

Implementasi *Discharge Planning* dan Kunjungan Ulang Kasus Nifas Dengan *Preeklampsia*

Agtus Yusniar Rahajeng¹, Wahyul Anis^{2*}, Ivon Diah Wittiarika³, Andriyanti⁴

^{1,2,3,4}Program Studi Kebidanan, Fakultas Kedokteran, Universitas Airlangga, Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo No.47, Pacar Kembang, Kec. Tambaksari, Kota Surabaya, Jawa Timur, Indonesia 60132
Email: wahyul.anis@fk.unair.ac.id^{2*}

Abstrak

Preeklampsia pada masa nifas merupakan salah satu kontributor terbesar terhadap morbiditas dan mortalitas ibu. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengkaji dan menggambarkan implementasi pelaksanaan discharge planning dan kunjungan ulang kasus nifas dengan preeklampsia di salah satu Rumah Sakit tipe B kota Surabaya dan Puskesmas Kota Surabaya. Penelitian ini menggunakan desain kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam dan observasi. Besar sampel sebanyak 18 informan yang terdiri dari 11 informan bidan dan 7 informan ibu nifas dengan preeklampsia, penentuan sampel dengan purposive sampling. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan pelaksanaan discharge planning, pelayanan nifas dan jadwal kunjungan ulang belum seluruhnya dilakukan sesuai standar pelayanan. Pelaksanaan discharge planning dan pelayanan nifas yang sesuai menjadi tolak ukur pelayanan dan merupakan bentuk continuity of care pelayanan kebidanan khususnya dalam hal pelayanan ibu nifas dengan preeklampsia. Penelitian ini bermanfaat bagi bidan dalam memberikan asuhan kebidanan yang profesional dan optimal sesuai standar asuhan kebidanan, serta meningkatkan pengetahuan ibu nifas dengan preeklampsia tentang preeklampsia.

Keywords: *Discharge planning, Kunjungan ulang nifas, Pelayanan kesehatan, Preeklampsia*

PENDAHULUAN

Preeklampsia pada masa nifas merupakan kontributor penting terhadap morbiditas dan mortalitas ibu yang lebih tinggi dari pada preeklampsia dengan onset antepartum, serta penyebab utama re-admisi pada masa nifas (Hauspurg & Jeyabalan, 2022)

Pada tahun 2023, diperkirakan 260.000 kematian ibu terjadi di seluruh dunia, setara dengan 712 kematian setiap hari. Hal ini menandai penurunan angka kematian ibu sebesar 40% sejak tahun 2000, yang mencerminkan upaya global yang berkelanjutan untuk meningkatkan akses ke layanan kesehatan esensial (WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA, 2025).

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih dikisaran 305 per 100.000 Kelahiran Hidup, sedangkan target yang ditentukan pada tahun 2024 yaitu 183 per 100.000 KH. Di Jawa Timur AKI meningkat menjadi 93,73 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2023, yaitu sebanyak 499 kasus kematian, paling banyak disebabkan oleh hipertensi dalam kehamilan, persalinan, dan nifas, termasuk preeklampsia (Dinkes Jatim, 2023). Di Surabaya secara keseluruhan AKI turun dari 79 menjadi 32 per 100.000 kelahiran hidup dari tahun 2017 hingga 2023. Terdapat 4 kasus kematian ibu yang disebabkan karena hipertensi dan 3 diantaranya merupakan kasus preeklampsia pada ibu nifas (Dinkes Surabaya, 2023).

Cakupan kunjungan nifas (KF lengkap) di kota Surabaya pada tahun 2021 sebesar 98,68%, tahun 2022 sebesar 99,65% dan pada tahun 2023 sebesar 97,76% (Dinkes Jatim, 2023). Terdapat kesenjangan antara pencapaian pelayanan nifas dengan masih besarnya kasus nifas dengan preeklampsia. Sehingga dapat dipertimbangkan penelitian terkait *discharge planning* pada kasus nifas dengan preeklampsia yang masih terbatas dilakukan di Surabaya.

Rumah Sakit tempat kegiatan penelitian merupakan Rumah Sakit rujukan tipe B di Surabaya Barat. Berdasarkan laporan sensus persalinan tahun 2023 dalam kategori klasifikasi di RS tempat penelitian terdapat 89 (82,41%) kasus preeklampsia. Tahun 2024 terdapat 75 kasus (70,75%) pasien dengan preeklampsia. Ada 4 kasus eklampsia di tahun 2024 yaitu: 2 kasus pada ibu hamil, 1 kasus pada ibu bersalin, dan 1 kasus pada ibu nifas. Preeklampsia menduduki urutan kedua indikasi *sectio caesarea* di Rumah Sakit tempat penelitian (RSUD BDH, 2024).

Pemerintah berusaha menurunkan AKI sebesar 70% per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 untuk mencapai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan, Sustainable Development Goals/SDGs (Kemenkes RI, 2017). Sejalan dengan SDGs dan Strategi Global untuk kesehatan perempuan, anak-anak, dan remaja, dan sesuai dengan pendekatan berbasis hak asasi manusia, upaya perawatan pascanatal harus diperluas melampaui cakupan kualitas perawatan dan kelangsungan hidup. Salah

satu rekomendasi dari WHO yaitu melalui peningkatan prosedur dan perencanaan pemulangan (*discharge planning*) dalam pelayanan nifas.

