

## **BAB VI**

# **Optimalisasi Kelas Ibu Hamil dalam Meningkatkan Kesiapan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi**

**Dr. Melyana Nurul Widyawati, S.SiT., Bdn, M.Kes.**

### **A. Konsep dan Tujuan Kelas Ibu Hamil**

#### **Pengertian dan Prinsip Dasar**

Kelas Ibu Hamil merupakan kelompok belajar terstruktur bagi ibu hamil, idealnya disertai suami atau anggota keluarga yang berperan dalam pengambilan keputusan. Peserta belajar melalui diskusi, demonstrasi, simulasi, latihan, pengalaman antarpeserta, dan pemanfaatan Buku KIA. Pedoman pelayanan primer Kementerian Kesehatan menempatkan kelas sebagai bagian dari pelayanan kesehatan ibu dan menyebut pelaksanaan minimal empat kali selama kehamilan, dengan sekurang-kurangnya satu pertemuan didampingi suami atau keluarga.

Kelas harus dipahami sebagai pelengkap, bukan pengganti pemeriksaan antenatal. Pemeriksaan antenatal bertujuan menilai kondisi klinis ibu dan janin, mendeteksi risiko, memberikan intervensi pencegahan, dan menentukan tata laksana. Kelas berfungsi memperkuat literasi, keterampilan, dukungan sosial, dan kepatuhan terhadap rencana perawatan. Keduanya perlu saling terhubung: temuan klinis menjadi dasar konseling individual, sedangkan pertanyaan dan hambatan yang muncul di kelas ditindaklanjuti pada pelayanan.

Prinsip pelaksanaan yang baik meliputi pembelajaran berpusat pada peserta, komunikasi dua arah, penghormatan terhadap martabat dan pilihan ibu, materi berbasis bukti, bahasa yang mudah dipahami, inklusivitas, keterlibatan keluarga, keselamatan, serta kesinambungan tindak lanjut. Fasilitator perlu menghindari pendekatan yang menyalahkan ibu dan harus menjaga privasi serta kerahasiaan informasi kesehatan. Hambatan ekonomi, geografis, budaya,

disabilitas, literasi, pekerjaan, dan dukungan keluarga dipetakan sebagai faktor yang perlu diatasi bersama.

Suasana belajar juga perlu dibangun dengan hati-hati. Sebagian ibu datang dengan pengalaman persalinan yang menyenangkan, tetapi sebagian lainnya membawa ketakutan, kehilangan, atau pengalaman pelayanan yang kurang baik. Fasilitator tidak harus meminta peserta menceritakan pengalaman pribadi di depan kelompok. Yang lebih penting ialah menyediakan ruang untuk bertanya tanpa takut dinilai, menjelaskan pilihan secara jujur, dan mengarahkan persoalan sensitif ke konseling individual. Ketika peserta merasa aman, mereka lebih mudah mengungkapkan kebingungan yang selama ini disimpan, termasuk kekhawatiran tentang biaya, rasa takut dirujuk, penolakan keluarga, atau kesulitan mengakses transportasi. Informasi seperti inilah yang membuat kelas dapat menghasilkan rencana yang realistis.

### **Tujuan dan Hasil yang Diharapkan**

Secara umum, Kelas Ibu Hamil bertujuan meningkatkan kemampuan ibu dan keluarga dalam menjaga kesehatan selama kehamilan, mempersiapkan persalinan yang aman, mengenali dan merespons tanda bahaya, menjalani masa nifas, serta memberikan perawatan yang tepat kepada bayi baru lahir. Pencapaian tujuan tersebut membutuhkan pembelajaran yang tidak hanya berorientasi pada peningkatan pengetahuan, tetapi juga pada pembentukan keterampilan, kepercayaan diri, dukungan keluarga, dan kesiapan mengambil keputusan ketika terjadi kegawatdaruratan.

Secara khusus, penyelenggaraan Kelas Ibu Hamil bertujuan untuk:

1. Meningkatkan pengetahuan ibu dan keluarga mengenai perubahan selama kehamilan, kebutuhan gizi, pemeriksaan antenatal, kesehatan mental, dan penerapan perilaku hidup sehat;
2. Mengembangkan keterampilan dalam mengenali tanda bahaya pada masa kehamilan, persalinan, nifas, dan periode neonatal serta menentukan tindakan yang harus segera dilakukan;
3. Memfasilitasi penyusunan rencana persalinan dan kesiapsiagaan menghadapi komplikasi yang spesifik, tertulis, realistis, serta dipahami oleh ibu dan keluarganya;
4. Meningkatkan kepercayaan diri dan kesiapan psikologis ibu dalam menghadapi proses persalinan, termasuk kemampuan menyampaikan kebutuhan dan berkomunikasi secara efektif dengan tenaga kesehatan;

5. Memperkuat dukungan suami, keluarga, kader kesehatan, dan masyarakat dalam menjaga keselamatan ibu dan bayi; serta
6. Menghubungkan ibu dengan pelayanan antenatal, fasilitas persalinan, sumber pembiayaan, sarana transportasi, calon donor darah, dan sistem rujukan yang diperlukan.

Keberhasilan Kelas Ibu Hamil perlu dinilai secara bertingkat, mulai dari keluaran langsung hingga hasil jangka panjang. Keluaran langsung meliputi kehadiran dan partisipasi peserta, keterpaparan terhadap materi pembelajaran, serta tersusunnya rencana persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi. Hasil antara mencakup peningkatan pengetahuan, efikasi diri, dukungan keluarga, kepatuhan terhadap pemeriksaan kehamilan, serta ketepatan tindakan dalam mencari pertolongan. Adapun hasil jangka panjang meliputi persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan kompeten di fasilitas pelayanan yang sesuai, pelaksanaan rujukan secara lebih cepat, penanganan komplikasi yang tepat waktu, dan terciptanya pengalaman persalinan yang positif.

Sejumlah penelitian di Indonesia menunjukkan adanya hubungan antara partisipasi dalam Kelas Ibu Hamil dan peningkatan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal, cakupan kunjungan antenatal K4, pengetahuan dan sikap terhadap tanda bahaya, serta kesiapan menghadapi persalinan (Azhar et al., 2020; Anggraini et al., 2021; Sasnitiari et al., 2017; Wahyuningsih & Wintoro, 2019). Namun, karena sebagian besar penelitian tersebut menggunakan desain observasional, hasilnya perlu ditafsirkan secara hati-hati sebagai suatu hubungan atau asosiasi, bukan sebagai bukti bahwa partisipasi dalam kelas merupakan satu-satunya penyebab perubahan tersebut.

Temuan tersebut memberikan dua pelajaran penting. Pertama, kehadiran dalam Kelas Ibu Hamil merupakan komponen mendasar karena memberikan kesempatan kepada peserta untuk memperoleh informasi, berdiskusi, berbagi pengalaman, dan mempraktikkan keterampilan tertentu. Kedua, tingkat kehadiran belum cukup untuk menggambarkan kesiapan ibu secara menyeluruh. Seorang ibu mungkin telah mengikuti seluruh pertemuan, tetapi belum mengetahui nomor kontak ambulans, belum mendiskusikan pembiayaan persalinan dengan keluarga, belum menyiapkan transportasi, atau belum menentukan fasilitas persalinan yang sesuai dengan tingkat risikonya. Sebaliknya, ibu yang hanya mengikuti beberapa pertemuan dapat memiliki kesiapan yang lebih baik apabila memperoleh pendampingan individual yang berkualitas dan dukungan keluarga yang memadai.

Oleh karena itu, evaluasi Kelas Ibu Hamil sebaiknya tidak hanya didasarkan pada jumlah pertemuan atau tingkat kehadiran peserta. Penilaian perlu diarahkan pada bukti kesiapan yang lebih konkret, seperti keputusan persalinan yang telah disepakati, kemampuan ibu dan keluarga mengenali tanda bahaya, ketersediaan transportasi dan pembiayaan, penetapan calon donor darah, pengetahuan mengenai alur rujukan, serta penyelesaian hambatan yang berpotensi menunda pencarian pertolongan. Dengan pendekatan tersebut, keberhasilan Kelas Ibu Hamil dapat dinilai berdasarkan perubahan nyata dalam kesiapan ibu dan keluarga, bukan hanya berdasarkan keterlaksanaan kegiatan.

