

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK IBU HAMIL DENGAN PELAKSANAAN
ANTENATAL CARE DI BADAN LAYANAN UMUM DAERAH (BLUD)
RUMAH SAKIT UMUM DATU BERU TAKENGON TAHUN 2014**

Skripsi

**Diajukan Memenuhi Salah Satu Syarat Guna Menyelesaikan
Pendidikan Program D-IV Kebidanan U'budiyah
Banda Aceh**



Oleh:

MASNA HAYATI
NIM : 131010210168

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN U'BUDIYAH
PROGRAM STUDI DIPLOMA IV KEBIDANAN BANDA ACEH
2014**

ABSTRAK
HUBUNGAN KARAKTERISTIK IBU HAMIL DENGAN PELAKSANAAN
ANTENATAL CARE DI BADAN LAYANAN UMUM DAERAH (BLUD)
RUMAH SAKIT UMUM DATU BERU TAKENGON TAHUN 2014

Masna Hayati¹ Hidayana²

IX + VI BAB + 62 Halaman + 2 Gambar + 11 Tabel + 6 Lampiran

Latar Belakang. Mortalitas dan morbiditas pada wanita hamil dan bersalin merupakan masalah besar di negara berkembang terutama di Aceh angka kematian IBU masih tergolong tinggi yaitu 190 per 100.000 kelahiran ibu pada tahun 2011 sehingga diperlukan perbaikan pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan lebih bermutu

Tujuan Penelitian. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan karakteristik ibu hamil dengan pelaksanaan antenatal care di Badan Layanan Umum Rumah Sakit Datu Beru Takengon.

Metode Penelitian. Penelitian ini dilakukan pada dua variabel yaitu variabel independen yang terdiri dari umur, paritas, tingkat pendidikan, tingkat pendapatan dan pengetahuan, serta variabel dependen yaitu pelaksanaan antenatal care. Penelitian ini merupakan penelitian analitik. Penelitian dilakukan pada tanggal 5-18 Agustus 2014. Populasi dari penelitian ini adalah ibu hamil pada usia kehamilan trimester tiga yang berkunjung ke BLUD RSUD Datu Beru Takengon. Jumlah populasi penelitian ini 373 orang. Jumlah responden yang diambil yaitu 194 orang. Metode pengambilan sampel yang digunakan adalah metode *non probability sampling* dengan teknik pengambilan sampel *accidental sampling* dan alat pengumpulan data berupa kuesioner. Data dianalisis menggunakan program komputer (SPSS) yang menggunakan formula *Chi Square Test* dengan tingkat kemaknaan (α) 0,05.

Hasil Penelitian. Berdasarkan hasil penelitian terhadap variabel independen yaitu karakteristik ibu hamil diperoleh sebanyak 123 orang (63,40%) dengan umur 20-35 tahun. Sebanyak 109 orang (56,20%) dengan kehamilan multipara, pada tingkat pendidikan tinggi dan menengah masing-masing sebanyak 88 orang (45,36%). Sebanyak 100 orang (51,55%) dengan tingkat pendapatan tinggi dan 104 orang (53,61%) dengan pengetahuan berada pada kategori baik. Untuk variabel dependen yaitu pelaksanaan antenatal care diperoleh 99 orang (51,03%) berada pada kategori sesuai dan 95 orang (48,97%) berada pada kategori tidak sesuai. Dari hasil pengolahan data diperoleh ada hubungan antara karakteristik ibu hamil dengan pelaksanaan antenatal care di Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Datu Beru Takengon. **Saran.** Diharapkan kepada pihak terkait yaitu dinas kesehatan, rumah sakit, bidan dan petugas kesehatan lainnya lebih memperhatikan pelaksanaan antenatal care yang sesuai dengan prosedur baik dalam hal teknik, komunikasi dan sosialisasi.

Kata Kunci : Umur, Paritas, Pendidikan, Pendapatan, Pengetahuan, Antenatal Care.

Daftar Bacaan : 19 buku (1998-2009) + 11 internet

¹ Mahasiswi Prodi DIV Kebidanan Universitas U'budiyah Indonesia

² Dosen Pembimbing Prodi D IV Kebidanan Universitas U'budiyah Indonesia

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBARAN JUDUL	i
LEMBARAN PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
ABSTRAK	iv
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR GAMBAR.....	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	5

BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN

2.1 Konsep Kehamilan	7
2.2 Konsep Antenatal Care	11
2.3 Karakteristik Ibu Hamil yang Melaksanakan Antenatal Care.....	25
2.4 Kerangka Teori.....	30

BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep	31
3.2 Variabel Penelitian	32
3.3 Definisi Operasional	33
3.4 Hipotesa Penelitian	34

BAB IV METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian.....	36
4.2 Tempat Dan Waktu Penelitian	36
4.3 Populasi dan Sampel	36
4.4 Alat dan Metode Pengumpulan Data	37
4.5 Metode Pengolahan Data	39
4.6 Analisa Data	40

BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian	43
5.2 Pembahasan.....	53
5.3 Keterbatasan Penelitian	60

BAB VI PENUTUP

6.1 Kesimpulan.....	61
6.2 Saran.....	62

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	30
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	32

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional	33
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Data Demografi Umur Ibu Hamil yang Melaksanakan Antenatal Care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon Tahun 2014	44
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Data Demografi Paritas Ibu Hamil yang Melaksanakan Antenatal Care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon Tahun 2014	44
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Data Demografi Tingkat Pendidikan Ibu Hamil yang Melaksanakan Antenatal Care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon Tahun 2014	45
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Data Demografi Tingkat Pendapatan Ibu Hamil yang Melaksanakan Antenatal Care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon Tahun 2014	45
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Karakteristik Pengetahuan Ibu Hamil yang Melaksanakan Antenatal Care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon Tahun 2014	46
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Karakteristik Pelaksanaan Antenatal Care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon Tahun 2014.....	47
Tabel 5.7 Hubungan Umur Ibu Hamil dengan Pelaksanaan Antenatal Care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon Tahun 2014.....	47
Tabel 5.8 Hubungan Paritas Ibu Hamil dengan Pelaksanaan Antenatal Care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon Tahun 2014.....	48
Tabel 5.9 Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu Hamil dengan Pelaksanaan Antenatal Care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon Tahun 2014	49
Tabel 5.10 Hubungan Tingkat Pendapatan Ibu Hamil dengan Pelaksanaan Antenatal Care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon Tahun 2014.....	51
Tabel 5.11 Hubungan Pengetahuan Ibu Hamil dengan Pelaksanaan Antenatal Care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon Tahun 2014.....	52

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Surat Pemohonan Menjadi Responden
Lampiran II	Surat Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran III	Kuesioner
Lampiran IV	Surat Izin Melakukan Pengumpulan Data Dari Direktur BLUD RSU Datu Beru Takengon
Lampiran V	Rekapitulasi Data Hasil Penelitian
Lampiran VI	Tabel Perhitungan Chi Square program SPSS

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka kematian ibu maternal dan angka kematian bayi menjadi indikator keberhasilan pembangunan kesehatan. Pada tahun 1990 WHO meluncurkan strategi MPS (*Making Pregnancy Safer*) didukung oleh badan-badan internasional seperti UNFPA, UNICEF dan World Bank, sebagai upaya untuk menurunkan AKI (Angka Kematian Ibu) dan AKB (Angka Kematian Bayi) yang masih cukup tinggi dan sebagian besar terjadi di negara-negara berkembang (Saefuddin, 2002). Mortalitas dan morbiditas pada wanita hamil dan bersalin adalah masalah besar di negara berkembang. Ini berarti kemampuan untuk memberikan pelayanan kesehatan masih memerlukan perbaikan kesehatan yang bersifat menyeluruh dan lebih bermutu (Depkes, 2003).

Hasil Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 menyebutkan bahwa AKI pada tahun 2007 sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup sedangkan untuk data AKB pada SKDI 2012 adalah 32 per 1000 kelahiran hidup. Data tersebut mulai membuat Indonesia semakin optimis bahwa target MDGs 2015 akan tercapai sehingga perlu dilakukan peningkatan dalam pemeliharaan kesehatan termasuk bagi ibu hamil.

AKI dan AKB di Aceh juga mengalami penurunan, meskipun tergolong masih tinggi. Berdasarkan data terakhir pada September 2011 jumlah AKI di

Aceh berkisar 190 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB berkisar 30 per 1000 kelahiran hidup. Oleh karena itu upaya pengurangan terus dilakukan oleh pemerintah Aceh sebagai salah satu indikator Indeks Pembangunan Manusia di bidang kesehatan (Dinkes Provinsi Aceh, 2012).

Salah satu program pemerintah dalam mengurangi AKI dan AKB di Indonesia adalah meningkatkan pelayanan bagi ibu hamil seperti *Antenatal Care (ANC)* atau pelayanan pemeriksaan kehamilan yaitu pelayanan antenatal yang diberikan, oleh tenaga ahli professional yaitu dokter spesialis kandungan, dokter umum, dokter bukan spesialis yang mempunyai banyak pengalaman dalam hal kebidanan, bidan, *public health care*, *home help*, yang diharapkan dapat menghasilkan atau memperbaiki status kesehatan ibu hamil. Dalam hal ini pemanfaatan pelayanan *ANC* yang tepat akan meningkatkan derajat kesehatan ibu dan janin yang akan dilahirkannya sehingga menuju keluarga yang sehat dan sejahtera (Sarwono, 2002).

Pelayanan *Antenatal Care (ANC)* bertujuan untuk mendeteksi komplikasi yang mungkin terjadi, menjaga ibu hamil agar dapat melalui masa kehamilan, persalinan dan nifas dengan baik dan selamat serta melahirkan bayi yang sehat sehingga pada akhirnya dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Pemanfaatan pelayanan antenatal oleh seorang ibu hamil dapat dilihat dari cakupan pelayanan antenatal yang dipantau melalui kunjungan baru ibu hamil dimana pelayanan ibu hamil sesuai standar paling sedikit empat kali dengan

distribusi sekali pada triwulan pertama, sekali pada triwulan kedua dan dua kali pada triwulan ketiga (Andryansyah, 2005).

Peningkatan pelayanan kesehatan antenatal dipengaruhi oleh pemanfaatan pengguna pelayanan antenatal. Tidak dimanfaatkannya sarana pelayanan antenatal dapat disebabkan oleh banyak faktor seperti: ketidakmampuan dalam hal biaya, lokasi pelayanan yang jaraknya terlalu jauh atau petugas kesehatan tidak pernah datang secara berkala (Sarwono, 2002).

Berdasarkan hasil penelitian Apriliyana (2012) di BPM Sri Martuti Yogyakarta menunjukkan bahwa dari 51 orang ibu hamil yang menjadi responden seluruhnya berumur 20-35 tahun (100%). Hal ini menunjukkan bahwa ibu hamil yang berkunjung pada berada pada masa reproduksi sehat, dimana usia tersebut mempengaruhi kematangan berfikir ibu sehingga ibu mengetahui akan pentingnya melakukan kunjungan *Antenatal Care(ANC)* selama kehamilannya.

Berdasarkan studi pendahuluan yang di lakukan di poli kebidanan BLUD RSUD Datu Beru Takengon pada tanggal 2 April 2014 diketahui bahwa pada bulan Januari-Desember 2013 terdapat 2.356 ibu hamil yang melakukan kunjungan *antenatal care* dimana sebanyak 1.138 ibu kunjungan lamayang terdiri dari, 217(19,06%) ibu hamil yang melakukan kunjungan kedua (K2), 345 (30,31%) ibu hamil yang melakukan kunjungan ke tiga (K3) dan 576 (50,61%) ibu hamil pada kunjungan ke empat (K4). Sedangkan untuk kunjungan baru (K1) sebanyak 1.218 ibu yang terdiri dari 511 (41,96%) ibu yang hamil pada trimester satu, 242 (19,87%) ibu pada kehamilan trimester dua dan 465 (38,17%) ibu yang

hamil pada trimester tiga. Berdasarkan hasil wawancara pada 10 ibu yang berkunjung mengatakan rutin melakukan pemeriksaan kehamilan karena jarak rumah yang dekat dan mempunyai kendaraan untuk datang ke rumah sakit, namun ada juga ibu yang tidak rutin karena alasan rumah yang terlalu jauh dan biaya tidak mencukupi.

