

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### A. Deskripsi Wilayah

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Wonosari I Kabupaten Gunung Kidul. Wilayah kerja Puskesmas Wonosari I terdiri dari tujuh desa kelurahan diantaranya adalah Desa Karangrejek, Desa Duwet, Desa Mulo, Desa Pulutan, Desa Siraman, Desa Wareng dan Desa Wunung. Puskesmas Wonosari I merupakan salah satu puskesmas dari 30 puskesmas di Kabupaten Gunungkidul, dan dari 2 puskesmas di Kecamatan Wonosari. Terletak di Jl. Baron Km 2, Karangrejek, Wonosari, Gunungkidul, Daerah Istimewa Yogyakarta. Berada di wilayah tengah Kabupaten Gunungkidul, dengan karakteristik berupa daerah pinggiran kota kabupaten.

Cakupan kunjungan ibu hamil K4 di Puskesmas Wonosari sudah sesuai standar yakni, minimal empat kali. Pelayanan yang diberikan antara lain adalah timbang badan dan ukur tinggi badan, pengukuran tekanan darah, skrining status imunisasi Tetanus dan pemberian *Tetanus Toxoid*, pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU), pemberian tablet besi (90 tablet selama kehamilan), komunikasi interpersonal dan konseling, serta tes laboratorium sederhana (Hb, protein urin) dan atau berdasarkan indikasi (HbsAG, sifilis, HIV, Malaria TBC).

Penelitian ini hanya dilakukan di lima desa wilayah kerja Puskesmas Wonosari I, meliputi Desa Karangrejek, Desa Duwet, Desa Pulutan, Desa Siraman, dan Desa Wareng. Hal ini dikarenakan desa yang dipilih memiliki

ibu hamil trimester III yang banyak dan wilayahnya berdekatan sehingga memudahkan peneliti untuk memberikan intervensi.

## B. Hasil Penelitian

### 1. Gambaran Karakteristik Responden

Responden dalam penelitian ini berjumlah 30 orang yang memiliki ibu hamil trimester III, bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Wonosari I Gunung Kidul, yaitu Desa Karangrejek, Desa Duwet, Desa Pulutan, Desa Siraman, dan Desa Wareng. Responden dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok intervensi sebanyak 15 orang yang diberikan pembinaan tentang pemeriksaan ANC dan diberikan *booklet*, sedangkan kelompok kontrol 15 orang hanya diberi *booklet*, tanpa diberikan pembinaan. Hasil tentang karakteristik responden dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui gambaran umum responden penelitian berdasarkan usia responden, pekerjaan, pendidikan, penghasilan, usia ibu hamil, usia kehamilan, jumlah kunjungan ANC, gravida, paritas, dan abortus.

Tabel 6.

Gambaran karakteristik responden kelompok intervensi dan kontrol berdasarkan usia responden, pekerjaan, pendidikan, penghasilan, usia ibu hamil, gravida, paritas, dan abortus

Karakteristik Responden	Intervensi		Kontrol	
	N	%	N	%
Usia (tahun)				
20-30	4	26,7	2	13,3
31-40	5	33,3	7	46,7
41-50	3	20,0	6	40,0
51-56	3	20,0	0	0

Karakteristik Responden	Intervensi		Kontrol	
	N	%	N	%
<b>Pekerjaan</b>				
Buruh Tani	5	33,3	5	33,3
Wiraswasta	3	20,0	5	33,3
IRT	5	33,3	2	13,3
Swasta	2	13,3	0	0
PNS	0	0	2	13,3
Pengangguran	0	0	1	6,7
<b>Pendidikan</b>				
SD	5	33,3	6	40,0
SMP	4	26,7	3	20,0
SMA	5	33,3	4	26,7
Sarjana	1	6,7	2	13,3
<b>Penghasilan</b>				
< Rp.500.000	2	13,3	4	26,7
Rp.500.000-Rp.1.000.000	8	53,3	4	26,7
>Rp.1.000.000	5	33,3	7	46,7
<b>Usia Ibu Hamil</b>				
19-30	10	66,7	10	66,7
31-42	5	33,3	5	33,3
<b>Gravida</b>				
1	10	66,7	4	26,7
2	3	20,0	6	40,0
3	1	6,7	5	33,3
4	1	6,7	0	0
<b>Paritas</b>				
0	10	66,7	4	26,7
1	3	20,0	6	40,0
2	1	6,7	5	33,3
3	1	6,7	0	0
<b>Abortus</b>				
0	13	86,7	12	80,0
1	2	13,3	3	20,0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Tabel 6 menunjukkan bahwa berdasarkan usia yang terbanyak adalah usia 31-40 tahun sebanyak 7 responden (46,7%). Responden sebagian besar bekerja sebagai buruh tani sebanyak 5 responden (33,3%) dengan tingkat pendidikan SD sebanyak 6 responden (40%) dan rata-rata penghasilan responden adalah Rp.500.000-Rp.1.000.000 sebanyak 8 responden (53,3%). Berdasarkan usia ibu hamil terbanyak adalah usia 19-30 tahun sebanyak 10 ibu (66,7%), dimana usia kehamilan terbanyak adalah 8 bulan (66,7%). Berdasarkan jumlah kunjungan ANC terbanyak

