berpusat pada keluarga (*family-centered care*) dengan memperhatikan hak-hak bayi baru lahir, keterlibatan orang tua dalam pengambilan keputusan, komunikasi efektif antar tenaga kesehatan, serta kesinambungan pelayanan sejak rumah sakit hingga komunitas. Pendekatan ini dinilai mampu meningkatkan kualitas pelayanan neonatal, memperkuat ikatan orang tua dan bayi, serta mendukung keberhasilan tumbuh kembang anak secara optimal (Togo *et al.*, 2026).

Oleh karena itu, pemahaman mengenai Continuity of Care pada neonatus, bayi, dan balita menjadi sangat penting bagi tenaga kesehatan, khususnya bidan, perawat, dokter, mahasiswa kesehatan, serta pemangku kebijakan. Bab ini disusun sebagai referensi ilmiah yang mengintegrasikan konsep teoritis, kebijakan nasional dan internasional, bukti ilmiah terbaru, serta implementasi praktik pelayanan *Continuity of Care* dalam mendukung peningkatan kualitas kesehatan anak sejak lahir hingga usia balita.

5.1 Konsep Dasar *Continuity of Care*

Continuity of Care merupakan suatu pendekatan pelayanan kesehatan yang menjamin kesinambungan asuhan kepada individu melalui koordinasi yang efektif antar tenaga kesehatan, antar fasilitas pelayanan, dan antar tahapan pelayanan kesehatan. Konsep ini menekankan bahwa pelayanan kesehatan tidak dilakukan secara terpisah, tetapi merupakan rangkaian pelayanan yang saling berkesinambungan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara komprehensif, berpusat pada pasien (*patient-centered care*), dan melibatkan keluarga sebagai mitra dalam proses pengambilan keputusan. Dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak, Continuity of Care dimulai sejak masa kehamilan, persalinan, nifas, periode neonatal, bayi, hingga balita sehingga setiap tahapan pelayanan dapat saling mendukung dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal (Baart *et al.*, 2025).

Perkembangan konsep *Continuity of Care* didorong oleh meningkatnya kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan yang terintegrasi, terutama dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu serta anak. Pelayanan yang terfragmentasi sering

menyebabkan terjadinya kesenjangan informasi, keterlambatan penanganan, dan rendahnya koordinasi antar penyedia layanan kesehatan. Oleh karena itu, berbagai organisasi kesehatan internasional, termasuk World Health Organization (WHO), mendorong penerapan pelayanan yang berkesinambungan sebagai salah satu strategi untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan maternal dan neonatal serta mendukung pencapaian *Sustainable Development Goals* (SDGs), khususnya penurunan angka kematian neonatal dan balita (WHO, 2024).

Secara konseptual, *Continuity of Care* memiliki tiga dimensi utama, yaitu *relational continuity*, *informational continuity*, dan *management continuity*. *Relational continuity* menggambarkan hubungan yang berkelanjutan antara tenaga kesehatan dengan pasien sehingga tercipta kepercayaan dan komunikasi yang efektif. *Informational continuity* berkaitan dengan ketersediaan dan pemanfaatan informasi kesehatan secara konsisten pada setiap episode pelayanan, sedangkan *management continuity* merupakan koordinasi pelayanan yang terintegrasi agar setiap intervensi sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien meskipun melibatkan berbagai tenaga kesehatan atau fasilitas pelayanan yang berbeda (Haggerty *et al.*, 2003).

Dalam pelayanan neonatus, bayi, dan balita, penerapan *Continuity of Care* diwujudkan melalui kesinambungan pelayanan sejak bayi lahir hingga usia lima tahun. Pelayanan tersebut meliputi kunjungan neonatal, pemantauan pertumbuhan dan perkembangan, pemberian ASI eksklusif, imunisasi, skrining kelainan kongenital, deteksi dini gangguan tumbuh kembang, pemenuhan kebutuhan gizi, serta edukasi kepada keluarga mengenai perawatan anak. Kesinambungan pelayanan setelah bayi dipulangkan dari fasilitas kesehatan juga menjadi komponen penting karena sebagian besar komplikasi neonatal terjadi pada minggu pertama kehidupan. Penelitian menunjukkan bahwa pelayanan pascapemulangan yang terstruktur mampu meningkatkan keberhasilan menyusui, mengurangi angka rehospitalisasi, serta meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat bayi di rumah (Grewal *et al.*, 2024a).

5.2 Continuity Of Care Pada Neonatus

5.2.1 Pengertian *Continuity of Care* pada Neonatus

Neonatus adalah bayi yang berusia sejak lahir hingga 28 hari kehidupan. Periode ini merupakan fase transisi yang sangat kritis karena bayi harus beradaptasi dari kehidupan intrauterin menuju kehidupan ekstrauterin. Adaptasi tersebut meliputi perubahan sistem pernapasan, sirkulasi, pengaturan suhu tubuh, metabolisme glukosa, fungsi gastrointestinal, serta sistem imun. Kegagalan adaptasi pada salah satu sistem dapat meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas neonatal, terutama pada bayi prematur, bayi berat lahir rendah, dan bayi dengan komplikasi persalinan. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan pada periode neonatal harus dilakukan secara komprehensif, berkesinambungan, dan berbasis bukti ilmiah untuk menjamin kelangsungan hidup (Urbina *et al.*, 2024).

Continuity of Care pada neonatus merupakan proses pemberian pelayanan kesehatan yang berkesinambungan sejak bayi lahir hingga berakhirnya periode neonatal. Pelayanan ini tidak hanya mencakup tindakan klinis di fasilitas kesehatan, tetapi juga tindak lanjut setelah bayi dipulangkan melalui kunjungan neonatal, pemantauan pertumbuhan, dukungan menyusui, edukasi kepada orang tua, deteksi dini komplikasi, serta sistem rujukan yang efektif. Pendekatan ini bertujuan memastikan tidak terjadi kesenjangan pelayanan (*care gap*) yang dapat menyebabkan keterlambatan diagnosis maupun penanganan masalah kesehatan bayi. Penelitian sistematis menunjukkan bahwa hubungan yang berkesinambungan antara keluarga dan tenaga kesehatan, koordinasi pelayanan, serta kesinambungan informasi merupakan komponen utama yang menentukan keberhasilan *Continuity of Care* dalam pelayanan perinatal dan neonatal (Bellizzi *et al.*, 2024).

Pada praktiknya, *Continuity of Care* pada neonatus mengintegrasikan pelayanan rumah sakit, puskesmas, praktik mandiri bidan, serta pelayanan berbasis komunitas. Integrasi tersebut memungkinkan bayi memperoleh pemantauan kesehatan secara berkelanjutan, termasuk evaluasi keberhasilan menyusui, pemantauan berat badan, skrining ikterus, deteksi

infeksi, penilaian tumbuh kembang awal, serta pemberian imunisasi sesuai jadwal. Pelayanan yang terkoordinasi juga meningkatkan kualitas komunikasi antartagenaga kesehatan sehingga keputusan klinis dapat dilakukan secara tepat dan berkesinambungan (Mariani *et al.*, 2024;)

Tabel 5.1. Komponen *Continuity of Care* pada Neonatus
Berdasarkan Tahapan Pelayanan

Tahap Pelayanan	Waktu Pelaksanaan	Bentuk Pelayanan	Tujuan
Pelayanan Neonatal Esensial	0–6 jam setelah lahir	Penilaian kondisi umum bayi, Inisiasi Menyusu Dini (IMD), menjaga kehangatan tubuh, kontak kulit dengan kulit (<i>skin-to-skin contact</i>), pemberian vitamin K1, salep/tetes mata antibiotik, imunisasi Hepatitis B dosis lahir (HB-0), perawatan tali pusat, serta identifikasi faktor risiko	Membantu adaptasi fisiologis bayi terhadap kehidupan ektrauterin, mencegah hipotermia, perdarahan, infeksi, serta menurunkan risiko kematian neonatal dini
Kunjungan Neonatal 1 (KN1)	Usia 6–48 jam	Pemeriksaan tanda vital, pemantauan keberhasilan menyusui, pemeriksaan fisik lengkap, penilaian eliminasi, deteksi dini tanda bahaya, konseling perawatan bayi baru lahir	Memastikan kondisi bayi stabil setelah lahir dan mendeteksi secara dini gangguan kesehatan neonatal
Kunjungan Neonatal 2 (KN2)	Usia 3–7 hari	Pemantauan berat badan, evaluasi kecukupan ASI, pemeriksaan ikterus, kondisi tali pusat, eliminasi, tanda infeksi, edukasi keluarga mengenai perawatan bayi dan tanda bahaya	Menilai pertumbuhan awal, mendukung keberhasilan menyusui, serta mencegah komplikasi neonatal pada minggu pertama kehidupan
Kunjungan Neonatal 3 (KN3)	Usia 8–28 hari	Pemeriksaan pertumbuhan dan	Menjamin kesinambungan

Tahap Pelayanan	Waktu Pelaksanaan	Bentuk Pelayanan	Tujuan
		perkembangan awal, penilaian status kesehatan umum, pemantauan berat badan, konseling imunisasi, edukasi	pelayanan, memantau tumbuh kembang awal, serta memastikan bayi siap memasuki masa bayi dengan kondisi kesehatan yang optimal
Rujukan Berkesinambungan	Dilakukan kapan saja bila ditemukan komplikasi	Stabilisasi awal, komunikasi dan koordinasi rujukan, pendokumentasian kondisi bayi, tindak lanjut pascarujukan	Memastikan bayi memperoleh pelayanan yang cepat, tepat, komprehensif, dan berkesinambungan sesuai tingkat kebutuhan pelayanan kesehatan

Sumber : (World Health Organization, 2024);(Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2022) (Baart *et al.*, 2025);(Bellizzi *et al.*, 2024); (Mariani *et al.*, 2024); (Urbina *et al.*, 2024).

5.2.2 Tujuan *Continuity of Care* pada Neonatus

Penerapan *Continuity of Care* pada periode neonatal bertujuan untuk:

1. Menjamin keberhasilan adaptasi bayi terhadap kehidupan ekstrasuterin.
2. Menurunkan angka kesakitan dan kematian neonatal melalui deteksi dini serta penatalaksanaan komplikasi.
3. Meningkatkan keberhasilan inisiasi menyusu dini dan pemberian ASI eksklusif.
4. Memastikan pelaksanaan imunisasi, skrining bayi baru lahir, dan pemantauan pertumbuhan sesuai standar.
5. Memberikan edukasi kepada keluarga agar mampu melakukan perawatan bayi baru lahir secara mandiri di rumah.
6. Memperkuat koordinasi pelayanan antar fasilitas kesehatan sehingga kesinambungan pelayanan tetap terjaga.

Tujuan-tujuan tersebut sejalan dengan temuan berbagai kajian yang menunjukkan bahwa pelayanan neonatal yang

berpusat pada keluarga (*family-centered care*) dapat meningkatkan keberhasilan menyusui, mempercepat kenaikan berat badan bayi, mengurangi angka rawat ulang, memperkuat keterikatan orang tua dengan bayi, serta meningkatkan kepuasan keluarga terhadap pelayanan kesehatan. Keterlibatan aktif orang tua selama masa perawatan neonatal juga mendukung perkembangan bayi dan kesehatan mental keluarga secara keseluruhan (Mariani *et al.*, 2024);(Urbina *et al.*, 2024).

5.2.3 Prinsip Pelayanan *Continuity of Care* pada Neonatus

Pelaksanaan *Continuity of Care* (CoC) pada neonatus didasarkan pada prinsip-prinsip berikut (Baart *et al.*, 2025; Bellizzi *et al.*, 2024; Mariani *et al.*, 2024; Urbina *et al.*, 2024):

1. Pelayanan yang aman (*safe care*)

Pelayanan neonatal harus mengutamakan keselamatan bayi melalui penerapan standar pelayanan, pencegahan infeksi, identifikasi dini faktor risiko, serta tindakan yang sesuai dengan pedoman klinis untuk meminimalkan terjadinya komplikasi.

2. Berpusat pada bayi dan keluarga (*family-centered care*)

Bayi dan keluarga menjadi pusat pelayanan kesehatan. Orang tua, khususnya ibu dan ayah, dilibatkan dalam pengambilan keputusan, perawatan sehari-hari, serta pemantauan kondisi bayi sehingga tercipta hubungan kemitraan antara keluarga dan tenaga.

3. Berbasis bukti (*evidence-based practice*)

Seluruh tindakan yang diberikan kepada neonatus harus mengacu pada bukti ilmiah terkini, pedoman praktik klinis, serta rekomendasi organisasi kesehatan internasional agar pelayanan yang diberikan efektif, aman, dan bermutu.

