

**GAMBARAN PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK  
DI PUSKESMAS JOHAN PAHLAWANKABUPATEN  
ACEH BARATTAHUN 2012**

**SKRIPSI**

**OLEH:**

**ANITA**

**NIM : 06C10104260**



**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS TEUKU UMAR  
MEULABOH, ACEH BARAT  
2012**

**GAMBARAN PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK  
DI PUSKESMAS JOHAN PAHLAWAN KABUPATEN  
ACEH BARAT TAHUN 2012**

**SKRIPSI**

**OLEH:**

**ANITA  
NIM : 06C10104260**

**Skripsi sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan  
Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Teuku Umar  
Meulaboh**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS TEUKU UMAR  
MEULABOH, ACEH BARAT  
2012**

**HUBUNGAN PERILAKU DAN TINGKAT PENDIDIKAN  
YANG MEMPENGARUHI *ANTENATAL CARE*  
IBU HAMIL DI POLIKLINIK KEBIDANAN  
BLUD RSUD NAGAN RAYA  
TAHUN 2013**

**SKRIPSI**

**OLEH:**

**CUT EVA HANDAYANI  
NIM: 06C10104300**



**PRODI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS TEUKU UMAR  
MEULABOH-ACEH BARAT  
2013**

**HUBUNGAN PERILAKU DAN TINGKAT PENDIDIKAN  
YANG MEMPENGARUHI *ANTENATAL CARE*  
IBU HAMIL DI POLIKLINIK KEBIDANAN  
BLU RSUD NAGAN RAYA  
TAHUN 2013**

**SKRIPSI**

**OLEH:**

**CUT EVA HANDAYANI  
NIM: 06C10104300**

*Skripsi ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat  
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat  
Universitas Teuku Umar*

**PRODI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS TEUKU UMAR  
MEULABOH-ACEH BARAT  
2013**

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Salah satu masalah kesehatan yang masih menjadi prioritas untuk ditangani dalam pembangunan kesehatan di Indonesia adalah angka kesakitan dan kematian yang tinggi, terutama yang terjadi pada kelompok masyarakat berisiko tinggi terhadap timbulnya penyakit, yaitu bayi, anak balita dan ibu hamil (Depkes RI, 2010).

Dibandingkan dengan Negara-negara ASEAN lainnya, maka Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia sampai saat ini masih tergolong paling tinggi. Dari hasil sensus penduduk tahun 2010, diketahui bahwa angka kematian bayi adalah 54 perseribu kelahiran hidup. Bila dirinci lagi ternyata kematian *neonatal* merupakan kejadian kematian bayi yang paling besar, yaitu sekitar 40%. Kemudian rasio kematian ibu yang tercatat dari (SKRT) 2011 adalah 4,5 perseribu kelahiran hidup (Gunawan, 2012).

Upaya menurunkan angka kematian bayi dan angka kematian ibu ini dianggap penting mengingat bayi maupun ibu mempunyai nilai strategis bagi masa depan bangsa, sebab kualitas hidup generasi yang akan banyak dipengaruhi oleh tingkat kesehatan yang mereka miliki saat ini. Selain itu angka kematian bayi dan angka kematian ibu merupakan indikator yang menunjukkan derajat kesehatan masyarakat suatu daerah, sekaligus juga dapat mencerminkan tingkat kesejahteraan masyarakat (Depkes RI, 2007).

Di dalam rangka menurunkan angka kematian bayi dan angka kematian ibu, adalah sangat penting memelihara kesehatan ibu pada saat hamil, sebab terjadinya kesakitan dan kematian bayi maupun ibu hamil erat kaitannya dengan tingkat kesehatan ibu pada saat hamil. Hasil SKRT tahun 2001 menunjukkan bahwa tetanus neonatorum dan gangguan perinatal merupakan 2 dari 4 penyebab utama kematian bayi disamping diare dan ISPA (Gunawan, 2012).

Kemudian hasil penelitian di 12 rumah sakit refrenatif di Indonesia juga membuktikan bahwa 94,4% dari kematian ibu hamil lebih banyak disebabkan karena akibat langsung kehamilan, komplikasi kehamilan dan persalinan. Salah satu program kesehatan yang diharapkan mampu menjadi daya ungkit yang besar dalam upaya menurunkan angka kematian bayi dan kematian ibu hamil adalah program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), yang penyelenggaraannya dapat dilakukan oleh fasilitas kesehatan milik pemerintah maupun swasta (Depkes RI, 2007).

Melalui program KIA ini akan diupayakan pemeliharaan kesehatan ibu hamil dengan jalan memberikan pelayanan antenatal. Kegiatan yang bisa diberikan dalam pelayanan antenatal tersebut antara lain adalah: pemeriksaan kehamilan, pemberian immunisasi TT, pemberian obat cacing dan pil besi, pemeriksaan laboratorium atas indikasi dan penyuluhan.

Upaya kesehatan KIA merupakan upaya menyeluruh dan terpadu yang meliputi peningkatan, pencegahan, penyembuhan dan pemulihan. Pelayanan upaya kesehatan ini dilaksanakan melalui berbagai kegiatan pokok yang ditujukan untuk kepentingan kesehatan keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat. Salah satu kegiatan pokok puskesmas terhadap ibu hamil adalah kesejahteraan ibu dan

anak. Kegiatan pokok KIA ini merupakan kegiatan utama dalam pelaksanaan upaya kesehatan KIA, sedangkan kegiatan pokok lainnya diarahkan untuk menunjang sasaran dari kegiatan pokok KIA tersebut (Depkes RI, 2006).

Penelitian yang menyangkut kebiasaan ibu hamil untuk memeriksa kehamilannya dilihat dari perbandingan antara hasil SKRT 2005 dan SKRT tahun 2011 menunjukkan penurunan persentase dari 67,2% menjadi 48,7% per-1000 ibu hamil. Kebiasaan pertolongan persalinan pada dukun menunjukkan peningkatan persentase dari 56,2% pada SKRT 2005 menjadi 62,3% pada SKRT 2011 (Gunawan, 2012).

Penelitian lain juga menunjukkan bahwa salah satu faktor penyebab rendahnya pengguna jasa pelayanan kesehatan oleh ibu hamil dan bersalin, bersumber dari kedua belah pihak, yaitu disamping kurangnya pengetahuan ibu hamil akan pentingnya memeriksakan kehamilan, ternyata sarana kesehatan juga kurang mampu menarik partisipasi masyarakat di wilayah kerjanya.

Masalah kompleksnya program unit-unit pelayanan kesehatan di sarana kesehatan juga menjadi kendala dalam upaya meningkatkan cakupan jumlah kunjungan ibu hamil di sarana kesehatan. Dengan demikian untuk meningkatkan hasil cakupan ibu hamil, ada beberapa faktor yang perlu mendapat perhatian. Disamping faktor dari petugas pelayanan kesehatan, sarana dan fasilitas kesehatan yang tersedia, maka faktor perilaku ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya merupakan faktor yang dapat berpengaruh terhadap keberhasilan cakupan ibu hamil (Depkes RI, 2006).

Perilaku ibu hamil untuk memeriksa kehamilannya pada fasilitas kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain: faktor kualitas pelayanan

antenatal, sosial dan demografi, penghasilan keluarga, keterjangkauan pelayanan dan sarana, faktor kebutuhan untuk memperoleh pengobatan yang disebabkan adanya gangguan kesehatan, serta faktor lainnya yang ada pada ibu hamil dan lingkungannya yang dapat mendorong atau menghambat pemanfaatan fasilitas kesehatan tersebut.

Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien di unit pelayanan kesehatan harus bersifat komprehensif, yang meliputi aspek fisik, psikis, sosial dan spiritual. Pelayanan kesehatan merupakan bantuan terhadap individu, keluarga, kelompok dan masyarakat luas dalam memenuhi kebutuhan kesehatan maupun menyelesaikan masalah kesehatan yang dihadapi. Pada tingkat individu, kebutuhan kesehatan difokuskan pada pemenuhan kebutuhan hidup sehari-hari agar tidak terganggu, baik karena individu mempunyai kelemahan fisik, keterbatasan pengetahuan dan kurangnya pengetahuan untuk dapat mandiri atau memelihara kesehatannya (Depkes RI, 2007).

Pelayanan kesehatan merupakan bagian integral dari pelayanan dasar yang akan menjangkau seluruh lapisan masyarakat, termasuk pelayanan kesehatan ibu agar setiap ibu hamil dapat melalui kehamilan dan persalinan dengan selamat.

Karena demikian pentingnya pelayanan kesehatan ibu sehingga dalam Konferensi Internasional tentang kependudukan yaitu: "*International Conference on Population and Development*" (ICPD) di Kairo Mesir (2004), dikatakan bahwa kebutuhan kesehatan reproduksi pria dan wanita sangat vital bagi pembangunan sosial dan pembangunan sumber daya manusia (Sarwono, 2010).

Pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil sangatlah penting guna menjamin agar setiap wanita hamil dan wanita yang menyusui bayinya dapat memeliharanya



sesempurna mungkin agar wanita hamil dapat melahirkan bayi sehat tanpa gangguan apapun dan dapat merawat bayinya dengan baik (Depkes RI, 2006).

Pengadaan dan peningkatan sarana kesehatan, tenaga kesehatan perlu terus dikembangkan dan ditingkatkan baik kualitas maupun kemampuannya, serta penyebaran yang terus diupayakan agar merata dan menjangkau seluruh masyarakat. Sebagaimana ditetapkan dalam Undang-undang Kesehatan Tahun 2009, pembangunan di bidang kesehatan diarahkan untuk mempertinggi derajat kesehatan masyarakat yang diprioritaskan pada perbaikan kesehatan ibu dan anak.

Ada beberapa indikator yang digunakan untuk pemantauan program KIA yaitu (Depkes RI, 2006): 1) Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga profesional untuk ibu selama masa kehamilannya yang dilaksanakan sesuai dengan standar 5T yaitu tinggi badan, berat badan, tablet besi, tetanus toksoid, fundus uteri, tekanan darah. 2) Kunjungan baru ibu hamil (K1) adalah kunjungan ibu hamil yang pertama kali pada masa kehamilan. 3) Kunjungan keempat (K4) adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang keempat kali (atau lebih) untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai dengan standar yang ditetapkan dengan syarat: minimal satu kali kontak pada triwulan pertama, minimal satu kali pada triwulan kedua, minimal dua kali kontak pada triwulan ketiga. 4) Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah persentase ibu bersalin di suatu wilayah dalam waktu tertentu yang ditolong oleh tenaga kesehatan.

Data Dinkes Propinsi Aceh menunjukkan cakupan pelayanan ANC yaitu cakupan K1 mencapai 80% dan pemeriksaan keempat (K4) mencapai 70,55% serta pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan mencapai 80,5%. Angka ini

masih kurang dari target yang diharapkan secara target nasional yaitu K1 90% dan K4 85% serta pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan 80% (Dinkes Propinsi Aceh, 2012).

Data Dinkes Kabupaten Nagan Raya menunjukkan cakupan K1 89% dan K4 mencapai 73,2% serta cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan mencapai 76% (Dinkes Kabupaten Nagan Raya, 2013).

Dari data tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa adanya penurunan jumlah kunjungan ibu hamil secara umum di Rumah Sakit Umum Daerah Nagan Raya, berjumlah K1, 62% dan K4, 68%, yang seharusnya jumlah cakupan K1 yang diharapkan sebesar 95% dan K4 85% (RSUD Nagan Raya, 2013).

Dengan demikian bahwa upaya mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal dan dalam rangka meningkatkan kualitas sumber daya manusia diperlukan langkah-langkah peningkatan upaya kesehatan ibu dan anak yang merata ke seluruh pelosok tanah air. Namun tidak terlepas juga oleh berbagai faktor yang mempengaruhi upaya pemeriksaan kehamilan, seperti tingkat pengetahuan, sikap, tindakan dan pendidikan.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimanakah hubungan pengetahuan, sikap, perilaku dan tingkat pendidikan yang mempengaruhi *Antenatal Care* ibu hamil di Poliklinik Kebidanan RSUD Nagan Raya Tahun 2013?

### **1.3. Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui hubungan perilaku dan tingkat pendidikan yang mempengaruhi *Antenatal Care* ibu hamil di Poliklinik Kebidanan RSUD Nagan Raya Tahun 2013.

#### **1.3.2. Tujuan Khusus**

1. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan ibu hamil yang mempengaruhi *Antenatal Care* ibu hamil di Poliklinik Kebidanan RSUD Nagan Raya.
2. Untuk mengetahui sikap ibu hamil yang mempengaruhi *Antenatal Care* ibu hamil di Poliklinik Kebidanan RSUD Nagan Raya.
3. Untuk mengetahui perilaku ibu hamil yang mempengaruhi *Antenatal Care* ibu hamil di Poliklinik Kebidanan RSUD Nagan Raya.
4. Untuk mengetahui tingkat pendidikan ibu hamil yang mempengaruhi *Antenatal Care* ibu hamil di Poliklinik Kebidanan RSUD Nagan Raya.

### **1.4. Manfaat Penelitian**

1. Bagi Pengambil Kebijakan, dapat menjadi bahan masukan yang dapat digunakan sebagai masukan bagi pengelola program KIA dalam memecahkan masalah yang berkaitan dengan tingkat partisipasi masyarakat dan dalam membuat kebijakan atau memberikan penyuluhan yang lebih tepat guna dan berdaya guna.
2. Bagi Pengelola Program, dengan diketahuinya faktor yang berhubungan dengan perilaku ibu hamil untuk memeriksa kehamilannya, maka akan

mempermudah dalam perencanaan intervensi program yang akan dilakukan dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat.

3. Bagi Masyarakat, dapat dijadikan bahan masukan untuk pentingnya memeriksa kehamilannya pada sarana kesehatan yang ada.
4. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Teuku Umar, dapat dijadikan sebagai masukan dan bahan bacaan serta menambah koleksi bahan perpustakaan yang telah ada.
5. Bagi Penulis, memberi pengalaman dan kesempatan untuk melaksanakan penelitian dengan metode yang benar, penulis mampu berfikir lebih baik dalam memahami masalah serta melakukan analisis secara ilmiah dan *sistematis*.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Pengertian Kehamilan**

Menurut Buku Ilmu Kebidanan yang dikeluarkan oleh RSCM pada tahun 2000, disebutkan bahwa kehamilan merupakan hasil konsepsi terjadi karena bertemunya sel telur (*ovum*) dengan sel sperma (*spermatozoa*). Pada kehamilan terdapat perubahan pada seluruh wanita, khususnya pada alat *genitalia externa* dan *interna* dan juga pada payudara (*mammae*). Dalam hal ini hormon *somatotropin*, *estrogen* dan *progesteron* mempunyai peranan penting terhadap perubahan anatomik dan fisiologik pada wanita hamil.

Lamanya kehamilan mulai dari ovulasi sampai partus adalah kira-kira 280 hari (40 minggu), dan tidak lebih dari 300 (43 minggu). Kehamilan 40 minggu disebut kehamilan matur (cukup bulan). Bila kehamilan lebih dari 43 minggu disebut kehamilan postmatur. Kehamilan antara 28-36 minggu disebut kehamilan prematur. Kehamilan yang terakhir ini akan mempengaruhi atau kelangsungan hidup dari bayi yang dilahirkan, karena bayi yang terlalu muda mempunyai *prognosis* buruk. ditinjau dari tuanya kehamilan, kehamilan dibagi dalam tiga bagian masing-masing kehamilan trimester pertama 0-12 minggu; trimester kedua antara 12-28 minggu; dan kehamilan trimester ketiga 26-40 minggu (Depkes RI, 2009).

Kehamilan pada seorang wanita ditunjukkan dengan tanda-tanda yang bersifat subjektif maupun objektif. Yang termasuk tanda-tanda subjektif antara lain: tidak mendapat haid selama satu bulan atau lebih, perubahan pada payudara,

mual dan muntah-muntah, serta sering kencing. Sedangkan tanda-tanda objektif ditunjukkan dari hasil pemeriksaan laboratorium, antara lain: hasil tes *immunologic* dan *ultrasonic* (Al-azzawi, 2006).

Seorang wanita yang sedang hamil dapat mengalami beberapa risiko, yaitu kehamilan dengan faktor risiko rendah, sedang maupun tinggi. Kehamilan dengan faktor risiko sedang tidak langsung menimbulkan kematian bayi, tetapi perlu pengawasan dan perawatan dokter/bidan. Yang termasuk kehamilan dengan faktor risiko sedang adalah apabila tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm, Hb kurang dari 8 gr%, jarak usia anak kurang dari dua tahun, jumlah anak lebih dari lima orang, kehamilan terjadi pada usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, pendidikan dan tingkat sosial ekonomi rendah (Depkes RI, 2009).

Sedangkan kehamilan dengan faktor risiko tinggi dapat merupakan penyebab langsung kematian ibu maupun bayi, oleh sebab itu kehamilan dengan faktor risiko tinggi harus dirujuk ke rumah sakit. Kehamilan dengan faktor risiko tinggi dapat terjadi apabila kehamilan disertai dengan perdarahan *antepartum*, tekanan darah lebih dari 160/95, *eclamsia*, letak bayi sungsang, melahirkan anak kembar pada kehamilan terdahulu, anak yang lahir terdahulu meninggal, berat janin lebih dari 4 kg, dan lain-lain (Al-azzawi, 2006).

