



Penerapan PINKESGA pada Pengetahuan Ibu Hamil serta Dukungan Suami dan Keluarga dalam Perawatan Kehamilan

The Implementation of PINKESGA to Improve Pregnant Women's Knowledge and Husband and Family Support in Pregnancy Care

Mardiatun^{1*}), Ely Mawaddah², Aan Dwi Sentana³

Published online: 02 Oktober 2026

ABSTRAK: Keterbatasan pengetahuan ibu hamil dan keluarga serta ketidakkonsistenan keterlibatan suami dapat menghambat perawatan kehamilan. Kegiatan ini menerapkan Paket Informasi Keluarga (PINKESGA) di Desa Batu Kumbung, Lombok Barat, melalui edukasi interaktif, demonstrasi, daftar tilik berbasis trimester, booklet, e-book, dan pendampingan. Skor pengetahuan berpasangan dari 19 ibu hamil dianalisis dengan uji Wilcoxon signed-rank dua sisi. Rerata skor sebelum kegiatan adalah 80,0 dan setelah kegiatan 95,8; median perubahan 20 poin (rentang interkuartil 0–20; $p < 0,001$). Sebanyak 13 peserta (68,4%) meningkat, 6 peserta (31,6%) tetap, dan tidak ada yang menurun. Pada awal kegiatan, 14 dari 19 ibu (73,7%) melaporkan pendampingan suami. Pada tindak lanjut yang terpisah, delapan suami atau anggota keluarga memiliki rerata skor dukungan 97,5 (SD 7,1; median 100; rentang 80–100), dan seluruhnya menyatakan komitmen mendampingi pemeriksaan antenatal serta kelas ibu hamil. Indikator awal dan tindak lanjut berbeda dalam responden dan definisi sehingga tidak dianalisis sebagai perubahan berpasangan. Penerapan PINKESGA diikuti oleh skor pengetahuan yang lebih tinggi dan dukungan yang tinggi.

Kata kunci: edukasi komunitas; kesehatan maternal; ketidaknyamanan kehamilan; kunjungan antenatal; partisipasi pasangan.

Abstract. Limited knowledge among pregnant women and families and inconsistent husband involvement may hinder pregnancy care. This community service program implemented the Family Information Package (PINKESGA) in Batu Kumbung Village, West Lombok. Participants received interactive education, demonstrations, trimester-based checklists, a booklet, an e-book, and mentoring. Paired knowledge scores from 19 pregnant women were analyzed using a two-sided Wilcoxon signed-rank test. Mean scores were 80.0 before and 95.8 after the program; the median change was 20 points (interquartile range 0–20; $p < 0.001$). Thirteen participants (68.4%) improved, six (31.6%) were unchanged, and none declined. At baseline, 14 of 19 women (73.7%) reported husband accompaniment. In a separate follow-up, eight husbands or family members had a mean support score of 97.5 (SD 7.1; median 100; range 80–100), and all reported commitment to accompany antenatal care visits and pregnancy classes. Baseline and follow-up support indicators differed in respondents and definitions and were not analyzed as paired change. PINKESGA implementation was followed by higher knowledge scores and high reported support. The uncontrolled design, small sample, possible ceiling effect, unpaired response data, and incomplete participant characteristics limit causal interpretation and generalizability.

Keywords: antenatal care; community education; maternal health; partner participation; pregnancy discomfort; village empowerment

PENDAHULUAN

Kehamilan merupakan periode fisiologis yang membutuhkan pemantauan teratur, kemampuan mengenali perubahan normal dan tanda bahaya, serta keputusan yang cepat ketika pertolongan diperlukan. Meskipun rasio kematian maternal di Indonesia

^{1*),2,3} Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Mataram

^{*}) *corresponding author*

Mardiatun
Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Mataram
Jalan Prabu Rangkasari, Dasan Cermen, Kecamatan Sandubaya,
Kota Mataram, Nusa Tenggara Barat 83232, Indonesia
Email: mardiatunmkep@gmail.com

menunjukkan kecenderungan menurun, kesenjangan antardaerah dan kontribusi penyebab langsung seperti perdarahan serta gangguan hipertensi masih menempatkan kesehatan ibu sebagai prioritas. Telaah sistematis di Indonesia menegaskan bahwa kematian maternal tidak hanya dipengaruhi kondisi klinis, tetapi juga mutu layanan, akses, dan keterlambatan memperoleh penanganan (Syairaji et al., 2024). Karena itu, pelayanan antenatal perlu dipahami sebagai rangkaian pemantauan, edukasi, pencegahan, dan perencanaan persalinan, bukan sekadar kunjungan administratif (World Health Organization, 2016).

