



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**KEPATUHAN IBU HAMIL DALAM MENGONSUMSI  
TABLET TAMBAH DARAH DI PUSKESMAS MUMBULSARI  
KECAMATAN MUMBULSARI KABUPATEN JEMBER  
PROVINSI JAWA TIMUR  
TAHUN 2011**

**SKRIPSI**

**HIDAYATI AGUSTIANI  
NPM : 0906615890**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT  
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS  
DEPOK  
JUNI 2011**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**KEPATUHAN IBU HAMIL DALAM MENGONSUMSI  
TABLET TAMBAH DARAH DI PUSKESMAS MUMBULSARI  
KECAMATAN MUMBULSARI KABUPATEN JEMBER  
PROVINSI JAWA TIMUR  
TAHUN 2011**

**SKRIPSI**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT**

**HIDAYATI AGUSTIANI  
NPM : 0906615890**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT  
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS  
DEPOK  
JUNI 2011**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Hidayati Agustiani

NPM : 0906615890

Program Studi : Fakultas Kesehatan Masyarakat

Kekhususan : Kebidanan Komunitas

Angkatan : 2009

Jenjang : Sarjana

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

**“KEPATUHAN IBU HAMIL DALAM MENGONSUMSI  
TABLET TAMBAH DARAH DI PUSKESMAS MUMBULSARI,  
KECAMATAN MUMBULSARI, KABUPATEN JEMBER,  
PROVINSI JAWA TIMUR, TAHUN 2011”**

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 17 Juni 2011



(Hidayati Agustiani)

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

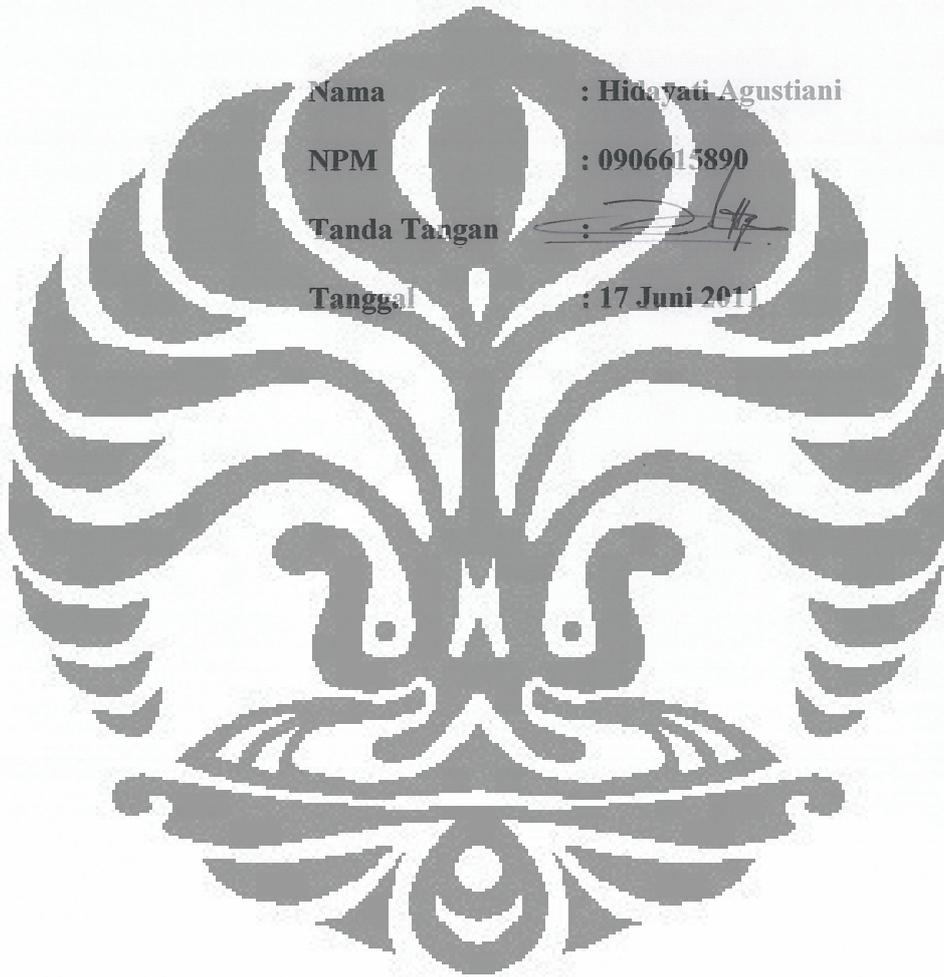
Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Hidayati Agustiani

NPM : 0906613890

Tanda Tangan : 

Tanggal : 17 Juni 2011



## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :  
Nama : Hidayati Agustiani  
NPM : 0906615890  
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat  
Judul Skripsi : Kepatuhan Ibu Hamil dalam Mengonsumsi Tablet  
Tambah Darah di Puskesmas Mumbulsari,  
Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember,  
Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Peminatan Kebidanan Komunitas, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : DR. Dra. Rita Damayanti, MSPH (  )

Penguji : DR. Ratu Ayu Dewi Sartika, APT, MSc (  )

Penguji : Yoshelli, SKM, MKes (  )

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 17 Juni 2011

## KATA PENGANTAR

Sujud syukur kepada Allah SWT yang telah melimpahkan nikmat yang tak terhingga kepada seluruh umat manusia. Shalawat selalu kita haturkan kepada Nabi Muhammad SAW, penerang kehidupan di dunia. Alhamdulillah, akhirnya saya dapat menyelesaikan tugas penulisan skripsi dengan judul "Kepatuhan Ibu Hamil dalam Mengonsumsi Tablet Tambah Darah di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011".

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa awal perkuliahan sampai pada saat selesainya penulisan skripsi ini, sangat sulit kiranya saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu saya mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada:

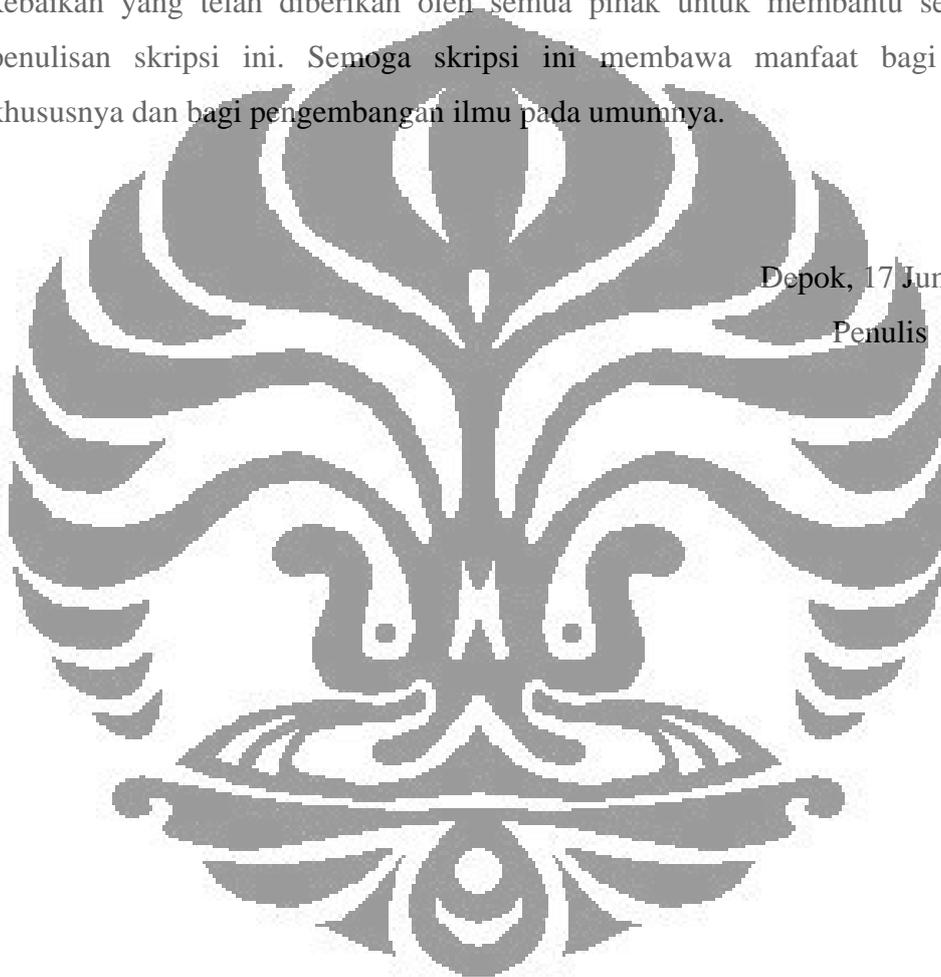
1. Ibu DR. Dra. Rita Damayanti, MSPH, sebagai pembimbing akademik yang telah banyak meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan dan koreksi, serta selalu memberikan semangat dalam penyelesaian skripsi ini.
2. Ibu DR. Dra. Ratu Ayu Dewi Sartika, Apt. MSc, sebagai penguji yang banyak memberikan masukan dan saran guna menyempurnakan skripsi ini.
3. Ibu Yosnelli, SKM. MKes, sebagai penguji, terima-kasih atas kritik dan sarannya yang sangat bermanfaat guna perbaikan skripsi ini.
4. Seluruh dosen Kebidanan Komunitas Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, yang telah memberikan ilmu pengetahuan selama masa perkuliahan dan penyusunan skripsi ini.
5. Dr. Olong Fadjri Maulana, MARS., sebagai Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember beserta staf atas ijin penelitian dan informasi data pendukung yang diperlukan.
6. Dr. Rukhin, Kepala Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember beserta staf atas pemberian ijin lokasi penelitian dan informasi data pendukung.
7. Suamiku tersayang, Bambang Saptopriyono, SH, yang telah banyak berkorban dan memberi motivasi mulai awal masa kuliah.

8. Permata hatiku tercinta, Ramadhani Hidayat dan Edwina Zhafirah yang memberi semangat dalam hidup dan telah begitu setia menanti mama segera menyelesaikan kuliah.
9. Rekan- rekan satu angkatan, spesial kelas B dan semua pihak yang tak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah banyak memberikan bantuan baik bantuan moril maupun materil.

Akhir kata, saya berharap semoga Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan yang telah diberikan oleh semua pihak untuk membantu selesainya penulisan skripsi ini. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi penulis khususnya dan bagi pengembangan ilmu pada umumnya.

Depok, 17 Juni 2011

Penulis



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Hidayati Agustiani  
NPM : 0906615890  
Peminatan : Kebidanan Komunitas  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**Kepatuhan Ibu Hamil dalam Mengonsumsi Tablet Tambah Darah  
di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember,  
Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011**

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti-Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada Tanggal : 17 Juni 2011  
Yang menyatakan

( Hidayati Agustiani )

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Hidayati Agustiani  
Tempat/Tanggal Lahir : Jember, 22 Agustus 1977  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Telp/Hp : 08124984002  
Alamat : Jl. Rasamala 1/94 Kelurahan Baratan, Kecamatan  
Patrang, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur  
Email : agustiani.hidayati@gmail.com

### **Pendidikan**

Tahun 1983-1988 : SDN Jambearum 2  
Tahun 1988-1990 : SMP N I Balung  
Tahun 1992-1995 : SPK Depkes Jember  
Tahun 1995-1996 : PPB SPK Depkes Jember  
Tahun 2005-2008 : Prodi Kebidanan Jember, Poltekkes Depkes  
Malang

### **Pekerjaan**

Tahun 1996-1999 : Bidan PTT di Puskesmas Bungatan, Kecamatan  
Bungatan, Kabupaten Situbondo, Provinsi Jawa  
Timur.  
Tahun 1999-sekarang : Bidan di Puskesmas Patrang, Kecamatan Patrang  
Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur.

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN .....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	viii
ABSTRAK .....	ix
ABSTRACT .....	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR .....	xviii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xix
DAFTAR SINGKATAN.....	xx
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	6
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	6
1.4 Tujuan Penelitian.....	7
1.4.1 Tujuan Umum .....	7
1.4.2 Tujuan Khusus .....	7
1.5 Manfaat Penelitian.....	7
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	8
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Kepatuhan.....	9
2.1.1 Pengertian Kepatuhan .....	9
2.1.2 Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan/Ketidakpatuhan ...	9
2.1.3 Metode Menilai Tingkat Kepatuhan Pengobatan.....	11
2.1.4 Upaya Mengurangi Ketidakpatuhan .....	12
2.2 Suplementasi Tablet Tambah Darah .....	13
2.3 Monitoring Kepatuhan Minum Tablet Tambah Darah .....	14
2.4 Zat Besi (Fe).....	15
2.5 Perubahan Fisiologi Kardiovaskuler pada Kehamilan .....	16
2.6 Rekomendasi Kecukupan Zat Besi bagi Ibu Hamil .....	18
2.7 Anemia Defisiensi Besi pada Ibu Hamil .....	19
2.7.1 Pengertian.....	19
2.7.2 Penyebab .....	19
2.7.3 Tanda dan Gejala.....	20

2.7.4 Penatalaksanaan Anemia Ibu Hamil .....	21
2.8 Konsep Perilaku .....	22
2.8.1 Batasan Perilaku .....	22
2.8.2 Bentuk Perilaku .....	22
2.8.3 Domain Perilaku .....	23
2.9 Persepsi .....	26
2.9.1 Pengertian .....	26
2.9.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persepsi .....	26
2.10 Health Belief Model .....	27

### **BAB 3 KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL, DAN HIPOTESIS**

3.1 Kerangka Teori .....	31
3.2 Kerangka Konsep .....	32
3.3 Definisi Operasional .....	33
3.4 Hipotesis .....	37

### **BAB 4 METODE PENELITIAN**

4.1 Desain Penelitian .....	38
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	38
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian .....	38
4.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi .....	40
4.5 Pengumpulan Data .....	40
4.6 Waktu Pengumpulan Data .....	40
4.7 Validitas dan Reliabilitas .....	41
4.8 Pengolahan Data .....	41
4.9 Analisis Data .....	45

### **BAB 5 HASIL PENELITIAN**

5.1 Gambaran Umum Wilayah Penelitian .....	47
5.2 Pelaksanaan Penelitian .....	48
5.3 Gambaran umum Responden .....	48
5.3.1 Distribusi Responden Berdasarkan Usia Kehamilan .....	48
5.3.2 Distribusi Responden Berdasarkan Hasil Pemeriksaan Hb..	49
5.4 Diskripsi Variabel .....	50
5.4.1 Kepatuhan Mengonsumsi TTD .....	50
5.4.2 Variabel Demografi Ibu Hamil .....	52
5.4.3 Pengetahuan Ibu Hamil .....	54
5.4.4 Persepsi .....	56
5.4.5 Dukungan Keluarga .....	61
5.5 Uji Hubungan antar Variabel .....	62

5.5.1 Hubungan Variabel Demografi Ibu Hamil dengan Kepatuhan Mengonsumsi TTD .....	63
5.5.2 Hubungan antara Pengetahuan Ibu Hamil mengenai Anemia & TTD dengan Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi TTD .....	65
5.5.3 Hubungan antara Persepsi dengan Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi TTD .....	66
5.5.4 Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi TTD.....	69
 <b>BAB 6 PEMBAHASAN</b>	
6.1 Keterbatasan Penelitian .....	71
6.1.1 Keterbatasan Desain Penelitian .....	71
6.1.2 Keterbatasan Instrumen Pengumpulan Data .....	71
6.2 Pembahasan Hasil Penelitian .....	72
6.2.1 Kepatuhan Ibu Hamil dalam Mengonsumsi TTD .....	72
6.2.2 Variabel Demografi Ibu Hamil .....	78
6.2.3 Pengetahuan Ibu Hamil .....	82
6.2.4 Persepsi Ibu Hamil .....	84
6.2.5 Dukungan Keluarga .....	89
 <b>BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
7.1 Kesimpulan.....	92
7.2 Saran.....	92
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	95
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Jumlah Sampel Penelitian per Desa di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	39
Tabel 5.1	Distribusi Responden Berdasarkan Trimester Usia Kehamilan di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	49
Tabel 5.2	Distribusi Responden Berdasarkan Hasil Pemeriksaan Hb di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	49
Tabel 5.3	Distribusi Responden Berdasarkan Hasil Pemeriksaan Hb pada Usia Kehamilan Trimester 1 di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	50
Tabel 5.4	Distribusi Responden Berdasarkan Kepatuhan Mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	51
Tabel 5.5	Distribusi Alasan Ketidapatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	51
Tabel 5.6	Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Umur di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	52
Tabel 5.7	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Umur di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	52
Tabel 5.8	Distribusi Responden Berdasarkan Jenjang Pendidikan di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	53
Tabel 5.9	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Pendidikan di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	53

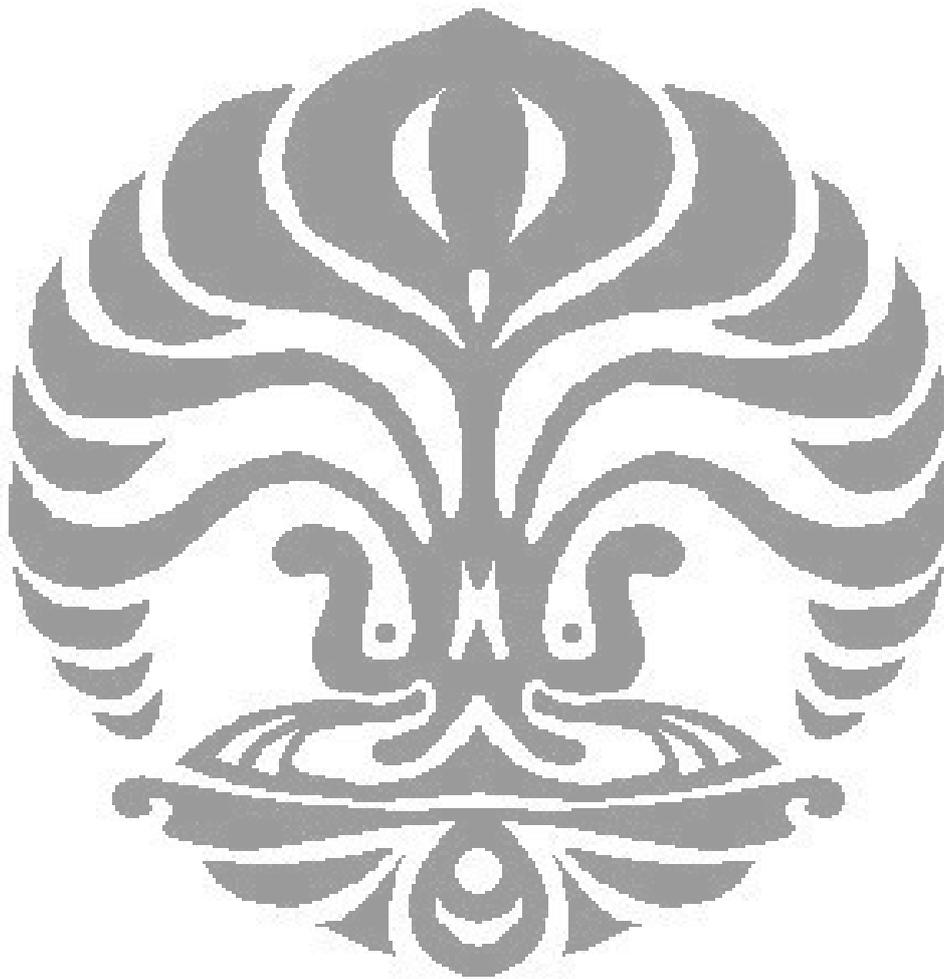
Tabel 5.10	Distribusi Responden Berdasarkan Gravida di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	54
Tabel 5.11	Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	54
Tabel 5.12	Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Benar pada Soal Pengetahuan di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	55
Tabel 5.13	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Pengetahuan mengenai Anemia dan TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	56
Tabel 5.14	Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Persepsi Kerentanan di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	57
Tabel 5.15	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Persepsi Kerentanan di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	57
Tabel 5.16	Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Persepsi Keseriusan di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	58
Tabel 5.17	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Persepsi Keseriusan di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	58
Tabel 5.18	Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Persepsi Manfaat di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	59
Tabel 5.19	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Persepsi Manfaat di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	59

Tabel 5.20	Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Persepsi Rintangan di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	60
Tabel 5.21	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Persepsi Rintangan di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	60
Tabel 5.22	Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Persepsi <i>Self Efficacy</i> di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	61
Tabel 5.23	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Persepsi <i>Self Efficacy</i> di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	61
Tabel 5.24	Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	62
Tabel 5.25	Distribusi Anggota Keluarga yang Memberikan Dukungan terhadap Ibu Hamil di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	62
Tabel 5.26	Hubungan antara Umur dengan Kepatuhan Mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	63
Tabel 5.27	Hubungan antara Pendidikan dengan Kepatuhan Mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	64
Tabel 5.28	Hubungan antara Gravida dengan Kepatuhan Mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	64
Tabel 5.29	Hubungan antara Pekerjaan dengan Kepatuhan Mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	65

Tabel 5.30 Hubungan antara Pengetahuan dengan Kepatuhan Mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	65
Tabel 5.31 Hubungan antara Persepsi Kerentanan dengan Kepatuhan Mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	66
Tabel 5.32 Hubungan antara Persepsi Keseriusan dengan Kepatuhan Mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	67
Tabel 5.33 Hubungan antara Persepsi Manfaat dengan Kepatuhan Mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	68
Tabel 5.34 Hubungan antara Persepsi Rintangannya dengan Kepatuhan Mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	68
Tabel 5.35 Hubungan antara <i>Self Efficacy</i> dengan Kepatuhan Mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	69
Tabel 5.36 Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011 .....	70

## DAFTAR GAMBAR

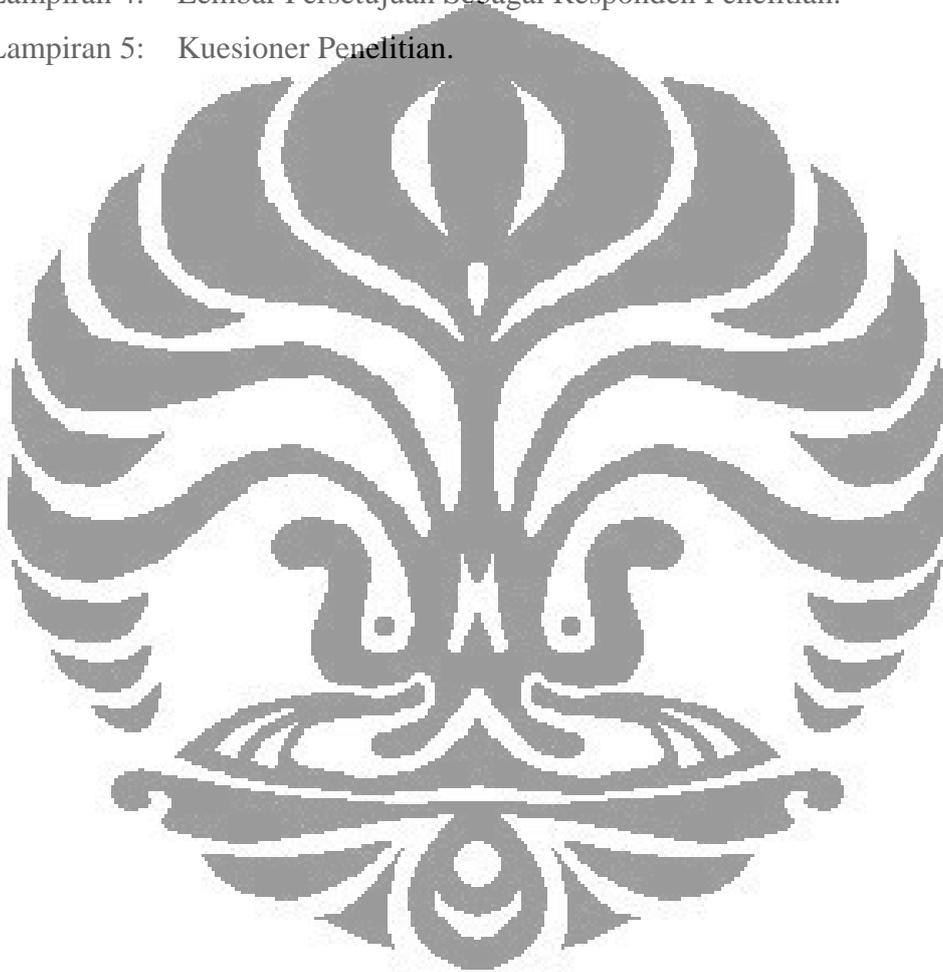
Gambar 3.1 Kerangka Teori <i>Health Belief Model</i> .....	31
Gambar 3.2 Kerangka Konsep Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi TTD .....	32



## DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran

- Lampiran 1: Surat Ijin Penelitian dari Badan Kesbang Pol dan Linmas Kabupaten Jember.
- Lampiran 2: Surat Ijin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
- Lampiran 3: Lembar Permintaan Menjadi Responden Penelitian.
- Lampiran 4: Lembar Persetujuan Sebagai Responden Penelitian.
- Lampiran 5: Kuesioner Penelitian.



## DAFTAR SINGKATAN



TTD	: Tablet Tambah Darah
AKI	: Angka Kematian Ibu
AKB	: Angka Kematian Bayi
WHO	: <i>World Health Organization.</i>
SDKI	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia.
MDGs	: <i>Millenium Development Goals.</i>
Depkes RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
SKRT	: Survei Kesehatan Rumah Tangga.
Susenan	: Survei Sosial Ekonomi Nasional.
BPS	: Badan Pusat Statistik.
ANC	: <i>Ante Natal Care.</i>
HBM	: <i>Health Belief Model.</i>
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah.
Polindes	: Pondok Bersalin Desa.
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak.
POD	: Pos Obat Desa.
EAR	: <i>Estimate Average Requirement.</i>
RDA	: <i>Recommended Dietary Allowance.</i>
TBC	: Tuberculosis.
AIDS	: <i>Aquired Immune Deficiency Syndrome.</i>
WNPG	: Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi.
OR	: <i>Odds Ratio.</i>
CI	: <i>Confident Interval.</i>

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) sampai saat ini masih menjadi masalah yang harus diatasi. AKI dan AKB merupakan indikator yang penting untuk menentukan status kesehatan masyarakat di suatu wilayah. Data WHO atau *World Health Organization* memperkirakan 585.000 perempuan meninggal setiap harinya akibat komplikasi kehamilan, proses kelahiran dan aborsi yang tidak aman, sedangkan jumlah kematian bayi di dunia diperkirakan sebesar 5 juta setiap tahunnya (Depkes RI, 2008a). AKI di Indonesia, menurut hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007, adalah sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup (Depkes RI, 2008b). *Millenium Development Goals* (MDGs) menargetkan penurunan AKI pada tahun 2015 sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan AKB turun dari 34 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2008 menjadi 19 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2015.

Kematian ibu sebagian besar disebabkan oleh perdarahan, biasanya perdarahan pasca persalinan, sepsis, hipertensi selama kehamilan, partus macet, dan komplikasi aborsi tidak aman (Prawirohardjo, 2005), sedangkan kematian bayi baru lahir terutama disebabkan oleh infeksi dan berat badan lahir rendah. Komplikasi yang terjadi pada ibu dan bayi tersebut sangat berkaitan dengan kondisi kehamilan dan perawatan ibu pada masa kehamilan (Pilliteri, 2003).

Penyebab kematian ibu di Indonesia berdasarkan data dari Direktorat Kesehatan Keluarga menunjukkan bahwa 40% kematian ibu disebabkan karena perdarahan dan diketahui bahwa anemia menjadi faktor resiko terjadinya perdarahan tersebut (Depkes RI, 2003). Penelitian Chi, et al pada tahun 1981 dalam Hadi (2005) menunjukkan bahwa ibu hamil yang anemia mempunyai resiko meninggal dalam proses persalinan 3,6 kali lebih besar dibandingkan ibu hamil yang tidak anemia, terutama karena perdarahan dan atau sepsis. Kontribusi anemia terhadap kematian ibu di Indonesia diperkirakan lebih tinggi lagi yaitu mencapai 50% hingga 70%, dengan kata lain bahwa 50% hingga 70% kematian

ibu di Indonesia sesungguhnya dapat dicegah apabila prevalensi anemia pada ibu hamil dapat ditekan sampai serendah-rendahnya (Hadi, 2005).

Anemia merupakan masalah kesehatan masyarakat terbesar di dunia terutama bagi kelompok wanita usia reproduktif dan pada kelompok ibu hamil. Berdasarkan klasifikasi masalah kesehatan masyarakat (kesmas), maka prevalensi anemia dikategorikan menjadi tiga bagian, yaitu masalah kesehatan berat, sedang dan ringan. Disebut sebagai masalah kesmas ringan bila prevalensi anemia di suatu daerah adalah 5-19,9%, disebut sedang bila prevalensinya 20-39,9%, dan disebut berat bila prevalensinya lebih atau sama dengan 40% (McLean dkk dalam Kraemer & Zimmermann, 2007).

Anemia karena defisiensi zat besi merupakan penyebab utama anemia pada ibu hamil bila dibandingkan dengan defisiensi zat gizi lain, oleh karena itu anemia gizi pada masa kehamilan sering diidentikkan dengan anemia gizi besi. Batasan anemia ibu hamil menurut WHO adalah bila konsentrasi haemoglobin (Hb) < 11gr/dl. Anemia katagori ringan yaitu bila Hb 8-11 gr/dl, berat bila Hb < 8 gr/dl, dan normal bila Hb lebih atau sama dengan 11 gr/dl (Arisman, 2004).