Dengan demikian untuk memaksimalkan kunjungan ibu hamil ada beberapa faktor yang perlu mendapatkan perhatian. Disamping faktor ibu hamil sendiri (karakteristik) untuk memeriksakan kehamilannya maka, faktor biaya, petugas pelayanan kesehatan, sarana dan fasilitas kesehatan yang tersedia merupakan faktor yang dapat mempengaruhi keberhasilan cakupan kunjungan ibu hamil maka berdasarkan latar belakang masalah tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti tentang karakteristik ibu hamil yang melaksanakan *antenatal care* di Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Takengon.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, maka yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini adalah Bagaimanakah Karakteristik Ibu Hamil yang Melaksanakan *Antenatal Care* di BLUD RSU Datu Beru Takengon 2014.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan karakteristik ibu hamil dengan pelaksanaan *antenatal care* di Badan Layanan Umum Daerah Datu Beru Takengon.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui hubungan umur ibu hamil dengan pelaksanaan *antenatal care*
- b. Untuk mengetahui hubungan paritas ibu hamil dengan pelaksanaan *antenatal care*
- c. Untuk mengetahui hubungan pendidikan ibu hamil dengan pelaksanaan *antenatal care*
- d. Untuk mengetahui hubungan pendapatan keluarga ibu hamil dengan pelaksanaan *antenatal care*
- e. Untuk mengetahui bagaimana hubungan pengetahuan ibu hamil dengan pelaksanaan *antenatal care*.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

Sebagai media dalam mengembangkan dan menerapkan ilmu pengetahuan yang diperoleh peneliti selama pendidikan.

1.4.2 Secara Praktis

- a. Institusi pendidikan

Sebagai bahan tambahan untuk referensi perpustakaan di Program Studi D-IV Kebidanan U'budiyah Banda Aceh.

b. Tempat penelitian

Dapat menjadi bahan masukan untuk memberikan tambahan ilmu bagi para bidan di BLUD RSUD Datu Beru dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu hamil yang melaksanakan kunjungan *antenatal care*, sehingga apabila diketahui adanya resiko kehamilan secara dini dapat dilakukan tindakan yang diperlukan.

c. Penelitian selanjutnya

Dapat menjadi bahan referensi bagi mahasiswa lain yang akan melakukan penelitian yang terkait dengan *antenatal care*.

BAB II

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

2.1 Konsep Kehamilan

2.1.1 Pengertian

Kehamilan adalah suatu keadaan dimana janin dikandung di dalam tubuh wanita, yang sebelumnya diawali dengan proses pembuahan dan kemudian akan diakhiri dengan proses persalinan. Kehamilan merupakan suatu keadaan fisiologis, akan tetapi pentingnya diagnosis kehamilan tidak dapat diabaikan (Cunningham, 2006).

2.1.2 Proses Kehamilan

Untuk terjadi suatu kehamilan harus ada spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (*konsepsi*), dan nidasi (*implantasi*) hasil konsepsi. Ovum yang dilepas oleh ovarium disapu oleh mikrofilamen-mikrofilamen fimbria infundibulum tuba kearah ostium tuba abdominalis, dan disalurkan terus kearah medial. Kemudian jutaan spermatozoa ditumpahkan diforniks vagina dan disekitar porsio pada waktu koitus. (Sarwono, 2008).

Fertilisasi (pembuahan) adalah penyatuan ovum (oosit sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung diampula tuba. Hanya satu spermatozoa yang telah mengalami proses kapasitasi mampu melakukan penetrasi membran sel ovum. Untuk mencapai ovum, sperma harus melewati korona radiata (lapisan sel diluar ovum) dan zona pelusida (suatu

bentuk glikoprotein ekstraselular), yaitu lapisan yang menutupi dan mencegah ovum mengalami fertilisasi lebih dari satu spermatozoa. Spermatozoa yang telah masuk ke vitelus kehilangan membran nukleusnya, yang tinggal hanya pronukleusnya, sedangkan ekor spermatozoa dan mitokondrianya berdegenerasi. Itulah sebabnya seluruh mitokondria pada manusia berasal dari ibu (maternal). Masuknya spermatozoa ke dalam vitelus membangkitkan nukleus ovum yang masih dalam metafase untuk proses pembelahan selanjutnya (pembelahan meiosis kedua) sesudah anafase kemudian timbul telofase dan benda kutub (*polar body*) kedua menuju ruang perivitelina. Ovum sekarang hanya mempunyai pronukleus yang haploid. Pronukleus spermatozoa juga telah mengandung jumlah kromosom yang haploid (Sarwono, 2008).

Kedua pronukleus saling mendekati dan bersatu membentuk zigot yang terdiri atas bahan genetik dari perempuan dan laki-laki. Pada manusia terdapat 46 kromosom, ialah 44 kromosom autosom dan 2 kromosom kelamin; pada seorang laki-laki satu X dan satu Y. sesudah pembelahan kematangan, maka ovum matang mempunyai 22 kromosom autosom serta 1 kromosom X. Zigot sebagai hasil pembuahan yang memiliki 44 kromosom autosom serta 2 kromosom X akan tumbuh sebagai janin perempuan, sedangkan yang memiliki 44 kromosom autosom serta 1 kromosom X dan 1 kromosom Y akan tumbuh sebagai janin laki-laki. Selanjutnya pada hari keempat hasil konsepsi mencapai stadium blastula yang disebut blastokista,

suatu bentuk yang dibagian luarnya adalah trofoblas dan dibagian dalamnya disebut *massa inner cell* ini berkembang menjadi janin dan trofoblas akan berkembang menjadi plasenta. Dengan demikian, blastokista diselubungi oleh suatu simpai yang disebut trofoblas. Trofoblas ini sangat kritis untuk keberhasilan kehamilan terkait dengan keberhasilan nidasi (implantasi), produksi hormon kehamilan, proteksi imunitas bagi janin, peningkatan aliran darah maternal ke dalam plasenta, dan kelahiran bayi. Sejak trofoblas terbentuk, produksi hormon *human chorionic gonadotropin* (hCG) dimulai, suatu hormon yang memastikan bahwa endometrium akan menerima (resepsi) dalam proses implantasi embrio (Sarwono, 2008).

Setelah proses implantasi selesai, maka pada tahap selanjutnya akan terbentuk amnion dan cairan amnion. Amnion pada kehamilan aterm berupa sebuah membran yang kuat dan ulet tetapi lentur. Amnion adalah membran janin paling dalam dan berdampingan dengan cairan amnion. Amnion manusia pertama kali dapat diidentifikasi sekitar hari ke-7 atau ke-8 perkembangan mudigah. Secara jelas telah diketahui bahwa amnion tidak sekedar membran vaskular yang berfungsi menampung cairan amnion. Membran ini aktif secara metabolis, terlihat dalam transpor air dan zat terlarut untuk mempertahankan homeostatis cairan amnion, dan menghasilkan berbagai senyawa bioaktif menarik, termasuk peptida vasoaktif, faktor pertumbuhan dan sitokin (Cunningham, 2006).

Pada awal kehamilan, cairan amnion adalah suatu ultrafiltrat plasma ibu. Pada awal trimester kedua, cairan ini terutama terdiri dari cairan ekstrasel yang berdifusi melalui kulit janin sehingga mencerminkan komposisi plasma janin. Volume cairan amnion pada setiap minggu gestasi cukup berbeda-beda. Secara umum, volume cairan meningkat 10 ml perminggu pada minggu ke-8 dan meningkat sampai 60 ml perminggu pada minggu ke-21, dan kemudian berkurang secara bertahap hingga kembali ke kondisi mantap pada minggu ke-33. Dengan demikian, volume cairan biasanya meningkat dari 50 ml pada minggu ke-12 menjadi 400 ml pada pertengahan kehamilan dan 1000 ml pada kehamilan aterm (Cunningham, 2006).

Cairan yang normalnya jernih dan menumpuk di dalam rongga amnion ini akan meningkat jumlahnya seiring dengan perkembangan kehamilan sampai menjelang aterm, saat terjadi penurunan volume cairan amnion pada banyak kehamilan normal. Cairan amnion ini berfungsi sebagai bantalan bagi janin, yang kemungkinan perkembangan sistem muskuloskeletal dan melindungi pertahanan suhu dan memiliki fungsi nutrisi yang minimal (Cunningham, 2006).

2.1.3 Tanda kehamilan

Banyak manifestasi dari adaptasi fisiologis terhadap kehamilan yang mudah dikenali dan merupakan petunjuk penting bagi diagnosis dan evaluasi kemajuan kehamilan. Ada tiga tanda yang menunjukkan telah

terjadinya suatu kehamilan, yang pertama tanda presumtif adalah tanda dugaan seorang wanita mengalami kehamilan, yang termasuk tanda presumtif ini antara lain adanya mual dengan atau tanpa muntah, terjadi gangguan berkemih, *fatigue* (rasa mudah lelah) dan persepsi adanya gerakan janin. Kedua adalah tanda kemungkinan hamil yang ditandai dengan terhentinya menstruasi, perubahan pada payudara, adanya perubahan pada mukosa vagina, selain itu terjadinya peningkatan pigmentasi kulit dan timbulnya striae abdomen. Ketiga adalah tanda positif hamil yaitu terjadi pembesaran abdomen, perubahan ukuran, bentuk dan konsistensi uterus, terjadi perubahan pada serviks, serta adanya kontraksi *braxton hicks* dan terakhir tanda pasti kehamilan yang mana akan dapat diidentifikasi kerja jantung janin, adanya gerakan janin aktif, dan deteksi kehamilan secara ultrasonografi (Cunningham, 2006).

2.2 Konsep Antenatal Care

2.2.1 Pengertian Antenatal Care

Pemeriksaan *antenatal care* (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil. Sehingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar (Manuaba, 1998).

Kunjungan *Antenatal Care* (ANC) adalah kunjungan ibu hamil ke bidan atau dokter sedini mungkin semenjak ia merasa dirinya hamil untuk mendapatkan pelayanan/asuhan antenatal. Pelayanan *antenatal* ialah untuk

mencegah adanya komplikasi obstetri bila mungkin dan memastikan bahwa komplikasi dideteksi sedini mungkin serta ditangani secara memadai (Saifuddin, dkk , 2002).

Pemeriksaan kehamilan atau ANC merupakan pemeriksaan ibu hamil baik fisik dan mental serta menyelamatkan ibu dan anak dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas, sehingga keadaan mereka post partum sehat dan normal, tidak hanya fisik tetapi juga mental (Wiknjosastro, 2005).

2.2.2 Tujuan *Antenatal Care*

Pengadaan pengawasan wanita hamil secara teratur dan tertentu baru dilaksanakan pada pertengahan abad ini. Dengan usaha ini terdata angka mortalitas sertamorbidity ibu dan bayi jelas menurun. Tujuan pemeriksaan kehamilan ialah menyiapkan dengan sebaik-baiknya fisik dan mental ibu, serta menyelamatkan ibu dan anak selama kehamilan, persalinan dan masa nifas, sehingga keadaan mereka sehat dan normal, tidak hanya fisik akan tetapi juga mental. Ini berarti dalam *antenatal care* harus diusahakan agar (Wiknjosastro, 2005) :

- a. Wanita hamil sampai akhir kehamilan sekurangnya harus sama sehatnya atau lebih sehat;
- b. Adanya kelainan fisik atau psikologi harus ditemukan sedini mungkin dan diobati
- c. Wanita melahirkan tanpa kesulitan dan bayi yang dilahirkan sehat pula fisik dan mental

Tujuan pemberian asuhan antenatal antara lain(Saifuddin, 2002) :

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan Ibu dan tumbuh kembang bayi
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu dan bayi
- c. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan
- d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, Ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin
- e. Mempersiapkan peran Ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal

2.2.3 Fungsi Antenatal Care

Fungsi *antenatal care* antara lain (Saifuddin, 2002):

- a. Promosi kesehatan selama kehamilan melalui sarana dan aktivitas pendidikan
- b. Melakukan screening, identifikasi dengan wanita dengan kehamilan resiko tinggi dan merujuk bila perlu
- c. Memantau kesehatan selama hamil dengan usaha mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi

2.2.4 Cara Pelayanan *Antenatal Care*

Cara pelayanan *antenatal* disesuaikan dengan standar pelayanan *antenatal* (Depkes RI, 2009) yang terdiri dari :

a. Kunjungan Pertama

- 1) Catat identitas ibu hamil
- 2) Catat kehamilan sekarang
- 3) Catat riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu
- 4) Catat penggunaan cara kontrasepsi sebelum kehamilan
- 5) Pemeriksaan fisik diagnostik dan laboratorium
- 6) Pemeriksaan obstetric
- 7) Pemberian imunisasi tetanus toxoid (TT)
- 8) Pemberian obat rutin seperti tablet Fe, calsium, multivitamin, dan mineral lainnya serta obat-obatan khusus atas indikasi.
- 9) Penyuluhan/konseling.

b. Jadwal Kunjungan Ibu Hamil

Setiap wanita hamil menghadapi resiko komplikasi yang bisa bermacam jiwanya. Oleh karena itu, wanita hamil memerlukan sedikitnya empat kali kunjungan selama periode *antenatal* (Depkes, 2003):

- 1) Satu kali kunjungan selama trimester satu (< 14 minggu).
- 2) Satu kali kunjungan selama trimester kedua (antara minggu 14 – 28).