Pemanfaatan pelayanan antenatal dipengaruhi oleh faktor individu, keluarga, sosial, dan layanan. Analisis nasional menunjukkan bahwa penyelesaian kunjungan antenatal di Indonesia berkaitan dengan karakteristik sosial-demografis dan akses pelayanan (Idris & Sari, 2023). Di Bantul, kualitas kunjungan pertama juga dilaporkan penting untuk kesinambungan layanan berikutnya (Iskandar et al., 2025). Temuan tersebut memperlihatkan bahwa ibu memerlukan dukungan sejak awal kehamilan untuk memahami jadwal pemeriksaan, melaksanakan rekomendasi tenaga kesehatan, dan menyiapkan respons terhadap masalah yang dapat muncul di rumah.

Dalam kehidupan sehari-hari, keputusan mengenai transportasi, biaya, pembagian pekerjaan rumah, pendampingan ke fasilitas kesehatan, dan rujukan sering melibatkan suami atau anggota keluarga lain. Keterlibatan pasangan dapat berbentuk dukungan emosional, informasi, bantuan instrumental, keputusan bersama, serta kehadiran pada pemeriksaan antenatal dan kelas ibu hamil. Meta-analisis di Ethiopia menunjukkan bahwa keterlibatan laki-laki dalam tindak lanjut antenatal masih bervariasi dan dipengaruhi oleh pengetahuan, akses informasi, dan konteks sosial (Abebe et al., 2024). Studi komunitas lain menunjukkan bahwa paparan informasi tentang peran suami dan pengetahuan tanda bahaya berhubungan dengan keterlibatan yang lebih baik (Degefa et al., 2024). Walaupun konteks tersebut berbeda dengan Indonesia, prinsip bahwa pasangan perlu menerima pesan kesehatan yang spesifik dan dapat dilakukan tetap relevan.

Di Desa Batu Kumbung, Kecamatan Lingsar, Kabupaten Lombok Barat, kebutuhan program terletak pada tersedianya informasi yang ringkas, berulang, dan mudah digunakan oleh ibu hamil maupun keluarga. Profil kesehatan daerah digunakan sebagai dasar untuk menempatkan penguatan kesehatan ibu dalam konteks layanan lokal (Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat, 2023). Hasil identifikasi awal tim menunjukkan bahwa sebagian peserta belum memahami pembagian perawatan menurut trimester, cara mengatasi ketidaknyamanan yang lazim, tanda bahaya, serta tindakan konkret keluarga ketika ibu memerlukan pemeriksaan atau rujukan. Jadwal kerja suami juga menjadi tantangan bagi kehadiran keluarga dalam kegiatan tatap muka.

Paket Informasi Keluarga (PINKESGA) dikembangkan sebagai media yang menghubungkan edukasi kelompok dengan praktik di rumah. Pendekatan ini pernah digunakan untuk memperkuat pengambilan keputusan keluarga dalam merawat ibu hamil (Mardiatun et al., 2020). Pada kegiatan tahun 2026, paket diperbarui menjadi kombinasi flyer/daftar tilik perawatan trimester I–III, booklet, dan e-book mengenai penanganan ketidaknyamanan selama kehamilan. Daftar tilik mengubah pesan umum menjadi tindakan yang dapat diperiksa, misalnya mengingatkan pemeriksaan, memantau keluhan, mendukung konsumsi tablet tambah darah sesuai anjuran, menyiapkan persalinan, serta segera mencari pertolongan ketika terdapat tanda bahaya.

Program edukasi ibu hamil di tingkat komunitas telah dilaporkan meningkatkan penerimaan informasi kesehatan. Kegiatan di Indonesia Berdaya menunjukkan bahwa edukasi terarah dapat meningkatkan pengetahuan ibu hamil tentang gizi dan kesehatan ibu-janin (Nurkhayati & Yunarsih, 2023; Pratiwi & Irawan, 2022). Namun, banyak laporan masih menempatkan ibu sebagai satu-satunya sasaran dan belum memisahkan secara jelas hasil pengetahuan ibu dari indikator keterlibatan suami. Kebaruan program ini adalah penggunaan paket multimodal berbasis trimester yang sekaligus menyediakan peran praktis bagi suami/kader serta melaporkan kedua kelompok indikator dengan penyebut yang transparan.

Pengabdian kepada masyarakat ini bertujuan menerapkan PINKESGA dan mengevaluasi perubahan pengetahuan ibu hamil mengenai perawatan kehamilan, ketidaknyamanan, tanda bahaya, penggunaan pelayanan antenatal, dan keputusan rujukan. Evaluasi juga menggambarkan

pendampingan awal yang dilaporkan ibu serta dukungan dan komitmen pada kelompok suami atau anggota keluarga yang mengikuti penilaian tindak lanjut.

