

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINGKAT
KEPATUHAN KONSUMSI TABLET TAMBAH DARAH
PADA IBU HAMIL DI INDONESIA
(ANALISIS DATA SKI 2023)**

TESIS

**ELSA WIDYAVIHUSNA
2421222006**



**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU GIZI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS ANDALAS**

2026



UNIVERSITAS ANDALAS

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINGKAT
KEPATUHAN KONSUMSI TABLET TAMBAH DARAH
PADA IBU HAMIL DI INDONESIA
(ANALISIS DATA SKI 2023)**

ELSA WIDYAVIHUSNA

2421222006

*Sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Gizi
pada Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Andalas*

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU GIZI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS ANDALAS**

2026

PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINGKAT
KEPATUHAN KONSUMSI TABLET TAMBAH DARAH
PADA IBU HAMIL DI INDONESIA
(ANALISIS DATA SKI 2023)**

ELSA WIDYAVIHUSNA

2421222006

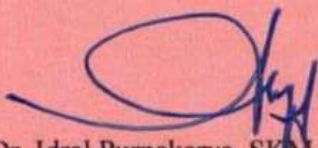
Tesis ini telah disetujui dan diperiksa oleh pembimbing tesis
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas

Padang, 14 Juli 2026

Menyetujui

Pembimbing I

Pembimbing II



Dr. Idral Purnakarya, SKM., MKM
NIP. 197909102005011002



Prof. Dr. Azrima Daliza, SKM., MKM
NIP. 197505172005012002

PERNYATAAN PERSETUJUAN TIM PENGUJI

Tesis dengan judul
**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINGKAT
KEPATUHAN KONSUMSI TABLET TAMBAH DARAH
PADA IBU HAMIL DI INDONESIA
(ANALISIS DATA SKI 2023)**

Yang dipersiapkan dan dipertahankan Oleh:

ELSA WIDYAVIHUSNA

2421222006

Telah diuji dan dipertahankan di depan Tim Penguji Tesis
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas pada Kamis 9 Juli 2026
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Komisi Penguji

1. Dr. Frima Elda, SKM., MKM.

(Ketua)

Tanda Tangan

(.....)

2. Prof. Dr. Azrimaidaliza, SKM., MKM.

(Anggota)

(.....)

3. Dr. Denas Symond, M.C.N.

(Anggota)

(.....)

4. Dr. Idral Purnakarya, SKM., MKM

(Anggota)

(.....)

5. Kamal Kasra, M.QIH., PhD

(Anggota)

(.....)

LEMBAR PENGESAHAN SIDANG AKHIR

Judul Penelitian : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kepatuhan Konsumsi Tablet Tambah Darah Pada Ibu Hamil Di Indonesia (Analisis Data Ski 2023)

Nama : Elsa Widyavihusna

Nomor Buku Pokok : 2421222006

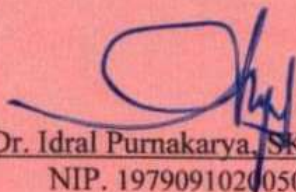
Program Studi : Magister Ilmu Gizi

Tesis ini telah diuji dan dipertahankan dihadapan komisi pembimbing, komisi penguji dan ketua sidang akhir (Komprehensif) Program Studi Magister Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas dan dinyatakan **LULUS** pada tanggal 09 Juli 2026.

Menyetujui,

Komisi Pembimbing

Pembimbing I



Dr. Idral Purnakarya, SKM, MKM.
NIP. 197909102005011002

Pembimbing II



Prof. Dr. Azrimaidaliza, SKM., MKM
NIP. 197505172005012002

Mengetahui,

Ketua Program Studi Magister Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas



Dr. Jeallyza Muthia Azra, S.Gz., M.Si
NIP. 199505102024062003

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas



Prof. Dr. dr. Dien Gusta Anggraini Nursal., MKM
NIP. 197608132003122004

PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Elsa Widyavihusna
NIM : 2421222006
Tempat/Tanggal Lahir : Bengkulu/ 17 Maret 1999
Tahun Masuk : 2024
Pembimbing Akademik : Dr. Idral Purnakarya, SKM., MKM
Pembimbing I : Dr. Idral Purnakarya, SKM., MKM
Pembimbing II : Prof. Dr. Azrimaidaliza, SKM., MKM

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan Tesis saya yang berjudul :

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINGKAT KEPATUHAN KONSUMSI TABLET TAMBAH DARAH PADA IBU HAMIL DI INDONESIA (ANALISIS DATA SKI 2023)

Apabila suatu saat nanti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, 14 Juli 2026



Elsa Widyavihusna
NIM. 2421222006

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Elsa Widyavihusna
Tempat/Tanggal Lahir : Bengkulu/ 17 Maret 1999
Alamat : Jl. Fatmawati no. 59 Bengkulu Utara
No. Telp/ HP : 082177866296
Email : Widyavihusnayaya@gmail.com
Riwayat Pendidikan :

1. SDN 09 Argamakmur	Lulus Tahun 2012
2. SMPN 01 Argamakmur	Lulus Tahun 2014
3. SMAN 01 Argamakmur	Lulus Tahun 2017
4. DIV Poltekkes Kemenkes Bengkulu	Lulus Tahun 2021
5. S2 Ilmu Gizi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas	Lulus Tahun 2026

HALAMAN PERSEMBAHAN

Dengan segala kerendahan hati dan penuh rasa syukur kepada Allah SWT, karya ini kupersembahkan sebagai untaian doa, cinta, dan bakti yang tak pernah mampu terbalaskan sepenuhnya...

Kepada Ayahanda tercinta,

H. Edi Rosdy, SH., M.Kes,

dan Ibunda tersayang,

Eli Zarni, S.IP

Di setiap langkah yang kutempuh, selalu ada doa yang diam-diam Ayah dan Ibu selalu panjatkan untukku. Dalam setiap lelah yang hampir membuatku menyerah, terlintas wajah kalian yang tak pernah berhenti berharap. Terima kasih atas cinta yang tak bersyarat, atas pengorbanan yang tak pernah kalian hitung, dan atas kesabaran yang tak pernah kalian keluhkan.

Ayah Ibu adalah rumah pertama tempat aku belajar tentang arti perjuangan, tentang keteguhan, tentang keikhlasan. Dari ayah dan ibu aku belajar bahwa mimpi harus diperjuangkan, meski harus jatuh dan bangkit berkali-kali.

Karya tesis ini bukanlah apa-apa dibandingkan dengan segala yang telah ayah dan ibu berikan. Namun izinkanlah ia menjadi tanda kecil bahwa setiap doa kalian tidak pernah sia-sia, bahwa setiap harapan yang ayah ibu titipkan kini mulai menemukan jalannya.

Untuk Ayukku tersayang,

dr. Elfa Meroistha,

Terima kasih telah menjadi sosok yang selalu lebih dulu melangkah dan menunjukkan bahwa jalan perjuangan itu nyata adanya. Dari Ayuk, aku belajar tentang ketekunan, keberanian, dan arti menjadi perempuan yang kuat dalam diam. Dukungan dan kehadiran Ayuk adalah pelita yang menuntunku ketika arah terasa samar.

Untuk Ingahku tercinta,

Elvirha Dwi Kartika, S.E., M.Akt,

Terima kasih telah menjadi tempat berbagi, tempat bersandar, dan tempat pulang ketika hati terasa lelah. Setiap kata semangat, setiap perhatian kecil yang Ingah berikan, menjadi kekuatan yang tak tergantikan dalam perjalanan panjang ini.

Dan untuk dua cahaya kecil dalam hidupku,

Abang Bariq (Muhammad Bariq Al-Thaffy)

dan

Adek Hanif (Muhammad Hanif Elfahreza),

Kalian adalah tawa yang menghapus lelah, pelukan yang menenangkan hati, dan alasan sederhana untuk terus tersenyum di tengah beratnya perjalanan yaya dalam penyusunan tesis ini. Dalam dunia kecil kalian, yaya menemukan kembali arti kebahagiaan yang tulus. Semoga suatu hari nanti, kalian tumbuh menjadi pribadi yang lebih hebat, dan karya kecil yaya ini bisa menjadi salah satu jejak kecil yang dapat abang dan adek banggakan.

Dan... Terkhusus paling teristimewa..

untuk diriku sendiri yang sering kali luput untuk diapresiasi,

Terima kasih telah bertahan, bahkan ketika tidak ada yang benar-benar tahu seberapa berat yang kamu rasakan.

Terima kasih telah tetap berjalan, meskipun langkahmu sering tertatih dan arah terasa kabur.

Aku tahu, ada banyak malam yang aku lewati dengan pikiran yang tak kunjung tenang.

Ada lelah yang aku pendam sendiri.

Ada tangis yang aku sembunyikan, bahkan dari orang-orang terdekatku.

Aku pernah merasa tidak cukup.

Pernah merasa tertinggal.

Pernah merasa ragu apakah semua ini akan sampai pada akhir yang baik.

Namun aku tetap memilih untuk tidak berhenti.

Aku tetap bangun, tetap mencoba, tetap melanjutkan meski dengan sisa tenaga yang ku punya. Dan itu bukan hal yang kecil. Itu adalah keberanian yang tidak semua orang mampu miliki.

Hari ini, bukan tentang seberapa sempurna hasil yang aku capai.

Tetapi tentang bagaimana aku tidak menyerah pada diriku sendiri.

Tentang bagaimana aku belajar menerima proses yang kadang tidak adil, tidak mudah, dan tidak selalu sesuai harapan.

Dan jika suatu hari nanti aku kembali merasa lelah dan kehilangan arah, ingatlah ini:

“ Aku pernah berada di titik paling rapuh dan tetap memilih untuk bertahan “.

Aku tidak sekuat yang aku pikirkan dulu. Aku jauh lebih kuat dari itu.

Akhirnya, tesis ini bukan hanya tentang akhir dari sebuah perjalanan akademik, tetapi tentang awal dari versi diriku yang lebih tangguh, lebih dewasa, dan lebih memahami arti perjuangan.

Akhirnya, karya ini adalah persembahan sederhana dari perjalanan panjang yang penuh air mata, doa, harapan, dan keteguhan.

Untuk setiap nama yang kusebut dengan penuh cinta, Semoga setiap langkahku ke depan selalu menjadi doa yang hidup untuk membahagiakan kalian.

Dan semoga Allah SWT membalas segala kebaikan, cinta, dan pengorbanan kalian dengan balasan yang berlipat ganda, di dunia maupun di akhirat.

Aamiin Allahumma Aamiin.

Dengan penuh cinta dan penuh kasih sayang

Elsa Widyavihusna, S.Tr.Gz., M.Gz

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Sembah sujud dan syukur kepada Allah SWT,
atas setiap kemudahan, kekuatan, dan jalan yang Engkau berikan.
Shalawat dan salam kepada Rasulullah Muhammad SAW.
Tesis ini kupersembahkan untuk
Ayahanda Ibunda tercinta, Ayuk, Ingah, Abang bariq dan Adek hanif tersayang.
Terima kasih atas cinta, doa, dan pengorbanan yang tak pernah terhenti.
Tanpa kalian, aku bukan apa-apa.
Untuk keluarga **H. Edi Rosdy, SH., M.Kes** dan keluarga **dr. Reza Rahmadinata, Sp.P** yang selalu menguatkan dan menjadi alasan untuk terus melangkah.
Dan teruntuk diriku sendiri,
Terima kasih telah bertahan,
meski lelah, ragu, dan hampir menyerah.
Ini bukan sekadar akhir,
tetapi bukti bahwa aku tidak berhenti.

Dengan penuh cinta dan penuh kasih sayang

Elsa Widyavihusna, S.Tr.Gz., M.Gz

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS ANDALAS**

Tesis, Juli 2026

Elsa Widyavihusna / 2421222006

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINGKAT
KEPATUHAN KONSUMSI TABLET TAMBAH DARAH PADA IBU
HAMIL DI INDONESIA (ANALISIS DATA SKI 2023)**

IX + 78 halaman, 16 tabel, 3 gambar, 9 lampiran

ABSTRAK

Tujuan Penelitian

Anemia pada ibu hamil masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia yang berdampak terhadap ibu dan janin. Kepatuhan konsumsi tablet tambah darah (TTD) sebagai upaya pencegahan anemia masih rendah berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan konsumsi TTD pada ibu hamil di Indonesia.

Metode

Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* dengan data sekunder SKI 2023. Sampel sebanyak 63.073 ibu hamil yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Analisis dilakukan secara univariat, bivariat (uji chi-square), dan multivariat (regresi logistik ganda).

Hasil

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan konsumsi TTD masih rendah yaitu 41,2%. Analisis bivariat menunjukkan pendidikan ibu ($p<0,001$), pekerjaan ibu ($p=0,005$), paritas ($p=0,001$), tempat tinggal ($p=0,045$), dan tenaga pemeriksa kehamilan ($p=0,007$) berhubungan dengan kepatuhan konsumsi TTD, sedangkan umur tidak berhubungan ($p=0,313$). Analisis multivariat menunjukkan tenaga pemeriksa kehamilan merupakan faktor paling dominan (POR=1,354; 95% CI: 1,086–1,688).

Kesimpulan

Kepatuhan konsumsi TTD pada ibu hamil di Indonesia masih rendah dan dipengaruhi oleh faktor sosiodemografi serta pelayanan kesehatan. Tenaga pemeriksa kehamilan menjadi determinan utama sehingga penguatan pelayanan antenatal dan edukasi gizi diperlukan untuk meningkatkan kepatuhan konsumsi TTD.

Daftar Pustaka : 94 (1991-2025)

Kata Kunci : Ibu hamil, Kepatuhan, Tablet tambah darah, Anemia, SKI 2023

**FACULTY OF PUBLIC HEALTH
ANDALAS UNIVERSITY**

THESIS, July 2026

Elsa Widyavihusna / 2421222006

**FACTORS ASSOCIATED WITH ADHERENCE TO IRON
SUPPLEMENTATION AMONG PREGNANT WOMEN IN INDONESIA
(ANALYSIS OF SKI 2023 DATA)**

IX+ 78 pages, 16 tables, 3 figures, 9 appendices

ABSTRACT

Research Objective

Anemia in pregnancy remains a significant public health problem in Indonesia, affecting both maternal and fetal outcomes. Adherence to iron supplementation as a preventive strategy is still low based on the 2023 Indonesian Health Survey (SKI). This study aimed to analyze factors associated with adherence to iron tablet consumption among pregnant women in Indonesia.

Methods

A cross-sectional study was conducted using secondary data from SKI 2023. The sample included 63,073 pregnant women who met the inclusion and exclusion criteria. Data were analyzed using univariate, bivariate (chi-square test), and multivariate (multiple logistic regression) methods.

Results

The proportion of adherence to iron supplementation was low (41.2%). Bivariate analysis showed that maternal education ($p < 0.001$), employment ($p = 0.005$), parity ($p = 0.001$), residence ($p = 0.045$), and type of antenatal care provider ($p = 0.007$) were significantly associated with adherence, while maternal age was not ($p = 0.313$). Multivariate analysis identified the antenatal care provider as the most dominant factor (POR=1.354; 95% CI: 1.086–1.688).

Conclusion

Adherence to iron supplementation among pregnant women in Indonesia remains low and is influenced by sociodemographic and healthcare service factors. Strengthening antenatal care services and nutrition education is essential to improve adherence.

Bibliography

: 94(1991-2025)

Keywords

: Pregnant women, Adherence, Iron supplementation, Anemia, SKI 2023

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis haturkan kehadiran Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kepatuhan Konsumsi Tablet Tambah Darah Pada Ibu Hamil Di Indonesia (Analisis Data Ski 2023)”**.

Dalam proses penyusunan tesis ini ucapan terima kasih penulis berikan kepada:

1. Bapak Dr. Efa Yonnedi, S. E., MPPM., Akt., CA., CRGP. Selaku Rektor Universitas Andalas
2. Ibu Dr. dr. Dien Gusta Anggraini Nursal, MKM selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas.
3. Bapak Dr. Syahrial, SKM, M. Biomed selaku Ketua Departemen Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas.
4. Ibu Dr. Jeallyza Muthia Azra, S.Gz, M Si selaku Ketua Program S2 Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas.
5. Bapak Dr. Idral Purnakarya, SKM., MKM selaku dosen pembimbing I yang telah memberikan petuah, bimbingan, serta arahan dalam proses penyusunan tesis ini.
6. Ibu Prof. Dr. Azrimaidaliza, SKM., MKM selaku dosen pembimbing II yang telah memberikan petuah, bimbingan, serta arahan dalam proses penyusunan tesis ini.
7. Bapak Dr. Denas Symond, MCN selaku penguji I, Ibu Dr. Frima Elda, SKM., MKM selaku penguji II, dan Bapak Kamal Kasra, M.QIH., PhD selaku penguji III yang telah memberikan masukan, kritik dan saran untuk menyempurnakan tesis ini.
8. Bapak Dr. Idral Purnakarya, SKM., MKM selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan kepada penulis selama perkuliahan.
9. Karya sederhana ini penulis persembahkan kepada kedua orang tua penulis tercinta, Ayahanda H. Edi Rosdy, SH., M.Kes dan Ibunda Hj. Eli Zarni, S.IP. Terima kasih yang tiada tara atas setiap tetes keringat, doa yang tak pernah putus, motivasi dan pengorbanan tanpa pamrih yang kalian berikan. Maafkan anakmu yang belum mampu membalas segala kebaikan ini.

Semoga gelar Magister ini menjadi langkah awal untuk membuat k
bangga dan tersenyum bahagia.

10. Teman-teman dan seluruh pihak yang telah memberikan dukungan, semangat dan bantuan selama proses penyusunan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan tesis ini masih belum sempurna dan terdapat berbagai keterbatasan. Dengan demikian, penulis membuka diri terhadap kritik dan saran yang membangun dari berbagai pihak. Harapan penulis, tesis ini dapat bermanfaat seluas-luasnya bagi masyarakat.

Padang, Juni 2026

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSEMBAHAN	vi
ABSTRAK	i
ABSTRACT	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR.....	viii
DAFTAR SINGKATAN/ISTILAH.....	ix
BAB 1 : PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
1.5 Ruang Lingkup	8
BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Anemia Pada Kehamilan	9
2.2 Tablet Tambah Darah.....	12
2.3 Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan	15
2.4 Telaah Sistematis.....	19
2.5 Kerangka Teori.....	22
2.6 Kerangka Konsep	25
BAB 3: METODOLOGI PENELITIAN.....	25
3.1 Jenis Penelitian	25
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	25
3.3 Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023	25
3.4 Populasi dan Sampel Penelitian	26
3.5 Definisi Operasional.....	30
3.6 Hipotesis Penelitian.....	32
3.8 Alur Penelitian.....	33

3.9 Etik Penelitian	33
3.10 Teknik Pengumpulan dan Pengolahan Data.....	34
3.10.1 Teknik Pengumpulan Data.....	34
3.10.2 Teknik Pengolahan Data	34
3.11 Analisis Data	35
3.11. 1 Analisis Univariat	35
3.11.2 Analisis Bivariat	35
3.11.3 Analisis Multivariat	35
BAB 4 : HASIL PENELITIAN.....	37
4.1 Gambaran Data Skunder	37
4.2 Karakteristik Responden	37
4.3 Analisis Univariat.....	38
4.4 Analisis Bivariat	43
4.5 Analisis Multivariat.....	47
BAB 5 : PEMBAHASAN.....	50
5.1 Keterbatasan Penelitian	50
5.2 Analisis Univariat.....	50
5.3 Analisis Bivariat	59
5.4 Analisis Multivariat.....	65
BAB 6 : KESIMPULAN DAN SARAN.....	66
6.1 Kesimpulan.....	66
6.2 Saran.....	67
DAFTAR PUSTAKA	71
LAMPIRAN.....	79

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Berbagai Sediaan Preparat Oral Besi	12
Tabel 2.2 Telaah sistematis	19
Tabel 3.1 Perhitungan kekuatan uji penelitian (β)	28
Tabel 3.2 Definisi Operasional	30
Tabel 4.1 Karakteristik Responden	40
Tabel 4.2 Distribusi frekuensi kepatuhan tablet tambah darah (TTD).....	41
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Umur Ibu	42
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Pendidikan Ibu.....	43
Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Pekerjaan Ibu	44
Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Paritas	44
Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Tempat Tinggal	45
Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Tenaga Pemeriksa kehamilan	46
Tabel 4.9 Analisis Hubungan Karakteristik Ibu dengan Kepatuhan Konsumsi TTD pada Ibu Hamil di Indonesia	47
Tabel 4.10 Seleksi Bivariat ke Multivariat	50
Tabel 4.11 Pemodelan Awal Analisis Multivariat Kepatuhan Konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD)	50
Tabel 4.12 Pemodelan Akhir Analisis Multivariat Kepatuhan Konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD)	51

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Kerangka Teori	25
Gambar 2.2 Kerangka Konsep	27
Gambar 3.1 Kerangka Sampel	29

DAFTAR ISTILAH

ANC	: <i>Antenatal Care</i>
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
CED	: <i>Chronic Energy Deficiency</i>
DHS	: <i>Demographic and Health Survey</i>
Fe	: <i>Ferrum</i>
PSM	: <i>Propensity Score Matching</i>
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
SDKI	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SKI	: Survei Kesehatan Indonesia
SSGI	: Survei Status Gizi Indonesia
TTD	: Tablet Tambah Darah
WHO	: <i>World Health Organization</i>
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KEK	: Kurang Energi Kronik
USAID	: <i>United States Agency for International Development</i>

BAB 1 : PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Anemia pada kehamilan merupakan masalah gizi utama di negara berkembang yang berdampak serius bagi ibu dan janin. Kondisi ini meningkatkan risiko kematian maternal dan neonatal, persalinan prematur, serta Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Anemia pada kehamilan sering disebut sebagai masalah kesehatan masyarakat yang krusial karena konsekuensi jangka panjangnya terhadap kualitas sumber daya manusia. Anemia pada kehamilan sering disebut dengan “*potential danger to mother and child*” (potensi membahayakan ibu dan anak).⁽¹⁾ Anemia pada kehamilan didefinisikan apabila kadar hemoglobin (Hb) <11 g/dL. *Center of disease control and prevention* mendefinisikan anemia sebagai kondisi dengan kadar Hb <11 g/dL pada trimester pertama dan ketiga, Hb <10,5 g/dL pada trimester kedua.⁽²⁾ Dampak anemia pada kehamilan tidak hanya terbatas pada kesehatan ibu, tetapi juga memengaruhi janin dan bayi yang dilahirkan. Anemia berhubungan dengan peningkatan risiko perdarahan, preeklamsia, kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, hingga kematian ibu dan bayi.⁽³⁾ Pada janin, anemia akan mengakibatkan terjadinya persalinan prematur, tumbuh kembang janin dalam rahim terhambat, berat bayi lahir rendah (BBLR) hingga kematian bayi.⁽⁴⁾

Menurut *World Health Organization* prevalensi secara global ibu hamil di seluruh dunia yang mengalami anemia sebesar 41,8%. Prevalensi di antara ibu hamil bervariasi dari 31% di Amerika Selatan hingga 64% di Asia bagian selatan. Untuk Asia selatan dan Tenggara hingga 58% total penduduk yang mengalami anemia. Di Amerika Utara, Eropa dan Australia jarang dijumpai anemia karena defisiensi zat besi selama kehamilan. Amerika Serikat hanya terdapat sekitar 5% pada anak dan 5-10 % pada wanita dalam usia produktif yang menderita anemia karena defisiensi zat besi.⁽⁵⁾ Prevalensi anemia pada wanita hamil usia 15-49 tahun di Indonesia sebesar 41,98% di tahun 2016, dimana persentase ini meningkat dari persentase tahun sebelumnya yaitu 40,53% di tahun 2015.⁽⁶⁾ Prevalensi anemia pada wanita hamil usia 15-49 tahun di Indonesia mencapai 44,2% pada tahun 2019, angka ini jauh lebih tinggi dibandingkan rata-rata global yang berada pada kisaran 35,5%.⁽⁷⁾

Di Indonesia, anemia pada ibu hamil masih menjadi masalah gizi utama yang perlu mendapat perhatian. Berdasarkan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017, tercatat sekitar 39% ibu hamil mengalami anemia.⁽⁸⁾ Hal ini menunjukkan bahwa hampir 4 dari 10 ibu hamil menghadapi risiko komplikasi kehamilan yang disebabkan oleh kekurangan zat besi dan nutrisi lainnya.⁽⁹⁾ Prevalensi anemia pada ibu hamil di Indonesia sebesar 37,1% jumlah tertinggi di wilayah pedesaan yaitu 37,8% dan terendah di wilayah perkotaan sebesar 36,4%. Sementara pada tahun 2018 meningkat menjadi 48,9%. Jumlah tertinggi kasus anemia pada ibu hamil masih didominasi di wilayah pedesaan yaitu 49,5% dan diperkotaan sebesar 48,3% hal ini memperkuat temuan bahwa anemia masih sangat lazim terjadi di kalangan bahkan hingga di kalangan wanita hamil usia 15–49 tahun.⁽¹⁰⁾

Data nasional terkini menunjukkan bahwa masalah kepatuhan konsumsi TTD pada ibu hamil di Indonesia masih menjadi tantangan serius. Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia 2023 yang diterbitkan Kementerian Kesehatan RI cakupan pemberian TTD minimal 90 tablet pada ibu hamil secara nasional tercatat sebesar 86,2% dari ibu hamil yang mendapatkan TTD.⁽¹¹⁾ Tren peningkatan dari 83,6% pada tahun 2020 dan 84,2% pada tahun 2021.⁽¹²⁾ Angka cakupan distribusi ini berbeda jauh dengan kepatuhan konsumsi aktual. Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 mencatat bahwa dari 94,2% ibu hamil yang pernah mendapatkan TTD secara nasional hanya 42,6% yang mengonsumsi TTD sesuai standar minimal 90 tablet selama kehamilan.⁽¹³⁾ Angka ini masih jauh di bawah target RPJMN 2020–2024 sebesar 81%, mencerminkan kesenjangan yang besar antara cakupan distribusi program dan kepatuhan konsumsi aktual di lapangan.⁽¹⁴⁾ Rendahnya kepatuhan konsumsi TTD disebabkan oleh berbagai faktor, baik dari sisi individu ibu maupun sistem pelayanan kesehatan. Dari sisi individu, keluhan efek samping seperti mual, konstipasi, dan rasa logam di mulut sering menjadi alasan penghentian konsumsi TTD.⁽¹⁵⁾

Kondisi ini mengindikasikan bahwa hampir setengah dari ibu hamil di Indonesia mengalami kekurangan hemoglobin, yang berpotensi meningkatkan risiko komplikasi kehamilan, persalinan prematur, hingga kematian ibu dan bayi.

Intervensi untuk mencegah dan mengatasi anemia selama kehamilan menjadi prioritas dalam upaya meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan anak.⁽¹⁶⁾

Faktor penyebab anemia pada masa kehamilan dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik dari aspek individu, pelayanan kesehatan, maupun kondisi sosial ekonomi. Salah satu faktor yang paling dominan adalah pemenuhan konsumsi tablet tambah darah (TTD). Ibu hamil yang tidak patuh mengonsumsi TTD memiliki risiko mengalami anemia hingga 42 kali lebih besar dibandingkan dengan yang patuh, sehingga kepatuhan konsumsi TTD menjadi faktor kunci dalam pencegahan anemia pada kehamilan.⁽¹⁷⁾ Kurangnya pengetahuan tentang pentingnya sumber makanan yang beragam dan kaya zat gizi juga dapat menjadi penyebab kurangnya asupan zat besi pada saat masa kehamilan. Kondisi ini sejalan dengan rendahnya pengetahuan tentang sumber makanan yang mampu meningkatkan penyerapan zat besi.⁽¹⁸⁾

Salah satu intervensi utama dalam penanggulangan anemia pada ibu hamil adalah program suplementasi zat besi dan asam folat melalui pemberian tablet tambah darah (TTD). TTD merupakan tablet yang mengandung zat besi 60 mg dan asam folat 0,25 mg yang direkomendasikan untuk dikonsumsi secara rutin selama kehamilan guna mencegah anemia defisiensi besi dan komplikasi yang ditimbulkannya.⁽¹⁹⁾ Pemberian TTD didasarkan pada kebutuhan zat besi yang meningkat selama masa gestasi, di mana cadangan zat besi tubuh tidak mampu mencukupi kebutuhan fisiologis ibu dan janin.⁽²⁰⁾ Program pemberian TTD di Indonesia telah diatur dalam kebijakan nasional kesehatan ibu. Sejak tahun 2014, Kementerian Kesehatan menargetkan setiap ibu hamil mendapatkan minimal 90 tablet selama masa kehamilan, yang didistribusikan melalui puskesmas, posyandu, bidan desa, dan fasilitas kesehatan lainnya.⁽²¹⁾

Dari sisi pelayanan kesehatan, implementasi program ini masih menghadapi sejumlah tantangan khususnya terkait keterbatasan dalam pelaksanaan konseling gizi, kurang optimalnya mekanisme tindak lanjut, serta lemahnya sistem monitoring terhadap kepatuhan konsumsi tablet tambah darah pada ibu hamil. Studi sebelumnya yang dilakukan Arifah pada tahun 2025 menekankan bahwa keberhasilan pemberian TTD sangat bergantung pada integrasi dengan layanan *antenatal care* (ANC) yang berkualitas. Edukasi yang jelas dan komunikasi intensif

antara tenaga kesehatan dengan ibu hamil terbukti meningkatkan kepatuhan konsumsi TTD.⁽²¹⁾

Kepatuhan konsumsi TTD pada ibu hamil dipengaruhi oleh beberapa faktor salah satunya adalah usia, pendidikan, pekerjaan ibu dan status sosial ekonomi. Hasil penelitian Mariati pada tahun 2024 yang dilakukan di Puskesmas Belukur Makmur, Aceh dengan 37 responden, menunjukkan bahwa 75,7% ibu hamil tidak patuh mengonsumsi tablet Fe. Hanya 24,3% ibu hamil yang mematuhi konsumsi tablet Fe sesuai dengan rekomendasi. Faktor yang berpengaruh adalah pengetahuan ibu, dukungan keluarga, dan ketidaksesuaian kunjungan *antenatal care* (ANC).⁽²²⁾ Pelayanan *antenatal care* (ANC) juga menjadi faktor penting dalam mencegah anemia pada ibu hamil pada penelitian Nurmasari & Sumarmi pada tahun 2019 yang melibatkan 150 responden ibu hamil menunjukkan bahwa 73,33% ibu hamil yang teratur ANC dan patuh mengonsumsi TTD tidak mengalami anemia. Sebaliknya, 46,67% ibu hamil yang tidak teratur melakukan ANC dan tidak patuh mengonsumsi TTD mengalami anemia.⁽²³⁾

Selain edukasi, faktor sosial ekonomi dan dukungan keluarga juga sangat menentukan. Ibu yang mendapat dukungan dari suami dan keluarga lebih cenderung mengonsumsi TTD secara rutin dibandingkan yang tidak mendapatkan dukungan dibuktikan dengan hasil penelitian Lubis pada tahun 2025 yang menyatakan bawasannya sebaliknya, ibu dengan status ekonomi rendah sering kali menghadapi kendala dalam mengakses layanan kesehatan sehingga distribusi TTD tidak merata. Kesenjangan antara distribusi dan kepatuhan konsumsi TTD menunjukkan bahwa persoalan utama bukan hanya pada ketersediaan, melainkan pada perubahan perilaku kesehatan. Dengan demikian, strategi implementasi program perlu diarahkan tidak hanya pada peningkatan cakupan distribusi, tetapi juga pada peningkatan pemahaman motivasi, serta pendampingan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD sesuai anjuran.⁽²⁴⁾

Penelitian Noptriani pada tahun 2021 yang dilakukan di 12.466 responden ibu hamil di Indonesia, menunjukkan bahwa 48,47% ibu hamil tidak patuh mengonsumsi TTD. Faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan ini meliputi kualitas dan kuantitas pelayanan ANC, pekerjaan ibu, dan status sosial ekonomi. Ibu hamil yang tinggal di daerah pedesaan dan memiliki penghasilan rendah

cenderung lebih tidak patuh dalam mengonsumsi TTD.⁽²⁵⁾ Penelitian Sari & Simbolon pada tahun 2022 yang dilakukan di Puskesmas di Indonesia dengan 1.200 responden ibu hamil menunjukkan bahwa 44% ibu hamil mematuhi konsumsi TTD secara rutin, sementara 56% tidak. Faktor yang mempengaruhi kepatuhan adalah pengetahuan ibu, akses terhadap fasilitas kesehatan, serta frekuensi dan kualitas kunjungan ANC.⁽²⁶⁾

Ibu hamil yang memiliki akses terbatas ke fasilitas kesehatan lebih cenderung tidak mematuhi konsumsi TTD. Di sisi lain, hasil penelitian Arifah pada tahun 2025 yang dilakukan di Boyolali, Jawa Tengah, dengan 60 responden ibu hamil yang mengalami anemia dan 60 ibu hamil yang tidak mengalami anemia, menunjukkan bahwa ibu hamil dengan lebih dari satu anak (multigravida) cenderung lebih patuh mengonsumsi tablet Fe. Penelitian ini mengindikasikan bahwa pengalaman dalam kehamilan sebelumnya berperan dalam meningkatkan kepatuhan ibu terhadap konsumsi TTD.⁽²¹⁾ Penelitian oleh Mabuza pada tahun 2021 dengan 330 responden ibu hamil di trimester ketiga menunjukkan bahwa 39,7% ibu hamil mengonsumsi TTD secara rutin di trimester ketiga, sementara 60,3% ibu hamil tidak mematuhi konsumsi TTD sesuai dengan rekomendasi.⁽²⁷⁾

Dalam penelitian di Jambi oleh Putri pada tahun 2025 dengan 100 responden ibu hamil, ditemukan bahwa hanya 50% ibu hamil yang mematuhi konsumsi TTD secara rutin, sementara sisanya 50% tidak mematuhi konsumsi TTD secara rutin. Penelitian ini berkaitan dengan status gizi ibu, di mana ibu dengan kekurangan energi kronis (KEK) lebih rentan terhadap anemia dan cenderung kurang patuh dalam mengonsumsi TTD.⁽²⁴⁾ Penelitian Engidaw pada tahun 2025 yang dilakukan di negara-negara Afrika Timur dengan data dari 43.200 wanita usia reproduksi (15-49 tahun), menunjukkan bahwa hanya 31,33% ibu hamil yang mematuhi konsumsi TTD sesuai rekomendasi WHO, sementara 68,67% tidak mematuhi konsumsi tablet Fe sesuai dengan anjuran.⁽²⁸⁾ Terakhir pada penelitian hasil penelitian Ameline pada tahun 2025 di Lombok Timur yang melibatkan 446 responden ibu hamil menunjukkan bahwa 40,8% ibu hamil mengalami anemia, yang berkaitan dengan kurangnya kepatuhan dalam mengonsumsi tablet Fe, terutama pada ibu hamil dengan status sosial ekonomi rendah.⁽³⁾

Berdasarkan uraian di atas menunjukkan bahwa masih banyak ibu hamil di Indonesia yang tidak patuh mengonsumsi TTD sesuai rekomendasi minimal 90 tablet. Berkaitan dengan hal tersebut maka perlu dilakukan penelitian pada ibu hamil menggunakan data SKI 2023 karena Pemilihan data SKI 2023 sebagai sumber data penelitian didasarkan pada pertimbangan ilmiah dan metodologis. SKI merupakan survei kesehatan nasional resmi yang diselenggarakan oleh kementerian RI, dengan prosedur pengumpulan data standar nasional sehingga memiliki legalitas, kredibilitas, dan validitas yang tinggi. Selain itu, SKI menyediakan variabel yang komprehensif dan relevan dengan penelitian kepatuhan konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) pada ibu hamil, mencakup jumlah konsumsi TTD, karakteristik sosiodemografi, status sosial ekonomi, serta kunjungan antenatal care (ANC).

