

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teoritis

1. Kehamilan

a. Pengertian

Kehamilan adalah masa dimulai dari konsepsi sampai janin lahir, lama hamil normal yaitu 280 hari atau 9 bulan 7 hari yang dihitung dari hari pertama haid terakhir, kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan. Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga bayi lahir, kehamilan normal akan berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Prawirohardjo, 2010).

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari: ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm. Lama kehamilan berlangsung sampai persalinan aterm adalah sekitar 280 sampai 300 hari. Kehamilan dibagi menjadi tiga triwulan, yaitu :

triwulan pertama (0 - 12 minggu), triwulan kedua (13 - 28 minggu), dan triwulan ketiga (29 - 42 minggu) (Prawirohardjo, 2010).

b. Proses terjadinya kehamilan

Proses terjadinya kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari :

- 1) Ovulasi pelepasan ovum
- 2) Proses pembentukan spermatozoa
- 3) Terjadi konsepsi membentuk zigot
- 4) Proses nidasi atau implantasi
- 5) Pembentukan plasenta (Prawirohardjo, 2010).

Untuk terjadi kehamilan harus ada spermatozoa, ovum (konsepsi), dan nidasi (implantasi) hasil konsepsi. Setiap spermatozoa terdiri atas tiga bagian yaitu kaput atau kepala yang berbentuk lonjong agak gepeng dan bagian yang silindrik (leher) menghubungkan kepala dengan ekor. Dengan getaran ekornya spermatozoa dapat bergerak cepat (Prawirohardjo, 2010). Setelah ovum dikeluarkan dari folikel degraf matang di ovarim, maka folikel ini akan berubah menjadi korpus luteum yang berperan dalam siklus menstruasi dan mengalami degenerasi setelah terjadinya menstruasi. Bila ovum dibuahi oleh spermatozoa maka korpus luteum akan dipertahankan oleh korionik gonadotropin yang dihasilkan oleh *sinsisio trofoblas* disekitar *blastokis* menjadi *korpus luteum* kehamilan.

Progesteron yang dihasilkan oleh korpus luteum sangat diperlukan untuk menyiapkan proses implantasi di dinding uterus dan proses kehamilan dalam trimester pertama sebelum nantinya fungsi ini diambil alih oleh plasenta dari trimester kedua. Progesteron yang dihasilkan dari korpus luteum juga menyebabkan peningkatan suhu tubuh basal yang terjadi setelah ovulasi akan tetap bertahan (Prawirohardjo, 2010).

Kehamilan menyebabkan dinding dalam uterus (endometrium) tidak dilepaskan sehingga amenore atau tidak datangnya haid dianggap sebagai tanda kehamilan. Namun, hal ini tidak dapat dianggap sebagai tanda pasti kehamilan karena amenore dapat juga terjadi pada beberapa penyakit kronik, tumor hipofise, perubahan faktor - faktor lingkungan, malnutrisi dan (yang paling sering) gangguan emosional terutama pada mereka yang tidak ingin hamil atau malahan mereka yang ingin sekali hamil (dikenal dengan pseudocyeis atau kehamilan semu) (Prawirohardjo, 2010).

- c. Tanda dan gejala
 - 1) Tanda - tanda tidak pasti hamil
 - a) Amenorea (tidak dapat haid)
 - b) Mual dan muntah
 - c) Ngidam
 - d) Sinkope atau pingsan
 - e) *Qickening*
 - f) Sering miksi

- g) Konstipasi atau obstipasi
- h) Perubahan berat badan
- i) Pigmentasi kulit
- j) Payudara tegang
- k) Perubahan pada uterus
- l) Tanda piskacek's
- m) Perubahan - perubahan pada serviks

Perubahan pada serviks yaitu tanda hegar, tanda goodells, tanda chadwick, tanda *mc donald*, terjadi pembesaran perut, kontraksi uterus, pemeriksaan tes biologis (Pantikawati, 2010)

2) Tanda pasti kehamilan

- a) Gerakan janin dalam rahim
- b) Terdengar DJJ dengan stetoskop, monoral laennec, dopplere,
- c) Terlihat buah kehamilan dengan USG (Ultra Sonografi)
- d) Terlihat tulang - tulang janin dalam foto rontgen (tidak dianjurkan karena dapat berpengaruh negatif pada janin) (Manuaba, 2010).

Menurut Sulistyawati (2012), tanda dan gejala kehamilan dibagi menjadi 3 yaitu :

1) Tanda Pasti Kehamilan

- a) Terdengar Denyut jantung janin (DJJ)
- b) Terasa gerakan janin
- c) Pada pemeriksaan USG terlihat adanya kantong kehamilan, ada gambaran embrio

d) Pada pemeriksaan rontgen terlihat adanya rangka janin (kurang 16 minggu)

2) Tanda Tidak Pasti kehamilan

- (1) Rahim membesar
- (2) Tanda hegar
- (3) Tanda *Chadwick*, yaitu warna kebiruan pada servik, vagina dan vulva
- (4) Tanda *piskacek*. yaitu pembesaran uterus ke salah satu arah sehingga menonjol jelas ke arah pembesaran tersebut
- (5) *Braxton Hicks*. yaitu bila uterus dirangsang (distimulasi dengan di raba) akan mudah berkontraksi.
- (6) Suhu basal meningkat
- (7) *Ballotement Positif*. Jika di lakukan pemeriksaan palpasi di perut ibu dengan cara menggoyang - goyangkan di salah satu sisi, maka akan terasa "pantulan" disisi yang lain
- (8) Tes urine kehamilan (tes HCG) positif. Tes urine di laksanakan minimal satu minggu setelah terjadi pembuahan. Tujuan dari pemeriksaan ini adalah mengetahui kadar hormonal gonadotropin dalam urine. Kadar yang melebihi ambang normal, mengindikasikan bahwa wanita mengalami kehamilan

