

**DUKUNGAN KELUARGA TIDAK BAIK SEBAGAI FAKTOR RISIKO
KETIDAKLENGKAPAN KUNJUNGAN *ANTENATAL CARE* (ANC) IBU
DI PUSKESMAS SUKAMAJU BANDAR LAMPUNG**

(Skripsi)

**Oleh
AYU INDAH RACHMAWATI**



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2018**

**DUKUNGAN KELUARGA TIDAK BAIK SEBAGAI FAKTOR RISIKO
KETIDAKLENGKAPAN KUNJUNGAN *ANTENATAL CARE* (ANC) IBU
DI PUSKESMAS SUKAMAJU BANDAR LAMPUNG**

Oleh

AYU INDAH RACHMAWATI

Skripsi

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh Gelar
Sarjana Kedokteran**

Pada

**Fakultas Kedokteran
Universitas Lampung**



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2018**

ABSTRACT

POOR FAMILY SUPPORT AS A RISK FACTOR FOR THE INCOMPLETENESS OF MOTHERS'S ANTENATAL CARE (ANC) VISITS IN PUSKESMAS SUKAMAJU BANDAR LAMPUNG

By

AYU INDAH RACHMAWATI

Background: Maternal mortality (MMR) in Indonesia have not reached a predetermined target. Complications of pregnancy and childbirth as the cause of maternal death can be prevented by antenatal care (ANC) visits. One of the factor that suspected affecting the completeness of an ANC visits is family support. This study aims to determine the relationship between family support and the completeness of mother's ANC visits in Puskesmas Sukamaju Bandar Lampung .

Method: This study used a quantitative analytical research with case control method. The sample in this study consisted of 60 mothers, divided into case and control group with 30 mothers in each group. The sampling technique that used in this research is the purposive sampling technique. This research instruments are a family support questionnaire that consists of 45 questions, and a list of maternal data from Puskesmas Sukamaju besides KIA book's that every mother had. The hypothesis test used in this study is chi square test.

Result: The result showed that from 30 respondents in case group there were 21 mothers (70%) who had poor family support and 9 mothers (30%) who had good family support. While from 30 respondents in control group there were 7 mothers (23,3%) with poor family support and 23 mothers (76,7%) with good family support. The result obtained in chi-square test in p-value is 0,001 and odds ratio (OR) test is 7,7 with CI 95% 2,424-24,245.

Conclusion: The risk of mother with poor family support for the incompleteness of an ANC visits at the Puskesmas Sukamaju Bandar Lampung is 7.7 times greater than mother with good family support.

Keywords: antenatal care (ANC), family support, pregnant mother.

ABSTRAK

DUKUNGAN KELUARGA TIDAK BAIK SEBAGAI FAKTOR RISIKO KETIDAKLENGKAPAN KUNJUNGAN *ANTENATAL CARE* (ANC) IBU DI PUSKESMAS SUKAMAJU BANDAR LAMPUNG

Oleh

AYU INDAH RACHMAWATI

Latar Belakang: Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih belum mencapai target yang telah ditentukan. Komplikasi kehamilan dan persalinan sebagai penyebab kematian ibu tersebut dapat dicegah dengan melakukan kunjungan *antenatal care* (ANC). Salah satu faktor yang diduga dapat memengaruhi kelengkapan kunjungan ANC adalah dukungan keluarga. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap kelengkapan kunjungan ANC di Puskesmas Sukamaju Bandar Lampung

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian analitik kuantitatif dengan metode *case control*. Subjek dalam penelitian ini terdiri dari 60 orang ibu, dengan masing-masing 30 orang ibu pada kelompok kasus dan kontrol. Pemilihan subjek menggunakan teknik *purposive sampling*. Instrumen penelitian ini adalah kuesioner dukungan keluarga yang terdiri dari 45 pertanyaan, serta kartu ibu di Puskesmas Sukamaju dan buku KIA milik ibu. Uji hipotesis yang digunakan adalah *chi square*.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 30 responden kelompok kasus terdapat 21 orang (70%) mendapat dukungan keluarga tidak baik dan 9 orang (30%) mendapat dukungan keluarga baik. Sedangkan dari 30 responden kelompok kontrol terdapat 7 orang (23,3%) dengan dukungan keluarga tidak baik dan 23 orang (76,7%) dengan dukungan keluarga baik. Hasil uji *chi square* didapatkan nilai *p-value* 0,001 dan *odds ratio* sebesar 7,7 dengan IK 95% 2,424-24,245.

Simpulan: Besar risiko dukungan keluarga yang tidak baik untuk terjadinya ketidaklengkapan kunjungan ANC Ibu di Puskesmas Sukamaju Bandar Lampung adalah 7,7 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu dengan dukungan keluarga yang baik.

Kata kunci: antenatal care, dukungan keluarga, ibu hamil.

Judul Skripsi

**: DUKUNGAN KELUARGA TIDAK BAIK
SEBAGAI FAKTOR RISIKO
KETIDAKLENGKAPAN KUNJUNGAN
ANTENATAL CARE (ANC) IBU DI
PUSKESMAS SUKAMAJU BANDAR
LAMPUNG**

Nama Mahasiswa

: Ayu Indah Rachmawati

No. Pokok Mahasiswa

: 1418011036

Program Studi

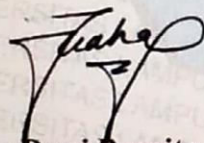
: Pendidikan Dokter

Fakultas

: Kedokteran

MENYETUJUI

1. Komisi Pembimbing

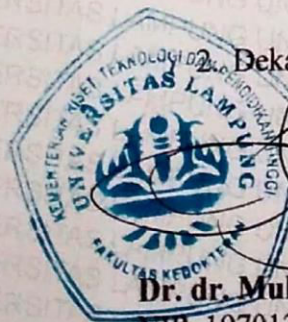


dr. Ratna Dewi Puspitasari, Sp. OG
NIP. 198004152014042001



Sofyan Musyabiq W., S.Gz., M.Gizi

Dekan Fakultas Kedokteran

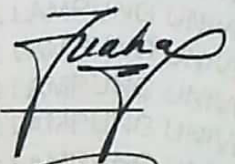


Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M. Kes., Sp.PA
NIP. 197012082001121001

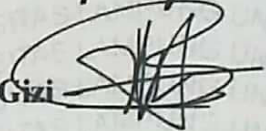
MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

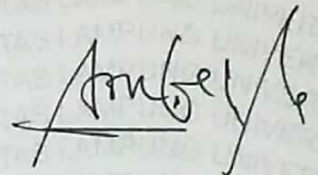
Ketua : dr. Ratna Dewi Puspitasari, Sp. OG



Sekretaris : Sofyan Musyabiq W., S.Gz., M.Gizi



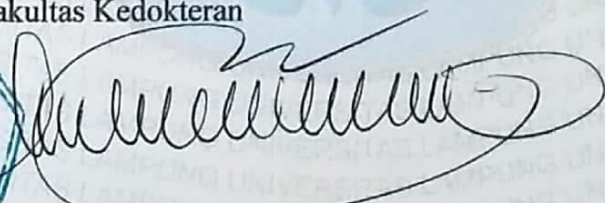
**Penguji
Bukan Pembimbing : dr. TA Larasati, M.Kes**



2. Dekan Fakultas Kedokteran



Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp.PA
NIP. 197012082001121001



Tanggal Lulus Ujian Skripsi: 24 Januari 2018

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya, bahwa:

1. Skripsi dengan judul “Dukungan Keluarga Tidak Baik Sebagai Faktor Risiko Ketidaklengkapan Kunjungan *Antenatal Care* (ANC) Ibu di Puskesmas Sukamaju Bandar Lampung” adalah hasil karya saya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atas karya penulis lain dengan cara yang tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut plagiarisme.
2. Hak intelektual atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini, apabila dikemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, 24 Januari 2018
Pembuat pernyataan,



Ayu Indah Rachmawati
NPM. 1418011036

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Metro, Lampung pada tanggal 8 November 1995, sebagai anak kedua dari dua bersaudara, dari Bapak Mujiono (alm.) dan Ibu Tugirah, M.Pd. Pendidikan Taman Kanak-kanak (TK) diselesaikan di TK 'Aisyiyah Yosomulyo Kota Metro pada tahun 2002, Sekolah Dasar (SD) diselesaikan di SD Muhammadiyah 1 Metro pada tahun 2008, Sekolah Menengah Pertama (SMP) diselesaikan di SMP Negeri 1 Metro pada tahun 2011, dan Sekolah Menengah Atas (SMA) diselesaikan di SMA Negeri 1 Metro pada tahun 2014. Semasa SMP hingga SMA, penulis aktif dalam kepengurusan OSIS sebagai sekretaris umum.

Tahun 2014, penulis terdaftar sebagai mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lampung melalui jalur Seleksi Bersama Masuk Perguruan Tinggi Negeri (SBMPTN). Selama menjadi mahasiswa, penulis pernah menjadi asisten dosen Laboratorium Fisiologi, Biokimia dan Biomolekuler pada tahun 2016/2017. Penulis aktif dalam kepengurusan Badan Eksekutif Mahasiswa (BEM) FK Unila dan menjadi sekretaris Dinas Pengabdian Masyarakat pada tahun kepengurusan 2015/2016 serta menjadi wakil kepala Dinas Pengabdian Masyarakat pada tahun kepengurusan 2016/2017. Selain itu, penulis pernah menjadi Pengurus Harian Wilayah (PHW) bidang *Community Empowerment* (CE) di Ikatan Senat Mahasiswa Kedokteran Indonesia (ISMKI) Wilayah 1 pada tahun 2015/2016.

**Pencapaian mimpi ini kupersembahkan untuk
Almarhum Bapak**

*Yang selalu mengajarkan kesabaran, kejujuran, dan meningsatkan
untuk selalu melakukan hal-hal baik yang dapat bermanfaat bagi orang
lain*

“Apabila manusia meninggal dunia, maka terputuslah segala amalnya kecuali 3 perkara: sedekah yang mengalir, ilmu yang bermanfaat dan doa anak yang soleh” (Hadist Riwayat Muslim)

SANWACANA

Segala puji bagi Allah SWT, Allah yang Maha Pengasih, Allah yang Maha Penyayang, yang tiada habis memberikan kepada kita kasih dan sayang-Nya, nikmat dan karunia-Nya, sehingga penelitian ini dapat saya selesaikan. Shalawat dan salam senantiasa tercurahkan kepada Nabi Muhammad SAW, sebaik-baik manusia di muka bumi dengan keteladanan yang abadi hingga kini. Alhamdulillah atas kehendak, izin dan pertolongan Allah SWT, akhirnya penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Dukungan Keluarga Tidak Baik sebagai Faktor Risiko Ketidاكلengkapan Kunjungan *Antenatal Care* (ANC) di Puskesmas Sukamaju Bandar Lampung” sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana Kedokteran di Universitas Lampung.

