

STRADA  
PRESS

# SUKSES DALAM KEHAMILAN MELALUI PEMBINAAN KELAS IBU HAMIL



Sari Pratiwi Apidianti, S. ST., MM., M.Kes  
Dr. Yuly Peristiowati, S.Keb. Ns., M. Kes  
Dr. H. Koesnadi, SH., MH

**SUKSES DALAM KEHAMILAN  
MELALUI PEMBINAAN KELAS IBU HAMIL**

**Penulis :**

**Sari Pratiwi Apidianti, S.ST.MM.,M.Kes.**

**Dr.Yuly Peritiowati, S.Kep.Ns.,M.Kes.**

**Dr.H.Koesnadi, SH.,MH**

**Penerbit :**

**STRADA Press**

**2019**

STRADA Press

**SUKSES DALAM KEHAMILAN  
MELALUI PEMBINAAN KELAS IBU HAMIL**

Oleh :

Sari Pratiwi Apidianti, S.ST., MM.,M.Kes.

Dr.Yuly Peritiowati, S.Kep.Ns.,M.Kes.

Dr.H.Koesnadi, SH.,MH

ISBN : 978-602-5842-30-6

Cetakan : Pertama, 2019

Diterbitkan Oleh :

STRADA Press

Jl. Manila No 37 Sumberece, Kelurahan Singonegaran,  
Kota Kediri

E-mail: [publish.lppm.strada@gmail.com](mailto:publish.lppm.strada@gmail.com) .

Contact person: 085 790 524 257

Editor : TIM Strada Press

Desain Kulit Muka : TIM Strada Press

© 2019 STRADA Press

©Hak Cipta dilindungi Undang – undang

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku  
ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik  
maupun mekanik, termasuk memfotokopi,  
merekam, atau dengan menggunakan sistem  
penyimpanan lainnya tanpa izin  
tertulis dari Penerbit

## **KATA PENGANTAR**

Dengan memanjatkan puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala berkah dan rahmat-Nya, sehingga buku mengenai Kelas Ibu hamil meningkatkan kesehatan ibu. Buku ini berisi tentang Pembangunan Kesehatan merupakan penyelenggaraan upaya kesehatan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal

. Terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu tersusunnya buku ini. Semoga buku ini bermanfaat bagi perawat khususnya dalam meningkatkan kualitas pelayanan pelayanan terutama pelayanan keperawatan, agar mampu memberikan dampak yang baik.

Penulis menyadari bahwa buku ini masih memiliki banyak kekurangan. Penulis juga berterimakasih atas setiap saran dan kritik yang membangun dalam perbaikan materi buku ini. Semoga buku ini memberikan manfaat bagi kita semua

Januari 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

	Halaman
Kata Pengantar .....	i
Daftar Isi .....	ii
BAB I PERMASALAHAN .....	1
BAB II KONSEP DASAR KEHAMILAN .....	12
A. Pengertian Kehamilan .....	12
B. Proses Kehamilan .....	13
C. Tanda dan Gejala Kehamilan .....	16
D. Perubahan Fisiologis Kehamilan .....	18
E. Diagnosis Kehamilan .....	28
BAB III KONSEP DASAR KELAS IBU HAMIL .....	29
A. Pengertian Kelas Ibu Hamil .....	29
B. Tujuan Kelas Ibu Hamil .....	30
C. Sasaran Kelas Ibu Hamil .....	33
D. Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil .....	33
E. Petunjuk Teknis Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil .....	36
F. Monitoring dan Evaluasi dari Kegiatan Ibu Hamil .....	42
BAB IV KONSEP DASAR KOMPLIKASI KEHAMILAN .....	46
A. Pengertian Komplikasi Kehamilan .....	46
B. Jenis Komplikasi Kehamilan .....	46
C. Pencegahan Komplikasi .....	53
D. Pelayanan Asuhan Persalinan .....	57
BAB V KONSEP DASAR IMD (INSIASI MENYUSUI DINI) .....	60
A. Pengertian Insiasi Menyusui Dini (IMD) ..	60

B. Manfaat Insiasi Menyusui Dini (IMD) .....	61
C. Tahapan Insiasi Menyusui Dini (IMD).....	68
D. Langkah – langkah Insiasi Menyusui Dini (IMD) .....	69
DAFTAR PUSTAKA .....	73

# **BAB I**

## **PERMASALAHAN**

---

---

Pembangunan Kesehatan merupakan penyelenggaraan upaya kesehatan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Pengertian Pembangunan kesehatan juga meliputi pembangunan yang berwawasan kesehatan, pemberdayaan masyarakat dan keluarga, serta pelayanan masyarakat. Pembangunan kesehatan di Indonesia ini masih diprioritaskan pada upaya peningkatan derajat kesehatan Ibu dan Anak, terutama pada kelompok yang paling rentan kesehatan yaitu ibu hamil, ibu bersalin, bayi dan masa perinatal. ( Depkes RI, 2015)

Tingginya Angka kematian ibu yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, perinatal dan bayi merupakan salah satu masalah besar di Indonesia. Karena angka kematian ini menunjukkan gambaran derajat kesehatan di suatu wilayah, sebagai gambaran indeks pembangunan manusia Indonesia, sehingga pelayanan kesehatan Ibu dan Anak menjadi prioritas utama dalam pembangunan kesehatan Indonesia. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) melaporkan terjadi kematian ibu sebanyak 500.000 setiap tahunnya, 99% diantaranya terjadi di negara berkembang. Indikator derajat kesehatan dan kesejahteraan masyarakat adalah angka kematian maternal dan perinatal. Sedangkan di Indonesia angka tersebut masih tinggi. Target Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia Pada tahun 2015 adalah 102/100.000 kelahiran hidup (Astuti, 2017)

Kematian ibu menurut definisi WHO adalah kematian selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, akibat semua sebab yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan/cidera (Kemenkes, 2014). WHO memperkirakan bahwa sekitar 15% dari seluruh wanita yang hamil akan berkembang menjadi komplikasi yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan dan nifas serta dapat mengancam jiwanya.

Berdasarkan Hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, angka kematian ibu (AKI) tercatat mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2016, AKI Provinsi Jawa Timur mencapai 91,00 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2015 yang mencapai 89,6 per 100.000 kelahiran hidup. target SDG's untuk menurunkan rasio AKI menjadi 72 per

100.000 kelahiran hidup adalah hal yang mustahil (Yuwono, 2010).

Meningkatnya Kematian Ibu di Jawa Timur pada tahun 2016 disebabkan oleh Pre Eklamsi / Eklamsi yaitu sebesar 30,90% , penyebab perdarahan 24,72 % , Penyakit Jantung 10,86%, infeksi sebesar 4,87% dan lain-lain 28,65%.

Meningkatnya Kematian Ibu dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya kualitas pelayanan kesehatan, sistem rujukan kesehatan, implementasi Jaminan Kesehatan Nasional, dan kebijakan pemerintah daerah terkait kesehatan. Selain faktor tersebut, terdapat pula faktor budaya di mana ketimpangan jender masih menjadi permasalahan saat perempuan ingin bersalin. Beberapa daerah di Indonesia bahkan masih memegang prinsip bahwa perempuan tidak berhak menentukan sendiri proses persalinannya. (kompas, 2018)

Akibat atau dampak yang akan terjadi apabila kesehatan ibu menurun maka akan meningkatkan kejadian mortalitas dan morbiditas pada ibu dan bayi (Fathoni,2012).

Selain kematian Ibu, kematian Bayi di Jawa Timur juga relatif tinggi. Kematian bayi merupakan merupakan indikator yang penting untuk mencerminkan keadaan derajat kesehatan di suatu masyarakat, karena bayi yang baru lahir sangat sensitif terhadap keadaan lingkungan tempat orang tua si bayi tinggal dan sangat erat kaitannya dengan status sosial orang tua si bayi.

Kematian bayi terbesar di Indonesia adalah kematian neonatal dan dua pertiga dari kematian neonatal adalah pada satu minggu pertama dimana daya imun bayi masih sangat rendah. Terdapat juga faktor - faktor lain yang menyebabkan angka kematian bayi meningkat yaitu karena kelahiran prematur, infeksi saat kelahiran, rendahnya gizi saat kelahiran, kelainan

bawaan (kongenital) serta rendahnya pemberian ASI segera setelah bayi lahir (inisiasi ASI) dan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan bayi. Inisiasi ASI dan pemberian ASI eksklusif berperan penting dalam mengurangi angka kematian bayi di Indonesia, hingga diharapkan target MDGs pada tahun 2030 dapat tercapai. ( Riskesdas, 2013 )

Angka kematian bayi (AKB) di Indonesia menurut WHO (2015) sebesar 27 %. Hal ini masih jauh dari target yang diharapkan oleh *Sustainable Development Goals* (SDGs) yaitu sebesar 12 per 1.000 kelahiran hidup yang harus dicapai hingga tahun 2030.