3) Dugaan Hamil

- a) Amenore /tidak mengalami menstruasi sesuai siklus (terlambat haid)

- b) Nausea ,anoreksia,emesis, dan hipersaliva
- c) Pusing
- d) Miksi/sering buang air kecil
- e) Obstipasi
- f) Hiperpigmentasi
- g) Varises
- h) Payudara menegang
- i) Perubahan perasaan
- j) Berat badan bertambah

2. Kunjungan K-1 (Kunjungan Pertama)

a. Pengertian

Departemen Kesehatan tahun 2004 dalam Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS/KIA) mengartikan kunjungan K1 adalah kunjungan ibu hamil yang pertama kali pada masa kehamilan K1 di bagi menjadi 2 yaitu K1 Murni dan K1 Akses. K1 murni adalah jumlah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan pada umur kehamilan kurang dari 12 minggu, sedangkan K1 Akses adalah jumlah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan tanpa melihat umur kehamilan (Iswati, 2015).

Cakupan K1 adalah cakupan ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun (Kemenkes RI, 2016). Pelayanan kesehatan ibu hamil juga harus memenuhi frekuensi minimal di tiap trimester, yaitu satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12

minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan dua kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai persalinan) (Kemenkes, 2017).

Antenatal care merupakan suatu program yang terencana berupa *observasi, edukasi* dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persalinan yang aman dan memuaskan (Mufdlilah, 2009).

b. Tujuan Kunjungan / Pemeriksaan Pertama Antenatal Care

- 1) Menentukan diagnosis ada /tidaknya kehamilan
- 2) Menentukan usia kehamilan dan perkiraan persalinan
- 3) Menentukan status kesehatan ibu dan janin
- 4) Menentukan kehamilan normal atau abnormal serta ada/tidaknyafaktor resiko kehamilan
- 5) Menentukan rencana pemeriksaan /penatalaksanaan selanjutnya

c. Manfaat Kunjungan Kehamilan

Memeriksa kehamilan secara rutin pada ibu hamil sangat dianjurkan dengan tujuan untuk mendeteksi secara dini penyakit-penyakit yang mungkin timbul pada kehamilan serta mengobatinya.

Adapun manfaat utama antenatal care adalah :

- 1) Menurunkan angka kesakitan dan kematian maternal dan perinatal dengan upaya memonitor kemajuan kehamilan dalam upaya memastikan kesehatan ibu dan bayi.

- 2) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan termasuk riwayat penyakit secara umum.
- 3) Mempersiapkan diri untuk kelangsungan secara fisik, emosional, logis, untuk menghadapi kelahiran dan mungkin komplikasinya.
- 4) Setiap wanita hamil menghadapi resiko komplikasi yang bisa mengancam jiwanya untuk itu wanita hamil memerlukan minimal 4 kali pemeriksaan selama kehamilan.
- 5) Memantau kemajuan kehamilan dan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin.
- 6) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik dan mental sosial ibu.
- 7) Mempersiapkan kehamilan yang cukup bulan, melahirkan dengan selamat serta pada bayinya menghindari trauma meminimal mungkin.
- 8) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- 9) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara wajar (Prawirohardjo, 2010).

d. Anamnesis

- 1) Identitas Pasien : Identitas umum, perhatian pada usia ibu, status perkawinan dan tingkat pendidikan. Range usia reproduksi sehat dan aman antara 20 -35 tahun.

- 2) Keluhan Utama : Sadar/ tidak akan kemungkinan hamil, apakah semata-mata ingin periksa hamil, atau ada keluhan/ masalah lain yang dirasakan.
- 3) Riwayat Kehamilan Sekarang/ Riwayat penyakit sekarang : Ada/ tidaknya gejala dan tanda kehamilan. Jika ada amenarcho, kapan hari pertama haid terakhir, siklus haid biasanya berapa hari. Ditanyakan apakah sudah pernah periksa kehamilan ini sebelumnya atau belum. Apakah ada keluhan dari sistem organ lain, baik yang berhubungan dengan perubahan fisiologis kehamilan maupun tidak
- 4) Riwayat Penyakit Dahulu : Riwayat penyakit sistemik lain yang mungkin mempengaruhi atau diperberat oleh kehamilan (penyakit jantung, paru, ginjal, hati, diabetes, mellitus), riwayat alergi makanan/ obat tertentu dan sebagainya. Ada/ tidaknya riwayat operasi umum/lainnya maupun operasi kandungan (miomektomi, *sectio cesarea* dan sebagainya).
- 5) Riwayat Penyakit Keluarga : Riwayat penyakit sistemik, metabolik, cacat bawaan, dan sebagainya.
- 6) Riwayat Khusus Obstetri Ginekologi : Adakah riwayat kehamilan/persalinan/ abortus sebelumnya, berapa jumlah anak hidup. Ada/ tidaknya masalah-masalah dalam kehamilan persalinan sebelumnya seperti prematuritas, cacat bawaan, kematian janin, perdarahan dan sebagainya. Penolong persalinan terdahulu , cara persalinan, penyembuhan luka persalinan,

keadaan bayi saat baru lahir, berat badan lahir jika masih ingat.

Riwayat menarche, siklus haid, ada/tidak nyeri haid atau gangguan haid lainnya, riwayat penyakit kandungan lainnya.

Riwayat kontrasepsi, lama pemakaian, ada masalah atau tidak.

