

Asuhan Kebidanan *Continuity of Care (CoC)* pada Ny. “A” Usia 28 Tahun dari Masa Kehamilan Trimester III hingga Masa Nifas dan Keluarga Berencana di PMB YR, Sidoarjo

Sutra Dyka Trismana¹, Hesty Widowati²

^{1,2} Program Studi Profesi Kebidanan, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Sidoarjo, Indonesia

Article Info

Article history:

Received Maret 1, 2026
 Revised Maret 5, 2026
 Accepted Maret 8, 2026

Kata Kunci;

Continuity of Care,
 Asuhan Kebidanan,
 Nifas,
 Neonatus,
 Keluarga Berencana

Keywords:

*Continuity of Care,
 Midwifery Care,
 Postpartum Care,
 Neonates,
 Family Planning*

ABSTRAK

Continuity of Care (CoC) merupakan model pelayanan kebidanan yang diberikan secara berkesinambungan sejak masa kehamilan, persalinan, nifas, perawatan bayi baru lahir hingga pelayanan keluarga berencana. Pendekatan ini bertujuan meningkatkan kualitas pelayanan serta mendeteksi dini komplikasi pada ibu dan bayi. Penelitian ini bertujuan menggambarkan penerapan Asuhan Kebidanan Continuity of Care pada Ny. “A” usia 28 tahun di PMB YR, Sidoarjo. Metode yang digunakan adalah studi kasus dengan pendekatan deskriptif observasional pada satu ibu hamil dengan kehamilan fisiologis yang didampingi sejak usia kehamilan 38 minggu hingga pelayanan keluarga berencana. Pengumpulan data dilakukan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, observasi, serta telaah rekam medis dan buku KIA, kemudian dianalisis secara deskriptif dengan membandingkan temuan dengan teori dan standar praktik kebidanan. Hasil asuhan menunjukkan bahwa kehamilan berlangsung normal tanpa komplikasi. Persalinan terjadi secara spontan pervaginam dengan kondisi ibu dan bayi baik. Bayi lahir dengan berat badan 3200 gram, skor APGAR 8–9, serta dilakukan Inisiasi Menyusu Dini. Masa nifas berlangsung fisiologis dengan involusi uterus normal dan produksi ASI lancar. Pada pelayanan keluarga berencana, ibu memilih kontrasepsi suntik 3 bulan yang aman bagi ibu menyusui. Dapat disimpulkan bahwa penerapan Asuhan Kebidanan Continuity of Care berjalan baik dan mampu mendukung kehamilan, persalinan, nifas, dan adaptasi neonatus secara optimal tanpa komplikasi.

ABSTRACT

Continuity of Care (CoC) is a midwifery service model provided continuously from pregnancy, childbirth, postpartum, newborn care to family planning services. This approach aims to improve the quality of care and early detection of complications in mothers and babies. This study aims to describe the implementation of Continuity of Care Midwifery Care for Mrs. "A" aged 28 years at PMB YR, Sidoarjo. The method used is a case study with a descriptive observational approach on one pregnant woman with a physiological pregnancy who was accompanied from 38 weeks of gestation until family planning services. Data collection was carried out through anamnesis, physical examination, observation, and review of medical records and KIA books, then analyzed descriptively by comparing the findings with midwifery theory and practice standards. The results of care showed that the pregnancy proceeded normally without complications. Delivery occurred spontaneously per vaginally with good maternal and infant conditions. The baby was born with a birth weight of 3200 grams, an APGAR score of 8–9, and Early Initiation of Breastfeeding was carried out. The postpartum period proceeded physiologically, with normal uterine involution and smooth breast milk production. During family

planning services, the mother chose a 3-monthly injectable contraceptive, which is safe for breastfeeding mothers. It can be concluded that the implementation of Continuity of Care Midwifery Care was successful and optimally supported pregnancy, childbirth, postpartum, and neonatal adaptation without complications.

This is an open access article under the [CC BY](#) license.