- 3) Dua kali kunjungan selama trimester ketiga (antara minggu 28 – 36 dan sesudah minggu ke 36)
- 4) Perlu segera memeriksakan kehamilan bila dilaksanakan ada gangguan atau bila janin tidak bergerak lebih dari 12 jam

Pada setiap kunjungan antenatal, perlu didapatkan informasi yang sangat penting (Saifuddin, 2002), antara lain :

a. Trimester pertama sebelum minggu ke 14

- 1) Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil.
- 2) Mendeteksi masalah dan menanganinya
- 3) Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonatorum, anemia kekurangan zat besi, penggunaan praktek tradisional yang merugikan
- 4) Memulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi
- 5) Mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat dan sebagainya)

b. Trimester kedua sebelum minggu ke 28

Sama seperti diatas, ditambah kewaspadaan khusus mengenai preeklampsia (tanya ibu tentang gejala-gejala preeklampsia, pantau tekanan darah, evaluasi edema, periksa apakah ada kehamil ganda).

c. Trimester ketiga antara minggu 28-36

Sama seperti diatas, ditambah palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda

d. Trimester ketiga setelah 36 minggu

Sama seperti diatas, ditambah deteksi letak bayi yang tidak normal, atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran di rumah sakit

2.2.5 Kebijakan Pelayanan Antenatal

a. Kebijakan Program

Kebijakan Departemen Kesehatan dalam upaya mempercepat penurunan AKI dan AKB pada dasarnya mengacu kepada intervensi strategis “Empat Pilar *Safe Motherhood*” yaitu meliputi : Keluarga Berencana, ANC, Persalinan Bersih dan Aman, dan Pelayanan Obstetri Esensial.

Pendekatan pelayanan obstetric dan neonatal kepada setiap ibu hamil ini sesuai dengan pendekatan *Making Pregnancy Safer* (MPS), yang mempunyai 3 (tiga) pesan kunci yaitu :

- 1) Setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih.
- 2) Setiap komplikasi obstetric dan neonatal mendapat pelayanan yang adekuat.

3) Setiap perempuan dalam usia subur mempunyai akses pencegahan dan penatalaksanaan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran.

Kebijakan program pelayanan *antenatal* menetapkan frekuensi kunjungan *antenatal* sebaiknya minimal 4 (empat) kali selama kehamilan, dengan ketentuan sebagai berikut (Depkes, 2009):

- 1) Minimal satu kali pada trimester pertama (K1).
- 2) Minimal satu kali pada trimester kedua (K2).
- 3) Minimal dua kali pada trimester ketiga (K3 dan K4).

b. Kebijakan teknis

Pelayanan/asuhan *antenatal* ini hanya dapat diberikan oleh tenaga kesehatan profesional dan tidak dapat diberikan oleh dukun bayi. Untuk itu perlu kebijakan teknis untuk ibu hamil secara keseluruhan yang bertujuan untuk mengurangi resiko dan komplikasi kehamilan secara dini.

Kebijakan teknis itu dapat meliputi komponen-komponen sebagai berikut:

- 1) Mengupayakan kehamilan yang sehat
- 2) Melakukan deteksi dini komplikasi, melakukan penatalaksanaan awal serta rujukan bila diperlukan.
- 3) Persiapan persalinan yang bersih dan aman

- 4) Perencanaan antisipatif dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi komplikasi.

Beberapa kebijakan teknis pelayanan *antenatal* rutin yang selama ini dilaksanakan dalam rangka peningkatan cakupan pelayanan antara lain meliputi (Depkes, 2009):

- 1) Deteksi dini ibu hamil melalui kegiatan P4K dengan stiker dan buku KIA, dengan melibatkan kader dan perangkat desa serta kegiatan kelompok Kelas Ibu Hamil.
- 2) Peningkatan kemampuan penjangkauan ibu hamil melalui kegiatan kemitraan Bidan dan Dukun.
- 3) Peningkatan akses ke pelayanan dengan kunjungan rumah.
- 4) Peningkatan akses pelayanan persalinan dengan rumah tunggu

2.2.6 Intervensi Dalam Pelayanan *Antenatal Care*

Intervensi dalam pelayanan *antenatal care* adalah perlakuan yang diberikan kepada ibu hamil setelah dibuat diagnosa kehamilan.

Adapun intervensi dalam pelayanan *antenatal care* adalah (Saifudin, 2002):

a. Intervensi Dasar

1) Pemberian Tetanus Toxoid

- a) Tujuan pemberian TT adalah untuk melindungi janin dari tetanus neonatorum, pemberian TT baru menimbulkan efek perlindungan bila diberikan sekurang-kurangnya 2 kali dengan

interval minimal 4minggu, kecuali bila sebelumnya ibu telah mendapatkan TT 2 kalipada kehamilan yang lalu atau pada masa calon pengantin, makaTT cukup diberikan satu kali (TT ulang). Untuk menjaga efektifitasvaksin perlu diperhatikan cara penyimpanan serta dosis pemberianyang tepat.

- b) Dosis dan pemberian 0,5 cc pada lengan atas
- c) Jadwal pemberian TT ; untuk mendapatkan imunisasi TT yang lengkap sebaiknya diberikan sebelum kehamilan 8 bulan, dimana TT 1 dapat diberikan sejak ibu diketahui positif hamil atau pada kunjungan pertama kehamilan. Pemberian TT 2 dapat dilakukan dengan rentang jarak waktu 4 minggu setelah imunisasi TT 1.

2) Pemberian Vitamin Zat Besi

- a) Tujuan pemberian tablet Fe adalah untuk memenuhi kebutuhan Fepada ibu hamil dan nifas karena pada masa kehamilan dan nifaskebutuhan meningkat.
- b) Di mulai dengan memberikan satu sehari sesegera mungkin setelahrasa mual hilang. Tiap tablet mengandung FeSO_4 320 Mg (zat besi60 Mg) dan Asam Folat 500 Mg, minimal masing-masing 90 tablet.Tablet besi sebaiknya tidak di minum bersama teh atau kopi, karenamengganggu penyerapan.

b. Intervensi Khusus

Intervensi khusus adalah melakukan tindakan khusus yang diberikan kepada ibuhamil sesuai dengan faktor resiko dan kelainan yang ditemukan. Faktor resiko yang memerlukan intervensi khusus meliputi umur yang terlalu muda atau terlalu tua, paritas primi gravidarum atau lebih dari tiga kali hamil, jarak persalinan yang dekat, tinggi badan kurang dari 145 cm dan lingkar lengan yang kurang dari 23,5 cm (Mochtar, 1998).

Komplikasi kehamilan yang memerlukan intervensi khusus terbagi pada komplikasi obstetri langsung seperti pendarahan, preeclampsia/eklampsia, kelainan letak lintang, sungsang primigravida, anak besar, hidramnion, kelainan kembar, ketuban pecah dini dalam kehamilan dan komplikasi obstetric tidak langsung seperti penyakit jantung, *Hepatitis*, *Tuberculosis*, *Anemia*, *Malaria* dan *Diabetes Mellitus* serta komplikasi yang berhubungan dengan obstetric seperti komplikasi akibatkecelakaan (kendaraan, keracunan, kebakaran) (Mochtar, 1998).

2.2.7 Tempat Pelayanan *Antenatal Care*

Pelayanan *antenatal* dapat dilaksanakan dipuskesmas, puskesmas pembantu, posyandu, Bidan Praktik Swasta, polindes, rumah sakit bersalin dan rumah sakit umum. (Depkes RI, 1995).

2.2.8 Peran Serta Ibu Dalam Pelayanan *Antenatal Care*

Peran serta ibu hamil di dalam memanfaatkan pelayanan *antenatal* dipengaruhi perilaku individu dalam penggunaan pelayanan kesehatan, adanya pengetahuan tentang manfaat pelayanan *antenatal* selama kehamilan akan menyebabkan sikap yang positif. Selanjutnya sikap positif akan mempengaruhi niat untuk ikut serta dalam pemeriksaan kehamilan. Kegiatan yang sudah dilakukan inilah disebut perilaku. (Ajzen, 1989).

Menurut Lawrence Green dengan modifikasi dalam Buku Pendidikan Perilaku Kesehatan (Notoatmodjo, 2003) faktor yang mempengaruhi perilaku antara lain:

a. Faktor yang mempermudah (*Predisposing faktor*)

Mencakup pengetahuan, sikap, kepercayaan, moral sosial, dan unsur lain yang terdapat dalam diri individu (masyarakat)

1) Pengetahuan

Pengetahuan terdiri atas kepercayaan tentang kenyataan (*reality*). Salah satu cara untuk mendapatkan dan memeriksa pengetahuan adalah dari tradisi atau dari yang berwenang di masa lalu yang umumnya dikenal, seperti Aristoteles. Pengetahuan juga mungkin diperoleh berdasarkan pengumuman sekuler atau kekuasaan agama, negara, atau gereja. Cara lain untuk mendapat pengetahuan dengan pengamatan dan eksperimen. Pengetahuan juga diturunkan dengan cara logika secara tradisional, otoritatif atau ilmiah atau kombinasi dari mereka, dan dapat atau tidak

dapat dibuktikan dengan pengamatan dan pengujian. Pengetahuan atau kognitif merupakan dominan yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Dari pengetahuan dan penelitian ternyata perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

2) Sikap

Sikap adalah merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat dilihat langsung tetapi hanya dapat di tafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup (Notoatmodjo, 2003).

Sikap adalah kesiapan pada seseorang untuk bertindak secara tertentu terhadap hal-hal tertentu. Sikap positif, kecenderungan tindakan adalah mendekati, menyenangkan, mengharapkan objek tertentu, sedangkan dalam sikap negative terdapat kecenderungan menjauhi, menghindari, membenci, tidak menyukai objek tertentu (Sarwono, 2000).

Sikap merupakan penentu penting dalam tingkah laku. Sikap yang ada pada seseorang akan memberikan gambaran corak tingkah laku seseorang. Berdasarkan sikap seseorang, orang akan dapat menduga bagaimana respon atau tindakan yang akan diambil tindakan oleh orang tersebut terhadap suatu masalah atau keadaan yang dihadapinya (Hariyadi, 2003).

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan. Untuk terwujudnya sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain fasilitas. Misalnya sikap ibu yang sudah positif terhadap imunisasi tersebut harus mendapat konfirmasi dari suaminya, dan ada fasilitas imunisasi yang mudah dicapai, agar ibu tersebut mengimunisasikan anaknya. Disamping faktor fasilitas juga diperlukan faktor dukungan dari pihak lain (Notoatmodjo, 2003).

b. Faktor pendorong (*reinforcing faktor*)

Faktor pendorong yaitu faktor yang memperkuat perubahan perilaku seseorang di karenakan adanya sikap dan perilaku yang lain seperti sikap suami, orang tua, tokoh masyarakat, atau petugas kesehatan. Perilaku individu sangat besar pengaruhnya terhadap kesehatan, perilaku yang positif akan menunjang atau meningkatkan derajat kesehatan (Istiarti, 2000).

1) Jarak

Jarak adalah ruang sela (panjang atau jauh) antara dua benda atau tempat yaitu jarak antara rumah dengan tempat pelayanan ANC. Faktor biaya dan jarak pelayanan kesehatan dengan rumah berpengaruh terhadap perilaku penggunaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan (Kresno, 2005).

Indonesia merupakan negara yang luas sayangnya luas wilayah ini belum diimbangi dengan kecukupan, ketersediaan sarana-sarana layanan public termasuk dibidang kesehatan. Di beberapa desa masih kesulitan mendapatkan akses pelayanan kesehatan, tidak semua desa mempunyai puskesmas dan tenaga medis seperti : dokter, bidan, perawat. Secara geografis masih banyak masyarakat yang tinggal jauh dari sarana kesehatan (Depkes RI, 2003). Menurut penelitian Rahmawati, E (2008) bahwa jarak tempat tinggal ketempat layanan kesehatan di ukur dengan kilometer dikelompokkan dalam jarak.

2) Perilaku Petugas Kesehatan

Pada hakikatnya bila suatu program pembangunan kesehatan telah dilaksanakan artinya telah berlangsung suatu proses interaksi antara provider dengan recipient, yang masing-masing memiliki latar belakang sosial budayanya sendiri-sendiri. Provider memiliki sistem kesehatan, recipient memiliki sistem kesehatan yang berlaku di komunitasnya. Program pembangunan kesehatan, termasuk di dalamnya upaya pemeliharaan kesehatan ibu hamil, dapat mencapai tujuan apabila kedua belah pihak saling berpartisipasi aktif.

3) Partisipasi Masyarakat

Partisipasi masyarakat yaitu dengan menumbuhkan dan meningkatkan tanggungjawab individu, keluarga, terhadap kesehatan atau kesejahteraan dirinya, keluarganya dan masyarakat.