Cakupan sampel yang besar dan bersifat nasional, data SKI memungkinkan analisis yang representatif dan memiliki daya generalisasi tinggi, sehingga hasil penelitian mampu menggambarkan pola kepatuhan konsumsi TTD pada ibu hamil di Indonesia secara nasional. Adapun beberapa penelitian di Indonesia sebelumnya hanya dilakukan di wilayah dan lokasi tertentu, terbatas hasil penelitian yang menggunakan data nasional. Sehingga tujuan dari penelitian ini untuk melihat faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan konsumsi tablet tambah darah pada ibu hamil di Indonesia menggunakan data SKI 2023.

1.2 Rumusan Masalah

Permasalahan kejadian anemia terutama gizi besi pada ibu hamil masih tinggi, penyebabnya adalah masih banyak ibu hamil yang mengonsumsi tablet tambah darah tidak sesuai anjuran dari Kementerian Kesehatan, yaitu minimal 90 tablet. Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan maka peneliti dapat merumuskan masalah penelitian ini yaitu “Faktor- faktor apa saja yang berhubungan dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi tablet tambah darah di Indonesia (analisis data SKI 2023) ?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor- faktor yang berhubungan dengan tingkat kepatuhan konsumsi tablet tambah darah pada ibu hamil di Indonesia (analisis data SKI 2023).

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Diketahui tingkat kepatuhan konsumsi tablet tambah darah pada ibu hamil di Indonesia.
2. Diketahui karakteristik ibu (umur ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, paritas, dan tenaga pemeriksa kehamilan) di Indonesia.
3. Diketahui karakteristik keluarga (tempat tinggal) di Indonesia.
4. Diketahui hubungan karakteristik ibu dan karakteristik keluarga dengan kepatuhan konsumsi tablet tambah darah pada ibu hamil di Indonesia.
5. Diketahui faktor yang paling dominan berhubungan dengan kepatuhan konsumsi tablet tambah darah pada ibu hamil di Indonesia.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi Masyarakat

Penelitian ini dapat memberikan informasi kepada masyarakat khususnya ibu, tentang pentingnya konsumsi tablet tambah darah selama masa kehamilan. Ibu juga mendapatkan informasi tentang pentingnya mengonsumsi tablet tambah darah sesuai rekomendasi minimal 90 tablet. Sehingga dapat menjadi acuan bagi ibu atau masyarakat dalam upaya preventif mencegah anemia dan komplikasi kehamilan lainnya.

2. Bagi Institusi

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan ajar di beberapa jurusan terkait kesehatan ilmu gizi. Hasil penelitian juga dapat meningkatkan jumlah publikasi yang berkontribusi bagi peneliti dan institusi.

3. Bagi Peneliti lain

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi berupa masukan bagi pemerintah dalam upaya optimalisasi pelaksanaan program

suplementasi tablet tambah darah guna menurunkan prevalensi anemia pada ibu hamil di Indonesia.

4. Bagi Kementerian Kesehatan

Hasil Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan evaluasi dalam memaksimalkan program pemerintah yaitu pemberian tablet tambah darah untuk menanggulangi masalah anemia pada ibu hamil di Indonesia.

1.5 Ruang Lingkup

Ruang lingkup penelitian ini difokuskan pada ibu hamil di Indonesia yang menjadi responden dalam Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional* dengan objek penelitian adalah kepatuhan konsumsi tablet tambah darah (TTD) minimal 90 tablet selama masa kehamilan serta faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan tersebut. Variabel yang diteliti terdiri dari variabel dependen berupa pemenuhan konsumsi TTD dan variabel independen yang meliputi karakteristik ibu (usia, pendidikan, pekerjaan, paritas, dan tenaga pemeriksa kehamilan) serta karakteristik keluarga (tempat tinggal).

Penelitian ini menggunakan data sekunder berskala nasional dari SKI 2023 sehingga ruang lingkungannya mencakup seluruh provinsi di Indonesia. Waktu penelitian dilaksanakan pada tahun 2025 dengan menggunakan data SKI 2023 sebagai sumber utama. Adapun batasan penelitian ini adalah keterbatasan pada variabel yang tersedia dalam SKI 2023 sehingga faktor-faktor lain di luar cakupan survei seperti budaya, kebiasaan makan, dan perbedaan fasilitas kesehatan secara rinci tidak dapat dijelaskan lebih lanjut. Penelitian ini fokus pada pengaruh karakteristik ibu dan keluarga terhadap kepatuhan konsumsi TTD dengan menggunakan data yang tersedia pada SKI 2023. Analisis data yang digunakan adalah analisis univariat untuk mengetahui distribusi frekuensi masing-masing variabel dan bivariat untuk mengetahui perbedaan proporsi masing-masing variabel independen terhadap variabel dependen dengan menggunakan uji *chi-square*. Setelah itu akan dilakukan analisis multivariat untuk mengetahui faktor yang paling berhubungan dengan kepatuhan konsumsi tablet tambah darah (TTD) ibu hamil di Indonesia berdasarkan analisis data SKI 2023.

BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Anemia Pada Kehamilan

2.1.1 Definisi

Anemia pada kehamilan merupakan salah satu masalah gizi dan kesehatan yang paling sering terjadi, ditandai dengan penurunan kadar hemoglobin di bawah ambang batas normal. Menurut kriteria WHO, ibu hamil dikatakan mengalami anemia apabila kadar hemoglobin kurang dari 11,0 g/dL pada trimester pertama dan ketiga, serta kurang dari 10,5 g/dL pada trimester kedua. Kondisi ini menunjukkan tidak adanya penurunan kapasitas darah dalam mengangkut oksigen ke seluruh jaringan tubuh, yang dapat berdampak serius pada kesehatan ibu maupun janin.⁽²⁹⁾

Berdasarkan klasifikasi derajat keparahan, anemia pada ibu hamil dibedakan menjadi anemia ringan jika kadar hemoglobin 10,0–10,9 g/dL, anemia sedang jika hemoglobin 7,0–9,9 g/dL, dan anemia berat jika kadar hemoglobin <7,0 g/dL. Klasifikasi ini telah digunakan secara luas dalam penelitian epidemiologi maupun praktik klinis untuk menentukan tingkat risiko serta intervensi yang diperlukan.⁽³⁰⁾ Anemia pada kehamilan didefinisikan sebagai suatu keadaan dimana jumlah dan ukuran eritrosit atau konsentrasi hemoglobin menurun di bawah nilai rujukan sehingga fungsi darah dalam mengangkut oksigen terganggu. Kondisi ini bukan hanya masalah hematologis semata, tetapi juga menjadi indikator penting status gizi, kesehatan ibu, dan risiko obstetric.⁽³¹⁾

2.1.2 Etiologi

Defisiensi zat besi adalah penyebab utama anemia pada kehamilan di banyak negara dengan beban tinggi, karena kebutuhan besi meningkat besar selama kehamilan akibat perluasan volume plasma dan kebutuhan janin-plasenta⁽³²⁾ Kekurangan mikronutrien lain seperti asam folat dan vitamin B12 juga berkontribusi terhadap gangguan eritropoiesis yang dapat menyebabkan anemia makrositik atau kombinasi defisiensi mikronutrien.⁽³³⁾ Infeksi parasit seperti malaria dan kecacingan masih berperan sebagai penyebab anemia di daerah endemik, karena pendarahan kronis atau gangguan hematopoiesis akibat infeksi.⁽³⁴⁾ Dapat juga disebabkan karena peningkatan kebutuhan zat gizi seperti pada ibu hamil, malabsorpsi dan diet yang buruk.

Penyakit kronis dan inflamasi dapat menyebabkan "anemia peradangan" yang memodulasi metabolisme besi dan mengurangi ketersediaan besi meskipun simpanan mungkin mampu.⁽³⁵⁾ Kelainan genetik seperti thalassemia dan hemoglobinopati lain juga harus dipertimbangkan sebagai penyebab anemia yang tidak merespon suplementasi besi biasa serta faktor sosial-ekonomi (kemiskinan, akses pangan bergizi, pendidikan rendah) dan perilaku (konsumsi zat penghambat penyerapan besi seperti tanin tinggi) ikut mempengaruhi kejadian anemia pada populasi ibu hamil.⁽³⁶⁾

2.1.3 Manifestasi Klinis

Anemia dalam kehamilan bisa menimbulkan gejala seperti badan lemah, kelelahan, dan penurunan kemampuan atau produktifitas kerja.⁽³⁷⁾ Pemeriksaan laboratorium awal berupa Hb dan hematokrit memberikan skrining sederhana, sedangkan pemeriksaan lanjutan seperti serum feritin, saturasi transferin, dan pemeriksaan darah perifer diperlukan untuk menentukan *etiologic*.⁽³³⁾ Anemia defisiensi besi yang tidak ditangani dapat melemahkan toleransi terhadap pendarahan saat persalinan dan meningkatkan risiko transfusi serta komplikasi perinatal. Karena gejala sering tumpang tindih dengan keluhan kehamilan normal, pemeriksaan laboratorium yang teratur selama ANC menjadi kunci untuk diagnosis dini.⁽³⁸⁾

2.1.4 Bahaya Anemia

Ibu hamil yang anemia berisiko melahirkan bayi BBLR, keguguran, lahir sebelum waktunya, perdarahan sebelum dan/atau saat persalinan yang dapat menyebabkan kematian ibu dan bayinya. Anemia selama kehamilan juga berdampak pada janin dalam kandungan, dimana janin dapat mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan, tidak dapat mencapai tinggi optimal dan anak menjadi kurang cerdas.⁽³⁹⁾ Anemia juga membahayakan ibu ketika persalinan dan saat nifas, sehingga penting sekali bagi ibu untuk memenuhi kebutuhan zat besi saat hamil guna menghindari anemia.⁽⁴⁰⁾

Dampak neurokognitif jangka panjang pada anak dari defisiensi zat besi prenatal telah terdokumentasi, sehingga pencegahan anemia antenatal telah mempengaruhi perkembangan populasi jangka panjang.⁽³²⁾ Secara ekonomi,

anemia meningkatkan biaya pelayanan kesehatan akibat kunjungan tambahan, terapi, dan potensi komplikasi bersalin yang memerlukan intervensi intensif.⁽³⁴⁾

2.1.5 Tatalaksana Defisiensi Anemia

2.1.5.1 Terapi Non-medikamentosa

1. Konsumsi bahan makanan yang banyak mengandung zat besi seperti hati, daging merah, dan sayuran hijau. Selain itu tingkatan konsumsi *enhancer* penyerapan zat besi yang didapat dari buah-buahan dan sayuran tinggi kandungan vitamin C. Vitamin C meningkatkan absorpsi besi non hem sampai empat kali lipat karena memiliki faktor reduksi yang berguna untuk mereduksi besi ferri menjadi ferro sehingga absorpsi besi menjadi lebih efisien dan efektif.⁽⁴¹⁾
2. Menghindari konsumsi makanan penghambat penyerapan zat besi, seperti kopi dan teh. Selain dipengaruhi oleh zat-zat yang dapat membantu penyerapan zat besi, anemia juga di pengaruhi zat-zat penghambat penyerapan Fe seperti fitat yang terdapat pada katul, jagung, kedelai, coklat, susu dan kacang-kacangan, polifenol (tanin) terdapat pada teh, kopi, bayam, kacang kacangan, kalsium pada susu, keju, dan phospat pada susu, keju. The memiliki kandungan tanin yang bisa menurunkan penyerapan zat besi non hem dengan cara membentuk ikatan kompleks tidak dapat di serap.⁽⁴²⁾

2.1.5.1 Terapi Medikamentosa

1. Pemberian preparat besi oral seperti fero sulfat, fero fumarat, atau fero glukonat. Sediaan dan dosis preparat besi dapat dilihat pada Tabel 2.1. Frekuensi pemberian 1 kali sehari, dilanjutkan sampai tiga bulan setelah melahirkan untuk mengembalikan cadangan besi.
2. Apabila pemberian preparat besi oral tidak dapat ditoleransi, bisa diberikan secara IV (infus intravena): fero sukrosa/fero dekstran. Preparat intravena juga diberikan pada pasien anemia berat ($Hb < 8$ g/dL).
3. Pemberian Tablet Vitamin C

Tabel 2. 1 Berbagai Sediaan Preparat Oral Besi

Sediaan	Kandungan Besi Elemental (%)	Dosis mengandung 60 mg Besi Elemental) (mg)
Fe Fumarat	30	200
Fe Glukonat	11	550
Fe Sulfat	20	300

Sumber: (Tanto et al., 2014).⁽⁴³⁾

2.1.6 Kebutuhan Zat Besi pada Ibu Hamil

Kebutuhan zat besi pada kehamilan trimester I adalah 1 mg/hari sedangkan pada kehamilan trimester II dan III adalah $\pm$ 5 mg/hari dengan selengkapnya sebagai berikut:

1. Trimester I (usia kehamilan 0-12 minggu) zat besi yang dibutuhkan sebesar 1 mg/hari untuk kebutuhan basal 0,8 mg/hari ditambah dengan kebutuhan dari janin dan *red cell mass* 30-40 mg.
2. Trimester II (usia kehamilan 13-24 minggu) zat besi yang dibutuhkan sebesar $\pm$ 5 mg /hari untuk kebutuhan basal 0,8 mg/hari ditambah dengan kebutuhan *red cell mass* 300 mg dan *conceptus* 115 mg.
3. Trimester III (usia kehamilan 25–40 minggu), zat besi yang dibutuhkan ibu adalah $\pm$ 5 mg/hari untuk kebutuhan basal 0,8 mg/hari ditambah dengan kebutuhan *red cell mass* 150 mg dan *conceptus* 223 mg, sehingga kebutuhan zat besi pada kehamilan trimester II dan III jauh lebih besar daripada jumlah zat besi yang didapatkan dari makanan.⁽³⁹⁾

2.2 Tablet Tambah Darah

2.2.1 Pengertian Tablet Tambah Darah

Tablet Tambah Darah (TTD) adalah istilah programatik yang biasa dipakai di Indonesia untuk formulasi yang mengandung zat besi dan asam folat yang diberikan pada ibu hamil untuk pencegahan dan pengobatan anemia defisiensi besi.⁽³⁹⁾ Bagi wanita usia subur TTD diberikan sebanyak satu kali seminggu dan satu kali sehari selama haid dan untuk ibu hamil TTD diberikan setiap hari selama masa kehamilannya atau minimal 90 tablet untuk mencegah anemia gizi besi selama masa kehamilan yang berfungsi sebagai pembentuk hemoglobin (Hb) dalam darah.

TTD diberikan setelah rasa mual pada kehamilan hilang (pada trimester II dan III), masing-masing diberikan, sebanyak minimal 90 tablet.⁽⁴²⁾ Setiap tablet tambah darah mengandung zat besi yang setara dengan 60 mg besi elemental (dalam bentuk sediaan *Ferro Sulfat*, *Ferro Fumarat* atau *Ferro Gluconat*) dan Asam Folat 0,400 mg yang berwarna merah tua berbentuk bulat atau lonjong.⁽⁴⁰⁾

2.2.2 Program Tablet Tambah Darah

Program TTD di Indonesia diintegrasikan ke dalam layanan antenatal care (ANC) dengan target distribusi dan pemenuhan yang tercantum dalam kebijakan kesehatan ibu nasional, termasuk target jumlah minimal tablet yang harus diterima selama kehamilan.⁽⁴⁴⁾ Implementasi program meliputi distribusi melalui fasilitas kesehatan primer, kelas ibu hamil, dan program sekolah untuk remaja putri; namun pencapaian efektifitas sangat bergantung pada ketersediaan rantai pasokan, pelatihan tenaga kesehatan, dan strategi komunikasi risiko.^(45,46)

Pemberian tablet tambah darah untuk ibu hamil diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, Serta Pelayanan Kesehatan dalam Pasal 9 ayat (1) dan (2) diantara menyebutkan bahwa: 1) Pemberian suplementasi gizi bertujuan untuk pencegahan anemia gizi. 2) Pemberian suplementasi gizi dilaksanakan dalam bentuk pemberian edukasi gizi seimbang dan tablet tambah darah.⁽³⁹⁾

Pemerintah Indonesia telah menetapkan kebijakan nasional terkait program pemberian TTD yang dituangkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 88 Tahun 2014 Tentang standar tablet tambah darah bagi wanita usia subur dan ibu hamil. Standar ini ditetapkan sebagai acuan bagi pemerintah negara, pemerintah daerah provinsi, pemerintah kabupaten/kota dan semua pihak yang berkaitan dengan program pemberian tablet tambah darah bagi wanita usia subur dan ibu hamil.⁽³⁹⁾ Berdasarkan RPJMN (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional) bidang kesehatan tahun 2020 - 2024 target pencapaian untuk persentase ibu hamil yang mendapat TTD minimal 90 tablet selama masa kehamilan adalah 81% pada tahun 2021.⁽⁴⁶⁾

2.2.3 Efektivitas Tablet Tambah Darah

Dari hasil survei sistematis dan meta-analisis menunjukkan suplementasi IFA menurunkan kejadian anemia dan meningkatkan kadar Hb pada ibu hamil bila diberikan sesuai dosis dan durasi yang direkomendasikan.⁽⁴⁷⁾ Efektifitas Pemberian TTD Terhadap Peningkatan Kadar Hemoglobin pada ibu hamil menunjukkan bahwa terdapat perbedaan kadar Hb pada ibu hamil sebelum dan setelah mengonsumsi TTD selama 1 bulan dengan dosis 60 mg/hari dengan rata-rata kenaikan kadar Hb sebesar 1 g/dL perbulan.

2.2.4 Manfaat Tablet Tambah Darah

Zat besi diperlukan untuk membentuk hemoglobin atau sel darah merah. Zat besi juga dapat digunakan untuk sistem pertahanan tubuh, Bagi janin, zat besi sangat penting untuk perkembangan otak fetus dan kemampuan kognitif bayi lahir. Selama hamil, volume darah pada tubuh ibu meningkat sehingga asupan zat besi harus ditambah untuk tetap memenuhi kebutuhan ibu, untuk menyuplai makanan dan oksigen pada janin melalui plasenta dibutuhkan asupan zat besi yang lebih banyak, asupan zat besi yang diberikan oleh ibu kepada janinnya melalui plasenta yang akan digunakan untuk tumbuh kembang janin.⁽¹³⁾

2.2.5 Cara Minum Tablet Tambah Darah

Pemberian TTD perlu memperhatikan waktu dan cara mengonsumsinya, hal ini terkait zat yang dapat menghambat penyerapan zat besi, jika waktu konsumsi zat besi bersamaan dengan konsumsi zat penghambat maka penyerapan zat besi dalam tubuh tidak efektif dilakukan sehingga jumlah kadar hemoglobin dalam tubuh tetap rendah.⁽⁴²⁾ Konsumsi TTD yang baik adalah dengan cara meminumnya hanya dengan air mineral, tidak boleh dengan minuman yang mengandung kafein seperti kopi dan teh karena akan mengganggu absorpsi zat besi serta konsumsi susu bersamaan dengan zat besi juga sebaiknya dihindari karena susu bersifat menetralkan zat besi sehingga menyebabkan efek dari Fe itu akan berkurang.⁽⁴¹⁾ Untuk mengurangi gejala mual, konsumsi TTD dapat dilakukan pada saat makan atau segera sesudah makan, dapat juga dilakukan saat sebelum tidur pada malam hari.⁽¹⁶⁾

2.2.6 Kepatuhan Konsumsi Tablet Tambah Darah

Kepatuhan konsumsi tablet tambah darah (TTD) merupakan salah satu determinan penting dalam pencegahan anemia pada ibu hamil. Kepatuhan diartikan sebagai ketaatan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD sesuai dosis dan jumlah yang dianjurkan, yaitu minimal 90 tablet selama masa kehamilan sebagaimana rekomendasi WHO tahun 2014. Namun berbagai penelitian menunjukkan bahwa tingkat pemenuhan ibu hamil masih rendah, sehingga berkontribusi pada tingginya prevalensi anemia kehamilan.⁽⁴⁰⁾ Kepatuhan mengonsumsi TTD dikatakan baik apabila ibu hamil mengonsumsi semua tablet yang diberikan selama kehamilan sesuai anjuran yaitu minimal 90 tablet.⁽³⁹⁾

2.3 Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

2.3.1 Karakteristik Ibu

2.3.1.1 Perilaku

Kepatuhan diartikan sebagai bentuk perilaku individu. Perilaku individu merupakan suatu aktivitas atau kegiatan manusia, baik yang dapat diamati secara langsung maupun tidak dapat diamati oleh pihak luar. Berdasarkan teori oleh Lawrence Green tahun 1991 yang dikutip Darmawan pada tahun 2015, kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*non behavior causes*). Faktor perilaku (*behavior causes*) dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu :

1. Faktor predisposisi (*Predisposing factors*) merupakan faktor yang mempermudah atau mempresdisposisi terjadinya perilaku seorang yang meliputi umur, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap, keyakinan dan kepercayaan.
2. Faktor pemungkin (*Enabling factors*) yaitu faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku atau tindakan. Artinya bahwa faktor pemungkin adalah sarana dan prasarana atau fasilitas untuk terjadinya perilaku kesehatan misalnya jarak ke fasilitas Kesehatan.
3. Faktor penguat (*Reinforcing factors*) adalah faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku yang terwujud dalam dukungan yang diberikan oleh keluarga, petugas kesehatan maupun tokoh Masyarakat.⁽⁴⁸⁾

Berdasarkan Teori Blum yang dikutip Marpaung pada tahun 2022 untuk mencapai status kesehatan optimal (*well being*), dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu gaya hidup (*life style*), lingkungan, pelayanan kesehatan (*medical care service*), dan faktor keturunan (*genetic*). Faktor yang paling berpengaruh adalah faktor lingkungan. Lingkungan yang dimaksud meliputi lingkungan fisik terdiri dari benda yang dapat dilihat, diraba, dan dirasa, lingkungan biologi terdiri dari makhluk hidup yang bergerak baik yang dilihat maupun tidak, dan lingkungan sosial meliputi pendidikan, pemberdayaan, ekonomi, dan sebagainya. Faktor yang berpengaruh berikutnya adalah gaya hidup (*life style*), yang termasuk gaya hidup yaitu meliputi sikap (*attitudes*) dan perilaku (*behavior*). Selanjutnya faktor layanan kesehatan (*medical care service*) dipengaruhi oleh seberapa jauh peran pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Faktor keturunan (*genetic*) mengarah pada kondisi individu yang berkaitan dengan asal usul keluarga, ras dan jenis golongan darah.⁽⁴⁹⁾

2.3.1.2 Umur

Umur merupakan rentang kehidupan yang diukur dalam tahun, dikatakan masa dewasa awal saat usia 18 - 40 tahun, dewasa madya adalah 41 - 60 tahun, dan dewasa lanjut >60 tahun. umur adalah salah satu karakteristik ibu yang sangat penting karena umur ibu dapat mengidentifikasi pengalaman ibu semasa kehamilan. Usia individu terhitung sejak saat dilahirkan sampai individu berulang tahun. Semakin matang usia maka semakin matang seseorang dalam berfikir dan bekerja, dengan bertambahnya usia seseorang, akan terjadi perubahan pada aspek fisik dan psikologis (mental). Pada aspek psikologis taraf berfikir seseorang semakin matang dan dewasa, semakin muda ataupun semakin tua umur ibu hamil, akan berpengaruh terhadap kebutuhan gizi yang diperlukan.⁽⁵⁾

2.3.1.3 Pendidikan

Pendidikan merupakan suatu cara untuk merubah perilaku menuju kedewasaan dan penyempurnaan hidup. Ibu hamil dengan tingkat pendidikan tinggi lebih dapat menyeimbangkan pola konsumsinya daripada ibu hamil dengan tingkat pendidikan rendah.⁽⁵⁰⁾ Berdasarkan penelitian yang dilakukan Darmawati pada tahun 2020 yang menyebutkan bahwa prevalensi kejadian anemia pada ibu hamil lebih banyak ditemukan pada ibu dengan tingkat pendidikan rendah.⁽⁵¹⁾ Pendidikan merupakan faktor yang berpengaruh terhadap pengetahuan, semakin tinggi tingkat

pendidikan seseorang, semakin tinggi pula pengetahuannya tentang kesehatan yang berkaitan dengan anemia pada kehamilan sehingga akan berpengaruh terhadap praktek mengonsumsi tablet Fe.⁽⁵¹⁾

Faktor tingkat pendidikan lebih banyak mempengaruhi kejadian anemia defisiensi zat besi. Ibu hamil dengan tingkat pendidikan tinggi biasanya bertindak lebih rasional dan mudah memahami serta menerima pengetahuan baru. Pendidikan sangat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menerima informasi baik itu informasi umum ataupun informasi kesehatan yang berkaitan dengan anemia, seperti pengetahuan mengenai anemia, pemilihan makanan tinggi zat besi dan asupan zat besi.⁽⁵²⁾

2.3.1.4 Pekerjaan

Pekerjaan adalah suatu aktivitas yang dilakukan seseorang untuk mencari nafkah guna memenuhi kebutuhan hidup setiap harinya. Pekerjaan dapat menggambarkan tingkat kehidupan seseorang karena pekerjaan mempengaruhi sebagian aspek kehidupan termasuk pemeliharaan kesehatan dengan penghasilan yang didapatkan dari pekerjaan tersebut.⁽⁵³⁾ Lingkungan pekerjaan mempengaruhi seseorang dalam memperoleh pengalaman dan pengetahuan, baik secara langsung maupun tidak langsung.⁽⁵⁴⁾

Pekerjaan erat kaitannya dengan status ekonomi yang mengacu pada penghasilan dan juga ibu yang bekerja cenderung mudah mendapatkan informasi karena mereka sering berinteraksi dengan orang lain dibandingkan ibu yang tidak bekerja. Ibu hamil yang memiliki penghasilan berhubungan dengan kemampuan ibu untuk memperoleh pengetahuan tentang tablet besi dan anemia. Hal ini terlihat dari kepemilikan smartphone atau media yang dapat digunakan ibu untuk mengakses informasi mengenai tablet zat besi dan anemia.⁽⁵⁵⁾

2.3.1.5 Paritas

Paritas adalah jumlah anak yang pernah dilahirkan ibu baik dalam keadaan lahir hidup maupun dalam keadaan lahir mati. Paritas merupakan salah satu faktor yang berpengaruh dengan kejadian anemia pada ibu hamil. Ibu yang sering melahirkan mempunyai risiko mengalami anemia pada kehamilan berikutnya apabila tidak memperhatikan kebutuhan nutrisi khususnya zat besi, karena selama hamil nutrisi yang diperoleh ibu dari asupan makanan berguna untuk memenuhi

kebutuhan ibu sekaligus janin yang dikandungnya. Semakin sering ibu melahirkan maka semakin besar risiko kehilangan darah yang nantinya akan berdampak pada penurunan kadar Hb.⁽³⁷⁾

2.3.1.6 Tenaga Pemeriksa Kehamilan

Dukungan dari tenaga kesehatan profesional merupakan faktor lain yang dapat mempengaruhi perilaku kepatuhan ibu hamil.⁽⁵⁶⁾ Pelayanan yang baik dari tenaga kesehatan dapat memberikan dampak dalam berperilaku positif.⁽⁵⁶⁾ Petugas kesehatan juga berperan sebagai komunikator yang memberikan informasi secara jelas kepada klien, sebagai motivator petugas harus menanyakan perihal kepatuhan ibu hamil mengonsumsi tablet Fe apakah sesuai dengan ketentuan yaitu harus diminum satu tablet sehari selama 90 hari.⁽²⁶⁾ Sebagai fasilitator bagi klien untuk mencapai kesehatan yang optimal petugas kesehatan dalam melaksanakan kegiatan dilengkapi dengan buku pedoman pemberian tablet tambah darah dengan tujuan mampu melaksanakan pemberian tablet tambah darah pada kelompok sasaran yang tepat dalam upaya menurunkan prevalensi anemia.⁽⁵⁷⁾

2.3.2 Karakteristik Keluarga

2.3.2.1 Tempat Tinggal

Hasil Riskesdas 2018 menunjukkan proporsi riwayat tablet tambah darah yang diterima dan dikonsumsi selama kehamilan anak terakhir pada perempuan umur 10-54 tahun di perkotaan persentasenya lebih tinggi dibandingkan di pedesaan. Jumlah TTD yang diterima di perkotaan memiliki persentase 54,4% sedangkan pedesaan persentasenya 47%, dan jumlah TTD yang diminum pada perkotaan persentasenya 41,4% sedangkan di pedesaan 33,3%.⁽¹⁰⁾

2.4 Telaah Sistematis

Tabel 2. 2 Telaah Sistematis

No	Nama Peneliti	Judul	Tahun	Metode	Jumlah Sampel	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
1	Mariati, M et al.	<i>Factors Influencing Compliance of Pregnant Women in Consuming Fe Tablets</i>	2024	Cross-sectional, purposive	Jumlah sampling 37 ibu hamil	75,7% ibu hamil tidak patuh konsumsi Fe. Faktor berhubungan: dukungan keluarga & kunjungan ANC.	Sama-sama meneliti kepatuhan konsumsi TTD pada ibu hamil.	Menggunakan data Nasional SKI 2023 nasional.
2	Buanasita, A. et al.	<i>Adherence to Iron Supplementation and Associated Factors Among Pregnant Women in Cambodia</i>	2025	Cross-sectional, regresi logistik, data DHS 2021–2022	Dengan jumlah 120 ibu hamil	91,2% ibu hamil patuh konsumsi Fe ≥ 90 hari. Pendidikan ibu & kunjungan ANC berhubungan positif.	Fokus pada faktor kepatuhan konsumsi Fe.	Penelitian ini dilakukan di Indonesia mencakup 38 provinsi dengan data SKI 2023.
3	Engidaw, M.T. et al.	<i>Iron and Folic Acid Supplementation Compliance During Pregnancy in East Africa</i>	2025	Cross-sectional, regresi logistik & PSM		31,33% patuh suplementasi Fe, prevalensi anemia pasca-kehamilan 32,08%.	Sama-sama membahas kepatuhan konsumsi Fe.	di Indonesia dengan data SKI 2023.

