



**PERBEDAAN EFEKTIFITAS ANTARA  
KELAS DARING DAN KELAS TATAP MUKA  
PADA IBU HAMIL TERHADAP PERILAKU  
PERENCANAAN PERSALINAN DAN PENCEGAHAN  
KOMPLIKASI DI URBAN DAN SUB URBAN  
KOTA SEMARANG**

**TESIS**

**diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh  
gelar Magister Kesehatan Masyarakat**

**Oleh  
Rubinem  
0613519027**

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT  
PASCASARJANA  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG  
TAHUN 2023**

## PERSETUJUAN PEMBIMBING

Tesis dengan judul “Perbedaan Efektifitas Antara Kelas Daring dan Kelas Tatap Muka pada Ibu Hamil Terhadap Perilaku Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi di Urban dan Sub Urban Kota Semarang” karya,

Nama : Rubinem

NIM : 0613519027

Program Studi : Kesehatan Masyarakat, S2

telah disetujui oleh pembimbing untuk diajukan ke Sidang Panitia Ujian Tesis.

Semarang, 31 Juli 2023

Pembimbing I



Prof. Dr.dr. Oktia Woro K.H., M. Kes  
NIP. 19591001 198703 2 001

Pembimbing II



Dr.dr. Budi Laksono, MHsc

## PENGESAHAN UJIAN TESIS

Tesis dengan judul “ Perbedaan Efektifitas Antara Kelas Daring dan Kelas Tatap Muka pada Ibu Hamil Terhadap Perilaku Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi di Urban dan Sub Urban Kota Semarang” karya,

Nama : Rubinem

NIM : 0613519027

Program Studi : Kesehatan Masyarakat, S2


telah dipertahankan dalam sidang panitia ujian tesis Pascasarjana, Universitas Negeri Semarang pada hari Kamis, tanggal 10 Agustus 2023

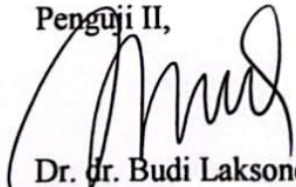
Semarang, 10 Agustus 2023


### Panitia Ujian

  
Ketua,  
  
Prof. Dr. Eko Handoyo, M.Si.  
NIP. 196406081988031001  
SEKOLAH PASCASARJANA

Sekretaris,  
  
dr. RR Sri Ratna Rahayu, M.Kes, Ph.D  
NIP. 197205182008012011

Penguji I,  
  
Dr. dr. Intan Zainafree, MH.Kes.  
NIP. 197901052006042002

Penguji II,  
  
Dr. dr. Budi Laksono, MHsc

Penguji III,  
  
Prof. Dr.dr. Oktia Woro K.H., M. Kes  
NIP 19591001 198703 2 001

## PERNYATAAN KEASLIAN

Dengan ini saya,

Nama : Rubinem

NIM : 0613519027

Program Studi : Kesehatan Masyarakat, S2

Menyatakan bahwa yang tertulis dalam Tesis berjudul “Perbedaan Efektifitas Antara Kelas Daring dan Kelas Tatap Muka pada Ibu Hamil Terhadap Perilaku Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi di Urban dan Sub Urban Kota Semarang” ini benar-benar karya saya sendiri, bukan jiplakan dari karya orang lain atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku, baik Sebagian atau seluruhnya. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam tesis ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah. Atas pernyataan ini saya secara pribadi siap menanggung resiko/sanksi yang dijatuhkan apabila ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya ini.

Semarang, 31 Juli 2023

Yang membuat pernyataan



Rubinem

NIM 0613519027

## **MOTO DAN PERSEMBAHAN**

### **MOTO**

1. Belajar untuk menjadi lebih baik

### **PERSEMBAHAN**

Tesis ini saya persembahkan untuk :

1. Allah SWT yang telah melimpahkan nikmat dan karunia serta keberkahan dalam kehidupan saya
2. Kedua orangtua saya Bapak Manta Pawira dan Ibu Sri Wartini, yang saya hormati dan cintai yang senantiasa mendo'akan dan mendukung saya
3. Eko Triyanto, suami tercinta yang saya hormati, yang telah sabar dalam memberikan semangat, dukungan, dan motivasi
4. Muhammad 'Asnan Nuha, anakku tercinta yang menjadi sumber motivasi
5. Teman-teman Pascasarjana Kesehatan Masyarakat Unnes 2019
6. Universitas Negeri Semarang dan Prodi Kesmas Program Pascasarjana

## ABSTRAK

Rubinem. 2023. “*Perbedaan Efektifitas Antara Kelas Daring dan Kelas Tatap Muka pada Ibu Hamil Terhadap Perilaku Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi di Urban dan Sub Urban Kota Semarang*”. Tesis. Program Studi Kesehatan Masyarakat. Pascasarjana. Universitas Negeri Semarang. Pembimbing I Prof. Dr.dr. Oktia Woro K.H., M. Kes, Pembimbing II Dr.dr. Budi Laksono, MHsc

**Kata Kunci** : Kelas Ibu Hamil, Daring dan Tatap muka, P4K

Salah satu indikator untuk mengukur derajat kesehatan masyarakat adalah angka kematian ibu. Penurunan kematian ibu perlu peran pemberdayaan masyarakat dengan pelaksanaan kelas ibu hamil dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Pandemi COVID-19 yang melanda berdampak pada pelayanan kesehatan maternal dan neonatal. Untuk mengatasi gangguan pelayanan selama pandemi COVID-19 diterapkanlah *telemedicine* diantaranya dengan pelaksanaan kelas ibu hamil daring. Penelitian ini bertujuan untuk meneliti tentang perbedaan efektifitas kelas daring dan tatap muka pada ibu hamil terhadap perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi di Urban dan Sub Urban Kota Semarang. Penelitian ini adalah penelitian *quasi eksperimen* dengan rancangan *Nonequivalent control group design*. Kelas ibu hamil daring dilakukan dengan *share* materi dan *panggilan grup whatapps*, kelas hamil tatap muka dilaksanakan sesuai pedoman pelaksanaan kelas ibu hamil dan protocol kesehatan. Teknik pengambilan sampel dengan *purposive sampling*. Hasil uji berpasangan (Uji *Repeated Anova*) diperoleh bahwa pada kelompok Kontrol dan eksperimen  $p < 0,05$  artinya ada perbedaan bermakna rata-rata perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi dari waktu ke waktu, sebelum kelas hamil, sesudah kelas hamil dan 2 minggu sesudah kelas hamil. Hasil Uji *Independent Sample t test* ditemukan bahwa di daerah urban dan suburban diperoleh  $p > 0,05$  artinya tidak terdapat perbedaan rata-rata perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi antara kelas daring dan tatap muka di semua pengukuran daerah urban dan suburban Kota Semarang.

## ABSTRACT

Rubinem. 2023. *“Differences in Effectiveness Between Online Classes and Face to Face Classes in Pregnant Women on Birth Planning and Prevention of Complications Behavior in Urban dan Sub Urban Semarang City”*. Thesis. Public Health Study Program. Postgraduate. Semarang State University. Advisor I Prof. Dr.dr. Oktia Woro K.H., M. Kes, Advisor II Dr.dr. Budi Laksono, MHsc

**Key words** : Pregnant Women Classes, Online and Face to Face, P4K

One indicator to measure the degree of public health is the maternal mortality rate. Reducing maternal mortality requires the role of community empowerment by implementing classes for pregnant women and the Birth Planning and Complication Prevention Program (P4K). The COVID-19 pandemic that hit has had an impact on maternal and neonatal health services. To overcome service disruptions during the COVID-19 pandemic, telemedicine was implemented, including by conducting online classes for pregnant women. This study aims to examine the differences in the effectiveness of online and face-to-face classes in pregnant women on birth planning behavior and prevention of complications in Urban and Sub-Urban Semarang City. This research is a quasi-experimental study with Nonequivalent control group design. Online classes for pregnant women are carried out by sharing material and WhatsApp group calls, face-to-face pregnant classes are carried out according to guidelines for implementing pregnant women classes and health protocols. Sampling technique with purposive sampling. The results of the paired test (Repeated ANOVA test) found that in the control and experimental groups  $p < 0.05$ , meaning that there was a significant difference in the average behavior of planning childbirth and preventing complications from time to time, from before class, after class, and 2 weeks after pregnant class. The results of the Independent Sample t test found that in urban and suburban areas  $p > 0.05$  means that there is no average difference in birth planning and complication prevention behavior between online and face-to-face classes in all measurements of urban and suburban areas of Semarang City.

## **PRAKATA**

Segala puji dan syukur kehadiran Tuhan yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat-Nya. Berkat karunia-Nya, peneliti dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Perbedaan Efektifitas Antara Kelas Daring dan Kelas Tatap Muka pada Ibu Hamil Terhadap Perilaku Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi di Urban dan Sub Urban Kota Semarang”. Tesis ini disusun sebagai salah satu persyaratan meraih gelar Magister Kesehatan pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Negeri Semarang.

Penelitian ini dapat diselesaikan berkat bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, peneliti menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada pihak-pihak yang telah membantu penyelesaian penelitian ini. Ucapan terimakasih peneliti sampaikan pertama kali kepada para pembimbing : Prof. Dr.dr. Oktia Woro K.H., M. Kes. (Pembimbing I) dan Dr.dr. Budi Laksono, MHsc (Pembimbing II) yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dengan penuh kesabaran dan pengertian dalam penyusunan tesis, sehingga tesis ini menjadi lebih baik.

Ucapan terima kasih peneliti sampaikan juga kepada semua pihak yang telah membantu selama proses penyelesaian studi, di antaranya :

1. Direksi Pascasarjana Unnes, yang telah memberikan kesempatan serta arahan selama pendidikan, penelitian dan penulisan tesis ini.
2. Koordinator Program Studi dan Sekretaris Program Studi Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Unnes yang telah memberikan kesempatan dan

arahan dalam penulisan tesis ini.

3. Bapak dan Ibu dosen Pascasarjana Unnes, yang telah banyak memberikan bimbingan dan ilmu kepada peneliti selama menempuh pendidikan.

Peneliti sadar bahwa dalam tesis ini mungkin masih terdapat kekurangan, baik isi maupun tulisan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak sangat peneliti harapkan. Semoga hasil penelitian ini bermanfaat dan merupakan kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Semarang, 31 Juli 2023

Rubinem

## DAFTAR ISI

PERSETUJUAN PEMBIMBING .....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN .....	iii
PENGESAHAN UJIAN TESIS .....	.iv
MOTO DAN PERSEMBAHAN .....	v
ABSTRAK.....	<u>vi</u>
ABSTRACT .....	<u>vii</u>
PRAKATA .....	viii
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR TABEL .....	<u>xiii</u>
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Identifikasi Masalah .....	9
1.3 Cakupan Masalah .....	10
1.4 Rumusan Masalah .....	10
1.5 Tujuan Penelitian.....	11
1.6 Manfaat Penelitian.....	11
BAB II KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA TEORETIS, KERANGKA BERFIKIR, DAN HIPOTESIS PENELITIAN	
2.1 Kajian Pustaka.....	12
2.2. Kerangka Teoretis .....	26
2.2 Kerangka Berfikir.....	27

2.4 Hipotesis Penelitian .....	27
--------------------------------	----

### BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian .....	28
-----------------------------	----

3.2 Populasi dan sampel .....	29
-------------------------------	----

3.3 Variabel Penelitian .....	31
-------------------------------	----

3.4 Teknik dan Instrumen Pengumpul Data .....	31
---	----

3.5 Teknik Analisis Data .....	32
--------------------------------	----

### BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Karakteristik Responden.....	34
---	----

4.2 Perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi.....	39
--	----

4.3 Efektifitas kelas daring terhadap P4K .....	46
---	----

4.4 Efektifitas kelas tatap muka terhadap P4K .....	52
---	----

4.5 Perbedaan Perilaku P4K antara kelas daring dan tatap muka .....	58
---	----

### BAB V SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan.....	65
-------------------	----

5.2 Saran.....	65
----------------	----

### DAFTAR PUSTAKA

### LAMPIRAN

## DAFTAR TABEL

Tabel 3. 2	Definisi Operasional .....	31
Tabel 4. 1.	Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden.....	34
Tabel 4. 2	Tabel Perilaku Perencanaan Persalinan dan Komplikasi .....	39
Tabel 4.3	Tabel Kategori Perilaku Perencanaan Persalinan dan Komplikasi ..	40
Tabel 4.4	Hasil Uji Normalitas Perilaku Perencanaan Persalinan dan Komplikasi pada kelas daring .....	44
Tabel 4.5	Hasil Uji kesamaan varians Perilaku Perencanaan Persalinan dan Komplikasi pada kelas daring .....	47
Tabel 4.6	Hasil Uji <i>Repeated Measured Anova</i> Perilaku Perencanaan Persalinan dan Komplikasi pada kelas daring .....	48
Tabel 4.7	Tabel <i>Comparison Pairwise</i> Perilaku Perencanaan Persalinan dan Komplikasi pada kelas daring .....	48
Tabel 4.8	Hasil Uji Normalitas Perilaku Perencanaan Persalinan dan Komplikasi pada kelas tatap muka .....	45
Tabel 4.9	Hasil Uji kesamaan varians Perilaku Perencanaan Persalinan dan Komplikasi pada kelas tatap muka .....	52
Tabel 4.10	Hasil Uji <i>Repeated Measured Anova</i> Perilaku Perencanaan Persalinan dan Komplikasi pada kelas tatap muka .....	52
Tabel 4.11	Tabel <i>Comparison Pairwise</i> Perilaku Perencanaan Persalinan dan Komplikasi pada kelas tatap muka .....	54
Tabel 4.12	Tabel p value Uji Homogenitas Perilaku Perencanaan Persalinan dan Komplikasi .....	58
Tabel 4.13	Tabel p value Uji <i>Independent Sample t test</i> Perilaku Perencanaan Persalinan dan Komplikasi .....	59

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar	2. 1 Kerangka Teoritis.....	24
Gambar	2. 2 Kerangka Berpikir.....	25

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Peningkatan kemauan, kesadaran, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang merupakan arah pembangunan kesehatan sehingga terwujud peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi - tingginya dengan asas perikemanusiaan, pemberdayaan & kemandirian, adil & merata serta asas pengutamakan dan manfaat dengan memberikan perhatian khusus pada penduduk rentan yaitu ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut dan masyarakat miskin. (Peraturan Presiden Nomor 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional).

Salah satu indikator untuk mengukur derajat kesehatan masyarakat adalah angka kematian ibu. Di tingkat global, pada tahun 2017 diperkirakan 211 kematian ibu per 100.000 Kelahiran Hidup (KH) dimana 94 persen diperkirakan berasal dari negara berpenghasilan rendah dan menengah ke bawah. Angka kematian ini mengalami penurunan yang signifikan dibandingkan tahun 2000 dengan penurunan terbanyak berasal dari Asia Tenggara sebesar 57 % yaitu dari 355 menjadi 152 kematian per 100.000 KH dan meskipun mengalami penurunan tetapi masih berada diatas target SDG's yaitu menurunkan kematian ibu hingga 70/100.000 KH (WHO, 2022).

Kematian ibu di Indonesia pada tahun 2021 sejumlah 7.389 kasus atau

166 per 100.000 KH yang artinya masih jauh dari harapan SDG's, lebih tinggi dibanding AKI Asia Tenggara, bahkan mengalami kenaikan dibanding tahun 2019 (4.221 kasus) dan 2020 (4.627 kasus) dengan penyebab tertinggi terkait COVID-19 (2.982 kasus) diikuti perdarahan (1.330 kasus), dan hipertensi dalam kehamilan (1.077 kasus) dimana kasus terbanyak berasal dari Propinsi Jawa Barat, Propinsi Jawa Timur diikuti Jawa Tengah dengan 976 kasus (Kementerian Kesehatan, 2022). Provinsi Jawa Tengah sebagai provinsi dengan kasus kematian ibu terbanyak ketiga se-Indonesia, secara universal terjadi penurunan kematian sepanjang periode 2017- 2019 tetapi mulai tahun 2020 terlihat naik lagi bahkan tahun 2021 mencapai 199 per 100.000 kelahiran hidup dimana 50,7 % kasus terjadi pada masa nifas. Upaya mempercepat penurunan kematian ibu dilakukan dengan menjamin setiap ibu dapat mengakses pelayanan kesehatan yang bermutu selama hamil, bersalin & nifas, rujukan bila terjalin komplikasi, serta pelayanan KB. (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2022)

Menurut data profil kesehatan Jawa Tengah tahun 2021, Kota Semarang adalah Kota dengan persentase penanganan komplikasi kebidanan terendah se-Jawa Tengah yaitu 23,4% (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2022). Kota Semarang yang merupakan pusat dari Provinsi Jawa Tengah, pada tahun 2021 terdapat 21 kasus kematian ibu atau 95,32 per 100.000 KH dan menurun menjadi 15 kasus pada tahun 2022 dengan penyebab tertinggi berupa perdarahan (40%) dan preeklamsi (21%) dan sebagian besar kematian ini terjadi di masa nifas. Angka kematian ini masih

dibawah AKI nasional namun masih paling tinggi diantara kota-kota lain di Jawa Tengah sehingga perlu mendapatkan perhatian karena AKI menggambarkan keberhasilan pembangunan kesehatan dalam hal pelayanan kesehatan sejak hamil sampai melahirkan (Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2023).

Kota Semarang dilihat dari geografisnya terbagi dalam dua daerah yaitu dataran rendah atau Kota Bawah yang merupakan pusat dari kegiatan pemerintahan, industri dan perdagangan dan wilayah perbukitan atau Kota atas yang dimanfaatkan untuk perkebunan, persawahan, dan hutan (Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2022). Pembangunan yang pesat menyebabkan fasilitas-fasilitas Kota seperti sarana pendidikan, pasar & kesehatan semakin tersebar merata sehingga muncul kawasan sub urban di pinggiran kota. Menurut Sukarno dan Harianto (2017) wilayah sub urban dapat diartikan wilayah peralihan yaitu wilayah yang berada di wilayah perkotaan (urban) dan pedesaan (rural), sehingga komunitas pada daerah sub urban ini mempunyai sifat rural dan juga sifat urban. Daerah sub urban yang cenderung campuran antara desa dan kota, memungkinkan masyarakat daerah sub urban belum dewasa jika dilihat dari segi pemikiran akibatnya peralihan sikap dan pemikiran juga masih terjadi termasuk kesehatan. Laju perkembangan / pertumbuhan kota yang sangat pesat atau bahkan terlampau cepat saat ini yang tidak dilandasi kesehatan didalamnya menimbulkan permasalahan di daerah perkotaan atau urban yang sangat kompleks dan berdampak pada masalah sosial, ekonomi, peningkatan penduduk, dan

perubahan lingkungan yang akan memberikan dampak pada menurunnya derajat kesehatan masyarakat dan perorangan (Ismah et all, 2021).

Kematian pada ibu tentu akan memberikan dampak terhadap anak yang ditinggalkan dan keluarganya. Molla et all (2015) menemukan bahwa bayi baru lahir dan anak-anak yang ibunya meninggal karena penyebab kehamilan dibandingkan anak-anak dengan ibu yang masih hidup maka anak tersebut akan menghadapi kekurangan nutrisi, dan lebih kecil kemungkinannya untuk mengakses perawatan kesehatan yang dibutuhkan, sedangkan anak yang lebih tua terkena dampak berupa putus sekolah untuk merawat adiknya, mengerjakan pekerjaan rumah tangga dan pertanian di luar kapasitas dan usianya dan seringkali memilih migrasi untuk mencari peluang yang lebih baik. Selain terhadap anak, setelah kematian ibu sering terjadi fragmentasi keluarga yang menyebabkan hubungan yang renggang dalam rumah tangga. Houle et all (2015) juga menemukan bahwa anak-anak yang mengalami kematian ibu dini memiliki risiko meninggal 15 kali lebih tinggi dibandingkan dengan anak-anak yang ibunya selamat dan anak di bawah 1 bulan yang ibunya meninggal lebih awal berisiko lebih tinggi untuk meninggal dibandingkan dengan anak yang lebih tua.