Di Indonesia, salah satu upaya yang dilakukan pemerintah melalui program Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP), dengan melakukan pemantauan kondisi, pendampingan dan pemenuhan layanan esensial diantaranya dengan pemeriksaan pada masa nifas (Kemenkes RI, 2023).

Discharge planning dan kunjungan ulang nifas merupakan bagian penting dalam perawatan pasca persalinan, terutama untuk ibu nifas yang mengalami preeklampsia yang belum pernah diteliti sebelumnya. Pemantauan ibu nifas dengan preeklampsia yang tepat setelah persalinan sangat diperlukan untuk mencegah komplikasi yang dapat timbul, seperti hipertensi kronis, gangguan fungsi ginjal, perdarahan, atau bahkan eklampsia. Selama berada di rumah sakit, pasien dan keluarga memiliki hak untuk mendapatkan informasi kesehatan yang menyeluruh hingga proses *discharge planning* (Asmuji et al., 2018).

Pentingnya *discharge planning* dan pemantauan yang baik saat kunjungan ulang pada kasus nifas dengan preeklampsia akan memberikan dampak positif dalam menurunkan angka morbiditas dan mortalitas akibat komplikasi hipertensi pasca persalinan. Sejalan dengan rekomendasi dari WHO, bahwa penting untuk memperkuat proses *discharge planning* dan pemantauan pada kunjungan

ulang kasus nifas dengan preeklampsia dalam mencegah komplikasi jangka panjang yang dapat membahayakan kesehatan ibu, dengan mengetahui beberapa kendala yang mungkin terjadi dalam setiap pemberian pelayanan diharapkan dapat menjadi evaluasi terhadap kualitas perawatan pascanatal yang penting dan rutin bagi perempuan dan bayi baru.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi gambaran *discharge planning* dan kunjungan ulang kasus nifas dengan preeklampsia di salah satu Rumah Sakit tipe B di Surabaya dan Puskesmas Kota Surabaya.

METODE

Penelitian dilakukan secara kualitatif dengan pendekatan fenomenologi yaitu penelitian yang mendeskripsikan atau menggambarkan mengenai pengalaman atau fenomena yang terjadi atau dialami oleh seseorang. Dalam penelitian ini melibatkan ibu nifas dengan preeklampsia dan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan nifas.

Informan dalam penelitian ini adalah 18 informan, yang terdiri 11 informan bidan dan 7 informan pasien nifas dengan preeklampsia. Informan diambil dengan teknik *purposive sampling* yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi pada penelitian ini yaitu: bidan yang telah melakukan *discharge planning* dan pelayanan nifas dengan preeklampsia di Rumah Sakit tempat penelitian, bidan Puskesmas Kota Surabaya yang melakukan pelayanan pada kunjungan ulang pada

pasien nifas dengan preeklampsia yang telah melahirkan di Rumah Sakit tempat penelitian, serta ibu nifas dengan preeklampsia yang telah melahirkan di Rumah Sakit tempat penelitian dan melakukan kunjungan ulang nifas baik di Rumah Sakit tempat penelitian maupun di Puskesmas Kota Surabaya.

Kriteria eksklusi pada penelitian ini yaitu: bidan yang tidak berkenan menjadi informan, ibu nifas dengan preeklampsia yang tidak kooperative dan tidak berkenan menjadi informan. Penelitian dilaksanakan pada bulan November 2024 sampai dengan bulan Juni 2025. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam dengan menggunakan pedoman wawancara dan observasi dengan menggunakan checklist penelitian. Semua hasil wawancara direkam, hasil observasi ditulis pada lembar checklist dan ditranskrip verbatim. Kemudian membaca hasil transkrip secara berulang untuk memahami keseluruhan isi, konteks, dan nuansa percakapan. Setelah membaca hasil transkrip, peneliti mengidentifikasi potongan data yang relevan dan memberi label atau kode tertentu. Kode-kode yang memiliki kesamaan makna digabungkan menjadi tema atau sub tema. Menafsirkan tema yang didapat sesuai dengan konteks tujuan penelitian dengan menyertakan kutipan langsung dari informan untuk mendukung hasil penelitian. Langkah terakhir yaitu mengecek validitas temuan dengan triangulasi dan member check untuk meningkatkan keabsahan data, dengan mengkonfirmasi hasil ke informan (member

check) atau membandingkan dengan sumber data (triangulasi) berupa hasil wawancara, checklist penelitian dan dengan bukti pendokumentasian pada rekam medis dan buku KIA.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Umum informan

Jumlah informan pada penelitian ini yaitu sebanyak 11 bidan dan 7 ibu nifas dengan preeklampsia.

1. Bidan

Terdapat 7 informan bidan RSUD Bhakti Dharma Husada, yaitu 6 bidan dari ruang nifas Srikandi yang telah melakukan discharge planning dan pelayanan nifas (termasuk KF1) dan 1 bidan Poli Obgyn yang melakukan pelayanan kunjungan ulang nifas KF2 dan KF3. Sedangkan 4 informan bidan lainnya merupakan bidan dari 4 Puskesmas tempat penelitian yang telah melakukan pelayanan pada kunjungan ulang nifas (KF2, KF3, KF4) pasien nifas dengan preeklampsia yang telah melahirkan di Rumah Sakit Penelitian