Penulis meyakini penelitian skripsi ini tidak akan selesai tanpa dukungan dan bantuan dari banyak kalangan. Maka dengan ini penulis sampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Hasriadi Mat Akin, M.P., selaku Rektor Universitas Lampung;
2. Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp.PA, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;

3. dr. Ratna Dewi Puspitasari, S.Ked., Sp.OG, selaku Pembimbing Utama atas waktu dan kesediaannya untuk memberikan ilmu, bimbingan, saran, dan kritik yang membangun dalam proses serta penyelesaian skripsi ini;
4. Bapak Sofyan Musyabiq Wijaya, S.Gz., M.Gizi., selaku Pembimbing Kedua atas waktu dan kesediaannya untuk memberikan ilmu, bimbingan, saran, dan kritik yang membangun dalam proses serta penyelesaian skripsi ini;
5. dr. TA Larasati, S.Ked, M.Kes., selaku Pembahas yang telah meluangkan waktunya dalam memberikan ilmu, masukan, dan saran dalam skripsi ini;
6. Dr. dr. Jhons Fatriyadi Suwandi, S.Ked, M.Kes., selaku Pembimbing Akademik yang telah banyak memberi saran akademik hingga akhir semester ini dan telah meluangkan waktu diantara kesibukannya;
7. Seluruh staf pengajar dan karyawan Fakultas Kedokteran Unila atas ilmu, waktu, dan bimbingan yang telah diberikan dalam proses perkuliahan;
8. Ummi, wanita luar biasa yang berjuang setiap hari, seorang ibu, guru, juru masak, penasehat, serta penyemangat yang selalu ada untuk penulis. Rasa terimakasih tak terhingga atas perjuangan, dukungan, perhatian dan do'a yang selalu diberikan hingga saat ini dan seterusnya;
9. Eva Nurlindayanti, kakak terbaik yang selalu menjadi tempat curahan hati penulis. Terima kasih atas do'a, perhatian, dukungan, semangat, saran dan nasehat yang tak henti diberikan kepada penulis;
10. Nenek yang sudah pergi bahkan sebelum melihat penulis mendapat gelar dokter, yang selalu menyebut nama penulis setiap hari bahkan ketika penulis tidak ada dirumah. Kata terimakasih tidak akan cukup untuk

menggantikan rasa sayangnya kepada penulis. Semoga nenek selalu tenang dan bahagia disisi-Nya;

11. Keluarga besar Mbah Mansyur dan keluarga besar Mbah Ngatiyem atas do'a, dukungan, semangat, nasihat yang menjadi sumber kekuatan bagi penulis dalam menyelesaikan proses pembelajaran di FK Unila;
12. Teman seperjuangan yang menjadi keluarga kesekian di FK Unila, Nofia, Rini, Entan, Ninis, Ari, Gita, dan Atika. Terimakasih atas bantuan, dukungan, perhatian dan hal-hal kecil yang telah diberikan sampai hari ini. Semoga kita dapat selalu berjuang bersama hingga seterusnya;
13. Teman dekilku, para pejuang dan penyemangat yang selalu membawa kebahagiaan apapun keadaannya, Bang Rian, Sekar, Ade, Nina, Theo, Juju, Dicky. Terimakasih atas rasa, pengalaman, kekompakan, dan dukungan yang tak terhingga. Semoga kita dapat terus melakukan hal-hal baik dan bermanfaat bersama;
14. Keluarga kecil SMANSA, Mb Nurul, Ina, Septi, Ronna, Gusti, Rama, yang selalu mengingatkanku akan kehangatan rumah dan Kota Metro;
15. Teman seperjuangan skripsi, Vika dan Aprina. Terimakasih karena telah bersedia untuk berjuang bersama;
16. Teman sejawat 2014, CRAN14L yang tidak bisa disebutkan satu per satu. Terima kasih atas segala suka duka, motivasi, dan kebersamaan selama 3,5 tahun ini;
17. Bopung 15 dan 16, para pejuang Pengmas masa depan. Terimakasih atas dukungan dan semangat yang telah diberikan kepada penulis. Semoga tetap kompak dan tak pernah pamrih dalam membantu sesama;

18. Sahabat-sahabatku yang sedang mengejar mimpi ditempatnya masing-masing, Nissa, Grace, Eldest. Terimakasih untuk segala do'a, semangat dan dukungannya. Semoga ilmu yang kita miliki dapat bermanfaat;
19. Responden penelitian, Kader, Bidan, Perawat, dan berbagai pihak di Puskesmas Sukamaju yang telah bersedia membantu penulis dalam menyelesaikan penelitian. Terkhusus untuk dr. Iwan, Kepala Puskesmas Sukamaju yang telah mengizinkan penulis untuk melakukan penelitian;
20. Dan semua pihak yang turut berkontribusi dalam penyelesaian skripsi ini yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu, terima kasih atas segala kebaikan yang telah diberikan kepada penulis.

Penulis menyadari skripsi ini masih memiliki banyak kekurangan dan jauh dari kesempurnaan, namun penulis berharap skripsi ini dapat memberikan manfaat dan pengetahuan baru kepada setiap orang yang membacanya. Semoga segala perhatian, kebaikan, dan keikhlasan yang diberikan selama ini mendapat balasan dari Allah SWT. Terima kasih.

Bandar Lampung, 24 Januari 2018.

Penulis

Ayu Indah Rachmawati

DAFTAR ISI

Halaman

DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR GAMBAR	v
BAB I PENDAHULUAN	1
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
1.4.1 Bagi Peneliti.....	5
1.4.2 Bagi Keluarga Ibu Hamil	5
1.4.3 Bagi Pelayanan Kesehatan.....	6
1.4.4 Bagi Ilmu Kedokteran.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 <i>Antenatal Care</i>	7
2.1.1 Pengertian <i>Antenatal Care</i>	7
2.1.2 Tujuan <i>Antenatal Care</i>	8
2.1.3 Program Pelayanan Kesehatan Maternal di Indonesia	10
2.1.4 Program <i>Antenatal Care</i> di Indonesia	14
2.1.5 Kondisi <i>Antenatal Care</i> di Bandar Lampung	16
2.1.6 Faktor yang Memengaruhi Kelengkapan Kunjungan ANC	16
2.2 Psikologi	21
2.2.1 Pengertian Psikologi	21
2.2.2 Psikologi Ibu Hamil	22
2.2.3 Pengaruh Keluarga terhadap Psikologi Ibu Hamil	24

2.3 Dukungan Keluarga	26
2.3.1 Pengertian Dukungan Keluarga	26
2.3.2 Fungsi Dukungan Keluarga	26
2.3.3 Bentuk Dukungan Keluarga.....	28
2.3.4 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Dukungan Keluarga.....	29
2.4 Kerangka Teori	31
2.5 Kerangka Konsep.....	32
2.6 Hipotesis	32

BAB III METODE PENELITIAN 33

3.1 Desain Penelitian	33
3.2 Tempat dan Waktu	34
3.2.1 Tempat	34
3.2.2 Waktu.....	34
3.3 Populasi dan Sampel	34
3.3.1 Populasi.....	34
3.3.2 Sampel	34
3.4 Identifikasi Variabel.....	37
3.4.1 Variabel Bebas	37
3.4.2 Variabel Terikat	37
3.5 Definisi Operasional	38
3.6 Metode Pengumpulan Data.....	38
3.7 Instrumen Penelitian	39
3.7.1 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas	41
3.8 Alur Penelitian	43
3.9 Pengolahan dan Analisis Data	44
3.9.1. Pengolahan Data	44
3.9.2. Analisis data.....	44
3.10Etika Penelitian	46

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN 47

4.1. Hasil Penelitian	47
4.1.1. Karakteristik Responden di Wilayah Puskesmas Sukamaju Bandar Lampung	49
4.1.1.1. Gambaran Umum Karakteristik Responden.....	49
4.1.1.2. Karakteristik Responden Berdasarkan Kelompok Kasus dan Kelompok Kontrol	52
4.1.2. Analisis Univariat	55
4.1.2.1. Gambaran Umum Dukungan Keluarga Responden	55
4.1.2.2. Gambaran Dukungan Keluarga pada Setiap Dimensi Kuesioner	56

4.1.3.	Analisis Bivariat	57
4.1.3.1.	Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kelengkapan Kunjungan ANC	57
4.2.	Pembahasan.....	59
4.2.1.	Gambaran Umum Karakteristik Responden	59
4.2.2.	Gambaran Dukungan Keluarga Responden.....	61
4.2.3.	Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kelengkapan Kunjungan ANC	65
BAB V SIMPULAN DAN SARAN.....		71
5.1.	Simpulan	71
5.2.	Saran	72

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Prevalensi K1-K4 di Bandar Lampung Tahun 2016.....	16
2. Definisi Operasional Penelitian.....	38
3. Skor Alternatif Jawaban.....	40
4. Kisi-Kisi Instrumen.....	41
5. Nilai Besar Risiko (Odds Ratio/OR) Paparan Terhadap Kasus.....	46
6. Gambaran Umum Karakteristik Responden.....	49
7. Karakteristik Responden Berdasarkan Kelompok Kasus dan Kelompok Kontrol.....	52
8. Gambaran Umum Dukungan Keluarga Responden.....	56
9. Gambaran Dukungan Keluarga pada Setiap Dimensi Kuesioner.....	56
10. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kelengkapan Kunjungan ANC Ibu di Cakupan Wilayah Puskesmas Sukamaju Bandar Lampung.....	58

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Kerangka Teori Penelitian.....	31
2. Kerangka Konsep Penelitian	32
3. Paradigma Penelitian.....	37
4. Alur Penelitian	43

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka kematian ibu (AKI) merupakan salah satu permasalahan yang dijadikan fokus oleh pemerintah Indonesia dalam pengambilan kebijakan di bidang kesehatan. Hal ini dikarenakan AKI di Indonesia masih cukup tinggi untuk dapat memenuhi target *Millenium Development Goals* (MDGs). Dari 31 indikator MDGs terkait sektor kesehatan, terdapat 7 indikator yang belum dapat dicapai, salah satunya adalah tujuan yang ke-5, yakni meningkatkan kesehatan ibu. Dalam pencapaiannya, Indonesia harus menurunkan AKI sebesar tiga perempat rata-rata AKI tahun 1990 hingga 2015 (Bappenas, 2010).