Anemia gizi merupakan masalah gizi mikro terbesar di seluruh dunia. WHO (2005) melaporkan bahwa terdapat 52% ibu hamil mengalami anemia di negara berkembang pada tahun 2005. Di Indonesia, menurut hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2001, prevalensi kejadian anemia pada kehamilan masih tinggi yaitu sekitar 40,1% (Depkes RI, 2005). Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) oleh Badan Pusat Statistik (BPS) dan Laporan Survei Departemen Kesehatan-Unicef tahun 2005, menemukan bahwa dari sekitar 4 juta ibu hamil, separuhnya mengalami anemia gizi (Samhadi, 2006 dalam Patimah, 2007).

Sebagian besar anemia di dunia termasuk di Indonesia disebabkan oleh defisiensi zat besi/Fe yang diperlukan untuk pembentukan hemoglobin. Defisiensi Fe terjadi saat jumlah Fe yang diabsorpsi tidak memadai untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Hal ini disebabkan oleh rendahnya intake Fe, penurunan bioavailabilitas Fe dalam tubuh, dan peningkatan kebutuhan Fe karena perubahan fisiologis seperti pada masa kehamilan (Fatmah, 2009 dalam Departeman Gizi dan Kesmas FKM-UI, 2009).

Konsumsi makanan oleh ibu hamil sebenarnya sangat berpengaruh terhadap kekurangan zat gizi tertentu pada masa kehamilan. Jika seluruh bahan makanan yang dibutuhkan dikonsumsi oleh ibu hamil maka seluruh zat gizi yang dibutuhkan akan terpenuhi, akan tetapi terdapat pengecualian untuk kebutuhan ibu hamil terhadap zat besi dan asam folat, keduanya harus ditambahkan melalui suplemen (Arisman, 2004). Zat besi merupakan salah satu nutrisi yang tidak dapat diperoleh dalam jumlah yang mencukupi hanya dari makanan yang dikonsumsi selama masa kehamilan (Bobak, 2004).

Dalam rangka menanggulangi masalah anemia gizi besi pada ibu hamil maka Departemen Kesehatan RI melaksanakan suatu program pemberian tablet zat besi pada ibu hamil sejak tahun 1975. Tablet zat besi atau yang lebih dikenal dengan Tablet Tambah Darah (TTD) adalah suplemen zat gizi yang mengandung 60 mg besi elementar dan 0,25 mg asam folat, sesuai rekomendasi WHO. TTD bila diminum secara teratur dan sesuai aturan dapat mencegah dan menanggulangi anemia gizi. Bagi ibu hamil, dianjurkan minum TTD dengan dosis 1 tablet setiap hari selama masa kehamilannya (Depkes RI, 2003). Secara teknis, ibu hamil menerima TTD sekali sebulan sebanyak satu bungkus (berisi 30 biji tablet) pada saat Ante Natal Care (ANC) di Puskesmas, Polindes, maupun di Posyandu.

Kepatuhan terhadap program suplemen zat besi atau program pemberian TTD pada ibu hamil merupakan masalah di beberapa negara termasuk di Indonesia. Seck, & Jackson (2008) mengungkapkan angka *compliance* ibu hamil mengonsumsi TTD di Senegal adalah sebesar 69%. Sama halnya dengan laporan USAID (2004) yang meneliti persepsi wanita dan pencegahan anemia di 8 negara berkembang, menyatakan bahwa kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD masih menjadi masalah. Menurut hasil Statistik Kesehatan 2004, di Indonesia persentase ibu hamil yang meminum TTD sesuai anjuran yaitu hanya sekitar 18,68% dan sekitar separuhnya minum dalam jumlah kurang dari 90 tablet (BPS, 2004). Patimah (2007) menyatakan bahwa cakupan suplementasi zat besi ibu hamil sekitar 30,8% sampai 78,6% dan angka *compliance* menunjukkan bahwa sangat sedikit ibu hamil (24,4%) yang mengonsumsi TTD sesuai dengan yang direkomendasikan. Penelitian oleh Mardiana (2004) menunjukkan hasil bahwa tingkat kepatuhan ibu hamil mengonsumsi tablet besi di Puskesmas Sako dan

Puskesmas Multi Wahana, Kabupaten Palembang, pada tahun 2004 adalah 64,44% patuh dan 35,56% ibu hamil tidak patuh mengonsumsi TTD.

Beberapa penelitian mengungkapkan bahwa kejadian anemia pada ibu hamil berhubungan dengan masih rendahnya tingkat kepatuhan atau *compliance* ibu hamil dalam mengonsumsi TTD. Berdasarkan penelitian oleh Fauzi (2002) di Kabupaten Donggala pada tahun 2002, menunjukkan masih rendahnya tingkat konsumsi TTD pada ibu hamil berpengaruh terhadap kadar Hb ibu hamil trimester 3 (tiga). Herlina, dkk (2005) dalam penelitiannya mengatakan bahwa ibu hamil yang kurang patuh mengonsumsi tablet Fe (TTD) mempunyai resiko 2.429 kali lebih besar untuk mengalami anemia dibanding yang patuh mengonsumsi TTD.

Kepatuhan ibu hamil untuk minum tablet tambah darah merupakan bentuk perilaku ibu dalam mengikuti program pemberian TTD yang diberikan oleh petugas kesehatan selama masa kehamilannya (Shuttleworth, 2006). Kepatuhan seseorang mengikuti suatu program pengobatan sangat dipengaruhi oleh persepsinya. Seseorang yang yakin bahwa dirinya terancam suatu penyakit dan yakin terhadap manfaat program pengobatan yang diberikan oleh petugas kesehatan, maka akan cenderung patuh terhadap program pengobatan yang diberikan (Jones & Bartlett, 2007). Komponen dalam *Health Belief Model* (HBM) yang terdiri dari persepsi kerentanan, keseriusan, manfaat, rintangan dan *self efficacy* yang diyakini seseorang, serta *cues to action* merupakan komponen yang penting untuk menjelaskan alasan mengapa seseorang patuh dan tidak patuh terhadap program pengobatan (Sarafino, 2006 dan *Jones & Bartlett Publishers, LLC. n.d.*).

Menurut hasil penelitian oleh Seck & Jackson (2008), ibu hamil dengan *compliance* yang tinggi sangat dipengaruhi oleh persepsi ibu bahwa *iron supplementation* yang diberikan dapat meningkatkan kesehatannya. Sama halnya dengan penelitian oleh *Public Health Nutrition* di Filipina (2008) yang menyatakan bahwa *perceived health benefit* dari pemberian TTD dan program pendidikan kesehatan memberikan pengaruh yang positif terhadap kepatuhan ibu hamil mengonsumsi TTD.

Kabupaten Jember merupakan salah satu kabupaten yang ada di Provinsi Jawa Timur dengan jumlah kasus kematian ibu yang terus mengalami peningkatan

dalam kurun waktu tiga tahun terakhir. Berdasarkan data yang didapatkan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, jumlah kasus kematian ibu pada tahun 2008 sebanyak 37 jiwa, tahun 2009 meningkat menjadi 51 jiwa, dan pada tahun 2010 meningkat lagi menjadi 55 jiwa. Menurut data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, pada tahun 2010, 23% dari kematian ibu disebabkan oleh perdarahan, sedangkan jumlah kematian bayi di Kabupaten Jember pada tahun 2010 adalah sebanyak 428 bayi, dengan penyebab terbanyak karena BBLR sebesar 128 kasus atau sebesar 29% dari semua penyebab kematian bayi yang ada.

Puskesmas Mumbulsari yang berada di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Jember merupakan puskesmas dengan angka kejadian ibu hamil yang menderita anemia pada tahun 2009 tertinggi bila dibandingkan dengan puskesmas lain di Kabupaten Jember, yaitu sebanyak 279 dari 1.157 ibu hamil yang ada atau sebesar 24,1%. Pada tahun 2010, jumlah ibu hamil yang mengalami anemia meningkat menjadi 289 ibu hamil dari 1.071 ibu hamil yang ada atau sebesar 26,9%. Berdasarkan klasifikasi masalah anemia dalam kesehatan masyarakat, prevalensi anemia di Puskesmas Mumbulsari pada dua tahun tersebut adalah termasuk dalam katagori masalah kesehatan masyarakat tingkat sedang (McLean dkk dalam Kraemer & Zimmermann, 2007). WHO (2000) menyatakan bahwa penanganan anemia dianggap sangat serius bila prevalensinya melebihi 20%.

Jumlah cakupan Fe 3 pada ibu hamil atau jumlah ibu hamil yang telah menerima TTD sebanyak 3 bungkus (90 tablet) di Puskesmas Mumbulsari sudah cukup baik yaitu sebesar 82% pada tahun 2009, bahkan mencapai 100% pada tahun 2010, namun demikian angka kejadian anemia pada ibu hamil tidak mengalami penurunan. Di Puskesmas Mumbulsari juga tidak ada data yang menunjukkan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD, oleh karena itu peneliti ingin mendapatkan gambaran tingkat kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, pada tahun 2011, dan mengetahui faktor-faktor dalam komponen HBM yang berpengaruh terhadap kepatuhan ibu dalam mengonsumsi TTD.

## 1.2 Rumusan Masalah

Kehamilan yang disertai dengan anemia meningkatkan frekuensi komplikasi pada kehamilan dan persalinan, sehingga berpengaruh terhadap morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi. Di Indonesia, menurut hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2001, prevalensi kejadian anemia pada kehamilan masih tinggi yaitu sekitar 40,1%. Salah satu bentuk pencegahan dan penanganan anemia pada ibu hamil adalah melalui program pemberian TTD, namun permasalahannya sampai saat ini, prevalensi anemia pada ibu hamil masih tinggi.

Puskesmas Mumbulsari adalah puskesmas dengan prevalensi anemia ibu hamil tertinggi se-Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur pada tahun 2009, dan mengalami peningkatan jumlah anemia pada ibu hamil, yaitu sebesar 24,11% pada tahun 2009, menjadi 26,9% pada tahun 2010. Cakupan Fe 3 ibu hamil di Puskesmas Mumbulsari adalah sebesar 82% pada tahun 2009, dan 100% pada tahun 2010. Masih tingginya jumlah ibu hamil yang menderita anemia di Puskesmas Mumbulsari dan belum diketahuinya bagaimana kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD menjadi alasan peneliti untuk mengetahui bagaimanakah tingkat kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD dan faktor-faktor dalam komponen HBM yang mempengaruhi kepatuhan ibu hamil untuk mengonsumsi TTD.

## 1.3 Pertanyaan Penelitian

Bagaimana gambaran tingkat kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD dan apakah terdapat hubungan antara faktor-faktor dalam HBM dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur pada tahun 2011?

## **1.4 Tujuan Penelitian**

### **1.4.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian mengenai kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD ini adalah untuk memperoleh gambaran kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD dan faktor-faktor dalam HBM yang berpengaruh terhadap kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, pada Tahun 2011.

### **1.4.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus penelitian kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, pada tahun 2011 adalah sebagai berikut:

1. Diketuinya gambaran kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD.
2. Diketuinya hubungan antara variabel demografi ibu hamil (umur, pendidikan, gravida dan pekerjaan) dengan kepatuhan mengonsumsi TTD.
3. Diketuinya hubungan antara pengetahuan ibu hamil dengan kepatuhan mengonsumsi TTD.
4. Diketuinya hubungan antara persepsi ibu hamil dalam komponen HBM (persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi manfaat, persepsi rintangan dan *self efficacy*) dengan kepatuhan mengonsumsi TTD.
5. Diketuinya hubungan antara dukungan dari keluarga yang diperoleh ibu hamil dengan kepatuhan mengonsumsi TTD.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

### **1.5.1 Bagi Pengelola Program dan Sektor Terkait**

Penelitian ini diharapkan menjadi bahan pertimbangan bagi Dinas Kesehatan termasuk puskesmas dalam menyusun rencana dan strategi pendidikan kesehatan kepada ibu hamil dan keluarga terutama mengenai pentingnya konsumsi TTD bagi ibu hamil, sehingga angka kejadian anemia pada ibu hamil dapat dicegah dan diatasi.

### **1.5.2 Bagi Pelaksana/Petugas Lapangan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan pemahaman mengenai faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD, sehingga dapat dikembangkan pola pendekatan yang sesuai agar terjadi peningkatan perilaku konsumsi TTD pada ibu hamil.

### **1.5.3 Bagi Ilmu dan Pengetahuan**

Penelitian ini diharapkan dapat menghasilkan informasi mengenai faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhan dalam pengobatan, khususnya kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD melalui pendekatan *Health Belief Model*, sehingga dapat dikembangkan penelitian lain yang serupa.

## **1.6 Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD. Penelitian dilakukan karena masih tingginya kejadian anemia pada kehamilan, dan belum ada data yang menunjukkan tingkat kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur. Penelitian dilakukan dengan metode *cross-sectional*, melalui wawancara dan pengamatan sisa TTD yang dikonsumsi oleh ibu hamil di rumah. Penelitian dilakukan terhadap ibu hamil trimester 2 dan trimester 3 yang sudah mendapatkan TTD, yang ada di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, pada bulan April 2011.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Kepatuhan

##### 2.1.1 Pengertian Kepatuhan

Kepatuhan atau *compliance* adalah perilaku pasien dimana pasien mengikuti pemberian pengobatan oleh pemberi pelayanan kesehatan profesional (Shuttleworth, 2006). Menurut Sarafino (2006), *compliance* dan *adherence* adalah istilah yang merujuk pada sejauh mana pasien melakukan perilaku dan pengobatan yang direkomendasikan oleh petugas kesehatan sedangkan menurut Sackett (1979), mendefinisikan kepatuhan pasien sebagai sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan (Niven, 2002).

##### 2.1.2 Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan/Ketidapatuhan

Derajat ketidakpatuhan bervariasi sesuai dengan apakah pengobatan tersebut kuratif atau preventif, jangka panjang atau pendek. Sackett & Snow (1979), menemukan bahwa ketaatan terhadap 10 hari jadwal pengobatan sejumlah 70-80% patuh dengan tujuan pengobatan adalah mengobati, dan 60-70% yang patuh dengan tujuan pengobatan adalah pencegahan. Derajat ketidakpatuhan ditentukan oleh beberapa faktor yaitu: kompleksitas prosedur pengobatan, derajat perubahan hidup yang dibutuhkan, lamanya waktu dimana pasien harus memenuhi nasehat tersebut, apakah penyakit tersebut benar-benar menyakitkan, apakah pengobatan tersebut terlihat berpotensi menyelamatkan hidup, dan keparahan penyakit yang dipersepsikan sendiri oleh pasien dan bukan oleh profesional kesehatan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan, atau alasan mengapa pasien patuh atau tidak patuh dalam program pengobatan antara lain disebabkan oleh:

a. Pemahaman tentang instruksi

Seseorang tidak dapat mematuhi instruksi jika ia salah paham tentang instruksi yang diberikan padanya. Kadang-kadang hal ini disebabkan oleh

kegagalan profesional kesehatan dalam memberikan informasi yang lengkap, penggunaan istilah-istilah medis dan memberikan banyak instruksi yang harus diingat oleh pasien.

b. Karakteristik pengobatan dan karakteristik penyakit

Karakteristik pengobatan antara lain adalah kompleksitas, waktu, biaya, efek samping pengobatan dan seberapa jauh dibutuhkan perubahan kebiasaan pasien. Sedangkan yang termasuk karakteristik penyakit yaitu tingkat keseriusan penyakit dan gejala yang dirasakan oleh pasien.

c. Faktor demografi: umur, gender, dan sosiokultural

Penelitian Johnson et al pada tahun 1992, membuktikan perbedaan kepatuhan penderita diabet pada anak-anak dengan penderita dewasa, dimana penderita dewasa kurang patuh terhadap diet dibandingkan penderita anak-anak. Faktor gender dapat dibuktikan dengan penelitian Polonsky et al, tahun 1994 dimana diketahui wanita yang *concern* mengontrol berat badan, lebih patuh dalam pengobatan untuk mengontrol kadar gula darah mereka. Beberapa budaya memiliki kepercayaan yang juga berpengaruh terhadap kepatuhan, misalnya masyarakat Indian Amerika yang mempunyai budaya rutin mengambil obat misalnya obat antihipertensi. Berbeda dengan budaya lain dimana pengobatan selalu identik dalam proses penyembuhan, sehingga pengobatan harus diberikan secara kontinyu (Baines, 1992 dalam Sarafino, 2006).

d. Aspek psikososial pasien

Keseriusan, manfaat dan biaya yang dirasakan oleh pasien atau *perceived seriousness* dan *perceived costs & benefits*, adalah faktor psikologi yang berpengaruh terhadap kepatuhan. Pasien yang merasa terancam dengan suatu penyakit dan percaya akan manfaat pengobatan akan lebih patuh terhadap advis yang diberikan oleh petugas kesehatan. Aspek psikososial juga meliputi faktor kognitif dan emosional, seseorang menjadi patuh terhadap pengobatan harus mengerti atau paham dan mampu mengingat apa yang harus dilakukan. Becker et al (1979), telah membuat suatu usulan bahwa model keyakinan kesehatan (*Health Beliefe Model*) berguna untuk memperkirakan adanya ketidakpatuhan. Faktor psikososial lainnya yaitu *self-efficacy* dan suport sosial. Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan

individu serta dapat menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima. Kenyataannya, seseorang yang merasa bahwa ia sanggup mengikuti program pengobatan dengan senang, mendapatkan bantuan dan perhatian dari orang lain akan lebih patuh dalam mengikuti anjuran pengobatan dibandingkan dengan yang tidak mempunyai dukungan sosial.

Kualitas interaksi antara profesional kesehatan dan pasien merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan. Korsch & Negrete (1972), telah mengamati 800 kunjungan orang tua dan anak-anaknya ke rumah sakit anak di Los Angeles. Selama 14 hari mereka mewawancarai ibu-ibu tersebut untuk memastikan apakah ibu-ibu tersebut melaksanakan nasehat-nasehat yang diberikan oleh dokter, mereka menemukan bahwa ada kaitan yang erat antara kepuasan ibu terhadap konsultasi dengan seberapa jauh mereka mematuhi nasehat dokter, tidak ada kaitan antara lamanya konsultasi dengan kepuasan ibu. Jadi konsultasi yang pendek akan menjadi produktif jika diberikan perhatian untuk meningkatkan kualitas interaksi. Beberapa keluhan yang spesifik adalah kurangnya minat yang diperlihatkan dokter, penggunaan istilah-istilah medis yang berlebihan, kurangnya empati, dan hampir setengah dari ibu-ibu tersebut tidak memperoleh kejelasan tentang penyebab penyakit anaknya, yang seringkali menimbulkan kecemasan (Niven, 2002).

### 2.1.3 Metode Menilai Tingkat Kepatuhan Pengobatan

Menurut Sarafino (2006), penelitian untuk menilai kepatuhan pasien dalam program pengobatan ada beberapa cara, dan masing-masing memiliki keunggulan dan kekurangan. Salah satu pendekatan sederhana adalah dengan bertanya kepada pasien. Tetapi ternyata pasien cenderung *overreport* terhadap kepatuhan mereka, mungkin karena mereka tahu bahwa mereka seharusnya mengikuti perintah petugas kesehatan. Metode ini sangat subjektif dan dapat terjadi bias, karena pasien dapat berbohong, sehingga peneliti yang menggunakan pendekatan ini biasanya melengkapi data dengan laporan anggota keluarga atau tenaga medis dan dengan metode lain yang lebih obyektif.

Beberapa metode obyektif yang dapat digunakan untuk menilai tingkat kepatuhan pengobatan yaitu :

- a. *Pill or quantity accounting*, di mana sisa obat diukur, misalnya dengan menghitung jumlah pil yang tersisa dibandingkan dengan jumlah pil yang seharusnya diminum jika pasien telah mengikuti petunjuk dengan benar. Tentu saja, metode ini tidak mengungkapkan apakah obat digunakan pada saat yang tepat, dan pasien yang ingin menyembunyikan ketidakpatuhannya dapat membuang sebagian pil yang telah diterimanya.
- b. *Medication-recording dispensers*, yang berisi alat perekam mekanis atau elektromekanis yang dapat menghitung dan mencatat waktu ketika dispenser digunakan. Meskipun pendekatan ini mahal untuk diterapkan, tetapi metode ini dapat menilai kepatuhan dengan teliti selama pasien tidak sengaja menciptakan sebuah tipu muslihat.
- c. Biokimia tes, seperti darah atau urin pasien. Pendekatan ini dapat menilai apakah obat dikonsumsi oleh pasien atau tidak dalam jangka waktu yang masih baru, tetapi biasanya tidak dapat menentukan berapa banyak atau kapan. Metode ini bisa sangat memakan waktu dan mahal untuk diterapkan.

#### 2.1.4 Upaya Mengurangi Ketidakpatuhan

Sejumlah strategi yang berbeda telah dikembangkan untuk mencoba memberikan penyelesaian terhadap masalah ketidakpatuhan. Dinicola dan Dimatteo (1984) dalam Niven (2002), mengusulkan lima titik rencana untuk mengatasi ketidakpatuhan pasien. Pertama yaitu mengembangkan tujuan kepatuhan, seseorang akan dengan senang hati mengemukakan tujuannya mengikuti program diet jika ia memiliki keyakinan dan sikap positif terhadap diet, dan keluarga serta teman mendukung keyakinan itu. Kedua, oleh karena perilaku sehat sangat dipengaruhi oleh kebiasaan, maka perlu dikembangkan suatu strategi yang bukan hanya untuk mengubah perilaku, tetapi juga untuk mempertahankan perubahan tersebut. Ketiga, faktor kognitif juga berperan penting sehingga penting untuk mengembangkan perasaan mampu, bisa mengontrol diri dan percaya pada diri sendiri pada setiap pasien. Faktor keempat yaitu dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga, teman, waktu dan dana, merupakan faktor-faktor penting dalam kepatuhan terhadap program-program medis, dan yang kelima yaitu dukungan dari profesional kesehatan, dukungan

terutama berguna saat pasien menghadapi bahwa perilaku sehat yang baru tersebut merupakan hal penting (Niven, 2002).

## 2.2 Suplementasi Tablet Tambah Darah (TTD)

Tablet Tambah Darah (TTD) adalah suplemen zat gizi yang mengandung 200 mg ferro sulfat atau berisi 60 mg besi elementasi dan 0,25 mg asam folat (sesuai rekomendasi WHO). TTD bila diminum secara teratur dan sesuai aturan dapat mencegah dan menanggulangi anemia gizi. Pemberian preparat 60 mg besi elementasi yang berada dalam setiap TTD per hari dapat menaikkan kadar Hb sebanyak 1 gr% per bulan ( Saifuddin dkk, 2006).

TTD dapat diperoleh sasaran melalui sarana-sarana pelayanan pemerintah maupun swasta sebagai berikut: Puskesmas/Puskesmas Pembantu, Polindes (Pondok Bersalin Desa)/ Bidan di Desa, Posyandu, Rumah Sakit Pemerintah/Swasta, Pelayanan Swasta (Bidan, Dokter Praktek Swasta dan Poliklinik), Apotek/ Toko Obat, dan Pos Obat Desa (POD) (Depkes RI, 2003; Depkes RI, 2001).

Pemberian TTD bagi ibu hamil menurut Depkes RI (2003) dianjurkan meminum 1 (satu) tablet setiap hari, sedangkan menurut WHO (2000), suplementasi TTD bagi ibu hamil yang tinggal di daerah dengan prevalensi anemia < 40% TTD diberikan selama 6 bulan masa kehamilan, yaitu pada trimester 2 dan 3 kehamilan, sedangkan ibu hamil yang tinggal di daerah dengan prevalensi anemia  $\geq$  40% pemberian TTD harus dilanjutkan sampai 3 bulan setelah ibu melahirkan.

Beberapa hal yang harus diperhatikan tentang TTD, antara lain:

- a. Minumlah TTD dengan air putih, jangan minum dengan teh, susu atau kopi karena dapat menurunkan penyerapan zat besi dalam tubuh sehingga manfaatnya menjadi berkurang.
- b. Kadang-kadang dapat terjadi gejala ringan yang tidak membahayakan seperti perut terasa tidak enak, mual-mual, susah buang air besar dan tinja berwarna hitam, tetapi hal ini tidak berbahaya.

- c. Untuk mengurangi gejala sampingan, minumlah TTD setelah makan malam menjelang tidur. Akan lebih baik bila setelah minum TTD disertai makan buah pisang, pepaya, jeruk, dll.
- d. Simpanlah TTD di tempat yang kering, terhindar dari sinar matahari langsung, jauhkan dari jangkauan anak-anak, dan setelah dibuka harus ditutup kembali dengan rapat. TTD yang telah berubah warna sebaiknya tidak diminum (warna asli adalah merah darah).
- e. TTD tidak menyebabkan tekanan darah tinggi atau kebanyakan darah

Indikator yang digunakan untuk mengetahui berapa jumlah sasaran yang telah tercakup dalam program penanggulangan anemia adalah dengan cara memantau jumlah pemakaian tablet/sirup besi oleh sasaran yang dikaitkan dengan distribusi dan logistiknya. Tolak ukur atau indikator yang dipakai untuk ibu hamil sampai masa nifas adalah sebagai berikut:

- a. Disebut Fe 1 bilamana ibu hamil tersebut telah mendapatkan tablet besi sebanyak 30 tablet pada tribulan pertama
- b. Disebut Fe 3 bilamana ibu hamil/ibu nifas tersebut telah mendapatkan tablet besi sebanyak 90 tablet atau 30 tablet pada tribulan ketiga.

### 2.3 **Monitoring Kepatuhan Minum Tablet Tambah Darah**

Menurut Depkes RI (1999), monitoring kepatuhan tablet tambah darah dapat dilakukan melalui:

- a. Terjadinya warna hitam pada tinja menunjukkan bahwa sasaran minum tablet besi-folat dan sirup besi. Adanya Fe dalam tinja dapat diketahui juga dengan tes Afifi.
- b. Dengan membawa kemasan (bungkus almunium/botol) kembali kepada petugas, menunjukkan berapa jumlah tablet besi-folat dan sirup besi yang telah dikonsumsi oleh sasaran.
- c. Supervisi dan monitoring berlaku untuk melihat apakah tablet besi-folat dan sirup besi betul-betul dikonsumsi oleh sasaran.
- d. Dengan melihat perkembangan kesehatan kelompok sasaran, dapat juga diketahui apakah sasaran mengkonsumsi tablet besi-folat dan sirup besi.

## 2.4 Zat Besi (Fe)

Besi merupakan mineral mikro yang paling banyak terdapat di dalam tubuh manusia, yaitu sebanyak 3-5 gram di dalam tubuh manusia dewasa. Besi mempunyai beberapa fungsi esensial di dalam tubuh: sebagai alat angkut oksigen dari paru-paru ke jaringan tubuh, sebagai alat angkut elektron di dalam sel, dan sebagai bagian terpadu berbagai reaksi enzim di dalam jaringan tubuh (Almatsier, 2004). Besi terdapat luas dalam makanan, dalam bentuk padat besi sebagai metal atau senyawa besi. Dalam bentuk larutan, besi ada dalam bentuk ferro dan bentuk ferri. Dalam bentuk senyawa dengan protein membentuk hemoglobin sebagai pembawa oksigen dalam darah. Sekitar 85% besi dalam tubuh ada dalam senyawa dengan protein dan sekitar 5% ada dalam protein otot juga ada dalam sel.

Tubuh sangat efisien dalam penggunaan besi. Sebelum diabsorpsi, di dalam lambung besi dibebaskan dari ikatan organik seperti protein. Sebagian besi dalam bentuk ferri direduksi menjadi bentuk ferro. Absorpsi besi terutama terjadi di bagian atas usus halus (duodenum) dengan bantuan alat angkut protein khusus, yaitu transferin dan feritin.

Diperkirakan hanya 5 sampai 15% besi makanan diabsorpsi oleh orang dewasa yang berada dalam status gizi baik. Dalam keadaan defisiensi besi absorpsi dapat mencapai 50%. Beberapa faktor yang berpengaruh terhadap absorpsi besi yaitu:

### a. Bentuk besi dalam makanan

Besi dalam makanan terdapat dalam bentuk heme dan non-heme. Daging, jeroan, ikan dan unggas mengandung tinggi besi heme. Sumber besi non-heme adalah nabati kedele, kacang, sayuran daun hijau dan rumput laut. Besi dari sumber nabati (non-heme) bioavailabilitasnya lebih rendah dibanding heme yang terdapat dalam besi dari sumber hewani (Gibson, 2000 dalam Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII, 2004). Besi heme dapat diserap 30% lebih baik dibanding besi non-heme. Sumber heme sendiri (ikan, ayam dan daging) mengandung non-heme 60% dan heme 40%. Konsumsi heme mempunyai keuntungan ganda, selain besinya mudah diserap, heme juga membantu penyerapan non-heme (Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII, 2004).