Partisipasi masyarakat dibagi menjadi lima tingkatan, yaitu (Notoatmodjo, 2003):

- a) Tingkat partisipasi masyarakat karena perintah atau karena paksaan.
- b) Tingkat partisipasi masyarakat karena imbalan atau karena insentif.
- c) Tingkat partisipasi masyarakat karena identifikasi karena ingin meniru.
- d) Tingkat partisipasi masyarakat karena kesadaran.
- e) Tingkat partisipasi masyarakat karena tuntutan akan hak azasi dan tanggung jawab

Faktor penghambat dalam partisipasi masyarakat berasal dari masyarakat dan pihak *provider*. Dalam masyarakat dapat terjadi karena kemiskinan, kesenjangan sosial, sistem pengambilan keputusan dari atas ke bawah, adanya kepentingan tetap, pengalaman pahit masyarakat tentang program sebelumnya, susunan masyarakat yang sangat heterogen, persepsi masyarakat yang sangat berbeda dengan persepsi *provider* tentang masalah kesehatan yang dihadapi. Sedangkan hambatan yang ada dalam pihak *provider* adalah terlalu mengejar target, persepsi yang berbeda antara *provider* dan masyarakat, dan pelaporan yang tidak obyektif (Notoatmodjo, 2003).

2.3 Karakteristik Ibu Hamil yang Melaksanakan *Antenatal Care*

2.3.1 Umur

Umur individu terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Dengan bertambahnya umur seseorang maka kematangan dan berpikir semakin baik sehingga akan termotivasi dalam memeriksakan kehamilan, juga mengetahui akan pentingnya *Antenatal Care*. Semakin muda umurnya semakin tidak mengerti tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan (Nursalam, 2001).

Umur sangat menentukan status kesehatan ibu, ibu dikatakan beresiko tinggi apabila ibu hamil berusia dibawah 20 tahun dan di atas 35 tahun. Usia berguna untuk mengantisipasi diagnosa masalah kesehatan dan tindakan yang dilakukan. Menurut penelitian Hardjanti, W. T (2007) seorang wanita sebagai insan biologis sudah memasuki usia produksi beberapa tahun sebelum mencapai umur dimana kehamilan dan persalinan dapat berlangsung, yaitu 20-35 tahun, setelah itu resiko ibu akan meningkat setiap tahun (Hardjanti, 2007).

Dalam kurun reproduksi sehat dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia dibawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun.

Kematian maternal meningkat kembalisesudah usia 30-35 tahun Wiknjosastro (2005).

2.3.2 Paritas

Paritas adalah keadaan seorang ibu yang melahirkan janin lebih dari satu orang.*Sueheilif Paritas* adalah status seorang wanita sehubungan dengan jumlah anak yang pernah dilahirkannya.Ibu yang baru pertama kali hamil merupakan hal yang sangat baru sehingga termotivasi dalam memeriksakan kehamilannya ketenaga kesehatan. Sebaliknya ibu yang sudah pernah melahirkan lebih dari satu orang mempunyai anggapan bahwa ia sudah berpengalaman sehingga tidak termotivasi untuk memeriksakan kehamilannya (Wiknjosastro, 2005).

Paritas adalah jumlah janin dengan berat badan lebih dari 500 gram atau lebih, yang pernah dilahirkan, hidup atau mati.Bila berat badan tidak diketahui maka dipakai batas umur kehamilannya 24 minggu.Berdasarkan pengertian tersebut maka paritas mempengaruhi kunjungan kehamilan.Paritas 1 dan paritas tinggi (lebih dari 3) mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi.Lebih tinggi paritas, lebih tinggi kematian maternal.Resiko pada paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetri lebih baik, sedangkan resiko pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana.Sebagian kehamilan pada paritas tinggi adalah tidak direncanakan (Wiknjosastro, 2005).

2.3.3 Pendidikan

Pendidikan adalah suatu proses ilmiah yang terjadi pada manusia. Menurut Crow, pendidikan adalah suatu proses dimana pengalaman atau informasi diperoleh sebagai hasil dari proses belajar. Menurut *Dictionary of Education*, pendidikan dapat diartikan suatu proses dimana seseorang mengembangkan kemampuan sikap dan bentuk tingkah laku lainnya dalam masyarakat dan kebudayaan. Pada umumnya semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin baik pula tingkat pengetahuannya (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Suparlan (2006) pendidikan dalam arti luas yaitu segala kegiatan pembelajaran yang berlangsung sepanjang zaman dalam segala situasi kegiatan kehidupan. Pendidikan dalam arti sempit yaitu seluruh kegiatan belajar yang direncanakan, dengan materi terorganisasi, dilaksanakan secara terjadwal dalam sistem pengawasan, dan diberikan evaluasi berdasarkan pada tujuan yang telah ditentukan. Tingkat pendidikan individu dan masyarakat dapat berpengaruh terhadap penerimaan pendidikan kesehatan.

Menurut *dictionary of Education* dalam buku Achmad Munib, dkk (2004) pendidikan adalah proses seseorang mengembangkan kemampuan, sikap, dan bentuk-bentuk tingkah laku lainnya di dalam masyarakat tempat ia hidup, proses yakni orang dihadapkan pada pengaruh lingkungan yang terpilih dan terkontrol (khususnya yang datang dari sekolah), sehingga dia

dapat memperoleh atau mengalami perkembangan kemampuan sosial dan kemampuan individu yang optimal.

Proses perubahan perilaku menuju kedewasaan dan penyempurnaan hidup dengan demikian pendidikan sangat besar pengaruhnya terhadap tingkah laku yang berpendidikan tinggi akan berbeda tinggi akan berbedalah lakunya dengan orang yang hanya berpendidikan dasar (Budioro, 2002).

Wanita yang berpendidikan akan lebih terbuka terhadap ide-ide baru dan perubahan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang proposional karena manfaat pelayanan kesehatan akan mereka sadari sepenuhnya. Jenjang pendidikan adalah tahapan pendidikan yang ditetapkan berdasarkan tingkat perkembangan peserta didik, tujuan yang akan dicapai, dan kemampuan yang dikembangkan. Pendidikan di Indonesia mengenal tiga jenjang pendidikan, yaitu pendidikan dasar (SD/MI/Paket A dan SLTP/MTs/Paket B), pendidikan menengah (SMU, SMK), dan pendidikan tinggi yang mencakup program pendidikan diploma, sarjana, magister, doktor, dan spesialis yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi (Maulani, 1999).

2.3.4 Pendapatan

Menurut Mulyanto Sumardi dan Hans Dieter Evers (1982) dalam Soetjiningsih (1998), pendapatan yaitu seluruh penerimaan baik berupa uang maupun barang baik dari pihak lain maupun dari hasil sendiri. Jadi

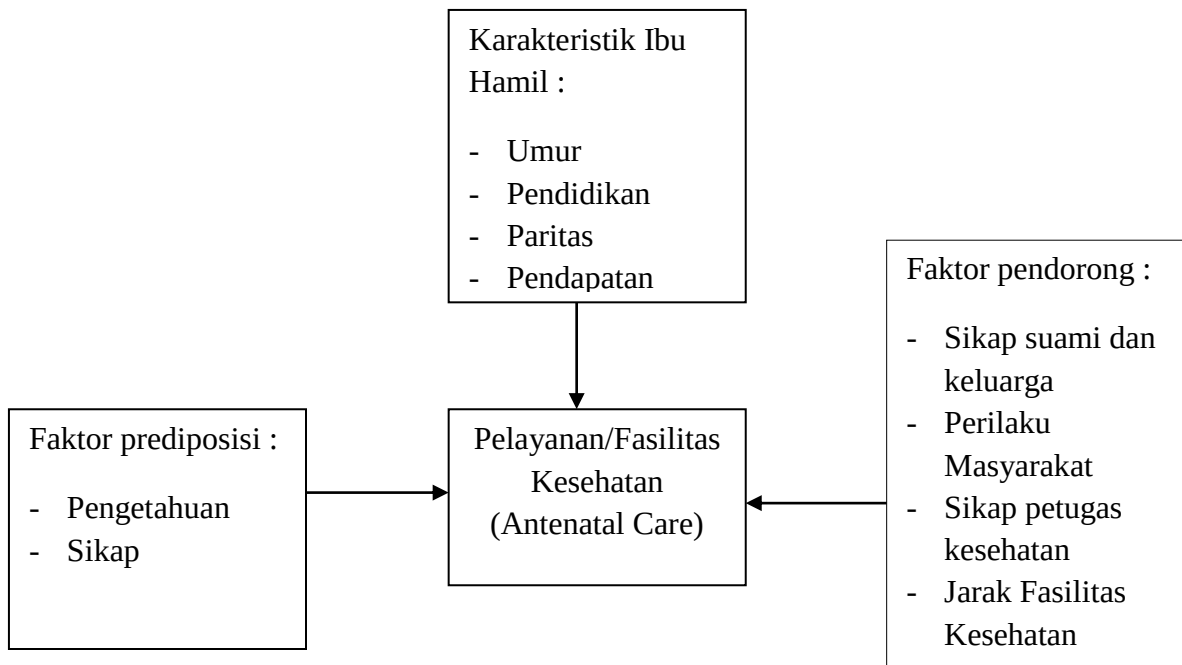
yang dimaksud pendapatan dalam penelitian ini adalah suatu tingkat penghasilan yang diperoleh dari pekerjaan pokok dan pekerjaan sampingan dari orang tua dan anggota keluarga lainnya. Pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang *antenatal care* yang baik dan kesadaran untuk diperiksa, karena dapat menyediakan semua kebutuhan dirinya baik yang primer maupun sekunder (Soetjiningsih, 1998).

Menurut Budioro (2002) keterbatasan sarana dan sumber daya, rendahnya penghasilan, adanya peraturan atau perundangan yang menjadi penghambat akan membatasi keberdayaan orang perorang maupun masyarakat untuk merubah perilakunya.

Pendapatan mempengaruhi kunjungan ANC. Hal ini disebabkan karena biaya penghidupan yang tinggi sehingga diperlukan pasien harus menyediakan dana yang diperlukan. Adapun tingkat ekonomi yang diteliti berdasarkan upah minimal regional (UMR) adalah penghasilan Rp 1.750.000/bulan (BPS Aceh 2014).

2.4 Kerangka Teori

Berdasarkan uraian dalam landasan teori, maka disusun kerangka teorimengenai karakteristik dan pemanfaatan pelayanan/fasilitas kesehatan menurut Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2003),sebagai berikut:



Gambar 2.1 Kerangka Teori

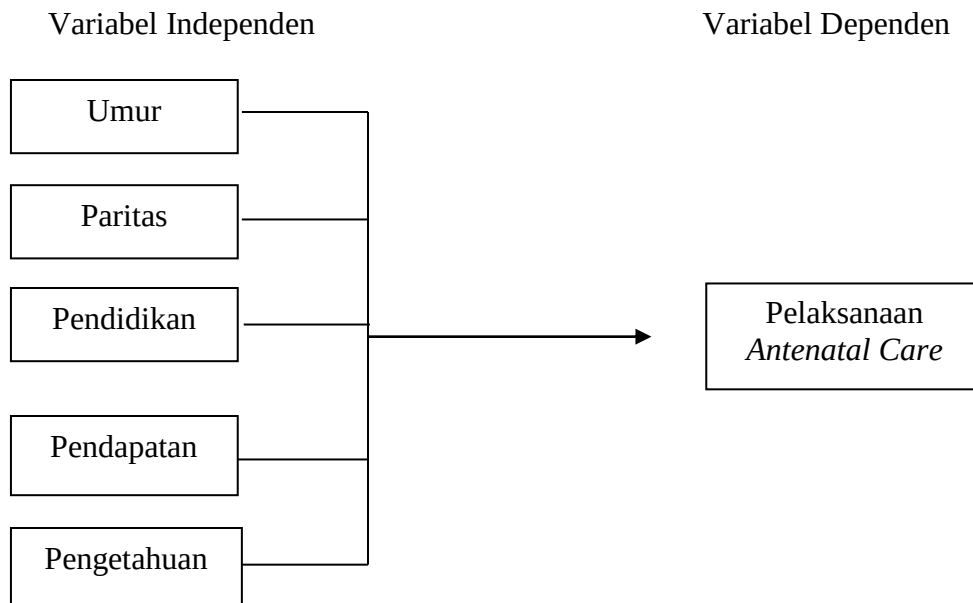
BAB III

KERANGKA KONSEP PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan bagian penelitian yang menyajikan konsep atau teori dalam bentuk kerangka konsep penelitian. Pembentukan kerangka konsep ini mengacu pada masalah-masalah yang akan di teliti atau berhubungan dengan peneitian dan di buat dalam bentuk diagram (Hidayat,2008).

Kerangka konsep dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

3.2 Variabel Penelitian

Variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sikap, ukuran yang dimiliki oleh satuan penelitian tentang sesuatu konsep penelitian tertentu, misalnya umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, pengetahuan, pendapatan, penyakit, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2005).

Variabel dalam penelitian ini terdiri dari variable independen dan variable dependen. Variabel Independen yaitu karakteristik ibu hamil yang terdiri dari sub variabel umur, paritas, pendidikan, pendapatan dan pengetahuan ibu mengenai *antenatal care*. Sedangkan variable dependen pada penelitian ini adalah pelaksanaan *antenatal care*.