## **B. Kesiapan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi**

### **Kesiapan Persalinan sebagai Proses Pengambilan Keputusan**

Kesiapan persalinan dan kesiapsiagaan menghadapi komplikasi merupakan proses perencanaan kelahiran yang disertai dengan antisipasi terhadap kemungkinan terjadinya kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Kesiapan tersebut tidak hanya berkaitan dengan tersedianya perlengkapan persalinan, tetapi juga mencakup serangkaian keputusan yang memungkinkan ibu memperoleh pertolongan secara cepat, tepat, dan aman.

Dalam konteks Indonesia, upaya tersebut dilaksanakan melalui Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Program ini mendorong ibu dan keluarga untuk menentukan penolong dan tempat persalinan, pendamping, sarana transportasi, sumber pembiayaan, serta calon donor darah. Rencana yang disusun harus dipahami dan disepakati oleh ibu bersama keluarganya, disesuaikan dengan hasil pemeriksaan kehamilan dan tingkat risiko ibu, serta dapat dilaksanakan sewaktu-waktu ketika persalinan dimulai atau muncul tanda komplikasi. Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa penerapan P4K berhubungan dengan peningkatan kesiapan menghadapi komplikasi. Komponen seperti pendamping, penolong persalinan, tempat persalinan, transportasi, pembiayaan, dan calon donor darah juga berkontribusi terhadap kesiapan persalinan yang aman.

Perencanaan persalinan tidak seharusnya berhenti pada penentuan tempat melahirkan. Rencana yang komprehensif perlu menjawab beberapa pertanyaan penting: siapa yang akan mengambil keputusan ketika terjadi keadaan darurat; siapa yang akan mendampingi ibu; kendaraan apa yang akan digunakan; siapa pengemudinya; berapa lama waktu tempuh menuju fasilitas kesehatan; berapa biaya yang harus disiapkan; dokumen apa saja yang perlu dibawa; siapa yang akan menjaga anak atau anggota keluarga lain; siapa yang bersedia menjadi calon donor darah; nomor kontak siapa yang harus dihubungi; serta ke mana ibu harus dibawa apabila

fasilitas yang direncanakan tidak dapat memberikan pelayanan atau memerlukan rujukan lanjutan.

Rencana tersebut juga perlu mempertimbangkan kondisi lingkungan dan karakteristik wilayah tempat tinggal ibu. Faktor seperti cuaca, kondisi jalan, jarak menuju fasilitas kesehatan, keterbatasan transportasi pada malam hari, wilayah kepulauan atau daerah sulit dijangkau, jadwal operasional kendaraan, serta kebutuhan khusus ibu dapat memengaruhi kecepatan memperoleh pertolongan. Oleh karena itu, keluarga sebaiknya tidak hanya memiliki rencana utama, tetapi juga menyiapkan alternatif apabila rencana awal tidak dapat dilaksanakan.

Pembahasan mengenai kesiapan persalinan akan lebih efektif apabila dilakukan melalui situasi yang konkret. Fasilitator, misalnya, dapat mengajak ibu dan keluarga membayangkan kondisi ketika kontraksi kuat atau perdarahan terjadi pada pukul dua dini hari, sementara kendaraan yang telah direncanakan sedang tidak tersedia. Melalui skenario tersebut, fasilitator dapat menilai apakah keluarga memiliki pengemudi dan kendaraan cadangan, mengetahui rute tercepat menuju fasilitas kesehatan, menyimpan dokumen serta perlengkapan pada tempat yang mudah dijangkau, dan memiliki nomor petugas kesehatan atau layanan kegawatdaruratan yang dapat segera dihubungi.

Pendekatan berbasis skenario lebih bermakna dibandingkan pertanyaan umum seperti “Apakah keluarga sudah siap?”. Jawaban “sudah” perlu dikonfirmasi melalui pertanyaan lanjutan yang spesifik dan dapat dibuktikan. Apabila masih terdapat komponen yang belum pasti, ibu dan keluarga perlu didampingi untuk melengkapinya sebelum pertemuan berikutnya. Rencana persalinan juga harus ditinjau secara berkala karena usia kehamilan, kondisi klinis ibu dan janin, situasi keluarga, maupun ketersediaan layanan dapat mengalami perubahan.

Selain kesiapan fisik, administratif, dan logistik, kesiapan psikologis merupakan komponen penting dalam menghadapi persalinan. Ibu yang memiliki pemahaman memadai mengenai proses persalinan cenderung lebih mampu mengelola kecemasan, menyampaikan kebutuhannya, dan berpartisipasi dalam pengambilan keputusan bersama tenaga kesehatan. Penelitian menunjukkan bahwa kelas edukasi antenatal berbasis keterampilan yang mencakup persiapan persalinan, latihan pernapasan, teknik relaksasi, dan pengelolaan nyeri dapat meningkatkan efikasi diri ibu dalam menghadapi persalinan.

Untuk membangun kesiapan psikologis tersebut, ibu perlu memperoleh penjelasan yang realistis mengenai proses persalinan normal, pilihan pendampingan, teknik pernapasan dan relaksasi, metode pengelolaan nyeri yang tersedia, serta cara berkomunikasi dengan tenaga

kesehatan. Ibu juga perlu memahami proses pemberian persetujuan terhadap tindakan medis, kemungkinan dilakukannya rujukan, dan intervensi yang mungkin diperlukan apabila ditemukan indikasi medis. Informasi tersebut perlu disampaikan secara jelas dan tidak menakutkan sehingga ibu dapat menghadapi persalinan dengan lebih percaya diri, tetapi tetap memiliki kewaspadaan terhadap kemungkinan komplikasi.

Dengan demikian, kesiapan persalinan harus dipahami sebagai proses pengambilan keputusan yang terus diperbarui, bukan sekadar daftar perlengkapan atau pilihan tempat melahirkan. Kesiapan yang baik tercermin dari adanya rencana yang spesifik, dipahami oleh seluruh pihak yang terlibat, sesuai dengan kondisi klinis ibu, memiliki alternatif, dan dapat segera dijalankan ketika persalinan dimulai atau keadaan darurat terjadi.

### **Komponen Rencana Persalinan dan Kesiapsiagaan Komplikasi**

Penyusunan rencana persalinan dimulai dengan menentukan fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga penolong yang sesuai dengan kondisi ibu. Pemilihan tersebut tidak seharusnya hanya didasarkan pada jarak, kemudahan akses, atau kebiasaan keluarga. Hasil pemeriksaan antenatal dan tingkat risiko kehamilan perlu menjadi pertimbangan utama, terutama apabila ditemukan kondisi yang mengharuskan persalinan berlangsung di fasilitas dengan sumber daya dan kemampuan penanganan yang lebih lengkap.

Selain menentukan fasilitas utama, keluarga perlu mengetahui fasilitas alternatif dan rumah sakit rujukan apabila terjadi komplikasi atau fasilitas pertama tidak dapat memberikan pelayanan yang dibutuhkan. Informasi mengenai nama dan alamat fasilitas, nomor kontak, perkiraan waktu tempuh, rute perjalanan, serta jalur penerimaan pasien perlu dicantumkan secara tertulis dalam lembar rencana persalinan. Lembar tersebut sebaiknya disimpan bersama Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA) agar mudah dibawa ketika ibu membutuhkan pelayanan.