Pengetahuan tentang risiko kehamilan terutama terhadap hal-hal yang berkaitan dengan perkembangan janin di dalam kandungan selama kehamilan merupakan hal yang perlu diinformasikan sedini mungkin kepada ibu hamil yang melakukan kunjungan *antenatal*. Penyampaian informasi yang tepat akan menimbulkan motivasi ibu hamil untuk meningkatkan kesehatan bagi dirinya sendiri disamping menumbuhkan rasa pentingnya *antenatal*, sehingga dapat

dilakukan: identifikasi kehamilan melalui wawancara, evaluasi data dan pemeriksaan fisik (Depkes RI, 2009).

## **2.2. Perawatan Ibu Hamil**

Perawatan ibu hamil sebaiknya dilakukan secara teratur dan sedini mungkin pada fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan (KIA), dengan demikian kehamilan yang disertai dengan faktor risiko sedang maupun tinggi dapat diatasi. Hal ini sejalan dengan tujuan perawatan kehamilan yang digariskan oleh Organisasi Kesehatan seduania (WHO) yaitu untuk menjamin setiap calon ibu tetap menjaga kesehatannya, mempelajari cara merawat bayi, melahirkan dengan normal, dan mempunyai anak yang sehat. Dengan demikian perawatan kehamilan yang cermat merupakan penerapan kesehatan pencegahan yang paling baik untuk menekan terjadinya kesakitan dan kematian pada ibu maupun bayi.

Dalam arti yang sempit, perawatan ibu adalah perawatan yang diberikan pada masa kehamilan, pada masa persalinat, dan pada masa menyusui. Sedangkan dalam arti yang luas, meliputi upaya yang bertujuan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan remaja yang akan menjadi orang tua, dan membina mereka agar dapat mengembangkan pendekatan yang tepat terhadap kehidupan berkeluarga serta penempatan keluarga yang tepat dalam masyarakat. Dalam hal ini termasuk pula bimbingan untuk menjadi orang tua dan mengatasi masalah yang berhubungan dengan keinginan punya anak, serta keluarga berencana (Al-azzawi, 2006).

Banyak faktor yang berhubungan dengan status obstetrik, termasuk perawatan prenatal memegang peranan penting dalam menentukan kehamilan. Alisyahbana (2007) telah meneliti hubungan perawatan prenatal dan kejadian

kematian perinatal serta BBLR, ternyata didapatkan bahwa makin kurang jumlah pemeriksaan makin tinggi angka kematian perinatal dan makin rendah berat rata-rata waktu lahir.

Saat ini pelayanan obstetri bukan lagi sekedar perawatan persalinan tetapi telah berkembang kepada perawatan kesehatan dalam masa hamil, karena makin disadari makin banyak kemungkinan komplikasi persalinan dapat dihindari dan ditangani secara lebih dini. Secara umum wanita hamil yang menerima pelayanan *antenatal* mempunyai tingkat kematian yang lebih rendah disbanding wanita hamil yang tidak mengunjungi pelayanan *antenatal* adalah 5 kali lebih tinggi dari yang melakukan satu atau lebih kunjungan *antenatal* (Soeprono, 2006).

### **2.2.1. Pengertian Pelayanan *Antenatal***

Pelayanan *antenatal* (*antenatal care*) adalah perawatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilannya. Menurut Sudraji Sumapradja (2005), perawatan *antenatal* adalah pelaksanaan dan perawatan kesehatan ibu hamil secara cukup lengkap dan terus menerus, meliputi pengawasan dan pengelolaan kesehatan ibu dalam periode kehamilan dengan tujuan untuk menyelamatkan ibu dan bayinya dari kematian, juga bertujuan untuk meningkatkan kemampuan memelihara dan melindungi kesehatan ibu itu sendiri serta janinnya demi kesejahteraan keluarga (Sumapradja, 2005).

Perawatan *antenatal* merupakan latihan klinis yang dirancang untuk memastikan keselamatan dan kesehatan kehamilan, baik bagi ibu maupun bayi. Wanita hamil umumnya sehat, dan biasanya akan melahirkan bayi yang sehat pula. Namun risiko terhadap ibu, bayi atau keduanya dapat terjadi selama



kehamilan atau persalinan, dengan kecepatan yang tidak terduga, dan dengan konsekuensi yang berbahaya (Al-azzawi, 2006).

### **2.2.2. Tujuan Pelayanan *Antenatal***

Menurut buku “Pedoman Pelayanan *Antenatal* di Wilayah Kerja Puskesmas” yang dikeluarkan Departemen Kesehatan RI (2009), secara umum tujuan pelayanan *antenatal* adalah memelihara dan meningkatkan kesehatan ibu selama hamil sesuai dengan kebutuhan sehingga dapat menyelesaikan kehamilannya dengan baik, dan melahirkan bayi yang sehat. Sedangkan secara khusus, tujuan pelayanan *antenatal* adalah untuk mendeteksi ibu hamil dengan faktor risiko tinggi dan menanggulangnya sedini mungkin, menurunkan kesakitan ibu hamil dan kematian bayi serta memberikan penyuluhan dalam bentuk Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) sehingga terjadi peningkatan cakupan.

Dibandingkan dengan pelayanan kesehatan medik, pelaksanaan pelayanan *antenatal* lebih banyak menonjolkan aspek preventif dan promotif, sehingga diharapkan dapat:

1. Menemukan kehamilan risiko tinggi dan untuk selanjutnya melakukan upaya penyelamatan ibu dan bayinya dari kematian.
2. Melakukan pencegahan dan pengobatan terhadap komplikasi kehamilan secara lebih dini sehingga tidak terjadi kesulitan dalam persalinan nantinya.
3. Menyelenggarakan pendidikan kesehatan ibu tentang kehamilan persalinan dan perlunya memahami perawatan intekonsepsional.

4. Menyelenggarakan tim perawatan *antenatal* yang multi disiplin untuk menanggulangi masalah nutrisi, sosial dan emosional yang belum terpenuhi dalam perawatan medik yang diterimanya (Depkes RI, 2000).

Jadi suatu perawatan *antenatal* yang cukup efektif seharusnya dapat melayani banyak cakupan ibu hamil dan dilaksanakan oleh tim yang multidisiplin seperti dokter, bidan, perawat, *laborant*, petugas sosial, *nutrisionist*, kader PKK, yang dapat memberikan pelayanan yang sesuai dengan keperluan ibu hamil.

Pelayanan *antenatal* yang dilakukan sekarang ini lebih banyak menjurus kepada identifikasi masalah saja, tidak dilanjutkan dengan merencanakan pemecahan masalah yang terjadi baik selama masa kehamilan maupun setelah pasca hamil. Dengan makin disadari oleh berbagai pihak bahwa pendidikan *antenatal* bagi ibu dan suaminya dapat menjadi komponen terbesar dalam pelaksanaan perawatan *antenatal*, maka keikutsertaan dan ketaatan pasangan tersebut dalam mendukung keberhasilan ini perlu mendapat pujian (Sumapradja, 2005).

### **2.3. *Antenatal Care***

Yang dimaksud dengan pengawasan *antenatal care* yaitu pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil sehingga mampu menghadapi persalinan nifas, persiapan laktasi dan kembalinya kesehatan reproduksi (Manuaba: dalam Iskandar, 2005).

Dalam penerapan praktis sering dipakai standar minimal pelayanan *antenatal care* "5T" yang terdiri dari: timbang berat badan dan mengukur tinggi badan, pemeriksaan tekanan darah, tinggi fundus uteri, pemberian tetanus toxoid

(TT) 2X selama hamil, pemberian tablet zat besi (Fe) minimal 90 tablet selama hamil (Depkes RI, 2007).

#### **2.4. Tujuan Perawatan Kehamilan**

1. Mempertahankan kesehatan ibu dan anak pada umumnya ibu yang sedang hamil itu kesehatannya/daya tahan sudah menurun bila terjadi demikian harus diusahakan baik kembali.
2. Untuk mendapatkan ibu dan bayi yang sehat, mencegah terjadinya kelainan atau komplikasi diwaktu hamil atau bersalin dan nifas (Ibrahim, 2009).

#### **2.5. Kunjungan Ibu Hamil**

Kunjungan ibu hamil adalah kontak antara ibu hamil dan petugas kesehatan yang memberi pelayanan *antenatal* untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan. Secara tradisional penetapan waktu pemeriksaan kehamilan telah dijadwalkan 4 minggu sampai 28 minggu kemudian setiap 2 minggu sampai 36 minggu dan setiap minggu pada akhir kehamilan (Ibrahim, 2009).

#### **2.6. Pendidikan**

Pendidikan adalah suatu proses dengan tujuan utama mengakibatkan perubahan perilaku manusia berdasarkan proses intelektual.