4. Kolaboratif dan multidisiplin

Pelayanan neonatus memerlukan kerja sama antara bidan, dokter, perawat, ahli gizi, tenaga kesehatan masyarakat, serta profesi kesehatan lainnya. Kolaborasi yang baik akan meningkatkan kualitas pelayanan dan mempercepat penanganan apabila terjadi komplikasi.

5. Pelayanan yang berkesinambungan

Asuhan diberikan secara terus-menerus mulai sejak bayi lahir, selama perawatan di fasilitas kesehatan, hingga setelah bayi kembali ke rumah melalui kunjungan neonatal dan pemantauan lanjutan. Kesenambungan ini bertujuan mencegah terjadinya *care gap* atau terputusnya pelayanan.

6. Menghormati hak bayi dan keluarga

Pelayanan harus menghormati hak bayi untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas serta hak keluarga untuk mendapatkan informasi yang jelas, memberikan persetujuan terhadap tindakan medis, dan berpartisipasi aktif dalam proses perawatan.

7. Meminimalkan pemisahan ibu dan bayi

Selama kondisi medis memungkinkan, ibu dan bayi sebaiknya tidak dipisahkan. Kebijakan ini mendukung pembentukan ikatan emosional (*bonding attachment*), meningkatkan keberhasilan menyusui, dan memperbaiki stabilitas fisiologis bayi baru lahir.

8. Mendorong kontak kulit dengan kulit (*skin-to-skin contact*)

Kontak kulit dengan kulit segera setelah lahir terbukti membantu menjaga suhu tubuh bayi, menstabilkan denyut jantung dan pernapasan, meningkatkan keberhasilan inisiasi menyusui dini, serta memperkuat hubungan emosional antara ibu dan bayi.

9. Melibatkan ayah dan anggota keluarga

Keterlibatan ayah dan anggota keluarga lainnya dalam perawatan bayi memberikan dukungan emosional kepada ibu, meningkatkan kepercayaan diri keluarga dalam merawat bayi, serta memperbaiki hasil kesehatan neonatal.

10. Memberikan dukungan emosional dan edukasi secara berkelanjutan

Orang tua perlu memperoleh edukasi mengenai teknik menyusui, perawatan tali pusat, menjaga kehangatan bayi, tanda bahaya neonatal, serta jadwal kunjungan neonatal sehingga mampu merawat bayi secara mandiri di rumah.

11. Menjamin kesinambungan dokumentasi dan komunikasi

Dokumentasi yang lengkap mengenai kondisi bayi, hasil pemeriksaan, terapi, dan rencana tindak lanjut harus disampaikan secara akurat antarpetugas kesehatan. Kesinambungan informasi ini memungkinkan tenaga kesehatan melakukan evaluasi perkembangan bayi secara objektif serta menentukan intervensi yang tepat pada setiap kunjungan.

12. Melakukan pemantauan neonatal secara berkelanjutan

Pemantauan setelah bayi pulang dari fasilitas kesehatan harus mencakup penilaian kemampuan menyusui, suhu tubuh, berat badan, ikterus, frekuensi napas, aktivitas bayi, dan tanda bahaya lainnya. Edukasi kepada keluarga mengenai tanda bahaya, seperti kesulitan menyusui, demam atau hipotermia, napas cepat, ikterus yang memberat, letargi, muntah berulang, maupun penurunan berat badan berlebihan, sangat penting agar orang tua segera mencari pertolongan apabila terjadi perubahan kondisi bayi.

13. Mengoptimalkan dukungan keluarga dan komunitas

Keberhasilan *Continuity of Care* sangat dipengaruhi oleh keterlibatan keluarga serta dukungan dari tenaga kesehatan, kader, dan masyarakat. Kolaborasi tersebut membantu keluarga memberikan perawatan dasar yang tepat, mempertahankan pemberian ASI, menjaga kebersihan dan kehangatan bayi, serta memastikan bayi memperoleh pelayanan kesehatan sesuai.

5.3 Continuity Of Care Pada Bayi

5.3.1 Pengertian Continuity of Care pada Bayi

Bayi adalah individu yang berada pada rentang usia **29 hari hingga 12 bulan**, yang merupakan periode lanjutan setelah masa neonatal. Pada tahap ini, bayi mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat, baik secara fisik, neurologis, maupun psikososial. Bayi juga masih sangat bergantung pada orang tua atau pengasuh dalam memenuhi seluruh kebutuhan dasarnya, seperti nutrisi, keamanan, stimulasi, dan perawatan

kesehatan. Oleh karena itu, masa bayi merupakan periode yang sangat penting dalam menentukan kualitas kesehatan dan perkembangan anak di masa mendatang, Periode bayi ditandai dengan perkembangan sistem saraf yang cepat, peningkatan kemampuan motorik, perkembangan sensorik, serta pematangan sistem imun. Kondisi ini menyebabkan bayi sangat rentan terhadap gangguan kesehatan sehingga membutuhkan pemantauan yang berkesinambungan (Baart *et al.*, 2025);(Bellizzi,et al., 2024).

Continuity of Care (CoC) pada bayi merupakan pendekatan pelayanan kesehatan yang menjamin kesinambungan asuhan sejak berakhirnya masa neonatal hingga akhir tahun pertama kehidupan. Pelayanan dilakukan secara terencana, komprehensif, terkoordinasi, dan berpusat pada bayi serta keluarga. Pendekatan ini melibatkan kolaborasi antara tenaga kesehatan, keluarga, dan masyarakat dalam memberikan pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif sesuai kebutuhan bayi(Baart *et al.*, 2025).

Pelayanan CoC tidak hanya berfokus pada pengobatan, tetapi juga pada upaya pencegahan penyakit, pemantauan tumbuh kembang, pemenuhan nutrisi, imunisasi, serta edukasi keluarga. Pendekatan *family-centered care* menjadi dasar penting dalam memastikan keterlibatan orang tua secara aktif dalam perawatan bayi (Bellizzi,et al., 2024).

5.3.2 Tujuan *Continuity of Care* pada Bayi

Pelaksanaan *Continuity of Care* pada bayi didasarkan pada pentingnya pemantauan pertumbuhan, perkembangan, pencegahan penyakit, serta peningkatan peran keluarga dalam perawatan bayi secara berkesinambungan (Baart *et al.*, 2025) Tujuan *Continuity of Care* pada bayi adalah:

1. Menjamin pertumbuhan dan perkembangan bayi berlangsung optimal sesuai usia.
2. Mendeteksi dini gangguan pertumbuhan, perkembangan, dan status gizi.
3. Mendukung keberhasilan pemberian ASI eksklusif dan MPASI yang tepat.

- Memastikan kelengkapan imunisasi sesuai jadwal nasional.
- Mencegah dan mendeteksi dini penyakit pada bayi.
- Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan orang tua dalam perawatan bayi.
- Menjamin kesinambungan pelayanan antar fasilitas kesehatan.

5.3.3 Komponen *Continuity of Care* pada Bayi

Komponen *Continuity of Care* pada bayi disusun berdasarkan kebutuhan pelayanan kesehatan yang komprehensif, berkesinambungan, dan terintegrasi dalam pemantauan tumbuh kembang serta pencegahan penyakit pada bayi. Komponen *Continuity of Care* pada bayi dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.2. Komponen *Continuity of Care* pada Bayi

No	Komponen	Penjelasan
1	Pemantauan pertumbuhan	Pengukuran berat badan, panjang badan, lingkar kepala, dan status gizi secara berkala
2	Pemantauan perkembangan	Penilaian motorik kasar, motorik halus, bahasa, kognitif, dan sosial
3	Imunisasi	Pemberian imunisasi sesuai program nasional untuk pencegahan penyakit
4	Nutrisi	ASI eksklusif 6 bulan, dilanjutkan MPASI dan ASI hingga 2 tahun atau lebih
5	Pencegahan penyakit	Deteksi dini ISPA, diare, anemia, dan gangguan tumbuh kembang
6	Edukasi keluarga	Stimulasi perkembangan, kebersihan, pencegahan kecelakaan, dan tanda bahaya
7	Rujukan	Tindak lanjut ke fasilitas kesehatan lebih tinggi bila ditemukan masalah

Sumber : (Baart *et al.*, 2025);(Grewal *et al.*, 2024a).

5.3.4 Prinsip *Continuity of Care* pada Bayi

Prinsip pelaksanaan *Continuity of Care* pada bayi didasarkan pada pendekatan pelayanan yang berpusat pada bayi dan keluarga, kesinambungan layanan, serta integrasi antar fasilitas kesehatan

untuk memastikan kualitas asuhan yang optimal (Baart *et al.*, 2025); Bellizzi *et al.*, 2024). Prinsip pelaksanaan *Continuity of Care* pada bayi meliputi:

1. Berpusat pada bayi dan keluarga (*family-centered care*)
Pelayanan melibatkan keluarga sebagai mitra utama dalam perawatan bayi.
2. Kontinuitas pelayanan
Asuhan diberikan secara berkesinambungan dari berbagai tingkat pelayanan kesehatan.
3. Komprehensif
Mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
4. Koordinasi antar layanan
Terintegrasi antara bidan, puskesmas, rumah sakit, dan posyandu.
5. Deteksi dini dan intervensi cepat
Setiap masalah kesehatan bayi harus segera diidentifikasi dan ditangani.
6. *Evidence-based care*
Asuhan berdasarkan standar dan bukti ilmiah terkini.

5.4 *Continuity Of Care* Pada Balita

5.4.1 Pengertian *Continuity of Care* pada Balita

Balita merupakan anak yang berusia **12–59 bulan**, yaitu periode yang ditandai dengan pertumbuhan fisik yang pesat, perkembangan kemampuan motorik, bahasa, kognitif, sosial, dan emosional. Masa balita merupakan fase penting dalam pembentukan kualitas kesehatan jangka panjang sehingga memerlukan pelayanan kesehatan yang berkesinambungan untuk memastikan setiap anak tumbuh dan berkembang sesuai potensinya. Pelayanan yang tidak berkesinambungan dapat menyebabkan keterlambatan deteksi gangguan pertumbuhan, perkembangan, maupun masalah gizi yang berdampak pada kualitas hidup anak di masa mendatang (WHO, 2022).

Continuity of Care (CoC) pada balita merupakan pendekatan pelayanan kesehatan yang menjamin kesinambungan asuhan sejak akhir masa bayi hingga usia lima tahun melalui pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan

rehabilitatif secara terintegrasi. Pelayanan diberikan secara berkelanjutan oleh tenaga kesehatan dengan melibatkan keluarga sebagai mitra utama dalam proses pengasuhan dan pemantauan kesehatan anak. Pendekatan ini bertujuan memastikan bahwa setiap balita memperoleh pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan pada setiap tahap pertumbuhan dan perkembangannya (Baart *et al.*, 2025).

Pendekatan CoC pada balita tidak hanya berorientasi pada penanganan penyakit, tetapi juga menekankan upaya mempertahankan kesehatan melalui pemantauan pertumbuhan, pemantauan perkembangan, imunisasi lanjutan, pemenuhan gizi, stimulasi perkembangan, serta edukasi kepada keluarga. Keterlibatan orang tua secara aktif dalam proses pelayanan kesehatan terbukti meningkatkan kepatuhan terhadap kunjungan kesehatan, keberhasilan imunisasi, serta deteksi dini gangguan tumbuh kembang anak (Bellizzi *et al.*, 2024; Mariani *et al.*, 2024).

5.4.2 Tujuan *Continuity of Care* pada Balita

Penerapan *Continuity of Care* pada balita bertujuan untuk:

1. Menjamin pertumbuhan dan perkembangan balita berlangsung optimal sesuai tahap usianya.
2. Mendeteksi secara dini gangguan pertumbuhan, perkembangan, status gizi, maupun penyakit pada balita.
3. Memastikan balita memperoleh imunisasi lanjutan sesuai jadwal nasional.
4. Mendukung pemenuhan kebutuhan gizi dan mencegah stunting, wasting, maupun anemia.
5. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan pengasuhan yang sehat, aman, dan responsif.
6. Memperkuat koordinasi pelayanan antara keluarga, posyandu, puskesmas, rumah sakit, dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
7. Meningkatkan kualitas hidup balita melalui pelayanan kesehatan yang komprehensif dan berkesinambungan (WHO, 2022 ; Unicef, 2023).

5.4.3 Komponen *Continuity of Care* pada Balita

Pelaksanaan *Continuity of Care* pada balita mencakup beberapa komponen utama sebagaimana disajikan pada Tabel 5.1.