Komponen berikutnya adalah penentuan waktu keberangkatan dan kesiapan transportasi. Ibu dan keluarga perlu memahami perbedaan antara tanda awal persalinan dan tanda bahaya yang membutuhkan pertolongan segera. Pengetahuan tersebut harus dihubungkan dengan rencana transportasi yang konkret, bukan kendaraan yang baru akan dicari ketika persalinan dimulai atau keadaan darurat terjadi. Keluarga idealnya menyiapkan kendaraan utama dan kendaraan cadangan, pengemudi yang dapat dihubungi setiap saat termasuk pada malam hari, rute alternatif, serta perkiraan waktu perjalanan menuju fasilitas kesehatan. Nomor telepon

pengemudi sebaiknya disimpan pada lebih dari satu perangkat dan dicatat dalam daftar kontak darurat.

Kondisi geografis dan lingkungan juga perlu diperhitungkan dalam penyusunan rencana transportasi. Pada wilayah yang sering mengalami banjir, kerusakan jalan, kemacetan, gelombang tinggi, atau gangguan cuaca, keluarga dan tenaga kesehatan perlu mempertimbangkan keberangkatan yang lebih awal. Apabila diperlukan, ibu dengan risiko tinggi dapat direncanakan berada lebih dekat dengan fasilitas rujukan menjelang perkiraan persalinan. Dengan demikian, kesiapan transportasi tidak hanya berarti tersedianya kendaraan, tetapi juga mencakup kepastian pengemudi, rute, waktu tempuh, dan alternatif ketika terjadi hambatan perjalanan.

Pemilihan pendamping persalinan dan penetapan pengambil keputusan perlu dibicarakan secara terbuka sejak masa kehamilan. Pendamping dipilih sesuai keinginan ibu dan diharapkan mampu memberikan dukungan emosional, membantu komunikasi dengan tenaga kesehatan, serta memenuhi kebutuhan praktis selama perjalanan dan proses pelayanan. Pendamping juga perlu memahami rencana persalinan, kondisi ibu, dokumen yang harus dibawa, dan pihak yang harus dihubungi ketika terjadi perubahan situasi.

Keluarga perlu menentukan seseorang yang dapat membantu mengambil keputusan dengan cepat apabila terjadi perubahan rencana, kebutuhan rujukan, atau tindakan kegawatdaruratan. Penunjukan satu orang utama dan satu orang pengganti dapat mengurangi keterlambatan akibat anggota keluarga saling menunggu atau belum mencapai kesepakatan. Meskipun demikian, pembagian peran tersebut tidak mengurangi hak ibu untuk memperoleh informasi yang memadai, menyampaikan kebutuhan dan pilihannya, serta memberikan persetujuan terhadap tindakan medis sesuai dengan kondisi dan ketentuan pelayanan.

Aspek pembiayaan dan administrasi juga perlu dipersiapkan secara sistematis karena kekurangsiapan pada bagian ini dapat menimbulkan keterlambatan. Status kepesertaan dan keaktifan jaminan kesehatan perlu diperiksa sebelum persalinan. Kartu identitas, kartu kepesertaan jaminan kesehatan, Buku KIA, hasil pemeriksaan, surat rujukan apabila diperlukan, dan dokumen pendukung lainnya sebaiknya ditempatkan dalam satu map yang mudah ditemukan dan dibawa. Keluarga juga perlu menyepakati sumber dana untuk transportasi, kebutuhan selama perjalanan, dan pengeluaran lain yang mungkin tidak ditanggung oleh jaminan kesehatan.

Persiapan kebutuhan rumah tangga tidak boleh diabaikan. Keluarga perlu menentukan orang yang akan menjaga anak atau anggota keluarga lain, mengatur izin kerja pendamping, serta menyiapkan pakaian dan kebutuhan dasar ibu maupun bayi. Penyelesaian kebutuhan tersebut sebelum persalinan membantu keluarga memusatkan perhatian pada keselamatan ibu dan bayi ketika persalinan dimulai atau komplikasi terjadi.

Kesiapsiagaan komplikasi selanjutnya dilengkapi dengan informasi mengenai calon donor darah dan mekanisme komunikasi darurat. Penetapan calon donor tidak berarti darah dapat langsung digunakan tanpa melalui prosedur. Pemeriksaan kesesuaian, penyaringan, penyimpanan, dan pemberian darah tetap harus mengikuti ketentuan fasilitas pelayanan kesehatan dan unit penyedia darah. Namun, keluarga tetap perlu mengetahui golongan darah ibu apabila sudah diperiksa, lokasi fasilitas yang memiliki akses terhadap pelayanan darah, serta orang yang dapat dihubungi untuk membantu koordinasi ketika kebutuhan transfusi muncul.

Daftar kontak darurat perlu mencantumkan nomor bidan atau tenaga kesehatan, puskesmas, ambulans, fasilitas persalinan, rumah sakit rujukan, pengemudi, calon pendamping, dan anggota keluarga inti. Daftar tersebut sebaiknya disimpan secara tertulis bersama Buku KIA dan dokumen persalinan, serta disimpan secara digital pada beberapa telepon anggota keluarga. Nomor-nomor tersebut perlu diperiksa secara berkala untuk memastikan bahwa kontak masih aktif dan dapat dihubungi.

Dengan demikian, rencana persalinan dapat dinilai siap apabila seluruh komponennya telah ditentukan secara spesifik, diketahui oleh ibu dan keluarga, serta dapat dilaksanakan pada saat dibutuhkan. Kesiapan tidak cukup dibuktikan dengan tersedianya daftar tertulis. Ibu dan keluarga juga harus mampu menjelaskan kembali fasilitas yang akan dituju, waktu keberangkatan, sarana transportasi, pembagian peran, dokumen dan pembiayaan, serta langkah yang dilakukan ketika muncul tanda bahaya atau diperlukan rujukan

### **Pengenalan Tanda Bahaya dan Respons yang Tepat**

Pencegahan komplikasi tidak selalu berarti mencegah gangguan kesehatan terjadi, tetapi juga mengurangi dampak buruk melalui deteksi dini dan pertolongan segera. Oleh karena itu, materi tanda bahaya perlu disampaikan dengan bahasa sederhana, gambar, contoh kasus, dan latihan pengambilan keputusan. Ibu dan keluarga harus memahami bahwa satu tanda bahaya saja sudah cukup untuk segera menghubungi tenaga kesehatan atau menuju fasilitas pelayanan kesehatan, tanpa menunggu jadwal pemeriksaan atau mencoba pengobatan sendiri.

Tanda bahaya selama kehamilan meliputi perdarahan dari jalan lahir, sakit kepala hebat atau menetap, pandangan kabur, kejang, pembengkakan mendadak pada wajah atau tangan, nyeri perut hebat, demam tinggi, muntah terus-menerus, sesak napas, keluarnya air ketuban sebelum waktunya, serta gerakan janin yang berkurang atau tidak dirasakan. Pada persalinan, perdarahan, kejang, sesak napas, nyeri yang tidak biasa, air ketuban berwarna atau berbau tidak normal, bagian bayi atau tali pusat tampak dari jalan lahir, dan persalinan tidak maju memerlukan pertolongan segera. Pada masa nifas, tanda bahaya antara lain perdarahan banyak, demam, sakit kepala hebat, kejang, sesak napas, nyeri dada, nyeri atau bengkak pada tungkai, nyeri perut berat, cairan berbau tidak normal, penurunan kesadaran, serta pikiran untuk menyakiti diri sendiri atau bayi. Daftar praktis perlu mengacu pada Buku KIA dan penjelasan tenaga kesehatan.

Ketika tanda bahaya muncul, ibu perlu menghentikan aktivitas, meminta bantuan, menghubungi tenaga kesehatan, menggunakan transportasi yang telah disiapkan, membawa Buku KIA dan dokumen pelayanan, serta segera menuju fasilitas kesehatan. Rujukan perlu dipahami sebagai langkah keselamatan, bukan kegagalan pelayanan. Kelas Ibu Hamil tidak digunakan untuk menegakkan diagnosis atau menentukan pengobatan; setiap keluhan individual tetap harus dinilai oleh tenaga kesehatan.