Angka kematian ibu di Provinsi Lampung berdasarkan SDKI tahun 2012 adalah 359 per 100.000 kelahiran hidup yang masih berada dibawah target yaitu 102 per 100.000 kelahiran hidup. Penyebab kematian terbanyak berdasarkan data yang didapat dari profil kesehatan Lampung tahun 2014 adalah perdarahan yaitu sebanyak 47 kasus dan diikuti oleh preeklampsi yaitu sebanyak 46 kasus (Gufron, 2014). Untuk memenuhi target *Sustainable Development Goals* (SDGs) sebagai kelanjutan dari MDGs, pemerintah

mengupayakan berbagai program untuk menurunkan angka kematian ibu. Salah satu upaya yang dilakukan pemerintah adalah dengan meningkatkan pelayanan kesehatan ibu hamil melalui *antenatal care* (ANC).

Dalam pelaksanaannya, ANC dilakukan minimal 4 kali selama masa kehamilan ibu. Kunjungan pertama (K1) dilakukan pada trimester 1, kunjungan kedua pada trimester 2, serta kunjungan ke-3 dan ke-4 pada trimester 3 (K4). Standar waktu tersebut diatur untuk mencegah terjadinya hal-hal yang tidak diinginkan akibat komplikasi kebidanan maupun hal lain yang dapat membahayakan kehamilan melalui deteksi dini faktor risiko serta penanganan dini saat terjadi komplikasi sehingga menjamin perlindungan terhadap ibu dan janinnya (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Angka cakupan K1 dan K4 di Provinsi Lampung cenderung naik turun setiap tahunnya. Hingga tahun 2014, Provinsi Lampung belum pernah mencapai angka target nasional yang telah ditetapkan (Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, 2014). Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung tahun 2016, Puskesmas dengan angka kunjungan K1 dan K4 paling rendah di Bandar Lampung terdapat di Puskesmas Sukamaju Bandar Lampung dengan angka kunjungan K1 sebesar 82,54% dan K4 sebesar 67,13% dimana keduanya belum memenuhi target kota Bandar Lampung yaitu sebesar 95% .

Menurut Syamsiah dan Pustikasari (2014) dalam penelitiannya mengenai faktor-faktor yang memengaruhi kunjungan ANC, didapatkan hasil yaitu

pengetahuan, sikap, dan dukungan sosial. Dukungan sosial yang dimaksud dapat berasal baik dari lingkungan, teman, orangtua, keluarga, suami maupun tenaga kesehatan (Syamsiah dan Pustikasari, 2014). Komunikasi yang efektif antara ibu hamil dan suaminya serta dengan keluarganya dapat memengaruhi psikologi ibu hamil, sehingga hal ini sangat dibutuhkan untuk membangun motivasi ibu dalam merawat janin yang dikandungnya (Susanti, 2008).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Alawiyah (2014) tentang hubungan dukungan suami dengan kelengkapan kunjungan ANC pada ibu hamil trimester III di Puskesmas Mergangsan Kota Yogyakarta tahun 2014, terdapat hubungan antara dukungan suami dengan kelengkapan kunjungan ANC. Begitu juga dengan penelitian oleh Aryastuti (2013) tentang hubungan dukungan suami dengan kelengkapan kunjungan ANC pada ibu hamil TM III di Puskesmas Jetis II Bantul tahun 2013 yang menyebutkan hal yang sama. Dari kedua hasil penelitian tersebut, dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang kuat antara dukungan suami dengan keteraturan ANC seorang ibu hamil. Kemudian, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Komariyah (2010) tentang hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan ibu hamil dalam pemeriksaan ANC di Puskesmas Banyu Biru Kabupaten Semarang, mengungkapkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan ibu hamil dalam pemeriksaan ANC.

Dari latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk meneliti mengenai hubungan dukungan keluarga dengan kelengkapan kunjungan ANC ibu pada saat hamil dengan menggunakan metode yang berbeda dari penelitian sebelumnya, yaitu *case control*. Rencana penelitian yang akan dilakukan penulis berjudul “Dukungan Keluarga Tidak Baik Sebagai Faktor Risiko Ketidaklengkapan Kunjungan *Antenatal Care* (ANC) Ibu di Puskesmas Sukamaju Bandar Lampung”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, rumusan masalah dari penelitian ini yaitu apakah dukungan keluarga tidak baik merupakan faktor risiko ketidaklengkapan kunjungan ANC ibu di Puskesmas Sukamaju Bandar Lampung

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui besar risiko dukungan keluarga tidak baik untuk terjadinya ketidaklengkapan kunjungan ANC ibu di Puskesmas Sukamaju Bandar Lampung

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui gambaran umum responden;
2. Mengetahui gambaran dukungan keluarga terhadap ibu pada saat hamil di wilayah kerja Puskesmas Sukamaju Bandar Lampung;
3. Mengetahui adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan kelengkapan kunjungan ANC ibu di Puskesmas Sukamaju Bandar Lampung.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menambah wawasan dan memperkaya ilmu pengetahuan penulis serta menjawab pertanyaan penulis mengenai dukungan keluarga tidak baik sebagai faktor risiko ketidaklengkapan kunjungan ANC ibu di Puskesmas Sukamaju Bandar Lampung.

1.4.2 Bagi Keluarga Ibu Hamil

Hasil penelitian ini diharapkan dapat mendorong keluarga ibu untuk dapat memberi dukungan sosial, fisik, dan psikologis kepada ibu pada saat hamil agar dapat terus menjaga kandungannya dan rutin memeriksakannya di fasilitas pelayanan kesehatan untuk ibu hamil.

1.4.3 Bagi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber data mengenai salah satu faktor risiko ketidaklengkapan kunjungan ANC ibu yaitu dukungan keluarga tidak baik. sehingga kedepannya petugas kesehatan tidak hanya memberikan edukasi kepada ibu hamil namun juga kepada keluarga ibu hamil yang bersangkutan.

1.4.4 Bagi Ilmu Kedokteran

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan suatu informasi mengenai pentingnya dukungan sosial dari keluarga terhadap psikologis ibu pada saat hamil. Sehingga, perlu dipertimbangkan adanya pertanyaan mengenai kondisi keluarga dan dukungan keluarga pada saat petugas melakukan anamnesis ataupun sebagai pelengkap data di rekam medis.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Antenatal Care*

2.1.1 *Pengertian Antenatal Care*

Antenatal care (ANC) atau pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan untuk ibu hamil yang sesuai dengan standar pelayanan antenatal dan dilakukan oleh tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan yang dimaksud harus kompeten dan profesional di bidang kesehatan, seperti dokter spesialis kebidanan, dokter umum, pembantu bidan atau perawat bidan (Gufron, 2014).

Pelayanan antenatal sesuai standar yang termasuk dalam fokus program pemerintah dalam meningkatkan kesehatan ibu maternal adalah melalui ANC terpadu. *Antenatal care* terpadu merupakan pelayanan antenatal komprehensif dan berkualitas yang diberikan kepada semua ibu hamil. Implementasi pelayanan ANC terpadu telah diperkuat dengan dikeluarkannya kebijakan Menteri Kesehatan yang tertuang dalam pasal 6 ayat 1 huruf b Permenkes No. 25 tahun 2014 tentang upaya kesehatan anak, dimana salah satunya dinyatakan bahwa pelayanan kesehatan janin

dalam kandungan dilaksanakan melalui pemeriksaan antenatal pada ibu hamil dan pelayanan terhadap ibu hamil tersebut dilakukan secara berkala sesuai standar yaitu paling sedikit 4 (empat) kali selama masa kehamilan (K1-K4) (Mikrajab dan Rachmawati, 2016).

Dalam pemeriksaan antenatal, selain kuantitas (frekuensi kunjungan), perlu diperhatikan pula kualitas pemeriksaannya (Departemen Kesehatan RI, 2007). Jenis pemeriksaan pelayanan ANC terpadu adalah sebanyak 18 jenis pemeriksaan yaitu keadaan umum, suhu tubuh, tekanan darah, berat badan, lingkaran lengan atas (LILA), tinggi fundus uteri (TFU), presentasi janin, denyut jantung janin (DJJ), kadar hemoglobin (Hb), golongan darah, kadar protein urin, kadar gula darah/reduksi, pemeriksaan darah malaria, pemeriksaan bakteri tahan asam (BTA), pemeriksaan darah sifilis, tes serologi HIV, dan ultrasonografi (USG) (Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional, 2012).

2.1.2 Tujuan *Antenatal Care*

Berdasarkan Buku Pedoman Pelayanan Antenatal yang diterbitkan oleh Depkes RI tahun 2007 disebutkan bahwa terdapat beberapa tujuan diadakannya program ANC di Indonesia, yaitu:

- a) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin;
- b) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu;

- c) Mengenali dan mengurangi secara dini adanya penyulit-penyulit atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan;
- d) Mempersiapkan persalinan cukup bulan dan persalinan yang aman dengan trauma seminimal mungkin;
- e) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan mempersiapkan ibu agar dapat memberikan ASI secara eksklusif;
- f) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran janin agar dapat tumbuh dan berkembang secara normal;
- g) Mengurangi bayi lahir prematur, kelahiran mati dan kematian neonatal;
- h) Mempersiapkan kesehatan yang optimal bagi janin.

Selain itu, terdapat beberapa fokus pencapaian yang diungkapkan oleh *World Health Organization* (WHO) mengenai fokus pencapaian dari pelayanan antenatal secara menyeluruh. Diantaranya adalah:

- a) Mengidentifikasi dan melakukan pengawasan pada wanita hamil serta janin yang dikandungnya;
- b) Mendeteksi dan mengatasi komplikasi dalam kehamilan, terutama pre-eklamsi;
- c) Mendeteksi dan mengobati penyakit yang mendasari kemungkinan terjadinya komplikasi pada ibu hamil;
- d) Mendeteksi adanya gangguan anemia, infeksi HIV, masalah kesehatan mental, dan atau gejala stres serta kekerasan dalam rumah tangga;

- e) Melakukan upaya pencegahan, meliputi imunisasi tetanus toxoid (TT), pemberian obat cacing, pemberian tablet besi dan asam folat, pencegahan terhadap malaria dalam kehamilan dengan menggunakan profilaksis atau dengan kelambu;
- f) Menyarankan dan mendukung setiap wanita dan keluarganya untuk membangun kebiasaan sehat dalam rumah tangga (Lincetto dkk, 2013).