Secara operasional tujuan pendidikan adalah dibedakan menjadi 3 aspek yaitu *kognitif* (pengetahuan), *afektif* (sikap) dan *psikomotor* (keterampilan).

Tujuan pendidikan kesehatan ialah meningkatkan status kesehatan masyarakat atau penduduk ketingkat yang optimal. Upaya peningkatan status

kesehatan tersebut telah dilakukan melalui berbagai usaha program kesehatan pada berbagai tingkat kesehatan masyarakat (Blum: dalam Iskandar, 2005).

Secara operasional tujuan pendidikan diperincikan oleh (Wang: dalam Iskandar, 2005) sebagai berikut :

1. Agar penderita (masyarakat) memiliki rasa tanggungjawab yang lebih besar pada kesehatan dirinya, keselamatan lingkungan dan masyarakat.
2. Agar orang (masyarakat) melakukan langkah-langkah positif dalam mencegah terjadinya sakit menjadi lebih parah dan mencegah keadaan ketergantungan melalui rehabilitasi cacat yang disebabkan oleh penyakit.

Berdasarkan pengertian dan tujuan di atas maka pendidikan bagi ibu hamil sangat diperlukan untuk memberikan pengetahuan mengenai kehamilan, perubahan yang terkait dengan kehamilan, pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim, perawatan diri selama kehamilan serta tanda bahaya yang perlu diwaspadai (Blum & Wang: dalam Iskandar, 2005).

## **2.7. Pengetahuan**

Pengetahuan adalah kemampuan yang ada pada manusia berupa pengertian akan nilai baik positif maupun negatif yang didalamnya mengandung nilai intelektual. Berkenaan dengan nilai orang punya kemampuan untuk tahu dan untuk tidak tahu terhadap kenyataan yang ada (Ahmadi, 2004).

Al-Ghazali mengutip pendapat Al-Klalil bin Ahmad tentang kemungkinan tahu (Ahmadi, 2004), yaitu :

1. Tahu bahwa dirinya tahu ; adalah keadaan seseorang yang memastikan dirinya mengetahui sesuai dan ia yakin benar tentang sesuatu itu.

2. Tahu bahwa dirinya tidak tahu ; adalah orang yang tulus hati karena menyembunyikan kekurangan dirinya.
3. Tidak tahu bahwa dirinya tahu ; adalah keadaan seseorang tidak menyadari kesanggupan dirinya sehingga ia lalai terhadap dirinya.
4. Tidak tahu bahwa dirinya tidak tahu ; adalah keadaan seseorang yang tidak menginsafi kelemahannya sendiri.

Selanjutnya Ahmadi (2004) menjelaskan bahwa kemampuan tahu bersifat statis dan untuk mengubahnya menjadi dinamis diperlukan adanya daya dorong yaitu keingintahuan. Tanpa kemampuan keingintahuan tidak akan terwujud atau menjelma. Keinginan tahu adalah upaya menyikapi tabir kegelapan agar apa yang terdapat dibalikinya menjadi jelas. Keinginan tahu menjelma dalam bentuk mengajukan pertanyaan, mencari keterangan, membaca buku, mengadakan penyelidikan dan mendalami pengetahuan. Kegiatan tahu merupakan salah satu dari sekian banyak naluri yang ada pada manusia yang sangat sulit dibendung.

Menurut Mar'at (2001), keinginan tahu menyangkut hasrat sosial, oleh karena itu berhubungan dengan hasrat seperti : berjuang, meniru dan memberitahu. Naluri itu mutlak ada dan ingin tahupun berlangsung sepanjang hidup manusia dan baru berhenti pada saat manusia itu meninggal.

Menurut penelitian (Rogers: dalam Effendy, 2008), bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu :

1. Kesadaran (*Awareness*), orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimuli.
2. Perhatian (*Interest*), dimana orang mulai tertarik kepada stimuli.

3. Penilaian (*Evaluation*), menimbang-nimbang terhadap baik dan tidaknya stimuli tersebut terhadap dirinya.
4. Mencoba (*Trial*), dimana orang telah mulai mencoba berperilaku baru.
5. Menerima (*Adoption*), dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya.

Menurut (WHO: dalam Notoatmodjo, 2007), pengetahuan adalah yang diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain.

Menurut (FKM-UI: dalam Tim Dosen MKDK, 2004), pengetahuan yaitu mengetahui situasi atau rangsangan dari luar. Pengetahuan sungguh amat ideal bila wanita hamil. Dengan pengetahuan tersebut diharapkan ibu akan termotivasi kuat untuk menjaga diri dan kehamilannya dengan mentaati nasehat yang diberikan oleh pelaksana pemeriksaan kehamilan, sehingga ia dapat melewati masa kehamilannya dengan baik dan melahirkan bayi yang sehat.

Ibu mau memeriksa diri ketika haidnya terlambat sekurang-kurangnya satu bulan, keuntungannya adalah bila kelainan-kelainan yang mungkin ada atau akan timbul pada kehamilan tersebut segera dapat dideteksi dan segera dapat di atasi sebelum berpengaruh tidak baik terhadap kehamilannya (Prawiroharjo, 2005).

Menurut Prawiroharjo (2005), pengetahuan merupakan pengenalan terhadap suatu benda/hal secara objektif. Hal ini dapat terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu.

Menurut Notoatmodjo (2007), pengetahuan yang dicakup di dalam *demand kognitif* mempunyai 6 tingkatan, yaitu :

1. *Know* (tahu), diartikan sebagai mengingat sesuatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah

mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima, oleh sebab itu tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2. *Comprehensif* (memahami), diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.
3. *Aplikation* (aplikasi), diartikan sebagai kemampuan untuk menerapkan materi yang telah pada situasi atau kondisi yang sebenarnya.
4. *Analysis* (analisis), adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek keadaan komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi yang paling terkait.
5. *Synthesis* (sintesis), adalah menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
6. *Evluation* (evaluasi), ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek.

## **2.8. Sikap (*Attitude*)**

Mar'at (2001), sikap merupakan reaksi suatu respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek.

(Krexxh & Krutch Field: dalam Mar'at, 2001), sikap adalah sebagai organisasi yang bersifat menetap dan proses motivasional, emosional, persepsional dan kognitif.

Menurut (Robert Klwick: dalam Mar'at, 2001) sikap adalah hanya kecenderungan untuk mengadakan tindakan terhadap suatu objek, dengan suatu

cara yang menyatakan adanya tanda-tanda untuk menyenangkan objek tertentu. Sikap hanyalah bagian dari perilaku manusia.

Menurut Notoatmodjo (2007), sikap juga terdiri dari berbagai tingkatan, yaitu :

1. Menerima (*receiving*), diartikan bahwa orang atau subjek mudah memperhatikan stimulus yang diberikan.
2. Merespon (*responding*), adalah memberikan jawaban apabila ditanya mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap (orang tersebut menerima ide).
3. Menghargai (*valuting*), adalah mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.
4. Bertanggungjawab (*Responsible*), adalah segala sesuatu yang telah dipilihnya.

## **2.9. Praktek atau Tindakan (*Practice*)**

Menurut Notoatmodjo (2007), untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata atau tindakan atau praktek nyata diperlukan faktor pendukung yaitu suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain seperti fasilitas dan faktor dukungan dari pihak lain (*support*). Dan untuk menimbulkan tindakan, kita harus lebih dahulu menanamkan pengertian, membentuk dan mengubah sikap atau menimbulkan hubungan yang baik. Selanjutnya ia menambahkan bahwa ada beberapa tingkatan pada praktek atau tindakan (*practice*) yaitu :

1. Persepsi (*perception*), adalah mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.



2. Respon Terpimpin (*guided responses*), adalah tindakan atau perlakuan terhadap sesuatu sesuai dengan contoh (perumpamaan).
3. Mekanisme (*mechanism*), adalah seseorang yang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan.
4. Adaptasi (*adaptation*), adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik, artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