Penyampaian materi perlu menjaga keseimbangan antara kewaspadaan dan ketenangan. Fasilitator dapat mengelompokkan informasi menjadi tiga bagian, yaitu tanda yang dirasakan atau dilihat, tindakan pertama yang harus dilakukan, dan tempat pertolongan yang dituju. Pemahaman peserta kemudian diperiksa dengan meminta mereka menjelaskan kembali langkah yang akan dilakukan ketika menemukan tanda bahaya.

### **C. Strategi Optimalisasi Kelas Ibu Hamil**

Optimalisasi Kelas Ibu Hamil memerlukan perbaikan pada seluruh rantai program, mulai dari identifikasi sasaran, desain pembelajaran, kapasitas fasilitator, keterlibatan keluarga, integrasi pelayanan, hingga pemantauan dan perbaikan mutu. Kerangka input-proses-output-outcome membantu pengelola melihat hubungan antara sumber daya, mutu pelaksanaan, hasil pembelajaran, dan perubahan kesiapan peserta. Pengalaman program di Indonesia juga menunjukkan bahwa keberlanjutan kelas dipengaruhi oleh partisipasi peserta, dukungan tenaga kesehatan, dan keterhubungannya dengan pelayanan antenatal (Aisyah et al., 2020; Anggraini et al., 2019). Empat strategi berikut menempatkan komponen tersebut ke dalam langkah yang dapat diterapkan di tingkat puskesmas dan komunitas.

### **Pemetaan Sasaran dan Peningkatan Partisipasi**

Langkah pertama adalah memastikan semua ibu hamil teridentifikasi melalui kohor ibu, pelayanan antenatal, posyandu, kader, jejaring praktik mandiri, dan mekanisme pelaporan desa/kelurahan. Daftar peserta harus memuat usia kehamilan, wilayah, nomor kontak, kebutuhan akses, bahasa, status kehadiran, dan rencana tindak lanjut dengan tetap menjaga kerahasiaan data. Prioritas pendampingan diberikan kepada ibu yang terlambat memulai pemeriksaan, sering absen, tinggal jauh, hamil usia remaja, memiliki hambatan sosial, atau mempunyai faktor risiko klinis tanpa memberi stigma.

Partisipasi meningkat ketika jadwal disusun bersama peserta, durasi realistis, lokasi aman dan mudah dijangkau, pengingat diberikan sebelum pertemuan, dan suasana kelas tidak menghakimi. Kelas dapat diselenggarakan pada jam yang menyesuaikan pekerjaan peserta atau pendamping. Penggantian ongkos tidak selalu mungkin, tetapi koordinasi transportasi kelompok, dukungan desa, ruang ramah anak, dan penggabungan dengan jadwal pelayanan tertentu dapat mengurangi hambatan.

Kelas hibrida atau dukungan digital dapat memperluas akses, tetapi tidak boleh menggantikan penilaian klinis dan perlu memperhatikan kesenjangan kepemilikan perangkat, kuota, literasi digital, serta privasi. Pesan singkat dapat digunakan untuk pengingat jadwal, pengulangan pesan kunci, dan nomor kontak; materi harus konsisten dengan Buku KIA. Uji acak terkontrol di Denpasar menunjukkan bahwa intervensi edukasi berbasis aplikasi berpotensi memperbaiki perilaku promosi kesehatan selama kehamilan, tetapi penerapannya tetap perlu terintegrasi dengan pelayanan dan disesuaikan dengan akses digital peserta.

Penggunaan media digital akan lebih bermanfaat bila fungsinya dibatasi dengan jelas. Grup pesan dapat dipakai untuk mengingatkan jadwal, mengirim kembali gambar dari Buku KIA, atau mengumumkan perubahan nomor layanan. Namun, grup tidak semestinya menjadi tempat peserta mengirim data klinis pribadi atau meminta diagnosis dari keluhan yang memerlukan pemeriksaan. Pengelola perlu menetapkan siapa yang menjadi administrator, kapan pesan dijawab, informasi apa yang boleh dibagikan, dan bagaimana peserta diarahkan ketika muncul keadaan darurat. Dengan aturan sederhana tersebut, media digital memperkuat pertemuan tatap muka tanpa menimbulkan kesan bahwa konsultasi daring dapat menggantikan pelayanan antenatal.

### **Pembelajaran Aktif dan Berpusat pada Peserta**

Orang dewasa belajar lebih baik ketika materi berkaitan dengan masalah nyata, memberi kesempatan menggunakan pengalaman, dan segera dipraktikkan. Setiap sesi sebaiknya mengikuti siklus: menggali pengalaman dan kebutuhan, menyampaikan pesan inti, mempraktikkan keterampilan, memeriksa pemahaman, menyusun aksi, dan menindaklanjuti. Presentasi panjang dapat diganti dengan skenario singkat seperti, “Ibu mengalami perdarahan pada malam hari; siapa melakukan apa dalam lima menit pertama?”

Metode teach-back penting untuk memastikan pemahaman. Fasilitator tidak hanya bertanya “Sudah mengerti?”, melainkan meminta peserta menjelaskan dengan kata-katanya sendiri: tanda apa yang mengharuskan berangkat, siapa yang dihubungi, dan fasilitas mana yang dituju. Jika jawaban belum tepat, fasilitator menjelaskan ulang dengan cara berbeda lalu mengulangi pemeriksaan pemahaman. Metode ini melengkapi diskusi, demonstrasi, dan praktik keterampilan yang digunakan dalam kelas ibu hamil (Amalia et al., 2023; Kementerian Kesehatan RI, 2025).

Simulasi rencana darurat membuat pengetahuan menjadi tindakan. Peserta berlatih menelepon transportasi, menyiapkan dokumen, memilih rute, menjelaskan keluhan kepada petugas, serta membagi tugas keluarga. Demonstrasi dapat mencakup teknik napas, posisi nyaman, persiapan menyusui, kebersihan, dan isi tas persalinan. Semua latihan harus berada dalam batas kewenangan dan tidak menggantikan pemeriksaan profesional.

Fasilitator tidak perlu membuat simulasi yang rumit. Satu kasus singkat sudah cukup jika dibahas sampai peserta mampu menentukan urutan tindakan. Misalnya, seorang ibu mengalami perdarahan setelah bangun tidur. Kelompok diminta memutuskan siapa yang mendampingi ibu, siapa yang menghubungi kendaraan, dokumen apa yang dibawa, dan ke fasilitas mana mereka berangkat. Setelah peserta menjawab, fasilitator menelusuri kemungkinan penundaan dan meluruskan tindakan yang tidak aman. Diskusi diakhiri dengan menghubungkan kasus tersebut pada rencana masing-masing peserta. Pola ini membuat materi terasa dekat dengan kehidupan mereka dan membantu keluarga melihat bahwa keputusan cepat bukanlah hasil keberanian sesaat, melainkan hasil persiapan yang telah dibicarakan sebelumnya.

#### **Pelibatan Suami, Keluarga, dan Komunitas**

Keputusan mencari pertolongan sering dipengaruhi pasangan atau anggota keluarga lain. Karena itu, keterlibatan mereka merupakan komponen keselamatan, selama tetap menghormati otonomi dan pilihan ibu. Dalam P4K, keluarga berperan memastikan pendamping, penolong, tempat persalinan, transportasi, biaya, dan donor darah telah

disepakati. Sesi keluarga harus menekankan peran konkret: mengenali tanda bahaya, tidak menunda keputusan, menyediakan transportasi dan biaya, mendampingi pemeriksaan, mendukung konsumsi makanan bergizi dan tablet tambah darah sesuai anjuran, mengurangi beban kerja ibu, serta menghormati pilihan ibu (Himalaya & Maryani, 2020; Prastyawati et al., 2025).

Kader membantu pemetaan sasaran, pengingat, penelusuran ketidakhadiran, penguatan pesan, dan penghubung dengan bidan. Pemerintah desa/kelurahan dapat mendukung tempat, transportasi sosial atau ambulans desa, komunikasi darurat, dan mobilisasi calon donor sesuai ketentuan. Tokoh masyarakat dan keagamaan dapat membantu mengatasi norma yang menghambat, tetapi tidak boleh menerima informasi klinis pribadi tanpa izin ibu.