Salah satu upaya penurunan AKB adalah pemberian ASI. ASI dirancang khusus untuk bayi dan merupakan nutrisi terbaik dari alternatif lain. Saat ini usaha untuk meningkatkan cakupan ASI eksklusif telah menjadi tujuan global. *Sustainable*

*Development Goals (SDGs)* dalam tujuan kedua yaitu mengakhiri kelaparan yang mempunyai target pada tahun 2030 mendatang diharapkan mengakhiri segala bentuk malnutrisi, termasuk mencapai target internasional 2025 untuk penurunan stunting dan wasting pada balita serta mengatasi kebutuhan gizi pada remaja perempuan, wanita hamil, dan menyusui serta lansia ( Gizi KIA, 2015 )

Pemberian ASI eksklusif berdasarkan Kementerian Kesehatan RI dalam PP No. 33 tahun 2012, mengharuskan setiap ibu yang melahirkan untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayi yang dilahirkannya sampai usia 6 bulan. (Kemenkes, 2013). Data WHO (2016b), cakupan ASI eksklusif di seluruh dunia hanya sekitar 36% selama periode 2007-2014. Menurut Kemenkes RI (2015) capaian ASI eksklusif di Indonesia belum mencapai angka yang diharapkan yakni sebesar 80%. Berdasarkan laporan SDKI

tahun 2012, capaian ASI eksklusif sebesar 42%. Sedangkan pada tahun 2013, cakupan pemberian ASI eksklusif sebesar 54,3%. Berdasarkan data dari Kabupaten/Kota diketahui bahwa cakupan bayi yang mendapat ASI Eksklusif di Jawa Timur sebesar 68,8 %. (Dinkes Prov 2015). Di Kabupaten Pamekasan 56,8% pada tahun 2016 dan 70 % pada tahun 2017 ( Dinkes Kabupaten Pamekasan). Berdasarkan studi pendahuluan Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan pada tanggal 25 Juni 2018 didapatkan data sementara untuk Kematian Ibu pada bulan januari – juni 2018 sebanyak 17 orang, Kematian Bayi usia 0-28 hari sebanyak 70 orang, Kematian Bayi usia 29 hari -11 bulan sebanyak 3 orang. Dari data tersebut masih berada dibawah target yang ditentukan oleh Kemenkes RI. Data awal yang diperoleh dari Puskesmas Sopaah Kabupaten Pamekasan pada bulan Juni 2018 terdapat 4 ibu hamil yang mengalami resiko

kehamilan, dan 70 % cakupan ASI eksklusif yang tercapai.

Rendahnya cakupan ASI eksklusif dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya ada faktor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi pengetahuan, kondisi kesehatan, persepsi dan usia. Untuk faktor eksternal meliputi pendidikan, dukungan petugas, dukungan orang terdekat, promosi susu formula, dan status pekerjaan (Prasetyono, 2012)

Dampak apabila bayi tidak diberikan ASI eksklusif maka akan bertambahnya kerentanan terhadap penyakit (baik anak maupun ibu) seperti dapat mencegah 1/3 kejadian infeksi saluran pernapasan atas (ISPA), kejadian diare dapat turun 50%, dan penyakit usus parah pada bayi premature dapat berkurang kejadiannya sebanyak 58%. Pada ibu, risiko kanker payudara juga dapat menurun 6-10%. (IDAI, 2016)

Rekomendasi pemberian ASI eksklusif sampai usia 6 bulan tampaknya masih terlalu sulit untuk dilaksanakan. Maka dari itu, perlu dilakukan upaya untuk meningkatkan cakupan ASI eksklusif pada bayi. Upaya tersebut meliputi adanya pembinaan pendampingan kelompok ibu, adanya konselor ASI, adanya sosialisasi PP No.33 Tahun 2012 tentang pemberian ASI eksklusif. Selain itu salah satunya upaya yang dapat dilakukan yaitu melalui Program Kementerian Kesehatan yang disebut Kelas Ibu Hamil, karena pada kelas ibu hamil terdapat sarana belajar kelompok dalam bentuk tatap muka yang berisi pengayaan pengetahuan ibu beserta praktik mengenai perkembangan kehamilan, perawatan masa nifas, pentingnya ASI eksklusif, kegiatan belajar bersama, diskusi, dan tukar pengalaman mengenai pemberian ASI eksklusif secara menyeluruh dan terjadwal.

Kelas ibu hamil memiliki beberapa keuntungan kelas ibu hamil diantaranya materi diberikan secara menyeluruh dan terencana sesuai dengan pedoman, waktu pembahasan materi menjadi efektif karena penyajian materi terstruktur dengan baik, ada interaksi antara petugas kesehatan dengan ibu hamil pada saat pembahasan materi dilaksanakan dan dilaksanakan secara berkesinambungan (Nuryawati & Budiasih, 2017)

\*\*\*

## **BAB II**

### **KONSEP DASAR KEHAMILAN**

---

#### **A. Pengertian Kehamilan**

Kehamilan adalah serangkaian proses yang diawali dari konsepsi atau pertemuan ovum dengan sperma sehat dan dilanjutkan dengan fertilisasi, nidasi dan implantasi (Sulistiyawati, 2012).

Kehamilan adalah suatu rantai yang berkesinambungan yang terdiri dari ovulasi (pematangan sel) lalu pertemuan ovum (sel telur) dan spermatozoa (sperma) terjadilah pembuahan dan pertumbuhan. Zigot kemudian bernidasi (penanaman) pada uterus dan pembentukan plasenta dan tahap akhir adalah tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba dkk, 2012).

## **B. Proses Kehamilan.**

Seorang wanita memiliki 2 ovarium dimana masing-masing menyimpan sekitar 200.000 hingga 400.000 telur yang belum matang/folikel. Normalnya, hanya satu atau beberapa sel telur yang tumbuh setiap periode menstruasi dan sekitar hari ke 14 sebelum menstruasi berikutnya pada wanita dengan siklus 28 hari, namun setiap wanita siklusnya bervariasi.

Pada permulaan siklus, sebuah kelenjar di dalam otak melepaskan hormon yang disebut Follicle Stimulating Hormon (FSH) kedalam aliran darah sehingga membuat sel-sel telur tersebut tumbuh didalam ovarium. Setelah folikel primordial menjadi degraaf memproduksi hormon yang disebut estrogen yang dilepaskan kedalam aliran darah. Hormon estrogen dan hormon FSH membantu sel telur yang dominan tersebut tumbuh dan

kemudian memberi signal kepada rahim agar mempersiapkan diri untuk menerima sel telur tersebut. Hormon estrogen tersebut juga menghasilkan lendir yang lebih banyak di vagina untuk membantu kelangsungan hidup sperma setelah berhubungan intim. Ketika sel telur telah matang, sebuah hormon dilepaskan dari dalam otak yang disebut dengan *Luteinizing Hormon (LH)*.

Hormon *Luteinizing Hormon (LH)* dilepas dalam jumlah banyak dan memicu terjadinya pelepasan sel telur yang telah matang dari dalam ovarium menuju tuba falopi yang disebut ovulasi. Setelah ovulasi, terjadi proses luteinisasi (Fase luteal) yaitu berkembangnya korpus luteum dari sisa folikel de graaf. Korpus luteum merupakan organ endoktrin sementara yang terdiri dari kombinasi sel granulosa yang telah terluteinesasi dan sel tekalutein yang baru terbentuk serta

dikelilingi oleh stroma pada ovarium. Korpus luteum berfungsi mensekresi progesteron dan menyiapkan sekresi estrogen pada endometrium untuk implantasi ovum. Jika terjadi kehamilan, korpus luteum akan terus memproduksi progesteron sebagai respon adanya human chorionic gonadotropin (HCG).

Fertilisasi merupakan proses pertemuan antara ovum dengan sperma. Sel sperma akan menebus zona pelusida dari ovum sehingga terjadi peleburan dan masuk ke sitoplasma oosit untuk membentuk zigot. Zigot mengalami pembelahan secara perlahan menjadi blastomer, kemudian terbelah lagi menjadi morula dan memasuki rongga rahim sekitar 3 hari setelah pasca fertilisasi dan implantasi embrio ke dalam dinding rahim terjadi 6 atau 7 hari pasca fertilisasi (Irianti,dkk. 2015).