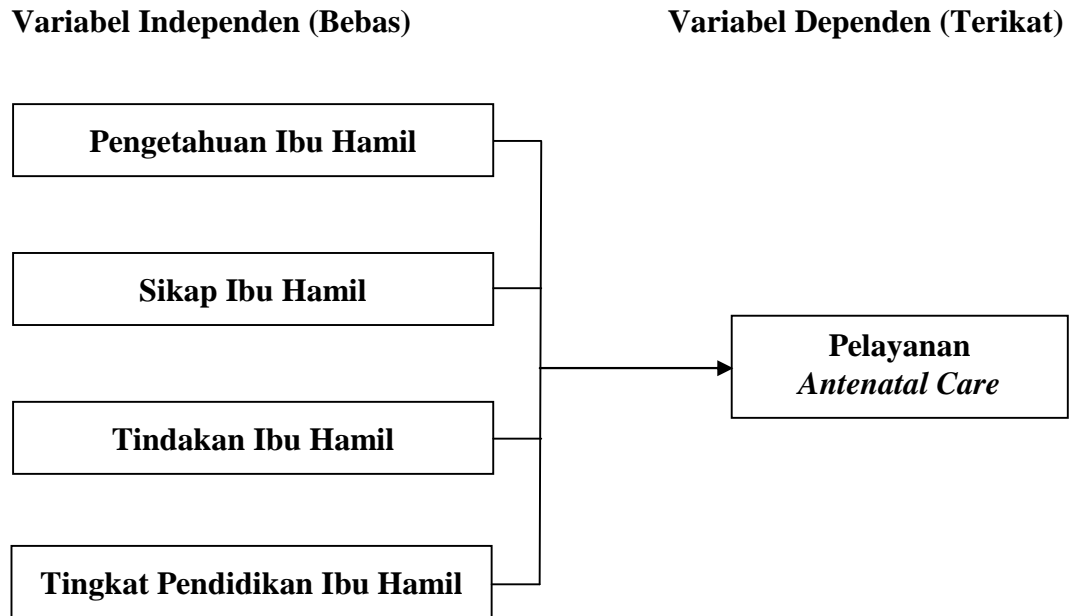
Menurut konsep (kurt Lewis: dalam Iskandar, 2005), bahwa tindakan ataupun sikap manusia adalah akibat dari berbagai faktor yang ada dalam kehidupan seseorang. Faktor tersebut terdiri dari pendidikan, keadaan sosial budaya, norma-norma, nilai-nilai serta pengalaman sejak kecil.

Menurut (Robert Kwick: dalam Iskandar, 2005), menyatakan bahwa perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari. Sikap suatu kecenderungan untuk mengadakan tindakan terhadap suatu objek.

## **2.10. Kerangka Konsep Penelitian**

Menurut kerangka teoritis yang telah dikembangkan di tinjauan pustaka bahwa kunjungan ibu hamil ini dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor pengetahuan, sikap, tindakan dan tingkat pendidikan.

Untuk memperkuat kerangka teori di atas maka peneliti mengutip semua teori-teori seperti disampaikan di atas, seperti yang dapat penulis gambarkan sebagai berikut di bawah ini :



**Gambar 2.1. Kerangka Konsep Penelitian**

### 2.11. Hipotesis Penelitian

1. Ada hubungan antara pengetahuan ibu hamil dengan pelayanan ante natal care.
2. Ada hubungan antara sikap ibu hamil dengan pelayanan ante natal care.
3. Ada hubungan antara tindakan ibu hamil dengan pelayanan ante natal care.
4. Ada hubungan antara tingkat pendidikan ibu hamil dengan pelayanan ante natal care.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1. Jenis dan Rancangan Penelitian**

Jenis Penelitian ini adalah penelitian analitik menggunakan desain *cross-sectional* untuk mengidentifikasi hubungan pengetahuan ibu hamil, sikap ibu hamil, tindakan ibu hamil, dan tingkat pendidikan ibu hamil terhadap *Antenatal Care* ibu hamil di Poliklinik Kebidanan Rumah Sakit Umum Daerah Nagan Raya Kabupaten Nagan Raya Tahun 2013.

#### **3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di Poliklinik Kebidanan Rumah Sakit Umum Daerah Nagan Raya Kabupaten Nagan Raya. Waktu Penelitian dilaksanakan mulai tanggal 25 September sampai dengan 2 Oktober 2013.

#### **3.3. Populasi dan Sampel**

##### **3.3.1. Populasi**

Yang menjadi populasi dalam penelitian ini adalah ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kunjungan pertama (K1) umur < 3 bulan sampai kunjungan ke-empat (K4) umur > 7 bulan, yang mengunjungi atau melakukan asuhan kebidanan atau memeriksakan kehamilannya ke Poliklinik Kebidanan RSUD Nagan Raya Kabupaten Nagan Raya.

### **3.3.2. Sampel**

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah bersifat random sampling, dengan mengetahui besar sampel dalam jumlah keseluruhan populasi. Oleh (Hadi, 2001) menjelaskan bahwa besarnya sampel dipengaruhi oleh populasi, jadi data awal didapatkan kunjungan ibu hamil pada periode Januari sampai Desember 2012 berjumlah 376 orang. Jumlah kunjungan K1 120 orang dan jumlah kunjungan K4 berjumlah 256 orang, jadi dari 376 orang populasi ditentukan besarnya sample sebanyak 112 orang.

### **3.4. Metoda Pengumpulan Data**

Alat yang digunakan untuk mengambil data adalah kuesioner yang berisi sejumlah pertanyaan yang telah disiapkan. Data hasil penelitian ini dikumpulkan dengan menggunakan cara yang dilakukan melalui wawancara dengan responden memakai kuesioner.

#### **1. Data Primer:**

Merupakan data yang dikumpulkan langsung oleh peneliti yang diperoleh dengan mengadakan wawancara langsung dengan ibu hamil yang menyangkut aspek-aspek yang diteliti.

#### **2. Data Sekunder:**

Sedangkan data sekunder meliputi data di lokasi penelitian, serta program Kesejahteraan Ibu dan Anak (KIA). Yang diperoleh dengan melihat pencatatan dan pelaporan di Poliklinik Kebidanan RSUD Nagan Raya Kabupaten Nagan Raya.

### 3.5. Definisi Operasional Variabel

**Tabel 3.1. Variabel Penelitian**

No	Variabel	Variabel Independen
<b>1.</b>	<b>Variabel</b>	<b>Pengetahuan Ibu Hamil</b>
	Definisi	: Sejumlah informasi yang diketahui oleh responden tentang kunjungan dan perawatan kehamilan.
	Cara Ukur	: Wawancara.
	Alat Ukur	: Kuesioner.
	Hasil Ukur	: 1. Baik. 2. Kurang.
	Skala Ukur	: Ordinal.
<b>2.</b>	<b>Variabel</b>	<b>Sikap Ibu Hamil</b>
	Definisi	: Kecenderungan memberi pendapat atau tanggapan oleh responden terhadap kunjungan perawatan kehamilan.
	Cara Ukur	: Wawancara.
	Alat Ukur	: Kuesioner.
	Hasil Ukur	: 1. Setuju. 2. Tidak Setuju.
	Skala Ukur	: Ordinal.
<b>3.</b>	<b>Variabel</b>	<b>Tindakan Ibu Hamil</b>
	Definisi	: Apa yang telah dilakukan oleh responden akibat dari pengetahuan dan sikap yang dimiliki.
	Cara Ukur	: Wawancara.
	Alat Ukur	: Kuesioner.
	Hasil Ukur'	: 1. Baik. 2. Kurang.
	Skala Ukur	: Ordinal.
<b>4.</b>	<b>Variabel</b>	<b>Tingkat Pendidikan Ibu Hamil</b>
	Definisi	: Jenjang sekolah formal yang dijalani responden dengan ijazah.
	Cara Ukur	: Wawancara.
	Alat Ukur	: Kuesioner.
	Hasil Ukur	: 1. Pendidikan Tinggi. 2. Pendidikan Rendah.
	Skala Ukur	: Ordinal.
		<b>Variabel Dependen</b>
<b>5.</b>	<b>Variabel</b>	<b>Antenatal Care Ibu Hamil</b>
	Definisi	: Upaya yang dilakukan oleh petugas kesehatan untuk observasi dan pengamatan data ibu hamil di RSUD Nagan Raya.
	Cara Ukur	: Observasi.
	Alat Ukur	: 1. Baik.
	Hasil Ukur	: 2. Kurang.
	Skala Ukur	: Ordinal.

### 3.6. Aspek Pengukuran

Skala variabel hasil pengukuran yang digunakan pada penelitian ini adalah dengan menggunakan tabel skor (Teori Skala Liekert), dengan mengetahui berapa jumlah rentangan yang dihasilkan melalui jawaban responden yang ukuran penilaian adalah baik, sedang dan kurang, Sebagai berikut (Notoatmodjo, 2003) :

#### 1. Kriteria Pengukuran pada Pengetahuan Ibu Hamil

Untuk jawaban yang paling benar akan diberi skor nilai = 4, sedangkan jawaban yang paling salah diberi skor nilai = 1. berdasarkan dari jumlah 10 pertanyaan maka skor maksimum adalah 40 dan skor minimum 10.

Baik : Apabila responden dapat menjawab dengan benar lebih dari 50% dari sepuluh pertanyaan dengan skor nilai 19-37.

Kurang : Apabila responden dapat menjawab dengan benar kurang dari 50% dari sepuluh pertanyaan dengan skor nilai 1-18.