adalah 8-12 kali sebanyak 9 orang (60%), dengan gravida terbanyak adalah gravida satu sebanyak 10 ibu (66,7%), paritas terbanyak adalah 0 sebanyak 10 ibu (66,7%), dan berdasarkan kejadian abortus adalah tidak ada sebanyak 13 ibu (86,7%).

2. Gambaran Tingkat Kemandirian Keluarga dan hasil pengujian hipotesis pada responden

Desain penelitian yang digunakan adalah *Quasy-Eksperimen* dengan rancangan *pretest-posttest with control group* yaitu penilaian dilakukan sebelum dan setelah responden diberi perlakuan pada kelompok eksperimen dengan menggunakan kelompok kontrol. Derajat keyakinan adalah 95%, maka  $p \text{ value} = 5 \% (0,05)$  yang mempunyai arti hipotesis diterima jika  $p \text{ value} < 0,05$ .

a. Tingkat kemandirian keluarga dan hasil pengujian hipotesis kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada awal (*pretest*) dan akhir (*posttest*)

Tabel 7.  
Distribusi Frekuensi Tingkat Kemandirian Keluarga Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol pada Awal (*pretest*) dan Akhir (*posttest*) (n=15)

Tingkat Kemandirian Keluarga	Intervensi				Kontrol			
	Pretest		Posttest		Pretest		Posttest	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
KM I	0	0	0	0	0	0	0	0
KM II	1	6.7	0	20.0	0	0	3	20.0
KM III	8	53.3	3	20.0	8	53.3	5	33.3
KM IV	6	40.0	12	80.0	7	46.7	7	46.7
Jumlah	15	100	15	100	15	100	15	100

Tabel 7 menunjukkan bahwa tingkat kemandirian keluarga pada kelompok intervensi awal (*pretest*) diperoleh tingkat kemandirian yang

paling dominan adalah keluarga mandiri tingkat tiga sebanyak 8 keluarga (53.3%). Setelah diberi intervensi pembinaan tentang pentingnya pemeriksaan ANC (*postest*) dan diberi *booklet* diperoleh tingkat kemandirian keluarga yang paling dominan adalah keluarga mandiri tingkat empat sebanyak 12 keluarga (80%).

Tingkat kemandirian keluarga pada kelompok kontrol awal (*pretest*) diperoleh tingkat kemandirian yang paling dominan adalah keluarga mandiri tingkat tiga sebanyak 8 keluarga (53.3%). Setelah responden membaca *booklet* tentang pentingnya pemeriksaan ANC (*postest*) diperoleh tingkat kemandirian keluarga yang paling dominan adalah keluarga mandiri tingkat empat sebanyak 7 keluarga (46,7%).

**b. Hasil analisa tingkat kemandirian keluarga *pretest* dan *postest* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol**

Tabel 8.

Hasil Analisis Perbedaan Tingkat Kemandirian Keluarga *Pretest-Postest* pada Kelompok Intervensi

Kelompok Intervensi						
	N	Mean	Delta mean( $\bar{d}$ )	Std. deviation	Std.error mean	<i>p value</i>
<i>Pretest</i>	15	30.8000	4.5	4.67822	1.20791	0.001
<i>Postest</i>	15	35.2667		2.37447	0.61308	

Berdasarkan tabel 8, telah dilakukan uji *Paired Samples Test* diperoleh nilai *p value*  $0.001 < 0.05$  yang menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara tingkat kemandirian keluarga saat dilakukan *pretest* dan *postest* pada kelompok intervensi.