Tabel 5.2. Komponen *Continuity of Care* pada Balita

No	Komponen	Penjelasan
1	Pemantauan pertumbuhan	Pengukuran berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas, dan penilaian status gizi secara berkala untuk mendeteksi gizi kurang, gizi lebih, wasting, maupun stunting.
2	Pemantauan perkembangan	Penilaian perkembangan motorik kasar, motorik halus, bahasa, kognitif, sosial, dan emosional menggunakan instrumen skrining perkembangan sesuai usia.
3	Pelayanan imunisasi lanjutan	Pemberian imunisasi lanjutan sesuai program nasional untuk mempertahankan kekebalan tubuh terhadap penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi.
4	Pemenuhan kebutuhan gizi	Edukasi pemberian makanan bergizi seimbang, suplementasi bila diperlukan, pemantauan pola makan, serta pencegahan malnutrisi dan stunting.
5	Pencegahan penyakit	Promosi perilaku hidup bersih dan sehat, sanitasi lingkungan, keamanan pangan, pencegahan kecelakaan, serta deteksi dini penyakit infeksi.
6	Stimulasi tumbuh kembang	Stimulasi melalui aktivitas bermain, komunikasi, membaca, interaksi positif, dan pengasuhan responsif sesuai tahap perkembangan anak.
7	Edukasi keluarga	Konseling mengenai pola asuh, nutrisi, imunisasi, stimulasi perkembangan, tanda bahaya penyakit, dan jadwal kunjungan kesehatan balita.

No	Komponen	Penjelasan
8	Rujukan berkelanjutan	Koordinasi dan tindak lanjut ke fasilitas kesehatan rujukan apabila ditemukan gangguan pertumbuhan, perkembangan, atau penyakit yang memerlukan penanganan lanjutan.

Sumber: (WHO, 2022; UNICEF, 2023; Baart *et al.*, 2025; Bellizzi *et al.* 2024; Mariani *et al.*, 2024; Grewal *et al.*, 2024b).

5.4.4 Prinsip Continuity of Care pada Balita

Pelaksanaan *Continuity of Care* pada balita didasarkan pada beberapa prinsip utama yang mendukung pelayanan kesehatan anak secara menyeluruh.

1. Berpusat pada anak dan keluarga (*family-centered care*)

Pelayanan menempatkan balita dan keluarganya sebagai pusat proses pelayanan kesehatan. Orang tua dilibatkan dalam pengambilan keputusan, pemantauan kesehatan, serta pelaksanaan pengasuhan sehingga tercipta kemitraan yang baik antara keluarga dan tenaga kesehatan (Bellizzi *et al.*, 2024).

2. Pelayanan berkesinambungan

Asuhan diberikan secara terus-menerus melalui kunjungan rutin, pemantauan tumbuh kembang, imunisasi, serta tindak lanjut apabila ditemukan masalah kesehatan. Kesinambungan pelayanan membantu mencegah terjadinya *care gap* yang dapat menghambat keberhasilan intervensi Kesehatan (Baart *et al.*, 2025).

3. Berbasis bukti (*evidence-based practice*)

Seluruh pelayanan diberikan berdasarkan pedoman nasional dan bukti ilmiah terkini sehingga intervensi yang dilakukan aman, efektif, dan sesuai kebutuhan balita (WHO, 2024).

4. Kolaboratif dan terintegrasi

Pelayanan dilakukan melalui kerja sama antara bidan, dokter, perawat, ahli gizi, kader kesehatan, pendidik anak usia dini, dan profesi kesehatan lainnya agar pelayanan menjadi lebih komprehensif (Mariani *et al.*, 2024).

5. Promotif dan preventif

Selain menangani penyakit, CoC menekankan promosi kesehatan melalui edukasi keluarga, pemenuhan gizi, stimulasi perkembangan, imunisasi, serta pencegahan penyakit sehingga masalah kesehatan dapat dicegah sebelum menjadi lebih berat (UNICEF, 2023).

6. Deteksi dini dan rujukan tepat waktu

Pemantauan rutin memungkinkan tenaga kesehatan mengidentifikasi gangguan pertumbuhan, keterlambatan perkembangan, maupun penyakit sedini mungkin sehingga rujukan dapat dilakukan secara cepat dan tepat untuk mencegah komplikasi (Grewal *et al.*, 2024b).

7. Menghormati hak anak

Setiap balita berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, tanpa diskriminasi, serta sesuai dengan prinsip kepentingan terbaik bagi anak. Hak keluarga untuk memperoleh informasi dan berpartisipasi dalam pengambilan keputusan juga harus dihormati selama proses pelayanan (WHO, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Baart, A. *et al.* (2025) "Continuity of care as central theme in perinatal care: A systematic review," *Midwifery* .
- Bellizzi, S., Napodano, C.M.P. and Murgia, P. (2024) "Family-centered care for newborns: A global perspective and review," *Journal of Tropical Pediatrics*.
- Fund, U.N.C. (2023) *The State of the World's Children 2023: For Every Child, Vaccination*. UNICEF.
- Grewal, G. *et al.* (2024a) "Scoping review of interventions to improve continuity of postdischarge care for newborns in LMICs," *BMJ Global Health*.
- Grewal, G. *et al.* (2024b) "Scoping Review of Interventions to Improve Continuity of Postdischarge Care for Newborns in Low- and Middle-Income Countries," *BMJ Global Health*.
- Haggerty, J.L. *et al.* (2003) "Continuity of care: A multidisciplinary review," *BMJ*, 327(7425), pp. 1219–1221. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>.
- Hillermann, L. (2022) "The Continuum of Care for the Neonate: A Critical Review," *African Journal of Inter/Multidisciplinary Studies*.
- K.K.R. (2022) *Pedoman Pelayanan Neonatal Esensial*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kamila, L. *et al.* (2026) "The Effect of Transition to Home Care Model on the Outcomes of Premature Infants and Their Parents : A Systematic Review," pp. 1–24.
- Mariani, I. *et al.* (2024) "Family-centred care interventions in neonatal intensive care units: A scoping review," *BMJ Paediatrics Open*.
- Organization, W.H. (2022) *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. World Health Organization.
- W.H.O (2024) "Countries commit to recover lost progress in maternal, newborn & child survival." World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/news/item/30-05-2024-countries-commit-to-recover-lost-progress-in-maternal--newborn--->

child-survival.

Togo, A. *et al.* (2026) "Newborn and family-centered care: a scoping review on related newborn rights and principles," *Journal of Global Health*.

Urbina, T. *et al.* (2024) "The Why and How of Family-Centered Care," *NeoReviews*.

BAB 6

CONTINUTY OF CARE PADA AKSEPTOR KELUARGA BERENCANA

Keluarga Berencana (KB) merupakan bagian penting dari pelayanan kesehatan reproduksi yang memberikan kesempatan kepada setiap individu dan pasangan untuk menentukan secara bebas dan bertanggung jawab mengenai jumlah anak, jarak kehamilan, serta waktu yang tepat untuk memiliki anak sesuai dengan kondisi dan pilihan reproduksinya.

Pelayanan KB tidak semata-mata berkaitan dengan pemberian alat atau obat kontrasepsi, tetapi merupakan rangkaian pelayanan yang mencakup penyediaan informasi, konseling, pemilihan metode kontrasepsi, pemberian atau pemasangan kontrasepsi, pemantauan penggunaan, penanganan efek samping, tindak lanjut, serta dukungan ketika akseptor membutuhkan pergantian atau penghentian metode kontrasepsi (WHO, 2025).

Dalam konteks Indonesia, program KB merupakan salah satu bagian penting dalam pembangunan keluarga dan kependudukan yang dilaksanakan secara nasional melalui Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), yang saat ini berada dalam Kementerian Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/BKKBN (Kementerian Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/BKKBN, 2026).

Kebutuhan terhadap pelayanan KB yang bermutu masih menjadi perhatian karena keberhasilan program tidak hanya ditentukan oleh banyaknya pasangan usia subur yang menggunakan kontrasepsi, tetapi juga oleh kemampuan sistem pelayanan dalam memastikan bahwa kebutuhan kontrasepsi masyarakat terpenuhi secara tepat, aman, berkelanjutan, dan sesuai dengan pilihan individu (WHO, 2025).

Data nasional menunjukkan bahwa kebutuhan KB modern yang tidak terpenuhi (*unmet need*) di Indonesia pada tahun 2023

masih berada pada angka 7,70%, sedangkan pemerintah menargetkan angka tersebut turun menjadi 7,40% pada tahun 2024.

Pada periode yang sama, prevalensi penggunaan kontrasepsi modern atau *modern contraceptive prevalence rate* (mCPR) di Indonesia tercatat sebesar 62,92% pada tahun 2023 dan ditargetkan meningkat menjadi 63,41% pada tahun 2024.

Data tersebut menunjukkan bahwa meskipun cakupan penggunaan kontrasepsi modern di Indonesia telah mencapai tingkat yang cukup besar, masih terdapat pasangan atau perempuan yang membutuhkan pelayanan kontrasepsi tetapi kebutuhannya belum terpenuhi, sehingga peningkatan akses dan kualitas pelayanan KB tetap menjadi agenda penting dalam pembangunan kesehatan reproduksi (BKKBN, 2024).

Kondisi tersebut memperlihatkan bahwa keberhasilan pelayanan KB tidak cukup hanya diukur berdasarkan jumlah akseptor yang memperoleh kontrasepsi, tetapi juga perlu memperhatikan kesinambungan pelayanan sejak seseorang memperoleh informasi dan konseling hingga selama menggunakan metode kontrasepsi serta ketika membutuhkan pelayanan lanjutan (WHO, 2025).

Konsep *Continuity of Care* (CoC) atau kesinambungan pelayanan menjadi pendekatan yang relevan dalam menjawab kebutuhan tersebut karena menempatkan pelayanan kesehatan sebagai suatu proses yang berlangsung secara berkelanjutan, terkoordinasi, dan berorientasi pada kebutuhan individu sepanjang perjalanan pelayanan kesehatan (WHO, 2018).

Pada pelayanan KB, *Continuity of Care* dapat dipahami sebagai kesinambungan hubungan dan pelayanan antara akseptor dengan tenaga kesehatan yang mencakup proses pengkajian, konseling, pengambilan keputusan, pemberian kontrasepsi, pemantauan, evaluasi, penanganan masalah, serta rujukan apabila diperlukan.

Pendekatan kesinambungan pelayanan menempatkan akseptor sebagai individu yang memiliki hak untuk memperoleh informasi yang lengkap dan akurat serta menentukan pilihan kontrasepsi berdasarkan kebutuhan, kondisi kesehatan, preferensi, dan rencana reproduksinya.

Pemberian informasi dan konseling yang berkualitas merupakan bagian fundamental dalam *Continuity of Care* karena keputusan mengenai penggunaan kontrasepsi seharusnya didasarkan pada pemahaman akseptor mengenai pilihan metode, manfaat, keterbatasan, efek samping, kemungkinan komplikasi, serta tindakan yang perlu dilakukan apabila timbul masalah selama penggunaan.

Pemilihan metode kontrasepsi juga perlu mempertimbangkan kondisi kesehatan dan karakteristik individu karena keamanan suatu metode dapat berbeda sesuai dengan kondisi medis, karakteristik fisiologis, serta faktor lain yang dimiliki oleh pengguna.

Setelah metode kontrasepsi dipilih dan diberikan, pelayanan tidak seharusnya berhenti pada saat akseptor meninggalkan fasilitas kesehatan, tetapi perlu dilanjutkan melalui pemantauan dan tindak lanjut sesuai dengan kebutuhan metode serta kondisi akseptor.

Kesinambungan tersebut menjadi semakin penting karena pengalaman setiap akseptor selama menggunakan kontrasepsi dapat berbeda, termasuk munculnya efek samping, perubahan kondisi kesehatan, perubahan kebutuhan reproduksi, perubahan preferensi, atau keinginan untuk mengganti maupun menghentikan metode kontrasepsi.

Tenaga kesehatan memiliki peran penting dalam memastikan bahwa setiap keluhan atau permasalahan yang dialami akseptor dapat diidentifikasi dan ditangani secara tepat sehingga akseptor memperoleh dukungan dalam mempertahankan metode yang sesuai atau memilih alternatif yang lebih sesuai dengan kebutuhannya.

Pendekatan ini juga penting untuk mencegah terjadinya penghentian penggunaan kontrasepsi yang tidak diikuti dengan pemilihan metode alternatif ketika akseptor masih memiliki kebutuhan untuk mencegah kehamilan, karena terputusnya penggunaan kontrasepsi dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya kehamilan yang tidak direncanakan (WHO, 2025).