2.1.3 Program Pelayanan Kesehatan Maternal di Indonesia

Sebagai upaya untuk menurunkan AKI, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan sejak tahun 1990 telah meluncurkan *safe motherhood initiative*, sebuah program yang memastikan semua wanita mendapatkan perawatan yang dibutuhkan sehingga selamat dan sehat selama kehamilan dan persalinannya (Kementerian Kesehatan RI, 2016). Dalam melakukan kebijakan ini, dikenal adanya intervensi strategis yang dinyatakan sebagai empat pilar *safe motherhood*, yaitu:

1. Keluarga Berencana (KB)

Pemerintah melalui tenaga kesehatan di setiap daerah memastikan bahwa setiap orang atau pasangan mempunyai akses yang mudah untuk mendapatkan informasi dan pelayanan dalam merencanakan KB sehingga orang atau pasangan tersebut dapat merencanakan waktu yang tepat untuk kehamilan, jarak kehamilan dan jumlah anak yang diinginkan. Perencanaan ini nantinya akan menentukan alat kontrasepsi yang akan digunakan oleh pasangan tersebut. Dengan

demikian, melalui program ini pemerintah berharap tidak ada kehamilan yang tidak diinginkan serta menurunnya angka kehamilan yang masuk dalam kategori “4 Terlalu”, yaitu terlalu muda atau terlalu tua untuk kehamilan, terlalu sering hamil dan terlalu banyak anak.

2. Pelayanan *Antenatal Care* (ANC)

Melalui program ANC, pemerintah mengharapkan adanya pencegahan komplikasi obstetri jika memungkinkan dan memastikan bahwa komplikasi tersebut dapat dideteksi sedini mungkin serta ditangani secara memadai secara profesional oleh petugas kesehatan di setiap daerah.

3. Persalinan yang Aman

Pemerintah memastikan bahwa semua penolong persalinan, yaitu tenaga kesehatan mempunyai pengetahuan, keterampilan, dan alat untuk memberikan pertolongan yang aman dan bersih, serta memberikan pelayanan nifas kepada ibu dan bayi.

4. Pelayanan Obstetri Esensial

Dalam hal ini pemerintah memastikan bahwa pelayanan obstetri untuk menangani risiko tinggi kehamilan dan komplikasi yang terjadi pada kehamilan selalu tersedia bagi ibu hamil yang membutuhkannya.

Untuk mempercepat penurunan AKI, diperlukan adanya keterlibatan dari sektor lain di samping kesehatan. Sehingga, pada tahun 1996 Kantor

Menperta atas dukungan Presiden Republik Indonesia merilis suatu program yang dinamakan Gerakan Sayang Ibu (GSI). Ruang lingkup kegiatan GSI meliputi advokasi dan mobilisasi sosial. Dalam pelaksanaannya, GSI mempromosikan kegiatan yang berkaitan dengan Kecamatan Sayang Ibu dan Rumah Sakit Sayang Ibu. Hal ini bertujuan untuk mencegah adanya keterlambatan yang tidak diinginkan, yaitu:

- a) Keterlambatan di tingkat keluarga dalam mengenali tanda bahaya dan membuat keputusan untuk segera mencari pertolongan;
- b) Keterlambatan dalam mencapai fasilitas pelayanan kesehatan;
- c) Keterlambatan di fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapat pertolongan yang dibutuhkan (Saifudin dan Adriaansz, 2009).

Upaya lain yang juga telah dilakukan yaitu strategi *Making Pregnancy Safer* (MPS) yang dicanangkan pada tahun 2000. Program ini menyampaikan 3 poin penting, yaitu:

- 1) Setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih;
- 2) Setiap komplikasi obstetri 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.

Pada tahun 2012 Kementerian Kesehatan meluncurkan program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) dalam rangka

menurunkan angka kematian ibu dan neonatal sebesar 25%. Program ini dilaksanakan di provinsi dan kabupaten dengan jumlah kematian ibu dan neonatal yang menyumbang angka terbesar untuk Indonesia, yaitu Sumatera Utara, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan. Sehingga, dengan menurunkan angka kematian ibu di enam provinsi tersebut diharapkan akan dapat menurunkan angka kematian ibu di Indonesia secara signifikan. Program EMAS berupaya menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian neonatal dengan cara:

- 1) Meningkatkan kualitas pelayanan emergensi obstetri dan bayi baru lahir minimal di 150 Rumah Sakit PONEK dan 300 Puskesmas/Balkesmas PONEK); dan
- 2) Memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antarpuskesmas dan rumah sakit. Upaya percepatan penurunan AKI dapat dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, seperti pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, kemudahan mendapatkan cuti hamil dan melahirkan, dan pelayanan keluarga berencana.

2.1.4 Program *Antenatal Care* di Indonesia

Pelayanan antenatal yang bermutu merupakan pelayanan medis dasar yang tepat untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu hamil dan janin yang dikandungnya. Melalui program-program pemerintah yang ada mengenai kebijakan dalam pelayanan kesehatan maternal, pelayanan antenatal atau ANC di Indonesia terbukti menjadi salah satu fokus pemerintah di setiap kebijakannya.

Di Indonesia, akses terhadap pelayanan antenatal sebagai pilar kedua dari intervensi *Safe Motherhood* sudah cukup baik meskipun belum mencapai angka target yang diinginkan. Terutama dari segi mutunya, pelayanan antenatal di Indonesia masih perlu ditingkatkan kembali. Dalam pelaksanaan operasionalnya, dikenal standar minimal pelayanan antenatal yaitu “7T” yang terdiri dari:

1. **T**imbang berat badan;
2. **U**kur **T**ekanan darah;
3. **U**kur **T**inggi fundus uteri;
4. Pemberian imunisasi **TT** (Tetanus Toksoid) lengkap;
5. Pemberian **T**ablet zat besi, minimal 90 hari selama kehamilan;
6. **T**est terhadap penyakit menular seksual, HIV/AIDS dan malaria;
7. **T**emu wicara atau konseling dalam rangka persiapan rujukan.

Pemeriksaan ANC sebaiknya dilakukan segera mungkin setelah seorang wanita merasa dan meyakini dirinya hamil. Selama masa kehamilan,

seorang ibu sebaiknya melakukan kunjungan ANC minimal 4 kali sesuai standar waktu yang telah ditentukan, yaitu:

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

Namun, ketentuan waktu tersebut hanya disarankan untuk setiap kehamilan normal. Sehingga, apabila terdapat suatu kelainan atau penyulit kehamilan pada ibu hamil seperti mudah mual dan muntah, keracunan, perdarahan, kelainan letak dan lain-lain, jumlah frekuensi kunjungan dapat ditingkatkan sesuai dengan kebutuhan (Departemen Kesehatan RI, 2007).

Berdasarkan hasil penelitian Onwuhafua (2016) tentang pengaruh frekuensi kunjungan ANC terhadap kehamilan seorang ibu, didapatkan hasil bahwa ibu dengan frekuensi kunjungan antenatal sedang atau *moderate* (4-6 kali kunjungan) selama masa kehamilannya, memiliki perbedaan yang cukup signifikan dalam kondisi diri serta janinnya dengan ibu yang melakukan kunjungan ANC kurang dari 4 kali selama masa kehamilannya. Sedangkan, untuk tingkat kunjungan yang tinggi (lebih dari 6 kali) tidak memberikan perbedaan hasil yang berarti dibandingkan dengan ibu yang melakukan kunjungan sedang. Sehingga, ketika seorang ibu mematuhi angka kunjungan minimal yang telah ditetapkan oleh pemerintah Indonesia yaitu 4 kali kunjungan, maka hal tersebut dapat meningkatkan kondisi kesehatan ibu hamil dan janinnya.

2.1.5 Kondisi Antenatal Care di Bandar Lampung

Berdasarkan data sekunder yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung tahun 2016, dari 20.364 ibu hamil yang ada di Kota Bandar Lampung, sebanyak 19.844 (97,45%) ibu hamil yang melakukan K1 dan hanya 18.810 (92,37%) ibu hamil yang melanjutkan hingga K4. Meskipun angka K1-K4 yang ada di Bandar Lampung cukup tinggi, namun angka K4 masih berada dibawah target nasional. Berikut ini merupakan puskesmas yang memiliki angka kunjungan K1-K4 terendah di Bandar Lampung.

Tabel 1. Prevalensi K1-K4 di Bandar Lampung Tahun 2016.

No	Puskesmas	K1		K4	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1.	Sukamaju	332	82,54 %	270	67,13 %
2.	Kupang Kota	408	72,98 %	395	70,65 %
3.	Panjang	1408	91,11 %	1303	84,32 %

Sumber: Data Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung tahun 2016

Berdasarkan data, Puskesmas Sukamaju merupakan puskesmas dengan prevalensi jumlah kunjungan K4 paling rendah, yaitu 67,13%. Sedangkan, untuk prevalensi kunjungan K4 paling tinggi terdapat di Puskesmas Kedaton, yaitu 95,07%.

2.1.6 Faktor yang Memengaruhi Kelengkapan Kunjungan ANC

Hubungan erat antara kondisi ibu dan janin dengan angka kunjungan ANC membuat banyak peneliti yang tertarik untuk mencari faktor-faktor yang

memengaruhi frekuensi kunjungan ANC ibu pada saat hamil. Menurut Lawrence Green (1984) dalam Notoatmodjo (2012), faktor yang dapat memengaruhi perilaku seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan yaitu berasal dari faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non-behavior causes*). Faktor-faktor yang memengaruhi keteraturan ibu hamil dalam melakukan kunjungan ANC dilihat dari konsep dan perilaku seseorang yang dikemukakan oleh Green adalah sebagai berikut:

1. Faktor predisposisi

- a. Usia

Pola berfikir seseorang dapat dipengaruhi oleh seberapa matang orang tersebut dilihat dari usianya. Ibu dengan usia produktif akan lebih dapat berpikir rasional dan memiliki motivasi dalam memeriksakan kehamilannya (Agus dan Horiuchi, 2012).