TINJAUAN KONSEPTUAL

Pemberdayaan keluarga dalam perawatan kehamilan

Pemberdayaan keluarga dalam kesehatan ibu berarti meningkatkan kemampuan keluarga untuk memperoleh informasi, menilai kebutuhan, mengambil keputusan bersama, dan melakukan tindakan yang aman. Konsep ini tidak memindahkan tanggung jawab klinis tenaga kesehatan kepada keluarga. Sebaliknya, keluarga diperkuat agar mampu menjalankan fungsi sehari-hari: memberi dukungan emosional, membantu pemenuhan kebutuhan gizi dan istirahat, mengurangi beban pekerjaan, mengingatkan jadwal, menyiapkan biaya dan transportasi, serta merujuk ketika terdapat tanda bahaya. Buku Kesehatan Ibu dan Anak juga menempatkan pencatatan rumah tangga dan keterlibatan keluarga sebagai bagian dari pemantauan berkesinambungan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024).

Kehadiran suami pada pemeriksaan hanyalah salah satu bentuk keterlibatan. Pada situasi suami tidak dapat hadir karena pekerjaan, dukungan tetap dapat diwujudkan melalui komunikasi, pembagian tugas, penyediaan transportasi, keputusan bersama, pengingat obat/suplemen, dan kesiapan menghadapi kegawatdaruratan. Karena itu, indikator program perlu mencakup perilaku yang luas dan tidak menyamakan ketidakhadiran dengan tidak adanya dukungan. Di sisi lain, pernyataan komitmen perlu dibuktikan melalui observasi berulang agar perubahan yang dicatat tidak berhenti pada niat.

PINKESGA sebagai media edukasi multimodal

PINKESGA menggunakan prinsip pengulangan pesan melalui beberapa bentuk media. Edukasi tatap muka memberi ruang untuk klarifikasi; demonstrasi memperlihatkan cara menggunakan daftar tilik; booklet menyediakan materi ringkas untuk dibaca bersama; dan e-book memperluas akses ketika keluarga berada di luar rumah. Tinjauan mengenai teknologi digital dalam pelayanan antenatal menunjukkan peluang untuk meningkatkan akses informasi, pemantauan, dan keterhubungan, tetapi manfaatnya dipengaruhi literasi digital, akses internet, dan kualitas isi (Mohamed et al., 2025). Oleh sebab itu, bentuk cetak dan digital dalam PINKESGA diposisikan saling melengkapi.

Isi paket disusun menurut trimester agar peserta tidak menerima informasi sebagai daftar panjang yang terlepas dari waktu. Trimester I menekankan adaptasi, nutrisi, pencegahan komplikasi dini, dan pengelolaan mual; trimester II menekankan pertumbuhan janin, perubahan fisik, gerakan janin, dan persiapan awal persalinan; sedangkan trimester III menekankan pemantauan risiko, tanda persalinan, perencanaan persalinan dan rujukan. Pada semua trimester, keluarga diminta mengenali tanda bahaya dan menghubungi tenaga kesehatan. Pengorganisasian ini diharapkan menurunkan beban kognitif dan memudahkan keluarga memilih tindakan yang relevan.

BAHAN DAN METODE

Desain, lokasi, dan peserta

Kegiatan menggunakan desain evaluasi satu kelompok sebelum-sesudah sebagai bagian dari pengabdian kepada masyarakat. Program dilaksanakan di Desa Batu Kumbang, Kecamatan Lingsar, Kabupaten Lombok Barat, Nusa Tenggara Barat, pada April–Agustus 2026 untuk tahap persiapan, edukasi, pendampingan, dan evaluasi awal. Sasaran program yang direncanakan adalah 25 ibu hamil dan 25 suami atau anggota keluarga terdekat. Peserta dihubungi melalui koordinasi pemerintah desa dan kader kesehatan. Sebanyak 19 ibu hamil mengikuti pretest dan seluruhnya memiliki pasangan nilai pretest–posttest yang lengkap. Data ketidaknyamanan tersedia pada 18 ibu. Evaluasi dukungan tindak lanjut tersedia pada delapan suami atau anggota keluarga; kelompok ini merupakan kelompok

evaluasi terpisah dan tidak dapat dipastikan sebagai pasangan yang sama dengan laporan pendampingan awal.

Kegiatan melibatkan Pemerintah Desa Batu Kumbang sebagai pemberi dukungan lokasi dan koordinasi; kader membantu identifikasi peserta, pengingat jadwal, dan tindak lanjut; sedangkan tim pengabdian menyiapkan materi, melaksanakan edukasi, mendemonstrasikan daftar tilik, mengumpulkan data, dan melakukan evaluasi. Identitas peserta diganti dengan kode pada berkas analisis, dan hasil dilaporkan secara agregat.

