



**PERBEDAAN KUNJUNGAN *ANTENATAL CARE* ANTARA IBU HAMIL  
PESERTA PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH) DAN BUKAN  
PESERTA PKH DI KECAMATAN KALISAT KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

Oleh:

**Nika Nur Indah Sari  
NIM. 132110101072**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatistika KEPENDUDUKAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2017**



**PERBEDAAN KUNJUNGAN *ANTENATAL CARE* ANTARA IBU HAMIL  
PESERTA PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH) DAN BUKAN  
PESERTA PKH DI KECAMATAN KALISAT KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh:

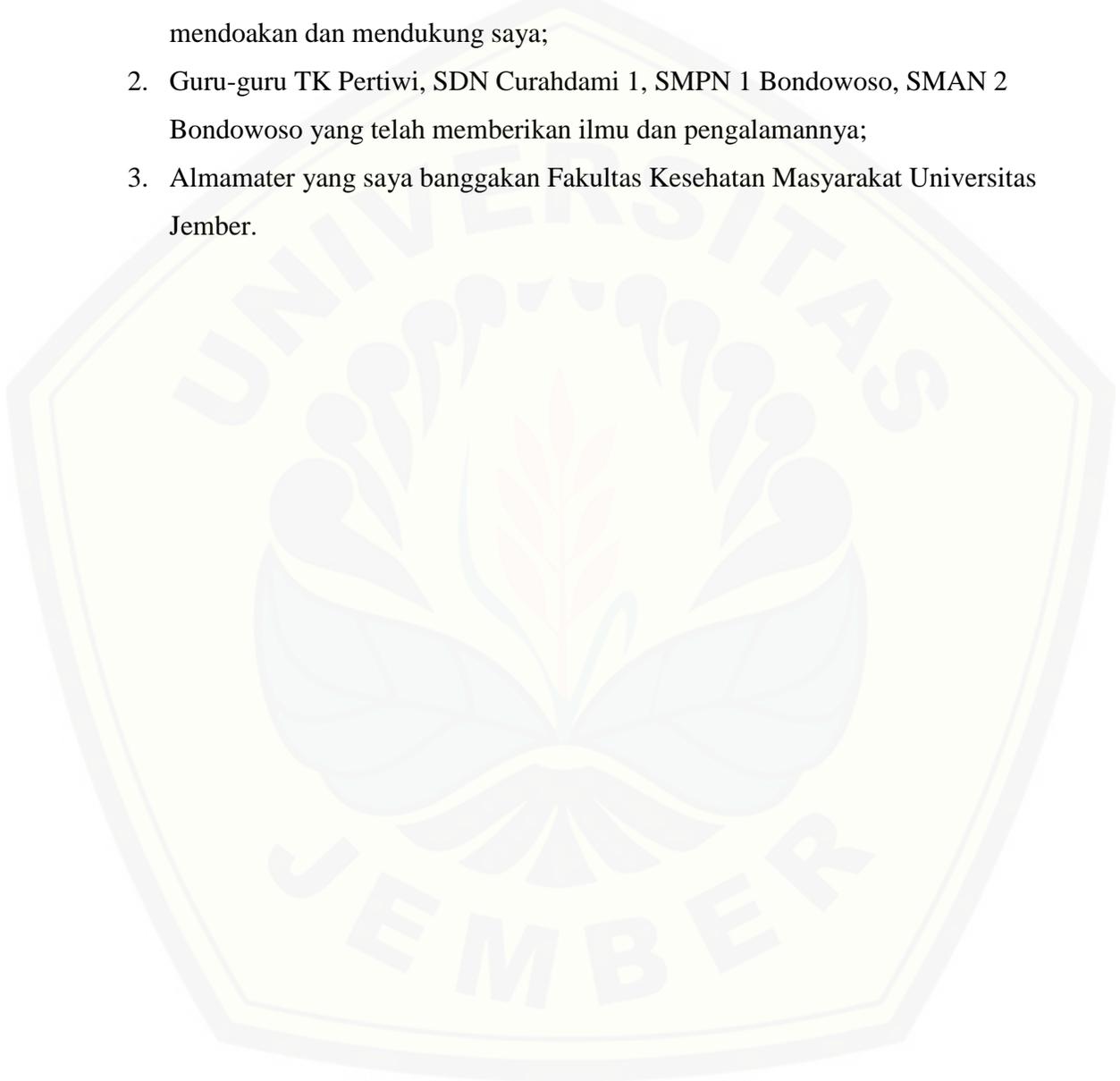
**Nika Nur Indah Sari  
NIM. 132110101072**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatistika KEPENDUDUKAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2017**

**PERSEMBAHAN**

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua saya, Bapak Kasto dan Ibu Nany Painingsih yang tiada henti mendoakan dan mendukung saya;
2. Guru-guru TK Pertiwi, SDN Curahdami 1, SMPN 1 Bondowoso, SMAN 2 Bondowoso yang telah memberikan ilmu dan pengalamannya;
3. Almamater yang saya banggakan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.



**MOTO**

“Sesungguhnya Allah akan menolong seorang hamba-Nya selama hamba itu  
menolong sesamanya”

(H.R. Imam al-Bukhari dan Imam Muslim dari Abu Hurairah ra.)\*

*“There is no failure except in no longer trying”*

(Elbert Hubbard)\*\*

*“The beginning is the most important part of the work”*

(Plato)\*\*

---

\*) Halim, Amanullah. 2015. Buku Putih Kaum Jihadis: Menangkal Ekstremisme Agama dan Fenomena Pengafiran. Lentera Hati Group

\*\*\*) Hagopian, Todd. 2008. Quote Junkie: Motivational: An Incredible Collection of Motivational Quotes Designed for True Quote Enthusiasts. Hagopian Istitute

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nika Nur Indah Sari

NIM : 132110101072

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi saya yang berjudul: *Perbedaan Kunjungan Antenatal Care antara Ibu Hamil Peserta Program Keluarga Harapan (PKH) dan Bukan Peserta PKH di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember* adalah benar-benar hasil karya saya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isisnya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapatkan sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar

Jember, Desember 2017

Yang menyatakan,

Nika Nur Indah Sari

NIM 132110101072

**SKRIPSI**

**PERBEDAAN KUNJUNGAN *ANTENATAL CARE* ANTARA IBU HAMIL  
PESERTA PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH) DAN BUKAN  
PESERTA PKH DI KECAMATAN KALISAT KABUPATEN JEMBER**

Oleh:

Nika Nur Indah Sari

NIM 132110101072

Pembimbing:

Dosen Pembimbing Utama : Andrei Ramani, S.KM., M.Kes.

Dosen Pembimbing Anggota : Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH.

**PENGESAHAN**

Skripsi berjudul *Perbedaan Kunjungan Antenatal Care antara Ibu Hamil Peserta Program Keluarga Harapan (PKH) dan Bukan Peserta PKH di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Kamis  
Tanggal : 28 Desember 2017  
Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing	Tanda Tangan
1. DPU : Andrei Ramani, S.KM., M.Kes. NIP. 198008252006041005	(.....)
2. DPA : Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH. NIP. 197701082005012004	(.....)
Penguji	
1. Ketua : Christyana Sandra, S.KM., M.Kes. NIP. 198204162010122003	(.....)
2. Sekretaris : Mury Ririanty, S.KM., M.Kes. NIP. 198310272010122000	(.....)
3. Anggota : Drs. Soegeng Riyanto, MM NIP. 196203091983031017	(.....)

Mengesahkan  
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Jember

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes  
NIP. 19800516 200312 2 002

## PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul “*Perbedaan Kunjungan Antenatal Care antara Ibu Hamil Peserta Progam Keluarga Harapan (PKH) dan Bukan Peserta PKH di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember*” sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Skripsi ini menjabarkan perbedaan kunjungan ke pelayanan antenatal oleh ibu hamil peserta PKH dan bukan peserta PKH, sehingga nantinya dapat menjadi bahan pertimbangan dalam mengevaluasi dan mengoptimalisasi Program Keluarga Harapan supaya di tahun berikutnya ibu hamil dapat benar-benar melakukan kewajibannya dan dapat memanfaatkan pelayanan *antenatal care* secara maksimal, serta dapat dijadikan pertimbangan mengenai kinerja pendamping PKH.

Pada kesempatan ini kami menyampaikan terimakasih yang sangat dalam dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Bapak Andrei Ramani, S.KM., M.Kes selaku Dosen Pembimbing Utama (DPU) dan Ibu Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH selaku Dosen Pembimbing Anggota (DPA) yang selalu memberikan masukan, saran, dan juga koreksi dalam penyusunan skripsi ini.

Terima kasih dan penghargaan juga penulis sampaikan kepada:

1. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH., selaku Ketua Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
3. Christyana Sandra, S.KM., M.Kes., selaku ketua penguji dan Mury Ririyanti, S.KM., M.Kes., selaku sekretaris penguji, terimakasih banyak atas saran, masukan, dan membantu penulis memperbaiki skripsi ini;

4. Leersia Yusi Ratnawati, S.KM., M.Kes dan Dr. Farida Wahyuningtyas, S.KM., M.Kes selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan dan motivasi selama penulis menempuh studi.
5. Kepala Dinas Sosial Kabupaten Jember, Koordinator Operator sekaligus Koordinator Pendamping PKH Kabupaten Jember yang telah memberikan ijin penelitian;
6. Bapak Priardi Budhy Utomo, A.MD selaku Koordinator pendamping PKH Kecamatan Kalisat dan seluruh pendamping PKH Kecamatan Kalisat yang telah banyak membantu selama proses pelaksanaan penelitian;
7. Kakak tercinta Niko Arief Setyawan, S.H. yang senantiasa dan tiada hentinya memberikan dukungan dan doa;
8. Sahabat terbaik Dayat, Talitha, Novita, Dieka, Khusniawati, Bekti, Niken, Putri, Melati, Raisa, Rani dan Vita yang selalu memberikan kebahagiaan dan semangat dalam proses pembuatan skripsi;
9. Keluarga baru UKMS PH9 dan peminatan Biostatistika Kependudukan yang telah memberikan banyak cerita indah semasa kuliah;
10. Semua teman-teman angkatan 2013 di Fakultas Kesehatan Masyarakat khususnya PBL Kelompok 4 yang telah berjuang bersama serta semua pihak yang turut membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

Skripsi ini telah kami susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan, oleh karena itu kami dengan tangan terbuka menerima masukan yang membangun. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Jember, 28 Desember 2017

Penulis

## RINGKASAN

**Perbedaan Kunjungan *Antenatal Care* antara Ibu Hamil Peserta Progam Keluarga Harapan (PKH) dan Bukan Peserta PKH di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember;** Nika Nur Indah Sari; 132110101072; 2017; 64 halaman; Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

*Antenatal care* adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan profesional untuk ibu selama masa kehamilannya, bertujuan untuk menanggulangi komplikasi obstetric yang merupakan penyebab kematian ibu terbanyak. Indikator dari pemanfaatan pelayanan antenatal adalah cakupan K4. Sesuai data Profil Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2016, cakupan ibu hamil yang mendapatkan pelayanan K1 yaitu sebesar 99,7% sedangkan pelayanan K4 yaitu sebesar 79,6%, hal ini berarti tidak semua ibu hamil yang melakukan kunjungan pertama pelayanan antenatal meneruskan hingga kunjungan ke-4, sehingga kehamilannya lepas dari pemantauan petugas kesehatan.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perbedaan kunjungan pelayanan *antenatal care* antara ibu hamil peserta PKH (Program Keluarga Harapan) dan bukan peserta PKH. Penelitian yang bersifat analitik dengan pendekatan *cross sectional* ini dilaksanakan di 8 desa di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember. Sampel dalam penelitian ini adalah 36 ibu hamil peserta PKH dan 36 ibu hamil bukan peserta PKH. Data yang diperoleh dalam penelitian ini bersumber dari data primer dan data sekunder serta pengumpulan data menggunakan kuesioner yang selanjutnya diolah dan dianalisis menggunakan uji *Chi-square* dengan tingkat kemaknaan sebesar 5% ( $\alpha=0,05$ ).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden baik ibu hamil peserta PKH dan bukan peserta PKH berada di rentang usia 20-35 tahun, tingkat pendidikan rendah, dan berstatus tidak bekerja (ibu rumah tangga). Berdasarkan faktor *enabling*, sebagian besar responden baik ibu hamil peserta PKH dan bukan peserta PKH memiliki pendapatan rendah, dukungan suami

sedang dan akses ke pelayanan kesehatan yang mudah. Berdasarkan faktor *need*, sebagian besar responden tidak memiliki riwayat penyakit. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan dalam kunjungan antenatal dari segi kelengkapan dan ketepatan antara ibu hamil peserta PKH dan bukan peserta PKH. Ibu hamil peserta PKH lebih banyak yang melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap dan tepat dibandingkan dengan ibu hamil bukan peserta PKH. Hal ini disebabkan oleh ibu hamil peserta PKH memiliki kewajiban untuk memeriksakan kehamilannya secara lengkap dan tepat sebagai konsekuensi dari bantuan yang didapat sedangkan ibu hamil bukan peserta PKH tidak memiliki kewajiban apapun sehingga pemeriksaan kehamilan bergantung pada perilaku ibu hamil itu sendiri.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa terdapat perbedaan signifikan dalam pemanfaatan pelayanan *antenatal care* antara ibu hamil peserta PKH dan bukan peserta PKH berdasarkan faktor predisposisi yakni variabel pekerjaan, dimana ibu hamil peserta PKH yang memiliki waktu luang lebih banyak (tidak bekerja) melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap dan tepat dibandingkan ibu hamil yang bekerja, dan faktor *enabling* yakni variabel dukungan suami, dimana ibu hamil bukan peserta PKH dengan dukungan suami tinggi akan lebih melakukan kunjungan secara tepat dibandingkan dengan ibu hamil dengan dukungan suami rendah, dan variabel akses ke pelayanan kesehatan, dimana ibu hamil bukan peserta PKH yang memiliki akses mudah akan melakukan kunjungan antenatal secara lengkap dibandingkan dengan ibu hamil dengan akses yang sulit.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut, disarankan bagi ibu hamil agar ikut aktif dalam pemanfaatan pelayanan antenatal khususnya bagi ibu hamil bukan peserta PKH. Saran bagi suami ibu hamil agar memberikan dukungan terhadap ibu yang sedang hamil dengan cara mengantar, mengingatkan serta menanyakan hasil dari pemeriksaan kehamilannya. Serta perlu adanya penelitian lebih lanjut mengenai faktor lain yang kemungkinan membedakan kunjungan antenatal antara ibu hamil peserta PKH dan bukan peserta PKH, serta tidak mengikutsertakan ibu hamil yang menerima bantuan kesehatan (BPJS, JKN) agar benar-benar diketahui perbedaan kunjungan antara ibu hamil peserta PKH dan bukan peserta PKH.

**SUMMARY**

**Antenatal Care Visit Comparison between Pregnant Women of the *Keluarga Harapan* Program Participants and Non-*Keluarga Harapan* Participants, in Kalisat, Jember;** Nika Nur Indah Sari; 132110101072; 2017; 64 Pages; Department of Epidemiology and Biostatistics and Population, Faculty of Public Health, Jember University.

Antenatal care is a health service by health professionals for mothers during pregnancy, aims to overcome obstetric complications that are the leading cause of maternal death. The indicator of antenatal care's visit is K4 coverage. According to data of Jember Health Profile in 2016, coverage of K1 service is 99,7% while K4 service is 79,6%, this means not all pregnant women who did the first visit continue to the 4<sup>th</sup> visit of antenatal service so their pregnancy out of health workers' monitoring.

The objectives of this study were to analyze the difference of antenatal care visit between pregnant women *Program Keluarga Harapan* participants and non-*Keluarga Harapan* participants. This study was analytic with cross sectional approach that conducted in 8 villages in Kalisat Sub-district, Jember District. The sample in this study were 36 pregnant women *Keluarga Harapan* participants and 36 pregnant women non-*Keluarga Harapan* participants. The data came from primary data and secondary data and collected by using questionnaires which further processed and analyzed using Chi-square test with significance level of 5% ( $\alpha = 0,05$ )

The results of this study showed that most of the respondents were in the age range 20-35 years, low education level, and unemployed status (housewife). Based on the enabling factors, most of the respondents had low income, moderate husbands support and easy access to health services. Based on the need factor, most of the respondents did not have a history of disease. Statistical test showed that there is a significant difference in antenatal visit in terms of completely and accurately between pregnant women of *Keluarga Harapan* participants and non-

*Keluarga Harapan* participants in which pregnant women of *Keluarga Harapan* participants have more entirely and accurately of antenatal visit compared to pregnant women non- *Keluarga Harapan*. This is caused by pregnant women of *Keluarga Harapan* participant have the commitment to check her pregnancy completely and accurately as consequence of aid obtained while pregnant woman non- *Keluarga Harapan* participant has no obligation so it depends on pregnant woman's behavior.

Statistical test showed that there are a significant difference in the antenatal care visit between pregnant women *Keluarga Harapan* participants and non-*Keluarga Harapan* participants based on predisposing factors is occupation variables, where pregnant women *Keluarga Harapan* participants who have more spare time (unemployed) to visit antenatal care completely and accurately compared to pregnant women who work, and enabling factors is husband support variables, where pregnant women non-*Keluarga Harapan* participants with high husbands support will be more appropriate visit compared with pregnant women with low husbands support, and variable access to health services, where pregnant women non-*Keluarga Harapan* participants who have easy access will make a complete antenatal visit compared to pregnant women with difficult access.

Based on the results of these studies, it is suggested for pregnant women to participate actively in antenatal service's visit, especially for pregnant women non-*Keluarga Harapan* participants. It is advisable for the husband of the pregnant women to support them by way of delivering, reminding and asking the result of examination of her pregnancy. As well as the need for further research on other factors that may distinguish of antenatal care visit between pregnant women PKH participants and non-*Keluarga Harapan* participants, and do not include pregnant women who receive health assistance (BPJS, JKN) to really know the difference of antenatal visit between pregnant women *Keluarga Harapan* participants and non-*Keluarga Harapan* participants.

**.DAFTAR ISI**

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN MOTO .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN.....</b>	<b>v</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>vi</b>
<b>PRAKATA .....</b>	<b>vii</b>
<b>RINGKASAN .....</b>	<b>ix</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xvii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xviii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xix</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI.....</b>	<b>xx</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah .....</b>	<b>5</b>
<b>1.3 Tujuan Penelitian .....</b>	<b>5</b>
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
<b>1.4 Manfaat Penelitian.....</b>	<b>6</b>
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	6
1.4.2 Manfaat Praktis.....	6
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1 Program Keluarga Harapan (PKH) .....</b>	<b>7</b>
2.1.1 Definisi Program Keluarga Harapan .....	7
2.1.2 Dasar Hukum PKH.....	7
2.1.3 Tujuan PKH.....	8
2.1.4 Ketentuan Peserta PKH .....	9

2.1.5 Indeks Bantuan PKH .....	10
2.1.6 Hak, Kewajiban, dan Sanksi.....	11
<b>2.2 Antenatal Care .....</b>	<b>14</b>
2.2.1 Kehamilan.....	14
2.2.2 Definisi <i>Antenatal Care</i> .....	14
2.2.3 Tujuan <i>Antenatal Care</i> .....	14
2.2.4 Indikator Pelayanan <i>Antenatal Care</i> .....	15
<b>2.3 Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan .....</b>	<b>16</b>
<b>2.4 Faktor yang mempengaruhi Kunjungan Antenatal.....</b>	<b>18</b>
2.4.1 Faktor Predisposisi .....	19
2.4.2 Faktor <i>Enabling</i> .....	23
2.4.3 Faktor <i>Need</i> .....	27
<b>2.5 Kerangka Teori.....</b>	<b>29</b>
<b>2.6 Kerangka Konsep .....</b>	<b>30</b>
<b>2.7 Hipotesis .....</b>	<b>31</b>
<b>BAB 3. METODE PENELITIAN.....</b>	<b>33</b>
<b>3.1 Jenis Penelitian.....</b>	<b>33</b>
<b>3.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....</b>	<b>33</b>
<b>3.3. Populasi dan Sampel Penelitian .....</b>	<b>34</b>
3.3.1 Populasi Penelitian .....	34
3.3.2 Penentuan Sampel Penelitian .....	34
3.3.3 Metode Pengambilan Sampel.....	35
<b>3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....</b>	<b>35</b>
3.4.1 Variabel Penelitian .....	35
3.4.2 Definisi Operasional .....	36
<b>3.5 Data dan Sumber Data .....</b>	<b>38</b>
3.5.1 Data Primer.....	38
3.5.1 Data Sekunder .....	38
<b>3.6 Teknik dan Alat Perolehan Data.....</b>	<b>39</b>
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data .....	39
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data .....	39

<b>3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian, dan Analisis Data.....</b>	<b>40</b>
3.7.1 Teknik Pengolahan Data.....	40
3.7.2 Teknik Penyajian Data .....	41
3.7.3 Teknik Analisis Data .....	41
<b>3.8 Validitas dan Reabilitas .....</b>	<b>42</b>
<b>3.9 Alur Penelitian .....</b>	<b>43</b>
<b>BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>44</b>
<b>4.1 Hasil Penelitian .....</b>	<b>44</b>
4.1.1 Gambaran kunjungan <i>antenatal care</i> antara ibu hamil peserta PKH dan bukan peserta PKH.....	44
4.1.2 Analisis Perbedaan Kunjungan <i>Antenatal Care</i> berdasarkan Kepesertaan PKH.....	45
4.1.3 Analisis Perbedaan Kunjungan <i>Antenatal Care</i> Berdasarkan Faktor Predisposisi antara Ibu hamil Peserta PKH dan bukan PKH.....	46
4.1.4 Analisis Perbedaan Kunjungan <i>Antenatal Care</i> Berdasarkan Faktor <i>Enabling</i> antara Ibu hamil Peserta PKH dan bukan PKH ..	49
4.1.5 Analisis Perbedaan Kunjungan <i>Antenatal Care</i> Berdasarkan Faktor <i>Need</i> antara Ibu hamil Peserta PKH dan bukan PKH.....	51
<b>4.2 Pembahasan .....</b>	<b>52</b>
4.2.1 Perbedaan Kunjungan <i>Antenatal Care</i> berdasarkan Kepesertaan PKH.....	52
4.2.2 Perbedaan Kunjungan <i>Antenatal Care</i> Berdasarkan Faktor Predisposisi antara Ibu Hamil Peserta PKH dan Bukan Peserta PKH.....	54
4.2.3 Perbedaan Kunjungan <i>Antenatal Care</i> Berdasarkan Faktor <i>Enabling</i> antara Ibu Hamil Peserta PKH dan Bukan Peserta PKH.....	57
4.2.4 Perbedaan Kunjungan <i>Antenatal Care</i> Berdasarkan Faktor <i>Need</i> antara Ibu Hamil Peserta PKH dan Bukan Peserta PKH .....	60
<b>4.3 Keterbatasan Penelitian .....</b>	<b>61</b>

<b>BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>62</b>
<b>5.1 Kesimpulan.....</b>	<b>62</b>
<b>5.2 Saran .....</b>	<b>62</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>64</b>