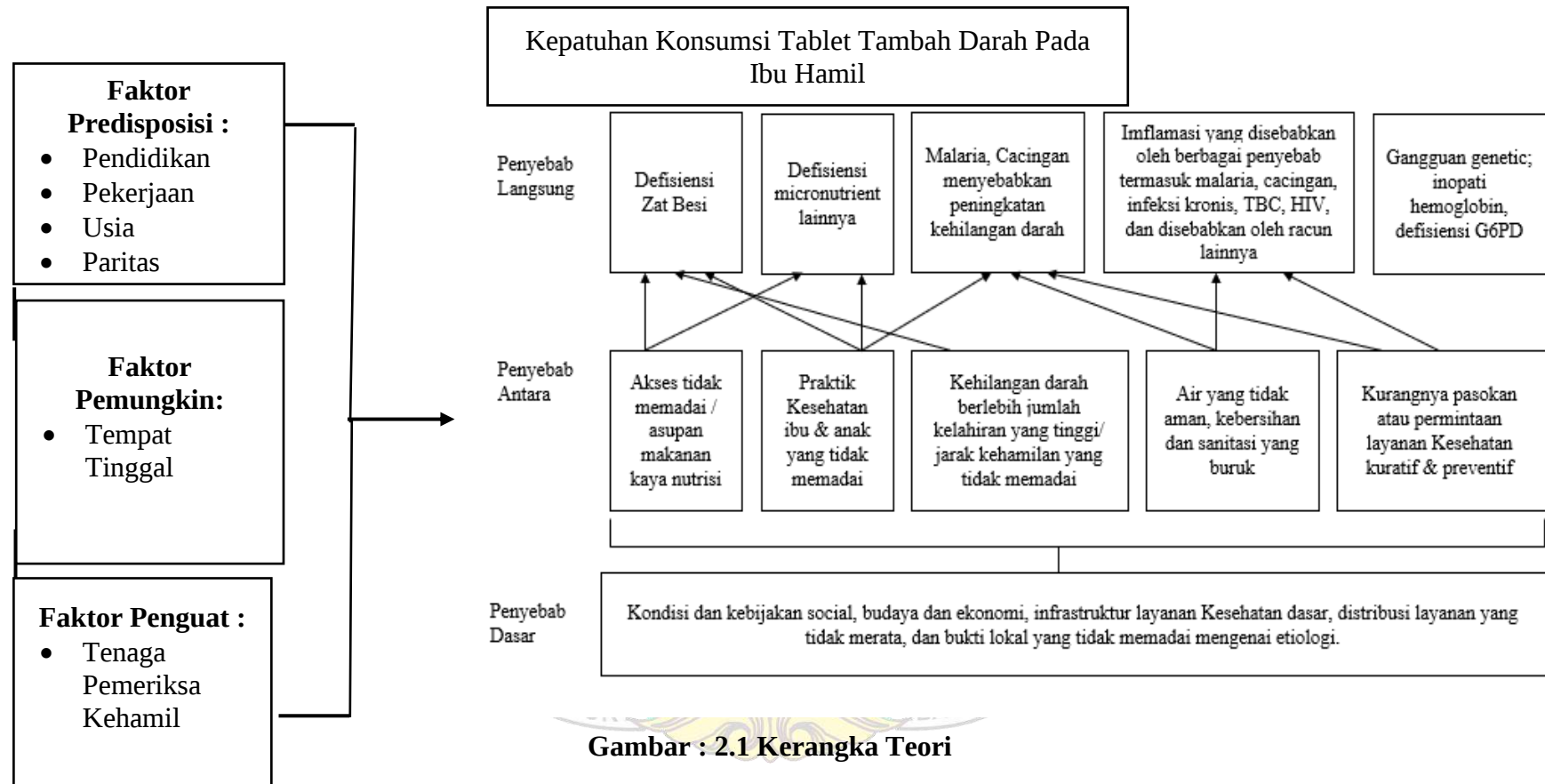
Tabel 2. 3 Telaah Sistematis (lanjutan)

No	Nama Peneliti	Judul	Tahun	Metode	Jumlah Sampel	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
4	Lubis, I.A.P. et al.	<i>Compliance with Iron Tablet Consumption and Nutritional Status with Anemia in Jambi</i>	2025	Cross-sectional	100 ibu hamil	Tidak ada hubungan signifikan antara status gizi dengan kepatuhan, konsumsi dini menurunkan anemia.	Sama-sama meneliti kepatuhan TTD & anemia.	Mencakup hasil data dari 38 provinsi di Indonesia.
5	Ameline, A.S. et al.	<i>Prevalence and Factors Associated with Anemia During COVID-19 in East Lombok</i>	2025	Cross-sectional, regresi logistik		Prevalensi anemia 40,8%, terkait CED & keragaman diet.	Sama-sama meneliti anemia pada ibu hamil.	Fokus pandemi & faktor diet, penelitian ini fokus kepatuhan TTD di data nasional.
6	Felipe-Dimog, E.B. et al.	<i>Factors Influencing Compliance with Iron and Folic Acid Supplementation in the Philippines</i>	2021	Analisis DHS 2017, regresi logistik		25,8% ibu hamil patuh konsumsi TTD 180 hari.	Sama-sama analisis data sekunder kepatuhan TTD.	Lokasi penelitian di Filipina, penelitian ini di Indonesia dengan SKI 2023.

Tabel 2. 4 Telaah Sistematis (lanjutan)

No	Nama Peneliti	Judul	Tahun	Metode	Jumlah Sampel	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
7	Mabuza, G.N. et al.	<i>Prevalence of Iron and Folic Acid Supplements Consumption in Eswatini</i>	2021	Cross-sectional.	330 ibu hamil di 8 fasilitas	39,7% ibu hamil patuh konsumsi TTD.	Sama-sama membahas kepatuhan TTD.	Penelitian di Eswatini, penelitian ini di Indonesia dengan cakupan nasional.
8	Noptriani, S.; Simbolon, D.	<i>Determinants of Compliance Consuming Iron Tablets in Indonesia (SDKI 2017)</i>	2021	Analisis SDKI 2017, regresi logistik		Non-kepatuhan 48,47%, dipengaruhi kualitas & kuantitas ANC serta sosial ekonomi.	Sama-sama pakai data sekunder Indonesia & analisis kepatuhan.	Data SDKI 2017, penelitian ini SKI 2023 (lebih baru).
9	Yunika, R.P. et al.	<i>Anemia in Pregnancy and Its Impact on Maternal and Neonatal Health</i>	2021	Observasional, data longitudinal		Anemia berhubungan dengan risiko prematur & BBLR.	Sama-sama menyoroti dampak anemia kehamilan.	Penelitian ini fokus outcome ibu & bayi, penelitian ini fokus kepatuhan TTD sebagai faktor pencegahan.

2.5 Kerangka Teori



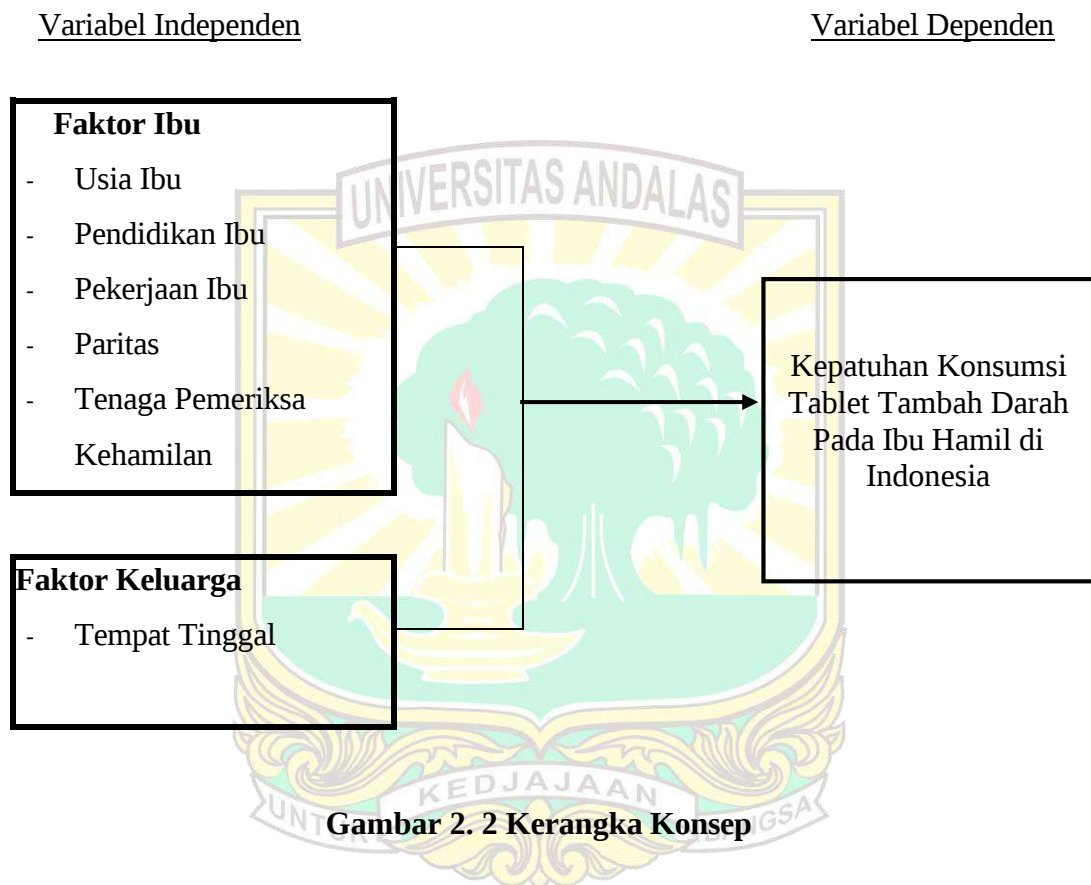
Gambar : 2.1 Kerangka Teori

Sumber : USAID dalam WHO (2013)⁽⁵⁷⁾ & Kemenkes RI, Modifikasi Teori Lawrence Green (1991), Blum (1981).

2.6 Kerangka Konsep

Variabel independen dalam penelitian ini yaitu umur ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, paritas, tenaga pemeriksa kehamilan dan empat tinggal sedangkan variabel dependen adalah kepatuhan konsumsi tablet tambah darah pada ibu hamil.

Berikut kerangka konsep pada penelitian ini :



BAB 3: METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan rancangan penelitian yang digunakan adalah desain observasional dengan pendekatan *Cross sectional* yang dipilih karena pengukuran variabel independen dan dependen dilakukan pada waktu yang sama, dimana data yang telah dikumpulkan merupakan potret pada satu waktu tertentu.

Pendekatan ini dipilih guna untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan konsumsi tablet tambah darah pada ibu hamil di Indonesia.

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini menggunakan data SKI Tahun 2023. Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari sampai Juni tahun 2026. Lokasi penelitian yang diambil adalah seluruh Provinsi di Indonesia yaitu sebanyak 38 Provinsi di Indonesia.

3.3 Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023

Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 merupakan survei kesehatan nasional yang mengintegrasikan dua survei utama yaitu Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) dan Survei Status Gizi Indonesia (SSGI). SKI 2023 dilaksanakan untuk menilai capaian hasil pembangunan kesehatan selama lima tahun terakhir di Indonesia serta menggambarkan status gizi balita pada periode 2018–2024.

Tujuan utama survei ini adalah menyediakan data dan informasi mengenai status kesehatan masyarakat Indonesia dalam kurun waktu lima tahun terakhir.⁽⁵⁸⁾ Selain itu, SKI 2023 juga bertujuan mengumpulkan informasi mengenai faktor risiko yang berhubungan dengan derajat kesehatan sebagai bahan pertimbangan dalam penyusunan kebijakan pembangunan kesehatan nasional.

Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 menyajikan data kesehatan berdasarkan berbagai karakteristik masyarakat. Aspek pertama mencakup status kesehatan yang terdiri atas prevalensi penyakit menular dan tidak menular, gangguan jiwa, disabilitas, kesehatan gigi dan mulut, serta kesehatan ibu, bayi, dan balita termasuk status gizi. Aspek kedua meliputi pengetahuan dan perilaku kesehatan yang mencakup pengetahuan tentang stunting, perilaku pencegahan penyakit akibat gigitan nyamuk, perilaku hidup bersih dan sehat, konsumsi

makanan berisiko, aktivitas fisik, konsumsi buah dan sayur serta kebiasaan merokok, penggunaan tembakau, dan minuman beralkohol.⁽⁵⁹⁾

Aspek ketiga mencakup upaya pelayanan kesehatan yang meliputi akses terhadap pelayanan kesehatan, cakupan pelayanan kesehatan ibu dan anak, serta kepemilikan jaminan kesehatan. Aspek keempat mencakup status kesehatan lingkungan rumah tangga. Aspek kelima berhubungan dengan status ekonomi rumah tangga berdasarkan kepemilikan aset. Aspek keenam mencakup hasil pemeriksaan biomedis serta pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut.⁽⁵⁹⁾

Dengan cakupan data yang luas dan metode yang terintegrasi SKI 2023 menjadi salah satu sumber informasi kesehatan masyarakat yang komprehensif di Indonesia. Data ini dapat dimanfaatkan untuk melakukan analisis berbagai permasalahan kesehatan termasuk analisis mengenai faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan tingkat konsumsi tablet tambah darah pada ibu hamil.

3.4 Populasi dan Sampel Penelitian

3.4.1 Populasi

Populasi penelitian ini adalah seluruh ibu hamil usia 15-49 tahun di Indonesia yang menjadi responden dan tercatat dalam Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023.

3.4.2 Sampel

Sampel penelitian merupakan bagian dari populasi ibu hamil usia 15 - 49 tahun dengan kelahiran anak dalam kurun waktu 5 tahun sebelum survei. Metode pengambilan yang digunakan adalah *total sampling*. Analisis sampel dalam penelitian ini adalah ibu hamil usia 15-49 tahun dengan konsumsi tablet tambah darah selama kehamilan anak terakhir serta memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria sampel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

a. Kriteria Inklusi

- 1) Ibu hamil umur 15-49 tahun yang pernah melahirkan dalam kurun waktu 5 tahun sebelum SKI 2023.
- 2) Ibu hamil umur 15-49 tahun yang mendapatkan tablet tambah darah (TTD) selama kehamilan anak terakhir.

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Individu dengan data yang tidak lengkap pada variable yang akan diteliti.
- 2) Data ekstrem pada variable yang akan diteliti

3.4.3 Besar Sampel

Besaran sampel yang digunakan adalah besaran sampel sesuai dengan data SKI 2023 yang tersedia dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

Tabel. 3.1 Perhitungan kekuatan uji penelitian (β)

No	Variabel	P1	P2	Total sampel	Kekuatan Uji (%)
1	Umur ibu	0,369	0,426	63.073	99,9
2	Pendidikan ibu	0,412	0,437	63.073	99,9
3	Pekerjaan ibu	0,419	0,438	63.073	99,9
4	Paritas	0.369	0.543	63.073	99,9
5	Tempat tinggal	0,435	0,419	63.073	99,9
6	Tenaga pemeriksa kehamilan	0,424	0,50	63.073	99,9

3.4.4 Teknik Pengambilan Sampel SKI 2023

Teknik pengambilan sampel pada Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 menggunakan rancangan dua tahap (*two-stage sampling design*). Pada tahap pertama, unit sampling yang dipilih adalah blok sensus (BS) dengan metode *Probability Proportional to Size (PPS)* berdasarkan jumlah keluarga hasil Sensus Penduduk 2020 (SP2020). Blok sensus merupakan satuan wilayah kerja pencacahan yang ditetapkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) sebagai dasar pelaksanaan survei.⁽⁶⁰⁾

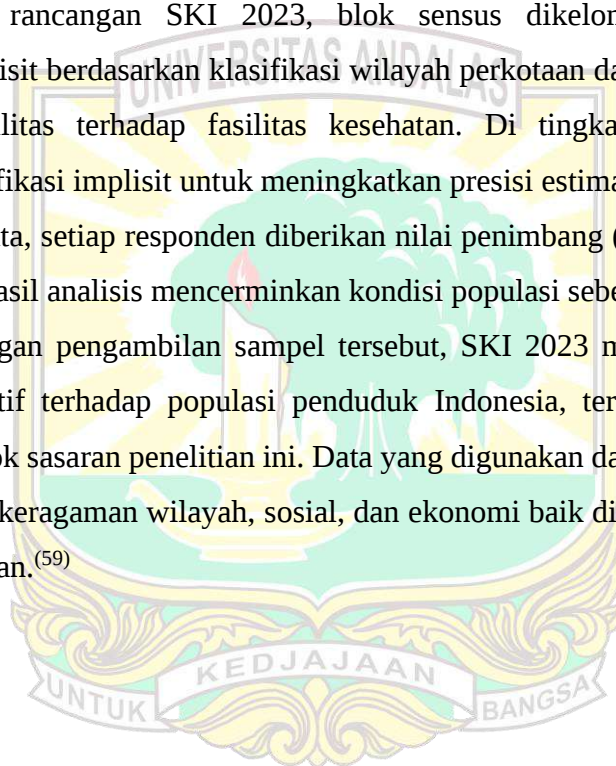
Tahap kedua dilakukan dengan memilih ruta secara *systematic random sampling* dari Daftar Pemutakhiran Rumah Tangga (DPRT) di setiap blok sensus terpilih.⁽⁵⁹⁾ Pemutakhiran daftar rumah tangga dilakukan terlebih dahulu untuk memastikan keakuratan dan keberadaan rumah tangga yang menjadi sasaran survei. Pemilihan rumah tangga dilakukan dengan menerapkan *implicit stratification*

berdasarkan karakteristik pendidikan kepala rumah tangga dan keberadaan balita untuk meningkatkan representativitas hasil.

Secara nasional, jumlah sampel SKI 2023 terdiri atas 34.500 blok sensus yang mencakup 345.000 rumah tangga biasa untuk komponen Riskesdas dan 345.000 rumah tangga balita untuk komponen SSGI. Selain itu, sebanyak 2.500 blok sensus dipilih secara khusus untuk pemeriksaan biomedis serta pemeriksaan gigi dan mulut. Blok sensus yang digunakan mencakup wilayah perkotaan dan perdesaan di seluruh kabupaten/kota pada 38 provinsi di Indonesia, sehingga hasil survei bersifat representatif secara nasional maupun subnasional.⁽⁵⁹⁾

Dalam rancangan SKI 2023, blok sensus dikelompokkan melalui stratifikasi eksplisit berdasarkan klasifikasi wilayah perkotaan dan perdesaan serta tingkat aksesibilitas terhadap fasilitas kesehatan. Di tingkat rumah tangga, diterapkan stratifikasi implisit untuk meningkatkan presisi estimasi. Setelah proses pengumpulan data, setiap responden diberikan nilai penimbang (*sampling weight*) oleh BPS agar hasil analisis mencerminkan kondisi populasi sebenarnya.⁽⁶¹⁾

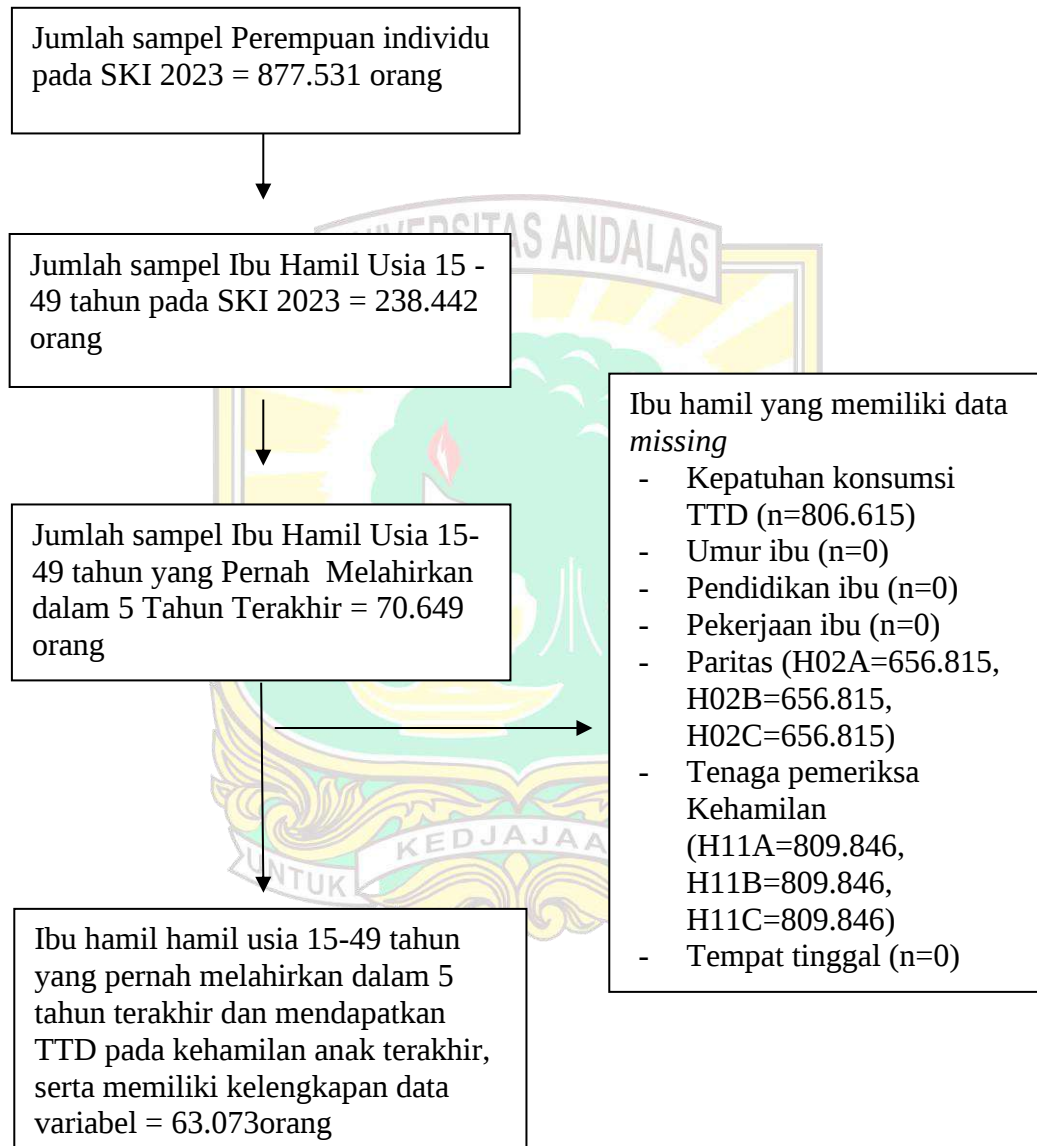
Rancangan pengambilan sampel tersebut, SKI 2023 menghasilkan data yang representatif terhadap populasi penduduk Indonesia, termasuk ibu hamil sebagai kelompok sasaran penelitian ini. Data yang digunakan dalam penelitian ini telah mencakup keragaman wilayah, sosial, dan ekonomi baik di daerah perkotaan maupun perdesaan.⁽⁵⁹⁾



3.4.5 Kerangka Sampel Penelitian

Kriteria sampel dalam penelitian ini adalah individu yang memiliki data lengkap (tidak ada yang kosong) sehingga dapat dilakukan analisis yang akurat dan menyeluruh.

Proses pemilihan sampel di lakukan melalui beberapa tahap sebagai berikut :



Gambar 3.1 Kerangka sampel penelitian

3.5 Definisi Operasional

Tabel 3. 2 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Dependen				
Kepatuhan konsumsi Tablet Darah (TTD)	Tingkat kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi minimal 90 tablet tambah darah selama masa kehamilan anak terakhir sesuai rekomendasi Kementerian Kesehatan RI.	Kuesioner Individu SKI 2023 (Blok H) KODE H19.	0 = Tidak patuh (<90 tablet) 1 = Patuh (≥ 90 tablet) ⁽¹³⁾	Ordinal
Independen				
Umur ibu	Umur ibu yang diperoleh saat wawancara	Kuesioner RUTA SKI 2023 (Blok IV, KODE 7)	0 = Remaja (15-18 tahun) 1 = Dewasa (19-49) ⁽⁶¹⁾	Ordinal
Pendidikan ibu	Jenjang pendidikan formal tertinggi yang pernah dicapai oleh ibu.	Kuesioner RUTA SKI 2023 (Blok IV, KODE 8)	0 = Rendah Rendah $\leq$ tamat SMP/ sederajat, 1 = Tinggi Tinggi $\geq$ SMA/ sederajat ⁽⁶¹⁾	Ordinal
Pekerjaan ibu	Pekerjaan yang dilakukan ibu baik di dalam maupun di luar rumah untuk membantu penghasilan keluarga.	Kuesioner RUTA SKI 2023 (BLOK IV KODE 4 - 9)	0 = Tidak Bekerja 1 = Bekerja ⁽⁶¹⁾	Ordinal
Paritas	Banyaknya kelahiran anak yang dialami ibu baik dalam keadaan lahirhidup maupun lahir mati.	Kuesioner Individu SKI 2023 (Blok H, KODE H02b, H02c.	0 = Primipara (1 kali) 1 = Multipara (2–4 kali) 2 = Grande multipara (≥ 5 kali) ⁽⁵⁹⁾	Ordinal

Tabel 3. 2 Definisi Operasional (lanjutan)

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Tenaga Pemeriksa Kehamilan	Jenis tenaga Kesehatan atau non Kesehatan yang memeriksa kehamilan ibu hamil pada pemeriksaan terakhir.	Kuisisioner Individu SKI 2023 (Blok H, H11)	1 = Tenaga Kesehatan (Dokter umum, Dokter Kandungan, Bidan) 2 = Non tenaga kesehatan (dukun beranak atau lainnya) ⁽⁶⁰⁾	Ordinal
Tempat tinggal	Klasifikasi wilayah tempat tinggal responden berdasarkan jenis daerah tempat tinggal yang ditetapkan oleh BPS.	Kuesioner RUTA BALITA SKI 2023 (BLOK I KODE 5)	0 = Perdesaan 1 = Perkotaan ⁽⁶¹⁾	Nominal

3.6 Hipotesis Penelitian

1. Terdapat hubungan signifikan antara pendidikan ibu dengan kepatuhan konsumsi tablet tambah darah pada ibu hamil di Indonesia.
2. Terdapat hubungan signifikan antara pekerjaan ibu dengan kepatuhan konsumsi tablet tambah darah pada ibu hamil di Indonesia.
3. Terdapat hubungan signifikan antara paritas ibu dengan kepatuhan konsumsi tablet tambah darah pada ibu hamil di Indonesia.
4. Terdapat hubungan signifikan antara tenaga pemeriksa kehamilan dengan kepatuhan konsumsi tablet tambah darah pada ibu hamil di Indonesia.
5. Terdapat hubungan signifikan antara tempat tinggal dengan kepatuhan konsumsi tablet tambah darah pada ibu hamil di Indonesia.
6. Terdapat faktor yang paling berhubungan dengan kepatuhan konsumsi tablet tambah darah pada ibu hamil di Indonesia.

3.7 Instrumen Penelitian

Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 merupakan survei kesehatan nasional yang terintegrasi dengan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Survei Status Gizi Indonesia (SSGI), serta Survei Biomedis dan Kesehatan Gigi dan Mulut. SKI 2023 dilaksanakan oleh Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia bekerja sama dengan Badan Pusat Statistik (BPS). Dalam pelaksanaannya, SKI 2023 menggunakan tiga jenis kuesioner utama, yaitu kuesioner rumah tangga (RUTA), kuesioner individu, dan kuesioner biomedis. Kuesioner tersebut digunakan untuk mengumpulkan data terkait kondisi kesehatan masyarakat, faktor risiko penyakit, pelayanan kesehatan, serta status gizi individu.

Instrumen penelitian yang digunakan dalam studi ini meliputi kuesioner individu dan rumah tangga. Data sekunder yang dianalisis bersumber dari *dataset* SKI 2023 yang berisi informasi mengenai riwayat kehamilan, pelayanan antenatal, dan konsumsi tablet tambah darah (TTD) selama kehamilan anak terakhir.

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kepatuhan konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) yang diukur berdasarkan jumlah tablet yang dikonsumsi ibu hamil selama kehamilan. Sedangkan variabel independen diperoleh dari data kuesioner individu dan rumah tangga untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang

berhubungan dengan kepatuhan konsumsi TTD meliputi usia ibu, Pendidikan ibu, status pekerjaan, paritas, tempat tinggal, tenaga pemeriksa kehamilan, tenaga pemeriksa kehamilan, tempat tinggal dan status sosial ekonomi.

Instrumen SKI 2023 telah melalui proses validasi oleh Kementerian Kesehatan RI dan Badan Pusat Statistik, serta digunakan secara nasional di seluruh provinsi dan kabupaten/kota. Dengan demikian, data yang diperoleh dapat dianggap sah dan reliabel untuk mewakili kondisi kesehatan ibu hamil di Indonesia.

3.8 Alur Penelitian

Untuk mencapai tujuan penelitian yang telah ditentukan, penelitian ini akan melalui beberapa tahapan yaitu :

1. Penelitian ini diawali dengan menganalisis karakteristik setiap variable, baik itu variabel independen ataupun variabel dependen.
2. Pada tahap kedua, dilakukan analisis bivariat menggunakan regresi logistic sederhana untuk menguji hubungan antara variabel independen dan variable dependen. Variabel independen mencakup usia ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, kuantitas anc, tenaga pemeriksa kehamilan, paritas dan tempat tinnggal. Sementara itu, variabel dependen dalam penelitian ini adalah Kepatuhan Konsumsi Tablet Tambah Darah Pada Ibu Hamil di Indonesia
3. Pada tahapan ketiga, dilakukan pemilihan variable yang akan digunakan dalam analisis multivariat
4. Pada tahap keempat ini dilakukan analisis multivariat dengan metode regresi logistic untuk mengetahui faktor-faktor yang paling berpengaruh terhadap tingkat kepatuhan konsumsi tablet tambah darah (TTD) pada ibu hamil di Indonesia.

3.9 Etik Penelitian

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik dari tim komisi etik penelitian Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas No: B/613/UNI6.12.D/PP/2026 dan No.Etik SKI 2023: LB.02.01/I/KE/L/287/2023.

3.10 Teknik Pengumpulan dan Pengolahan Data

3.10.1 Teknik Pengumpulan Data

Penelitian ini mengumpulkan data dalam bentuk data skunder yang diperoleh dari Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. Data tersebut berasal dari hasil Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023 di Indonesia. Adapun tahapan pengumpulan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Menyusun dan mengajukan surat pengantar untuk permohonan pengambilan data awal yang ditanda tangani oleh Kepala Departemen Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Andalas.
2. Membuat proposal permintaan data awal yang ditujukan kepada kepala pusat Data dan teknologi Informasi.
3. Mengisi formulir permintaan data di portal layanan data Kementerian Kesehatan
<https://layanandata.kemkes.go.id/katalog-data/ski/ketersediaan-data/ski-2023>
4. Melakukan Verifikasi dokumen
5. Permohonan menandatangani *Non-Disclosure Agreement* (NDA)
6. Data yang di minta akan dikirimkan kepada pemohon melalui email dalam bentik set data berformat `,.sav`.

3.10.2 Teknik Pengolahan Data

1. Menyunting Data (*Editing*)
 Kegiatan berupa pengecekan dan perbaikan isi kuesioner penelitian, terkait kelengkapan, kejelasan, dan relevansi, serta kekonsistensian. Penyuntingan digunakan untuk meminimalisir kesalahan.
2. Mengkode Data (*Coding*)
 Kegiatan yang dilakukan adalah mengklasifikasikan setiap jawaban dari pertanyaan kuesioner dengan kode tertentu. Kode ini digunakan untuk mempermudah dalam proses dan analisis data. Kode merujuk pada definisi operasional yang telah ditetapkan dalam penelitian.
3. Memasukkan Data (*Entry*)
 Setelah pengkodean dilakukan tahap selanjutnya adalah memasukkan data dari kuesioner ke dalam perangkat lunak pengolahan data.

4. Pembersihan Data (*Cleaning*)

Melakukan pengecekan ulang untuk memastikan tidak ada data yang salah dan siap untuk dilakukan analisis data.

3.11 Analisis Data

3.11.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik dari masing-masing variabel yang diteliti.⁽⁶²⁾ Hasil analisis univariat berupa distribusi frekuensi dari variabel bebas dan keterikatan yang diteliti.

3.11.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antar masing-masing variabel bebas dengan variabel terikat melalui uji *chi-square*.⁽⁶²⁾ Hasil analisis bivariat yang menunjukkan secara statistik analisis akan menentukan variabel bebas yang akan dimasukkan ke dalam multivariat. Nilai *Odds Ratio* (OR) dapat menjelaskan derajat hubungan untuk mengetahui kelompok mana yang memiliki risiko/kemungkinan lebih tinggi dengan kelompok lain.⁽⁶³⁾

3.11.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan beberapa variabel independen secara bersamaan dengan satu atau beberapa variabel.⁽⁶³⁾ Kemudian dari analisis multivariat dapat diketahui faktor yang berhubungan dengan menggunakan model regresi logistik metode enter. Analisis multivariat ini dapat dilakukan dengan langkah – langkah sebagai berikut :

1. Pemilihan variabel model multivariat terpilih yaitu variabel bebas yang pada analisis bivariat memiliki nilai $p < 0,25$ atau jika ada variabel dengan nilai $p > 0,25$ namun secara substansi dianggap erat dimasukkan ke dalam model multivariat.
2. Pemilihan model akhir multivariat dilakukan dengan melihat nilai p pada metode regresi logistik, yaitu dengan langkah memasukkan secara serentak variabel hasil analisis bivariat yang memiliki nilai $p < 0,25$ dan memasukkan variabel bebas lainnya ke dalam model. Pemodelan dilakukan dengan mengeluarkan variabel yang memiliki nilai $p > 0,05$ dan mempertahankan variabel yang mempunyai nilai $p < 0,05$. Proses pemodelan dilakukan sampai semua variabel dalam model memiliki

nilai $p < 0,05$. Pada pemodelan tahap akhir diperoleh nilai OR dan nilai p tiap variabel kemudian dihitung perubahan OR sebesar $\geq 10\%$ dari model sebelumnya.

3. Model akhir diperoleh jika tidak ada lagi variabel dengan nilai $p > 0,05$ yang memiliki nilai $p < 0,25$. Variabel-variabel yang termasuk dalam model akhir dengan nilai $p < 0,05$ adalah variabel yang secara statistik berhubungan dengan variabel dependen. Variabel dengan nilai $p > 0,05$ yang tidak dapat dikeluarkan karena mengubah OR dianggap menjadi variabel pengontrol.



BAB 4 : HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Data Skunder

Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 merupakan integrasi dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) dan Survei Status Gizi Balita Indonesia (SSGI) yang bertujuan menilai capaian pembangunan kesehatan dalam lima tahun terakhir serta memantau tren status gizi balita periode 2019–2024. SKI 2023 menghasilkan data representatif hingga tingkat kabupaten/kota.

SKI 2023 Dalam Angka menyajikan berbagai indikator, meliputi status kesehatan, kesehatan lingkungan, perilaku kesehatan, pelayanan kesehatan, serta hasil pengukuran klinis seperti antropometri, tekanan darah, hemoglobin, dan parameter biokimia lainnya, yang digunakan untuk menilai faktor risiko penyakit menular dan tidak menular secara nasional.