### **C. Tanda dan Gejala Kehamilan**

#### 1) Pasti hamil

- a) Terdengar denyut jantung janin (djj).
- b) Terasa gerakan janin.
- c) Pada pemeriksaan USG terlihat adanya kantong kehamilan, ada gambaran embrio.
- d) Pada pemeriksaan rontgen terlihat adanya rangka janin (>16 minggu)

#### 2) Tidak pasti hamil

- a) Amenore/tidak mengalami menstruasi sesuai siklus (terlambat haid ).
- b) Nausea (mual), anoreksia (tidak nafsu makan), emesis (muntah).
- c) Sering buang air kecil.
- d) Obstipasi (sembelit).
- e) Payudara menegang.
- f) Kenaikan suhu tubuh

- 3) Kemungkinan hamil
- a) Rahim membesar.
  - b) Tanda hegar (meluasnya daerah istimus yang menjadi lunak, sehingga pada pemeriksaan vaginal corpus uteri seolah terpisah dari bagian servik. Keadaan ini dijumpai pada kehamilan 6-8 minggu.
  - c) Tanda piskacek : yaitu pembesaran uterus ke salah satu arah sehingga menonjol jelas ke arah pembesaran tersebut.
  - d) Tanda Chadwick : yaitu warna kebiruan pada serviks, vagina, dan vulva.
  - e) Braxton hicks, bila uterus dirangsang (distimulasi dengan diraba) akan mudah berkontraksi.
  - f) Ballottement positif
  - g) Tes urine positif
- (Maritalia dkk, 2012)

## D. Perubahan Fisiologis Kehamilan

### 1. Sistem Reproduksi

#### a) Uterus

Pada akhir kehamilan (40 minggu) berat uterus menjadi 1000 gram (berat uterus normal 30 gram) dengan panjang 20 cm dan dinding 2,5 cm dan uterus akan terus membesar dalam rongga pelvis dan seiring perkembangannya uterus akan menyentuh dinding abdomen, mendorong usus ke samping dan keatas, terus tumbuh hingga menyentuh hati

Tabel 2.1 Perkiraan TFU sesuai Usia Kehamilan

UK	Perkiraan TFU
12	1-2 jari diatas symphysis
16	Pertengahan symphysis dengan pusat
20	3 jari di bawah pusat
24	Setinggi pusat

28	3 jari diatas pusat
34	Pertengahan pusat dengan prosesus
36	3 jari bawah prosesus sipoideus
40	Setinggi prosesus sipoideus

Sumber : Lalita, 2013

Pada trimester III, istmus uteri lebih nyata menjadi corpus uteri dan berkembang menjadi segmen bawah uterus atau segmen bawah rahim (SBR). Pada kehamilan tua, kontraksi otot-otot bagian atas uterus menyebabkan SBR menjadi lebih lebar dan tipis (tampak batas yang nyata antara bagian atas yang lebih tebal dan segmen bawah yang lebih tipis). Batas ini dikenal sebagai lingkaran retraksi fisiologis. Dinding uterus diatas lingkaran ini jauh lebih tebal dari pada SBR (Ajeng, 2012).

b) Servik

Serviks uteri pada kehamilan juga mengalami perubahan karena hormon

estrogen. Akibat kadar estrogen yang meningkat dan dengan adanya hipervaskularisasi, maka konsistensi serviks menjadi lunak. Serviks uteri lebih banyak mengandung jaringan ikat yang terdiri atas kolagen. Karena servik terdiri atas jaringan ikat dan hanya sedikit mengandung jaringan otot, maka serviks tidak mempunyai fungsi sebagai spinkter, sehingga pada saat partus serviks akan membuka saja mengikuti tarikan-tarikan corpus uteri keatas dan tekanan bagian bawah janin kebawah (Ajeng, 2012).

c) Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda, hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal

selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal (Prawirohardjo, 2014).

d) Vagina dan Perineum

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat dan hipertropi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambahnya panjangnya dinding vagina (Prawirohardjo, 2014).

e) Sistem Integumen

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemeraha, kusam dan kadang-kadang akan mengenai daerah payudara dan paha perubahan ini

dikenal dengan striae gravidarum. Pada multipara selain striae kemerahan itu sering kali di temukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dari striae sebelumnya. Pada banyak perempuan kulit di garis pertengahan perutnya (linea alba) akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut linea nigra (Prawirohardjo, 2014).

f) Sistem Payudara

Pada trimester III, payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman dan tegak. Pada akhir-akhir kehamilan, cairan berwarna kekuningan yang disebut kolustrum dapat keluar. Namun air susu belum bisa diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh *prolactin*

*inhibiting hormone* (Prawirohardjo, 2014)

g) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Kondisi tubuh dapat memiliki dampak besar pada tekanan darah. Posisi telentang dapat menurunkan curah jantung hingga 25%. Kompresi vena cava inferior oleh uterus yang membesar selama trimester ketiga mengakibatkan menurunnya aliran balik vena. Sirkulasi uteroplasenta menerima proporsi curah jantung yang terbesar, dengan aliran darah meningkat dari 1-2% pada trimester pertama hingga 17% pada kehamilan cukup bulan. Hal ini diwujudkan dalam peningkatan aliran darah maternal ke dasar plasenta kira – kira 500 ml/menit pada kehamilan cukup bulan.

#### h) Perubahan Traktus Urinarius

Perubahan anatomis yang sangat besar terjadi pada system perkemihan saat hamil yaitu ginjal dan ureter. Pada akhir kehamilan, terjadi peningkatan frekuensi Buang Air Kecil (BAK) karena kepala janin mulai turun sehingga kandung kemih tertekan. Perubahan struktur ginjal ini juga merupakan aktivitas hormonal (estrogen dan progesteron), tekanan yang timbul akibat pembesaran uterus, dan peningkatan volume darah.

#### i) Perubahan Sistem Pencernaan

Pada kehamilan trimester tiga, lambung berada pada posisi vertikal dan bukan pada posisi normalnya, yaitu horizontal. Kekuatan mekanis ini menyebabkan peningkatan intragastrik dan perubahan sudutpersambungan *gastro-esofageal*

yang mengakibatkan terjadinya *refluks esophageal* yang lebih besar. Penurunan drastis tonus dan motilitas lambung dan usus ditambah relaksasi *sfincter* bawah esophagus merupakan faktor predisposisi terjadinya nyeri ulu hati, konstipasi, dan hemoroid. *Hemoroid* terjadi akibat konstipasi dan naiknya tekanan vena-vena dibawah *uterus* termasuk *vena hemoroidal*. Konstipasi dikarenakan hormon progesteron menimbulkan gerakan usus makin berkurang (relaksasi otot – otot polos) sehingga makanan lebih lama didalam usus dan juga dapat terjadi karena kurangnya aktifitas/senam dan penurunan asupan cairan. Nyeri ulu hati dianggap akibat adanya sedikit peningkatan *intragastrik* yang dikombinasikan dengan penurunan tonus *sfincter* bawah *esophagus*

sehingga asam lambung *refluks* ke dalam *esophagus* bagian bawah.

j) Perubahan Sistem Muskuluskeletal

Postur tubuh wanita secara bertahap mengalami perubahan karena janin membesar dalam abdomen. Untuk mengompensasi penambahan berat badan ini, bahu lebih tertarik ke belakang dan tulang belakang lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur (Marmi, 2015). *Lordosis* yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi *anterior*, *lordosis* menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. Sendi *sakroiliaka*, *sakrokoksigis* dan *pubis* akan meningkat mobilitasnya, yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitastersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu

dan pada akhirnya dapat menyebabkan nyeri punggung pada beberapa wanita (Saifuddin, dkk, 2013).

## 2. Kenaikan Berat Badan

Normal berat badan meningkat sekitar 6-16 kg, terutama dari pertumbuhan isi konsepsi dan volume berbagai organ atau cairan intrauterine (Sukarni dan Margaret, 2016).

Tabel 2.2 penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks massa tubuh

<b>Kategori</b>	<b>IMT</b>	<b>Rekomendasi (kg)</b>
Rendah	<19,8	12,5-18
Normal	19,8-26	11,5-16
Tinggi	26-29	7-11,5
Obesitas	>29	≥7
Gemeli		16-20,5

Sumber : sarwono 2014.

$$\text{Ket : IMT} = \text{BB}/(\text{TB})^2$$

BB : Berat Badan (kg)

TB : Tinggi Badan (m)

## **E. Diagnosis Kehamilan**

Lama kehamilan berlangsung sampai aterm adalah sekitar 280 sampai 300 hari dengan perhitungan sebagai berikut.