- b. Pendidikan

Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin baik tingkat pengetahuannya. Sehingga ibu hamil yang berpendidikan, memiliki pengetahuan lebih mengenai pentingnya pelayanan antenatal. Tingkat pendidikan yang tinggi berkaitan dengan pemahaman mengenai masalah kesehatan dan kehamilan yang memengaruhi sikap terhadap kehamilannya sendiri maupun pemenuhan gizinya selama hamil (Notoatmodjo, 2012).

c. Pekerjaan

Status pekerjaan seorang ibu, apakah sebagai seorang ibu rumah tangga atau sebagai wanita yang disibukkan oleh pekerjaannya juga memengaruhi sikap ibu terhadap kepatuhannya dalam melakukan kunjungan ANC. Semakin tinggi aktivitas seorang ibu, maka semakin menurun kepatuhannya terhadap kunjungan ANC. Hal ini dikarenakan seseorang yang tidak bekerja memiliki waktu yang lebih banyak untuk melakukan kunjungan ANC dengan optimal (Salmah, Ikhsan, dan Nurlaelah, 2012). Namun, pekerjaan tersebut justru memberikan akses yang lebih baik terhadap berbagai informasi termasuk kesehatan maternal, hal ini akibat adanya interaksi dengan orang lain dengan pengetahuan lebih mengenai pentingnya pemeriksaan kehamilan.

d. Paritas

Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dialami oleh seorang wanita. Jumlah paritas memengaruhi seorang ibu hamil untuk tidak melakukan kunjungan ANC. Dibuktikan pada penelitian yang dilakukan Agus dan Horiuchi (2012) bahwa wanita yang memiliki jumlah paritas 2 atau lebih melakukan kunjungan ANC kurang dari 4 kali. Sedangkan, bagi ibu yang baru pertama kali hamil, ANC merupakan sesuatu yang baru sehingga ibu memiliki motivasi yang tinggi dalam pelaksanaannya.

e. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan indikator seseorang dalam melakukan suatu tindakan. Tingkat pengetahuan seorang ibu hamil mengenai pentingnya pelayanan antenatal dalam mencegah dan mendeteksi secara dini masalah kesehatan obstetri, memengaruhi pola berpikirnya tentang kunjungan ANC. Bagi ibu yang memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi, kunjungan antenatal bukanlah sekadar untuk memenuhi kewajiban, melainkan menjadi sebuah kebutuhan. Sehingga semakin tinggi tingkat pengetahuan ibu hamil, maka semakin tinggi pula frekuensi kunjungan ANC yang dilakukan (Salmah, Ikhsan dan Nurlaelah, 2012).

f. Sikap

Sikap positif atau negatif ibu hamil terhadap layanan pemeriksaan kehamilan memengaruhi keteraturan *antenatal care*. Adanya sikap atau respon yang baik terhadap pelayanan antenatal mencerminkan kepedulian ibu hamil terhadap kesehatan diri dan janinnya.

2. Faktor pemungkin

a. Jarak tempat tinggal

Akses ke fasilitas kesehatan memengaruhi motivasi ibu dalam melakukan kunjungan ANC. Kurang tersebar atau tidak adanya fasilitas kesehatan di tempat tinggal ibu hamil membuat mereka sulit memeriksakan kehamilannya. Tidak adanya transportasi untuk menjangkau fasilitas kesehatan juga memengaruhi

kepatuhan ibu hamil. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Agus dan Horiuchi (2012), wanita yang tidak menggunakan transportasi dan harus berjalan kaki untuk menuju ke tempat pelayanan kesehatan kebanyakan memiliki jumlah kunjungan ANC kurang dari 4 kali.

b. Penghasilan keluarga

Rendahnya penghasilan keluarga menjadi salah satu hambatan ibu hamil untuk mendapatkan prioritas kesehatan, hal ini akibat tingginya prioritas keuangan dalam pemenuhan kebutuhan pokok untuk keluarganya, sehingga menjadi terabaikan.

c. Media informasi

Informasi mengenai ANC dapat merubah pola pikir seorang ibu hamil mengenai pentingnya pelayanan kesehatan untuk dirinya serta janinnya. Informasi ini dapat diperoleh melalui media cetak atau elektronik, maupun oleh tenaga kesehatan (Salmah, Ikhsan, dan Nurlaelah, 2012; Syamsiah dan Pustikasari, 2014).

3. Faktor penguat

a. Dukungan suami / keluarga

Keluarga memiliki peran yang sangat penting sebagai penentu sikap seorang ibu hamil (Susanti, 2008). Melalui keluarga, seorang ibu hamil lebih sadar akan pentingnya diri dan janinnya bagi keluarga, sehingga mendorongnya untuk menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan. Menurut Dinas Kesehatan tahun 2010, salah satu penyebab kurangnya perawatan kehamilan

seorang ibu hamil adalah karena kurang adanya motivasi dari keluarga, terutama dari suami (Syamsiah dan Pustikasari, 2014).

b. Petugas kesehatan

Menurut Dinas Kesehatan tahun 2010, kurangnya perawatan pada masa kehamilan salah satunya disebabkan karena belum meratanya petugas kesehatan yang ada di daerah sehingga menurunkan akses ibu hamil untuk dapat memeriksakan kehamilannya. Selain itu, menurut Salmah (2012) sikap seorang petugas kesehatan juga memengaruhi frekuensi kunjungan ibu hamil ke pelayanan ANC. Dalam penelitiannya, didapatkan hasil bahwa semakin baik sikap petugas kesehatan maka semakin sering pula seorang ibu hamil mendatangi fasilitas kesehatan tersebut untuk melakukan pemeriksaan terhadap kehamilannya (Salmah, Ikhsan, dan Nurlaelah, 2012)

2.2 Psikologi

2.2.1 Pengertian Psikologi

Psikologi secara umum dapat didefinisikan sebagai disiplin ilmu yang berfokus pada perilaku dan berbagai proses mental serta bagaimana kedua hal tersebut dipengaruhi oleh kondisi mental organisme lainnya dan lingkungan eksternal (Wade dan Tavis, 2008).

2.2.2 Psikologi Ibu Hamil

Kehamilan adalah serangkaian proses yang diawali dengan konsepsi atau pertemuan antara ovum wanita dan sperma dari pria yang kemudian dilanjutkan dengan proses fertilisasi, nidasi dan implantasi. Masa kehamilan normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Departemen Kesehatan RI, 2007). Masa kehamilan dibagi menjadi 3 trimester atau triwulan. Trimester pertama dimulai pada usia kehamilan 0 hingga 12 minggu (bulan ke-4), trimester kedua pada usia kehamilan 13-28 minggu (bulan ke-7), dan trimester ketiga pada usia kehamilan 28-40 minggu (bulan ke-9) (Sarminah, 2012).

Kehamilan menyebabkan terjadinya perubahan fisik maupun psikologis dari ibu, serta perubahan sosial di dalam keluarga dalam persiapan menyambut anggota keluarga baru. Perubahan psikologis yang terjadi pada ibu berbeda sesuai dengan usia kehamilan ibu (Departemen Kesehatan RI, 2007).

1) Trimester pertama

Pada awal kehamilan, hormon progesteron dan estrogen dalam tubuh akan meningkat. Meningkatnya kedua hormon ini menyebabkan timbulnya rasa mual dan lemas sehingga ibu merasa tidak sehat dan membenci kehamilannya. Ibu merasa khawatir dan takut akan perubahan besar pada dirinya yang dapat mengubah penampilannya. Sehingga, pada trimester pertama ibu akan selalu

mencari tanda-tanda kehamilan pada dirinya untuk meyakinkan dirinya memang benar-benar hamil.

Seringkali masalah kejiwaan yang terjadi pada ibu hamil adalah perasaan takut serta penolakan ibu terhadap kehamilannya, rasa kecewa, cemas dan sedih. Karena perubahan fisik belum terlalu terlihat, biasanya seorang ibu merahasiakan kehamilannya dan mungkin hanya diberitahukan pada orang-orang tertentu saja, termasuk keluarganya.

2) Trimester kedua

Di trimester kedua, rasa cemas mulai menghilang karena ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang lebih tinggi. Ibu sudah dapat menerima kehamilannya sehingga dapat mengondisikan emosinya dengan baik. Perut yang belum terlalu besar tidak terlalu menjadi beban bagi ibu. Di trimester ini ibu sudah dapat merasakan gerakan janinnya sehingga ibu mulai merasakan kehadiran janinnya sebagai seseorang di luar dari dirinya sendiri. Pada trimester ini ibu merasa sehat dan terlepas dari rasa cemas dan tidak nyaman layaknya pada trimester pertama.

3) Trimester ketiga

Pada trimester ini ibu merasa lebih waspada dan cemas terhadap janin yang dikandungnya. Rasa tidak nyaman muncul kembali akibat semakin membesarnya perut. Bahkan terkadang ibu merasa dirinya jelek akibat perubahan yang terjadi pada dirinya.

Terkadang ibu merasa khawatir apabila janinnya dapat lahir sewaktu-waktu. Sehingga ibu lebih waspada terhadap tanda-tanda persalinan. Perasaan takut akan rasa sakit dan komplikasi yang dapat terjadi pada saat persalinan mulai timbul. Disamping itu, ibu merasa sedih karena akan berpisah dengan janinnya dan akan kehilangan perhatian khusus yang biasa diterimanya selama hamil. Pada trimester inilah dukungan suami dan keluarga sangat dibutuhkan oleh seorang ibu hamil. Karena motivasi utama seorang ibu untuk terus merawat janin yang dikandungnya adalah untuk kebahagiaan keluarga kecil yang dimilikinya (Departemen Kesehatan RI, 2007).

2.2.3 Pengaruh Keluarga terhadap Psikologi Ibu Hamil

Kehamilan memengaruhi seluruh anggota keluarga, baik dari keluarga ibu hamil maupun keluarga suaminya. Sehingga, setiap anggota keluarga harus dapat beradaptasi. Pada saat anggota keluarga menyadari peran baru mereka, dapat terjadi konflik dan ketegangan dari diri mereka.

Komunikasi yang efektif antara ibu dan suami serta keluarga, sangat diperlukan. Komponen terpenting di sekeliling ibu hamil yang dapat mendukung motivasi seorang ibu hamil untuk menjadi ibu yang baik adalah ibunya sendiri hingga ibu dapat memiliki reaksi terhadap kehamilan anaknya, menghargai kemandirian anaknya, keberadannya di masa lampau dan sekarang, serta keinginan untuk mengenangnya. Reaksi ibu terhadap

anaknyanya yang hamil penting untuk penerimaannya sebagai seorang nenek (Susanti, 2008).

Meskipun hubungan ibu hamil dengan ibunya sendiri adalah penting, tetapi yang terpenting adalah hubungan dengan suami atau ayah dari janin yang dikandungnya. Seorang wanita yang memiliki hubungan harmonis dengan suaminya akan mengalami pengaruh emosi dan gejala fisik lebih sedikit, termasuk komplikasi ketika melahirkan dan menyesuaikan diri setelah persalinan.