4.2 Karakteristik Responden

Responden pada penelitian ini adalah ibu hamil seluruh Indonesia yang tercatat dalam SKI 2023 serta memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi pada penelitian ini dengan karakteristik sebagai berikut :

Tabel 4.1 Karakteristik Responden

Karakteristik	n	%
Jenis Kelamin		
Perempuan	63.073	100
Umur Ibu		
15-18 tahun	227	4
19-49 tahun	62846	96
Pendidikan Ibu		
Tidak sekolah	879	1,4
Tidak tamat	2.140	3,4
SD	10.541	16,7
SMP	14.759	23,4
SMA	24.974	39,6
Tamat D1/D2/D3	4.106	6,5
Tamat PT	5.671	9
Pekerjaan Ibu		
Tidak bekerja	39.633	62,8
Sekolah	347	0,6
PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD	1.853	2,9
Pegawai swasta	5.966	9,5
Wiraswasta	5.616	8,9
Petani	2.774	4,4

Tabel 4.1 Karakteristik Responden (lanjutan)

Karakteristik	n	%
Nelayan	46	0,1
Buruh/sopir/pembantu ruta	1.270	2
Lainnya	5.565	8,8

Berdasarkan hasil analisis deskriptif, seluruh responden dalam penelitian ini berjenis kelamin perempuan, yaitu sebanyak 63.073 orang (100%). Responden pada kelompok umur 15–18 tahun berjumlah 227 orang (4%), sedangkan responden pada kelompok umur 19–49 tahun sebanyak 62.846 orang (96%). Pada kelompok tingkat pendidikan responden yang berlatar belakang pendidikan SMA sebanyak 24.974 orang (39,6%), diikuti SMP sebanyak 14.759 orang (23,4%) dan SD sebanyak 10.541 orang (16,7%). Responden dengan pendidikan tinggi terdiri dari Diploma sebanyak 4.106 orang (6,5%) dan Perguruan Tinggi sebanyak 5.671 orang (9%), sedangkan yang tidak sekolah dan tidak tamat masing-masing sebanyak 879 orang (1,4%) dan 2.140 orang (3,4%).

Ditinjau berdasarkan Pekerjaan responden yaitu sebagian besar ibu hamil tidak bekerja yaitu sebanyak 39.633 orang (62,8%). Responden yang bekerja tersebar pada berbagai sektor, antara lain pegawai swasta sebanyak 5.966 orang (9,5%), wiraswasta sebanyak 5.616 orang (8,9%), petani sebanyak 2.774 orang (4,4%), serta PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD sebanyak 1.853 orang (2,9%). Proporsi lainnya relatif kecil seperti buruh/sopir/pembantu rumah tangga sebanyak 1.270 orang (2%), nelayan sebanyak 46 orang (0,1%), masih sekolah sebanyak 347 orang (0,6%), dan pekerjaan lainnya sebanyak 5.565 orang (8,8%). Hasil ini menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil dalam penelitian ini berada pada rentang usia reproduktif, berpendidikan menengah dan tidak kerja hal ini berpotensi secara optimal dapat mendukung pemahaman dan kepatuhan terhadap konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD).

4.3 Analisis Univariat

Data yang telah melalui tahap *coding*, *recoding*, *cleaning* dan transformasi kemudian siap dianalisis. Tabel berikut menyajikan hasil analisis univariat dari setiap variabel dependen dan variabel independen.

4.3.1 Distribusi Frekuensi Kepatuhan Konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD)

Distribusi prevalensi kepatuhan tablet tambah darah (TTD) dapat dilihat pada berikut :

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi kepatuhan tablet tambah darah (TTD)

Kepatuhan Konsumsi TTD	N	%
Patuh	25.998	41,2
Tidak Patuh	37.075	58,8
Total	63.073	100

Hasil dari analisis menunjukkan bahwa dari total 63.073 responden ibu hamil sebesar 37.075 orang (58,8%) tidak patuh dalam mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) dan responden ibu hamil yang patuh ada sebanyak 25.998 (41,2%). Dari hasil ini menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan konsumsi TTD pada ibu hamil masih tergolong rendah dari separuh responden belum memenuhi anjuran konsumsi TTD sesuai standar yang ditetapkan.

Kondisi ini mengindikasikan adanya potensi risiko yang cukup besar terhadap terjadinya anemia pada ibu hamil. Rendahnya tingkat kepatuhan konsumsi TTD ini menjadi perhatian penting dalam program kesehatan ibu, mengingat suplementasi zat besi merupakan salah satu intervensi utama dalam pencegahan anemia selama kehamilan.

4.3.2 Distribusi Frekuensi Umur Ibu

Klasifikasi umur ibu dibedakan menjadi dua kategori, yaitu remaja dan dewasa yang bertujuan untuk menggambarkan sebaran usia ibu hamil dalam populasi penelitian. Analisis distribusi frekuensi ini penting untuk memberikan gambaran awal terkait proporsi kelompok umur yang berpotensi berpengaruh terhadap kepatuhan konsumsi tablet tambah darah (TTD). Adapun hasil distribusi frekuensi umur ibu disajikan pada Tabel 4.3 berikut :

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Umur Ibu

Umur Ibu	n	%
Remaja	227	0,4
Dewasa	62.846	99,6
Total	63.073	100

Pada kelompok umur ibu sebagian responden ibu hamil berada pada kategori usia dewasa sebanyak 62.846 orang (99.6%). Sebanyak 227 orang (0,4%) termasuk kedalam kategori usia remaja. Hasil ini menunjukkan bahwa mayoritas ibu hamil dalam penelitian ini berada pada kelompok usia reproduksi yang matang.

Proporsi ibu hamil usia remaja yang sangat kecil mengindikasikan bahwa kejadian kehamilan pada usia muda dalam populasi ini tergolong rendah. Secara epidemiologis, dominasi kelompok usia dewasa dapat mencerminkan pola reproduksi yang lebih stabil terhadap kepatuhan konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD).

4.3.3 Distribusi Frekuensi Pendidikan Ibu

Karakteristik responden menurut tingkat pendidikan ibu dianalisis untuk memberikan gambaran mengenai latar belakang pendidikan dalam populasi penelitian. Pendidikan ibu diklasifikasikan menjadi dua kategori, yaitu pendidikan rendah dan pendidikan tinggi, yang mencerminkan perbedaan kapasitas dalam menerima dan memahami informasi kesehatan, termasuk terkait konsumsi tablet tambah darah (TTD). Gambaran distribusi ini penting sebagai dasar dalam menilai potensi pengaruh pendidikan terhadap perilaku kesehatan ibu. Hasil distribusi frekuensi pendidikan ibu disajikan pada Tabel 4.4 berikut :

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Pendidikan Ibu

Pendidikan Ibu	n	%
Rendah	26.283	41,7
Tinggi	36.790	58,3
Total	63.073	100

Hasil analisis menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil dalam penelitian ini memiliki tingkat pendidikan tinggi, yaitu sebanyak 36.790 orang (58,3%), sedangkan ibu dengan pendidikan rendah berjumlah 26.283 orang (41,7%). Distribusi ini mengindikasikan bahwa mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan yang relatif lebih baik.

Pendidikan merupakan determinan penting dalam membentuk perilaku kesehatan khususnya dalam proses penerimaan informasi dan pengambilan keputusan terkait kesehatan. Ibu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung memiliki kapasitas yang lebih baik dalam memahami pentingnya

suplementasi zat besi sehingga berpotensi lebih besar untuk patuh dalam mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD).

4.3.4 Distribusi Frekuensi Pekerjaan Ibu

Sebaran responden menurut status pekerjaan ibu menunjukkan proporsi keterlibatan dalam aktivitas kerja pada populasi penelitian. Kategori pekerjaan dibedakan menjadi bekerja dan tidak bekerja untuk mengidentifikasi perbedaan karakteristik yang berkaitan dengan perilaku kesehatan termasuk konsumsi tablet tambah darah (TTD). Rincian distribusi frekuensi pekerjaan ibu disajikan pada Tabel 4.5 berikut.

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Pekerjaan Ibu

Pekerjaan Ibu	n	%
Bekerja	36.382	57,7
Tidak Bekerja	26.691	42,3
Total	63.073	100

Distribusi frekuensi pekerjaan ibu menunjukkan bahwa ibu hamil dalam penelitian ini yang bekerja sebanyak 36.382 orang (57,7%), sedangkan ibu hamil tidak bekerja berjumlah 26.691 orang (42,3%). Temuan ini mengindikasikan bahwa mayoritas responden memiliki aktivitas pekerjaan, baik di dalam maupun di luar rumah tangga.

Status pekerjaan dapat mempengaruhi perilaku kesehatan dimana ibu yang bekerja cenderung memiliki akses informasi yang lebih luas serta interaksi sosial yang lebih tinggi, yang dapat mendukung peningkatan pengetahuan terkait kesehatan. Namun, di sisi lain, beban kerja dan keterbatasan waktu juga berpotensi mempengaruhi kepatuhan dalam mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD).

4.3.5 Distribusi Frekuensi Paritas

Distribusi frekuensi jumlah persalinan yang dialami responden dalam data penelitian ini dikelompokkan ke dalam tiga kategori yaitu primipara, multipara, dan grande multipara. Pengelompokan ini digunakan untuk menggambarkan pengalaman reproduksi ibu yang dapat berkaitan dengan pola perilaku kesehatan termasuk dalam konsumsi tablet tambah darah (TTD). Adapun rinciannya dapat dilihat pada Tabel 4.6 berikut:

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Paritas

Paritas	n	%
Primipara	13.139	20,8
Multipara	44.997	71,3
Grande Multipara	4.937	7,8
Total	63.073	100

Berdasarkan hasil analisis deskriptif, ibu hamil dengan paritas primipara, yaitu ibu yang baru pertama kali melahirkan sebanyak 13.139 orang (20,8%). Sementara itu, ibu dengan paritas multipara yaitu ibu yang telah melahirkan sebanyak 2–4 kali, merupakan kelompok terbanyak dengan jumlah 44.997 orang (71,3%). Adapun ibu dengan paritas grande multipara yaitu ibu yang telah melahirkan ≥ 5 kali, berjumlah 4.937 orang (7,8%). Distribusi ini menunjukkan bahwa mayoritas responden merupakan ibu dengan pengalaman melahirkan lebih dari satu kali.

4.3.6 Distribusi Frekuensi Tempat Tinggal

Dalam penelitian ini tempat tinggal dibedakan menjadi wilayah perdesaan dan perkotaan untuk melihat sebaran responden berdasarkan lingkungan tempat responden tinggal. Melalui distribusi frekuensi ini dapat diketahui jumlah dan proporsi ibu yang tinggal di masing-masing wilayah. Hasil selengkapnya disajikan pada Tabel 4.7 berikut:

Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Tempat Tinggal

Tempat Tinggal	n	%
Perdesaan	30.156	47,8
Perkotaan	32.917	52,2
Total	63.073	100

Berdasarkan hasil analisis diatas responden yang tinggal diwilayah perkotaan yaitu sebanyak 32.917 orang (52,2%), sedangkan yang tinggal di wilayah perdesaan sebanyak 30.156 orang (47,8%). Distribusi ini menunjukkan bahwa responden relatif tersebar hampir seimbang antara wilayah perkotaan dan perdesaan tetapi ada kecenderungan lebih tinggi pada wilayah perkotaan.

4.3.7 Distribusi Frekuensi Tenaga Pemeriksa kehamilan

Distribusi tenaga pemeriksa kehamilan terbagi menjadi tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan. Perbedaan jenis tenaga pemeriksa dapat berpengaruh

terhadap mutu pelayanan serta informasi yang diterima ibu termasuk terkait konsumsi tablet tambah darah (TTD). Oleh karena itu, distribusi ini memberikan gambaran mengenai proporsi responden berdasarkan tenaga pemeriksa kehamilan. Rinciannya disajikan pada Tabel 4.8 berikut:

Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Tenaga Pemeriksa kehamilan

Tenaga Pemeriksa kehamilan	n	%
Tenaga Kesehatan	61.814	98
Non Tenaga Kesehatan	1.259	2
Total	63.073	100

Hasil analisis diatas responden melakukan pemeriksaan kehamilan oleh tenaga kesehatan sebanyak 61.814 orang (98%), sedangkan yang diperiksa oleh non tenaga kesehatan sebanyak 1.259 orang (2%). Hal ini menunjukkan bahwa hampir seluruh responden telah memanfaatkan pelayanan pemeriksaan kehamilan oleh tenaga kesehatan. Jenis tenaga pemeriksa ini berperan dalam pemberian informasi, pemantauan kehamilan, serta intervensi yang diberikan selama masa kehamilan, termasuk konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD).

4.4 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dalam penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara karakteristik ibu dengan kepatuhan konsumsi tablet tambah darah (TTD) pada ibu hamil di Indonesia. Setiap variabel karakteristik meliputi umur, pendidikan, pekerjaan, paritas, tempat tinggal, serta tenaga pemeriksa kehamilan, dianalisis secara terpisah terhadap status kepatuhan konsumsi TTD. Hasil analisis menunjukkan adanya variasi hubungan antara masing-masing karakteristik dengan kepatuhan konsumsi TTD, baik yang signifikan maupun tidak signifikan secara statistik. Secara rinci hasil analisis bivariat tersebut disajikan pada Tabel 4.9 berikut:

Tabel 4.9 Analisis Hubungan Karakteristik Ibu dengan Kepatuhan Konsumsi TTD pada Ibu Hamil di Indonesia

Konsumsi TTD pada Ibu Hamil di Indonesia								
Variabel	Kepatuhan Konsumsi TTD						POR (95% CI)	p- value
	Tidak Patuh		Patuh		Total			
	f	%	f	%	f	%		
Umur Ibu								
Remaja	163	63.1	95	36.9	258	100		

Tabel 4.9 Analisis Hubungan Karakteristik Ibu dengan Kepatuhan Konsumsi TTD pada Ibu Hamil di Indonesia (lanjutan)

Variabel	Kepatuhan Konsumsi TTD						POR (95% CI)	<i>p</i> - <i>value</i>
	Tidak Patuh		Patuh		Total			
	f	%	f	%	f	%		
Dewasa	36.041	57,4	26.772	42,6	6.283	100	1,27 (0,79 – 2,03)	0,313
Pendidikan Ibu								
Rendah	16.646	58,8	11.674	41,2	28.320	100	1.108 (1,04 – 1,17)	< 0,001
Tinggi	19.558	56,3	15.193	43,7	34.751	100		
Pekerjaan Ibu								
Tidak Bekerja	23.230	58,1	16.750	41,9	39.980	100	1,081 (1,02 – 1,14)	0,005
Bekerja	12.974	56,2	10.117	43,8	23.064	100		
Paritas								
Primipara	9.411	57,3	7.004	42,7	16.415	100	1,31 (0,76 – 2,25)	0,001
Multipara	24.803	57,0	18.676	43,0	43.479	100		
Grande	1.990	62,6	1.187	37,4	3.177	100		
Multipara								
Tempat Tinggal								
Pedesaan	15.195	56,5	11.696	43,5	26.891	100	0,93 (0,82 – 0,98)	0,045
Perkotaan	21.009	58,1	15.172	41,9	36.181	100		
Tenaga Pemeriksa Kehamilan								
Tenaga kesehatan	35.588	57,6	26.250	42,4	61.838	100	1,35 (1,08- 1,69)	0,007
Non tenaga kesehatan	616	50,0	617	50,0	1.233	100		

Berdasarkan table 4.9 analisis bivariat pada responden penelitian, variabel umur ibu menunjukkan tidak adanya perbedaan bermakna proporsi kepatuhan konsumsi TTD antara kelompok ibu usia remaja (15–18 tahun) dan kelompok ibu usia dewasa (19–49 tahun) (*p*-value = 0,313). Proporsi ibu hamil yang patuh

mengonsumsi TTD pada kelompok usia remaja sebesar 36,9%, sedangkan pada kelompok usia dewasa sebesar 42,6%. Meskipun proporsi kepatuhan pada kelompok usia dewasa tampak lebih tinggi, perbedaan tersebut tidak bermakna secara statistik.

Dari hasil analisis juga diperoleh nilai $POR = 1,27$ (95% CI: 0,79–2,03). Hal ini mengkonfirmasi bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara umur ibu dengan kepatuhan konsumsi TTD. Hal ini menunjukkan bahwa ibu usia dewasa tidak memiliki peluang yang secara statistik berbeda bermakna dibandingkan ibu usia remaja dalam hal kepatuhan mengonsumsi TTD. Dengan demikian, hipotesis yang menyatakan adanya hubungan antara umur ibu dengan kepatuhan konsumsi TTD tidak terbukti dalam penelitian ini.

Variabel pendidikan ibu menunjukkan adanya perbedaan bermakna proporsi kepatuhan konsumsi TTD antara kelompok ibu berpendidikan rendah dan berpendidikan tinggi ($p\text{-value} < 0,001$). Proporsi ibu hamil yang patuh mengonsumsi TTD pada kelompok berpendidikan tinggi sebesar 43,7%, lebih tinggi dibandingkan kelompok ibu berpendidikan rendah yang hanya sebesar 41,2%. Hal ini menunjukkan adanya hubungan bermakna antara tingkat pendidikan ibu dengan kepatuhan konsumsi TTD. Dari hasil analisis juga diperoleh nilai $POR = 1,108$ (95% CI: 1,04–1,17). Nilai ini menunjukkan bahwa ibu dengan pendidikan tinggi memiliki odds 1,108 kali lebih besar untuk patuh mengonsumsi TTD dibandingkan ibu dengan pendidikan rendah. Dengan demikian, hipotesis yang menyatakan adanya hubungan antara pendidikan ibu dengan kepatuhan konsumsi TTD terbukti dan dapat diterima.

Variabel pekerjaan ibu menunjukkan adanya hubungan yang signifikan dengan kepatuhan konsumsi TTD ($p = 0,005$). Nilai POR sebesar 1,081 (95% CI: 1,02–1,14). Nilai ini menunjukkan bahwa ibu yang bekerja memiliki odds 1,081 kali lebih besar untuk patuh mengonsumsi TTD dibandingkan ibu yang tidak bekerja. Hasil ini menunjukkan bahwa keterlibatan dalam aktivitas kerja dapat meningkatkan paparan terhadap informasi kesehatan serta memperluas jaringan sosial, yang pada akhirnya dapat memengaruhi pengambilan keputusan terkait perilaku kesehatan, termasuk kepatuhan konsumsi TTD dan d hipotesis yang

menyatakan adanya hubungan antara pekerjaan ibu dengan kepatuhan konsumsi TTD terbukti dan dapat diterima.

Variabel paritas menunjukkan signifikansi secara statistik ($p = 0,001$), dengan nilai POR sebesar 1,31 (95% CI: 0,76–2,25). Proporsi ibu hamil yang patuh mengonsumsi TTD pada kelompok primipara sebesar 42,7%, pada kelompok multipara sebesar 43,0%, sedangkan pada kelompok grande multipara hanya sebesar 37,4%. Hasil ini mengindikasikan adanya kecenderungan bahwa ibu dengan jumlah kelahiran yang lebih banyak memiliki peluang lebih tinggi untuk tidak patuh, meskipun hubungan tersebut tidak menunjukkan pola yang konsisten. Secara teoritis, pengalaman kehamilan sebelumnya dapat membentuk persepsi bahwa kondisi kehamilan dapat berjalan normal tanpa intervensi tambahan, sehingga menurunkan persepsi kebutuhan terhadap konsumsi TTD pada kehamilan berikutnya. Dengan demikian, hipotesis yang menyatakan adanya hubungan antara paritas dengan kepatuhan konsumsi TTD terbukti dan dapat diterima.

Variabel tempat tinggal menunjukkan hubungan yang bermakna dengan kepatuhan konsumsi TTD ($p = 0,045$). Nilai POR sebesar 0,93 (95% CI: 0,82–0,98) menunjukkan bahwa ibu yang tinggal di wilayah perkotaan memiliki peluang sekitar 7% lebih rendah untuk patuh dibandingkan dengan ibu yang tinggal di perdesaan. Temuan ini dapat mencerminkan adanya perbedaan pola hidup dan lingkungan sosial, di mana masyarakat perkotaan cenderung memiliki mobilitas tinggi dan paparan informasi yang beragam, namun tidak selalu diikuti dengan kepatuhan terhadap intervensi kesehatan dasar seperti konsumsi TTD.

Variabel tenaga pemeriksa kehamilan menunjukkan hubungan yang signifikan dengan kepatuhan konsumsi TTD ($p = 0,007$). Nilai POR sebesar 1,35 (95% CI: 1,08–1,69) menunjukkan bahwa ibu yang melakukan pemeriksaan kehamilan dengan tenaga kesehatan memiliki peluang 1,35 kali untuk patuh dibandingkan dengan yang tidak. Hal ini menegaskan bahwa interaksi langsung dengan tenaga kesehatan berperan penting dalam membentuk perilaku kepatuhan melalui pemberian edukasi yang terstruktur, peningkatan kepercayaan terhadap intervensi yang diberikan.

4.5 Analisis Multivariat

Analisis multivariat pada penelitian ini yaitu regresi logistik ganda yang digunakan untuk menganalisis hubungan variabel independen dengan sebuah variabel dependen kategorik berbentuk dua *outcome* (patuh atau tidak patuh dalam mengkonsumsi TTD). Model analisis yang digunakan adalah model determinan. Model determinan bertujuan untuk memperoleh model yang terdiri dari beberapa variabel independen yang dianggap terbaik untuk memprediksi kejadian variabel independen. Pada beberapa koefisien regresi logistik sekaligus.⁽⁶³⁾

Tahap pertama adalah seleksi bivariat dilakukan pada masing-masing variabel independen. Bila hasil uji bivariat menghasilkan $p\text{-value} < 0,25$ maka variabel tersebut bisa langsung dimasukkan ke tahap multivariat. Sedangkan variabel yang hasil $p\text{-value} > 0,25$ tetapi secara substansi dianggap penting, maka variabel tersebut tetap bisa dimasukkan kedalam tahap seleksi multivariat. Seleksi bivariat dilakukan dengan menggunakan uji regresi logistik sederhana, Hasil seleksi bivariat dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.10 Seleksi Bivariat ke Multivariat

Variabel	$p\text{-value}$	Keterangan
Umur Ibu	0,313	Bukan Kandidat
Pendidikan ibu	$< 0,005$	Kandidat
Pekerjaan Ibu	0,043	Kandidat
Paritas	$< 0,005$	Kandidat
Tempat tinggal	0,009	Kandidat
Tenaga Pemeriksa Kehamilan	0,007	Kandidat

Berdasarkan Tabel 4.10 menunjukkan seleksi bivariat 5 variabel yaitu pendidikan ibu, pekerjaan ibu, paritas, tempat tinggal, serta tenaga pemeriksa kehamilan memenuhi kriteria sebagai variabel kandidat untuk analisis multivariat dengan nilai $p\text{-value} < 0,25$. Nilai p yang lebih kecil dari batas signifikansi menunjukkan bahwa variabel-variabel tersebut memiliki potensi hubungan dengan kepatuhan konsumsi TTD, sehingga perlu dianalisis lebih lanjut secara simultan untuk mengetahui pengaruhnya setelah dikontrol dengan variabel lain.

Proses seleksi ini menunjukkan bahwa faktor yang berkaitan dengan pendidikan ibu, pekerjaan ibu, paritas, tempat tinggal dan tenaga pemeriksa kehamilan lebih relevan dalam menjelaskan variasi kepatuhan konsumsi TTD dibandingkan dengan faktor umur. Variabel kandidat yang terpilih selanjutnya

digunakan dalam pemodelan multivariat untuk mengidentifikasi faktor yang paling berpengaruh secara independen terhadap kepatuhan konsumsi TTD. Pemodelan awal analisis multivariate disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.11 Pemodelan Awal dan Akhir Analisis Multivariat Kepatuhan Konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD)

Variabel	<i>P - value</i>	POR	95% CI	
			Lower	Upper
Pendidikan ibu	< 0,001	1,114	1,051	1,180
Pekerjaan Ibu	0,043	1,058	1,002	1,118
Paritas (multipara)	< 0,005	1,026	0,962	1,095
Paritas (grande multipara)		0,822	0,731	0,924
Tempat tinggal	0,009	0,920	0,863	0,979
Tenaga Pemeriksa Kehamilan	0,007	1,354	1,086	1,688

Berdasarkan tabel diatas tahap berikutnya dilakukan pemodelan multivariat dengan memasukkan seluruh variabel yang memenuhi kriteria kandidat ($p < 0,05$) pada analisis bivariat, yaitu pendidikan ibu, pekerjaan ibu, paritas, tempat tinggal, dan tenaga pemeriksa kehamilan. Analisis dilakukan secara simultan untuk menilai pengaruh masing-masing variabel terhadap kepatuhan konsumsi tablet tambah darah (TTD) setelah dikontrol oleh variabel lainnya. Variabel dengan nilai $p > 0,05$ dipertimbangkan untuk dieliminasi secara bertahap, namun tetap dapat dimasukkan kembali apabila pengeluarannya menyebabkan perubahan nilai POR variabel lain secara bermakna. Rincian tahapan pemodelan multivariat disajikan pada lampiran.

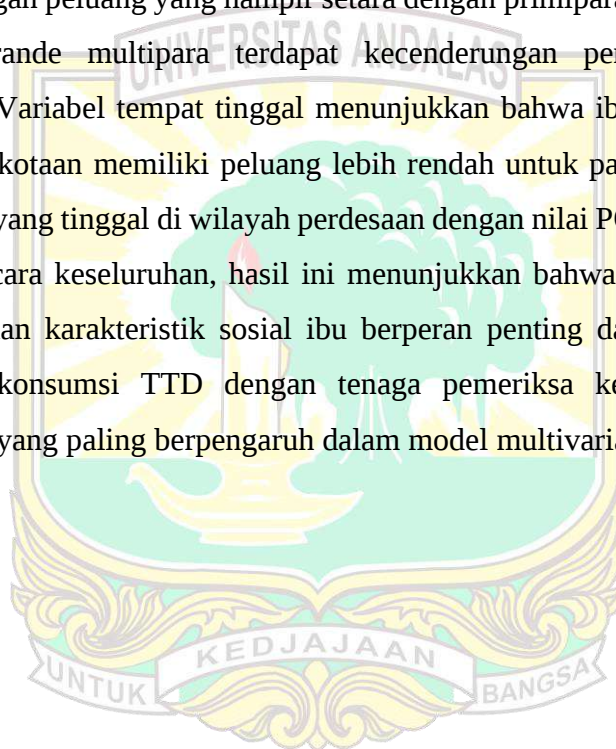
Hasil pemodelan awal menunjukkan bahwa seluruh variabel kandidat dipertahankan dalam model karena memberikan kontribusi terhadap variasi kepatuhan konsumsi TTD. Pada tahap pemodelan akhir, tidak ditemukan perubahan bermakna pada nilai p -value maupun POR seluruh variabel, sehingga model dinilai stabil dan tidak terdapat indikasi adanya variabel perancu yang memengaruhi hubungan antar variabel.

Berdasarkan hasil analisis, tenaga pemeriksa kehamilan merupakan faktor yang paling dominan berhubungan dengan kepatuhan konsumsi TTD. Nilai POR sebesar 1,354 mengindikasikan bahwa ibu yang melakukan pemeriksaan kehamilan dengan tenaga kesehatan memiliki peluang 1,354 kali

untuk lebih patuh dalam mengonsumsi TTD dibandingkan dengan ibu yang tidak memperoleh pelayanan dari tenaga kesehatan. Pendidikan ibu juga menunjukkan pengaruh yang bermakna dengan nilai POR sebesar 1,114 yang berarti ibu dengan tingkat pendidikan lebih tinggi memiliki peluang sekitar 1,11 kali lebih besar untuk patuh dibandingkan dengan ibu berpendidikan lebih rendah.

Pekerjaan ibu menunjukkan hubungan dengan nilai POR sebesar 1,058 hal ini menandakan adanya peningkatan peluang kepatuhan pada ibu yang bekerja. Pada variabel paritas, kategori multipara memperlihatkan kecenderungan peluang yang hampir setara dengan primipara, sedangkan pada kategori grande multipara terdapat kecenderungan penurunan peluang kepatuhan. Variabel tempat tinggal menunjukkan bahwa ibu yang tinggal di wilayah perkotaan memiliki peluang lebih rendah untuk patuh dibandingkan dengan ibu yang tinggal di wilayah perdesaan dengan nilai POR sebesar 0,920.

Secara keseluruhan, hasil ini menunjukkan bahwa faktor pelayanan kesehatan dan karakteristik sosial ibu berperan penting dalam menentukan kepatuhan konsumsi TTD dengan tenaga pemeriksa kehamilan sebagai determinan yang paling berpengaruh dalam model multivariat.



BAB 5 : PEMBAHASAN

5.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan metodologis yang perlu dipertimbangkan pada penelitian selanjutnya. Penggunaan desain *cross-sectional* menyebabkan hubungan yang diperoleh antarvariabel bersifat asosiatif, sehingga tidak dapat menjelaskan hubungan sebab akibat secara langsung. Pada sisi lain, data yang digunakan berasal dari Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 yang berbasis *self-reported* sehingga berpotensi menimbulkan bias terutama *recall bias* dan *social desirability bias*, yang dapat memengaruhi ketepatan pelaporan jumlah Tablet Tambah Darah (TTD) yang dikonsumsi oleh responden. Keterbatasan lain juga terlihat dari tidak tersedianya beberapa variabel penting dalam kuesioner SKI 2023 yang secara teoretis berpengaruh terhadap kepatuhan seperti pengetahuan ibu mengenai anemia, persepsi terhadap efek samping TTD, dukungan suami serta status gizi ibu selama kehamilan.

Proses pengolahan data melalui tahap *editing* dan *cleaning* menunjukkan adanya sejumlah data yang tidak lengkap atau hilang (*missing data*), sehingga tidak memenuhi kriteria untuk dianalisis dan harus dieliminasi dari dataset penelitian. Kondisi ini berpotensi memengaruhi kekuatan analisis yang dilakukan sehingga diperlukan penelaahan yang cermat dalam melakukan generalisasi hasil pada penelitian ini mengingat adanya keragaman kondisi geografis, sosial budaya, serta kapasitas sistem pelayanan kesehatan di 38 provinsi di Indonesia yang dapat memengaruhi variasi tingkat kepatuhan konsumsi TTD pada ibu hamil.

5.2 Analisis Univariat

5.2.1 Tingkat Kepatuhan Konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) pada Ibu Hamil di Indonesia

Berdasarkan hasil analisis univariat terhadap 63.073 responden ibu hamil yang tercatat dalam Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 ditemukan bahwa sebanyak 36.204 orang (57,4%) tidak patuh dalam mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD), sedangkan ibu hamil yang patuh mengonsumsi TTD

minimal 90 tablet hanya sebanyak 26.868 orang (42,6%). Temuan ini mengonfirmasi bahwa lebih dari separuh ibu hamil di Indonesia belum memenuhi standar konsumsi TTD yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, yaitu minimal 90 tablet selama masa kehamilan sesuai Permenkes RI Nomor 88 Tahun 2014.⁽³⁹⁾

Angka kepatuhan sebesar 42,6% dalam penelitian ini menunjukkan peningkatan dibandingkan data Riskesdas 2018 yang mencatat hanya 38,1% ibu hamil yang mendapatkan TTD minimal 90 tablet.⁽¹⁰⁾ Meskipun terdapat tren peningkatan, angka ini masih jauh di bawah target nasional yang ditetapkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020–2024, yakni 81% ibu hamil harus mendapatkan TTD minimal 90 tablet.⁽⁴⁶⁾ Kondisi ini mencerminkan adanya hasil yang signifikan antara target program dan realisasi di lapangan sehingga memerlukan evaluasi menyeluruh terhadap pelaksanaan program suplementasi TTD di Indonesia.⁽⁶⁴⁾

Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Noptriani dan Simbolon pada tahun 2022 menggunakan data SDKI 2017 yang melaporkan bahwa 48,47% ibu hamil tidak patuh mengonsumsi tablet tambah darah sesuai rekomendasi.⁽²⁶⁾ Meskipun, terdapat perbedaan angka antara dua survei nasional tersebut, hasil dari kedua penelitian ini secara konsisten menunjukkan rendahnya tingkat kepatuhan konsumsi TTD sebagai masalah kesehatan yang bersifat sistemik dan lintas waktu.⁽⁵⁴⁾ Perbedaan angka antara data SDKI 2017 dan SKI 2023 disebabkan oleh perbedaan metodologi survei, definisi operasional kepatuhan, serta periode waktu pengambilan data yang berbeda.⁽²³⁾

Perbandingan dengan negara lain, angka kepatuhan Indonesia berada di atas rata-rata negara-negara Afrika Timur. Penelitian Engidaw pada tahun 2025 yang mencakup data 43.200 wanita usia reproduksi di negara-negara Afrika Timur melaporkan bahwa hanya 31,33% ibu hamil yang mematuhi konsumsi tablet tambah darah dan asam folat sesuai rekomendasi WHO.⁽²⁰⁾ Namun, angka kepatuhan Indonesia masih jauh di bawah capaian Kamboja yang mencapai 91,2% berdasarkan penelitian Buanasita tahun 2025 menggunakan data DHS 2021 -2022. Disparitas ini menunjukkan bahwa keberhasilan program suplementasi sangat ditentukan oleh konteks kebijakan

nasional, sistem distribusi, kapasitas tenaga kesehatan, dan dukungan sosial yang berbeda antarnegara.⁽⁶⁵⁾

5.2.2 Distribusi Frekuensi Umur Ibu dengan Kepatuhan Konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) pada Ibu Hamil di Indonesia

Distribusi yang tidak seimbang pada kelompok umur ibu usia dewasa dan kelompok umur ibu usia remaja ini mencerminkan bahwa kehamilan pada usia remaja dalam populasi sampel SKI 2023 tergolong sangat jarang. Secara demografis, dominasi kelompok usia dewasa menunjukkan pola fertilitas yang lebih terkonsentrasi pada rentang usia reproduksi yang matang di Indonesia.