- 1) Usia kehamilan sampai 28 minggu dengan berat janin 1000 gram bila berakhir disebut keguguran.
- 2) Usia kehamilan 29 sampai 36 minggu bila terjadi persalinan disebut prematuritas.
- 3) Usia kehamilan 37 sampai 42 minggu disebut aterm
- 4) Usia kehamilan melebihi 42 minggu disebut kehamilan lewat waktu atau postdatism (serotinus)
- 5) Kehamilan dibagi menjadi tiga triwulan, yaitu triwulan pertama (0 sampai 12 minggu), triwulan kedua (13 sampai 28 minggu), dan triwulan ketiga (29 sampai 42 minggu).

\*\*\*

## **BAB III**

### **KONSEP DASAR KELAS IBU HAMIL**

---

---

#### **A. Pengertian Kelas Ibu Hamil**

Kelas Ibu Hamil adalah kelompok belajar ibu-ibu hamil dengan umur kehamilan antara 4 minggu s/d 36 minggu (menjelang persalinan) dengan jumlah peserta maksimal 10 orang. Di kelas ini ibu-ibu hamil akan belajar bersama, diskusi dan tukar pengalaman tentang kesehatan Ibu dan anak (KIA) secara menyeluruh dan sistimatis serta dapat dilaksanakan secara terjadwal dan berkesinambungan. Kelas ibu hamil difasilitasi oleh bidan/tenaga kesehatan dengan menggunakan paket Kelas Ibu Hamil yaitu Buku KIA, Flip chart (lembar balik), Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil, Pegangan Fasilitator Kelas Ibu Hamil dan Buku senam Ibu Hamil (Kemenkes, 2011).

## **B. Tujuan Kelas Ibu Hamil**

Tujuan Kelas Ibu Hamil berdasarkan Kemenkes RI (2011) adalah sebagai berikut:

### **1. Tujuan Umum**

Meningkatkan pengetahuan, merubah sikap dan perilaku ibu agar memahami tentang Kehamilan, perubahan tubuh dan keluhan selama kehamilan, perawatan kehamilan, persalinan, perawatan Nifas, KB pasca persalinan, perawatan bayi baru lahir, mitos/kepercayaan/adat istiadat setempat, penyakit menular dan akte kelahiran.

### **2. Tujuan Khusus**

Berdasarkan Kemenkes RI (2011) tujuan khusus Kelas Ibu Hamil (KIH) adalah sebagai berikut:

- a) Terjadinya interaksi dan berbagi pengalaman antar peserta (ibu hamil dengan ibu hamil) dan antar ibu hamil dengan petugas kesehatan/bidan tentang

kehamilan, perubahan tubuh dan keluhan selama kehamilan, perawatan kehamilan, persalinan, Perawatan Nifas, KB pasca persalinan, perawatan bayi baru lahir, mitos/kepercayaan/adat istiadat setempat, penyakit menular dan akte kelahiran.

b) Meningkatkan pemahaman, sikap dan perilaku ibu hamil tentang:

(1) kehamilan, perubahan tubuh dan keluhan (apakah kehamilan itu?, perubahan tubuh selama kehamilan, keluhan umum saat hamil dan cara mengatasinya, apa saja yang perlu dilakukan ibu hamil dan pengaturan gizi termasuk pemberian tablet tambah darah untuk penanggulangan anemia).

(2) perawatan kehamilan (kesiapan psikologis menghadapi kehamilan, hubungan suami isteri selama kehamilan, obat yang boleh dan tidak

boleh dikonsumsi oleh ibu hamil, tanda bahaya kehamilan.

- (3) persalinan (tanda-tanda persalinan, tanda bahaya persalinan dan proses persalinan, Inisiasi Menyusu Dini (IMD), perawatan nifas, bagaimana menjaga kesehatan ibu nifas, tanda-tanda bahaya dan penyakit ibu nifas).
- (4) KB pasca persalinan
- (5) perawatan bayi baru lahir (perawatan bayi baru lahir, pemberian k1 injeksi, tanda bahaya bayi baru lahir, pengamatan perkembangan bayi/anak dan pemberian imunisasi pada bayi baru lahir)
- (6) mitos/kepercayaan/adat istiadat setempat yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak.
- (7) penyakit menular (IMS, informasi dasar HIV-AIDS dan pencegahan

dan penanganan malaria pada ibu hamil).

(8) Akta Kelahiran

### **C. Sasaran Kelas Ibu Hamil**

Peserta kelas ibu hamil berdasarkan buku panduan kelas ibu hamil (Kemenkes, 2011) sebaiknya ibu hamil pada umur kehamilan 4 s/d 36 minggu, karena pada umur kehamilan ini kondisi ibu sudah kuat, tidak takut terjadi keguguran, efektif untuk melakukan senam hamil. Jumlah peserta kelas ibu hamil maksimal sebanyak 10 orang setiap kelas. Suami/keluarga ikut serta minimal 1 kali pertemuan.

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

Penyelenggaraan kelas ibu hamil dapat di dilaksanakan oleh pemerintah, swasta, LSM dan masyarakat. Berdasarkan panduan kelas ibu hamil (Kemenkes,

2011) pelaksanaan kelas ibu hamil adalah sebagai berikut:

1. Fungsi dan Peran (Provinsi, Kabupaten dan Puskesmas)

Pelaksanaan kelas ibu hamil dikembangkan sesuai dengan fungsi dan peran pada masing-masing level yaitu : Provinsi, Kabupaten dan Puskesmas.

2. Fasilitator dan Nara Sumber

Fasilitator kelas ibu hamil adalah bidan atau petugas kesehatan yang telah mendapat pelatihan fasilitator kelas ibu hamil (atau melalui on the job training) dan setelah itu diperbolehkan untuk melaksanakan fasilitasi kelas ibu hamil. Dalam pelaksanaan kelas ibu hamil fasilitator dapat meminta bantuan nara sumber untuk menyampaikan materi bidang tertentu. Nara sumber adalah tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dibidang tertentu untuk

mendukung kelas ibu hamil (Kemenkes RI, 2011).

### 3. Sarana dan Prasarana

Sarana dan prasarana yang diperlukan untuk melaksanakan kelas ibu hamil berdasarkan Buku Kemenkes RI (2011) adalah :

- a) Ruang belajar untuk kapasitas 10 orang peserta kira-kira ukuran 4 m x 5 m, dengan ventilasi dan pencahayaan yang cukup
- b) Alat tulis menulis (papan tulis, kertas, spidol, bolpoin) jika ada
- c) Buku KIA
- d) Lembar Balik kelas ibu hamil
- e) Buku pedoman pelaksanaan kelas ibu hamil
- f) Buku pegangan fasilitator
- g) Alat peraga (KB kit, food model, boneka, metode kangguru, dll) jika ada
- h) Tikar/karpet (matras)

- i) Bantal, kursi(jika ada)
- j) Buku senam hamil/CD senam hamil(jika ada)

Idealnya kelengkapan sarana dan prasarana seperti tersebut diatas, namun apabila tidak ada ruangan khusus, dimanapun tempatnya bisa dilaksanakan sesuai kesepakatan antara ibu hamil dan fasilitator. Sedangkan kegiatan lainnya seperti senam hamil hanya merupakan materi tambahan bukan yang utama (Kemenkes, 2011)

#### **E. Petunjuk Teknis Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil**

Pertemuan kelas ibu hamil dilakukan 3 kali pertemuan selama hamil atau sesuai dengan hasil kesepakatan fasilitator dengan peserta. Pada setiap pertemuan, materi kelas ibu hamil yang akan disampaikan disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi ibu hamil tetapi

tetap mengutamakan materi pokok. Pada setiap akhir pertemuan dilakukan senam ibu hamil. Senam ibu hamil merupakan kegiatan/materi ekstra di kelas ibu hamil, jika dilaksanakan, setelah sampai di rumah diharapkan dapat dipraktikkan. Waktu pertemuan disesuaikan dengan kesiapan ibu-ibu, bisa dilakukan pada pagi atau sore hari dengan lama waktu pertemuan 120 menit termasuk senam hamil 15 - 20 menit (Depkes RI, 2009).