- 7) Riwayat Sosial Ekonomi : Pekerjaan, kebiasaan, kehidupan sehari-hari

e. Pemeriksaan Fisik

- 1) Status *generalis* pemeriksaan umum

a) Penilaian keadaan umum, kesadaran, komunikasi/ kooperatif.

b) Tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan), tinggi/ berat badan. Kepala ada/ tidaknya nyeri kepala (*anaemic headache nyeri frontal, hypertensive/ tension headache nyeri oksipital berdenyut*)

c) Mata konjungtiva pucat/ tidak, sklera ikterik/ tidak. Paru/ jantung/ abdomen inspeksi palpasi perkusi auskultasi.

d) Ekstremitas diperiksa terhadap edema, pucat, sianosis, varises, simetri (kecurigaan polio, mungkin terdapat kelainan bentuk panggul).

e) Jika ada luka terbuka atau focus infeksi lain harus dimasukkan menjadi masalah dan direncanakan penatalaksanaannya

- 2) Status *obstetricus*/ pemeriksaan khusus obstetrik

a) Abdomen

b) Inspeksi : membesar/ tidak (pada kehamilan muda pembesaran abdomen mungkin belum nyata). Palpasi :

menentukan tinggi fundus uteri. Pemeriksaan palpasi *Leopold* dilakukan dengan sistematika :

- (1) *Leopold I* : Menentukan tinggi fundus uteri dan meraba bagian janin yang di fundus dengan telapak tangan.
- (2) *Leopold II* : Kedua telapak tangan menekan uterus dari kiri-kanan, jari kearah kepala pasien, mencari sisi bagian besar (biasanya punggung) janin, atau mungkin bagian keras bulat (kepala) janin.
- (3) *Leopold III* : Satu tangan meraba bagian janin apa yang terletak di bawah (di atas simfisis) sementara tangan lainnya menahan fudus untuk fiksasi.
- (4) *Leopold IV* : Kedua tangan menekan bagian bawah uterus dari kiri-kanan, jari kearah kaki pasien, untuk konfirmasi bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian tersebut sudah masuk/ melewati pintu atas panggul (biasanya dinyatakan dengan satuan x/5)
Auskultasi : dengan stetoskop kayu Laennec atau alat Doppler yang di tempelkan di daerah punggung janin, dhitung frekuensi satu menit.

c) Genetalia eksterna

Inspeksi luar : keadaan *vulva uretra*, ada tidaknya tanda radang, luka atau perdarahan, *discharge*, kelainan lainnya. *Labia* dipisahkan dengan dua jari untuk inspeksi lebih jelas. Inspeksi dalam menggunakan spekulum : *Labia* dipisahkan

dengan dua jari pemeriksa, alat *Speculum Cusco* dimasukkan ke vagina dengan bilah vertikal kemudian didalam liang vagina diputar 90 derajat sehingga horizontal, lalu dibuka. Deskripsi keadaan porsio serviks (permukaan, warna), keadaan ostium, ada/ tidaknya darah/ cairan/ discharge di forniks, dilihat keadaan dinding dalam vagina, ada/tidak tumor, tanda radang atau kelainan lainnya. Spekulum ditutup horisontal, diputar vertikal dan dikeluarkan dari vagina.

d) Genetalia interna

Palpasi : colok vaginal (vaginal toucher) dengan dua jari sebelah tangan dan bimanual dengan tangan lain menekan fundus dari luar abdomen. Ditentukan konsistensi, tebal, arah dan ada/ tidaknya pembukaan serviks. Diperiksa ada/ tidaknya kelainan uterus dan adneksa yang dapat ditemukan. Ditentukan bagian terbawah. Pemeriksaan dalam (vaginal toucher) seringkali tidak dilakukan pada kunjungan antenatal pertama kecuali ada indikasi (Mufdlilah, 2009).

3. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah sebuah konsep yang digunakan dalam memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat. definisi pelayanan kesehatan menurut Notoatmodjo (2012) adalah sebuah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat. Pelayanan Kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan

sendiri/secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan mencembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat.

Setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan atupun masyarakat. Sesuai dengan batasan seperti di atas, mudah dipahami bahwa bentuk dan jenis pelayanan kesehatan yang ditemukan banyak macamnya (Depkes, 2009). Karena kesemuanya ini ditentukan oleh:

- a. Pengorganisasian pelayanan, apakah dilaksanakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi.
- b. Ruang lingkup kegiatan, apakah hanya mencakup kegiatan pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan atau kombinasi dari padanya.

Menurut pendapat Hodgetts dan Casio dalam Dimas (2011), jenis pelayanan kesehatan secara umum dapat dibedakan atas dua, yaitu

- a. Pelayanan kedokteran: Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (medical services) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (solo practice) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi. Tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.

- b. Pelayanan kesehatan masyarakat: Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok kesehatan masyarakat (*public health service*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam suatu organisasi. Tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya untuk kelompok dan masyarakat (Dimas, 2011).

Pelayanan kesehatan adalah segala kegiatan yang secara langsung berupaya untuk menghasilkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan atau dituntut oleh masyarakat untuk mengatasi kesehatannya. Sumber lain yang menyatakan bahwa pengertian pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat. Pelayanan kesehatan juga melakukan pelayanan kuratif (pengobatan) dan rehabilitatif (pemulihan kesehatan) (Notoadmodjo, 2010).

Tujuan dari pelayanan kesehatan adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara menyeluruh dalam memelihara kesehatannya untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal secara mandiri sehingga pelayanan kesehatan sebaiknya tersedia, dapat dijangkau, dapat diterima oleh semua orang, penyusunan kebijakan kesehatan seharusnya melibatkan penerima pelayanan kesehatan, lingkungan pengaruh dengan kesehatan penduduk, kelompok, keluarga dan individu, pencegahan penyakit sangat di perlukan untuk meningkatkan kesehatan, kesehatan merupakan tanggung jawab individu, klien merupakan anggota tetap team kesehatan(Notoadmodjo, 2010).