Intervensi PINKESGA

Intervensi terdiri atas empat komponen. Pertama, ceramah interaktif dan diskusi membahas perawatan kehamilan trimester I–III, pemeriksaan antenatal, tablet tambah darah sesuai anjuran tenaga kesehatan, ketidaknyamanan yang lazim, tanda bahaya, persiapan persalinan, dan rujukan. Kedua, demonstrasi memperkenalkan cara menggunakan flyer/daftar tilik peran suami, kader, dan keluarga. Ketiga, peserta menerima booklet serta akses e-book untuk mengulang materi di rumah. Keempat, pendampingan dan komunikasi dengan kader digunakan untuk memperkuat penerapan pesan, menjawab keluhan, dan mengingatkan tindak lanjut.

Materi menekankan batas antara ketidaknyamanan fisiologis yang dapat dikelola secara sederhana dan tanda bahaya yang memerlukan penilaian tenaga kesehatan. Peserta didorong mencatat keluhan, tidak menggunakan obat bebas tanpa konsultasi, dan mencari pertolongan untuk perdarahan, nyeri hebat, kejang, sakit kepala berat, pecah ketuban dini, berkurangnya gerakan janin, atau kondisi lain yang mengkhawatirkan. Suami dan keluarga diberi tugas yang konkret: mendengarkan keluhan, membantu aktivitas, mendampingi pemeriksaan apabila memungkinkan, menyiapkan rencana persalinan, dan mendukung keputusan rujukan.

Instrumen dan analisis data

Evaluasi menggunakan empat instrumen. Pertama, lembar pengetahuan terdiri atas lima butir yang mewakili perawatan trimester I–III, pengelolaan ketidaknyamanan, tanda bahaya, pelayanan antenatal, dan keputusan rujukan. Jawaban benar diberi skor 1 dan jawaban salah atau tidak tepat diberi skor 0; jumlah skor kemudian dikonversi ke skala 0–100. Kedua, pendampingan awal diukur melalui satu pertanyaan kepada ibu dengan pilihan ya atau tidak mengenai pendampingan oleh suami. Ketiga, dukungan tindak lanjut dinilai pada delapan suami atau anggota keluarga menggunakan lima butir dikotomis tentang mendengarkan keluhan, membantu aktivitas, mendampingi pemeriksaan, menyiapkan persalinan, dan mendukung keputusan rujukan. Jawaban ya diberi skor 1 dan tidak diberi skor 0, lalu jumlah skor dikonversi ke skala 0–100. Komitmen mendampingi pemeriksaan antenatal dan kelas ibu hamil dicatat secara terpisah sebagai ya atau tidak. Pada kedua skor 0–100, nilai yang lebih tinggi menunjukkan pengetahuan atau dukungan yang lebih baik; tidak digunakan kategori baik, cukup, atau kurang. Keempat, ketidaknyamanan dicatat melalui jawaban terbuka dan diringkas sebagai jumlah jenis keluhan per ibu untuk mengarahkan konseling individual, bukan menetapkan diagnosis klinis. Instrumen disusun oleh tim pengabdian berdasarkan isi PINKESGA.

Data diperiksa terhadap kelengkapan dan konsistensi. Analisis perubahan pengetahuan menggunakan 19 pasangan nilai lengkap. Rerata, simpangan baku, median, rentang interkuartil, rentang minimum–maksimum, serta jumlah dan persentase peserta yang meningkat, tetap, atau menurun disajikan. Karena distribusi selisih skor tidak normal dan terdapat nilai perubahan nol, perbedaan sebelum–sesudah diuji dengan uji Wilcoxon signed-rank dua sisi pada $\alpha = 0,05$. Enam pasangan dengan selisih nol tetap disertakan dalam deskripsi, tetapi tidak memperoleh peringkat dalam perhitungan Wilcoxon. Indikator suami dianalisis secara deskriptif: pendampingan awal menggunakan laporan 19 ibu, sedangkan skor dukungan dan komitmen tindak lanjut menggunakan data delapan suami atau anggota keluarga. Kedua kelompok tersebut tidak dipasangkan, tidak diuji sebagai perubahan sebelum–sesudah, dan selalu dilaporkan dengan penyebut masing-masing.