#### 1) Pertemuan Kelas Ibu Hamil Ke 1

Setelah pertemuan pertama kelas ibu hamil, peserta mampu (Depkes RI, 2009):

- a) Memahami apa yang disebut dengan kelas ibu hamil
- b) Memahami bahwa kehadiran tepat waktu dan berpartisipasi aktif penting untuk keberhasilan kelas ibu hamil

- c) Memahami bahwa kelas ibu penting untuk meningkatkan pengetahuan ibu tentang kehamilan, persalinan dan perawatan anak
- d) Memahami bagaimana terjadinya kehamilan
- e) Memahami adanya perubahan tubuh ibu selama kehamilan
- f) Memahami bagaimana mengatasi berbagai keluhan saat hamil
- g) Memahami apa saja yang harus dilakukan oleh ibu selama kehamilan
- h) Memahami pentingnya makanan sehat dan pencegahan anemia saat kehamilan
- i) Memahami bahwa kesiapan psikologis diperlukan dalam menghadapi kehamilan
- j) Memahami bagaimana hubungan suami istri selama kehamilan

- k) Mengetahui obat-obatan yang boleh dan tidak boleh dikonsumsi oleh ibu semasa kehamilan
  - l) Mengetahui tanda-tanda bahaya pada kehamilan
  - m) Memahami perlunya perencanaan persalinan sejak awal agar dapat memperlancar proses persalinan
- 2) Pertemuan Kelas Ibu Hamil Ke 2

Setelah sesi ke 2 ini peserta mampu  
(Depkes RI, 2009):

- a) Mengetahui apa yang disebut dengan tanda-tanda bahaya pada persalinan
- b) Mengetahui apa saja tanda-tanda persalinan telah dimulai
- c) Memahami proses persalinan yang dapat dialami oleh ibu dan mengapa proses persalinan tersebut dipilih
- d) Mengetahui tentang IMD dan cara melakukannya

- e) Memahami apa yang harus dilakukan ibu pada masa nifas agar dapat menjaga kesehatannya
  - f) Memahami apa yang harus dilakukan ibu pada masa nifas agar dapat menjaga kesehatannya
  - g) Mengetahui tanda-tanda bahaya dan penyakit pada masa nifas
  - h) Memahami manfaat vitamin A dosis tinggi bagi ibu dan bayinya
  - i) Memahami bahwa setelah bersalin ibu perlu ikut program KB
  - j) Mengetahui dan memahami alat kontrasepsi dan cara kerjanya
- 3) Pertemuan Kelas Ibu Hamil Ke 3
- a) Mengetahui apa saja tanda-tanda bayi lahir sehat dan tanda bayi sakit berat
  - b) Memahami apa yang harus dilakukan pada bayi baru lahir
  - c) Memahami manfaat pemberian vitamin K1 pada bayi baru lahir

- d) Memahami apa saja tanda bahaya bayi baru lahir
- e) Memahami manfaat pengamatan perkembangan bayi/anak
- f) Memahami manfaat imunisasi dan mengetahui jadwal pemberian imunisasi yang benarMemahami apa yang disebut dengan mitos dan bagaimana mengatasinya
- g) Memahami apa yang disebut IMS
- h) Memahami apa itu HIV dan AIDS dan tahu bagaimana menghindarinya
- i) Memahami apa yang harus dilakukan jika ibu hamil terinfeksi HIV
- j) Memahami apa yang disebut penyakit malaria dan tahu bagaimana menghindarinya
- k) Memahami pentingnya untuk segera mengurus akte kelahiran bagi bayi yang baru lahir.

## **F. Monitoring dan Evaluasi dari Kegiatan ibu Hamil**

### 1) Monitoring

Monitoring dilakukan dalam rangka melihat perkembangan dan pencapaian, serta masalah dalam pelaksanaan kelas ibu hamil, hasil monitoring dapat dijadikan bahan acuan untuk perbaikan dan pengembangan kelas ibu hamil selanjutnya. Hal-hal yang perlu dimonitor berdasarkan Kemenkes (2011) :

- a) Peserta (keadaan dan minat peserta, kehadiran peserta, keaktifan bertanya)
- b) Sarana prasarana (tempat, fasilitas belajar)
- c) Fasilitator (persiapan, penyampaian materi, penggunaan alat bantu, membangun suasana belajar aktif)
- d) Waktu (mulai tepat waktu, efektif).

### 2) Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk melihat keluaran dan dampak baik positif maupun negatif pelaksanaan kelas ibu hamil berdasarkan

indikator. Dari hasil evaluasi tersebut bisa dijadikan sebagai bahan pembelajaran guna melakukan perbaikan dan pengembangan kelas ibu hamil berikutnya. Evaluasi oleh pelaksana (bidan/koordinator bidan) dilakukan pada setiap selesai pertemuan kelas ibu. Evaluasi dilakukan untuk menilai (Kemenkes, 2011) :

- a) Evaluasi pada pelaksanaan kelas ibu hamil
  - b) Evaluasi kemampuan fasilitator pelaksanaan kelas ibu hamil
  - c) Ketrampilan memfasilitasi
  - d) Ketrampilan merangkum sesi
  - e) Penggunaan buku KIA pada pertemuan kelas ibu hamil
- 3) Indikator Keberhasilan
- Indikator Keberhasilan Program Kelas Ibu Hamil berdasarkan Kemenkes (2011):
- a) petugas kesehatan sebagai fasilitator Kelas Ibu Hamil

- b) ibu hamil yang mengikuti Kelas Ibu Hamil
  - c) suami /anggota keluarga yang hadir mengikuti Kelas Ibu Hamil
  - d) kader yang terlibat dalam penyelenggaraan Kelas Ibu Hamil.
- 4) Indikator Proses
- a) Fasilitator: manajemen waktu, penggunaan variasi metode pembelajaran, bahasan penyampaian, penggunaan alat bantu, kemampuan melibatkan peserta, informasi Buku KIA
  - b) Peserta: frekuensi kehadiran, keaktifan bertanya dan berdiskusi
  - c) Penyelenggaraan: tempat, sarana, waktu
- 5) Indikator output
- a) peningkatan jumlah ibu hamil yang memiliki Buku KIA
  - b) ibu yang datang pada K4
  - c) ibu/keluarga yang telah memiliki Perencanaan Persalinan

- d) ibu yang datang untuk mendapatkan tablet Fe
- e) ibu yang telah membuat pilihan bersalin dengan Nakes

\*\*\*

## **BAB IV**

### **KONSEP DASAR KOMPLIKASI KEHAMILAN**

---

#### **A. Pengertian Komplikasi kehamilan**

Komplikasi kehamilan adalah kegawat daruratan obstetrik yang dapat menyebabkan kematian pada ibu dan bayi (Prawirohardjo, 2014).

#### **B. Jenis Komplikasi Kehamilan**

Perdarahan yang berhubungan dengan persalinan dibedakan dalam dua kelompok utama yaitu perdarahan antepartum dan perdarahan postpartum. Perdarahan antepartum adalah perdarahan pervaginam yang terjadi sebelum bayi lahir. Perdarahan yang terjadi sebelum kehamilan 28 minggu seringkali berhubungan dengan aborsi atau kelainan. Perdarahan kehamilan setelah 28

minggu dapat disebabkan karena terlepasnya plasenta secara prematur, trauma, atau penyakit saluran kelamin bagian bawah (Depkes RI, 2010).

Perdarahan postpartum merupakan penyebab kematian ibu yang paling sering terjadi, tanda-tandanya adalah keluar darah dari jalan lahir dalam jumlah banyak (500 cc atau lebih sering perkiraan ukuran dua gelas atau basahnya empat lembar kain ) dalam satu sampai dua jam pertama setelah kelahiran bayi (Manuaba, 2012)

Pada keadaan postpartum kontraksi uterus selama persalinan bukan saja ditujukan untuk mengeluarkan bayi dan plasenta tetapi juga untuk menutup pembuluh darah yang terbuka setelah persalinan. Pada keadaan normal plasenta dikeluarkan dalam waktu 30 menit setelah kelahiran bayi. Selanjutnya kontraksi uterus segera akan menghentikan perdarahan. Karena berbagai alasan plasenta

kemungkinan akan gagal dalam melepaskan diri akibatnya perdarahan tidak akan pernah berhenti selama plasenta atau bagiannya tetap berada dalam uterus.

Wanita dalam kehamilan ganda yang paritas keempat atau kelima mempunyai risiko untuk mengalami perdarahan postpartum. Diduga otot uterus terlalu teregang dan tidak berkontraksi dengan normal. Penyebab perdarahan post partum yang paling sering ialah atonia uteri, retensio plasenta (sisa plasenta), dan robekan jalan lahir (Manuaba, 2012).

- a) Pre-Eklamsi Per-eklamsi adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan yang dapat menyebabkan kematian pada ibu dan janinnya. Penyakit ini pada umumnya terjadi dalam triwulan ke-3 kehamilan dan dapat terjadi pada waktu antepartum, intrapartum, dan pascapersalinan (Prawirohardjo, 2014).