Beberapa macam pelayanan kesehatan diantaranya adalah 1) Pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primary health care*) ditujukan untuk pelayanan kesehatan masyarakat untuk yang sakit ringan atau meningkatkan kesehatan/promosi kesehatan bentuk pelayanan antara lain: Puskesmas, Pusling, Pustu, bakesmas, 2) pelayanan kesehatan tingkat kedua (*secondary health care*) adalah pelayanan kesehatan masyarakat yang memerlukan rawat inap dan memerlukan tersedianya tenaga dokter baik dokter umum maupun dokter spesialis, 3) pelayanan kesehatan tingkat ketiga (*tertiary health care*) pelayanan kesehatan masyarakat kelompok yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder dan membutuhkan tenaga superspesialis (Notoadmodjo, 2010).

Dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan dan perilaku kesehatan terdapat beberapa teori yang mengungkap faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan erat kaitannya dengan faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang atau masyarakat menurut Andersen (2008) terdapat tiga kategori utama yang dilihat oleh masyarakat dalam pelayanan kesehatan, yaitu : faktor predisposisi, faktor pendukung dan faktor kebutuhan.

Predisposing	Enabling	Need
Demographic	Financing	Perceived
Genetics	Organization	Evluated
Social		
Beliefs		

Gambar 2.1 Teori Andersen (2008), Karakteristik Individu

Menurut WHO (2011) faktor – faktor yang mempengaruhi keaktifan pada masa tua dalam peningkatan kualitas hidup yaitu pelayanan kesehatan dan sosial, determinan perilaku determinan personal, lingkungan fisik, determinan sosial dan determinan ekonomi.

4. Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Kunjungan K-1

a. Faktor Predisposisi

1) Usia

Umur (usia) adalah masa individu terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja (Nursalam, 2010). Dengan bertambahnya umur seseorang maka kematangan dalam 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. Umur sangat menentukan suatu 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. Seorang wanita sebagai insan biologis sudah memasuki usia produksi beberapa tahun sebelum mencapai umur dimana kehamilan dan persalinan dapat berlangsung aman, yaitu 20-35 tahun, setelah itu resiko ibu akan meningkat setiap tahun.

Menurut Wiknjosastro (2009), juga menyatakan bahwa 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 kembali sesudah usia 30-35 tahun.

2) Pendidikan

Pendidikan adalah suatu proses ilmiah yang terjadi pada manusia, merupakan suatu proses dimana pengalaman atau informasi diperoleh sebagai hasil dari proses belajar. 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. Pada umumnya semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin baik pula tingkat pengetahuannya (Notoatmodjo, 2010).

Tujuan pendidikan kesehatan diharapkan terjadi perubahan perilaku ibu dan keluarga tentang hal-hal yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, masa nifas, dan bayinya. Untuk mencapai

tujuan tersebut dapat dilakukan strategi dengan pendekatan secara individual yaitu pada saat ibu datang ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk pemeriksaan kehamilan (ANC), dan pada bidan saat kunjungan rumah. Dapat juga pendekatan secara berkelompok dengan kelas ibu, pada waktu ANC (*antenatal care*) di ruang bersalin. Faktor yang dapat mendukung sikap kepatuhan pasien adalah pendidikan, akomodasi, modifikasi faktor lingkungan dan sosial, model terapi, dan meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan pasien, pendidikan pasien dapat meningkatkan kepatuhan sepanjang pendidikan merupakan pendidikan yang aktif (Wiknjosastro, 2009).

3) Sosial Ekonomi

a) Pengertian Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi adalah kedudukan atau posisi seseorang dalam masyarakat, status sosial ekonomi adalah gambaran tentang keadaan seseorang atau suatu masyarakat yang ditinjau dari sosial ekonomi, gambaran itu seperti tingkat pendidikan, pendapatan dan sebagainya (Soetjningsih, 2015)

b) Penggolongan Masyarakat

Adanya golongan sosial timbul karena adanya perbedaan status di kalangan anggota masyarakat. Salah satu cara penggolongan status sosial adalah dengan menggunakan metode objektif yaitu stratifikasi ditentukan berdasarkan kriteria

objektif antara lain jumlah pendapatan, lama atau tingginya pendidikan dan jenis pekerjaan (Nasution, 2012).

c) Penghasilan

Upah adalah suatu penerimaan sebagai imbalan kepada buruh untuk sesuatu pekerjaan atau jasa yang telah atau akan di lakukan, dinyatakan atau di nilai dalam bentuk uang yang di tetapkan menurut suatu persetujuan, atau peraturan perundang-undangan dan di bayarkan atas dasar suatu perjanjian kerja antara pengusaha dengan buruh termasuk tunjangan baik untuk buruh sendiri maupun untuk keluarganya.

Menurut WHO (Notoatmodjo, 2010) faktor ekonomi juga berpengaruh terhadap seseorang dalam upaya deteksi dini komplikasi kehamilan. Status ekonomi keluarga juga berperan bagi seseorang dalam bertindak termasuk tindakan yang berhubungan dengan kesehatan dan pemeriksaan kehamilannya.

4) Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini setelah orang melakukan penginderaan terhadap obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Budiman, 2013).