Corresponding Author:

Sutra Dyka Trismana
Program Studi Profesi Kebidanan, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo,
Sidoarjo, Indonesia
Email: hesty@umsida.ac.id

1. PENDAHULUAN

Asuhan kebidanan berkesinambungan atau *Continuity of Care* (CoC) merupakan model pelayanan yang diberikan secara terpadu dan berkelanjutan kepada perempuan sejak masa kehamilan, persalinan, nifas, perawatan bayi baru lahir hingga pelayanan keluarga berencana. Pendekatan ini menempatkan perempuan sebagai pusat pelayanan (*woman-centered care*) serta bertujuan menjamin kesinambungan pemantauan kondisi ibu dan bayi sehingga komplikasi dapat dideteksi dan ditangani lebih dini [1]. Model pelayanan berkelanjutan terbukti meningkatkan kualitas asuhan, kepuasan ibu, serta menurunkan risiko terjadinya komplikasi obstetri [2].

Dalam praktik kebidanan sehari-hari, berbagai komplikasi kehamilan dan persalinan seringkali muncul akibat keterlambatan deteksi dini dan kurangnya pemantauan yang berkesinambungan. Kondisi seperti perdarahan postpartum, gangguan hipertensi dalam kehamilan, infeksi, maupun masalah pada neonatus umumnya dapat diminimalkan melalui pemantauan rutin, edukasi yang adekuat, serta rujukan yang tepat waktu [3]. Oleh karena itu, kesinambungan pelayanan menjadi komponen penting dalam menjaga keselamatan ibu dan bayi [4].

Secara nasional, permasalahan tersebut masih berkontribusi terhadap tingginya angka morbiditas dan mortalitas maternal dan neonatal di Indonesia. Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia [5], komplikasi obstetri seperti perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, dan infeksi tetap menjadi penyebab utama kematian ibu, sedangkan kematian bayi banyak disebabkan oleh prematuritas, asfiksia, dan infeksi neonatal. Data ini menunjukkan bahwa penguatan pelayanan kebidanan yang komprehensif dan berkelanjutan, termasuk melalui pendekatan *Continuity of Care*, masih sangat diperlukan [5].

Bidan memiliki peran strategis dalam menurunkan morbiditas dan mortalitas ibu serta bayi melalui pelayanan komprehensif sepanjang siklus reproduksi perempuan. Kompetensi bidan tidak hanya mencakup keterampilan klinis, tetapi juga kemampuan komunikasi terapeutik, edukasi kesehatan, serta pemberdayaan keluarga dalam mengenali tanda bahaya kehamilan dan persalinan [4].

Pelaksanaan asuhan kebidanan berbasis *continuum of care* memungkinkan bidan melakukan deteksi dini faktor risiko, melakukan rujukan tepat waktu, serta memberikan intervensi berbasis bukti (*evidence-based midwifery practice*) sesuai kebutuhan dan preferensi ibu [6]. Pendekatan *Continuity of Care* juga mendukung terciptanya hubungan saling percaya antara bidan dan klien, sehingga ibu lebih terbuka dalam menyampaikan keluhan maupun kekhawatiran yang dialami selama masa kehamilan hingga pemilihan metode kontrasepsi pada periode interval. Hubungan terapeutik yang berkesinambungan ini berkontribusi terhadap peningkatan kepatuhan ibu dalam melakukan kunjungan antenatal, persalinan di fasilitas kesehatan, serta kunjungan nifas dan neonatal [7].

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis melaksanakan Asuhan Kebidanan *Continuity of Care* (CoC) pada seorang ibu di PMB YR, Sidoarjo, yang dimulai sejak masa kehamilan trimester III, proses persalinan, masa nifas, perawatan bayi baru lahir, hingga pelayanan keluarga berencana. Pelaksanaan asuhan ini diharapkan dapat memberikan gambaran penerapan pelayanan kebidanan komprehensif yang berkesinambungan dalam upaya meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan bayi.

2. METODE

Penulisan karya ilmiah ini menggunakan rancangan studi kasus dengan pendekatan deskriptif observasional. Metode ini dipilih untuk memberikan gambaran menyeluruh mengenai penerapan Asuhan Kebidanan *Continuity of Care* (CoC) pada satu klien secara berkesinambungan sejak masa kehamilan hingga pelayanan keluarga berencana. Pendekatan studi kasus memungkinkan peneliti melakukan eksplorasi secara mendalam terhadap proses asuhan, respons klien, serta hasil pelayanan yang diberikan dalam konteks praktik kebidanan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama.