3.3 Definisi Operasional

Tabel 3.1
Definisi Operasional

Variabel Dependen (Pelaksanaan <i>Antenatal Care</i>)						
No	Variabel/Sub Variabel Penelitian	Defenisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
1	Pelaksanaan Antenatal Care	Kecenderungan ibu hamil dalam melakukan kunjungan <i>antenatal care</i>	Menyebarkan Kuesioner, dimana: 1. Sesuai, jika $x \geq 24,8$ 2. Tidak Sesuai, jika $x < 24,8$	Kuesione r yang terdiri dari 15 pertanyaan	Ordinal	- Sesuai - Tidak Sesuai
Variabel Independen (Karakteristik Ibu Hamil)						
2	Umur	Lama hidup seseorang yang dihitung sejak lahir hingga saat wawancara	Menyebarkan Kuesioner	Kuesione r/check list	Ordinal	- < 20 tahun - 20-35 tahun - > 35 tahun.

3	Paritas	Jumlah anak yang pernah di lahirkan baik lahir hidup, lahir mati maupun abortus sampai saat hari terakhir	Menyebarkan Kuesioner, dimana: 1: Primipara (kehamilan pertama) 2: Multipara (2-3 x hamil) 3: Grandemultipara (> 5 kali hamil)	Kuesione r/check list	Ordin al	- Primipara - Multipara - Grandemultipara
4	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal terakhir yang pernah ditempuh oleh responden	Menyebarkan Kuesioner, dimana: 1. Dasar (SD-SLTP) 2. Menengah (SMA) 3. Tinggi (DIII-Sarjana)	Kuesione r/check list	Ordin al	- Tinggi - Menengah - Dasar
5	Pendapatan	Jumlah pendapatan responden per bulan	Menyebarkan Kuesioner, dimana: 1. Tinggi (> 3.000.000) 2. Menengah (1.750.000-3.000.000) 3. Rendah (< 1.750.000)	Kuesione r / check list	Ordin al	- Tinggi - Menengah - Rendah
6	Pengetahuan	Pemahaman ibu hamil mengenai informasi dan pelaksanaan ANC	Menyebarkan Kuesioner, dimana: 1. Baik, jika jawaban benar 76-100% ($x \geq 25,84$) 2. Cukup, jika jawaban benar 56-75% ($19,04 < x \leq 25,84$) 3. Kurang, jika jawaban benar < 56% ($x < 19,04$)	Kuesione r yang terdiri dari 17 pertanya an	Ordin al	- Baik - Cukup - Kurang

3.4 Hipotesa Penelitian

Adapun hipotesa penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. $H_o = P_{\text{value}} < 0,05$ H_a diterima dimana artinya ada hubungan antara umur ibu dengan pelaksanaan *antenatal care*
 $H_a = P_{\text{value}} \geq 0,05$ H_o ditolak dimana artinya tidak ada hubungan antara umur ibu dengan pelaksanaan *antenatal care*
2. $H_o = P_{\text{value}} < 0,05$ H_a diterima dimana artinya ada hubungan antara paritas ibu dengan pelaksanaan *antenatal care*
 $H_a = P_{\text{value}} \geq 0,05$ H_o ditolak dimana artinya tidak ada hubungan antara paritas ibu dengan pelaksanaan *antenatal care*
3. $H_o = P_{\text{value}} < 0,05$ H_a diterima dimana artinya ada hubungan antara pendidikan ibu dengan pelaksanaan *antenatal care*
 $H_a = P_{\text{value}} \geq 0,05$ H_o ditolak dimana artinya tidak ada hubungan antara pendidikan ibu dengan pelaksanaan *antenatal care*
4. $H_o = P_{\text{value}} < 0,05$ H_a diterima dimana artinya ada hubungan antara pendapatan ibu dengan pelaksanaan *antenatal care*
 $H_a = P_{\text{value}} \geq 0,05$ H_o ditolak dimana artinya tidak ada hubungan antara pendapatan ibu dengan pelaksanaan *antenatal care*

5. $H_0 = P_{\text{value}} < 0,05$ H_a diterima dimana artinya ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan pelaksanaan *antenatal care*

$H_a = P_{\text{value}} \geq 0,05$ H_0 ditolak dimana artinya tidak ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan pelaksanaan *antenatal care*

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik yakni suatu penelitian yang bertujuan untuk menggali bagaimana suatu fenomena kesehatan terjadi, dalam hal ini adalah pelaksanaan *antenatal care*. Penelitian ini menekankan pada satu variabel yakni karakteristik ibu hamil yang melakukan *antenatal care*.

4.2 Lokasi Dan Waktu Penelitian

4.2.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan di BLUD RSUD Datu Beru Takengon Tahun 2014.

4.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian telah dilaksanakan pada bulan April - September 2014

4.3 Populasi Dan Sampel

4.3.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh ibu hamil pada usia kehamilan trimester tiga yang berkunjung ke BLUD RSUD Datu Beru Takengon. Jumlah ibu hamil yang berkunjung pada bulan Januari-April 2014 yaitu 373 ibu hamil.

4.3.2 Sampel

Metode pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah *Non Probability Sampling* dengan teknik pengambilan sampel *Purposive Sampling* dimana pengambilan sampel berdasarkan pada pertimbangan tertentu yang di buat oleh peneliti sendiri berdasarkan ciri dan sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo, 2002).

Jumlah sampel penelitian dapat ditentukan dengan menggunakan rumus Slovin sebagai berikut (Notoatmodjo, 2005) :

$$n = \frac{N}{1+N(d^2)}$$

dimana : n = Jumlah sampel

 N = Jumlah populasi

 d = angka ketepatan yang diinginkan (0,05)

Sehingga, $n = \frac{373}{1+373(0,05^2)}$

$$n = \frac{373}{1,93}$$

n = 193,26 di bulatkan menjadi 194 orang responden

Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Ibu hamil yang berada pada trimester III
- b. Ibu bisa membaca
- c. Bersedia menjadi responden penelitian

- d. Bertempat tinggal di wilayah Takengon Aceh Tengah

4.4. Alat Dan Metode Pengumpulan Data

4.4.1 Alat Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan instrumen atau alat berupa kuesioner atau daftar pertanyaan yang telah tersusun dengan baik untuk menyaring informasi yang ingin di ketahui sesuai dengan tujuan dari penelitian (Notoatmodjo, 2007).

4.4.2 Metode pengumpulan Data

Dalam menyebarkan kuesioner peneliti memakai bantuan dari orang lain agar waktu yang digunakan lebih efisien. Sebelum para responden menjawab kuesioner, peneliti terlebih dahulu menjelaskan cara pengisian kuesioner tersebut.

Prosedur pengumpulan data yang dilakukan peneliti dalam melakukan penelitian ini melalui beberapa tahap antara lain:

- a. Tahap persiapan pengumpulan data

Sebelum melakukan pengumpulan data, terlebih dahulu peneliti mendapatkan izin dari Ketua Program Studi D-IV Kebidanan U'budiyah Banda Aceh untuk mempermudah dalam proses pencarian data.

- b. Tahap melakukan pengumpulan data

Dalam melakukan pengumpulan data selain mendapatkan data sekunder dari dinas terkait. Sebelum mengisi kuesioner terlebih dahulu responden harus memberikan *informed concent* dan peneliti juga akan

menjelaskan cara-cara pengisian kuesioner. Dalam pengisian kuesioner masing-masing responden di beri waktu lebih kurang 30 menit dan di dampingi dalam memberikan jawaban.

4.5 Metode Pengolahan Data

Menurut Hidayat (2011), pengolahan data di lakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Editing

Upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang di peroleh atau dikumpulkan. Dalam penelitian ini setelah kuesioner diisi oleh responden, peneliti harus memeriksa kembali kebenaran data-data yang telah diberikan responden.

2. Coding

Merupakan kegiatan pemberian kode *numerik* (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori.

3. Transferring

Semua data yang ada di beri kode secara berurutan mulai dari responden pertama hingga terakhir, kemudian di masukan ke dalam tabel.

4. Tabulating.

Jawaban-jawaban dari responden kemudian di teliti dan di hitung berapa item pertanyaan yang termasuk satu kategori, kemudian ditabulasikan ke dalam bentuk tabel distribusi frekuensi sederhana.

4.6 Analisa Data

4.6.1 Univariat

Analisa untuk data setiap variabel penelitian menggunakan frekuensi distribusi berdasarkan persentase dari masing-masing variabel. Pengkategorian variabel independen (karakteristik ibu hamil) dan variabel dependen (pelaksanaan antenatal care) dilakukan dengan menggunakan mean atau rata-rata ($\bar{x}$) dengan menggunakan rumus Arikunto (2006), yaitu :

$$\bar{x} = \frac{\sum x}{n}$$

Keterangan :

$\bar{x}$ = Mean

n = Sampel

$\sum x$ = Total nilai responden

Hasil penelitian tersebut kemudian dianalisa dan dibandingkan dengan teori yang ada.

- a. Pengetahuan responden di katakan baik jika responden menjawab dengan benar 76-100% dari pertanyaan yang diberikan.
- b. Pengetahuan responden dikatakan cukup jika responden dapat menjawab dengan benar 56-75% dari pertanyaan yang diberikan.
- c. Pengetahuan responden dikatakan kurang jika responden menjawab dengan benar < 56%.

Selanjutnya data dimasukkan dalam variabel distribusi frekuensi dan ditentukan persentase dari masing-masing sub variabel dengan menggunakan rumus Machfoedz (2010), sebagai berikut :

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

Keterangan :

P = Persentase

f = Frekuensi hasil jawaban yang benar

n = Jumlah sampel

4.6.1.1 Bivariat

Untuk mengukur ada tidaknya hubungan karakteristik ibu hamil dengan pelaksanaan antenatal care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon akan dilakukan analisa silang dengan menggunakan variabel yang dikenal dengan baris kali kolom ($B \times K$) dengan derajat kebebasan (df) yang sesuai dan tingkat kemaknakan (α) 0,05(95%). Skor diperoleh dengan menggunakan metode statistik Chi-Square test (χ^2) dikutip dari Arikunto (2006) dengan menggunakan program SPSS.

Data masing-masing sub variabel dimasukkan ke dalam variabel-variabel *contingency*, setelah itu dianalisis untuk membandingkan antara p value dengan nilai alfa (0,05) dengan ketentuan :

- a. H_0 ditolak jika nilai $P < 0,05$ artinya ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen.
- b. H_0 diterima jika nilai $P > 0,05$ artinya tidak ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen.

Perhitungan yang digunakan pada *Uji Pearson Chi Square* untuk program komputerisasi pada program SPSS adalah sebagai berikut :

- a. Bila pada tabel 2×2 di jumpai E (harapan) kurang dari 5 maka uji yang digunakan adalah *Fisher Exact*
- b. Bila pada tabel 2×2 , misalnya 3×2 , 3×3 dan lain-lain maka yang digunakan adalah uji *Pearson Chi Square*

Uji *Likelihood Ratio* dan *Linear-by-linear Association*, biasanya digunakan untuk keperluan lebih spesifik, misalnya untuk analisis stratifikasi pada bidang epidemiologi dan juga untuk mengetahui hubungan linear antara dua variabel kategorik, sehingga kedua jenis ini jarang digunakan.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian

Pengumpulan data penelitian ini dilakukan dari tanggal 5-18 Agustus 2014 pukul 08.00 WIB sampai dengan 14.00 WIB di bagian Poliklinik Kebidanan BLUD RSUD Datu Beru Takengon. Teknik pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan metode pembagian angket dimana peneliti menyebarkan angket berupa kuesioner pada responden untuk diisi. Peneliti mengumpulkan data dibantu oleh 10 enumerator yang sebelumnya telah dipersiapkan dan telah diberitahukan teknik pengumpulan data terlebih dahulu. Enumerator yang digunakan terdiri dari 5 orang bidan dan 5 orang mahasiswa yang membantu menyebarkan angket penelitian. Teknik pengumpulan data yang dilakukan terhadap responden menggunakan angket dengan 17 pertanyaan untuk variabel karakteristik ibu hamil dan 15 pertanyaan untuk variabel pelaksanaan *antenatal care* dalam bentuk pilihan ganda.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, diperoleh data sebagai berikut:

5.1.1 Analisis Univariat

a. Variabel Independen

Data yang diperoleh untuk subvariabel umur, paritas, tingkat pendidikan dan tingkat pendapatan dapat dilihat dalam tabel distribusi frekuensi pada data demografi.