- b. Asam organik, seperti vitamin C sangat membantu penyerapan besi non-heme dengan merubah bentuk ferri menjadi ferro. Vitamin C juga membentuk gugus besi askorbat yang tetap larut pada Ph lebih tinggi dalam duodenum. Oleh karena itu sangat dianjurkan memakan makanan sumber vitamin C tiap kali makan. Asam organik lain yaitu asam sitrat.
- c. Asam fitat dan faktor lain di dalam serat sereal dan asam oksalat di dalam sayuran menghambat penyerapan besi. Faktor-faktor ini mengikat besi sehingga mempersulit penyerapannya. Misalnya adalah protein kedelai yang memiliki nilai fitat yang tinggi. Vitamin C dalam jumlah yang cukup dapat melawan sebagian pengaruh faktor yang menghambat penyerapan besi ini.
- d. Tanin yang merupakan polifenol dan terdapat dalam teh, kopi dan beberapa jenis sayuran dan buah juga menghambat absorpsi besi. Kalsium dosis tinggi berupa suplemen juga menghambat absorpsi besi, namun mekanismenya belum diketahui dengan pasti.
- e. Tingkat keasaman lambung dapat meningkatkan daya larut besi. Kekurangan asam klorida di dalam lambung atau penggunaan obat-obatan yang bersifat basa, seperti antasida, dapat menghalangi absorpsi besi (Almatsier, 2004).

## 2.5 Perubahan Fisiologi Kardiovaskuler pada Kehamilan

Pada keadaan hamil terjadi perubahan fisiologis pada berbagai sistem tubuh, salah satunya adalah perubahan pada sistem kardiovaskuler. Perubahan pada kardiovaskuler dapat berupa:

- a. **Hipertropi Jantung**  
Akibat kerja jantung yang meningkat untuk memenuhi sirkulasi darah ibu dan janin jantung mengalami hipertropi. Keadaan ini akan kembali normal setelah bayi lahir.
- b. **Peningkatan Curah Jantung**  
Curah jantung adalah volume darah yang dipompakan oleh ventrikel selama satu menit. Peningkatan curah jantung terjadi bulan ke-3 kehamilan. Perubahan ini disebabkan karena meningkatnya kebutuhan darah balik untuk ibu maupun untuk janinnya. Pada kehamilan trimester ke dua terjadi peningkatan curah jantung 40 % tetapi pada trimester ke tiga terjadi

penurunan tekanan curah jantung sebesar 25-30 %, diatas curah jantung sebelum hamil karena adanya penekanan pada vena kava inferior.

c. Peningkatan Stroke Volume

Peningkatan curah jantung tidak terlepas dari peningkatan stroke volume, yaitu volume darah yang dipompakan oleh ventrikel setiap kali denyutan. Sehingga curah jantung merupakan hasil perkalian antara stroke volume dengan frekuensi jantung selama satu menit. Pada primigravida terjadi peningkatan 25 % diatas keadaan sebelum hamil sedangkan pada multigravida lebih dari 38 %.

d. Peningkatan Aliran Darah dan Volume Darah

Peningkatan volume darah terjadi selama kehamilan, mulai pada 10-12 minggu usia kehamilan dan secara progresif sampai dengan usia kehamilan 30-34 minggu. Volume darah meningkat kira-kira 1500 ml (primigravida 1250 ml, multigravida 1500 ml dan kehamilan kembar 2000 ml), normalnya terjadi peningkatan 8.5%-9.0% dari berat badan atau terjadi peningkatan 25% - 45% diatas wanita tidak hamil (Irene M. Bobak, 1993 dalam Tarwoto dan Wasnidar, 2007). Akan tetapi, bertambahnya sel-sel darah kurang bila dibandingkan dengan bertambahnya plasma darah, sehingga terjadi pengenceran darah. Pengenceran darah dianggap sebagai penyesuaian diri secara fisiologis yang bermanfaat bagi ibu hamil. Pertama, pengenceran tersebut meringankan beban jantung yang harus bekerja lebih berat dalam masa kehamilan akibat *cardiac output* meningkat. Kedua, pada perdarahan waktu persalinan, banyaknya unsur besi yang hilang lebih sedikit dibandingkan dengan apabila darah tetap kental (Sarwono, 2005). Volume darah merah dan plasma juga meningkat selama kehamilan seiring dengan peningkatan curah jantung. Pembentukan darah merah juga meningkat seiring dengan meningkatnya kebutuhan darah sebesar 30% - 33%. Keadaan ini membutuhkan banyak bahan-bahan pembentukan sel darah merah seperti zat besi, asam folat dan lainnya pada ibu hamil. Peningkatan kebutuhan ini mengakibatkan kecenderungan pada ibu hamil mengalami anemia, dimana hemoglobin menurun (N : 12- 16 gr/dl) dan juga hemotokrit ( N: 37% - 47%). Pada ibu hamil juga terjadi peningkatan aliran darah ke seluruh organ tubuh

misalnya pada otak, uterus, ginjal, payudara dan kulit. Peningkatan ini sangat penting artinya bagi pertumbuhan dan perkembangan fetus.

e. Tekanan Darah

Tekanan darah arteri bervariasi sesuai umur, tingkat aktivitas, ada atau tidaknya masalah kesehatan. Pasien dengan anemia kecenderungan terjadi penurunan tekanan darah. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi keadaan tekanan darah diantaranya posisi ibu saat pengukuran, posisi duduk lebih tinggi dari pada posisi berbaring dan *recumbent*. Selama trimester kedua kehamilan, terjadi penurunan baik tekanan sistole maupun diastole 5-10 mmHg. Penurunan ini kemungkinan disebabkan oleh vasodilatasi perifer karena pengaruh perubahan hormon. Selama trimester ketiga tekanan darah kembali seperti pada trimester pertama (Irene M Bobak, 1993 dalam Tarwoto dan Wasnidar, 2007).

## 2.6 Rekomendasi Kecukupan Zat Besi bagi Ibu Hamil

Karena kebutuhan besi selama masa kehamilan sangat tinggi, FAO/WHO 2001 menganjurkan agar wanita hamil, khususnya trimester 2 dan 3, mendapatkan tambahan (pil) besi dengan dosis 100 mg/hari. Selama masa kehamilan terjadi kehilangan besi basal 250 mg, kebutuhan janin dan plasenta 315 mg, dan kebutuhan untuk meningkatkan massa hemoglobin (termasuk simpanan) 500 mg, atau total sekitar 1,1 gram. Pada trimester 1 belum ada kebutuhan yang meningkat drastis, sehingga kecukupan besi pada trimester 1 sama dengan kecukupan besi pada wanita dewasa yang masih menstruasi yaitu 26 mg/hari. Pada saat melahirkan ada kehilangan besi sekitar 250 mg, sehingga sebanyak 250 mg masih tersimpan. Jika ditambah dengan kebutuhan untuk janin dan plasenta 315 mg, maka diperlukan besi sekitar 550 mg. Jumlah ini harus dipenuhi selama trimester 2 dan 3, maka diperlukan tambahan besi rata-rata 2,9 mg/hari atau 2,7 mg/hari selama trimester 2 dan 3,1 mg/hari selama trimester 3. Median kehilangan besi basal rata-rata adalah 0,8 mg/hari. Dengan tingkat penyerapan 10%, maka EAR (Estimate Average Requirement) ibu hamil trimester 2 adalah 35 mg/hari dan EAR trimester 3 adalah 39 mg/hari. Dengan demikian maka RDA (Recommended

Dietary Allowance) trimester 2 adalah 42 mg/hari dan trimester 3 adalah 47 mg/hari (Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII, 2004).

## 2.7 Anemia Defisiensi Besi pada Ibu Hamil

### 2.7.1 Pengertian

Anemia adalah kondisi dimana sel darah merah menurun atau menurunnya kadar hemoglobin di dalam darah, sehingga kapasitas daya angkut oksigen untuk kebutuhan organ-organ vital pada ibu dan janin menjadi berkurang. Anemia defisiensi besi merupakan gejala kronis dengan keadaan hipokromik (konsentrasi Hb berkurang) mikrositik yang disebabkan oleh suplai besi kurang dalam tubuh. Kurangnya besi berpengaruh dalam pembentukan hemoglobin sehingga konsentrasinya dalam sel darah merah berkurang, hal ini akan mengakibatkan tidak adekuatnya pengangkutan oksigen ke seluruh jaringan tubuh. Rendahnya kapasitas darah untuk membawa oksigen memicu kompensasi tubuh dengan memacu jantung meningkatkan curah jantung. Jantung yang terus menerus dipacu bekerja keras dapat mengakibatkan gagal jantung dan komplikasi lain seperti preeklamsia (Tarwoto dan Wasnidar, 2007).

World Health Organization (WHO) merekomendasikan sejumlah nilai *cut off* untuk menentukan anemia karena defisiensi zat besi pada ibu hamil yaitu bila konsentrasi haemoglobin, (Hb) < 11gr/dl. Anemia katagori ringan yaitu bila Hb 10-10,9 gr/dl, katagori sedang yaitu bila Hb 7,0-9,9 gr/dl, dan anemia berat bila Hb < 7,0 gr/dl (McLean dkk dalam Kraemer & Zimmermann, 2007).

Metode untuk menentukan kadar Hb yang dianjurkan oleh WHO tahun 1968 dan sesuai dengan anjuran Temu Nasional Anemia pada tahun 1983, adalah dengan menggunakan metode Cyanmethemoglobin (Depkes RI, 1999).

### 2.7.2 Penyebab Anemia Defisiensi Besi pada Ibu Hamil

Beberapa penyebab terjadinya anemia defisiensi besi pada ibu hamil yaitu:

#### a. Asupan yang tidak adekuat

Banyak faktor yang menyebabkan asupan zat besi tidak adekuat misalnya asupan zat makanan/gizi yang kurang akibat kemiskinan, dimana makanan yang banyak mengandung zat besi seperti berasal dari daging hewani, buah dan

sayuran hijau tidak dapat dikonsumsi secara cukup. Pola asuh dari kultur keluarga yang mengutamakan pemenuhan gizi pada kepala keluarga mengakibatkan anggota keluarga yang lain seperti anak dan ibu menjadi lebih sedikit. Kurangnya pengetahuan tentang makanan yang mengandung banyak zat besi serta cara pengolahan makanan yang benar juga menjadi faktor asupan zat besi yang tidak adekuat. Adanya penyakit tertentu seperti gastritis, penyakit pada usus halus akan mengganggu penyerapan zat besi. Tidak mengonsumsi tablet penambah darah, dikarenakan Ibu hamil yang tidak memeriksakan kandungannya ke petugas kesehatan. Faktor lain yang dapat menghambat penyerapan zat besi adalah adanya kebiasaan mengonsumsi kopi dan teh secara bersamaan pada waktu makan.

b. Peningkatan kebutuhan

Ibu hamil memerlukan zat besi yang lebih tinggi, sekitar 200-300% dari kebutuhan wanita tidak hamil. Hal ini untuk memenuhi kebutuhan pertumbuhan janin dan pembentukan darah ibu. Jika peningkatan kebutuhan tidak diimbangi intake yang tidak adekuat maka akan terjadi ketidakseimbangan atau kekurangan zat besi.

### 2.7.3 Tanda dan Gejala Anemia Defisiensi Besi

Tanda dan gejala anemia defisiensi zat besi tidak khas hampir sama dengan anemia pada umumnya antara lain cepat lelah, hal ini terjadi karena simpanan oksigen dalam jaringan otot kurang sehingga metabolisme otot terganggu, nyeri kepala dan pusing merupakan kompensasi dimana otak kekurangan oksigen, karena daya angkut hemoglobin berkurang, kesulitan bernapas, terkadang sesak napas merupakan gejala, dimana tubuh memerlukan lebih banyak lagi oksigen dengan cara kompensasi pernapasan lebih dipercepat. Gejala lainnya yaitu palpitasi, jantung berdeyut lebih cepat diikuti dengan peningkatan denyut nadi dan pucat pada muka, telapak tangan, kuku, membran mukosa mulut dan konjungtiva.

Tanda yang khas pada anemia defisiensi besi berupa adanya kuku sendok (*spoon nail*), kuku menjadi rapuh, bergaris-garis vertikal dan menjadi cekung mirip sendok, terjadi atrofi papil lidah, permukaan lidah menjadi licin dan mengkilap

karena papil lidah menghilang. Penderita juga mengalami stomatitis angular, yaitu peradangan pada sudut mulut sehingga nampak seperti bercak berwarna pucat keputihan, dapat juga muncul tanda disfagia atau nyeri saat menelan karena kerusakan epitel hipofaring, atrofi mukosa gaster, serta terjadi peradangan pada mukosa mulut (stomatitis), peradangan pada lidah (glositis) dan peradangan pada bibir (cheilitis) ( Tarwoto dan Wasnidar, 2007).

#### 2.7.4 Penatalaksanaan Anemia Ibu Hamil

Penatalaksanaan anemia pada ibu hamil meliputi:

- a. Mengatasi penyebab anemia seperti penyakit, perdarahan, cacingan dan lainnya.
- b. Pemberian nutrisi/makanan yang banyak mengandung unsur zat besi, diantaranya daging hewan, telur, ikan dan sayuran hijau.
- c. Pemberian tablet Zat Besi selama kehamilan. Pemberian suplemen besi merupakan salah satu cara yang dianggap paling cocok bagi ibu hamil untuk meningkatkan kadar Hb sampai pada tahap yang diinginkan, karena sangat efektif, satu tablet di Indonesia mengandung 60 mg Fe dan 0.25 asam folat. Setiap tablet setara dengan 200 mg ferrosulfat. Selama masa kehamilan minimal diberikan 90 tablet sampai 42 minggu setelah melahirkan, diberikan sejak pemeriksaan ibu hamil pertama. Setiap satu kemasan tablet besi terdiri dari 30 tablet yang terbungkus dalam kertas aluminium foil sehingga obat tidak cepat rusak dan tidak berbau. Pemberian zat besi untuk dosis pencegahan 1 kali 1 tablet per hari, dan untuk dosis pengobatan (bila Hb kurang dari 11 gr/dl) adalah 3 kali 1 tablet per hari, (Depkes RI, 1999). Pemberian tablet besi sebaiknya dilakukan pada jeda makan dan lambung tidak banyak makanan. Pada keadaan ini zat besi akan mudah diserap.
- d. Pendidikan kesehatan yang meliputi pengetahuan anemia, pemilihan makanan tinggi zat besi, asupan zat besi.

## 2.8 Konsep Perilaku

### 2.8.1 Batasan Perilaku

Perilaku dari segi biologis adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Manusia sebagai salah satu makhluk hidup mempunyai bentangan yang sangat luas, sepanjang kegiatan yang dilakukan manusia tersebut antar lain: berjalan, berbicara, bekerja, menulis, membaca, berpikir, dan seterusnya.

Skinner (1938), seorang ahli psikologi merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Selanjutnya teori Skinner menjelaskan adanya dua jenis respons, yakni:

- a. *Respondent respons* atau *reflexive*, yakni respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu yang disebut *eliciting stimulus*, karena menimbulkan respons-respons yang relatif tetap.
- b. *Operant respon* atau *instrumental repons*, yakni respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau rangsangan yang lain. Perangsang yang terakhir ini disebut *reinforeing stimuli* atau *reinforcer*, karena berfungsi untuk memperkuat respon.

Sejalan dengan batasan perilaku menurut Skinner, maka perilaku kesehatan (*health behavior*) adalah respons seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit (kesehatan), seperti lingkungan, makanan, minuman, pelayanan kesehatan. Perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang diamati (*observable*), maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*), yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan ini mencakup mencegah atau melindungi diri dari penyakit dan masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan, dan mencari penyembuhan apabila sakit atau terkena masalah kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

### 2.8.2 Bentuk Perilaku

Dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus, dalam Notoatmodjo (2010), perilaku dapat dibedakan menjadi dua yakni:

- a. Perilaku tertutup (*covert behavior*), terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut belum dapat diamati orang lain (dari luar) secara jelas. Respon seseorang masih terbatas pada perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan, dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan. Bentuk *unobservable behavior* atau *covert behavior* yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap.
- b. Perilaku terbuka (*overt behavior*), terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut sudah berupa tindakan atau praktik, ini dapat diamati orang lain dari luar atau *observable behavior*, berbentuk tindakan nyata, dalam bentuk kegiatan atau dalam bentuk praktik (*practice*).

### 2.8.3 Domain Perilaku

Perilaku seseorang adalah sangat kompleks, dan mempunyai bentangan yang sangat luas. Benyamin Bloom (1908) dalam Notoadmodjo (2010), membedakan adanya 3 area wilayah, ranah atau domain perilaku, yakni kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*).

Dalam perkembangan selanjutnya, berdasarkan pembagian domain oleh Bloom ini, dan untuk kepentingan pendidikan praktis, dikembangkan menjadi 3 tingkat ranah perilaku sebagai berikut :

#### a. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu penginderaan sehingga menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni :

- (*Awareness*), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (*obyek*).
- Merasa tertarik (*Interest*) terhadap stimulus atau obyek tersebut, disini sikap subyek sudah mulai terbentuk.
- Menimbang-nimbang (*Evaluation*) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.

- Uji coba (*Trial*) dimana subyek mulai mencoba melakukan sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.
- Adopsi (*Adoption*), dimana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden ( Notoatmodjo, 2003).

#### b. Sikap (*Attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau obyek. Berbagai batasan tentang sikap dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. Newcomb salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap itu merupakan suatu aksi tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan atau perilaku. Allport (1954) mengatakan sikap itu mempunyai 3 komponen pokok, yakni:

- Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu obyek
- Kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu obyek
- Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*), artinya sikap adalah merupakan komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka.

Ketiga komponen ini bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam menentukan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting. Contoh: seorang ibu mendengar (tahu) penyakit demam berdarah, pengetahuan ini akan membawa ibu untuk berpikir dan berusaha supaya keluarganya, terutama anaknya tidak terkena penyakit demam berdarah. Dalam berpikir ini komponen emosi dan keyakinan ikut bekerja sehingga ibu tersebut berniat untuk melakukan 3M agar anaknya tidak terserang demam berdarah.

Metode pendidikan untuk mengubah domain perilaku yaitu sikap dapat dilakukan dengan cara diskusi kelompok, tanya jawab, *role playing*, pemutaran film, video, *tape recorder*, simulasi dan bimbingan penyuluhan.

c. Tindakan atau Praktek (*Practice*)

Sikap belum tentu terwujud dalam suatu tindakan, sebab untuk terwujudnya tindakan perlu faktor lain, antara lain adanya fasilitas atau sarana dan prasarana. Seorang ibu hamil sudah tahu bahwa periksa kehamilan itu penting untuk kesehatannya dan janinnya, dan sudah ada niat (sikap) untuk periksa kehamilan. Agar sikap ini meningkat menjadi tindakan, maka diperlukan bidan, Posyandu atau Puskesmas yang dekat dari rumahnya, atau fasilitas tersebut mudah dicapainya. Apabila tidak, kemungkinan ibu tersebut tidak akan memeriksakan kehamilannya. Tingkat-tingkat praktek meliputi:

- Persepsi (*perception*) yaitu mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.
- Respon terpimpin (*guided respons*) yaitu dapat melakukan sesuatu dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh.
- Mekanisme (*mechanism*), yaitu apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau suatu ide sudah merupakan suatu kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga.
- Adaptasi (*adaptation*) yaitu merupakan praktek yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya sendiri tanpa mengurangi kebenaran tindakannya.

Pengukuran atau cara mengamati perilaku dapat dilakukan melalui dua cara, secara langsung maupun tidak langsung. Pengukuran perilaku yang paling baik adalah secara langsung yakni dengan pengamatan (*observasi*) yaitu mengamati tindakan dari subjek dalam rangka memelihara kesehatannya. Sedangkan secara tidak langsung menggunakan metode mengingat kembali (*recall*). Metode ini dilakukan melalui pertanyaan- pertanyaan terhadap subjek tentang apa yang telah dilakukan berhubungan dengan objek tertentu (Notoatmodjo, 2003).

## 2.9 Persepsi

### 2.9.1 Pengertian

Bagi hampir semua orang, sangatlah mudah kiranya melakukan perbuatan melihat, mendengar, membau, merasakan, dan menyentuh, yakni proses-proses yang sudah semestinya ada. Namun informasi yang datang dari organ-organ indera kiranya perlu terlebih dahulu diorganisasikan dan diinterpretasikan sebelum dapat dimengerti, dan proses ini dinamakan persepsi. Tidak semua informasi yang masuk ke organ indera pada suatu waktu dirasakan secara sadar. Dikatakan demikian, misalnya apabila anda mengkonsentrasikan secara penuh semua suara yang masuk ke telinga dalam beberapa saat, berarti anda memperhatikan suara-suara yang ada pada saat itu dan tidak merasakan secara sadar adanya tekanan pada kulit (Hardy & Heyes, 1985).

Secara etimologis, kata persepsi (*perception*) berasal dari bahasa latin yaitu *perceptio* ; *percipere* yang artinya menerima atau mengambil. Leavitt, 1978, mendefinisikan persepsi dalam arti sempit yaitu bagaimana seseorang melihat sesuatu, dan dalam arti luas bagaimana seseorang memandang atau mengartikan sesuatu. Sedangkan Rahmat, 1994, mendefinisikan persepsi sebagai pengalaman tentang objek, peristiwa, atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkan pesan (Sobur, 2009 ).

### 2.9.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persepsi

Faktor yang mempengaruhi persepsi antara lain yaitu:

#### a. Faktor Eksternal

- Kontras: Cara termudah untuk menarik perhatian adalah dengan membuat kontras baik pada warna, ukuran, bentuk, atau gerakan.
- Perubahan Intensitas : Suara yang berubah dari pelan menjadi keras, atau cahaya yang berubah dengan intensitas tinggi akan menarik perhatian kita.
- Pengulangan (*Repetition*) : Iklan yang di ulang-ulang akan lebih menarik perhatian kita walaupun kadang kita mungkin tidak memerhatikannya, namun karena adanya pengulangan akhirnya akan mendapat perhatian kita.
- Sesuatu yang baru (*Novelty*) : Stimulus yang baru akan lebih menarik perhatian kita daripada sesuatu yang sudah kita ketahui.

- Sesuatu yang menjadi perhatian orang banyak : Stimulus yang menjadi perhatian orang banyak akan menarik perhatian kita.

b. Faktor Internal

- Pengalaman/Pengetahuan: Pengalaman masa lalu/apa yang telah kita pelajari dapat menyebabkan terjadinya perbedaan interpretasi. Apa yang kita lihat akan mempengaruhi apa yang kita rasakan kemudian hari.
- Harapan/*expectatio*: Harapan terhadap sesuatu akan mempengaruhi persepsi terhadap stimulus.
- Kebutuhan: Kebutuhan akan menyebabkan stimulus dapat masuk dalam rentang perhatian kita dan kebutuhan ini menyebabkan kita menginterpretasikan stimulus secara berbeda.
- Motivasi: Motivasi akan mempengaruhi persepsi seseorang.
- Emosi: Emosi seseorang akan mempengaruhi persepsinya terhadap stimulus yang ada.
- Budaya: Seseorang dengan latar belakang budaya yang sama akan menginterpretasikan orang-orang dalam kelompoknya secara berbeda namun akan menginterpretasikan orang-orang di luar kelompoknya secara sama (Notoadmodjo, 2005).

### 2.10 *Health Belief Model*

Health Belief Model (HBM) adalah teori yang banyak digunakan dalam promosi dan edukasi kesehatan. teori ini mulai digunakan sejak tahun 1950 untuk menjelaskan alasan kenapa program medical screening yang dilaksanakan oleh *Public Health Service* di US, untuk mengatasi penyakit TBC, tidak berhasil. Konsep dasar HBM menjelaskan faktor determinan perilaku kesehatan yaitu personal beliefs atau persepsi mengenai penyakit dan strategi untuk mengurangi kejadian tersebut (Hochbaum, 1958, dalam *Jones and Bartlett Publishers, LLC. n.d.*).

HBM merupakan model kognitif, yang berarti bahwa khususnya proses kognitif, dipengaruhi oleh informasi dari lingkungan, termasuk hitungan. Menurut HBM, kemungkinan individu akan melakukan tindakan pencegahan tergantung

secara langsung pada hasil dari dua keyakinan atau penilaian kesehatan (*health beliefs*) yaitu : ancaman yang dirasakan dari sakit atau luka dan pertimbangan tentang keuntungan dan kerugian (Smet, 1994).

Penilaian pertama adalah ancaman yang dirasakan terhadap resiko yang akan muncul. Hal ini mengacu pada sejauh mana seseorang berpikir penyakit atau kesakitan betul-betul merupakan ancaman bagi dirinya. Asumsinya adalah bahwa bila ancaman yang dirasakan tersebut meningkat maka perilaku pencegahan juga akan meningkat. Penilaian kedua yang dibuat adalah perbandingan antara keuntungan dengan kerugian dari perilaku dalam usaha untuk memutuskan melakukan tindakan pencegahan atau tidak.

Dalam perkembangannya, model ini digunakan antara lain untuk menganalisis faktor-faktor yang menjadi prediktor dan respon seseorang terhadap gejala penyakit. Pada tahun 1974, Becker memperluas model tersebut dalam usaha untuk mempelajari perilaku seseorang terhadap diagnosis yang ditegakkan, khususnya compliance (kepatuhan) dalam pengobatan. HBM juga merupakan model yang sering digunakan untuk menjelaskan perilaku pencegahan penyakit.

Munculnya model ini didasarkan pada kenyataan bahwa problem-problem kesehatan ditandai oleh kegagalan-kegagalan orang atau masyarakat untuk menerima usaha-usaha pencegahan dan penyembuhan penyakit yang diselenggarakan oleh provider. Kegagalan ini akhirnya memunculkan teori yang menjelaskan perilaku pencegahan penyakit, yang oleh Becker (1974) dikembangkan dari teori lapangan (Field Theory, Lewin, 1954) menjadi model kepercayaan kesehatan (HBM) (Notoatmodjo, 2010).

Teori Lewin menganut konsep bahwa individu hidup pada lingkup kehidupan sosial (masyarakat). Di dalam kehidupan ini individu-individu akan bernilai, baik positif maupun negatif, di suatu daerah atau wilayah tertentu. Apabila seseorang keadaannya atau berada pada daerah positif, maka berarti ia ditolak dari daerah negatif. Implikasinya di dalam kesehatan adalah, penyakit atau sakit adalah suatu daerah negatif, sedangkan sehat adalah wilayah positif.

Individu dalam bertindak untuk melawan atau mengobati penyakitnya, ada lima variabel kunci yang terlibat di dalam tindakan tersebut, yakni kerentanan yang dirasakan terhadap suatu penyakit, keseriusan yang dirasakan, manfaat yang

diterima dan rintangan yang dialami dalam tindakannya melawan penyakitnya, dan hal-hal yang memotivasi tindakan tersebut. Lima variabel kunci atau yang disebut sebagai komponen HBM tersebut yaitu:

a. Kerentanan yang dirasakan (*Perceived susceptibility*)

Agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakit, ia harus merasakan bahwa ia rentan (*susceptible*) terhadap penyakit tersebut. Dengan kata lain, suatu tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit akan timbul bila seseorang telah merasakan bahwa ia atau keluarganya rentan terhadap penyakit tersebut.

b. Keseriusan yang dirasakan (*Perceived seriousness*)

Tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit akan didorong pula oleh keseriusan penyakit tersebut terhadap individu atau masyarakat. Penyakit polio misalnya akan dirasakan lebih serius bila dibandingkan dengan flu, oleh karena itu, tindakan pencegahan polio akan lebih banyak dilakukan bila dibandingkan dengan pencegahan flu.

c. Manfaat dan rintangan-rintangan yang dirasakan (*Perceived benefit and barrier*)

Individu yang merasa dirinya rentan untuk penyakit-penyakit yang dianggap gawat (serius), ia akan melakukan suatu tindakan tertentu. Tindakan ini akan tergantung pada manfaat yang dirasakan dan rintangan-rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Pada umumnya manfaat tindakan lebih menentukan daripada rintangan-rintangan yang mungkin ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut.

d. *Self Efficacy*

Pada tahun 1988, *self efficacy* ditambahkan ke dalam 4 beliefs dari HBM. Definisi *self efficacy* yaitu kepercayaan seseorang pada kemampuan untuk berhasil melakukan suatu tindakan. Konsep ini ditambahkan oleh Rosenstock, dkk. Untuk menyempurnakan HBM agar lebih sesuai dengan tantangan untuk merubah perilaku atau kebiasaan yang tidak sehat seperti merokok, *sedentary*, dan makan berlebihan. Seseorang umumnya tidak mencoba melakukan sesuatu yang baru kecuali mereka berfikir mereka dapat melakukannya. Jika seseorang percaya bahwa perilaku baru tersebut berguna (*perceived benefit*),

tetapi tidak berfikir bahwa mereka mampu melakukannya (*perceived barrier*), maka kemungkinan besar perilaku tersebut tidak akan dilakukan.

e. Isyarat atau tanda-tanda (*Cues to action*)

Untuk mendapatkan tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan dan keuntungan tindakan, maka diperlukan isyarat-isyarat yang berupa faktor-faktor eksternal. Faktor-faktor tersebut misalnya pesan-pesan pada media massa, nasehat atau anjuran kawan-kawan atau anggota keluarga lain dari si sakit, dan sebagainya.

Ancaman, keseriusan, ketidak-kekebalan dan pertimbangan keuntungan dan kerugian, dipengaruhi oleh variabel demografis (usia, jenis kelamin, latar belakang budaya), variabel sosiopsikologis (kepribadian, kelas sosial, tekanan sosial), dan variabel struktural (pengetahuan dan pengalaman tentang masalah). Orang tua bila dibandingkan dengan remaja akan melihat secara berbeda tentang resiko dari kanker dan masalah jantung. Orang yang punya pengalaman dengan kanker akan bersikap lain terhadap kanker (dan merokok) dibandingkan dengan orang yang tidak punya pengalaman ini.