Tabel 1. Gambaran Umum Informan Bidan

Kode	Umur	Tingkat Pendidikan	Status Kepegawaian	Jabatan	Lama kerja
B1	34 tahun	DIII Kebidanan	ASN	Bidan Pelaksana	11 tahun
B2	39 tahun	DIII Kebidanan	ASN	Bidan Penanggungjawab	15 tahun
B3	39 tahun	DIII Kebidanan	ASN	Bidan Penanggungjawab	15 tahun
B4	46 tahun	DIV Kebidanan	ASN	Bidan Pelaksana	11 tahun
B5	34 tahun	DIII Kebidanan	ASN	Bidan Pelaksana	11 tahun
B6	39 tahun	DIII Kebidanan	ASN	Bidan Pelaksana	15 tahun
B7	44 tahun	DIV Kebidanan	ASN	Bidan Pelaksana	11 tahun
B8	44 tahun	DIII Kebidanan	ASN	Bidan Koordinator	21 tahun
B9	32 tahun	DIII Kebidanan	ASN	Bidan Pelaksana	9 tahun
B10	45 tahun	DIII Kebidanan	ASN	Bidan Koordinator	22 tahun
B11	37 tahun	S1 Kebidanan	ASN	Bidan Pelaksana	11 tahun

Usia informan bidan dalam rentang 32–46 tahun. Tingkat Pendidikan Sebagian

besar DIII Kebidanan, yaitu sebanyak 8 orang, DIV Kebidanan sebanyak 2 orang, dan S1 Kebidanan 1 orang. Seluruh informan berstatus kepegawaian sebagai ASN. Bidan dengan jabatan sebagai bidan pelaksana sebanyak 7 orang, bidan koordinator 2 orang dan bidan penanggung jawab 2 orang. Lama bekerja dalam rentang antara 9–22 tahun.

2. Ibu nifas dengan preeklampsia

Terdapat 7 informan ibu nifas dengan preeklampsia yang telah melahirkan di Rumah Sakit tempat penelitian dan melakukan kunjungan nifas baik di Rumah Sakit dan Puskesmas Kota Surabaya.

Tabel 2. Gambaran Informan Ibu Nifas Dengan Preeklampsia

Kode	Umur	Pendidikan Pekerjaan	Paritas	Cara persalinan	Komplikasi yang didapatkan
P1	28 tahun	SMP IRT	Primipara	SC	Impending eklampsia, Retensi urine HELLP syndrome
P2	40 tahun	SMA IRT	Grande multipara	SC+MOW	-
P3	28 tahun	S1 Guru	Primipara	Spt B	PEB
P4	36 tahun	SMP IRT	Grande multipara	SC+MOW	Anemia
P5	30 tahun	SMA IRT	Multi gravida	SC	PEB
P6	24 tahun	SMA IRT	Multi gravida	Spt B	-
P7	30 tahun	SMA IRT	Multi gravida	SC+IUD	Anemia ILO

Implementasi Discharge Planning

Hasil penelitian didapatkan bahwa telah dilakukan discharge planning secara IPC (Interprofessional Collaboration) terhadap seluruh pasien. Pelaksanaan discharge planning meliputi perencanaan perawatan, perencanaan pemulangan, proses perawatan, edukasi, persiapan perawatan di rumah dan perencanaan kunjungan ulang. Hal ini dapat terlihat dari checklist hasil observasi dan bukti pendokumentasian rekam medis elektronik pasien. Namun belum semua

pasien mengerti dengan langkah-langkah *discharge planning* yang sudah dilakukan oleh petugas.

Discharge planning adalah tindakan yang dilakukan setelah pasien baru masuk, menjalani perawatan, dan mempersiapkan kembali ke rumah. *Discharge planning* dapat membantu pasien dan keluarganya mengurangi resiko buruk terhadap penyakitnya dan mengurangi kemungkinan dirawat kembali di Rumah Sakit dalam 30 hari setelah dirawat di rumah sakit (Sumarni & Gafar, 2019).

Perencanaan sudah direncanakan semenjak awal pasien masuk, namun kadang tidak disampaikan kepada pasien, “Saat datang kita jelaskan ke pasien dan keluarga bahwa dirawat di ruang S, nama bidan, nama dokter yang merawat, dan rencananya Tindakan yang akan dilakukan”. (B2/2)

Perencanaan perawatan tidak seluruhnya melibatkan pasien dan keluarga, “*Ndak tahu ndak dijelaskan*”. (P1/1).

Proses perawatan dilakukan sesuai kondisi pasien dan atas insktruksi dari dokter penanggung jawab, tetapi beberapa pasien masih bingung dan tidak mengerti dengan perawatan dan tindakan, serta kondisi tentang dirinya.

Edukasi yang diberikan disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan dari masing-masing. Terdapat lembar edukasi terintegrasi, namun dalam pelaksanaannya tidak semua yang ada pada lembar edukasi disampaikan kepada pasien. Perencanaan perawatan di rumah dan perencanaan

kunjungan ulang belum sepenuhnya dimengerti oleh pasien. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terkadang pasien masih merasa bingung dengan apa yang telah disampaikan petugas. Saat diwawancara, sebagian pasien ada yang mengatakan sudah paham, ada yang tidak paham, dan ada yang merasa belum mendapatkan informasi dari petugas.