#### 2. Kriteria Pengukuran pada Sikap Ibu Hamil

Dari sepuluh pertanyaan, jika responden menjawab :

1. Setuju (S), maka diberi skor nilai = 2 (  $50\% = 11-20$ ).
2. Tidak Setuju (TS), maka diberi skor nilai = 1 ( $< 50\% = 1-10$ ).

#### 3. Kriteria Pengukuran pada Tindakan Ibu Hamil

Untuk jawaban yang paling benar akan diberi skor nilai = 4, sedangkan jawaban yang paling salah diberi skor nilai = 1. berdasarkan dari jumlah 12 pertanyaan maka skor maksimum adalah 48 dan skor minimum 12.

Baik : Apabila responden dapat menjawab dengan benar lebih dari 50% dari sepuluh pertanyaan dengan skor nilai 25-48.

Kurang : Apabila responden dapat menjawab dengan benar kurang dari 50% dari sepuluh pertanyaan dengan skor nilai 1-24.

#### 4. Kriteria Pengukuran pada Pendidikan Ibu Hamil

Tinggi : Apabila responden menjawab pertanyaan yang diajukan yaitu Tamat Akademi/PT sederajat.

Rendah : Apabila responden menjawab pertanyaan yang diajukan yaitu putus sekolah atau Tamat SLTA sederajat ke bawah.

#### 5. Kriteria Pengukuran pada *Antenatal Care* atau Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan

Baik : Jika pemeriksaan kehamilan lebih dari tiga kali (  $\geq 3$  kali).

Kurang : Jika pemeriksaan kehamilan kurang dari tiga kali ( $< 3$  kali).

### 3.7. Teknik Analisis Data

#### 3.7.1. Analisa` Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk menjelaskan atau menggambarkan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti dalam bentuk distribusi frekuensi dari setiap variabel penelitian. Tujuannya adalah untuk melihat seberapa besar proporsi variabel yang diteliti dan disajikan dalam bentuk tabel frekuensi.

Analisis ini juga digunakan untuk mendapatkan gambaran proporsi kunjungan/asuhan kebidanan berdasarkan tingkat pengetahuan ibu hamil, sikap ibu hamil, tindakan ibu hamil, dan tingkat pendidikan ibu hamil.

#### 3.7.2. Analisa Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan satu variabel independen dengan satu variabel dependen, bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen dengan tanpa mempertimbangkan variabel independen atau faktor-faktor lainnya. Analisis

bivariat menggunakan uji kai kuadrat (*Chi-square*), karena semua data diukur dalam skala katagorik dikotomi (melihat hubungan antara variabel katagorik dengan variabel katagorik). Jika ada sel yang mempunyai nilai harapan lebih kecil dari (kurang dari 5) lebih dari 20% dari jumlah keseluruhan sel, maka uji yang digunakan "*Fisher's Exact Test*".

Prinsip dasar uji kai kuadrat adalah membandingkan frekuensi yang terjadi (*observed*) dengan frekuensi harapan (*expected*). Uji statistik *Chi-square* juga untuk melihat suatu hubungan (jika ada) antara dua variabel sehingga diperoleh nilai  $\chi^2$  dan kemaknaan statistik (nilai *p value*).

$$\text{Rumus: } \chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

$$\text{df} = (k-1) (b-1)$$

$$= 0,05$$

Keterangan: O = Frekuensi *Observed*

E = frekuensi *Expected*

df = *degree of Freedom* (derajat kebebasan)

k = Kolom

b = Baris

Uji ini dipergunakan untuk membandingkan hasil perhitungan statistik  $\chi^2$  yang didapat dengan "*critical value*" yang ditemukan pada tabel *Chi-square*. *critical value* tersebut tergantung pada yang dipilih (dalam penelitian ini  $\alpha = 0,05$ ) dan df nilai  $\chi^2$  tersebut akan bermakna jika nilai  $\chi^2$  yang diperoleh dari hasil perhitungan melebihi nilai *critical value* dan nilai p yang diperoleh lebih kecil dari 0,05 atau secara manual dikatakan bermakna jika nilai  $\chi^2$  hitung lebih besar dari nilai  $\chi^2$  tabel (Hastono, 2007).



## BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### 4.1. Hasil Penelitian

Penelitian tentang Hubungan pengetahuan, sikap, tindakan dan tingkat pendidikan Ibu Hamil dengan *antenatal care* di Poliklinik Kebidanan RSUD Nagan Raya telah dilakukan mulai tanggal 25 September sampai dengan 2 Oktober 2013.

Penelitian ini dilakukan dengan memperoleh data dari data primer, yaitu data yang didapatkan dengan menggunakan kuesioner yang dibagikan kepada sampel yang sedang melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan. Data yang telah diperoleh tersebut kemudian dianalisis dengan menggunakan analisa univariat dan analisa bivariat.

##### 4.1.1. Analisis Univariat

##### 4.1.1.1. Pengetahuan Ibu Hamil

**Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Ibu Hamil Terhadap Pemeriksaan Kehamilan di Poliklinik Kebidanan BLU RSUD Nagan Raya Tahun 2013**

Pengetahuan Ibu Hamil	Frekuensi	Persentase
Baik	108	96
Kurang	4	4
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

*Sumber: Data primer (diolah 2013)*

Dari tabel 4.1 di atas menunjukkan bahwa, sebagian besar pengetahuan dari seluruh sampel ibu hamil dalam memeriksa kehamilannya di Poliklinik Kebidanan BLU RSUD Nagan Raya adalah baik sekali yaitu mencapai 96% (108

responden), sedangkan yang menyatakan kurang dalam pengetahuannya mencapai 4% (4 responden). Untuk pengetahuan sedang tidak dijumpai oleh ibu hamil.

#### 4.1.1.2. Sikap Ibu Hamil

**Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Sikap Ibu Hamil Terhadap Pemeriksaan Kehamilan di Poliklinik Kebidanan BLU RSUD Nagan Raya Tahun 2013**

Sikap Ibu Hamil	Frekuensi	Persentase
Setuju	73	65,1
Tidak Setuju	39	34,9
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

*Sumber: Data primer (diolah 2013)*

Dari tabel 4.2 di atas menunjukkan bahwa, dari sebagian jawaban responden yang dikumpulkan diketahui bahwa sebagian besar sikap ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya di Poliklinik Kebidanan BLU RSUD Nagan Raya adalah menyatakan setuju yaitu, sebesar 65,1% (73 responden), sedangkan selebihnya 34,9% (39 responden) menyatakan tidak setuju.

#### 4.1.1.3. Tindakan Ibu Hamil

**Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Tindakan Ibu Hamil Terhadap Pemeriksaan Kehamilan di Poliklinik Kebidanan BLU RSUD Nagan Raya Tahun 2013**

Tindakan Ibu Hamil	Frekuensi	Persentase
Baik	94	80
Kurang	18	16
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

*Sumber: Data primer (diolah 2013)*

Dari tabel 4.3 di atas menunjukkan bahwa, dalam mengantisipasi kehamilannya sejak dini, biasanya ibu hamil memeriksakan dirinya di Poliklinik Kebidanan BLU RSUD Nagan Raya sebanyak 94 responden (84%). Untuk tindakan sedang tidak diketahui dan tindakan kurang mencapai 18 responden (16%).

#### 4.1.1.4. Tingkat Pendidikan Ibu Hamil

**Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Ibu Hamil Terhadap Pemeriksaan Kehamilan di Poliklinik Kebidanan BLU RSUD Nagan Raya Tahun 2013**

Tingkat Pendidikan Ibu Hamil	Frekuensi	Persentase
Tinggi (Akademi/PT)	42	37,4
Rendah ( SLTA)	70	62,6
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

*Sumber: Data primer (diolah 2013)*

Dari tabel 4.4 di atas menunjukkan bahwa, tingkat pendidikan tinggi (Akademi/PT) yang disandang oleh ibu hamil yang berkunjung memeriksakan kehamilannya di Poliklinik Kebidanan BLU RSUD Nagan Raya hanya memperoleh jumlah prosentase 37,4 (42 responden), Untuk tingkat pendidikan menengah (SLTP/SLTA) memperoleh data prosentase 35,8 (40 responden), sedangkan pendidikan rendah (SD/Tidak Tamat) memperoleh data 26,8% (30 responden).

#### 4.1.1.5. Antenatal Care Ibu Hamil

**Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Antenatal Care Ibu Hamil Terhadap Pemeriksaan Kehamilan di Poliklinik Kebidanan BLU RSUD Nagan Raya Tahun 2013**

<i>Antenatal Care</i> Ibu Hamil	Frekuensi	Persentase
Baik	65	58
Kurang	47	42
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

*Sumber: Data primer (diolah 2013)*

Dari tabel 4.5 di atas menunjukkan bahwa, *antenatal care* oleh ibu hamil yang berkunjung memeriksakan kehamilannya di Poliklinik Kebidanan BLU RSUD Nagan Raya adalah *antenatal care* baik 65 responden (58 %), sedangkan *antenatal care* kurang yaitu, 47 responden (42%).