6.1 Pengertian *Continuity of Care* pada Akseptor KB

Continuity of Care (CoC) atau kesinambungan pelayanan merupakan konsep pelayanan kesehatan yang menekankan adanya

kesinambungan mutu pelayanan dari waktu ke waktu, baik dalam hubungan antara pasien atau klien dengan tenaga kesehatan maupun dalam koordinasi pelayanan antar tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan (World Health Organization [WHO], 2018).

Dalam pelayanan kontrasepsi, WHO mendefinisikan kesinambungan pelayanan sebagai upaya mempertahankan mutu pelayanan secara konsisten sepanjang waktu melalui tindak lanjut, hubungan yang berkelanjutan dan saling menghormati antara klien dengan tenaga kesehatan, pelayanan yang terintegrasi dan terkoordinasi, serta pertukaran informasi yang diperlukan antar tenaga kesehatan (WHO, 2017).

Continuity of Care pada akseptor Keluarga Berencana (KB) dengan demikian dapat dipahami sebagai suatu proses pelayanan kontrasepsi yang diberikan secara berkesinambungan sejak akseptor memperoleh informasi dan konseling, menentukan metode kontrasepsi berdasarkan kebutuhan dan kelayakan medis, memperoleh pelayanan kontrasepsi, menjalani pemantauan dan tindak lanjut, sampai dengan penanganan efek samping atau komplikasi, pergantian metode, penghentian kontrasepsi, maupun rujukan apabila diperlukan (WHO, 2017; WHO, 2025).

Kesinambungan pelayanan pada akseptor KB tidak hanya berarti akseptor melakukan kunjungan ulang ke fasilitas kesehatan, tetapi juga memastikan bahwa setiap kunjungan memiliki keterkaitan dengan pelayanan sebelumnya sehingga informasi mengenai kondisi kesehatan, riwayat penggunaan kontrasepsi, metode yang digunakan, keluhan, efek samping, serta tindakan yang telah diberikan dapat digunakan sebagai dasar dalam menentukan pelayanan berikutnya (WHO, 2017).

Pada prinsipnya, CoC menempatkan akseptor sebagai pusat pelayanan dengan memberikan kesempatan untuk memperoleh informasi yang memadai, memilih metode kontrasepsi secara sukarela berdasarkan informasi yang benar, serta mendapatkan pelayanan yang menghormati privasi, kerahasiaan, martabat, dan keputusan reproduksinya (WHO, 2017).

Konsep tersebut menjadi penting karena kebutuhan kontrasepsi seseorang dapat berubah sepanjang perjalanan reproduksinya akibat perubahan kondisi kesehatan, status

perkawinan atau keluarga, keinginan memiliki anak, pengalaman menggunakan kontrasepsi, efek samping, maupun faktor sosial dan ekonomi (WHO, 2025).

Oleh karena itu, pelayanan KB perlu memberikan kesempatan kepada akseptor untuk melakukan konsultasi kembali ketika mengalami keluhan atau kekhawatiran, memperoleh penanganan terhadap efek samping, serta mendapatkan alternatif metode apabila metode yang digunakan tidak lagi sesuai dengan kebutuhan atau kondisi kesehatannya (WHO, 2017; WHO, 2025).

Kesinambungan pelayanan juga mencakup pemberian informasi mengenai kapan akseptor perlu melakukan kunjungan ulang dan pemberian kesempatan untuk kembali ke fasilitas pelayanan kesehatan kapan saja apabila memiliki pertanyaan, mengalami masalah, atau membutuhkan pelayanan tambahan.

Dalam pelaksanaannya, CoC membutuhkan dokumentasi pelayanan yang lengkap dan akurat karena informasi mengenai riwayat medis, metode kontrasepsi yang dipilih dan digunakan, serta pelayanan kesehatan reproduksi yang telah diterima merupakan dasar penting untuk menjamin kesinambungan dan keamanan pelayanan berikutnya.

Kesinambungan pelayanan juga memerlukan sistem rujukan yang efektif sehingga akseptor yang membutuhkan metode atau penanganan yang tidak tersedia di fasilitas pelayanan awal dapat memperoleh pelayanan yang sesuai dan tetap mendapatkan tindak lanjut setelah dirujuk (WHO, 2017).

Dalam konteks pelayanan KB di Indonesia, prinsip kesinambungan juga relevan dengan penguatan pelayanan KB pascapersalinan, yang mencakup tata kelola pelayanan, sistem informasi dan evaluasi, kompetensi sumber daya manusia, ketersediaan alat kontrasepsi, serta pembinaan partisipasi keluarga dan masyarakat (Kementerian Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/BKKBN, 2025).

Berdasarkan uraian tersebut, Continuity of Care pada akseptor KB dapat dirumuskan sebagai pelayanan kontrasepsi yang diberikan secara berkesinambungan, terintegrasi, terkoordinasi, berpusat pada akseptor, dan berbasis hak, mulai dari pengkajian kebutuhan dan konseling, pemilihan serta pemberian metode

kontrasepsi, pemantauan penggunaan, penanganan efek samping dan komplikasi, hingga pergantian atau penghentian metode serta rujukan dan tindak lanjut sesuai dengan kebutuhan dan kondisi akseptor (WHO, 2017; WHO, 2018; WHO, 2025).

Dengan demikian, CoC pada akseptor KB bukan sekadar kegiatan kunjungan ulang, melainkan suatu pendekatan pelayanan yang memastikan bahwa kebutuhan kontrasepsi akseptor tetap terpenuhi secara aman, efektif, berkelanjutan, dan sesuai dengan perubahan kondisi serta pilihan reproduksinya sepanjang masa penggunaan kontrasepsi (WHO, 2017; WHO, 2025).

6.2 Tujuan *Continuity of Care* pada Akseptor KB

Continuity of Care (CoC) pada akseptor Keluarga Berencana (KB) bertujuan memastikan bahwa setiap individu memperoleh pelayanan kontrasepsi yang berkesinambungan, aman, efektif, berkualitas, serta sesuai dengan kebutuhan, kondisi kesehatan, dan pilihan reproduksinya (World Health Organization [WHO], 2017; WHO, 2025).

Beberapa tujuan *Continuity of Care* pada Akseptor Keluarga Berencana, antara lain:

1. Menjamin keberlanjutan pelayanan kontrasepsi sejak tahap konseling dan pemilihan metode, pemberian atau pemasangan kontrasepsi, pemantauan penggunaan, kunjungan ulang, penanganan masalah, hingga pergantian atau penghentian metode kontrasepsi sesuai kebutuhan akseptor
2. Meningkatkan keamanan penggunaan kontrasepsi melalui pemantauan kondisi kesehatan akseptor secara berkelanjutan sehingga efek samping, kontraindikasi, komplikasi, maupun perubahan kondisi medis dapat dikenali dan ditangani secara tepat waktu.
3. Meningkatkan efektivitas penggunaan kontrasepsi dengan memastikan akseptor memperoleh informasi yang benar mengenai cara penggunaan metode, kepatuhan terhadap jadwal penggunaan atau kunjungan ulang, kemungkinan terjadinya efek samping, serta tindakan yang harus dilakukan apabila terjadi masalah selama menggunakan kontrasepsi.

4. Memenuhi kebutuhan kontrasepsi yang berubah sepanjang perjalanan reproduksi akseptor, karena pilihan metode kontrasepsi dapat berubah akibat perubahan kondisi kesehatan, keinginan untuk memiliki anak, pengalaman menggunakan metode tertentu, efek samping, atau perubahan kondisi kehidupan akseptor
5. Mendukung pengambilan keputusan yang terinformasi (*informed choice*) dengan memberikan informasi yang lengkap, akurat, mudah dipahami, dan tidak bias mengenai berbagai pilihan kontrasepsi sehingga akseptor dapat menentukan metode yang paling sesuai dengan kebutuhan dan preferensinya
6. Menjamin penghormatan terhadap hak reproduksi akseptor, termasuk hak untuk memperoleh informasi, memilih atau menolak metode kontrasepsi, mendapatkan pelayanan tanpa diskriminasi, serta memperoleh pelayanan yang menjaga privasi, kerahasiaan, martabat, dan otonomi individu.
7. Mendeteksi dan menangani efek samping serta komplikasi secara dini melalui pemantauan dan tindak lanjut yang sistematis, sehingga masalah yang muncul selama penggunaan kontrasepsi dapat ditangani sebelum berkembang menjadi kondisi yang lebih serius.
8. Mencegah terputusnya penggunaan kontrasepsi yang tidak direncanakan dengan memberikan dukungan kepada akseptor ketika mengalami efek samping, kesulitan menggunakan metode, atau memiliki keinginan untuk mengganti metode, sehingga akseptor dapat memperoleh alternatif kontrasepsi yang sesuai apabila masih memiliki kebutuhan untuk mencegah kehamilan
9. Dalam konteks pelayanan kesehatan, CoC bertujuan meningkatkan koordinasi antar tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan melalui pertukaran informasi, dokumentasi yang lengkap, komunikasi yang efektif, serta sistem rujukan dan tindak lanjut yang terintegrasi.
10. Meningkatkan kepuasan akseptor terhadap pelayanan KB melalui hubungan pelayanan yang berkesinambungan, komunikasi yang baik, penghormatan terhadap pilihan individu, serta pemberian

pelayanan yang responsif terhadap kebutuhan dan permasalahan akseptor.

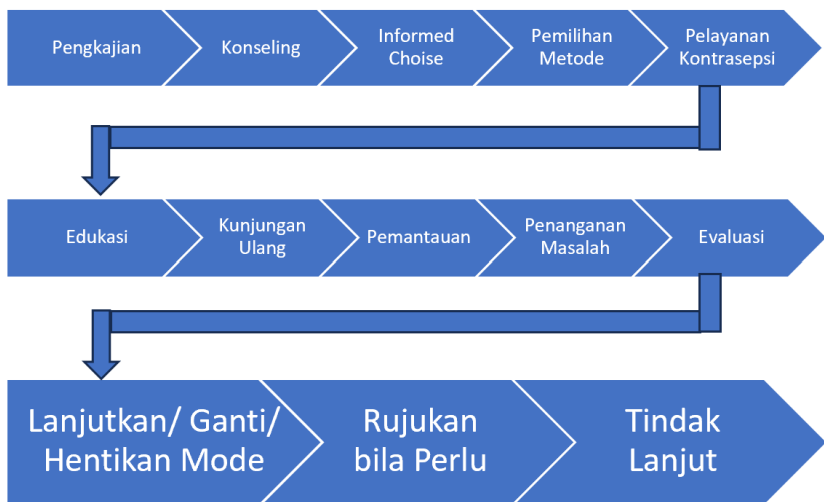
11. Pada tingkat program, penerapan CoC bertujuan mendukung peningkatan cakupan dan keberlanjutan penggunaan kontrasepsi serta pemenuhan kebutuhan KB, sehingga dapat berkontribusi terhadap penurunan kebutuhan KB yang tidak terpenuhi (*unmet need*) dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi.
12. Dalam konteks Indonesia, tujuan tersebut sejalan dengan arah penguatan program Keluarga Berencana yang menekankan peningkatan akses, kualitas, dan keberlanjutan pelayanan KB serta pemenuhan kebutuhan kontrasepsi Masyarakat.

6.3 Alur *Continuity of Care* pada Akseptor KB

Continuity of Care (CoC) pada akseptor Keluarga Berencana (KB) merupakan suatu rangkaian pelayanan yang berlangsung secara berkesinambungan sejak akseptor memperoleh informasi dan konseling, memilih metode kontrasepsi, mendapatkan pelayanan kontrasepsi, menjalani pemantauan, memperoleh penanganan apabila mengalami masalah, hingga melanjutkan, mengganti, atau menghentikan metode kontrasepsi sesuai dengan kebutuhan dan kondisi kesehatannya (World Health Organization [WHO], 2017; WHO, 2025).

Alur CoC menempatkan akseptor sebagai pusat pelayanan sehingga setiap tahapan pelayanan harus mempertimbangkan kebutuhan, kondisi medis, preferensi, nilai, serta rencana reproduksi akseptor, dengan tetap menjamin hak untuk memperoleh informasi dan menentukan pilihan kontrasepsi secara sukarela dan berdasarkan informasi yang memadai.