Salah satu penelitian menggambarkan gaya komunikasi paternalistik, di mana tenaga kesehatan memiliki kontrol penuh atas interaksi, sementara pasien bersikap pasif (Caesary, *et al*; 2022). Hal ini didukung dari hasil checklist selama observasi dilakukan, terkadang petugas sudah melakukan namun tidak menyampaikan ke pasien, terkadang petugas belum melakukan dari salah satu langkah-langkah *discharge planning*, dan terkadang petugas sudah melakukan keseluruhan langkah-langkah tersebut, namun dari pihak pasien terkadang belum memahami dengan apa yang telah disampaikan oleh petugas.

Pasien dengan kemampuan bahasa terbatas sering kesulitan memahami istilah medis atau penjelasan kompleks dari tenaga kesehatan (Grandpierre et al., 2018). Penelitian lintas nasional Yamagata (Jepang, 2021, dipublikasikan 2024) menunjukkan bahwa literasi kesehatan merupakan mediator utama antara pendidikan dan pemahaman terhadap penjelasan dokter (Yumiya et al., 2024).

Selain itu, faktor internal dari pasien juga dapat mempengaruhi dalam pemberian edukasi, ibu yang melahirkan pertama kali

masih belum memiliki banyak pengalaman, sehingga diperlukan pendekatan dan edukasi yang lebih mendalam. Tingkat pemahaman setiap pasien yang berbeda-beda, terkadang mereka susah menerima informasi yang disampaikan,

“Ibu yang P1001 biasanya kan tidak punya pengalaman sebelumnya, kemudian datang ke kami dengan riwayat persalinan missal dengan preeklamsi, HT, kayak gitu. Ya harus ekstra, apa lagi kalua mereka yang belum bisa membuat keputusan sendiri. Jadi kita edukasinya ga hanya ke pasien tapi kita edukasi ke keluarga juga yang saat ini mengantar” (B7/7).

Keterampilan komunikasi interpersonal bidan atau tenaga kesehatan sangat penting agar edukasi diterima dengan baik dan tidak menimbulkan resistensi. Komunikasi dua arah yang efektif antara tenaga kesehatan dan pasien merupakan kunci utama dalam keberhasilan pendidikan kesehatan (Safinatunnaja & Mawaddah, 2024).

Tingkat pendidikan mempengaruhi sejauh mana pasien dapat memahami informasi yang diberikan. Pasien dengan pendidikan lebih tinggi cenderung lebih cepat memahami istilah medis dan instruksi kesehatan. Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin mudah pasien menerima dan memahami materi edukasi kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan (Rohmah, et al., 2023).

Kunjungan Ulang Kasus Nifas

Semua pasien nifas dengan preeklamsia rutin dijadwalkan kontrol/

kunjungan ulang. Penjadwalan kunjungan ulang akan diinformasikan pada pasien dan keluarga. Penjadwalan kunjungan ulang disesuaikan dengan advice dokter, kondisi dan kebutuhan pasien, serta disesuaikan dengan alur pelayanan kunjungan ulang. Terdapat beberapa kendala dalam pelaksanaan pelayanan dan kunjungan ulang nifas dengan preeklamsia:

1). Kendala kunjungan ulang nifas

Tabel 3. Tabel Gambaran *Discharge Planning* Dan Kunjungan Ulang Ibu Nifas Dengan Preeklamsia

Informan	Discharge planning	KF1	KF2	KF3	KF4
P1	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
P2	Ya	Ya	Tidak	Ya	Tidak
P3	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
P4	Ya	Ya	Tidak	Ya	Tidak
P5	Ya	Ya	Ya	Tidak	Tidak
P6	Ya	Ya	Ya	Tidak	Tidak
P7	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya

Pelayanan nifas KF1 dilakukan pada seluruh informan pasien nifas dengan preeklamsia di ruang Srikandi RSUD BDH (cakupan KF1 100%).

Terdapat 5 pasien (cakupan KF2 71,43%) pasien yang melakukan kunjungan ulang nifas KF2 (3 pasien di Poli Obygn dan 2 pasien di Puskesmas), dan 2 pasien tidak melakukan kunjungan nifas KF2 yang tepat dikarenakan ketidaksesuaian petugas ruang Srikandi dalam menjadwalkan ulang kunjungan. Hal ini dijelaskan karena penjadwalan kunjungan ulang ke Poli Obygn disesuaikan dengan jadwal praktek DPJP dan sesuai advice dokter.

Terdapat 5 pasien (cakupan KF3 71,43%) yang melakukan kunjungan nifas KF3 (3 pasien di Poli Obgyn dan 2 pasien di Puskesmas) dan 2 pasien yang tidak melakukan kunjungan ulang dikarenakan tidak dijadwalkan kontrol dari Puskesmas.

Pada Kunjungan nifas KF4 terdapat 3 pasien (cakupan KF4 42,86%) melakukan kunjungan nifas di Puskesmas dan 4 pasien tidak melakukan kunjungan ulang dikarenakan pasien berdomisili di luar wilayah kerja Puskesmas sehingga terdapat kendala dalam akses pemantauan, pasien yang kembali pulang ke desa, dan pasien tidak dijadwalkan untuk kunjungan ulang.

Belum semua penjadwalan kunjungan ulang sesuai dengan waktu kunjungan ulang, "*Jadwal kontrol biasanya sesuai advice dokter, sama kita sesuaikan dengan jadwal dokter jaga di poli. Ya kadang tidak sesuai waktu kunjungan yang KF itu*" (B5/30).