#### 4.1.2. Analisis Bivariat

##### 4.1.2.1. Hubungan Pengetahuan dengan *Antenatal Care* Ibu Hamil

**Tabel 4.6. Tabel Silang Hubungan Pengetahuan dengan *Antenatal Care* Ibu Hamil**

Pengetahuan Ibu Hamil	<i>Antenatal Care</i> Ibu Hamil				Total
	Baik		Kurang		
	N	%	N	%	
Baik	65	60,2	43	39,8	<b>108</b>
Kurang	0	0	4	100	<b>4</b>
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>58</b>	<b>47</b>	<b>42</b>	<b>112</b>

*Sumber: Data primer (diolah 2013)*

Dari tabel di atas memperlihatkan bahwa *antenatal care* yang baik paling banyak (60,2%) merupakan responden dengan pengetahuan yang baik, sedangkan *antenatal care* yang rendah paling banyak (100%) merupakan responden dengan pengetahuan kurang.

Dari hasil analisis statistik dengan uji *Chi Square* diperoleh  $\chi^2$ -hitung (5,740) lebih besar dari  $\chi^2$ -tabel (3,841) sehingga  $H_0$  ditolak yang artinya ada hubungan antara pengetahuan ibu hamil dengan perilaku kunjungan pemeriksaan kehamilan (*antenatal care*).

##### 4.1.2.2. Hubungan Sikap dengan *Antenatal Care* Ibu Hamil

**Tabel 4.7. Tabel Silang Hubungan Sikap dengan *Antenatal Care* Ibu Hamil**

Sikap Ibu Hamil	<i>Antenatal Care</i> Ibu Hamil				Total
	Baik		Rendah		
	N	%	N	%	
Setuju	48	65,8	25	34,2	<b>73</b>
Tidak Setuju	17	43,6	22	56,4	<b>39</b>
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>58</b>	<b>47</b>	<b>42</b>	<b>112</b>

*Sumber: Data primer (diolah 2013)*

Dari tabel di atas memperlihatkan bahwa *antenatal care* yang baik paling banyak (65,8%) merupakan responden dengan sikap ibu hamil yang setuju,

sedangkan *antenatal care* yang rendah paling banyak (56,4%) merupakan responden dengan sikap ibu hamil yang tidak setuju.

Dari hasil analisis statistik dengan uji *Chi Square* diperoleh  $\chi^2$ -hitung (5,130) lebih besar dari  $\chi^2$ -tabel (3,841) sehingga  $H_0$  ditolak yang artinya ada hubungan antara sikap ibu hamil dengan perilaku kunjungan pemeriksaan kehamilan (*antenatal care*).

#### 4.1.2.3. Hubungan Tindakan dengan *Antenatal Care* Ibu Hamil

**Tabel 4.8. Tabel Silang Hubungan Tindakan dengan *Antenatal Care* Ibu Hamil**

Tindakan Ibu Hamil	<i>Antenatal Care</i> Ibu Hamil				Total
	Baik		Rendah		
	N	%	N	%	
Baik	59	62,8	35	37,2	<b>94</b>
Kurang	6	33,3	12	66,7	<b>18</b>
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>58</b>	<b>47</b>	<b>42</b>	<b>112</b>

Sumber: Data primer (diolah 2013)

Dari tabel di atas memperlihatkan bahwa *antenatal care* yang baik paling banyak (62,8%) merupakan responden dengan tindakan ibu hamil yang baik, sedangkan *antenatal care* yang rendah paling banyak (66,7%) merupakan responden dengan tindakan ibu hamil yang kurang.

Dari hasil analisis statistik dengan uji *Chi Square* diperoleh  $\chi^2$ -hitung (5,370) lebih besar dari  $\chi^2$ -tabel (3,841) sehingga  $H_0$  ditolak yang artinya ada hubungan antara tindakan ibu hamil dengan perilaku kunjungan pemeriksaan kehamilan (*antenatal care*).

#### 4.1.2.4. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan *Antenatal Care* Ibu Hamil

**Tabel 4.9. Tabel Silang Hubungan Tingkat Pendidikan dengan *Antenatal Care* Ibu Hamil**

Tingkat Pendidikan	<i>Antenatal Care</i> Ibu Hamil				Total
	Baik		Rendah		
	N	%	N	%	
Tinggi	31	73,8	11	26,2	<b>42</b>
Rendah	34	48,6	36	51,4	<b>70</b>
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>58</b>	<b>47</b>	<b>42</b>	<b>112</b>

Sumber: Data primer (diolah 2013)

Menurut Hastono (2007), jika pada tabel *crosstab* 3x2 *cellnya* boleh digabungkan sehingga menjadi tabel 2x2 asalkan nilai antara *cellnya* mempunyai nilai kesamaan atau penggabungan ke nilai yang sama. Disini peneliti menggabungkan nilai tingkat pendidikan menengah dengan nilai tingkat pendidikan rendah, karena menurut peneliti kedua nilai ini memiliki kesamaan atau lebih dekat antara kedua nilai ini.

Dari tabel di atas memperlihatkan bahwa *antenatal care* yang baik paling banyak (73,8%) merupakan responden dengan tingkat pendidikan ibu hamil yang tinggi, sedangkan *antenatal care* yang rendah paling banyak (51,4%) merupakan responden dengan tingkat pendidikan ibu hamil yang rendah.

Dari hasil analisis statistik dengan uji *Chi Square* diperoleh  $\chi^2$ -hitung (6,870) lebih besar dari  $\chi^2$ -tabel (3,841) sehingga  $H_0$  ditolak yang artinya ada hubungan antara tingkat pendidikan ibu hamil dengan perilaku kunjungan pemeriksaan kehamilan (*antenatal care*).

## 4.2. Pembahasan

### 4.2.1. Analisis Univariat

Berdasarkan gambaran pengetahuan ibu hamil menunjukkan bahwa pengetahuan baik paling banyak yaitu 108 responden (96%). Hal ini sesuai dengan pernyataan Notoatmodjo (2003) bahwa perilaku didasari oleh pengetahuan. Gambaran untuk sikap ibu hamil menunjukkan bahwa sikap yang setuju sebanyak 73 responden (65,1%). Hal ini sesuai dengan pernyataan Azwar (2003) bahwa, Sikap juga merupakan evaluasi atau reaksi perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak memihak (*unfavorable*) pada objek tertentu.

Dan menurut Sekord dan Backman dalam azwar (2003), sikap sebagai keteraturan tertentu dalam hal perasaan (*afeksi*), pemikiran (*kognisi*), dan predisposisi tindakan (*konasi*) seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya.

Berdasarkan tabel tingkat pendidikan di atas menunjukkan bahwa mayoritas pendidikan ibu hamil yang memeriksa kehamilannya adalah tamatan akademik/PT (37,4%) dengan jumlah responden 42 orang, SLTP/SLTA jumlah prosentase masing-masing 35,8% (40 orang), sedangkan tamatan SD/Tidak Tamat jumlah prosentase masing-masing 26,8% (30 orang). Tingginya tingkat pendidikan ini dipengaruhi oleh faktor pengetahuan (*kognitif*), sikap (*afektif*) dan keterampilan (*psikomotor*) yang dimiliki oleh ibu hamil tersebut (Blum dalam Iskandar, 2010).

## **4.2.2. Analisis Bivariat**

### **4.2.2.1. Hubungan Pengetahuan dengan *Antenatal Care* Ibu Hamil**

Dari hasil analisis bivariat diperoleh bahwa ada hubungan yang cukup erat antara pengetahuan ibu hamil dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan (*antenatal care*).

Semakin baik pengetahuan ibu hamil maka semakin tinggi kunjungan pemeriksaan kehamilan, dan semakin kurang pengetahuan ibu hamil maka semakin rendah kunjungan pemeriksaan kehamilan.

Hal ini sesuai dengan penelitian Notoatmodjo (2003) bahwa perilaku didasari oleh pengetahuan.

Tingginya tingkat pengetahuan ibu hamil karena dipengaruhi oleh pengetahuan ibu disekitar lingkungan cukup besar, adaptasi atau penyesuaian diri terhadap lingkungan cukup besar, pendidikan yang memadai serta adanya keinginan dan motivasi yang tinggi untuk berbuat. Jika merujuk pada sebuah teori (Rogers dalam Effendy, 2008) dikemukakan bahwa, umumnya terbentuknya pengetahuan dikarenakan oleh adanya proses adopsi perilaku baru pada diri seseorang dengan melalui beberapa proses berurutan seperti kesadaran (*awareness*), perhatian (*interest*), penilaian (*evaluation*), mencoba (*trial*) dan menerima (*adoption*).