Secara umum, alur CoC pada akseptor KB dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 6.1. Alur CoC pada akseptor KB

1. Pengkajian Kebutuhan dan Kondisi Akseptor

Tahap pertama dalam CoC adalah melakukan pengkajian secara komprehensif untuk mengetahui kebutuhan kontrasepsi, tujuan reproduksi, kondisi kesehatan, riwayat penggunaan kontrasepsi, serta faktor lain yang dapat memengaruhi pemilihan metode kontrasepsi.

Pengkajian dapat mencakup identitas dan karakteristik akseptor, riwayat kesehatan, riwayat obstetri dan ginekologi, riwayat menstruasi, riwayat penggunaan kontrasepsi sebelumnya, keluhan atau efek samping yang pernah dialami, penggunaan obat tertentu, serta kondisi medis yang relevan dengan pemilihan kontrasepsi.

Pada tahap ini tenaga kesehatan juga perlu mengidentifikasi kebutuhan dan tujuan reproduksi akseptor, termasuk keinginan untuk menunda kehamilan, mengatur jarak kehamilan, atau tidak menginginkan kehamilan lagi, karena tujuan tersebut dapat memengaruhi pilihan metode kontrasepsi.

Pengkajian yang dilakukan secara sistematis menjadi dasar untuk memberikan pelayanan kontrasepsi yang aman, sesuai kebutuhan, dan berkesinambungan pada kunjungan berikutnya (WHO, 2025).

2. Konseling Kontrasepsi

Setelah kebutuhan dan kondisi akseptor diketahui, tahap berikutnya adalah konseling kontrasepsi yang bertujuan memberikan informasi yang benar, lengkap, mudah dipahami, dan tidak bias mengenai berbagai pilihan metode kontrasepsi (WHO, 2017).

Konseling mencakup penjelasan mengenai efektivitas, cara penggunaan, lama perlindungan, keuntungan, keterbatasan, kemungkinan efek samping, tanda bahaya, kontraindikasi atau kondisi yang perlu diperhatikan, serta tindakan yang harus dilakukan apabila terjadi masalah selama penggunaan kontrasepsi (WHO, 2025).

Konseling perlu dilakukan melalui komunikasi dua arah sehingga akseptor memiliki kesempatan untuk menyampaikan pertanyaan, kekhawatiran, pengalaman sebelumnya, dan preferensinya terhadap metode kontrasepsi tertentu (WHO, 2017).

3. *Informed Choice* dan Pengambilan Keputusan

Tahap selanjutnya adalah *informed choice*, yaitu proses ketika akseptor menentukan metode kontrasepsi berdasarkan informasi yang cukup mengenai pilihan yang tersedia serta mempertimbangkan kebutuhan dan kondisi dirinya.

Dalam proses tersebut, tenaga kesehatan berperan memberikan informasi dan membantu akseptor memahami pilihan yang tersedia, tetapi keputusan akhir mengenai penggunaan metode kontrasepsi harus menghormati otonomi dan pilihan akseptor.

Prinsip ini penting karena pelayanan KB berbasis hak menekankan bahwa seseorang memiliki hak untuk memilih, menerima, menolak, mengganti, atau menghentikan metode kontrasepsi sesuai dengan keputusan reproduksinya (WHO, 2017).

4. Pemilihan Metode Kontrasepsi

Setelah memperoleh informasi yang memadai, akseptor bersama tenaga kesehatan menentukan metode kontrasepsi yang paling sesuai dengan kebutuhan, preferensi, dan kondisi medisnya.

Kelayakan medis suatu metode perlu dipertimbangkan berdasarkan kondisi kesehatan dan karakteristik individu karena keamanan penggunaan kontrasepsi dapat berbeda pada kondisi medis tertentu.

WHO melalui *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use* memberikan rekomendasi mengenai penggunaan berbagai metode kontrasepsi berdasarkan kondisi dan karakteristik pengguna untuk membantu tenaga kesehatan memberikan pelayanan yang aman dan sesuai bukti ilmiah (WHO, 2025).

5. Pemberian atau Pemasangan Kontrasepsi

Setelah metode ditentukan, akseptor memperoleh pelayanan kontrasepsi sesuai dengan metode yang dipilih dan kompetensi tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan (WHO, 2025).

Pada tahap ini tenaga kesehatan perlu memastikan bahwa prosedur dilakukan sesuai standar pelayanan, memberikan penjelasan mengenai penggunaan atau perawatan metode, serta mendokumentasikan pelayanan yang telah diberikan sebagai bagian dari kesinambungan informasi.

Dokumentasi tersebut menjadi penting karena dapat digunakan sebagai dasar dalam melakukan pemantauan dan memberikan pelayanan pada kunjungan berikutnya (WHO, 2017).

6. Edukasi Setelah Pemberian Kontrasepsi

Setelah metode kontrasepsi diberikan atau dipasang, akseptor perlu memperoleh edukasi mengenai cara penggunaan yang benar, lama perlindungan, kemungkinan perubahan yang normal selama penggunaan, efek samping yang mungkin terjadi, tanda bahaya, serta kapan harus kembali mendapatkan pelayanan (WHO, 2025).

Akseptor juga perlu diberikan informasi mengenai kondisi yang membutuhkan pertolongan segera serta tempat pelayanan yang dapat dihubungi apabila muncul keluhan atau masalah selama menggunakan kontrasepsi (WHO, 2017).

7. Kunjungan Ulang dan Pemantauan

Kunjungan ulang merupakan salah satu komponen penting dalam CoC karena memberikan kesempatan kepada tenaga kesehatan untuk mengevaluasi penggunaan kontrasepsi dan mengetahui perubahan kondisi akseptor (WHO, 2017; WHO, 2025).

Pemantauan dapat mencakup penilaian terhadap penggunaan metode, keluhan atau efek samping, perubahan kondisi kesehatan, kepuasan terhadap metode, serta perubahan kebutuhan dan rencana reproduksi akseptor (WHO, 2025).

Kunjungan ulang tidak hanya bertujuan memastikan bahwa akseptor tetap menggunakan metode kontrasepsi, tetapi juga memastikan bahwa metode tersebut masih sesuai dengan kebutuhan dan kondisi akseptor (WHO, 2017).

8. Identifikasi dan Penanganan Masalah

Apabila akseptor mengalami keluhan, efek samping, atau komplikasi, tenaga kesehatan perlu melakukan pengkajian untuk menentukan penyebab dan tingkat keparahan masalah serta memberikan penatalaksanaan yang sesuai.

Akseptor yang mengalami efek samping perlu memperoleh informasi dan dukungan yang memadai karena efek samping yang tidak dipahami atau tidak tertangani dapat memengaruhi kenyamanan dan keberlanjutan penggunaan kontrasepsi (WHO, 2025).

Apabila masalah tidak dapat ditangani pada fasilitas pelayanan awal, akseptor perlu mendapatkan rujukan ke fasilitas atau tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan sumber daya yang sesuai (WHO, 2017).

9. Evaluasi Keberlanjutan Metode

Setelah dilakukan pemantauan dan penanganan masalah, tenaga kesehatan bersama akseptor melakukan evaluasi untuk menentukan apakah metode kontrasepsi dapat dilanjutkan atau perlu dilakukan perubahan.

Apabila metode masih sesuai dan akseptor merasa nyaman, penggunaan dapat dilanjutkan dengan pemberian informasi

mengenai jadwal pelayanan berikutnya dan akses pelayanan apabila muncul masalah.

Apabila metode tidak lagi sesuai, akseptor mengalami efek samping yang tidak dapat diterima, terdapat perubahan kondisi medis, atau akseptor menginginkan metode lain, tenaga kesehatan perlu memberikan konseling mengenai pilihan metode alternatif (WHO, 2025).

10. Pergantian atau Penghentian Metode Kontrasepsi

Pergantian metode merupakan bagian dari CoC karena kebutuhan dan preferensi kontrasepsi dapat berubah sepanjang perjalanan reproduksi seseorang.

Akseptor yang ingin mengganti metode perlu mendapatkan konseling mengenai pilihan metode baru, termasuk waktu yang tepat untuk melakukan pergantian dan kebutuhan perlindungan kontrasepsi selama masa transisi.

Apabila akseptor ingin menghentikan kontrasepsi karena ingin merencanakan kehamilan atau karena alasan lainnya, tenaga kesehatan perlu memberikan konseling sesuai kebutuhan, termasuk informasi mengenai kembalinya kesuburan dan perencanaan kehamilan yang sehat (WHO, 2025).

11. Rujukan dan Koordinasi Pelayanan

Rujukan merupakan bagian dari CoC ketika kebutuhan akseptor tidak dapat dipenuhi secara optimal pada fasilitas pelayanan kesehatan tempat akseptor pertama kali memperoleh pelayanan.

Rujukan perlu disertai informasi yang relevan mengenai kondisi akseptor, metode kontrasepsi yang digunakan, masalah yang ditemukan, serta pelayanan yang telah diberikan agar tenaga kesehatan pada fasilitas rujukan dapat melanjutkan pelayanan secara tepat (WHO, 2017).

Setelah mendapatkan pelayanan di fasilitas rujukan, kesinambungan pelayanan perlu dipertahankan melalui komunikasi dan tindak lanjut antara fasilitas pemberi rujukan dan fasilitas penerima rujukan sesuai kebutuhan akseptor (WHO, 2018).

12. Tindak Lanjut Berkelanjutan

Tahap akhir dalam satu siklus CoC sekaligus menjadi awal bagi siklus pelayanan berikutnya adalah tindak lanjut secara berkelanjutan (WHO, 2018).

Tindak lanjut dilakukan untuk memastikan bahwa kebutuhan kontrasepsi akseptor tetap terpenuhi dan metode yang digunakan tetap aman, efektif, serta sesuai dengan kondisi dan pilihan akseptor (WHO, 2025).

Apabila terjadi perubahan kebutuhan, kondisi kesehatan, atau preferensi, proses pelayanan dapat kembali pada tahap pengkajian sehingga terbentuk suatu siklus pelayanan yang berkesinambungan dan berpusat pada akseptor (WHO, 2018; WHO, 2025).

6.4 Peran Tenaga Kesehatan dalam Continuity of Care pada Akseptor KB

Tenaga kesehatan memiliki peran penting dalam memastikan terlaksananya *Continuity of Care* (CoC) pada akseptor Keluarga Berencana (KB), karena kesinambungan pelayanan tidak hanya bergantung pada kunjungan ulang akseptor, tetapi juga pada kemampuan tenaga kesehatan memberikan pelayanan yang terintegrasi, berkesinambungan, berpusat pada akseptor, serta menghormati hak dan pilihan reproduksi setiap individu (World Health Organization [WHO], 2017).

Peran tenaga kesehatan dalam CoC dimulai sejak akseptor pertama kali memperoleh informasi mengenai kontrasepsi dan berlanjut selama penggunaan metode, termasuk pemantauan, penanganan efek samping dan komplikasi, pergantian metode, penghentian kontrasepsi, rujukan, serta tindak lanjut sesuai kebutuhan akseptor (WHO, 2017; WHO, 2022).

1. Melakukan Pengkajian Kebutuhan dan Kondisi Akseptor

Tenaga kesehatan berperan melakukan pengkajian secara menyeluruh terhadap kondisi kesehatan dan kebutuhan reproduksi akseptor sebelum menentukan metode kontrasepsi yang sesuai. Pengkajian meliputi riwayat kesehatan, riwayat obstetri dan ginekologi, riwayat penggunaan kontrasepsi,

keluhan atau efek samping sebelumnya, penggunaan obat, kondisi medis, serta tujuan reproduksi akseptor.

Pengkajian yang dilakukan secara komprehensif memungkinkan tenaga kesehatan mengidentifikasi kondisi yang dapat memengaruhi keamanan dan kesesuaian suatu metode kontrasepsi serta menjadi dasar dalam memberikan pelayanan yang individual dan berkesinambungan (WHO, 2022).

2. Memberikan Informasi dan Konseling Kontrasepsi

Tenaga kesehatan berperan memberikan informasi yang akurat, lengkap, mudah dipahami, dan berbasis bukti mengenai berbagai pilihan kontrasepsi yang tersedia (WHO, 2017). Informasi tersebut mencakup efektivitas metode, cara penggunaan, lama perlindungan, manfaat, keterbatasan, efek samping yang mungkin terjadi, tanda bahaya, serta tindakan yang perlu dilakukan apabila muncul masalah selama penggunaan kontrasepsi (WHO, 2022).

Konseling perlu dilakukan secara dua arah dengan memberikan kesempatan kepada akseptor untuk menyampaikan kebutuhan, pengalaman, kekhawatiran, dan preferensinya sehingga keputusan kontrasepsi dapat dibuat secara sadar dan sukarela (WHO, 2017).