Kemenkes pada tahun 2023 yang menyatakan bahwa pelayanan nifas dilaksanakan minimal 4 (empat) kali dengan waktu kunjungan ibu dan bayi baru lahir bersamaan yaitu, pada kunjungan KF1, KF2, KF3, dan KF4. Pemantauan ibu nifas dilakukan mulai dari 6 jam sejak setelah melahirkan sampai dengan 42 hari pasca persalinan. Pemeriksaan yang dilakukan meliputi pemantauan tekanan darah secara berkala, pemeriksaan fisik, serta edukasi mengenai pola makan, pembatasan aktivitas fisik, dan tanda bahaya preeklampsia menjadi bagian utama dalam kunjungan ulang (Kemenkes RI, 2023).

2). Kendala pelayanan

Beberapa petugas ditemukan belum memahamai tentang standar pelayanan dan pemeriksaan nifas. Selain itu, hasil penelitian menunjukkan cakupan KF lengkap yang masih jauh dari target. Pelayanan nifas secara umum tidak dilakukan pada setiap kunjungan nifas, pada pemantauan KF lengkap belum sepenuhnya tercapai, tidak semua ibu nifas mendapatkan pelayanan KF lengkap.

Kementerian Kesehatan RI menjelaskan bahwa ruang lingkup pelayanan nifas meliputi : anamnesis, pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan, pemeriksaan tanda-tanda anemia, pemeriksaan tinggi fundus uteri, pemeriksaan kontraksi uterus, pemeriksaan kandung kemih dan saluran kencing, pemeriksaan lochia dan perdarahan, pemeriksaan jalan lahir, pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif, identifikasi resiko dan komplikasi, penanganan resiko tinggi dan komplikasi masa nifas, pemeriksaan status mental ibu, pelayanan kontrasepsi pasca persalinan, pemberian KIE dan konseling, serta pemberian kapsul vitamin A (Kemenkes RI, 2023).

Pelayanan nifas yang diberikan kepada ibu pasca persalinan disesuaikan dengan kondisi medis, kebutuhan individu, dan saran atau advice dari dokter penanggung jawab atau dokter spesialis terkait. Setiap ibu memiliki risiko yang berbeda-beda setelah melahirkan, dan beberapa ibu membutuhkan penanganan khusus atau intervensi medis tambahan.

Oleh karena itu, penatalaksanaan nifas harus dilakukan secara holistik, memadukan pemeriksaan fisik, laboratorium, dan evaluasi risiko berdasarkan kondisi masing-masing pasien (Kemenkes, 2021).

Pelayanan pasien secara terintegrasi, utuh dan berkesinambungan dalam tatanan pelayanan rumah sakit sudah menjadi satu keharusan. Apabila kerjasama tim tidak efektif, diperlukan kolaborasi interprofesi sebagai upaya mewujudkan asuhan pasien yang sinergis dan mutual sehingga pasien mendapatkan pelayanan yang utuh dan berkesinambungan (Susilaningsih, 2017).

3). Kendala pendokumentasian

Dalam pelayanan nifas dilakukan pendokumentasian. Setelah proses pelayanan, pendokumentasian rutin dilakukan pada rekam medis elektronik pasien, namun pendokumentasian pada buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) tidak selalu dilakukan,

“Buku KIA kadang kalau pasien ada yang bawa buku KIA, karena menganggap itu masih berkelanjutan, tapi ada yang sering itu yang sudah tidak membawa buku KIA, karena menganggap ini kan buku untuk hamil” (B2/8).

“Buku KIA bawa, iya tadi ditunjukkan ada data persalinan sama data bayi. kalau data nifas ndak tahu” (P1/31).

Hal ini juga dapat dilihat dari hasil observasi bahwa data persalinan dan bayi sudah diisi, namun pengisian data pelayanan nifas baik di Rumah Sakit maupun di Puskesmas belum seluruhnya dilakukan. Data pelayanan kunjungan nifas

pada 7 informan pasien nifas dengan preeklampsia selurunya tidak ada yang terisi lengkap mulai dari pelayanan nifas saat pasien dirawat (KF1), pelayanan kunjungan nifas pertama KF2, pelayanan kunjungan nifas kedua (KF3), dan pelayanan kunjungan nifas ketiga (KF4).

Kemenkes (2019) menjelaskan bahwa pencatatan dilakukan sebagai dasar pemantauan kesehatan ibu dan bayi. Semua layanan, hasil pemeriksaan, dan rujukan didokumentasikan dalam buku KIA dan sistem informasi Puskesmas (SIMPUS/SIMPUSDA) sebagai bagian dari pencatatan dan pelaporan. Permenkes No. 43/2019 menegaskan bahwa pencatatan dan pelaporan via sistem elektronik (SIMPUS dan PWS-KIA) adalah bagian integral dari pelayanan ibu dan anak (Kemenkes, 2019).

“Ada Sis-Infokes (Sistem Informasi Kesehatan) untuk data persalinan. Kalau Sis-Infokes ikut aplikasi ini kalau di saya. Sebentar saya bukakan. Jadi satu ini mulai dia catin (calon pengantin), hamil sampai nifas. Ini dari dinkes soalnya. Kalau Sis-Infokes ini kalau yang bersalin disini insya Allah tetap diisi. Ibu nifas yang melahirkan disini loh ya. tapi kalau yang lahir ndak di sini ya kita ndak isi, soalnya nanti datanya ndak akurat. Seperti ini rekap-rekapnya. Kalau ini, bulan ini kita belum ada persalinan, masih kosong.” (B8/8).