Menurut Respati et all (2019), komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan, komplikasi nifas, keterlambatan penanganan petugas dan ibu bekerja berhubungan bermakna terhadap kematian maternal. Sageer et all (2019), menemukan bahwa penyebab kematian ibu di Nigeria Barat adalah perdarahan dan pre-eklamsia atau eklamsia yang menyumbang 43,4% dan

36,9% dengan faktor penyebab sumber daya manusia dan peralatan yang tidak memadai, keterlambatan dalam mencari perawatan dan layanan rujukan serta kurangnya transportasi ambulans. Upaya yang dapat dilakukan untuk mempercepat penurunan AKI adalah dengan menjamin pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas baik selama hamil, bersalin dan nifas dapat diakses oleh setiap ibu termasuk rujukan saat terjadi komplikasi (Kementerian Kesehatan, 2021)

Penyebab lain kematian ibu adalah ketidakberdayaan seorang ibu dalam mengambil keputusan pertolongan medis saat terjadi permasalahan terkait kehamilannya yang disebabkan rendahnya pengetahuan ibu dalam perawatan kesehatan dan pengenalan tanda bahaya obstetri dan neonatal. (Kementerian Kesehatan, 2014).

Penurunan kematian ibu memerlukan peran pemberdayaan masyarakat antara lain dengan pelaksanaan kelas ibu hamil dan pemberdayaan masyarakat yang menitikberatkan dalam monitoring terhadap ibu hamil, bersalin dan nifas yaitu Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K).

Kelas ibu hamil bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan ibu dan keluarga mengenai kehamilan, persalinan, nifas, KB pasca persalinan, pencegahan komplikasi, perawatan bayi baru lahir dan aktivitas fisik atau senam ibu hamil. Penelitian yang dilakukan Nuryawati dan Budiasih (2017) didapatkan bahwa ada hubungan antara kelas ibu hamil dengan pengetahuan ibu tentang tanda-tanda bahaya kehamilan di

Desa Surawangi Majalengka Tahun 2016 yang artinya kelas ibu hamil berperan penting dalam meningkatkan pengetahuan ibu tentang tanda bahaya kehamilan. Penelitian di Tanzania menunjukkan bahwa ibu hamil dan keluarga yang mengikuti program pendidikan antenatal kelompok mampu mengidentifikasi fasilitas kesehatan pada kasus darurat, pendampingan ke faskes persalinan, keterlibatan perempuan dalam pengambilan keputusan dan kunjungan antenatal lebih dari empat kali sehingga meningkatkan hasil kelahiran dengan menurunkan perdarahan atau kejang selama persalinan dan kelahiran serta operasi caesar dan komplikasi neonatal yang lebih sedikit. (Shimpuku et al, 2019) Kelas Ibu hamil juga bertujuan untuk mengubah sikap dan perilaku ibu. Hasil penelitian Sasnitiari Tahun 2017 menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara keikutsertaan ibu dalam kelas ibu hamil dengan pengetahuan dan sikap ibu hamil terhadap tanda bahaya kehamilan. Ibu hamil yang mengikuti kelas ibu hamil akan memiliki pengetahuan yang lebih baik dan sikap yang positif dalam mengenali tanda bahaya kehamilan.

Partisipasi ibu dalam kelas kehamilan berhubungan positif dengan pemanfaatan asuhan antenatal yang adekuat, pemilihan penolong persalinan yang terampil, dan persalinan di fasilitas kesehatan. Ibu – ibu yang menyelesaikan partisipasi dalam program kelas kehamilan memiliki peluang 2,2 kali lebih tinggi untuk menerima perawatan antenatal yang memadai dan peluang 2,8 kali lebih tinggi bersalin di fasilitas kesehatan dibandingkan dengan di fasilitas non kesehatan. (Azhar et al, 2020)

Kelas ibu hamil adalah media bagi ibu hamil dan keluarga untuk belajar bersama yang dilaksanakan dalam bentuk tatap muka dalam kelompok tentang kesehatan ibu dan bayi baru lahir yang meliputi kehamilan, persalinan dan nifas termasuk KB pasca salin dan pencegahan komplikasi sehingga diharapkan ada interaksi dan berbagi pengalaman antar ibu hamil dan ibu hamil dengan bidan/tenaga kesehatan dengan menggunakan lembar balik, buku KIA dan alat peraga (Kementerian Kesehatan, 2014).

Pandemi COVID-19 yang melanda berdampak pada berbagai aspek termasuk pelayanan kesehatan maternal dan neonatal. Ahmed et all (2021), menemukan bahwa antara Maret dan Mei 2020, terjadi penurunan pemanfaatan layanan KIA esensial dasar seperti antenatal care, keluarga berencana dan imunisasi di Bangladesh, Nigeria dan Afrika selatan. Dampak pandemic COVID-19 juga mempengaruhi pelayanan kesehatan maternal dan neonatal di Indonesia baik secara akses maupun kualitas, ibu hamil menjadi enggan ke puskesmas atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya karena takut tertular, adanya anjuran penundaan dan pembatasan pemeriksaan kehamilan, penundaan kelas ibu hamil atau mengikuti kelas ibu hamil melalui media komunikasi daring guna pencegahan penularan virus corona baik bagi ibu maupun tenaga kesehatan. (Kementerian Kesehatan, 2020)

Kelas ibu hamil yang telah dilaksanakan oleh 93,14% puskesmas di Indonesia pada tahun 2019 turut terdampak oleh pandemi Covid-19

sehingga hanya diselenggarakan oleh 83,5 % puskesmas pada tahun 2021(Kementerian Kesehatan,2022). Padahal temuan Patriajati dan Sriatmi tahun 2019 menunjukkan bahwa hanya 54,3% ibu yang mengikuti kelas antenatal. Keikutsertaan ibu hamil dalam kelas ibu dipengaruhi oleh pengetahuan, dukungan tenaga kesehatan, sarana dan prasarana, serta riwayat sakit dan kehamilan.

Berbagai dampak yang muncul karena pandemic COVID dikhawatirkan dapat menyebabkan adanya peningkatan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi baru lahir. Studi Robertson et al (2020) memperkirakan bahwa ada peningkatan kematian maternal 8.3 - 38,6 % perbulan di 118 negara yang diakibatkan oleh gangguan sistem kesehatan dan penurunan akses makanan selama pandemic. Untuk mengatasi gangguan penyediaan perawatan selama pandemic COVID-19 diterapkan *telemedicine* secara global. Galle et al (2021) menemukan bahwa praktik *telemedicine* telah digunakan oleh 58% profesional kesehatan yang praktik utamanya untuk kelas kesiapsiagaan kelahiran online, perawatan antenatal dan postnatal melalui video / telepon, saluran bantuan COVID-19 dan konseling psikososial online.

Sriatmi et al (2020) menemukan bahwa kelas ibu hamil virtual mempengaruhi dan mampu meningkatkan praktik ibu hamil dalam pencegahan risiko tinggi kehamilan yang lebih baik dibandingkan model konvensional yang selama ini berlangsung dengan peningkatan tertinggi pada praktik komunikasi dan kerjasama, diikuti praktik pemantauan status

kesehatan. Derya et all (2021) meneliti tentang efek tele-edukasi dan menemukan bahwa tele-edukasi yang diberikan melalui panggilan telepon, pesan teks dan buklet pendidikan digital tentang kehamilan dan perencanaan kelahiran selama pandemi COVID-19 dapat menurunkan tekanan prenatal dan kecemasan terkait kehamilan pada wanita hamil.

Daring atau dalam jaringan artinya terhubung melalui jejaring komputer, internet, dan sebagainya (KBBI Kemendikbud). Kelas daring artinya kelas yang kegiatannya dilakukan menggunakan perangkat elektronik baik komputer, laptop maupun ponsel yang terhubung dengan internet. Berdasarkan survey pendahuluan yang dilakukan semua Puskesmas di Kota Semarang memiliki grup *Whattaps* ibu hamil & baru 1 Puskesmas yang melakukan kelas hamil daring dengan *videocall whatsapp* sehingga penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang perbedaan efektifitas antara kelasdaring dan kelas tatap muka pada ibu hamil terhadap perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi di urban dan sub urban Kota Semarang.

## **1.2 Identifikasi Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka masalah yang teridentifikasi dalam penelitian ini adalah

- 1) Indonesia mengalami kenaikan kasus kematian ibu dalam 2 tahun terakhir.
- 2) Kematian pada ibu memberi dampak pada anak dan keluarga.
- 3) Pandemi COVID-19 berdampak pada berbagai aspek termasuk

pelayanan kesehatan maternal, penurunan penyelenggaraan kelas ibu hamil dan perubahan model kelas ibu hamil

- 4) Upaya pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan dan perubahan perilaku melalui kelas ibu hamil hanya diikuti 54,3% ibu hamil
- 5) Penelitian sebelumnya, kelas ibu hamil virtual mempengaruhi dan mampu meningkatkan praktik ibu hamil dalam pencegahan risiko tinggi kehamilan yang lebih baik dibandingkan model konvensional yang selama ini berlangsung, akan tetapi penelitian ini belum memperhatikan karakteristik spesifik populasi dan hanya menggunakan *share video*.

### **1.3 Cakupan Masalah**

Cakupan masalah dari penelitian ini adalah menganalisis perbedaan efektifitas antara kelas daring dan kelas tatap muka pada ibu hamil terhadap perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi di urban dan sub urban Kota Semarang.

### **1.4 Rumusan Masalah**

Tingginya angka kematian ibu disebabkan oleh berbagai factor. Salah satu upaya untuk menurunkan kematian ibu adalah dengan pemberdayaan masyarakat melalui kelas ibu hamil. Berbagai penelitian telah dilakukan untuk meneliti efektifitas kelas ibu hamil terhadap perubahan pengetahuan, sikap dan perilaku. Penelitian untuk meneliti efektifitas kelas daring pada ibu hamil sangat penting dilakukan. Dengan demikian, masalah penelitian

ini adalah bagaimanakah perbedaan efektifitas antara kelas daring dan kelas tatap muka pada ibu hamil terhadap perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi di urban dan sub urban Kota Semarang.

## **1.5 Tujuan Penelitian**

### 1.5.1. Umum

Menganalisis perbedaan efektifitas antara kelas daring dan kelas tatap muka pada ibu hamil terhadap perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi di urban dan sub urban Kota Semarang.

### 1.5.2. Khusus

- (1) Menganalisis efektifitas kelas daring pada ibu hamil terhadap perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi di urban dan sub urban Kota Semarang.
- (2) Menganalisis efektifitas kelas tatap muka pada ibu hamil terhadap perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi di urban dan sub urban Kota Semarang.

## **1.6 Manfaat Penelitian**

### 1.6.1. Manfaat Teoretis (Akademis)

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan informasi dan dapat digunakan sebagai acuan penambahan wawasan mengenai kelas ibu hamil.

### 1.6.2. Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan mampu digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk pengembangan program kelas ibu hamil.

## **BAB II**

### **KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA TEORETIS, KERANGKA BERFIKIR, DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

#### **2.1 Kajian Pustaka**

##### **2.1.1 Kelas Ibu Hamil**

###### **2.1.1.1 Pengertian**

Kelas Ibu Hamil (KIH) adalah kelompok belajar bersama, diskusi dan tukar pengalaman ibu-ibu hamil dengan umur kehamilan antara 4 minggu s/d 36 minggu (menjelang persalinan) tentang kesehatan Ibu dan anak (KIA) secara menyeluruh dan sistematis serta dapat dilaksanakan secara terjadwal dan berkesinambungan.

###### **2.1.1.2 Tujuan Kelas Ibu Hamil**

###### **a. Tujuan Umum:**

Meningkatkan pengetahuan, merubah sikap dan perilaku ibu agar memahami tentang pemeriksaan kehamilan agar ibu dan janin sehat, persalinan aman, nifas nyaman, ibu selamat dan janin sehat, pencegahan penyakit komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas agar ibu dan bayi sehat, perawatan bayi baru lahir agar tumbuh kembang optimal dan aktivitas fisik ibu hamil.

###### **b. Tujuan Khusus:**

- 1) Terjadinya interaksi dan berbagi pengalaman antar peserta dan antar ibu hamil dengan petugas kesehatan/bidan tentang materi

yang dibahas.

2) Meningkatkan pemahaman, sikap dan perilaku ibu hamil tentang pemeriksaan kehamilan agar ibu dan janin sehat, persalinan aman, nifas nyaman, ibu selamat dan janin sehat, pencegahan penyakit komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas agar ibu dan bayi sehat, perawatan bayi baru lahir agar tumbuh kembang optimal dan aktivitas fisik ibu hamil

#### 2.1.1.3 Sasaran Kelas Ibu Hamil

Peserta kelas ibu hamil adalah semua ibu hamil yang ada disuatu wilayah dengan jumlah peserta maksimal setiap kelas sebanyak 10 orang ibu hamil, suami/keluarga minimal mengikuti 1 kali pertemuan dan melibatkan 1 orang kader dan dukun yang ada (Kementerian Kesehatan, 2014)

#### 2.1.1.4 Fasilitator dan Nara Sumber

Fasilitator KIH adalah bidan / petugas kesehatan yang pernah mendapatkan pelatihan fasilitator KIH (atau melalui *on the job training*). Fasilitator bisa meminta bantuan tenaga kesehatan lain yang mempunyai keahlian dibidang tertentu sebagai narasumber untuk menyampaikan materi sesuai bidang keahliannya. (Kementerian Kesehatan, 2014)

#### 2.1.1.5 Sarana dan Prasarana

Sarana prasarana yang dibutuhkan untuk melaksanakan kelas ibu adalah:

- 1) Ruang untuk belajar dengan cukup ventilasi dan pencahayaan dapat menampung 10 ibu hamil diperkirakan ukuran 20 m<sup>2</sup>
- 2) Alat tulis menulis (papan tulis, bolpoin, kertas, spidol)
- 3) Buku Kesehatan Ibu dan Anak
- 4) Lembar Balik
- 5) Buku pedoman pelaksanaan kelas ibu hamil
- 6) Buku pegangan fasilitator
- 7) Alat peraga (*food model*, KB kit, metode kangguru, boneka, dll)
- 8) Alas duduk dapat berupa tikar / matras / karpet / kursi
- 9) Bantal, kursi (jika ada)
- 10) Laptop berisi video aktivitas fisik / senam ibu hamil

Sarana & prasarana yang disebutkan diatas adalah perlengkapan yang ideal, akan tetapi apabila tidak tersedia ruangan khusus, KIH dapat dilaksanakan dimana saja sesuai kesepakatan peserta dan fasilitator. Untuk pelaksanaan kelas hamil daring diperlukan computer / laptop / handphone yang terhubung jaringan internet, *softfile* materi dan video terkait materi kelas ibu. (Kementerian Kesehatan, 2014)

#### 2.1.1.6 Pelaksanaan Kelas untuk Ibu Hamil

Pertemuan KIH tatap muka dilaksanakan 4 kali pertemuan selama kehamilan / sesuai kesepakatan peserta dan fasilitator.

Materi yang dibahas pada tiap pertemuan dapat disesuaikan dengan kebutuhan ibu tanpa meninggalkan materi-materi pokok dengan lama pertemuan 120 menit dapat dilaksanakan sore atau pagi sesuai kesepakatan dan pada akhir pertemuan dilaksanakan senam dengan harapan dapat dipraktikkan dirumah. Contoh jadwal / kegiatan selama kelas :

- a. Pembukaan, ceramah penjelasan tentang kelas ibu & perkenalan tiap peserta dengan alokasi waktu 10 menit
- b. Pra tes (Evaluasi awal) dengan kuesioner, alokasi waktu 10 menit
- c. Penyampaian Materi dengan ceramah, tanya jawab & curah pendapat dengan bantuan buku KIA, *food model*, lembar balik, stiker P4K dll dengan alokasi waktu 75 menit
- d. Evaluasi akhir dengan kuesioner, alokasi waktu 10 menit
- e. Kesimpulan, alokasi waktu 5 menit
- f. Senam hamil dengan alokasi 15 sampai 20 menit

Pertemuan kedua dan berikutnya tidak ada penjelasan tentang kelas ibu & perkenalan tetapi diganti dengan review materi yang dibahas pada pertemuan sebelumnya dan hasil evaluasi pra tes dan pasca tes pertemuan sebelumnya. (Kementerian Kesehatan, 2014)

Pertemuan kelas ibu secara daring dapat dilakukan dengan berbagai model, antara lain :

- a. Membagikan video setiap minggu satu kali dengan waktu 20-25 menit yang berisi naskah penyuluhan kesehatan oleh

Bidan Fasilitator Puskesmas per tahapan modul melalui grup WhatsApp (WAG) atau Line yang telah dibentuk Bidan Fasilitator sesuai Pedoman Pelaksanaan kelas ibu hamil. Mekanisme dialog dan tanya jawab melalui *chatting* grup WA dimana Bidan Fasilitator bertanggung jawab selaku administrator tim. (Sriatmi et al, 2020)

b. Melakukan panggilan telepon, mengirimkan pesan teks dan buklet pendidikan digital pada wanita hamil (Derya et al, 2021).

#### 2.1.1.7 Materi yang dibahas pada kelas ibu hamil

Selain materi pokok kelas ibu hamil yang akan disampaikan dapat ditambahkan materi lain sesuai dengan kebutuhan dan kondisi ibu hamil. Adapun materi pokok kelas ibu hamil yaitu:

- a. Materi tentang kehamilan untuk mendapatkan ibu dan janin sehat (pengertian dan tanda kehamilan, perubahan fisik, emosional, dan keluhan yang dialami ibu hamil, pemeriksaan kehamilan dan pelayanan kesehatan pada ibu hamil, menjaga ibu hamil sehat dan janin sehat cerdas, hal-hal yang harus dihindari selama hamil, mitos / tabu dan persiapan menghadapi persalinan
- b. Materi tentang persalinan dan nifas supaya ibu melahirkan dengan selamat dan janin sehat (tanda & proses persalinan, IMD, pelayanan nifas dan KB pasca salin, menjaga ibu bersalin dan nifas serta bayi sehat, hal-hal yang harus dihindari selama ibu

bersalin dan nifas, mitos

c. Materi tentang pencegahan penyakit terkait kehamilan, persalinan dan nifas agar ibu dan bayi sehat (gejala, akibat, cara penularan dan pencegahan penyakit malaria, penyebab dan cara pencegahan HIV / AIDS, KEK, Anemia, tanda bahaya kehamilan, persalinan, nifas, sindroma pasca melahirkan)

d. Materi tentang perawatan bayi baru lahir agar tumbuh kembang optimal (tanda bahaya lahir sehat, perawatan, tanda bahaya bayi baru lahir, peayanan

kesehatan neonates, cacat bawaan, PMK, posisi dan pelekatan menyusui yang benar, pemberian imunisasi, menjaga bayi agar sehat, hal-hal yang harus dihindari, mitos dan akta kelahiran)

e. Aktivitas fisik ibu hamil

### 2.1.2 Perilaku

Menurut Rachmawati (2019), perilaku adalah semua aktivitas atau kegiatan manusia, yang bisa diamati secara langsung ataupun yang tidak dapat diamati langsung dari luar. Dalam model Precede Procede Lawrence Green, perilaku dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor yang berinteraksi yang perlu dipertimbangkan saat melaksanakan diagnosis ekologi dan pendidikan yaitu

a. *Predisposing Factor* yaitu meliputi pengetahuan, kepercayaan, sikap, nilai, dan persepsi yang dapat dihubungkan dengan motivasi seseorang maupun masyarakat dalam bertindak ataupun

berperilaku.

b. *Enabling Factor* yaitu faktor yang memfasilitasi atau memungkinkan terbentuknya perilaku mencakup sumber daya, aksesibilitas dari sumber daya tersebut.

c. *Reinforcing Factor* yaitu faktor yang memperkuat atau melemahkan terjadinya perilaku.

### 2.1.3 Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi

Perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi adalah program pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan efektivitas dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi dengan mempersiapkan kelahiran dan mengantisipasi tindakan yang diperlukan jika terjadi keadaan darurat sehingga mengurangi dua dari tiga fase keterlambatan penerimaan pelayanan kesehatan yang terkait dengan kematian ibu yaitu terlambat dalam memutuskan mencari pelayanan dan terlambat mengidentifikasi dan mencapai fasilitas kesehatan. Adapun indikator perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi meliputi pengetahuan tentang tanda bahaya (kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir), mengidentifikasi fasilitas kesehatan dan penolong persalinan, identifikasi calon pendonor darah yang cocok, mengatur barang yang diperlukan, mengidentifikasi pendamping kelahiran dan pengambilan keputusan, mempersiapkan dana untuk melahirkan dan merencanakan transportasi untuk ke tempat persalinan (Ijang et al, 2019).

Perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi berisi elemen-elemen yang meliputi tempat lahir yang diinginkan; penolong persalinan pilihan; lokasi fasilitas terdekat untuk melahirkan dan jika terjadi komplikasi; dana untuk biaya apapun yang berhubungan dengan kelahiran dan kasus komplikasi; persediaan dan bahan yang diperlukan untuk dibawa ke fasilitas; pendamping persalinan dan kelahiran; identifikasi dukungan untuk menjaga rumah dan anak-anak lain; transportasi ke fasilitas untuk persalinan atau dalam kasus komplikasi; identifikasi donor darah yang cocok dalam kasus keadaan darurat. Untuk dapat mempersiapkan kelahiran dan kemungkinan komplikasi, wanita, keluarga dan komunitas perlu mengetahui tentang tanda-tanda awal persalinan serta tanda-tanda bahaya selama kehamilan dan setelah lahir untuk wanita tersebut dan bayi baru lahir (WHO, 2015).

Faktor – faktor yang berhubungan dengan perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi :

1. Umur

Umur dapat dihubungkan dengan banyaknya pengalaman dalam hidup, semakin tua umur maka akan lebih mempersiapkan persalinan dan pencegahan komplikasi. Ananche dan Wodajo (2020) menemukan bahwa kelompok umur lebih muda lebih sedikit merencanakan persalinan dan pencegahan komplikasi.

2. Pendidikan

Wanita terpelajar memiliki akses informasi yang lebih baik dan meningkatkan kekuatan pengambilan keputusan yang berkaitan dengan masalah kesehatan. Perempuan dengan pendidikan formal lebih banyak ditemukan cenderung memiliki pengetahuan tentang komponen kelahiran kesiapan dan kesiapsiagaan komplikasi dibandingkan wanita yang tidak berpendidikan. Pendidikan ibu yang tinggi diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan yang dapat mengubah sikap individu. Wanita hamil yang memiliki pendidikan dasar atau lebih tinggi 2,44 kali lebih mungkin merencanakan persalinan dan pencegahan komplikasi dibandingkan dengan wanita yang buta huruf (Ketema et al, 2020). Kaewkiattikun (2018) juga menemukan bahwa pendidikan tinggi merupakan faktor prediktif untuk perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi yang baik selain pendapatan yang tinggi, multiparitas dan keluarga yang besar.

Pendidikan suami juga dapat dihubungkan dengan perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi. Sharma (2019) menemukan bahwa pendidikan ibu dan pendidikan suami ditemukan secara signifikan terkait dengan praktik kesiapsiagaan persalinan dan pencegahan komplikasi selain pekerjaan ibu, status sosial ekonomi dan jumlah anggota keluarga.

### 3. Pekerjaan

Pekerjaan terkait pendapatan dan status sosial ekonomi ibu hamil. Keterbatasan status sosial ekonomi akan berpengaruh terhadap

keterbatasan dalam mendapatkan pelayanan antenatal yang adekuat, akses informasi sehingga mempengaruhi perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi. Kaewkiattikun (2018) menemukan bahwa pendapatan tinggi merupakan factor prediktif untuk perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi yang baik selain pendidikan yang tinggi, multiparitas dan keluarga yang besar. Sharma (2019) juga menemukan bahwa status ekonomi atas memiliki praktek perencanaan persalinan & pencegahan komplikasi yang lebih baik. Pekerjaan juga berhubungan perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi sebagaimana penelitian Ijang et all (2019), wanita yang bekerja di pemerintah 3,5 kali lebih merencanakan persalinan dan pencegahan komplikasi daripada yang tidak bekerja (pelajar, ibu rumah tangga, petani).

#### 4. Tempat tinggal

UU No 26 Tahun 2007 menyebutkan bahwa Kawasan Perkotaan adalah wilayah yang mempunyai kegiatan utama bukan pertanian tetapi sebuah wilayah yang berfungsi sebagai tempat tinggal perkotaan, pusat pemerintahan, pusat pelayanan sosial dan pusat kegiatan ekonomi. Menurut Sukarno dan Hariyanto (2017) wilayah sub urban dapat diartikan wilayah peralihan yaitu wilayah yang berada di wilayah perkotaan (urban) dan pedesaan (rural), sehingga komunitas pada daerah sub urban ini mempunyai sifat rural dan juga sifat urban. Wilayah sub urban, berdasarkan karakteristiknya

merupakan wilayah bagian dari kota namun menampakan kenampakan desa dan kota secara bersamaan. Izmah et all (2021) menemukan bahwa keterjangkauan dan akses pelayanan kesehatan pada masyarakat urban dan sub urban di Kota Medan sangat bagus. Penyuluhan kesehatan oleh petugas kesehatan 70% pada masyarakat urban, sedangkan pada masyarakat sub urban 65,2 %.

Tempat tinggal akan menimbulkan perbedaan dalam akses informasi, pendidikan, aksesibilitas dan ketersediaan layanan kesehatan. Wanita penduduk perkotaan 5,94 kali lebih mungkin memiliki kesiapan untuk persalinan dan komplikasinya dibandingkan dengan daerah pedesaan (Limenih, 2019).

#### 5. Paritas

Jumlah anak yang telah dilahirkan ibu baik dalam keadaan hidup maupun mati dikenal dengan paritas. Paritas berhubungan dengan pengalaman. Murniati dan Patriajati (2017) menemukan bahwa paritas berhubungan secara signifikan dengan perilaku ibu hamil dalam merencanakan persalinan untuk pencegahan komplikasi kehamilan.

#### 6. Riwayat kehamilan

Riwayat kebidanan yang kurang baik pada kehamilan dan persalinan sebelumnya ataupun pada kehamilan ini akan berhubungan dengan perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi. Limenih (2019) menemukan bahwa, diantara faktor kebidanan, ibu yang

memiliki riwayat *lahir* mati lebih mempersiapkan persalinan dan komplikasinya dibandingkan dengan ibu yang tidak memiliki riwayat lahir mati.

#### 7. Jumlah Kunjungan ANC

Antenatal care merupakan pelayanan kehamilan yang diberikan oleh tenaga kesehatan meliputi pemeriksaan, tata laksana kasus juga pemberian informasi dan edukasi, sehingga semakin banyak jumlah kunjungan ANC ibu hamil maka semakin banyak juga informasi yang diperoleh ibu termasuk informasi tentang perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi sehingga ibu akan lebih mempersiapkan persalinan dan melakukan pencegahan komplikasi. Ijang et all (2019) dan Limenih et all (2019) menemukan bahwa jumlah kunjungan ANC adalah predictor perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi. Teekhasaenee dan Kaewkiattikun (2020) menemukan bahwa  $ANC \geq 4$  merupakan faktor yang berhubungan dengan perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi yang baik.

#### 8. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan domain dari perilaku. Murniati dan Patriajati (2017), Limenih et all (2019) serta Ananche and Wodajo (2020) menemukan bahwa pengetahuan berhubungan dengan perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi.

#### 9. Sikap Ibu Hamil

Sikap mengacu pada respon terhadap suatu obyek atau keadaan

yang sifatnya bisa positif atau negatif secara konsisten. Semakin baik sikap ibu hamil tentang perencanaan persalinan, maka akan semakin baik pula perilaku ibu hamil dalam perencanaan persalinan. Penelitian Murniati dan Patriajati (2017) menunjukkan bahwa persentase ibu hamil yang memiliki perencanaan persalinan yang baik, lebih besar pada ibu hamil yang memiliki sikap baik.

#### 10. Ketersediaan sarana dan prasarana

Murniati dan Patriajati (2017) menemukan bahwa ketersediaan sarana dan prasarana berhubungan secara signifikan dengan perilaku ibu hamil dalam merencanakan persalinan untuk pencegahan komplikasi kehamilan.

#### 11. Dukungan Suami

Dukungan suami merupakan dorongan terhadap ibu hamil, baik secara moral maupun material. Suami merupakan bagian penting dari keluarga sehingga dukungan suami sangat mempengaruhi ibu dalam melewati masa kehamilan dan persalinan. Penelitian Murniati dan Patriajati (2017) menunjukkan bahwa dukungan suami merupakan factor yang paling dominan berpengaruh dalam perencanaan persalinan.

#### 12. Dukungan Petugas Kesehatan

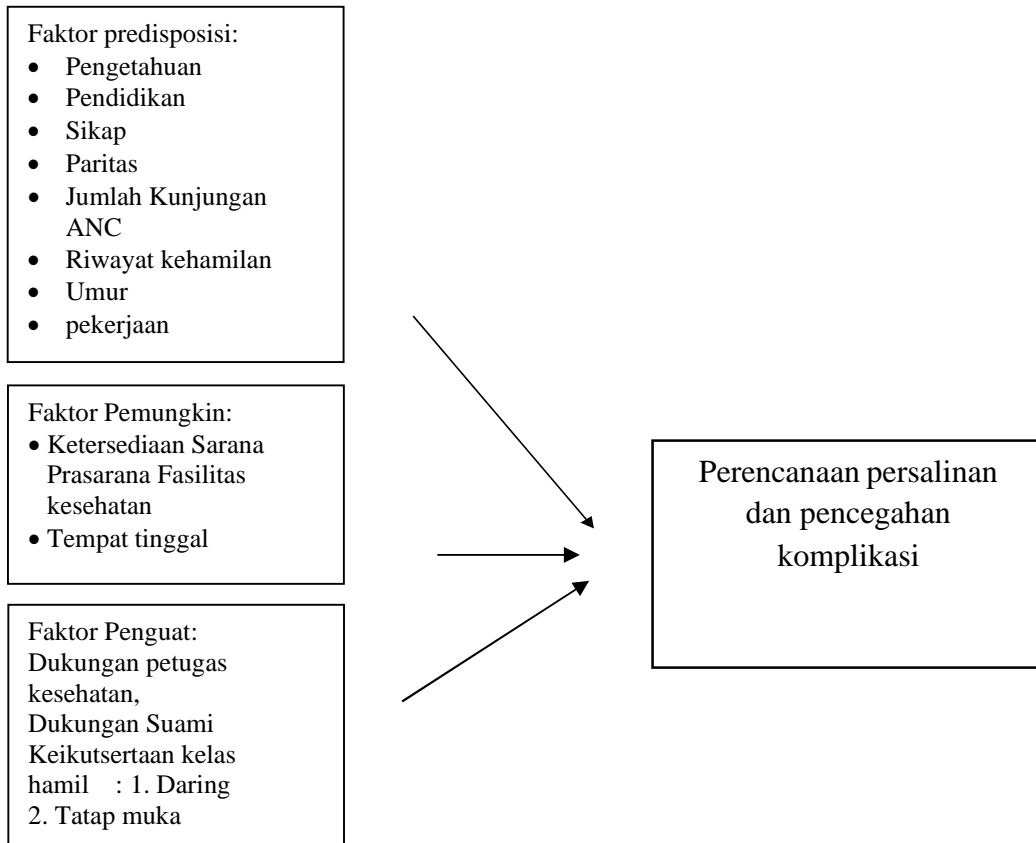
Dukungan petugas kesehatan dalam melakukan suatu tindakan akan memperkuat seseorang untuk melakukan tindakan sebagaimana yang diinginkan petugas kesehatan tersebut. Murniati dan Patriajati

(2017) menemukan bahwa dukungan petugas kesehatan berhubungan secara signifikan dengan perilaku ibu hamil dalam merencanakan persalinan untuk pencegahan komplikasi kehamilan.

### 13. Kelas ibu hamil

Kelas hamil bertujuan meningkatkan pengetahuan, merubah sikap dan perilaku ibu agar memahami tentang pemeriksaan kehamilan agar ibu dan janin sehat, persalinan aman, nifas nyaman, ibu selamat dan janin sehat, pencegahan penyakit komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas agar ibu dan bayi sehat, perawatan bayi baru lahir agar tumbuh kembang optimal dan aktivitas fisik ibu hamil. Puspita dan Susanti (2017) menemukan bahwa terdapat hubungan penyuluhan pada kelas ibu terhadap pengetahuan dan partisipasi ibu dengan pemasangan stiker P4K.

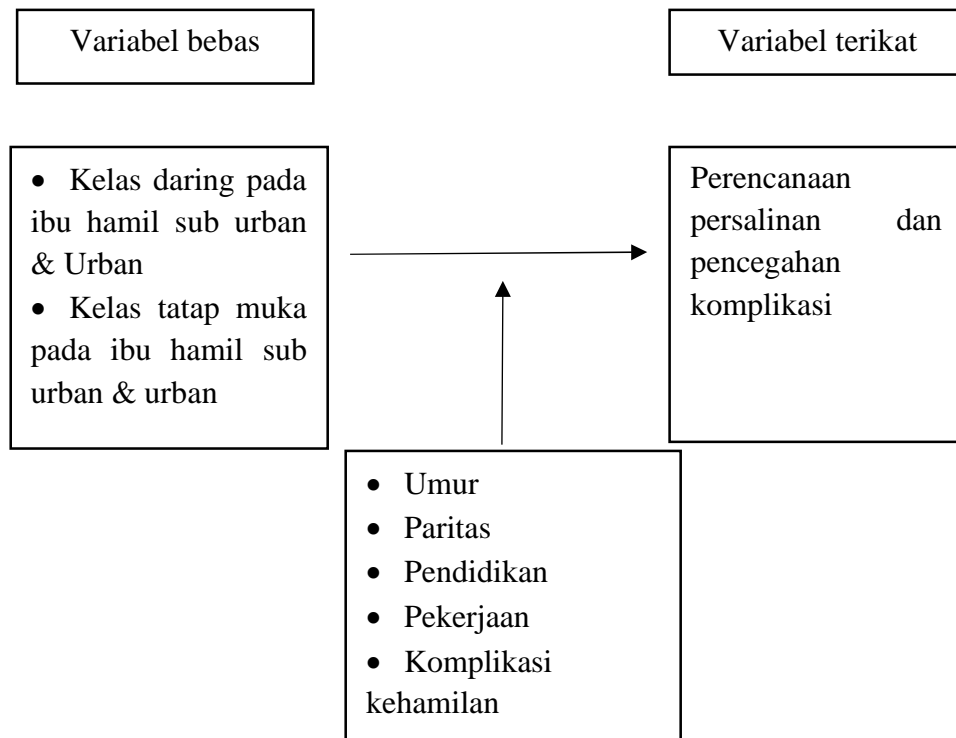
## 2.2. Kerangka Teoretis



Gambar 2.1 Kerangka Teoritis

Sumber : Modifikasi Kerangka Precede-Procede dalam Rachmawati (2019)

### 2.3 Kerangka Berfikir



Gambar 2.2 Kerangka Berfikir

### 2.4 Hipotesis Penelitian

1. Bagaimana efektifitas kelas daring pada ibu hamil terhadap perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi
2. Bagaimana efektifitas kelas tatap muka pada ibu hamil terhadap perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi
3. Apakah terdapat perbedaan efektifitas kelas daring dan tatap muka pada ibu hamil terhadap perilaku perencanaan persalinan dan pencegahankomplikasi

Ho : Tidak ada perbedaan efektifitas kelas daring dan tatap muka pada ibu hamil terhadap perilaku perencanaan persalinan & pencegahan komplikasi.

Ha : Ada perbedaan efektifitas kelas daring dan tatap muka pada ibu hamil terhadap perilaku perencanaan persalinan & pencegahan komplikasi.

## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### 3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian *quasi eksperimen* dengan rancangan *Nonequivalent control group design*. Secara sistematis rancangan penelitian sebagaimana gambar berikut:

$$O_1 \rightarrow X_1 \rightarrow O_2 \rightarrow O_5$$

$$O_3 \rightarrow X_2 \rightarrow O_4 \rightarrow O_6$$

Keterangan:

$O_1$  : Pengukuran perilaku responden sebelum dilakukan kelas hamil tatap muka

$X_1$  : Kelas hamil dengan metode tatap muka

$O_2$  : Pengukuran perilaku responden setelah dilakukan kelas hamil tatap muka

$O_3$  : Pengukuran perilaku responden sebelum dilakukan kelas hamil daring

$X_2$  : Kelas hamil daring

$O_4$  : Pengukuran perilaku responden setelah dilakukan kelas hamil daring

$O_5$  : Pengukuran perilaku responden setelah 2 minggu dilakukan kelas hamil tatap muka

$O_6$  : Pengukuran perilaku responden setelah 2 minggu dilakukan kelas hamil daring

## 3.2 Populasi dan sampel

### 3.2.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh ibu hamil di Kota Semarang.

### 3.2.2 Sampel

Sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah ibu hamil yang memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Adapun kriteria inklusi penelitian ini adalah ibu hamil, bersedia mengikuti penelitian, memiliki handphone/laptop yang terhubung internet untuk responden kelas daring. Sedangkan kriteria eksklusi penelitian ini yaitu responden yang menolak menjadi subyek penelitian, ibu hamil yang memiliki riwayat / sedang memiliki komplikasi kebidanan.

Besar sampel dihitung dengan menggunakan rumus uji hipotesis terhadap rerata 2 populasi independen:

$$n = n_2 = 2 \left[ \frac{(Z_\alpha + Z_\beta) s}{x_1 - x_2} \right]^2$$

Keterangan:

$n$  : besar sampel

$\alpha$  : tingkat kemaknaan yang digunakan yaitu 5%

$Z_\alpha$  : nilai Z dalam hal ini CI = 95% sehingga  $Z = 1,96$

$Z_\beta$  : nilai Z pada kekuatan uji 90% yaitu 1,28

$X_1 - X_2$  : *clinical judgement* yaitu 5

S : simpang baku dari penelitian sebelumnya yaitu 13

Berdasarkan rumus diatas didapatkan besar sampel =  $141,9 = 142$

Untuk mengantisipasi subyek yang terpilih *drop out, lost follow up* atau tidak taat maka dilakukan koreksi terhadap besar sampel.

$$n = \frac{n}{1-f} = \frac{142}{1-0,1} = \frac{142}{0,9} = 157,78$$

f adalah perkiraan proporsi drop out (10%)

n adalah besar sampel yang dihitung sehingga besar sample yang diperlukan yaitu 157,78 orang dibulatkan 160

Besar sampel yang diperlukan tersebut dibagi kedalam 4 kelompok yang nantinya akan mendapatkan perlakuan yang berbeda yaitu

- a. 40 orang di daerah sub urban mengikuti kelas hamil daring,
- b. 40 orang di daerah sub urban mengikuti kelas hamil tatap muka,
- c. 40 orang di daerah urban mengikuti kelas hamil daring,
- d. 40 orang di daerah urban mengikuti kelas hamil tatap muka

Daerah urban dipilih dari puskesmas yang berada di daerah yang dalam pengembangan wilayah kota berada di pusat pelayanan kota serta memiliki kasus kematian ibu berturut-turut dalam 2 tahun terakhir yaitu Puskesmas Ngemplak Simongan, sedangkan daerah sub urban dipilih dari puskesmas yang berada pada daerah yang wilayahnya memiliki sifat

rural dan urban serta memiliki angka kematian ibu tertinggi dalam 2 tahun terakhir yaitu Puskesmas Karangmalang.

### 3.3 Variabel Penelitian

Variabel penelitian ini adalah

1. Variabel dependen : Perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi
2. Variabel independen: kelas daring dan kelas tatap muka pada ibu hamil

Tabel 3.1 Definisi Operasional

N O	Variabel	Definisi	Parameter katagori	Alat ukur	Skala ukur
1	Dependen Perencanaan persalinan & pencegahan komplikasi	Praktik responden dalam menerapkan 7 komponen perencanaan persalinan & pencegahan komplikasi	1. Siap (skor 70) 2. Tidak siap (skor < 70) (Ijang et all,2019)	Kuesioner	Numerik
2	Independen Keikutsertaan dalam kelas ibu hamil	Kehadiran ibu hamil pada kelas ibu	1.Kelas daring 2.Kelas tatap muka	Kuesioner	Nominal
3	Tempat tinggal	Tempat tinggal Responden selama kehamilan	1. Urban 2. Sub Urban	Kuesioner	Nominal

### 3.4 Teknik dan Instrumen Pengumpul Data

Kelas ibu hamil daring dilakukan dengan *share* materi dan *panggilan grup whatsapp*, sedangkan kelas hamil tatap muka dilaksanakan sesuai dengan pedoman pelaksanaan kelas ibu hamil dan sesuai dengan protocol

kesehatan. Sebelum dilakukan kelas hamil terlebih dahulu diberikan pre test kemudian sesudah dan 2 minggu sesudah kelas ibu hamil dilakukan post test. Teknik pengambilan sampel penelitian ini dengan *purposive sampling*. Adapun instrumen pengumpul data yang digunakan yaitu kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya.