Waktu akhir-akhir ini, HBM telah menggunakan ketertarikan dalam kebiasaan seseorang dan sifat-sifat yang dikaitkan dengan perkembangan dari kondisi kronis, termasuk gaya hidup tertentu seperti merokok, dan penggunaan kondom untuk pencegahan AIDS. Penekanan pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit telah diganti kontrol dari resiko, dan HBM telah diterapkan pada perilaku itu sendiri maupun yang lebih penting untuk mencegah perubahan dalam perilaku.

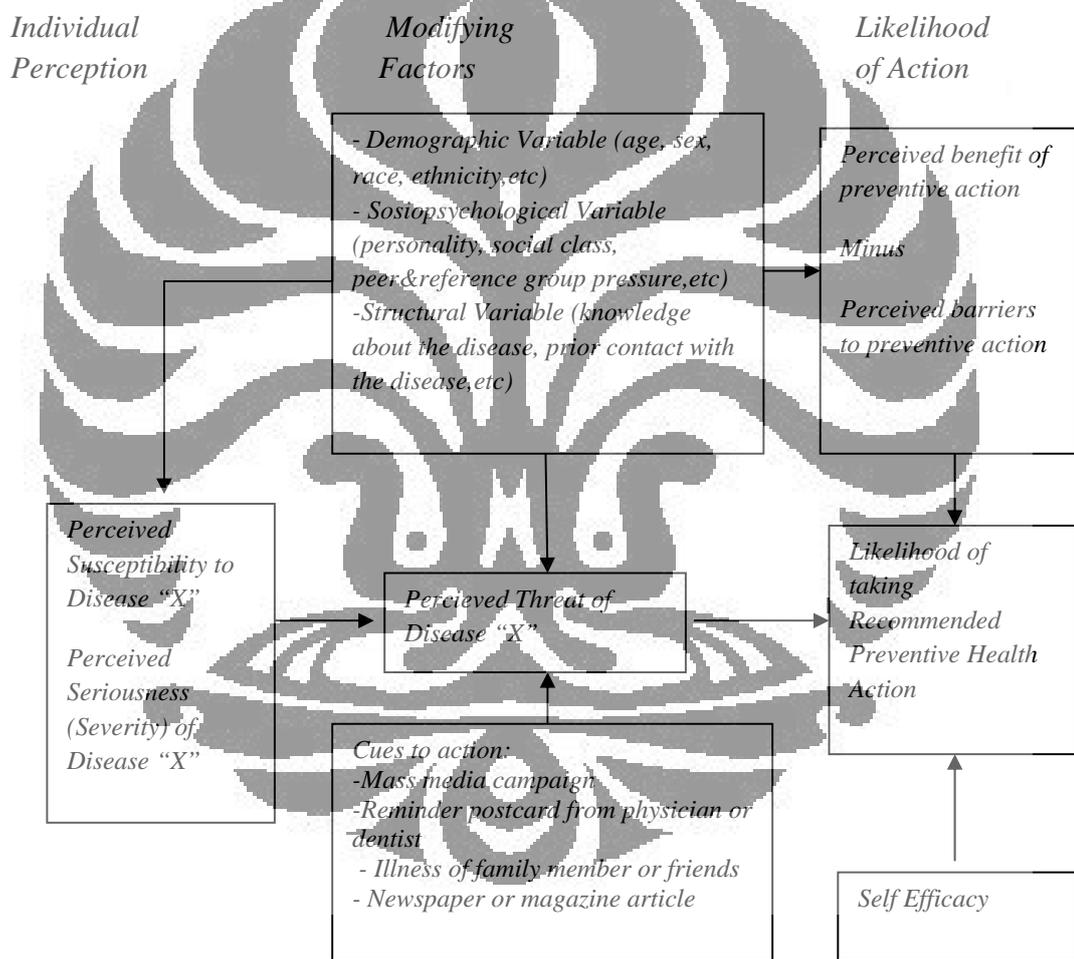
Perluasan yang berarti dari HBM melebihi pencegahan telah terjadi ketika keterangan disusun untuk keadaan kesakitan dan 'perilaku peran sakit'. Penelitian tentang 'terjadinya gejala' (*symptom occurrence*) dan respon terhadap gejala (*symptom response*) menggambarkan secara lengkap bagaimana orang-orang menginterpretasikan keadaan tubuh dan bagaimana berperilaku selektif. Ini berarti bahwa gambaran tentang kesakitan akan diterjemahkan dalam variabel-variabel HBM, contohnya : pencarian perawatan medis untuk gejala-gejala dan mentaati nasehat medis (Smet, 1994).

### BAB 3

## KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

### 3.1 Kerangka Teori

Berdasarkan teori *Health Belief Model* (HBM), maka kerangka teori yang digunakan dalam penelitian adalah sebagai berikut:

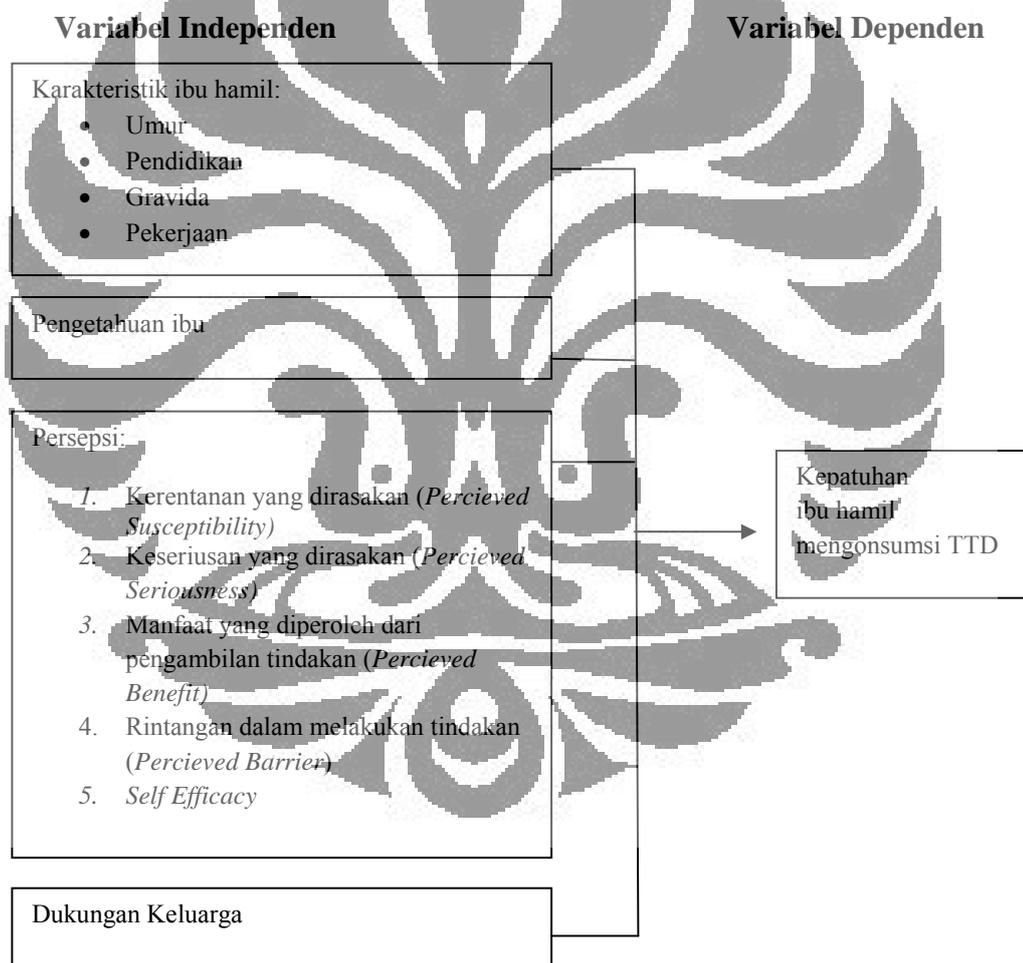


**Gambar 3.1** Kerangka Teori *Health Belief Model*

Sumber : Becker, 1974 dan Rosenstock dkk, 1988, dalam *Jones and Bartlett Publishers, LLC*. (n.d.)

### 3.2 Kerangka Konsep

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi tablet tambah darah. Karakteristik dan pengetahuan ibu hamil, persepsi ibu hamil mengenai kerentanan, keseriusan, manfaat, rintangan, *self efficacy* serta pendorong berupa dukungan keluarga menurut *Health Belief Model* merupakan variabel independen, dilihat sebagai faktor yang berhubungan dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD. Secara sistematis kerangka konsep penelitian digambarkan pada bagan berikut:



**Gambar 3.2** Kerangka Teori Kepatuhan ibu Hamil mengonsumsi Tablet Tambah Darah

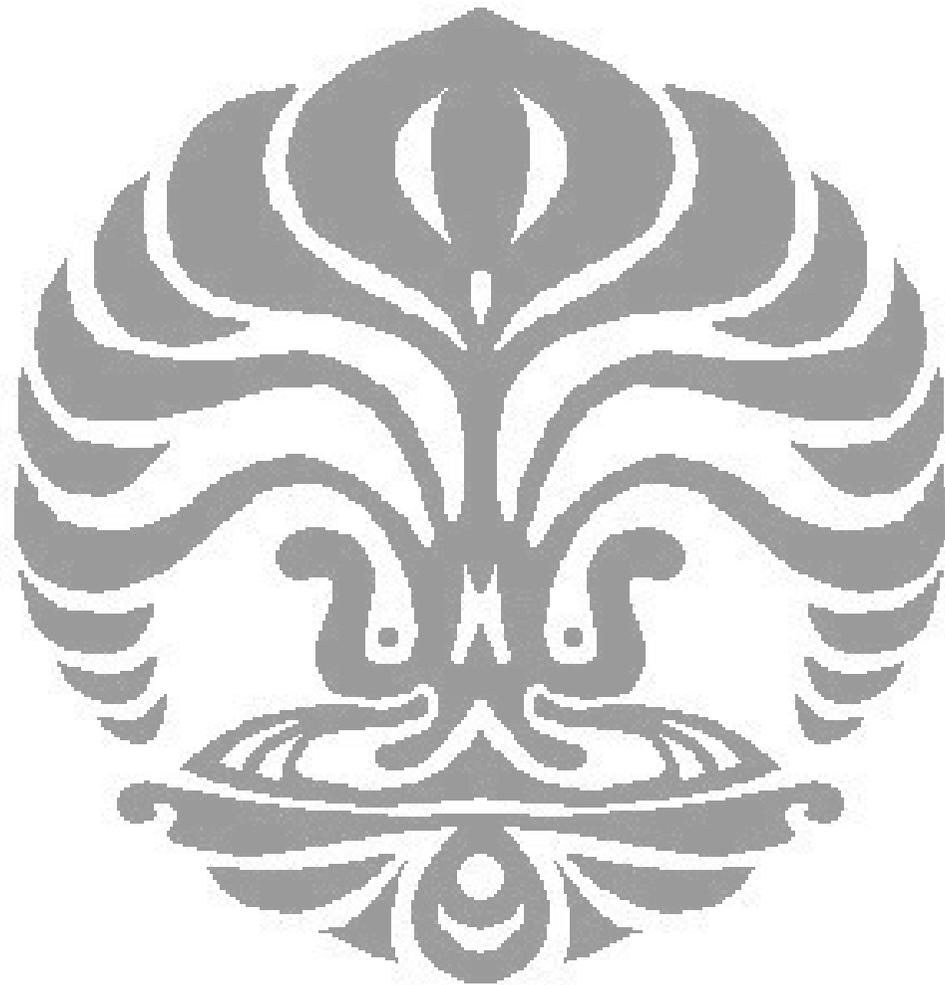
### 3.3 DEFINISI OPERASIONAL

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Kepatuhan ibu hamil mengonsumsi TTD	Pernyataan responden mengenai keteraturannya mengonsumsi TTD sesuai rekomendasi petugas yaitu diminum 1 tablet setiap hari, dimana dalam satu bulan ibu hamil mendapat 30 tablet tambah darah. Kemudian dilakukan penghitungan sisa tablet tambah darah secara manual.	Wawancara dan Pengamatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak patuh, bila meminum TTD &lt; 24 tablet dalam 1 bulan, atau sisa TTD &gt; 6 tablet.</li> <li>2. Patuh, bila meminum TTD 24 sampai 30 tablet dalam 1 bulan, atau sisa TTD ≤ 6 tablet.</li> </ol>	Ordinal
2	Umur ibu	Pernyataan responden tentang lama masa kehidupannya, merupakan selisih tanggal lahir dengan tanggal saat wawancara (dalam tahun)	Wawancara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beresiko, bila umur ibu &lt; 20 tahun atau ≥ 35 tahun.</li> <li>2. Tidak beresiko, bila umur ibu ≥ 20 tahun sampai &lt; 35 tahun.</li> </ol>	Ordinal
3	Pendidikan ibu	Pernyataan responden tentang tingkat pendidikan formal yang telah ditempuhnya.	Wawancara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rendah, bila pendidikan ibu SD dan SMP atau yang sederajat, lulus maupun tidak lulus.</li> <li>2. Tinggi, bila ibu lulus SMA/ yang sederajat atau lebih</li> </ol>	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
4	Gravida	Pernyataan responden mengenai jumlah kehamilan yang pernah dialami oleh responden.	Wawancara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primigravida, bila kehamilan ini merupakan kehamilan pertama, atau sebelumnya ibu tidak pernah hamil.</li> <li>2. Multigravida, bila kehamilan ini adalah kehamilan kedua atau lebih.</li> </ol>	Ordinal
5	Pekerjaan ibu	Pernyataan responden tentang kegiatannya sehari-hari untuk menghasilkan uang sebagai penunjang kehidupan keluarga yang sifatnya menetap.	Wawancara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak bekerja, bila ibu menyatakan tidak mempunyai kegiatan menetap yang menghasilkan uang.</li> <li>2. Bekerja, bila ibu menyatakan mempunyai kegiatan menetap yang menghasilkan uang.</li> </ol>	Nominal
6	Pengetahuan ibu	Pemahaman ibu mengenai anemia dan TTD yang diukur menggunakan 19 pernyataan benar/salah, bila jawaban benar diberi skor 1, bila salah diberi skor 0.	Wawancara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kurang, bila skor pengetahuan ibu &lt; nilai mean.</li> <li>2. Baik, bila skor pengetahuan ibu <math>\geq</math> nilai mean.</li> </ol>	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
	Persepsi	Pernyataan ibu hamil mengenai keyakinannya sesuai 5 komponen dalam HBM, yang terdiri dari persepsi kerentanan, keseriusan, manfaat, rintangan dan <i>self efficacy</i> , yang diukur menggunakan pernyataan positif dan negatif dengan skala Likert, dari sangat setuju, setuju, netral, tidak setuju dan sangat tidak setuju, yang diberi skor 1 sampai 5.			
7	Persepsi kerentanan	Pernyataan responden dimana responden merasa dirinya rentan menderita anemi.	Wawancara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kurang, bila skor persepsi kerentanan ibu &lt; nilai mean.</li> <li>2. Baik, bila skor persepsi kerentanan ibu <math>\geq</math> nilai mean.</li> </ol>	Ordinal
8	Persepsi keseriusan	Pernyataan responden dimana responden merasa bahwa penyakit anemia akan menimbulkan masalah serius bagi kehamilannya.	Wawancara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kurang, bila skor persepsi keseriusan ibu &lt; nilai mean.</li> <li>2. Baik, bila skor persepsi keseriusan ibu <math>\geq</math> nilai mean.</li> </ol>	Ordinal
9	Persepsi manfaat	Pernyataan responden bahwa ada keuntungan yang diperoleh responden dari mengonsumsi TTD.	Wawancara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kurang, bila skor persepsi manfaat ibu &lt; nilai mean.</li> <li>2. Baik, bila skor persepsi manfaat ibu <math>\geq</math> nilai mean.</li> </ol>	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
10	Persepsi rintangan	Pernyataan responden bahwa ada hambatan yang dirasakan dalam upaya mengonsumsi TTD setiap hari.	Wawancara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rintangan lebih, bila skor persepsi rintangan ibu &lt; nilai mean.</li> <li>2. Rintangan kurang, bila skor persepsi rintangan ibu <math>\geq</math> nilai mean.</li> </ol>	Ordinal
11	<i>Self efficacy</i>	Pernyataan responden bahwa ia mempunyai keyakinan akan kemampuan dirinya untuk mengonsumsi TTD secara teratur setiap hari	Wawancara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kurang, bila skor <i>self efficacy</i> ibu &lt; nilai mean.</li> <li>2. Baik, bila skor <i>self efficacy</i> ibu <math>\geq</math> nilai mean.</li> </ol>	Ordinal
12	Dukungan keluarga	Pernyataan responden mengenai adanya dukungan dari anggota keluarga berupa tindakan mengingatkan ibu untuk mengonsumsi TTD setiap hari.	Wawancara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak ada, bila ibu menyatakan tidak ada anggota keluarga yang mengingatkan.</li> <li>2. Ada, bila ibu menyatakan ada anggota keluarga yang mengingatkan.</li> </ol>	Ordinal



Universitas Indonesia

### 3.4 HIPOTESIS

1. Ada hubungan antara variabel demografi ibu hamil ( umur, pendidikan, gravida dan pekerjaan) dengan kepatuhan ibu mengonsumsi TTD.
2. Ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan kepatuhan ibu mengonsumsi TTD.
3. Ibu hamil yang merasa rentan terkena anemia gizi besi akan lebih patuh mengonsumsi TTD dibandingkan dengan ibu hamil yang merasa kurang rentan.
4. Ibu hamil yang merasa bahwa menderita anemia akan menimbulkan masalah serius bagi dirinya akan lebih patuh mengonsumsi TTD dibandingkan dengan ibu hamil yang kurang merasa bahwa anemia akan menimbulkan masalah serius bagi ibu hamil.
5. Ibu hamil yang merasa memperoleh manfaat dari mengonsumsi TTD akan lebih patuh untuk mengonsumsi TTD daripada ibu hamil yang tidak merasa adanya manfaat TTD.
6. Ibu hamil yang merasa lebih sedikit rintangan dalam mengonsumsi TTD akan lebih patuh bila dibandingkan dengan ibu hamil yang merasa banyak mendapat rintangan dalam mengonsumsi TTD.
7. Ibu hamil yang memiliki *self efficacy* terhadap aturan mengonsumsi TTD akan lebih patuh untuk mengonsumsi TTD daripada ibu hamil yang kurang memiliki *self efficacy*.
8. Ibu hamil yang mendapatkan dukungan dari keluarga dalam mengonsumsi TTD akan lebih patuh untuk mengonsumsi TTD dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak mendapatkan dukungan dari keluarga.

## BAB 4 METODE PENELITIAN

### 4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain *cross sectional*, dimana variabel dependen dan variabel independen diukur dalam waktu yang bersamaan. Data yang diteliti berupa data primer yang berasal dari wawancara langsung terhadap responden. Kepatuhan ibu hamil mengonsumsi TTD dinilai melalui pengamatan di rumah ibu hamil dengan cara menghitung sisa TTD yang diterima ibu hamil pada saat pemeriksaan ANC (*Ante Natal Care*) sebulan yang lalu.

### 4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur. Lokasi ini dipilih karena masih tingginya jumlah ibu hamil yang menderita anemia di wilayah ini, dan masih belum ada data mengenai tingkat kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD. Adapun waktu penelitian berlangsung pada bulan April 2011.

### 4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dari penelitian ini adalah semua ibu hamil trimester 2 dan trimester 3 yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember pada Bulan April 2011. Penghitungan besar sampel pada penelitian ini dengan menggunakan *software Sample Size* dengan rumus untuk pengujian hipotesis dua proporsi populasi dua arah (Lwanga & Lemeshow, S., 1997), maka didapatkan jumlah sampel minimal sebagai berikut:

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} \sqrt{2pq} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1 q_1 + p_2 q_2})^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

- $n$  = Jumlah sampel yang diperlukan  
 $\alpha$  = *Level of significance* (5%)  
 $1-\beta$  = *Power of the test* (95%)  
 $q_1$  =  $1 - P_1$   
 $q_2$  =  $1 - P_2$   
 $P_1$  = *Anticipated population proportion 1*, yaitu angka kepatuhan ibu hamil mengkonsumsi TTD dari hasil penelitian Mardiana, 2004, pada ibu hamil dengan pengetahuan baik, yaitu sebesar 78,0%.  $P_1 = 0,78$ .  
 $P_2$  = *Anticipated population proportion 2*, yaitu angka kepatuhan ibu hamil mengkonsumsi TTD dari hasil penelitian Mardiana, 2004, pada ibu hamil dengan pengetahuan kurang, yaitu sebesar 53,1%.  $P_2 = 0,53$ .

Dengan menggunakan rumus diatas maka didapatkan jumlah sampel minimal yang diperlukan pada penelitian ini yaitu sebesar 91 ibu hamil. Sampel yang dipilih harus mampu mewakili seluruh ibu hamil yang ada di wilayah Puskesmas Mumbulsari, untuk itu maka sampel diambil dari 7 desa yang ada di Kecamatan Mumbulsari dengan cara proporsional, yaitu dengan menghitung proporsi ibu hamil per desa kemudian dikalikan dengan jumlah sampel yang dibutuhkan. Metode pengambilan unit sampel dengan menggunakan metode *simple random sampling*. Metode pengambilan sampel secara acak sederhana ini dipilih karena merupakan metode pengambilan sampel terbaik dan paling mudah untuk dimengerti serta memberikan kesempatan yang sama kepada unit sampel untuk terpilih sebagai sampel penelitian (Ariawan, 1998). *Sampling frame* yang digunakan yaitu daftar nama ibu hamil pada buku register Kohort Ibu Hamil di setiap desa yang ada di Kecamatan Mumbulsari.

**Tabel 4.1** Jumlah Sampel Penelitian per Desa  
 di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember,  
 Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Nama Desa	Jumlah Ibu Hamil	Jumlah Sampel
Mumbulsari	218	18
Suco	200	17
Lampeji	196	16
Karang Kedawung	159	13
Tamansari	117	10
Lengkong	122	10
Kawangrejo	87	7
Jumlah	1.099	91

#### 4.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria inklusi adalah syarat-syarat seseorang (dalam penelitian ini : ibu hamil) bisa masuk dalam sampel penelitian, sedangkan kriteria eksklusi adalah syarat-syarat seseorang sudah masuk penelitian akan tetapi harus dikeluarkan dari penelitian (Dahlan, 2008).

Kriteria inklusi yang digunakan dalam pengambilan sampel penelitian kepatuhan ibu mengonsumsi tablet tambah darah yaitu:

- a. Ibu hamil trimester 2 dan 3.
- b. Ibu hamil sudah mendapat TTD program Depkes RI yang didistribusikan oleh puskesmas sebanyak 1 bungkus (30 tablet) pada saat pemeriksaan kehamilan (ANC) sebulan yang lalu.
- c. Bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember.

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah ibu hamil yang sedang sakit dan atau menolak pada saat dilakukan wawancara.

#### 4.5 Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan yaitu berbentuk data primer. Data primer dilakukan oleh peneliti sendiri yang diperoleh dengan menggunakan kuesioner dengan sumber data yaitu ibu hamil di Puskesmas Mumbulsari yang menjadi sampel penelitian. Instrumen penelitian adalah kuesioner yang mencakup data identitas ibu hamil termasuk variabel demografi responden yang meliputi umur, pendidikan, gravida, pekerjaan, pengetahuan dan persepsi ibu hamil mengenai anemia gizi besi dan TTD, serta kepatuhan ibu hamil mengonsumsi TTD dengan melihat jumlah TTD yang diterima, diminum, dan menghitung sisanya, melalui pengamatan langsung di rumah ibu hamil.

#### 4.6 Waktu Pengumpulan Data

Waktu pelaksanaan pengumpulan data dilakukan pada tanggal 2 sampai dengan tanggal 30 April 2011.

#### 4.7 Validitas dan Reliabilitas

Kuesioner yang telah dibuat sebelumnya dilakukan uji validitas dan reliabilitas pada ibu hamil yang memenuhi kriteria sesuai yang ditentukan pada penelitian. Ibu hamil yang dilakukan uji coba kuesioner berjumlah 30 orang, bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Patrang, Kecamatan Patrang, Kabupaten Jember, wilayah ini dipilih karena memiliki kemiripan karakteristik ibu hamil dengan ibu hamil di Puskesmas Mumbulsari. Hasil ujicoba kuesioner kemudian dianalisis, untuk validitas menggunakan korelasi *Pearson Product Moment*, dengan membandingkan  $r$  hitung terhadap  $r$  tabel. Sedangkan untuk reliabilitas menggunakan uji *Crombach Alpha*, bila hasilnya  $\geq 0,6$  berarti variabel reliabel (Hastono, 2007).

Hasil uji coba kuesioner penelitian pada kuesioner persepsi ibu hamil dengan 24 pernyataan, diperoleh  $r$  tabel pada alpha 5% yaitu 0,444 dan hasil *Crombach Alpha* sebesar 0,787 kemudian membuang 6 pernyataan dengan nilai  $r$  terendah, sehingga didapatkan nilai *Crombach Alpha* sebesar 0,803.

#### 4.8 Pengolahan Data

Data yang terkumpul selanjutnya dilakukan pengolahan data secara manual dan menggunakan komputer dengan fasilitas SPSS. Langkah-langkah pengolahan data meliputi:

##### 4.8.1 *Editing* ( penyuntingan)

Pada tahap ini data diperiksa kelengkapan, ketepatan jawaban kuesioner serta kesalahan dalam pengisian kuesioner dan disusun urutannya serta diperiksa konsistensi jawaban pada kuesioner.