Pelibatan keluarga harus tetap berorientasi pada hak ibu. Pendamping dipilih oleh ibu; komunikasi harus bebas dari kekerasan, tekanan, dan diskriminasi. Privasi, kerahasiaan, persetujuan berdasarkan informasi, serta penghormatan terhadap keputusan ibu harus dijaga dalam kelas maupun pelayanan individual. Bila fasilitator menemukan kekerasan dalam rumah tangga, gangguan kesehatan mental, atau persoalan perlindungan, tindak lanjut harus mengikuti prosedur layanan dan keselamatan yang berlaku.

Batas peran keluarga perlu dijelaskan sejak awal. Dukungan bukan berarti mengambil alih suara ibu atau memaksakan pilihan yang tidak ia kehendaki. Keluarga membantu menyediakan kondisi agar ibu dapat menerima pelayanan tepat waktu dan membuat keputusan berdasarkan informasi. Dalam diskusi kelompok, fasilitator dapat meminta setiap pendamping menyebutkan satu tanggung jawab yang sanggup dilakukan, misalnya memastikan kendaraan tersedia, menemani pemeriksaan, atau menyimpan dokumen persalinan. Pembagian tugas yang jelas lebih mudah dilaksanakan daripada ajakan umum untuk ‘selalu mendukung’. Kesepakatan tersebut perlu diketahui ibu dan dapat diubah bila keadaan keluarga atau kondisi kehamilan berubah.

### **Integrasi dengan Pelayanan Antenatal, P4K, Buku KIA, dan Sistem Rujukan**

Setiap peserta membawa Buku KIA pada kelas. Materi kelas merujuk halaman yang relevan, sementara hasil diskusi seperti pilihan fasilitas, kontak, dan rencana transportasi dituangkan pada lembar rencana yang disimpan ibu. Fasilitator menghubungkan rencana dengan hasil pemeriksaan antenatal. Bila terdapat risiko yang memerlukan persalinan di fasilitas tertentu atau rujukan terencana, rencana umum harus disesuaikan melalui konseling individual oleh tenaga kesehatan.

Integrasi P4K mengubah rencana individu menjadi kesiapsiagaan keluarga dan masyarakat. Komponen seperti penolong, tempat persalinan, pendamping, transportasi, biaya, dan donor darah diverifikasi, bukan sekadar dicatat. Verifikasi berarti nomor dapat dihubungi, kendaraan tersedia pada waktu yang diperlukan, dokumen jaminan aktif, rute diketahui, dan keluarga menyepakati keputusan. Rencana ditinjau kembali pada trimester ketiga atau kapan pun kondisi berubah.

Fasilitator perlu memiliki peta jejaring: kapasitas puskesmas, rumah sakit rujukan, layanan ambulans, waktu tempuh, dan jalur komunikasi. Informasi harus diperbarui secara berkala. Kelas tidak boleh menjanjikan layanan yang tidak tersedia. Koordinasi pra-rujukan dan komunikasi antarfasilitas menjadi tanggung jawab sistem pelayanan, tetapi keluarga tetap perlu mengetahui tindakan awal dan lokasi tujuan.

Peta jejaring bukan sekadar daftar nama fasilitas. Informasi yang dibutuhkan keluarga meliputi layanan yang tersedia, waktu tempuh yang wajar, jalur masuk pasien, nomor komunikasi, dan pilihan cadangan bila fasilitas pertama tidak dapat memberikan pelayanan yang diperlukan. Tim puskesmas perlu membedakan informasi untuk persalinan yang telah direncanakan dengan informasi untuk kegawatdaruratan. Pada ibu dengan risiko tertentu, penentuan fasilitas harus mengikuti hasil penilaian tenaga kesehatan, bukan semata-mata kedekatan lokasi atau kebiasaan keluarga. Dengan demikian, kelas memberikan kerangka umum, sedangkan keputusan klinis tetap diselesaikan melalui konseling individual dan koordinasi layanan.

## **D. Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil secara Operasional**

### **Persiapan Program**

Sebelum siklus kelas dimulai, tim puskesmas melakukan analisis sederhana: jumlah dan sebaran ibu hamil, cakupan serta putus kunjungan antenatal, pola komplikasi dan rujukan, hambatan transportasi, bahasa, lokasi yang mudah diakses, serta jadwal potensial. Hasil analisis digunakan untuk menentukan jumlah kelompok, tempat, fasilitator, metode, materi lokal, dan dukungan lintas sektor.

Satu kelompok sebaiknya cukup kecil untuk memungkinkan diskusi dan praktik. Pedoman primer Kementerian Kesehatan menyebut jumlah peserta maksimal sekitar sepuluh orang, sehingga fasilitator dapat mengenali kebutuhan peserta dan memeriksa pemahaman secara individual (Kementerian Kesehatan RI, 2025). Bila jumlah sasaran besar, bentuk beberapa

kelompok berdasarkan wilayah atau usia kehamilan. Persetujuan peserta, privasi, ventilasi, keamanan, akses toilet, air minum, dan kesiapan menghadapi keadaan darurat perlu dipastikan.

Perangkat minimal meliputi Buku KIA, lembar rencana persalinan, kartu tanda bahaya, daftar kontak, alat bantu gambar, daftar hadir, pretest-posttest ringkas, lembar observasi keterampilan, dan formulir tindak lanjut. Materi tambahan harus ditelaah oleh tenaga kompeten agar konsisten dengan kebijakan dan tidak memuat promosi komersial yang menyesatkan.

Persiapan logistik sebaiknya dilakukan beberapa hari sebelum pertemuan, bukan sesaat sebelum peserta datang. Fasilitator meninjau tujuan sesi, memilih pesan utama, memeriksa kesesuaian gambar, dan menyiapkan pertanyaan pemantik. Daftar hadir perlu dipisahkan dari catatan klinis agar kerahasiaan tetap terjaga. Jika menggunakan pretest dan posttest, pertanyaannya dibuat singkat dan langsung berhubungan dengan keputusan yang harus diambil peserta. Alat bantu tidak harus mahal. Kartu kasus dari kertas tebal, peta rute sederhana, contoh tas dokumen, dan lembar pembagian tugas keluarga dapat menjadi media belajar yang efektif apabila digunakan dalam diskusi dan praktik, bukan sekadar dipajang.

### **Rancangan dan Alur Pelaksanaan Empat Pertemuan**

Kelas Ibu Hamil dapat diselenggarakan dalam empat pertemuan yang saling berkesinambungan. Setiap pertemuan tidak hanya menyampaikan informasi, tetapi juga menghasilkan tindakan atau rencana yang dapat diterapkan oleh peserta bersama keluarganya.

Pertemuan pertama membahas kehamilan sehat dan mengidentifikasi kebutuhan peserta. Materi meliputi perubahan selama kehamilan, kebutuhan gizi, kepatuhan pemeriksaan antenatal, konsumsi tablet tambah darah, kesehatan mental, dan penggunaan Buku KIA. Pada akhir pertemuan, peserta menyusun jadwal pemeriksaan berikutnya dan mencatat pertanyaan yang akan disampaikan kepada tenaga kesehatan. Keluhan atau faktor risiko yang ditemukan perlu ditindaklanjuti melalui pelayanan individual untuk menjaga keselamatan dan kerahasiaan peserta.

Pertemuan kedua berfokus pada kesiapan persalinan. Peserta menentukan fasilitas dan tenaga penolong sesuai hasil pemeriksaan, pendamping, transportasi, pembiayaan, dokumen, serta kebutuhan ibu dan bayi. Kegiatan dapat disertai pemetaan rute dan latihan menghubungi pengemudi atau fasilitas kesehatan. Hasil pertemuan berupa draf rencana persalinan yang dibawa pulang untuk dibahas dan disepakati bersama keluarga.