### 3.5 Teknik Analisis Data

Tahap - tahap untuk menganalisis data hasil penelitian :

- a. Analisis univariat (analisis diskriptif)  
Analisis ini untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian untuk menghasilkan distribusi frekuensi tiap variabel penelitian.
- b. Uji Asumsi yaitu uji normalitas & homogenitas sebagai syarat sebelum melakukan uji hipotesis. Uji normalitas dilakukan terhadap data variabel independen.
- c. Uji hipotesis untuk mengetahui perbedaan efektifitas kelas daring dan tatap muka pada ibu hamil terhadap perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi yaitu dengan menggunakan uji *independent sample t - test*
- d. Uji efektifitas dilakukan dengan uji N-Gain jika pada uji hipotesis ditemukan perbedaan signifikan antara kelas daring dan tatap muka terhadap perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi.

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Gambaran Karakteristik Responden

##### 4.1.1 Hasil penelitian

Responden penelitian terbagi atas dua wilayah yaitu sebesar 80 orang di daerah urban dan 80 orang di daerah sub urban kemudian tiap wilayah dibagi lagi dalam kelompok eksperimen dan kontrol. Karakteristik responden yang diteliti terlihat pada tabel berikut :

Tabel 4. 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

Karakteristik	Urban				Sub Urban			
	Kel.Perlakuan		Kel kontrol		Kel. Perlakuan		Kel kontrol	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Umur (tahun)								
≥ 35	6	15	10	25	2	5	7	17.5
20-34	33	82.5	30	75	38	95	31	77.5
< 20	1	2.5	0	0	0	0	2	5
Pendidikan								
Menengah (>9 tahun)	31	77.5	29	72.5	33	82.5	26	65
Dasar (<9 tahun)	9	22.5	11	27.5	7	17.5	14	35
Paritas								
Pernah melahirkan	20	50	19	47.5	22	55	22	55
Belum pernah melahirkan	20	50	21	52.5	18	45	18	45
Pekerjaan								
Bekerja	20	50	15	37.5	14	35	11	27.5
Tidak Bekerja	20	50	25	62.5	26	65	29	72.5

Pengetahuan								
Baik	21	52.7	21	52.7	20	50	19	47.5
Kurang	19	47.5	19	47.5	20	50	21	52.5
Sikap								
Baik	19	47.5	19	47.5	19	47.5	23	57.5
Kurang baik	21	52.5	21	52.5	21	52.5	17	42.5

Sumber : Data diolah SPSS

Mayoritas responden baik kelompok kontrol dan eksperimen berusia 20-34 tahun yaitu di daerah urban 33 (82,5%) pada kelompok eksperimen dan 30 (75%) pada kelompok kontrol sedangkan di daerah suburban 38 (95%) pada kelompok eksperimen dan 31 (77,5%) pada kelompok kontrol. Mayoritas responden baik kelompok kontrol dan eksperimen memiliki tingkat pendidikan menengah yaitu di daerah urban 31 (82,5%) pada kelompok eksperimen dan 29 (75,5%) pada kelompok kontrol sedangkan di daerah suburban 33 (82.5%) pada kelompok eksperimen dan 26 (65%) pada kelompok kontrol. Mayoritas responden adalah ibu tidak bekerja yaitu di daerah urban 25 (62,5%) pada kelompok kontrol sedangkan di daerah suburban 26(65%) pada kelompok eksperimen dan 29 (72,5%) pada kelompok kontrol.

Pada daerah urban, responden yang mengikuti kelas tatap muka / kelompok kontrol lebih banyak belum pernah melahirkan sebelumnya, sedangkan pada daerah sub urban lebih banyak responden yang pernah melahirkan sebelumnya baik kelompok eksperimen dan kontrol. Responden daerah urban lebih banyak memiliki tingkat pengetahuan awal yang baik dan sikap kurang baik tentang P4K, sedangkan di daerah suburban pada

kelompok kontrol lebih banyak responden memiliki pengetahuan kurang baik dan sikap yang baik terhadap P4K.

#### 4.1.2 Pembahasan

Mayoritas responden baik kelompok kontrol dan eksperimen di daerah urban dan sub urban berusia 20-34 tahun karena usia ini merupakan usia ideal untuk hamil. Murdiati dan Patriajati (2017) menyebutkan bahwa usia 20-35 tahun merupakan usia yang tidak berisiko untuk hamil, sedangkan usia <20 dan >35 tahun adalah usia yang berisiko untuk hamil. Demirci et all (2016) menemukan bahwa risiko kelahiran prematur, kematian janin dan bayi baru lahir dan anemia lebih tinggi pada ibu usia muda dibandingkan ibu usia 20-34 tahun. Penelitian Ashar H. et all (2018) menemukan bahwa kurang lebih ada seperlima ibu hamil berada di usia reproduksi kategori tidak aman yaitu usia <20 tahun dan >35 tahun serta ada hubungan bermakna antara usia dengan kepatuhan P4K.

Mayoritas responden baik kelompok kontrol dan eksperimen memiliki tingkat pendidikan menengah artinya bahwa mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan SMA keatas. Wanita terpelajar / memiliki pendidikan lebih tinggi memiliki akses informasi yang lebih baik dan meningkatkan kekuatan pengambilan keputusan yang berkaitan dengan masalah kesehatan. Penelitian Ashar H et all (2018) menemukan bahwa tingkat pendidikan berhubungan bermakna dengan kepatuhan perencanaan persalinan, ibu dengan Pendidikan tinggi akan 2,2 kali lebih patuh untuk merencanakan persalinan dibandingkan dengan ibu berpendidikan dasar. Kaewkiattikun

(2018) juga menemukan bahwa pendidikan tinggi merupakan factor prediktif untuk perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi yang baik selain pendapatan yang tinggi, multiparitas dan keluarga yang besar. Ijang et all (2019) menemukan bahwa wanita dengan pendidikan universitas memiliki kemungkinan enam kali lebih besar untuk mempersiapkan kelahiran dan komplikasi dibandingkan wanita dengan pendidikan dasar dan di bawahnya.

Mayoritas responden adalah ibu tidak bekerja. Pekerjaan terkait pendapatan dan status sosial ekonomi ibu hamil. Pekerjaan juga berhubungan dengan perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi sebagaimana penelitian Ashar H (2018) yang menemukan hubungan antara pekerjaan ibu hamil dan kepatuhan P4K. Penelitian Ijang et all (2019), menemukan bahwa wanita yang bekerja di pemerintah 3,5 kali lebih merencanakan persalinan dan pencegahan komplikasi daripada yang tidak bekerja (pelajar, ibu rumah tangga, petani). Penelitian Habte A et al (2023) menemukan bahwa wanita bekerja 33% memiliki peluang lebih tinggi menerima pesan tentang perencanaan persalinan dibandingkan wanita tidak bekerja yang lebih banyak waktu dirumah sehingga kurang terpapar informasi.

Ibu yang pernah melahirkan dapat dikaitkan dengan pengalaman. Murdiati dan Patriajati (2017) menemukan bahwa paritas berhubungan secara signifikan dengan perilaku ibu hamil dalam merencanakan persalinan untuk pencegahan komplikasi kehamilan.

Responden daerah urban lebih banyak memiliki tingkat pengetahuan awal yang baik tentang P4K, sedangkan di daerah sub urban pada kelompok kontrol lebih banyak responden memiliki pengetahuan kurang baik terhadap P4K. Tingkat pengetahuan ibu hamil tentang perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi adalah kemampuan responden mengetahui dan memahami tentang tanda bahaya kehamilan, tanda bahaya ibu bersalin, tanda bahaya ibu nifas dan persiapan dalam merencanakan persalinan dan pencegahan komplikasi. Murdiati dan Patriajati (2017), Limenih et al (2019) serta Ananche and Wodajo (2020) menemukan bahwa pengetahuan berhubungan dengan perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi. Penelitian Endeshaw et al (2018) menemukan bahwa Ibu hamil yang memiliki pengetahuan P4K memiliki kemungkinan 2 kali lebih besar untuk mempraktikkan P4K dibandingkan yang tidak memiliki pengetahuan dan ibu hamil yang memiliki pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan memiliki kemungkinan 3 kali lebih besar untuk mempraktikkan P4K dibanding yang tidak memiliki pengetahuan. Hal ini karena ibu hamil yang tahu tentang tanda – tanda bahaya serta komplikasi kebidanan akan lebih dini mengenali komplikasi dan melakukan tindakan pencegahan dan tindakan segera untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan ini dipengaruhi oleh berbagai factor. Wulandari AD dan Laksono AD (2020), menemukan bahwa tempat tinggal, pendidikan, status perkawinan, paritas, pekerjaan, usia, kekayaan, status kehamilan, otonomi kesehatan dan paparan media adalah penentu

pengetahuan tentang tanda bahaya pada kehamilan.

Responden daerah urban lebih banyak memiliki sikap kurang baik tentang P4K (52,5%), sedangkan di daerah suburban pada kelompok kontrol lebih banyak responden memiliki sikap yang baik terhadap P4K (57,5%). Sikap adalah mengacu pada respon terhadap suatu obyek atau situasi yang sifatnya positif atau negatif secara konsisten. Semakin baik sikap ibu hamil tentang perencanaan persalinan, maka akan semakin baik pula perilaku ibu hamil dalam perencanaan persalinan. Penelitian Murdiati dan Patriajati (2017) menunjukkan bahwa persentase ibu hamil yang memiliki perencanaan persalinan yang baik, lebih besar pada ibu hamil yang memiliki sikap baik. Hasil penelitian Sasnitiari Tahun 2017 menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara keikutsertaan ibu dalam kelas ibu hamil dengan pengetahuan dan sikap ibu hamil terhadap tanda bahaya kehamilan.

## 4.2 Perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi

### 4.2.1 Hasil penelitian

Perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi diperoleh dengan 3 kali pengukuran yaitu sebelum kelas hamil, selesai dilakukan kelas hamil (post test 1) dan 2 minggu setelah mengikuti kelas hamil (post test 2). Hasil pengukuran dapat dilihat pada 4.2

Tabel 4. 2 Tabel Perilaku Perencanaan Persalinan dan Komplikasi

Kelompok	Urban				Sub Urban			
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max
<b>Eksperimen</b>								
Pre tes	46.88	9.58	25	65	45.12	7.63	30	60
Post tes 1	50.75	7.89	35	70	54	7.77	40	70
Post tes 2	54.12	7.58	40	70	52.12	7.75	35	70
<b>Kontrol</b>								
Pre tes	46.88	9.65	25	70	43.12	12.69	15	65
Post tes 1	52.62	8.16	40	65	54.25	9.84	35	70
Post tes 2	55.62	7.44	40	70	54.88	9.70	30	70

Sumber : Output SPSS

Berdasarkan tabel diatas data penelitian untuk hasil posttest pertama / setelah kelas hamil pada kelompok kontrol dengan nilai rata – rata adalah 52.62 dengan standar deviasi  $\pm 8,16$  nilai minimum 40 dan nilai maksimum 65, sedangkan hasil posttest kedua / 2 minggu setelah kelas hamil pada kelompok kontrol dengan nilai rata – rata adalah 55.62 dengan standar deviasi  $\pm 7.44$  nilai minimum 40 dan nilai maksimum 70. Pada kelompok eksperimen untuk hasil posttest pertama didapatkan nilai rata-rata sebesar 50.75 dengan standar deviasi  $\pm 7.89$ , nilai minimum 35 dan nilai maksimum 70 sedangkan hasil post tes kedua / 2 minggu setelah kelas hamil didapatkan rata-rata 54.12 dengan standar deviasi  $\pm 7.58$  nilai minimum 40 dan nilai maksimum 70. Adapun katagori perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi tampak pada tabel 4.3

Tabel 4.3 Tabel Kategori Perilaku Perencanaan Persalinan dan Komplikasi

Kategori	Urban				Sub Urban			
	Eksperimen		Kontrol		Eksperimen		Kontrol	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Pretest								
Siap	0	0	0	0	0	0	0	0
Tidak siap	40	100	40	100	40	100	40	100
Post test 1								
Siap	1	2.5	2	5	1	2.5	4	10
Tidak siap	39	97.5	38	95	39	97.5	36	90
Post test 2								
Siap	1	2.5	2	5	1	2.5	4	10
Tidak siap	39	97.5	38	95	39	97.5	36	90

Berdasarkan tabel diatas tampak bahwa sebelum mengikuti kelas hamil, perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi pada semua ibu hamil pada kategori tidak siap. Setelah mengikuti kelas hamil terdapat ibu hamil yang perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasinya pada kategori siap dari 2,5% sampai dengan 10%.

#### 4.2.2 Pembahasan

Hasil penelitian didapatkan bahwa rata-rata perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi mengalami kenaikan baik kelompok kontrol maupun eksperimen. Hal ini selaras dengan hasil penelitian Sriatmi et all (2019) yang menemukan bahwa setelah dilakukan intervensi, ibu hamil yang mengikuti kelas ibu hamil mengalami peningkatan pada skor praktik dan rerata dimensi praktik baik pada kelompok eksperimen maupun kontrol.

Perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi adalah Praktik responden dalam menerapkan 7 komponen perencanaan persalinan & pencegahan komplikasi yang meliputi transportasi, biaya persalinan, calon pendonor darah, perlengkapan ibu & bayi, tempat & penolong persalinan, pendamping persalinan & alat kontrasepsi sesudah melahirkan. Responden dikatakan siap jika telah menerapkan 7 komponen P4K. Hasil penelitian tampak bahwa sebelum mengikuti kelas hamil, perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi pada semua ibu hamil pada kategori tidak siap dan setelah mengikuti kelas hamil terdapat ibu hamil yang perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasinya pada kategori siap. Hal ini selaras dengan hasil penelitian Ijang et al (2019) yang menemukan bahwa sebagian besar ibu hamil tidak melakukan persiapan seperti dalam perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi yang kemungkinan disebabkan kurangnya informasi yang diberikan petugas atau tidak adanya petugas yang memberikan informasi P4K.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu telah menerapkan komponen penolong dan tempat persalinan artinya ibu hamil telah merencanakan tenaga kesehatan yang akan menolong persalinan dan fasilitas kesehatan tempat melahirkan. Hal ini kemungkinan karena kemudahan akses pelayanan kesehatan dan pembiayaan. Menurut data Dinas Kesehatan Kota Semarang (2023), Cakupan SPM pelayanan Kesehatan ibu bersalin sudah mencapai target (100%) semenjak tahun 2018

yang artinya 100% ibu hamil melahirkan di fasilitas kesehatan dan ditolong oleh tenaga kesehatan sesuai standar.

Komponen transportasi, cukup bervariasi antara responden di sub urban dan urban. Sebagian besar responden telah merencanakan alat transportasi untuk menuju pelayanan kesehatan saat akan melahirkan dan terjadi kegawatdaruratan. Kesiapan transportasi sangat penting dalam mencegah terjadinya keterlambatan dalam mencapai pelayanan kesehatan yang merupakan salah satu penyebab tidak langsung terjadinya kematian ibu dan memungkinkan ibu untuk bersalin di fasilitas kesehatan. Penelitian Rajvanshi D. et al (2021) di India menemukan bahwa ibu hamil yang mengidentifikasi transportasi dan fasilitas untuk persalinan memiliki kemungkinan 7 kali melahirkan di fasilitas kesehatan dibandingkan yang tidak. Transportasi yang digunakan untuk persalinan dan kegawatan tersedia berbagai pilihan. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar ibu yang telah memilih merencanakan transportasi memilih menggunakan kendaraan pribadi dan hanya sebagian kecil yang merencanakan menggunakan layanan ambulans hebat / siaga / kegawatan padahal mulai tahun 2017 Dinas Kesehatan Kota Semarang meluncurkan program Ambulans Hebat dan Ambulans Siaga yang dilengkapi dengan tenaga yang kompeten yang siap memberikan pelayanan Kesehatan khususnya ibu hamil guna menurunkan AKI.

Komponen biaya persalinan telah diterapkan sebagian besar responden baik di daerah urban maupun sub urban Kota Semarang.

Pembiayaan persalinan meliputi upaya menabung untuk persiapan biaya melahirkan dan kepesertaan dalam asuransi kesehatan. Adanya program UHC yang telah diluncurkan sejak 2017 dan mencapai 99,24% pada tahun 2022 memungkinkan warga Semarang khususnya ibu hamil di daerah urban dan sub urban telah menjadi peserta JKN (Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2023). Meskipun telah memiliki asuransi kesehatan, ibu hamil perlu menabung untuk persiapan persalinan karena Nugraheni et al (2020) menemukan bahwa ibu yang menggunakan asuransi JKN masih perlu membayar biaya persalinan di Indonesia yang kemungkinan karena ada beberapa komponen pelayanan yang tidak ditanggung misalnya obat yang dibeli diluar RS atau terbatasnya jumlah kamar sesuai kelasnya. Penelitian Pervin J et all (2018) menemukan bahwa komponen P4K yang paling banyak dipraktikkan adalah menabung karena uang digunakan untuk mendapatkan akses ke fasilitas kesehatan, memfasilitasi rujukan dan membeli perlengkapan ibu hamil dan anggota keluarganya.

Komponen pendonor darah yang terdiri dari pengetahuan tentang golongan darah dan rencana pendonor telah diterapkan oleh responden. Pengetahuan tentang jenis golongan darah telah diketahui sebagian besar responden dan hanya terdapat 3 % responden yang belum mengetahui golongan darah. Hal ini berarti bahwa sebagian besar ibu hamil telah mendapatkan ANC sesuai standar karena pemeriksaan laboratorium salah satunya golongan darah merupakan standar dalam pelayanan kehamilan. Rencana pendonor darah belum diidentifikasi secara spesifik oleh

responden. Penelitian Obionu I.M (2022) yang menemukan bahwa responden di pedesaan maupun perkotaan di Negara Bagian Enugu Nigeria, sebagian besar belum mengidentifikasi pendonor darah, mengatur transportasi, dan pendamping kelahiran. Belum teridentifikasinya calon pendonor darah kemungkinan disebabkan karena kurangnya dukungan suami dalam perencanaan persalinan. Penelitian Boltana M.T et al (2021) menemukan bahwa hanya 16,1% suami yang telah mengidentifikasi pendonor darah untuk kasus gawat darurat selama hamil dan persalinan. Rendahnya identifikasi pendonor darah kemungkinan karena persiapan ini memerlukan keterlibatan keluarga dan masyarakat (Andarge E. et al, 2017).

Komponen pendamping persalinan telah diterapkan sebagian besar responden. Sebagian besar responden merencanakan untuk didampingi dan pengambilan keputusan jika terjadi kegawatan oleh suami. Penelitian Debelie T.Z. et all (2021) menemukan bahwa 91,73% ibu hamil di Etiopia telah merencanakan pendamping persalinan dan keterlibatan suami dalam pengambilan keputusan berhubungan bermakna dengan praktik P4K

Komponen P4K yang banyak belum diterapkan adalah persiapan perlengkapan ibu & bayi. Hal ini kemungkinan disebabkan berbagai factor antara lain kurangnya dukungan suami dalam bentuk finansial dan adanya mitos-mitos yang berkembang selama kehamilan dan persalinan. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Debelie T.Z. et all (2021) yang menemukan bahwa 90,81% ibu hamil di Etiopia telah menyiapkan barang penting untuk persalinan.

Komponen perencanaan alat kontrasepsi sesudah melahirkan merupakan komponen yang paling banyak belum diterapkan ibu hamil. Hal ini kemungkinan karena rendahnya tingkat pengetahuan tentang alat kontrasepsi pada ibu hamil, kurangnya konseling tentang P4K sehingga tidak semua ibu tahu jika perencanaan KB merupakan bagian P4K seperti penelitian Onoh RC et al (2020) yang menunjukkan bahwa 49,3% ibu melahirkan di Nigeria tidak mengetahui jika KB penting dalam P4K. Perencanaan penggunaan KB setelah melahirkan merupakan bentuk mencegah komplikasi yang terjadi pada kehamilan dengan jarak yang terlalu dekat. Tafere T.E et all (2018) menemukan bahwa konseling KB saat ANC, konseling P4K, kepuasan ANC, konseling ASI dan perawatan nifas merupakan predictor penggunaan KB pascasalin.

#### 4.3 Efektifitas kelas daring terhadap perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi

##### 4.3.1 Hasil penelitian

##### 4.3.1.1 Uji Normalitas

Uji Normalitas dilakukan untuk menilai apakah sebaran suatu data berdistribusi normal atau tidak. Uji normalitas yang digunakan yaitu *Shapiro wilk*. Hasil Uji Normalitas data kelompok eksperimen / kelas daring pada ibu hamil tampak pada tabel berikut :

Tabel 4.4 Hasil Uji Normalitas Perilaku Perencanaan Persalinan dan Komplikasi pada kelas daring

Pengukuran	Urban	Sub Urban
Pre tes	0.273	0.066
Post tes 1	0.200	0.087
Post tes 2	0.080	0.257

Sumber : Output SPSS

Berdasarkan tabel terlihat bahwa nilai signifikansi untuk semua pengukuran baik di daerah urban maupun sub urban  $> 0,05$  maka dapat disimpulkan bahwa distribusi data pada tiga pengukuran tersebut normal.