Tabel 9.  
Hasil Analisis Perbedaan Tingkat Kemandirian Keluarga *Pretest-Posttest* pada Kelompok Kontrol

Kelompok Kontrol						
	N	Mean	Delta mean( $\bar{ox}$ )	Std. deviation	Std.error mean	<i>p value</i>
<i>Pretest</i>	15	32.4000	-4	3.41844	0.88264	0.058
<i>Posttest</i>	15	28.4667		8.22771	2.12439	

Berdasarkan tabel 9, telah dilakukan uji *Paired Samples Test* diperoleh nilai *p value*  $0.058 > 0.05$  yang menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara tingkat kemandirian keluarga saat dilakukan *pretest* dan *posttest* pada kelompok kontrol.

c. Hasil analisa selisih tingkat kemandirian keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok control

Tabel 10.  
Hasil Analisis Perbedaan Tingkat Kemandirian Keluarga Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol

	N	Mean	Delta mean ( $\bar{ox}$ )	Std. Deviation	Std. Error mean	<i>p value</i>
<b>Intervensi</b>	15	4.4667	-0.5	3.85202	0.99459	0.001
<b>Kontrol</b>	15	-3.9333		7.36271	1.90104	

Berdasarkan tabel 10 dengan uji *Independent Samples Test* perbedaan tingkat kemandirian keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol diperoleh hasil signifikansi sebesar *p value*  $0.001 < 0.05$  yang menunjukkan bahwa terdapat perbedaan tingkat kemandirian keluarga yang signifikan pada kelompok intervensi yang diberikan pembinaan tentang pentingnya pemeriksaan ANC dan

diberikan *booklet* dengan kelompok kontrol yang hanya membaca *booklet* tentang pemeriksaan ANC.

### C. Pembahasan

#### 1. Gambaran Tingkat Kemandirian Keluarga dan Hasil Pengujian Hipotesis pada Responden

- a. Distribusi Frekuensi Tingkat kemandirian keluarga kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada awal (*pretest*) dan akhir (*posttest*)

Berdasarkan tabel 7, diperoleh hasil bahwa tingkat kemandirian keluarga mengalami peningkatan pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah diberikan pembinaan tentang pemeriksaan ANC dan *booklet* panduan. Pada kelompok intervensi, saat dilakukan *pretest* tingkat kemandirian keluarga yang paling dominan adalah kemandirian tingkat tiga sebanyak delapan keluarga (53.3%). Setelah dilakukan *posttest* mengalami perubahan, dimana tingkat kemandirian keluarga yang paling dominan adalah kemandirian tingkat empat sebanyak dua belas keluarga (80%). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa setelah dilakukan pembinaan tentang pemeriksaan ANC dan diberikan *booklet* panduan, keluarga dapat meningkatkan dan mempertahankan tingkat kemandiriannya.

Hal ini didasarkan pada teori adaptasi Roy, dimana respon atau perilaku adaptasi seseorang terhadap perubahan atau kemunduran, menurut teori adaptasi Roy bergantung pada stimulus yang masuk dan

tingkat/kemampuan adaptasi orang tersebut. Tingkat atau kemampuan adaptasi seseorang ditentukan oleh tiga hal, yaitu masukan/*input*, kontrol, dan keluaran/*output* (Asmadi, 2008). Menurut Christensen & Kenney (2009), masukan (*input*) adalah stimulus dari lingkungan eksternal dan internal yang terdiri dari tiga komponen, yaitu stimulus fokal, stimulus kontekstual, dan stimulus residual.

Berdasarkan teori tersebut, analisis peneliti untuk masukan (*input*) berdasarkan stimulus fokal dalam penelitian ini adalah perubahan konsep diri dan peran terkait akan bertambahnya anggota keluarga baru. Stimulus kontekstual dalam penelitian ini adalah pembinaan yang diberikan peneliti terkait komponen pemeriksaan ANC dan pemberian *booklet*, sedangkan stimulus residual adalah pengalaman keluarga dan kehamilan sebelumnya yang dapat mempengaruhi tingkat kemandirian keluarga dalam melakukan pemeriksaan ANC.