HASIL KEGIATAN

Keterlaksanaan dan kelengkapan evaluasi

Rangkaian persiapan meliputi perizinan, koordinasi dengan desa dan kader, pemetaan sasaran, penyusunan jadwal, penyiapan instrumen, serta finalisasi media. Pada tahap pelaksanaan, peserta mengikuti edukasi dan praktik menggunakan daftar tilik. Dari target 25 ibu hamil, 19 mengikuti pretest dan posttest atau 76,0% dari target. Seluruh peserta tersebut memiliki data pengetahuan berpasangan, 18 memiliki data ketidaknyamanan, dan delapan suami atau anggota keluarga mengikuti evaluasi dukungan tindak lanjut yang terpisah. Kelengkapan setiap komponen evaluasi disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Ketercapaian peserta dan kelengkapan data evaluasi

Komponen	n	Keterangan
Ibu hamil mengisi pretest	19	76,0% dari target
Pasangan pretest–posttest lengkap	19	100,0% dari peserta; 76,0% dari target
Data ketidaknyamanan lengkap (1 orang ibu hamil tidak melaporkan ketidaknyamanan)	18	94,7% dari peserta
Suami/anggota keluarga pada evaluasi tindak lanjut	8	Kelompok terpisah; tidak berpasangan dengan data awal

Sumber: data primer kegiatan PINKESGA, 2026.

Perubahan pengetahuan

Pada 19 peserta dengan data lengkap, rerata skor pengetahuan sebelum kegiatan adalah 80,0 dan setelah kegiatan 95,8, sehingga rerata kenaikan individual mencapai 15,8 poin. Median skor berubah dari 80 menjadi 100, sedangkan median kenaikan individual adalah 20 poin. Sebanyak 13 peserta (68,4%) mengalami peningkatan, 6 peserta (31,6%) tetap, dan tidak ada peserta yang mengalami penurunan. Proporsi peserta dengan skor 100 berubah dari 2 orang (10,5%) pada pretest menjadi 15 orang (78,9%) pada posttest. Uji Wilcoxon menunjukkan perbedaan skor sebelum dan sesudah kegiatan ($W = 0,0$; $p < 0,001$).

Tabel 2. Skor pengetahuan sebelum dan sesudah penerapan PINKESGA ($n = 19$)

Pengukuran	Rerata $\pm$ SD	Median (RIK)	Min–maks	p
Pretest	80,0 $\pm$ 11,5	80 (80–80)	40–100	
Posttest	95,8 $\pm$ 8,4	100 (100–100)	80–100	$< 0,001^*$
Perubahan	15,8 $\pm$ 14,3	20 (0–20)	0–60	

*RIK = rentang interkuartil; SD = simpangan baku. *Uji Wilcoxon signed-rank dua sisi pada 19 pasangan; enam selisih nol tidak memperoleh peringkat.*

Pendampingan dan dukungan suami

Pada pengukuran awal, 14 dari 19 ibu (73,7%) melaporkan didampingi suami dan 5 ibu (26,3%) melaporkan tidak didampingi. Evaluasi tindak lanjut dilakukan pada kelompok terpisah yang terdiri atas delapan suami atau anggota keluarga. Rerata skor dukungan kelompok ini adalah 97,5 (SD 7,1; median 100; rentang 80–100); 7 responden memperoleh skor 100 dan 1 responden memperoleh skor 80. Seluruh responden tindak lanjut (8/8; 100%) menyatakan komitmen mendukung perawatan kehamilan serta mendampingi pemeriksaan antenatal dan kelas ibu hamil. Angka 73,7% dan 97,5 tidak dibandingkan sebagai perubahan karena responden, bentuk indikator, dan waktu pengukurannya berbeda.

Tabel 3. Indikator pendampingan dan dukungan suami

Tahap dan indikator	Responden	Hasil
Awal: ibu melaporkan didampingi suami	19 ibu	14 (73,7%)
Awal: ibu melaporkan tidak didampingi	19 ibu	5 (26,3%)
Tindak lanjut: skor dukungan (0–100)	8 suami/anggota keluarga	97,5 ± 7,1; median 100; rentang 80–100
Tindak lanjut: komitmen mendampingi ANC/kelas ibu hamil	8 suami/anggota keluarga	8 (100%)

ANC = antenatal care; SD = simpangan baku. Data awal berasal dari laporan 19 ibu, sedangkan data tindak lanjut berasal dari delapan suami atau anggota keluarga. Kedua indikator tidak berpasangan dan tidak diuji sebagai perubahan.

Ketidaknyamanan yang dilaporkan

Data jumlah ketidaknyamanan tersedia pada 18 ibu. Secara keseluruhan tercatat 18 jenis keluhan atau rerata 2,9 keluhan per ibu. Sebanyak 10 ibu (55,6%) hanya melaporkan satu jenis ketidaknyamanan, sedangkan seorang ibu melaporkan 13 jenis. Keluhan yang tercantum antara lain keputihan, sering berkemih, nyeri punggung atau perut bagian bawah, mual-muntah, kelelahan, kram, insomnia, pembengkakan tungkai, peningkatan keringat, dan kontraksi perut. Keragaman ini digunakan untuk mengarahkan konseling berbasis trimester dan penapisan tanda bahaya.