1) Umur

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Umur Ibu Hamil yang Melaksanakan Antenatal Care di
BLUD RSUD Datu Beru Takengon
Tahun 2014

No	Umur	f	%
1.	<20 Tahun	17	8.76
2.	20-35 Tahun	123	63.40
3.	> 35 Tahun	54	27.84
Jumlah		194	100

Sumber : data primer (diolah tahun 2014)

Berdasarkan Tabel 5.1 diketahui bahwa dari 194 ibu hamil yang melaksanakan antenatal care, sebanyak 123 orang (63,4%) yaitu usia 20-35 tahun.

2) Paritas

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Paritas Ibu Hamil yang Melaksanakan Antenatal Care di
BLUD RSUD Datu Beru Takengon
Tahun 2014

No	Paritas	f	%
1.	Primipara	73	37.62
2.	Multipara	109	56.20
3.	Grandepara	12	6.18
Jumlah		194	100

Sumber : data primer (diolah tahun 2014)

Dari Tabel 5.2 diketahui bahwa dari 194 ibu hamil yang melaksanakan antenatal care dimana ibu dengan kehamilan multipara 109 orang (56,2%).

3) Pendidikan

Tabel 5.3
Distribusi Frekuensi Ibu Hamil yang Melaksanakan Antenatal Care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon Tahun 2014

No	Pendidikan	f	%
1.	Rendah	18	9.28
2.	Menengah	88	45.36
3.	Tinggi	88	45.36
Jumlah		194	100

Sumber : data primer (diolah tahun 2014)

Berdasarkan Tabel 5.3 diatas dari 194 ibu hamil yang melaksanakan antenatal care, berdasarkan tingkat pendidikan mayoritas responden berada pada tingkat menengah dan tinggi yaitu 88 orang (45,36%).

4) Pendapatan

Tabel 5.4
Distribusi Frekuensi Data Demografi Ibu Hamil yang Melaksanakan Antenatal Care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon Tahun 2014

No	Pendapatan	f	%
1.	Rendah	15	7.73
2.	Menengah	79	40.72
3.	Tinggi	100	51.55
Jumlah		194	100

Sumber : data primer (diolah tahun 2014)

Berdasarkan Tabel 5.4 diketahui bahwa dari 194 ibu hamil, sebanyak 100 ibu (51,55%) dengan tingkat pendapatan berada dalam kategori tinggi.

5) Pengetahuan

Berdasarkan hasil pengumpulan data yang telah dilakukan, maka didapatkan total skor responden untuk subvariabel pengetahuan yang dapat dilihat pada tabel

rekapitulasi data hasil penelitian (lampiran 5). Hasil pengolahan data tentang pengetahuan ibu hamil diperoleh total skor 5407 dan nilai rata-rata 27,3. Pengetahuan ibu dikategorikan baik jika $x \geq 25,84$; cukup jika $19,04 < x \leq 25,84$ dan kurang jika $x < 19,04$ (lampiran 5). Hasil pengkategorian tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.5
Distribusi Frekuensi Karakteristik Pengetahuan Ibu Hamil yang Melaksanakan
Antenatal Care di BLUD RSUD Datu Beru
Takengon Tahun 2014

No	Kategori	F	%
1	Baik	104	53.61
2	Cukup	90	46.39
3	Kurang	0	0.00
Jumlah		194	100.00

Sumber : data primer (diolah tahun 2014)

Berdasarkan tabel 5.5 dapat dilihat bahwa pengetahuan ibu mengenai pelaksanaan antenatal care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon berada pada kategori baik yaitu sebanyak 104 orang (53,61%).

b. Variabel Dependen.

1) Pelaksanaan Antenatal Care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon

Hasil pengumpulan data untuk variabel pelaksanaan antenatal berisikan 15 pertanyaan di kategorikan sesuai jika $x \geq 24,8$ dan tidak sesuai jika $x < 24,8$ (lampiran 5). Hal tersebut dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.6
Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Antenatal Care di BLUD RSUD Datu Beru
Takengon Tahun 2014

No	Pelaksanaan Antenatal Care	F	%
1	Sesuai	142	73,20
2	Tidak Sesuai	52	26,80
Jumlah		194	100

Sumber : data primer (diolah tahun 2014)

Berdasarkan tabel menunjukkan bahwa pelaksanaan antenatal care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon berada pada kategori sesuai yaitu sebanyak 142 orang (73,20%).

5.1.2 Analisis Bivariat

- a. Hubungan antara umur dengan pelaksanaan antenatal care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon

Berdasarkan tabel 5.1 dan 5.6 dapat digambarkan distribusi frekuensi hubungan antara umur ibu hamil terhadap pelaksanaan antenatal care dalam tabel berikut:

Tabel 5.7
Hubungan Umur Ibu Hamil dengan Pelaksanaan Antenatal Care di Badan
Layanan Umum Daerah (BLUD) RSUD Datu Beru Takengon Tahun 2014

Umur	Pelaksanaan ANC				Total		P value
	Sesuai		Tidak Sesuai				
	f	%	f	%	Jlh	%	0,004
< 20 Tahun	7	41.18	10	58.8	17	100	
20-35 Tahun	97	78.86	26	21.1	123	100	
> 35 Tahun	38	70.37	16	29.6	54	100	
Total	142		52		194	100	

Sumber : data primer (diolah tahun 2014)

Berdasarkan tabel 5.7 di atas, dari 17 responden , umur ibu > 20 tahun yang sesuai dalam melaksanakan antenatal care sebanyak 41,18% (7 responden), ibu dengan umur 20-35 tahun yang sesuai dalam melaksanakan antenatal care sebanyak 78,86%

(97 responden) dan pada ibu dengan dengan umur > 35 tahun sebanyak 70,37% (38 responden) sesuai dalam melaksanakan antenatal care.

Berdasarkan perhitungan pada SPSS di peroleh nilai p value adalah 0,004 yang berarti p value < 0,05. Hal ini menunjukkan hipotesa null (H_0) ditolak yang berarti ada hubungan antara umur ibu dengan pelaksanaan antenatal care di BLUD RSU Datu Beru Takengon Tahun 2014 (Lampiran 6).

b. Hubungan antara paritas dengan pelaksanaan antenatal care di BLUD
RSU Datu Beru Takengon

Berdasarkan tabel 5.2 dan 5.6 dapat digambarkan distribusi frekuensi hubungan antara paritas ibu hamil terhadap pelaksanaan antenatal care dalam tabel berikut:

Tabel 5.8
Hubungan Paritas Ibu Hamil dengan Pelaksanaan Antenatal Care di Badan
Layanan Umum Daerah (BLUD)
RSU Datu Beru Takengon Tahun 2014

Paritas	Pelaksanaan ANC				Total		P value
	Sesuai		Tidak Sesuai				
	f	%	f	%	Jlh	%	
Primipara	56	76.71	17	23.3	73	100	0.647
Multipara	78	71.56	31	28.4	109	100	
Grandepara	8	66.67	4	33.3	12	100	
Total	142		52		194	100	

Sumber : data primer (diolah tahun 2014)

Berdasarkan tabel 5.8 di atas menunjukkan bahwa dari 73 responden paritas primipara yang sesuai dengan pelaksanaan *antenatal care* sebanyak 76,71% (56 responden), dari 109 responden paritas multipara terdapat 71,56% (78 responden) yang sesuai dalam melaksanakan antenatal care, dan dari 12 responden paritas

grandepara terdapat 66,67% (8 responden) yang sesuai dalam pelaksanaan antenatal care.

Berdasarkan perhitungan pada SPSS di peroleh nilai p value adalah 0,647 yang berarti p value $\geq 0,05$. Hal ini menunjukkan hipotesa null (H_0) diterima yang berarti tidak ada hubungan antara jumlah paritas dengan pelaksanaan antenatal care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon Tahun 2014 (Lampiran 6).

c. Hubungan antara pendidikan dengan pelaksanaan antenatal care di
BLUD RSUD Datu Beru Takengon

Berdasarkan tabel 5.3 dan 5.6 dapat digambarkan distribusi frekuensi hubungan antara pendidikan terhadap pelaksanaan antenatal care dalam tabel berikut:

Tabel 5.9
Hubungan Pendidikan Ibu Hamil dengan Pelaksanaan Antenatal Care di Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RSUD Date Beru Takengon Tahun 2014

Pendidikan	Pelaksanaan ANC				Total		P value
	Sesuai		Tidak Sesuai				
	f	%	f	%	Jlh	%	0.001
Dasar (SD-SLTP)	10	55.56	8	44.4	18	100	
Menengah (SMA)	56	63.64	32	36.4	88	100	
Tinggi (DIII-Sarjana)	76	86.36	12	13.6	88	100	
Total	142		52		194	100	

Sumber : data primer (diolah tahun 2014)

Berdasar tabel 5.9 di atas dari 18 responden dengan pendidikan dasar terdapat 55,65% (8 responden) yang sesuai dalam pelaksanaan *antenatal care*, dari 88 responden dengan pendidikan menengah terdapat 63,64% (56 responden) yang sesuai dalam pelaksanaan *antenatal care* dan dari 88 responden dengan pendidikan tinggi, sebanyak 86,36% (76 responden) yang sesuai dalam pelaksanaan *antenatal care*.

Berdasarkan perhitungan pada SPSS di peroleh nilai p value adalah 0,001 yang berarti p value < 0,05. Hal ini menunjukkan hipotesa null (H_0) ditolak yang berarti ada hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan pelaksanaan antenatal care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon Tahun 2014 (Lampiran 6).

d. Hubungan antara pendapatan dengan pelaksanaan antenatal care di
BLUD RSUD Datu Beru Takengon

Berdasarkan tabel 5.4 dan 5.6 dapat digambarkan distribusi frekuensi hubungan antara pendapatan terhadap pelaksanaan antenatal care dalam tabel berikut:

Tabel 5.10
Hubungan Pendapatan Ibu Hamil dengan Pelaksanaan Antenatal Care di
Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RSUD Datu Beru Takengon Tahun 2014

Pendapatan	Pelaksanaan ANC				Total		P value
	Sesuai		Tidak Sesuai				
	f	%	f	%	Jlh	%	
Rendah (< 1.750.000)	3	20	12	80	15	100	0,002
Menengah (1.750.000-3.000.000)	51	64.56	28	35.4	79	100	
Tinggi (> 3.000.000)	88	88	12	12	100	100	
Total	142		52		194	100	

Sumber : data primer (diolah tahun 2014)

Berdasarkan tabel 5.10 di atas menunjukkan bahwa dari 15 responden dengan pendapatan rendah terdapat 20% (12 responden) yang sesuai dalam pelaksanaan *antenatal care*, dari 79 responden dengan pendapatan menengah, 64,65% (51 responden) yang sesuai dalam pelaksanaan *antenatal care* dan dari 100 responden dengan pendapatan tinggi, sebanyak 88% (88 responden) yang sesuai dalam pelaksanaan *antenatal care*.

Berdasarkan perhitungan *Chi Square* pada program SPSS di peroleh nilai p value adalah 0,002 yang berarti p value < 0,05. Hal ini menunjukkan hipotesa null (H_0) ditolak yang berarti ada hubungan antara pendapatan ibu dengan pelaksanaan *antenatal care* di BLUD RSUD Datu Beru Takengon Tahun 2014 (Lampiran 6).

- e. Hubungan antara pengetahuan dengan pelaksanaan *antenatal care* di BLUD RSUD Datu Beru Takengon

Berdasarkan tabel 5.5 dan 5.6 dapat digambarkan distribusi frekuensi hubungan antara pengetahuan terhadap pelaksanaan *antenatal care* dalam tabel berikut:

Tabel 5.11
Hubungan Pengetahuan dengan Pelaksanaan Antenatal Care di Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RSUD Datu Beru Takengon Tahun 2014

Pengetahuan	Pelaksanaan ANC				Total		P value
	Sesuai		Tidak Sesuai				
	f	%	f	%	Jlh	%	
Baik	85	81.73	19	18.3	104	100	0,006
Cukup	57	63.33	33	36.7	90	100	
Total	142		52		194	100	

Berdasarkan tabel 5.11 di atas menunjukkan bahwa dari 104 responden dengan pengetahuan baik terdapat 81,73% (85 responden) yang sesuai dalam pelaksanaan *antenatal care*, dan dari 90 responden dengan pengetahuan cukup, sebanyak 63,33% (57 responden) yang sesuai dalam pelaksanaan *antenatal care*.

Berdasarkan perhitungan pada SPSS di peroleh nilai p value adalah 0,006 yang berarti p value < 0,05. Hal ini menunjukkan hipotesa null (H_0) ditolak yang berarti ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan pelaksanaan *antenatal care* di BLUD RSUD Datu Beru Takengon Tahun 2014 (Lampiran 6).

5.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil yang telah di dapat dari penelitian, penulis mencoba untuk membahas hubungan antara karakteristik ibu hamil dengan pelaksanaan antenatal care sebagai berikut:

1. Hubungan umur dengan pelaksanaan antenatal care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon

Berdasarkan perhitungan *Chi Square* pada SPSS diperoleh nilai p value $0,004 < 0,05$. Hal ini menunjukkan hipotesa null (H_0) ditolak yang berarti ada hubungan antara umur ibu dengan pelaksanaan antenatal care di BLUD RSUD Datu Beru. Dilihat pada penelitian yang telah dilakukan sebanyak 78,86% ibu yang berusia 20-35 tahun berada pada kategori sesuai dalam melaksanakan antenatal care, sedangkan 58,8% ibu yang berusia lebih muda yaitu < 20 tahun berada dalam kategori tidak sesuai dalam melaksanakan antenatal.