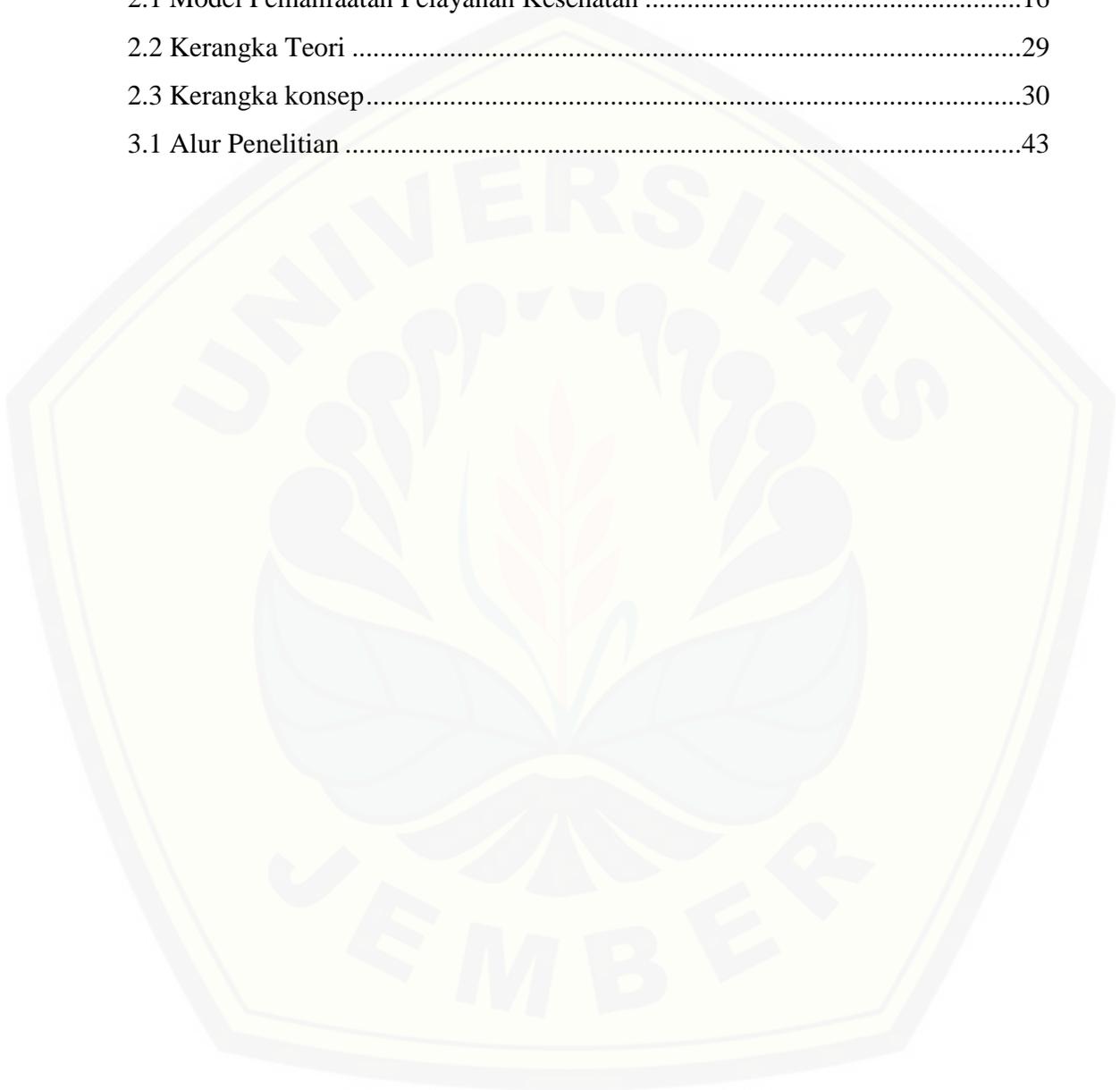


DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 Skema Bantuan PKH .....	11
2.2 Mekanisme Pengurangan Bantuan.....	13
3.1 Definisi Operasional .....	36
4.1 Gambaran Kunjungan <i>Antenatal Care</i> antara Ibu hamil Peserta PKH dan Bukan Peserta PKH.....	44
4.2 Analisis Perbedaan Kunjungan <i>Antenatal Care</i> berdasarkan Kepesertaan PKH.....	45
4.3 Analisis Perbedaan Kunjungan <i>Antenatal Care</i> (Kelengkapan) Berdasarkan Faktor Predisposisi antara Ibu hamil Peserta PKH dan bukan PKH.....	46
4.4 Analisis Perbedaan Kunjungan <i>Antenatal Care</i> (Ketepatan) Berdasarkan Faktor Predisposisi antara Ibu hamil Peserta PKH dan bukan PKH .....	48
4.5 Analisis Perbedaan Kunjungan <i>Antenatal Care</i> (Kelengkapan) Berdasarkan Faktor <i>Enabling</i> antara Ibu hamil Peserta PKH dan bukan PKH .....	49
4.6 Analisis Perbedaan Kunjungan <i>Antenatal Care</i> (Ketepatan) Berdasarkan Faktor <i>Enabling</i> antara Ibu hamil Peserta PKH dan bukan PKH .....	50
4.7 Analisis Perbedaan Kunjungan <i>Antenatal Care</i> (Kelengkapan) Berdasarkan Faktor <i>Need</i> antara Ibu hamil Peserta PKH dan bukan PKH.....	51
4.8 Analisis Perbedaan Faktor Kunjungan <i>Antenatal Care</i> (Ketepatan) Berdasarkan Faktor <i>Need</i> antara Ibu Hamil Peserta PKH dan bukan PKH.....	52

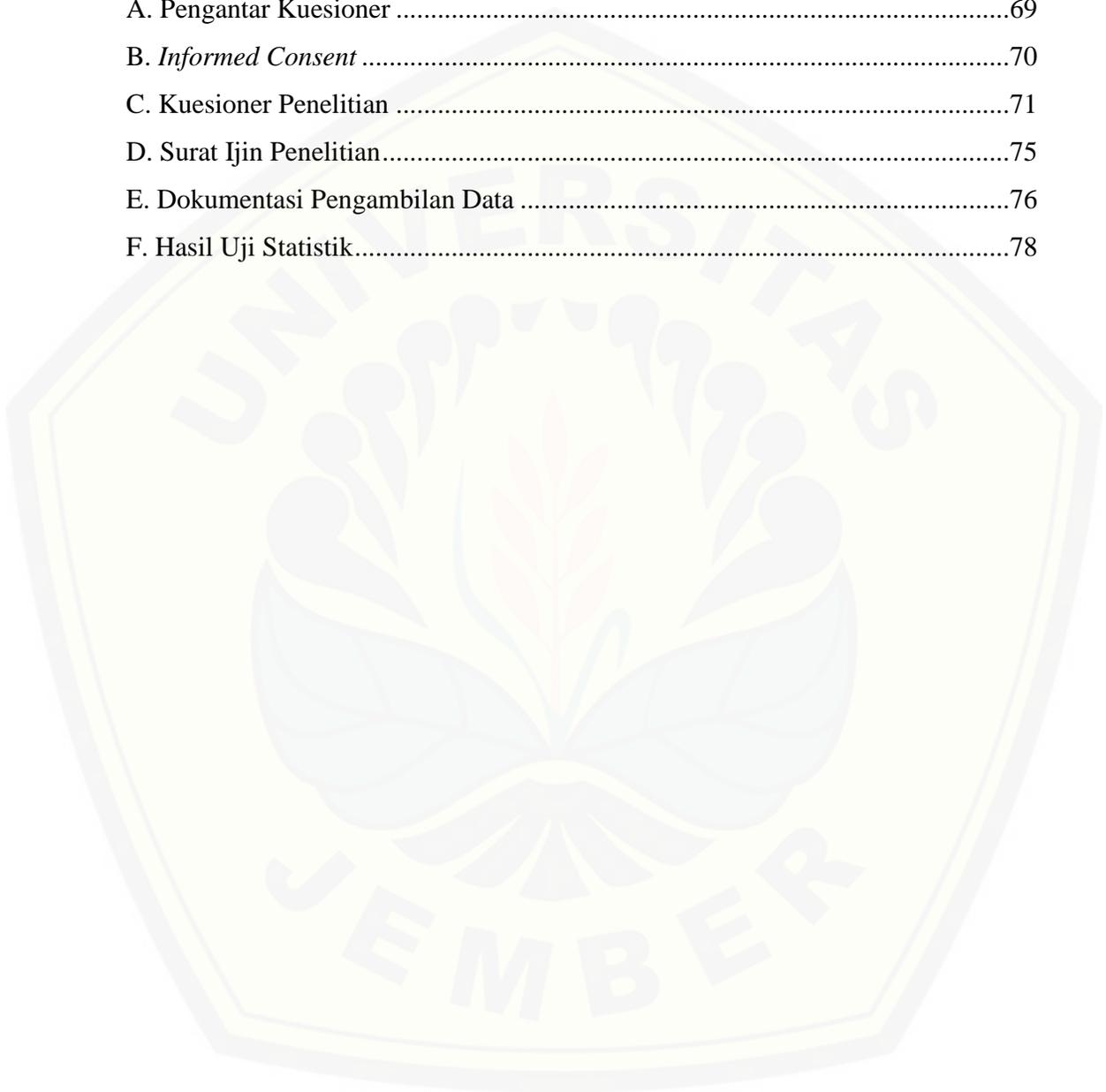
**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
2.1 Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan .....	16
2.2 Kerangka Teori .....	29
2.3 Kerangka konsep.....	30
3.1 Alur Penelitian .....	43



**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
A. Pengantar Kuesioner .....	69
B. <i>Informed Consent</i> .....	70
C. Kuesioner Penelitian .....	71
D. Surat Ijin Penelitian.....	75
E. Dokumentasi Pengambilan Data .....	76
F. Hasil Uji Statistik.....	78



## DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI

### Daftar Singkatan

AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: <i>Antenatal Care</i>
CCT	: <i>Conditional Cash Transfer</i>
K1	: Kunjungan 1
K4	: Kunjungan 2
KPM	: Keluarga Penerima Manfaat
KSM	: Keluarga Sangat Miskin
MDGs	: <i>Millenium Development Goals</i>
PKH	: Program Keluarga Harapan
RTSM	: Rumah Tangga Sangat Miskin
SDKI	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
UPPKH	: Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan
TNP2K	: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan
TT	: Tetanus Toksoid

### Daftar Notasi

<	: kurang dari
>	: lebih dari
≥	: lebih dari sama dengan
≤	: kurang dari sama dengan
%	: persen
*	: signifikan
$\alpha$	: alfa

## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan dalam bentuk pemberian berbagai pelayanan kesehatan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UU No. 36 tahun 2014:1). Dalam penyelenggaraan upaya kesehatan, ibu dan anak merupakan anggota keluarga yang perlu mendapatkan prioritas. Oleh karena itu, upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak perlu mendapat perhatian khusus (Kemenkes, 2014:1). Bagi kehidupan seorang ibu kehamilan merupakan proses alamiah dalam usia produktif. Bila terjadi gangguan dalam proses ini, baik berupa gangguan fisiologis maupun psikologis dapat menimbulkan efek yang buruk tidak hanya terhadap kesehatan ibu tetapi juga membahayakan bayi yang dikandungnya (Murniati, 2007).

Setiap ibu hamil mengalami risiko terjadinya kematian, oleh karena itu perlu dilakukan pelayanan kesehatan masa hamil sebagai upaya pencegahan terhadap kejadian kematian ibu. Kebijakan Departemen Kesehatan dalam upaya mempercepat penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) adalah dengan pendekatan pelayanan ibu dan anak di tingkat dasar serta rujukan yang pada dasarnya mengacu kepada intervensi strategis “empat pilar *safe mother hood*”. Pilar kedua berisi asuhan antenatal yang bertujuan memantau perkembangan kehamilan dan mendeteksi kelainan atau komplikasi yang menyertai kehamilan secara dini dan ditangani secara benar (Saifuddin, 2009:8).

Pemeriksaan kehamilan merupakan salah satu tahapan penting dan merupakan hal yang wajib dilakukan oleh para ibu hamil menuju kehamilan yang sehat. Pemeriksaan kehamilan dapat dilakukan melalui dokter kandungan atau bidan dengan minimal pemeriksaan 4 kali selama kehamilan yaitu pada usia kehamilan trimester pertama, trimester kedua dan dua kali pada kehamilan trimester ketiga. Pemeriksaan kehamilan penting dilakukan karena dalam pemeriksaan tersebut dilakukan monitoring secara menyeluruh baik mengenai kondisi ibu maupun janin

yang sedang di kandungnya. Dengan pemeriksaan kehamilan tersebut dapat di ketahui perkembangan kehamilan, tingkat kesehatan kandungan, kondisi janin, bahkan penyakit atau kelainan pada kandungan yang di harapkan dapat dilakukan penanganan secara dini (Mufdlilah, 2009). Hal ini sesuai dengan penelitian dari Noor (dalam Surniati *et al.*, 2013:3) yang menyatakan bahwa ibu yang kurang dari 4 kali memeriksakan kehamilannya 5,57 kali lebih besar terjadi kemaian maternal dibandingkan dengan ibu yang melaksanakan pemeriksaan *antenatal care* 4 kali atau lebih secara teratur.

Indikator yang digunakan untuk menggambarkan akses ibu hamil terhadap pelayanan antenatal adalah cakupan K1 (kontak pertama) dan K4 (kontak 4 kali) dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi sesuai standar. Di Indonesia secara umum terjadi peningkatan, baik cakupan K1 dari 94,99% menjadi 95,75% maupun K4 dari 86,70% menjadi 87,58%, dengan demikian berarti sudah memenuhi target dari Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan yaitu sebesar 72% (Kemenkes RI, 2015:106). Hal ini sama halnya dengan Provinsi Jawa Timur yang mengalami peningkatan baik cakupan K1 maupun K4 yaitu sebesar 95,07% menajadi 96,20% dan 87,35% menjadi 88,66%. Capaian cakupan K1 terbesar adalah Kota Surabaya yaitu sebesar 100,81%, sedangkan Kota Blitar tetap memiliki cakupan terendah yakni sebesar 87,96 %. Capaian cakupan ibu hamil K4 tertinggi adalah Kota Madiun yaitu sebesar 98,23 % dan terendah adalah Kabupaten Jember yaitu sebesar 75,44 % (Kemenkes RI, 2014). Walaupun demikian, masih terdapat disparitas antar provinsi dan antar kabupaten/kota yang variasinya cukup besar. Hal ini ditunjang dengan kondisi sosial ekonomi sebagian masyarakat yang masih berada digaris kemiskinan (Kemensos, 2013:2). Tidak meratanya cakupan pelayanan antenatal tersebut membuat jumlah AKI tahun 2012 sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2014:85). Angka ini masih cukup tinggi jika dibandingkan dengan AKI pada tahun 2007 yaitu 228 per 100.000 kelahiran hidup.

Banyak faktor yang mempengaruhi kunjungan antenatal pada ibu hamil. Secara umum kunjungan kesehatan ibu hamil erat hubungannya dengan kemiskinan, pendidikan ibu, faktor geografis dan pembangunan sosial. Kaum ibu

yang miskin dan tidak berpendidikan mengalami kesulitan dalam kunjungan ke pelayanan kesehatan karena keterbatasan biaya dan ketidaktahuan. Penelitian yang dilakukan Wibowo 1992 (dalam Muniarti, 2007) ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kunjungan antenatal yaitu: faktor *predisposing* (umur ibu, paritas, jarak kehamilan, pendidikan, pengetahuan dan sikap), faktor *enabling* (pekerjaan suami, ekonomi keluarga, pembayar, ongkos, waktu, ketersediaan pelayanan dan jarak) dan faktor *need* (riwayat penyakit, keluhan, persepsi sehat, kondisi ibu, dan rencana pengobatan). Selain itu penelitian yang dilakukan oleh Surniati (2013:8) menyebutkan bahwa faktor yang berhubungan dengan keteraturan pemanfaatan *antenatal care* adalah tingkat pengetahuan, pendapatan, dan persepsi responden mengenai biaya *antenatal care*.

UUD 1945 memberikan amanat bagi pemerintah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang baik bagi seluruh masyarakat, untuk itu Kementerian Sosial dengan menggandeng beberapa Kementerian dan Departemen meluncurkan program bantuan pada tahun 2007 yang bernama Program Keluarga Harapan (PKH). PKH sendiri merupakan program yang diadopsi dari program *Conditional Cash Transfer* (CCT) yang telah dilaksanakan di berbagai negara (Kemensos, 2013:3). Penelitian Glassman *et al.* (2013:48) menyebutkan bahwa program CCT secara signifikan meningkatkan kunjungan antenatal, penolong persalinan oleh tenaga kesehatan, dan pemberian vaksinasi tetanus *toxoid* untuk ibu dan mengurangi risiko kejadian berat bayi lahir rendah. Penelitian Rasella *et al.* (2013:57) juga menyebutkan bahwa program CCT sangat berkontribusi terhadap penurunan AKI dan AKB di Negara Brazil. Selain itu penelitian dari Kahn (2015:147) menyebutkan bahwa program CCT meningkatkan pemanfaatan pelayanan antenatal sebesar 12% di Kisoro, Uganda.

PKH tidak sama dan bukan merupakan lanjutan dari program subsidi/Bantuan Langsung Tunai (BLT) yang sudah berlangsung selama ini dalam rangka membantu rumah tangga miskin mempertahankan daya beli pada saat pemerintah melakukan penyesuaian harga BBM (Kemensos, 2013:3). PKH lebih dimaksudkan sebagai upaya membangun sistem perlindungan sosial kepada masyarakat miskin dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan

kesejahteraan sosial penduduk miskin sekaligus sebagai upaya memotong rantai kemiskinan yang terjadi selama ini (Kemensos, 2013:3). Selain itu, penerima PKH harus mematuhi dan melakukan aktifitas kewajiban sebagaimana kewajiban PKH. Sanksi berupa pengurangan dana bantuan hingga dikeluarkan dari program akan dilakukan jika peserta PKH tidak memenuhi kewajibannya.

Untuk wilayah Jawa Timur, Kabupaten Jember merupakan salah satu sasaran PKH. Pada awal pelaksanaan hanya 11 kecamatan yang terpilih menjadi penerima PKH, diantaranya: Kecamatan Jombang, Kencong, Rambipuji, Balung, Kaliwates, Arjasa, Patrang, Kalisat, Pakusari, Sukorambi, dan Mayang. Sejalan dengan perkembangannya, semua kecamatan di Kabupaten Jember sudah menjadi penerima bantuan PKH. Hal ini dibuktikan dengan data rekapitulasi Keluarga Penerima Manfaat (KPM) tahun 2016 yang diperoleh peneliti dari sekretariat UPPKH (Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan) Kabupaten Jember. Sasaran PKH adalah keluarga yang memiliki ibu hamil dan ibu nifas, anak pra sekolah dan anak sekolah termasuk penyandang disabilitas dan lansia (Kemensos, 2016:16). Berdasarkan data yang didapat peneliti dari UPPKH Kabupaten Jember jumlah komponen ibu hamil terbanyak di Kabupaten Jember yaitu Kalisat sebanyak 59 KPM, Silo sebanyak 50 KPM dan Sumberbaru sebanyak 40 KPM.

Komponen ibu hamil peserta PKH mempunyai kewajiban untuk memeriksakan kehamilannya pada pelayanan kesehatan (ANC sebanyak 4 kali selama masa kehamilan). Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2016, cakupan ibu hamil yang mendapatkan pelayanan K1 yaitu sebesar 99,66% sedangkan pelayanan K4 yaitu sebesar 82,31%. Rendahnya cakupan K4 dibandingkan K1 menunjukkan tidak semua ibu hamil yang melakukan kunjungan pertama pelayanan antenatal meneruskan hingga kunjungan ke-4 pada triwulan 3, sehingga kehamilannya lepas dari pemantauan petugas kesehatan. Hal ini tentu akan berdampak buruk pada kesehatan ibu hamil karena ibu hamil akan terlambat menyadari jika ada masalah pada kehamilannya.

Berdasarkan hasil wawancara kepada koordinator pendamping PKH Kabupaten Jember menjelaskan bahwa masih ada ibu hamil peserta PKH di Kecamatan Kalisat yang tidak melakukan kewajibannya untuk memeriksakan

kandungannya pada pelayanan kesehatan. Selain itu berdasarkan wawancara kepada bidan koordinator Puskesmas Kalisat menjelaskan bahwa masih tingginya kepercayaan masyarakat tentang budaya untuk menyembunyikan kehamilannya agar janin yang dikandungnya tidak hilang dari rahimnya, sehingga kehamilannya lepas dari pemantauan petugas kesehatan. Puskesmas Kalisat merupakan puskesmas yang memiliki cakupan K4 terendah ke 3 di Kabupaten Jember, yaitu sebesar (66,28%) dibawah Kecamatan Arjasa (61,7%), dan Kecamatan Sukowono (61,82%). (Dinas Kabupaten Jember, 2016).

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti perlu meneliti perbedaan kunjungan ke pelayanan *antenatal care* antara ibu hamil peserta PKH dan bukan peserta PKH di Kabupaten Jember. Selanjutnya peneliti memilih melakukan penelitian di Kecamatan Kalisat sebagai daerah dengan jumlah KPM komponen ibu hamil terbanyak di Kabupaten Jember, selain itu Kecamatan Kalisat termasuk dalam 3 kecamatan dengan persentase K4 terendah di Kabupaten Jember.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan sebelumnya, maka rumusan masalah dari penelitian ini adalah: “Apakah ada perbedaan kunjungan *antenatal care* antara ibu hamil peserta PKH dan bukan peserta PKH di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember?”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Secara umum tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis perbedaan kunjungan *antenatal care* antara ibu hamil peserta PKH dan bukan peserta PKH di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Menggambarkan kunjungan antenatal antara ibu hamil peserta PKH dan bukan peserta PKH;

- b. Menganalisis perbedaan kunjungan antenatal antara ibu hamil peserta PKH dan bukan peserta PKH;
- c. Menganalisis perbedaan kunjungan antenatal berdasarkan faktor *predisposing* antara ibu hamil peserta PKH dan bukan peserta PKH.
- d. Menganalisis perbedaan kunjungan antenatal berdasarkan faktor *enabling* antara ibu hamil peserta PKH dan bukan peserta PKH.
- e. Menganalisis perbedaan kunjungan antenatal berdasarkan faktor *need* antara ibu hamil peserta PKH dan bukan peserta PKH.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menambah dan mengembangkan keilmuan di bidang kesehatan masyarakat khususnya masalah kependudukan dan kesehatan reproduksi ibu hamil serta perilaku ibu hamil dalam melakukan pemeriksaan kehamilan.

##### **1.4.2 Manfaat Praktis**

- a. Sebagai bahan masukan bagi Dinas Sosial Kabupaten Jember untuk mengevaluasi dan mengoptimalkan Program Keluarga Harapan supaya di tahun berikutnya ibu hamil dapat benar-benar melakukan kewajibannya dan dapat memanfaatkan pelayanan *antenatal care* secara maksimal, serta dapat dijadikan pertimbangan mengenai kinerja pendamping PKH Kecamatan Kalisat.
- b. Sebagai bahan informasi terkait pentingnya pelayanan *antenatal care* bagi ibu hamil dalam menjaga kesehatan selama masa kehamilan.
- c. Sebagai referensi dan acuan bagi peneliti lain yang ingin mengembangkan penelitian mengenai masalah kesehatan reproduksi dengan lebih mendalam.