Subjek dalam studi ini adalah satu orang ibu hamil yang mendapatkan pendampingan secara komprehensif di PMB YR, Sidoarjo. Asuhan diberikan mulai trimester III kehamilan, proses persalinan, masa nifas, perawatan bayi baru lahir, hingga pemilihan metode kontrasepsi pada periode interval. Pemilihan subjek dilakukan secara purposive berdasarkan kriteria inklusi, yaitu ibu hamil dengan kehamilan fisiologis, bersedia dilakukan pendampingan berkelanjutan, serta kooperatif selama proses asuhan berlangsung.

Pelaksanaan asuhan mengacu pada standar praktik kebidanan dan prinsip manajemen kebidanan yang sistematis, meliputi tahap pengkajian, penentuan diagnosis atau masalah, perencanaan tindakan, implementasi, serta evaluasi. Dokumentasi dilakukan secara terstruktur menggunakan pendekatan pendokumentasian klinis yang mencakup pencatatan data subjektif, temuan objektif, interpretasi klinis, serta rencana tindak lanjut. Pencatatan yang sistematis bertujuan menjaga kesinambungan informasi pada setiap kunjungan sehingga perkembangan kondisi ibu dan bayi dapat dipantau secara optimal.

Teknik pengumpulan data meliputi anamnesis mendalam, pemeriksaan fisik langsung, observasi selama proses persalinan dan masa nifas, serta telaah rekam medis dan buku KIA. Data yang diperoleh kemudian dianalisis secara deskriptif dengan membandingkan hasil temuan lapangan dengan teori dan standar pelayanan kebidanan terkini. Analisis dilakukan untuk menilai kesesuaian praktik dengan prinsip *evidence-based midwifery* serta mengidentifikasi faktor pendukung dan hambatan dalam penerapan *Continuity of Care*.

Selama proses pelaksanaan studi kasus, aspek etik tetap diperhatikan, termasuk persetujuan tindakan (*informed consent*), menjaga kerahasiaan identitas klien, serta memastikan bahwa seluruh tindakan yang diberikan sesuai dengan standar kompetensi dan kewenangan bidan. Melalui metode ini diharapkan dapat diperoleh gambaran komprehensif mengenai implementasi Asuhan Kebidanan *Continuity of Care* (CoC) di PMB YR, Sidoarjo, serta kontribusinya terhadap peningkatan kualitas pelayanan ibu dan bayi.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny. "A" G2P1A0 di PMB YR, Sidoarjo, kunjungan asuhan kebidanan dalam rangka *Continuity of Care* dimulai pada usia kehamilan 38 minggu pada tanggal 16 Februari 2026 Berdasarkan buku KIA dan hasil wawancara, ibu telah melakukan pemeriksaan antenatal secara teratur di fasilitas pelayanan kesehatan sejak trimester I hingga trimester III sesuai standar pelayanan. Kunjungan antenatal yang dilakukan telah memenuhi rekomendasi pemeriksaan kehamilan minimal 6 kali pada kehamilan normal, sebagaimana dianjurkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020), yaitu minimal 2 kali trimester I, 1 kali trimester II, dan 3 kali trimester III. Kepatuhan ibu dalam melakukan ANC menunjukkan kesadaran yang baik

terhadap pentingnya pemantauan kehamilan secara berkala guna mendeteksi dini faktor risiko maternal maupun fetal.

Pada pemeriksaan usia kehamilan 38 minggu, keadaan umum ibu baik dengan tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 82 x/menit, suhu 36,6°C, dan respirasi 20 x/menit. Berat badan sebelum hamil 55 kg dan saat pemeriksaan 67 kg sehingga terjadi peningkatan berat badan sebesar 12 kg selama kehamilan, yang masih dalam batas normal sesuai rekomendasi kenaikan berat badan pada ibu dengan status gizi normal. Tinggi fundus uteri terukur 33 cm, sesuai dengan usia kehamilan 38 minggu. Presentasi janin kepala, bagian terendah sudah masuk PAP, dan denyut jantung janin 142 x/menit dalam batas normal (120–160 x/menit). Tidak ditemukan tanda bahaya seperti preeklamsia, perdarahan, maupun ketuban pecah dini.

Pada kunjungan tersebut ibu mengeluhkan ketidaknyamanan berupa perut terasa kencang hilang timbul dan peningkatan frekuensi buang air kecil. Keluhan tersebut merupakan perubahan fisiologis menjelang persalinan yang disebabkan oleh penurunan bagian terendah janin ke rongga panggul (lightening) sehingga meningkatkan tekanan pada vesika urinaria. Selain itu, kontraksi Braxton Hicks lebih sering dirasakan pada akhir trimester III sebagai bentuk persiapan uterus menghadapi persalinan. Literatur obstetri menjelaskan bahwa kontraksi tidak teratur dengan intensitas ringan hingga sedang tanpa perubahan serviks merupakan tanda adaptasi fisiologis, bukan kondisi patologis.