Aspek berikutnya adalah kontrol atau proses, dimana dalam penelitian ini responden akan menimbulkan respon dan perilaku berdasarkan informasi yang mereka dapatkan dari petugas kesehatan dan peneliti seperti melakukan kunjungan ulang dengan rutin. Aspek terakhir adalah *output*/keluaran, menurut peneliti *output* dalam penelitian ini adalah hasil dari pembinaan berupa respon adaptif dari responden yang dapat meningkatkan pemahaman tentang pentingnya melakukan pemeriksaan ANC serta mempertahankan tingkat kemandiriannya dalam melakukan pemeriksaan ANC.



Tingkat kemandirian keluarga pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah membaca *booklet* tentang komponen ANC tidak terlalu mengalami peningkatan bahkan cenderung menetap. Saat dilakukan *pretest* jumlah keluarga dengan tingkat mandiri empat hanya tujuh keluarga (46.7%) dan saat dilakukan *posttest* tetap tujuh keluarga (46.7%). Akan tetapi tingkat kemandirian keluarga yang dominan saat *pretest* adalah tingkat mandiri tiga sebanyak delapan keluarga (53.3%), sedangkan saat dilakukan *posttest* adalah tingkat mandiri empat sebanyak tujuh keluarga (46.7%).

Menurut peneliti tingkat kemandirian keluarga pada kelompok kontrol cenderung menetap dikarenakan kelompok kontrol tidak diberikan pembinaan dan hanya diberi *booklet*. Alasan lainnya adalah pada kelompok kontrol kebanyakan responden dengan ibu hamil kehamilan yang kedua dan ketiga sehingga tidak terlalu rutin untuk melakukan pemeriksaan ANC dan menganggap kehamilannya akan baik-baik saja sama seperti kehamilan sebelumnya. Hal ini di dukung oleh penelitian Agus (2012) yang dilakukan di Sumatera Barat dengan 145 responden. Peningkatan jumlah kunjungan ANC sangatlah penting pada ibu primipara. Ibu dengan dua anak atau lebih melakukan kunjungan ANC lebih rendah 20-40% dibandingkan dengan ibu satu anak. Hal ini dikarenakan kurangnya pemahaman tentang pentingnya ANC selama kehamilan. Menurut Walsh (2008) wanita di atas 35 tahun juga beresiko tinggi tidak adekuat melakukan kunjungan prenatal, sering dikarenakan wanita multipara yang sehat merasa tidak

membutuhkan kunjungan dari pemberi layanan yang sering menentukan bahwa kehamilan berkembang dengan normal. Wanita yang telah merawat beberapa anak melakukan kunjungan lebih sedikit karena pandangan bahwa perawatan prenatal tidak penting atau karena adanya halangan terhadap akses seperti tidak ada yang merawat anak atau transportasi.

- b. Hasil analisa tingkat kemandirian keluarga *pretest* dan *posttest* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Berdasarkan tabel 9 diperoleh hasil bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara tingkat kemandirian keluarga saat dilakukan *pretest* dan *posttest* pada kelompok intervensi dengan *p value*  $0.001 > 0.05$ . Menurut peneliti pada saat *pretest* responden pada kelompok intervensi belum diberi perlakuan dan belum terlalu memahami pentingnya pemeriksaan ANC. Saat *posttest* sudah mendapatkan pengaruh dari perlakuan yang diberikan peneliti yaitu pembinaan tentang komponen ANC dan diberikan *booklet* sehingga hasil skor tingkat kemandirian keluarga menjadi lebih baik lagi.

Menurut peneliti keluarga yang sudah mengerti tentang pentingnya pemeriksaan ANC dapat memberikan dukungan langsung untuk ibu hamil dalam melakukan pemeriksaan ANC. Hal ini didukung oleh penelitian Agustini, dkk (2013) yang dilakukan di Puskesmas Buleleng I dengan sampel ibu yang melahirkan pada tahun 2011 sebanyak 69 responden menunjukkan bahwa ibu yang memiliki dukungan keluarga

tinggi, cenderung memiliki cakupan pelayanan antenatal yang lengkap dari pada ibu yang dukungan keluarganya rendah. Dukungan keluarga yang tinggi dapat juga dipengaruhi tingkat pendidikan anggota keluarga dalam mendukung selama proses kahamilan, dimana berdasarkan hasil penelitian Joshi (2014) yang dilakukan di Nepal dengan sampel 4.079 ibu hamil didapatkan bahwa tingkat pendidikan suami mempengaruhi jumlah kunjungan ANC, disamping itu mendidik perempuan dan suami secara bersama-sama ternyata lebih efektif untuk mempertahankan kesehatan ibu dari pada ibu yang melakukan kunjungan ANC sendiri.