Anggota keluarga yang lain, terutama anak-anak dan kakek atau nenek harus menyesuaikan diri dengan ibu hamil. Untuk beberapa pasangan, kehamilan dapat berkembang menjadi krisis yang merupakan gangguan atau konflik sehingga dapat mengganggu keseimbangan keluarga. Kelemahan ego, kehilangan pertahanan diri, tidak teratasinya suatu masalah, dan perubahan hubungan yang mungkin akan terjadi dapat menimbulkan perilaku maladaptif pada salah satu atau lebih anggota keluarga sehingga memungkinkan adanya perpecahan keluarga. Namun, apabila keluarga dapat menangani krisis yang mungkin muncul tersebut, maka akan terjadi ikatan yang lebih kuat antarkeluarga (Susanti, 2008).

2.3 Dukungan Keluarga

2.3.1 Pengertian Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya. Anggota keluarga dipandang sebagai sesuatu yang tidak dapat dipisahkan dari lingkungan keluarganya, dalam hal ini anggota keluarga merasa diperhatikan oleh keluarganya. Sehingga, keluarga selalu siap dalam memberikan pertolongan dan bantuan kapanpun saat diperlukan (Murniasih dan Rahmawati, 2007).

Dukungan keluarga bukan sekedar memberikan bantuan, namun memandang persepsi penerima terhadap makna dari bantuan yang diberikan tersebut. Dukungan dapat berupa dorongan berupa bantuan, perhatian, penghargaan, atau kepedulian yang didapat satu kelompok individu yang terkait oleh ikatan perkawinan atau darah secara khusus (Pratiwi, 2011).

2.3.2 Fungsi Dukungan Keluarga

Terdapat empat tipe dukungan keluarga menurut Friedman (2010), bentuk dukungan keluarga yang dimaksud yaitu:

1. Dukungan emosional (*emotional support*)

Keluarga berperan sebagai tempat yang aman dan damai untuk beristirahat dan menenangkan pikiran. Dukungan ini meliputi perilaku seperti memberikan perhatian dan afeksi serta bersedia mendengarkan keluh kesah seorang individu. Individu yang

menghadapi persoalan atau masalah akan merasa terbantu saat keluarga selalu sedia mendengarkan dan memperhatikan masalah yang dihadapi individu tersebut.

2. Dukungan penilaian

Keluarga bertindak sebagai penengah dan fasilitator dalam pemecahan sebuah masalah. Dukungan dan perhatian yang diberikan keluarga merupakan bentuk penghargaan positif yang diberikan kepada seorang individu.

3. Dukungan instrumental (*instrumental support*)

Keluarga berperan sebagai sumber pertolongan dalam hal pengawasan terhadap kebutuhan seorang individu. Keluarga mencarikan solusi yang dapat menolong individu agar masalahnya dapat terpecahkan. Dukungan yang diberikan berupa pemberian bantuan secara langsung, seperti bantuan finansial atau bantuan dalam mengerjakan tugas tertentu.

4. Dukungan informasional (*informational support*)

Keluarga berperan sebagai pemberi dan penyebar informasi. Bentuk dukungan bersifat informasi dan dapat berupa saran, pengarahan dan umpan balik tentang bagaimana cara memecahkan persoalan. Bantuan informasi dari keluarga diharapkan dapat memberi informasi mengenai persoalan-persoalan yang dihadapinya.

2.3.3 Bentuk Dukungan Keluarga

Bentuk atau jenis dukungan keluarga berdasarkan teori Gallo dan Reichel (1998), yang disebutkan dalam penelitian Indriyani (2013), yaitu:

1. Dukungan Fisiologis

Dukungan fisiologis merupakan dukungan yang dilakukan dalam bentuk pertolongan mendasar dalam aktifitas sehari-hari. Hal ini meliputi menyiapkan makanan, memperhatikan gizi, mandi, *toileting*, membantu kegiatan fisik sesuai kemampuan, merawat bila ada yang sakit, dan lain-lain.

2. Dukungan Psikologis

Dukungan psikologis ditunjukkan dengan memberikan perhatian dan kasih sayang terhadap anggota keluarga, memberikan rasa aman, membantu menyadari dan memahami identitas anggota keluarga lainnya. Dalam hal ini termasuk meluangkan waktu untuk sekedar bercakap-cakap agar tercipta komunikasi yang baik serta melakukan diskusi dan bertukar pendapat dengan anggota keluarga.

3. Dukungan Sosial

Dukungan sosial merupakan dukungan yang diberikan dengan cara menyarankan dan mendukung anggota keluarga untuk dapat bersosialisasi dengan orang lain. Hal ini meliputi menyarankan untuk mengikuti kegiatan spiritual kelompok (pengajian), mengikuti perkumpulan antarrumah tangga (arisan), memberikan kesempatan untuk memilih fasilitas kesehatan sesuai dengan keinginan sendiri, menjaga agar tetap berinteraksi dengan orang lain dan membantu

dalam memperhatikan norma-norma yang berlaku di masyarakat (Indriyani, 2013)

2.3.4 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Dukungan Keluarga

Terdapat faktor-faktor yang dapat memengaruhi dukungan keluarga berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Purnawan (2009), yaitu :

1. Faktor internal

- a. Tahap perkembangan

Usia seseorang dapat memengaruhi pengaruh terhadap makna sebuah dukungan dari keluarganya. Setiap rentang usia memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang terjadi pada keluarganya secara berbeda-beda.

- b. Pendidikan dan tingkat pengetahuan

Latar belakang pendidikan, pengetahuan, dan pengalaman masa lalu akan membentuk cara berpikir seseorang, termasuk keyakinan akan pentingnya dukungan keluarga.

- c. Faktor emosi

Emosi dapat memengaruhi seorang individu dalam memberikan respon dukungan. Keadaan emosi seseorang yang sedang tidak baik dapat melakukan hal yang mengkhawatirkan, namun berbeda saat emosinya stabil, individu akan lebih tenang dalam menanggapi.

d. Aspek spiritual

Nilai dan keyakinan seseorang dalam menjalai hubungan dengan keluarga, teman dan kemampuannya mencari arti hidup.

2. Faktor eksternal

a. Menerapkan fungsi keluarga

Hal ini mencakup sejauh mana keluarga berpengaruh terhadap anggota keluarga lain yang mengalami masalah kesehatan serta sejauh mana bantuan yang diberikan untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarganya.

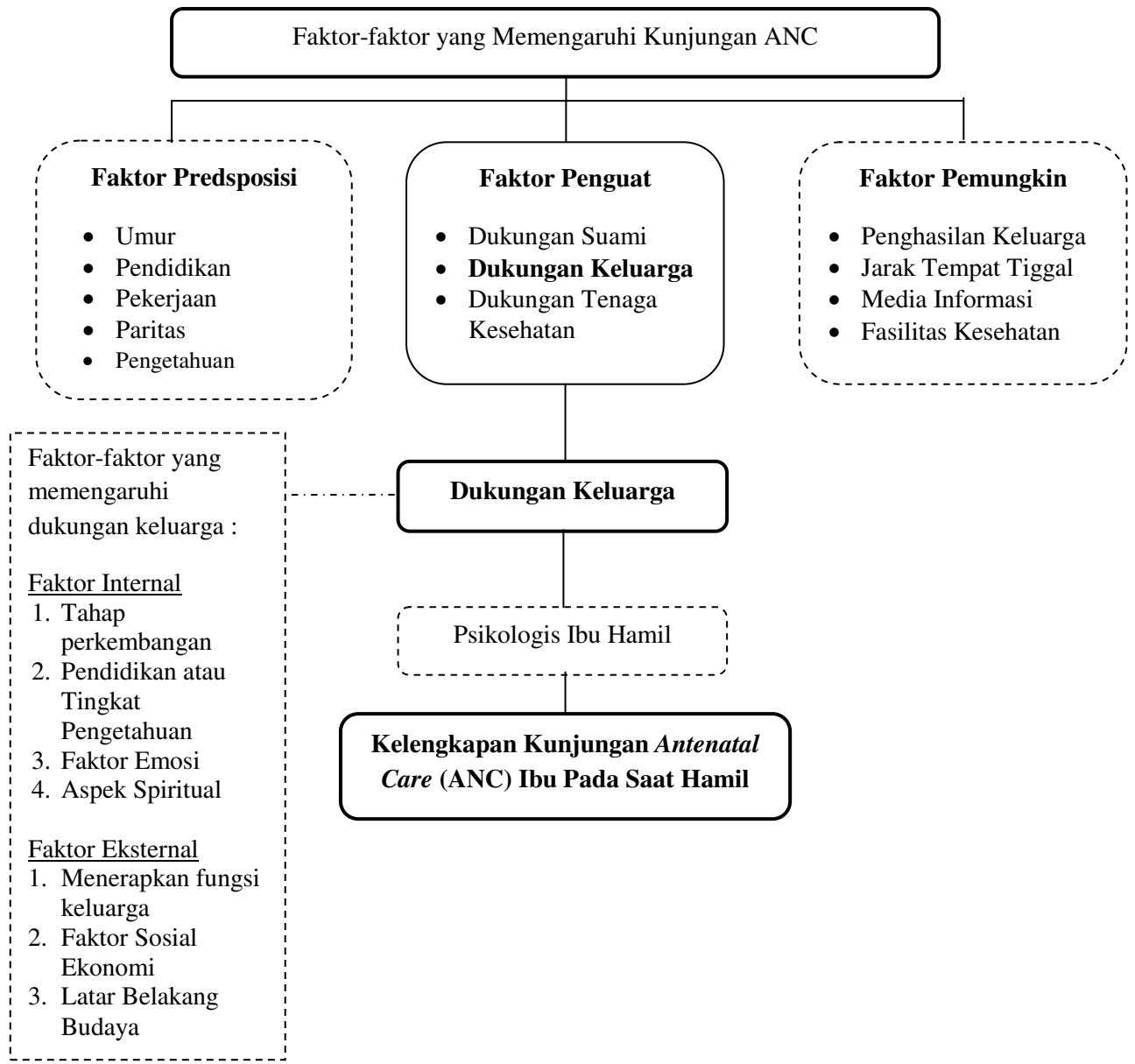
b. Faktor sosial ekonomi

Setiap individu membutuhkan dukungan terhadap kelompok sosial untuk memengaruhi keyakinan akan kesehatannya dan cara pelaksanaannya. Selain itu, individu dengan tingkat ekonomi diatas rata-rata akan lebih cepat tanggap terhadap masalah kesehatan yang sedang dihadapi keluarganya.

c. Latar belakang budaya

Latar belakang budaya memengaruhi nilai, keyakinan dan kebiasaan individu dalam memberikan dukungan dan cara mengatasi masalah kesehatan (Purnawan dan Rahayu, 2009).