Dalam kerangka Continuity of Care, bidan memberikan edukasi mengenai tanda-tanda persalinan, teknik relaksasi napas, mobilisasi ringan, serta persiapan kebutuhan persalinan dan pendamping. Edukasi ini bertujuan meningkatkan kesiapan psikologis ibu dan mengurangi kecemasan menjelang persalinan. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa edukasi antenatal yang komprehensif pada trimester III berhubungan dengan peningkatan kesiapan ibu menghadapi persalinan dan menurunkan tingkat kecemasan. Pendekatan CoC memungkinkan terjalinnya hubungan terapeutik yang berkesinambungan antara bidan dan ibu, sehingga komunikasi menjadi lebih efektif dan responsif terhadap kebutuhan ibu.

Dua hari setelah kunjungan usia kehamilan 38 minggu, ibu mengalami kontraksi teratur yang meningkat frekuensi dan intensitasnya disertai pengeluaran lendir bercampur darah, kemudian datang ke PMB YR dalam kondisi inpartu. Hal ini menunjukkan bahwa pemantauan akhir trimester III yang dilakukan telah sesuai dengan prinsip deteksi dini dan kesiapan persalinan dalam model Continuity of Care. Dengan demikian, asuhan kebidanan kehamilan pada kasus ini berjalan fisiologis, sesuai standar pelayanan antenatal, serta selaras dengan teori dan penelitian mengenai pentingnya asuhan berkelanjutan dalam meningkatkan kesiapan dan keamanan persalinan.

3.2 Asuhan Kebidanan pada Persalinan dan Bayi Baru Lahir

Dua hari setelah kunjungan antenatal pada usia kehamilan 38 minggu tanggal 16 Februari 2026, Ny. "A" datang ke PMB YR, Sidoarjo pada tanggal 18 Februari 2026 pukul 03.30 WIB dengan keluhan mulas teratur sejak pukul 01.00 WIB yang semakin meningkat frekuensi dan intensitasnya, disertai pengeluaran lendir bercampur darah.

Pada pemeriksaan pukul 04.00 WIB didapatkan keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 88 x/menit, suhu 36,7°C, dan respirasi 22 x/menit. Kontraksi uterus teraba 3–4 kali dalam 10 menit dengan durasi ±40–45 detik dan kekuatan sedang. Denyut jantung janin 142 x/menit dalam batas normal.

Hasil pemeriksaan dalam menunjukkan pembukaan serviks 5 cm, penipisan serviks ±70%, portio lunak dan posisi sentral, ketuban utuh, presentasi kepala, denominator UUK, serta penurunan bagian terendah janin pada bidang Hodge II (station -1). Berdasarkan temuan tersebut, Ny. "A" berada pada kala I fase aktif persalinan. Secara fisiologis, fase aktif dimulai sejak pembukaan serviks ≥4 cm hingga lengkap 10 cm dengan kontraksi yang semakin adekuat dan teratur. Proses ini terjadi akibat interaksi hormonal terutama peningkatan oksitosin dan prostaglandin yang memicu kontraksi miometrium efektif

sehingga menyebabkan dilatasi dan pendataran serviks secara progresif. Literatur obstetri menyebutkan bahwa pada multigravida, kemajuan persalinan cenderung lebih cepat karena serviks telah mengalami proses remodeling pada persalinan sebelumnya.

Selama fase aktif, Ny. "A" mengeluhkan nyeri yang semakin kuat. Nyeri persalinan merupakan respons fisiologis akibat kontraksi uterus, dilatasi serviks, dan peregangan jaringan jalan lahir. Persepsi nyeri dapat meningkat apabila ibu mengalami kecemasan atau ketegangan. Dalam pendekatan Continuity of Care, bidan memberikan pendampingan berkelanjutan dengan menerapkan teknik relaksasi pernapasan dalam, posisi miring kiri, serta mobilisasi ringan untuk membantu kemajuan persalinan.