##### 4.8.2 *Coding* (pengkodean data)

Setelah data yang diperlukan terkumpul lalu dilakukan proses *coding* atau pengkodean sesuai dengan alternatif jawaban untuk memudahkan *entry* data ke komputer. Setiap variabel diberi nilai sebagai berikut:

- a. Kepatuhan ibu hamil mengonsumsi TTD

Kepatuhan ibu hamil mengonsumsi TTD diketahui melalui lembar pengamatan dengan 2 pertanyaan, pada bagian I (lembar Pengamatan) soal

nomer 1 dan 2. Pada pertanyaan nomer 2 peneliti melakukan pengamatan sisa TTD yang ada di rumah ibu hamil. Bila sisa tablet yang ada berjumlah 6 tablet atau kurang disebut patuh, tetapi bila sisa tablet yang ada lebih dari 6, maka ibu hamil disebut tidak patuh. Kepatuhan dibagi menjadi dua kategori, yaitu kode 1 untuk ibu hamil yang tidak patuh, dan kode 2 untuk ibu hamil yang patuh.

b. Umur ibu

Kategori umur responden dibagi dua berdasarkan teori yaitu berisiko (umur  $< 20$  atau  $\geq 35$  tahun) diberi kode 1 dan tidak berisiko (umur  $\geq 20$  tahun sampai  $< 35$  tahun) diberi kode 1.

c. Pendidikan ibu

Pendidikan ibu terdiri dari 1 soal, dengan memilih tingkat pendidikan mulai tidak sekolah sampai tamat akademi atau perguruan tinggi. Kategori pendidikan ibu dibagi dua yaitu pendidikan rendah, yaitu SMA ke bawah, diberi kode 1 dan pendidikan tinggi, bila ibu lulus SMA atau lebih dan diberi kode 2.

d. Gravida

Gravida ibu dibagi menjadi dua kategori, bila pada pertanyaan kehamilan ini hamil yang ke berapa, ibu menjawab ke satu atau pertama, maka disebut primigravida dan diberi kode 1, bila ibu menjawab kehamilan ini ke 2 atau lebih maka disebut multigravida dan diberi kode 2.

e. Pekerjaan ibu

Pertanyaan tentang pekerjaan ada 1 soal yaitu pertanyaan bagian C. Jika memilih jawaban 1 (tidak bekerja/ibu rumah tangga) diberi kode 1 dan jika memilih jawaban 2 (bekerja) diberi kode 2.

f. Pengetahuan ibu

Variabel pengetahuan ibu mengenai penyakit anemia dan TTD terdiri dari 19 soal dengan pernyataan benar dan salah pada kuesioner bagian D, jika jawaban ibu tidak tepat, diberi nilai 0, dan jika jawaban tepat diberi nilai 1. Selanjutnya dihitung nilai total jawaban ibu dari bagian pengetahuan ibu, dengan kisaran nilai antara 0-19. Pengkategorian variabel pengetahuan ibu dikelompokkan berdasarkan mean ( $=13,82$ ) karena hasil uji kenormalan

data dengan menghitung nilai *skewness* dibagi *standart error skewness* menghasilkan angka -1,83. Bila hasilnya kurang atau sama dengan 2, maka distribusi data adalah normal (Hastono, 2007). Jumlah nilai minimum 7 dan nilai maksimum 18. Kategori pengetahuan dibagi dua, kurang bila dibawah nilai mean diberi kode 1 dan pengetahuan baik bila sama dengan atau diatas mean dan diberi kode 2.

g. Persepsi kerentanan

Persepsi kerentanan ibu hamil diketahui melalui pernyataan pada bagian E nomer 1 sampai 4, dengan skala Likert mulai sangat tidak setuju, tidak setuju, netral, setuju dan sangat setuju. Dalam penyajian hasil penelitian univariat untuk memudahkan pembacaan, maka 5 skala yang ada diringkas, untuk jawaban sangat setuju dan setuju dijadikan satu yaitu setuju, dan untuk jawaban tidak setuju dan sangat tidak setuju disebut tidak setuju, sedangkan untuk mengetahui skor nilai persepsi, tetap menggunakan 5 skala Likert dengan pernyataan positif dan negatif. Pernyataan positif bila ibu memilih sangat setuju, maka diberi nilai 5, setuju diberi nilai 4, demikian seterusnya sampai sangat tidak setuju diberi nilai 1, untuk pernyataan negatif maka pemberian nilainya adalah kebalikan dari pernyataan positif (hal ini dilakukan pula pada 4 persepsi dalam komponen HBM lainnya). Persepsi kerentanan ibu dikategorikan berdasarkan nilai mean karena uji kenormalan data menunjukkan distribusi data yang normal (nilai *skewness* dibagi *standart error*-nya menghasilkan angka -0,81), nilai mean yaitu 14,6. Jumlah nilai minimum persepsi kerentanan yaitu 7, dan maksimum 19. Bila total persepsi kerentanan ibu < nilai mean maka disebut kurang dan diberi kode 1, bila  $\geq$  nilai mean disebut baik dan diberi kode 2.

h. Persepsi keseriusan

Persepsi keseriusan didapatkan dari pernyataan bagian E nomer 5 sampai 8, dengan cara penghitungan nilai yang sama seperti persepsi kerentanan. Uji kenormalan data didapatkan data yang normal (nilai *skewness* dibagi *standart error*-nya menghasilkan angka - 0,1). Nilai mean yaitu 15,2, jumlah nilai minimum yaitu 10 dan maksimum 20. Kategori persepsi

keseriusan ada dua yaitu  $<$  nilai dibawah mean dan diberi kode 1, dan disebut baik bila nilainya  $\geq$  nilai mean dan diberi kode 2.

i. Persepsi manfaat

Persepsi manfaat didapatkan dari pernyataan bagian E nomer 9 sampai 12, dengan cara penghitungan nilai yang sama seperti persepsi kerentanan. Uji kenormalan data didapatkan data yang normal (nilai *skewness* dibagi *standart error*-nya menghasilkan angka 0,02). Nilai mean yaitu 15,2, jumlah nilai minimum yaitu 10 dan maksimum 20. Kategori persepsi manfaat ada dua yaitu kurang bila nilai dibawah mean dan diberi kode 1, dan disebut baik bila nilainya  $\geq$  nilai mean dan diberi kode 2.

j. Persepsi rintangan

Persepsi rintangan didapatkan dari pernyataan bagian E nomer 13 sampai 16, dengan cara penghitungan nilai yang sama seperti persepsi kerentanan. Uji kenormalan data didapatkan data yang normal (nilai *skewness* dibagi *standart error*-nya menghasilkan angka -3,1). Nilai mean yaitu 16,3, jumlah nilai minimum yaitu 9 dan maksimum 20. Kategori persepsi rintangan ada dua yaitu banyak rintangan bila nilai  $<$  mean dan diberi kode 1, dan disebut sedikit rintangan bila nilainya  $\geq$  nilai mean dan diberi kode 2.

k. *Self efficacy*

*Self efficacy* didapatkan dari pernyataan bagian E nomer 17 sampai 20, dengan cara penghitungan nilai yang sama seperti persepsi kerentanan. Uji kenormalan data didapatkan data yang normal (nilai *skewness* dibagi *standart error*-nya menghasilkan angka -1,3). Nilai mean yaitu 14,9, jumlah nilai minimum yaitu 7 dan maksimum 20. Kategori *self efficacy* ada dua yaitu kurang bila nilai dibawah mean dan diberi kode 1, dan disebut baik bila nilainya  $\geq$  nilai mean dan diberi kode 2.

l. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga diketahui dengan 2 pertanyaan pada kuesioner bagian F. Bila ibu menjawab tidak ada maka diberi kode 1 dan bila ibu menjawab ada maka diberi kode 2.

### 4.8.3 *Entry data*

Setelah proses edit selesai, peneliti membuat data struktur dan data file dengan memberi nomor identifikasi (ID) untuk responden. Kemudian dilakukan proses *entry data* dimana data dalam kuesioner sudah siap dimasukkan ke dalam komputer untuk dianalisis.

### 4.8.4 *Cleaning data*

Setelah data selesai dimasukkan, data dicek kembali untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidaklengkapan, kemudian dilakukan koreksi.

## 4.9 **Analisis Data**

Data yang dikumpulkan diolah dengan cara manual dan menggunakan komputer dengan fasilitas SPSS. Analisis data dilakukan melalui dua tahap.

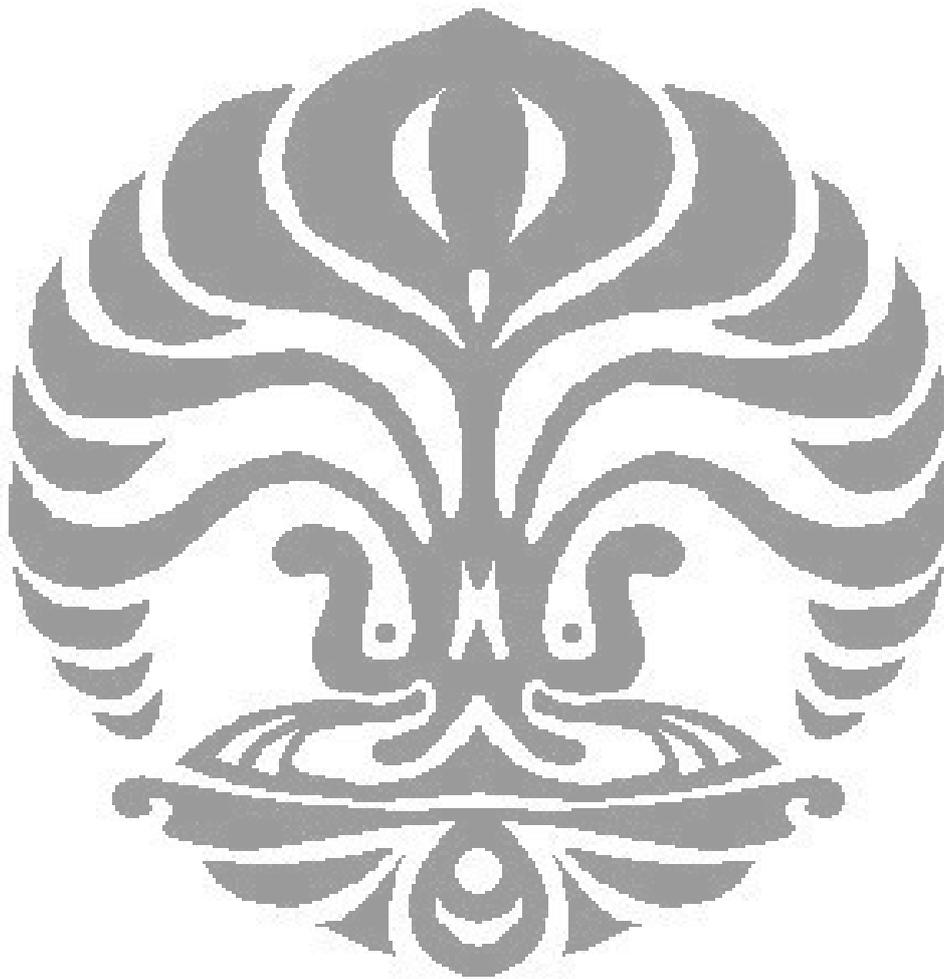
### 4.9.1 **Analisis Univariat**

Analisis statistik univariat digunakan untuk mendapatkan distribusi frekuensi dan variasi nilai dari setiap variabel yang diteliti. Dari hasil analisis diperoleh gambaran tingkat kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD, gambaran variabel demografi responden, pengetahuan, persepsi responden dalam komponen HBM serta dukungan keluarga.

### 4.9.2 **Analisis Bivariat**

Pada tahap ini dilakukan analisis statistik bivariat untuk mengetahui hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen dengan menggunakan uji statistik *Chi Square* ( $X^2$ ), untuk melihat hasil kemaknaan statistik, maka digunakan batas kemaknaan 0,05. Apabila hasil uji statistik menunjukkan nilai  $p \text{ value} \leq 0,05$  artinya terdapat hubungan yang bermakna antara variabel independen dengan variabel dependen, sedangkan bila  $p \text{ value} > 0,05$  berarti tidak terdapat hubungan yang bermakna antara variabel independen dengan variabel dependen.

Pada penelitian ini untuk mengetahui besar perbedaan hubungan maka digunakan nilai OR. Interpretasi dari nilai OR adalah jika  $OR < 1$ , berarti proteksi (peluang lebih rendah untuk mendapat risiko). Jika  $OR = 1$ , berarti tidak ada hubungan. Jika  $OR > 1$  berarti risiko (peluang lebih besar untuk mendapat risiko), artinya sub variabel independen tersebut berpengaruh besar terhadap variabel dependen.



## BAB 5 HASIL PENELITIAN

### 5.1 Gambaran Umum Wilayah Penelitian

Puskesmas Mumbulsari merupakan salah satu dari 49 puskesmas yang ada di Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur. Puskesmas Mumbulsari terletak di Kecamatan Mumbulsari, yang termasuk wilayah selatan Kabupaten Jember. Jarak Kecamatan Mumbulsari dengan pusat kota Kabupaten Jember kira-kira 15 km. Wilayah Kecamatan Mumbulsari merupakan daerah perkebunan karet, memiliki luas 93,11 km<sup>2</sup>, terdiri dari dataran rendah 65%, dan dataran tinggi pegunungan sebesar 35% dari seluruh luas wilayahnya.

Kecamatan Mumbulsari mempunyai tujuh desa definitif yang dipimpin oleh seorang Kepala Desa, antara lain Desa Mumbulsari, Lengkong, Suco, Lampeji, Karang Kedawung, Taman Sari, dan Desa Kawang Rejo, serta terdapat 25 Dusun/Pedusunan dan 86 RW (Rukun Warga). Kecamatan dipimpin oleh seorang camat, kepala wilayah yang berkedudukan di Desa Mumbulsari.

Jumlah penduduk Kecamatan Mumbulsari sampai dengan akhir tahun 2010 adalah 61.471 jiwa dengan jumlah Kepala Keluarga (KK) yaitu 20.953 KK, dengan rata-rata anggota keluarga 3 jiwa per KK. Mayoritas penduduk di Kecamatan Mumbulsari adalah suku Madura dan sehari-hari menggunakan bahasa Madura. Sedangkan jumlah penduduk ibu hamil yang ada di Kecamatan Mumbulsari pada tahun 2011 yaitu 1.071 jiwa.

Kecamatan Mumbulsari mempunyai 1 puskesmas induk yaitu Puskesmas Mumbulsari, 5 Puskesmas Pembantu, 2 Polindes dan 78 Posyandu. Semua desa yang ada (7 desa) telah menjadi desa siaga. Tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas Mumbulsari pada tahun 2011 terdiri atas 1 orang dokter umum, 1 orang dokter gigi, 12 orang bidan (10 bidan desa dan 2 bidan koordinator), dan perawat berjumlah 14 orang.

Pencapaian program KIA Puskesmas Mumbulsari sudah cukup baik dimana cakupan ibu hamil K1 pada tahun 2010 mencapai 94,5% dan cakupan kunjungan ibu hamil K4 mencapai 84%. Ibu hamil yang mendapatkan TTD 3 bungkus (Fe 3) mencapai 100% dari seluruh ibu hamil yang ada. Angka kematian

ibu di Puskesmas Mumbulsari pada tahun 2010 sebesar 1 per 1.057 KH (Kelahiran Hidup), dengan penyebab penyakit jantung, sedangkan angka kematian bayi pada tahun 2010 sebesar 24 per 1.057 KH, dengan penyebab terbanyak yaitu BBLR (Berat Badan Lahir Rendah).

## **5.2 Pelaksanaan Penelitian**

Penelitian dilakukan selama 1 bulan, dimulai dari tanggal 2 April 2011 sampai dengan tanggal 30 April 2010. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner dengan sumber data 91 ibu hamil yang berada di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur.

Pengisian kuesioner tidak dilakukan sendiri oleh responden, tetapi melalui proses wawancara. Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti sendiri dengan mendatangi rumah responden yang tersebar di tujuh desa Kecamatan Mumbulsari, antara lain Desa Mumbulsari, Lengkong, Suco, Lampeji, Karang Kedawung, Taman Sari, dan Desa Kawang Rejo.

## **5.3 Gambaran Umum Responden**

Sampel dalam penelitian ini adalah ibu hamil trimester 2 dan 3 yang ada di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember pada bulan April 2011. Jumlah sampel sebanyak 91 ibu hamil yang terbagi pada tujuh desa yang ada di Kecamatan Mumbulsari, yaitu 18 ibu hamil dari Desa Mumbulsari, 17 ibu hamil dari desa Suco, 16 ibu hamil dari Desa Lampeji, 13 ibu hamil dari Desa Karang Kedawung, 10 ibu hamil dari Desa Tamansari, 10 ibu hamil dari Desa Lengkong dan 7 ibu hamil dari Desa Kawang Rejo.

### **5.3.1 Distribusi Responden Berdasarkan Usia Kehamilan**

Distribusi responden berdasarkan usia kehamilan terbagi atas usia kehamilan trimester 2 dan trimester 3.

**Tabel 5.1** Distribusi Responden Berdasarkan Trimester Usia Kehamilan di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Trimester Usia Kehamilan	Jumlah	%
Trimester 2	35	38,5
Trimester 3	56	61,5
Jumlah	91	100

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa usia kehamilan responden terbanyak adalah pada trimester 3 atau memiliki usia kehamilan antara 7 sampai 9 bulan sebesar 56 ibu hamil (61,5%).

### 5.3.2 Distribusi Responden Berdasarkan Hasil Pemeriksaan Hb

Ibu hamil yang menjadi sampel dalam penelitian ini dilakukan pemeriksaan kadar haemoglobin (Hb) dengan menggunakan Hb Sahli. Metode Hb Sahli merupakan metode pemeriksaan Hb yang digunakan di Puskesmas Mumbulsari Kecamatan Mumbulsari Kabupaten Jember. Pemeriksaan Hb tidak dilakukan sendiri oleh peneliti tetapi dibantu oleh petugas laboratorium Puskesmas Mumbulsari.

**Tabel 5.2** Distribusi Responden Berdasarkan Hasil Pemeriksaan Hb di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Hasil Pemeriksaan Hb	Jumlah Ibu Hamil	%
Tidak anemia	27	29,7
Anemia ringan	22	24,2
Anemia sedang	42	46,1
Anemia berat	0	0
Jumlah	91	100

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa ibu hamil yang menjadi sampel dalam penelitian ini lebih banyak yang menderita anemia yaitu sebesar 64 ibu hamil (70%), dimana anemia sedang sebanyak 42 ibu hamil (46%) dan anemia ringan sebanyak 22 ibu hamil (24%).

Pemeriksaan Hb pada ibu hamil dilakukan juga pada saat ibu hamil tersebut melakukan pemeriksaan/ANC (Ante Natal Care) pertama kali pada petugas kesehatan/bidan. Ibu hamil melakukan ANC pertama kali pada saat usia

kehamilan trimester 1, tetapi tidak semua responden dalam penelitian ini pada saat ANC pertama kali dilakukan pemeriksaan Hb, karena pemeriksaan Hb hanya dilakukan di Puskesmas Induk, sehingga ibu hamil yang melakukan ANC di Posyandu, Polindes dan Puskesmas Pembantu tidak mempunyai data hasil pemeriksaan Hb di awal usia kehamilannya. Dari 91 responden terdapat 17 responden yang memiliki data hasil pemeriksaan Hb pada trimester 1.

**Tabel 5.3** Distribusi Responden Berdasarkan Hasil Pemeriksaan Hb pada Usia Kehamilan Trimester 1 di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Hasil Pemeriksaan Hb	Jumlah Ibu Hamil	%
Tidak anemia	6	35,3
Anemia ringan	8	47,1
Anemia sedang	3	17,6
Anemia berat	0	0
Jumlah	17	100

Tabel 5.3 di atas menjelaskan bahwa dari 17 responden yang mempunyai data hasil pemeriksaan Hb pada saat usia kehamilan trimester 1, menunjukkan bahwa ibu hamil lebih banyak yang menderita anemia ringan yaitu sebanyak 8 ibu hamil (47%).

#### 5.4 Diskripsi Variabel

Diskripsi variabel memberikan gambaran atau distribusi frekuensi hasil penelitian melalui analisis univariat.

##### 5.4.1 Kepatuhan Mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD)

Kepatuhan merupakan perilaku ibu hamil dalam bentuk keteraturan atau kedisiplinan mengonsumsi tablet tambah darah dengan takaran satu tablet setiap hari selama satu bulan. Kepatuhan ibu hamil mengonsumsi TTD dilihat dengan cara penghitungan sisa tablet secara manual, dimana dalam satu bulan seorang ibu hamil mendapatkan TTD sebanyak 1 bungkus atau 30 tablet. Dalam penelitian ini kepatuhan dibagi dalam dua kategori yaitu patuh bila ibu hamil meminum TTD  $\geq$  24 tablet/bulan dan tidak patuh bila ibu hamil meminum TTD  $<$  24 tablet. Atau bila menghitung sisa tablet, maka ibu hamil disebut patuh bila sisa tablet adalah

sebanyak 6 tablet atau kurang, sedangkan ibu hamil disebut tidak patuh bila sisa tablet yang ada sebanyak 7 tablet atau lebih. Penentuan batas 24 tablet didapatkan dari perbandingan kebutuhan ibu hamil trimester 2 dan 3 akan zat besi (Fe) sesuai dengan AKG (Angka Kecukupan Gizi) yang direkomendasikan oleh Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII tahun 2004 dengan jumlah TTD yang seharusnya diberikan kepada ibu hamil.

**Tabel 5.4** Distribusi Responden Berdasarkan Kepatuhan Mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Kepatuhan ibu hamil mengonsumsi TTD	Jumlah	%
Tidak Patuh	44	48,4
Patuh	47	51,6
Jumlah	91	100

Tabel 5.4 di atas menjelaskan bahwa jumlah ibu hamil yang patuh dengan yang tidak patuh mengonsumsi TTD secara rutin menunjukkan jumlah yang hampir sama, sebesar 47 (51,6%) ibu hamil patuh mengonsumsi TTD dan 44 (48,4%) ibu hamil tidak patuh mengonsumsi TTD yang diberikan oleh petugas kesehatan.

Beberapa alasan yang dinyatakan oleh ibu hamil sehubungan dengan ketidapatuhannya mengonsumsi TTD setiap hari antara lain yaitu karena lupa, merasa mual, muntah, bau dan rasa yang tidak enak dan lain-lain.

**Tabel 5.5** Distribusi Alasan Ketidapatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Alasan	Jumlah Responden	%
Lupa	19	43,0
Mual, muntah, bau dan tidak enak	20	45,0
Bosan	3	6,0
Kawatir bayi menjadi besar	2	4,0
Jumlah	44	100

Tabel 5.5 menjelaskan bahwa ibu hamil tidak patuh mengonsumsi TTD setiap hari lebih banyak karena alasan mual, muntah, bau dan rasa pil yang tidak enak sebanyak 20 ibu hamil (45%).

## 5.4.2 Variabel Demografi Ibu Hamil

### a. Umur

Umur sampel merupakan selisih tanggal lahir responden dengan tanggal saat wawancara. Dalam penelitian ini umur ibu hamil dilihat sebagai salah satu variabel demografi yang mempengaruhi kepatuhan mengonsumsi TTD.

**Tabel 5.6** Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Umur di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Umur	Jumlah	%
15 – 19 tahun	18	19,8
20 – 24 tahun	35	38,5
25 – 29 tahun	20	21,9
30 – 34 tahun	14	15,4
≥ 35 tahun	4	4,4
Total	91	100

Tabel 5.6 di atas menjelaskan bahwa kelompok umur terbanyak adalah ibu hamil berumur 20 sampai 24 tahun sebesar 35 ibu hamil (38,5%). Sedangkan umur ibu hamil termuda yaitu umur 15 tahun dan tertua yaitu umur 36 tahun.

Umur ibu dalam penelitian dikategorikan menjadi dua agar memudahkan dalam analisis uji statistik, yaitu kelompok beresiko dan tidak beresiko. Kelompok beresiko adalah ibu hamil dengan umur < 20 tahun atau ≥ 35 tahun, sedangkan ibu hamil tidak beresiko adalah ibu hamil yang berumur ≥ 20 sampai < 35 tahun.

**Tabel 5.7** Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Umur di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Umur	Jumlah	%
Beresiko (< 20 dan ≥ 35 tahun)	22	24,2
Tidak beresiko (≥ 20 sampai < 35 tahun)	69	75,8
Total	91	100

## b. Pendidikan

Pendidikan ibu hamil merupakan jenjang pendidikan formal tertinggi yang diselesaikan ibu hamil. Pendidikan ibu hamil dilihat sebagai variabel demografi yang berhubungan dengan kepatuhan dalam mengonsumsi TTD.

**Tabel 5.8** Distribusi Responden Berdasarkan Jenjang Pendidikan di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Jenjang Pendidikan	Jumlah	%
Tidak tamat SD	7	7,7
Tamat SD	57	62,6
Tamat SMP	13	14,3
Tamat SMA	7	7,7
Tamat Akademik/PT	7	7,7
Total	91	100

Berdasarkan tabel 5.8 diketahui bahwa tingkat pendidikan responden bervariasi dari SD tidak tamat sampai tamat Akademik atau Perguruan Tinggi. Sebagian besar pendidikan ibu hamil adalah tamat SD (Sekolah Dasar) yaitu sebesar 57 ibu hamil (62,6%).

Dalam penelitian ini pendidikan ibu dibagi dalam dua kategori yaitu rendah (SD dan SMP, tamat atau tidak tamat) dan kategori tinggi (SMA, Akademik dan Perguruan Tinggi).

**Tabel 5.9** Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Pendidikan di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Pendidikan	Jumlah	%
Rendah (di bawah SMA)	64	70,3
Tinggi (SMA ke atas)	27	29,7
Total	91	100

## c. Gravidita

Gravidita adalah jumlah kehamilan yang pernah dialami oleh ibu hamil. Gravidita ibu hamil dibagi menjadi dua kategori yaitu primigravida dan multigravida. Primigravida adalah bila ibu hamil belum pernah hamil dan melahirkan anak sebelumnya atau saat ini merupakan kehamilan yang pertama.

Sedangkan multigravida adalah ibu hamil yang sebelumnya pernah hamil atau kehamilan saat ini adalah kehamilan kedua atau lebih. Gravida dilihat sebagai salah satu variabel demografi ibu hamil yang berhubungan dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD.

**Tabel 5.10** Distribusi Responden Berdasarkan Gravida di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Gravida	Jumlah	%
Primigravida	45	49,5
Multigravida	46	50,5
Total	91	100

#### d. Pekerjaan

Pekerjaan ibu hamil merupakan kegiatan sehari-hari yang dilakukan oleh ibu hamil untuk menghasilkan uang, sebagai penunjang kehidupan keluarga yang sifatnya menetap. Pekerjaan merupakan salah satu variabel demografi yang dilihat sebagai faktor yang berhubungan dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD. Berdasarkan pekerjaan, ibu hamil dikategorikan menjadi dua yaitu bekerja dan tidak bekerja.

**Tabel 5.11** Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Pekerjaan	Jumlah	%
Tidak Bekerja	80	87,9
Bekerja	11	12,1
Total	91	100

#### 5.4.3 Pengetahuan Ibu Hamil

Pengetahuan ibu hamil adalah pemahaman ibu hamil mengenai penyakit anemia dan TTD yang diukur dengan menggunakan pernyataan benar dan salah.

**Tabel 5.12** Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Benar pada Soal Pengetahuan di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Provinsi Jawa Timur, Kabupaten Jember, Tahun 2011

Pengetahuan Mengenai	Jawaban Benar	%
1. Pengertian Anemia :		
- Anemia adalah penyakit kurang darah	86	94,5
- Anemia banyak dialami oleh wanita hamil	80	87,9
2. Penyebab Anemia :		
- Anemia disebabkan karena kurang zat besi	80	87,9
3. Tanda-tanda anemia :		
- Pucat	86	94,5
4. Bahaya anemia :		
- Perdarahan saat melahirkan	23	25,3
- Gangguan pertumbuhan bayi	71	78,0
5. Manfaat Tablet Tambah Darah :		
- Mencegah perdarahan	76	83,5
- Pertumbuhan bayi	57	62,6
6. Aturan minum tablet tambah darah :		
- Diminum selama masa kehamilan	81	89,0
- Sebaiknya diminum malam-hari sebelum tidur	78	85,7
7. Sumber zat besi :		
- Ikan, daging dan telur	72	79,1
- Bukan nasi dan jagung	27	29,7

Tabel 5.12 di atas menjelaskan bahwa jumlah responden yang menjawab mengenai pengertian anemia 94,5% dan 87,9% responden sudah menjawab benar, pengetahuan mengenai penyebab anemia dan tanda-tanda sebanyak 87,9% dan 94,5% responden menjawab benar, pengetahuan mengenai anemia dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan pada bayi 78,0% responden menjawab benar, tetapi pengetahuan mengenai bahaya anemia yang dapat menyebabkan perdarahan masih rendah yaitu hanya 23 ibu hamil (25,3%) saja yang menjawab benar. Pengetahuan responden mengenai manfaat TTD untuk mencegah perdarahan sebesar 83,5% responden menjawab benar, tetapi manfaat TTD terhadap bayi hanya 62,6% yang menjawab benar. Pengetahuan mengenai aturan minum TTD sebesar 89,0% dan 85,7% responden menjawab benar, sedangkan pengetahuan mengenai sumber makanan yang mengandung zat besi yaitu ikan, daging dan telur, sebanyak 79,1% responden menjawab benar, tetapi jawaban mengenai nasi dan jagung bukan merupakan sumber zat besi hanya sebesar 29,7% responden yang menjawab benar, sedangkan sebagian besar (70,3%) responden menjawab bahwa nasi dan jagung merupakan sumber zat besi.

Pengetahuan ibu hamil dalam penelitian ini dibagi menjadi dua kategori yaitu baik dan kurang. Pengetahuan ibu hamil disebut baik bila skor pengetahuan ibu hamil sama dengan atau diatas nilai mean, dan pengetahuan ibu disebut kurang bila skornya lebih kecil dari nilai mean.

**Tabel 5.13** Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Pengetahuan mengenai Anemia dan TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Provinsi Jawa Timur, Kabupaten Jember, Tahun 2011

Pengetahuan	Jumlah	%
Kurang (< mean)	36	39,6
Baik ( $\geq$ mean)	55	60,4
Total	91	100

#### 5.4.4 Persepsi

Persepsi ibu hamil adalah pengalaman tentang objek, peristiwa atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkan pesan yang diterima oleh ibu hamil mengenai anemia dan tablet tambah darah. Dalam penelitian ini persepsi ibu hamil dinilai berdasarkan pendekatan teori *Health Beliefe Model* (HBM) yang terdiri dari lima komponen yaitu mengenai kerentanan, keseriusan, manfaat, rintangan yang dirasakan dan terakhir komponen *self efficacy*. Komponen-komponen dalam HBM ini dilihat sebagai variabel yang dapat mempengaruhi kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi tablet tambah darah.

Lima komponen HBM yang diteliti menggunakan pernyataan positif dan negatif dengan skala Likert, dimana jawaban responden di beri skor 1 sampai 5. Masing-masing komponen dikategorikan menjadi dua berdasarkan nilai median yang didapat. Ibu hamil dianggap mempunyai persepsi baik bila skor yang didapat sama dengan atau diatas nilai median, dan dianggap kurang baik bila skor yang didapat lebih kecil dari nilai median.

##### a. Persepsi Kerentanan

Persepsi kerentanan ibu hamil merupakan pernyataan ibu hamil dimana ibu hamil tersebut merasa dirinya rentan menderita anemia.

**Tabel 5.14** Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Persepsi Kerentanan di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Persepsi Kerentanan	% Responden		
	Setuju	Netral	Tidak Setuju
1. Kemungkinan ibu menderita anemia saat ini	64,8	14,3	20,9
2. Semua ibu hamil sangat mungkin menderita anemia	70,3	13,2	16,5
3. Anemia tidak hanya dialami oleh ibu hamil yang kurus	71,4	18,7	9,9
4. Ibu tetap mungkin menderita anemia meskipun dalam keluarga tidak ada yang anemia	65,9	15,4	18,7

Tabel 5.14 di atas menjelaskan bahwa persepsi kerentanan ibu hamil pada pernyataan kemungkinan menderita anemia pada kehamilan ini sebesar 64,8% responden menyatakan setuju, 70,3% responden setuju terhadap pernyataan bahwa semua ibu hamil sangat mungkin menderita anemia, 71,4% responden setuju bahwa anemia tidak hanya dialami oleh ibu hamil yang kurus saja, dan 65,9% responden menyatakan setuju bahwa ibu hamil tetap mungkin menderita anemia meskipun dalam keluarga tidak ada yang menderita anemia.

Dalam penelitian ini, untuk tujuan uji analisis, maka persepsi kerentanan ibu hamil dibagi dalam dua kategori yaitu kategori kurang dan baik. Kurang bila skor persepsi kerentanan ibu lebih rendah dari nilai mean, disebut baik bila skor ibu sama dengan atau diatas nilai mean.