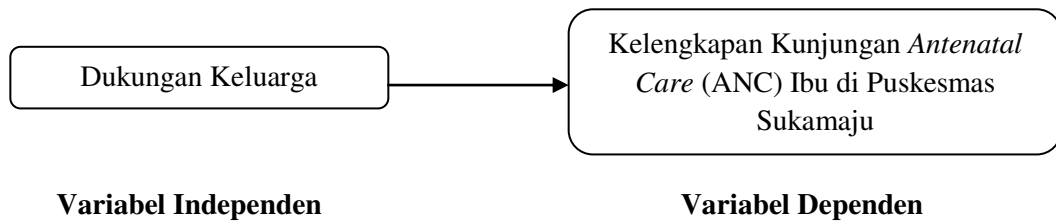
2.4 Kerangka Teori



Keterangan : **————** : yang diteliti dalam penelitian ini
 $\cdots\cdots\cdots$: tidak diteliti dalam penelitian ini
 Bold : variabel dalam penelitian

Gambar 1. Kerangka Teori Penelitian.
 (Modifikasi dari Green, 1984; Purnawan dan Rahayu, 2009, dan Susanti, 2009)

2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian

2.6 Hipotesis

Berdasarkan uraian teori yang telah dijelaskan diatas, maka hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah:

Ho: Tidak terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care* (ANC) ibu di Puskesmas Sukamaju Bandar Lampung.

H1: Terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care* (ANC) ibu di Puskesmas Sukamaju Bandar Lampung

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan adalah metode *case control* yaitu suatu penelitian (*survey*) analitik yang menyangkut bagaimana faktor risiko dipelajari dengan pendekatan *retrospective*. Sedangkan, studi penelitian yang digunakan adalah *comparational study* yaitu penelitian dengan menggunakan metode studi perbandingan yang dilakukan dengan cara membandingkan persamaan dan perbedaan sebagai fenomena untuk mencari faktor-faktor apa, atau situasi bagaimana yang menyebabkan timbulnya suatu peristiwa tertentu (Notoatmodjo, 2015).

Studi kasus kontrol dilakukan dengan mengidentifikasi kelompok kasus dan kelompok kontrol, kemudian secara retrospektif diteliti apakah kasus dan kontrol terpapar faktor risiko yang dimaksud atau tidak. Dalam penelitian ini, status kelengkapan kunjungan ANC diidentifikasi pada saat ini, kemudian faktor dukungan keluarga diidentifikasi adanya atau terjadinya pada waktu yang lalu.

3.2 Tempat dan Waktu

3.2.1 Tempat

Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Sukamaju Bandar Lampung.

3.2.2 Waktu

Penelitian dilaksanakan pada bulan Oktober sampai Desember 2017.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi merupakan wilayah generalisasi yang terdiri atas subjek atau objek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari kemudian ditarik kesimpulannya (Notoatmodjo, 2015). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil trimester III dan ibu yang sudah melahirkan dalam periode waktu tertentu sampai jumlah minimal sampel tercukupi yang berada di wilayah Puskesmas Sukamaju Bandar Lampung.

3.3.2 Sampel

Sampel merupakan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2015). Sampel dalam penelitian ini dibagi

menjadi dua kelompok, yaitu kelompok kasus dan kelompok kontrol. Sampel yang diambil merupakan populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi dibawah ini:

1. Kriteria Inklusi

a. Kriteria inklusi kasus

1. Bersedia menjadi responden;
2. Ibu hamil trimester III atau ibu yang sudah melahirkan dalam periode waktu tertentu sampai jumlah minimal sampel tercukupi dengan kunjungan ANC kurang dari 4 kali;
3. Terdaftar sebagai peserta fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk melakukan ANC di Puskesmas Sukamaju Bandar Lampung.

b. Kriteria inklusi kontrol

1. Bersedia menjadi responden;
2. Ibu hamil trimester III atau ibu yang sudah melahirkan dalam periode waktu tertentu sampai jumlah minimal sampel tercukupi dengan kunjungan ANC lebih dari atau sama dengan 4 kali;
3. Terdaftar sebagai peserta fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk melakukan ANC di Puskesmas Sukamaju Bandar Lampung.

2. Kriteria eksklusi

1. Ibu yang tidak bersedia menjadi responden dalam penelitian;
2. Ibu yang sudah tidak berada dalam wilayah kerja Puskesmas Sukamaju Bandar Lampung atau sudah pindah.

Cara pengambilan sampel pada penelitian ini adalah dengan cara *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel didasarkan atas pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti, berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo, 2015).

Penetapan jumlah sampel menggunakan teknik *total sampling*. *Total sampling* adalah teknik pengambilan sampel dimana semua anggota populasi digunakan sebagai sampel. Teknik sampling ini digunakan karena jumlah populasi yang memenuhi kriteria inklusi kurang dari 100 sampel (Sugiyono, 2012). Jumlah populasi kasus ibu hamil TM III yang memenuhi kriteria inklusi pada periode Oktober-November adalah 13 kasus. Sehingga perlu ditambahkan populasi ibu yang sudah melahirkan dalam periode waktu tertentu sampai jumlah minimal sampel terpenuhi, yaitu 30 sampel. Maka, sampel minimal yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 60 sampel. Dengan 30 sampel berperan sebagai kasus (*case*) dan 30 sampel berperan sebagai kontrol (*control*).

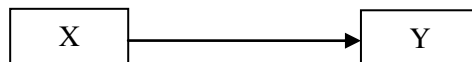
3.4 Identifikasi Variabel

3.4.1 Variabel Bebas

Variabel bebas merupakan variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel terikat. Dalam penelitian ini yang menjadi variabel bebas adalah dukungan keluarga terhadap ibu pada saat hamil yang diberi simbol X.

3.4.2 Variabel Terikat

Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas. Dalam penelitian ini yang menjadi variabel terikat adalah kelengkapan kunjungan ANC ibu pada saat hamil yang diberi simbol Y.



Gambar 3. Paradigma Penelitian

Keterangan:

X : Variabel dukungan keluarga

Y : Variabel kelengkapan kunjungan antenatal care (ANC) ibu pada saat hamil

→ : Garis Korelasi Sederhana

3.5 Definisi Operasional

Tabel 2. Definisi Operasional Penelitian.

Variabel	Definisi	Skala	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur
Dukungan Keluarga	Sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya. (Murniasih & Rahmawati, 2007)	Ordinal	Kuesioner	Angket (Pengisian sendiri oleh responden atau pengisian terbimbing tergantung keinginan responden)	1. Tidak Baik (skor < median) 2. Baik (skor ≥ median) (Santoso, 2003)
Kelengkapan kunjungan ANC	Pemeriksaan antenatal pada ibu hamil dan pelayanan terhadap ibu hamil sesuai standar yaitu paling sedikit 4 (empat) kali kunjungan selama masa kehamilan (K1-K4) (Departemen Kesehatan RI, 2007)	Ordinal	Data sekunder	Lembar observasi (pengisian oleh peneliti berdasarkan kartu ibu atau buku KIA)	1. Tidak Lengkap (ANC < 4) 2. Lengkap (ANC ≥ 4) (Departemen Kesehatan RI, 2007)

3.6 Metode Pengumpulan Data

Data yang diperoleh dalam penelitian ini berupa data primer dan data sekunder. Data yang dimaksud yaitu:

1. Data primer

Data primer merupakan data yang diperoleh peneliti langsung dari sumber pertama yaitu ibu yang memenuhi kriteria inklusi. Pada penelitian ini data primer yang digunakan berupa kuesioner yang dibagikan dan diisi oleh

responden. Kuesioner yang digunakan bertujuan untuk memperoleh data mengenai dukungan keluarga terhadap kehamilannya.

2. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang telah tersusun dalam dokumen-dokumen. Dalam penelitian ini data sekunder yang digunakan adalah data kunjungan ANC ibu hamil yang ada di Puskesmas Sukamaju Bandar Lampung (Kartu Ibu) dan buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) yang dimiliki oleh setiap ibu.

3.7 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti untuk mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik, lengkap, lebih cermat, dan sistematis sehingga mudah diolah. Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner dan data lain yang perlu diambil dari data sekunder. Kuesioner yang digunakan merupakan kuesioner dukungan keluarga terhadap frekuensi kunjungan ANC yang disusun oleh Dewi (2014) dan telah digunakan dalam penelitiannya.

Adapun instrumen data primer berupa kuesioner yang digunakan terdiri dari:

1. Kuesioner 1

Kuesioner berisi gambaran umum responden, meliputi nama, usia, pendidikan, pekerjaan, riwayat kehamilan, dan jenis pelayanan kesehatan yang digunakan.

2. Kuesioner 2:

Kuesioner berisi pernyataan untuk mengukur dukungan keluarga. Pernyataan kuesioner dukungan keluarga disusun oleh Dewi (2014) yang menyesuaikan teori Gallo dan Reichel (1998) mengenai jenis-jenis dukungan keluarga. Dewi (2014) menyesuaikan pernyataan kuesioner sehingga dapat diterapkan pada ibu hamil. Kuesioner terdiri dari 45 pernyataan dengan skala Likert sebagai skala ukurnya.

Dalam penelitian kuantitatif data dalam penelitian ini harus diubah menjadi angka-angka yaitu dengan penskoran. Jawaban setiap item instrumen yang menggunakan skala Likert mempunyai gradasi dari sangat positif sampai sangat negatif dapat berupa kata-kata antara lain: selalu, sering, jarang, dan tidak pernah. Skor setiap alternatif jawaban yang diberikan oleh responden pada pertanyaan positif (+) dan pernyataan (-) adalah sebagai berikut:

Tabel 3. Skor Alternatif Jawaban.

Pernyataan Positif (+)		Pernyataan Negatif (-)	
Alternatif Jawaban	Skor	Alternatif Jawaban	Skor
Selalu	4	Selalu	1
Sering	3	Sering	2
Jarang	2	Jarang	3
Tidak Pernah	1	Tidak Pernah	4

3. Kuesioner 3:

Kuesioner berisi pertanyaan untuk mengukur kelengkapan kunjungan ANC yang didasari oleh WHO dan Departemen Kesehatan RI mengenai

rekomendasi frekuensi kunjungan ANC. Kuesioner terdiri dari 1 pertanyaan dengan skala Gutmann sebagai skala ukurnya. Adapun penilaian skornya adalah: Ya = skor 2; Tidak = skor 1. Analisis penilaian skornya yakni dikategorikan lengkap apabila jumlah kunjungan minimal empat kali dan tidak lengkap apabila kunjungan kurang dari empat kali selama masa kehamilan.