Dapat disimpulkan bahwa pengetahuan merupakan segala sesuatu yang diketahui yang diperoleh dari persentuhan panca

indera terhadap objek tertentu. Pengetahuan pada dasarnya merupakan hasil dari proses melihat, mendengar, merasakan, dan berfikir yang menjadi dasar manusia dan bersikap dan bertindak. Dalam pengamatan sehari-hari di peroleh kejelasan, jika suatu perbuatan yang di dasarkan oleh pengetahuan akan langgeng dari pada perbuatan yang tidak didasari oleh pengetahuan. Sebelum orang mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu : *Awareness* atau kesadaran dimana orang tersebut menyadari, mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (obyek), *Interest* atau merasa tertarik terhadap stimulus atau objek tertentu bagi dirinya, berarti sikap responden lebih baik, *Evaluation*, menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi, *Trial*, orang telah mulai mencoba perilaku baru, *Adoption* dimana subjek telah perilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

a) Jenis Pengetahuan

Pengetahuan masyarakat dalam konteks kesehatan beraneka ragam pemahamannya. Pengetahuan merupakan bagian perilaku kesehatan. Jenis pengetahuan di antaranya sebagai berikut .: Pengetahuan implisit adalah pengetahuan yang masih tertanam dalam bentuk pengalaman seseorang dan berisi faktor-faktor yang tidak bersifat nyata seperti keyakinan pribadi, perspektif, dan prinsip. Pengetahuan

seseorang biasanya sulit untuk ditransfer ke orang lain baik secara tertulis ataupun lisan. Pengetahuan implisit sering kali berisi kebiasaan dan budaya bahkan bisa tidak disadari. Contoh sederhana: seseorang mengetahui tentang bahaya merokok bagi kesehatan, namun ternyata dia merokok (Budiman, 2013) dan pengetahuan eksplisit adalah pengetahuan yang telah didokumentasikan atau disimpan dalam wujud nyata, bisa dalam wujud perilaku kesehatan. Pengetahuan nyata dideskripsikan dalam tindakan-tindakan yang berhubungan dengan kesehatan. Contoh sederhana: seseorang yang telah mengetahui tentang bahaya merokok bagi kesehatan dan ternyata dia tidak merokok (Budiman, 2013).

b) Tahapan Pengetahuan

Pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai 6 (enam) tahapan yaitu sebagai berikut.

- (1) Tahu (*know*), diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*), terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.
- (2) Memahami (*comprehension*), diartikan sebagai suatu untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat mengintegrasikan materi tersebut

secara benar.

- (3) Aplikasi (*application*), diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi sebenarnya.
- (4) Analisa (*analysis*), adalah suatu kemampuan untuk menjelaskan materi atau obyek ke dalam komponen-komponen tetapi di dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- (5) Sintesis (*synthesis*), menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu keseluruhan yang baru.
- (6) Evaluasi (*evaluation*), adalah kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek (Budiman, 2013).

c) Pengukuran Tingkat Pengetahuan

Menurut Skinner, bila seseorang mampu menjawab mengenai materi tertentu baik secara lisan maupun tulisan, maka dikatakan seseorang tersebut mengetahui bidang tersebut. Sekumpulan jawaban yang diberikan tersebut dinamakan pengetahuan. Pengukuran bobot pengetahuan seseorang ditetapkan menurut hal-hal sebagai berikut.

- (1) Bobot I : tahap tahu dan pemahaman.
- (2) Bobot II : tahap tahu, pemahaman, aplikasi, dan analisis.

(3) Bobot III : tahap tahu, pemahaman, aplikasi, analisis, sintesis, dan evaluasi (Budiman, 2013).

Pengukuran dapat dilakukan dengan mengisi kuesioner atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang diukur dari subjek penelitian atau responden. Dalam mengukur pengetahuan harus diperhatikan rumusan kalimat pertanyaan menurut tahapan pengetahuan. Dalam membuat kategori tingkat pengetahuan bisa juga dikelompokkan menjadi dua kelompok jika yang diteliti masyarakat umum, yaitu sebagai berikut :

(a) Tingkat pengetahuan kategori baik jika nilainya $> 50\%$

(b) Tingkat Pengetahuan kategori kurang baik jika nilainya $\leq 50\%$

(Budiman, 2013)

5) Sikap

a) Pengertian sikap

Menurut Notoatmodjo (2012) mengidentifikasikan sikap sebagai kesediaan untuk bereaksi (*disposition to react*) secara positif (*favorably*) atau secara negatif (*unfavorably*) terhadap obyek – obyek tertentu. Berpendapat bahwa sikap sebagai tanggapan yang bersifat menetap dari proses motivasional, emosional, perseptual, dan kognitif mengenai aspek dunia individu. Sebagai suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi

sosial, atau secara sederhana, sikap adalah respon terhadap stimuli sosial yang telah terkondisikan. sikap adalah pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak terhadap obyek tertentu. Sikap senantiasa diarahkan kepada sesuatu artinya tidak ada sikap tanpa obyek. Sikap diarahkan kepada benda-benda, orang, peristiwa, pandangan, lembaga, norma dan lain-lain. Meskipun ada beberapa perbedaan pengertian sikap, tetapi berdasarkan pendapat-pendapat tersebut di atas maka dapat disimpulkan bahwa sikap adalah keadaan diri dalam manusia yang menggerakkan untuk bertindak atau berbuat dalam kegiatan sosial dengan perasaan tertentu di dalam menanggapi obyek situasi atau kondisi di lingkungan sekitarnya. Selain itu sikap juga memberikan kesiapan untuk merespon yang sifatnya positif atau negatif terhadap obyek atau situasi.

b) Berbagai Tingkatan Sikap

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan, yaitu:

- (1) Menerima (*receiving*), Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek). Misalnya sikap orang terhadap gizi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian orang itu terhadap ceramah-ceramah.

- (2) Merespon (*responding*), Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.
- (3) Menghargai (*valuing*), Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.
- (4) Bertanggung jawab, Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi (Notoatmodjo, 2012).