Menurut Bobak (2005) ibu yang berusia dibawah 20 tahun cenderung berpendidikan rendah yang mengakibatkan berada pada kondisi ekonomi dan pengetahuan yang rendah, sehingga pengetahuan tentang antenatal care cenderung sedikit.

Sebagaimana disampaikan Seno (2008) seorang ahli kebidanan dan kandungan dari RSUPN Cipto Mangunkusumo, dimana hingga saat ini rekomendasi WHO untuk usia yang dianggap paling aman menjalani kehamilan dan persalinan adalah 20 hingga 30 tahun. Kehamilan di usia kurang dari 20 tahun dapat menimbulkan masalah karena kondisi fisik belum 100% siap. Selain itu ibu hamil dengan usia kurang dari 20 tahun sering kali mengalami ketidaksiapan mental tentang kehamilannya, sehingga

kesadaran untuk melakukan antenatal care kurang, yang dapat mengakibatkan kecenderungan naiknya tekanan darah dan pertumbuhan janin yang terhambat.

Asumsi peneliti hubungan umur dengan pelaksanaan *antenatal care* adalah dimana dengan bertambahnya umur seseorang maka kematangan dalam berpikir semakin baik sehingga akan termotivasi dalam memeriksakan kehamilan, juga mengetahui akan pentingnya *antenatal care*, umur yang terlalu muda cenderung membuat ibu kurang memahami pentingnya antenatal care bagi janin dan dirinya sendiri dikarenakan belum siap secara mental, semakin muda umurnya semakin tidak mengerti tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan. Hal ini dapat dilihat dari pernyataan ibu yang berusia < 20 tahun bahwa ibu tidak memeriksa kehamilan sesuai dengan umur kehamilan dan tidak mengikuti jadwal pemeriksaan kehamilan secara teratur.

2. Hubungan paritas dengan pelaksanaan antenatal care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon

Berdasarkan perhitungan *Chi Square* pada SPSS diperoleh nilai p value $0,647 \geq 0,05$. Hal ini menunjukkan hipotesa null (H_0) diterima yang berarti tidak ada hubungan antara jumlah paritas dengan pelaksanaan antenatal care di BLUD RSUD Datu Beru. Dilihat pada penelitian yang telah dilakukan sebanyak 66,67 % ibu dengan jumlah kehamilan > 5 kali berada pada kategori sesuai dalam melaksanakan antenatal care, artinya meskipun bukan pengalaman pertama dan telah sering hamil, ibu tetap melaksanakan antenatal care sesuai dengan prosedur pelaksanaan di rumah sakit,

demikian pula dengan ibu dengan kehamilan multipara (71,56 %) dan ibu dengan kehamilan primipara (76,71 %).

Hasil penelitian ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Lidia Sartika pada tahun 2011 di Puskesmas Kuala Batee Kabupaten Aceh Barat Daya dimana ibu dengan primigravida dan multigravida kurang memperhatikan kehamilannya sehingga didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna antara paritas dan kepatuhan ibu melaksanakan antenatal care.

Hasil penelitian ini bertentangan dengan pendapat Lesli dan Gupta (1991) yang menyatakan paritas merupakan faktor yang mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan.

Sedangkan menurut Wiknjosastro (2005), ibu yang baru pertama kali hamil merupakan hal yang sangat baru sehingga termotivasi dalam memeriksakan kehamilannya ke tenaga kesehatan. Sebaliknya ibu yang sudah pernah melahirkan lebih dari satu orang mempunyai anggapan bahwa ia sudah berpengalaman sehingga tidak termotivasi untuk memeriksakan kehamilannya.

Asumsi peneliti terjadinya perbedaan antara hasil penelitian dan teori yang ada kemungkinan disebabkan oleh adanya perbedaan karakter wilayah penelitian, serta perbedaan karakteristik mengenai umur dimana pada penelitian yang dilakukan ibu paritas primipara cenderung masih berusia sangat muda yaitu < 20 tahun sehingga belum memiliki kesiapan mental dalam pemeliharaan kehamilannya selain itu tingkat pendidikan ibu yang rendah membuat ibu memiliki pengetahuan dan wawasan yang

terbatas serta pola pikir yang sempit sehingga kesadaran ibu untuk memeriksa kehamilannya sangat rendah.

3. Hubungan tingkat pendidikan dengan pelaksanaan antenatal care di BLUD RSU Datu Beru Takengon

Berdasarkan perhitungan *Chi Square* pada SPSS diperoleh nilai p value $0,001 < 0,05$. Hal ini menunjukkan hipotesa null (H_0) ditolak yang berarti ada hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan pelaksanaan antenatal care di BLUD RSU Datu Beru. Pada penelitian yang telah dilakukan, terdapat 86,36% ibu dengan pendidikan Akademi/Perguruan Tinggi berada pada kategori sesuai dalam melaksanakan antenatal care di BLUD RSU Datu Beru Takengon dan 44,4% ibu dengan pendidikan rendah berada pada kategori tidak sesuai.

Menurut Notoatmodjo (2003), seperti dikutip Pratiwi (2009), pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan dan sangat besar pengaruhnya terhadap perilaku seseorang. Seseorang yang berpendidikan tinggi akan berbeda perilakunya dengan orang yang berpendidikan rendah. Tingkat pendidikan turut pula menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan yang mereka peroleh pada umumnya, semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin baik pula pengetahuannya.

Pengetahuan sangat penting karena dampak dari kurangnya pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan yaitu dapat timbul komplikasi yang menyertai ibu dan janin antara lain infeksi, kematian, perdarahan, kejang, dan fetal distress. Peran

bidan untuk mencegah terjadinya hal tersebut dengan deteksi dini dan KIE terhadap ibu hamil yang melakukan ANC di setiap pelayanan kesehatan (Soefoewan, 2013).

Asumsi peneliti tingginya tingkat pendidikan ibu mempengaruhi sesuai tidaknya pelaksanaan antenatal care karena pendidikan sangat berhubungan erat dengan banyaknya wawasan dan pengetahuan yang dimiliki ibu hamil. Dengan banyaknya pengetahuan yang dimiliki ibu maka semakin banyak wawasan yang dimiliki ibu hamil dan dengan luasnya wawasan maka ibu semakin memahami pentingnya pemeriksaan kehamilan secara teratur. Selain itu dengan adanya pendidikan ibu hamil dapat mempunyai pola pikir yang baik tentang pentingnya dan manfaat dari kunjungan *antenatal care* sehingga ibu dapat membuat keputusan yang benar dalam memperhatikan kesehatannya terutama dalam hal pemeriksaan kehamilan.

4. Hubungan tingkat pendapatan dengan pelaksanaan antenatal care di BLUD RSU Datu Beru Takengon

Berdasarkan perhitungan *Chi Square* pada SPSS diperoleh nilai p value $0,002 < 0,05$. Hal ini menunjukkan hipotesa null (H_0) ditolak yang berarti ada hubungan antara tingkat pendapatan ibu dengan pelaksanaan antenatal care di BLUD RSU Datu Beru Takengon.

Sebagian besar ibu yang memeriksakan kehamilannya di BLUD RSU Datu Beru memiliki pendapatan yang tinggi (51,54 %), hal ini merupakan salah satu alasan ibu dalam melaksanakan antenatal care di rumah sakit. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan sebanyak 88% ibu yang memiliki pendapatan $> \text{Rp } 3.000.000,-$ berada pada kategori sesuai dalam melaksanakan antenatal care, sedangkan ibu yang

memiliki pendapatan < Rp 1.750.000,- berada pada kategori tidak sesuai dalam melaksanakan antenatal care (80%).

Status ekonomi seseorang akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status ekonomi seseorang akan mempengaruhi perilaku orang tersebut. Faktor ekonomi juga dikaitkan dengan pendidikan, dimana jika ekonomi baik maka pendidikan akan tinggi sehingga perilaku kesehatan pun akan lebih baik (Aprillia, 2009).

Menurut penelitian Ratriasworo (2003) di Semarang dimana terdapat hubungan bermakna antara pendapatan dengan kunjungan ulang antenatal care dimana sebagian besar responden (41,5%) yang melakukan kunjungan antenatal care sebanyak 4 kali atau lebih berada pada kelompok dengan pendapatan tinggi.

Menurut peneliti, pendapatan berhubungan dengan pelaksanaan *antenatal care* dimana dengan meningkatnya pendapatan keluarga diharapkan ibu hamil dapat mencukupi kebutuhan hidupnya termasuk memeriksakan kehamilannya. Pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang *antenatal care* yang baik dan kesadaran untuk memeriksa kehamilan, karena telah dapat memenuhi semua kebutuhan keluarga baik primer maupun sekunder.

5. Hubungan pengetahuan dengan pelaksanaan antenatal care di BLUD RSU

Datu Beru Takengon

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa 104 ibu memiliki pengetahuan yang baik mengenai antenatal care dan sebanyak 90 orang berada pada kategori cukup. Begitupula pada tabel 5.8 menunjukkan 81,73 % ibu yang memiliki pengetahuan yang baik mengenai

antenatal care berada pada kategori sesuai dalam pelaksanaan antenatal care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon dan sebanyak 63,33% ibu yang berada pada kategori cukup.

Berdasarkan perhitungan *Chi Square* pada program SPSS didapatkan nilai p value = 0,006 dimana nilai p value tersebut $< 0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa hipotesa null (H_0) ditolak berarti ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan pelaksanaan antenatal care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon.

Menurut Notoatmodjo (2005), pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap obyek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia yaitu: indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui pendengaran dan penglihatan. Pengetahuan merupakan dasar untuk terbentuknya tindakan seseorang.

Salah satu penelitian mengenai hubungan pengetahuan dengan kepatuhan ibu dalam melaksanakan antenatal care oleh Erni Damayanti (2010) di RSUD Pandan Arang Boyolali didapatkan rata-rata responden memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi (42%) yang menunjukkan bahwa pengetahuan ibu sangat mempengaruhi perilaku ibu dalam mematuhi pelaksanaan antenatal care. Responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang baik berdampak pada kemampuan mereka menerima dan memahami informasi-informasi tentang resiko tinggi kehamilan dan meningkatkan pengetahuan mereka. Namun bagi responden yang memiliki pendidikan rendah (29%) kemampuan mereka untuk menerima dan memahami informasi tentang resiko

tinggi kehamilan juga rendah, sehingga pengetahuan mereka tentang resiko tinggi kehamilan juga cenderung rendah.

Asumsi peneliti pengetahuan yang baik mengenai kehamilan dan pentingnya pemeriksaan kehamilan meningkatkan kesadaran ibu hamil dalam melaksanakan antenatal care, dengan berpengetahuan yang baik ibu hamil dianggap mempunyai wawasan yang luas tentang *antenatal care*. Pengetahuan ibu hamil tentang *antenatal care* juga sangat memengaruhi kondisi kesehatan ibu dan janin yang sedang dikandungnya karena ibu yang memiliki pengetahuan tentang *antenatal care* yang luas akan dapat membentuk pola pengembangan pemeliharaan kondisi kesehatan terhadap kehamilannya beserta janin yang dikandungnya sehingga akan mempermudah nantinya dalam proses persalinannya. Hal ini dapat dilihat dengan banyak responden yang mengetahui tujuan antenatal care dan resiko-resiko kehamilan yang dapat diketahui pada pemeriksaan kehamilan serta tahap-tahap pelaksanaan antenatal care, mulai dari penimbangan berat badan sampai pemberian vitamin zat besi dan cara konsumsinya.

5.3 Keterbatasan Penelitian

1. Banyaknya jumlah responden yang diteliti menyebabkan peneliti memerlukan banyak enumerator sehingga tidak menutup kemungkinan terdapat perbedaan dalam cara mengisi kuesioner penelitian meskipun sebelum penelitian telah dilakukan persamaan persepsi pada seluruh enumerator.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

1. Ada hubungan antara umur ibu dengan pelaksanaan antenatal care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon dengan $p \text{ value} < 0,05$ yaitu 0,004.
2. Tidak ada hubungan antara paritas dengan pelaksanaan antenatal care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon dengan nilai $p \text{ value} > 0,05$ yaitu 0,647.
3. Ada hubungan antara pendidikan ibu dengan pelaksanaan antenatal care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon dengan dimana $p \text{ value} < 0,05$ yaitu 0,001.
4. Ada hubungan antara pendapatan dengan pelaksanaan antenatal care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon dengan $p \text{ value} < 0,05$ yaitu 0,002
5. Ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan pelaksanaan antenatal care di BLUD RSUD Datu Beru Takengon dimana $p \text{ value} < 0,05$ yaitu 0,006.