3. Mendukung *Informed Choice* dan Otonomi Akseptor

Tenaga kesehatan berperan memastikan bahwa akseptor memperoleh kesempatan untuk memilih metode kontrasepsi berdasarkan informasi yang memadai dan sesuai dengan kebutuhan serta kondisi dirinya. Dalam proses tersebut, tenaga kesehatan tidak seharusnya memaksakan suatu metode, tetapi membantu akseptor memahami pilihan yang tersedia dan konsekuensi dari setiap pilihan sehingga keputusan akhir tetap menghormati otonomi akseptor (WHO, 2017).

Prinsip *informed choice* merupakan bagian penting dari pelayanan KB berbasis hak karena setiap individu berhak memilih dari berbagai metode kontrasepsi tanpa diskriminasi dan tanpa paksaan (WHO, 2014).

4. Menentukan Kelayakan Medis Metode Kontrasepsi

Tenaga kesehatan berperan menilai kelayakan medis suatu metode kontrasepsi berdasarkan kondisi kesehatan dan

karakteristik akseptor dengan menggunakan pedoman berbasis bukti yang berlaku. Penilaian tersebut diperlukan untuk membantu memastikan bahwa metode yang dipilih dapat digunakan secara aman dan sesuai dengan kondisi akseptor.

Dalam praktiknya, tenaga kesehatan perlu mengenali kondisi medis atau faktor risiko yang dapat memengaruhi pilihan kontrasepsi serta melakukan konsultasi atau rujukan apabila diperlukan (WHO, 2022).

5. Memberikan Pelayanan Kontrasepsi secara Aman dan Bermutu

Tenaga kesehatan bertanggung jawab memberikan atau melakukan pemasangan kontrasepsi sesuai dengan kompetensi, standar pelayanan, prosedur yang berlaku, serta prinsip keselamatan akseptor. Pelayanan yang diberikan perlu disertai dengan edukasi mengenai penggunaan metode, perawatan setelah tindakan, kemungkinan perubahan yang terjadi, serta kapan akseptor perlu kembali mendapatkan pelayanan (WHO, 2022).

Pelayanan kontrasepsi yang berkualitas juga harus menjamin privasi, kerahasiaan, penghormatan terhadap martabat akseptor, serta hubungan antara tenaga kesehatan dan akseptor yang saling menghormati (WHO, 2017).

6. Melakukan Edukasi tentang Efek Samping dan Tanda Bahaya

Tenaga kesehatan berperan menjelaskan efek samping yang mungkin terjadi pada setiap metode kontrasepsi sehingga akseptor dapat membedakan perubahan yang masih dapat ditoleransi dengan kondisi yang membutuhkan pemeriksaan lebih lanjut. Edukasi tersebut penting agar akseptor tidak menghentikan penggunaan kontrasepsi secara tidak terencana hanya karena mengalami efek samping yang sebenarnya dapat ditangani atau dikelola (WHO, 2022).

Akseptor juga perlu diberikan informasi mengenai tanda bahaya dan kondisi yang memerlukan pertolongan segera serta tempat pelayanan yang dapat diakses apabila masalah tersebut terjadi (WHO, 2017).

7. Melakukan Pemantauan dan Tindak Lanjut

Pemantauan merupakan komponen utama CoC karena memungkinkan tenaga kesehatan mengetahui apakah metode kontrasepsi masih sesuai dengan kebutuhan dan kondisi akseptor (WHO, 2017). Pada kunjungan tindak lanjut, tenaga kesehatan dapat mengevaluasi penggunaan metode, keluhan, efek samping, perubahan kondisi kesehatan, kepuasan akseptor, serta perubahan kebutuhan atau rencana reproduksi (WHO, 2022).

Tindak lanjut tidak hanya dilakukan berdasarkan jadwal kunjungan, tetapi juga perlu memberikan kesempatan kepada akseptor untuk memperoleh pelayanan kapan pun ketika mengalami masalah atau membutuhkan informasi tambahan (WHO, 2017).

8. Menangani Efek Samping dan Komplikasi

Tenaga kesehatan memiliki tanggung jawab untuk mengidentifikasi dan menangani efek samping maupun komplikasi yang berkaitan dengan penggunaan kontrasepsi sesuai dengan kompetensi dan pedoman pelayanan yang berlaku. Penanganan yang tepat dapat membantu akseptor tetap menggunakan metode yang sesuai apabila metode tersebut masih aman dan dapat diterima oleh akseptor (WHO, 2022).

Apabila efek samping atau komplikasi tidak dapat ditangani pada tingkat pelayanan awal, tenaga kesehatan perlu melakukan rujukan secara tepat dan memastikan adanya kesinambungan informasi antara fasilitas pelayanan yang merujuk dan fasilitas yang menerima rujukan (WHO, 2017).

9. Membantu Akseptor dalam Pergantian Metode

Kebutuhan kontrasepsi dapat berubah seiring dengan perubahan kondisi kesehatan, pengalaman penggunaan metode, rencana memiliki anak, maupun preferensi akseptor. Oleh karena itu, tenaga kesehatan berperan membantu akseptor yang ingin mengganti metode dengan memberikan konseling mengenai alternatif yang tersedia dan memastikan bahwa pergantian dilakukan secara aman dan tepat (WHO, 2022).

Pergantian metode tidak seharusnya dipandang sebagai kegagalan pelayanan, tetapi sebagai bagian dari CoC ketika

metode sebelumnya tidak lagi sesuai dengan kebutuhan, kondisi kesehatan, atau pilihan akseptor (WHO, 2017).

10. Mendukung Akseptor yang Menghentikan Kontrasepsi

Tenaga kesehatan juga berperan memberikan pelayanan kepada akseptor yang ingin menghentikan penggunaan kontrasepsi, baik karena ingin merencanakan kehamilan maupun karena alasan lainnya. Konseling pada tahap ini dapat mencakup informasi mengenai kesuburan setelah penghentian metode, perencanaan kehamilan, serta pilihan kontrasepsi lain apabila akseptor masih ingin mencegah kehamilan (WHO, 2022).

Dengan demikian, kesinambungan pelayanan tetap berlangsung meskipun akseptor menghentikan suatu metode kontrasepsi karena pelayanan harus mengikuti kebutuhan reproduksi akseptor, bukan semata-mata mempertahankan penggunaan metode tertentu (WHO, 2017).

11. Melakukan Rujukan dan Koordinasi Pelayanan

Tenaga kesehatan berperan memastikan bahwa akseptor mendapatkan rujukan apabila membutuhkan pelayanan, pemeriksaan, atau penanganan yang tidak tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan tempat akseptor memperoleh pelayanan awal. Rujukan perlu dilakukan dengan menyampaikan informasi klinis yang relevan agar pelayanan dapat dilanjutkan secara tepat oleh tenaga kesehatan atau fasilitas penerima rujukan (WHO, 2017).

Koordinasi antart tenaga kesehatan dan antar fasilitas pelayanan merupakan bagian penting dari CoC karena dapat mencegah terputusnya informasi dan pelayanan ketika akseptor berpindah tempat pelayanan (WHO, 2018).

12. Melakukan Dokumentasi dan Pencatatan Pelayanan

Dokumentasi merupakan salah satu bentuk kesinambungan informasi dalam pelayanan KB karena riwayat kesehatan, metode kontrasepsi yang digunakan, hasil konseling, keluhan, efek samping, tindakan, dan tindak lanjut dapat menjadi dasar pelayanan pada kunjungan berikutnya.

Pencatatan yang lengkap dan akurat juga membantu tenaga kesehatan lain memahami riwayat pelayanan akseptor sehingga

pelayanan dapat diberikan secara lebih aman, terkoordinasi, dan sesuai dengan kebutuhan individu (WHO, 2017).

13. Menjaga Privasi, Kerahasiaan, dan Hak Akseptor

Tenaga kesehatan memiliki tanggung jawab untuk menjaga privasi dan kerahasiaan informasi pribadi serta informasi kesehatan akseptor selama seluruh proses pelayanan KB. Perlindungan privasi dan kerahasiaan merupakan bagian dari pelayanan kontrasepsi berbasis hak dan menjadi salah satu unsur penting dalam membangun kepercayaan antara akseptor dan tenaga kesehatan (WHO, 2017).

Selain itu, tenaga kesehatan perlu memberikan pelayanan tanpa diskriminasi dan menghormati martabat, nilai, kebutuhan, serta keputusan reproduksi setiap akseptor (WHO, 2014).

14. Meningkatkan Kompetensi dan Mutu Pelayanan

Tenaga kesehatan perlu mempertahankan dan meningkatkan kompetensi melalui pendidikan berkelanjutan, pelatihan, supervisi, serta pembaruan pengetahuan mengenai metode dan rekomendasi kontrasepsi. WHO merekomendasikan pelatihan berbasis kompetensi dan supervisi berkelanjutan bagi tenaga kesehatan yang memberikan informasi dan pelayanan kontrasepsi (WHO, 2014).

Kompetensi yang baik memungkinkan tenaga kesehatan memberikan informasi yang tepat, melakukan penilaian klinis secara aman, menangani masalah kontrasepsi, memberikan konseling yang berkualitas, serta menentukan kebutuhan rujukan secara tepat (WHO, 2022).

15. Melibatkan Akseptor dalam Evaluasi Mutu Pelayanan

Tenaga kesehatan juga berperan melibatkan akseptor dalam upaya peningkatan mutu pelayanan dengan memperhatikan pengalaman, kepuasan, kebutuhan, keluhan, dan masukan yang disampaikan oleh pengguna pelayanan. Keterlibatan akseptor dapat membantu fasilitas kesehatan mengidentifikasi hambatan dalam akses dan kesinambungan pelayanan serta mengembangkan pelayanan yang lebih responsif terhadap kebutuhan masyarakat (WHO, 2017).

dengan perubahan kondisi serta kebutuhan akseptor sepanjang perjalanan reproduksinya (WHO, 2017; WHO, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2025. *Profil Kesehatan Indonesia 2024*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. 2025. *aturan Menteri Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2025 tentang Pelayanan Keluarga Berencana Pascapersalinan*. Jakarta: nterian Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.
- World Health Organization (WHO). 2014. *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: Guidance and recommendations*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). 2014. *Framework for ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: Guidance and recommendations*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). 2017. *Quality of care in contraceptive information and services, based on human rights standards: A checklist for health care providers*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). 2018. *Continuity and coordination of care: A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). 2022. *Family planning: A global handbook for providers*. 4th edn. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). 2025. *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. 6th edn. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). 2025. *Selected practice recommendations for contraceptive use*. 4th edn. Geneva: World Health Organization.

BAB 7

PENGEMBANGAN PELAYANAN CONTINUITY OF CARE DALAM KEBIDANAN

Monitoring dan evaluasi (monev) dalam program *Continuity of Care* (CoC) kebidanan merupakan pilar krusial untuk mengukur fungsionalitas dan kualitas layanan berkelanjutan. Melalui evaluasi yang sistematis, bidan dapat menakar sejauh mana asuhan terintegrasi ini memberikan dampak nyata terhadap status kesehatan ibu dan bayi. Penilaian berfungsi sebagai pengukur keberhasilan untuk mengetahui variabel determinan seperti kompetensi bidan, efektivitas metode, pemanfaatan media kebidanan, ketersediaan sarana, serta sinkronisasi administrasi rujukan (Varney dkk., 2020).

Implementasi monev ini dirancang sebagai proses berkesinambungan yang meliputi tahapan perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan tindakan asuhan, hingga analisis kesenjangan pelayanan (Kemenkes RI, 2021). Keberadaan indikator keberhasilan asuhan yang terukur mempermudah bidan praktisi maupun pengambil kebijakan di fasilitas kesehatan untuk merefleksikan masalah-masalah pokok kebidanan serta mendesain perbaikan program secara komprehensif demi peningkatan mutu pelayanan nasional (Prawirohardjo, 2018).

Secara konseptual, monitoring dan evaluasi tidak dapat dipandang sebagai dua kegiatan yang identik meskipun keduanya sering disebut dalam satu tarikan napas. Monitoring merupakan proses pemantauan berkelanjutan yang berlangsung selama program CoC berjalan, bertujuan memastikan bahwa setiap tahapan asuhan—mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, hingga perawatan

bayi baru lahir—berjalan sesuai standar prosedur operasional yang telah ditetapkan (WHO, 2022).