Teknik relaksasi napas dalam bekerja dengan mengaktifkan sistem saraf parasimpatis sehingga membantu menurunkan ketegangan otot dan kecemasan, serta meningkatkan suplai oksigen bagi ibu dan janin. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa teknik pernapasan efektif menurunkan intensitas nyeri kala I fase aktif secara signifikan serta meningkatkan rasa kontrol ibu terhadap proses persalinan. Setelah diberikan bimbingan teknik relaksasi, Ny. "A" mampu mengatur napas dengan lebih teratur dan menyatakan nyeri lebih terkendali.

Pemantauan kemajuan persalinan menunjukkan progres pembukaan serviks yang adekuat hingga pembukaan lengkap (10 cm) pada pukul 08.00 WIB. Ibu mulai dipimpin meneran pada pukul 08.05 WIB dengan teknik mengejan yang benar saat kontraksi. Kala II berlangsung selama ± 15 menit dan pada pukul 08.20 WIB bayi lahir spontan pervaginam dalam kondisi baik. Selama proses persalinan tidak ditemukan komplikasi seperti distosia, gawat janin, maupun perdarahan postpartum. Hal ini menunjukkan bahwa pemantauan partograf serta penerapan asuhan sayang ibu telah dilakukan sesuai standar praktik kebidanan berbasis evidence-based.

Kala I persalinan dimulai sejak ibu merasakan kontraksi teratur pukul 01.00 WIB dan datang ke PMB pukul 03.30 WIB dengan pembukaan 5 cm. Pembukaan lengkap (10 cm) tercapai pada pukul 08.00 WIB sehingga lama kala I fase aktif berlangsung ± 4 jam. Selama kala I, bidan melakukan pemantauan partograf, observasi tanda vital setiap 4 jam, pemantauan DJJ setiap 30 menit, serta memberikan dukungan emosional dan teknik relaksasi napas. Hasil pemantauan menunjukkan kemajuan pembukaan serviks adekuat tanpa tanda gawat janin.

Kala II dimulai pukul 08.00 WIB hingga bayi lahir pukul 08.20 WIB, berlangsung selama ± 20 menit. Bidan memimpin ibu meneran sesuai kontraksi, melakukan proteksi perineum, serta memastikan lingkungan bersih dan aman. Bayi lahir spontan pervaginam dalam kondisi baik tanpa komplikasi distosia bahu. Kala III berlangsung selama ± 7 menit. Plasenta lahir spontan lengkap pada pukul 08.27 WIB dengan manajemen aktif kala III berupa pemberian oksitosin 10 IU IM dalam 1 menit setelah bayi lahir, penegangan tali pusat terkendali (PTT), dan masase fundus uteri. Tidak terdapat retensio plasenta maupun perdarahan postpartum.

Kala IV dilakukan observasi selama 2 jam pertama postpartum. Tanda vital ibu stabil, uterus berkontraksi baik, fundus uteri keras setinggi pusat, dan perdarahan dalam batas normal ± 100 cc. Tidak ditemukan komplikasi. Bayi lahir spontan pervaginam pada usia kehamilan 38 minggu 2 hari dalam kondisi menangis kuat, warna kulit kemerahan, tonus otot baik, dan segera dilakukan penilaian awal dengan skor APGAR menit pertama 8 dan menit kelima 9. Segera setelah lahir dilakukan pengeringan, kontak kulit ke kulit, dan Inisiasi Menyusu Dini (IMD). Rekomendasi dari World Health Organization menyebutkan bahwa IMD dalam satu jam pertama kehidupan dapat membantu stabilisasi suhu, pernapasan, dan kadar glukosa darah bayi serta meningkatkan keberhasilan ASI eksklusif. Bayi juga mendapatkan injeksi vitamin K 1 mg intramuskular untuk mencegah perdarahan akibat defisiensi vitamin K dan imunisasi Hepatitis B sesuai standar pelayanan neonatal.

Perawatan tali pusat dilakukan secara kering dan bersih tanpa pemberian bahan tambahan, sesuai prinsip pencegahan infeksi. Selama observasi dua jam pertama kehidupan, bayi dalam keadaan stabil tanpa tanda hipotermia, takipnea, atau gangguan sirkulasi. Eliminasi awal berupa miksi dan mekonium

terjadi dalam 24 jam pertama, yang menunjukkan fungsi sistem gastrointestinal dan urinaria berjalan baik. Dalam kerangka Continuity of Care, pemantauan neonatus dilakukan berkesinambungan pada kunjungan nifas untuk menilai pertumbuhan, kecukupan ASI, serta tanda bahaya neonatus. Hasil pengkajian menunjukkan bahwa adaptasi ektrauterin bayi berlangsung fisiologis dan sesuai dengan teori serta standar praktik kebidanan berbasis evidence-based.