Faktor lainnya yang mendukung adalah usia ibu hamil pada keluarga yang diberikan pembinaan dimana rata-rata usia ibu hamil sudah matang yaitu 19-30 tahun dan usia responden atau anggota keluarga terdekat adalah 31-40 tahun. Menurut peneliti, dengan matangnya usia ibu hamil maka seorang ibu akan mampu menjaga kandungannya dan mampu memegang peranan baru sebagai orang tua. Hal ini didukung oleh penelitian di Ghana yang menunjukkan hubungan positif antara usia wanita dengan intensitas pemeriksaan ANC, dimana usia perempuan yang sudah tua akan lebih sadar dan peduli dalam memanfaatkan pelayanan ANC (Owoo, 2013).

Berdasarkan tabel 10 diperoleh hasil bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara tingkat kemandirian keluarga saat dilakukan *pretest* dan *posttest* pada kelompok kontrol dengan *p value*  $0.058 > 0.05$ . Menurut peneliti pada saat *pretest* responden pada

kelompok kontrol sebelum diberi perlakuan memang sudah baik, akan tetapi saat dilakukan *posttest* beberapa keluarga mengalami penurunan skor tingkat kemandirian keluarga dan beberapa ada yang tetap mempertahankan tingkat kemandiriannya. Hal ini dikarenakan pada kelompok kontrol tidak diberikan pembinaan terkait pentingnya pemeriksaan ANC dan hanya diberikan *booklet*, sehingga keluarga tetap melakukan pemeriksaan ANC yang tidak lengkap bahkan tidak rutin melakukan pemeriksaan.

Tidak rutinnya responden melakukan pemeriksaan ANC dapat disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya adalah pekerjaan. Responden sebagian besar bekerja sebagai buruh tani dan ibu rumah tangga, masing-masing sebanyak 5 responden (33,3%) dan rata-rata penghasilan keluarga adalah Rp. 500.000 - Rp. 1.000.000 sebanyak 8 responden (53,3%). Menurut peneliti pendapatan keluarga dapat mempengaruhi ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan ANC, dimana keluarga yang memiliki pendapatan rendah akan lebih fokus untuk memenuhi kebutuhan dasar terlebih dahulu daripada membayar jasa pelayanan kesehatan. Menurut penelitian Titaley (2010) yang dilakukan Pulau Jawa-Bali dengan sampel 62.378 perempuan, peran status ekonomi rumah tangga mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan, dimana keluarga dengan pendapatan yang tinggi dapat membayar biaya pelayanan kesehatan dan transportasi sehingga dapat melakukan pemeriksaan ANC secara rutin dibandingkan dengan keluarga pendapatan rendah.

Skor tingkat kemandirian keluarga yang tinggi dan menetap pada kelompok kontrol juga dapat dipengaruhi oleh kejadian abortus yang dialami ibu hamil. Kejadian abortus pada kelompok kontrol sebanyak 3 orang (20%). Analisis peneliti terkait kejadian abortus dapat mempengaruhi komponen pemeriksaan ANC pada ibu dengan kehamilan selanjutnya, dimana ibu hamil dan keluarga akan lebih berhati-hati lagi dalam menjaga kandungannya. Hal ini di dukung oleh penelitian Baale (2011) yang dilakukan di Uganda dengan sampel 8.531 wanita berusia 15-49 dan 2.503 pria berusia 15-54. Berdasarkan riwayat kehamilan komponen pemeriksaan ANC dipengaruhi oleh kondisi kehamilan sebelumnya, dimana 20% ibu yang memiliki masalah dengan kehamilan sebelumnya melakukan pemeriksaan ANC secara lengkap dibandingkan dengan ibu yang tidak memiliki masalah dikehamilan sebelumnya hanya 16%.