Hipertensi biasanya timbul lebih dahulu dari pada tanda-tanda yang lain. Untuk menegakkan diagnosis pre-eklamsi, kenaikan tekanan sistolik harus 30 mm Hg atau lebih di atas tekanan yang biasanya ditemukan, atau mencapai 140 mm Hg atau lebih dan tekanan diastolik naik dengan 15 mmHg atau lebih atau menjadi 90 mm Hg maka diagnosis hipertensi dapat ditegakkan (Manuaba, 2007).

Edema ialah penimbunan cairan secara umum yang berlebihan dalam jaringan tubuh, dan biasanya dapat diketahui dari kenaikan berat badan serta pembengkakan kaki, jari tangan, dan muka. Kenaikan berat badan  $\frac{1}{2}$  kg setiap minggu dalam kehamilan masih dapat dianggap normal tetapi bila kenaikan 1 kg seminggu beberapa kali, hal ini perlu menimbulkan kewaspadaan (Manuaba, 2012).

Proteinuria merupakan komplikasi lanjutan dari hipertensi dalam kehamilan, dengan kerusakan ginjal sehingga beberapa bentuk protein lolos dalam urine. Normal terdapat sejumlah protein dalam urine, tetapi tidak melebihi 0,3 gr dalam 24 jam. Proteinuria menunjukkan komplikasi hipertensi dalam kehamilan lanjut sehingga memerlukan perhatian dan penanganan segera (Manuaba, 2012).

Penyebab pre-eklamsi sampai sekarang belum diketahui dengan pasti. Telah terdapat banyak teori yang mencoba menerangkan sebab penyakit ini, akan tetapi tidak ada yang dapat memberi jawaban yang memuaskan. Diduga penyebab hipertensi dalam kehamilan secara patologi terjadi karena akibat implantasi sehingga timbul iskemia plasenta yang diikuti sindroma inflamasi dan risiko meningkat pada hamil kembar, penyakit trombolis, diabetes mellitus,

faktor herediter dan masalah vaskuler (Saifuddin, 2010).

- b)** Infeksi Infeksi pascapersalinan ialah meningkatnya suhu tubuh  $> 38^{\circ}\text{C}$  dan demam berturut-turut selama dua hari sesudah persalinan dan yang disertai keluarnya cairan yang berbau dari liang rahim. Infeksi jalan lahir dapat terjadi pada ibu bersalin yang pertolongan persalinannya tidak bersih atau pada wanita yang menggugurkan kandungan dengan cara berbahaya.

Tanda-tandanya adalah panas tinggi lebih dari dua hari setelah melahirkan atau setelah keguguran. Keadaan ini berbahaya dan ibu perlu mendapatkan perawatan intensif. Infeksi ini dapat dicegah dengan pertolongan persalinan yang bersih dan aman (Roehjati, 2010). Infeksi dapat terjadi apabila:

- a) Ketuban pecah dini (lebih dari 6 jam)

- b) Persalinan tak maju atau partus lama.
  - c) Penolong persalinan tidak mencuci tangan dengan baik
  - d) Pemeriksaan vaginal yang terlalu sering atau kurang bersih
  - e) Perawatan daerah perineal yang tidak benar selama atau sesudah kehamilan
  - f) Persalinan yang tidak bersih
  - g) Memasukkan sesuatu kedalam jalan lahir
  - h) Hubungan seks setelah ketuban pecah
  - i) Sisa jaringan plasenta, atau sisa jaringan abortus
  - j) Perdarahan
- Pencegahan infeksi sangat penting untuk diketahui, yaitu dengan menjaga kebersihan, misalnya:
- a) Menjaga kebersihan dengan sungguh-sungguh waktu melakukan pemeriksaan dalam.

- b) Menganjurkan semua ibu hamil untuk datang kebidan/segera setelah ketuban pecah.
- c) Mengganjurkan semua ibu hamil untuk tidak melakukan hubungna seks apabila ketuban sudah pecah.
- d) Mencuci kedua tangan dengan bersih sebelum dan sesudah merawat ibu.
- e) Menganjurkan pada pada ibu untuk menjaga kebersihan diri dan mengenai pentingnya kebersihan (Prawirohadjo, 2014).

### **C. Pencegahan Komplikasi**

#### **a. Pelayanan Asuhan Antenatal**

Adapun pelayanan kesehatan selama masa kehamilan seorang seorang ibu yang diberikan sesuai dengan

pedoman pelayanan antenatal yang telah ditentukan (Mandriwati, 2011).

Pelayanan antenatal selengkapya mencakup banyak hal meliputi antara lain:

- 1) Anamnesis yaitu pencarian riwayat kehamilan terdahulu seperti gangguan kehamilan
- 2) Pengukuran tinggi badan yang dilakukan satu kali dan penimbangan berat badan yang dilakukan setiap ibu hamil memerikasakan kehamilannya.
- 3) Pengukuran tinggi fundus uteri untuk menaksir usia kehamilan, dilakukan dengan perabaan perut (Leopold I-IV)
- 4) Pemeriksaan panggul, dilakukan dengan maksud :
  - (a) Memeriksa ada tidaknya kelainan atau penyakit pada jalan lahir
  - (b) Mengadakan pemeriksaan untuk membuktikan bahwa ibu hamil

- (c) Untuk mengetahui apakah ibu panggul sempit.
  - (d) Penghitungan denyut jantung janin (DJJ)
  - (e) Pemeriksaan kesehatan secara umum, meliputi pengukuran tekanan darah dan denyut jantung ibu, dan pemeriksaan faal tubuh.
  - (f) Pemeriksaan Hb dengan menggunakan metode sahli
  - (g) Penyuluhan kesehatan pada kehamilan, yang ditujukan pada pemeliharaan kebersihan perorangan, dan status gizi
  - (h) Suplemen gizi dengan pemberian tablet zat besi (Fe)
  - (i) Pemberian suntikan Tetanus Toksoid (TT) lengkap 2 kali untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum.
- Pelayanan antenatal dilakukan pada kunjungan pertama untuk ibu

hamil (K1), pada kunjungan ulangan dilakukan prosedur yang sama. Minimal ibu hamil memeriksakan kehamilannya 4 kali selama masa kehamilan dengan ketentuan: minimal 1 kali pada triwulan pertama, 1 kali pada triwulan kedua, dan 2 kali pada triwulan ketiga (Mandriwati, 2011) Penerapan operasionalnya dikenal dengan standar "5 T " yaitu:

1. Timbang berat badan dan tinggi badan
2. Ukur tekanan darah
3. Pemberian imunisasi TT
4. Ukur tinggi fundus Uteri
5. Pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan.

#### **D. Pelayanan Asuhan Persalinan**

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologi yang normal. Ketika persalinan dimulai, peranan ibu adalah untuk melahirkan bayinya. Peran petugas kesehatan adalah memantau persalinan untuk mendeteksi dini adanya komplikasi, disamping itu bersama keluarga memberikan bantuan dan dukungan pada ibu bersalin. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-40 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohadjo, 2014).

Persalinan dibagi dalam 4 kala yaitu:

- 1) Kala I dimulai dari saat persalinan sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terbagi dalam 2 fase, fase laten (8 jam) serviks membuka sampai

3 cm dan fase aktif (7 jam) serviks membuka dari 3-10 cm. Kontraksi lebih kuat dan lebih sering pada fase aktif.

- 2) Kala II yaitu kala pembukaan lengkap 10 cm sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam untuk primi dan 1 jam untuk multi.
- 3) Kala III yaitu dimulai setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung 30 menit
- 4) Kala IV yaitu dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum.

Tujuan asuhan persalinan ialah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi (Prawirohardjo, 2014).

Selama melaksanakan asuhan persalinan bidan selalu bekerjasama dengan ibu selama persalinan dan kelahiran. 5 aspek dasar dari kualitas asuhan yang harus dilakukan oleh bidan pada saat persalinan kala satu sampai kala empat, termasuk asuhan pada bayi baru lahir. Karena ke 5 aspek ini sangat menentukan untuk memastikan persalinan aman bagi ibu dan bayinya. Kelima aspek ini sering disebut sebagai 5 benang merah.

Dalam asuhan kebidanan yang berkualitas, setiap aspek benang merah ini saling berkaitan satu sama lain yaitu; (PUSDIKNAKES RI, 2010).

## **BAB V**

### **KONSEP DASAR IMD ( INISIASI MENYUSU DINI )**

---

---

#### **A. Pengertian Inisiasi Menyusu Dini (IMD)**

**Inisiasi menyusu dini (early initiation/ the best crawl) atau** permulaan menyusu dini adalah bayi mulai menyusu sendiri segera setelah lahir. Sebenarnya bayi manusia juga seperti bayi mamalia lain yang menyusu sendiri, asalkan dibiarkan kontak kulit bayi dengan kulit ibunya, setidaknya selama satu jam segera setelah lahir (Roesli, 2010).