#### 4.3.1.2 Uji *Repeated Anova*

##### a. Uji kesamaan Varians

Uji kesamaan varians dilakukan untuk mengetahui apakah suatu populasi memiliki varians yang sama atau tidak dengan populasi lain yang dapat dilihat pada nilai *Mouchly's Test of Sphericity*. Hasil Uji Varians tampak pada tabel 4.5.

Tabel 4.5 Hasil Uji kesamaan varians Perilaku Perencanaan Persalinan dan Komplikasi pada kelas daring

Kel. Eksperimen	Urban	Sub Urban
Nilai p	0.01	0.44

Sumber : Data diolah SPSS

Berdasarkan tabel diatas Nilai Signifikansi pada Kelompok Eksperimen daerah sub urban  $> 0.05$  artinya data tersebut memenuhi syarat kesamaan varians sehingga nilai signifikansi yang dilihat pada uji hipotesis adalah nilai pada *Spericity Assumed*. Sedangkan pada

Kelompok Eksperimen daerah urban menunjukkan bahwa nilai signifikansinya  $<0.05$  maka nilai signifikansi yang dilihat pada uji hipotesis yaitu nilai signifikansi pada *Greenhouse-Geisser*.

b. Uji hipotesis

Untuk mengetahui apakah ada perbedaan secara nyata dari hasil pengukuran perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi pada kelas daring dilakukan uji *Repeated Measured Anova*. Hasil pengukuran tampak pada tabel berikut.

Tabel 4.6 Hasil Uji *Repeated Measured Anova* Perilaku Perencanaan Persalinan dan Komplikasi pada kelas daring

Kel. Eksperimen	Urban	Sub Urban
Nilai p	0.000	0.000

Sumber : *Output SPSS*

Berdasarkan tabel diatas bahwa Nilai Signifikansi pada daerah urban dan suburban  $< 0.05$  maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima artinya ada perbedaan perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi dari waktu ke waktu pada responden yang mengikuti kelas daring baik di daerah urban dan sub urban artinya kelas daring pada ibu hamil mampu menaikkan perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi. Perubahan rata-rata perilaku antara sebelum mengikuti kelas hamil, sesudah kelas hamil dan 2 minggu sesudah kelas hamil tampak pada tabel berikut :

Tabel 4.7 Tabel *Comparison Pairwise* Perilaku Perencanaan Persalinan dan Komplikasi pada kelas daring

Waktu pengukuran		Urban		Sub Urban	
		Beda means	p	Beda means	p
1	2	-3.875	0.007	-8.875	0.000
	3	-7.250	0.000	-7	0.001
2	1	3.875	0.007	8.875	0.000
	3	-3.375	0.000	1.875	0.651
3	1	7.250	0.000	7	0.001
	2	3.375	0.000	-1.875	0.651

Sumber : *Output SPSS*

Berdasarkan tabel pada kelompok eksperimen / kelas daring di daerah urban menunjukkan bahwa ada perbedaan rata-rata perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi terjadi di semua pengukuran. Terjadi kenaikan perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi sesudah kelas hamil dan 2 minggu sesudah kelas hamil dibandingkan perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi awal sebelum kelas hamil sebesar 3,875 dan 7,25 sedangkan kenaikan perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi sesudah 2 minggu kelas hamil dibandingkan sesudah kelas hamil sebesar 3,375.

Pada daerah sub urban ditemukan ada rata-rata perbedaan perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi pada pengukuran kedua dan ketiga jika dibandingkan dengan pengukuran pertama. Terjadi kenaikan perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi sesudah kelas hamil dan 2 minggu sesudah kelas hamil

dibandingkan perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi awal sebelum kelas hamil sebesar 8,875 dan 7 sedangkan perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi sesudah 2 minggu kelas hamil dibandingkan sesudah kelas hamil tidak ada perbedaan rata-rata perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi.

#### 4.3.2 Pembahasan

Ketersediaan internet yang meningkat secara global turut meningkatkan penggunaan sumber online informasi kesehatan termasuk di kalangan ibu hamil. Kelas daring artinya kelas yang kegiatannya dilakukan menggunakan perangkat elektronik baik komputer, laptop maupun ponsel yang terhubung dengan internet. Hasil penelitian pada daerah urban dan sub urban menunjukkan bahwa ada perbedaan rata-rata perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi pada ibu hamil yang mengikuti kelas daring terjadi di semua pengukuran. Hal ini kemungkinan karena pengetahuan ibu hamil setelah mengikuti kelas hamil secara daring meningkat. Sariatmi et al (2020), menemukan bahwa kelas ibu hamil yang diselenggarakan secara virtual terbukti dapat meningkatkan pengetahuan ibu hamil dan praktik mencegah komplikasi.

Pada daerah urban ada perbedaan rata-rata perilaku perencanaan persalinan ibu hamil yang bermakna secara statistik di semua pengukuran. Hal ini kemungkinan karena responden daerah urban

telah memiliki pengetahuan awal yang baik dan ibu bekerja. Penelitian Habte A et al (2023) menemukan bahwa wanita bekerja 33% memiliki peluang lebih tinggi menerima pesan tentang perencanaan persalinan. Penelitian lain yang dilakukan Masoi T.J dan Kibusi SM (2019) juga menemukan bahwa kelompok ibu hamil yang menerima pesan seluler promosi kesehatan memiliki skor rata-rata pengetahuan dan persiapan persalinan lebih tinggi dan signifikan dibandingkan yang tidak.

Pada daerah sub urban hasil pengukuran perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi 2 minggu setelah kelas hamil dibandingkan sesudah kelas hamil tidak menunjukkan adanya perbedaan rata-rata perilaku secara signifikan. Hal ini kemungkinan adanya sifat rural pada masyarakat sub urban yang mempercayai adanya mitos-mitos tertentu seputar kehamilan misalnya tentang persiapan bahan untuk dibawa saat melahirkan. Ashriady et all (2022) menemukan bahwa terdapat mitos yang berupa larangan terkait tindakan antara lain larangan untuk mempersiapkan persalinan terutama perlengkapan bayi dan mempersiapkan rujukan misalnya calon pendonor karena dianggap mendoakan / mendahului ketentuan. Selain mitos seputar kehamilan, responden kelompok daring pada daerah sub urban sebagian besar merupakan ibu yang tidak bekerja sehingga kurang terpapar informasi. Penelitian Habte A et al (2023) menemukan bahwa wanita tidak bekerja yang lebih banyak waktu dirumah sehingga kurang terpapar informasi.

#### 4.4 Efektifitas kelas tatap muka terhadap perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi

##### 4.4.1 Hasil penelitian

##### 4.4.1.1 Uji Normalitas

Uji Normalitas dilakukan untuk menilai apakah sebaran suatu data berdistribusi normal atau tidak. Uji normalitas yang digunakan yaitu *Shapiro wilk*. Hasil Uji Normalitas data kelompok konnrol / kelas tatp muka pada ibu hamil tampak pada tabel berikut :

Tabel 4.8 Hasil Uji Normalitas Perilaku Perencanaan Persalinan dan Komplikasi pada kelas tatap muka

Waktu pengukuran	Urban	Sub Urban
Pre tes	0.382	0.093
Post tes 1	0.056	0.086
Post tes 2	0.104	0.103

Sumber : *Output SPSS*

Berdasarkan tabel terlihat bahwa nilai signifikansi untuk semua variabel  $> 0,05$  maka dapat disimpulkan bahwa distribusi data pada tiga pengukuran tersebut normal.

##### 4.4.1.2 Uji Repeated Anova

##### a. Uji kesamaan Varians

Uji kesamaan varians dilakukan untuk mengetahui apakah suatu populasi memiliki varians yang sama atau tidak dengan populasi lain yang dapat dilihat pada nilai *Mouchly's Test of Sphericity*. Hasil Uji Varians tampak pada tabel berikut.

Tabel 4.9 Hasil Uji kesamaan varians Perilaku Perencanaan Persalinan dan Komplikasi pada kelas tatap muka

Kelompok Kontrol	Urban	Sub Urban
Nilai p	0.06	0.00

Sumber : *Output SPSS*

Berdasarkan tabel diatas bahwa Nilai Signifikansi pada Kelompok kontrol pada daerah urban  $> 0.05$  maka memenuhi syarat kesamaan varians maka nilai signifikansi yang dilihat pada uji hipotesis adalah *Sphericity Assumed*. Sedangkan pada Kelompok kontrol daerah sub urban menunjukkan bahwa nilai signifikansinya  $< 0.05$  maka nilai signifikansi yang dilihat pada uji hipotesis yaitu nilai signifikansi pada *Greenhouse-Geisser*

b. Uji hipotesis

Untuk mengetahui apakah ada perbedaan secara nyata dari hasil pengukuran perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi pada kelas daring dilakukan uji *Repeated Measured Anova*. Hasil pengukuran tampak pada tabel berikut.

Tabel 4.10 Hasil Uji *Repeated Measured Anova* Perilaku Perencanaan Persalinan dan Komplikasi pada kelas tatap muka

Kelompok Kontrol	Urban	Sub Urban
Nilai p	0.000	0.000

Sumber : *Output SPSS*

Berdasarkan tabel diatas bahwa Nilai Signifikansi pada semua kelompok  $< 0.05$  maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima artinya ada

perbedaan perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi dari waktu ke waktu pada responden yang mengikuti kelas tatap muka baik di daerah urban dan sub urban artinya kelas tatap muka pada ibu hamil mampu menaikkan perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi. Perubahan rata-rata perilaku antara sebelum mengikuti kelas hamil, sesudah kelas hamil dan 2 minggu sesudah kelas hamil tampak pada tabel berikut :

Tabel 4.11 Tabel *Comparison Pairwise* Perilaku Perencanaan Persalinan dan Komplikasi pada kelas tatap muka

Waktu pengukuran		Urban		Sub Urban	
		Beda means	p	Beda means	p
1	2	-5.75	0.000	-11.125	0.000
	3	-8.75	0.000	-11.75	0.000
2	1	5.75	0.000	11.125	0.000
	3	-3	0.289	-0.625	1.000
3	1	8.75	0.000	11.75	0.000
	2	3	0.289	0.625	1.000

Berdasarkan tabel pada kelompok kontrol / kelas tatap muka di daerah urban menunjukkan bahwa ada perbedaan rata-rata perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi terjadi pada pengukuran sesudah kelas hamil dan 2 minggu sesudah kelas hamil dibandingkan pengukuran awal sebelum kelas hamil tatap muka. Terjadi kenaikan perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi sesudah kelas hamil dan 2 minggu sesudah kelas hamil

dibandingkan perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi awal sebelum kelas hamil sebesar 5.75 dan 8.75 sedangkan kenaikan perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi sesudah 2 minggu kelas hamil dibandingkan sesudah kelas hamil tidak ditemukan perbedaan rata-rata perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi yang signifikan.

Pada daerah sub urban ditemukan ada perbedaan rata-rata perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi pada pengukuran kedua dan ketiga jika dibandingkan dengan pengukuran pertama. Terjadi kenaikan perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi sesudah kelas hamil dan 2 minggu sesudah kelas hamil dibandingkan perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi awal sebelum kelas hamil sebesar 11.125 dan 11.75 sedangkan perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi sesudah 2 minggu kelas hamil dibandingkan sesudah kelas hamil tidak ada perbedaan signifikan rata-rata perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi.

#### 4.4.2 Pembahasan

Hasil penelitian pada kelompok kontrol / kelas tatap muka di daerah urban menunjukkan bahwa ada perbedaan rata-rata perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi terjadi pada pengukuran sesudah kelas hamil dan 2 minggu sesudah kelas hamil dibandingkan pengukuran awal sebelum kelas hamil tatap muka. Hal ini

kemungkinan karena pengetahuan ibu hamil setelah mengikuti kelas hamil tatap muka meningkat seperti hasil penelitian Asresie, M.B. & Dagneu, G.W. (2019) yang menemukan bahwa tingkat kesiapan kelahiran pada ibu hamil yang mengikuti kelas hamil lebih tinggi dan lebih mungkin untuk melahirkan di fasilitas kesehatan dibanding yang tidak mengikuti kelas hamil. Penelitian Shukla M et all (2019) yang menemukan indeks P4K 1 bulan setelah ibu hamil konseling P4K meningkat secara signifikan yang artinya konseling P4K yang terfokus & terstruktur berdampak pada pengetahuan dan sikap ibu untuk menerapkan praktik perilaku selama hamil.

Kelas hamil tatap muka dilakukan dengan menggunakan media lembar balik dan buku KIA. Media ini diketahui efektif sebagai media edukasi. Penelitian Sutrisno dan Sunanto (2022) menemukan penggunaan media promosi kesehatan lembar balik berpengaruh di pada sikap, pengetahuan, dan perilaku kesehatan terkait nutrisi, gizi dan masalah kesehatan masyarakat lainnya.

Hasil penelitian daerah urban dan sub urban perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi sesudah 2 minggu kelas hamil dibandingkan sesudah kelas hamil tidak ada perbedaan signifikan rata-rata perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi. Hal ini karena perubahan perilaku disebabkan oleh beberapa factor. Penelitian Murdiati dan Patriajati (2017) menunjukkan bahwa variabel yang signifikan berhubungan dengan perilaku ibu hamil dalam merencanakan

persalinan untuk pencegahan komplikasi yaitu, pengetahuan ibu, paritas, sikap ibu, dukungan tenaga kesehatan, ketersediaan prasarana dan sarana, dan dukungan suami yang juga sebagai factor paling dominan artinya ibu hamil yang memiliki dukungan suami yang baik dalam program P4K memiliki kemungkinan untuk merencanakan persalinan yang baik dibandingkan dengan ibu hamil yang kurang memiliki dukungan suami. Dukungan suami ini dapat berupa dukungan secara moral dan material. Pasangan / suami berperan penting dalam pengambilan keputusan selama hamil dan persalinan termasuk dalam mempersiapkan kelahiran dan pencegahan komplikasi juga berperan dalam dukungan material berupa finansial untuk membeli perlengkapan persalinan, menyediakan makanan bergizi, mengidentifikasi dan menyediakan transportasi. (Forbes F. et all, 2021)

Selain dukungan suami, dukungan keluarga juga dapat mempengaruhi seseorang terhadap sesuatu, sehingga suami dan keluarga juga sangat penting untuk mendapatkan informasi tentang kehamilan dan P4K baik melalui kelas hamil atau media lainnya. Penelitian di Tanzania menunjukkan bahwa ibu hamil dan keluarga yang mengikuti program pendidikan antenatal kelompok mampu mengidentifikasi fasilitas kesehatan pada kasus darurat, pendampingan ke faskes persalinan, keterlibatan perempuan dalam pengambilan keputusan dan kunjungan antenatal lebih dari empat kali sehingga meningkatkan hasil kelahiran dengan menurunkan perdarahan atau kejang selama persalinan dan

kelahiran serta operasi caesar dan komplikasi neonatal yang lebih sedikit. (Shimpuku et al, 2019). Ibu hamil yang melakukan diskusi dengan anggota keluarga akan lebih mempraktikkan P4K. Penelitian Akshaya KM dan Shivalli (2017) menemukan bahwa diskusi ibu hamil dengan anggota keluarga berhubungan dengan praktik P4K.

Untuk merencanakan persalinan dan mencegah komplikasi tidak hanya dibutuhkan pengetahuan yang baik tetapi juga sumber daya, salah satunya pendapatan keluarga. Pendapatan yang tinggi tentu akan memungkinkan ibu dan keluarga untuk menabung untuk biaya persalinan / pemeriksaan kehamilan. Kaewkiattikun (2018) menemukan bahwa pendapatan tinggi merupakan factor prediktif untuk perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi yang baik selain pendidikan yang tinggi, multiparitas dan keluarga yang besar. Ananche et al (2020) juga menemukan bahwa status pendidikan, agama, umur, pendapatan keluarga, dan pengetahuan tentang tanda bahaya kebidanan berhubungan bermakna dengan kesiapsiagaan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi.

#### 4.5 Perbedaan Perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi antara kelas daring dan tatap muka

##### 4.5.1 Hasil penelitian

###### a. Uji homogenitas

Uji homogenitas dilakukan untuk mengetahui apakah suatu varians data bersifat homogen sebagai syarat untuk dilakukannya uji *independent*

*sample t test*Tabel 4.12 Tabel *p value Uji Homogenitas* Perilaku Perencanaan Persalinan dan Komplikasi

Kelompok	Urban	Sub Urban
Post tes 1	0.656	0.189
Post test 2	0.787	0.228

Sumber : *Output SPSS*

Berdasarkan tabel diatas diketahui nilai signifikansi 0,656; 0,189; 0,787 dan 0,228 yang artinya  $> 0,05$  sehingga dapat disimpulkan bahwa varians data post tes kelas eksperimen dan data post test kelas kontrol baik di daerah urban dan sub urban adalah homogen.

b. Uji hipotesis *Independent Sample t test*

Uji *Independent Sample t test* dilakukan untuk mengetahui apakah ada perbedaan rata - rata perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi antara kelas daring dan tatap muka.

Tabel 4.13 Tabel *p value Uji Independent Sample t test* Perilaku Perencanaan Persalinan dan Komplikasi

Kelompok	Urban	Sub Urban
Post tes 1	0.656	0.189
Post test 2	0.787	0.228

Sumber : *Output SPSS*

Pada tabel tersebut tampak bahwa di daerah urban dan sub urban diperoleh  $p > 0,05$  maka diambil kesimpulan bahwa tidak terdapat perbedaan rata-rata perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan

komplikasi antara kelas daring dan tatap muka di semua pengukuran.

- c. Uji Efektifitas dengan N-Gain tidak bisa dilakukan karena tidak memenuhi syarat.

#### 4.5.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa tidak terdapat perbedaan rata-rata perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi antara kelas daring dan tatap muka di semua pengukuran daerah urban dan suburban. Hal ini artinya bahwa kelas daring maupun tatap muka dapat dilakukan di daerah urban dan sub urban. Hasil penelitian Patriajati dan Sriaatmi tahun 2019 menunjukkan bahwa hanya 54,3% ibu yang mengikuti kelas antenatal. Kelas hamil daring dapat digunakan sebagai alternatif dalam memberikan edukasi pada ibu hamil mengingat pentingnya kelas ibu hamil terhadap perubahan perilaku telah dimanfaatkan berbagai usia, wilayah, setiap saat dan murah.

Kelas daring telah dimanfaatkan ibu hamil berbagai usia. Chen X.W et all (2022) menemukan bahwa tidak ada perbedaan bermakna proporsi pembelajaran online ibu hamil antara kelompok usia <18 tahun dengan usia 18-34 tahun dan usia >35 tahun baik sebelum pandemic maupun sesudah pandemic COVID-19. Kelas daring juga telah dimanfaatkan ibu hamil berbagai wilayah baik pedesaan dan perkotaan. Penelitian Chen X.W et all (2022) di China menemukan bahwa pada tahun 2019 sebelum pandemic sebanyak 37,1% ibu hamil di perkotaan dan 16,4% ibu hamil di pedesaan mengikuti kelas hamil daring dan

jumlah ini meningkat pada saat pandemic menjadi 44,5% di perkotaan dan 29,5% di pedesaan yang mengikuti kelas daring.

Kelas daring telah dimanfaatkan juga oleh suami ibu hamil. Penelitian Santoso HY et al (2019) menunjukkan bahwa Nilai P4K suami istri yang mengikuti konseling dan menggunakan aplikasi Suami Siaga Plus meningkat secara bermakna dibandingkan yang hanya mendapatkan konseling.

Menurut Sukarno dan Harianto (2017) wilayah sub urban dapat diartikan wilayah peralihan yaitu wilayah yang berada di wilayah perkotaan (urban) dan pedesaan (rural), sehingga komunitas pada daerah sub urban ini mempunyai sifat rural dan juga sifat urban. Hal ini memungkinkan daerah urban dan sub urban tidak lagi menimbulkan perbedaan dalam pendidikan, aksesibilitas dan ketersediaan layanan, serta akses informasi, sebagaimana hasil penelitian yang menunjukkan bahwa baik daerah urban maupun sub urban sebagian besar memiliki pendidikan menengah keatas.