“Bisa lewat Sis-Infokes, ini kan ndak dari kita aja. Dari RS BDH, pokok e yang wilayah barat kan mbak. Kita bisa akses, tapi sekarang kok jarang ya mbak dari RS,

jarang masuk di kita. Ndak masuk datanya, kita kadang keluhanya ke dinas ini kenapa yak ok RS jarang ngisi. Jadi kita ndak bisa narik, kayak persalinan di njenengan ya. Ada di wilayah kami pasien yang lahiran. Nah itu kita tidak bisa akses. Loh yak an. Berarti sama ya, padahal RS juga ngisi. Nah itu kita ndak kelihatan. Kalau kita itu biasanya yang sering kan RS N sama RS B, itu biasanya mereka share seperti ini, data persalinannya. Jadi misal di Sis-Infokes itu kita ndak ada, kita tetap tahu. Ada data kita. Kadang kita bilang, mbak kita nerujuk pasien disana, kok datanya gak di feedback ke kita. Langsung lewat bidan, liwat bidan gitu. Kalau ke BDH, info biasanya aku langsung bilang ke mbak H. Mbak H, ini aku ngerujuk, seperti ini kalau mbak H, gak hanya inpartu, ini kita komunikasi lewat case manager juga” (B8/14).

Selain itu ketidaksesuaian jumlah pegawai dengan jumlah pasien dan standar pelayanan yang diberikan dapat menjadi kendala pelayanan dan pendokumentasian,

“Jadi buku KIA itu juga sebagai penghubung. Kadang keterbatasan petugas mbak, kalau semua pelayanan satu-satu untuk pasien mendetail, ndak selesai. Kita juga dituntut cepat, menangani banyak pasien menyeluruh pemeriksaanya, waktunya terbatas, apa lagi pasien pas banyak. Kadang ada yang terlewat. Jangankan di RS mbak, disini juga kita kadang lupa, skrining PE kadang lupa, terus vitamin Fe, tablet tambah darah itu, itu yang sering bolong saya. Kalau PE, pasien pertama kali pasti saya skrining PE, soalnya itu kan wajib ya, KI, tapi kadang

itu kalau pasiennya banyak mbak, wis lali mbak (sudah lupa mbak). Jujur saya, kadang disini kan bidannya cuma satu. Dokter ada dua, dokter KIA sama, satu dokter PKPR disini” (B9/18).

4). Kendala rujukan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kendala dalam pelayanan nifas salah satunya yaitu tentang sistem rujukan. Beberapa kendala sistem rujukan yaitu: rujukan dini berencana yang tidak selalu dilakukan pada pasien preeklampsia, sehingga terjadi keterlambatan rujukan dan keterlambatan penanganan segera serta tidak dapat dilakukannya perencanaan perawatan dan perawatan yang sesuai.

“Sering ya pasien tetiba datang ke ponok sudah dengan kondisi jelek, sudah impending, bahkan sudah inpartu, dan ada juga yang barusan itu sudah aterm, inpartu, saat premedikasi di OK pasien kejang, kadang ada mereka datang tidak diantar petugas. Yang paling sering pasien itu bilang disuruh langsung datang ke BDH” (B3/13).

Kendala rujukan lain yang ditemukan seperti: kesulitan diterima di Rumah Sakit dikarenakan keterbatasan ketersediaan tempat perawatan, keterbatasan sarana dan prasarana, serta tidak tersedianya dokter jaga spesialis yang seharusnya dapat dibutuhkan setiap saat pada saat jaga.

Pelaksanaan rujuk balik yang dilakukan dari pihak Rumah Sakit terkadang tidak bisa diterima oleh pihak Puskesmas. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara bahwa mereka tidak diterima lagi di Puskesmas saat mereka sudah

dirujuk ke Rumah Sakit. Namun hal ini diungkapkan berbeda oleh pihak Puskesmas yang menyatakan bahwa pasien yang sudah dirujuk dan tidak lagi ditemukan kegawatan yang seharusnya dapat ditangani di Puskesmas tetapi mereka lebih memilih pelayanan di Rumah Sakit karena adanya kekhawatiran terhadap kondisi dirinya yang sewaktu-waktu bisa terjadi. Ketika harus dilayani di Puskesmas.

Sistem rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pemindahan tanggung jawab pelayanan pasien secara horizontal maupun vertikal dari satu fasilitas pelayanan kesehatan ke fasilitas lain yang lebih mampu, berdasarkan kebutuhan medis pasien.

Permenkes No. 39 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Mengatur pentingnya jejaring dan rujukan antara puskesmas, rumah sakit, dan fasilitas kesehatan lainnya untuk mendukung pelayanan berbasis keluarga dan wilayah (Kemenkes, 2016).

Peraturan BPJS Kesehatan No. 2 Tahun 2020 tentang Prosedur Rujukan yang mengatur alur rujukan peserta JKN-KIS dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL).

Kemenkes (2023) menyatakan bahwa rujukan pada kasus preeklampsia postpartum harus segera dilakukan apabila terdapat tanda-tanda klinis perburukan seperti hipertensi berat, kejang, atau

gangguan fungsi organ (KMK, 2023). Dibutuhkan koordinasi yang baik antara pihak Rumah Sakit dan Puskesmas jejaring dalam mengatur sistem rujukan pasien nifas dengan preeklampsia.