3.3 Asuhan Kebidanan Masa Nifas

Pada 6 jam pertama postpartum, dilakukan pemantauan kala IV dan awal masa nifas. Ibu dalam keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 84 x/menit, suhu 36,7°C, dan respirasi 20 x/menit. Ibu mengeluhkan nyeri ringan pada perut bagian bawah (afterpain) terutama saat menyusui. Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan uterus berkontraksi baik, teraba keras, dengan tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat. Pengeluaran lochea rubra dalam jumlah normal, tidak berbau, dan tidak terdapat tanda perdarahan aktif. Luka perineum (jika ada) tampak bersih, tidak ada tanda infeksi atau hematoma. Kandung kemih kosong dan ibu sudah dapat berkemih spontan. Produksi ASI sudah mulai keluar berupa kolostrum, bayi menyusu dengan perlekatan baik, dan ibu tidak mengeluhkan nyeri puting atau bendungan payudara.

Selama observasi 6 jam postpartum tidak ditemukan komplikasi seperti perdarahan postpartum, atonia uteri, maupun tanda infeksi. Bidan melakukan pemantauan tanda vital secara berkala, evaluasi kontraksi uterus, masase fundus bila diperlukan, serta memastikan ibu dapat mobilisasi dini. Pemantauan masa nifas menunjukkan involusi uterus berjalan normal, pengeluaran lochea sesuai tahapan, serta produksi ASI lancar. Ibu hanya mengeluhkan nyeri ringan pada perut bagian bawah (afterpain) yang merupakan respons fisiologis akibat kontraksi uterus untuk mencegah perdarahan postpartum. Menurut teori, masa nifas berlangsung selama 6 minggu pascapersalinan, ditandai dengan involusi uterus dan perubahan hormonal yang signifikan [8]. Kontraksi uterus pada awal nifas dipicu oleh hormon oksitosin yang juga berperan dalam refleksi pengeluaran ASI. Kondisi ini sesuai dengan temuan klinis ibu sehingga tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.

Mobilisasi dini dan menyusui segera setelah persalinan diketahui dapat mempercepat involusi uterus dan menurunkan risiko perdarahan postpartum. Penelitian oleh Titaley et al [9] menunjukkan bahwa ibu yang melakukan mobilisasi dini memiliki risiko lebih rendah mengalami subinvolusi uterus dibandingkan yang tirah baring terlalu lama. Edukasi mengenai nutrisi tinggi protein dan cairan cukup juga diberikan untuk mendukung proses pemulihan jaringan.

3.4 Asuhan Kebidanan pada Neonatus

Berdasarkan pemeriksaan fisik lengkap pada bayi baru lahir, didapatkan bayi berjenis kelamin perempuan dengan berat badan lahir 3200 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala 33 cm, dan lingkar dada 32 cm. Frekuensi denyut jantung 140 kali/menit, frekuensi napas 48 kali/menit, suhu aksila 36,7°C, warna kulit kemerahan, tonus otot baik, serta refleks hisap dan refleks moro positif. Tidak ditemukan cacat bawaan mayor maupun tanda distress pernapasan seperti retraksi dinding dada atau sianosis. Segera setelah lahir dilakukan kontak kulit ke kulit dan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) selama ±1 jam. Bayi mampu melekat dengan baik pada payudara ibu dan menunjukkan refleks menghisap yang kuat. Kolostrum sudah keluar dan bayi tampak aktif menyusu. Tidak ditemukan kesulitan perlekatan maupun tanda hipoglikemia.

Pemantauan selama 2 jam pertama kehidupan menunjukkan kondisi bayi stabil dengan suhu tubuh terjaga, pernapasan teratur, serta tidak terdapat tanda hipotermia. Eliminasi awal berupa miksi dan pengeluaran mekonium terjadi dalam 24 jam pertama. Edukasi kepada ibu diberikan mengenai teknik menyusui yang benar, tanda kecukupan ASI (BAK ≥6 kali/hari setelah hari ke-3, bayi tampak puas setelah menyusu), serta pentingnya pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan.