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) didefinisikan sebagai proses membiarkan bayi menyusu sendiri setelah kelahiran. Bayi diletakkan di dada ibunya dan bayi itu sendiri dengan segala upayanya mencari puting untuk segera menyusui, jangka

waktunya adalah sesegera mungkin setelah melahirkan. IMD penting untuk meningkatkan kadar hormon prolaktin, yaitu hormon yang merangsang kelenjar susu untuk memproduksi ASI (Yuliarti, 2010).

Inisiasi menyusui dini adalah pemberian air susu ibu dimulai sedini mungkin segera setelah bayi lahir, setelah tali pusat dipotong, letakkan bayi tengkurap didada ibu dengan kulit bayi melekat pada kulit ibu. Biarkan kontak kulit bayi ke kulit ibu menetap selama setidaknya 1 jam bahkan lebih sampai bayi dapat menyusui sendiri (Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi/ JNPK-KR, 2007).

## **B. Manfaat Inisiasi Menyusui Dini (IMD)**

Beberapa manfaat lain IMD bagi ibu adalah sebagai berikut (Yuliarti, 2010):

- 1) Ketika bayi diletakkan di dada ibunya, ia berada tepat di atas rahim ibu. Hal ini membantu menekan plasenta dan

mengecilkan rahim ibu. Dengan begitu, perdarahan ibu akan berhenti karena ada kontraksi rahim. Setiap 2 jam, ada ibu meninggal karena perdarahan. Kalau semua melakukan IMD maka akan ada penurunan angka perdarahan. IMD berlangsung minimal 1 jam dengan posisi bayi melekat di dada ibunya. Kalau belum mendekat ke puting susu ibunya maka tambahan satu setengah jam lagi. Kata kuncinya adalah segera

- 2) Rasa kasih sayang meningkat karena adanya kontak langsung keduanya (kulit dengan kulit)
- 3) IMD dapat merangsang produksi oksitosin dan prolaktin sehingga meningkatkan keberhasilan produksi ASI

Sedangkan manfaat IMD bagi bayi antara lain (Yuliarti, 2010):

- 1) Memenuhi kebutuhan nutrisi bayi karena ASI merupakan makanan

dengan kualitas dan kuantitas yang optimal;

- 2) Menurunkan angka kematian bayi karena hypothermia
- 3) Memberi kekebalan pasif kepada bayi melalui kolostrum sebagai imunisasi pertama bagi bayi. Bayi yang dibiarkan merayap diperut ibu dan menemukan puting susu ibunya sendiri, akan tercemar bakteri yang tidak berbahaya terlebih dahulu sebagai anti ASI ibu, sehingga bakteri baik ini membentuk koloni di usus bayi. Hal ini berarti mencegah kolonisasi bakteri yang lebih ganas dari lingkungan. Pada saat bayi dapat menyusu segera setelah lahir, maka kolostrum makin cepat keluar sehingga bayi akan lebih cepat mendapatkan kolostrum ini, yaitu cairan pertama yang kaya akan antibodi dan sangat penting

untuk pertumbuhan usus dan ketahanan terhadap infeksi yang dibutuhkan bayi demi kelangsungan hidupnya

- 4) Menyebabkan kadar glukosa darah bayi yang lebih baik pada beberapa jam setelah persalinan. Pengeluaran mekonium lebih dini, sehingga menurunkan intensitas ikterus normal pada bayi baru lahir
- 5) Kehangatan dada ibu saat bayi diletakkan didada ibu, akan membuat bayi merasakan getaran cinta sehingga merasakan ketenangan, merasa dilindungi dan kuat secara psikis. Bayi akan lebih tenang, karena dengan mendengar pernapasan dan detak jantung ibu dapat menenangkan bayi, menurunkan stress akibat proses kelahiran dan meningkatkan kekebalan tubuh bayi.

Menurut Roesli (2010) ada beberapa manfaat yang bisa didapat dengan melakukan IMD adalah:

- 1) Menurunkan resiko kedinginan/hipotermia Bayi yang diletakkan segera di dada ibunya setelah melahirkan akan mendapatkan kehangatan sehingga dapat menurunkan risiko hipotermiasehingga angka kematian karena hipotermia dapat ditekan.
- 2) Membuat pernapasan dan detak jantung bayi lebih stabil. Ketika berada di dada ibunya bayi merasa dilindungi dan kuat ssecara psikis sehingga akan lebih tenang dan mengurangi stress sehingga pernapasan dan detak jantung akan lebih stabil.
- 3) Bayi akan memiliki kemampuan melawan bakteri. IMD memungkinkan bayi akan kontak

lebih dahulu dengan bakteri ibu yang tidak berbahaya atau ada intinya di ASI, sehingga bakteri tersebut membuat koloni di usus dan kulit bayi yang akan dapat menyaingi bakteri yang lebih ganas di lingkungan luar.

- 4) Bayi mendapat kolostrom dengan konsentrasi protein dan immunoglobulin paling tinggi. IMD akan merangsang pengeluaran oksitosin sehingga pengeluaran ASI dapat terjadi pada hari pertama kelahiran. Kolostrum sangat bermanfaat bagi bayi karena kaya akan antibodi dan zat penting untuk pertumbuhan usus dan ketahanan terhadap infeksi yang sangat dibutuhkan bayi demi kelangsungan hidupnya.
- 5) Mendukung keberhasilan ASI eksklusif Bayi

Bayi yang diberikan kesempatan menyusu dini akan mempunyai kesempatan lebih berhasil menyusu eksklusif dan mempertahankan menyusu daripada yang menunda menyusu dini.

- 6) Membantu pengeluaran plasenta dan mencegah perdarahan. Sentuhan, kuluman dan jilatan bayi pada puting susu ibu akan merangsang sekresi hormone oksitosin yang penting untuk menyebabkan rahim kontraksi yang membantu pengeluaran plasenta dan mengurangi pendarahan sehingga mencegah anemia, merangsang hormon lain yang membuat ibu menjadi tenang, rileks dan mencintai bayinya serta merangsang pengaliran ASI dari payudara
- 7) Membantu bayi agar memiliki keahlian minum di waktu

selanjutnya. h) Ibu dan ayah akan sangat bahagia bertemu dengan bertemu dengan bayinya pertama kali di dada ibunya.

### **C. Tahapan Inisiasi Menyusu Dini ( IMD )**

- 1) Adaptasi melek merem, yakni ketika bayi berhadap-hadapan dengan ibunya
- 2) Sesudah bayi tenang mengecap bagian atas telapak tangannya. Bau di telapak tangan tersebut mirip dengan ASI yang akan keluar. Jadi, bau ini memandu bayi untuk mencari puting susu ibunya. Oleh karena itu, saat membersihkan bayi, bagian atas telapak tangannya jangan dibersihkan. Menekan di atas perut, tepat di atas rahim guna menghentikan perdarahan. Hal tersebut dapat membantu mengecilkan kontraksi rahim
- 3) Waktu merayap, bayi akan menekan payudara hal tersebut akan merangsang susu keluar. Sambil bergerak, ia menjilat.

Dengan jilatan itu ia mengambil bakteri dari kulit ibunya. Seberapa banyak bayi menjilat, hanya ia yang mengetahui berapa kebutuhan akan bakteri yang masuk ke pencernaannya dan menjadi bakteri *Lactobacillus*.

- 4) d. Setelah merasa cukup maka ia akan bergerak ke arah puting susu sampai menemukannya. Pada saat tersebut, ASI tidak selalu keluar. Yang terpenting ia telah mencapai puting dan mulai menghisap-isap. Meskipun bayi sudah menemukan puting ibunya, biarkan selama 1 jam untuk proses skin to skin contact.

#### **D. Langkah-langkah Inisiasi Menyusu Dini (IMD)**

Langkah-langkah inisiasi menyusu dini (JNPK-KR, 2007) adalah:

- 1) Anjurkan suami atau keluarga mendampingi ibu saat melahirkan.