Pertemuan ketiga membahas tanda bahaya, komplikasi, dan rujukan. Pembelajaran dilakukan melalui contoh kasus, seperti perdarahan pada malam hari, gerakan janin berkurang,

kejang, atau sesak napas. Peserta dan pendamping berlatih menentukan tindakan pertama, membagi tugas, menghubungi pihak terkait, dan memilih fasilitas tujuan. Hasil pertemuan berupa rencana darurat yang mencakup fasilitas cadangan, transportasi, daftar kontak, dan pembagian peran keluarga.

Pertemuan keempat mencakup masa nifas, perawatan bayi baru lahir, menyusui, keluarga berencana pascapersalinan, dan evaluasi kesiapan. Peserta mempelajari tanda bahaya pada ibu dan bayi serta tempat memperoleh pertolongan. Pada akhir pertemuan, fasilitator meninjau rencana persalinan, memeriksa daftar kontak, dan meminta peserta menjelaskan kembali tindakan yang akan dilakukan apabila muncul tanda bahaya. Komponen yang belum lengkap dicatat untuk ditindaklanjuti bersama pihak yang dapat membantu.

Setiap pertemuan dapat dilaksanakan melalui tahapan berikut:

1. Pembukaan dan identifikasi kebutuhan selama kurang lebih 10 menit;
2. Penggalan pengalaman, pengetahuan awal, kekhawatiran, dan hambatan peserta selama 10-15 menit;
3. Penyampaian materi inti selama 25-30 menit dengan membatasi pembahasan pada tiga sampai lima pesan utama;
4. Praktik atau simulasi selama 20-30 menit melalui demonstrasi, bermain peran, pengisian rencana, atau pembahasan kasus;
5. Pemeriksaan pemahaman melalui *teach-back* dan klarifikasi selama 10-15 menit; serta
6. Penyusunan rencana aksi dan penutupan selama kurang lebih 10 menit.

Durasi dan urutan kegiatan dapat disesuaikan dengan usia kehamilan, kebutuhan peserta, tingkat literasi, pola risiko, dan kondisi setempat. Senam atau latihan fisik hanya dilakukan setelah memastikan keamanannya, dipandu oleh tenaga yang kompeten, serta disesuaikan dengan kondisi ibu. Peserta yang memiliki keluhan atau kontraindikasi tidak boleh dipaksa mengikuti latihan.

Hal utama yang perlu dipertahankan adalah kesinambungan antarsesi. Materi sebelumnya ditinjau kembali, tindakan yang dilakukan di rumah diperiksa, dan hambatan baru dicatat untuk ditindaklanjuti. Dengan demikian, peserta tidak mengikuti empat kegiatan penyuluhan yang terpisah, melainkan menjalani satu proses pembelajaran bertahap yang menghasilkan kesiapan persalinan dan kesiapsiagaan menghadapi komplikasi. Keberhasilan pertemuan dinilai dari

kemampuan peserta menerapkan pengetahuan dan menentukan tindakan yang tepat, bukan sekadar dari selesainya seluruh materi.

### **Tindak Lanjut Individual**

Setelah setiap pertemuan, fasilitator menandai peserta yang membutuhkan tindak lanjut: keluhan klinis, risiko tinggi, masalah gizi, ketidaksiapan biaya/transportasi, dukungan keluarga rendah, kesehatan mental, kekerasan, atau kebutuhan sosial. Tindak lanjut dicatat secara aman dan diberikan melalui konseling, pemeriksaan, kunjungan rumah, rujukan, atau koordinasi dengan layanan yang relevan. Informasi pribadi hanya dibagikan kepada pihak yang berwenang dan sesuai kebutuhan.

Peserta yang tidak hadir perlu dihubungi secara suportif untuk mengetahui hambatan dan menawarkan sesi pengganti, ringkasan materi, atau kunjungan bila memungkinkan. Ketidakhadiran berulang dapat menjadi tanda hambatan akses atau kerentanan, sehingga responsnya bukan sekadar mencatat “drop out”.

Tindak lanjut akan lebih mudah bila tanggung jawabnya ditetapkan. Fasilitator mencatat kebutuhan yang muncul, menentukan siapa yang menghubungi peserta, dan memberi batas waktu penyelesaian. Masalah klinis diteruskan kepada tenaga kesehatan, sedangkan kebutuhan sosial atau transportasi dapat dikoordinasikan bersama kader dan pemerintah desa sesuai kewenangan. Catatan tindak lanjut harus ringkas tetapi cukup untuk mengetahui apakah masalah telah selesai. Sistem sederhana seperti tanggal temuan, tindakan, penanggung jawab, dan status penyelesaian sering lebih berguna daripada formulir panjang yang jarang diperiksa. Hal yang paling penting ialah memastikan tidak ada peserta dengan tanda bahaya atau risiko tinggi yang hilang dari pemantauan.

### **Penguatan Kapasitas Fasilitator dan Mutu Pelaksanaan**

Fasilitator idealnya menguasai materi kesehatan ibu, komunikasi risiko, pembelajaran orang dewasa, fasilitasi kelompok, teach-back, dan mekanisme rujukan. Kompetensi klinis saja belum cukup; kemampuan menciptakan ruang aman, mendengar aktif, mengelola mitos, menghindari jargon, dan merespons pertanyaan sensitif menentukan mutu kelas.

Pelatihan fasilitator perlu berbasis praktik. Peserta pelatihan melakukan microteaching, memainkan skenario kegawatdaruratan, menerima umpan balik, dan menggunakan daftar tilik. Supervisi setelah pelatihan dilakukan secara suportif melalui observasi kelas, refleksi, telaah data, dan rencana perbaikan. Tujuannya memperkuat keterampilan, bukan mencari kesalahan.

Standarisasi materi penting untuk konsistensi, tetapi fasilitator perlu menyesuaikan contoh, bahasa, dan metode dengan konteks. Setiap sesi memiliki pesan wajib, tujuan perilaku, aktivitas, alat bantu, dan kriteria pemahaman. Informasi klinis harus mengikuti pedoman terkini. Bila terdapat perbedaan praktik lokal, fasilitator menjelaskan prosedur fasilitas setempat tanpa membuat klaim di luar kewenangannya.

Mutu fasilitasi juga terlihat dari cara petugas merespons hal yang belum diketahui. Fasilitator tidak perlu menjawab semua pertanyaan pada saat itu juga. Apabila informasi belum pasti atau berada di luar kompetensinya, jawaban yang aman adalah mengakui keterbatasan, mencatat pertanyaan, kemudian mengonfirmasi kepada tenaga yang tepat. Sikap semacam ini lebih dapat dipercaya daripada memberikan penjelasan yang terdengar meyakinkan tetapi tidak memiliki dasar. Pada pertemuan berikutnya, fasilitator menyampaikan hasil konfirmasi dan menunjukkan sumber yang digunakan. Kebiasaan tersebut sekaligus mengajarkan peserta untuk menilai informasi kesehatan secara kritis.

## **E. Monitoring, Evaluasi, dan Perbaikan Mutu**

Monitoring dan evaluasi Kelas Ibu Hamil harus dilakukan secara sederhana, bermakna, dan berorientasi pada pengambilan keputusan. Indikator dipilih untuk mengetahui keterjangkauan sasaran, mutu pelaksanaan kelas, kesiapan ibu dan keluarga, serta kontribusi program terhadap akses pelayanan yang tepat waktu. Data yang dikumpulkan perlu mencakup kesiapan program, proses pembelajaran, kemampuan peserta, kelengkapan rencana persalinan, tindak lanjut, dan pengalaman ibu.

Kesiapan program dinilai melalui ketersediaan fasilitator yang telah memperoleh pembekalan, Buku KIA dan media pembelajaran, tempat yang layak, serta jejaring dan kontak rujukan yang mutakhir. Kekurangan sarana presentasi tidak selalu menghambat pelaksanaan kelas karena fasilitator dapat menggunakan media sederhana. Namun, ketidakakuratan informasi rujukan merupakan masalah keselamatan yang harus segera diperbaiki.