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Program Keluarga Harapan (PKH)

#### 2.1.1 Definisi Program Keluarga Harapan

Program Keluarga Harapan atau yang sering disebut dengan PKH merupakan sebuah program bantuan tunai bersyarat kepada keluarga miskin (KM) (Kemenos, 2016: 3). Program semacam ini secara internasional dikenal sebagai program *Conditional Cash Transfers* (CCT) atau program Bantuan Tunai Bersyarat. Persyaratan tersebut dapat berupa kehadiran di fasilitas pendidikan (misalnya bagi anak usia sekolah), ataupun kehadiran di fasilitas kesehatan (misalnya bagi anak balita, atau bagi ibu hamil).

Teknis pelaksanaan program ini didasarkan pada (TNP2K, 2017):

- a. Verifikasi, yang merupakan esensi utama dari PKH. Kegiatan verifikasi dilakukan untuk mengecek kepatuhan peserta dalam memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan.
- b. PKH melaksanakan pemotongan bantuan tunai bagi keluarga yang tidak mematuhi kewajiban yang telah ditetapkan. Peserta PKH mengetahui persis bahwa mereka harus memenuhi sejumlah kewajiban untuk dapat menerima bantuan tunai. Peserta adalah elemen penting dalam program ini. Pengetahuan atas kewajiban ini yang menjadi dasar perubahan perilaku keluarga dan anggota keluarga di bidang pendidikan dan kesehatan.
- c. Peserta PKH mengetahui persis bahwa mereka harus memenuhi sejumlah kewajiban untuk dapat menerima bantuan tunai.

#### 2.1.2 Dasar Hukum PKH

Secara teknis, kegiatan PKH melibatkan beberapa kementerian dan lembaga yaitu: Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas, Kementerian Sosial, Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Kementerian Agama, Kementerian Komunikasi dan Informatika, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Kementerian Keuangan, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan

Perlindungan Anak, BPS, TNP2K dan Pemerintah Daerah. PKH merupakan program yang sumber dananya berasal dari APBN oleh karena itu, dalam pelaksanaannya PKH dijalankan berdasarkan peraturan dibawah ini (Kemensos, 2016: 14):

- a. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia.
- b. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- c. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial.
- d. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin.
- e. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas.
- f. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial.
- g. Peraturan Presiden Nomor 15 Tahun 2010 tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan.
- h. Peraturan Presiden Nomor 7 Tahun 2015 tentang Organisasi Kementerian Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 8).
- i. Peraturan Presiden Nomor 46 Tahun 2015 tentang Kementerian Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 86).
- j. Inpres nomor 1 Tahun 2013 tentang Pencegahan dan Pemberantasan Korupsi poin lampiran ke 46 tentang Pelaksanaan Transparansi Penyaluran Bantuan Langsung Tunai Bersyarat Bagi Keluarga Sangat Miskin (KSM) Sebagai Peserta Program Keluarga Harapan (PKH).
- k. Peraturan Menteri Keuangan RI Nomor 254/PMK.05/2015 tentang Belanja Bantuan Sosial pada Kementerian Negara/Lembaga.

### 2.1.3 Tujuan PKH

Tujuan umum dari PKH ini adalah meningkatkan aksesibilitas terhadap pelayanan pendidikan, kesehatan, dan kesejahteraan sosial dalam mendukung tercapainya kualitas hidup keluarga miskin. PKH diharapkan dapat mengurangi beban pengeluaran keluarga miskin dalam jangka pendek serta memutus rantai kemiskinan dalam jangka panjang (Kemensos, 2016:18). Tujuan ini berkaitan

langsung dengan upaya mempercepat pencapaian target *Millennium Development Goals* (MDGs). Secara khusus tujuan PKH, yaitu (Kemensos, 2016:18):

- a. Meningkatkan konsumsi keluarga peserta PKH
- b. Meningkatkan kualitas kesehatan peserta PKH.
- c. Meningkatkan taraf pendidikan anak-anak peserta PKH.
- d. Mengarahkan perubahan perilaku positif peserta PKH terhadap pentingnya kesehatan, pendidikan, dan pelayanan kesejahteraan sosial.
- e. Memastikan terpeliharanya taraf kesejahteraan sosial.

#### 2.1.4 Ketentuan Peserta PKH

Sejak tahun 2007, basis kepesertaan bantuan PKH diarahkan kepada RTSM dan mulai tahun 2012 basis bantuan PKH diarahkan pada KSM (orang tua-ayah, ibu dan anak) (Kemensos, 2016). Perubahan ini untuk mengakomodasi prinsip bahwa keluarga adalah satu unit yang sangat relevan dengan peningkatan kualitas sumber daya manusia. Kriteria peserta PKH adalah keluarga miskin yang memenuhi minimal salah satu syarat berikut (Kemensos, 2016:18):

- a. Memiliki komponen kesehatan yakni anak dengan usia di bawah 6 tahun, ibu hamil/menyusui, termasuk anak penyandang disabilitas ringan/ sedang.
- b. Memiliki komponen pendidikan anak usia sekolah 6 hingga 21 tahun untuk peserta pendidikan SD/MI sederajat, SMP/MTs sederajat dan/atau SMA/MA sederajat, termasuk anak penyandang disabilitas ringan/ sedang.
- c. Memiliki komponen kesejahteraan sosial untuk Penyandang Disabilitas Berat di dalam keluarga peserta PKH. Penyandang Disabilitas berat adalah penyandang disabilitas yang kedisabilitasannya sudah tidak dapat direhabilitasi, tidak dapat melakukan aktivitas kehidupannya sehari-hari dan/atau sepanjang hidupnya tergantung pada bantuan orang lain, dan tidak mampu menghidupi diri sendiri (Pedoman Pelaksanaan Pemberian Asistensi Sosial Bagi Penyandang Disabilitas (dalam Kemensos, 2016:9).
- d. Memiliki komponen kesejahteraan sosial untuk lanjut usia 70 tahun ke atas di dalam keluarga peserta PKH dengan kriteria:
  - 1) Lanjut usia berusia 70 tahun ke atas per 1 Januari pada tahun validasi.

- 2) Lanjut usia berusia 70 tahun ke atas yang menjadi orang tua yang mengurus keluarga PKH.

Sejak 2012, penerima bantuan diperluas dengan menambah kategori rentan seperti keluarga yang memiliki penyandang disabilitas dan atau manula dalam rumah tangganya. Program Keluarga Harapan (PKH) dilaksanakan secara berkelanjutan (*multiyear*) yang dimulai pada tahun 2007 di tujuh provinsi. Sampai dengan tahun 2015, PKH sudah dilaksanakan di 34 provinsi dan mencakup 472 Kabupaten/Kota dan 6.080 kecamatan. Target peserta PKH pada tahun 2016 mencapai 6 juta keluarga miskin di 514 Kabupaten/Kota (Kemensos, 2016:19).

Setiap penerima PKH diberikan kartu peserta sebagai bukti kepesertaan. Nama yang tercantum dalam kartu peserta PKH RTSM adalah nama perempuan dewasa (ibu, nenek, bibi dan anak perempuan dewasa) yang mengurus RTSM. Sedangkan nama yang tercantum dalam kartu peserta PKH KSM adalah perempuan dewasa (ibu dan anak perempuan dewasa). Dalam hal kondisi tertentu dapat digantikan oleh kepala keluarga. Kartu tersebut digunakan untuk menerima bantuan PKH dan bantuan sosial lainnya. Seluruh keluarga di dalam suatu rumah tangga berhak menerima bantuan tunai apabila memenuhi kriteria kepesertaan program dan memenuhi kewajibannya. Kepesertaan PKH tidak menutup keikutsertaannya pada program-program pemerintah lainnya pada klaster I, seperti: Jamkesmas, BOS, Raskin dan BLT (Kemensos, 2013:30).

#### 2.1.5 Indeks Bantuan PKH

Penyaluran bantuan diberikan kepada peserta PKH berdasarkan komponen kepesertaan PKH. Bantuan komponen peserta PKH diberikan kepada maksimal 3 anggota keluarga sesuai kriteria kepesertaan. Peserta PKH komponen kesehatan pada kehamilan keempat dan berikutnya tidak dihitung sebagai komponen penerima bantuan.

Penyaluran bantuan bagi peserta yang telah ditetapkan pada tahun anggaran sebelumnya dilaksanakan empat tahap dalam satu tahun, sedangkan untuk kepesertaan yang ditetapkan pada tahun berjalan, penyalurannya dilaksanakan dalam satu tahap. Penyaluran bantuan PKH dilakukan melalui sistem rekening

(LKD dan Non LKD) oleh lembaga bayar. Jadwal dan pelaksanaan penyaluran bantuan disesuaikan dengan situasi dan kondisi yang ada pada tahun berjalan serta disesuaikan dengan kebijakan yang dibuat untuk memperlancar pelaksanaan penyaluran bantuan.

Skema bantuan PKH dari tahun ke tahun dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.0.1 Skema Bantuan PKH

Komponen Bantuan	Bantuan per KSM tahun 2007	Bantuan per KSM tahun 2013	Bantuan per KSM tahun 2015	Bantuan per KSM tahun 2016
Bantuan tetap	200.000	300.000	500.000	500.000
Bantuan Peserta PKH dengan komponen				
a. Ibu hamil	800.000	1.000.000	1.000.000	1.200.000
b. Anak SD	400.000	500.000	450.000	450.000
c. Anak SMP	800.000	1.000.000	750.000	750.000
d. Anak SMA	-	-	1.000.000	1.000.000
e. Penyandang Disabilitas	-	-	-	-
f. Lansia (Usia > 70 Tahun)	-	-	-	-
Bantuan min Per KSM	600.000	800.000	950.000	950.000
Bantuan maks per KSM	2.200.000	2.800.000	3.700.000	3.900.000

Sumber: SK Dirjen Perlindungan dan Jaminan Sosial No. 121/LIS/06/2013 tanggal 18 Juni 2013 dan SK Menteri Sosial RI

#### 2.1.6 Hak, Kewajiban, dan Sanksi

a. Hak Peserta Hak peserta PKH adalah (Kemensos, 2016:22):

1. Mendapatkan bantuan uang tunai yang besarnya disesuaikan dengan ketentuan program.
2. Mendapatkan layanan di fasilitas kesehatan dan pendidikan bagi seluruh anggota keluarga.
3. Terdaftar dan mendapatkan program-program komplementaritas dan sinergitas penanggulangan kemiskinan lainnya.

b. Kewajiban Penerima Program

Seluruh anggota keluarga peserta PKH memiliki kewajiban memenuhi komitmen berdasarkan kriteria komponen. Kewajiban komponen kesehatan adalah sebagai berikut (Kemensos, 2016:23):

1. Kategori Persyaratan Kesehatan Bayi

- a) Usia 0-11 bulan: imunisasi lengkap serta pemeriksaan berat badan setiap bulan.
  - b) Usia 6-11 bulan: mendapat suplemen vitamin A.
2. Kategori Persyaratan Kesehatan Balita
- a) Usia 1-5 tahun: imunisasi tambahan dan pemeriksaan berat badan setiap bulan.
  - b) Usia 5-6 tahun: pemeriksaan berat badan setiap 1 bulan dan mendapatkan Vitamin A sebanyak 2 kali dalam setahun.
  - c) Usia 6-7 tahun: timbang badan di fasilitas kesehatan.
3. Kategori Persyaratan Kesehatan Anak Sekolah: Usia 6-21 tahun: terdaftar di sekolah/pendidikan kesetaraan dengan minimal 85% kehadiran dikelas.
4. Kategori Persyaratan Kesehatan Ibu Hamil/Nifas
- a) Pemeriksaan kehamilan di Faskes sebanyak 4 kali dalam 3 Trimester.
  - b) Melahirkan oleh tenaga kesehatan di Faskes.
  - c) Pemeriksaan kesehatan 2 kali sebelum bayi usia 1 bulan.
5. Kategori Persyaratan Kesehatan Lansia Miskin +70
- a) Pemeriksaan kesehatan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan atau mengunjungi puskesmas santun lanjut usia (jika tersedia).
  - b) Mengikuti kegiatan sosial (*day care*) dan *home care*.
6. Kategori Persyaratan Kesehatan Penyandang Disabilitas Berat
- a) Pemeliharaan kesehatan sesuai kebutuhan.
  - b) Pemeriksaan kesehatan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan melalui kunjungan ke rumah (*home care*), mengikuti kegiatan sosial (*day care*).
- c. Sanksi Terhadap Pelanggaran Komitmen
- Sanksi dalam hal penangguhan dan pembatalan diberlakukan apabila peserta PKH tidak memenuhi komitmen dengan ketentuan (Kemensos, 2016:24-25):
1. Tidak memenuhi komitmen kehadiran pada fasilitas layanan kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan sosial sesuai dengan protokol yang berlaku di setiap fasilitas layanan secara rutin setiap bulannya berupa pengurangan nominal bantuan sebesar 10% pada setiap tahapan penyaluran bantuan.

2. Jika tiga bulan berturut-turut seluruh anggota keluarga peserta PKH tidak memenuhi komitmen kehadiran pada fasilitas layanan kesehatan dan/atau pendidikan sesuai dengan protokol yang berlaku di setiap fasilitas layanan maka pengurangan nominal bantuan sebesar 100% atau tidak mendapatkan bantuan akan tetapi masih menjadi peserta PKH.
3. Jika enam bulan berturut-turut seluruh anggota keluarga peserta PKH tidak memenuhi komitmen kehadiran pada fasilitas layanan kesehatan dan pendidikan sesuai dengan protokol yang berlaku di setiap fasilitas layanan, maka akan dikeluarkan dari kepesertaan PKH secara permanen meskipun masih memenuhi kriteria PKH.
4. Khusus bagi daerah pengembangan yang infrastruktur pendidikan, kesehatan, dan kesejahteraan sosial belum memadai maka penerapan sanksi akan dilakukan secara bertahap.
5. Jika dalam tiga kali siklus penyaluran bantuan berturut-turut atau selama sembilan bulan peserta PKH tidak mengambil bantuan, maka dikeluarkan dari kepesertaan PKH.
6. Jika KM terbukti tidak memenuhi kriteria sebagai peserta PKH, maka dikeluarkan dari kepesertaan PKH. Peserta PKH yang telah dikeluarkan kepesertaannya, tidak dapat diajukan kembali sebagai Peserta PKH.

Rincian pengurangan dapat dilihat pada tabel 2.2 berikut:

Tabel 2.0.2 Mekanisme Pengurangan Bantuan

Anggota Rumah Tangga	Tidak Memenuhi Komitmen dalam 1 Tahapan		
	Bulan ke 1	Bulan ke 2	Bulan ke 3
Seluruh	10%	20%	100%
Sebagian/ tanggung renteng	10%	20%	30%

Keterangan: tanggung renteng adalah bila salah satu saja anggota RTSM/KSM tidak memenuhi kewajiban di bidang kesehatan dan atau pendidikan, akan dilakukan pemotongan sebesar ketentuan yang tersebut di atas.

Sumber: Pedoman Umum PKH Tahun 2013

Besaran bantuan dan berbagai ketentuan di atas akan dievaluasi dan disesuaikan dengan perkembangan yang ada. PKH tidak mengatur mengenai penggunaan dan atau pemanfaatan bantuan. Peserta PKH memiliki kewenangan menggunakan serta memanfaatkan bantuan yang diberikan. Namun demikian,

pemanfaatan bantuan diprioritaskan untuk mengakses layanan pendidikan dan layanan kesehatan.

## 2.2 Antenatal Care

### 2.2.1 Kehamilan

Kehamilan adalah masa dimana seorang wanita membawa embrio atau fetus di dalam tubuhnya (Mufdlilah, 2009:41). Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari pertama haid terakhir (Prawirohardjo, 2008:89). Kehamilan merupakan suatu perjalanan baru yang ditandai dengan perubahan fisik dan psikis sehingga timbul berbagai masalah psikologis.

### 2.2.2 Definisi *Antenatal Care*

*Antenatal care* adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim dan ibunya (Manuaba, 2010:110). Pelayanan Kesehatan ibu hamil merupakan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional (dokter spesialis kandungan dan kebidanan, dokter umum, bidan dan perawat) di fasilitas pelayanan kesehatan kepada ibu hamil selama kehamilannya sesuai dengan pedoman pelayanan antenatal yang ada dengan titik berat pada kegiatan promotif dan preventif (Depkes, 2007:41). Kualitas pelayanan antenatal yang diberikan akan mempengaruhi kesehatan ibu hamil dan janinnya, ibu bersalin dan bayi baru lahir serta ibu nifas (Kemenkes, 2010:15).

### 2.2.3 Tujuan *Antenatal Care*

Pelaksanaan ANC sangat penting karena dapat memberikan gambaran keadaan ibu hamil, janin dan kandungan dan kesehatan umum. Adapun tujuan *antenatal care* adalah (Depkes, 2007:23):

- 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 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 kembang secara normal.
- g. Mengurangi bayi lahir prematur, kelahiran mati dan kematian neonatal.

#### 2.2.4 Indikator Pelayanan *Antenatal Care*

Indikator pelayanan antenatal terdiri dari kunjungan pertama (K1), kunjungan ke-4 (K4), dan penanganan komplikasi (PK), adapun penjelasannya (Kemenkes, 2010: 4) yakni sebagai berikut:

##### a. Kunjungan pertama (K1)

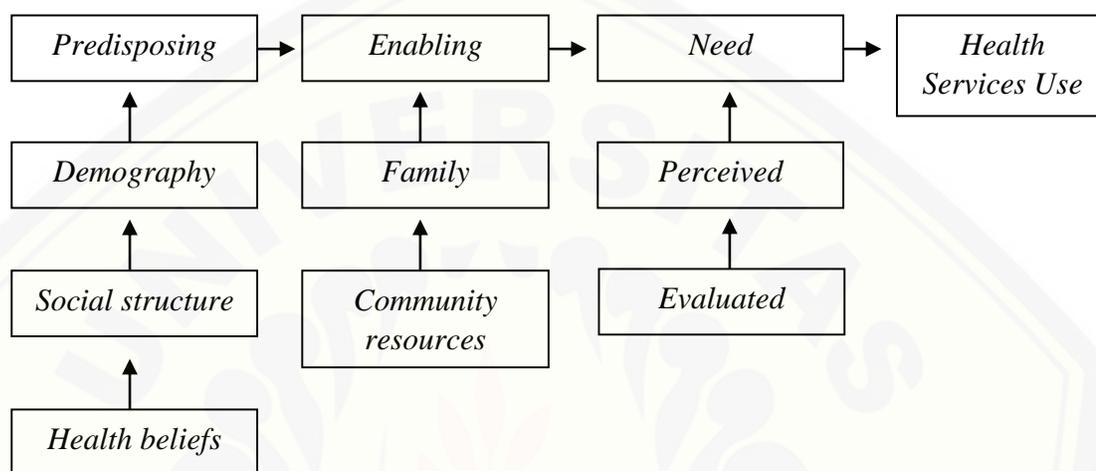
K1 adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar. Kontak pertama harus dilakukan sedini mungkin pada trimester pertama sebaiknya sebelum minggu ke 8.

##### b. Kunjungan ke-4 (K4)

K4 adalah ibu hamil dengan kontak 4 kali atau lebih dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar. Kontak 4 kali dilakukan sebagai berikut: sekali pada trimester 1 (kehamilan hingga 12 minggu), 1 kali pada trimester ke-2 (>12-24 minggu), dan minimal 2 kali kontak pada trimester ke-3 dilakukan setelah minggu ke 24 sampai dengan minggu ke 36. Kunjungan antenatal bisa lebih dari 4 kali sesuai kebutuhan dan jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan, kunjungan ini termasuk dalam K4.

### 2.3 Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Anderson (1974) dalam Notoatmodjo (2010b:117) mengembangkan model pemanfaatan pelayanan kesehatan yang dikenal dengan “*a behavioral model of families use of health service*”. Model pemanfaatan pelayanan kesehatan menurut Anderson dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.1 Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Sumber: Notoatmodjo (2010b:118)

Model ini menjelaskan bahwa seseorang akan memutuskan memanfaatkan pelayanan kesehatan tergantung pada:

a. Komponen Predisposisi

Komponen ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan yang berbeda-beda dalam menggunakan pelayanan kesehatan. Kecenderungan ini ditentukan oleh karakteristik individu itu sendiri. Karakteristik itu ada sebelum individu itu sakit. Komponen predisposisi ini digolongkan ke dalam 3 kelompok (Notoatmodjo, 2010b:117):

1) Ciri demografi

Ciri demografi adalah ciri yang menggambarkan perbedaan masyarakat berdasarkan umur, jenis kelamin, status perkawinan, dan lain-lain. Variabel ini digunakan sebagai ukuran mutlak atau indikator fisiologis yang berbeda (umur, jenis kelamin) dan siklus hidup (status perkawinan, besarnya keluarga) (Notoatmodjo, 2010b:112).

## 2) *Social structure*

Struktur sosial mencerminkan status sosial dari individu atau keluarga di dalam masyarakat dan dapat pula menggambarkan gaya hidup individu dan keluarga. Pendekatan struktur sosial didasarkan pada asumsi bahwa orang-orang dengan latar belakang struktur sosial yang bertentangan akan menggunakan pelayanan kesehatan dengan cara tertentu pula. Variabel yang termasuk dalam struktur sosial meliputi: pendidikan, pekerjaan, dan etnis.

## 3) *Health belief*

Kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan, seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit (termasuk didalamnya nilai-nilai terhadap kesehatan dan sakit, sikap terhadap pelayanan kesehatan dan pengetahuan tentang penyakit).

### b. *Komponen Enabling*

*Enabling* berarti kondisi yang memungkinkan seseorang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Komponen ini mencerminkan bahwa meskipun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, dia tak bertindak untuk menggunakannya, kecuali bila dia mampu menggunakannya. Komponen predisposisi ini digolongkan ke dalam 2 kelompok yaitu (Notoatmodjo, 2010b:117):

#### 1) *Sumber Daya Keluarga*

Karakteristik sumber daya keluarga digunakan untuk mengukur kesanggupan dari individu atau keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan mereka. Ringkasnya, model sumber keluarga menekankan kesanggupan untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi anggotanya, dengan demikian karakteristik sumber daya keluarga adalah berdasarkan ekonomis (Notoatmodjo, 2010b:113). Komponen sumber daya keluarga terdiri dari pendapatan keluarga, cakupan asuransi kesehatan, jenis dan keterjangkauan sasaran pelayanan kesehatan.

#### 2) *Sumber Daya Masyarakat*

Variabel yang digunakan adalah pelayanan kesehatan dan sumber-sumber di dalam masyarakat.

### c. Komponen *Need*

Komponen predisposisi dan pemungkin untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan akan terwujud jika ada kebutuhan (*need*). Komponen kebutuhan merupakan komponen yang langsung berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan (Notoatmodjo, 2010b:118). Kebutuhan (*need*) dibagi menjadi 2 kategori:

#### 1) *Perceived*

*Perceived (subject assessment)* atau dirasa merupakan penilaian keadaan kesehatan yang dirasakan oleh individu itu sendiri. Variabel yang termasuk dalam kategori *perceived* adalah kondisi ibu hamil.