- 2) Dalam menolong ibu saat melahirkan, disarankan untuk tidak menggunakan obat kimiawi, diganti dengan cara non-kimiawi, seperti pijat, aroma terapi, gerakan, dan hypnobirthing.
- 3) Biarkan ibu menentukan cara dan posisi melahirkan.
- 4) Keringkan badan dan kepala bayi secepatnya, kecuali kedua tangannya tanpa menghilangkan verniks yang menyamankan kulit bayi.
- 5) Tengkurapkan bayi di dada atau perut ibu. Biarkan kulit bayi melekat dengan kulit ibu. Posisi kontak kulit dengan kulit ini dipertahankan minimum satu jam atau setelah menyusui awal selesai. Keduanya diselimuti. Jika perlu, gunakan topi bayi.
- 6) Bayi dibiarkan mencari puting susu ibu. Ibu dapat merangsang bayi dengan sentuhan lembut, tetapi tidak memaksakan bayi ke puting susu. Ayah

didukung agar membantu ibu untuk mengenali tanda-tanda atau perilaku bayi sebelum menyusui. Dukungan ayah akan meningkatkan rasa percaya diri ibu. Biarkan bayi dalam posisi kulit bersentuhan dengan kulit ibunya setidaknya selama satu jam, walaupun ia telah berhasil menyusui pertama sebelum satu jam. Jika belum menemukan puting payudara ibunya dalam waktu satu jam, biarkan kulit bayi tetap bersentuhan dengan kulit ibunya sampai berhasil menyusui pertama.

- 7) Dianjurkan untuk memberikan kesempatan kontak kulit bayi dengan kulit ibu yang melahirkan dengan tindakan, misalnya operasi sectio cesarea.
- 8) Bayi dipisahkan dari ibu untuk ditimbang, diukur, dan dicap setelah satu jam atau menyusui awal selesai. Prosedur

yang invasif, misalnya suntikan vitamin K dan tetesan mata bayi dapat ditunda.

- 9) Rawat gabung ibu dan bayi dalam satu kamar. Selama 24 jam ibu-bayi tetap tidak dipisahkan, dan bayi selalu dalam jangkauan ibu. Bila inisiasi dini belum terjadi dikamar operasi, bayi tetap diletakkan di dadaibu waktu dipindahkan ke kamar, pemulihan atau perawatan usaha menyusui dini dilanjutkan dikamar pemulihan atau perawatan ibu.

\*\*\*

## DAFTAR PUSTAKA

- Aisyah. (2010). Pengaruh Pemberian Paket Pendidikan Kesehatan Perawatan Ibu Nifas (PK-PIN) yang dimodifikasi terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Ibu Postpartum Primipara dalam Merawat Diri di Palembang. Tesis: tidak dipublikasikan, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia
- Bahiyatun. 2009. Buku Ajar Asuhan Nifas Normal. Jakarta : IGC.
- Bobak,I.,Lowdermilk, D.L., Jensen, M.D., & Perry, S.E., (2012). Buku ajar keperawatan maternitas (4 ed). (R.Komalasari, Penyunt., M.A. Wijayarini, & P.I. Anugerah, Penerj). Jakarta, Indonesia: EGC
- Breastfeeding, E., Tegal, I. N., & Margadana, C. (2018). Pengaruh keikutsertaan kelas ibu hamil terhadap peningkatan ketrampilan ibu nifas dalam pemberian asi eksklusif di kecamatan margadana kota tegal tahun 2017, 7(1), 47–53.
- Dennis,C.-L., Grigoriadis, S., Robinson, G.E., Romans, S., & Ross, L. (2007). Traditional postpartum practices and rituals: a qualitative systematic review. *Women's Health*, 3 (4), 487-502
- Irianti, Bayu. dkk. 2015. Asuhan Kebidanan Berbasis Bukti. Jakarta: Sagung seto

- Kasminawati. 2016. Status Gizi dan Riwayat Komplikasi Kehamilan sebagai Determinan Kejadian Komplikasi Persalinan. *Jurnal Media Kesehatan*.
- Kemenkes RI.2011. Profil Kesehatan Indonesia 2010. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Online . Http : // [www.depkes.go.id/re – suuces/download /pusdatin](http://www.depkes.go.id/re-suuces/download/pusdatin), profil kesehatan – indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2010-pdf Kemenkes RI 2014. Pusat data Dan Informasi
- Kishi, R., McElmurry, B.J., Vonderheid, S., Altfeld, S., McFarlin, B., & Tashiro, J. (2011). Japanese Women's Experiences From Pregnancy Through Early Postpartum Period. *Health Care for Women International*, 32, 57-71.
- Mandriwati, G. A ( 2011 ) Penuntun Belajar Asuhan Kebidanan Ibu hamil. Jakarta, Indonesia: EGC
- Manuaba, Ide Bagus Gede. 2012. Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan Dan KB. Jakarta: EGC
- Manuaba,dkk. (2012). Pengantar Kuliah Obstetri. Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta
- Maritalia, D. 2012. Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. Editor SujonoRiyadi. Yogyakarta: PustakaBelajar
- Marmi. 2012. Asuhan Kebidanan Masa Nifas “ Puerperium Care “. Yogyakarta : Salemba Medika.

- Marmi. 2015. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Maryunani, A. ( 2015). Asuahn Ibu Nifas dan Asuhan Ibu menyusui. Bogor: IN MEDIA
- Merdhika, W. A. R., Mardji, & Dewi, M. (2014). Pengaruh penyuluhan asi eksklusif terhadap pengetahuan ibu tentang asi eksklusif dan sikap ibu menyusui di kecamatan kanigoro kabupaten blitar. *Teknologi Dan Kejuruan*, 37(1), 65–72.
- Mudjajanto, E.S., & Sukandar, D. (2007). Food Consumption and Nutritional Status of Breastfeeding Mothers and Infants. *Jurnal Gizi dan Pangan*, 2(2), 13-25
- Nany Lia Dwi, Vivin dan Tri Sunarsih. 2011. Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas. Jakarta : Salemba Medika.
- Nuryawati, L. S., & Budiasih, S. (2017). Hubungan Kelas Ibu Hamil dengan Pengetahuan Ibu Hamil tentang Tanda-Tanda Bahaya Kehamilan di Desa Surawangi Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Jatiwangi Kabupaten Majalengka Tahun 2016. *Jurnal Bidan "* Midwife Journal, 3(1), 60–66. Retrieved from [www.jurnal.ibijabar.org](http://www.jurnal.ibijabar.org)
- Pertiwi, R., Suyatno, & Dharminto. (2017). Hubungan Keikutsertaan Kelas Ibu Hamil dan Dukungan Sosial Keluarga dengan Perilaku Pemberian ASI Eksklusif Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedungmundu.

- Jurnal Kesehatan Masyarakat, 5, 830–838.
- Prabawati. 2017. Gambaran Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Program Perencanaanpersalinan Dan Pencegahan Komplikasi Di Puskesmas Kalasan Sleman. Jurnal Kesehatan Samodra Ilmu
- Pradany, S. P., & Margawati, A. (2016). Hubungan antara tingkat kehadiran ibu di kelas ibu hamil dengan perilaku pemberian asi eksklusif, 5(4), 1752–1759.
- Prasetyono, D. 2009. Buku Pintar ASI Eksklusif, Pengenalan Praktek dan Kemanfaatannya, Yogyakarta : Diva press Pusat data dan informasi kementrian kesehatan. RI-jakarta : 2013
- Pratiwi D. 2012  
<http://bidandwinasyfah.blogspot.co.id/2016/02/asuhan-kebidanan-pada-masa-nifas.html>
- Prawirohardjo, Sarwono, 2014, Ilmu Kebidanan, Jakarta : Yayasan Bina Pustaka – Sarwono Prawirohardjo.
- Pusdiknakes. 2010. Konsep Asuhan Kebidanan. Jakarta : Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Riksani, Ria. 2012. Keajaiban ASI ( Air Susu Ibu). Dunia Sehat : Jakarta. Roesli,
- Riskesdas. 2013. Cakupan pemberian ASI eksklusif dan MP-ASI pada bayi. Jakarta
- Roesli, U. 2005. Panduan Praktis Menyusui. Puspaswara : Jakarta.

- Saifuddin. 2010. Ilmu Kebidanan. Jakarta : Bina  
Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Saleha, Sitti.2009. Asuhan kebidanan pada Masa  
Nifas.Makasar : Salemba Medika
- Sukarni, I dan Margareth, Z.H. (2013).  
Kehamilan, Persalinan dan Nifas,  
Yogyakarta: Nuha Medika
- Sulistyawati. 2012. Asuhan Kebidanan Pada  
Masa kehamilan. Jakarta: Salemba  
Medika
- Tandiono. 2016. Hubungan Konsumsi Suplemen  
dan Frekuensi Pemeriksaan  
Kehamilan dengan Komplikasi  
Kehamilan. Jurnal Media Gizi  
Indonesia

ISSN 1716-4302-5842-30-6



STRADA Press

Jl. Munia No 37 Sumberoo, Kelurahan  
Singonegaran, Kota Kediri

E-mail: [publsh.strada.lgmn@gmail.com](mailto:publsh.strada.lgmn@gmail.com)

Telp.: 085 790 524 257