5). Kendala sistem monitoring

Monitoring dilakukan sebagai bentuk keberlanjutan asuhan, serta deteksi dini dan penanganan segera kegawatan dan komplikasi yang mungkin terjadi.

Tidak semua informan nifas melakukan kunjungan ulang lengkap. Hanya 2 dari 7 informan nifas dengan preeklampsia yang tercatat melakukan KF lengkap. Terdapat kesenjangan informasi antar pihak Rumah Sakit dan Puskesmas karena tidak adanya data yang mendukung sebagai bentuk monitoring pelayanan nifas.

Pemerintah Kota Surabaya dengan menetapkan Sistem Informasi Kesehatan (SISINFOKES) sebagai upaya kesinambungan perawatan pelayanan maternal terbukti tidak cukup efektif, data yang ada di Rumah Sakit dan Puskesmas tidak bisa secara transparan dapat dilihat baik dari pihak Rumah Sakit maupun dari pihak Puskesmas. Sehingga tidak ditemukannya komunikasi dua arah antara pihak Rumah Sakit dan Puskesmas.

Upaya lain dengan pemantauan yang melibatkan bidan kelurahan dan kader tidak maksimal dilakukan. Beberapa informan pasien nifas menyampaikan tidak ada kunjungan rumah dan pemeriksaan yang dilakukan bidan kelurahan, terkadang pemantauan yang didapatkan sebatas kunjungan rumah oleh kader kesehatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat kendala jangkauan dalam pemantauan ibu nifas dengan preeklampsia yang berdomisili di luar wilayah,

“Kadang kalau pasien itu ngekos. Kadang pasien yang lahir di RS, kontrol disini sekali itu menghilang setelah kunjungan rumah. Kurang kurang memantaunya. Kadang dia pulang ke des aitu kadang dia merasa disini kok say seperti ini, kon tensi saya tinggi terus. Itu biasanya pulang ke desa, nanti habis selapan baru balik lagi. Dia baru ceritanya sperti itu setelah balik, bawa anaknya untuk imunisasi BCG di kita atau DPT. Nah kalau pasien diluar wilayah puskesmas kita, kalau domisisli diluar wilayah tapi kontrol di kita, biasanya kalau pasien nifas yang normal gak papa, tapi kalau pasien dengan PE, kita kolaborasi dengan puskesmas setempat yang domisili pasien. Kalau pasien domisili luar kota, nah itu yang kita sulit menjangkau. Biasanya gini, kadang kalau pasien yang pulang ke desa, missal domisili desa A, rt rw A. lah itu kan KSH ada disitu. Biasanya KSH itu mantau lewat hp. Buk kondisinya gimana, WA seprti itu. Nanti WA itu kalau perlu kita telpon bener ta tidak papa, biasanya tidak ada kendala, sudah kontrol di bidan terdekat” (B10/9).

Monitoring pasien nifas dengan preeklampsia adalah sistem pengawasan yang terstruktur dan berkelanjutan untuk mendeteksi dan menangani gejala sisa atau komplikasi setelah persalinan. Monitoring ini tidak hanya dilakukan selama perawatan di fasilitas kesehatan, tetapi juga meliputi

tindak lanjut di rumah dan dalam layanan kunjungan rumah (home care).

Monitoring pasien nifas dengan preeklampsia sangat penting karena masa nifas merupakan periode risiko tinggi untuk komplikasi lanjut, termasuk eklampsia, hipertensi persisten, gagal jantung, dan bahkan kematian ibu. Preeklampsia tidak selalu membaik segera setelah persalinan, dan gejalanya dapat muncul atau memburuk di masa nifas. Oleh karena itu, pemantauan ketat sangat krusial untuk mencegah komplikasi dan mendeteksi dini perburukan kondisi ibu. FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) menyebutkan bahwa preeklampsia postpartum dapat terjadi meskipun tidak ada gejala selama kehamilan, sehingga pemantauan rutin selama masa nifas sangat dianjurkan (Poon et al., 2019)

Hal ini sejalan dengan American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) yang menegaskan bahwa wanita dengan preeklampsia harus mendapatkan follow-up ketat setelah keluar dari rumah sakit untuk menilai stabilitas tekanan darah dan mencegah eclampsia (Hauspurg & Jeyabalan, 2022)

Pelayanan nifas merupakan hal penting yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu nifas. Metode kunjungan nifas merupakan salah satu yang esensial hal-hal yang dapat mempengaruhi pelayanan nifas sehingga perlu dilakukan evaluasi pelaksanaan metode kunjungan nifas dan rekomendasi metode kunjungan untuk meningkatkan kesehatan ibu (Anis et al., 2023)

WHO (2022) juga merekomendasikan bahwa pelayanan nifas yang efektif di tingkat primer dapat secara signifikan menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu, serta meningkatkan kualitas perawatan bayi baru lahir. Dalam praktiknya, petugas kesehatan seperti bidan memegang peranan penting dalam pemantauan, penyuluhan, serta deteksi dini komplikasi pada ibu nifas (WHO, 2022).