Penilaian proses mencakup penggunaan diskusi dan praktik, kesempatan peserta untuk bertanya, pelaksanaan \*teach-back\*, keterlibatan keluarga, dan tindak lanjut terhadap keluhan. Daftar hadir tetap diperlukan, tetapi tidak boleh menjadi satu-satunya ukuran keberhasilan. Observasi singkat dan umpan balik peserta dapat digunakan untuk menilai keaktifan peserta, kemudahan bahasa, keamanan suasana belajar, dan kesesuaian waktu pertemuan.

Hasil langsung pembelajaran dinilai melalui kelengkapan rencana persalinan, ketersediaan nomor kontak, kemampuan mengenali tanda bahaya, dan ketepatan menentukan tindakan.

Penilaian pengetahuan tidak hanya menggunakan soal tertulis, tetapi juga \*teach-back\*, audit rencana persalinan, dan simulasi kedaruratan. Audit dilakukan dengan memeriksa fasilitas utama dan cadangan, transportasi, pendamping dan pengambil keputusan, pembiayaan, dokumen, kebutuhan rumah tangga, serta pemahaman keluarga terhadap tanda bahaya.

Dalam simulasi, peserta dinilai berdasarkan kemampuan mengenali tanda bahaya, mengambil keputusan tanpa menunda, menghubungi pihak yang tepat, menentukan fasilitas tujuan, dan menyiapkan Buku KIA serta dokumen pelayanan. Hasil penilaian tidak digunakan untuk memermalukan peserta, tetapi untuk menentukan materi yang perlu diulang dan dukungan yang perlu diberikan.

Evaluasi juga dapat mencakup kesinambungan pemeriksaan antenatal, persalinan di fasilitas yang sesuai dengan risiko, serta ketepatan mencari pertolongan. Data diperoleh dari kohor, Buku KIA, catatan tindak lanjut, dan wawancara pascapersalinan. Hasil tersebut perlu ditafsirkan secara hati-hati karena persalinan dipengaruhi oleh berbagai faktor di luar kelas. Dengan demikian, Kelas Ibu Hamil dinilai berdasarkan kontribusinya, bukan dianggap sebagai satu-satunya penyebab suatu luaran.

Aspek mutu dan pemerataan perlu diperhatikan dengan menilai apakah peserta merasa dihormati, kelompok rentan memperoleh akses yang setara, serta keluhan mendapatkan tindak lanjut. Umpan balik anonim dapat digunakan untuk memperoleh pengalaman yang sulit disampaikan secara langsung. Data juga perlu dibaca bersama catatan fasilitator karena rencana yang belum lengkap tidak selalu menunjukkan kurangnya kemauan, tetapi dapat disebabkan oleh keterbatasan transportasi, biaya, atau dukungan keluarga.

Hasil monitoring dibahas secara berkala melalui siklus rencanakan, laksanakan, pelajari, dan tindak lanjut. Sebagai contoh, jika kehadiran suami rendah, tim dapat memetakan penyebab, mencoba jadwal alternatif dan undangan khusus, kemudian membandingkan hasilnya. Jika peserta memahami tanda bahaya tetapi belum memiliki transportasi, perbaikan diarahkan pada koordinasi komunitas dan jejaring layanan, bukan sekadar mengulang materi.

Dengan demikian, monitoring dan evaluasi tidak berhenti sebagai pelaporan administratif. Data digunakan untuk memperbaiki jadwal, metode pembelajaran, materi, penjangkauan peserta, pendampingan keluarga, dan sistem rujukan. Tujuannya bukan memberikan label berhasil atau gagal kepada ibu, melainkan mengenali bagian program yang perlu diperbaiki dan hambatan sistem yang membutuhkan dukungan lebih lanjut (Aisyah et al., 2020; Kementerian Kesehatan RI, 2025).

## **F. Tantangan Implementasi dan Alternatif Solusi**

Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil menghadapi tantangan yang berbeda di setiap wilayah. Keterbatasan waktu dan beban kerja petugas dapat diatasi melalui pembagian tugas, jadwal tetap, penggunaan modul ringkas, dan pelibatan kader untuk kegiatan nonklinis. Tenaga kesehatan tetap bertanggung jawab atas penyampaian materi klinis, penilaian risiko, dan tindak lanjut pelayanan.

Kehadiran peserta yang tidak konsisten perlu ditangani dengan mengidentifikasi hambatan, memberikan pengingat personal, menyediakan pilihan jadwal atau sesi pengganti, serta melakukan penguatan melalui kunjungan. Keberlanjutan partisipasi tidak hanya bergantung pada insentif, tetapi juga pada kemampuan kelas dalam memberikan suasana yang ramah, materi yang relevan, dan solusi terhadap permasalahan nyata peserta.

Dominasi metode ceramah dapat dikurangi dengan memperbesar porsi praktik, menggunakan kartu skenario, simulasi, dan melakukan observasi terhadap kemampuan fasilitator. Sementara itu, informasi yang keliru dari media sosial perlu ditangani melalui literasi digital dengan mengajarkan peserta untuk memeriksa sumber, tanggal, penulis, kesesuaian informasi dengan Buku KIA, serta mengonfirmasikannya kepada tenaga kesehatan.

Hambatan budaya dan pengaruh keluarga perlu dihadapi secara menghormati nilai setempat. Dengan persetujuan ibu, fasilitator dapat melibatkan anggota keluarga atau tokoh yang berpengaruh, menggunakan bahasa lokal, serta membedakan praktik yang aman dari praktik yang berpotensi menunda pertolongan. Pada wilayah terpencil, diperlukan perencanaan khusus berupa rujukan terencana, transportasi komunitas, komunikasi cadangan, persiapan keberangkatan lebih awal, dan pemanfaatan rumah tunggu kelahiran apabila tersedia serta sesuai kebijakan.

Perlindungan privasi juga harus menjadi perhatian. Peserta tidak wajib mengungkapkan diagnosis, pengalaman kekerasan, atau masalah pribadi di dalam kelompok. Fasilitator perlu menyediakan jalur konsultasi individual dan menjelaskan batas kerahasiaan, terutama apabila ditemukan kondisi yang mengancam keselamatan ibu atau bayi.

Penyesuaian terhadap kondisi lokal merupakan bagian dari peningkatan mutu, bukan penyimpangan dari pedoman. Kelas di wilayah perkotaan mungkin memiliki akses lebih baik terhadap narasumber dan fasilitas rujukan, tetapi menghadapi kendala waktu peserta yang bekerja. Sebaliknya, wilayah perdesaan atau kepulauan dapat memiliki dukungan komunitas yang lebih kuat, tetapi menghadapi kendala jarak, cuaca, dan transportasi. Bentuk pelaksanaan

dapat disesuaikan selama pesan keselamatan, penghormatan terhadap ibu, keterhubungan dengan pelayanan, dan kejelasan tindak lanjut tetap dipertahankan.

### **Peran Pemangku Kepentingan**

Keberhasilan program juga bergantung pada pembagian peran antarpemangku kepentingan. Ibu berperan aktif mengikuti pemeriksaan, membawa Buku KIA, mengajukan pertanyaan, dan menyusun rencana persalinan. Suami dan keluarga memberikan dukungan emosional, logistik, pembiayaan, serta membantu pengambilan keputusan secara cepat. Bidan atau tenaga kesehatan memfasilitasi pembelajaran, menilai kebutuhan klinis, menyesuaikan rencana berdasarkan risiko, dan mengoordinasikan rujukan.

Kader bertugas melakukan penjangkauan, memberikan pengingat, mendukung pemanfaatan Buku KIA, dan melaporkan hambatan kepada tenaga kesehatan tanpa menyebarkan informasi pribadi peserta. Puskesmas menjamin tata kelola, ketersediaan bahan, supervisi, integrasi data, dan jejaring rujukan. Fasilitas rujukan menyediakan jalur komunikasi dan menerima koordinasi sesuai dengan sistem pelayanan. Pemerintah desa atau kelurahan mendukung sarana, akses, dan transportasi, sedangkan dinas kesehatan berperan dalam kebijakan, pelatihan, pemantauan, dan perbaikan mutu.