Daerah urban dan sub urban juga menunjukkan tidak ada perbedaan dalam aksesibilitas dan ketersediaan layanan kesehatan seperti di Kota Semarang pada tahun 2022 terdapat 32 RS dan 38 Puskesmas untuk memberikan layanan kesehatan bahkan terdapat ambulans kegawatan dilengkapi tenaga medis di 16 titik lokasi untuk menjangkau seluruh wilayah Kota Semarang (Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2023).

Daerah urban dan sub urban juga menunjukkan tidak ada perbedaan dalam akses informasi. Informasi mengenai P4K dapat dijangkau di daerah urban dan sub urban Kota Semarang melalui edukasi tentang P4K oleh tenaga kesehatan, juga buku KIA. Kader kesehatan yang dekat dengan masyarakat baik di daerah urban dan sub urban juga berperan penting dalam memberikan edukasi tentang P4K pada ibu hamil dan memungkinkan semua ibu hamil mendapatkan informasi P4K sebagaimana penelitian Ollie N. et al (2022) yang menemukan bahwa kader mampu memberikan edukasi dan pengisian stiker P4K pada ibu hamil sehingga hasil penelitian ini tidak sejalan dengan Girma et al (2022), Limenih et al (2019) dan Gudeta et al (2019) yang menemukan bahwa penduduk perkotaan lebih banyak mempraktikkan perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi dari pada penduduk pedesaan karena adanya perbedaan informasi yang diperoleh.

Akses informasi terkait kehamilan juga dapat diperoleh melalui media online yang tidak terbatas oleh wilayah dan waktu sehingga baik ibu hamil di daerah urban dan sub urban memiliki kesempatan yang sama dalam mendapatkan informasi. Penelitian Al-Dahshan A (2021) di Qatar menemukan bahwa sumber informasi terkait kehamilan yang paling banyak digunakan adalah internet (81, 1%) baik melalui situs web, media social maupun aplikasi seluler dengan topik utama perkembangan bayi, penatalaksanaan kesehatan, persiapan persalinan dll.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Sriatmi et al (2020)

yang menemukan bahwa kelas ibu hamil virtual lebih baik dalam mempengaruhi dan meningkatkan praktik pencegahan risiko tinggi kehamilan dibandingkan kelas hamil konvensional. Hal ini kemungkinan karena praktik perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi tidak hanya dipengaruhi factor keikutsertaan pada kelas hamil saja tetapi juga factor lainnya. Silwal et all (2020) menemukan bahwa usia, agama, pendidikan, jenis keluarga, usia menikah, jumlah anak, paritas, pengetahuan tentang kesiapsiagaan persalinan, pengetahuan tentang tanda bahaya, tempat ANC dan persalinan, dan pengambil keputusan ditemukan signifikan dengan praktik kesiapsiagaan kelahiran. Endeshaw et all (2018) menemukan bahwa selain pendidikan, pengetahuan tentang P4K, pengetahuan tanda bahaya, praktik P4K berhubungan bernakna dengan usia kehamilan, pekerjaan dan pendidikan pasangan, status perkawinan, tempat tinggal, pendapatan bulanan, dan waktu ANC pertama.

Penelitian Chaudhary K et al (2023) menemukan bahwa pada ibu hamil yang menerima pendidikan kesehatan melalui video PNC memiliki skor pengetahuan yang meningkat dibandingkan yang tidak sebesar 8,07 poin artinya pendidikan kesehatan berbasis media social efektif meningkatkan skor pengetahuan PNC pada ibu hamil. Penelitian lain tentang penggunaan aplikasi seluler yang dilakukan Kiani N dan Pirzadeh A (2021) untuk mempromosikan ibu hamil tentang aktifitas fisik menemukan bahwa skor rata-rata kenikmatan, manfaat dan total

skor aktivitas fisik pada ibu hamil lebih tinggi pada ibu hamil yang memanfaatkan aplikasi seluler dan bermakna secara statistik. Pemberian informasi melalui media online / daring murah untuk dilakukan. Penelitian LaFevre et all (2018) menemukan bahwa pengiriman informasi kesehatan melalui pesan SMS merupakan strategi memperkuat pelayanan kesehatan untuk ibu hamil yang menghemat biaya.

Program Jaminan kesehatan di Kota Semarang telah menjangkau 99,24 % warga Kota Semarang tahun 2022 sehingga masyarakat tidak terbebani biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan baik di daerah urban dan sub urban Kota Semarang termasuk pelayanan KIA khususnya perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi sehingga hasil penelitian ini juga tidak sejalan dengan penelitian Obionu I.M et all (2022) yang menemukan bahwa praktek perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi lebih tinggi pada responden perkotaan yang disebabkan karena adanya layanan KIA gratis.

## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Simpulan**

Simpulan penelitian ini sebagai berikut:

1. Ada perbedaan rata-rata perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi pada ibu hamil yang mengikuti kelas daring di daerah urban dan sub urban Kota Semarang.
2. Ada perbedaan rata-rata perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi pada ibu hamil yang mengikuti kelas tatap muka di daerah urban dan sub urban Kota Semarang.
3. Tidak ada perbedaan rata-rata perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi pada ibu hamil yang mengikuti kelas daring dan tatap muka di daerah urban dan sub urban Kota Semarang.

#### **5.2 Saran**

Berdasarkan hasil dan simpulan, saran yang dapat disampaikan adalah :

1. Bagi Puskesmas dan Dinas Kesehatan
  - a. Mengembangkan inovasi program kelas ibu hamil sehingga kelas ibu hamil mampu menjangkau semua ibu hamil dan keluarganya serta meningkatkan kemampuan ibu untuk meningkatkan kesejahteraannya.
  - b. Mengembangkan modul / kurikulum dan sistem kelas hamil sehingga setiap ibu yang tercatat hamil dalam sistem tersebut akan mendapatkan materi pembelajaran secara otomatis sesuai kurikulum dan mendapatkan *reward* / pengakuan berupa sertifikat jika telah

menyelesaikan materi yang dipelajarinya.

2. Bagi peneliti selanjutnya
  - a. Melakukan penelitian lanjutan yang bersifat kualitatif sehingga diketahui secara lebih mendalam tentang perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi di masing – masing wilayah urban dan sub urban.
  - b. Melakukan penelitian lanjutan dengan melibatkan variabel pengganggu yang turut mempengaruhi perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ahmed et all. (2021). The effect of COVID-19 on maternal newborn and child health (MNCH) services in Bangladesh, Nigeria and South Africa: call for a contextualised pandemicresponse in LMICs. *International Journal for Equity in Health* 20:77.
- Akshaya, K. M., & Shivalli, S. (2017) Birth preparedness and complication readiness among the women beneficiaries of selected rural primary health centers of Dakshina Kannada district, Karnataka, India. *PLoS ONE* 12(8): e0183739
- Al-Dahshan, A., Chehab, M., & Mohamed, A. *et al.* (2021). Pattern of internet use for pregnancy-related information and its predictors among women visiting primary healthcare in Qatar: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 21, 747
- Ananche, T. A., and Wodajo L. T. (2020). Birth Preparedness Complication Readiness and Determinants Among Pregnant Women : a Community-Based Survey from Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*.
- Andarge, E., Nigussie, A. & Wondafrash, M. (2017). Factors associated with birth preparedness and complication readiness in Southern Ethiopia: a community based cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 17, 412
- Ashar H. et all (2018). Hubungan Karakteristik Ibu, Intensitas Pemeriksaan Kehamilan, Dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Yang Diterima Dengan Kepatuhan Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi Di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*. 49-57
- Ashriady et all. (2022). Aspek Sosial Budaya dalam Perawatan Kehamilan pada Masyarakat Pesisir Kabupaten Mamuju. *Jurnal Kesehatan Terpadu (Integrated Health Journal)*. Vol. 13 No. 1, Mei 2022 (53-65)
- Asresie, M.B., & Dagne, G.W. (2019). Effect of attending pregnant women's conference on institutional delivery, Northwest Ethiopia: comparative cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 19, 353
- Atmaja et all. (2023). Metode kelas ibu hamil dalam meningkatkan pengetahuan pencegahan komplikasi kehamilan. *JKM : Jurnal Kesehatan Mahardika*. 48-52
- Azhar et all. (2020). The Influence of pregnancy classes on the use of maternal health service in Indonesia. *BMC Public Health*, 20:372.

- Boltena, M.T., Kebede, A.S., El-Khatib, Z. *et al.* (2021). Male partners' participation in birth preparedness and complication readiness in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 21, 556
- Chaudhary K. *et al.* (2023) Effect of a social media-based health education program on postnatal care (PNC) knowledge among pregnant women using smartphones in Dhulikhel hospital: A randomized controlled trial. *PLoS ONE* 18(1): e0280622
- Chen X.W *et al.* (2022). Analysis Of Online Antenatal Education Class Use Via A Mobile Terminal App During The COVID-19 Pandemic. *BMC Pregnancy and Childbirth* 22, 412
- Debelie T.Z., *et al.* (2021) Birth preparedness and complication readiness practice and associated factors among pregnant women in Northwest Ethiopia: 2018. *PLoS ONE* 16(4): e0249083.
- Derya Y. A *et al.* (2021). Pregnancy and birth planning during COVID-19 : The Effect of Tele-education Offered to Pregnant Women on Prenatal Distress and Pregnancy- Related Anxiety. *Midwifery*.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. (2022). *Profil Kesehatan Kota Semarang 2021*. Semarang: Dinas Kesehatan Kota Semarang.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. (2023). *Profil Kesehatan Kota Semarang 2022*. Semarang: Dinas Kesehatan Kota Semarang.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2022). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2021*. Semarang: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
- Endeshaw, DB, Gezie, LD & Yeshita, HY (2018). Birth preparedness and complication readiness among pregnant women in Tehulederie district, Northeast Ethiopia: a community-based cross-sectional study. *BMC Nurs* 17, 10
- Forbes F. *et al.* (2021). Male partner involvement in birth preparedness, complication readiness and obstetric emergencies in Sub-Saharan Africa: a scoping review. *BMC Pregnancy Childbirth* 21, 128
- Galle *et al.* (2021). A double-edged-telemedicine for maternal care during COVID-19 : findings from a global mixed-methods study of healthcare providers. *BMJ Global Health*.
- Girma *et al.* (2022). Birth preparedness and complication readiness practice and associated factors among pregnant women in Central Ethiopia, 2021: A cross-

sectional study. *Plos One*

Gudeta et al (2019). Factors Associated with Birth Preparedness and Complication Readiness Among Pregnant Women in Bench Maji Zone, Southwest Ethiopia: A Community-Based Cross-Sectional Study. *Ethiopian Journal of Health Sciences*. 567-576

Habte A, Tamene A, Woldeyohannes D (2023) The uptake of WHO-recommended birth preparedness and complication readiness messages during pregnancy and its determinants among Ethiopian women: A multilevel mixed-effect analyses of 2016 demographic health survey. *PLoS ONE* 18(3): e0282792.

Houle et al. (2015). The Impact of Maternal Mortality and Cause of Death on Children's Risk of Dying in Rural South Africa : Evidence from a Population Based Study (1992-2013). *Reproductive Health 12 (Suppl 1) : S7*.

Ijang et al. (2019). Awareness and Practice of Birth Preparedness and Complication Readiness Among Pregnant Women in the Bamenda Health District, Cameroon. *BMC Pregnancy and Childbirth 19 : 371*.

Ismah Z et al. (2021). *Derajat Kesehatan Masyarakat Urban, Sub Urban, dan Pesisir Kota Medan*. Medan : Merdeka Kreasi Group

JHPIEGO. (2004). *Monitoring Birth Preparedness and Complication Readiness*. Maryland: JHPIEGO.

Kementerian Kesehatan. (2014). *Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.

Kementerian Kesehatan. (2020). *Pedoman Bagi Ibu Hamil, Bersalin, Nifas dan bayi Baru Lahir di Era pandemi Covid-19 Revisi 1*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.

Kementerian Kesehatan. (2022). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Ketema et al. (2020). Effects of Maternal Education on Birth Preparedness and Complication Readiness Among Ethiopian Pregnant Women : a Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth 20 :149*.

Kiani N dan Pirzadeh. (2021). Mobile-application intervention on physical activity of pregnant women in Iran during the COVID-19 epidemic in 2020. *Jurnal of Education and Health Promotion*. 10:328

- Kiataphiwasu N and Kewkiattikun K. (2018). Birth Preparedness and Complication Readiness Among Pregnant Women Attending Antenatal Care at the Faculty of Medicine Vajira Hospital, Thailand. *International Journal of Women's Health*, 797-804.
- LeFevre A. et al (2018). Forecasting the Value for Money of Mobile Maternal Health Information Messages on Improving Utilization of Maternal and Child Health Services in Gauteng, South Africa: Cost-Effectiveness Analysis. *JMIR mHealth and uHealth*. Jul 27;6(7):e153
- Limenih et all. (2019). Birth Preparedness, Readiness Planning and Among Mothers in Farta District, Ethiopia : a Cross-Sectional Study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 19:171.
- Lina Siti Nuryawati dan Suci Budiasih. (2017). Hubungan Kelas Ibu hamil dengan Pengetahuan Ibu Hamil tentang tanda-tanda bahaya kehamilan di Desa Surawangi Wilayah kerja UPTD Puskesmas Jatiwangi Kabupaten Majalengka Tahun 2016. *Midwife Journal*, Volume 3 No 1 60-66.
- Masoi, T.J., Kibusi, S.M. (2019). Improving pregnant women's knowledge on danger signs and birth preparedness practices using an interactive mobile messaging alert system in Dodoma region, Tanzania: a controlled quasi experimental study. *Reprod Health* 16, 177
- Molla et all. (2015). Impact of Maternal Mortality on Living Children and families : A Qualitative Study from Butajira, Ethiopia. *Reproductive Health*, 12 : S6.
- Murdiati A dan Patriajati S. (2017). Analisis Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Ibu Hamil Dalam Merencanakan Persalinan Untuk Pencegahan Komplikasi Di Wilayah Kerja Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia Vol 12 / No 1*, 115-133.
- Nugraheni WP, Mubasyiroh R, Hartono RK (2020) The influence of *Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)* on the cost of delivery services in Indonesia. *PLoS ONE* 15(7)
- Obionu M.I et all (2022). Preparation for Birth and Complication Readiness: Rural-Urban Disparities Among Pregnant Women in Communities in Enugu State, Nigeria. *The Pan African Medical Journal*. 310
- Olii N. et all (2022). Peremberdayaan Kader Kesehatan Dalam Pelaksanaan Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi. *Jurnal Masyarakat Mandiri*. 227-235
- Onoh RC, Egede JO, Lawani LO, Ekwedigwe KC, Aja LO, Anozie BO. (2020).

Birth preparedness and complication readiness among women of reproductive age group in Abakaliki, Southeast Nigeria. *Niger J Clin Pract.* Mar;23(3):362-370

Patriajati S dan Sriatmi A. (2019). Determinants of Mothers' Participation in Antenatal Classes. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia Volume 7 No 2*, 139-145.

Peraturan Presiden Nomor 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional. (n.d.).

Pervin J, Nu UT, Rahman AMQ, Rahman M, Uddin B, Razzaque A, et al. (2018) Level and determinants of birth preparedness and complication readiness among pregnant women: A cross sectional study in a rural area in Bangladesh. *PLoS ONE* 13(12): e0209076

Puspita Y dan Susanti E. (2017). Penyuluhan Kelas Ibu Hamil Tentang P4K. *Jurnal Media Kesehatan*, 78-83.

Rachmawati W.C. (2019). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Malang : Wineka Media.

Rajvanshi, D., Anthony, J., Namasivayam, V. et al. (2021). Association of identification of facility and transportation for childbirth with institutional delivery in high priority districts of Uttar Pradesh, India. *BMC Pregnancy Childbirth* 21, 724

Respati et all. (2019). Analisis Faktor Determinan Kematian Ibu di kabupaten Sukoharjo, Jawa Tengah, Indonesia. *Jurnal Kesehatan reproduksi*, Volume 6 No 2 52-59.

Roberton et all. (2020). Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Global Health*.

Sageer et all. (2019). Cause and Contributory Factors of Maternal Mortality : Evidence from Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response in Ogun State, Southwest Nigeria. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19:63.

Santoso HYD et al. (2017) Android Application Model of "Suami Siaga Plus" as an Innovation in Birth Preparedness and Complication Readiness (BP/CR) Intervention. *J Family Reprod Health*. Mar;11(1):30-36.

Sari, K. C. (2019). Pengaruh Media Video pada Kelas Ibu Hamil terhadap Pengetahuan Sikap dan Perilaku Pemilihan Penolong Persalinan. *Juornal for Quality in Women's Health* , Vol 2 No 2 5-15.

- Sasnitiari et all. (2017). Hubungan Keikuatsertaan Ibu dalam Kelas Ibu Hamil dengan Pengetahuan dan Sikap terhadap Tanda Bahaya dalam Kehamilan di Kota Bogor. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 8 (2) 175-185.
- Sastroasmoro, S. (2014). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Sharma et all. (2019). Status and Determinants of Birth Preparedness and Complication Readiness in Rural Block of Haryana . *Journal of Family Medicine and Primary Care Volume 8 : Issue 2*, 482-486.
- Shimpuku et all. (2019). A family-oriented antenatal education program to improve birth preparedness and maternal-infant birth outcomes: A cross sectional evaluation study. *Reproductive Health*, 16:107.
- Shukla M et all (2019). Effect of focused birth preparedness and complication readiness counseling on pregnancy outcome among females attending tertiary care hospital in Barabanki district, Uttar Pradesh, India. *Journal of Education and Health Promotion*. 8:113
- Silwal et all. (2020). Factors Influencing Birth Preparedness in Rapti Municipality of Chitwan, Nepal. *International Journal of Pediatrics*.
- Sriatmi et al. (2020). Dapatkah Kelas Ibu Hamil Model Virtual Meningkatkan Praktik Pencegahan Risiko Tinggi Kehamilan ? *Media Litbangkes Vol 30 No 1*, 1-14.
- Sukirno F. S dan Harianto S. (2017). Pergeseran Gaya Hidup Masyarakat Sub Urban Area di Kota Mojokerto. *Paradigma*. 1-10
- Sutrisno dan Sunanto (2022). Efektivitas Penggunaan Lembar Balik sebagai Media Promosi Kesehatan : Tinjauan Sistematis. *Jurnal Kesehatan Terpadu (Integrated Health Journal)*. 1-11
- Tafere, T.E., Afework, M.F. & Yalew, A.W. (2018). Counseling on family planning during ANC service increases the likelihood of postpartum family planning use in Bahir Dar City Administration, Northwest Ethiopia: a prospective follow up study. *Contracept Reprod Med* 3, 28
- Teekhasaenee T dan Kaewkiattikun K. (2020). Birth Preparedness and Complication Readiness Practices Among Pregnant Adolescent in Bangkok, Thailand. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 1-8.
- Undang-undang Nomor 26 Tahun 2007 tentang Penataan Ruang

WHO. (2015). *WHO Recommendations on Health Promotion interventions for Maternal and Newborn Health*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2022). *World Health Statistic : Monitoring health for the SDG's, sustainable development goals*. Geneva : World Health Organization

Wulandari RD, Laksono AD. (2020). Determinants of knowledge of pregnancy danger signs in Indonesia. *PLoS ONE* 15(5): e0232550

## **PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN**

Bapak/ Ibu/ Saudara yang terhormat,

Dengan segala kerendahan hati, saya Rubinem, NIM 0613519027, mahasiswa S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang, Semarang memohon keikhlasan Bapak/ Ibu/ Saudara untuk menjawab pertanyaan - pertanyaan pada daftar berikut tanpa prasangka dan perasaan tertekan.

Kami saat ini mengadakan penelitian dengan judul: “Perbedaan efektifitas antara Kelas daring dan kelas tatap muka pada ibu hamil terhadap perilaku perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi di urban dan sub urban Kota Semarang”. Bersama ini kami mengajukan beberapa pertanyaan yang terkait dengan penelitian tersebut.

Hasil penelitian tersebut akan kami ajukan untuk memberikan masukan dalam menyusun program kesehatan terkait kesehatan ibu & anak khususnya tentang kelas ibu hamil kepada pemangku kepentingan.

Besar harapan kami semoga Bapak/ Ibu/ Saudara dapat menjawab dengan sebenarnya dan sungguh- sungguh, karena kami akan menjaga kerahasiaan jawaban Bapak/ Ibu/ Saudara. Demikian harapan kami, sebelumnya kami ucapkan terimakasih atas kesediaan Bapak/ Ibu / Saudara meluangkan waktu membantu kami.