**Tabel 5.15** Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Persepsi Kerentanan di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Persepsi Kerentanan	Jumlah	%
Kurang (< mean)	34	37,4
Baik ( $\geq$ mean)	57	62,6
Total	91	100

#### b. Persepsi Keseriusan

Persepsi ibu hamil mengenai keseriusan merupakan pernyataan ibu hamil dimana ia merasa bahwa penyakit anemia akan menimbulkan masalah yang serius bagi kehamilannya. Persepsi keseriusan merupakan komponen HBM kedua yang dilihat sebagai variabel yang mempengaruhi kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD.

**Tabel 5.16** Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Persepsi Keseriusan di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Persepsi Keseriusan	% Responden		
	Setuju	Netral	Tidak Setuju
1. Anemia sangat berbahaya bagi kehamilan	73,6	16,5	9,9
2. Anemia perlu dicegah agar melahirkan dengan selamat	80,2	14,3	5,5
3. Anemia pada ibu hamil sangat mengkhawatirkan	62,6	24,2	13,2
4. Anemia tidak dapat sembuh dengan sendirinya	71,4	14,3	14,3

Tabel 5.16 di atas menjelaskan bahwa 73,6% responden menyatakan setuju bahwa anemia adalah penyakit yang sangat berbahaya pada kehamilan, 80,2% responden menyatakan setuju bahwa anemia perlu dicegah, sebesar 62,6% responden setuju bahwa anemia pada ibu hamil sangat mengkhawatirkan, dan sebesar 71,4% responden setuju bahwa anemia tidak dapat sembuh dengan sendirinya.

Dalam uji statistik persepsi keseriusan ibu hamil dibagi dalam dua kategori yaitu kategori kurang dan kategori baik, disebut kurang bila skor persepsi keseriusan ibu dibawah nilai mean, dan disebut baik bila skor diatas atau sama dengan nilai mean.

**Tabel 5.17** Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Persepsi Keseriusan di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Persepsi Keseriusan	Jumlah	%
Kurang (< mean)	46	50,5
Baik ( $\geq$ mean)	45	49,5
Total	91	100

### c. Persepsi Manfaat

Persepsi manfaat adalah pernyataan responden bahwa ada keuntungan yang diperoleh oleh ibu hamil dari mengkonsumsi tablet tambah darah. Persepsi manfaat merupakan komponen HBM ketiga yang dilihat sebagai variabel yang berhubungan dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD.

**Tabel 5.18** Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Persepsi Manfaat di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Persepsi Manfaat	% Responden		
	Setuju	Netral	Tidak Setuju
1. TTD bermanfaat bagi kesehatan ibu	68,1	28,6	3,3
2. TTD bukan membuat janin cepat bertambah besar	72,5	22,0	5,5
3. Meminum TTD bukan karena disuruh oleh bidan	59,3	25,3	15,4
4. Ada manfaat yang ibu rasakan setelah minum TTD	78,0	15,4	4,4

Tabel 5.18 menjelaskan bahwa persepsi ibu hamil terhadap manfaat mengonsumsi TTD, pada pernyataan tablet tambah darah bermanfaat bagi kesehatan ibu sebesar 68,1% responden menyatakan setuju, 72,5% responden setuju bahwa TTD bukan untuk membuat janin dalam rahim cepat besar, dan sebesar 78,0% responden setuju bahwa ada manfaat yang ibu hamil rasakan setelah mengonsumsi TTD, namun pada pernyataan meminum TTD bukan karena disuruh oleh bidan hanya 59,3% yang menyatakan setuju dan 15,4% ibu hamil menyatakan tidak setuju.

Persepsi manfaat yang diyakini oleh ibu hamil juga dilakukan pengkategorian, yaitu kategori kurang dan baik untuk memudahkan uji analisis. Persepsi manfaat disebut kurang bila skor persepsi ibu dibawah nilai mean, dan baik bila skor ibu sama atau lebih dari nilai mean.

**Tabel 5.19** Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Persepsi Manfaat di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Profinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Persepsi Manfaat	Jumlah	%
Kurang (< mean)	45	49,5
Baik ( $\geq$ mean)	46	50,5
Total	91	100

#### d. Persepsi Rintangan

Persepsi rintangan merupakan pernyataan ibu hamil bahwa ada hambatan yang dirasakan olehnya dalam upaya mengonsumsi TTD yang diberikan oleh petugas kesehatan. Persepsi rintangan merupakan salah satu komponen HBM yang dilihat sebagai variabel yang berhubungan dengan kepatuhan ibu dalam mengonsumsi TTD.

**Tabel 5.20** Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Persepsi Rintangan di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Persepsi Rintangan	% Responden		
	Setuju	Netral	Tidak Setuju
1. Meminum TTD setiap hari bukan kegiatan yang merepotkan	87,9	7,7	4,4
2. Meminum TTD setiap hari adalah suatu keharusan	82,4	11,0	6,6
3. Meskipun meminum TTD membuat berak menjadi hitam, ibu tetap akan meminumnya	79,1	13,2	7,7
4. Bila ada keluarga yang melarang ibu minum TTD, ibu akan tetap meminumnya	93,4	4,4	2,2

Tabel 5.20 di atas menjelaskan bahwa persepsi rintangan ibu hamil untuk mengonsumsi TTD secara rutin setiap hari, diketahui 87,9% responden menyatakan setuju meminum TTD setiap hari bukan kegiatan yang merepotkan, 82,4% responden menyatakan setuju bahwa minum TTD setiap hari adalah suatu keharusan, 79,1 responden menyatakan setuju bahwa tetap akan mengonsumsi TTD meskipun berak menjadi hitam, bahkan 93,4% responden menyatakan setuju bila ada keluarga yang melarang ibu meminum TTD, ibu akan tetap meminum TTD.

Dalam penelitian ini, persepsi rintangan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD dikategorikan menjadi dua yaitu kategori banyak rintangan dan sedikit rintangan. Banyak rintangan bila skor persepsi rintangan ibu kurang dari nilai mean, dan disebut sedikit rintangan bila skor ibu sama dengan atau diatas nilai mean.

**Tabel 5.21** Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Persepsi Rintangan di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Persepsi Rintangan	Jumlah	%
Banyak rintangan (< mean)	52	57,1
Sedikit rintangan ( $\geq$ mean)	39	42,9
Total	91	100

**e. Self Efficacy**

*Self efficacy* adalah pernyataan responden bahwa ia mempunyai keyakinan akan kemampuan dirinya untuk mengonsumsi tablet tambah darah secara teratur.

*Self efficacy* merupakan salah satu komponen dalam HBM yang dilihat sebagai variabel yang berhubungan dengan kepatuhan ibu dalam mengonsumsi TTD.

**Tabel 5.22** Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Persepsi *Self Efficacy* di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

<i>Self Efficacy</i>	% Responden		
	Setuju	Netral	Tidak Setuju
1. Ibu yakin ia tidak akan lupa meminum TTD setiap hari	73,6	20,9	5,5
2. Ibu yakin tidak akan bosan meminum TTD rutin setiap hari	60,4	22,0	17,6
3. Ibu mampu mengatasi rasa mual setelah minum TTD	64,8	17,6	17,6
4. Ibu sanggup mengatasi pusing setelah minum TTD	69,2	23,1	7,7

Tabel 5.22 di atas menjelaskan bahwa *self efficacy* ibu hamil dalam mengonsumsi TTD dengan pernyataan ibu yakin tidak akan lupa meminum TTD rutin setiap hari adalah sebesar 73,6% yang menyatakan setuju, 60,4% setuju bahwa ibu yakin tidak akan meminum TTD setiap hari dan 64,8% responden setuju dapat mengatasi rasa mual akibat meminum TTD, serta sebesar 69,2% responden setuju terhadap pernyataan bahwa ibu sanggup mengatasi pusing setelah minum TTD.

Persepsi *self efficacy* ibu juga dikategorikan menjadi dua yaitu kategori kurang dan baik. Disebut kurang bila skor ibu dibawah nilai mean dan disebut baik bila skor ibu sama dengan atau diatas nilai mean.

**Tabel 5.23** Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Persepsi *Self Efficacy* di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

<i>Self Efficacy</i>	Jumlah	%
Kurang (< mean)	39	42,9
Baik ( $\geq$ mean)	52	57,1
Total	91	100

#### 5.4.5 Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan bentuk perhatian dan tindakan anggota keluarga ibu hamil untuk mengingatkan ibu hamil agar mengonsumsi TTD secara teratur setiap hari. Dukungan keluarga ini dikategorikan menjadi dua yaitu ada dan tidak ada. Kategori ada bila anggota keluarga mengingatkan ibu hamil untuk

mengonsumsi TTD secara rutin setiap hari, dan tidak ada bila anggota keluarga tidak mengingatkan ibu hamil untuk mengonsumsi TTD setiap hari.

**Tabel 5.24** Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Profinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Dukungan Keluarga	Jumlah	%
Tidak ada	25	27,5
Ada	66	72,5
Total	91	100

Tabel 5.24 menjelaskan bahwa ibu hamil lebih banyak mendapatkan dukungan dari keluarga dalam mengonsumsi TTD secara rutin setiap hari yaitu sebesar 66 ibu hamil (72,5%).

Dukungan keluarga dalam penelitian ini dilihat sebagai variabel yang dapat mempengaruhi kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD. Anggota keluarga yang memberikan dukungan kepada ibu hamil dalam mengonsumsi TTD setiap hari adalah suami dan ibu/orang tua perempuan ibu hamil.

**Tabel 5.25** Distribusi Anggota Keluarga yang Memberikan Dukungan terhadap Ibu Hamil di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Anggota Keluarga	Jumlah	%
Suami	61	92,4
Ibu/orang tua perempuan	5	7,6
Bapak/orang tua laki-laki	0	0
Total	66	100

Tabel 5.25 menjelaskan bahwa anggota keluarga yang banyak mendukung ibu hamil dalam mengonsumsi TTD secara rutin setiap hari adalah suami sebesar 61 (92%) dan sebanyak 5 ibu hamil (8%) mendapatkan dukungan dari ibu/orang tua perempuan ibu hamil.

## 5.5 Uji Hubungan antar Variabel

Tujuan penelitian ini selanjutnya adalah untuk mengetahui ada tidaknya hubungan masing-masing variabel independen dengan variabel dependen. Untuk itu maka dilakukan analisis bivariat dengan menggunakan uji statistik. Uji statistik

yang digunakan yaitu uji Chi Square dengan derajat kepercayaan (CI) 95%. Dengan CI 95%, bila didapat p value  $> 0,05$  menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen, sedangkan p value  $\leq 0,05$  menunjukkan bahwa ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen.

### 5.5.1 Hubungan antara Variabel Demografi dengan Kepatuhan

#### Mengonsumsi TTD

##### a. Umur dengan Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi TTD

Hasil analisis hubungan antara umur dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD diketahui bahwa kelompok umur ibu hamil  $< 20$  tahun dan  $> 34$  tahun atau kelompok umur beresiko sebanyak 45,5% patuh mengonsumsi TTD, sedangkan kelompok umur ibu hamil yang bukan termasuk kelompok resiko sebanyak 53,6% patuh mengonsumsi TTD. Hasil uji statistik didapatkan p value 0,673. Hal ini dapat diartikan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara umur ibu hamil dengan kepatuhan ibu hamil mengonsumsi TTD.

**Tabel 5.26** Hubungan antara Umur dengan Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Umur Ibu	Kepatuhan				Jumlah		OR 95% CI	P
	Tidak Patuh		Patuh		n	%		
	n	%	n	%				
Beresiko ( $<20$ th; $>34$ th)	12	54,5	10	45,5	22	100	1,388	0,673
Tidak beresiko (20-34th)	32	46,4	37	53,6	69	100	(0,529-	
Jumlah	44	48,4	47	51,6	91	100	3,636)	

##### b. Pendidikan dengan Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi TTD

Analisis hubungan antara pendidikan ibu dengan kepatuhan mengonsumsi TTD diperoleh hasil 46,9% ibu dengan pendidikan rendah patuh dalam mengonsumsi TTD, sedangkan ibu hamil dengan pendidikan tinggi sebesar 63,0% patuh mengonsumsi TTD. Hasil uji statistik didapatkan p value 0,241, yang berarti bahwa secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD.

**Tabel 5.27** Hubungan antara Pendidikan dengan Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Pendidikan Ibu	Kepatuhan				Jumlah		OR 95% CI	P
	Tidak Patuh		Patuh		n	%		
	n	%	n	%				
Rendah	34	53,1	30	46,9	64	100	1,927 (0,766-4,847)	0,241
Tinggi	10	37,0	17	63,0	27	100		
Jumlah	44	48,4	47	91	91	100		

**c. Gravida dengan Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi TTD**

Analisis hubungan antara gravida ibu hamil dengan kepatuhan ibu hamil mengonsumsi TTD didapatkan ibu hamil dalam kelompok primigravida yang patuh mengonsumsi TTD sebesar 55,6%, ibu hamil pada kelompok multigravida yang patuh mengonsumsi TTD adalah sebesar 47,8%. Hasil uji statistik menunjukkan p value 0,733, hal ini berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara gravida ibu dengan kepatuhan mengonsumsi TTD.

**Tabel 5.28** Hubungan antara Gravida dengan Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Gravida Ibu	Kepatuhan				Jumlah		OR 95% CI	P
	Tidak Patuh		Patuh		n	%		
	n	%	n	%				
Primigravida	20	44,4	25	55,6	45	100	0,733 (0,321-1,673)	0,598
Multigravida	24	52,2	22	47,8	46	100		
Jumlah	44	48,4	47	51,6	91	100		

**d. Pekerjaan dengan Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi TTD**

Analisis hubungan pekerjaan dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD, dimana hasil analisis menunjukkan bahwa ibu hamil yang tidak bekerja 48,8% patuh mengonsumsi TTD dan ibu hamil yang bekerja 72,7% patuh mengonsumsi TTD. Hasil uji statistik menunjukkan p value 0,242. Hal ini berarti bahwa secara statistik tidak ada hubungan bermakna antara ibu hamil yang tidak bekerja dengan ibu hamil yang bekerja terhadap kepatuhan dalam mengonsumsi TTD.

**Tabel 5.29** Hubungan antara Pekerjaan dengan Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Pekerjaan Ibu	Kepatuhan				Jumlah		OR 95% CI	P
	Tidak Patuh		Patuh		n	%		
	n	%	n	%				
Tidak bekerja	41	51,3	39	48,8	80	100	2,803 (0,693-11,339)	0,242
Bekerja	3	27,3	8	72,7	11	100		
Jumlah	44	48,4	47	51,6	91	100		

### 5.5.2 Hubungan antara Pengetahuan Ibu Hamil mengenai Anemia dan TTD dengan Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi TTD

Analisis bivariat hubungan antara pengetahuan ibu mengenai anemia dan TTD dengan kepatuhan ibu dalam mengonsumsi TTD hasilnya menunjukkan bahwa ibu hamil dengan pengetahuan kurang sebesar 50,0% patuh mengonsumsi TTD, sedangkan ibu hamil dengan pengetahuan baik sebesar 52,7% patuh mengonsumsi TTD. Hasil uji statistik menunjukkan p value 0,968. Hal ini berarti secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan ibu hamil mengenai anemia dan TTD dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD.

**Tabel 5.30** Hubungan antara Pengetahuan dengan Kepatuhan ibu Hamil Mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Pengetahuan Ibu	Kepatuhan				Jumlah		OR 95% CI	P
	Tidak Patuh		Patuh		n	%		
	n	%	n	%				
Kurang (<mean)	18	50,0	18	50,0	36	100	1,115 (0,481-2,586)	0,968
Baik (≥mean)	26	47,3	29	52,7	55	100		
Jumlah	44	48,8	47	51,6	91	100		

### 5.5.3. Hubungan antara Persepsi dengan Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi TTD

#### a. Persepsi Kerentanan dengan Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi TTD

Hasil analisis antara persepsi kerentanan ibu hamil terhadap anemia dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD menunjukkan bahwa ibu

hamil dengan persepsi kerentanan kurang yang patuh mengonsumsi TTD adalah sebesar 17,6% saja, sedangkan ibu hamil dengan persepsi kerentanan baik yang patuh mengonsumsi TTD adalah sebesar 71,9%. Hasil uji statistik menunjukkan p value 0,000. Hal ini berarti terdapat hubungan yang bermakna antara persepsi ibu hamil akan kerentanan terkena anemia dengan kepatuhan ibu hamil mengonsumsi TTD.

Hasil uji statistik menunjukkan nilai OR 11,958 (95% CI = 4,167-34,315). Hal ini berarti bahwa ibu hamil yang merasa dirinya rentan terkena anemia mempunyai peluang lebih patuh mengonsumsi TTD sebesar 11,9 kali dibandingkan dengan ibu hamil yang kurang merasa rentan terkena penyakit anemia.

**Tabel 5.31** Hubungan antara Persepsi Kerentanan dengan Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Persepsi Kerentanan	Kepatuhan				Jumlah		OR 95% CI	P
	Tidak Patuh		Patuh		n	%		
	n	%	n	%				
Kurang (<mean)	28	82,4	6	17,6	34	100	11,958 (4,167-34,315)	0,000
Baik (≥mean)	16	28,1	41	71,9	57	100		
Jumlah	44	48,4	47	51,6	91	100		

**b. Persepsi Keseriusan dengan Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi TTD**

Analisis antara persepsi keseriusan ibu hamil terhadap anemia dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD menunjukkan bahwa ibu hamil dengan persepsi keseriusan kurang yang patuh mengonsumsi TTD adalah sebesar 26,1% saja, sedangkan ibu hamil dengan persepsi keseriusan baik yang patuh mengonsumsi TTD adalah sebesar 77,8%. Hasil uji statistik menunjukkan p value 0,000. Hal ini berarti ada hubungan yang bermakna antara persepsi ibu hamil akan keseriusan anemia dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD.

Hasil uji statistik menunjukkan nilai OR 9,917 (95% CI = 3,786-25,972). Hal ini berarti bahwa ibu hamil yang merasa yakin bahwa anemia menimbulkan masalah serius mempunyai peluang lebih patuh mengonsumsi TTD sebesar 9,9

kali dibandingkan dengan ibu hamil yang kurang merasa yakin bahwa penyakit anemia akan menimbulkan masalah yang serius bagi kehamilannya.

**Tabel 5.32** Hubungan antara Persepsi Keseriusan dengan Kepatuhan ibu Hamil Mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Persepsi Keseriusan	Kepatuhan				Jumlah		OR 95% CI	P
	Tidak Patuh		Patuh		n	%		
	n	%	n	%				
Kurang (<mean)	34	73,9	12	26,1	46	100	9,917 (3,786-25,972)	0,000
Baik (≥mean)	10	22,2	34	77,8	45	100		
Jumlah	44	48,4	47	51,6	91	100		

**c. Persepsi Manfaat dengan Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi TTD**

Hasil analisis hubungan antara persepsi ibu hamil akan manfaat mengonsumsi TTD dengan kepatuhan ibu hamil mengonsumsi TTD didapatkan hasil bahwa ibu hamil yang merasa kurang yakin bahwa mengonsumsi TTD bermanfaat bagi kehamilannya, patuh mengonsumsi TTD sebesar 28,9%, sedangkan ibu hamil yang merasa yakin bahwa mengonsumsi TTD memberikan manfaat, patuh mengonsumsi TTD sebesar 73,9%. Hasil uji statistik menunjukkan p value 0,00. Hal ini berarti terdapat hubungan yang bermakna antara persepsi akan manfaat mengonsumsi TTD dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD.

Hasil uji statistik menunjukkan nilai OR 6,974 (95% CI=2,776-17,522). Hal ini berarti bahwa ibu hamil yang merasa yakin bahwa mengonsumsi TTD bermanfaat mempunyai peluang 6,9 kali untuk patuh mengonsumsi TTD dibandingkan dengan ibu hamil yang merasa kurang yakin bahwa mengonsumsi TTD bermanfaat bagi kehamilannya.

**Tabel 5.33** Hubungan antara Persepsi Manfaat dengan Kepatuhan ibu Hamil Mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Persepsi Manfaat	Kepatuhan				Jumlah		OR 95% CI	P
	Tidak Patuh		Patuh		n	%		
	n	%	n	%				
Kurang (<mean)	32	71,1	13	28,9	45	100	6,974 (2,776-17,522)	0,000
Baik (≥mean)	12	26,1	34	73,9	46	100		
Jumlah	44	48,4	47	51,6	91	100		

**d. Persepsi Rintangan dengan Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi TTD**

Analisis antara persepsi rintangan dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD didapatkan hasil ibu hamil yang merasa lebih banyak rintangan patuh mengonsumsi TTD sebesar 38,5%, sedangkan ibu hamil yang merasa lebih sedikit adanya rintangan, patuh mengonsumsi TTD sebesar 69,2%. Hasil uji statistik diperoleh nilai p 0,007, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara persepsi rintangan yang dirasakan oleh ibu hamil dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD.

Hasil uji statistik menunjukkan nilai OR 3,600 (95% CI = 1,493-8,680). Hal ini berarti bahwa ibu hamil yang merasa sedikit rintangan mempunyai peluang lebih patuh mengonsumsi TTD sebesar 3,6 kali dibandingkan dengan ibu hamil yang merasa banyak rintangan dalam mengonsumsi TTD secara rutin setiap hari.

**Tabel 5.34** Hubungan antara Persepsi Rintangan dengan Kepatuhan ibu Hamil Mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Persepsi Rintangan	Kepatuhan				Jumlah		OR 95% CI	P
	Tidak Patuh		Patuh		n	%		
	n	%	n	%				
Banyak rintangan (<mean)	32	61,5	20	38,5	52	100	3,600 (1,493-8,680)	0,007
Sedikit rintangan (≥mean)	12	30,8	27	69,2	39	100		
Jumlah	44	48,4	47	51,6	91	100		

e. **Self Efficacy dengan Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi TTD**

Analisis hubungan antara *self efficacy* yang dirasakan oleh ibu hamil dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD didapatkan ibu hamil yang kurang memiliki *self efficacy* sebesar 20,5% patuh mengonsumsi TTD, sedangkan ibu hamil yang memiliki *self efficacy* baik sebesar 75,0% patuh mengonsumsi TTD. Hasil uji statistik menunjukkan p value 0,000, hal ini berarti bahwa ada hubungan yang bermakna antara *self efficacy* ibu hamil dengan kepatuhan ibu hamil mengonsumsi TTD.

Hasil analisis menunjukkan OR 11,625 (95% CI = 4,281-31,570), hal ini berarti bahwa ibu hamil yang memiliki *self efficacy* lebih baik mempunyai peluang untuk patuh mengonsumsi TTD sebesar 11,6 kali dibandingkan dengan ibu hamil yang kurang merasa memiliki *self efficacy*.

**Tabel 5.35** Hubungan antara *Self Efficacy* dengan Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Propinsi Jawa Timur, Tahun 2011

<i>Self Efficacy</i>	Kepatuhan				Jumlah		OR 95% CI	P
	Tidak Patuh		Patuh		n	%		
	n	%	n	%				
Kurang (< mean)	31	79,5	8	20,5	39	100	11,625 (4,281-31,570)	0,000
Baik (≥ mean)	13	25,0	39	75,0	52	100		
Jumlah	44	48,4	47	51,6	91	100		

**5.5.4 Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi TTD**

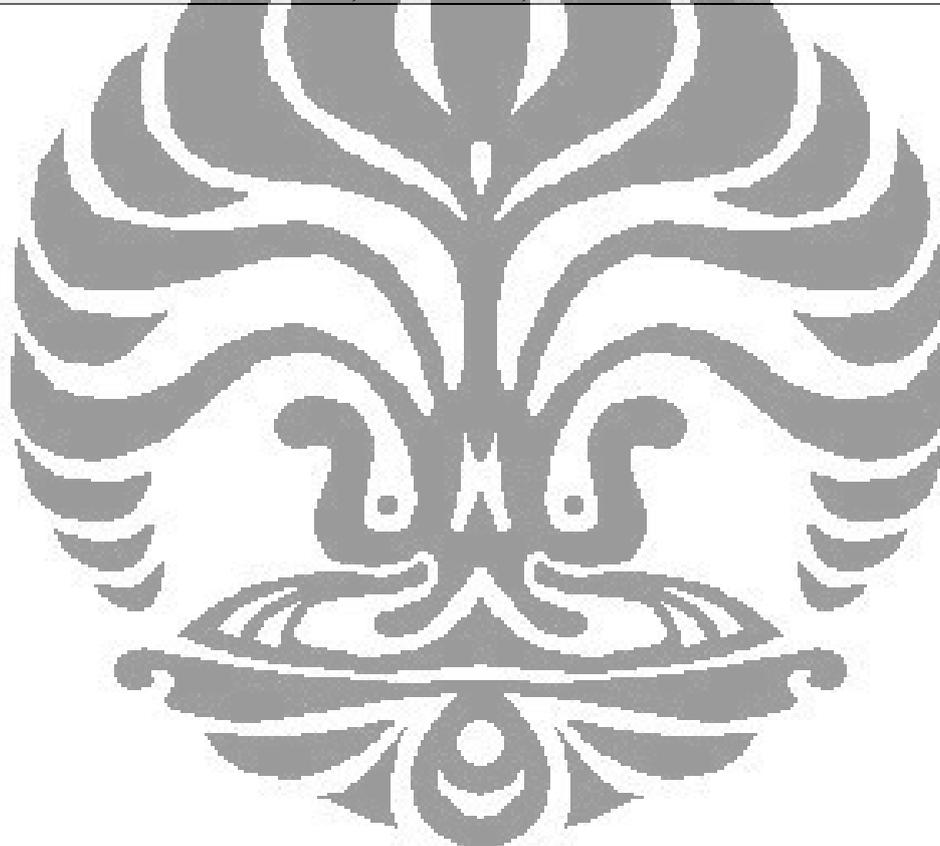
Hasil analisis hubungan antara dukungan keluarga yang diberikan kepada ibu hamil dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD, didapatkan bahwa ibu hamil yang tidak mempunyai dukungan keluarga 12,0% patuh mengonsumsi TTD, sedangkan ibu yang mendapatkan dukungan dari keluarga 66,7% patuh mengonsumsi TTD. Hasil uji statistik menunjukkan p value 0,000, berarti ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kepatuhan ibu hamil mengonsumsi TTD.

Hasil analisis menunjukkan nilai OR 14,667. Hal ini berarti ibu hamil yang mendapatkan dukungan dari keluarga mempunyai peluang untuk patuh

mengonsumsi TTD sebesar 14,7 kali dibandingkan dengan ibu yang tidak mendapatkan dukungan dari keluarga.

**Tabel 5.36** Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan ibu Hamil Mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2011

Dukungan Keluarga	Kepatuhan				Jumlah		OR 95% CI	P
	Tidak Patuh		Patuh		n	%		
	n	%	n	%				
Tidak ada	22	88,0	3	12,0	25	100	14,667 (3,956-54,376)	0,000
Ada	22	33,3	44	66,7	66	100		
Jumlah	44	48,4	47	51,6	91	100		



## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

#### **6.1 Keterbatasan Penelitian**

##### **6.1.1 Keterbatasan Desain Penelitian**

Rancangan penelitian ini adalah rancangan *cross sectional*, pengukuran terhadap variabel dependen yaitu perilaku kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD dan variabel independen yaitu variabel demografi, pengetahuan, persepsi ibu hamil dalam komponen HBM yang meliputi kerentanan, keseriusan, manfaat, rintangan dan *self efficacy* serta dukungan keluarga, dilakukan bersama-sama sehingga penelitian ini tidak dapat memberikan penjelasan tentang hubungan sebab akibat. Hubungan yang ada hanya terbatas untuk menunjukkan adanya keterkaitan saja.

##### **6.1.2 Keterbatasan Instrumen Pengumpulan Data**

Pada penelitian ini, variabel mengenai komponen persepsi dalam HBM terhadap kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD belum ada instrumen yang baku, sehingga instrumen yang dipakai hanya berdasarkan teori yang penulis kumpulkan dari beberapa kepustakaan. Variabel dependen yaitu kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD dinilai hanya dalam waktu satu bulan saja karena keterbatasan waktu penelitian, sehingga tidak dapat menggambarkan kepatuhan ibu hamil selama ibu hamil mendapatkan TTD yang dilakukan oleh program gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember sesuai rekomendasi Depkes RI, ibu hamil harus mendapatkan TTD minimal 90 tablet selama masa kehamilannya.

Kepatuhan dalam suatu program pengobatan akan lebih baik lagi bila dinilai dengan melakukan pemeriksaan biokimia. Pada pemberian TTD maka pemeriksaan Hb ibu hamil akan lebih menunjukkan konsumsi TTD yang benar oleh ibu hamil, tetapi dalam penelitian ini tidak dilakukan perbandingan hasil pemeriksaan Hb sebelum dan setelah mendapatkan TTD, hal ini dikarenakan waktu penelitian yang terbatas dan data mengenai hasil pemeriksaan Hb ibu hamil di awal kehamilan tidak tersedia.