KESIMPULAN

Pelaksanaan *discharge planning*, pelayanan nifas dan jadwal kunjungan ulang belum seluruhnya dilakukan sesuai standar pelayanan. Saran untuk dilakukan peningkatan SOP *discharge planning* dan monitoring kunjungan sebagai bentuk tindak lanjut agar pelayanan dapat dilakukan secara optimal. Peneliti menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari sempurna, diharapkan dapat dijadikan referensi untuk penelitian selanjutnya dengan cakupan yang lebih luas tentang implementasi *discharge planning* dan kunjungan ulang kasus nifas dengan preeklampsia.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Rumah Sakit tempat penelitian dan Puskesmas Kota Surabaya yang telah memberikan izin dan berkenan menjadi tempat penelitian, dosen Kebidanan Universitas Airlangga Surabaya yang telah membantu dalam pelaksanaan penelitian dan penulisan artikel mengenai Implementasi *Discharge Planning* dan

Kunjungan Ulang Kasus Nifas dengan Preeklampsia.

DAFTAR PUSTAKA

- Anis, W., Devy, S. R., Prasetyo, B., Indriani, D., Amalia, R. R., & Dewi, E. R. (2023). *Implementation and recommendation of postpartum visit methods during COVID-19 pandemic: A qualitative study from Indonesia*. *Journal of Public Health in Africa*, 14(2), 7.
- Asmuji, A., Faridah, F., & Handayani, L. T. (2018). *Implementation of Discharge Planning in Hospital Inpatient Room by Nurses*. *Jurnal Ners*, 13(1), 106–113.
<https://doi.org/10.20473/jn.v13i1.5942>
- Kemkes. (2021). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan dan Masa Sesudah melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi, dan Pelayanan Kesehatan Seksual*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Dinkes Jatim. (2023). *Profil Kesehatan Jatim*. Dinkes Jatim.
[https://dinkes.jatimprov.go.id/userfile/dokumen/Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2023.pdf](https://dinkes.jatimprov.go.id/userfile/dokumen/Profil%20Kesehatan%20Provinsi%20Jawa%20Timur%202023.pdf)
- Dinkes Surabaya. (2023). *Profil Kesehatan Surabaya 2023*.
[https://dinkes.jatimprov.go.id/userfile/dokumen/ProfilKesehatanDinas Kesehatan Surabaya 2023.pdf](https://dinkes.jatimprov.go.id/userfile/dokumen/ProfilKesehatanDinasKesehatan%20Surabaya%202023.pdf)
- Grandpierre, V., Milloy, V., Sikora, L., Fitzpatrick, E., Thomas, R., & Potter, B. (2018). *Barriers and facilitators to cultural competence in rehabilitation services: A scoping review*. *BMC Health Services Research*, 18(1), 23.
<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2811-1>

- Hauspurg, A., & Jeyabalan, A. (2022). *Postpartum preeclampsia or eclampsia: Defining its place and management among the hypertensive disorders of pregnancy*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 226(2), S1211–S1221. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.10.027>
- Caesary Merybella, Puput Oktamianti. (2022). *Analisis Hubungan Kualitas Pelayanan Rumah Sakit Dengan Tingkat Kepuasan Pasien*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Kemendes RI. (2017). Kementerian Kesehatan RI. *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Komplikasi Kehamilan*, 30–35.
- Kemendes RI. (2023). *KMK RI No HK.01.7/Menkes/2015/2023/ tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer*. Kemendes RI, 1–19.
- Kemendes. (2023). *KMK th 2023 tentang ILP*. Jakarta: Kemendes RI
- Kemendes. (2016). *Permenkes no 39 tahun 2016*. Jakarta: Kemendes RI
- Kemendes. (2019). *Permenkes no 43 tahun 2019 tentang Puskesmas*. Jakarta: Kemendes RI.
- Poon, L. C., Shennan, A., Hyett, J. A., Kapur, A., Hadar, E., Divakar, H., ... & Hod, M. (2019). The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on preeclampsia (PE): a pragmatic guide for first trimester screening and prevention. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 145(Suppl 1), 1. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12802>
- ICM. (2024). *Essential Competencies for Midwifery Practice*. *International Confederation of Midwives (ICM)*.
- RSUD BDH. (2024). *Data Sesalin RSUD BDH*.
- Safinatunnaja, B., & Mawaddah, S. (2024). *Metode Pembelajaran Pada Mahasiswa Kebidanan Dalam Mengembangkan Keterampilan Komunikasi: Literature Review*. *Jurnal Ilmu Kesehatan Dan Farmasi*, 12(1), 17–20. <https://doi.org/10.51673/jikf.v12i1.2244>
- Sumarni, T., & Gafar, A. (2019). *Discharge Planning Terintegrasi Dalam Pelayanan Klien Diabetes Mellitus Di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD Solok Tahun 2017*. 14(1).
- Susilaningsih, F. S. (2017). *Sosialisai Model Praktik Kolaborasi Interprofesional Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit Dharmakarya: Jurnal Aplikasi Ipteks untuk Masyarakat*, 6(1). <https://doi.org/10.24198/dharmakarya.v6i1.14870>
- WHO, UNICEF. "UNFPA, World Bank Group, and UNDESA/Population Division. Trends in Maternal Mortality 2000 to 2020. Geneva." *World Health Organization* (2023): 2024-01. <https://www.unfpa.org/publications/trends-maternal-mortality-2000-2023>
- WHO. (2022). *Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. (n.d.). Geneva: World Health Organization. Retrieved June 2, 2025, from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353586/9789240044074-eng.pdf>
- Yumiya, Y., Goto, A., & Konta, T. (2024). *Association Between Health Literacy and Understanding of Doctors' Explanations: The Yamagata Study*. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 8(3), e175–e183. <https://doi.org/10.3928/24748307-20240819-03>.