#### 2) *Evaluated*

*Evaluated (clinical diagnose)* merupakan penilaian beratnya penyakit yang dinilai dari berbagai kondisi dan gejala penyakit menurut diagnosis dokter. Variabel yang termasuk dalam kategori *evaluated* adalah riwayat kehamilan dan riwayat penyakit.

## 2.4 Faktor yang mempengaruhi Kunjungan Antenatal

Sebagaimana perilaku manusia pada umumnya, perilaku pemanfaatan pelayanan antenatal dipengaruhi oleh berbagai faktor dalam lingkungan internal maupun eksternal. Wibowo (dalam Murniati, 2007), mengembangkan konsep pemanfaatan pelayanan antenatal yang bersifat menyeluruh meneliti faktor-faktor pada ibu hamil dengan mengacu pada konsep dasar Anderson. Model pemanfaatan pelayanan antenatal juga dihubungkan oleh faktor predisposisi, *enabling* dan *need*. Faktor-faktor yang mempengaruhi ibu hamil dalam melakukan pemeriksaan antenatal berdasarkan model pemanfaatan pelayanan kesehatan tersebut adalah:

#### 2.4.1 Faktor Predisposisi

##### a. Karakteristik individu, meliputi:

###### 1) Umur ibu

Umur merupakan lama waktu hidup terhitung sejak lahir sampai saat ini (saat dilakukan penelitian). Terdapat pengaruh umur terhadap kejadian kehamilan risiko tinggi, karena umur yang ekstrem memungkinkan terjadinya penurunan dari fungsi organ reproduksi. Hal serupa diungkapkan oleh Hukmiah (2014:5) bahwa ibu hamil pada kelompok umur 20-35 tahun cenderung teratur dalam memeriksakan kehamilan dibandingkan dengan ibu hamil pada kelompok umur kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun. Hal ini dikarenakan pada kelompok umur kurang dari 20 tahun cenderung belum terlalu mengerti mengenai pemeriksaan kehamilan sedangkan pada kelompok umur lebih dari 35 tahun cenderung merasa telah memiliki banyak pengalaman yang baik tentang kehamilan sehingga tidak memeriksakan kehamilannya. Jika dilihat dari segi kesehatan, ibu hamil pada kelompok umur 20-35 tahun merupakan kelompok umur reproduksi sehat sedangkan kelompok umur kurang dari 20 dan lebih dari 35 tahun merupakan kelompok umur berisiko mengalami komplikasi saat hamil.

###### 2) Paritas

Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dialami oleh seorang wanita (BKKBN, 2006). Pengalaman persalinan sebelumnya menentukan perilaku ibu terhadap kehamilan berikutnya. Ibu yang belum pernah melakukan persalinan, lebih cenderung untuk mencari tahu tentang persalinan dan pelayanan yang tepat. Paritas juga menjadi faktor penyebab terjadinya kehamilan risiko tinggi, semakin tinggi paritas ibu, maka kehamilan semakin berisiko. Hal ini disebabkan karena lemahnya otot rahim pada ibu berusia ekstrem dapat mengakibatkan terjadinya perdarahan saat persalinan maupun setelah persalinan (Kurniawati *et al.*, 2013). Klasifikasi paritas menurut Manuaba, *et al.* (2010:125) paritas dibagi menjadi 3, yaitu:

- 1) Primipara adalah wanita yang telah melahirkan bayi aterm sebanyak satu kali.

- 2) Multipara (pleuripara) adalah wanita yang telah pernah melahirkan anak hidup beberapa kali, dimana persalinan tersebut tidak lebih dari lima kali.
- 3) Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan janin aterm lebih atau sama dengan lima kali.

Berdasarkan penelitian dari Sari *et al.* (2015:81), ibu hamil dengan paritas primipara sebagian besar teratur dalam pemanfaatan pelayanan antenatal dan ibu hamil dengan paritas multipara sebagian besar tidak teratur dalam pemanfaatan pelayanan antenatal. Ibu hamil dengan paritas primipara merasa lebih membutuhkan informasi mengenai kehamilannya dikarenakan mereka merasa belum berpengalaman pada saat kehamilannya terjadi. Hasil penelitian Hukmiah (2014:5-6) menunjukkan bahwa paritas memiliki hubungan yang signifikan terhadap pemanfaatan ANC dengan kekuatan hubungan sedang. Sebagian besar ibu yang memanfaatkan ANC adalah kelompok grandemultipara karena kelompok tersebut mengakui pernah mengalami komplikasi kehamilan seperti perdarahan dan eklampsia bahkan terdapat riwayat penyakit yang harus selalu dikontrol oleh tenaga kesehatan

### 3) Jarak kehamilan

Jarak kehamilan adalah suatu pertimbangan untuk menentukan kehamilan yang pertama dengan kehamilan berikutnya. Jarak kehamilan mempengaruhi kesehatan janin maupun ibu. Jarak antara dua kehamilan yang terlalu dekat dapat menimbulkan komplikasi serius pada kehamilan maupun proses kelahiran. Jarak kehamilan yang terlalu dekat menyebabkan ibu mempunyai waktu singkat untuk memulihkan kondisi rahimnya agar bisa kembali ke kondisi sebelumnya. Begitupula pada jarak kahamilan terlalu jauh akan berdampak pada usia ibu yang semakin tua. Menurut BKKBN jarak antar kehamilan sebaiknya 2-3 tahun. Berdasarkan penelitian dari Hossain *et al.* (2015:99) menyebutkan bahwa ibu yang melahirkan dengan jarak kehamilan 3 tahun memiliki nilai rata-rata tertinggi dalam pemanfaatan pelayanan ANC. Hal serupa juga diungkapkan oleh Uthman *et al.* (2013).

*b. Social structure*

1) Pendidikan Ibu

Tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh dalam memberi respon terhadap sesuatu yang datang dari luar. Orang yang berpendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional terhadap informasi yang datang dan akan berpikir sejauh mana keuntungan yang mungkin akan mereka peroleh dari gagasan tersebut. Hal ini disebabkan karena ibu yang berpendidikan tinggi cenderung berusaha untuk mengetahui lebih banyak tentang pemeriksaan kehamilan dan lebih mudah menyerap informasi yang diperoleh baik dari tenaga kesehatan maupun dari media informasi lainnya. Hossain *et al.* (2015:99) mengungkapkan semakin tinggi pendidikan seorang ibu hamil maka semakin tinggi pula kemungkinan ibu tersebut untuk memanfaatkan pelayanan ANC dibandingkan dengan ibu hamil yang hanya menempuh pendidikan dasar. Hal serupa juga diungkapkan oleh penelitian yang dilakukan Singh (2016:173) dan Tsegay (2013:18).

2) Pekerjaan Ibu

Pekerjaan ibu berkaitan dengan aktifitas yang dilakukan seorang ibu dalam masa kehamilannya dan berdampak pada kesibukan ibu tersebut. Pekerjaan ibu merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan antenatal. Ibu yang tidak memiliki pekerjaan akan memiliki waktu luang lebih banyak dari ibu yang memiliki pekerjaan. Hal ini akan berpengaruh pada waktu yang digunakan ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan ANC. Sebaliknya, ibu yang bekerja mempunyai kesibukan yang banyak sehingga tidak mempunyai waktu untuk memeriksakan kehamilan. Akan tetapi, pekerjaan tersebut memberikan akses yang lebih baik terhadap berbagai informasi termasuk kesehatan. Hal ini sesuai dengan penelitian dari Ha *et al.* (2015:704) yang menyebutkan bahwa ibu hamil yang bekerja di sektor formal (pebisnis atau PNS) cenderung memanfaatkan pelayanan antenatal lebih baik dari pada ibu hamil yang bekerja di sektor informal.

c. *Health belief*

1) Sikap Ibu

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. Dalam kehidupan sehari-hari adalah merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Notoatmodjo, 2011:150).

Menurut Notoatmodjo (2010a:151) yang mengutip pendapat Allport (1954), bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok, yaitu:

- a) Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek.
- b) Kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu objek.
- c) Kecenderungan untuk bertindak (*trend to behave*).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Hasana (2014:5-6) menunjukkan ada hubungan antara sikap ibu hamil dengan pemanfaatan pelayanan ANC. Ibu hamil yang memiliki sikap positif terhadap pemeriksaan kehamilan cenderung memanfaatkan pelayanan ANC. Begitu pula sebaliknya, ibu hamil yang memiliki sikap negatif terhadap pemeriksaan kehamilan cenderung tidak memanfaatkan pelayanan ANC. Hal ini berarti sikap yang dimiliki ibu mempengaruhinya dalam memanfaatkan pelayanan antenatal. Ibu yang memiliki sikap positif melakukan kunjungan antenatal lebih teratur dibandingkan dengan ibu yang memiliki sikap negatif.

2) Pengetahuan Ibu

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indera manusia yakni indera penglihatan, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar manusia memperoleh melalui mata dan telinga, pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2011:147). Notoatmodjo menyatakan bahwa pengetahuan merupakan faktor predisposisi yang mendasari seseorang untuk berperilaku sehat. Artinya, ibu hamil yang

mengetahui pentingnya pemeriksaan kehamilan cenderung memanfaatkan ANC dibandingkan dengan ibu yang berpengetahuan kurang tahu atau bahkan tidak mengetahui pentingnya pemeriksaan kehamilan. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada (Notoatmodjo, 2012).

Sari *et al.* (2015:80) mengungkapkan bahwa ibu hamil dengan pengetahuan yang baik akan lebih banyak kemungkinan untuk memanfaatkan pelayanan antenatal yang tersedia. Hal ini dikarenakan dengan pengetahuan yang baik maka mereka akan lebih memahami akan pentingnya melakukan pemeriksaan antenatal sehingga mereka akan lebih teratur memeriksakan kehamilannya pada pelayanan kesehatan yang tersedia.

### 3) Persepsi Ibu

Persepsi adalah pengalaman tentang objek, peristiwa, atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkannya. Persepsi adalah memberikan makna kepada stimulus (Notoatmodjo, 2010:92). Penelitian dari Ayele *et al.* (2014:6) menyebutkan bahwa persepsi ibu terhadap kualitas layanan yang diberikan adalah salah satu faktor dalam pemanfaatan pelayanan ANC. Jika seorang ibu memiliki persepsi yang baik terhadap kualitas pelayanan ANC maka akan mendorong ibu tersebut untuk memanfaatkannya secara baik begitupun sebaliknya. Hal ini disebabkan karena tidak adanya informasi yang memadai tentang layanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan.

## 2.4.2 Faktor *Enabling*

### a. Sumber Daya Keluarga

#### 1) Dukungan Suami Ibu Hamil

Setiap ibu hamil perlu mendapatkan dukungan dari keluarga terutama suami dalam kehamilannya (Depkes, 2010). Dukungan suami merupakan salah satu sumber dukungan social yang berasal dari lingkungan keluarga. Suami adalah

orang yang paling penting bagi seorang wanita hamil. Banyak bukti yang ditunjukkan bahwa wanita yang diperhatikan dan dikasihi oleh pasangannya selama kehamilan akan menunjukkan lebih sedikit gejala emosi dan fisik, lebih mudah melakukan penyesuaian diri selama kehamilan dan sedikit risiko komplikasi persalinan. Hal ini diyakini karena ada dua kebutuhan utama yang ditunjukkan wanita selama hamil yaitu menerima tanda-tanda bahwa ia dicintai dan dihargai serta kebutuhan akan penerimaan pasangannya terhadap anaknya (Rukiah, 2014).

Cohen *et al.* (dalam Fithriany, 2011) mendefinisikan dukungan sosial adalah bentuk hubungan sosial meliputi *emotional*, *informational*, *instrumental* dan *appraisal*. Secara rinci dijabarkan sebagai berikut:

- a. *Emotional* yang dimaksud adalah rasa empati, cinta dan kepercayaan dari orang lain terutama suami sebagai motivasi.
- b. *Informational* adalah dukungan yang berupa informasi, menambah pengetahuan seseorang dalam mencari jalan keluar atau memecahkan masalah seperti nasehat atau pengarahan.
- c. *Instrumental* menunjukkan ketersediaan sarana untuk memudahkan perilaku menolong orang yang menghadapi masalah berbentuk materi berupa pemberian kesempatan dan peluang waktu.
- d. *Appraisal* berupa pemberian penghargaan atas usaha yang dilakukan, memberikan umpan balik mengenai hasil atau prestasi yang dicapai serta memperkuat dan meninggikan perasaan harga diri dan kepercayaan akan kemampuan individu.

Dukungan suami dapat berfungsi sebagai strategi preventif untuk mengurangi stress dan konsekuensi negatifnya. Dukungan suami merupakan dorongan, motivasi terhadap istri, baik secara moral maupun material. Hasil penelitian dari Sari *et al.* (2015:81) menyebutkan bahwa ibu hamil yang tidak mendapat dukungan dari suami mengalami ketidakteraturan dalam pemanfaatan pelayanan antenatal, sebaliknya ibu hamil yang mendapat dukungan penuh dari suami akan memanfaatkan pelayanan antenatal secara teratur.

## 2) Pendapatan Keluarga

Secara umum penghasilan atau biasa disebut pendapatan adalah seluruh hasil kegiatan, baik itu uang ataupun materi lainnya. Dalam kamus ekonomi disebutkan penghasilan diartikan sebagai suatu hasil berupa uang atau jasa-jasa lainnya. Pendapatan yang dimaksud adalah pendapatan yang diperoleh kepala keluarga yang bersumber dari sektor formal dan informal dalam waktu satu bulan yang diukur dengan rupiah. Rendahnya penghasilan menyebabkan keluarga sangat miskin tidak mampu memenuhi kebutuhan kesehatan dan lain-lain., bahkan untuk tingkat minimal sekalipun (Kemensos, 2016:2).

Berdasarkan penelitian dari Sari *et al.* (2015:81) menyebutkan bahwa ibu hamil dalam keluarga dengan berpenghasilan yang kurang sebagian besar tidak teratur dalam pemanfaatan pelayanan antenatal. Berdasarkan penelitian Anna (2011) ditemukan bahwa 74,2% keluarga berpenghasilan  $\leq$  UMK dengan melakukan kunjungan K1 akses, dikarenakan ibu-ibu tersebut tidak memiliki cukup biaya untuk melakukan pemeriksaan kehamilan, merasa keperluan lain lebih penting dari kesehatan ibu dan janin.

## 3) Pembiayaan

Pembiayaan merupakan besarnya pengeluaran yang harus dikeluarkan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Pembiayaan secara tidak langsung berhubungan dengan pendapatan keluarga. Berdasarkan penelitian dari Surniati *et al.* (2013:6) menyebutkan bahwa ibu hamil yang menyatakan biaya pemeriksaan murah lebih banyak yang memanfaatkan pelayanan secara teratur sedangkan responden yang menyatakan biaya pemeriksaan mahal lebih banyak yang tidak memanfaatkan pelayanan secara teratur. Hal ini menunjukkan ada hubungan antara biaya pemeriksaan dengan keteraturan pemanfaatan *antenatal care*.

## b. Sumber Daya Masyarakat

### 1) Akses ke Pelayanan Antenatal

Pengertian akses yaitu kemudahan menjangkau secara fisik bukan cuma meter, tapi adanya jalan dan angkutan ke sana, namun akses juga dalam pengertian kemudahan untuk memperoleh pelayanan tersebut. Anderson dan

Newman pada tahun 1973 menyatakan bahwa peningkatan akses terjadi jika fasilitas pelayanan terjangkau. Keterjangkauan fasilitas kesehatan yakni dapat ditempuh dalam waktu yang relatif singkat terlebih jika jaraknya dekat dari tempat tinggal penggunanya. Semakin dekat jarak rumah ibu hamil dengan tempat pelayanan kesehatan, semakin cepat waktu yang dibutuhkan untuk sampai ke tempat tersebut sehingga semakin sering untuk memeriksakan kehamilannya. Akses dalam penelitian ini diukur dari jarak, waktu tempuh dan transportasi. Berdasarkan penelitian dari Surniati (2013:6) menunjukkan bahwa sebagian besar dari responden dengan aksesibilitas yang baik memanfaatkan *antenatal care* secara teratur, sedangkan responden dengan aksesibilitas buruk lebih banyak yang tidak memanfaatkan pelayanan secara teratur.

## 2) Dukungan Petugas Kesehatan

Petugas yang mendukung akan memperkuat terbentuknya kunjungan *antenatal care* yang berkesinambungan. Pemberian petunjuk membuat ibu hamil percaya terhadap petugas kesehatan yang melaksanakan pemeriksaan kehamilan dan memberikan pertolongan saat terjadi masalah. Menurut teori Lawrence Green (1980) dalam Notoatmodjo (2010b:77) mengatakan bahwa petugas kesehatan akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku. Hubungan antara manusia yang baik akan menimbulkan kepercayaan atau kredibilitas dengan cara saling menghargai, menjaga rahasia, saling menghormati, *responsive*, memberi perhatian dan lain-lain (Hardianti *et al.*, 2013) Dukungan petugas berupa tanya jawab tentang apa yang dirasakan ibu hamil, kapan harus minum obat dan vitamin, kapan harus melakukan kunjungan *antenatal care*, dan memberikan penyuluhan pada ibu hamil serta keluarga tentang pentingnya kunjungan *antenatal care*. Petugas yang mendukung akan memperkuat terbentuknya kunjungan *antenatal care* yang berkesinambungan. Pemberian petunjuk bagaimana mengurangi rasa takut menghadapi kehamilan dan persalinan, membuat ibu hamil percaya terhadap petugas kesehatan yang melaksanakan pemeriksaan kehamilan dan memberikan pertolongan saat terjadi masalah. Berdasarkan penelitian

Hidayatun *et al.* (2014:6) menyebutkan bahwa ibu hamil yang mendapat dukungan dari petugas kesehatan akan membentuk persepsi positif terhadap fasilitas kesehatan sehingga akan lebih memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan lebih baik.

Dalam penelitian ini dukungan petugas kesehatan yang dimaksud adalah dukungan yang diberikan oleh pendamping PKH terhadap ibu hamil peserta PKH dalam memanfaatkan pelayanan ANC. Hal ini dilakukan untuk mengetahui sejauhmana peran pendamping PKH dalam mendukung ibu hamil untuk memanfaatkan pelayanan ANC. Dukungan pendamping PKH digunakan sebagai tambahan informasi bagi peneliti untuk melengkapi penelitiannya sehingga pertanyaan yang dibuat hanya ditujukan pada ibu hamil peserta PKH.

#### 2.4.3 Faktor *Need*

##### a. *Perceived*

Menurut Depkes (2007), keadaan ibu hamil yang harus diwaspadai ialah keadaan yang mungkin berpengaruh terhadap timbulnya kesulitan pada kehamilan atau persalinan, salah satunya adalah pernah mengalami kesulitan selama kehamilan, misalnya pendarahan, kejang-kejang, dan demam tinggi, keadaan-keadaan tersebut harus diwaspadai karena kemungkinan ibu akan mendapatkan kesulitan lagi, sehingga diperlukan pemantauan yang lebih intensif salah satunya melalui kunjungan antenatal secara berkualitas. Lewin dalam model kepercayaan kesehatan mengemukakan bahwa individu akan mencari pengobatan pada pelayanan kesehatan karena dimotivasi oleh faktor kerentanan yang dirasakan, keseriusan yang dirasakan, manfaat yang diterima dan rintangan yang dialami dalam tindakannya untuk melawan penyakitnya serta isyarat atau tanda-tanda.

Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Hukmiah (2014:7) yang menunjukkan bahwa kondisi ibu hamil memiliki hubungan signifikan terhadap pemanfaatan ANC dengan kekuatan hubungan lemah. Responden yang memiliki kondisi kurang sehat pada saat hamil cenderung teratur dalam memeriksakan kesehatannya. Hal ini terkait dengan umur responden yang sebagian besar berada

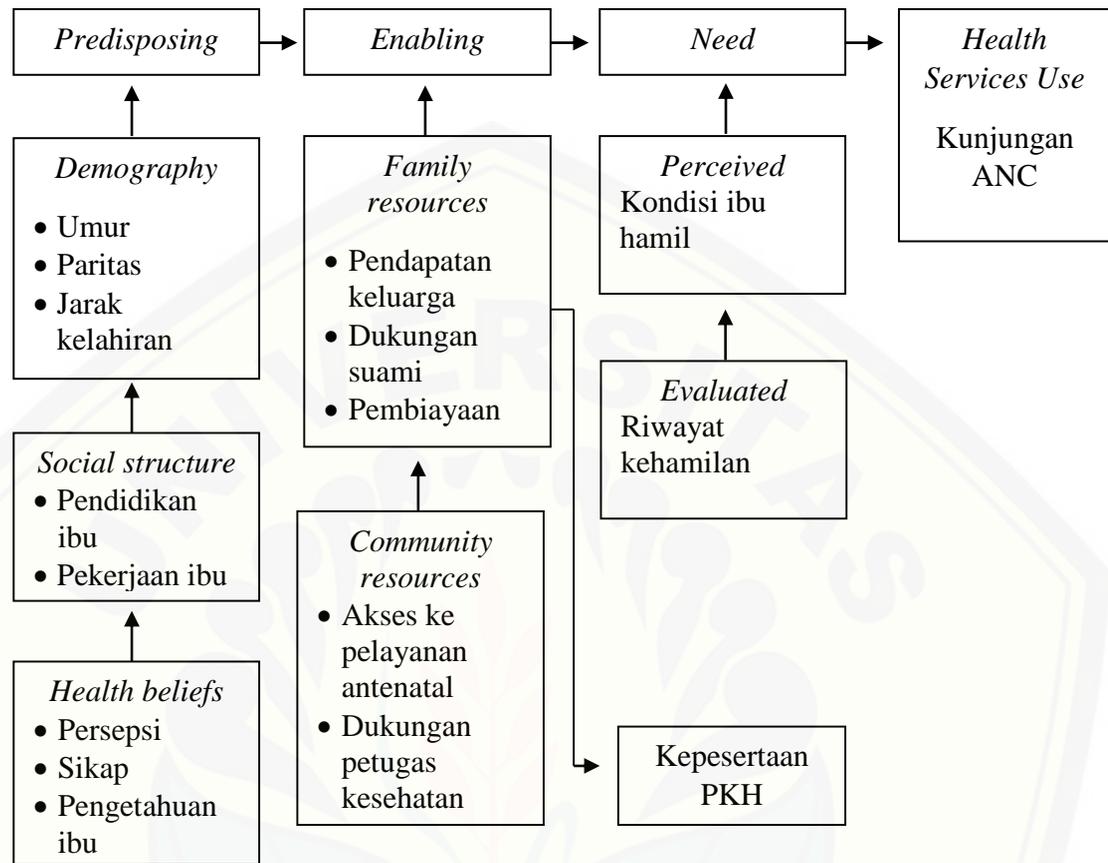
pada kelompok umur berisiko mengalami komplikasi. Adapun komplikasi yang dialami ibu seperti perdarahan dan eklamsi. Selain itu, terdapat responden yang memiliki riwayat penyakit yang harus dikontrol oleh petugas kesehatan seperti hepatitis dan diabetes.