Semarang, Agustus 2022

Hormat saya,

Rubinem

## **PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN**

Semua penjelasan tersebut telah dijelaskan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti bahwa bila memerlukan penjelasan saya dapat menanyakan kepada Saudara Rubinem. Dengan menandatangani formulir ini, saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Tandatangan subjek  Tanggal

(Nama jelas..... )

Tandatangan saksi

(Nama jelas..... )

## LEMBAR KUESIONER

### PERBEDAAN EFEKTIFITAS ANTARA KELAS DARING DAN KELAS TATAP MUKA PADA IBU HAMIL TERHADAP PERILAKU PERENCANAAN PERSALINAN DAN PENCEGAHAN KOMPLIKASI DI URBAN DAN SUB URBAN KOTA SEMARANG

Kode Responden: \_\_\_\_\_ (diisi oleh peneliti)

#### I. Identitas Responden

- a. Nama \_\_\_\_\_ :
- b. Pendidikan terakhir \_\_\_\_\_ :
- c. Umur \_\_\_\_\_ :
- d. Pekerjaan \_\_\_\_\_ :
- e. Kehamilan ke \_\_\_\_\_ :
- f. Jumlah Persalinan yang pernah dialami \_\_\_\_\_ :
- g. Jumlah keguguran yang pernah dialami \_\_\_\_\_ :
- h. Alamat \_\_\_\_\_ :
- i. Nomor HP \_\_\_\_\_ :
- j. Keikutsertaan kelas hamil : a. Daring \_\_\_\_\_ b. Tatap Muka \_\_\_\_\_

#### II. Pengetahuan tentang perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi

Jawab pertanyaan berikut dengan memberi tanda X. Jawaban bisa lebih dari satu.

1. Tanda permasalahan kesehatan serius yang dapat membahayakan ibu hamil adalah ....

- a. Perdarahan \_\_\_\_\_
- e. Gerakan janin berkurang / tidak bergerak \_\_\_\_\_

- b. Demam tinggi      f. Bengkak di kaki, tangan dan wajah
- c. Keluar air ketuban    h. Muntah terus menerus dan tidak mau makan
- d. Nyeri kepala dan pandangan kabur
- a. Lainnya, sebutkan .....

2. Tanda permasalahan kesehatan serius yang dapat membahayakan ibu bersalin adalah ....

- a. Perdarahan                      e. Tali pusat / tangan bayi keluar dari jalan lahir
- b. Kejang                              f. Tidak kuat mengejan
- c. Air ketuban keruh              g. Air ketuban berbau
- d. Kesakitan hebat saat melahirkan    h. Lainnya, sebutkan .....

3. Tanda permasalahan kesehatan serius yang dapat membahayakan ibu nifas adalah ....

- a. Perdarahan    f. Keluar Cairan berbau dari jalan lahir
- b. Kejang        g. Bengkak di kaki, tangan dan wajah serta sakit kepala
- c. Demam        h. Payudara bengkak, merah dan nyeri
- d. Puting lecet    i. Sedih, murung dan menangis tanpa sebab
- e. Lainnya, sebutkan.....

4. Hal-hal yang perlu dipersiapkan dalam merencanakan persalinan dan pencegahan komplikasi adalah

- a. Alat transportasi                      e. Perlengkapan ibu & bayi
- b. Biaya persalinan                      f. Pendamping Persalinan
- c. Calon pendonor darah              g. Alat kontrasepsi sesudah melahirkan
- d. Tempat & Penolong persalinan

### III. Sikap

Petunjuk Pengisian:

1. Pilihlah salah satu jawaban yang anda anggap paling sesuai dengan pendapat anda seperti yang telah digambarkan oleh pernyataan yang tersedia. Tidak ada benar dan salah dalam jawaban anda.

2. Berilah tanda (√) pada salah satu pilihan yang tertera di kolom jawaban.

SS = Sangat Setuju,    S = Setuju,    N = Netral,

TS = tidak setuju    STS = sangat tidak setuju

No	Uraian	Jawaban				
		SS	S	N	TS	STS
1	Ibu hamil harus mengetahui kapan dia akan melahirkan					
2	Suami tidak perlu menemani ibu untuk pemeriksaan kehamilan					
3	Suami tidak perlu menemani ibu saat melahirkan					
4	Ibu hamil tidak perlu mengetahui golongan darahnya					
5	Ibu hamil tidak perlu menyiapkan calon pendonor darah					
6	Ibu hamil tidak perlu menabung untuk biaya persalinan					
7	Ibu hamil tidak perlu merencanakan alat transportasi menuju tempat bersalin					

8	Ibu hamil tidak perlu merencanakan dimana dia akan melahirkan					
9	Ibu hamil tidak perlu mengemas & menyiapkan perlengkapan ibu & bayi saat melahirkan					
10	Ibu hamil tidak perlu merencanakan metode kontrasepsi yang akan digunakan setelah melahirkan					

#### IV. Praktek Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi

Jawablah pertanyaan berikut

1. Apakah ibu sudah merencanakan siapakah yang akan menolong persalinan ibu ?
  - a. Ya, sebutkan .....
  - b. Belum merencanakan
2. Apakah ibu sudah merencanakan dimanakah ibu akan melahirkan?
  - a. Ya, sebutkan .....
  - b. Belum merencanakan
3. Apakah ibu sudah menabung untuk biaya persalinan ?
  - a. Ya
  - b. Tidak
4. Apakah ibu sudah mengikuti asuransi kesehatan untuk biaya persalinan ?
  - a. Ya sebutkan.....
  - b. Tidak

5. Apakah ibu sudah merencanakan alat transportasi yang akan ibu gunakan ke fasilitas saat akan melahirkan ?
  - a. Ya, sebutkan.....
  - b. Belum merencanakan
6. Apakah ibu sudah membicarakan dengan orang lain tentang alat transportasi yang akan ibu gunakan ke fasilitas saat akan melahirkan ?
  - a. Ya, dengan .....
  - b. Belum
7. Apakah ibu sudah menyiapkan perlengkapan bayi untuk dibawa ke fasilitas kesehatan saat melahirkan ?
  - a. Ya, sebutkan.....
  - b. Belum
8. Apakah ibu sudah menyiapkan perlengkapan ibu untuk dibawa ke fasilitas kesehatan saat melahirkan ?
  - a. Ya, sebutkan.....
  - b. Belum
9. Apakah ibu mengetahui golongan darah ibu ?
  - a. Ya, sebutkan .....
  - b. Belum / Tidak
10. Apakah ibu sudah menyiapkan calon pendonor darah untuk menghadapi persalinan & komplikasi ?
  - a. Ya, sebutkan siapa .....
  - b. Belum / Tidak

11. Apakah ibu sudah merencanakan siapakah yang akan mendampingi ibu saat melahirkan ?

a. Ya, sebutkan .....

b. Belum / Tidak

12. Apakah ibu sudah merencanakan siapakah yang akan mengambil keputusan tindakan untuk ibu saat melahirkan ?

a. Ya, sebutkan .....

b. Belum / tidak

13. Apakah ibu sudah merencanakan metode KB apa yang akan ibu gunakan setelah ibu melahirkan ?

a. Ya, sebutkan .....

b. Belum / Tidak

14. Apakah ibu sudah membicarakan dengan orang lain tentang metode KB apa yang akan ibu gunakan setelah ibu melahirkan ?

a. Ya, sebutkan dengan siapa .....

b. Belum / Tidak



**ETHICAL CLEARANCE**  
**Nomor: 491/KEPK/EC/2022**

Komite Etik Penelitian Kesehatan Universitas Negeri Semarang, setelah membaca dan menelaah usulan penelitian dengan judul :

Perbedaan Efektifitas Antara Kelas Daring dan Kelas Tatap Muka Pada Ibu Hamil Terhadap Perilaku Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi di Urban dan Sub Urban Kota Semarang

Nama Peneliti Utama : Rubinem  
Nama Pembimbing : Prof. Dr.dr. Oktia Woro K.H., M. Kes  
Institusi Peneliti : Prodi S2 Kesehatan Masyarakat, Pascasarjana, UNNES  
Lokasi Penelitian : Puskesmas Karangmalang dan Ngemplak Simongan Kota Semarang  
Tanggal Persetujuan : 13 Oktober 2022  
(berlaku 1 tahun setelah tanggal persetujuan)

menyatakan bahwa penelitian di atas telah memenuhi prinsip-prinsip yang dinyatakan dalam Standards and Operational Guidance for Ethics Review of Health-Related Research with Human Participants dari WHO 2011 dan International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans dari CIOMS dan WHO 2016. Oleh karena itu, penelitian di atas dapat dilaksanakan dengan selalu memperhatikan prinsip-prinsip tersebut.

Komite Etik Penelitian Kesehatan berhak untuk memantau kegiatan penelitian tersebut.

Peneliti harus melampirkan *informed consent* yang telah disetujui dan ditandatangani oleh peserta penelitian dan saksi pada laporan penelitian.

Peneliti diwajibkan menyerahkan:

- Laporan kemajuan penelitian
- Laporan kejadian bahaya yang ditimbulkan
- Laporan akhir penelitian

Semarang, 13 Oktober 2022

Ketua,

Prof. Dr. dr. Oktia Woro K.H., M.Kes.  
NIP. 19591001 198703 2 001



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,  
RISET, DAN TEKNOLOGI  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG  
**PASCASARJANA**

Gedung A, Kampus Pascasarjana, Jl. Kelud Utara III, Semarang 50237  
Telepon +622486008700 Ext. 900, Faksimile +62248449969  
Laman: <http://pps.unnes.ac.id>, surel: [pascasarjana@mail.unnes.ac.id](mailto:pascasarjana@mail.unnes.ac.id)

Nomor : B/10830/UN37.2/PG/2022

30 September 2022

Hal : Izin Penelitian

Yth. Kepala Puskesmas Ngemplak Simongan  
Jl. Srinindito 48/11, Kel. Ngemplaksimongan, Kec. Semarang Barat, Semarang, Jawa  
Tengah

Dengan hormat, bersama ini kami sampaikan bahwa mahasiswa di bawah ini:

Nama : Rubinem  
NIM : 0613519027  
Program Studi : Kesehatan Masyarakat, S2  
Semester : Gasal  
Tahun akademik : 2022-2023  
Judul : PERBEDAAN EFEKTIFITAS ANTARA KELAS DARING  
DAN KELAS TATAP MUKA PADA IBU HAMIL  
TERHADAP PERILAKU PERENCANAAN PERSALINAN  
DAN PENCEGAHAN KOMPLIKASI DI URBAN DAN  
SUB URBAN KOTA SEMARANG

Kami mohon yang bersangkutan diberikan izin untuk melaksanakan penelitian tesis di perusahaan atau instansi yang Saudara pimpin, dengan alokasi waktu 5 Oktober - 5 November 2022.

Atas perhatian dan kerjasama Saudara, kami mengucapkan terima kasih.



a.n. Direktur Pascasarjana  
a.n. Wakil Direktur Bid. Akademik dan  
Manajemen,  
Prof. Dr. Ida Zulaecha, M. Hum.  
NIP 197001091994032001

Tembusan:  
Direktur Pascasarjana;  
Universitas Negeri Semarang



**PEMERINTAH KOTA SEMARANG**

**DINAS KESEHATAN**

**UPTD PUSKESMAS NGEPLAK SIMONGAN**

Jl. Srinindito IV/RT 08 RW 01, Ngemplak Simongan, Semarang

☎ (024) 7610212 Email : [pusk\\_ngemplak@yahoo.com](mailto:pusk_ngemplak@yahoo.com)

**SURAT KETERANGAN**

No. B/2041/074/XII/2022

Berdasarkan Surat dari Kementerian Pendidikan , Kebudayaan , Riset, Dan Teknologi Universitas Negeri Semarang, Tanggal 30 September 2022, Nomor : B/10830/UN37.2/PG/2022 perihal Ijin Penelitian atas :

N a m a : Rubinem

N I M : 0613519027

Judul : " Perbedaan Efektifitas Antara Kelas Daring Dan kelas Tatap Muka Pada Ibu Hamil Terhadap Perilaku Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi Di Urban Dan Sub Urban Kota Semarang ".

Menerangkan bahwa yang bersangkutan telah melaksanakan kegiatan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Ngemplak Simongan pada tanggal 05 Oktober s/d 05 November 2023 dengan baik sesuai dengan peraturan yang berlaku di Puskesmas Pemerintah Kota Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 21 November 2022

Kepala UPTD  
Puskesmas Ngemplak Simongan



dr. Diana Eka Ratnasari  
NIP. 197711242007012010

**TEMBUSAN Kepada Yth. :**  
Direktur Pascasarjana  
Universitas Negeri Semarang



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,  
RISET, DAN TEKNOLOGI  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG  
PASCASARJANA

Gedung A, Kampus Pascasarjana, Jl. Kelud Utara III, Semarang 50237  
Telepon +622486008700 Ext. 900, Faksimile +62248449969  
Laman: <http://pps.unnes.ac.id>, surel: [pascasarjana@mail.unnes.ac.id](mailto:pascasarjana@mail.unnes.ac.id)

Nomor : B/10831/UN37.2/PG/2022  
Hal : Izin Penelitian

03 Oktober 2022

Yth. Kepala Puskesmas Karangmalang  
Jln RM Soebagyo Tjondrokoesoemo, Karangmalang, Mijen, Kota Semarang

Dengan hormat, bersama ini kami sampaikan bahwa mahasiswa di bawah ini:

Nama : Rubinem  
NIM : 0613519027  
Program Studi : Kesehatan Masyarakat, S2  
Semester : Gasal  
Tahun akademik : 2022-2023  
Judul : PERBEDAAN EFEKTIFITAS ANTARA KELAS DARING  
DAN KELAS TATAP MUKA PADA IBU HAMIL  
TERHADAP PERILAKU PERENCANAAN PERSALINAN  
DAN PENCEGAHAN KOMPLIKASI DI URBAN DAN  
SUB URBAN KOTA SEMARANG

Kami mohon yang bersangkutan diberikan izin untuk melaksanakan penelitian tesis di perusahaan atau instansi yang Saudara pimpin, dengan alokasi waktu 5 Oktober - 5 November 2022.

Atas perhatian dan kerjasama Saudara, kami mengucapkan terima kasih.



a.n. Direktur Pascasarjana  
Wakil Direktur Bid. Akademik dan  
Mahasiswaan,

Prof. Dr. Ida Zulachā, M. Hum.  
NIP 197001091994032001

Tembusan:  
Direktur Pascasarjana;  
Universitas Negeri Semarang





**PEMERINTAH KOTA SEMARANG**  
**DINAS KESEHATAN**  
**PUSKESMAS KARANGMALANG**  
Jl. R.M. Soebagijono Tjondrokoesoemo Mijen Semarang Telp. 024 70783410

---

**SURAT KETERANGAN**

Nomor : B / 1805 / 072 / XI / 2022

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr Anasih Rachmawati  
N I P : 19710117 200212 2 003  
Jabatan : Kepala UPTD Puskesmas Karangmalang

Dengan ini menerangkan bahwa:

Nama : Rubinem  
N I M : 0613519027  
Pendidikan : Pascasarjana Kesehatan Masyarakat UNNES

Telah selesai melakukan penelitian tentang tesis “Perbedaan efektifitas antara Kelas daring dan Kelas Tatap Muka pada Ibu Hamil terhadap Perilaku Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi di Urban dan Sub Urban Kota Semarang” di Puskesmas Karangmalang.

Demikian surat izin ini dibuat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 8 November 2022  
Kepala UPTD Puskesmas Karangmalang



*Anasih Rachmawati*  
**dr Anasih Rachmawati**

## UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS

Kuesioner Sikap

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.853	10

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
S1	38.3667	14.240	.362	.859
S2	39.0667	14.409	.368	.857
S3	38.6333	12.033	.494	.858
S4	38.5667	13.702	.623	.836
S5	38.7667	13.771	.473	.846
S6	38.3667	13.137	.770	.825
S7	38.5333	13.085	.796	.823
S8	38.5667	13.013	.718	.827
S9	38.6333	13.413	.753	.828
S10	38.9000	12.576	.610	.835

Kuesioner Pengetahuan

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.939	4

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	12.5000	44.879	.820	.935
P2	12.9667	50.378	.856	.923
P3	13.0000	47.172	.918	.902
P4	12.1333	45.775	.850	.922

Kuesioner Perilaku Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.911	14

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PR1	54.6667	248.161	.771	.902
PR2	54.6667	248.161	.771	.902
PR3	54.6667	253.333	.635	.905
PR4	55.0000	241.379	.674	.903
PR5	54.6667	253.333	.635	.905
PR6	54.6667	248.161	.771	.902
PR7	55.0000	241.379	.674	.903
PR8	55.3333	230.920	.736	.900
PR9	54.8333	245.661	.681	.903
PR10	56.5000	241.638	.416	.918
PR11	55.1667	247.385	.496	.910
PR12	55.1667	247.385	.496	.910
PR13	55.3333	232.644	.706	.901
PR14	55.6667	230.575	.658	.904

## ANALISA DATA PENELITIAN

### Kategori umur urban tmuka

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid >=35	10	25.0	25.0	25.0
20-34	30	75.0	75.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

### Kategori umur bandaring

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid >=35	6	15.0	15.0	15.0
20-34	33	82.5	82.5	97.5
<20	1	2.5	2.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

### Kategori umur submuka

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid >=35	7	17.5	17.5	17.5
20-34	31	77.5	77.5	95.0
<20	2	5.0	5.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

### Kategori umur SD

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid >=35	2	5.0	5.0	5.0
20-34	38	95.0	95.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

**DIDIKUM**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	MENENGAH	29	72.5	72.5	72.5
	DASAR	11	27.5	27.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**DIDIKUD**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	MENENGAH	31	77.5	77.5	77.5
	DASAR	9	22.5	22.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**DIDIKSM**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	MENENGAH	26	65.0	65.0	65.0
	DASAR	14	35.0	35.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**DIDIKSD**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	MENENGAH	33	82.5	82.5	82.5
	DASAR	7	17.5	17.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**KERJAUM**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BEKERJA	15	37.5	37.5	37.5
	TIDAK KERJA	25	62.5	62.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**KERJAUD**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	KERJA	20	50.0	50.0	50.0
	TIDAK KERJA	20	50.0	50.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**KERJASM**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	KERJA	11	27.5	27.5	27.5
	TIDAK KERJA	29	72.5	72.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**KERJASD**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	KERJA	14	35.0	35.0	35.0
	TIDAK KERJA	26	65.0	65.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**KAT\_SIKAPUM**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	19	47.5	47.5	47.5
	Kurang baik	21	52.5	52.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**KAT\_SIKAPUD**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	19	47.5	47.5	47.5
	Kurang baik	21	52.5	52.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**KAT\_SIKAPSM**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	23	57.5	57.5	57.5
	Kurang baik	17	42.5	42.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**KAT\_SIKAPSD**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	19	47.5	47.5	47.5
	Kurang baik	21	52.5	52.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**PARUM**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PERNAH PARTUS	19	47.5	47.5	47.5
	BELUM PERNAH PARTUS	21	52.5	52.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**PARUD**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PERNAH PARTUS	20	50.0	50.0	50.0
	BELUM PERNAH PARTUS	20	50.0	50.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**PARSM**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PERNAH PARTUS	22	55.0	55.0	55.0
	BELUM PERNAH PARTUS	18	45.0	45.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**PARSD**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PERNAH PARTUS	22	55.0	55.0	55.0
	BELUM PERNAH PARTUS	18	45.0	45.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**KAT\_TAHUUM**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	21	52.5	52.5	52.5
	Tidak baik	19	47.5	47.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**KAT\_TAHUUD**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	21	52.5	52.5	52.5
	Tidak Baik	19	47.5	47.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**KAT\_TAHUSM**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	19	47.5	47.5	47.5
	Tidak baik	21	52.5	52.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**KAT\_TAHUSD**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	20	50.0	50.0	50.0
	Tidak baik	20	50.0	50.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**Descriptives**

Kelompok				Statistic	Std. Error	
P4K URBAN	Pretest_Eksperimen (Urban_Daring)	Mean		46.88	1.516	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	43.81		
			Upper Bound	49.94		
		5% Trimmed Mean		47.08		
		Median		47.50		
		Variance		91.907		
		Std. Deviation		9.587		
		Minimum		25		
		Maximum		65		
		Range		40		
		Interquartile Range		15		
		Skewness		-.247		.374
		Kurtosis		-.528		.733