Tabel 4. Distribusi jumlah jenis ketidaknyamanan pada ibu hamil (n=18)

Jumlah jenis ketidaknyamanan	n	%
1	10	55,6
3	3	16,7
4	1	5,6
5	2	11,1
6	1	5,6
13	1	5,6
Total	18	100,0

Sumber: data primer kegiatan PINKESGA, 2026. Jumlah merepresentasikan banyaknya jenis keluhan yang ditulis peserta, bukan diagnosis klinis.

PEMBAHASAN

Perubahan pengetahuan setelah edukasi

Penerapan PINKESGA diikuti oleh skor pengetahuan yang lebih tinggi setelah kegiatan. Rerata kenaikan mencapai 15,8 poin; 13 dari 19 peserta (68,4%) meningkat, 6 peserta (31,6%) tetap, dan tidak ada skor yang menurun. Proporsi skor 100 berubah dari 10,5% menjadi 78,9%. Pola ini menunjukkan adanya perbedaan skor segera setelah edukasi.

Hasil tersebut sejalan dengan kegiatan pengabdian yang menggunakan pendidikan kesehatan untuk ibu hamil. Nurkhayati dan Yunarsi (2023) melaporkan penerimaan materi gizi yang baik setelah edukasi, sedangkan Pratiwi dan Irawan (2022) menunjukkan bahwa edukasi komunitas dapat digunakan untuk memperkuat kesehatan ibu dan janin. Bukti eksperimental yang lebih luas juga menunjukkan bahwa pendidikan antenatal terstruktur dapat meningkatkan efikasi diri dan berbagai luaran psikologis ibu, meskipun konteks serta luaran yang diukur berbeda dengan kegiatan ini (Çankaya & Şimşek, 2021).

Ada beberapa mekanisme yang mungkin menjelaskan perubahan skor. Pertama, materi disusun menurut trimester sehingga peserta dapat menghubungkan informasi dengan kondisi saat ini. Kedua,

diskusi memungkinkan peserta membandingkan pengalaman dan mengklarifikasi mitos. Ketiga, demonstrasi daftar tilik mengubah pengetahuan deklaratif menjadi langkah yang dapat dilakukan. Keempat, booklet dan e-book memungkinkan pengulangan. Karena desain tidak menggunakan kelompok pembanding, mekanisme tersebut merupakan interpretasi yang masuk akal, bukan bukti bahwa satu komponen tertentu menyebabkan peningkatan.

Makna praktis peningkatan pengetahuan terletak pada kemampuan ibu dan keluarga untuk memilih tindakan yang aman. Skor tinggi tidak secara otomatis menjamin kepatuhan kunjungan, deteksi dini, atau luaran kehamilan yang lebih baik. Hubungan antara pengetahuan dan pemanfaatan layanan dipengaruhi transportasi, biaya, jarak, keputusan keluarga, pengalaman dengan fasilitas, dan kualitas kontak pertama (Idris & Sari, 2023; Iskandar et al., 2025). Karena itu, evaluasi berikutnya perlu menambahkan indikator perilaku, seperti ketepatan kunjungan, penggunaan daftar tilik, kehadiran kelas ibu hamil, dan tindak lanjut rujukan.

Peran suami dan keluarga sebagai dukungan yang dapat dilakukan

Pada pengukuran awal, 14 dari 19 ibu (73,7%) melaporkan pendampingan suami. Pada evaluasi tindak lanjut yang terpisah, delapan suami atau anggota keluarga memperoleh rerata skor dukungan 97,5 dan seluruhnya menyatakan komitmen mendampingi pemeriksaan antenatal serta kelas ibu hamil setelah di lakukan edukasi. Literatur menunjukkan bahwa keterlibatan suami bersifat multidimensi. Degefa et al. (2024) menemukan bahwa keterlibatan mencakup keputusan bersama ketika terjadi keadaan darurat, dukungan finansial, pembagian pekerjaan rumah, komunikasi mengenai masalah maternal, pendampingan kunjungan, dan partisipasi dalam edukasi. Paparan informasi dan pengetahuan mengenai tanda bahaya berhubungan kuat dengan keterlibatan. Meta-analisis Abebe et al. (2024) juga memperlihatkan variasi keterlibatan laki-laki dan pentingnya intervensi yang memperhatikan hambatan sosial serta akses. Dengan demikian, daftar tilik PINKESGA relevan karena menjabarkan peran suami ke dalam tindakan yang dapat dipilih sesuai situasi keluarga.

Dalam konteks Batu Kumbang, jadwal kerja suami dapat membatasi kehadiran fisik. Program tidak seharusnya mengukur dukungan hanya dari kehadiran pada satu pertemuan. Suami yang tidak dapat menghadiri kelas masih dapat memastikan transportasi, mengingatkan jadwal, mengambil alih pekerjaan rumah, memantau keluhan, berkomunikasi dengan kader, atau menunjuk anggota keluarga terpercaya sebagai pendamping. Sebaliknya, kehadiran sekali belum membuktikan dukungan berkelanjutan. Evaluasi ideal perlu memasang identitas keluarga, mengukur beberapa domain dukungan, dan melakukan observasi pada lebih dari satu waktu.