*b. Evaluated*

Riwayat penyakit merupakan penyakit-penyakit yang pernah diderita ibu yang dapat menimbulkan risiko terhadap kehamilan dan persalinan. Riwayat penyakit atau kelaianan ginekologi yang dimiliki oleh ibu hamil dapat memberikan informasi yang penting mengenai penyakit yang pernah diderita sebelum hamil (penyakit keturunan) maupun penyakit lainnya. Riwayat penyakit yang dimiliki oleh ibu hamil akan menentukan pada kelompok mana ibu hamil tersebut berada dan bagaimana pencegahan yang harus dilakukan (Meikowati, 2014:27).

Riwayat penyakit sangat penting untuk dicatat dalam catatan kesehatan dan diketahui oleh pelayan kesehatan. Penelitian dari Ayele *et al.* (2014:6) menyebutkan bahwa ibu hamil dengan riwayat kehamilan yang buruk lebih meningkatkan perilaku dalam memanfaatkan pelayanan ANC. Hal ini disebabkan karena fakta bahwa ibu yang memiliki riwayat kehamilan buruk/aborsi/kelahiran mati memiliki pengalaman tentang bahaya yang terkait dengan kehamilan dan persalinan dari pada mereka yang tidak dan hal ini juga menjadi motivasi untuk memanfaatkan pelayanan ANC pada kehamilan berikutnya.

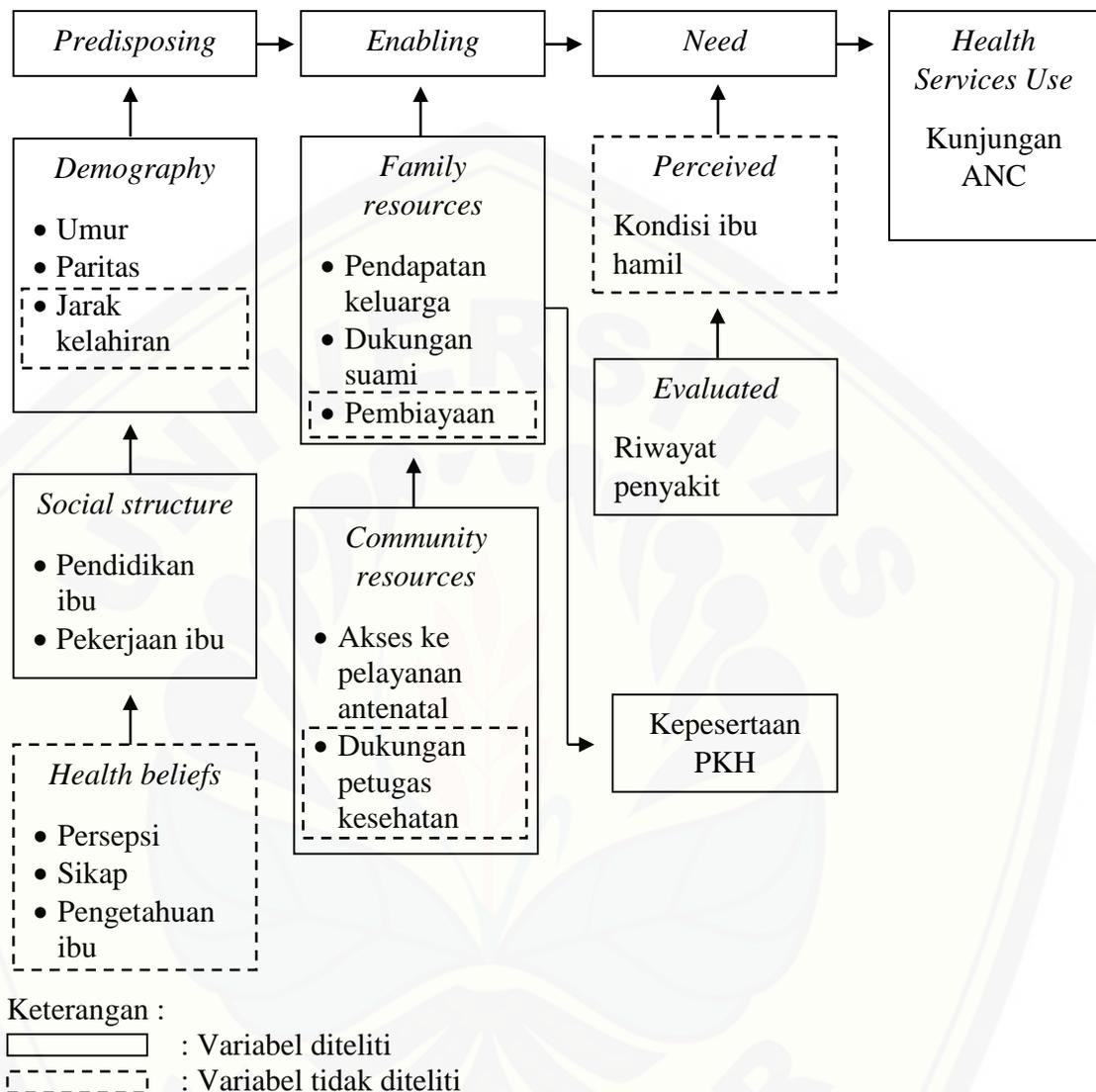
**2.5 Kerangka Teori**



Gambar 2.2 Kerangka Teori

(Modifikasi Health System Model oleh Anderson (dalam Notoatmodjo 2010:117), Wibowo 1992 (dalam Murniati, 2007), dan Ha (2015))

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka konsep

PKH merupakan bantuan tunai bersyarat yang bertujuan membantu mengentaskan kemiskinan dan meningkatkan sumber daya manusia. PKH ditujukan kepada KPM yang memiliki kriteria salah satunya adalah ibu hamil. Ibu hamil peserta PKH memiliki kewajiban untuk memeriksakan kehamilan pada fasilitas kesehatan yang telah tersedia. Oleh karena itu, sejauhmana ibu hamil memanfaatkan pelayanan ANC selama masa kehamilan penting untuk diketahui.

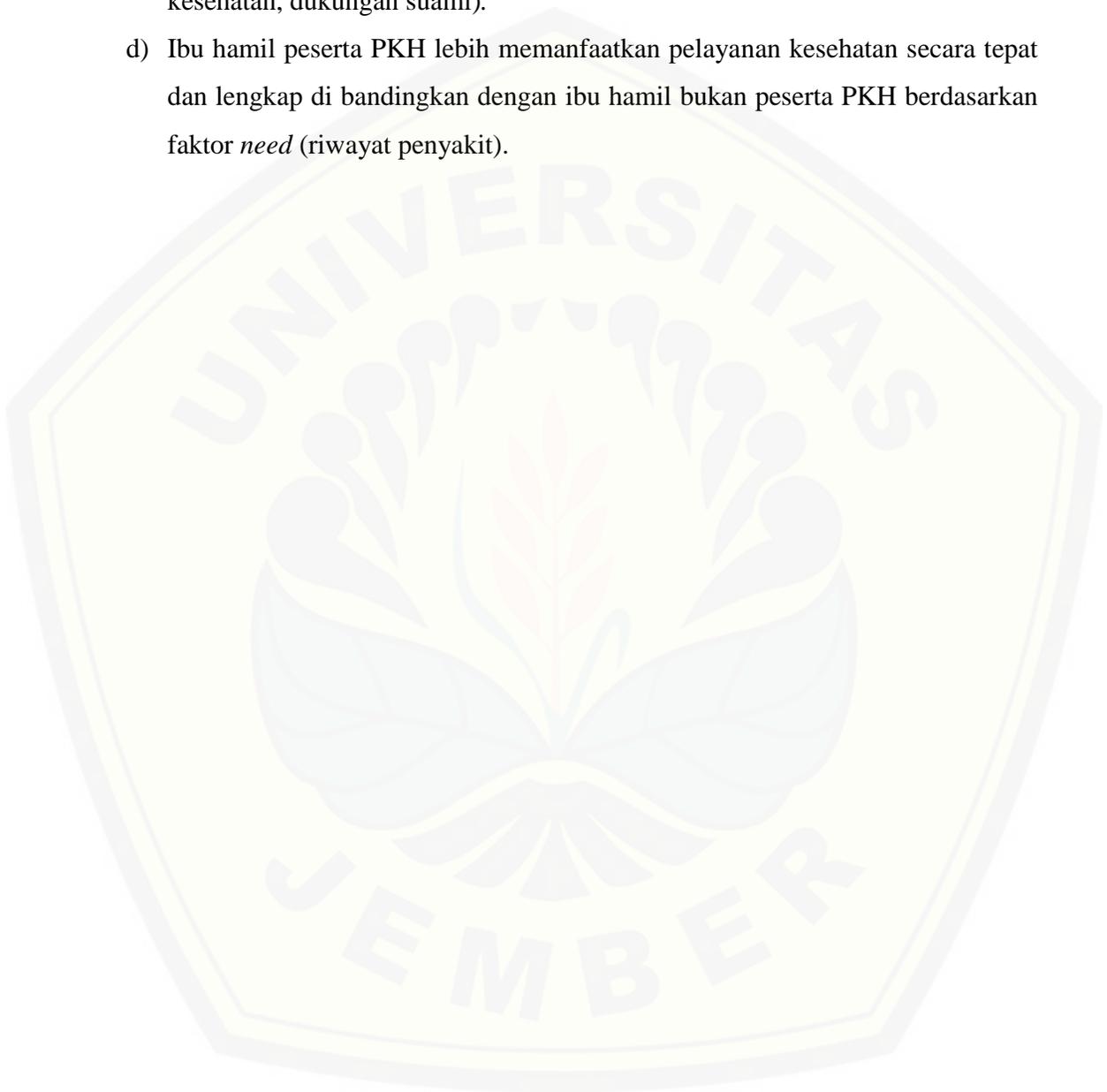
Faktor yang mempengaruhi kunjungan ANC oleh ibu hamil ini merupakan modifikasi dari teori Anderson 1974 dan Wibowo 1992 (dalam Murniati 2007). Teori ini terdiri dari faktor predisposisi, faktor *enabling* dan faktor *need*. Faktor predisposisi merupakan faktor yang berasal dari ibu tersebut yang terdiri dari umur, paritas, jarak kelahiran, pendidikan ibu, pengetahuan ibu dan sikap ibu. Variabel jarak kelahiran tidak diteliti dalam penelitian ini karena responden yang dipilih dimungkinkan untuk kehamilan pertama. Faktor *enabling* adalah faktor yang memungkinkan turut andil dalam keputusan ibu untuk memanfaatkan pelayanan ANC yang terdiri dari pendapatan keluarga, dukungan suami, pembiayaan, akses ke fasilitas kesehatan, dukungan petugas kesehatan. Variabel pembiayaan tidak diteliti dalam penelitian ini karena responden pada kelompok ibu hamil PKH tidak perlu mengeluarkan biaya untuk memeriksakan kehamilannya. Faktor *need* ialah faktor yang dirasa cukup berpengaruh dalam kunjungan antenatal karena jika ibu hamil memiliki 2 faktor sebelumnya tetapi tidak merasa butuh untuk melakukan kunjungan antenatal maka perilaku dalam memanfaatkan kesehatan tidak akan terbentuk. Faktor kebutuhan ini terdiri dari riwayat kehamilan dan kondisi ibu hamil. Variabel kondisi ibu hamil tidak diteliti dalam penelitian ini karena penilaian terhadap kondisi ibu bersifat subjektif dan kemungkinan kemampuan untuk mengingat secara pasti mengenai kondisi ibu selama kehamilannya rendah.

## 2.7 Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, dimana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pertanyaan (Sugiyono, 2016:63). Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

- a) Ibu hamil peserta PKH lebih memanfaatkan pelayanan *antenatal care* secara tepat dan lengkap di bandingkan dengan ibu hamil bukan peserta PKH.
- b) Ibu hamil peserta PKH lebih memanfaatkan pelayanan *antenatal care* secara tepat dan lengkap di bandingkan dengan ibu hamil bukan peserta PKH berdasarkan faktor *predisposing* (umur, paritas, pekerjaan ibu, dan pendidikan ibu).

- c) Ibu hamil peserta PKH lebih memanfaatkan pelayanan *antenatal care* secara tepat dan lengkap di bandingkan dengan ibu hamil bukan peserta PKH berdasarkan faktor *enabling* (pendapatan keluarga, akses ke pelayanan kesehatan, dukungan suami).
- d) Ibu hamil peserta PKH lebih memanfaatkan pelayanan kesehatan secara tepat dan lengkap di bandingkan dengan ibu hamil bukan peserta PKH berdasarkan faktor *need* (riwayat penyakit).



## BAB 3. METODE PENELITIAN

### 3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dan termasuk dalam jenis penelitian analitik. Penelitian ini termasuk penelitian analitik karena bertujuan untuk mencari perbedaan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* oleh ibu hamil peserta PKH dan bukan peserta PKH dengan melakukan analisis melalui uji hipotesis. Penelitian analitik ditujukan untuk menguji hipotesis-hipotesis dan mengadakan interpretasi yang lebih dalam tentang hubungan-hubungan (Nazir, 2014:75). Jenis rancangan penelitian yang digunakan adalah *cross sectional* yaitu mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi, atau pengumpulan data sekaligus pada satu saat (*point time approach*) (Notoatmodjo, 2010a: 37-38). Penelitian ini digunakan untuk menganalisis perbedaan kunjungan *antenatal care* antara ibu hamil peserta PKH dan bukan peserta PKH di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember.

### 3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian ini dilakukan di 8 desa terpilih di Kecamatan Kalisat yang terdiri dari Desa Gambiran, Desa Gumuksari, Desa Kalisat, Desa Patempuran, Desa Sebanen, Desa Sukerono, Desa Sumber Jeruk, dan Desa Sumber Ketempa. Peneliti memilih lokasi ini karena Kecamatan Kalisat sebagai daerah perwakilan dengan peserta PKH komponen ibu hamil terbanyak di Kabupaten Jember, selain itu Kecamatan Kalisat termasuk dalam 3 Kecamatan dengan persentase K4 terendah di Kabupaten Jember. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan September - November 2017.

### 3.3. Populasi dan Sampel Penelitian

#### 3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian adalah keseluruhan objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010a:79). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil peserta PKH dan bukan peserta PKH di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember pada tahun 2016 yang sudah memenuhi kriteria penelitian yaitu ibu hamil yang tinggal di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember dan ibu hamil yang memiliki buku KMS/KIA. Jumlah keseluruhan ibu hamil yang berada di Kecamatan Kalisat adalah 1302 orang. Dari keseluruhan jumlah ibu hamil tersebut ibu hamil yang menjadi peserta PKH adalah peserta PKH tahap 1 sebanyak 58 ibu hamil, pada tahap 2 sebanyak 59 ibu hamil, pada tahap 3 sebanyak 55 ibu hamil dan 50 ibu hamil peserta PKH pada tahap 4.

#### 3.3.2 Penentuan Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian (subset) dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap dapat mewakili populasinya (Sastroasmoro dan Ismael, 2014:17). Besar sampel pada penelitian ini menggunakan rumus Sastroasmoro dan Ismael (2014:17) untuk uji hipotesis terhadap beda 2 proporsi dua kelompok independen.

$$n_1 \approx n_2 = \frac{(2\alpha\sqrt{2PQ} + 2\beta\sqrt{P_1Q_1+P_2Q_2})^2}{(P_1Q_1)^2}$$

Keterangan:

- $n_1$  : besar sampel ibu hamil peserta PKH
- $n_2$  : besar sampel ibu hamil bukan peserta PKH
- $P_1$  : proporsi standar pemanfaatan pelayanan ANC berdasarkan penelitian terdahulu oleh Surniati 2013, sebesar 48,1%
- $P_2$  : proporsi pemanfaatan pelayanan ANC yang diharapkan oleh peneliti (*clinical judgement*) yaitu sebesar 58,1%
- $Z\beta$  : *power* penelitian yaitu sebesar 0,842
- $P$  :  $\frac{1}{2}(P_1Q_1)$

Dari rumus diatas dapat dihitung jumlah sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini, yaitu sebesar:

$$n_1 \approx n_2 = \frac{(1,96\sqrt{2(0,125 \times 0,875)} + 0,842\sqrt{(0,481 \times 0,519) + (0,581 \times 0,419)^2})}{(0,481 \times 0,519)}$$
$$= 36,4 = 36$$

Berdasarkan hasil perhitungan diatas, maka besar sampel untuk masing-masing kelompok adalah 36 orang, sehingga jumlah keseluruhan sampel adalah 72 ibu hamil pada tahun 2016.

### 3.3.3 Metode Pengambilan Sampel

Penelitian ini dilakukan di 8 desa terpilih di Kecamatan Kalisat. Metode pengambilan sampel pada ibu hamil peserta PKH di setiap desa menggunakan teknik *simple random sampling*. *Simple random sampling* merupakan pengambilan anggota sampel dari populasi yang dilakukan secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam populasi itu (Sugiyono, 2016: 82).

## 3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

### 3.4.1 Variabel Penelitian

#### a. Variabel bebas

Variabel bebas adalah variabel mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel terikat (Sugiyono, 2016:39). Variabel bebas pada penelitian ini umur, paritas, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pendapatan keluarga, akses ke pelayanan antenatal, dukungan suami, dan riwayat penyakit.

#### b. Variabel terikat

Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Sugiyono, 2016:39). Variabel terikat pada penelitian ini adalah kunjungan *antenatal care*.

## 3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut, kemudian ditarik kesimpulannya (Suyono, 2010: 58).

Tabel 3.0.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter dan Klasifikasi	Skala Data
Variabel Terikat				
1.	Kunjungan Antenatal Care	Kegiatan/tindakan yang dilakukan oleh responden (ibu hamil) dalam rangka memeriksakan kehamilannya di fasilitas kesehatan yang tersedia	0= Tidak lengkap, jika ibu melakukan pemeriksaan < 4 kali 1= Lengkap dan tidak tepat, jika ibu melakukan pemeriksaan $\geq 4$ kali tetapi tidak sesuai jadwal (kontak pemeriksaan pertama tidak pada trimester I) 2= Lengkap dan tepat, jika ibu melakukan pemeriksaan $\geq 4$ kali (1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II, dan 2 kali pada trimester III)	Ordinal
Variabel Bebas				
1.	Faktor Predisposisi			
	a. Umur ibu	Lama waktu hidup responden dihitung sejak tanggal lahir sampai waktu kehamilan	0= <20 tahun 1= 20-35 tahun 2= >35 tahun (BPS, 2014)	Ordinal
	b. Paritas	Jumlah anak yang telah dilahirkan oleh ibu dengan kelahiran hidup	0= Primipara (1 anak) 1= Multipara (2-4 anak) 2= Grandemultipara ( $\geq 5$ anak)	Ordinal
	c. Pekerjaan ibu	Kegiatan ekonomi yang dilakukan oleh ibu dengan maksud memperoleh pendapatan atau keuntungan,	0= ibu rumah tangga 1= buruh 2= pedagang/swasta 3= petani 4= pegawai negeri 5= lainnya	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter dan Klasifikasi	Skala Data
		paling sedikit 1 jam (tidak terputus) dalam seminggu yang lalu (BPS, 2007)		
	d. Pendidikan ibu	Jenjang Pendidikan formal tertinggi responden yang telah ditamatkan responden (ibu hamil) berdasarkan pengakuan responden	Klasifikasi: 1. Tidak pernah sekolah/tidak tamat SD/ sederajat 2. Tamat SD/ sederajat 3. Tamat SMP/ sederajat 4. Tamat SMP/ sederajat 5. Tamat perguruan tinggi/ sederajat (BPS,2010)	Ordinal
2	Faktor <i>Enabling</i>			
	a. Dukungan suami	Penilaian ibu hamil terhadap dorongan atau dukungan yang diberikan oleh suami selama kehamilan yang terwujud dalam perilaku suami	Kuesioner terdiri dari 6 pertanyaan Penilaian: 0= tidak 1= ya  Skor: Nilai maksimal: 6 Nilai minimal: 0  Sehingga diperoleh: a. Dukungan suami tinggi jika skor 5-6 b. Dukungan suami sedang jika skor 3-4 c. Dukungan suami rendah jika skor 0-2	Ordinal
	b. Pendapatan keluarga	Banyaknya penghasilan total dalam keluarga yang berasal dari seluruh anggota keluarga selama 1 bulan	0= rendah (jika pendapatan $\leq$ UMK 1.629.000) 1= tinggi (jika pendapatan $>$ UMK 1.629.000)	Ordinal
	c. Akses ke pelayanan antenatal	Kemudahan untuk mencapai lokasi atau keterjangkauan fasilitas pelayanan ANC yang memadai	Kuesioner terdiri dari 3 pertanyaan Penilaian: – Jarak 0= dekat, jaraknya $<$ 1km 1= sedang, jaraknya 1-5km 2= jauh, jaraknya $>$ 5km	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter dan Klasifikasi	Skala Data
		oleh ibu hamil, berdasarkan dengan jarak, waktu dan transportasi yang digunakan untuk mencapai fasilitas pelayanan ANC	– Waktu 0= < 30 menit 1= 30 menit – 1 jam 2= > 1 jam – Transportasi 0= Jalan kaki 1= Sepeda motor 2= Angkutan umum 3= Mobil  Skor: Nilai maksimum 6 Nilai minimum 0 Sehingga diperoleh: a. Akses ke pelayanan ANC mudah jika skor 0-2 b. Akses ke pelayanan ANC cukup jika skor 3-4 Akses ke pelayanan ANC sulit jika skor 5-6	
3	Faktor kebutuhan			
	Riwayat Penyakit	Penyakit yang pernah diderita oleh responden sebelum hamil	0= Tidak ada 1= Ada	Nominal

### 3.5 Data dan Sumber Data

#### 3.5.1 Data Primer

Data primer adalah sumber data yang secara langsung memberikan data kepada pengumpul data (Sugiyono, 2016:137). Data primer dalam penelitian ini diperoleh melalui hasil wawancara dengan bantuan kuesioner kepada sampel penelitian. Pengisian kuesioner dari responden yaitu mengenai karakteristik responden yang meliputi umur, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, paritas, dukungan suami, akses ke pelayanan antenatal, pendapatan keluarga dan riwayat kehamilan.

#### 3.5.1 Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dengan cara membaca, sumber literatur, buku atau melalui pihak kedua, biasanya diperoleh melalui badan

atau instansi yang bergerak dalam proses pengumpulan data baik oleh instansi pemerintah maupun swasta. Pengumpulan data ini bertujuan untuk mendukung data awal penelitian sebagai bahan diskusi (Sugiyono, 2016:137). Data sekunder dalam penelitian ini terdiri dari data cakupan K1 dan K4 Ibu hamil dan jumlah ibu hamil yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan data Jumlah penerima bantuan PKH yang diperoleh dari Dinas Sosial Kabupaten Jember.

### 3.6 Teknik dan Alat Perolehan Data

#### 3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

##### a. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari responden. Wawancara yang akan dilakukan adalah wawancara secara terpimpin berdasarkan kuesioner yang telah disiapkan (Notoatmodjo, 2010a:102-103). Setiap responden pada penelitian ini akan diberikan lembar *informed consent* sebagai persetujuan untuk dijadikan subjek penelitian.