Posttest1_Eksperimen (urban_daring)	Mean		50.75	1.247
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	48.23	
		Upper Bound	53.27	
	5% Trimmed Mean		50.69	
	Median		50.00	
	Variance		62.244	
	Std. Deviation		7.889	
	Minimum		35	
	Maximum		70	
	Range		35	
	Interquartile Range		10	
	Skewness		.194	.374
	Kurtosis		.035	.733
Posttest2_Eksperimen (urban_daring)	Mean		54.12	1.199
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	51.70	
		Upper Bound	56.55	
	5% Trimmed Mean		54.17	
	Median		55.00	
	Variance		57.548	
	Std. Deviation		7.586	
	Minimum		40	
	Maximum		70	
	Range		30	
	Interquartile Range		10	
	Skewness		.034	.374
	Kurtosis		-.776	.733
Pretest_Kontrol (urban_tatapmuka)	Mean		46.88	1.526
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	43.79	
		Upper Bound	49.96	
	5% Trimmed Mean		46.94	
	Median		47.50	
	Variance		93.189	
	Std. Deviation		9.653	
	Minimum		25	
	Maximum		65	
	Range		40	
	Interquartile Range		15	
	Skewness		-.182	.374
	Kurtosis		-.420	.733
Posttest2_Kontrol (urban_tatapmuka)	Mean		55.62	1.177
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	53.25	
		Upper Bound	58.00	
	5% Trimmed Mean		55.56	
	Median		55.00	
	Variance		55.369	
	Std. Deviation		7.441	
	Minimum		40	
	Maximum		70	
	Range		30	
	Interquartile Range		10	
	Skewness		.021	.374
	Kurtosis		-.650	.733

**Descriptives**

Kelompok2			Statistic	Std. Error
P4K_SUBURBAN	Pretes_Eksperimen (Suburb_Daring)	Mean	45.12	1.207
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	42.68
			Upper Bound	47.57
		5% Trimmed Mean	45.28	
		Median	45.00	
		Variance	58.317	
		Std. Deviation	7.637	
		Minimum	30	
		Maximum	60	
		Range	30	
		Interquartile Range	10	
		Skewness	-.135	.374
		Kurtosis	-.759	.733
		Posttest1_Eksperimen (Suburb_daring)	Posttest1_Eksperimen (Suburb_daring)	Mean
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound			51.51
	Upper Bound			56.49
5% Trimmed Mean	54.03			
Median	55.00			
Variance	60.513			
Std. Deviation	7.779			
Minimum	40			
Maximum	70			
Range	30			
Interquartile Range	10			
Skewness	-.036			.374
Kurtosis	-.748			.733
Posttest2_Eksperimen (Suburb_daring)	Posttest2_Eksperimen (Suburb_daring)			Mean
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	49.65
			Upper Bound	54.60
		5% Trimmed Mean	52.08	
		Median	50.00	
		Variance	60.112	
		Std. Deviation	7.753	
		Minimum	35	
		Maximum	70	
		Range	35	
		Interquartile Range	10	
		Skewness	.104	.374
		Kurtosis	-.154	.733
		Pretes_kontrol (suburb_tatapmuka)	Pretes_kontrol (suburb_tatapmuka)	Mean
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound			39.07
	Upper Bound			47.18
5% Trimmed Mean	43.47			
Median	45.00			
Variance	161.138			
Std. Deviation	12.694			
Minimum	15			
Maximum	65			
Range	50			
Interquartile Range	19			
Skewness	-.495			.374
Kurtosis	-.436			.733

Posttes1_kontrol (suburb_tatapmuka)	Mean		54.25	1.556
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	51.10	
		Upper Bound	57.40	
	5% Trimmed Mean		54.44	
	Median		55.00	
	Variance		96.859	
	Std. Deviation		9.842	
	Minimum		35	
	Maximum		70	
	Range		35	
	Interquartile Range		19	
	Skewness		-.120	.374
	Kurtosis		-.776	.733
	Posttes2_ (suburb_tatapmuka)	Mean		54.88
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	51.77	
		Upper Bound	57.98	
5% Trimmed Mean			55.14	
Median			55.00	
Variance			94.215	
Std. Deviation			9.706	
Minimum			30	
Maximum			70	
Range			40	
Interquartile Range			15	
Skewness			-.273	.374
Kurtosis			-.324	.733

#### Kategori\_P4KpreUM

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Belum Siap	40	100.0	100.0	100.0

#### KATAGORI\_P4KPREUD

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid TIDAK SIAP	40	100.0	100.0	100.0

#### KAT\_P4KPRESM

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid TIDAK SIAP	40	100.0	100.0	100.0

#### KAT\_P4KPRESD

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid TIDAK SIAP	40	100.0	100.0	100.0

#### KAT\_POS1UM

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SIAP	2	5.0	5.0	5.0
TIDAK SIAP	38	95.0	95.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

**KAT\_P4KPOS1UD**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SIAP	1	2.5	2.5	2.5
	TIDAK SIAP	39	97.5	97.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**KAT\_POS1SM**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SIAP	4	10.0	10.0	10.0
	TIDAK SIAP	36	90.0	90.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**KAT\_P4KPOS1SD**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SIAP	1	2.5	2.5	2.5
	TIDAK SIAP	39	97.5	97.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**KAT\_P4KPOS2UM**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SIAP	2	5.0	5.0	5.0
	TIDAK SIAP	38	95.0	95.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**KAT\_P4KPOS2UD**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SIAP	1	2.5	2.5	2.5
	TIDAK SIAP	39	97.5	97.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**KAT\_P4KPOS2SM**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SIAP	4	10.0	10.0	10.0
	TIDAK SIAP	36	90.0	90.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**KAT\_P4KPOS2SD**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SIAP	1	2.5	2.5	2.5
	TIDAK SIAP	39	97.5	97.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

## Uji Normalitas

Kelompok	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
P4K URBAN						
Pretest_Eksperimen (Urban_Daring)	.128	40	.098	.966	40	.273
Posttest1_Eksperimen (urban_daring)	.138	40	.054	.962	40	.200
Posttest2_Eksperimen (urban_daring)	.132	40	.078	.951	40	.080
Pretest_Kontrol (urban_tatapmuka)	.127	40	.104	.971	40	.382
Posttest1_Kontrol (urban_tatapmuka)	.136	40	.062	.946	40	.056
Posttest2_Kontrol (urban_tatapmuka)	.133	40	.070	.954	40	.104

a. Lilliefors Significance Correction

Kelompok2	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
P4K SUBURBAN						
Pretes_Eksperimen (Suburb_Daring)	.138	40	.052	.948	40	.066
Posttest1_Eksperimen (Suburb_daring)	.130	40	.088	.952	40	.087
Posttest2_Eksperimen (Suburb_daring)	.133	40	.072	.966	40	.257
Pretes_kontrol (suburb_tatapmuka)	.134	40	.069	.953	40	.093
Posttes1_kontrol (suburb_tatapmuka)	.130	40	.085	.952	40	.086
Posttes2_ (suburb_tatapmuka)	.127	40	.106	.954	40	.103

a. Lilliefors Significance Correction

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Standardized Residual for P4KPREUD	.128	40	.098	.966	40	.273
Standardized Residual for P4KPOS1UD	.138	40	.054	.962	40	.200
Standardized Residual for P4KPOS2UD	.132	40	.078	.951	40	.080

a. Lilliefors Significance Correction

**Within-Subjects Factors**

Measure: P4K

Waktu	Dependent Variable
1	P4KPREUD
2	P4KPOS1UD
3	P4KPOS2UD

**Multivariate Tests<sup>a</sup>**

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Waktu	Pillai's Trace	.530	21.444 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000
	Wilks' Lambda	.470	21.444 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000
	Hotelling's Trace	1.129	21.444 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000
	Roy's Largest Root	1.129	21.444 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000

a. Exact statistic

b. Design: Intercept  
Within Subjects Design: Waktu

**Mauchly's Test of Sphericity<sup>b</sup>**

Measure: P4K

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon <sup>a</sup>		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
Waktu	.676	14.883	2	.001	.755	.779	.500

**Tests of Within-Subjects Effects**

Measure: P4K

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Waktu	Sphericity Assumed	1052.917	2	526.458	23.064	.000
	Greenhouse-Geisser	1052.917	1.510	697.067	23.064	.000
	Huynh-Feldt	1052.917	1.558	675.683	23.064	.000
	Lower-bound	1052.917	1.000	1052.917	23.064	.000
Error(Waktu)	Sphericity Assumed	1780.417	78	22.826		
	Greenhouse-Geisser	1780.417	58.909	30.223		
	Huynh-Feldt	1780.417	60.774	29.296		
	Lower-bound	1780.417	39.000	45.652		

**Tests of Within-Subjects Contrasts**

Measure: P4K

Source	Waktu	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Waktu	Linear	1051.250	1	1051.250	34.930	.000
	Quadratic	1.667	1	1.667	.107	.745
Error(Waktu)	Linear	1173.750	39	30.096		
	Quadratic	606.667	39	15.556		

**Tests of Between-Subjects Effects**

Measure: P4K  
Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Intercept	307040.833	1	307040.833	1.849E3	.000
Error	6475.833	39	166.047		

### Estimates

Measure:P4K

Waktu	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
1	46.875	1.516	43.809	49.941
2	50.750	1.247	48.227	53.273
3	54.125	1.199	51.699	56.551

### Pairwise Comparisons

Measure:P4K

(I) Waktu	(J) Waktu	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. <sup>a</sup>	95% Confidence Interval for Difference <sup>a</sup>	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	-3.875 <sup>*</sup>	1.194	.007	-6.862	-.888
	3	-7.250 <sup>*</sup>	1.227	.000	-10.319	-4.181
2	1	3.875 <sup>*</sup>	1.194	.007	.888	6.862
	3	-3.375 <sup>*</sup>	.702	.000	-5.132	-1.618
3	1	7.250 <sup>*</sup>	1.227	.000	4.181	10.319
	2	3.375 <sup>*</sup>	.702	.000	1.618	5.132

Based on estimated marginal means

\*. The mean difference is significant at the .05 level.

a. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

### Multivariate Tests

	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's trace	.530	21.444 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000
Wilks' lambda	.470	21.444 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000
Hotelling's trace	1.129	21.444 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000
Roy's largest root	1.129	21.444 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000

Each F tests the multivariate effect of Waktu. These tests are based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.

a. Exact statistic

### Within-Subjects Factors

Measure:P4Ksuburbandaring

Waktu	Dependent Variable
1	P4KPRESD
2	P4KPOS1SD
3	P4KPOS2SD

### Multivariate Tests<sup>b</sup>

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Waktu	Pillai's Trace	.472	16.994 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000
	Wilks' Lambda	.528	16.994 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000
	Hotelling's Trace	.894	16.994 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000
	Roy's Largest Root	.894	16.994 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000

a. Exact statistic

b. Design: Intercept  
Within Subjects Design: Waktu

### Mauchly's Test of Sphericity<sup>b</sup>

Measure:P4Ksuburbandaring

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon <sup>a</sup>		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
Waktu	.958	1.642	2	.440	.959	1.000	.500

**Tests of Within-Subjects Effects**

Measure:P4Ksuburbandaring

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Waktu	Sphericity Assumed	1750.417	2	875.208	17.358	.000
	Greenhouse-Geisser	1750.417	1.919	912.218	17.358	.000
	Huynh-Feldt	1750.417	2.000	875.208	17.358	.000
	Lower-bound	1750.417	1.000	1750.417	17.358	.000
Error(Waktu)	Sphericity Assumed	3932.917	78	50.422		
	Greenhouse-Geisser	3932.917	74.835	52.554		
	Huynh-Feldt	3932.917	78.000	50.422		
	Lower-bound	3932.917	39.000	100.844		

**Estimates**

Measure:P4Ksuburbandaring

Waktu	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
1	45.125	1.207	42.683	47.567
2	54.000	1.230	51.512	56.488
3	52.125	1.226	49.645	54.605

**Pairwise Comparisons**

Measure:P4Ksuburbandaring

(I) Waktu	(J) Waktu	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. <sup>a</sup>	95% Confidence Interval for Difference <sup>a</sup>	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	-8.875 <sup>*</sup>	1.514	.000	-12.662	-5.088
	3	-7.000 <sup>*</sup>	1.743	.001	-11.361	-2.639
2	1	8.875 <sup>*</sup>	1.514	.000	5.088	12.662
	3	1.875	1.495	.651	-1.864	5.614
3	1	7.000 <sup>*</sup>	1.743	.001	2.639	11.361
	2	-1.875	1.495	.651	-5.614	1.864

Based on estimated marginal means

\*. The mean difference is significant at the ,05 level.

a. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

**Multivariate Tests**

	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's trace	.472	16.994 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000
Wilks' lambda	.528	16.994 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000
Hotelling's trace	.894	16.994 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000
Roy's largest root	.894	16.994 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000

Each F tests the multivariate effect of Waktu. These tests are based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.

a. Exact statistic

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Standardized Residual for P4KPRESD	.138	40	.052	.948	40	.066
Standardized Residual for P4KPOS1SD	.130	40	.088	.952	40	.087
Standardized Residual for P4KPOS2SD	.133	40	.072	.966	40	.257

a. Lilliefors Significance Correction

**Within-Subjects Factors**

Measure: P4KURBANMUKA

Waktu	Dependent Variable
1	P4KPREUM
2	P4KPOS1UM
3	P4KPOS2UM

**Multivariate Tests<sup>a</sup>**

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Waktu	Pillai's Trace	.445	15.252 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000
	Wilks' Lambda	.555	15.252 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000
	Hotelling's Trace	.803	15.252 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000
	Roy's Largest Root	.803	15.252 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000

a. Exact statistic

b. Design: Intercept  
Within Subjects Design: Waktu

**Mauchly's Test of Sphericity<sup>b</sup>**

Measure: P4KURBANMUKA

Within Subjects Effect	Mauchly's WV	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon <sup>a</sup>		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
Waktu	.863	5.616	2	.060	.879	.917	.500

**Tests of Within-Subjects Effects**

Measure: P4KURBANMUKA

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Waktu	Sphericity Assumed	1581.667	2	790.833	14.798	.000
	Greenhouse-Geisser	1581.667	1.758	899.487	14.798	.000
	Huynh-Feldt	1581.667	1.835	861.968	14.798	.000
	Lower-bound	1581.667	1.000	1581.667	14.798	.000
Error(Waktu)	Sphericity Assumed	4168.333	78	53.440		
	Greenhouse-Geisser	4168.333	68.578	60.782		
	Huynh-Feldt	4168.333	71.563	58.247		
	Lower-bound	4168.333	39.000	106.880		

**Estimates**

Measure: P4KURBANMUKA

Waktu	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
1	46.875	1.526	43.788	49.962
2	52.625	1.291	50.014	55.236
3	55.625	1.177	53.245	58.005

**Pairwise Comparisons**

Measure: P4KURBANMUKA

(I) Waktu	(J) Waktu	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. <sup>a</sup>	95% Confidence Interval for Difference <sup>a</sup>	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	-5.750 <sup>*</sup>	1.298	.000	-8.997	-2.503
	3	-8.750 <sup>*</sup>	1.797	.000	-13.245	-4.255
2	3	5.750 <sup>*</sup>	1.298	.000	2.503	8.997
	1	-3.000	1.761	.289	-7.406	1.406
3	1	8.750 <sup>*</sup>	1.797	.000	4.255	13.245
	2	3.000	1.761	.289	-1.406	7.406

Based on estimated marginal means

\*. The mean difference is significant at the .05 level.

a. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

**Multivariate Tests**

	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's trace	.445	15.252 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000
Wilks' lambda	.555	15.252 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000
Hotelling's trace	.803	15.252 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000
Roy's largest root	.803	15.252 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000

Each F tests the multivariate effect of Waktu. These tests are based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.

a. Exact statistic

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Standardized Residual for P4KPREUM	.127	40	.104	.971	40	.382
Standardized Residual for P4KPOS1UM	.136	40	.062	.946	40	.056
Standardized Residual for P4KPOS2UM	.133	40	.070	.954	40	.104

a. Lilliefors Significance Correction

**Within-Subjects Factors**

Measure: P4KSUBMUKA

Waktu	Dependent Variable
1	P4KPRESM
2	P4KPOS1SM
3	P4KPOS2SM

**Multivariate Tests<sup>b</sup>**

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Waktu Pillai's Trace	.523	20.814 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000
Wilks' Lambda	.477	20.814 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000
Hotelling's Trace	1.095	20.814 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000
Roy's Largest Root	1.095	20.814 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000

a. Exact statistic

b. Design: Intercept  
Within Subjects Design: Waktu

**Mauchly's Test of Sphericity<sup>b</sup>**

Measure: P4KSUBMUKA

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon <sup>a</sup>		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
Waktu	.354	39.464	2	.000	.608	.617	.500

**Tests of Within-Subjects Effects**

Measure: P4KSUBMUKA

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Waktu	Sphericity Assumed	3496.250	2	1748.125	34.487	.000
	Greenhouse-Geisser	3496.250	1.215	2877.459	34.487	.000
	Huynh-Feldt	3496.250	1.233	2834.769	34.487	.000
	Lower-bound	3496.250	1.000	3496.250	34.487	.000
Error(Waktu)	Sphericity Assumed	3953.750	78	50.689		
	Greenhouse-Geisser	3953.750	47.387	83.436		
	Huynh-Feldt	3953.750	48.100	82.198		
	Lower-bound	3953.750	39.000	101.378		

### Estimates

Measure: P4KSUBMUKA

Waktu	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
1	43.125	2.007	39.065	47.185
2	54.250	1.556	51.102	57.398
3	54.875	1.535	51.771	57.979

### Pairwise Comparisons

Measure: P4KSUBMUKA

(I) Waktu	(J) Waktu	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. <sup>a</sup>	95% Confidence Interval for Difference <sup>a</sup>	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	-11.125 <sup>*</sup>	1.949	.000	-16.000	-6.250
	3	-11.750 <sup>*</sup>	1.813	.000	-16.285	-7.215
2	1	11.125 <sup>*</sup>	1.949	.000	6.250	16.000
	3	-.625	.720	1.000	-2.427	1.177
3	1	11.750 <sup>*</sup>	1.813	.000	7.215	16.285
	2	.625	.720	1.000	-1.177	2.427

Based on estimated marginal means

\*. The mean difference is significant at the .05 level.

a. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

### Multivariate Tests

	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's trace	.523	20.814 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000
Wilks' lambda	.477	20.814 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000
Hotelling's trace	1.095	20.814 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000
Roy's largest root	1.095	20.814 <sup>a</sup>	2.000	38.000	.000

Each F tests the multivariate effect of Waktu. These tests are based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.

a. Exact statistic

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Standardized Residual for P4KPRESM	.134	40	.069	.953	40	.093
Standardized Residual for P4KPOS1SM	.130	40	.085	.952	40	.086
Standardized Residual for P4KPOS2SM	.127	40	.106	.954	40	.103

a. Lilliefors Significance Correction

## Independent sample T test

**Group Statistics**

KELOMPOK		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
P4KURBAN	Posttes_Eksperimen (urban_daring)	40	50.75	7.889	1.247
	Posttes_Kontrol (urban_tatapmuka)	40	52.62	8.164	1.291

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
P4KURBAN	Equal variances assumed	.200	.656	-1.045	78	.299	-1.875	1.795	-5.449	1.699
	Equal variances not assumed			-1.045	77.909	.299	-1.875	1.795	-5.449	1.699

**Group Statistics**

KELOMPOK2		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
P4KURBAN2	Post2urbandaring	40	54.12	7.586	1.199
	pos2urbanmuka	40	55.62	7.441	1.177

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
P4KURBAN2	Equal variances assumed	.073	.787	-.893	78	.375	-1.500	1.680	-4.845	1.845
	Equal variances not assumed			-.893	77.971	.375	-1.500	1.680	-4.845	1.845

**Group Statistics**

KELAS1		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
P4KSUBURBAN	POST1_SUBDARING	40	54.00	7.779	1.230
	POST1_SUBMUKA	40	54.25	9.842	1.556

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
P4KSUBURBAN	Equal variances assumed	1.753	.189	-.126	78	.900	-.250	1.984	-4.199	3.699
	Equal variances not assumed			-.126	74.050	.900	-.250	1.984	-4.202	3.702

**Group Statistics**

KELAS2		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
P4KSUBURBAN2	POST2_SUBD	40	52.12	7.753	1.226
	POST2_SUBMUKA	40	54.88	9.706	1.535

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
P4KSUBURBAN2	Equal variances assumed	1.478	.228	-1.400	78	.165	-2.750	1.964	-6.660	1.160
	Equal variances not assumed			-1.400	74.369	.166	-2.750	1.964	-6.663	1.163

## DOKUMENTASI PENELITIAN

Pengambilan data pada responden kelas tatap muka



Pengambilan data pada responden kelas daring