Pengukuran atau cara mengamati perilaku dapat dilakukan melalui dua cara, secara langsung, yakni dengan pengamatan (*obsevasi*), yaitu mengamati tindakan dari subyek dalam rangka memelihara kesehatannya. Sedangkan secara tidak langsung menggunakan metode mengingat kembali (*recall*) (Priyoto, 2014). Metode ini dilakukan melalui pertanyaan – pertanyaan terhadap subyek tentang apa yang telah dilakukan berhubungan dengan obyek tertentu.

Menurut Likert dalam Priyoto (2014), dengan skala Likert maka variabel yang akan diukur dijabarkan menjadi indikator variabel. Kemudian indikator tersebut dijadikan sebagai titik tolak untuk menyusun *item-item* instrumen yang dapat berupa pernyataan atau pertanyaan, baik bersifat *favorable* (positif) bersifat bersifat *unfavorable* (negatif). Jawaban setiap item instrumen yang menggunakan skala Likert mempunyai gradasi

dari sangat positif sampai sangat negative. Sistem penilaian dalam skala Likert adalah sebagai berikut: Item *Favorable* yaitu sangat setuju/baik (5), setuju/baik (4), ragu-ragu (3), tidak setuju/baik (2), sangat tidak setuju/baik (1) dan Item *Unfavorable* yaitu sangat setuju/ baik (1), setuju/ baik (2), ragu-ragu (3), tidak setuju/ baik (4), sangat tidak setuju/ baik (5).

Skala pengukuran sikap yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan metode pengembangan Skala Likert adalah Skor-T, yaitu :

$$T = 50 - 10 \left[\frac{x - \bar{x}}{s} \right]$$

Keterangan :

x = skor responden pada skala sikap yang hendak diubah menjadi Skor-T

\bar{x} = mean skor kelompok,

s = defiasi standar kelompok

Untuk menentukan skor sikap responden secara keseluruhan digunakan pedoman sebagai berikut :

(1) Sikap positif : $T \geq \text{Mean } T$

(2) Sikap negatif : $T \leq \text{Mean } T$

(Azwar, 2012).

b. Faktor Pendukung

Faktor yang terwujud dalam tersedia atau tidaknya fasilitas atau sarana kesehatan.

1) Transportasi

Modal transportasi yang dapat digunakan oleh rumah tangga menuju fasilitas kesehatan yang terdiri dari mobil pribadi, kendaraan umum, jalan kaki, sepeda motor, sepeda, perahu, transportasi udara dan lainnya serta penggunaan lebih dari satu modal transportasi atau kombinasi (Nainggolan, 2016)

2) Kualitas Pelayanan

Kualitas pelayanan kesehatan perlu dilakukan pembatasan yang secara umum dapat disebutkan bahwa yang dimaksud dengan kualitas pelayanan kesehatan adalah mengacu pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan. Pada satu sisi dapat menimbulkan kepuasan kepada pasien, sedang pada sisi lain prosedurnya harus sesuai dengan kode etik standar profesi yang ditetapkan (Azwar, 2010).

3) Jarak waktu kepelayanan, dan waktu tunggu sebelum mendapat pelayanan kesehatan

Sarana merupakan sarana terhadap alat-alat medis yang digunakan oleh puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah-masalah yang dihadapi dan ragam obat yang diberikan merupakan factor penting untuk menarik pasien yang dapat menjamin kelangsungan berobat. Pengertian ketercapaian yang di maksud disini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi

sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terlalu terkonsentrasi di daerah perkotaan saja, dan sementara itu tidak ditemukan di daerah pedesaan, bukan pelayanan kesehatan yang baik (Azwar, 2012).

c. Faktor Pendorong

Faktor pendorong terwujud dalam dukungan keluarga, sikap dan perilaku petugas kesehatan, tokoh masyarakat atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

1) Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga didefinisikan oleh Gottlieb dalam Padila (2012) yaitu informasi verbal, sasaran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek didalam lingkungan keluarga atau yang berupa kehadiran dan hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau pengaruh pada tingkah laku penerimaannya. Dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan sosial, secara emosional merasa lega diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya (Padila, 2012).

Fungsi keluarga biasanya didefinisikan sebagai hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga. Adapun fungsi keluarga tersebut adalah (Padila, 2012) :

- (1) Fungsi afektif (fungsi pemeliharaan kepribadian) : untuk pemenuhan kebutuhan psikososial, saling mengasuh dan memberikan cinta kasih, serta saling menerima dan mendukung.

- (2) Fungsi sosialisasi dan fungsi penempatan sosial : proses perkembangan dan perubahan individu keluarga, tempat anggota keluarga berinteraksi sosial dan belajar berperan di lingkungan.
- (3) Fungsi reproduktif : untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.
- (4) Fungsi ekonomis : untuk memenuhi kebutuhan keluarga, seperti sandang, pangan, dan papan.
- (5) Fungsi perawatan kesehatan : untuk merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan, yaitu:

- (1) Mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya: Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.
- (2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga. Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk

menentukan tindakan keluarga maka segera melakukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan seyogianya meminta bantuan orang lain dilingkungan sekitar keluarga.

- (3) Memberikan keperawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya terlalu muda. Perawatan ini dapat dilakukan dirumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau pelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.
- (4) Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
- (5) Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada).

Bentuk – bentuk dukungan Keluarga menurut Padila (2012), yaitu:

- (1) Dukungan Emosional (*Emosional Support*) : Keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Meliputi ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap anggota keluarga.