Secara teoritis, usia ibu merupakan salah satu faktor predisposisi dalam teori Lawrence Green tahun 1991 yang dapat memengaruhi perilaku kesehatan, termasuk kepatuhan konsumsi suplementasi. Usia yang lebih matang umumnya dikaitkan dengan tingkat kedewasaan kognitif dan kematangan psikologis yang lebih baik sehingga memungkinkan individu untuk membuat keputusan kesehatan yang lebih rasional.⁽⁶⁶⁾ Hal ini sejalan dengan Teori Perkembangan Kognitif yang menyatakan bahwa kemampuan pengambilan keputusan berbasis informasi meningkat seiring bertambahnya usia. Dengan demikian, kelompok usia dewasa secara teoritis memiliki kapasitas yang lebih besar untuk memahami pentingnya suplementasi zat besi selama kehamilan dibandingkan dengan kelompok remaja.⁽⁶⁷⁾

Kelompok umur tidak signifikan pada kepatuhan konsumsi tablet tambah darah (TTD) kondisi ini disebabkan oleh ketimpangan proporsi sampel yang ekstrem, yaitu 99,6% berbanding 0,4%, yang secara metodologis mengurangi *statistical power* dalam mendeteksi signifikansi antar kelompok. Temuan ini sejalan dengan penelitian Ummair pada tahun 2022 di Pakistan yang menemukan bahwa usia ibu tidak menjadi prediktor independen yang signifikan terhadap kepatuhan konsumsi IFAS setelah dikontrol bersama variabel lainnya.⁽⁶⁸⁾ Demikian pula, penelitian Paramashanti pada tahun 2024 menggunakan data SDKI 2017 menemukan bahwa hubungan usia ibu dengan kepatuhan konsumsi suplemen zat besi tidak signifikan secara statistik. Interpretasi hasil ini perlu mempertimbangkan konteks metodologis.⁽⁶⁹⁾

Penelitian yang melibatkan populasi dengan variasi usia yang lebih heterogen mungkin akan menunjukkan hasil yang berbeda. Penelitian Felipe-Dimog pada tahun 2021 di Filipina menunjukkan bahwa usia ibu berhubungan signifikan dengan kepatuhan suplementasi TTD ketika kelompok usia remaja memiliki representasi yang memadai dalam sampel.⁽⁷⁰⁾ Berdasarkan pertimbangan ini, tidak ditemukannya hubungan bermakna dalam penelitian ini tidak serta merta mengindikasikan bahwa usia ibu tidak relevan secara substantif, melainkan lebih mencerminkan keterbatasan distribusi sampel yang tidak proporsional pada variabel ini.

5.2.3 Distribusi Frekuensi Pendidikan dengan Kepatuhan Konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) pada Ibu Hamil di Indonesia

Peningkatan akses pendidikan di Indonesia bagi perempuan mencerminkan nilai yang signifikan dibandingkan dengan data survei nasional sebelumnya. Distribusi ini penting secara kontekstual karena pendidikan merupakan salah satu determinan utama kapasitas individu dalam menerima, memproses, dan menerapkan informasi kesehatan.

Secara teoritis, pendidikan merupakan faktor predisposisi utama dalam Teori Lawrence Green tahun 1991 yang secara langsung memengaruhi pengetahuan, sikap, dan perilaku kesehatan individu. Ibu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung memiliki *health literacy* yang lebih baik, kemampuan pemahaman terhadap instruksi medis yang lebih tinggi, serta motivasi intrinsik yang lebih kuat untuk melaksanakan anjuran tenaga kesehatan.⁽⁶⁶⁾ Hal ini diperkuat oleh *Human Capital Theory* yang menyatakan bahwa investasi dalam pendidikan meningkatkan kapasitas individu untuk mengambil keputusan yang berorientasi pada kesehatan jangka panjang.⁽⁷¹⁾

Dominasi ibu yang berpendidikan tinggi dalam sampel penelitian ini menjadi modal potensial bagi keberhasilan program suplementasi TTD, karena kelompok ini secara teori lebih responsif terhadap pesan kesehatan dan lebih mampu mengatasi hambatan seperti efek samping gastrointestinal yang sering menjadi alasan penghentian konsumsi TTD. Penelitian Darmawati tahun 2020 memperkuat hal ini dengan temuan bahwa prevalensi anemia defisiensi zat besi lebih tinggi pada ibu hamil berpendidikan rendah, yang mengindikasikan

korelasi negatif antara tingkat pendidikan dengan risiko kekurangan gizi besi. Dari perspektif kebijakan, tingginya proporsi ibu berpendidikan tinggi juga membuka peluang pemanfaatan strategi edukasi berbasis media digital yang lebih kompleks namun efektif dalam meningkatkan kepatuhan konsumsi TTD.⁽⁵¹⁾

5.2.4 Pekerjaan dengan Kepatuhan Konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) pada Ibu Hamil di Indonesia

Data pada status pekerjaan ibu dapat mencerminkan tingkat partisipasi kerja perempuan hamil yang cukup tinggi dalam populasi Indonesia yang diwakili oleh SKI 2023. Tingginya proporsi ibu bekerja ini memiliki implikasi ganda terhadap program suplementasi TTD yang mana pada satu membuka peluang paparan informasi yang lebih luas, namun di sisi lain menimbulkan potensi hambatan berupa keterbatasan waktu dan kelelahan akibat beban ganda (*double burden*) antara pekerjaan dan kehamilan.

Berdasarkan Teori Lawrence Green tahun 1991, pekerjaan merupakan bagian dari faktor pemungkin (*enabling factors*) yang memfasilitasi perilaku kesehatan melalui ketersediaan sumber daya ekonomi dan akses informasi.⁽⁶⁶⁾ Ibu yang bekerja secara umum memiliki kemandirian finansial yang lebih baik untuk mengakses layanan kesehatan, lebih sering berinteraksi sosial dengan rekan kerja yang dapat menjadi sumber informasi kesehatan informal, serta cenderung memiliki kesadaran lebih tinggi terhadap pentingnya menjaga kesehatan untuk mempertahankan produktivitas kerja. Selain itu, lingkungan kerja formal umumnya menyediakan akses terhadap fasilitas kesehatan seperti klinik perusahaan atau BPJS Kesehatan yang memudahkan distribusi TTD secara berkala.

Penelitian Noptriani pada tahun 2021 menggunakan data SDKI 2017 juga mengidentifikasi status pekerjaan ibu sebagai salah satu determinan kepatuhan konsumsi TTD di Indonesia, meskipun dengan derajat pengaruh yang bervariasi.⁽²⁵⁾ Heterogenitas jenis pekerjaan dalam sampel penelitian dimulai dari PNS/TNI, pegawai swasta, wiraswasta, hingga buruh mengindikasikan perlunya pendekatan intervensi yang tersegmentasi

sesuai karakteristik tempat kerja untuk mengoptimalkan distribusi dan pemantauan kepatuhan konsumsi TTD pada ibu hamil yang bekerja.

5.2.5 Distribusi Paritas dengan Kepatuhan Konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) pada Ibu Hamil di Indonesia

Distribusi paritas yang didominasi oleh kelompok multipara ini memiliki implikasi penting karena kelompok ini secara fisiologis menanggung risiko deplesi cadangan zat besi yang lebih besar akibat akumulasi kehilangan darah dari kehamilan sebelumnya.

Secara fisiologis, setiap siklus kehamilan, persalinan, dan laktasi berkontribusi pada penurunan cadangan zat besi tubuh ibu. Menurut teori nutrisi kehamilan, kebutuhan zat besi meningkat secara progressif seiring bertambahnya jumlah kehamilan karena akumulasi defisit cadangan yang tidak sepenuhnya terpulihkan antara dua kehamilan berturut-turut.^(5,19) Dengan demikian, ibu dengan paritas tinggi sesungguhnya memiliki kebutuhan suplementasi TTD yang lebih besar dibandingkan primipara. Temuan Arifah pada tahun 2025 mendukung perspektif ini dengan menunjukkan bahwa ibu multigravida yang patuh mengonsumsi tablet Fe memiliki risiko anemia yang lebih rendah, mengonfirmasi pentingnya kepatuhan suplementasi justru pada kelompok dengan paritas lebih tinggi.⁽²¹⁾

Dari perspektif program kesehatan, distribusi paritas yang didominasi multipara ini menegaskan pentingnya penguatan konseling yang ditargetkan secara spesifik pada kelompok ibu dengan pengalaman kehamilan berulang. Program edukasi perlu menekankan bahwa pengalaman kehamilan sebelumnya yang berjalan lancar tidak serta merta menjamin keamanan kehamilan berikutnya tanpa suplementasi, mengingat risiko deplesi zat besi yang kumulatif. Kelompok grande multipara, meskipun proporsinya kecil perlu mendapat perhatian khusus karena secara biomedis merupakan kelompok paling rentan terhadap anemia defisiensi besi namun menunjukkan kecenderungan kepatuhan yang lebih rendah.

5.2.6 Distribusi Tempat Tinggal dengan Kepatuhan Konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) pada Ibu Hamil di Indonesia

Keseimbangan distribusi ini merupakan keunggulan metodologis dari SKI 2023 yang dirancang untuk merepresentasikan kondisi kesehatan nasional secara komprehensif mencakup seluruh jenis wilayah di 38 provinsi Indonesia. Distribusi yang merata ini memungkinkan perbandingan yang valid antara dua kelompok wilayah dan memberikan gambaran yang representatif tentang dinamika kepatuhan konsumsi TTD di berbagai konteks lingkungan.

Perbedaan wilayah tempat tinggal mencerminkan perbedaan dalam akses terhadap infrastruktur kesehatan, karakteristik sosial budaya masyarakat, dan ketersediaan sumber informasi kesehatan. Berdasarkan teori Blum tahun 1981, lingkungan termasuk lingkungan fisik dan sosial merupakan determinan kesehatan yang sangat dominan.^(5,72) Wilayah perkotaan umumnya memiliki keunggulan dalam hal ketersediaan fasilitas kesehatan, kemudahan distribusi TTD melalui berbagai saluran, serta tingkat pendidikan dan literasi kesehatan yang relatif lebih tinggi. Sebaliknya, wilayah perdesaan sering menghadapi tantangan aksesibilitas geografis, keterbatasan tenaga kesehatan, dan cakupan distribusi TTD yang belum optimal.⁽⁵⁾

Data Riskesdas 2018 sebelumnya mencatat bahwa proporsi konsumsi TTD di perkotaan (41,4%) lebih tinggi dibandingkan perdesaan (33,3%).⁽¹⁰⁾ Namun, penelitian ini dengan menggunakan standar kepatuhan SKI 2023 menemukan bahwa ibu di perkotaan justru sedikit kurang patuh (41,9%) dibandingkan ibu di perdesaan (43,5%). Perbedaan ini menarik dan mengimplikasikan bahwa kompleksitas kehidupan perkotaan termasuk gaya hidup yang lebih sibuk, mobilitas tinggi, dan paparan informasi yang lebih bervariasi namun tidak selalu akurat dapat menjadi hambatan tersendiri terhadap kepatuhan konsumsi TTD yang konsisten. Temuan ini menunjukkan bahwa intervensi program tidak dapat hanya mengandalkan asumsi bahwa wilayah perkotaan secara otomatis memiliki kepatuhan yang lebih baik.

Fenomena perbedaan kepatuhan konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) antara wilayah perkotaan dan perdesaan sebagaimana ditemukan dalam penelitian ini dapat dijelaskan melalui kerangka *urban health paradox*, yaitu

kondisi di mana keunggulan akses layanan kesehatan di wilayah perkotaan tidak selalu berbanding lurus dengan perilaku kesehatan yang lebih baik.⁽⁷³⁾ Secara teoretis, pendekatan dalam *Health Behavior Theory* khususnya model seperti *Health Belief Model* dan *Theory of Planned Behavior* menjelaskan bahwa kepatuhan terhadap intervensi kesehatan tidak hanya ditentukan oleh akses, tetapi juga oleh persepsi individu terhadap manfaat, hambatan, norma sosial, serta kontrol perilaku. Dalam konteks perkotaan, meskipun akses terhadap fasilitas kesehatan lebih baik, faktor persepsi hambatan seperti efek samping TTD, kesibukan, dan rendahnya prioritas terhadap konsumsi suplemen dapat mengurangi kepatuhan.^(74,75)

Kompleksitas kehidupan perkotaan yang ditandai dengan mobilitas tinggi, tekanan pekerjaan, serta gaya hidup modern turut berkontribusi terhadap rendahnya konsistensi dalam perilaku kesehatan. Konsep ini diperkuat dalam kajian *social determinants of health* yang dikembangkan oleh *World Health Organization*, yang menekankan bahwa faktor lingkungan sosial dan ekonomi, termasuk kondisi kerja dan gaya hidup urban, memiliki pengaruh signifikan terhadap perilaku kesehatan individu. Individu di perkotaan cenderung menghadapi *time constraint* dan *cognitive overload*, yang dalam literatur perilaku kesehatan dikaitkan dengan penurunan kepatuhan terhadap intervensi preventif jangka panjang seperti suplementasi zat besi.⁽⁵⁾

Beberapa penelitian terdahulu mendukung temuan ini. Studi oleh Nguyen Pham pada tahun 2017 di Vietnam menunjukkan bahwa meskipun ibu hamil di wilayah *urban* memiliki akses lebih baik terhadap layanan kesehatan, tingkat kepatuhan konsumsi suplemen zat besi tidak secara signifikan lebih tinggi dibandingkan wilayah *rural* karena faktor kesibukan dan persepsi efek samping.⁽⁷⁶⁾ Dalam konteks Indonesia, analisis data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melalui Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa indikator konsumsi TTD berbasis cakupan belum sepenuhnya mencerminkan kepatuhan actual.⁽¹⁰⁾ Hal ini diperkuat oleh pendekatan pengukuran dalam Survei Kesehatan Indonesia 2023 yang menggunakan indikator kepatuhan (≥ 90 tablet), sehingga lebih sensitif dalam menangkap konsistensi perilaku. Perbedaan indikator ini menjelaskan mengapa wilayah perkotaan yang

sebelumnya tampak unggul dalam cakupan konsumsi tidak selalu menunjukkan kepatuhan yang lebih baik ketika diukur secara lebih ketat.

Lebih lanjut pada studi oleh Darmawati pada tahun 2020 menunjukkan bahwa kepatuhan konsumsi TTD sangat dipengaruhi oleh faktor internal seperti motivasi dan persepsi risiko, serta faktor eksternal seperti dukungan keluarga dan kualitas konseling tenaga kesehatan. Faktor-faktor ini tidak selalu lebih baik di wilayah perkotaan, bahkan dalam beberapa kasus justru lebih kuat di perdesaan karena adanya kohesi sosial yang lebih tinggi dan dukungan komunitas yang lebih intens.⁽⁵¹⁾

5.2.7 Distribusi Tenaga Pemeriksa Kehamilan dengan Kepatuhan Konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) pada Ibu Hamil di Indonesia

Ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan kepada tenaga kesehatan memiliki proporsi lebih tinggi dibandingkan ibu hamil yang masih melakukan pemeriksaan pada non tenaga kesehatan. Tingginya proporsi pemanfaatan tenaga kesehatan ini mencerminkan keberhasilan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan kebijakan persalinan aman yang mendorong ibu hamil mengakses pelayanan kesehatan formal.

Distribusi ini memiliki implikasi penting bagi program TTD. Secara teoretis, tenaga kesehatan memiliki peran strategis sebagai agen perubahan perilaku yang dapat memengaruhi kepatuhan melalui tiga dimensi sekaligus berdasarkan Teori Lawrence Green tahun 1991: (1) sebagai penyedia edukasi yang memengaruhi faktor predisposisi; (2) sebagai distributor TTD yang memengaruhi faktor pemungkin; dan (3) sebagai pemantau kepatuhan yang memengaruhi faktor penguat.⁽⁶⁶⁾ Integrasi ketiga peran ini menjadikan tenaga kesehatan sebagai determinan terpenting dalam kepatuhan konsumsi TTD, terbukti dari hasil analisis multivariat penelitian ini yang menempatkan tenaga pemeriksa kehamilan sebagai faktor paling dominan.

Penelitian Wiradnyani pada tahun 2016 menggunakan data SDHS 2002-2012 pada 19.133 ibu di Indonesia membuktikan bahwa kunjungan ANC yang adekuat berhubungan positif dengan kepatuhan konsumsi minimal 90 tablet IFA, di mana lebih dari 80% perempuan mengunjungi bidan untuk ANC mereka.⁽⁷⁷⁾ Paramashanti pada tahun 2024 menganalisis data SDKI 2017 pada

12.455 perempuan usia 15-49 tahun dan menemukan bahwa kunjungan ANC merupakan komponen kritis dalam mendorong kepatuhan suplementasi ibu hamil di Indonesia.⁽⁶⁹⁾ Lyoba pada tahun 2020 di Tanzania juga menemukan bahwa pemberian IFAS secara langsung saat kunjungan klinik merupakan prediktor terkuat kepatuhan suplementasi dengan AOR = 15,72 (95% CI: 5,34-46,31), menunjukkan pentingnya interaksi langsung ibu hamil dengan tenaga kesehatan.⁽⁷⁸⁾

Tingginya cakupan pemeriksaan kehamilan oleh tenaga kesehatan (98%) adalah peluang besar yang harus dioptimalkan. Setiap kunjungan ANC merupakan titik kontak kritis yang harus dimanfaatkan secara maksimal bukan hanya untuk distribusi TTD, tetapi untuk membangun kesadaran, motivasi, dan keterampilan ibu dalam mengonsumsi TTD secara konsisten hingga akhir kehamilan. Kualitas interaksi pada setiap kunjungan inilah yang menjadi kunci peningkatan kepatuhan.

5.3 Analisis Bivariat

5.3.1 Hubungan Umur Ibu dengan Kepatuhan Konsumsi TTD

Umur ibu tidak memiliki hubungan yang bermakna secara statistik dengan kepatuhan konsumsi TTD. Distribusi responden menunjukkan ketimpangan yang sangat besar antara kategori usia dewasa dan remaja yang secara metodologis membatasi kemampuan uji statistik dalam mendeteksi perbedaan yang signifikan antara dua kelompok tersebut.

Tidak berhubungan antara umur ibu dengan kepatuhan TTD ini sejalan dengan temuan pada penelitian Ummair pada tahun 2022 di Peshawar, Pakistan yang menemukan bahwa umur ibu tidak terbukti sebagai prediktor independen yang bermakna terhadap kepatuhan konsumsi IFAS setelah dikontrol oleh variabel lain dalam analisis multivariat. Penelitian tersebut justru mengidentifikasi jumlah kunjungan ANC, paritas, dan durasi konsumsi suplemen sebagai faktor yang lebih dominan dibandingkan usia ibu dalam menentukan kepatuhan suplementasi selama kehamilan.⁽⁷⁹⁾

Temuan ini juga sejalan dengan penelitian Paramashanti pada tahun 2024 yang menggunakan data SDKI 2017 pada 12.455 perempuan usia 15–49

tahun di Indonesia. Studi tersebut menunjukkan bahwa hubungan antara usia ibu dan kepatuhan konsumsi suplemen zat besi asam folat (IFAS) tidak lagi signifikan secara konsisten setelah dikontrol bersama variabel sosiodemografi lainnya. Hal ini mengindikasikan bahwa kepatuhan konsumsi TTD lebih dipengaruhi oleh faktor kognitif dan akses layanan, seperti tingkat pengetahuan serta kualitas konseling dari tenaga kesehatan selama kunjungan dibandingkan oleh faktor usia itu sendiri.⁽⁶⁹⁾

5.3.2 Hubungan Pendidikan Ibu dengan Kepatuhan Konsumsi TTD

Ibu dengan tingkat pendidikan tinggi memiliki persentase kepatuhan yang lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang dengan pendidikan rendah. Ibu berpendidikan tinggi memiliki peluang 1,108 kali lebih besar untuk patuh mengonsumsi tablet tambah darah (TTD) dibandingkan ibu yang berpendidikan rendah. Hal ini sejalan dengan penelitian Buanasita pada tahun 2025 yang melaporkan bahwa pendidikan ibu merupakan faktor yang berhubungan positif dengan kepatuhan konsumsi tablet tambah darah selama lebih dari 90 hari.⁽⁶⁵⁾ Penelitian Karki tahun 2025 mengonfirmasi bahwa ibu berpendidikan menengah ke atas memiliki kepatuhan IFAS yang secara signifikan lebih tinggi dibandingkan ibu berpendidikan rendah.⁽⁸⁰⁾ Sementara itu, penelitian Nimwesiga pada tahun 2021 juga melaporkan bahwa ibu yang mencapai pendidikan sekunder memiliki peluang lebih tinggi untuk patuh mengonsumsi suplemen besi asam folat selama kehamilan.⁽⁸¹⁾ Hal ini sejalan dengan temuan penelitian Noptriani dan Simbolon tahun 2022 yang menggunakan data SDKI 2017 di Indonesia, di mana berbagai faktor secara simultan berkontribusi terhadap kepatuhan TTD dan tidak ada satu faktor tunggal yang secara drastis mengubah pola kepatuhan konsumsi TTD pada ibu hamil.⁽²⁵⁾

5.3.3 Hubungan Pekerjaan Ibu dengan Kepatuhan Konsumsi TTD

Hubungan pekerjaan ibu dengan kepatuhan konsumsi TTD dapat dinyatakan bawasannya ibu yang bekerja memiliki peluang 1,081 lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja.

Hubungan ini dapat dijelaskan melalui beberapa mekanisme yang berakar pada Teori Lawrence Green tahun 1991, khususnya pada komponen faktor pemungkin (enabling factors).⁽⁶⁶⁾ Ibu yang bekerja umumnya memiliki akses informasi yang lebih luas melalui interaksi sosial di lingkungan kerja, terpapar dengan diskusi seputar kesehatan dari rekan kerja, serta memiliki kemandirian ekonomi yang memungkinkan akses yang lebih baik ke layanan kesehatan. Selain itu, status bekerja berkorelasi dengan kepemilikan asuransi kesehatan guna pendistribusian TTD secara berkala.⁽⁸²⁾ Dalam penelitian ini, ibu bekerja mencakup berbagai jenis pekerjaan mulai dari PNS, pegawai swasta, wiraswasta, hingga buruh dengan karakteristik yang sangat berbeda dalam hal jam kerja, tingkat paparan informasi, dan kapasitas ekonomi. Penelitian Ummair tahun 2025 menyatakan bahwa beban kerja yang tinggi justru dapat menjadi hambatan kepatuhan karena ibu menjadi lebih mudah lupa mengonsumsi TTD secara rutin akibat kesibukan.⁽⁷⁹⁾

Hasil dari penelitian sebelumnya pada penelitian Mariati pada tahun 2024 di Aceh yang menyebutkan bahwa pekerjaan ibu merupakan salah satu faktor yang memengaruhi kepatuhan konsumsi TTD melalui mekanisme akses informasi dan kemandirian ekonomi.⁽²²⁾ Pada penelitian Fite tahun 2021 dengan menggunakan meta analisis kepatuhan IFAS di Sub-Sahara Afrika juga mengidentifikasi status pekerjaan sebagai salah satu prediktor kepatuhan, meskipun dengan besar efek yang bervariasi antarstudi.⁽⁸³⁾ Dengan proporsi ibu bekerja sebesar 57,7% dalam sampel penelitian ini, temuan ini menggaris bawahi pentingnya pengembangan program TTD yang ramah bagi ibu bekerja, termasuk distribusi TTD di tempat kerja dan penggunaan teknologi digital sebagai pengingat konsumsi.

5.3.4 Hubungan Paritas dengan Kepatuhan Konsumsi TTD

Distribusi kepatuhan berdasarkan paritas menunjukkan pola yang menarik yaitu ibu primipara (1 kali melahirkan) memiliki persentase kepatuhan lebih besar dibandingkan dengan ibu grande multipara (lebih dari 5 kali). Hasil ini mengindikasikan bahwa semakin tinggi paritas, khususnya pada kategori grande multipara, terdapat kecenderungan penurunan kepatuhan konsumsi

TTD. Hipotesis alternatif (H_a) diterima terdapat hubungan yang bermakna antara paritas dengan kepatuhan konsumsi TTD.

Penurunan kepatuhan pada grande multipara dapat dipahami melalui perspektif Teori Lawrence Green tahun 1991, khususnya pada dimensi faktor predisposisi berupa persepsi risiko dan pengalaman sebelumnya. Ibu dengan grande multipara cenderung merasa lebih berpengalaman dalam menjalani kehamilan sehingga memiliki persepsi bahwa kehamilan dapat berjalan normal tanpa intervensi suplementasi tambahan, terutama jika pada kehamilan-kehamilan sebelumnya tidak mengalami komplikasi yang dikaitkan secara langsung dengan ketidakpatuhan TTD.⁽⁸⁴⁾

Dari perspektif fisiologis, ibu grande multipara justru berada dalam risiko anemia yang lebih tinggi akibat kumulasi deplesi cadangan zat besi dari kehamilan-kehamilan sebelumnya, kehilangan darah saat persalinan berulang, dan masa laktasi yang panjang.⁽⁸⁵⁾ Frekuensi persalinan yang semakin tinggi berkontribusi pada akumulasi kehilangan darah selama kehamilan dan proses persalinan, yang pada akhirnya meningkatkan risiko deplesi cadangan zat besi serta penurunan kadar hemoglobin. Secara fisiologis, kondisi ini menempatkan ibu dengan paritas tinggi sebagai kelompok yang memiliki kebutuhan zat besi lebih besar dibandingkan primipara.^(86,87) Namun, temuan empiris menunjukkan adanya fenomena paradoks di mana ibu dengan grande multipara justru cenderung memiliki tingkat kepatuhan yang lebih rendah terhadap konsumsi tablet tambah darah.

Fenomena ini dapat dijelaskan melalui pendekatan perilaku kesehatan, khususnya konsep *perceived susceptibility* dalam *Health Belief Model*, di mana pengalaman kehamilan sebelumnya tanpa komplikasi dapat menurunkan persepsi risiko terhadap anemia. Akibatnya, ibu multipara sering kali menganggap suplementasi tidak lagi esensial.⁽⁸⁸⁾ Selain itu, pengalaman berulang juga dapat membentuk *overconfidence bias*, yang membuat ibu merasa mampu menjalani kehamilan secara normal tanpa intervensi tambahan. Terjadi kesenjangan antara kebutuhan biologis dan perilaku kesehatan, di mana kelompok dengan risiko anemia yang lebih tinggi justru menunjukkan kepatuhan suplementasi yang lebih rendah. Kondisi ini menegaskan

pentingnya pendekatan intervensi yang tidak hanya berfokus pada distribusi suplementasi, tetapi juga pada modifikasi persepsi risiko dan peningkatan kesadaran pada kelompok multipara.⁽⁸⁹⁾

5.3.5 Hubungan Tempat Tinggal dengan Kepatuhan Konsumsi TTD

Proporsi ibu hamil yang patuh di wilayah perdesaan tercatat lebih tinggi dibandingkan dengan ibu di wilayah perkotaan dalam hal ini mengindikasikan bahwa ibu yang tinggal di perkotaan memiliki kecenderungan lebih rendah untuk patuh dibandingkan dengan ibu di perdesaan. Hasil ini tetap menunjukkan signifikansi secara statistik, yang tidak terlepas dari besarnya jumlah sampel yang dianalisis. Dengan demikian, hipotesis alternatif yang menyatakan adanya hubungan antara tempat tinggal dan kepatuhan konsumsi TTD dapat diterima.

Penelitian di negara Sub Sahara Afrika menunjukkan ketidakpatuhan justru lebih tinggi di wilayah perdesaan dibandingkan perkotaan. Perbedaan ini menegaskan bahwa faktor kontekstual, seperti tingkat urbanisasi, sistem pelayanan kesehatan, serta karakteristik sosial masyarakat, sangat memengaruhi pola kepatuhan.⁽⁹⁰⁾ Dalam konteks Indonesia, heterogenitas wilayah dan dinamika sosial di perkotaan kemungkinan menjadi faktor yang berkontribusi terhadap pola kepatuhan yang berbeda dari temuan di negara lain.

Perbandingan data nasional sebelumnya, hasil ini menunjukkan perbedaan arah. Riskesdas 2018 melaporkan bahwa secara absolut proporsi konsumsi TTD di wilayah perkotaan (41,4%) lebih tinggi dibandingkan dengan perdesaan (33,3%), meskipun keduanya masih berada pada kategori rendah. Perbedaan ini kemungkinan dipengaruhi oleh variasi dalam definisi operasional kepatuhan, pendekatan metodologis, serta karakteristik responden yang digunakan pada masing-masing survey.⁽¹⁰⁾ Dalam konteks SKI 2023 yang menggunakan standar kepatuhan minimal 90 tablet, terlihat bahwa ibu di perkotaan cenderung tidak mencapai jumlah konsumsi yang direkomendasikan secara konsisten, meskipun mungkin telah mengonsumsi TTD dalam jumlah tertentu.

5.3.6 Hubungan Tenaga Pemeriksa Kehamilan dengan Kepatuhan Konsumsi TTD

Tenaga pemeriksa kehamilan memiliki hubungan yang signifikan dengan kepatuhan konsumsi TTD. Ibu yang pemeriksaan kehamilannya dilakukan oleh tenaga kesehatan memiliki persentase kepatuhan lebih kecil dibandingkan dengan ibu yang di periksa oleh non tenaga kesehatan.

Ibu yang diperiksa non-tenaga kesehatan memiliki persentase tidak patuh konsumsi tablet tambah darah (TTD) lebih kecil dibandingkan dengan ibu yang diperiksa oleh tenaga kesehatan. Karakteristik ibu yang masih menggunakan non-tenaga kesehatan pada SKI 2023 yang memiliki profil khas yaitu berasal dari daerah terpencil dengan tradisi penggunaan dukun beranak yang kuat, di mana norma komunitas lokal tentang kepatuhan konsumsi ramuan atau suplemen tertentu bisa saja berbeda.

Sejalan dengan dengan penelitian Paramashanti pada tahun 2024 yang menganalisis data SDKI 2017 pada 12.455 perempuan usia 15–49 tahun di Indonesia dan menemukan bahwa kunjungan antenatal care merupakan salah satu faktor pelayanan kesehatan yang berhubungan signifikan dengan kepatuhan IFAS secara keseluruhan di Indonesia. Penelitian tersebut menegaskan bahwa akses dan frekuensi kunjungan ke tenaga kesehatan merupakan komponen kritis dalam mendorong kepatuhan suplementasi ibu hamil di Indonesia.⁽⁶⁹⁾ Secara lebih spesifik, penelitian Wiradnyani tahun 2016 menggunakan data SDHS 2002–2012 pada 19.133 ibu di Indonesia membuktikan bahwa kunjungan ANC yang adekuat berhubungan positif dengan kepatuhan konsumsi minimal 90 tablet IFA, di mana sebagian besar perempuan (>80%) mengunjungi bidan untuk ANC mereka. Hal ini mengindikasikan bahwa peran tenaga kesehatan, terutama bidan, sebagai garda terdepan dalam distribusi sekaligus edukasi TTD sudah terbukti secara konsisten di Indonesia dari waktu ke waktu.⁽⁷⁷⁾

Mekanisme hubungan ini dapat dijelaskan melalui tiga jalur. Pertama, tenaga kesehatan berperan sebagai distributor utama TTD yang secara langsung memberikan tablet kepada ibu pada setiap kunjungan ANC. Kedua, tenaga kesehatan menjalankan fungsi edukasi terstruktur mengenai manfaat TTD, cara konsumsi yang benar, dan penanganan efek samping. Ketiga,

pemantauan kepatuhan secara berkala sebagai reinforcing factor yang memperkuat perilaku konsumsi rutin. Hal ini diperkuat oleh temuan Lyoba pada tahun 2020 di Tanzania yang menemukan bahwa pemberian IFAS secara langsung saat kunjungan klinik merupakan prediktor terkuat kepatuhan suplementasi, jauh melebihi faktor-faktor lainnya yang menggaris bawahi pentingnya interaksi langsung antara ibu hamil dan tenaga kesehatan.^(78,82)

5.4 Analisis Multivariat

Analisis multivariat dengan regresi logistik ganda dilakukan terhadap lima variabel kandidat yang lolos seleksi bivariat, yaitu pendidikan ibu, pekerjaan ibu, paritas, tempat tinggal, dan tenaga pemeriksa kehamilan. Hasil pemodelan akhir menunjukkan bahwa seluruh variabel tersebut secara statistik signifikan dan terbukti berhubungan secara independen dengan kepatuhan konsumsi TTD setelah dikontrol oleh variabel lain dalam model.

Tenaga pemeriksa kehamilan merupakan determinan yang paling dominan dengan terindikasi bahwa ibu yang melakukan pemeriksaan kehamilan dengan tenaga kesehatan memiliki peluang sebesar 1.354 kali lebih patuh dalam mengkonsumsi TTD dibandingkan dengan ibu yang tidak memperoleh pelayanan Kesehatan dari tenaga Kesehatan. Temuan ini didukung oleh penelitian Mekonnen FA yang menunjukkan bahwa kontak dengan tenaga kesehatan selama antenatal care secara signifikan meningkatkan kepatuhan suplementasi zat besi melalui pemberian edukasi, konseling, serta monitoring kepatuhan ibu.⁽⁹⁰⁾ Selain itu, penelitian Dutta AJ juga menegaskan bahwa interaksi rutin dengan tenaga kesehatan meningkatkan peluang ibu untuk mengikuti anjuran konsumsi TTD secara konsisten.⁽⁹¹⁾

BAB 6 : KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kepatuhan konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) pada ibu hamil di Indonesia berdasarkan analisis data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023. Penelitian menggunakan desain *cross-sectional* dengan sampel sebanyak 63.073 ibu hamil yang tersebar di 38 provinsi di Indonesia. Berdasarkan hasil analisis univariat, bivariat, dan multivariat yang telah dilakukan, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Tingkat kepatuhan konsumsi TTD pada ibu hamil di Indonesia masih rendah, yaitu hanya 41,2% (25.998 orang) yang patuh mengonsumsi minimal 90 tablet, jauh di bawah target RPJMN 2020–2024 sebesar 81%.
2. Karakteristik ibu hamil didominasi oleh kelompok usia dewasa, ibu berpendidikan tinggi, ibu yang berstatus bekerja, paritas multipara, dan ibu yang melakukan pemeriksaan kehamilan oleh tenaga kesehatan.
3. Karakteristik keluarga berdasarkan tempat tinggal menunjukkan distribusi lebih tinggi pada wilayah perkotaan dibandingkan wilayah perdesaan.
4. Dari enam variabel yang dianalisis, pendidikan ibu ($p < 0,001$), pekerjaan ibu ($p = 0,005$), paritas ($p = 0,001$), tempat tinggal ($p = 0,045$), dan tenaga pemeriksa kehamilan ($p = 0,007$) terbukti berhubungan signifikan dengan kepatuhan konsumsi TTD, sedangkan umur ibu tidak menunjukkan hubungan yang signifikan ($p = 0,313$).
5. Faktor yang paling dominan berhubungan dengan kepatuhan konsumsi TTD adalah tenaga pemeriksa kehamilan.