##### b. Pencatatan Dokumen

Metode pencatatan dokumen dilakukan dengan cara menelusuri data. Data tersebut dapat berupa surat-surat, catatan harian, laporan, dan sebagainya (Bungin, 2006:144). Pencatatan dokumen pada penelitian ini dilakukan dengan mencatat seluruh data-data peserta PKH dan data ibu hamil di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember.

#### 3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang digunakan peneliti untuk membantu peneliti memperoleh data yang dibutuhkan atau yang berkaitan dengan alat yang digunakan untuk mengumpulkan data (Susila dan Suyanto, 2015:194). Instrumen pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner adalah daftar pertanyaan yang sudah tersusun dengan baik. Responden dan interviewer tinggal memberikan jawaban atau

dengan memberikan tanda-tanda tertentu. Pada kuesioner terdapat penjabaran dari variabel-variabel yang digunakan dalam penelitian (Notoatmodjo, 2010a:116). Kuesioner pada penelitian ini digunakan untuk mengukur variabel-variabel yang berisi pertanyaan tentang pemanfaatan pelayanan *antenatal care*, karakteristik responden, dukungan suami, keanggotaan PKH, riwayat penyakit dan akses ke pelayanan antenatal.

### 3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian, dan Analisis Data

#### 3.7.1 Teknik Pengolahan Data

Teknik pengolahan data dari penelitian ini meliputi tahap-tahap sebagai berikut:

a. Pemeriksaan data (*editing*)

Editing adalah kegiatan yang dilakukan setelah peneliti mengumpulkan data di lapangan. Pada tahap ini dilakukan pemeriksaan dan perbaikan data apabila data yang terhimpun belum memenuhi harapan peneliti, misalnya data kurang atau terlewatkan, tumpang tindih, berlebihan, bahkan terlupakan, atau terdapat kejanggalan pada pengisian instrument (Bungi, 2006:165).

b. Pemberian kode (*coding*)

Pengkodean data dilakukan dengan memberikan identitas pada data sehingga memberikan arti tertentu pada saat dilakukan proses analisis. Pengkodean dilakukan dalam dua cara yaitu pengkodean frekuensi dan pengkodean lambing (Bungin, 2006:166). Pengkodean frekuensi digunakan apabila jawaban pada poin tertentu memiliki bobot dan arti frekuensi tertentu, yaitu pada poin dukungan suami dan akses ke pelayanan antenatal. Pengkodean lambing digunakan pada poin yang tidak memiliki bobot tertentu, yaitu pada poin umur, paritas, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan riwayat penyakit.

c. Tabulasi

Tabulasi dilakukan dengan cara memasukkan data pada tabel-tabel tertentu dan mengatur angka-angka serta menghitungnya (Bungin, 2006:168).

### 3.7.2 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan kegiatan yang dilakukan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang dilakukan agar laporan dapat dipahami, dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan, kemudian ditarik kesimpulan sehingga dapat menggambarkan hasil penelitian. Cara penyajian data penelitian dilakukan dalam berbagai bentuk. Pada umumnya, dikelompokkan menjadi tiga yakni penyajian dalam bentuk teks, grafik dan tabel (Notoatmodjo, 2012:90). Pada penelitian ini, data yang di dapat dari hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel dan diberikan penjelasan dalam bentuk narasi untuk memberikan gambaran tentang hasil tabel tersebut.

### 3.7.3 Teknik Analisis Data

Analisis data merupakan bagian penting dalam metode ilmiah karena analisis data tersebut dapat memberikan arti dan makna yang bermanfaat dalam memberikan masalah penelitian. Analisis data bertujuan memperoleh gambaran dari hasil penelitian yang telah dirumuskan dalam tujuan penelitian (Notoatmodjo, 2010a:180). Analisis data dalam penelitian ini meliputi analisis univariabel dan bivariabel.

#### a. Analisis Univariabel

Analisis univariabel adalah analisa yang dilakukan untuk mendeskripsikan tiap variabel dari hasil penelitian yang dinyatakan dengan sebaran frekuensi, baik secara angka-angka mutlak maupun secara persentase, disertai dengan penjelasan kualitatif (Notoatmodjo, 2010a:188). Analisis univariabel pada penelitian ini digunakan untuk mendeskripsikan kunjungan ANC, umur, paritas, pekerjaan, pendidikan, dukungan suami, pendapatan keluarga, akses ke pelayanan antenatal dan riwayat penyakit.

#### b. Analisis bivariabel

Analisis bivariabel dilakukan dengan menghubungkan antara dua variabel, yaitu sebuah variabel independen dengan sebuah variabel *dependen* (Nazir, 2009:363). Data yang telah terkumpul akan dianalisis menggunakan aplikasi komputer dengan menggunakan uji statistika non-parametrik yaitu *Chi-Square*

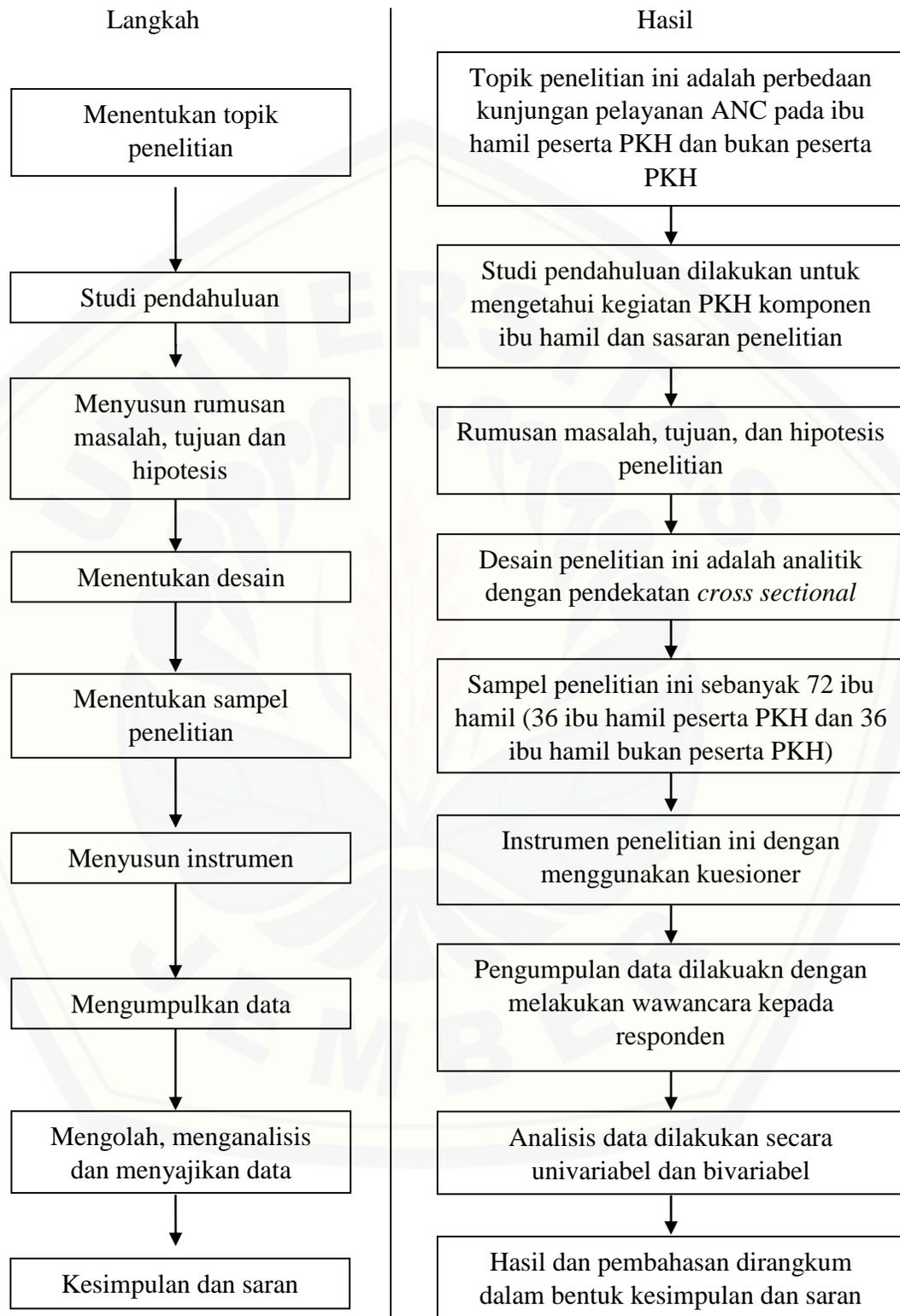
karena variabel *independen* berskala ordinal (pemanfaatan pelayanan kesehatan) dan variabel *dependen* berskala nominal-ordinal. Uji *Chi-Square* merupakan uji komparasi untuk 2 kelompok independen dengan syarat jumlah sampel  $> 40$  dan *expected value*  $> 5$  (Sastroasmoro dan Ismael, 2014:345). Pengambilan keputusan didasarkan pada taraf signifikansi 0,05 atau dengan tingkat kepercayaan 95%.

### 3.8 Validitas dan Reabilitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur atau instrumen yang digunakan dalam penelitian benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoatmodjo, 2012:164). Uji validitas ini digunakan untuk mengetahui tingkat kesalahan tiap butir pertanyaan dalam kuesioner. Pengujian validitas tiap butir dilakukan dengan cara mengkorelasikan masing-masing skor item dengan skor total dari instrument yang ada. Pengujian uji dua sisi dengan taraf signifikansi 0,05 memiliki kriteria jika  $r_{hitung} > r_{tabel}$  artinya valid begitupula sebaliknya, jika  $r_{hitung} < r_{tabel}$  artinya tidak valid. Penelitian ini menggunakan kuesioner *2012 indonesia demographic and health survey woman's questionnaire* untuk variabel kunjungan antenatal dan riwayat penyakit yang merupakan kuesioner valid dan reliabel karena digunakan untuk pengumpulan data tingkat nasional. Berdasarkan hasil uji validitas yang dilakukan pada penelitian sebelumnya, semua pertanyaan pada variabel dukungan suami dan variabel akses diketahui bahwa semua *item* mempunyai korelasi  $> 0,005$  maka dapat dikatakan bahwa *item* alat ukur tersebut valid dan dapat digunakan dalam pengumpulan data penelitian.

Uji reliabilitas menurut Sugiyono (2010:354) dilakukan untuk mengetahui seberapa jauh hasil pengukuran tetap konsisten apabila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dengan menggunakan alat pengukur sama. Berdasarkan hasil uji reliabilitas yang telah dilakukan oleh penelitian sebelumnya diperoleh hasil bahwa nilai *cronbach's alpha* = 0,785  $> 0,7$  maka kuesioner tersebut dikatakan reliabel.

**3.9 Alur Penelitian**



Gambar 3.1 Alur Penelitian

## BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan analisis perbedaan kunjungan antenatal antara ibu hamil peserta PKH dan bukan peserta PKH di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

- a. Ibu hamil peserta PKH lebih banyak yang melakukan kunjungan antenatal secara lengkap dan tepat dibandingkan dengan ibu hamil bukan peserta PKH.
- b. Terdapat perbedaan yang signifikan dalam kunjungan antenatal dari segi kelengkapan dan ketepatan antara ibu hamil peserta PKH dan bukan peserta PKH.
- c. Terdapat perbedaan signifikan dalam kunjungan antenatal antara ibu hamil peserta PKH dan bukan peserta PKH berdasarkan faktor predisposisi yakni variabel pekerjaan, dimana ibu hamil peserta PKH yang memiliki waktu luang lebih banyak (tidak bekerja) melakukan kunjungan antenatal care secara lengkap dan tepat dibandingkan ibu hamil yang bekerja,
- d. Terdapat perbedaan signifikan dalam kunjungan antenatal antara ibu hamil peserta PKH dan bukan peserta PKH berdasarkan faktor *enabling* yakni variabel dukungan suami, dimana ibu hamil bukan peserta PKH dengan dukungan suami tinggi akan lebih melakukan kunjungan secara tepat dibandingkan dengan ibu hamil dengan dukungan suami rendah, dan variabel akses ke pelayanan kesehatan, dimana ibu hamil bukan peserta PKH yang memiliki akses mudah akan melakukan kunjungan antenatal secara lengkap dibandingkan dengan ibu hamil dengan akses yang sulit.
- e. Tidak terdapat perbedaan signifikan dalam kunjungan antenatal antara ibu hamil peserta PKH dan bukan peserta PKH berdasarkan factor need yaitu variabel riwayat penyakit.

### 5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, saran yang dapat direkomendasikan adalah sebagai berikut:

1. Bagi Dinas Sosial Kabupaten Jember

Melakukan koordinasi lintas sektor (Dinas Kesehatan), menyediakan fasilitas yang diperlukan secara cepat dan tepat dan memonitoring pelaksanaan PKH di Kecamatan Kalisat.

2. Bagi Pendamping PKH Kecamatan Kalisat

a. Melakukan kegiatan pertemuan kelompok setiap bulan untuk tujuan perubahan perilaku di bidang kesehatan yang lebih baik bagi seluruh ibu hamil PKH;

b. Melakukan pendampingan pada ibu hamil peserta PKH untuk pemenuhan komitmen dan kewajiban kehadiran pada layanan fasilitas kesehatan sesuai dengan ketentuan.

c. Melakukan penegasan terhadap ibu hamil peserta PKH mengenai sanksi apabila tidak memenuhi kewajibannya;

d. Mendata dan mengajukan masyarakat yang berhak mendapat bantuan PKH.

3. Bagi Masyarakat

a. Bagi ibu hamil agar ikut aktif dalam melakukan kunjungan antenatal khususnya bagi ibu hamil bukan peserta PKH;

b. Bagi suami ibu hamil agar memberikan dukungan terhadap ibu yang sedang hamil dengan cara mengantar, mengingatkan serta menanyakan hasil dari pemeriksaan kehamilannya.

4. Bagi Penelitian Selanjutnya

Perlu adanya penelitian lebih lanjut mengenai faktor lain (sikap dan ketersediaan layanan kesehatan) yang kemungkinan membedakan pemanfaatan pelayanan antenatal antara ibu hamil peserta PKH dan bukan peserta PKH, serta tidak mengikutsertakan ibu hamil yang menerima bantuan kesehatan agar benar-benar diketahui perbedaan pemanfaatan antenatal antara ibu hamil peserta PKH dan bukan peserta PKH.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ayele, D.Z., Belayihun, B., Teji, K., Ayana, D. 2014. Factors Affecting Utilization of Maternal Health Care Services in Kombolcha District, Eastern Hararghe Zone, Oromia Regional State, Eastern Ethiopia. *International Scholarly Research, Notices*, 7 pages [serial online] <http://dx.doi.org/10.1155/2014/917058> [5 Maret 2017]
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2016. *Tujuan Pembangunan Berkelanjutan*. Jakarta: Sekretariat SDGs [serial online] <http://sdgsindonesia.or.id/index.php/sdgs/itemlist/category/29sdgs?start=15> [3 Mei 2017]
- Bungin, B. 2006. *Metode Penelitian Kuantitatif: Komunikasi, Ekonomi, dan Kebijakan Publik serta Ilmu-Ilmu Sosial Lainnya*. Jakarta: Kencana
- Badan Pusat Statistik. 2014. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta. [http://microdata.bps.go.id/mikrodata/index.php/catalog/255/related\\_materials](http://microdata.bps.go.id/mikrodata/index.php/catalog/255/related_materials) [10 januari 2017]
- Departemen Kesehatan. 2007. *Pedoman Pelayanan Antenatal*. Jakarta: JNPK-KR
- Ekasari, Wahyu Utami. 2015. Pengaruh Umur Ibu, Paritas, Usia Kehamilan, Dan Berat Lahir Bayi Terhadap Asfiksia Bayi Pada Ibu Pre Eklamsia Berat. *Tesis*. Surakarta: Universitas Sebelas Maret
- Fithriany. (2011). Pengaruh Karakteristik Ibu dan Dukungan Suami Terhadap Pemeriksaan Kehamilan di Kecamatan Kuta Cot Glie Kabupaten Aceh Besar. *Tesis*. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Gebreyohanes, Y., Ararso, D., Mengistu, F., Abay, S., dan Hadis., M. 2017. Improving Antenatal Care Services Utilization in Ethiopia: An Evidence-Based Policy Brief. *International Journal of Health Economics and Policy*, 2(3): 111-117. doi: 10.11648/j.hep.20170203.14 [serial online] <http://www.sciencepublishinggroup.com/j/hep>. [18 Mei 2017]
- Glassman, A., Duran, D., Fleisher, L., Singer, D., Sturke, R., Angeles, G., Charles J., Emrey, B., Gleason J., Mwebsa, W., Saldana, K., Yarrow, K., dan Koblinsky, M. 2013. Impact of Conditional Cash Transfers on Maternal and Newborn Health. *BioMed Central*, 2(4):48-66. [serial online]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4021703/> [3 januari 2017]

- Ha, B.T.T., Tac, P.V., Duc, D.M, Duong, D.T.T., dan Thi, L.M. 2015. Factors associated with four or more antenatal care services among pregnant women: a cross-sectional survey in eight South Central Coast provinces of Vietnam. *International Journal of Women's Health*, 7:699–706. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S87276> [5 Maret 2017]
- Hardianti, U., Yusran, M. dan Balqis. 2013. Faktor yang berhubungan dengan mutu Pelayanan Antenatal di Puskesmas Pattingalloang Kota Makasar. *Jurnal AKK*. 2(2):35-41
- Hasana, U., Darmawansyah, dan Amir, M.Y. 2014. Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Antenatal Care di Puskesmas antara Kota Makasar. *Artikel Ilmiah*. Makassar. Universitas Hasanudin. [serial online]. <http://repository.unhas.ac.id/handle/123456789/10597>. [5 Maret 2017]
- Hidayatun, M., dan Saenun. 2014. Analisis Faktor Ibu Hamil Terhadap Kunjungan Antenatal Care di Puskesmas Siwalankerto Kecamatan Wonocolo Kota Surabaya. *Jurnal Promkes*, 2: 39-48. [serial online] <http://journal.unair.ac.id/download-fullpapers-jupromkesd69b0080f9full.pdf> [5 Maret 2017]
- Hossain, K., Islam, R., Khan, N., Ali, R. 2015. Contribution of socio-Demographic Factors on Antenatal Care in Bangladesh : Modeling Approach. *Public Health Research*, 5(4): 95-102 doi: 10.5923/j.phr.20150504.03 [serial online] <http://article.sapub.org/10.5923.j.phr.20150504.03.html> [8 Maret 2017]
- Hukmiah, A., Abdullah, Z., dan Arsyad, D.S. 2014. Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Antenatal Care di Wilayah Kerja Pesisir Kecamatan Mandalle. *Artikel ilmiah*. Makassar. Universitas Hasanudin. [serial online] [http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/10785/HUKMI AH%20K11110376.pdf?sequence=1](http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/10785/HUKMI%20K11110376.pdf?sequence=1) [4 April 2017]
- Indrayani. 2011. Buku Ajar Asuhan Kehamilan. Jakarta: Trans Info Media
- Kementerian Kesehatan. 2010. *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Kementerian Kesehatan. 2013. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
- Kementerian Kesehatan. 2014. *Profil Kesehatan Indonesia 2014*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

- Kementerian Kesehatan. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia 2015*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Kementerian Sosial. 2013. *Pedoman Umum Program Keluarga Harapan*. Jakarta: Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial Kementerian Sosial RI
- Kementerian Sosial. 2016. *Pedoman Umum Program Keluarga Harapan Tahun 2016*. Jakarta: Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial Kementerian Sosial RI
- Kementerian Sosial. 2017. *Landasan hukum Program Keluarga Harapan*. [serial online] <http://keluargaharapan.com/landasan-hukum-program-keluarga-harapan-pkh/>. [23 Maret 2017]
- Khan, C., Iraguha, M., Baganizi., Kolenic, G.E., Paccione, G.A., dan Tejani, N. 2015. Cash Transfers to Increase Antenatal Care Utilization in Kisoro, Uganda: A Pilot Study. *African Journal of Reproductive Health September 2015; 19 (3):144* [serial online] [18 Mein 2017]
- Manuaba, I.B.G. 2010. *Ilmu kebidanan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana*. Jakarta: EGC
- Meikowati, F.P.D., 2014. Analisis Perbedaan Faktor Pemanfaatan Pelayanan Antenatal Antara Puskesmas Wuluhan dan Puskesmas Arjasa Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember: Universitas Jember
- Mufdlilah. 2009. *Antenatal Care Fokus*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Murniati. 2007. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal oleh Ibu Hamil di Kabupaten Aceh Tenggara. *Tesis*. Medan: Pascasarjana Universitas Sumatera Utara
- Nazir, M. 2009. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia
- Nazir, M. 2014. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia
- Notoatmodjo, S. 2010a. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta. Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2010b. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Prawirohardjo, S. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
- Prawirohardjo, S. 2012. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka

- Rasella, D., Aquino, R., Carlos, S.C., Paes-Sousa, R., Barreto, M.L. 2013. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *The Lancet*. 382(9886):57-64. doi:10.1016/S0140-6736(13)60715-1. [20 April 2017]
- Republik Indonesia. 2014. Undang-Undang No.36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. Jakarta [serial online] [http://gajiroum.kemkes.go.id/gajiroum/data/UU\\_NO\\_36\\_2014.pdf](http://gajiroum.kemkes.go.id/gajiroum/data/UU_NO_36_2014.pdf) [23 Maret 2017]
- Reskiani, N.M., Balqis, Nurhayani. 2014. Hubungan Perilaku Ibu Hamil Dengan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal Care di Puskesmas Antang. *Jurnal AKK* [serial online] <http://repository.unhas.ac.id/handle/123456789/10415> [1 April 2017]
- Rukiah, A.Y., dan Yulianti, L. (2014). Asuhan Kebidanan Kehamilan. Jakarta: TIM
- Saifuddin, A.B. 2009. *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: EGC
- Sari, G.N., Fitriana, S., dan Anggraini, D.H. 2015. Faktor Pendidikan, Pengetahuan, Paritas, Dukungan Keluarga Dan Penghasilan Keluarga Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal. *Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan*, 2 (2): 77 – 82. [serial online] [ejurnal.poltekkesjakarta3.ac.id/index.php/JITEK/article/view/96/89](http://ejurnal.poltekkesjakarta3.ac.id/index.php/JITEK/article/view/96/89). [4 Maret 2017]
- Sarminah. 2012. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kunjungan *Antenatal Care* di Provinsi Papua Tahun 2010. *Skripsi*. Depok: Universitas Indonesia
- Sastroasmoro, S dan Ismael, S. 2014. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto
- Singh, D.R., dan Jha, T. 2016. Exploring Factors Influencing Antenatal Care Visit Dropout at Government Health Facilities of Dhanusha District, Nepal. *American Journal of Public Health Research*, 4 (5): 170-175. DOI:10.12691/ajphr-4-5-2. [serial online] <http://pubs.sciepub.com/ajphr/4/5/2/> [1 Juni 2017]
- Sugiyono. 2016. *Metode Penelitian Kuantitatif & Kualitatif*, Bandung: Alfabeta
- Sumiati, S. 2012. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan K4 di Puskesmas dengan Tempat Perawatan Sindangratu Kabupaten Garut Tahun 2012. *Skripsi*. Depok: Universitas Indonesia

- Surniati, Nurhayani, dan Arifin, M.A. 2013. Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Keteraturan Pemanfaatan Antenatal Care (K1-K4) di Wilayah Kerja Puskesmas Mamasa. *Artikel Ilmiah*. Makasar: Universitas Hasanudin. [serial online] <http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/6716/Jurnal%20SURNIATI%20%28K11109262%29.pdf?sequence=1> [18 Mei 2017]
- Susila dan Suyanto. 2015. *Metodologi Penelitian Cross Sectional*. Klaten: Bosscript.
- Suyono, dan Budiman. 2010. Ilmu kesehatan masyarakat. Jakarta: EGC
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. 2017. *Program Keluarga Harapan*. Jakarta. [serial online] <http://www.tnp2k.go.id/id/tanya-jawab/klaster-i/program-keluarga-harapan-pkh/>. [1 Maret 2017]
- Tsegay, Y., Gebrehiwot, T., Goicolea, I., Edin, K., Lemma, H., dan Sebastian, M.S. 2013. Determinants of antenatal and delivery care utilization in Tigray region, Ethiopia: a cross-sectional study. *International Journal for Equity in Health*, 12:30 [serial online] <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-30> [5 Maret 2017]
- Uthman, S.G., Garba, M.A., Danazumi, A.G., Mandara M.U, dan Sylvester N.H. 2013. How Birth Interval and Antenatal Care Affects Postpartum Haemorrhage Prevention in Maiduguri, Nigeria. *Journal of Applied Pharmaceutical Science*, 3(3): 036-039. [10 Juni 2017]

Lampiran A. Pengantar Kuesioner

**PENGANTAR**

Dengan hormat,

Dalam upaya menyelesaikan Program Pendidikan S-1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM), penulis melakukan penelitian sebagai salah satu bentuk tugas akhir dan kewajiban yang harus diselesaikan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan faktor kunjungan *antenatal care* antara ibu hamil peserta PKH dan bukan peserta PKH di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember.