c. Hasil analisa selisih tingkat kemandirian keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Berdasarkan tabel 11, hasil uji untuk membandingkan efektifitas kelompok intervensi dengan kelompok kontrol diperoleh hasil tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara tingkat kemandirian keluarga pada kelompok intervensi yang diberikan pembinaan tentang komponen pemeriksaan ANC dan diberi *booklet* dibandingkan dengan kelompok kontrol yang hanya diberi *booklet* ( $p$  value  $0.001 < 0.05$ ). Tidak adanya perbedaan yang signifikan anantara

kelompok intervensi dan kontrol karena tingkat kemandirian kelompok intervensi dan kontrol saat *pretest* memang berbeda. Tingkat kemandirian keluarga pada kelompok intervensi lebih rendah dibandingkan dengan kelompok kontrol. Ketika diberikan pembinaan pada kelompok intervensi memberikan pengaruh peningkatan tingkat kemandirian keluarga, sedangkan pada kelompok kontrol yang tidak diberikan pembinaan tidak terlalu mengalami perubahan tingkat kemandirian keluarga. Sehingga hasil akhir dari penelitian tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan tingkat kemandirian keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Peneliti menganalisis bahwa dengan adanya dukungan keluarga saat kehamilan dapat membantu terpenuhinya kebutuhan ibu selama hamil, terutama untuk melakukan pemeriksaan ANC. Menurut Indriyani (2013), hasil akhir yang diharapkan saat perawatan antenatal adalah ibu dan keluarga dapat berpartisipasi secara aktif dalam perawatan selama kehamilan hingga melahirkan. Hal ini di dukung juga oleh penelitian Haobijam, *et al* (2010), penelitian ini dilakukan di unit postnatal rumah sakit Ludhiana, Punjab dengan sampel sebanyak 80 ibu postnatal, penelitian ini menyimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dan hasil dari kehamilan (kesehatan ibu dan bayi). Dukungan keluarga yang terdiri dari dukungan emosional, finansial, informasi, dan sosial berpengaruh terhadap menurunkan resiko komplikasi kehamilan pada ibu.

Dukungan finansial dalam hal ini adalah pendapatan keluarga yang

dapat mempengaruhi jumlah kunjungan ANC. Menurut penelitian Titaley (2011) yang dilakukan Pulau Jawa-Bali dengan sampel 62.378 perempuan, peran status ekonomi rumah tangga mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan, dimana keluarga dengan pendapatan yang tinggi dapat membayar biaya pelayanan kesehatan dan transportasi sehingga dapat melakukan pemeriksaan ANC secara rutin dibandingkan dengan keluarga pendapatan rendah.

Dukungan keluarga tidak sepenuhnya mempengaruhi tingkat kemandirian keluarga dalam melakukan pemeriksaan ANC. Terdapat hal lainnya juga yang mempengaruhi perubahan tingkat kemandirian keluarga, antara lain perilaku kesehatan yang biasa dilakukan individu, keadaan ibu hamil dan bayi, serta keinginan untuk memberikan perawatan terbaik selama kehamilan hingga melahirkan.

Hal ini sesuai dengan model perilaku kognitif, yang didasarkan pada dua konsep. Pertama, perilaku ditentukan oleh kognisi atau oleh apa yang kita ketahui, yang sebaliknya menghasilkan apa yang kita perbuat. Kedua, perilaku ditentukan oleh persepsi, tingkat motivasi, keefektifan diri, keterampilan, dan variable-variabel lingkungan (Bensley, 2009).

Teori lainnya yang mendukung adalah *Health Belife Model* oleh Rosenstock (1982) yang menganggap individu rentan terhadap masalah kesehatan. Hal ini didasarkan pada kebutuhan kesehatan yang objektif dan subjektif. Kebutuhan kesehatan yang objektif adalah kebutuhan yang diidentifikasi oleh petugas kesehatan berdasarkan

penilaiannya secara profesional. Sebaliknya, individu menentukan sendiri apakah merubah perilaku dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil resiko kesehatan (Noorkasiani, 2009).

#### **D. Kekuatan dan Kelemahan Penelitian**

##### **1. Kekuatan Penelitian**

- a. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *quasy experiment* dengan *pre-test and post-test with control group design*.
- b. Penelitian ini dilakukan dengan metode ceramah dan memberikan gambaran visual melalui video tentang perkembangan janin, sehingga keluarga lebih tertarik untuk berdiskusi dan materi yang disampaikan dapat dipahami responden.

##### **2. Kelemahan Penelitian**

Peneliti hanya memberikan pembinaan satu kali saja pada kelompok eksperimen karena terbatasnya waktu penelitian dan jarak yang jauh.