6.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan konsumsi tablet tambah darah (TTD) pada ibu hamil di Indonesia, diperlukan upaya perbaikan yang komprehensif dan berkelanjutan dari berbagai pihak.

1. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
 - a. Memperkuat indikator pemantauan program suplementasi TTD dengan memasukkan indikator kepatuhan konsumsi aktual (konsumsi ≥ 90 tablet), bukan hanya cakupan distribusi, sebagai ukuran keberhasilan program dalam laporan rutin puskesmas kepada dinas kesehatan.
 - b. Mengintegrasikan sesi konseling TTD terstruktur dalam standar pelayanan ANC minimal 6 kali kunjungan, dengan fokus khusus pada ibu hamil berpendidikan rendah, ibu tidak bekerja, dan ibu yang tinggal di wilayah perkotaan sebagai kelompok risiko rendah kepatuhan.
 - c. Menyelenggarakan pelatihan peningkatan kapasitas bagi bidan, dokter, dan tenaga gizi puskesmas terkait teknik konseling kepatuhan TTD berbasis perubahan perilaku, mengingat tenaga pemeriksa kehamilan merupakan faktor dominan yang berhubungan dengan kepatuhan konsumsi TTD.
 - d. Memperkuat strategi KIE yang berbeda antara wilayah perkotaan dan perdesaan.
2. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Puskesmas
 - a. Memastikan setiap kunjungan ANC yang dilakukan oleh tenaga kesehatan disertai konfirmasi aktif kepatuhan konsumsi TTD pada kunjungan sebelumnya, pencatatan jumlah tablet yang telah dikonsumsi dalam buku KIA, serta pemberian umpan balik langsung kepada ibu hamil.
 - b. Memberikan konseling TTD yang lebih intens mencakup manfaat konsumsi, cara minum yang benar (malam hari atau bersama vitamin C, dihindari bersama teh/kopi/susu), serta penanganan efek samping umum seperti mual, sebagai bagian rutin yang terdokumentasi dalam setiap kunjungan ANC.

- c. Memberikan perhatian khusus kepada ibu hamil grande multipara (paritas ≥ 5) melalui konseling individual yang mempertimbangkan pengalaman kehamilan sebelumnya dan hambatan spesifik terhadap kepatuhan TTD, mengingat kelompok ini menunjukkan kepatuhan yang lebih rendah.
 - d. Mengembangkan dan lebih aktif mendistribusikan media edukasi sederhana (leaflet, poster, atau video pendek berbasis WhatsApp) yang disesuaikan dengan tingkat pendidikan ibu hamil, terutama ibu dengan pendidikan rendah yang menunjukkan kepatuhan lebih rendah dibandingkan ibu berpendidikan tinggi.
3. Kader Posyandu
- a. Melakukan kunjungan rumah secara berkala kepada ibu hamil yang tidak hadir pada kegiatan posyandu untuk memantau kepatuhan konsumsi TTD, terutama pada ibu dengan pendidikan rendah dan ibu tidak bekerja yang memiliki akses terbatas terhadap informasi kesehatan.
 - b. Mengaktifkan kelas ibu hamil di posyandu dengan materi khusus tentang manfaat TTD, cara konsumsi yang benar, dan dampak anemia terhadap ibu dan janin, serta mengintegrasikan sesi pemantauan kepatuhan TTD dalam setiap pertemuan kelas ibu hamil.
 - c. Melibatkan suami dan anggota keluarga dalam kegiatan penyuluhan di posyandu untuk memperkuat dukungan sosial bagi ibu hamil dalam mengonsumsi TTD secara teratur setiap hari.
4. Masyarakat (Ibu Hamil dan Keluarga)
- a. Ibu hamil disarankan mengonsumsi TTD setiap malam hari sebelum tidur untuk meminimalkan efek samping mual, dan mencatat konsumsi harian pada buku KIA sebagai pengingat sekaligus alat pemantauan mandiri.
 - b. Suami dan anggota keluarga diharapkan berperan aktif sebagai pengingat dan pendukung konsumsi TTD harian ibu hamil, terutama pada ibu yang bekerja dengan beban ganda dan pada ibu hamil grande multipara yang cenderung lebih rendah kepatuhannya.

- c. Ibu hamil di wilayah perkotaan disarankan tetap memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan primer (puskesmas/bidan) sebagai sumber pemeriksaan kehamilan utama, mengingat ibu yang memeriksakan kehamilan kepada tenaga kesehatan memiliki kepatuhan TTD yang secara signifikan lebih tinggi.
5. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas
- a. Melakukan kunjungan rumah secara berkala kepada ibu hamil yang tidak hadir pada kegiatan posyandu untuk memantau kepatuhan konsumsi TTD, terutama pada ibu dengan pendidikan rendah dan ibu tidak bekerja yang memiliki akses terbatas terhadap informasi kesehatan.
 - b. Mengaktifkan kelas ibu hamil di posyandu dengan materi khusus tentang manfaat TTD, cara konsumsi yang benar, dan dampak anemia terhadap ibu dan janin, serta mengintegrasikan sesi pemantauan kepatuhan TTD dalam setiap pertemuan kelas ibu hamil.
 - c. Melibatkan suami dan anggota keluarga dalam kegiatan penyuluhan di posyandu untuk memperkuat dukungan sosial bagi ibu hamil dalam mengonsumsi TTD secara teratur setiap hari.
6. Masyarakat (Ibu Hamil dan Keluarga)
- a. Ibu hamil disarankan mengonsumsi TTD setiap malam hari sebelum tidur untuk meminimalkan efek samping mual, dan mencatat konsumsi harian pada buku KIA sebagai pengingat sekaligus alat pemantauan mandiri.
 - b. Suami dan anggota keluarga diharapkan berperan aktif sebagai pengingat dan pendukung konsumsi TTD harian ibu hamil, terutama pada ibu yang bekerja dengan beban ganda dan pada ibu hamil grande multipara yang cenderung lebih rendah kepatuhannya.
 - c. Ibu hamil di wilayah perkotaan disarankan tetap memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan primer (puskesmas/bidan) sebagai sumber pemeriksaan kehamilan utama, mengingat ibu yang memeriksakan kehamilan kepada tenaga kesehatan memiliki kepatuhan TTD yang secara signifikan lebih tinggi.

7. Peneliti Selanjutnya

- a. Disarankan mengembangkan penelitian dengan mengkaji faktor lain yaitu memasukkan variabel yang belum tersedia dalam data SKI 2023, seperti tingkat pengetahuan ibu tentang anemia dan TTD, sikap terhadap konsumsi TTD, persepsi terhadap efek samping, kualitas konseling yang diterima, dan dukungan suami/keluarga, untuk memperoleh gambaran determinan kepatuhan yang lebih komprehensif.
- b. Melakukan penelitian intervensi (uji coba acak terkontrol atau quasi-experiment) untuk menguji efektivitas strategi peningkatan kepatuhan TTD yang spesifik, seperti penggunaan pengingat berbasis teknologi (SMS/WhatsApp), pendampingan kader, atau konseling motivational interviewing, pada kelompok ibu hamil dengan risiko kepatuhan rendah.
- c. Menggunakan desain penelitian longitudinal atau pendekatan mixed-method untuk mengeksplorasi faktor perilaku dan konteks sosial yang tidak dapat diukur dari data sekunder, sehingga memberikan pemahaman yang lebih mendalam mengenai mekanisme hubungan antara faktor yang berhubungan kepatuhan konsumsi TTD di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

1. Bobak IM, Lowdermilk DL, Jensen MD. Buku ajar keperawatan maternitas. Jakarta: EGC; 2005.
2. World Health Organization. WHO methods and data sources for mean haemoglobin and anaemia estimates in women of reproductive age and pre-school age children 2000–2019. Geneva: World Health Organization; 2021.
3. Ameline AS, Chandra DN, Htet MK, Zahra NL, Fahmida U. Prevalence and factors associated with anemia among pregnant women during the COVID-19 pandemic in East Lombok district, Indonesia. PLoS One. 2025;20(6):1-16.
4. Anggraeni S. Faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan ibu hamil mengonsumsi tablet Fe di BPM Isnawati Sukoharjo. Media Ilmu Kesehatan. 2019;8(1):64-70.
5. World Health Organization. World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2021.
6. Ulfa A. Upaya pencegahan anemia pada ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Matangkuli Kabupaten Aceh Utara. Banda Aceh: Universitas Bina Bangsa Getsempena; 2024.
7. Huda N. Pengaruh pengetahuan ibu terhadap kejadian anemia pada ibu hamil di Puskesmas Gandapura: studi observasional analitik. Nurs Appl J. 2025;3(3):84-92.
8. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, Badan Pusat Statistik, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, ICF. Indonesia demographic and health survey 2017. Jakarta: BKKBN, BPS, Kementerian Kesehatan RI, ICF; 2018.
9. Noptriani S, Simbolon D. Probability of non-compliance to the consumption of iron tablets in pregnant women in Indonesia. J Prev Med Hyg. 2022;63(3):E456-E463.
10. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2019.
11. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Buku saku hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota tahun 2021. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2022.

12. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil kesehatan Indonesia 2023. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2024. Available from: <https://kemkes.go.id/id/profil-kesehatan-indonesia-2023>
13. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 dalam angka. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2024.
14. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020–2024. Jakarta: Bappenas; 2020.
15. Wibowo N, Irwinda R, Hiksas R. Anemia defisiensi besi pada kehamilan. Jakarta: UI Publishing; 2021.
16. Ayurestu D, Budiono I. Risk factors for anemia in pregnant women (case study in the Manggari Community Health Center working area, West Java). *J Kesehatan*. 2024;80-92.
17. Nurfajriani, Syahrudin AN, Rahmawati Azis. Hubungan pengetahuan, pendapatan keluarga, dan pola makan dengan kejadian kekurangan energi kronis (KEK) pada ibu hamil. *J Kesehat Ilm Indones*. 2025;10(2).
18. World Health Organization. Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2012.
19. Engidaw MT, Lee P, Ahmed F. Iron and folic acid supplementation compliance during pregnancy and its effect on post-pregnancy anaemia among reproductive-age women in East Africa. *Women's Health*. 2025;21.
20. Mahalia LD, Oktaviyani P, Munifa M. Evaluasi penggunaan tablet tambah darah pemerintah pada ibu hamil di Kalimantan Tengah. *J Surya Med*. 2024;10(1):371-375.
21. Arifah I, Bachtiar EY, Ibrahim DS, Aulia DA, Firmansyah KEW, Umaroh AK, et al. Health program and nutritional determinants of pregnancy anemia in Boyolali District, Central Java, Indonesia: a case-control study. *Natl J Community Med*. 2025;16(4):351-359.
22. Nadeak Y. Factors influencing compliance of pregnant women in consuming Fe tablets at Belukur Makmur Village Health Post, Rundeng District, Subulussalam City, Aceh Province, 2024. *J Phys Act Health*. 2024;2(2):142-151.
23. Nurmasari V, Sumarmi S. Hubungan keteraturan kunjungan antenatal care dan kepatuhan konsumsi tablet Fe dengan kejadian anemia pada ibu hamil trimester III di Kecamatan Maron Probolinggo. *Amerta Nutr*. 2019;3(1):46-51.
24. Arisa I, Lubis P, Basrowi RW, Pratiwi D. The relationship between compliance with iron tablet consumption and nutritional status with anemia

- among pregnant women in Putri Ayu Health Center, Jambi City. 2025;3(2):114-124.
25. Noptriani S, Simbolon D, Wahyudi A, Darwis D, Yuliantini E. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan konsumsi tablet tambah darah pada ibu hamil di Indonesia (analisis data SDKI 2017). Bengkulu: Poltekkes Kemenkes Bengkulu; 2021.
 26. Sari AP, Simbolon D. Menentukan praktik ibu hamil dalam konsumsi tablet tambah darah di Indonesia (analisis data SDKI 2017). J Keperawatan Kesehat Masy. 2022;10:1-8.
 27. Mabuza GN, Waits A, Nkoka O, Chien LY. Prevalence of iron and folic acid supplement consumption and associated factors among pregnant women in Eswatini: a multicenter cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21(1):1-10.
 28. Engidaw MT, Lee P, Fekadu G, Mondal P, Ahmed F. Effect of nutrition education during pregnancy on iron-folic acid supplementation compliance and anemia in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Nutr Rev. 2025;83(7).
 29. Tirore LL, Areba AS, Tamrat H, Habte A, Abame DE. Anemia among pregnant women. 2024;(April):1–8.
 30. Shi H, Chen L, Wang Y, Sun M, Guo Y, Ma S, et al. Severity of anemia during pregnancy and adverse maternal and fetal outcomes. JAMA Netw Open. 2022;5(2):e2147046.
 31. Kwak D, Kim S, Lee S, Kim M, Park H, Han Y, et al. Maternal anemia during the first trimester and its association with psychological health. Nutrients. 2022;14(4).
 32. Georgieff MK. Iron deficiency in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2021;223(4):516-524.
 33. Obianeli C, Afifi K, Stanworth S, Churchill D. Iron deficiency anaemia in pregnancy: a narrative review from a clinical perspective. Obstet Med. 2024.
 34. Allen CL, Eddy K, Ginnane JF, Cheang S, Nguyen R, Scott N, et al. The cost-effectiveness of interventions used for the screening, diagnosis and management of anaemia in pregnancy: a systematic review. PLoS Glob Public Health. 2025;5(4).
 35. Pengabdian J, Kebidanan M, Hamil I. DIII Kebidanan, STIK Siti Khadijah Palembang. 2020;2(1):1–8.

36. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, United Nations Children's Fund. Gizi ibu di Indonesia: analisis lanskap dan rekomendasi. Jakarta: UNICEF; 2023.
37. Guspaneza, Martha E. Analisis faktor penyebab kejadian anemia pada ibu hamil di Indonesia (analisis data SDKI 2017). *J Kesehat Masy Aceh*. 2019;2.
38. Billah SM, Raynes-Greenow C, Ali NB, Karim F, Lotus SU, Azad R, et al. Iron and folic acid supplementation in pregnancy: findings from the baseline assessment of a maternal nutrition service programme in Bangladesh. *Nutrients*. 2022;14(15).
39. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 88 Tahun 2014 tentang standar tablet tambah darah bagi wanita usia subur dan ibu hamil. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2014.
40. Chalik R, Makassar K. Jurnal Media Keperawatan : Politeknik Kesehatan Makassar Jurnal Media Keperawatan : Politeknik Kesehatan Makassar. 2019;10(01):37–43.
41. Agustina. Perbandingan kadar hemoglobin pada ibu hamil yang mengonsumsi tablet besi dengan dan tanpa vitamin C di wilayah kerja Puskesmas Langsa Lama tahun 2019. *J Nas Ilmu Kesehat*. 2019;2.
42. Rimawati E, Kusumawati E, Gamelia E, Sumarah, Nugraheni SA. Intervensi suplemen makanan untuk meningkatkan kadar hemoglobin pada ibu hamil. *J Ilmu Kesehat Masy*. 2018;9:161-170.
43. Tanto C, Liwang F, Hanifati S, Pradipta EA, editors. *Kapita Selekta Kedokteran*. 4th ed. Jakarta: Media Aesculapius; 2014.
44. Junianti E. Hubungan sosial ekonomi dan asupan tablet Fe terhadap kejadian anemia pada ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Tamangapa tahun 2012. 2012.
45. Astuti A, Nasution H, Zuhriyatun F, Winarso A, Amalia R. Promosi kesehatan dan edukasi dalam kebidanan. 2024.
46. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020–2024. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2020.
47. Banerjee A, Athalye S, Shingade P, Khargekar V, Mahajan N, Madkaikar M, et al. Efficacy of daily versus intermittent oral iron supplementation for prevention of anaemia among pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2024.

48. Darmawan AAKN, Studi P, Keperawatan S. Kecamatan Denpasar Barat. 2015;5:29–39.
49. Marpaung DDR, Putri NR, Manurung J, Laga EA, Taufiq LOM, Romas AN, et al. Dasar-dasar ilmu kesehatan masyarakat. Medan: Yayasan Kita Menulis; 2022.
50. Mariza AS. Hubungan pendidikan dan sosial ekonomi dengan kejadian anemia pada ibu hamil di BPS T Yohan Way Halim Bandar Lampung tahun 2015. *J Kesehat*. 2016;10(1):5-8.
51. Darmawati D, Siregar TN, Kamil H, Tahlil T. Barriers to health workers in iron deficiency anemia prevention among Indonesian pregnant women. *Anemia*. 2020;2020.
52. Sembiring R, Lestari J, Adenora. Hubungan pengetahuan dan sikap ibu hamil tentang manfaat mengonsumsi zat besi di Desa Garingging tahun 2019. *CHMK Health J*. 2020;4(2):183-189.
53. Sulaiman MH, Flora R, Zulkarnain M, Yuliana I, Tanjung R. Defisiensi zat besi dengan kejadian anemia pada ibu hamil. *J Telenursing*. 2022;4(1):11-19.
54. Aminin F, Dewi U. Kepatuhan ibu hamil mengonsumsi tablet Fe di Kota Tanjungpinang tahun 2017. 2020:285-292.
55. Oktaviani O. Faktor asupan zat besi dan sosial ekonomi dengan kejadian anemia pada ibu hamil. *J Skala Kesehat*. 2018;9(1).
56. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2016.
57. World Health Organization. Strategies to prevent anaemia: recommendations from an expert group consultation. New Delhi: World Health Organization; 2016.
58. Statistics Indonesia, National Family Planning Coordinating Board, Ministry of Health Indonesia, Macro International. Indonesia demographic and health survey 2007. Calverton (MD): Macro International; 2008.
59. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Buku kode Survei Kesehatan Indonesia 2023: rumah tangga. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2023.
60. Hastono SP. Analisis data pada bidang kesehatan. Jakarta: Rajawali Pers; 2018.
61. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Buku kode Survei Kesehatan Indonesia 2023: individu. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2023.

62. Rustiawan A, Pratiwi A. Evaluasi program pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil di Puskesmas Gedongtengen. *Abdi Geomedisains*. 2022;2(2).
63. Sihombing S. Pengantar metode analisis multivariat. Ponorogo: Penerbit NEM; 2022.
64. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman pencegahan dan penanggulangan anemia pada ibu hamil. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2020.
65. Buanasita A, Sumarmi S, Mahmudiono T, Melaniani S, Salim LA, Sokvy M, et al. Adherence to iron supplementation and associated factors among pregnant women in Cambodia: insights from the 2021–2022 Demographic and Health Survey. *Narra J*. 2025;5(2).
66. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: an educational and ecological approach. 3rd ed. Mountain View (CA): Mayfield Publishing; 1991.
67. Piaget J. The psychology of intelligence. London: Routledge; 2001.
68. Ummair A, Khan S, Ali I, Khan N, Ullah A. Determinants of adherence to iron and folic acid supplementation among pregnant women in Pakistan: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):1-9.
69. Paramashanti BA, Nugraheny E, Suparmi S, et al. Social determinants and socioeconomic inequalities in adherence to antenatal iron-folic acid supplementation in urban and rural Indonesia. *Rural Remote Health*. 2024;24:8722. doi:10.22605/RRH8722.
70. Felipe-Dimog EB, Yu CH, Ho CH, Liang FW. Factors influencing compliance with iron and folic acid supplementation among pregnant women in the Philippines: analysis of the 2017 Philippine Demographic and Health Survey. *Nutrients*. 2021;13(9):3060. doi:10.3390/nu13093060.
71. Becker GS. Human capital: a theoretical and empirical analysis, with special reference to education. 3rd ed. Chicago: University of Chicago Press; 1993.
72. Blum HL. Planning for health: development and application of social change theory. New York: Human Sciences Press; 1981.
73. Vlahov D, Galea S. Urban health: a new discipline. *Lancet*. 2003;362(9390):1091-2. doi:10.1016/S0140-6736(03)14469-6.
74. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. *Health Educ Monogr*. 1974;2(4):328-35. doi:10.1177/109019817400200403.

75. Mekonnen FA, et al. Adherence to iron and folic acid supplementation and associated factors among pregnant women in Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19:362. doi:10.1186/s12884-019-2502-5.
76. Nguyen Pham T, Nguyen HT, Nguyen TT, Hanieh S, Fisher J. Factors influencing adherence to iron supplementation among pregnant women in Vietnam. *BMC Public Health*. 2017;17(1):1-9. doi:10.1186/s12889-017-4978-7.
77. Wiradnyani LAA, Khusun H, Achadi EL, Ocviyanti D, Shankar AH. Role of family support and women's knowledge on pregnancy-related risks in adherence to maternal iron-folic acid supplementation in Indonesia. *Public Health Nutr*. 2016;19:2818-2828. doi:10.1017/S1368980016001002.
78. Lyoba WB, et al. Adherence to iron-folic acid supplementation and associated factors among pregnant women in Kasulu communities in north-western Tanzania. *PLoS One*. 2020.
79. Ummair M, Bibi S, Naz S, et al. Compliance with iron and folic acid supplements among pregnant women attending tertiary care hospital in the District of Peshawar. *Cureus*. 2022.
80. Karki R, Khanal S, Joshi DR, Kaphle M. Compliance with iron-folic acid supplementation and iron-deficiency anemia among pregnant women in Kathmandu. *Adv Public Health*. 2025;2025:9964809.
81. Nimwesiga C, Murezi M, Taremwa IM. Adherence to iron and folic acid supplementation and its associated factors among pregnant women attending antenatal care at Bwindi Community Hospital, Western Uganda. *Int J Reprod Med*. 2021;2021:6632463. doi:10.1155/2021/6632463.
82. Mardhiyah A, Nuryani S, Handayani R. Determinan kepatuhan konsumsi tablet tambah darah pada ibu hamil ditinjau dari akses pelayanan kesehatan dan status pekerjaan. *J Kesehat Reprod*. 2023;14(2):101-110.
83. Fite MB, Roba KT, Oljira L, Tura AK. Compliance with iron and folic acid supplementation and associated factors among pregnant women in Sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2021;16(4):e0249789. doi:10.1371/journal.pone.0249789.
84. Dutta AJ, et al. Factors associated with adherence to iron folic acid supplementation among pregnant women in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2020;20:1214. doi:10.1186/s12889-020-09322-5.
85. World Health Organization. WHO guideline on use of multiple micronutrient supplements during pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2020.

86. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2022.
87. Taye B, Abeje G, Mekonen A. Factors associated with compliance of prenatal iron folate supplementation among women in Ethiopia. *BMC Res Notes*. 2015;8:657. doi:10.1186/s13104-015-1628-4.
88. Bekele Y, Erbas B, Batra M. Urban-rural disparities in non-adherence to iron supplementation among pregnant women aged 15-49 years in Sub-Saharan Africa. *Int J Environ Res Public Health*. 2025;22(6):964. doi:10.3390/ijerph22060964.
89. Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas. Laporan kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas semester I tahun 2025. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2025.
90. Mekonnen FA, Belachew T, Tegegn A. Iron supplementation adherence and associated factors among pregnant women attending antenatal care in Ethiopia. *BMC Public Health*. 2021;21:1-9.
91. Dutta AJ, Patel P, Bansal RK. Compliance to iron supplementation among pregnant women: a cross-sectional study in India. *Int J Community Med Public Health*. 2019;6(9):3919-3924.



Lampiran 1.
Kuisisioner SKI 2023

 KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA BADAN KEBIJAKAN PEMBANGUNAN KESEHATAN		 SKI SURVEI KESEHATAN INDONESIA 2023	
SURVEI KESEHATAN INDONESIA 2023 PERTANYAAN RUMAH TANGGA			
RAHASIA		Nomor Rekomendasi Survei Statistik Sektor: V-23.0000.001	
SKI23.RT			
I. PENGENALAN TEMPAT NO 1-9 SALIN DARI BLOK I SKI23.DPRT			
1	Provinsi		
2	Kabupaten/Kota		
3	Kecamatan		
4	Desa/Kelurahan		
5	Klasifikasi Desa/Kelurahan	1. Perkotaan 2. Perdesaan	
6	Nomor Blok Sensus		
7	Nomor Kode Sampel		
8	No. Urut Sampel Rumah Tangga		
9	Nama Kepala Rumah Tangga		
10	Alamat Rumah		
11	Terpilih Sampel Biomedis	1. Ya 2. Tidak	
II. KETERANGAN PENGUMPUL DATA			
1	Nama Pengumpul Data:		5 Nama Ketua Tim:
2	Tanggal Pengumpulan data: (tgl-bln)	- -2023	6 Tanggal Pengecekan: (tgl-bln) :
3	Tanda Tangan Pengumpul Data		- -2023
4	Hasil pengumpulan data 1. Semua ART dapat diwawancarai 2. Tidak semua/ sebagian ART yang dapat diwawancarai 3. Semua ART tidak dapat diwawancarai sampai akhir survei 4. Rumah Tangga sampel menolak 5. Rumah Tangga sampel pindah 6. Bangunan Sensus atau Blok Sensus sampel sudah tidak ada		7 Tanda tangan Ketua Tim
III. KETERANGAN RUMAH TANGGA ISIKAN SESUAI KONDISI SAAT WAWANCARA			
1	Banyaknya Anggota Rumah Tangga (ART)		
2	Banyaknya Anggota Rumah Tangga (ART) Balita (0-59 bulan)		
3	Banyaknya Anggota Rumah Tangga (ART) yang diwawancarai		
KETERANGAN KONDISI BANGUNAN SENSUS			
4	Banyaknya Rumah Tangga dalam Bangunan Sensus		
5	Banyaknya orang dalam Bangunan Sensus		

IV. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA											
No. urut ART	Nama Anggota Rumah Tangga (ART) / NIK	Hubungan dengan kepala rumah tangga	Jenis Kelamin 1. Laki-laki 2. Perempuan	Status kawin	Tanggal lahir	Umur Jika umur < 1 bln isikan dalam kotak "Hari" Jika umur < 5 thn isikan dlm kotak "Bulan" Jika umur ≥ 5 thn isikan dlm kotak "Tahun"	Khusus ART > 5 tahun Status Pendidikan tertinggi yang ditamatkan [KODE]	Khusus ART ≥ 10 tahun Status Pekerjaan [KODE]	Khusus ART Perempuan ≥ 10 tahun Status Kehamilan saat ini 1. Hamil 2. Tidak	Kepemilikan Jaminan Kesehatan 1. BPJS PBI 2. BPJS non PBI 4. Jamkesda 8. Asuransi kesehatan swasta 16. Lainnya 32. Tidak ada Bila jawaban > 1 jumlahkan kode jawaban	ART diwawancara? 1. Ya 2. Ya, didampingi 3. Ya, diwakili 4. Tidak
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
1	Nama : NIK :				Tgl: Bln: Thn:	a. Hr b. Bln c. Thn					
2	Nama : NIK :				Tgl: Bln: Thn:	a. Hr b. Bln c. Thn					
3	Nama : NIK :				Tgl: Bln: Thn:	a. Hr b. Bln c. Thn					
4	Nama : NIK :				Tgl: Bln: Thn:	a. Hr b. Bln c. Thn					

GUNAKAN HALAMAN 3 APABILA JUMLAH ART > 4 ORANG			
Kode kolom (3): Hubungan dgn kepala rumah tangga 01= Kepala RT 04= Anak angkat/tn 08= Pembantu rumah tangga/ sopir 02= Istri/suami 05= Menantu 09= Famili lain 03= Anak kandung 06= Cucu 10= Lainnya 07= Orang tua/ mertua		Kode kolom (5): Status Kawin 1= Belum Kawin 3= Cerai hidup 4= Cerai mati 2= Kawin	
Kode kolom (8): Pendidikan Tertinggi 1= Tidak/ belum pernah sekolah 5= Tamat SLTA/MA 2= Tidak tamat SD/MI 6= Tamat D1/D2/D3 3= Tamat SD/MI 7= Tamat PT 4= Tamat SLTP/MTS		Kode Kolom (9): Status Pekerjaan 1= Tidak bekerja 5= Wiraswasta 2= Sekolah 6= Petani/buruh tani 3= PNS/ TNI/ Polri/ BUMN/ BUMD 7= Nelayan 4= Pegawai swasta 8= Buruh/ sopir/ pembantu rula 9= Lainnya	

IV. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA											
No. urut ART	Nama Anggota Rumah Tangga (ART) / NIK	Hubungan dengan kepala rumah tangga	Jenis Kelamin 1. Laki-laki 2. Perempuan	Status kawin	Tanggal lahir	Umur Jika umur < 1 bln isikan dalam kotak "Hari" Jika umur < 5 thn isikan dlm kotak "Bulan" Jika umur ≥ 5 thn isikan dlm kotak "Tahun"	Khusus ART > 5 tahun Status Pendidikan tertinggi yang ditamatkan [KODE]	Khusus ART ≥ 10 tahun Status Pekerjaan [KODE]	Khusus ART Perempuan ≥ 10 tahun Status Kehamilan saat ini 1. Hamil 2. Tidak	Kepemilikan Jaminan Kesehatan 1. BPJS PBI 2. BPJS non PBI 4. Jamkesda 8. Asuransi kesehatan swasta 16. Lainnya 32. Tidak ada Bila jawaban > 1 jumlahkan kode jawaban	ART diwawancarai? 1. Ya 2. Ya, didampingi 3. Ya, diwakili 4. Tidak
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
5	Nama : NIK :				Tgl: Bln: Thn:	a. Hr b. Bln c. Thn					
6	Nama : NIK :				Tgl: Bln: Thn:	a. Hr b. Bln c. Thn					
7	Nama : NIK :				Tgl: Bln: Thn:	a. Hr b. Bln c. Thn					
8	Nama : NIK :				Tgl: Bln: Thn:	a. Hr b. Bln c. Thn					

GUNAKAN HALAMAN 4 APABILA JUMLAH ART > 8 ORANG															
Kode kolom (3): Hubungan dgn kepala rumah tangga 01= Kepala RT 04= Anak angkat/iri 08= Pembantu rumah tangga/ sopir 02= Istri/suami 05= Menantu 09= Famili lain 03= Anak kandung 06= Cucu 10= Lainnya 07= Orang tua/ mertua				Kode kolom (5): Status Kawin 1= Belum Kawin 3= Cerai hidup 4= Cerai mati 2= Kawin				Kode kolom (8): Pendidikan Tertinggi 1= Tidak/ belum pernah sekolah 5= Tamat SLTAMA 2= Tidak tamat SD/MI 6= Tamat D I/D2/D3 3= Tamat SD/MI 7= Tamat PT 4= Tamat SLTP/MTS				Kode Kolom (9): Status Pekerjaan 1= Tidak bekerja 5= Wiraswasta 2= Sekolah 6= Petani/buruh tani 3= PNS/ TNI/ Polri/ BUMI/ BUMD 7= Nelayan 4= Pegawai swasta 8= Buruh/ sopir/ pembantu ruta 9= Lainnya			

IV. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA

No. urut ART	Nama Anggot Rumah Tangga (ART) / NIK	Hubungan dengan kepala rumah tangga	Jenis Kelamin	Status kawin	Tanggal lahir	Umur Jika umur < 1 bln isikan dalam kotak "Hari" Jika umur < 5 thn isikan dlm kotak "Bulan" Jika umur ≥ 5 thn isikan dlm kotak "Tahun"	Khusus ART > 5 tahun	Khusus ART ≥ 10 tahun	Khusus ART Perempuan ≥ 10 tahun	Kepemilikan Jaminan Kesehatan	ART diwawancara?
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
9	Nama : NIK :				Tgl: Bln: Thn:	a. Hr b. Bln c. Thn				1. BPJS PBI 2. BPJS non PBI 4. Jamkesda 8. Asuransi kesehatan swasta 16. Lainnya 32. Tidak ada	1. Ya 2. Ya, didampingi 3. Ya, diwakili 4. Tidak
10	Nama : NIK :				Tgl: Bln: Thn:	a. Hr b. Bln c. Thn					
11	Nama : NIK :				Tgl: Bln: Thn:	a. Hr b. Bln c. Thn					
12	Nama : NIK :				Tgl: Bln: Thn:	a. Hr b. Bln c. Thn					

GUNAKAN HALAMAN TAMBAHAN JIKA JUMLAH ART > 12 ORANG

Kode kolom (3): Hubungan dgn kepala rumah tangga 01= Kepala RT 04= Anak angkat/in 08= Pembantu rumah tangga/ sopir 02= Istri/suami 05= Menantu 09= Famili lain 03= Anak kandung 06= Cucu 10= Lainnya 07= Orang tua/ mertua	Kode kolom (5): Status Kawin 1= Belum Kawin 3= Cerai hidup 5= Tamat SLTA/MA 2= Kawin 4= Cerai mati 6= Tamat D1/D2/D3 7= Tamat PT	Kode Kolom (9): Status Pekerjaan 1= Tidak bekerja 5= Wiraswasta 2= Sekolah 6= Petani/buruh tani 3= PNS/ TNI/ Polri/ BUMDI/ BUMD 7= Nelayan 4= Pegawai swasta 8= Buruh/ sopir/ pembantu/ rusa 9= Lainnya
---	--	---