Untuk mencapai tujuan tersebut, peneliti dengan hormat meminta kesediaan anda untuk membantu dalam pengisian kuesioner yang peneliti ajukan sesuai dengan keadaan sebenarnya. Kerahasiaan jawaban serta identitas anda akan dijamin oleh kode etik dalam penelitian. Perlu diketahui bahwa penelitian ini hanya semata-mata sebagai bahan penyusunan skripsi.

Peneliti mengucapkan terimakasih atas perhatian dan kesediaan anda untuk mengisi kuesioner yang peneliti ajukan.

Jember,.....2017

Peneliti

(Nika Nur Indah)

Lampiran B. *Informed Consent*

*Informed consent*

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : .....

Alamat : .....

Usia : .....

Bersedia melakukan wawancara dan dijadikan subjek dalam penelitian yang berjudul “Perbedaan Kunjungan *Antenatal Care* Antara Ibu Hamil Peserta PKH dan Bukan Peserta PKH di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember”

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan risiko apapun pada responden. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut diatas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk berpartisipasi sebagai subjek dalam penelitian ini.

Jember, .....2017

Responden

(.....)

Lampiran C. Kuesioner Penelitian

KUESIONER PENELITIAN

Judul : Perbedaan Kunjungan *Antenatal Care* antara Ibu Hamil Peserta PKH dan Bukan Peserta PKH di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember

1.	Nomor Kuesioner :
2.	Tanggal Pengumpulan data :
3.	Nama Responden :
1.	Tanggal lahir :
4.	Alamat Responden :

A. Karakteristik Responden

No	Pertanyaan	Klasifikasi	Kode
5.	Nama Suami		
6.	Umur Ibu	..... tahun	
7.	Pendidikan terakhir ibu	1. tidak pernah sekolah/tidak tamat SD/ sederajat 2. tamat SD/ sederajat 3. tamat SMP/ sederajat 4. tamat SMA/ sederajat 5. tamat perguruan tinggi/ sederajat	<input type="checkbox"/>
8.	Pekerjaan ibu	1. Ibu rumah tangga 2. Petani 3. Buruh tani/pabrik/ bangunan 4. Pedagang/ swasta 5. Pegawai negeri 6. Lainnya	<input type="checkbox"/>
9.	Pendapatan keluarga	Rp. ....	

KUESIONER RIWAYAT PENYAKIT DAN KUNJUNGAN ANC

No	Pertanyaan	Jawaban
1	Apakah ibu memiliki riwayat penyakit?	1. Ya, sebutkan 2. Tidak
2	Berapa jumlah anak yang ibu miliki?	..... orang
3.	Pada saat kehamilan anak terakhir, apakah ibu melakukan pemeriksaan kehamilan?	1. Ya 2. Tidak
4	Kepada siapa ibu memeriksakan kehamilan ibu?	1. Dokter umum 2. Dokter kandungan 3. Perawat 4. Bidan
5	Apakah ibu diberi Kartu Menuju Sehat Ibu Hamil (KMS) atau buku KIA pada saat pemeriksaan kehamilan yang terakhir	1. ya, dapat menunjukkan

No	Pertanyaan	Jawaban
	Jika ya, dapatkah ibu memperlihatkan KMS BUMIL/Buku KIA	1. buku KIA 2. ya, tidak dapat menunjukkan buku KIA 3. tidak
6	Dimana ibu memeriksakan kehamilan?	1. Rumah sakit 2. Puskesmas 3. Posyandu 4. Klinik 5. Praktik Mandiri 6. Lainnya
7	Berapa bulan umur kandungan ibu ketika pertama kali memeriksakan kehamilan pada tenaga kesehatan	.....bulan
8	Selama kehamilan anak terakhir, berapa kali ibu memeriksakan kehamilan?	.....kali
9	Berapa kali ibu memeriksakan kehamilan pada kehamilan anak terakhir: a. Dalam 3 bulan pertama b. Antara 4-6 bulan c. Antara 7 bulan sampai melahirkan	Jumlah pemeriksaan : .....kali .....kali .....kali
10	Berapa bulan umur kehamilan ibu ketika terakhir kali memeriksakan kehamilan?	.....bulan

KUESIONER DUKUNGAN SUAMI

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya (skor=1)	Tidak (skor=0)
<b>Dukungan Emosional</b>			
1	Apakah ibu selalu berdiskusi dengan suami setiap akan memanfaatkan pelayanan ANC pada waktu kehamilan terakhir ibu		
2	Apakah suami ibu menanyakan tentang hasil pemeriksaan kehamilan yang ibu lakukan?		
<b>Dukungan Instrumental</b>			
3	Apakah suami ibu ikut mengantarkan untuk memeriksakan kehamilan ibu yang terakhir		
<b>Dukungan Informasi</b>			
4	Apakah suami ibu selalu mengingatkan untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin		
<b>Dukungan Penghargaan</b>			
5	Apakah suami ibu mendukung keputusan ibu dalam pemanfaatan pelayanan ANC		

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya (skor=1)	Tidak (skor=0)
6	Apakah pendapat suami ibu sangat mempengaruhi keputusan ibu dalam melakukan pemeriksaan kehamilan		
Perhitungan dan analisis skor dukungan suami: a. Tinggi jika jumlah skor 5-6 b. Sedang jika jumlah skor 2-4 c. Rendah jika jumlah skor 0-1			

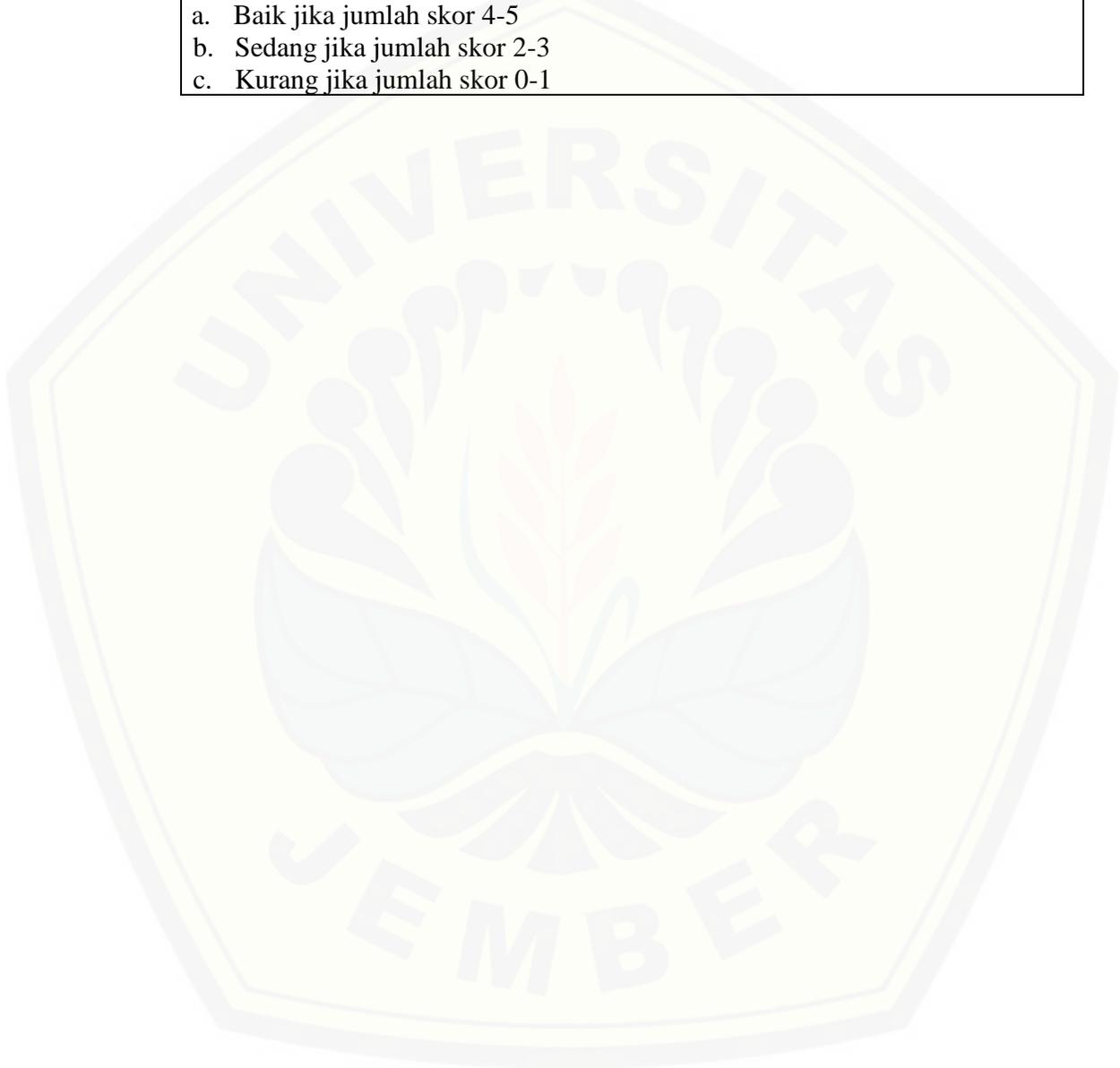
KUESIONER AKSES KE PELAYANAN KESEHATAN

No	Pertanyaan	Jawaban
1.	Berapa jarak rumah ibu ke tempat ibu memeriksakan kehamilan?	.....km
2.	Berapa lama waktu tempuh untuk menuju tempat pemeriksaan kehamilan?	.....menit
3.	Alat transportasi apa yang ibu gunakan untuk menuju tempat pemeriksaan kehamilan?	a. Mobil b. Sepeda motor c. Angkutan umum d. Jalan kaki

KUESIONER PERAN PENDAMPING PKH (untuk ibu hamil peserta PKH)

No	Pertanyaan	Jawaban	
1	Sejak kapan ibu menjadi peserta PKH?	....	
		Ya (Skor= 1)	Tidak (Skor= 0)
2	Apakah ibu mengetahui prosedur dan pelaksanaan PKH		
3	Apakah ibu mengikuti pertemuan rutin kelompok? Berapa kali?		
4	Apakah pendamping memfasilitasi akses ke pelayanan kesehatan?		
5	Apakah ibu mendapat informasi yang jelas dari pendamping PKH		

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya (skor=1)	Tidak (skor=0)
	mengenai pemanfaatan pelayanan ANC		
Perhitungan dan analisis skor peran pendamping PKH: a. Baik jika jumlah skor 4-5 b. Sedang jika jumlah skor 2-3 c. Kurang jika jumlah skor 0-1			



Lampiran D. Surat Ijin Penelitian



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**  
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada  
 Yth. Sdr. 1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember  
 2. Kepala Dinas Sosial Kab. Jember  
 di -

T E M P A T

**SURAT REKOMENDASI**  
 Nomor : 072/3557/314/2017

Tentang  
**PENELITIAN**

Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember  
 2. Peraturan Bupati Jember No. 45 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.

Memperhatikan : Surat Fakultas Kesehatan Masyarakat universitas Jember tanggal 22 Agustus 2017 Nomor : 3953/UN25.1.12/SP/2017 perihal Ijin Penelitian

**MEREKOMENDASIKAN**

Nama / NIM. : Nika Nur Indah Sari / 132110101072  
 Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
 Alamat : Jl.Kalimantan No.37 Kampus Tegol Bobo Kotak Pos 159 Jember  
 Keperluan : Mengadakan penelitian dengan judul : "Perbedaan Faktor Pemanfaatan Pelayanan Antenatal Care Antara Ibu Hamil Peserta PKH dan Bukan Peserta PKH Di Kecamatan Kalsat Kabupaten Jember".  
 Lokasi : Dinas Kesehan, Dinas sosial dan Puskesmas Kalsat Kabupaten Jember  
 Waktu Kegiatan : September s/d November 2017

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperluanya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember  
 Tanggal : 25-08-2017  
 An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK  
 KABUPATEN JEMBER  
 Kabid. Kajian Strategis dan Politik



ACHMAD ... S.SOS  
 NIP. 196509011996021001

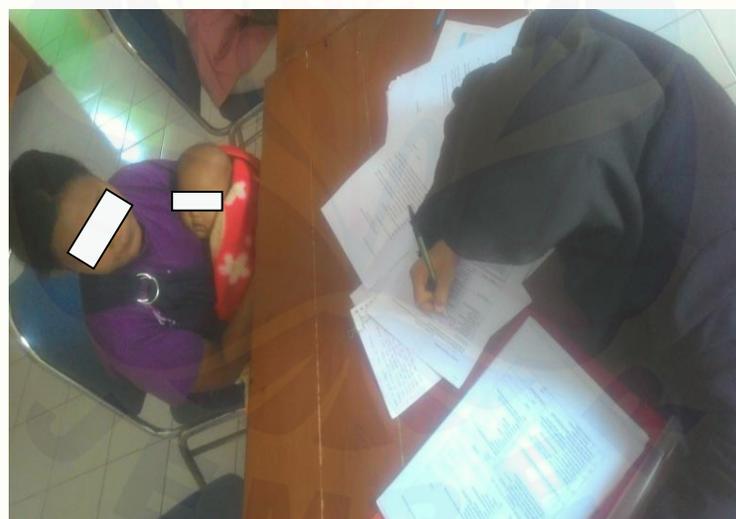
Tembusan :  
 Yth. Sdr. : 1. Dekan FKOM Universitas Jember;  
 2. Yang bersangkutan

*MS -> Kepala Puskesmas Kalsat  
 2. Kepala Dinas Kesehatan  
 ... bi berikan data guna  
 complete dr. Nika Nur Indah Sari  
 hini*

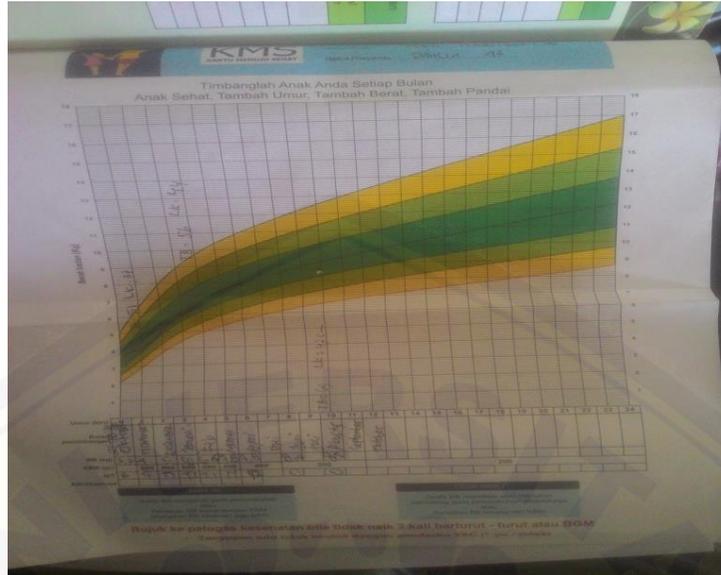
Lampiran E. Dokumentasi Pengambilan Data



Gambar 1 Dokumentasi buku KIA responden



Gambar 2 Wawancara dengan ibu hamil peserta PKH



Gambar 3 Dokumentasi KMS responden



Gambar 4 Wawancara dengan ibu hamil bukan peserta PKH

Lampiran F. Hasil Uji Statistik

1. Perbedaan pemanfaatan pelayanan antenatal antara ibu hamil peserta PKH dan bukan peserta PKH
  - a. Analisis umur terhadap Kepesertaan PKH

**Umur\*Kepesertaan PKH Crosstabulation**

Count

		kepesertaan		Total
		non pkh	pkh	
umur	< 20 tahun	7	1	8
	20-35 tahun	26	27	53
	>35 tahun	3	8	11
Total		36	36	72

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.792 <sup>a</sup>	2	.034
Likelihood Ratio	7.439	2	.024
Linear-by-Linear Association	6.322	1	.012
N of Valid Cases	72		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.00.

- b. Analisis Paritas terhadap Kepesertaan PKH

**Paritas\*Kepesertaan PKH Crosstab**

Count

		kepesertaan		Total
		non pkh	pkh	
paritas	1 anak	13	1	14
	2-4 anak	20	35	55
	>= 5 anak	1	0	1
	3	2	0	2
Total		36	36	72

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	17.377 <sup>a</sup>	3	.001
Likelihood Ratio	20.505	3	.000
Linear-by-Linear Association	2.209	1	.137
N of Valid Cases	72		

a. 4 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .50.

c. Analisis Pendidikan terhadap Kepesertaan PKH

**Pendidikan\*Kepesertaan PKH Crosstab**

Count		kepesertaan		Total
		non pkh	pkh	
pendidikan	tamat sd	27	32	59
	tamat smp	6	3	9
	tamat sma	3	1	4
Total		36	36	72

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.424 <sup>a</sup>	2	.298
Likelihood Ratio	2.490	2	.288
Linear-by-Linear Association	2.302	1	.129
N of Valid Cases	72		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.00.

d. Analisis Pekerjaan terhadap Kepesertaan PKH

**Pekerjaan\*Kepesertaan PKH Crosstab**

Count		kepesertaan		Total
		non pkh	pkh	
pekerjaan	ibu rumah tangga	22	20	42
	buruh	4	7	11
	pedagang/swasta	7	3	10
	petani	2	6	8
	pegawai negeri	1	0	1
Total		36	36	72

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.513 <sup>a</sup>	4	.239
Likelihood Ratio	6.049	4	.196
Linear-by-Linear Association	.098	1	.754
N of Valid Cases	72		

a. 4 cells (40.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .50.

e. Analisis Pendapatan terhadap Kepesertaan PKH

**Pendapatan\*Kepesertaan PKH Crosstab**

Count		kepesertaan		Total
		non pkh	pkh	
pendapatan	rendah	22	35	57
	tinggi	14	1	15
Total		36	36	72

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	14.232 <sup>a</sup>	1	.000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	12.126	1	.000		
Likelihood Ratio	16.438	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	14.034	1	.000		
N of Valid Cases	72				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.50.

b. Computed only for a 2x2 table

f. Analisis Dukungan Suami terhadap Kepesertaan PKH

**Dukungan Suami\*Kepesertaan PKH Crosstab**

Count		kepesertaan		Total
		non pkh	pkh	
duksuami	buruk	9	6	15
	sedang	17	20	37
	baik	10	10	20
Total		36	36	72

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	.843 <sup>a</sup>	2	.656
Likelihood Ratio	.848	2	.655
Linear-by-Linear Association	.256	1	.613
N of Valid Cases	72		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.50.

g. Analisis Akses terhadap Kepesertaan PKH

**Akses\*Kepesertaan PKH Crosstab**

Count

		kepesertaan		Total
		non pkh	pkh	
akses	buruk	2	0	2
	sedang	6	1	7
	baik	28	35	63
Total		36	36	72

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.349 <sup>a</sup>	2	.042
Likelihood Ratio	7.514	2	.023
Linear-by-Linear Association	5.997	1	.014
N of Valid Cases	72		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.00.

h. Analisis Riwayat Penyakit terhadap Kepesertaan PKH

**Riwayat Penyakit\*Kepesertaan PKH Crosstab**

Count

		kepesertaan		Total
		non pkh	pkh	
riwayatpx	ada riwayat	4	5	9
	tidak ada riwayat	32	31	63
Total		36	36	72

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.127 <sup>a</sup>	1	.722	1.000	.500
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.127	1	.721		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.125	1	.723		
N of Valid Cases	72				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.50.

b. Computed only for a 2x2 table

2. Perbedaan pemanfaatan pelayanan antenatal berdasarkan kepesertaan

**ANC \* Kepesertaan Crosstabulation**

		anc			Total
		tidak lengkap	lengkap tidak tepat	lengkap	
kepesertaan	non pkh	12	5	19	36
	pkh	4	1	31	36
Total		16	6	50	72

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.547 <sup>a</sup>	2	.008
Likelihood Ratio	10.005	2	.007
Linear-by-Linear Association	7.898	1	.005
N of Valid Cases	72		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.00.

Pemisahan Kategori

3. Perbedaan pemanfaatan pelayanan antenatal (kelengkapan) berdasarkan kepesertaan  
a. Kelengkapan

**ANC Lengkap \* Kepesertaan Crosstab**

		kepesertaan		Total
		non pkh	pkh	
anc lengkap	tidak lengkap	12	4	16
	lengkap	24	32	56
Total		36	36	72

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.143 <sup>a</sup>	1	.023		
Continuity Correction <sup>b</sup>	3.938	1	.047		
Likelihood Ratio	5.333	1	.021		
Fisher's Exact Test				.045	.023
Linear-by-Linear Association	5.071	1	.024		
N of Valid Cases	72				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.00.

b. Computed only for a 2x2 table

b. Ketepatan  
ANC Tepat \* Kepesertaan Crosstab

		kepesertaan		Total
		non pkh	pkh	
anctepat	tidak tepat	17	5	22
	tepat	19	31	50
Total		36	36	72

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.425 <sup>a</sup>	1	.002	.004	.002
Continuity Correction <sup>b</sup>	7.920	1	.005		
Likelihood Ratio	9.825	1	.002		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	9.295	1	.002		
N of Valid Cases	72				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.00.

b. Computed only for a 2x2 table

a. Analisis Umur terhadap pemanfaatan pelayanan antenatal berdasarkan Kepesertaan PKH

umur \* anclengkap \* kepesertaan Crosstab

Count

kepesertaan			anclengkap		Total
			tidak lengkap	lengkap	
non pkh	umur	<20 dan >35	4	6	10
		20 - 35 tahun	8	18	26
	Total		12	24	36
pkh	umur	<20 dan >35	1	8	9
		20 - 35 tahun	3	24	27
	Total		4	32	36
Total	umur	<20 dan >35	5	14	19
		20 - 35 tahun	11	42	53
	Total		16	56	72

Chi-Square Tests

		Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
kepesertaan	Pearson Chi-Square	.277 <sup>c</sup>	1	.599		
	Continuity Correction <sup>b</sup>	.017	1	.895		
	Likelihood Ratio	.272	1	.602		

	Fisher's Exact Test				.700	.440
	Linear-by-Linear Association	.269	1	.604		
	N of Valid Cases	36				
pkh	Pearson Chi-Square	.000 <sup>d</sup>	1	1.000		
	Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
	Likelihood Ratio	.000	1	1.000		
	Fisher's Exact Test				1.000	.745
	Linear-by-Linear Association	.000	1	1.000		
	N of Valid Cases	36				
Total	Pearson Chi-Square	.250 <sup>a</sup>	1	.617		
	Continuity Correction <sup>b</sup>	.032	1	.858		
	Likelihood Ratio	.244	1	.621		
	Fisher's Exact Test				.749	.418
	Linear-by-Linear Association	.247	1	.619		
	N of Valid Cases	72				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.22.

b. Computed only for a 2x2 table

c. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.33.

d. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.00.