Kader berperan sebagai penghubung antara pengetahuan dan praktik. Kader dapat mengingatkan keluarga, membantu menafsirkan daftar tilik, menandai keluhan yang perlu dikonsultasikan, dan mendorong komunikasi suami-istri. Penguatan kader juga mengurangi ketergantungan program pada kehadiran tim pengabdian. Namun, kader perlu menggunakan batas rujukan yang jelas dan tidak menggantikan pemeriksaan klinis.

Ketidaknyamanan kehamilan dan kebutuhan konseling individual

Lebih dari separuh peserta dengan data lengkap melaporkan satu jenis ketidaknyamanan, tetapi sebagian mengalami beberapa keluhan sekaligus. Rentang satu sampai 13 jenis menunjukkan bahwa kebutuhan informasi tidak seragam. Ibu dengan satu keluhan mungkin memerlukan penguatan singkat, sedangkan ibu dengan banyak keluhan memerlukan penilaian lebih terstruktur untuk membedakan perubahan fisiologis, masalah yang mengganggu aktivitas, dan tanda bahaya. Oleh karena itu, rerata jumlah keluhan tidak boleh digunakan sebagai ukuran keparahan tanpa penilaian klinis.

Materi berbasis trimester membantu menempatkan keluhan dalam konteks, tetapi konseling harus tetap menanyakan onset, durasi, intensitas, gejala penyerta, dan dampaknya. Pesan mandiri seperti pengaturan makan, istirahat, posisi tubuh, hidrasi, atau aktivitas ringan perlu disampaikan bersama

batas kapan harus menghubungi tenaga kesehatan. Pendekatan ini konsisten dengan prinsip pelayanan antenatal untuk pengalaman kehamilan yang positif, yang menggabungkan pencegahan komplikasi dan dukungan terhadap pengalaman ibu sehari-hari (World Health Organization, 2016).

Kombinasi media cetak dan digital bermanfaat untuk kebutuhan yang berbeda. Booklet dan flyer dapat digunakan tanpa kuota internet serta mudah dibawa ke posyandu, sedangkan e-book dapat dibagikan kepada suami yang bekerja di luar rumah. Tinjauan Mohamed et al. (2025) menunjukkan bahwa teknologi digital membuka peluang untuk memperkuat edukasi dan pemantauan antenatal, tetapi kesenjangan literasi digital dan konektivitas perlu diantisipasi. Dalam PINKESGA, versi cetak mempertahankan akses dasar dan versi digital memperluas jangkauan; keduanya perlu memuat pesan yang sama agar keluarga tidak menerima instruksi yang bertentangan.

Keterbatasan dan keberlanjutan

Secara konseptual, temuan kegiatan berada pada tingkat luaran proksimal, yaitu perbedaan skor pengetahuan segera setelah edukasi serta dukungan dan komitmen yang dilaporkan. Pemberdayaan yang lebih kuat mensyaratkan kemampuan keluarga menerapkan informasi ketika menghadapi situasi nyata, membagi peran, dan mengakses layanan tanpa penundaan. Karena itu, keberhasilan program tidak cukup dinilai dari skor posttest. Daftar tilik perlu digunakan sebagai alat dialog keluarga, sedangkan kader dapat menanyakan alasan item belum dilakukan, membantu keluarga mencari alternatif yang realistis, dan meneruskan masalah yang memerlukan penilaian profesional.

Evaluasi ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, desain satu kelompok tanpa pembandingan tidak dapat memisahkan perubahan setelah edukasi dari faktor lain, termasuk paparan informasi di luar program. Kedua, jumlah peserta 19 orang. Ketiga, skor awal relatif tinggi hal tersebut menunjukkan pengetahuan ibu hamil relative bagus namun dukungan suami yang masih kurang, akan tetapi hasil wawancara menunjukkan dukungan suami dalam keterlibatan kelas ibu hamil masih kurang tetapi setelah edukasi dukungan suami menjadi 97%.

Keberlanjutan dapat diperkuat melalui tiga langkah. Pertama, pemerintah desa dan kader menyimpan media PINKESGA serta memasukkannya ke pertemuan ibu hamil dan posyandu. Kedua, setiap keluarga menggunakan kode yang sama pada pengukuran ibu dan suami agar perubahan dapat dipasangkan. Ketiga, evaluasi dilakukan kembali setelah satu hingga tiga bulan dengan indikator pengetahuan, kelengkapan daftar tilik, kehadiran pemeriksaan, partisipasi kelas, tindakan saat keluhan, dan keputusan rujukan. Strategi tersebut mengubah keberhasilan dari sekadar skor segera setelah edukasi menjadi perilaku yang dapat diamati.