V. AKSES FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

1	Apakah [RUMAH TANGGA] MENGETAHUI jenis fasilitas pelayanan kesehatan berikut?					
	Jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan terdekat 1. Ada dalam kab/kota 2. Ada di kab/kota terdekat 3. Tidak ada → baris berikutnya 8. Tidak tahu → baris berikutnya	Keberadaan: 1. Ada dalam kab/kota 2. Ada di kab/kota terdekat 3. Tidak ada → baris berikutnya 8. Tidak tahu → baris berikutnya	Alat transportasi yang digunakan Bila jawaban > 1 jumlahkan kode jawaban alat transportasi yang digunakan: [KODE]	Waktu yang diperlukan dari rumah ke fasyankes (dalam menit)	Biaya transportasi yang dikeluarkan 1. Terjangkau 2. Tidak Terjangkau	Apakah fasilitas menyediakan sarana/layanan khusus untuk penyandang disabilitas, misal kursi roda, lantai khusus disabilitas, dll? 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	a. Puskesmas	☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐	☐
	b. Klinik/Praktek Mandiri Tenaga Kesehatan	☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐	☐
	c. Laboratorium Kesehatan	☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐	☐
	d. Rumah Sakit	☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐	☐

Kode kolom (3): Alat transportasi yang digunakan			
1. Kendaraan pribadi bermotor dan tidak bermotor	4. Kendaraan umum tidak bermotor	16. Jalan kaki	64. Transportasi udara
2. Kendaraan umum bermotor	8. Ambulance	32. Transportasi air	128. Lainnya

2	Dalam 1 tahun terakhir, fasilitas pelayanan kesehatan yang PALING SERING dimanfaatkan oleh [RUMAH TANGGA]? 1. Puskesmas 2. Klinik/ Praktek Mandiri Tenaga Kesehatan 3. Rumah Sakit 4. Tidak ada → P.4	☐
---	---	--------------------------

3	Penilaian [RUMAH TANGGA] terhadap layanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan yang PALING SERING tersebut? PILIHAN JAWABAN DIBACAKAN. ISIKAN KODE JAWABAN 1. YA ATAU 2. TIDAK	
	a. Akses mudah terjangkau ☐ d. Tenaga kesehatan komunikatif ☐ g. Layanan yang diberikan sesuai harapan ☐	
	b. Fasilitas lengkap ☐ e. Ruangan nyaman ☐	
	c. Biaya layanan murah/gratis ☐ f. Layanan yang diberikan cepat/ tepat/ akurat ☐	

4	Apakah anggota [RUMAH TANGGA] PERNAH memanfaatkan layanan COVID-19 selama masa pandemi?			
	Jenis Layanan COVID-19 1. Ya, Pernah 2. Tidak pernah → baris berikutnya	Riwayat Akses: 1. Ya, Pernah 2. Tidak pernah → baris berikutnya	Tempat layanan yang PALING SERING diakses: 1. Puskesmas 2. Klinik/Praktek Mandiri Tenaga Kesehatan 3. Laboratorium Kesehatan 4. Rumah sakit 5. UKBM (Posyandu, UKS, UKK) 6. Tempat umum (Mall, Kantor Pemerintah, Kantor Polisi, dll) 7. Lainnya (Pondok Pesantren, Panti Jompo, dll)	Alasan UTAMA akses tempat tersebut: 1. Akses mudah terjangkau 2. Fasilitas lengkap 3. Biaya layanan murah/gratis 4. Layanan cepat/ akurat
	(1)	(2)	(3)	(4)
	a. Vaksinasi COVID-19	☐	☐	☐
	b. Pemeriksaan swab	☐	☐	☐
	c. Rawat inap	☐	☐	☐
	d. Layanan jemput antar (PSC 119)	☐	☐	☐

5	Dalam 3 tahun terakhir, apakah anggota [RUMAH TANGGA] PERNAH KE LUAR NEGERI untuk tujuan berobat atau memanfaatkan pelayanan kesehatan?	1. Ya, pernah 2. Tidak pernah → BLOK VI	☐
---	---	--	--------------------------

6	Negara tujuan yang PALING SERING dikunjungi untuk mendapatkan layanan kesehatan tersebut?
---	---

7	Jenis layanan kesehatan luar negeri yang SERING di akses [RUMAH TANGGA]? ISIKAN KODE JAWABAN 1. YA ATAU 2. TIDAK			
	a. Pemeriksaan Kesehatan Rutin (MCU) ☐ c. Pelayanan Kesehatan Reproduksi dan KIA ☐ e. Pelayanan Kesehatan Tradisional ☐			
	b. Pengobatan Kanker ☐ d. Pelayanan Bedah/Operasi ☐ f. Lainnya, Sebutkan: ☐			

8	Penilaian [RUMAH TANGGA] terhadap layanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan di luar negeri yang PALING SERING tersebut? PILIHAN JAWABAN BOLEH DIBACAKAN. ISIKAN KODE JAWABAN 1. YA ATAU 2. TIDAK			
	a. Akses mudah terjangkau ☐ d. Tenaga kesehatan komunikatif ☐ g. Layanan yang diberikan sesuai harapan ☐			
	b. Fasilitas lengkap ☐ e. Ruangan nyaman ☐			
	c. Biaya layanan murah ☐ f. Layanan yang diberikan cepat/tepat/akurat ☐			

VI. KESEHATAN LINGKUNGAN						
LAKUKAN VERIFIKASI DAN OBSERVASI PADA PERTANYAAN DI BAWAH INI						
1	Apakah jenis sarana air yang UTAMA digunakan oleh [RUMAH TANGGA] untuk keperluan minum saat ini? 1. Air kemasan → P.4 6. Sumur gali tak terlindung 11. Hidran air 2. Air isi ulang → P.4 7. Mata air terlindung 12. Terminal air 3. Ledeng/air perpipaan 8. Mata air tidak terlindung 13. Air eceran membeli 4. Sumur bor/pompa 9. Penampungan air hujan 5. Sumur gali terlindung 10. Air permukaan (sungai/danau/irigasi)				☐ ☐	
2	Dimanakah lokasi sarana air minum tersebut? 1. Di dalam rumah → P.4 2. Di kawasan dalam pagar rumah → P.4 3. Di luar kawasan pagar rumah				☐	
3	a. Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mengambil air ke lokasi sarana air minum pulang pergi termasuk mengantri? ISIKAN "888" JIKA TIDAK TAHU		 menit	☐ ☐ ☐		
	b. Berapa jaraknya? ISIKAN "8888" JIKA TIDAK TAHU		 meter	☐ ☐ ☐ ☐		
4	Bagaimana kualitas fisik air minum? ISIKAN KODE JAWABAN 1. YA ATAU 2. TIDAK					
	a. Keruh	☐	c. Berasa	☐	e. Berbau	☐
	b. Berwarna	☐	d. Berbusa	☐		
5	Apakah [RUMAH TANGGA] melakukan pengolahan air minum sebelum dikonsumsi? 1. Ya 2. Tidak → P.7				☐	
6	Bagaimana cara pengolahan air tersebut sebelum diminum? ISIKAN KODE JAWABAN 1. YA ATAU 2. TIDAK					
	a. Dimasak	☐	c. Ditambah larutan tawas	☐	e. Dengan penyinaran matahari/UV	☐
	b. Disaring/filtrasi	☐	d. Ditambah larutan klorin	☐	f. Ditambah kapur	☐
7	Apa jenis wadah penyimpanan air siap minum? ISIKAN KODE JAWABAN 1. YA ATAU 2. TIDAK					
	a. Panci/ember tertutup	☐	c. Teko/wadah bermulut kecil	☐	e. Lainnya	☐
	b. Panci/ember tidak tertutup	☐	d. Galon	☐		
8	Apakah jenis sarana air yang UTAMA digunakan oleh rumah tangga untuk keperluan SELAIN MINUM , seperti mandi, masak, mencuci dan keperluan <i>hygiene</i> lainnya? 1. Air kemasan → P.11 6. Sumur gali tak terlindung 11. Hidran air 2. Air isi ulang 7. Mata air terlindung 12. Terminal air 3. Ledeng/air perpipaan 8. Mata air tidak terlindung 13. Air eceran membeli 4. Sumur bor/pompa 9. Penampungan air hujan 5. Sumur gali terlindung 10. Air permukaan (sungai/danau/irigasi)				☐ ☐	
9	Dimanakah lokasi sumber/fasilitas air RT untuk mandi, masak, mencuci dan keperluan <i>hygiene</i> lainnya tersebut? 1. Di dalam rumah → P.11 2. Di kawasan dalam pagar rumah → P.11 3. Di luar kawasan pagar rumah				☐	
10	a. Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mengambil air ke lokasi sarana air untuk mandi, masak, mencuci, dan keperluan <i>hygiene</i> lainnya pulang pergi termasuk mengantri? ISIKAN "888" JIKA TIDAK TAHU		 menit	☐ ☐ ☐		
	b. Berapa jaraknya? ISIKAN "8888" JIKA TIDAK TAHU		 meter	☐ ☐ ☐ ☐		
11	Apakah [RUMAH TANGGA] memiliki fasilitas tempat buang air besar dan siapa saja yang menggunakan? 1. Ada, digunakan hanya ART sendiri 4. Ada, namun ART tidak menggunakan → ke P.17 2. Ada, digunakan bersama ART rumah tangga tertentu 5. Tidak ada fasilitas → P.17 3. Ada, di MCK umum/siapapun menggunakan				☐	
12	Dimanakah lokasi tempat BAB tersebut? 1. Di dalam rumah 2. Di kawasan dalam pagar rumah 3. Di luar kawasan pagar rumah				☐	
13	Apakah jenis kloset (dudukan) yang BIASA digunakan oleh anggota keluarga Ketika BAB?		1. Leher angsa 3. Plongsengan tanpa tutup 2. Plongsengan dengan tutup 4. Cemplung	☐		
14	Kemanakah tinja tersebut dialirkan? 1. IPAL → P.17 4. Lubang tanah tertutup → P.17 7. Sawah/kebun/tanah lapang → P.17 2. <i>Septic tank</i> 5. Lubang tanah tidak tertutup → P.17 8. Lainnya → P.17 3. Cubluk 6. Danau/kolam/sungai/laut → P.17				☐	
15	Apakah <i>septic tank</i> /cubluk tersebut pernah dikosongkan/dikuras dalam 5 tahun terakhir?		1. Ya 3. Tidak Tahu → P.17 2. Tidak → P.17 7. Tidak berlaku → P.17	☐		
16	Berapa kali <i>septic tank</i> dikosongkan dalam 5 tahun terakhir?		1. 1-6 kali 2. > 6 kali	☐		
17	Dimana tempat pembuangan air limbah utama dari kamar mandi / tempat cuci dan dapur?					
	a. Kamar mandi	1. Penampungan tertutup 3. Tanpa penampungan (di tanah) 2. Penampungan terbuka 4. Langsung ke got/kali/sungai	☐			
	b. Dapur	1. Penampungan tertutup 3. Tanpa penampungan (di tanah) 2. Penampungan terbuka 4. Langsung ke got/kali/sungai	☐			
18	Apa jenis tempat pengumpulan/ penampungan sampah basah (organik) di dalam rumah?		a. Tempat sampah tertutup 1. Ya 2. Tidak b. tempat sampah terbuka 1. Ya 2. Tidak	☐	☐	

19	Bagaimana cara utama dalam menangani sampah [RUMAH TANGGA]?			☐
	1. Diangkut petugas 2. Dibuang sendiri ke TPS 3. Daur ulang	4. Dibuat kompos 5. Disetor ke bank sampah 6. Dibuang ke kali/selokan	7. Dibakar 8. Ditimbun 9. Dibuang sembarangan	
JIKA P.1 BERKODE 4, 5 ATAU 6 → LANJUT KE P.20 JIKA P.1 SELAIN BERKODE 4, 5, ATAU 6 → LANJUT KE P.21				
20	Jarak sumur/pompa ke tempat pembuangan kotoran/tinja terdekat?	1. < 10 Meter 2. ≥ 10 Meter 3. Tidak tahu	☐	
21	Apakah tersedia tempat untuk mencuci tangan?	1. Ada, di dalam rumah 3. Tidak ada tempat cuci tangan → P.25 2. Ada, di luar rumah 4. Tidak diizinkan melihat → P.25	☐	
22	Jenis sarana mencuci tangan yang tersedia?	1. Wastafel/Kran air 2. Ember/gentong/galon dengan keran/bolongan 3. Ember/gentong/bak mandi menggunakan gayung 4. Lainnya	☐	
23	Apakah tersedia air di tempat mencuci tangan?	1. Tersedia air mengalir 3. Tidak tersedia air 2. Tersedia air tidak mengalir	☐	
24	Apakah tersedia sabun, detergen atau cairan antiseptik di tempat mencuci tangan?	1. Ya 2. Tidak	☐	
25	Jenis bahan bangunan utama atap rumah terluas?	1. Beton, aspal 3. Asbes 5. Bambu 7. Jerami/ijuk/daun-daunan/rumbia 2. Tanah Liat/Genteng 4. Seng 6. Kayu/sirap 8. Lainnya	☐	
26	Jenis bahan bangunan utama plafon/langit-langit rumah terluas	1. Beton/GRC board 3. Asbes 5. PVC 7. Tidak ada 2. Gypsum 4. Kayu/tripleks/bambu 6. Lainnya	☐	
27	Jenis bahan bangunan utama lantai rumah terluas?	1. Marmer/Granit 4. Ubin/tegel/teraso 7. Bambu 2. Keramik 5. Kayu/papan 8. Tanah 3. Parquet/vinil/karpet 6. Semen/Bata Merah 9. Lainnya	☐	
28	Apakah bahan bangunan utama dinding rumah terluas?	1. Tembok 3. Kayu/papan/batang kayu 5. Lainnya 2. Plesteran anyaman bambu/kawat 4. Bambu/Anyaman bambu	☐	
29	Apa yang [RUMAH TANGGA] biasa lakukan selama ini untuk mencegah penularan penyakit akibat gigitan nyamuk ISIKAN KODE JAWABAN 1. YA 2. TIDAK ATAU 7. TIDAK BERLAKU			
	a. Menaburkan bubuk larvasida pada tempat penampungan air	☐	d. Menutup tempat penampungan air di rumah tangga	☐
	b. Ventilasi rumah dipasang kasa nyamuk	☐	e. Memusnahkan barang-barang bekas (kaleng, ban, dll)	☐
	c. Menguras bak mandi/ember besar/drum	☐		
JIKA P.29c BERKODE 1 → LANJUT KE P.30 JIKA P.29c BERKODE 2 ATAU 7 → LANJUT KE BLOK VII				
30	Berapa kali [RUMAH TANGGA] menguras bak mandi/ ember besar/drum?	1. >1 kali dalam seminggu 3. 1-3 kali dalam sebulan 2. 1 kali dalam seminggu 7. Tidak berlaku	☐	
VII. SOSIAL EKONOMI				
1	Apakah status penguasaan bangunan tempat tinggal yang ditempati?	1. Milik sendiri 3. Bebas sewa 5. Lainnya 2. Kontrak/Sewa 4. Rumah Dinas	☐	
2	Luas lantai bangunan rumah (BULATKAN DALAM METER PERSEGI)	m ²	☐ ☐ ☐ ☐	
3	a. Apa jenis sumber penerangan utama di rumah?	1. Listrik PLN 2. Listrik Non-PLN → P.4 3. Bukan listrik → P.4	☐	
	b. Daya yang terpasang di rumah ini? ISIKAN KODE JAWABAN:	Meteran 1 Meteran 2 Meteran 3		
	1. 450 watt (CL-2) 3. 1.300 watt (CL-6) 5. > 2.200 watt 2. 900 watt (CL-4) 4. 2.200 watt (CL-10) 7. Tidak berlaku	b.1 ☐ b.2 ☐ b.3 ☐		
4	Apakah [RUMAH TANGGA] memiliki barang-barang sebagai berikut: ISIKAN KODE JAWABAN 1. YA ATAU 2. TIDAK			
	a. Tabung gas ≥ 5,5 Kg	☐	e. Handphone	☐
	b. Mesin cuci	☐	f. Air Conditioner (AC)	☐
	c. Lemari es	☐	g. Pemanas air (water heater)	☐
	d. Telepon rumah	☐	h. Komputer/ laptop	☐
	i. TV layar datar (min. 30 Inch)	☐	m. Mobil	☐
	j. Sepeda motor	☐	n. Emas/Perhiasan (min. 10 gram)	☐
	k. Perahu	☐	o. Tanah/ lahan	☐
	l. Perahu motor	☐	p. Hewan Ternak	☐
5	Apakah jenis bahan bakar/energi UTAMA yang digunakan untuk memasak?	1. Listrik 4. Minyak tanah 6. Kayu bakar 2. LPG 5. Arang/briket/batok kelapa 7. Rata tidak memasak 3. Gas alam/Biogas	☐	
6	Apakah [RUMAH TANGGA] memiliki Kartu Keluarga Sejahtera/Kartu Perlindungan Sosial?	1. Ya 2. Tidak	☐	
7	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [RUMAH TANGGA] pernah mendapatkan bantuan sosial berikut? ISIKAN KODE JAWABAN 1. YA ATAU 2. TIDAK			
	a. Program Keluarga Harapan (PKH)	☐	d. Program Subsidi Listrik (gratis/pemotongan biaya)	☐
	b. Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT)	☐	e. Lainnya, Sebutkan:	☐
	c. Bantuan Langsung Tunai (BLT)	☐		

VIII. GANGGUAN JIWA				
1	Apakah ada anggota [RUMAH TANGGA] yang pernah menderita gangguan jiwa?		1. Ya 2. Tidak → BLOK IX	☐
2	a. Apakah anggota [RUMAH TANGGA] mempunyai gejala gangguan jiwa skizofrenia/psikosis?		1. Ya 2. Tidak → BLOK IX	☐
	b. Apakah gangguan jiwa skizofrenia/psikosis didiagnosis oleh dokter?		1. Ya 2. Tidak → BLOK IX	☐
	c. Berapa anggota [RUMAH TANGGA] yang didiagnosis skizofrenia/psikosis oleh tenaga kesehatan (mengacu pertanyaan 2b)?		 orang	☐ ☐
3	Dari semua anggota [RUMAH TANGGA] tersebut, apakah ada yang pernah mendapatkan pengobatan atau penanganan lainnya?		1. Ya 2. Tidak pernah → P.10	☐
4	Apakah anggota [RUMAH TANGGA] mendapatkan pengobatan atau penanganan di fasilitas kesehatan/dokter?		1. Ya 2. Tidak → P.6	☐
5	Lokasi fasilitas kesehatan ISIKAN KODE JAWABAN 1. YA ATAU 2. TIDAK			
	a. RS Jiwa	☐	c. Puskesmas	☐
	b. RS Umum	☐	d. Klinik	☐
	e. Praktek Mandiri Dokter			☐
6	Apakah anggota [RUMAH TANGGA] mendapatkan pengobatan atau penanganan di non fasilitas kesehatan/ non dokter?		1. Ya 2. Tidak → P.10	☐
7	Lokasi fasilitas non kesehatan ISIKAN KODE JAWABAN 1.YA ATAU 2.TIDAK			
	a. Tempat Rehabilitasi Berbasis Keagamaan (Pesantren, Panti Rehab Kristen, dll)	☐	b. Pemuka agama (Ustadz, Pendeta, dll)	☐
	c. Panti Sosial	☐	d. Lainnya	☐
8	a. Apakah 1 bulan terakhir ini anggota [RUMAH TANGGA] tersebut minum/suntik obat?		1. Ya, semua minum/suntik obat 2. Ya, tidak semua minum/suntik obat 3. Tidak → P.9	☐
	b. Apakah 1 bulan terakhir ini anggota [RUMAH TANGGA] tersebut minum/suntik obat rutin ?		1. Ya, semua rutin minum/suntik obat → P.10 2. Tidak semua rutin minum/suntik obat	☐
	c. Berapa jumlah anggota [RUMAH TANGGA] yang dalam 1 bulan terakhir minum/suntik obat rutin?		 orang	☐ ☐
9	Alasan UTAMA [NAMA] tidak minum/suntik obat rutin? (JAWABAN TIDAK DIBACAKAN)		1. Merasa sudah sehat 2. Obat tidak tersedia di fasyankes (RS/Puskesmas/Apotek) 3. Tidak tahan efek samping obat 4. Minum obat tradisional 5. Bosan/malas/sering lupa 6. Lainnya, sebutkan	☐
10	Apakah ada yang pernah dipasung? PERLIHATKAN GAMBAR PERAGA		1. Ya 2. Tidak → BLOK IX	☐
11	Alasan mengapa dipasung? (JAWABAN TIDAK DIBACAKAN) ISIKAN KODE 1 JIKA YA ATAU KODE 2 JIKA TIDAK			
	a. Perilaku kekerasan terhadap orang lain (mengamuk, membunuh, dll)	☐	d. Merusak	☐
	b. Perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (cenderung menyakiti diri sendiri, mencoba bunuh diri, dll)	☐	e. Tidak ada yang merawat	☐
	c. Mengganggu ketenangan orang lain	☐	f. Lainnya, sebutkan:	☐
12	Apakah dalam 3 bulan ini ada yang dipasung? PERLIHATKAN GAMBAR PERAGA		1. Ya 2. Tidak	☐

CATATAN	

[illegible][illegible][illegible]

10.1111/j.1365-3113.2012.04722.x

1991, p. 549) is overlooked within the SDP. We also find that

URL: <http://www.doi.gov> | WASHINGTON, DC | 2013

[illegible][illegible][illegible]

DOI: 10.1002/2477-8576.12004

LUMP SUM	
800	800 ANALISA RENCANA RUMAH (Rencana rumah tinggal, atau rumah tinggal terdapat KAWASAN PERKOTAAN atau KAWASAN RUSTIK) 1. Jumlah rumah tinggal ☐ 1 rumah, ☐ 2 rumah, ☐ 3 rumah, ☐ 4 rumah, ☐ 5 rumah, ☐ 6 rumah, ☐ 7 rumah, ☐ 8 rumah, ☐ 9 rumah, ☐ 10 rumah, ☐ 11 rumah, ☐ 12 rumah, ☐ 13 rumah, ☐ 14 rumah, ☐ 15 rumah, ☐ 16 rumah, ☐ 17 rumah, ☐ 18 rumah, ☐ 19 rumah, ☐ 20 rumah, ☐ 21 rumah, ☐ 22 rumah, ☐ 23 rumah, ☐ 24 rumah, ☐ 25 rumah, ☐ 26 rumah, ☐ 27 rumah, ☐ 28 rumah, ☐ 29 rumah, ☐ 30 rumah, ☐ 31 rumah, ☐ 32 rumah, ☐ 33 rumah, ☐ 34 rumah, ☐ 35 rumah, ☐ 36 rumah, ☐ 37 rumah, ☐ 38 rumah, ☐ 39 rumah, ☐ 40 rumah, ☐ 41 rumah, ☐ 42 rumah, ☐ 43 rumah, ☐ 44 rumah, ☐ 45 rumah, ☐ 46 rumah, ☐ 47 rumah, ☐ 48 rumah, ☐ 49 rumah, ☐ 50 rumah, ☐ 51 rumah, ☐ 52 rumah, ☐ 53 rumah, ☐ 54 rumah, ☐ 55 rumah, ☐ 56 rumah, ☐ 57 rumah, ☐ 58 rumah, ☐ 59 rumah, ☐ 60 rumah, ☐ 61 rumah, ☐ 62 rumah, ☐ 63 rumah, ☐ 64 rumah, ☐ 65 rumah, ☐ 66 rumah, ☐ 67 rumah, ☐ 68 rumah, ☐ 69 rumah, ☐ 70 rumah, ☐ 71 rumah, ☐ 72 rumah, ☐ 73 rumah, ☐ 74 rumah, ☐ 75 rumah, ☐ 76 rumah, ☐ 77 rumah, ☐ 78 rumah, ☐ 79 rumah, ☐ 80 rumah, ☐ 81 rumah, ☐ 82 rumah, ☐ 83 rumah, ☐ 84 rumah, ☐ 85 rumah, ☐ 86 rumah, ☐ 87 rumah, ☐ 88 rumah, ☐ 89 rumah, ☐ 90 rumah, ☐ 91 rumah, ☐ 92 rumah, ☐ 93 rumah, ☐ 94 rumah, ☐ 95 rumah, ☐ 96 rumah, ☐ 97 rumah, ☐ 98 rumah, ☐ 99 rumah, ☐ 100 rumah, ☐ 101 rumah, ☐ 102 rumah, ☐ 103 rumah, ☐ 104 rumah, ☐ 105 rumah, ☐ 106 rumah, ☐ 107 rumah, ☐ 108 rumah, ☐ 109 rumah, ☐ 110 rumah, ☐ 111 rumah, ☐ 112 rumah, ☐ 113 rumah, ☐ 114 rumah, ☐ 115 rumah, ☐ 116 rumah, ☐ 117 rumah, ☐ 118 rumah, ☐ 119 rumah, ☐ 120 rumah, ☐ 121 rumah, ☐ 122 rumah, ☐ 123 rumah, ☐ 124 rumah, ☐ 125 rumah, ☐ 126 rumah, ☐ 127 rumah, ☐ 128 rumah, ☐ 129 rumah, ☐ 130 rumah, ☐ 131 rumah, ☐ 132 rumah, ☐ 133 rumah, ☐ 134 rumah, ☐ 135 rumah, ☐ 136 rumah, ☐ 137 rumah, ☐ 138 rumah, ☐ 139 rumah, ☐ 140 rumah, ☐ 141 rumah, ☐ 142 rumah, ☐ 143 rumah, ☐ 144 rumah, ☐ 145 rumah, ☐ 146 rumah, ☐ 147 rumah, ☐ 148 rumah, ☐ 149 rumah, ☐ 150 rumah, ☐ 151 rumah, ☐ 152 rumah, ☐ 153 rumah, ☐ 154 rumah, ☐ 155 rumah, ☐ 156 rumah, ☐ 157 rumah, ☐ 158 rumah, ☐ 159 rumah, ☐ 160 rumah, ☐ 161 rumah, ☐ 162 rumah, ☐ 163 rumah, ☐ 164 rumah, ☐ 165 rumah, ☐ 166 rumah, ☐ 167 rumah, ☐ 168 rumah, ☐ 169 rumah, ☐ 170 rumah, ☐ 171 rumah, ☐ 172 rumah, ☐ 173 rumah, ☐ 174 rumah, ☐ 175 rumah, ☐ 176 rumah, ☐ 177 rumah, ☐ 178 rumah, ☐ 179 rumah, ☐ 180 rumah, ☐ 181 rumah, ☐ 182 rumah, ☐ 183 rumah, ☐ 184 rumah, ☐ 185 rumah, ☐ 186 rumah, ☐ 187 rumah, ☐ 188 rumah, ☐ 189 rumah, ☐ 190 rumah, ☐ 191 rumah, ☐ 192 rumah, ☐ 193 rumah, ☐ 194 rumah, ☐ 195 rumah, ☐ 196 rumah, ☐ 197 rumah, ☐ 198 rumah, ☐ 199 rumah, ☐ 200 rumah, ☐ 201 rumah, ☐ 202 rumah, ☐ 203 rumah, ☐ 204 rumah, ☐ 205 rumah, ☐ 206 rumah, ☐ 207 rumah, ☐ 208 rumah, ☐ 209 rumah, ☐ 210 rumah, ☐ 211 rumah, ☐ 212 rumah, ☐ 213 rumah, ☐ 214 rumah, ☐ 215 rumah, ☐ 216 rumah, ☐ 217 rumah, ☐ 218 rumah, ☐ 219 rumah, ☐ 220 rumah, ☐ 221 rumah, ☐ 222 rumah, ☐ 223 rumah, ☐ 224 rumah, ☐ 225 rumah, ☐ 226 rumah, ☐ 227 rumah, ☐ 228 rumah, ☐ 229 rumah, ☐ 230 rumah, ☐ 231 rumah, ☐ 232 rumah, ☐ 233 rumah, ☐ 234 rumah, ☐ 235 rumah, ☐ 236 rumah, ☐ 237 rumah, ☐ 238 rumah, ☐ 239 rumah, ☐ 240 rumah, ☐ 241 rumah, ☐ 242 rumah, ☐ 243 rumah, ☐ 244 rumah, ☐ 245 rumah, ☐ 246 rumah, ☐ 247 rumah, ☐ 248 rumah, ☐ 249 rumah, ☐ 250 rumah, ☐ 251 rumah, ☐ 252 rumah, ☐ 253 rumah, ☐ 254 rumah, ☐ 255 rumah, ☐ 256 rumah, ☐ 257 rumah, ☐ 258 rumah, ☐ 259 rumah, ☐ 260 rumah, ☐ 261 rumah, ☐ 262 rumah, ☐ 263 rumah, ☐ 264 rumah, ☐ 265 rumah, ☐ 266 rumah, ☐ 267 rumah, ☐ 268 rumah, ☐ 269 rumah, ☐ 270 rumah, ☐ 271 rumah, ☐ 272 rumah, ☐ 273 rumah, ☐ 274 rumah, ☐ 275 rumah, ☐ 276 rumah, ☐ 277 rumah, ☐ 278 rumah, ☐ 279 rumah, ☐ 280 rumah, ☐ 281 rumah, ☐ 282 rumah, ☐ 283 rumah, ☐ 284 rumah, ☐ 285 rumah, ☐ 286 rumah, ☐ 287 rumah, ☐ 288 rumah, ☐ 289 rumah, ☐ 290 rumah, ☐ 291 rumah, ☐ 292 rumah, ☐ 293 rumah, ☐ 294 rumah, ☐ 295 rumah, ☐ 296 rumah, ☐ 297 rumah, ☐ 298 rumah, ☐ 299 rumah, ☐ 300 rumah, ☐ 301 rumah, ☐ 302 rumah, ☐ 303 rumah, ☐ 304 rumah, ☐ 305 rumah, ☐ 306 rumah, ☐ 307 rumah, ☐ 308 rumah, ☐ 309 rumah, ☐ 310 rumah, ☐ 311 rumah, ☐ 312 rumah, ☐ 313 rumah, ☐ 314 rumah, ☐ 315 rumah, ☐ 316 rumah, ☐ 317 rumah, ☐ 318 rumah, ☐ 319 rumah, ☐ 320 rumah, ☐ 321 rumah, ☐ 322 rumah, ☐ 323 rumah, ☐ 324 rumah, ☐ 325 rumah, ☐ 326 rumah, ☐ 327 rumah, ☐ 328 rumah, ☐ 329 rumah, ☐ 330 rumah, ☐ 331 rumah, ☐ 332 rumah, ☐ 333 rumah, ☐ 334 rumah, ☐ 335 rumah, ☐ 336 rumah, ☐ 337 rumah, ☐ 338 rumah, ☐ 339 rumah, ☐ 340 rumah, ☐

[illegible][illegible]

© 2006 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 260: 103–110

Lampiran 2.
Surat Izin Etik Penelitian



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN KEBUDAYAAN
RISET DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS ANDALAS
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
KOMISI ETIK PENELITIAN**

Alamat : Gedung Fakultas Kesehatan Masyarakat, Limau Manis, Padang-25613
Telepon : 0751 – 38613 Faksimile : 0751 – 38612
Laman : <http://kepk.fkm.unand.ac.id/>

**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL**

No: B/613/UN16.12.D/PP/2026

Tim Komisi Etik Penelitian Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas, dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subjek penelitian kesehatan, telah menguji dengan teliti protokol penelitian dengan judul:

The Research Ethics Commission, Faculty of Public Health Andalas University, in order to protect human rights and welfare of health research subject, has carefully reviewed the research protocol entitled:

Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kepatuhan Konsumsi Tablet Tambah Darah pada Ibu Hamil di Indonesia (Analisis Data SKI 2023)

Nama Peneliti Utama : Elsa Widyavihusna
Principal Researcher

Nama Institusi : Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Andalas
Institution

Protokol Penelitian tersebut dapat disetujui pelaksanaannya.
The research protocol can be approved for the implementation.

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Andalas
*Dean of Faculty of Public Health
Andalas University*



Dr. dr. Dien Gusta Anggraini Nursal, MKM
NIP.197608132003122004

Padang, 22 April 2026
Ketua
Chairman

Dr. Dra. Sri Siswati, Apt, SH, M.Kes
NIP.196403081992032011

Keterangan/Notes:

Keterangan lolos kaji etik ini berlaku untuk satu tahun dari tanggal persetujuan.

This ethical approval is effective for one year from the approval date.

Jika ada kejadian yang tidak diinginkan (KTD) harus segera dilaporkan kepada Komisi Etik Penelitian
If there are Serious Adverse Events (SAE) must be immediately reported to the Research Ethic Commission.

Lampiran 3.
Surat Izin Etik SKI 2023



**PERSETUJUAN AMANDEMEN PROTOKOL ETIK
(RESEARCH PROTOCOL AMENDMENT APPROVAL)**

LB.02.D1/I/KE/L/287/2023

Komis Etik Penelitian Kesehatan Poltekkes Kemenkes Jakarta II telah mengadakan rapat lengkap (Full Board meeting) untuk membahas usulan amandemen protokol penelitian yang berjudul:
Health Research Ethics Committee of Health Polytechnics Jakarta II has conducted Full Board meeting to review proposed amendment of protocol entitled:

"Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 Rev.4 Tanggal 4 April 2023"

Komis Etik Penelitian Kesehatan Poltekkes Kemenkes Jakarta II dapat menyetujui amandemen yang diusulkan oleh Peneliti, sehingga penelitian dengan Ketua pelaksana:
The Health Research Ethics Committee of Health Polytechnics Jakarta II has approved the amendments proposed by the researcher, with Principal Investigator:

Dra. Pretty Multihartina, Ph.D

dapat disetujui pelaksanaannya. Persetujuan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan. Dengan masa berlaku selama 1 (satu) tahun
has been approved for implementation. This approval is valid for 1 (one) year since has been approved.