**Umur\*ANC tepat\*Kepesertaan Crosstab**

Count

kepesertaan			anctepat		Total
			tidak tepat	tepat	
non pkh	umur	<20 dan >35	6	4	10
		20 - 35 tahun	11	15	26
	Total		17	19	36
pkh	umur	<20 dan >35	1	8	9
		20 - 35 tahun	4	23	27
	Total		5	31	36
Total	umur	<20 dan >35	7	12	19
		20 - 35 tahun	15	38	53
	Total		22	50	72

**Chi-Square Tests**

kepesertaan		Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
non pkh	Pearson Chi-Square	.907 <sup>c</sup>	1	.341	.463	.281
	Continuity Correction <sup>b</sup>	.336	1	.562		
	Likelihood Ratio	.909	1	.340		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	.882	1	.348		
	N of Valid Cases	36				
pkh	Pearson Chi-Square	.077 <sup>d</sup>	1	.781		

	Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
	Likelihood Ratio	.081	1	.776		
	Fisher's Exact Test				1.000	.633
	Linear-by-Linear Association	.075	1	.784		
	N of Valid Cases	36				
Total	Pearson Chi-Square	.481 <sup>a</sup>	1	.488		
	Continuity Correction <sup>b</sup>	.162	1	.687		
	Likelihood Ratio	.471	1	.493		
	Fisher's Exact Test				.565	.338
	Linear-by-Linear Association	.474	1	.491		
	N of Valid Cases	72				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.81.

b. Computed only for a 2x2 table

c. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.72.

d. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.25.

b. Analisis Umur terhadap pemafaatan pelayanan antenatal berdasarkan Kepesertaan PKH

**Paritas\*ANC lengkap\*Kepesertaan Crosstab**

Count

kepesertaan			anclengkap		Total
			tidak lengkap	lengkap	
non pkh	paritas	1 anak	4	9	13
		> 1 anak	8	15	23
	Total		12	24	36
pkh	paritas	1 anak	0	1	1
		> 1 anak	4	31	35
	Total		4	32	36
Total	paritas	1 anak	4	10	14
		> 1 anak	12	46	58
	Total		16	56	72

**Chi-Square Tests**

kepesertaan		Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
non pkh	Pearson Chi-Square	.060 <sup>c</sup>	1	.806		
	Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
	Likelihood Ratio	.061	1	.806		
	Fisher's Exact Test				1.000	.553
	Linear-by-Linear Association	.059	1	.809		
	N of Valid Cases	36				
pkh	Pearson Chi-Square	.129 <sup>d</sup>	1	.720		
	Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
	Likelihood Ratio	.239	1	.625		

	Fisher's Exact Test				1.000	.889
	Linear-by-Linear Association	.125	1	.724		
	N of Valid Cases	36				
Total	Pearson Chi-Square	.405 <sup>a</sup>	1	.524		
	Continuity Correction <sup>b</sup>	.078	1	.781		
	Likelihood Ratio	.388	1	.534		
	Fisher's Exact Test				.497	.376
	Linear-by-Linear Association	.400	1	.527		
	N of Valid Cases	72				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.11.

b. Computed only for a 2x2 table

c. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.33.

d. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .11.

**Paritas\*ANC tepat\*Kepesertaan Crosstab**

Count

kepesertaan			anctepat		Total
			tidak tepat	tepat	
non pkh	paritas	1 anak	7	6	13
		> 1 anak	10	13	23
	Total		17	19	36
pkh	paritas	1 anak	0	1	1
		> 1 anak	5	30	35
	Total		5	31	36
Total	paritas	1 anak	7	7	14
		> 1 anak	15	43	58
	Total		22	50	72

**Chi-Square Tests**

kepesertaan		Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
non pkh	Pearson Chi-Square	.358 <sup>c</sup>	1	.549	.730	.401
	Continuity Correction <sup>b</sup>	.063	1	.802		
	Likelihood Ratio	.358	1	.549		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	.348	1	.555		
	N of Valid Cases	36				
pkh	Pearson Chi-Square	.166 <sup>d</sup>	1	.684	1.000	.861
	Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
	Likelihood Ratio	.304	1	.582		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	.161	1	.688		
	N of Valid Cases	36				
Total	Pearson Chi-Square	3.097 <sup>a</sup>	1	.078		

Continuity Correction <sup>b</sup>	2.064	1	.151		
Likelihood Ratio	2.917	1	.088		
Fisher's Exact Test				.107	.078
Linear-by-Linear Association	3.054	1	.081		
N of Valid Cases	72				

- a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.28.
- b. Computed only for a 2x2 table
- c. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.14.
- d. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .14.

c. Analisis pendidikan terhadap pemafaatan pelayanan antenatal berdasarkan Kepesertaan PKH

**Pendidikan\*ANC lengkap\*Kepesertaan Crosstab**

Count			anlengkap		Total
kepesertaan			tidak lengkap	lengkap	
non pkh	pendidikan	tamat sd	9	17	26
		tamat smp dan sma	3	7	10
	Total		12	24	36
pkh	pendidikan	tamat sd	4	28	32
		tamat smp dan sma	0	4	4
	Total		4	32	36
Total	pendidikan	tamat sd	13	45	58
		tamat smp dan sma	3	11	14
	Total		16	56	72

**Chi-Square Tests**

kepesertaan		Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
non pkh	Pearson Chi-Square	.069 <sup>c</sup>	1	.792	1.000	.560
	Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
	Likelihood Ratio	.070	1	.791		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	.067	1	.795		
	N of Valid Cases	36				
pkh	Pearson Chi-Square	.563 <sup>d</sup>	1	.453	1.000	.610
	Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
	Likelihood Ratio	1.003	1	.317		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	.547	1	.460		
	N of Valid Cases	36				
Total	Pearson Chi-Square	.006 <sup>a</sup>	1	.937		
	Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		

Likelihood Ratio	.006	1	.936	1.000	.624
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.006	1	.937		
N of Valid Cases	72				

- a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.11.
- b. Computed only for a 2x2 table
- c. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.33.
- d. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .44.

**Pendidikan\*ANC tepat\*Kepesertaan Crosstab**

Count			anctepat		Total
			tidak tepat	tepat	
kepesertaan	pendidikan	tamat sd	12	14	26
		tamat smp dan sma	5	5	10
	Total		17	19	36
pkh	pendidikan	tamat sd	5	27	32
		tamat smp dan sma	0	4	4
	Total		5	31	36
Total	pendidikan	tamat sd	17	41	58
		tamat smp dan sma	5	9	14
	Total		22	50	72

**Chi-Square Tests**

kepesertaan		Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
non pkh	Pearson Chi-Square	.043 <sup>c</sup>	1	.836	1.000	.564
	Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
	Likelihood Ratio	.043	1	.836		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	.042	1	.838		
	N of Valid Cases	36				
pkh	Pearson Chi-Square	.726 <sup>d</sup>	1	.394	1.000	.534
	Continuity Correction <sup>b</sup>	.007	1	.932		
	Likelihood Ratio	1.274	1	.259		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	.706	1	.401		
	N of Valid Cases	36				
Total	Pearson Chi-Square	.218 <sup>a</sup>	1	.641	.749	.433
	Continuity Correction <sup>b</sup>	.021	1	.886		
	Likelihood Ratio	.213	1	.644		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	.215	1	.643		
	N of Valid Cases					

N of Valid Cases	72			
------------------	----	--	--	--

- a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.28.
- b. Computed only for a 2x2 table
- c. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.72.
- d. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .56.

d. Analisis pekerjaan terhadap pemafaatan pelayanan antenatal berdasarkan Kepesertaan PKH

**Pekerjaan\*ANC lengkap\*Kepesertaan Crosstab**

Count

kepesertaan			anc lengkap		Total
			tidak lengkap	lengkap	
non pkh	pekerjaan	tidak bekerja	6	16	22
		bekerja	6	8	14
Total			12	24	36
pkh	pekerjaan	tidak bekerja	0	20	20
		bekerja	4	12	16
Total			4	32	36
Total	pekerjaan	tidak bekerja	6	36	42
		bekerja	10	20	30
Total			16	56	72

**Chi-Square Tests**

kepesertaan		Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
non pkh	Pearson Chi-Square	.935 <sup>c</sup>	1	.334	.471	.271
	Continuity Correction <sup>b</sup>	.365	1	.546		
	Likelihood Ratio	.926	1	.336		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	.909	1	.340		
	N of Valid Cases	36				
pkh	Pearson Chi-Square	5.625 <sup>d</sup>	1	.018	.031	.031
	Continuity Correction <sup>b</sup>	3.379	1	.066		
	Likelihood Ratio	7.121	1	.008		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	5.469	1	.019		
	N of Valid Cases	36				
Total	Pearson Chi-Square	3.673 <sup>a</sup>	1	.055	.084	.052
	Continuity Correction <sup>b</sup>	2.654	1	.103		
	Likelihood Ratio	3.637	1	.057		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	3.622	1	.057		
	N of Valid Cases	72				

- a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.67.
- b. Computed only for a 2x2 table
- c. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.67.
- d. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.78.

**Pekerjaan\*ANC tepat\*Kepesertaan Crosstab**

Count

kepesertaan			anctepat		Total
			tidak tepat	tepat	
non pkh	pekerjaan	tidak bekerja	10	12	22
		bekerja	7	7	14
Total			17	19	36
pkh	pekerjaan	tidak bekerja	0	20	20
		bekerja	5	11	16
Total			5	31	36
Total	pekerjaan	tidak bekerja	10	32	42
		bekerja	12	18	30
Total			22	50	72

**Chi-Square Tests**

kepesertaan		Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
non pkh	Pearson Chi-Square	.071 <sup>c</sup>	1	.790	1.000	.530
	Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
	Likelihood Ratio	.071	1	.790		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	.069	1	.793		
	N of Valid Cases	36				
pkh	Pearson Chi-Square	7.258 <sup>d</sup>	1	.007	.012	.012
	Continuity Correction <sup>b</sup>	4.880	1	.027		
	Likelihood Ratio	9.137	1	.003		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	7.056	1	.008		
	N of Valid Cases	36				
Total	Pearson Chi-Square	2.162 <sup>a</sup>	1	.141	.195	.113
	Continuity Correction <sup>b</sup>	1.466	1	.226		
	Likelihood Ratio	2.146	1	.143		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	2.132	1	.144		
	N of Valid Cases	72				

- a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.17.
- b. Computed only for a 2x2 table
- c. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.61.
- d. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.22.

e. Analisis pendapatan terhadap pemafaatan pelayanan antenatal berdasarkan Kepesertaan PKH

**Pendapatan\*ANC lengkap\*Kepesertaan Crosstab**

Count

kepesertaan			anclengkap		Total
			tidak lengkap	lengkap	
non pkh	pendapatan	rendah	10	12	22
		tinggi	2	12	14
	Total		12	24	36
pkh	pendapatan	rendah	4	31	35
		tinggi	0	1	1
	Total		4	32	36
Total	pendapatan	rendah	14	43	57
		tinggi	2	13	15
	Total		16	56	72

**Chi-Square Tests**

kepesertaan		Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
non pkh	Pearson Chi-Square	3.740 <sup>c</sup>	1	.053	.076	.055
	Continuity Correction <sup>b</sup>	2.469	1	.116		
	Likelihood Ratio	4.029	1	.045		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	3.636	1	.057		
	N of Valid Cases	36				
pkh	Pearson Chi-Square	.129 <sup>d</sup>	1	.720	1.000	.889
	Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
	Likelihood Ratio	.239	1	.625		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	.125	1	.724		
	N of Valid Cases	36				
Total	Pearson Chi-Square	.866 <sup>a</sup>	1	.352	.495	.291
	Continuity Correction <sup>b</sup>	.338	1	.561		
	Likelihood Ratio	.946	1	.331		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	.854	1	.355		
	N of Valid Cases	72				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.33.

b. Computed only for a 2x2 table

c. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.67.

d. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .11.

**Pendapatan\*ANC tepat\*Kepesertaan Crosstab**

Count

kepesertaan			anctepat		Total
			tidak tepat	tepat	
non pkh	pendapatan	rendah	13	9	22
		tinggi	4	10	14
	Total		17	19	36
pkh	pendapatan	rendah	5	30	35
		tinggi	0	1	1
	Total		5	31	36
Total	pendapatan	rendah	18	39	57
		tinggi	4	11	15
	Total		22	50	72

**Chi-Square Tests**

kepesertaan		Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
non pkh	Pearson Chi-Square	3.197 <sup>c</sup>	1	.074	.097	.073
	Continuity Correction <sup>b</sup>	2.090	1	.148		
	Likelihood Ratio	3.277	1	.070		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	3.109	1	.078		
	N of Valid Cases	36				
pkh	Pearson Chi-Square	.166 <sup>d</sup>	1	.684	1.000	.861
	Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
	Likelihood Ratio	.304	1	.582		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	.161	1	.688		
	N of Valid Cases	36				
Total	Pearson Chi-Square	.135 <sup>a</sup>	1	.713	1.000	.489
	Continuity Correction <sup>b</sup>	.003	1	.958		
	Likelihood Ratio	.138	1	.711		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	.133	1	.715		
	N of Valid Cases	72				

- a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.58.
- b. Computed only for a 2x2 table
- c. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.61.
- d. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .14.

f. Analisis dukungan suami terhadap pemafaatan pelayanan antenatal berdasarkan Kepesertaan PKH

**Dukungan Suami\*ANC lengkap\*Kepesertaan Crosstab**

Count

kepesertaan			anclengkap		Total
			tidak lengkap	lengkap	
non pkh	duksuami	buruk	11	14	25
		baik	1	10	11
	Total			12	24
pkh	duksuami	buruk	4	22	26
		baik	0	10	10
	Total			4	32
Total	duksuami	buruk	15	36	51
		baik	1	20	21
	Total			16	56

**Chi-Square Tests**

kepesertaan		Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
non pkh	Pearson Chi-Square	4.189 <sup>c</sup>	1	.041	.059	.043
	Continuity Correction <sup>b</sup>	2.765	1	.096		
	Likelihood Ratio	4.831	1	.028		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	4.073	1	.044		
	N of Valid Cases	36				
pkh	Pearson Chi-Square	1.731 <sup>d</sup>	1	.188	.559	.254
	Continuity Correction <sup>b</sup>	.524	1	.469		
	Likelihood Ratio	2.791	1	.095		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	1.683	1	.195		
	N of Valid Cases	36				
Total	Pearson Chi-Square	5.229 <sup>a</sup>	1	.022	.028	.018
	Continuity Correction <sup>b</sup>	3.900	1	.048		
	Likelihood Ratio	6.446	1	.011		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	5.157	1	.023		
	N of Valid Cases	72				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.67.

b. Computed only for a 2x2 table

c. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.67.

d. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.11.

**Dukungan Suami\*ANC tepat\*Kepesertaan Crosstab**

Count

kepesertaan			anctepat		Total
			tidak tepat	tepat	
non pkh	duksuami	buruk	16	9	25
		baik	1	10	11
	Total			17	19
pkh	duksuami	buruk	5	21	26
		baik	0	10	10
	Total			5	31
Total	duksuami	buruk	21	30	51
		baik	1	20	21
	Total			22	50

**Chi-Square Tests**

kepesertaan		Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
non pkh	Pearson Chi-Square	9.241 <sup>c</sup>	1	.002	.003	.003
	Continuity Correction <sup>b</sup>	7.169	1	.007		
	Likelihood Ratio	10.423	1	.001		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	8.984	1	.003		
	N of Valid Cases	36				
pkh	Pearson Chi-Square	2.233 <sup>d</sup>	1	.135	.293	.174
	Continuity Correction <sup>b</sup>	.915	1	.339		
	Likelihood Ratio	3.555	1	.059		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	2.171	1	.141		
	N of Valid Cases	36				
Total	Pearson Chi-Square	9.296 <sup>a</sup>	1	.002	.002	.001
	Continuity Correction <sup>b</sup>	7.659	1	.006		
	Likelihood Ratio	11.487	1	.001		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	9.167	1	.002		
	N of Valid Cases	72				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.42.

b. Computed only for a 2x2 table

c. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.19.

d. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.39.

g. Analisis Akses terhadap pemanfaatan pelayanan antenatal berdasarkan Kepesertaan PKH

**Akses\*ANC lengkap\*Kepesertaan Crosstab**

Count

kepesertaan			anc lengkap		Total
			tidak lengkap	lengkap	
non pkh	akses	buruk	6	2	8
		baik	6	22	28
	Total		12	24	36
pkh	akses	buruk	1	0	1
		baik	3	32	35
	Total		4	32	36
Total	akses	buruk	7	2	9
		baik	9	54	63
	Total		16	56	72

**Chi-Square Tests**

kepesertaan		Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
non pkh	Pearson Chi-Square	8.036 <sup>c</sup>	1	.005	.009	.009
	Continuity Correction <sup>b</sup>	5.806	1	.016		
	Likelihood Ratio	7.735	1	.005		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	7.813	1	.005		
	N of Valid Cases	36				
pkh	Pearson Chi-Square	8.229 <sup>d</sup>	1	.004	.111	.111
	Continuity Correction <sup>b</sup>	1.575	1	.209		
	Likelihood Ratio	4.640	1	.031		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	8.000	1	.005		
	N of Valid Cases	36				
Total	Pearson Chi-Square	18.367 <sup>a</sup>	1	.000	.000	.000
	Continuity Correction <sup>b</sup>	14.878	1	.000		
	Likelihood Ratio	15.068	1	.000		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	18.112	1	.000		
	N of Valid Cases	72				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.00.

b. Computed only for a 2x2 table

c. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.67.

d. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .11.

Akses&ANC tepat\*Kepesertaan Crosstab

Count

kepesertaan			anctepat		Total
			tidak tepat	tepat	
non pkh	akses	buruk	8	0	8
		baik	9	19	28
	Total		17	19	36
pkh	akses	buruk	1	0	1
		baik	4	31	35
	Total		5	31	36
Total	akses	buruk	9	0	9
		baik	13	50	63
	Total		22	50	72

Chi-Square Tests

kepesertaan		Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
non pkh	Pearson Chi-Square	11.496 <sup>c</sup>	1	.001	.001	.001
	Continuity Correction <sup>b</sup>	8.934	1	.003		
	Likelihood Ratio	14.631	1	.000		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	11.176	1	.001		
	N of Valid Cases	36				
pkh	Pearson Chi-Square	6.377 <sup>d</sup>	1	.012	.139	.139
	Continuity Correction <sup>b</sup>	1.121	1	.290		
	Likelihood Ratio	4.135	1	.042		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	6.200	1	.013		
	N of Valid Cases	36				
Total	Pearson Chi-Square	23.377 <sup>a</sup>	1	.000	.000	.000
	Continuity Correction <sup>b</sup>	19.786	1	.000		
	Likelihood Ratio	24.488	1	.000		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	23.052	1	.000		
	N of Valid Cases	72				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.75.

b. Computed only for a 2x2 table

c. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.78.

d. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .14.

h. Analisis Riwayat penyakit terhadap pemanfaatan pelayanan antenatal berdasarkan Kepesertaan PKH

**Riwayat Penyakit\*ANC lengkap\*Kepesertaan Crosstab**

Count

kepesertaan			anclengkap		Total
			tidak lengkap	lengkap	
non pkh	riwayatpx	ada riwayat px	0	4	4
		tidak ada riwayat px	12	20	32
	Total		12	24	36
pkh	riwayatpx	ada riwayat px	2	3	5
		tidak ada riwayat px	2	29	31
	Total		4	32	36
Total	riwayatpx	ada riwayat px	2	7	9
		tidak ada riwayat px	14	49	63
	Total		16	56	72

**Chi-Square Tests**

kepesertaan		Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
non pkh	Pearson Chi-Square	2.250 <sup>c</sup>	1	.134	.278	.180
	Continuity Correction <sup>b</sup>	.879	1	.349		
	Likelihood Ratio	3.489	1	.062		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	2.188	1	.139		
	N of Valid Cases	36				
pkh	Pearson Chi-Square	4.906 <sup>d</sup>	1	.027	.084	.084
	Continuity Correction <sup>b</sup>	2.098	1	.148		
	Likelihood Ratio	3.554	1	.059		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	4.770	1	.029		
	N of Valid Cases	36				
Total	Pearson Chi-Square	.000 <sup>a</sup>	1	1.000	1.000	.683
	Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
	Likelihood Ratio	.000	1	1.000		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	.000	1	1.000		
	N of Valid Cases	72				

- a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.00.
- b. Computed only for a 2x2 table
- c. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.33.
- d. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .56.

**Riwayat Penyakit\*ANC tepat\*Kepesertaan Crosstab**

Count

kepesertaan			anccepat		Total
			tidak tepat	tepat	
non pkh	riwayatpx	ada riwayat px	1	3	4
		tidak ada riwayat px	16	16	32
Total			17	19	36
pkh	riwayatpx	ada riwayat px	2	3	5
		tidak ada riwayat px	3	28	31
Total			5	31	36
Total	riwayatpx	ada riwayat px	3	6	9
		tidak ada riwayat px	19	44	63
Total			22	50	72

**Chi-Square Tests**

kepesertaan		Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
non pkh	Pearson Chi-Square	.892 <sup>c</sup>	1	.345	.605	.345
	Continuity Correction <sup>b</sup>	.171	1	.680		
	Likelihood Ratio	.935	1	.333		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	.867	1	.352		
	N of Valid Cases	36				
pkh	Pearson Chi-Square	3.310 <sup>d</sup>	1	.069	.132	.132
	Continuity Correction <sup>b</sup>	1.260	1	.262		
	Likelihood Ratio	2.570	1	.109		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	3.218	1	.073		
	N of Valid Cases	36				
Total	Pearson Chi-Square	.037 <sup>a</sup>	1	.847	1.000	.561
	Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
	Likelihood Ratio	.037	1	.848		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	.037	1	.848		
	N of Valid Cases	72				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.75.

b. Computed only for a 2x2 table

c. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.89.

d. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .69.