## 6.2 Pembahasan Hasil Penelitian

### 6.2.1 Kepatuhan Ibu hamil dalam Mengonsumsi TTD

Kepatuhan merupakan bentuk perilaku pasien dalam mengikuti pemberian pengobatan oleh petugas kesehatan, sedangkan kepatuhan ibu hamil mengonsumsi TTD merupakan keteraturan ibu hamil untuk mengonsumsi TTD yang diberikan oleh petugas atau bidan yaitu dalam satu bulan seorang ibu hamil mendapatkan TTD 30 tablet yang harus diminum satu tablet setiap hari, sesuai dengan rekomendasi dari Depkes RI. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu hamil di Puskesmas Mumbulsari sebanyak 47 (51,6%) patuh mengonsumsi TTD dan 44 (48,4%) tidak patuh mengonsumsi TTD, hal ini berarti masih banyak ibu hamil yang tidak patuh mengonsumsi TTD meskipun TTD sudah didistribusikan dengan baik oleh petugas kesehatan, dimana distribusi TTD dapat dilihat dari cakupan Fe 3 atau ibu hamil yang mendapatkan TTD 90 tablet di Puskesmas Mumbulsari pada tahun 2010 sudah mencapai angka 100%.

Kepatuhan ibu hamil mengonsumsi TTD bukan hanya menjadi masalah di Indonesia saja, tetapi sudah menjadi permasalahan di seluruh dunia. Penelitian oleh Seck & Jackson di Senegal, Afrika pada 221 ibu hamil yang diteliti menunjukkan angka *compliance* sebesar 69%. Penelitian oleh Bilimale, dkk (2010) di India pada 140 ibu hamil didapatkan angka kepatuhan mengonsumsi TTD pada ibu hamil kelompok kontrol (yang tidak dilakukan perlakuan berupa observasi langsung) rata-rata sebesar 51,9%. Hasil penelitian di Indonesia sendiri pada penelitian yang dilakukan oleh Hertina, dkk (2005) mengungkapkan bahwa angka *compliance* ibu hamil yang mengonsumsi TTD sesuai dengan yang direkomendasikan masih sangat sedikit yaitu 24,4% ibu hamil. Penelitian yang dilakukan oleh Mardiana di Kecamatan Sako, Palembang menunjukkan bahwa 64,44% ibu hamil patuh mengonsumsi TTD dan 35,56% tidak patuh mengonsumsi TTD.

Sarafino (2007) menyatakan bahwa derajat ketidakpatuhan dalam pengobatan bervariasi sesuai dengan apakah tujuan pengobatan tersebut untuk kuratif atau preventif, jangka pendek atau jangka panjang, sedangkan Sackett & Snow (1979) menemukan bahwa kepatuhan dengan tujuan pengobatan adalah sebesar 70%-80%, sedangkan kepatuhan untuk tujuan pencegahan sebesar 60%-

70%. Derajat ketidakpatuhan ditentukan oleh beberapa faktor yaitu kompleksitas prosedur pengobatan, derajat perubahan hidup yang dibutuhkan, lamanya waktu dimana pasien harus memenuhi nasehat tersebut, apakah penyakit tersebut benar-benar menyakitkan, apakah pengobatan tersebut terlihat berpotensi menyelamatkan hidup, dan keparahan penyakit yang dipersepsikan oleh pasien.

Monitoring kepatuhan TTD menurut Depkes (1999) dapat dilakukan melalui beberapa hal, seperti dengan melakukan tes afifi pada tinja, melalui supervisi dan monitoring, atau dengan membawa kemasan/bungkus TTD kembali kepada petugas dan menunjukkan berupa jumlah TTD yang telah dikonsumsi oleh ibu hamil. Dalam penelitian ini melalui pengamatan dengan cara penghitungan sisa TTD di rumah ibu hamil diketahui jumlah TTD yang dikonsumsi oleh ibu hamil dalam sebulan. Jumlahnya bervariasi dari yang paling rendah hanya mengonsumsi TTD sebanyak 9 tablet dalam sebulan sampai 30 tablet/satu bungkus dalam satu bulan.

Monitoring kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD belum pernah dilakukan oleh petugas di Puskesmas Mumbulsari. Data mengenai program pemberian TTD pada ibu hamil hanya dilihat dari cakupan Fe 1, atau ibu hamil yang mendapatkan TTD satu bungkus pertama dan Fe 3 atau ibu hamil yang mendapatkan TTD 3 bungkus selama masa kehamilannya, dimana cakupan Fe 3 pada ibu hamil di Puskesmas Mumbulsari pada tahun 2010 telah mencapai 100%, tetapi jumlah ibu hamil yang menderita anemia justru meningkat dari 24,1% pada tahun 2009 menjadi 26,9% pada tahun 2010, sehingga untuk mengetahui keberhasilan program penanganan anemia pada ibu hamil tidak cukup hanya dengan melihat jumlah cakupan Fe 3 pada ibu hamil. Cakupan Fe 3 pada ibu hamil tidak dapat menggambarkan apakah TTD yang ibu hamil terima benar-benar telah dikonsumsi oleh ibu hamil. Untuk mengatasi hal itu sebaiknya petugas kesehatan melakukan monitoring kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD secara teratur melalui kunjungan rumah pada ibu hamil yang telah mendapatkan TTD atau dengan membawa kemasan/bungkus TTD oleh ibu hamil kembali kepada petugas, sehingga dapat diketahui berapa jumlah TTD yang telah dikonsumsi oleh ibu hamil.

Beberapa alasan yang diungkapkan oleh ibu hamil mengenai ketidakpatuhannya mengonsumsi TTD antara lain yaitu karena lupa sebesar 43%, karena rasa pil yang tidak enak/bau, mual dan muntah sebesar 45%, ibu hamil mengatakan bosan sebesar 6% dan 4% mengatakan khawatir bayi mereka menjadi besar bila meminum TTD terlalu sering. Beberapa alasan yang ibu hamil ungkapkan tersebut, sejalan dengan hasil penelitian Seck & Jackson (2008) yang menyatakan bahwa 42% ibu hamil tidak patuh mengonsumsi TTD karena alasan merasakan efek samping akibat meminum TTD, tidak paham bahwa TTD harus diminum selama masa kehamilan dan karena alasan lupa. Demikian pula penelitian yang dilakukan oleh Karnasih (2009) di Kecamatan Patrang, Kabupaten Jember yang menyatakan bahwa tujuh dari sepuluh partisipan penelitian mengatakan pil berbau dan merasa mual setelah mengonsumsi TTD dan satu mengatakan tidak meminum TTD karena lupa serta masih ada ibu hamil yang mempunyai anggapan meminum TTD banyak-banyak dapat menyebabkan bayi dalam kandungan menjadi besar.

TTD kadang-kadang dapat memberikan beberapa efek samping yang tidak berbahaya dan biasanya bersifat ringan seperti perut terasa tidak enak, mual-mual, susah buang air besar dan tinja berwarna hitam. Biasanya untuk mengurangi gejala sampingan tersebut ibu hamil dianjurkan meminum TTD pada malam hari menjelang tidur, dan lebih baik setelah minum TTD disertai makan buah seperti pisang, jeruk dan pepaya (Depkes RI, 2003), untuk itu petugas sebaiknya memberikan penjelasan kepada ibu hamil mengenai efek samping setelah minum TTD, dengan memberikan penekanan bahwa efek samping yang terjadi merupakan efek samping ringan yang tidak berbahaya dan menjelaskan mengenai upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi efek samping tersebut.

Hasil pemeriksaan Hb pada ibu hamil yang menjadi sampel penelitian menunjukkan sebanyak 64 ibu hamil (70,3%) menderita anemia dan hanya 27 (29,75) ibu hamil saja yang menunjukkan hasil pemeriksaan Hb lebih atau sama dengan 11gr% (tidak anemia). Banyak hal yang berhubungan dengan kejadian anemia pada ibu hamil, salah satunya karena rendahnya tingkat kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD. Dalam penelitian ini didapatkan data 36 (81,8%) ibu hamil yang tidak patuh mengonsumsi TTD menderita anemia, dan 28 (59,6%)

ibu hamil yang patuh mengonsumsi TTD menderita anemia, jadi proporsi ibu hamil yang menderita anemia lebih besar pada ibu hamil yang tidak patuh mengonsumsi TTD. Terdapat hubungan yang bermakna antara kepatuhan ibu hamil mengonsumsi TTD dengan kejadian anemia pada ibu hamil ( $p$ -value = 0,02), dimana ibu hamil yang tidak patuh cenderung untuk menderita anemia sebesar 3 kali dibandingkan dengan ibu hamil yang patuh mengonsumsi TTD (nilai OR = 3,05). Sesuai penelitian Herlina, dkk (2005) yang menemukan adanya kecenderungan bahwa semakin kurang patuh ibu hamil mengonsumsi TTD, maka akan semakin tinggi angka kejadian anemia, dengan nilai Odds Ratio sebesar 2.429%, yang berarti bahwa ibu hamil yang kurang patuh mengonsumsi TTD mempunyai resiko 2.429 kali lebih besar mengalami anemia dibanding dengan ibu hamil yang patuh mengonsumsi TTD. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa pemberian TTD bagi ibu hamil sangat bermanfaat untuk mengatasi anemia pada ibu hamil, akan tetapi harus dipastikan bahwa ibu hamil tersebut patuh mengonsumsi TTD yang diberikan oleh petugas.

Dalam penelitian ini didapatkan data bahwa dari 91 ibu hamil yang menjadi sampel penelitian, didapatkan sebanyak 17 ibu hamil yang mempunyai data hasil pemeriksaan Hb pada saat usia kehamilan trimester satu, 6 ibu hamil (35,3%) memiliki Hb normal/tidak menderita anemia dan 11 ibu hamil (64,7%) menderita anemia, dari 17 ibu hamil tersebut, 12 ibu hamil (70,6%) patuh mengonsumsi TTD dan 5 ibu hamil (29,4%) tidak patuh mengonsumsi TTD. Hasil pemeriksaan Hb ulang, didapatkan ibu hamil yang memiliki kadar Hb normal sebanyak 7 (41,2%) dan ibu hamil yang masih mengalami anemia sebanyak 10 (58,8%) ibu hamil. Dari 12 ibu hamil yang patuh mengonsumsi TTD, hanya 1 ibu hamil saja yang mengalami perubahan status anemianya, pada saat usia kehamilan trimester 1 mengalami anemia (Hb : 10,8gr%), setelah mengonsumsi TTD secara rutin, hasil pemeriksaan Hb saat ini menunjukkan ibu hamil tersebut tidak menderita anemia lagi (Hb : 11,2gr%), 4 ibu hamil diketahui tidak menderita anemia pada saat trimester 1 usia kehamilannya maupun pada pemeriksaan Hb saat ini, sedangkan 7 ibu hamil lainnya tidak mengalami perubahan yaitu tetap menderita anemia meskipun mereka patuh mengonsumsi TTD.

Selain kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD, masih tingginya jumlah ibu hamil yang menderita anemia dalam penelitian ini mungkin disebabkan karena kebiasaan-kebiasaan ibu hamil yang kurang tepat sehubungan dengan perilaku meminum TTD. Masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari mayoritas adalah suku Madura yang mempunyai budaya minum kopi termasuk pada ibu hamil. Masyarakat suku Madura percaya bahwa bila ibu hamil meminum kopi selama masa kehamilannya maka bayi yang kelak dilahirkan akan nampak lebih bersih/putih. Dalam penelitian ini didapatkan 41 ibu hamil (45%) mempunyai kebiasaan meminum kopi dan teh, dimana 17 (41,5%) ibu hamil diantaranya mengatakan meminum kopi/teh berbarengan atau kurang dari dua jam setelah meminum TTD. Diketahui pula sebanyak 50 ibu hamil (54,9%) meminum TTD dalam waktu kurang dari 2 jam setelah makan, sebanyak 32 (35,1%) ibu hamil meminum TTD bersama-sama dengan meminum tablet Kalk.

Beberapa hal seharusnya diperhatikan pada saat mengonsumsi TTD diantaranya yaitu meminum TTD sebaiknya dilakukan pada jeda makan atau pada saat lambung tidak banyak makanan, karena pada keadaan ini zat besi akan mudah diserap (Depkes RI, 1999). Asam korida pada lambung dapat meningkatkan daya larut besi (Almatsier, 2004), selain itu juga perlu diperhatikan beberapa jenis makanan/minuman yang berpengaruh terhadap absorpsi besi dalam tubuh. Beberapa jenis makanan menyebabkan penyerapannya menjadi berkurang seperti asam fitat dan asam oksalat dalam sayuran misalnya fitat dalam protein kedelai, tanin yang merupakan polifenol yang terdapat dalam teh dan kopi, serta kalsium dalam dosis tinggi berupa suplemen. Asam organik seperti vitamin C sangat membantu penyerapan besi dengan merubah bentuk ferri menjadi ferro, oleh karena itu sangat dianjurkan ibu hamil memakan makanan sumber vitamin C tiap kali makan (Almatsier, 2004), dan akan lebih baik bila setelah minum TTD ibu hamil mengonsumsi makanan atau minuman sumber vitamin C, seperti buah jeruk, pepaya, pisang dan lain-lain.

Petugas kesehatan terutama bidan yang memberikan pelayanan ANC pada ibu hamil sebaiknya memberikan penyuluhan atau konseling mengenai cara meminum TTD yang benar, beberapa jenis makanan atau minuman yang dapat mengurangi penyerapan zat besi dalam tubuh, dan jenis makanan atau minuman

yang dapat meningkatkan penyerapan zat besi dalam tubuh, sehingga pemberian TTD selama masa kehamilan diharapkan mampu menaikkan kadar Hb dalam tubuh ibu hamil.

Dalam penelitian ini juga diperoleh data bahwa responden yang mendapatkan penyuluhan mengenai TTD oleh petugas kesehatan pada saat mendapatkan TTD sebanyak 58,2% responden mengatakan bahwa ia selalu diberi penyuluhan oleh petugas, 14,3% mengatakan kadang-kadang saja diberi penyuluhan, 11,0% mengatakan hanya mendapatkan penyuluhan saat pertama kali mendapatkan TTD dan sebesar 16,5% responden mengatakan tidak pernah mendapat penyuluhan, sedangkan materi penyuluhan yang diberikan oleh petugas kesehatan dari hasil penelitian didapatkan sebanyak 47,3% responden mengatakan mendapatkan penyuluhan mengenai manfaat TTD bagi ibu hamil, 31,9% mengatakan mendapat penyuluhan mengenai waktu yang tepat untuk meminum TTD, sebanyak 2,2% mengatakan mendapat penyuluhan mengenai bahaya anemia pada kehamilan dan 2,2% mengatakan mendapat penyuluhan mengenai cara meminum TTD. Penyuluhan mengenai manfaat TTD bagi bayi, cara meminum TTD yang benar, efek samping setelah meminum TTD, serta mengenai jenis-jenis makanan/minuman yang dapat menghambat atau membantu penyerapan zat besi dalam tubuh tidak pernah diberikan oleh petugas kesehatan.

Hasil penelitian diatas menjelaskan bahwa petugas tidak selalu memberikan penyuluhan kepada ibu hamil setiap ibu hamil tersebut mendapatkan TTD pada saat ANC, dan tidak memberikan penyuluhan dengan lengkap mengenai TTD dan anemia pada kehamilan, hal ini mungkin terjadi karena pelayanan ANC di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari lebih banyak dilakukan pada saat di posyandu, dimana pada saat posyandu, bidan seorang diri harus memberikan pelayanan kepada semua sasaran posyandu, sehingga tidak ada waktu yang cukup untuk memberikan penyuluhan atau konseling mengenai TTD dan anemia pada ibu hamil. Oleh karena itu sebaiknya selain petugas harus memberikan konseling pada saat setiap melakukan ANC juga dilakukan pemberian konseling bersama-sama dengan kegiatan monitoring melalui kunjungan rumah ibu hamil, sehingga petugas dapat memberikan konseling dengan lebih baik dan dapat melibatkan anggota keluarga yang ada.

Pemberian konseling maupun penyuluhan akan lebih mudah lagi dilakukan bila alat bantu penyuluhan atau buku pedoman konseling anemia dan TTD telah tersedia dan dimiliki oleh setiap petugas kesehatan yang ada di puskesmas. Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) ibu hamil yang berfungsi sebagai kartu pencatatan ANC, sebenarnya juga dapat dimanfaatkan dalam pemberian penyuluhan atau konseling tetapi sayangnya buku tersebut tidak menjelaskan dengan lengkap mengenai TTD dan anemia pada kehamilan, untuk itu maka penambahan materi mengenai TTD dan anemia pada Buku KIA atau distribusi buku pedoman konseling anemia dan TTD yang merata dapat membantu petugas dalam memberikan konseling atau penyuluhan mengenai anemia dan TTD.

## 6.2.2 Variabel Demografi Ibu Hamil

### a. Umur Ibu Hamil

Rentang umur ibu hamil dalam penelitian ini yaitu antara 15 sampai 36 tahun, sebagian besar ibu hamil (75,8%) berada pada kelompok umur yang tidak beresiko tinggi yaitu umur  $\geq 20$  tahun sampai  $< 35$  tahun. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok umur ibu hamil  $< 20$  tahun dan  $\geq 35$  tahun atau kelompok umur beresiko sebanyak 45,5% patuh mengonsumsi TTD, sedangkan kelompok umur ibu hamil yang bukan termasuk kelompok resiko sebanyak 53,6% patuh mengonsumsi TTD, sehingga tidak terbukti ada hubungan antara umur dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Mardiana (2004) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara umur dengan kepatuhan ibu hamil mengonsumsi TTD di Palembang. Demikian pula penelitian oleh Herlina, dkk (2005) yang menyatakan bahwa angka *compliance* yang paling rendah ditemukan pada ibu hamil yang berumur lebih tua ( $>35$  tahun).

Ibu hamil yang berumur  $< 20$  tahun dan umur  $\geq 35$  tahun menurut Depkes RI (2001) merupakan kelompok umur beresiko terhadap kehamilan. Pada umur di bawah 20 tahun, rahim dan panggul sering kali belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya, ibu hamil pada usia itu mungkin mengalami persalinan lama/macet, atau gangguan lainnya karena ketidaksiapan ibu untuk menerima

tugas dan tanggung jawabnya sebagai orang tua. Pada umur 35 tahun atau lebih, kesehatan ibu sudah menurun, akibatnya, ibu hamil pada usia ini mempunyai kemungkinan lebih besar untuk mempunyai anak cacat, persalinan lama dan perdarahan.

Ibu hamil pada kelompok umur < 20 tahun (terlalu muda), dan umur 35 tahun keatas (terlalu tua) adalah kelompok ibu hamil yang sebenarnya lebih membutuhkan TTD (Kemenkes RI, 2010). Ibu hamil dengan kelompok umur resiko tinggi seharusnya memperoleh perhatian lebih dari petugas/bidan sehubungan dengan pencegahan komplikasi termasuk bahaya terjadinya perdarahan pada saat persalinan nanti, tetapi dari hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara umur ibu hamil dengan kepatuhan mengonsumsi TTD, hal ini dimungkinkan karena perhatian dari petugas/bidan kurang menekankan pada pentingnya mengonsumsi TTD bagi ibu hamil saja, kemungkinan konseling yang dilakukan lebih terfokus pada perencanaan tempat bersalin bagi ibu, ibu hamil dengan resiko tinggi akan mendapatkan penjelasan bahwa persalinan lebih aman dilakukan di Puskesmas Poned (Pelayanan Obstetri Neonatal Esensial Dasar) atau mempersiapkan diri untuk rujukan ke Rumah Sakit.

#### **b. Tingkat Pendidikan Ibu Hamil**

Tingkat pendidikan ibu hamil dalam penelitian ini bervariasi dari Sekolah Dasar tidak tamat sampai lulusan Perguruan Tinggi, tetapi mayoritas (62,6%) ibu hamil berpendidikan tamat SD. Dalam penelitian ini pendidikan ibu dibagi dalam dua katagori yaitu disebut rendah bila ibu hamil lulusan SMP ke bawah dan disebut tinggi bila ibu hamil tersebut lulusan SMA atau lebih. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu hamil dengan pendidikan rendah 46,9% patuh dalam mengonsumsi TTD, sedangkan ibu hamil dengan pendidikan tinggi yang patuh mengonsumsi TTD sebesar 63,0%, meskipun ibu hamil yang berpendidikan tinggi lebih besar jumlahnya yang patuh mengonsumsi TTD dibandingkan dengan ibu hamil berpendidikan rendah, tetapi secara statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu dengan kepatuhan ibu dalam mengonsumsi TTD. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mardiana (2004), yang menyatakan bahwa ada hubungan yang

bermakna antara kepatuhan mengonsumsi TTD dengan pendidikan ibu hamil, dimana ibu hamil yang berpendidikan tinggi cenderung untuk patuh sebesar 6,608 kali dibandingkan dengan responden yang berpendidikan rendah. Perbedaan hasil penelitian ini kemungkinan disebabkan karena perbedaan jumlah sampel dan perbedaan definisi operasional yang digunakan dalam penelitian. Hasil penelitian mengenai kepatuhan pengobatan lainnya yaitu penelitian yang dilakukan oleh Asnawi (2001), yang meneliti faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan berobat penderita Tb baru di Jambi yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan kepatuhan berobat penderita Tb paru antara penderita yang berpendidikan rendah dengan yang berpendidikan tinggi, sehingga ada kesamaan antara hasil penelitian tersebut dengan penelitian kepatuhan ibu mengonsumsi TTD.

Tingkat pendidikan merupakan salah satu kebutuhan untuk pengembangan diri manusia, semakin tinggi tingkat pendidikan maka akan semakin mudah seseorang menerima serta mengembangkan pengetahuannya, tetapi dalam hal kepatuhan pengobatan, pendidikan yang tinggi belum tentu menunjukkan kepatuhan yang tinggi pula. Hal ini mungkin terjadi karena banyak faktor lain yang berpengaruh terhadap kepatuhan pengobatan seperti yang dijelaskan oleh Sarafino (2007) dan Niven (2002) yaitu pemahaman terhadap instruksi, karakteristik pengobatan, dan karakteristik penyakit, serta aspek psikososial pasien.

### c. **Gravida Ibu**

Ibu hamil dalam penelitian ini berdasarkan jumlah kehamilan yang pernah dialaminya terbagi menjadi dua yaitu primigravida dan multigravida. Ibu hamil yang menyatakan bahwa kehamilan saat ini adalah kehamilan pertama atau disebut primigravida berjumlah 45 (49,5%), sedangkan ibu hamil dengan kehamilan lebih dari satu kali atau disebut multigravida berjumlah 46 (50,5%). Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu hamil dalam kelompok primigravida yang patuh mengonsumsi TTD sebesar 55,6%, ibu hamil pada kelompok multigravida yang patuh mengonsumsi TTD adalah sebesar 47,8%, meskipun jumlah ibu hamil yang patuh mengonsumsi TTD lebih besar pada kelompok primigravida, tetapi secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna antara

gravida dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Herlina, dkk (2005) yang menyatakan bahwa angka *compliance* ibu hamil dalam mengonsumsi TTD yang paling rendah ditemukan pada ibu hamil primigravida. Hal ini terjadi kemungkinan karena perbedaan jumlah sampel dan perbedaan definisi operasional kepatuhan yang digunakan dalam penelitian.

Ibu hamil pada kehamilan pertama mungkin saja cenderung lebih memperhatikan terhadap kehamilannya termasuk lebih memperhatikan terhadap instruksi yang diberikan oleh petugas/bidan karena hal ini merupakan pengalaman pertama baginya, akan tetapi tidak menutup kemungkinan bahwa ibu hamil dengan kehamilan kedua atau lebih mempunyai pengalaman yang lebih banyak pula terhadap perawatan kehamilan dan lebih banyak mendapatkan informasi mengenai penyakit anemia dan manfaat TTD, sehingga dapat dimaklumi hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan jumlah ibu hamil yang patuh mengonsumsi TTD antara ibu primigravida dengan multigravida.

#### d. **Pekerjaan Ibu Hamil**

Ibu hamil dalam penelitian ini mayoritas adalah sebagai ibu rumah tangga atau tidak bekerja yaitu sebanyak 80 (87,9%), sedangkan ibu hamil yang bekerja sebanyak 11 orang saja (12,1%). Pekerjaan ibu hamil meliputi sebagai guru, pedagang dan karyawan swasta. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu hamil yang tidak bekerja 48,8% patuh mengonsumsi TTD dan ibu hamil yang bekerja 72,7% patuh mengonsumsi TTD. Dari sini dapat diketahui bahwa proporsi ibu hamil yang patuh mengonsumsi TTD lebih tinggi pada ibu hamil yang bekerja, tetapi secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD. Penelitian yang dilakukan oleh Syahrizal (2002) yang meneliti kepatuhan menelan obat pada penderita Tbc BTA positif di Sumatera Selatan, juga menyatakan bahwa tidak ada hubungan kepatuhan dalam menelan obat antara penderita yang tidak bekerja dengan penderita yang bekerja. Hal yang sama ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Sudarmi (2004) yang meneliti tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan kunjungan ulang pada pasien rujukan persalinan di RSUP

Fatmawati Jakarta, yang menjelaskan bahwa secara prosentase ibu yang bekerja lebih banyak yang patuh melakukan kunjungan ulang dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja, tetapi tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan responden dengan kepatuhan melakukan kunjungan ulang. Hal ini menunjukkan bahwa lingkungan pekerjaan ibu tidak memiliki akses yang lebih baik terhadap informasi kesehatan terutama mengenai perawatan ibu dan bayi.

Niven (2002) dalam bukunya mengenai mengapa orang bekerja, menjelaskan bahwa kelompok pekerjaan yang mungkin merupakan kelompok tidak formal dapat mempengaruhi sikap individu serta memotivasinya terhadap suatu hal. Hal ini dapat terjadi pula terhadap sikap dan motivasi ibu hamil mengenai kepatuhannya mengonsumsi TTD. Ibu hamil yang bekerja sangat mungkin memiliki pergaulan yang lebih luas sehingga pengetahuan mengenai penyakit anemia dan TTD lebih banyak dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja, akan tetapi ibu hamil yang tidak bekerja sangat mungkin untuk tidak lupa dan meminum TTD dengan teratur karena ia memiliki banyak waktu di rumah, sehingga bisa dipahami tidak terdapat hubungan antara kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD dengan status pekerjaan, apakah ibu hamil bekerja atau tidak bekerja.

### **6.2.3 Pengetahuan Ibu hamil**

Ibu hamil yang memiliki pengetahuan dalam kategori baik mengenai anemia dan TTD pada penelitian ini sebanyak 55 (60,4%), sedangkan ibu hamil dengan pengetahuan kategori kurang sebanyak 36 ibu hamil (39,6%). Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu hamil yang pengetahuannya kurang sebesar 50,0% patuh mengonsumsi TTD, sedangkan ibu hamil dengan pengetahuan baik sebesar 52,7% patuh mengonsumsi TTD. Dari sini terlihat ada perbedaan sedikit lebih banyak proporsi ibu hamil yang memiliki pengetahuan baik dalam mengonsumsi TTD, tetapi secara statistik tidak ada hubungan bermakna antara pengetahuan ibu hamil dengan kepatuhan mengonsumsi TTD. Berbeda dengan hasil penelitian oleh Asnawi (2001), yang menyatakan bahwa ada perbedaan bermakna kepatuhan berobat pada penderita Tb paru antara penderita dengan pengetahuan baik dengan penderita dengan pengetahuan yang kurang mengenai

penyakit Tb paru, dimana penderita yang berpengetahuan baik cenderung patuh berobat 2,581 kali dibandingkan dengan penderita dengan pengetahuan yang kurang. Demikian pula penelitian oleh Mardiana (2004), yang menunjukkan bahwa ibu hamil dengan pengetahuan baik lebih patuh mengonsumsi TTD dibandingkan dengan ibu hamil yang memiliki pengetahuan kurang.

Pengetahuan merupakan predisposisi terjadinya perilaku dan menurut Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2010), menyatakan bahwa pengetahuan merupakan domain terbentuknya perilaku. Menurut Depkes RI (2001) Ibu yang memiliki pengetahuan tentang kesehatan reproduksi, akan lebih memiliki rasa percaya diri, wawasan dan kemampuan untuk mengambil keputusan yang baik bagi diri dan keluarganya, tetapi kenyataannya seseorang yang mempunyai pengetahuan baik belum tentu mempunyai perilaku yang sesuai dengan pengetahuannya, seperti pernyataan Green, Kreuter, Deeds dan Partridge (1980), yang menyatakan bahwa pengetahuan yang baik tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku, pengetahuan merupakan hal penting tetapi faktor ini tidak cukup untuk membuat seseorang berperilaku sehat. Dalam HBM, pengetahuan dipandang sebagai variabel struktural yang tidak langsung berpengaruh terhadap perilaku seseorang, akan tetapi variabel ini bersama-sama variabel demografis dan variabel sosiopsikologis berpengaruh langsung terhadap ancaman, keseriusan dan pertimbangan keuntungan dan kerugian yang dirasakan oleh individu (Smet, 1994).

Penelitian oleh Purnawan (2006) mengenai hubungan pengetahuan, sikap dan praktek ibu hamil tentang pencegahan anemia gizi dengan kepatuhan minum TTD menunjukkan hasil yang sama dengan penelitian ini, dimana hasil penelitiannya menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan ibu hamil dengan kepatuhan meminum TTD. Tidak adanya hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kepatuhan mengonsumsi TTD dalam penelitian ini menunjukkan bahwa ibu hamil dengan pengetahuan baik ternyata belum tentu patuh mengonsumsi TTD, hal ini mungkin terjadi karena selain pengetahuan masih ada variabel lain yang lebih berhubungan dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD. Contoh kasus lain misalnya pada perokok, meskipun ia mengetahui dengan baik mengenai bahaya merokok, tetapi ia tetap saja merokok,

sehingga dapat dimaklumi tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku kesehatan pada individu, termasuk kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD.