Sedangkan, data sekunder yang digunakan berupa lembar observasi yang akan dilengkapi oleh peneliti. Adapun pengisian lembar observasi disesuaikan dengan buku KIA milik responden.

Tabel 4. Kisi-Kisi Instrumen

No.	Variabel Penelitian	Indikator	Nomor	
			Positif	Negatif
1.	Variabel Bebas Dukungan Keluarga	Dukungan Fisiologis	14, 19, 22, 25, 27, 30, 32, 34, 37	6, 9, 11, 12, 40, 43
		Dukungan Psikologis	1, 5, 8, 10, 16, 18, 21, 24, 31, 33	3, 13, 29, 36, 39
		Dukungan Sosial	2, 4, 7, 15, 23, 35, 38, 41, 42, 45	17, 20, 26, 28 44
2.	Variabel Terikat Kelengkapan ANC	Lengkap (≥ 4 kali) Tidak Lengkap (< 4 kali)	Kuesioner 3 dan Buku KIA	

3.7.1 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas

Kuesioner dukungan keluarga yang digunakan dalam penelitian ini sudah melalui uji validitas dan reliabilitas pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Mutiara Sari Dewi (2014).

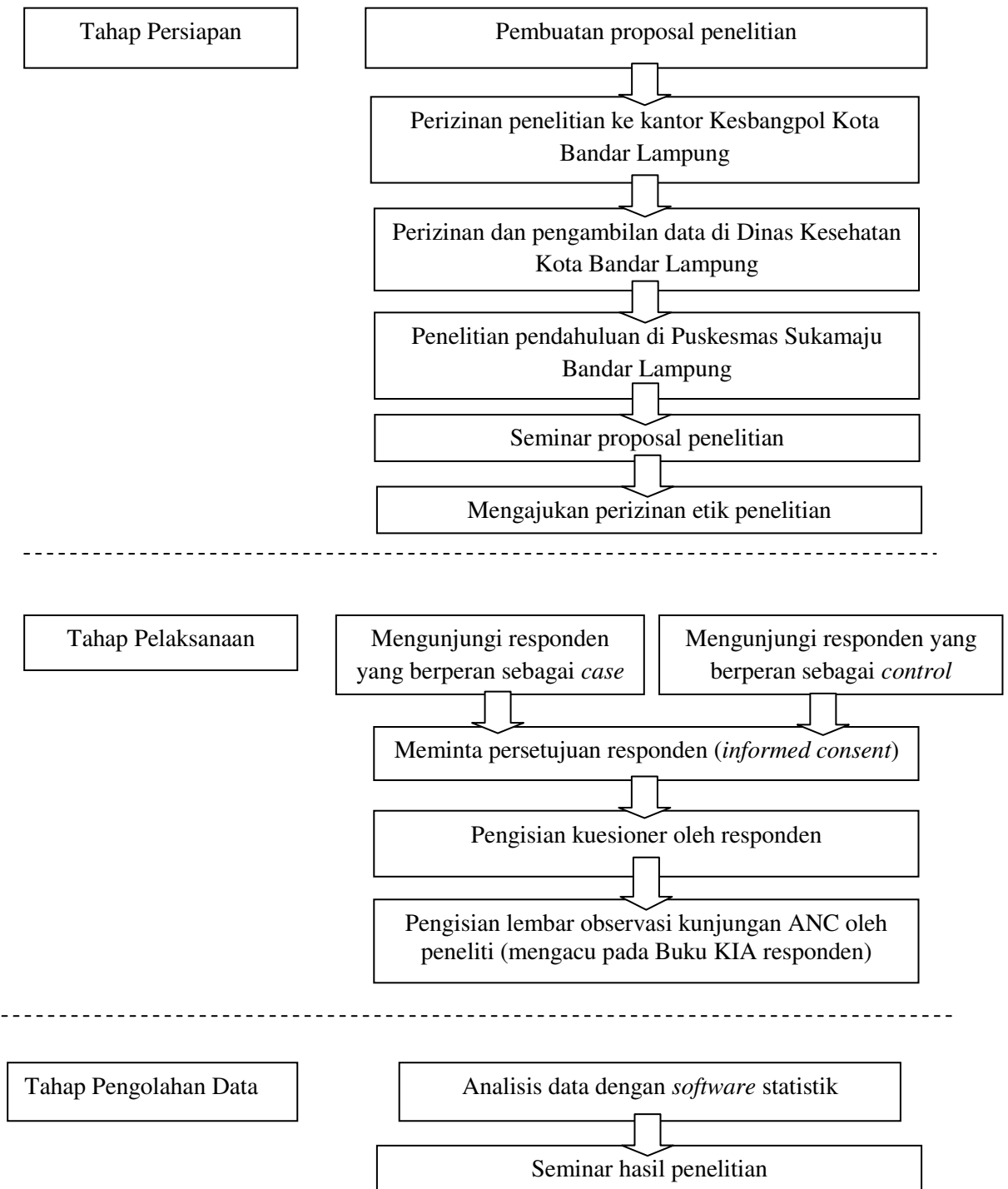
1. Hasil uji validitas

Uji validitas instrumen ini menggunakan rumus *Pearson Product Moment* dengan bantuan *software* SPSS. Uji validitas dilakukan pada 30 responden (n=30). Sehingga, dapat dikatakan valid apabila nilai r hitung $>r$ tabel dan tidak valid apabila nilai r hitung $<r$ tabel. Berdasarkan hasil uji validitas instrumen kuesioner dukungan keluarga yang dilakukan oleh Dewi (2014), dari 45 pernyataan yang diujikan didapatkan 17 pernyataan valid dan 28 pernyataan tidak valid. Sementara untuk 28 pernyataan yang dinyatakan tidak valid oleh sistem dimodifikasi oleh Dewi (2014) dan diuji kembali validitasnya menggunakan uji *content validity* oleh para ahli.

2. Hasil uji reliabilitas

Uji reliabilitas dilakukan setelah mengukur validitas kuesioner. Uji reliabilitas instrumen ini menggunakan bantuan *software alpha cronbach*, yaitu sebuah indikator dari konstitensi internal atau homogenitas dari suatu skala. Suatu instrumen dikatakan reliabel apabila nilai reliabilitasnya $>0,6$. Berdasarkan hasil uji reliabilitas instrumen kuesioner dukungan keluarga yang dilakukan oleh Dewi (2014) didapatkan hasil 0,667 sehingga instrumen dapat dikatakan reliabel.

3.8 Alur Penelitian



Gambar 4. Alur Penelitian.

3.9 Pengolahan dan Analisis Data

3.9.1. Pengolahan Data

Data yang telah didapat dari proses pengumpulan data primer dan sekunder, kemudian data diolah menggunakan aplikasi statistik dengan tahapan sebagai berikut:

- a. *Editing*, pemeriksaan kuesioner atau formulir yang masuk untuk memeriksa apakah jawaban yang ada di kuesioner sudah jelas, relevan, dan lengkap.
- b. *Coding*, perubahan bentuk data ke bentuk yang lebih ringkas dengan menggunakan kode-kode.
- c. *Data entry*, memasukkan data ke dalam program komputer.
- d. Tabulasi, pengelompokkan data dalam bentuk tabel menurut sifat-sifatnya.

3.9.2. Analisis data

- a. Analisis univariat

Analisis univariat dilakukan untuk menganalisis variabel bebas ataupun variabel terikat sehingga diperoleh distribusi dan frekuensi dari masing-masing variabel tersebut. Pada analisis univariat juga dilakukan analisis deskriptif yang bertujuan untuk membuat gambaran secara sistematis data yang faktual dan akurat mengenai distribusi dukungan keluarga terhadap kepatuhan ibu pada saat hamil dalam melakukan kunjungan ANC (Siswanto, Susila, dan Suyanto,

2013). Analisis univariat yang dijelaskan adalah gambaran umum responden seperti usia ibu, tingkat pendidikan, pekerjaan, masalah kesehatan selama hamil, jenis pelayanan kesehatan, gambaran anggota keluarga yang mengantar kunjungan, gambaran dukungan keluarga dan kelengkapan kunjungan ANC ibu dengan presentase dan tabel distribusi.

b. Analisis bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk melihat ada tidaknya hubungan antara dua variabel. Dalam penelitian ini analisis bivariat digunakan untuk menguji dua variabel, yaitu variabel dukungan keluarga sebagai variabel independen/bebas dengan variabel kelengkapan kunjungan ANC sebagai variabel dependen/terikat. Uji hipotesis yang digunakan adalah *chi square*. Namun, apabila data tidak memenuhi syarat uji *chi square*, maka peneliti dapat menggunakan uji *fisher* sebagai uji alternatifnya (Dahlan, 2015). Adapun syarat uji *chi square* adalah tidak ada atau maksimal 20% dari jumlah sel yang mempunyai nilai *expected* kurang dari 5. Apabila syarat tersebut tidak terpenuhi maka uji alternatif untuk analisis tabel 2x2 uji hipotesis komparatif kategorik tidak berpasangan adalah uji *fisher*. Adapun interpretasi uji *chi square* dan uji *fisher* sama, yaitu apabila $p \text{ value} < 0,05$ maka H_0 ditolak, dan apabila $p \text{ value} > 0,05$ maka H_0 diterima (Dahlan, 2015).

Selanjutnya dilakukan perhitungan nilai besar risiko (Odds Ratio/OR) paparan terhadap kasus dengan menggunakan tabel 2x2 sebagai berikut:

Tabel 5. Nilai Besar Risiko (Odds Ratio/OR) Paparan Terhadap Kasus.

Paparan	Kelompok		Total
	ANC tidak lengkap	ANC lengkap	
Dukungan Keluarga Tidak Baik	a	b	a + b
Dukungan Keluarga Baik	c	d	c + d
Total	a + c	b + d	a + b + c + d

Besar nilai *odds ratio* dinyatakan dengan rumus $OR = ad/bc$, dengan *confidence interval* (CI) 95%. Hasil interpretasi nilai OR adalah sebagai berikut:

- a. Apabila $OR > 1$ CI 95% tidak mencakup nilai 1, menunjukkan bahwa faktor yang diteliti merupakan faktor risiko.
- b. Apabila $OR > 1$ CI 95% mencakup nilai 1, menunjukkan bahwa faktor yang diteliti bukan merupakan faktor risiko.
- c. Apabila $OR < 1$ CI 95% tidak mencakup nilai 1, menunjukkan bahwa faktor yang diteliti merupakan faktor protektif.

3.10 Etika Penelitian

Penelitian ini telah melalui uji kelulusan etik dengan nomor 387/UN26.8/DL/2017 oleh komisi etik penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Lampung untuk mendapatkan persetujuan etik.