Hal-hal lain seperti pendapat yang dikemukakan oleh (Ahmadi, 2004) yang mengemukakan bahwa adanya pengetahuan yang baik pada ibu hamil karena didukung oleh kemampuan ibu dalam menilai sesuatu yang positif yang mempengaruhi nilai intelektualnya, sehingga pengetahuan tersebut sangat memuaskan.



#### **4.2.2.2. Hubungan Sikap dengan *Antenatal Care* Ibu Hamil**

Dari hasil analisis bivariat diperoleh bahwa ada hubungan yang cukup erat antara sikap ibu hamil dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan (*antenatal care*).

Semakin tinggi sikap ibu hamil yang mendukung maka semakin tinggi pula kunjungan pemeriksaan kehamilan, dan semakin rendah sikap ibu hamil yang tidak mendukung maka semakin rendah pula kunjungan pemeriksaan kehamilan.

Hal ini sesuai dengan penelitian Notoatmodjo tahun 2003 bahwa perilaku seseorang didasari juga dengan sikap yang mendukung.

Tingginya pernyataan setuju pada jawaban ibu hamil karena dipengaruhi oleh pendidikan, pengetahuan serta bentuk perilaku yang baik pada dirinya. Menurut teori Robert Klwick dalam Mar'at (2001), dijelaskan bahwa, bentuk pernyataan setuju dan tidak setuju sesuatu objek adalah dipengaruhi oleh perilaku manusia itu sendiri. Dalam hal ini bentuk perilaku ibu hamil cenderung baik tentang pemeriksaan kehamilannya.

#### **4.2.2.3. Hubungan Tindakan dengan *Antenatal Care* Ibu Hamil**

Dari hasil analisis bivariat diperoleh bahwa ada hubungan yang cukup erat antara tindakan ibu hamil dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan (*antenatal care*).

Tingginya angka prosentase tindakan disebabkan karena ibu hamil sebelumnya telah membekali dirinya baik itu bentuk adopsi informasi televisi atau media lainnya, pengetahuan dari pengalaman orang lain serta sering mengikuti kegiatan-kegiatan khususnya mengenai kehamilan. Menurut teori Notoatmodjo (2007), menyatakan bahwa sikap yang terwujud dapat menentukan dan menjadi

suatu perbuatan atau tindakan yang nyata yang dalam kondisi tertentu dapat mendukung terwujudnya hubungan yang baik. Oleh karena sikap ini membuahkan hasil berbentuk tindakan maka sikap ini mempunyai hubungan erat antara sesamanya. Tindakan yang dilakukan dalam tabel di atas sangat baik sekali dalam arti perbuatan yang dilakukan sangat memuaskan.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat dibuat beberapa kesimpulan antara lain sebagai berikut :

1. Pengetahuan ibu hamil tentang pemeriksaan kehamilan sebagian besar (96%) responden mempunyai pengetahuan yang baik.
2. Sikap ibu hamil tentang pemeriksaan kehamilan sebagian besar (65,1%) responden mempunyai sikap yang setuju.
3. Tindakan ibu hamil tentang pemeriksaan kehamilan sebagian besar (80%) responden mempunyai tindakan yang baik.
4. Pendidikan ibu hamil tentang pemeriksaan kehamilan sebagian besar (37,4%) responden mempunyai tingkat pendidikan tamat Akademi/PT.
5. *Antenatal Care* atau pemeriksaan kehamilan ibu hamil sebagian besar (58%) responden mempunyai *antenatal care* atau pemeriksaan kehamilan yang baik.
6. Ada hubungan antara pengetahuan ibu hamil ( $\chi^2$ -hitung = 5,740) dengan pemeriksaan kehamilan di Poliklinik Kebidanan BLUD RSUD Nagan Raya.
7. Ada hubungan antara sikap ibu hamil ( $\chi^2$ -hitung = 5,130) dengan pemeriksaan kehamilan di Poliklinik Kebidanan BLUD RSUD Nagan Raya.
8. Ada hubungan antara tindakan ibu hamil ( $\chi^2$ -hitung = 5,370) dengan pemeriksaan kehamilan di Poliklinik Kebidanan BLUD RSUD Nagan Raya.
9. Ada hubungan antara pendidikan ibu hamil ( $\chi^2$ -hitung = 6,870) dengan pemeriksaan kehamilan di Poliklinik Kebidanan BLUD RSUD Nagan Raya.

10. Hubungan yang paling erat adalah tingkat pendidikan ibu hamil dengan pemeriksaan kehamilan di Poliklinik Kebidanan BLUD RSUD Nagan Raya.

## **5.2. Saran-saran**

Berdasarkan hasil penelitian maka penulis ingin memberikan saran antara lain :

1. Agar dapat meningkatkan pengetahuan dengan mengikuti penyuluhan-penyuluhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan baik di Posyandu, Puskesmas dan Rumah Sakit sehingga diharapkan dapat merubah perilaku pemeriksaan kehamilan pada pelayanan kesehatan.
2. Bagi ibu hamil perlu pemeriksaan kehamilan secara rutin agar kondisi ibu dan janin yang dikandung berada pada kondisi yang sehat.
3. Perlu diadakan penelitian selanjutnya agar dapat meneliti faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan di Poliklinik Kebidanan BLUD RSUD Nagan Raya serta menambah jumlah responden penelitian sehingga didapatkan hasil yang lebih akurat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ahmadi, Abu. 2004. Psikologi Sosial. PT. Rineka Cipta. Jakarta.
- Alisyahbana, Anna. 2007. *Penerapan Pendekatan Risiko pada Pelayanan KIA, Dalam Laporan Lokakarya Peningkatan Keamanan Persalinan dan Kesehatan Bayi Baru Lahir*, Perinasia, Jakarta.
- Al-Azzawi, Farook. 2006. *Atlas Teknik Kebidanan*. Buku Kedokteran. Jakarta.
- [Depkes RI]. 2006. *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA)*. Depkes RI. Jakarta.
- \_\_\_\_\_. 2007. *Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil dalam Konteks Keluarga*. Depkes RI. Jakarta.
- \_\_\_\_\_. 2008. *Mengenal Masalah Kematian Ibu*. Depkes RI. Jakarta.
- \_\_\_\_\_. 2009. *Ilmu Kebidanan*. RSCM. Jakarta.
- \_\_\_\_\_. 2010. *Ilmu Kebidanan*, RSCM, Jakarta.
- [Dinkes Kabupaten Nagan Raya]. 2012. *Profil Kesehatan Kabupaten Nagan Raya 2011*. Dinkes Kab. Nagan Raya. Kutamakmue.
- [Dinkes Provinsi Aceh]. 2012. *Profil Kesehatan Provinsi Aceh 2011*. Dinkes Prov Aceh. Banda Aceh.
- Effendy, Nasrul. 2008. *Perawatan Kesehatan Masyarakat*. EGC. Jakarta.
- Gunawan. 2012. *Angka Kematian Ibu di Indonesia*. Depkes RI. Jakarta.
- Hadi. 2001. *Besaran Penentuan Sampel dalam Penelitian*. EGC. Jakarta.
- Hastono, Sutanto P. 2007. *Basic Data Analysis Health Research Training*. FKM-UI, Depok.

- Ibrahim, Christinas. 2008. *Perawatan Kebidanan Jilid I*. Bhratara. Jakarta.
- Iskandar. 2005. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Petugas Sanitasi Puskesmas dalam Upaya Peningkatan Cakupan Air Bersih di Kabupaten Pidie Provinsi Daerah Istimewa Aceh Tahun 2005*. Thesisi-Universitas Indonesia. Depok.
- Mar'at. 2001. *Sikap Manusia, Perubahan serta Pengukurannya*. Ghalia Indonesia. Bandung.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2007. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. PT. Rineka Cipta. Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. PT. Rineka Cipta Jakarta.
- Prawiroharjo, Sarwono. 2005. *Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Yayasan Bina Pustaka. Jakarta.
- [RSUD Nagan Raya]. 2011. *Data Awal RSUD Nagan Raya*. Ujong Fatihah.
- Soeprono, R. 2006. *Perbedaan Pengertian, Harapan dan Kenyataan dalam Pelayanan Obstetri Dewasa Ini*. Dalam *Prosiding Pertemuan Ilmiah Tahun Pertama POGI*, Jakarta.
- Sumapradja, Sudradji. 2005. *Perawatan Antenatal, Postnatal, dan Interkonsepsi*. Dalam *Makalah Nutrition and Safe Motherhood*. Jakarta.
- Tim Dosen MKDK. 2004. *Pengelolaan Pendidikan Fakultas Ilmu Pendidikan IKIP Bandung*. Bandung.