Evaluasi, di sisi lain, bersifat lebih menyeluruh dan biasanya dilakukan pada titik waktu tertentu untuk menilai pencapaian tujuan program secara keseluruhan, termasuk dampaknya terhadap penurunan angka kesakitan dan kematian ibu serta bayi (WHO, 2022). Kedua proses ini saling melengkapi: monitoring menyediakan data rutin yang menjadi bahan baku bagi evaluasi, sedangkan evaluasi memberikan arah kebijakan bagi perbaikan proses monitoring berikutnya.

Urgensi monev pada program CoC semakin terasa mengingat kompleksitas rantai layanan yang dilaluinya. Seorang ibu hamil dapat berpindah dari Puskesmas ke Bidan Praktik Mandiri, kemudian dirujuk ke Rumah Sakit, sebelum akhirnya kembali menjalani perawatan nifas di rumah. Tanpa sistem monitoring yang terintegrasi, informasi klinis penting berisiko terputus di setiap simpul rujukan tersebut, sehingga kontinuitas relasional dan kontinuitas informasi—dua pilar utama CoC—dapat terganggu. Oleh karena itu, bab ini akan menguraikan landasan etika evaluasi, kriteria efektivitas dan efisiensi instrumen monev, metode serta instrumen pemantauan pada setiap tahap asuhan, indikator keberhasilan program, mekanisme tindak lanjut hasil evaluasi, hingga tantangan yang lazim dihadapi dalam pelaksanaannya di lapangan.

7.1 Etika Evaluasi Asuhan

Pelaksanaan monitoring dan evaluasi asuhan CoC wajib bersandar pada prinsip-prinsip etika profesional kepenulisan dokumen medis dan penilaian klinis yang ketat guna melindungi hak-hak reproduksi perempuan. Bidan harus memastikan bahwa pengumpulan data rekam medis pasien berjalan secara transparan melalui proses persetujuan tindakan (*informed consent*) yang sah (IBI, 2020). Manajemen data hasil pemantauan asuhan terintegrasi ini diarahkan untuk mendukung proses pengambilan keputusan klinis secara bijak tanpa melanggar kerahasiaan informasi pasien (Kemenkes RI, 2021).

Beberapa prinsip etika yang perlu dipegang teguh dalam pelaksanaan monev CoC antara lain:

1. Otonomi Pasien: Ibu hamil dan keluarganya berhak mengetahui data apa saja yang dikumpulkan, untuk tujuan apa data tersebut digunakan, serta memiliki hak untuk menolak sebagian proses pendokumentasian tanpa memengaruhi kualitas layanan yang diterimanya.
2. Kerahasiaan dan Keamanan Data: Rekam medis terintegrasi harus disimpan dengan sistem yang menjamin kerahasiaan, baik dalam bentuk fisik maupun digital, serta hanya dapat diakses oleh tenaga kesehatan yang berkepentingan langsung dengan asuhan pasien tersebut.
3. Kejujuran dan Akurasi Pencatatan: Data hasil pemantauan tidak boleh direkayasa demi memenuhi target administratif; nilai evaluasi yang tidak akurat akan menyesatkan pengambilan keputusan klinis dan kebijakan di tingkat fasilitas maupun wilayah.
4. Keadilan Akses: Instrumen monev harus dirancang agar dapat diterapkan secara setara pada seluruh kelompok ibu hamil, termasuk yang berada di wilayah terpencil atau memiliki keterbatasan akses terhadap fasilitas kesehatan rujukan.
5. Akuntabilitas Profesional: Bidan sebagai pelaksana sekaligus pencatat data bertanggung jawab penuh atas keakuratan dokumentasi yang menjadi dasar audit dan pelaporan program.

Prinsip-prinsip tersebut menjadi kerangka etik yang menaungi dua kriteria teknis utama dalam merancang instrumen monev, yaitu efektivitas dan efisiensi.

7.1.1 Efektif

Aspek efektif dalam evaluasi bermakna bahwa instrumen penilaian asuhan CoC harus benar-benar valid dalam mengukur keberhasilan kontinuitas pelayanan (Saifuddin, 2020). Pengukuran berfokus pada target-target krusial kebidanan, salah satunya adalah kemampuan bidan dalam mendeteksi tanda bahaya kehamilan dan pemecahan masalah kegawatdaruratan maternal secara tanggap dan akurat.

Suatu instrumen monev dikatakan efektif apabila memenuhi beberapa syarat berikut:

1. Validitas Isi (*Content Validity*): Butir-butir pemantauan yang digunakan benar-benar mencerminkan aspek klinis yang hendak dinilai, bukan sekadar formalitas administratif.
2. Reliabilitas: Memiliki stabilitas hasil pengukuran sehingga tidak berubah secara signifikan apabila dilakukan oleh penilai yang berbeda pada kondisi klinis yang sama.
3. Sensitivitas Klinis: Mampu mendeteksi perubahan kondisi pasien secara dini, sehingga tanda bahaya kehamilan, persalinan, maupun masa nifas dapat dikenali sebelum berkembang menjadi komplikasi yang mengancam jiwa.

Efektivitas evaluasi juga diukur dari sejauh mana hasil penilaian dapat ditindaklanjuti secara nyata. Sebuah instrumen yang secara teknis valid namun hasilnya tidak pernah digunakan untuk memperbaiki proses asuhan tidak dapat dikatakan efektif dalam konteks manajemen mutu pelayanan. Oleh karena itu, efektivitas monev CoC senantiasa dikaitkan dengan keberadaan mekanisme umpan balik (*feedback loop*) yang menghubungkan hasil pemantauan dengan perbaikan praktik klinis di lapangan.

7.1.2 Efisien

Evaluasi yang efisien menitikberatkan pada optimalisasi sumber daya dengan menghemat biaya, waktu, dan tenaga tanpa mendegradasi akurasi data penilaian. Format lembar kendali evaluasi harus dirancang praktis sehingga mudah digunakan oleh bidan mandiri maupun tim kolaborasi interprofesional di rumah sakit rujukan.

Efisiensi instrumen money asuhan kebidanan CoC diukur melalui parameter komparatif berikut:

Tahap Asuhan	Komponen Pemantauan	Target Efisiensi Waktu	Instrumen Utama	Validitas Data	Luaran Evaluasi
Antenatal	Skrining Risiko Trimester	10 Menit	Kartu Skor Poedji Rochjati / Buku KIA	Tinggi	Pemetaan Risiko
Intranatal	Kemajuan Persalinan	Kontinu	Lembar Partograf WHO	Sangat Tinggi	Deteksi Distosia
Postnatal	Involusi & Laktasi	15 Menit	Ruang Kendali / Ceklis Kunjungan Nifas	Tinggi	Pencegahan Perdarahan
Bayi Baru Lahir	Adaptasi Fisiologis	5 Menit	Tabel APGAR & Skrining Neonatus	Sangat Tinggi	Resusitasi Dini

(Sumber: Data Pengolahan Manajemen Mutu Klinik Kebidanan Terintegrasi, 2026)

Efisiensi tidak hanya diukur dari kecepatan pengisian instrumen, tetapi juga dari kemudahan interpretasi hasil oleh tenaga kesehatan pada berbagai jenjang fasilitas. Instrumen seperti Kartu Skor Poedji Rochjati dan Partograf WHO dipilih karena telah terstandardisasi secara nasional maupun internasional, sehingga tidak memerlukan pelatihan khusus yang berkepanjangan bagi bidan yang bertugas di fasilitas kesehatan primer. Efisiensi semacam ini

penting terutama pada wilayah dengan rasio tenaga kesehatan yang terbatas terhadap jumlah ibu hamil yang harus dilayani.

Evaluasi proses pelayanan CoC harus mencakup pemetaan spasial wilayah kerja agar alur rujukan berjalan selaras dengan konsep perlindungan kesehatan lingkungan tempat tinggal ibu hamil. Keselarasan asuhan berkelanjutan dengan ekosistem pelayanan medis dapat digambarkan pada skema sistem pelayanan kebidanan berikut:



Gambar 7.1. Skema Sistem Lingkungan Pelayanan Kesehatan Kebidanan Sehat Berkelanjutan

(Sumber: Dokumen Modul Administrasi Pelayanan Mutu Kebidanan, 2026)

7.2 Metode dan Instrumen Monitoring pada Setiap Tahap Asuhan

Program CoC menuntut adanya kesinambungan pemantauan pada empat tahap utama, yaitu antenatal, intranatal, postnatal, dan perawatan bayi baru lahir. Setiap tahap memiliki karakteristik risiko klinis yang berbeda sehingga memerlukan metode dan instrumen pemantauan yang disesuaikan.

7.2.1 Monitoring Tahap Antenatal

Pada tahap antenatal, monitoring difokuskan pada deteksi dini faktor risiko kehamilan melalui kunjungan pemeriksaan berkala. Bidan menggunakan instrumen skrining terstandar untuk

mengidentifikasi kehamilan dengan risiko tinggi sedini mungkin, sehingga rujukan dapat direncanakan sebelum kondisi darurat terjadi. Selain skrining risiko, monitoring antenatal juga mencakup pemantauan pertumbuhan janin, tekanan darah, kadar hemoglobin, status gizi ibu, serta kelengkapan imunisasi Tetanus Toxoid (TT). Dokumentasi setiap kunjungan dicatat dalam Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) sebagai bagian dari rekam medis terintegrasi.

7.2.2 Monitoring Tahap Intranatal

Monitoring pada tahap intranatal bersifat kontinu dan intensif, mengingat periode persalinan merupakan fase dengan risiko komplikasi tertinggi bagi ibu maupun janin. Partograf WHO menjadi instrumen utama yang digunakan untuk mencatat kemajuan pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin, denyut jantung janin, kontraksi uterus, serta tanda vital ibu secara berkala. Garis waspada dan garis bertindak pada partograf berfungsi sebagai sistem peringatan dini terhadap kemungkinan distosia persalinan, sehingga keputusan klinis dapat diambil secara tepat waktu.

7.2.3 Monitoring Tahap Postnatal dan Bayi Baru Lahir

Pada masa nifas, monitoring diarahkan pada pemantauan involusi uterus, karakteristik lokia, tanda-tanda infeksi, tekanan darah, serta keberhasilan proses laktasi. Kunjungan nifas (KF1–KF4) dilakukan pada interval waktu tertentu pascapersalinan untuk mendeteksi komplikasi seperti perdarahan pascapersalinan lanjut atau infeksi nifas sedini mungkin. Pada bayi baru lahir, penilaian adaptasi fisiologis dilakukan melalui skor APGAR pada menit pertama dan kelima setelah lahir, dilanjutkan dengan kunjungan neonatal (KN1–KN3) serta skrining neonatus.

7.2.4 Peran Teknologi Informasi dalam Monitoring CoC

Perkembangan teknologi informasi kesehatan membuka peluang besar bagi penguatan sistem monitoring CoC. Aplikasi rekam medis elektronik dan sistem pencatatan digital (seperti e-Kohort) memungkinkan data hasil skrining antenatal, partograf digital, hingga catatan kunjungan nifas tersimpan dalam satu basis data yang dapat diakses oleh berbagai fasilitas pelayanan secara real-time.

Dengan sistem ini, bidan di fasilitas rujukan dapat langsung melihat riwayat pemeriksaan ibu hamil tanpa harus menunggu berkas fisik dikirimkan. Namun, penerapan teknologi ini perlu diimbangi dengan penguatan literasi digital tenaga kesehatan serta jaminan keamanan siber terhadap data pasien yang bersifat sensitif.

7.3 Indikator Keberhasilan Program CoC

Keberhasilan program CoC tidak dapat dinilai hanya dari kelengkapan pengisian instrumen, melainkan harus diukur melalui indikator luaran klinis dan indikator proses yang saling melengkapi.

1. Indikator Proses: Kunjungan K1–K6 sesuai standar, persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di faskes, kunjungan nifas (KF) dan neonatal (KN) lengkap, serta kontinuitas relasional antara ibu dan bidan sepanjang siklus asuhan.
2. Indikator Luaran Klinis: Penurunan angka komplikasi maternal yang tidak terdeteksi dini, penurunan rujukan terlambat, penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB), serta peningkatan proporsi bayi baru lahir dengan skor APGAR normal.
3. Indikator Kualitatif: Tingkat kepuasan ibu terhadap komunikasi bidan, rasa aman selama proses asuhan, serta kualitas edukasi kesehatan yang diterima.