KESIMPULAN

Penerapan PINKESGA melalui edukasi interaktif, demonstrasi daftar tilik, booklet, e-book, dan pendampingan di Desa Batu Kumbung diikuti oleh skor pengetahuan ibu hamil yang lebih tinggi / pengetahuan ibu hamil dan keterlibatan keluarga meningkat dan pada uji Wilcoxon menghasilkan $p < 0,001$. Pada pengukuran awal, 14 dari 19 ibu (73,7%) melaporkan didampingi suami. Evaluasi yang terpisah pada delapan suami atau anggota keluarga menunjukkan rerata skor dukungan 97,5, dan seluruhnya menyatakan komitmen mendampingi pemeriksaan antenatal serta kelas ibu hamil setelah di lakukan edukasi.

Ucapan terimakasih

Tim pengabdian menyampaikan terima kasih kepada Pemerintah Desa Batu Kumbung, kader kesehatan, ibu hamil, suami, dan keluarga yang berpartisipasi; serta Poltekkes Kemenkes Mataram atas dukungan kelembagaan dalam pelaksanaan kegiatan.

Konflik kepentingan

Para penulis menyatakan tidak memiliki konflik kepentingan yang relevan dengan kegiatan dan penyusunan manuskrip ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Abebe, G. F., Alie, M. S., Alelign, Z., Negesse, Y., Lemu, L. G., & Girma, D. (2024). Male involvement in antenatal care follow-up and its determinants in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 14, e083492. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-083492>
- Çankaya, S., & Şimşek, B. (2021). Effects of antenatal education on fear of birth, depression, anxiety, childbirth self-efficacy, and mode of delivery in primiparous pregnant women: A prospective randomized controlled study. *Clinical Nursing Research*, 30(6), 818–829. <https://doi.org/10.1177/1054773820916984>
- Degefa, N., Dure, A., Getahun, D., Bukala, Z., & Bekelcho, T. (2024). Male partners involvement in their wives' antenatal care and its associated factors in southern Ethiopia: A community-based cross-sectional study. *Heliyon*, 10(7), e28276. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e28276>
- Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat. (2023). *Profil kesehatan Kabupaten Lombok Barat tahun 2023*. https://ppid.lombokbaratkab.go.id/fileppid/PROFIL_DINAS_KESEHATAN_TAHUN_2023.pdf
- Idris, H., & Sari, I. (2023). Factors associated with the completion of antenatal care in Indonesia: A cross-sectional data analysis based on the 2018 Indonesian Basic Health Survey. *Belitung Nursing Journal*, 9(1), 79–85. <https://doi.org/10.33546/bnj.2380>
- Iskandar, S. I., Aryanto, S., Prawitasari, S., & Wiratama, B. S. (2025). Strengthening the first antenatal visit to improve maternal health: Results from a cross-sectional study in Bantul, Indonesia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25, 911. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-08038-5>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Buku kesehatan ibu dan anak*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <https://kesprimkom.kemkes.go.id/>
- Mardiatun, M., Purnamawati, D., & Mawaddah, E. (2020). Peningkatan pemberdayaan keluarga melalui PINKESGA (Paket Informasi Keluarga) kehamilan dalam mengambil keputusan merawat ibu hamil. *Jurnal Keperawatan Terpadu (Integrated Nursing Journal)*, 2(1), 70–78. <https://garuda.kemdiktisaintek.go.id/journal/view/15035?page=3>
- Mohamed, H., Ismail, A., Sutan, R., Abd Rahman, R., & Juval, K. (2025). A scoping review of digital technologies in antenatal care: Recent progress and applications of digital technologies. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25, 153. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07209-8>
- Nurkhayati, E., & Yunarsih, N. (2023). Peningkatan pengetahuan ibu hamil tentang gizi di Desa Gelam Kota Serang. *Indonesia Berdaya*, 4(1), 1–6. <https://doi.org/10.47679/ib.2023370>
- Pratiwi, A. I., & Irawan, Y. L. M. (2022). Peningkatkan kesehatan ibu dan janin selama kehamilan di Puskesmas Kecamatan Johar Baru Jakarta pada masa pandemi COVID-19. *Indonesia Berdaya*, 3(2), 315–322. <https://doi.org/10.47679/ib.2022224>
- Syairaji, M., Nurdiati, D. S., Wiratama, B. S., Prüst, Z. D., Bloemenkamp, K. W. M., & Verschuuren, K. J. C. (2024). Trends and causes of maternal mortality in Indonesia: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24, 515. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06687-6>
- World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>

This page has been intentionally left blank