Selama penelitian berlangsung, laporan kemajuan (setelah 50% penelitian terlaksana), laporan *Serious Adverse Event/SAE* bila ada harus diserahkan kepada Komis Etik Penelitian Kesehatan Kemenkes Jakarta II (KEPK-PKI II). Pada akhir penelitian, laporan pelaksanaan penelitian harus diserahkan kepada Komis Etik Penelitian Kesehatan Jakarta II (KEPK-PKI II). Jika ada perubahan protokol dan/atau perpanjangan penelitian, harus mengajukan kembali permohonan kajian etik penelitian (amandemen protokol).

Should there be any modification and/or extension of study, the Principal Investigator is required to resubmit the protocol amendment for Approval. The progress Serious Adverse Event (if occurred) and final summary reports should be submitted to Health Polytechnic Kemenkes Jakarta II Ethics Committee.

Jakarta, 10 Mei 2023

Komis Etik Penelitian Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Jakarta II



Dra. Rosmida M Marbun, M.Kes
Nip. 196504121987032002

Tembusan Yth.:

1. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Jakarta II



Lampiran 4.
Surat Izin Penelitian

	KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS, DAN TEKNOLOGI UNIVERSITAS ANDALAS FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT DEPARTEMEN GIZI	
Alamat : Gedung Fakultas Kesehatan Masyarakat, Limau Manis, Padang 25613 Laman : http://fkm.unand.ac.id email : office@fkm.unand.ac.id		
Nomor	: B/353/UN.16.12.3.2/PT.01.04/2026	30/01/2026
Lampiran	: 2 (dua) berkas	
Perihal	: Izin Penelitian	
Yth. Kepala Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan Kemendes RI di Jl. Percetakan Negara No.29, Jakarta Pusat 10560		
Dengan Hormat,		
Dengan ini kami sampaikan kepada Bapak/Ibu bahwa Mahasiswa Departemen Gizi dari Prodi S2 Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas yang tersebut dibawah ini :		
Nama Mahasiswa	:	Elsa Widyavihusna
NIM / No. BP	:	2421222006
No. Telepon	:	082177866296
Email	:	Widyavihusnayaya@gmail.com
Pembimbing I	:	Dr. Idral Purnakarya, SKM, MKM
Pembimbing II	:	Dr. Azrimaidaliza, SKM, MKM
Waktu	:	10 Februari - 10 Maret 2026
Lokasi	:	Pusat Data dan Teknologi Informasi (Pusdatin) Kementerian Kesehatan RI Gedung Sujudi Lantai 10, Jl. HR. Rasuna Said Blok X5 Kav. 4-9, Kuningan, Jakarta Selatan, DKI Jakarta 12950.
Judul Penelitian	:	Faktor-Daktor yang Berhubungan Dengan Tingkat Kepatuhan Konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) pada Ibu Hamil di Indonesia (Analisis Data SKI 2023)
Bermaksud melakukan Penelitian Tugas Akhir Tesis, untuk itu mohon bantuan Bapak/Ibu memberi Izin/Rekomendasi kepada mahasiswa tersebut untuk mendapatkan data/informasi yang dibutuhkan sebagaimana mestinya.		
Demikian hal ini disampaikan, atas perhatian dan bantuannya diucapkan terima kasih.		
		

Lampiran 5.
Surat Keterangan Selesai Penelitian

 **KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS,
DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS ANDALAS
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
DEPARTEMEN GIZI**
Alamat : Gedung Fakultas Kesehatan Masyarakat, Limau Manis, Padang-25613
Laman : <http://fkm.unand.ac.id> email : office@fkm.unand.ac.id

SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN
Nomor. B/401/UN.16.12.3.2/PT.01.04/2026

Yang Bertanda tangan dibawah ini :

Nama	: Dr.Syahril,SKM.,M.Biomed
NIP	: 197403132008121003
Jabatan	: Ketua Departemen Gizi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Andalas

Dengan ini menyatakan bahwa mahasiswa di bawah ini :

Nama	: Elsa Widyavihusna
NIM	: 2421222006
Prodi	: S2 Gizi

Telah selesai melakukan Penelitian di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas terhitung mulai Bulan 10 Februari - 10 Maret 2026 untuk memperoleh data Penelitian dalam rangka Penyusunan Tesis yang Berjudul Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kepatuhan Konsumsi Tablet Tambah Darah di Indonesia (Analisis Data SKI 2023).

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Padang, 17/03/2026
Ketua Departemen

Dr.Syahril,SKM.,M.Biomed
NIP. 197403132008121003

Lampiran 6.
Karakteristik Responden

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Prempuan	463269	100.0	100.0	100.0

kategori umur ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	remaja	241	.4	.4	.4
	dewasa	64036	99.6	99.6	100.0
	Total	64277	100.0	100.0	

pendidikan ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rendah	26838	41.8	41.8	41.8
	tinggi	37439	58.2	58.2	100.0
	Total	64277	100.0	100.0	

kategori pekerjaan ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak bekerja	37068	57.7	57.7	57.7
	bekerja	27209	42.3	42.3	100.0
	Total	64277	100.0	100.0	

Analisis Univariat
kepatuhan konsumsi TTD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak patuh	37075	58.8	58.8	58.8
	patuh	25998	41.2	41.2	100.0
	Total	63073	100.0	100.0	

kategori umur ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	remaja	227	.4	.4	.4
	dewasa	62846	99.6	99.6	100.0
	Total	63073	100.0	100.0	

pendidikan ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rendah	26283	41.7	41.7	41.7
	tinggi	36790	58.3	58.3	100.0
	Total	63073	100.0	100.0	

Pendidikan tertinggi

		Estimate	Standard Error	95% Confidence Interval	
Population Size				Lower	Upper
Population Size	Tidak/ belum pernah sekolah	878.971	45.588	789.616	968.326
	Tidak tamat SD/MI	2140.472	79.791	1984.077	2296.867
	Tamat SD/MI	10541.493	187.347	10174.285	10908.701
	Tamat SLTP/MTS	14759.269	203.096	14361.192	15157.346
	Tamat SLTA/MA	24974.856	240.844	24502.790	25446.922
	Tamat D1/D2/D3	4106.003	91.587	3926.488	4285.517
	Tamat PT	5671.932	113.212	5450.032	5893.832
	Total	63072.996	333.618	62419.089	63726.902
% of Total					
% of Total	Tidak/ belum pernah sekolah	1.4%	0.1%	1.3%	1.5%
	Tidak tamat SD/MI	3.4%	0.1%	3.2%	3.6%
	Tamat SD/MI	16.7%	0.3%	16.2%	17.3%
	Tamat SLTP/MTS	23.4%	0.3%	22.8%	24.0%
	Tamat SLTA/MA	39.6%	0.3%	39.0%	40.2%
	Tamat D1/D2/D3	6.5%	0.1%	6.2%	6.8%
	Tamat PT	9.0%	0.2%	8.7%	9.3%
	Total	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%

kategori pekerjaan ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak bekerja	36382	57.7	57.7	57.7
	bekerja	26691	42.3	42.3	100.0
	Total	63073	100.0	100.0	

Status Pekerjaan

		Estimate	Standard Error	95% Confidence Interval	
Population Size				Lower	Upper
Population Size	Tidak bekerja	39633.299	317.325	39011.326	40255.271
	Sekolah	347.360	28.255	291.979	402.740
	PNS/ TNI/ Polri/ BUMN/ BUMD	1853.461	57.328	1741.095	1965.827
	Pegawai swasta	5966.446	130.989	5709.703	6223.190
	Wiraswasta	5616.595	120.281	5380.838	5852.352
	Petani	2774.007	74.354	2628.269	2919.745
	Nelayan	46.153	12.657	21.345	70.962
	Buruh/ sopir/ pembantu ruta	1270.192	66.386	1140.073	1400.311
	Lainnya	5565.483	121.714	5326.918	5804.047
	Total	63072.996	333.618	62419.089	63726.902
% of Total					
% of Total	Tidak bekerja	62.8%	0.3%	62.2%	63.5%
	Sekolah	0.6%	0.0%	0.5%	0.6%
	PNS/ TNI/ Polri/ BUMN/ BUMD	2.9%	0.1%	2.8%	3.1%
	Pegawai swasta	9.5%	0.2%	9.1%	9.9%
	Wiraswasta	8.9%	0.2%	8.5%	9.3%
	Petani	4.4%	0.1%	4.2%	4.6%
	Nelayan	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%
	Buruh/ sopir/ pembantu ruta	2.0%	0.1%	1.8%	2.2%
	Lainnya	8.8%	0.2%	8.5%	9.2%
	Total	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%

kategori paritas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	primipara	13139	20.8	20.8	20.8
	multipara	44997	71.3	71.3	92.2
	grande multipara	4937	7.8	7.8	100.0
	Total	63073	100.0	100.0	

kategori tempat tinggal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	perdesaan	30156	47.8	47.8	47.8
	perkotaan	32917	52.2	52.2	100.0
	Total	63073	100.0	100.0	

pemeriksa_kehamilan1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tenaga kesehatan	61814	98.0	98.0	98.0
	non tenaga kesehatan	1259	2.0	2.0	100.0
	Total	63073	100.0	100.0	

pendidikan ibu

		Estimate	Standard Error	95% Confidence Interval	
				Lower	Upper
Population Size	rendah	28320.205	282.158	27767.163	28873.248
	tinggi	34752.790	270.424	34222.746	35282.834
	Total	63072.996	333.618	62419.089	63726.902
% of Total	rendah	44.9%	0.4%	44.2%	45.6%
	tinggi	55.1%	0.4%	54.4%	55.8%
	Total	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%

kategori pekerjaan ibu

		Estimate	Standard Error	95% Confidence Interval	
				Lower	Upper
Population Size	tidak bekerja	39980.659	317.084	39359.160	40602.157
	bekerja	23092.337	227.459	22646.507	23538.167
	Total	63072.996	333.618	62419.089	63726.902
% of Total	tidak bekerja	63.4%	0.3%	62.7%	64.0%
	bekerja	36.6%	0.3%	36.0%	37.3%
	Total	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%

kategori paritas

		Estimate	Standard Error	95% Confidence Interval	
				Lower	Upper
Population Size	primipara	16415.400	225.746	15972.927	16857.873
	multipara	43479.860	288.579	42914.232	44045.488
	grande multipara	3177.735	82.192	3016.636	3338.834
	Total	63072.996	333.618	62419.089	63726.902
% of Total	primipara	26.0%	0.3%	25.4%	26.6%
	multipara	68.9%	0.3%	68.3%	69.6%
	grande multipara	5.0%	0.1%	4.8%	5.3%
	Total	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%

kategori tempat tinggal

		Estimate	Standard Error	95% Confidence Interval	
				Lower	Upper
Population Size	perdesaan	26891.344	191.711	26515.583	27267.106
	perkotaan	36181.651	273.035	35646.490	36716.812
	Total	63072.996	333.618	62419.089	63726.902
% of Total	perdesaan	42.6%	0.3%	42.1%	43.1%
	perkotaan	57.4%	0.3%	56.9%	57.9%
	Total	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%

pemeriksa_kehamilan1

		Estimate	Standard Error	95% Confidence Interval	
				Lower	Upper
Population Size	tenaga kesehatan	61838.343	333.179	61185.297	62491.390
	non tenaga kesehatan	1234.652	80.850	1076.182	1393.122
	Total	63072.996	333.618	62419.089	63726.902
% of Total	tenaga kesehatan	98.0%	0.1%	97.8%	98.3%
	non tenaga kesehatan	2.0%	0.1%	1.7%	2.2%
	Total	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%

		kepatuhan konsumsi TTD			
kategori umur ibu		tidak patuh	patuh	Total	
remaja	Population Size	Estimate	163.217	95.458	258.674
		Standard Error	20.201	19.500	28.066
		95% Confidence Interval	Lower123.622	57.237	203.664
			Upper202.811	133.679	313.685
	% within kategori umur ibu	Estimate	63.1%	36.9%	100.0%
		Standard Error	5.6%	5.6%	0.0%
		95% Confidence Interval	Lower51.7%	26.8%	100.0%
			Upper73.2%	48.3%	100.0%
	% of Total	Estimate	0.3%	0.2%	0.4%
		Standard Error	0.0%	0.0%	0.0%
		95% Confidence Interval	Lower0.2%	0.1%	0.3%
			Upper0.3%	0.2%	0.5%
dewasa	Population Size	Estimate	36041.751	26772.570	62814.321
		Standard Error	312.378	279.371	332.562
		95% Confidence Interval	Lower35429.475	26224.989	62162.485
			Upper36654.027	27320.151	63466.157
	% within kategori umur ibu	Estimate	57.4%	42.6%	100.0%
		Standard Error	0.4%	0.4%	0.0%
		95% Confidence Interval	Lower56.6%	41.9%	100.0%
			Upper58.1%	43.4%	100.0%
	% of Total	Estimate	57.1%	42.4%	99.6%
		Standard Error	0.4%	0.4%	0.0%
		95% Confidence Interval	Lower56.4%	41.7%	99.5%
			Upper57.9%	43.2%	99.7%
Total	Population Size	Estimate	36204.968	26868.028	63072.996
		Standard Error	312.973	280.096	333.618
		95% Confidence Interval	Lower35591.526	26319.027	62419.089
			Upper36818.409	27417.029	63726.902
	% within kategori umur ibu	Estimate	57.4%	42.6%	100.0%
		Standard Error	0.4%	0.4%	0.0%
		95% Confidence Interval	Lower56.6%	41.8%	100.0%
			Upper58.2%	43.4%	100.0%
	% of Total	Estimate	57.4%	42.6%	100.0%
		Standard Error	0.4%	0.4%	0.0%
		95% Confidence Interval	Lower56.6%	41.8%	100.0%
			Upper58.2%	43.4%	100.0%

pendidikan ibu * kepatuhan konsumsi TTD

				kepatuhan konsumsi TTD		
pendidikan ibu				tidak patuh	patuh	Total
rendah	Population Size	Estimate		16646.093	11674.113	28320.205
		Standard Error		238.125	192.791	282.158
		95% Confidence Interval	Lower	16179.358	11296.233	27767.163
			Upper	17112.828	12051.992	28873.248
	% within pendidikan ibu	Estimate		58.8%	41.2%	100.0%
		Standard Error		0.6%	0.6%	0.0%
		95% Confidence Interval	Lower	57.7%	40.1%	100.0%
			Upper	59.9%	42.3%	100.0%
	% of Total	Estimate		26.4%	18.5%	44.9%
		Standard Error		0.3%	0.3%	0.4%
		95% Confidence Interval	Lower	25.7%	18.0%	44.2%
			Upper	27.1%	19.1%	45.6%
tinggi	Population Size	Estimate		19558.875	15193.915	34752.790
		Standard Error		220.207	207.749	270.424
		95% Confidence Interval	Lower	19127.260	14786.718	34222.746
			Upper	19990.490	15601.112	35282.834
	% within pendidikan ibu	Estimate		56.3%	43.7%	100.0%
		Standard Error		0.5%	0.5%	0.0%
		95% Confidence Interval	Lower	55.3%	42.8%	100.0%
			Upper	57.2%	44.7%	100.0%
	% of Total	Estimate		31.0%	24.1%	55.1%
		Standard Error		0.3%	0.3%	0.4%
		95% Confidence Interval	Lower	30.4%	23.5%	54.4%
			Upper	31.7%	24.7%	55.8%
Total	Population Size	Estimate		36204.968	26868.028	63072.996
		Standard Error		312.973	280.096	333.618
		95% Confidence Interval	Lower	35591.526	26319.027	62419.089
			Upper	36818.409	27417.029	63726.902
	% within pendidikan ibu	Estimate		57.4%	42.6%	100.0%
		Standard Error		0.4%	0.4%	0.0%
		95% Confidence Interval	Lower	56.6%	41.8%	100.0%
			Upper	58.2%	43.4%	100.0%
	% of Total	Estimate		57.4%	42.6%	100.0%
		Standard Error		0.4%	0.4%	0.0%
		95% Confidence Interval	Lower	56.6%	41.8%	100.0%
			Upper	58.2%	43.4%	100.0%

kategori pekerjaan ibu * kepatuhan konsumsi TTD

kategori pekerjaan ibu				kepatuhan konsumsi TTD		
				tidak patuh	patuh	Total
tidak bekerja	Population Size	Estimate		23230.290	16750.368	39980.659
		Standard Error		268.611	236.378	317.084
		95% Confidence Interval	Lower	22703.801	16287.056	39359.160
			Upper	23756.780	17213.681	40602.157
	% within kategori pekerjaan ibu	Estimate		58.1%	41.9%	100.0%
		Standard Error		0.5%	0.5%	0.0%
		95% Confidence Interval	Lower	57.1%	40.9%	100.0%
			Upper	59.1%	42.9%	100.0%
	% of Total	Estimate		36.8%	26.6%	63.4%
		Standard Error		0.4%	0.3%	0.3%
		95% Confidence Interval	Lower	36.1%	25.9%	62.7%
			Upper	37.5%	27.2%	64.0%
bekerja	Population Size	Estimate		12974.677	10117.660	23092.337
		Standard Error		180.878	156.798	227.459
		95% Confidence Interval	Lower	12620.148	9810.327	22646.507
			Upper	13329.207	10424.992	23538.167

	% within kategori pekerjaan ibu	Estimate	56.2%	43.8%	100.0%
		Standard Error	0.5%	0.5%	0.0%
		95% Confidence Interval	Lower 55.1%	42.8%	100.0%
			Upper 57.2%	44.9%	100.0%
	% of Total	Estimate	20.6%	16.0%	36.6%
		Standard Error	0.3%	0.2%	0.3%
		95% Confidence Interval	Lower 20.0%	15.6%	36.0%
			Upper 21.1%	16.5%	37.3%
	Total	Population Size	Estimate 36204.968	26868.028	63072.996
			Standard Error 312.973	280.096	333.618
			95% Confidence Interval	Lower 35591.526	26319.027
				Upper 36818.409	27417.029
	% within kategori pekerjaan ibu	Estimate	57.4%	42.6%	100.0%
		Standard Error	0.4%	0.4%	0.0%
		95% Confidence Interval	Lower 56.6%	41.8%	100.0%
			Upper 58.2%	43.4%	100.0%
	% of Total	Estimate	57.4%	42.6%	100.0%
		Standard Error	0.4%	0.4%	0.0%
		95% Confidence Interval	Lower 56.6%	41.8%	100.0%
			Upper 58.2%	43.4%	100.0%

kategori paritas * kepatuhan konsumsi TTD

kategori paritas		kepatuhan konsumsi TTD			
			tidak patuh	patuh	Total
primipara	Population Size	Estimate	9411.390	7004.010	16415.400
		Standard Error	181.167	149.507	225.746
		95% Confidence Interval	Lower 9056.295	6710.970	15972.927
			Upper 9766.485	7297.051	16857.873
	% within kategori paritas	Estimate	57.3%	42.7%	100.0%
		Standard Error	0.7%	0.7%	0.0%
		95% Confidence Interval	Lower 55.9%	41.2%	100.0%
			Upper 58.8%	44.1%	100.0%
	% of Total	Estimate	14.9%	11.1%	26.0%
		Standard Error	0.3%	0.2%	0.3%
		95% Confidence Interval	Lower 14.4%	10.7%	25.4%
			Upper 15.5%	11.6%	26.6%
multipara	Population Size	Estimate	24803.273	18676.587	43479.860
		Standard Error	251.399	228.881	288.579
		95% Confidence Interval	Lower 24310.520	18227.971	42914.232
			Upper 25296.026	19125.204	44045.488
	% within kategori paritas	Estimate	57.0%	43.0%	100.0%
		Standard Error	0.4%	0.4%	0.0%
		95% Confidence Interval	Lower 56.2%	42.1%	100.0%
			Upper 57.9%	43.8%	100.0%
	% of Total	Estimate	39.3%	29.6%	68.9%
		Standard Error	0.4%	0.3%	0.3%
		95% Confidence Interval	Lower 38.6%	29.0%	68.3%
			Upper 40.0%	30.3%	69.6%
grande multipara	Population Size	Estimate	1990.305	1187.430	3177.735
		Standard Error	65.390	49.712	82.192
		95% Confidence Interval	Lower 1862.137	1089.992	3016.636
			Upper 2118.473	1284.869	3338.834
	% within kategori paritas	Estimate	62.6%	37.4%	100.0%
		Standard Error	1.2%	1.2%	0.0%
		95% Confidence Interval	Lower 60.2%	35.0%	100.0%
			Upper 65.0%	39.8%	100.0%
	% of Total	Estimate	3.2%	1.9%	5.0%
		Standard Error	0.1%	0.1%	0.1%
		Lower	3.0%	1.7%	4.8%

		95% Confidence Interval	Upper	3.4%	2.0%	5.3%
Total	Population Size	Estimate		36204.968	26868.028	63072.996
		Standard Error		312.973	280.096	333.618
		95% Confidence Interval	Lower	35591.526	26319.027	62419.089
			Upper	36818.409	27417.029	63726.902
	% within kategori paritas	Estimate		57.4%	42.6%	100.0%
		Standard Error		0.4%	0.4%	0.0%
		95% Confidence Interval	Lower	56.6%	41.8%	100.0%
			Upper	58.2%	43.4%	100.0%
	% of Total	Estimate		57.4%	42.6%	100.0%
		Standard Error		0.4%	0.4%	0.0%
		95% Confidence Interval	Lower	56.6%	41.8%	100.0%
			Upper	58.2%	43.4%	100.0%

kategori tempat tinggal * kepatuhan konsumsi TTD

			kepatuhan konsumsi TTD		
			tidak patuh	patuh	Total
kategori tempat tinggal					
perdesaan	Population Size	Estimate	15195.322	11696.022	26891.344
		Standard Error	190.784	175.064	191.711
		95% Confidence Interval	Lower	14821.376	11352.889
			Upper	15569.269	12039.155
	% within kategori tempat tinggal	Estimate	56.5%	43.5%	100.0%
		Standard Error	0.6%	0.6%	0.0%
		95% Confidence Interval	Lower	55.4%	42.4%
			Upper	57.6%	44.6%
	% of Total	Estimate	24.1%	18.5%	42.6%
		Standard Error	0.3%	0.3%	0.3%
		95% Confidence Interval	Lower	23.5%	18.0%
			Upper	24.7%	19.1%
perkotaan	Population Size	Estimate	21009.645	15172.006	36181.651
		Standard Error	248.100	218.647	273.035
		95% Confidence Interval	Lower	20523.359	14743.448
			Upper	21495.932	15600.564
	% within kategori tempat tinggal	Estimate	58.1%	41.9%	100.0%
		Standard Error	0.5%	0.5%	0.0%
		95% Confidence Interval	Lower	57.0%	40.9%
			Upper	59.1%	43.0%
	% of Total	Estimate	33.3%	24.1%	57.4%
		Standard Error	0.3%	0.3%	0.3%
		95% Confidence Interval	Lower	32.7%	23.4%
			Upper	34.0%	24.7%

Total	Population Size	Estimate		36204.968	26868.028	63072.996
		Standard Error		312.973	280.096	333.618
		95% Confidence	Lower	35591.526	26319.027	62419.089
		Interval	Upper	36818.409	27417.029	63726.902
	% within kategori tempat tinggal	Estimate		57.4%	42.6%	100.0%
		Standard Error		0.4%	0.4%	0.0%
		95% Confidence	Lower	56.6%	41.8%	100.0%
		Interval	Upper	58.2%	43.4%	100.0%
	% of Total	Estimate		57.4%	42.6%	100.0%
		Standard Error		0.4%	0.4%	0.0%
		95% Confidence	Lower	56.6%	41.8%	100.0%
		Interval	Upper	58.2%	43.4%	100.0%

Tests of Independence

		Chi-Square	Adjusted F	df1	df2	Sig.
kategori umur ibu * kepatuhan konsumsi TTD	Pearson	3.446	1.002	1	28513	.317
	Likelihood Ratio	3.494	1.016	1	28513	.313
pendidikan ibu * kepatuhan konsumsi TTD	Pearson	39.825	12.678	1	28513	.000
	Likelihood Ratio	39.850	12.686	1	28513	.000
kategori pekerjaan ibu * kepatuhan konsumsi TTD	Pearson	22.016	7.934	1	28513	.005
	Likelihood Ratio	21.995	7.927	1	28513	.005
kategori paritas * kepatuhan konsumsi TTD	Pearson	37.851	7.208	1.919	54710.045	.001
	Likelihood Ratio	38.300	7.294	1.919	54710.045	.001
Kategori Kuantitas ANC * kepatuhan konsumsi TTD	Pearson	1.978	.953	1	28513	.329
	Likelihood Ratio	1.982	.955	1	28513	.328
kategori tempat tinggal * kepatuhan konsumsi TTD	Pearson	15.368	4.035	1	28513.000	.045
	Likelihood Ratio	15.361	4.034	1	28513.000	.045
pemeriksa kehamilan1 * kepatuhan konsumsi TTD	Pearson	28.583	7.356	1	28513	.007
	Likelihood Ratio	28.273	7.276	1	28513	.007

The adjusted F is a variant of the second-order Rao-Scott adjusted chi-square statistic. Significance is based on the adjusted F and its degrees of freedom.

Measures of Association^a

		Estimate	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
kategori umur ibu * kepatuhan konsumsi TTD	Odds Ratio	1.270	.794	2.030
pendidikan ibu * kepatuhan konsumsi TTD	Odds Ratio	1.108	1.047	1.172
kategori pekerjaan ibu * kepatuhan konsumsi TTD	Odds Ratio	1.081	1.024	1.142

Kategori Kuantitas ANC * kepatuhan konsumsi TTD	Odds Ratio	1.310	.761	2.253
kategori tempat tinggal * kepatuhan konsumsi TTD	Odds Ratio	.938	.882	.998
pemeriksa_kehamilan1 * kepatuhan konsumsi TTD	Odds Ratio	1.358	1.088	1.696

Statistics are computed only for 2-by-2 tables with all cells observed.

a. The kategori paritas * kepatuhan konsumsi TTD crosstabulation does not form a 2-by-2 table. Therefore, Measure of Association statistics are not computed.

Analisis Multivariat

Parameter Estimates										
Konsumsi Tablet Tambah Darah Ibu Selama Kehamilan			95% Confidence Interval		Hypothesis Test			95% Confidence Interval for Exp(B)		
Parameter	B		Lower	Upper	t	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Patuh	(Intercept)	-.073	-.320	.174	-.581	28513.000	.561	.929	.726	1.190
	[pendidikan_ibu=.00]	-.108	-.166	-.050	-3.661	28513.000	.000	.898	.847	.951
	[pendidikan_ibu=1.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[pekerjaan_ibu=.00]	-.057	-.112	-.002	-2.028	28513.000	.043	.945	.894	.998
	[pekerjaan_ibu=1.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[kat_paritas=1.00]	.196	.079	.313	3.292	28513.000	.001	1.217	1.083	1.367
	[kat_paritas=2.00]	.222	.115	.329	4.052	28513.000	.000	1.248	1.121	1.390
	[kat_paritas=3.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[tenaga_pemeriksaan=1.00]	-.303	-.524	-.082	-2.691	28513.000	.007	.739	.592	.921
	[tenaga_pemeriksaan=2.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[tempat_tinggal=1.00]	-.084	-.147	-.021	-2.605	28513.000	.009	.920	.863	.979
	[tempat_tinggal=2.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	1.000	.	.

Dependent Variable: Konsumsi Tablet Tambah Darah Ibu Selama Kehamilan (reference category = Tidak Patuh)

Model: (Intercept), pendidikan_ibu, pekerjaan_ibu, kat_paritas, tenaga_pemeriksaan, tempat_tinggal

a. Set to zero because this parameter is redundant.

Odds Ratios 1^a

Odds Ratio	95% Confidence Interval
------------	-------------------------

		Konsumsi Tablet Tambah Darah Ibu Selama Kehamilan		Lower	Upper
Pendidikan Ibu	Tinggi vs. Rendah	Patuh	1.114	1.051	1.180

Dependent Variable: Konsumsi Tablet Tambah Darah Ibu Selama Kehamilan (reference category = Tidak Patuh)

Model: (Intercept), pendidikan_ibu, pekerjaan_ibu, kat_paritas, tenaga_pemeriksaan, tempat_tinggal

a. Factors and covariates used in the computation are fixed at the following values: Pendidikan Ibu=Tinggi; Pekerjaan Ibu=Bekerja; Kategori Paritas=Grande Multipara; Tenaga pemeriksaan kehamilan ANC=Non Tenaga Kesehatan; Status Tempat Tinggal=Perkotaan

Odds Ratios 2^a

		Konsumsi Tablet Tambah Darah Ibu Selama Kehamilan	Odds Ratio	95% Confidence Interval	
				Lower	Upper
Pekerjaan Ibu	Bekerja vs. Tidak Bekerja	Patuh	1.058	1.002	1.118

Dependent Variable: Konsumsi Tablet Tambah Darah Ibu Selama Kehamilan (reference category = Tidak Patuh)

Model: (Intercept), pendidikan_ibu, pekerjaan_ibu, kat_paritas, tenaga_pemeriksaan, tempat_tinggal

a. Factors and covariates used in the computation are fixed at the following values: Pendidikan Ibu=Tinggi; Pekerjaan Ibu=Bekerja; Kategori Paritas=Grande Multipara; Tenaga pemeriksaan kehamilan ANC=Non Tenaga Kesehatan; Status Tempat Tinggal=Perkotaan

Odds Ratios 3a

		Konsumsi Tablet Tambah Darah Ibu Selama Kehamilan	Odds Ratio	95% Confidence Interval	
				Lower	Upper
Kategori Paritas	Multipara vs. Primipara	Patuh	1.026	.962	1.095

Grande Multipara vs. Primipara	Patuh	.822	.731	.924
-----------------------------------	-------	------	------	------

Dependent Variable: Konsumsi Tablet Tambah Darah Ibu Selama Kehamilan (reference category = Tidak Patuh)

Model: (Intercept), pendidikan_ibu, pekerjaan_ibu, kat_paritas, tenaga_pemeriksaan, tempat_tinggal

a. Factors and covariates used in the computation are fixed at the following values: Pendidikan Ibu=Tinggi; Pekerjaan Ibu=Bekerja; Kategori Paritas=Grande Multipara; Tenaga pemeriksaan kehamilan ANC=Non Tenaga Kesehatan; Status Tempat Tinggal=Perkotaan

Odds Ratios 4^a

Konsumsi Tablet Tambah Darah Ibu Selama Kehamilan			95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
Tenaga pemeriksaan kehamilan ANC	Non Tenaga Kesehatan vs. Tenaga Kesehatan	Patuh	1.354	1.086 1.688

Dependent Variable: Konsumsi Tablet Tambah Darah Ibu Selama Kehamilan (reference category = Tidak Patuh)

Model: (Intercept), pendidikan_ibu, pekerjaan_ibu, kat_paritas, tenaga_pemeriksaan, tempat_tinggal

a. Factors and covariates used in the computation are fixed at the following values: Pendidikan Ibu=Tinggi; Pekerjaan Ibu=Bekerja; Kategori Paritas=Grande Multipara; Tenaga pemeriksaan kehamilan ANC=Non Tenaga Kesehatan; Status Tempat Tinggal=Perkotaan

Odds Ratios 5^a

Konsumsi Tablet Tambah Darah Ibu Selama Kehamilan			95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
Status Tempat Tinggal	Perkotaan vs. Perdesaan	Patuh	1.087	1.021 1.158

Dependent Variable: Konsumsi Tablet Tambah Darah Ibu Selama Kehamilan (reference category = Tidak Patuh)

Model: (Intercept), pendidikan_ibu, pekerjaan_ibu, kat_paritas, tenaga_pemeriksaan, tempat_tinggal

a. Factors and covariates used in the computation are fixed at the following values: Pendidikan Ibu=Tinggi; Pekerjaan Ibu=Bekerja; Kategori Paritas=Grande Multipara; Tenaga pemeriksaan kehamilan ANC=Non Tenaga Kesehatan; Status Tempat Tinggal=Perkotaan

Lampiran 8: Hasil Similariti

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kepatuhan Konsumsi Tablet Tambah Darah Pada Ibu Hamil Di Indonesia (Analisis Data SKI 2023)

ORIGINALITY REPORT

10%	10%	4%	2%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	eprints.bbg.ac.id Internet Source	7%
2	scholar.unand.ac.id Internet Source	1%
3	www.badankebijakan.kemkes.go.id Internet Source	1%
4	Submitted to Sriwijaya University Student Paper	1%
5	library.poltekkes-surabaya.ac.id Internet Source	1%

Exclude quotes On
Exclude bibliography On

Exclude matches < 1%

 3/7/26

Lampiran 9: Manuskrip

MANUSKRIP

Judul :

Factors Associated With Adherence To Iron Supplementation Among Pregnant Women In Indonesia (Analysis Of Ski 2023 Data)

Penulis :

Elsa Widyavihusna¹

Dr. Idral Purnakarya, SKM., MKM¹

Prof. Dr. Azrimaidaliza, SKM., MKM¹

Institusi Afiliasi :

¹Program Studi Magister Ilmu Gizi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Andalas, Padang, Indonesia

Korespondensi :

Elsa Widyavihusna

Program Studi Magister Ilmu Gizi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Andalas, Padang, Indonesia

Gedung Fakultas Kesehatan Masyarakat Limau Manis, Padang, Sumatera Barat, 25163

Telepon : 082177866296

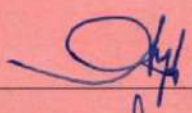
Email : Widyavihusnavaya@gmail.com

Alamat Email :

EW : Widyavihusnavaya@gmail.com

IP : idral_pkarya@ph.unand.ac.id

AZ : azrimaidaliza@ph.unand.ac.id

Nama Pembimbing	Tanda Tangan
Dr. Idral Purnakarya, SKM., MKM	
Prof. Dr. Azrimaidaliza, SKM., MKM	