Kerangka Penetapan Target Indikator

Penetapan target bagi setiap indikator keberhasilan CoC idealnya mempertimbangkan kondisi awal (*baseline*) wilayah kerja masing-masing fasilitas, bukan sekadar mengadopsi angka target nasional secara seragam. Fasilitas dengan cakupan kunjungan antenatal yang masih rendah memerlukan target peningkatan yang realistis dan bertahap, disertai strategi intervensi yang sesuai dengan hambatan lokal (seperti geografis dan budaya). Indikator keberhasilan CoC sebaiknya ditinjau secara berkala (setiap 6–12 bulan).

7.4 Audit Maternal Perinatal (AMP) sebagai Tindak Lanjut Evaluasi

Hasil monitoring dan evaluasi program CoC yang menunjukkan adanya kasus kesakitan (*near-miss*) atau kematian ibu dan bayi perlu ditindaklanjuti melalui mekanisme Audit Maternal Perinatal (AMP). AMP merupakan kegiatan penelusuran sebab kematian ibu dan bayi secara sistematis yang melibatkan seluruh pihak dalam rantai rujukan. Tujuan utama AMP bukan untuk mencari kesalahan individu, melainkan untuk mengidentifikasi faktor-faktor sistemik—seperti keterlambatan pengambilan keputusan, keterlambatan rujukan, atau keterlambatan penanganan di fasilitas kesehatan—sehingga dapat dirumuskan langkah pencegahan agar kasus serupa tidak terulang.

Tahapan Pelaksanaan AMP

1. Pelaporan Kasus: Pelaporan kejadian kesakitan berat atau kematian secara berjenjang dari fasilitas tempat kejadian ke pengelola program kesehatan.
2. Pengumpulan Data dan Telaah Dokumen: Tim audit mengumpulkan dokumen pendukung (Buku KIA, partograf, rekaman rujukan, dan rekam medis).
3. Forum Pengkajian Kasus (*Case Review*): Mempertemukan seluruh pihak terkait untuk menelaah kronologi kejadian secara objektif dan anonim.
4. Perumusan Rekomendasi: Penyusunan langkah perbaikan sistem (pelatihan klinis, perbaikan alur rujukan, penambahan sarana).
5. Pemantauan Tindak Lanjut: Memastikan rekomendasi benar-benar diimplementasikan dalam periode pelayanan berikutnya.'

7.5 Tantangan dalam Pelaksanaan Monitoring dan Evaluasi CoC

Beberapa tantangan utama yang lazim dihadapi dalam penerapan monev CoC di lapangan meliputi:

1. Beban Kerja dan Keterbatasan SDM: Beban ganda antara memberikan pelayanan klinis dan pendokumentasian yang rumit.
2. Fragmentasi Data: Belum meratanya integrasi rekam medis berbasis digital antarjenjang fasilitas.
3. Variasi Kompetensi: Perbedaan ketepatan dan interpretasi instrumen klinis (misalnya interpretasi partograf).
4. Hambatan Geografis dan Sarana: Keterbatasan transportasi darurat dan akses rujukan.
5. Orientasi Administratif: Budaya pelaporan yang masih sebatas memenuhi target administratif alih-alih peningkatan mutu.

Strategi Penguatan Sistem Monev di Tingkat Fasilitas

1. Supervisi Fasilitatif: Penjadwalan supervisi berkala oleh bidan koordinator yang bersifat suportif untuk mendampingi pengisian instrumen monev secara konsisten.
2. Forum Discussion Group / Audit Internal: Pembentukan forum refleksi kasus rutin di Puskesmas untuk mendiskusikan kasus risiko tinggi dan near-miss.
3. Standardisasi Informasi Rujukan: Kesepakatan bersama mengenai lembar rujukan minimal yang wajib menyertakan riwayat CoC pasien.

7.6 Rangkuman

Monitoring dan evaluasi program *Continuity of Care* merupakan proses yang tidak terpisahkan dari upaya peningkatan mutu pelayanan kebidanan secara menyeluruh. Pelaksanaannya harus berlandaskan prinsip etika yang menjunjung otonomi, kerahasiaan, kejujuran, keadilan akses, dan akuntabilitas profesional. Instrumen yang digunakan perlu memenuhi kriteria efektif dan efisien agar mampu mendeteksi tanda bahaya secara akurat. Pemantauan yang dilakukan secara berkesinambungan pada tahap antenatal, intranatal, postnatal, dan bayi baru lahir, yang ditindaklanjuti melalui mekanisme *Audit Maternal Perinatal* (AMP), akan memperkuat sistem deteksi dini dan respons kegawatdaruratan maternal-neonatal.

DAFTAR PUSTAKA

- Ikatan Bidan Indonesia (IBI). (2020). Standar Pelayanan Kebidanan dan Kode Etik Bidan Indonesia. Jakarta: Pengurus Pusat IBI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Pedoman Pelayanan Antenatal, Persalinan, Nifas, dan Bayi Baru Lahir di Era Adaptasi Kebiasaan Baru. Jakarta: Kemenkes RI.
- Prawirohardjo, S. (2018). Ilmu Kebidanan. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saifuddin, A. B. (2020). Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Varney, H., Kriebs, J. M., & Geger, C. L. (2020). Varney's Midwifery (6th ed.). Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.
- World Health Organization. (2022). WHO Recommendations on Maternal and Newborn Care for a Positive Postnatal Experience. Geneva: World Health Organization.

BIODATA PENULIS



Sony Bernike Magdalena Sitorus, SST., M.Kes.

Dosen Program Studi DIII Kebidanan
Poltekkes Kemenkes Medan

Penulis lahir di Medan pada tanggal 18 Oktober 1984. Penulis menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di Akademi Kebidanan Darmo Medan. Kemudian penulis melanjutkan pendidikan DIV Bidan Pendidik di Universitas Sumatera Utara dan melanjutkan pendidikan Magister Kesehatan peminatan Kesehatan Reproduksi di Universitas Sumatera Utara. Saat ini penulis menjadi seorang dosen di Program Studi DIII Kebidanan Poltekkes Kemenkes Medan.

BIODATA PENULIS



Reva Afdila, SST., M. K. M

Dosen Program Studi D-III Kebidanan
STIKes Bustanul Ulum Langsa

Reva Afdila, SST., M.K.M. Lahir di Langsa, 08 Agustus 1989. Merupakan Lulusan Magister Kesehatan Masyarakat peminatan KIA-KESPRO di Institut Kesehatan Helvetia Medan Tahun 2017. Penulis memulai Pendidikan Kebidanan pada tahap Diploma III Kebidanan di STIKES Langsa dan tamat pada tahun 2010, setelah wisuda penulis melanjutkan study di jenjang Sarjana Terapan Kampus Poltekkes Kemenkes Aceh pada Tahun 2012. Pernah bekerja sebagai dosen tetap dan pengelola Lembaga penelitian dan pengabdian masyarakat di STIKes Getsempena Lhoksukon (Aceh Utara) tahun 2017 s/d 2020, Saat ini tercatat sebagai dosen tetap di Program Studi Diploma III Kebidanan dan Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat di STIKes Bustanul Ulum Langsa. Penulis aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat dan penulis juga gemar mengembangkan riset riset ilmiah khususnya dibidang kebidanan. Hingga buku ini diterbitkan, penulis sudah melahirkan 6 karya buku bertema kebidanan : Faktor yang mempengaruhi pergaulan bebas (Lembaga riset akasia : 2019), Penatalaksanaan Nyeri Persalinan Non Farmakologi pada ibu bersalin (Lembaga riset akasia : 2020), Pencegahan Ruptur Perineum dengan Pijat perineum (Global Aksara : 2021), Buku Ajar Komunikasi Dalam Praktik Kebidanan (Yayasan Putra Adi Darma : 2025), Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pasca persalinan (PT. penerbit Qriset Indonesia), dan Buku ajar Asuhan Kebidanan Komplementer dan Integratif (Karya Bakti Makmur (KBM) Indonesia 2026)

BIODATA PENULIS



Layla Imroatu Zulaikha, M.Kes.

Dosen Program Studi D3 Kebidanan
Fakultas Kesehatan Universitas Islam Madura

Penulis lahir di Pamekasan tanggal 12 April 1988. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan Fakultas Kesehatan, Universitas Islam Madura. Menyelesaikan pendidikan D3 pada Jurusan Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Surabaya, melanjutkan DIV Komunitas di Universitas Kadiri, dan S2 Kedokteran Keluarga di Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Riwayat Struktural pernah menjabat sebagai Kaprodi d3 Kebidanan periode 2016-2022, dan menjadi Dekan fakultas Kesehatan periode 2022-2026. Aktiv sebagai pengurus IBI Cabang Pamekasan periode 2023-2028.

Pernah mendapatkan Hibah penelitian Pada tahun 2017 dengan judul Efektitas Konsumsi Selang Daun Kelor dan Daun Mimba Untuk Mengontrol Kadar Gula Darah pada Pasien Diabetes di Desa Jarin Kecamatan Pademawu, tahun 2019 mendapat hibah dengan judul penelitian Penggunaan Jus Kulit Buah Naga Untuk Mengatasi Nyeri Saat Menstruasi (Dismenorea), tahun 2023 mendapatkan hibah penelitian dengan judul efektifitas sayur jantung pisang untuk mempercepat penyembuhan luka perineum. Dan pada tahun 2024 saya mendapatkan hibah kembali sebagai anggota tim, dengan judul penelitian Potensi Daun Asam Jawa Sebagai Asi Booster Dalam Upaya Pencegahan Stunting Pada Anak

BIODATA PENULIS



Rasmina Anggi Permatasari Sidabutar.

Dosen Program Studi Kebidanan
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Medan

Penulis lahir di Rantauprapat pada tanggal 31 Agustus 1987. Menyelesaikan Pendidikan D4 Bidan Pendidik Pada Fakultas Keperawatan di Universitas Sumatera Utara pada tahun 2010 dan Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Helvetia pada Tahun 2022. Penulis diamanahkan bekerja sebagai Tenaga Pendidik di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Medan dari Tahun 2010 hingga saat ini.

Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: anggidabutar@gmail.com

BIODATA PENULIS



Yusria, S.SiT, M.P.H

Dosen Program Studi Diploma III Kebidanan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Sains Cut Nyak Dhien

Penulis lahir di Tanjung Pura Provinsi Sumatera Utara pada 3 Juli 1980, tercatat sebagai Lulusan D-IV Bidan Pendidik dan Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Mina KIA dan Kesehatan Reproduksi di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, telah bekerja sebagai Dosen tetap di Universitas Sains Cut Nyak Dhien Langsa Provinsi Aceh sejak tahun 2007 sampai dengan sekarang saat ini penulis berdomisili di kota yang sama. Penulis juga aktif membuat penelitian dan pengabdian masyarakat serta buku tentang kebidanan dan kesehatan reproduksi.

BIODATA PENULIS



Nurita Nilasari Bunga Kharisma Arifiana Putri, SST., M.Kes.

Dosen Program Studi D-III Keperawatan
Akademi Kesehatan Dharma Husada Kediri

Penulis lahir di Probolinggo pada 24 April 1989 dan menetap di Kota Kediri, Provinsi Jawa Timur. Menyelesaikan Pendidikan D-IV Program Studi Kebidanan, Universitas Kadiri pada tahun 2011, lulus S2 Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan konsentrasi Kesehatan Reproduksi, Universitas Respati Indonesia Jakarta pada tahun 2016. Penulis adalah dosen Akademi Kesehatan Dharma Husada Kediri. Penulis aktif dalam melakukan riset di bidang Kesehatan, khususnya pada topik Kebidanan. Penulis telah mempublikasikan beberapa hasil riset pada jurnal terakreditasi nasional.

BIODATA PENULIS



Yanik Purwanti, S.Pd., SST., M.Keb.,

Dosen pada Program Studi Kebidanan Universitas Muhammadiyah
Sidoarjo

Yanik Purwanti, S.Pd., SST., M.Keb., lahir di Jombang pada 23 Desember 1979. Pendidikan Sarjana Sains Terapan diselesaikan pada tahun 2007 di Universitas Padjadjaran, Bandung, dan pendidikan Magister Kebidanan ditempuh di Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran melalui program beasiswa Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi (DIKTI) hingga memperoleh gelar M.Keb. pada tahun 2013. Penulis juga menyelesaikan pendidikan Sarjana Pendidikan Bahasa Arab di Universitas Muhammadiyah Sidoarjo pada tahun 2024 dan saat ini sedang melanjutkan studi Magister Manajemen Pendidikan Islam di universitas yang sama. Karier profesional diawali sebagai bidan pelaksana, kemudian berlanjut sebagai dosen di Akademi Kebidanan Siti Khodijah, dan sejak tahun 2013 penulis aktif sebagai dosen pada Program Studi Kebidanan Universitas Muhammadiyah Sidoarjo hingga sekarang.