Organisasi profesi, institusi pendidikan, dan mitra masyarakat dapat mendukung pengembangan materi, peningkatan kapasitas, serta evaluasi program. Keterlibatan tersebut harus mengikuti standar pelayanan, melindungi data peserta, menghindari konflik kepentingan, dan memperkuat sistem kesehatan yang telah tersedia.

Koordinasi perlu dibuat sederhana dan berorientasi pada penyelesaian masalah. Puskesmas dapat menyelenggarakan pertemuan singkat secara berkala untuk meninjau cakupan peserta, hambatan yang belum terselesaikan, perubahan jejaring rujukan, dan kebutuhan fasilitator. Pembagian peran dan batas kewenangan yang jelas akan mencegah duplikasi kegiatan serta memastikan ibu dan keluarga menerima informasi yang konsisten.

## **G. Rekomendasi Praktis**

Optimalisasi Kelas Ibu Hamil perlu menempatkan kelengkapan dan keterlaksanaan rencana persalinan sebagai sasaran utama, bukan hanya jumlah pertemuan atau peserta. Kegiatan idealnya dilaksanakan dalam minimal empat pertemuan yang berkesinambungan, dengan sedikitnya satu sesi melibatkan suami atau keluarga. Buku KIA digunakan sebagai sumber utama, sedangkan materi diarahkan pada keputusan dan keterampilan praktis, seperti

mengenali tanda bahaya, menentukan fasilitas persalinan, menyiapkan transportasi, dan menghubungi tenaga kesehatan.

Pembelajaran perlu menggunakan metode aktif, seperti diskusi kasus, demonstrasi, bermain peran, \*teach-back\*, dan simulasi. Pelaksanaannya diintegrasikan dengan pemeriksaan antenatal, P4K, skrining risiko, konseling individual, fasilitas persalinan, dan jejaring rujukan. Sebelum trimester akhir, fasilitator perlu memastikan kesiapan fasilitas tujuan, transportasi, pembiayaan, dokumen, pendamping, pengambil keputusan, nomor kontak, dan rencana cadangan. Tindak lanjut juga harus diberikan kepada peserta yang tidak hadir, ibu dengan faktor risiko, dan keluarga yang belum menyelesaikan rencana persalinan.

Monitoring dilakukan menggunakan indikator sederhana yang menilai mutu pelaksanaan, keterjangkauan sasaran, keterlibatan keluarga, dan kesiapan peserta. Hasilnya digunakan untuk memperbaiki jadwal, metode, materi, dan jejaring pelayanan secara bertahap. Perbaikan dapat dimulai dari satu masalah yang paling memengaruhi kesiapan peserta, kemudian diuji dalam satu siklus kelas dan disesuaikan berdasarkan hasil evaluasi. Pendekatan ini memungkinkan program tetap inklusif, menghormati pilihan dan privasi ibu, serta dapat dikembangkan secara berkelanjutan sesuai kemampuan puskesmas.

## H. Penutup

Kelas Ibu Hamil memiliki posisi strategis untuk mengubah informasi kesehatan menjadi kesiapan nyata. Nilai program tidak terletak pada ceramah atau jumlah peserta semata, melainkan pada kemampuan ibu dan keluarga untuk mengenali risiko, membuat keputusan, mengaktifkan rencana, dan mencapai pelayanan yang tepat tanpa keterlambatan yang dapat dicegah. Kelas yang optimal menggabungkan edukasi berbasis bukti, latihan keterampilan, dukungan keluarga, pemanfaatan Buku KIA, P4K, pelayanan antenatal, dan jejaring rujukan.

Optimalisasi perlu dilakukan sebagai proses perbaikan sistem. Pemetaan sasaran menjamin pemerataan; fasilitasi aktif meningkatkan pemahaman; rencana yang diverifikasi memperkuat kesiapan; integrasi layanan menjamin tindak lanjut; dan monitoring berbasis hasil menjaga mutu. Pendekatan tersebut memungkinkan kelas menyesuaikan konteks lokal tanpa kehilangan standar keselamatan.

Pada akhirnya, persalinan aman bukan tanggung jawab ibu seorang diri. Kesiapan dibangun bersama oleh keluarga, kader, tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan, pemerintah, dan masyarakat. Ketika setiap pihak memahami perannya dan sistem merespons secara cepat, Kelas Ibu Hamil dapat menjadi wahana pemberdayaan yang efektif untuk meningkatkan pengalaman

kehamilan dan persalinan yang positif sekaligus mencegah kesakitan serta kematian ibu dan bayi yang dapat dihindari.

## Referensi

- Aisyah, R. D., Fitriyani, F., & Prafitri, L. D. (2020). Kegiatan revitalisasi Kelas Ibu Hamil (Kertas Bumil). *LINK*, 16(2), 105–110. <https://doi.org/10.31983/link.v16i2.6343>
- Amalia, R., Zuhriyatun, F., & Yuliani, D. R. (2023). Kelas edukasi antenatal persiapan persalinan berbasis keterampilan meningkatkan efikasi diri ibu menghadapi persalinan. *Jurnal Sains Kebidanan*, 5(2), 60–67. <https://doi.org/10.31983/jsk.v5i2.10699>
- Angraini, L., Sunarsih, S., & Winardi, B. (2021). Pengaruh partisipasi ibu dalam kelas ibu hamil terhadap cakupan K4. *Indonesian Midwifery and Health Sciences Journal*, 3(3), 265–277. <https://doi.org/10.20473/imhsj.v3i3.2019.265-277>
- Ariyani, N. W., Wirawan, I. M. A., Pinatih, G. N. I., & Kusuma, A. A. N. J. (2022). The effect of an application-based educational intervention with a social cognitive theory model on pregnant women in Denpasar, Bali, Indonesia: A randomized controlled trial. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 13(2), 153–161. <https://doi.org/10.24171/j.phrp.2021.0209>
- Azhar, K., Dharmayanti, I., Tjandrarini, D. H., & Hidayangsih, P. S. (2020). The influence of pregnancy classes on the use of maternal health services in Indonesia. *BMC Public Health*, 20, Article 372. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08492-0>
- Himalaya, D., & Maryani, D. (2020). Penerapan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). *Journal of Midwifery*, 8(1), 1–10. <https://doi.org/10.37676/jm.v8i1.1027>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019, 10 November). Tanda bahaya kehamilan yang harus diketahui oleh ibu hamil. <https://ayosehat.kemkes.go.id/tanda-bahaya-kehamilan-yang-harus-diketahui-oleh-ibu-hamil>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020a). Pedoman pelayanan antenatal terpadu (Edisi ketiga). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <https://repository.kemkes.go.id/book/147>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020b). Pedoman pelayanan antenatal, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <https://repository.kemkes.go.id/book/122>
- Prastyawati, D., Puspitasari, Y., & Prasetyo, J. (2025). Program Perencanaan Persalinan dan

- Pencegahan Komplikasi untuk mendukung kesiapan ibu hamil dalam menghadapi persalinan yang aman. *Jurnal Penelitian Kesehatan SUARA FORIKES*, 16(1), 24-28. <https://doi.org/10.33846/sf16107>
- Sasniari, N. N., Supliyani, E., Rosaria, Y. W., & Puspitasari, D. A. (2017). Hubungan keikutsertaan ibu dalam kelas ibu hamil dengan pengetahuan dan sikap terhadap tanda bahaya dalam kehamilan di Kota Bogor. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 8(2), 175-185. <https://doi.org/10.22435/kespro.v8i2.6424.175-185>
- Wahyuningsih, A., & Wintoro, P. D. (2019). Hubungan keikutsertaan ibu hamil dalam mengikuti kelas ibu hamil dengan persiapan menghadapi persalinan di wilayah kerja Puskesmas Karangnom Klaten. *INVOLUSI: Jurnal Ilmu Kebidanan*, 9(2), 88-94. <https://doi.org/10.61902/involusi.v9i2.88>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025). Pedoman penyelenggaraan Puskesmas Klaster 2: Ibu dan anak. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.