Secara teori, bayi baru lahir normal adalah bayi dengan usia gestasi 37–42 minggu, berat badan 2500–4000 gram, panjang badan 48–52 cm, lingkar kepala 33–35 cm, frekuensi jantung 120–160 kali/menit, dan frekuensi napas 40–60 kali/menit. Berdasarkan kriteria tersebut, kondisi bayi Ny. “A” termasuk dalam kategori neonatus aterm dengan berat badan sesuai masa kehamilan (*appropriate for gestational age*). Pemberian IMD dan ASI dini mendukung stabilisasi suhu, kadar glukosa darah, serta meningkatkan keberhasilan ASI eksklusif. Menurut Kemenkes RI (2023), ASI eksklusif selama 6 bulan berperan penting dalam meningkatkan imunitas bayi dan menurunkan risiko infeksi saluran cerna maupun pernapasan. Studi global oleh Victora et al. [10] juga menunjukkan bahwa pemberian ASI eksklusif dapat menurunkan risiko kematian bayi hingga 13%. Kondisi bayi dalam kasus ini mendukung teori bahwa neonatus cukup bulan yang mendapatkan IMD dan ASI dini memiliki adaptasi yang lebih baik.

3.5 Asuhan Kebidanan Pelayanan Kontrasepsi

Pada akhir masa nifas dilakukan konseling keluarga berencana. Ibu memilih kontrasepsi suntik 3 bulan berbahan dasar progestin. Pemilihan ini didasarkan pada keinginan ibu untuk menjarangkan kehamilan serta pertimbangan keamanan selama menyusui. Menurut WHO Medical Eligibility Criteria (2023), kontrasepsi progestin-only aman digunakan pada ibu menyusui dan tidak memengaruhi kualitas maupun kuantitas ASI secara signifikan. Penelitian Parker et al. [11] menunjukkan bahwa penggunaan DMPA tidak berpengaruh terhadap produksi ASI harian meskipun dapat sedikit menunda aktivasi sekresi awal. Dengan demikian, pemilihan kontrasepsi suntik 3 bulan pada kasus ini sesuai dengan teori dan rekomendasi evidence-based. Pendekatan Continuity of Care memastikan bahwa pelayanan tidak berhenti pada persalinan, tetapi berlanjut hingga perencanaan reproduksi yang aman dan terencana.

4. KESIMPULAN

Penerapan Asuhan Kebidanan Continuity of Care (CoC) pada ibu sejak usia kehamilan 38 minggu tanggal 16 Februari 2026 hingga masa nifas dan pelayanan kontrasepsi di PMB YR, Sidoarjo, menunjukkan bahwa pendampingan berkelanjutan mampu mendukung proses kehamilan aterm, persalinan fisiologis, masa nifas normal, serta adaptasi neonatus yang optimal tanpa komplikasi. Pengkajian komprehensif, edukasi persiapan persalinan, pendampingan teknik relaksasi saat inpartu, pemantauan nifas, dukungan ASI eksklusif, serta konseling keluarga berencana berbasis evidence terbukti selaras dengan teori dan penelitian sebelumnya. Pendekatan Continuity of Care tidak hanya meningkatkan kesiapan dan kenyamanan ibu, tetapi juga memperkuat upaya promotif dan preventif dalam pelayanan kebidanan secara menyeluruh

REFERENSI

- [1] World Health Organization. (2023). *Trends in maternal mortality 2000–2020: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. Geneva: WHO.
- [2] 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*, (4), CD004667.
- [3] World Health Organization (WHO). 2019. *WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. Geneva: WHO.
- [4] ICM (International Confederation of Midwives). 2021. *Essential Competencies for Midwifery Practice*. The Hague: ICM.
- [5] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2022*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- [6] World Health Organization. (2022). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience (updated guideline)*. Geneva: WHO.
- [7] World Health Organization (WHO). 2016. *WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience*. Geneva: WHO.

- [8] Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., & Jensen, M. D. (2021). *Maternity and women's health care* (12th ed.). St. Louis: Mosby.
- [9] Titaley, C. R., Dibley, M. J., & Roberts, C. L. (2021). Early postpartum practices and maternal outcomes in developing countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 1–9.
- [10] Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., & Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475–490.
- [11] Parker, L. A., Sullivan, S., Krueger, C., & Mueller, M. (2021). The effect of depot medroxyprogesterone acetate on lactation outcomes in postpartum women. *Breastfeeding Medicine*, 16(2), 123–130.