- (2) Dukungan Penghargaan (*Apprasial Assistance*) : Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas anggota. (Marlyn dalam Padila (2012).
- (3) Dukungan Materi (*Tangibile Assistance*): Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, mencakup bantuan langsung seperti dalam bentuk uang, peralatan, waktu, modifikasi lingkungan maupun menolong dengan pekerjaan waktu mengalami stress (Marlyn, dalam Padila, 2012)
- (4) Dukungan Informasi (*informasi support*): Keluarga berfungsi sebagai sebuah koletor dan disse minator (penyebar) informasi tentang dunia, mencakup memberri nasehat, petunjuk-petunjuk, saran atau umpan balik. Bentuk dukungan keluarga yang diberikan oleh keluarga adalah dorongan semangat, pemberian nasehat atau mengawasi tentang pola makan sehari-hari dan pengobatan. Dukungan keluarga juga merupakan perasaan individu yang mendapat perhatian, disenangi, dihargai dan termasuk bagian dari masyarakat.

Pengukuran atau cara mengamati perilaku dapat dilakukan melalui dua cara, secara langsung, yakni dengan pengamatan (obsevasi), yaitu mengamati tindakan dari subyek dalam rangka memelihara kesehatannya. Sedangkan secara tidak langsung menggunakan metode mengingat kembali (*recall*) (Priyoto, 2014).

Metode ini dilakukan melalui pertanyaan – pertanyaan terhadap subyek tentang apa yang telah dilakukan berhubungan dengan obyek tertentu.

Menurut Likert dalam Priyoto (2014), dengan skala Likert maka variabel yang akan diukur dijabarkan menjadi indikator variabel. Kemudian indikator tersebut dijadikan sebagai titik tolak untuk menyusun *item-item* instrumen yang dapat berupa pernyataan atau pertanyaan, baik bersifat *favorable* (positif) bersifat *unfavorable* (negatif). Jawaban setiap item instrumen yang menggunakan skala Likert mempunyai gradasi dari sangat positif sampai sangat negative. Sistem penilaian dalam skala Likert adalah sebagai berikut:

- (1) Item *Favorable*: sangat setuju/baik (5), setuju/baik (4), ragu-ragu (3), tidak setuju/baik (2), sangat tidak setuju/baik (1)
- (2) Item *Unfavorable*: sangat setuju/ baik (1), setuju/ baik (2), ragu-ragu (3), tidak setuju/ baik (4), sangat tidak setuju/ baik (5).

Pengukuran dukungan menggunakan skala likert dibagi menjadi dua kategori:

- (1) Negatif, jika nilai $<$ mean / median
- (2) Positif jika nilai \geq jika nilai $<$ mean / median

(Notoatmodjo, 2012)

B. Penelitian Terkait

1. Surniyati, 2013. Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Keteraturan Pemanfaatan Antenatal Care (K1 - K4) Di Wilayah Kerja Puskesmas Mamasa. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 48,1% responden memanfaatkan pelayanan antenatal secara teratur, 78,8% responden memiliki tingkat pengetahuan yang cukup, 86,5% responden memiliki paritas rendah, 59,6% responden memiliki pendapatan yang cukup, 71,2% responden menganggap biaya pelayanan antenatal care murah, 53,8% memiliki aksesibilitas yang baik, dan 86,5% responden mendapatkan dukungan yang positif dari keluarga. Analisis bivariat menunjukkan bahwa variable yang berhubungan dengan keteraturan pemanfaatan antenatal care adalah tingkat pengetahuan ($p = 0,04$; $\phi = 0,318$), pendapatan ($p = 0,000$; $\phi = 0,620$), dan dukungan keluarga ($p = 0,002$; $\phi = 0,443$).
2. Putriani, 2016. Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Hamil Tentang Antenatal Care Dengan Frekuensi Kunjungan Antenatal Care Di Puskesmas Umbulharjo I Yogyakarta. Bertujuan mengetahui adanya hubungan pengetahuan dan sikap ibu hamil tentang antenatal care dengan frekuensi kunjungan antenatal care di puskesmas umbulharjo I yogyakarta. Hasil Responden yang berpengetahuan tinggi adalah sebanyak 24 orang (60%) dan sikap ibu hamil tentang antenatal care yang melakukan perilaku menstimulasi perkembangan anak dengan cukup 15 orang (46,80%). Hasil uji statistik didapatkan nilai p sebesar 0,000 dan nilai koefisien korelasi sebesar 0,644. Simpulan: Ada hubungan

pengetahuan dan sikap ibu hamil tentang antenatal care dengan frekuensi kunjungan antenatal care di puskesmas umbulharjo I Yogyakarta.