6.2 Saran

- a. Kepada Dinas Kesehatan dan institusi pelayanan kesehatan khususnya bidan di Poliklinik rumah sakit diharapkan lebih memperhatikan kebijakan-kebijakan yang bersifat teknis dalam tata cara pelaksanaan antenatal care yang sesuai dengan prosedur serta membantu mensukseskan program antenatal care bagi ibu hamil melalui penyuluhan motivasi yang dilakukan secara terus menerus di setiap pertemuan pada pelaksanaan antenatal care.

- b. Kepada bidan desa diharapkan memberi motivasi dan dukungan dukungan terhadap ibu hamil untuk melaksanakan antenatal care sesuai dengan tata cara pelaksanaan yang benar.

DAFTAR PUSTAKA

- Andryansyah, A. et, all. (2004). *Intervensi pemberdayaan masyarakat dalam rangka "Making Pregnancy Safer"*. <http://www.perpustakaan.depkes.go.id>. Diakses pada tanggal 26 April 2014.
- Ajzen, I & Fizbein, M. (1989). *Attitude structure and behavior*: <http://www.digilib.unimus.ac.id>. Diakses pada tanggal 3 Mei 2014
- Aprillia, Y. (2009). *Analisis sosialisasi program inisiasi menyusui dini kepada bidan di kabupaten klaten*. www.eprint.undip.ac.id. Diakses pada tanggal 8 Agustus 2014.
- Bobak. (2005). *Buku ajar keperawatan maternitas edisi V*. Jakarta : EGC
- Cunningham, F., G. (2006). *Obstetri williams*. Jakarta : EGC
- Damayanti, E. (2010). *Resiko tinggi kehamilan dengan kepatuhan kunjungan antenatal care di rsud. Pandan arang boyolali*. <http://publikasiilmiah.ums.ac.id/>. Diakses pada tanggal 27 Agustus 2014
- Depdikbud. (2003). *Kamus besar bahasa indonesia*. Jakarta : Balai Pustaka
- Depkes, RI. (2009). *Sistem kesehatan nasional*. Jakarta. <http://www.depkes.go.id>. Diakses pada tanggal 3 Mei 2014.
- . (2005). *Profil kesehatan indonesia*. Jakarta. <http://www.depkes.go.id>. Diakses pada tanggal 3 Mei 2014.
- . (2003). *Prinsip-prinsip dasar ilmu kesehatan masyarakat*. Jakarta. <http://www.depkes.go.id>. Diakses pada tanggal 3 Mei 2014.
- Dinkes Provinsi Aceh. 2012. *Data dan informasi kesehatan aceh*. <http://www.depkes.go.id>. Diakses pada tanggal 5 Mei 2014.
- Hariyadi, S. (2003). *Psikologi perkembangan*. Semarang : UNNES Press
- Hidayat, Azis., A. (2007). *Metode penelitian kebidanan & teknik analisa data*. Jakarta: Salemba Medika
- Joyomartono, M. (2011). *Pengantar antropologi kesehatan*. Semarang: UNNES Press

- Machfoed, I. (2009). *Metodologi penelitian bidang kesehatan, keperawatan, kebidanan, kedokteran*. Yogyakarta: Fitramaya
- Manuaba, I., G., B. (1998). *Ilmu kebidanan, penyakit kandungan, dan KB untuk penelitian bidan*. Jakarta: EGC
- Mochtar, R. (1998). *Sinopsis obstetri: obstetric fisiologi, obstetric patologis*. Jakarta: EGC
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- . (2005). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pratiwi, M. (2009). *Hubungan tingkat pendidikan dan pengetahuan ibu tentang asi eksklusif*. www.usm-library.com. Diakses pada tanggal 24 Agustus 2014
- Pusdiknakes. (2003). *Asuhan antenatal, buku 2*. Pusdiknakes.
- Ratriasworo, E. (2003). *Hubungan karakteristik ibu hamil dan dimensi kualitas pelayanan dengan kunjungan ulang pelayanan antenatal care di wilayah kerja puskesmas welahan I kabupaten jepara*. <http://eprints.undip.ac.id>. Diakses pada tanggal 27 Agustus 2014
- Saifuddin, AB, dkk. (2002). *Buku acuan nasional pelayanan kesehatan maternal & neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Sartika, L. (2011). ***Faktor-faktor yang berhubungan dengan antenatal care (anc) di wilayah kerja puskesmas kuala batee kabupaten aceh barat daya tahun 2011***. <http://repository.unmuha.ac.id/index.php/>. Diakses pada tanggal 26 Agustus 2014
- Sarwono, P. (2002). *Ilmu kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
- . (2008). *Buku acuan nasional pelayanan maternal dan neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
- Sarwono, S., W. (2000). *Pengantar umum psikologi*. Jakarta: PT. Bulan Bintang.
- Soetjiningsih. (1998). *Tumbuh kembang anak*. Jakarta: EGC.
- Wiknjosastro, H. (2005). *Ilmu kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka

KUESIONER PENELITIAN

HUBUNGAN KARAKTERISTIK IBU HAMIL DENGAN PELAKSANAAN ANTENATAL CARE DI BADAN LAYANAN UMUM DAERAH (BLUD) RUMAH SAKIT UMUM (RSU) DATU BERU TAKENGON TAHUN 2014

Kode Responden : (diisi oleh peneliti)

I. Data Demografi Umum

Petunjuk I :

- a) Isilah data dibawah ini dengan baik dan sesuai
- b) Beri tanda checklist ($\checkmark$) pada pilihan yang tersedia

1. Umur :

2. Agama :

3. Pendidikan terakhir :

4. Kehamilan :

☐ Pertama kali

☐ ≥ 2 kali

☐ ≥ 5 kali

5. Tingkat pendapatan :

☐ $< 1.750.000$ / bulan

☐ $1.750.000 - 3.000.000$ / bulan

☐ $> 3.000.000$ / bulan

6. Jarak antara rumah dan RS :

☐ < 1 km

☐ 1-4 km

☐ > 4 km

II. Kuesioner

Petunjuk II :

- Berilah respon terhadap pernyataan berikut sesuai dengan jawaban yang paling tepat menurut anda
- Jawaban dinyatakan dengan memberi tanda checklist ($\checkmark$) pada pilihan yang tersedia.

A. Pengetahuan Ibu Tentang Antenatal Care (Pemeriksaan Kehamilan)

1. Apa yang dimaksud dengan pemeriksaan kehamilan?
 - a. Pemeriksaan kehamilan untuk mengetahui jenis kelamin janin
 - b. Pemeriksaan kehamilan secara dini untuk mencegah komplikasi kehamilan dan mengoptimalkan kesehatan fisik dan mental ibu hamil
 - c. Pemeriksaan kehamilan pada usia kehamilan 7 bulan
 - d. Pemeriksaan kehamilan pada usia kehamilan 3 bulan
2. Tujuan pemberian pemeriksaan kehamilan adalah :
 - a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi
 - b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik dan mental ibu hamil
 - c. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi kehamilan yang mungkin terjadi
 - d. Semua Benar
3. Berapa kali sebaiknya ibu melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan ?
 - a. Empat kali
 - b. Tiga kali
 - c. Dua kali
 - d. Satu Kali

4. Pada usia kehamilan berapakah ibu sebaiknya melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan yang pertama?
 - a. Pada usia kehamilan 3-7 bulan
 - b. Pada usia kehamilan sebelum 3 bulan
 - c. Pada usia kehamilan 8 bulan
 - d. Kapan saja boleh
5. Kunjungan ke dua sebaiknya dilakukan pada usia kehamilan :
 - a. Pada usia kehamilan 3-7 bulan
 - b. Pada usia kehamilan sebelum 3 bulan
 - c. Pada usia kehamilan 8 bulan
 - d. Kapan saja boleh
6. Pemeriksaan kehamilan terakhir dilakukan pada usia kehamilan :
 - a. Pada usia kehamilan 3-7 bulan
 - b. Pada usia kehamilan 7-8 bulan
 - c. Pada usia kehamilan setelah 8 bulan
 - d. Kapan saja boleh
7. Dimana pemeriksaan kehamilan tidak boleh dilakukan?
 - a. Bidan
 - b. Dokter spesialis kandungan
 - c. Dukun beranak
8. Apa saja hal yang diberikan saat melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan di RS?
 - a. Pemberian vitamin zat besi
 - b. Penimbangan berat badan, Pemberian suntik TT, vitamin zat besi dan pemberian informasi mengenai komplikasi yang dapat terjadi saat hamil
 - c. Pemberian suntik TT saja
9. Penimbangan berat badan saat pemeriksaan kehamilan berguna untuk :

- a. Mengetahui kenaikan berat badan
 - b. Menaikkan berat badan
 - c. Mengetahui usia kehamilan
 - d. Mengetahui sehat atau tidak
10. Tujuan imunisasi TT adalah :
- a. Untuk meningkatkan kekebalan tubuh sebagai upaya pencegahan terhadap infeksi tetanus
 - b. Melindungi bayi yang baru lahir dari tetanus neonatorum
 - c. Melindungi ibu terhadap kemungkinan tetanus apabila terluka
11. Fungsi zat besi adalah :
- a. Meningkatkan pembentukan sel darah merah
 - b. Menambah nafsu makan
 - c. Sebagai vitamin
 - d. Untuk kesehatan bayi
12. Jumlah suplemen tablet besi yang diperlukan ibu selama kehamilan adalah:
- a. 30 tablet
 - b. 40 tablet
 - c. 80 tablet
 - d. 90 tablet
13. Salah satu komplikasi langsung yang kehamilan yang diketahui ibu :
- a. Mual muntah
 - b. Kurang selera makan
 - c. Letak lintang atau sungsang
 - d. Pusing
14. Salah satu komplikasi kehamilan tidak langsung yang diketahui ibu :
- a. Penyakit Jantung
 - b. Demam Tifoid
 - c. Demam Berdarah
 - d. Gastritis

15. Salah satu resiko ibu yang mengalami komplikasi kehamilan adalah :
- a. Usia terlalu muda
 - b. Belum pernah melahirkan
 - c. Jarak melahirkan terlalu dekat
 - d. Semua benar
16. Apa yang dimaksud dengan pre eklamsia:
- a. Komplikasi berat kehamilan yang dialami pada usia kehamilan 20 minggu yang ditandai oleh peningkatan tekanan darah (hipertensi), kekurangan protien dan edema (bengkak pada tubuh).
 - b. Komplikasi kehamilan yang disebabkan karena peningkatan tekanan darah (hipertensi)
 - c. Komplikasi kehamilan yang tidak diketahui penyebabnya
 - d. Tidak tahu
17. Berikut ini adalah tanda-tanda bahaya kehamilan:
- a. Muntah terus menerus dan tidak bisa makan
 - b. Pembengkakan dibagian tubuh terutama pada kaki, pandangan kabur dan sakit kepala
 - c. Demam
 - d. Mual-mual pada pagi hari

B. Pelaksanaan Antenatal Care (Pemeriksaan Kehamilan)

1. Kapan ibu melakukan kunjungan pertama pemeriksaan kehamilan?
- a. Usia kehamilan dibawah 3 bulan
 - b. Usia kehamilan 3-5 bulan
 - c. Usia kehamilan 5-7 bulan
 - d. Usia kehamilan 8 bulan
2. Berapa kali ibu melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan?
- a. 1 kali
 - b. 2 kali

- c. 3 kali
 - d. 4 kali
3. Apakah ibu melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai jadwal yang ditetapkan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 4. Apakah ibu memeriksa kehamilan sesuai dengan umur kehamilan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 5. Apakah ibu melakukan pengukuran tinggi dan berat badan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 6. Apakah ibu melakukan pemeriksaan tekanan darah?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 7. Apakah ibu melakukan pengukuran tinggi fundus uterus?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 8. Apakah ibu menerima suntikan TT secara lengkap?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 9. Apakah ibu mendapatkan tablet Fe saat memeriksa kehamilan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 10. Apakah dilakukan pemeriksaan laboratorium lengkap dan rutin pada ibu?
 - a. Ya
 - b. Tidak

11. Apakah ibu melakukan konseling kehamilan dengan petugas kesehatan/
 - a. Ya
 - b. Tidak
12. Apakah ibu merasa menghabiskan biaya yang banyak untuk melakukan kunjungan ke rumah sakit?
 - a. Ya
 - b. Tidak
13. Kendaraan apa yang ibu gunakan untuk berkunjung ke rumah sakit?
 - a. Mobil/Motor pribadi
 - b. Angkutan Umum
 - c. Jalan Kaki
14. Apakah ibu merasa letak rumah sakit terlalu jauh dari rumah ibu?
 - a. Ya
 - b. Tidak
15. Apakah ibu rutin meminum tablet besi yang diberikan?
 - a. Ya
 - b. Tidak