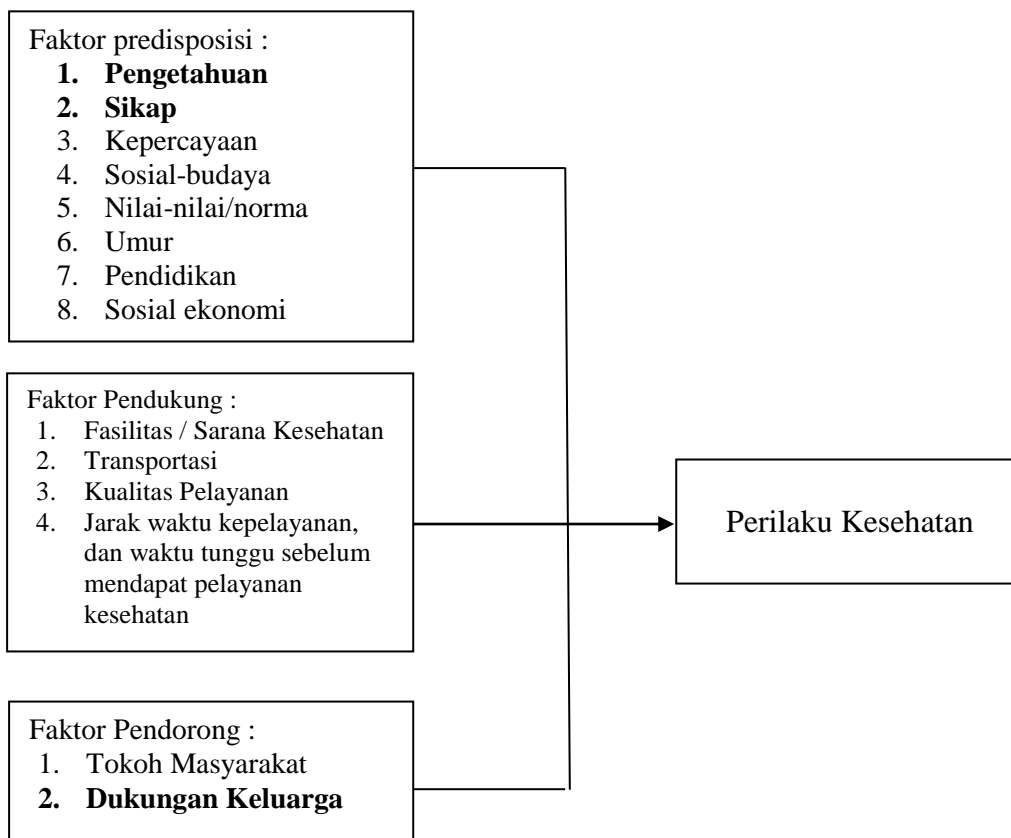
3. Mukaromah, 2014. Analisis Faktor Ibu Hamil Terhadap Kunjungan Antenatal Care di Puskesmas Siwalankerto Kecamatan Wonocolo Kota Surabaya. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor ibu hamil terhadap kunjungan antenatal care. Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan kuantitatif. Penelitian ini termasuk cross sectional dengan sampel 54 responden. Variabel independen dalam penelitian ini adalah umur, paritas, pengetahuan, pendidikan, sikap, kelengkapan sarana kesehatan, dukungan keluarga serta dukungan petugas kesehatan, sedangkan untuk variabel dependen yaitu kunjungan antenatal care. Hasil penelitian didapatkan melalui kuesioner kemudian dianalisis dengan menggunakan uji chi-square untuk melihat adanya hubungan faktor ibu hamil terhadap kunjungan antenatal care.
4. Wundashary, 2012 berjudul hubungan mutu pelayanan dengan kunjungan K1 murni di Puskesmas Wonrely Kabupaten Maluku Barat Daya Provinsi Maluku Tahun 2012. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan mutu pelayanan dengan kunjungan K1 murni. Penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskriptif dengan jumlah sampel sebanyak 95 responden dengan melakukan wawancara menggunakan kuesioner. responden yang menyatakan tidak melakukan kunjungan K1 murni adalah 42.5% dan mutu pelayanan kurang baik sesuai 10 T adalah 34,4% , responden. Hasil uji statistik dengan menggunakan *chi-*

square diperoleh nilai $p=0.006$, karena nilai $p < 0.05$ maka H_0 ditolak yang berarti ada hubungan mutu pelayanan dengan kunjungan K1 murni.

C. Kerangka Teori

Kerangka teori adalah ringkasan dari tinjauan pustaka yang digunakan untuk mengidentifikasi variabel-variabel yang akan diteliti (diamati) yang berkaitan dengan konteks ilmu pengetahuan yang digunakan untuk menggabungkan kerangka konsep penelitian (Notoatmodjo, 2010).

Gambar 2.1
Kerangka Teori

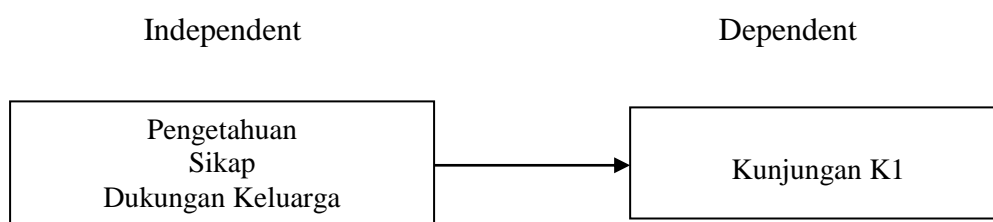


(Sumber : Notoadmojo, 2010)

D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah ringkasan dan tinjauan pustaka yang digunakan yang digunakan untuk mengidentifikasi variabel yang akan diteliti yang berkaitan dengan konteks ilmu pengetahuan yang digunakan untuk mengembangkan kerangka konsep penelitian (Notoatmodjo, 2010).

Gambar 2.2
Kerangka Konsep



E. Hipotesis

Hipotesis penelitian adalah suatu jawaban yang bersifat sementara terhadap permasalahan penelitian, sampai terbukti melalui data yang terkumpul. (Arikunto, 2012). Hipotesis dalam penelitian ini didapatkan :

Ha : Ada hubungan pengetahuan ibu hamil tentang kunjungan K1 dengan kunjungan pertama (K1) ibu hamil di Desa Taman Cari Kecamatan Pekalongan Kabupaten Lampung Timur Tahun 2019.

Ha : Ada hubungan sikap ibu hamil terhadap kunjungan K1 dengan kunjungan pertama (K1) ibu hamil di Desa Taman Cari Kecamatan Pekalongan Kabupaten Lampung Timur Tahun 2019.

Ha : Ada hubungan dukungan keluarga ibu hamil terhadap kunjungan K1 dengan kunjungan pertama (K1) ibu hamil di Desa Taman Cari Kecamatan Pekalongan Kabupaten Lampung Timur Tahun 2019.