#### **6.2.4 Persepsi Ibu Hamil**

##### **a. Persepsi Kerentanan**

Persepsi kerentanan merupakan salah satu komponen dalam HBM yang sangat berpengaruh terhadap perilaku kesehatan terutama untuk upaya pencegahan. Dalam penelitian ini ibu hamil yang memiliki persepsi kerentanan dalam katagori baik berjumlah 57 ibu hamil (62,6%), sedangkan ibu hamil yang memiliki persepsi kerentanan yang kurang berjumlah 34 ibu hamil (37,4%). Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi ibu hamil yang memiliki persepsi kerentanan baik, lebih besar dibandingkan dengan ibu hamil yang memiliki persepsi kerentanan kurang, ibu hamil dengan persepsi kerentanan kurang yang patuh mengonsumsi TTD adalah sebesar 17,6% saja, sedangkan ibu hamil dengan persepsi kerentanan baik, yang patuh mengonsumsi TTD adalah sebesar 71,9%. Hasil ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara persepsi kerentanan dengan kepatuhan ibu hamil mengonsumsi TTD, ibu hamil yang merasa lebih rentan menderita anemia cenderung patuh sebesar 11,9 kali dibandingkan dengan ibu hamil yang kurang merasa rentan menderita anemia. Studi yang dilakukan oleh Hochbaum (1958) sejalan dengan hasil penelitian ini, Hochbaum menemukan bahwa faktor-faktor yang menghambat keberhasilan program *medical screening* penyakit TBC diantaranya adalah persepsi kerentanan yang dirasakan oleh individu. Sama halnya dengan penelitian yang dilakukan Cavocoressil, dkk. (2004), yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara *perceived susceptibility* wanita terhadap kanker payudara terhadap kepatuhan melakukan *mammography screening*.

Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa persepsi kerentanan merupakan faktor penting yang menentukan seseorang patuh atau tidak patuh dalam mengikuti suatu program pengobatan. Ibu hamil yang merasa bahwa dirinya rentan menderita anemia maka akan berupaya agar pada saat kehamilannya ini ia tidak menderita anemia dengan cara mengonsumsi TTD

dengan teratur sesuai petunjuk petugas kesehatan. Teori HBM juga menjelaskan bahwa seseorang bertindak untuk mencegah penyakit maka ia harus merasakan bahwa ia rentan (*susceptible*) terhadap penyakit tersebut.

Hubungan yang bermakna antara persepsi kerentanan dengan kepatuhan ibu hamil mengonsumsi TTD menjelaskan bahwa keyakinan akan kerentanan merupakan faktor penting, sehingga dalam pelaksanaan ANC terhadap ibu hamil agar dapat meningkatkan kepatuhannya dalam mengonsumsi TTD, maka persepsi ibu hamil terhadap kerentanan menderita anemia ditingkatkan melalui kegiatan konseling mengenai penyakit anemia pada ibu hamil, diharapkan ibu hamil merasa bahwa masa kehamilan adalah masa yang rentan menderita anemia.

**b. Persepsi Keseriusan**

Persepsi keseriusan merupakan komponen HBM yang menyatakan bahwa seseorang menganggap serius suatu penyakit sehingga ia cenderung berperilaku untuk tujuan kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu hamil yang memiliki persepsi keseriusan yang baik adalah sebesar 45 ibu hamil (49,5%) dan sebesar 46 ibu hamil (30,3%) memiliki persepsi keseriusan yang kurang. Ibu hamil dengan persepsi keseriusan kurang, yang patuh mengonsumsi TTD adalah sebesar 26,1% saja, sedangkan ibu hamil dengan persepsi keseriusan baik yang patuh mengonsumsi TTD adalah sebesar 77,8%. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi keseriusan dengan kepatuhan ibu mengonsumsi TTD, ibu hamil yang merasa penyakit anemia merupakan penyakit yang berakibat serius akan lebih patuh sebesar 9,9 kali daripada ibu hamil yang kurang merasa bahwa anemia berakibat serius bagi kehamilan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mirotznik, Feldman dan Sten (1995), yang menyatakan bahwa *perceived severity* atau persepsi keseriusan yang dirasakan oleh penderita penyakit jantung berhubungan dengan kepatuhan penderita untuk melakukan program latihan.

Konsep HBM menyatakan bahwa kemungkinan individu akan melakukan tindakan pencegahan tergantung secara langsung pada keyakinan (*health beliefs*) salah satunya yaitu ancaman yang dirasakan terhadap resiko yang akan muncul. Hal ini mengacu pada sejauh mana seseorang berfikir penyakit betul-betul

merupakan ancaman bagi dirinya, asumsinya adalah bila ancaman yang dirasakan tersebut meningkat maka perilaku pencegahan juga akan meningkat (Smet,1994). Ibu hamil yang merasa dirinya terancam menderita anemia pada kehamilannya saat ini maka akan lebih berusaha untuk mengatasi ancaman tersebut dengan cara mengkonsumsi TTD secara teratur setiap hari, dengan demikian dapat dimaklumi ibu hamil yang merasa bahwa anemia bukan merupakan ancaman yang berarti bagi kesehatannya akan cenderung tidak patuh mengkonsumsi TTD.

Dalam kegiatan ANC, hasil penelitian ini membuktikan pentingnya pemberian konseling kepada ibu hamil untuk meningkatkan kepatuhannya dalam mengkonsumsi TTD yaitu dengan membuat ibu hamil merasakan bahwa penyakit anemia pada kehamilan merupakan ancaman yang serius bagi keselamatan ibu dan bagi bayi yang dikandungnya.

### c. **Persepsi Manfaat**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi manfaat yang dirasakan oleh ibu hamil dengan katagori baik sebanyak 46 ibu hamil (49,5%), sedangkan ibu hamil dengan persepsi manfaat kurang sebanyak 45 (50,5%). Ibu hamil yang merasa kurang yakin bahwa mengkonsumsi TTD bermanfaat bagi kehamilannya, patuh mengkonsumsi TTD sebesar 28,9%, sedangkan ibu hamil yang merasa yakin bahwa mengkonsumsi TTD memberikan manfaat, patuh mengkonsumsi tablet tambah darah sebesar 73,9%. Sehingga terdapat hubungan yang bermakna antara persepsi manfaat dengan kepatuhan ibu mengkonsumsi TTD. Ibu hamil yang merasa yakin bahwa mengkonsumsi TTD bermanfaat bagi kesehatannya mempunyai peluang 6,9 kali untuk patuh mengkonsumsi TTD dibandingkan dengan ibu hamil yang merasa kurang yakin bahwa mengkonsumsi TTD bermanfaat bagi kesehatannya. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian oleh Seck & Jackson (2008) mengenai faktor determinan kepatuhan ibu hamil mengkonsumsi tablet besi di Senegal yang menyebutkan bahwa edukasi terhadap ibu hamil mengenai manfaat TTD dapat meningkatkan kepatuhan ibu hamil dalam mengkonsumsi TTD. Penelitian lain yang dilakukan di Filipina oleh *Public Health Nutrition* (2008), menyatakan bahwa *perceived helth benefit* berhubungan positif dengan konsumsi TTD pada ibu hamil.

Seseorang yang mempunyai keyakinan bahwa sesuatu hal tidak berguna bagi dirinya, maka dapat dimaklumi ia tidak akan melakukan hal tersebut, demikian pula dengan ibu hamil yang tidak/kurang memiliki keyakinan bahwa TTD dapat memberikan manfaat bagi kesehatan dirinya dan kesehatan bayi dalam kandungannya, maka akan cenderung tidak patuh dalam mengonsumsi TTD. Adanya hubungan yang bermakna antara persepsi manfaat yang diyakini oleh ibu hamil dalam mengonsumsi TTD dengan kepatuhan mengonsumsi TTD membuktikan bahwa pendekatan dalam rangka meningkatkan keyakinan akan manfaat TTD bagi ibu hamil perlu dilakukan oleh petugas agar terjadi peningkatan kepatuhan ibu dalam mengonsumsi TTD selama masa kehamilannya.

#### **d. Persepsi Rintangan**

Rintangan yang dirasakan oleh ibu hamil dalam upayanya untuk mengonsumsi TTD dalam HBM merupakan komponen yang dapat mempengaruhi perilaku pencegahan pada individu. Persepsi rintangan dalam penelitian ini didapatkan hasil bahwa 52 ibu hamil (57,1%) merasakan lebih banyak rintangan dalam mengonsumsi TTD secara rutin setiap hari, dan sebanyak 39 ibu hamil (42,9%) merasa bahwa kurang ada rintangan dalam mengonsumsi TTD secara rutin setiap hari. Ibu hamil yang merasa lebih banyak rintangan patuh mengonsumsi TTD sebesar 38,5%, sedangkan ibu hamil yang merasa lebih sedikit adanya rintangan, patuh mengonsumsi TTD sebesar 69,2%. Hasil penelitian menjelaskan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara persepsi rintangan dengan kepatuhan ibu mengonsumsi TTD. Ibu hamil yang merasa sedikit rintangan dalam mengonsumsi TTD secara rutin setiap hari cenderung untuk patuh mengonsumsi TTD sebesar 3,6 kali dibandingkan dengan ibu hamil yang merasa lebih banyak rintangan.

Adanya hubungan yang bermakna antara persepsi rintangan dengan kepatuhan ibu mengonsumsi TTD dalam penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Payapo (1999), terhadap kepatuhan perawatan kaki penderita diabetes, dimana hasil penelitiannya menyatakan bahwa persepsi rintangan yang dirasakan berhubungan signifikan dengan kepatuhan dimana responden yang memiliki persepsi rintangan di atas rata-rata berpeluang untuk

patuh melakukan perawatan kaki 2,63 kali dibandingkan dengan responden yang memiliki persepsi rintangan dibawah rata-rata.

Teori HBM menjelaskan bahwa setelah individu yang merasa dirinya rentan menderita penyakit yang dianggapnya serius, ia akan melakukan suatu tindakan tertentu. Tindakan ini akan tergantung pada manfaat yang dirasakan dan rintangan-rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut, demikian pula dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD secara rutin setiap hari, ibu hamil yang merasa banyak rintangan dalam mengonsumsi TTD cenderung lebih tidak patuh dalam mengonsumsi TTD secara rutin setiap hari.

Bentuk rintangan yang dirasakan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD secara teratur setiap hari lebih banyak pada efek samping yang ibu hamil rasakan setelah mengonsumsi TTD, seperti telah dijelaskan pada alasan ketidak patuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD sebesar 45% ibu hamil dalam penelitian ini mengatakan bahwa ia tidak rutin meminum TTD karena rasa pil yang tidak enak/bau, mual dan muntah setelah meminum TTD. Untuk mengatasi hal ini seharusnya petugas kesehatan memberikan penyuluhan atau konseling kepada ibu hamil mengenai efek samping yang dapat timbul setelah meminum TTD, dan menjelaskan mengenai metode yang dapat ibu hamil lakukan untuk mengatasi efek samping tersebut. Hal ini lebih diperhatikan pada ibu hamil yang mengalami gangguan pencernaan seperti gastritis, dimana pemberian TTD lebih menimbulkan efek samping berupa mual yang lebih berat, petugas sebaiknya menjelaskan bahwa TTD sebaiknya diminum pada saat jeda makan atau memberikan TTD dalam bentuk lain. Diharapkan konseling yang petugas lakukan akan menurunkan persepsi rintangan yang ibu hamil rasakan sehubungan dengan kepatuhannya mengonsumsi TTD.

#### e. *Self Efficacy*

Hasil penelitian menunjukkan *self efficacy* ibu hamil dalam mengonsumsi TTD secara rutin sebanyak 52 ibu hamil (57,1%) merasa memiliki *self efficacy* lebih baik, sedangkan 39 ibu hamil (42,9%) merasa kurang memiliki *self efficacy*. Terdapat perbedaan proporsi ibu yang patuh mengonsumsi TTD antara ibu yang memiliki *self efficacy* baik dengan yang kurang, ibu hamil yang memiliki *self*

*efficacy* kurang hanya 20,5% saja yang patuh mengonsumsi TTD, sedangkan ibu hamil yang memiliki *self efficacy* baik sebesar 75,0% patuh mengonsumsi TTD. Dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara *self efficacy* dengan kepatuhan ibu hamil mengonsumsi TTD. Ibu hamil yang memiliki *self efficacy* baik cenderung patuh 11,6 kali dibandingkan dengan ibu hamil yang kurang memiliki *self efficacy*.

*Self efficacy* ditambahkan dalam komponen HBM sejak tahun 1988, tujuannya adalah untuk menyempurnakan HBM agar lebih sesuai dengan tantangan merubah perilaku atau kebiasaan yang tidak sehat. Asumsinya adalah seseorang umumnya tidak akan mencoba melakukan sesuatu yang baru kecuali mereka berfikir mereka dapat melakukannya, jika seseorang percaya perilaku tersebut berguna (*perceived benefit*), tetapi tidak berfikir bahwa mereka mampu melakukannya, maka kemungkinan besar perilaku tersebut tidak akan dilakukannya. Dapat dipahami bahwa ibu hamil yang memiliki keyakinan akan kemampuan dirinya untuk berupaya mengonsumsi TTD secara teratur setiap hari maka ibu hamil tersebut akan cenderung lebih patuh dalam mengonsumsi TTD, demikian pula sebaliknya, ibu hamil yang merasa bahwa ia tidak sanggup mengonsumsi TTD secara rutin setiap hari karena beberapa alasan, misalnya karena ibu tersebut tidak mampu mengatasi efek samping yang muncul setelah meminum TTD, maka ia akan menjadi kurang patuh dalam mengonsumsi TTD.

Upaya yang dapat dilakukan oleh petugas kesehatan untuk meningkatkan kepatuhan ibu hamil salah satunya adalah melalui peningkatan keyakinan ibu bahwasannya ibu mampu untuk mengonsumsi TTD secara teratur setiap hari dan mampu mengatasi efek samping yang timbul akibat TTD. Hal ini dapat dilakukan melalui kegiatan konseling pada ibu dengan penekanan penjelasan mengenai metode yang dapat dilakukan untuk mengurangi atau bahkan menghilangkan efek samping dari TTD.

### **6.2.5 Dukungan Keluarga**

Dukungan keluarga merupakan tindakan mengingatkan oleh anggota keluarga ibu hamil agar ibu hamil rutin mengonsumsi TTD setiap hari. Ibu hamil dalam penelitian ini yang mendapat dukungan keluarga sebanyak 66 ibu hamil

(72,5%) dan 25 ibu hamil lainnya (27,5%) tidak mendapatkan dukungan dari keluarga. Ibu hamil yang tidak mempunyai dukungan keluarga sebanyak 12,0% patuh mengonsumsi TTD, sedangkan ibu yang mendapatkan dukungan dari keluarga sebesar 66,7% patuh mengonsumsi TTD. Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kepatuhan ibu dalam mengonsumsi TTD, dapat disimpulkan bahwa ibu hamil yang mendapat dukungan keluarga lebih patuh mengonsumsi TTD sebesar 14,667 kali dibandingkan dengan ibu yang tidak mendapatkan dukungan dari keluarga.

Alasan mengapa seseorang/pasien patuh atau tidak patuh dalam program pengobatan antara lain karena faktor psikososial pasien, salah satu faktor psikososial adalah *support* sosial berupa *support* dari keluarga. Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima. Kenyataannya bahwa seseorang yang merasa bahwa ia sanggup mengikuti program pengobatan dengan senang, kemudian mendapatkan bantuan dan perhatian dari orang lain akan lebih patuh mengikuti anjuran pengobatan dibandingkan dengan yang tidak mempunyai dukungan sosial (Sarafino, 2007 dan Niven, 2002).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian-penelitian terdahulu, diantaranya penelitian oleh Daud (2001), yang menyatakan bahwa dukungan keluarga berhubungan secara signifikan dengan kepatuhan penderita Tb paru rawat jalan di poliklinik paru RSUD Ahmad Muchtar Bukittinggi, dimana penderita yang mendapat dukungan keluarga 2,57 kali lebih patuh dibandingkan dengan penderita yang tidak mempunyai dukungan keluarga. Sama halnya dengan penelitian oleh Mardiana (2004), yang mendapatkan hasil bahwa ibu hamil yang mendapat dukungan keluarga 4,503 kali lebih patuh dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak mendapat dukungan keluarga dalam mengonsumsi TTD setiap hari.

Dalam penelitian ini dukungan keluarga berupa tindakan mengingatkan ibu untuk mengonsumsi TTD setiap hari terbanyak didapatkan oleh ibu dari suami yaitu sebesar 61 (91%), kemudian anggota keluarga lain yang mendukung yaitu ibu/orang tua perempuan ibu hamil sebesar 5 (8%). Hasil ini menunjukkan

bahwa suami merupakan orang terdekat ibu yang banyak mempengaruhi ibu untuk patuh mengonsumsi TTD secara rutin setiap hari. Selain itu dalam penelitian ini didapatkan pula data masih rendahnya pemberian penyuluhan mengenai TTD kepada anggota keluarga ibu hamil oleh petugas, didapatkan sebanyak 71,4% ibu hamil mengatakan bahwa petugas tidak pernah memberikan penyuluhan mengenai TTD kepada anggota keluarganya.

Adanya hubungan yang bermakna secara statistik antara dukungan keluarga dengan kepatuhan ibu mengonsumsi TTD menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang baik terutama pasangan hidup/suami merupakan motivasi atau pendorong ibu hamil untuk meningkatkan kepatuhannya dalam mengonsumsi TTD, sehingga petugas/bidan sedapat mungkin melibatkan keluarga terutama suami bersama-sama ibu hamil dalam kegiatan konseling mengenai anemia dan TTD.



## BAB 7

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian mengenai kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD di Puskesmas Mumbulsari, Kecamatan Mumbulsari, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, tahun 2011, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD masih rendah, hampir separuh dari jumlah ibu hamil yang diteliti tidak patuh mengonsumsi TTD sesuai anjuran petugas kesehatan.
2. Tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara variabel demografi ibu hamil (umur, pendidikan, gravida dan pekerjaan) dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD.
3. Pengetahuan ibu mengenai penyakit anemia dan TTD terbukti tidak menunjukkan hubungan dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD.
4. Teori HBM dapat dipakai untuk membuktikan faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan yaitu kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD. Variabel persepsi dalam komponen HBM yang meliputi persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi manfaat, persepsi rintangan dan *self efficacy* terbukti berhubungan dengan kepatuhan ibu dalam mengonsumsi TTD.
5. Dukungan keluarga berupa tindakan mengingatkan dari anggota keluarga kepada ibu hamil untuk mengonsumsi TTD secara rutin setiap hari, terbukti berhubungan dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD.

#### 7.2 Saran

Saran yang dapat disampaikan berdasarkan hasil penelitian ini adalah:

##### 1. Puskesmas Mumbulsari

- Pada saat kegiatan ANC di puskesmas, polindes dan di posyandu hendaknya lebih ditekankan penyuluhan dan konseling mengenai penyakit anemia dan TTD sehingga dapat meningkatkan persepsi kerentanan,

keseriusan, manfaat TTD , *self efficacy* ibu hamil, dan diharapkan dapat menurunkan persepsi rintangan dalam mengonsumsi TTD sehingga pada akhirnya dapat meningkatkan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD.

- Melibatkan keluarga terutama suami ibu hamil pada saat konseling mengenai anemia dan TTD pada saat kegiatan ANC di tempat pelayanan maupun pada saat kunjungan rumah pada ibu hamil sehingga meningkatkan dukungan keluarga terhadap ibu hamil agar mengonsumsi TTD secara teratur.
- Memberikan penjelasan kepada ibu hamil mengenai faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya anemia khususnya dari makanan/minuman yang dapat menghambat penyerapan zat besi dalam tubuh dan makanan/minuman yang dapat meningkatkan penyerapan TTD dalam tubuh serta cara meminum TTD yang tepat. Petugas harus menjelaskan pula mengenai efek samping dan cara mengatasi efek samping setelah meminum TTD terutama pada ibu hamil yang mengalami gangguan pencernaan seperti gastritis, bila perlu diberikan TTD dalam bentuk lain untuk meningkatkan kepatuhan mengonsumsi TTD.
- Melakukan monitoring kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD misalnya melalui kunjungan rumah atau dengan cara menyuruh ibu untuk membawa bungkus TTD yang telah diterima ibu hamil pada pemeriksaan yang lalu kepada petugas.
- Melakukan pemeriksaan Hb secara rutin bagi semua wanita pada saat perencanaan kehamilan.

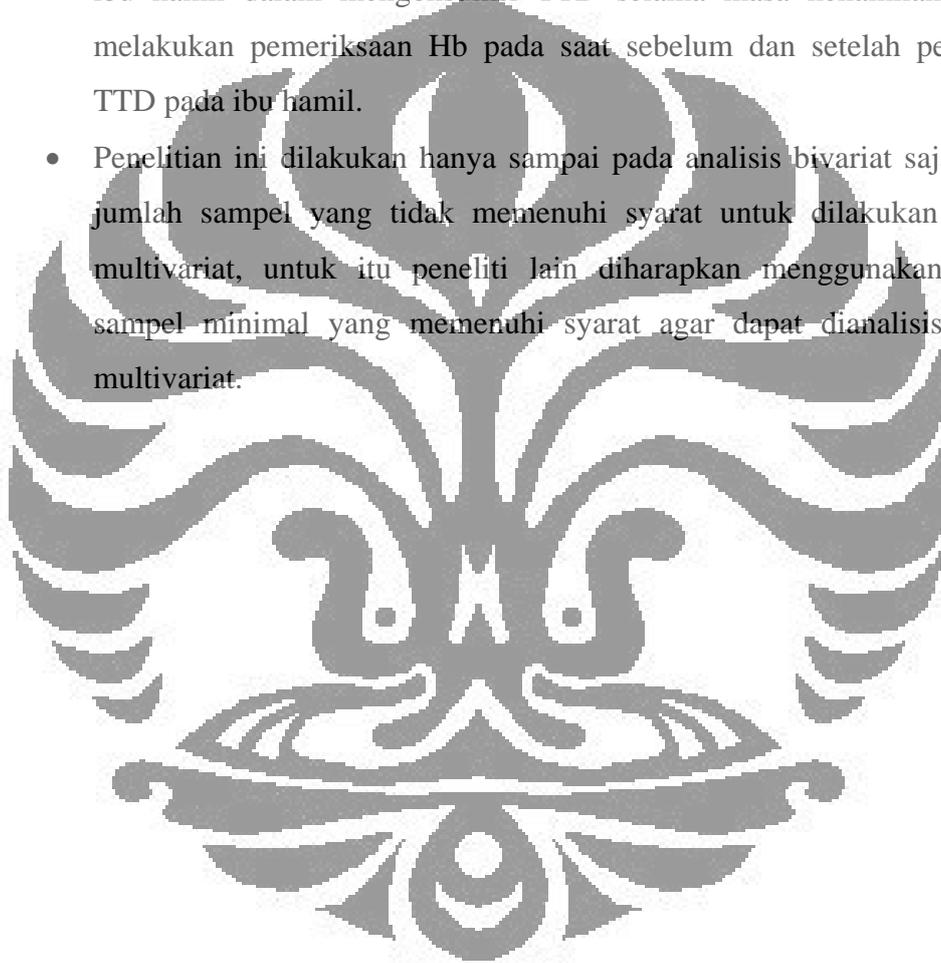
## 2. Pemegang Kebijakan

- Dinas Kesehatan melalui bidang Program Pemberdayaan Masyarakat seksi gizi dan seksi promosi kesehatan, agar memperbaiki distribusi alat bantu penyuluhan dan buku pedoman konseling anemia dan TTD sehingga setiap petugas di lapangan mempunyai buku pedoman tersebut.
- Menambahkan materi mengenai TTD dan anemia pada kehamilan pada buku KIA ibu hamil.

- Indikator yang selama ini dipakai untuk menilai keberhasilan pemberian TTD adalah Fe 3, sebaiknya tidak dinilai hanya dengan jumlah TTD yang telah diberikan kepada ibu hamil tetapi dinilai dari jumlah TTD yang telah dikonsumsi dengan benar oleh ibu hamil.

### 3. Peneliti Lain

- Perlu mengembangkan desain penelitian ini dengan meneliti kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD selama masa kehamilannya dan melakukan pemeriksaan Hb pada saat sebelum dan setelah pemberian TTD pada ibu hamil.
- Penelitian ini dilakukan hanya sampai pada analisis bivariat saja karena jumlah sampel yang tidak memenuhi syarat untuk dilakukan analisis multivariat, untuk itu peneliti lain diharapkan menggunakan jumlah sampel minimal yang memenuhi syarat agar dapat dianalisis sampai multivariat.



## DAFTAR REFERENSI

- Almatsier, Sunita. (2004). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan Metode sampel pada Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Jurusan Biostatistik dan Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Arisman. (2004). *Buku Ajar Ilmu Gizi, Gizi dalam Daur Kehidupan*, Jakarta: EGC.
- Asnawi. (2001). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan berobat penderita TB paru di Kota Jambi Tahun 2001*. (Thesis). Depok: Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Badan Pusat Statistik. (2004). *Statistik Kesehatan 2004 (Hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional 2004)*. Jakarta: CV. Nasional Indah.
- Becker, Marshall. (1974). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. New Jersey: CBS Inc.
- Billimale, et al. (2010) Improving Adherence to Oral Iron Supplementation During Pregnancy. *Australian Medical Journal AMJ*, 2010, 1, 5, 281-290.
- Bobak. (2005). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas Edisi 4*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Calvocoressil, et al. (2004). A Prospective Study of Perceived Susceptibility to Breast Cancer and Nonadherence to Mammography Screening Guidelines in African American and White Women Ages 40 to 79 Years. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev December 2004 13; 2096*.
- Dahlan, M, Sopiudin. (2008). *Langkah-Langkah Membuat Proposal Penelitian Bidang Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : Sagung Seto.
- Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. (2009). *Gizi dan Kesehatan Masyarakat Edisi Revisi*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat. (1999). *Pedoman Pemberian Tablet Besi-Folat dan Sirup Besi Bagi Petugas*. Jakarta: Depkes RI.

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. (2005). *Gizi dalam Angka Sampai dengan Tahun 2003*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2001). *Buku Pedoman Pengenalan Tanda Bahaya Kehamilan, Persalinan dan Nifas*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. (2003). *Program Penanggulangan Anemia Gizi pada Wanita Usia Subur (WUS) Strategi Program Penanggulangan Anemia Gizi pada WUS*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2007). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Depkes dan JICA.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008a). *Asuhan Persalinan Normal, Asuhan Esensial, Pencegahan dan Penanggulangan Segera Komplikasi Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Depkes RI.
- Depkes RI. (2008b). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007*. Jakarta: Depkes RI.
- Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur Proyek Perbaikan Gizi Masyarakat. (2001). *Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Anemia Gizi bagi Petugas Kesehatan*. Surabaya: Dinas Kesehatan Jatim.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. (2009). *Profil Dinas Kesehatan Jember*. Jember: Dinkes Jember.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. (2010). *Profil Dinas Kesehatan Jember*. Jember: Dinkes Jember.
- Fauzi. (2002). *Peran Cakupan suplementasi tablet tambah darah (fe 3) ibu hamil dan faktor lain terhadap kadar hb ibu hamil trimester III di kabupaten donggala propinsi sulawesi tenggara tahun 2002*. (Skripsi). Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Gibney et al. (2009). *Gizi Kesehatan Masyarakat*. (Andry Hartono, Editor). Jakarta: EGC.
- Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. (2007). Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Green, L W., et al (1980). *Health Education Planning A Diagnostic Approach*. The Johns Hopkins University. Mayfield Publishing Company.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis Data Kesehatan*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

- Hadi, Hamam. (2005). *Beban ganda masalah gizi dan implikasinya terhadap kebijakan pembangunan kesehatan nasional*. Disertasi. Yogyakarta: UGM. <http://gizi.net>.
- Health Canada. (n.d.). *Prenatal Nutrition Guidelines for Health Professionals: Iron Contributes to a Healthy Pregnancy*. Nopember 12, 2010. <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/pubs>.
- Herlina, dkk. (2005). *Faktor Resiko Kejadian Anemia pada Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Bogor*. Oktober 12, 2010. [www.bppsdmk.depkes.go.id](http://www.bppsdmk.depkes.go.id).
- Isahak, Daud. (2001). *Faktor-Faktor yang berhubungan dengan kepatuhan penderita Tb Paru RSUD Dr. Ahmad Muchtar Bukittinggi tahun 2001*. (Thesis). Depok : Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Jin, Jing., et al. (2008). Factors Affecting Therapeutic Compliance: A Review from The Patient's Perspective. *Therapeutics and Clinical Risk management, Dove Medical Press Limited*, 4(1) 269-286.
- Jones and Barillett Publishers, LLC. (n.d.). Health Belief Model Chapter 4. Desember 5, 2010. <http://www.jblearning.com>.
- Karnasih, I Gusti Ayu. (2009). *Nilai dan budaya yang mempengaruhi perilaku konsumsi tablet besi pada ibu hamil Suku Madura di Desa Bintoro Kabupaten Jember: Studi Etnografi*. (Thesis). Depok : Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2010). *Riset Kesehatan Dasar Riskesdas 2010*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta.
- Kraemer & Zimmermann. (2007). *Nutritional Anemia*. Germany: Sight and Life Press.
- Lwanga & Lemeshow, S. (1997). *Sample Size Determination in Health Studies A Practical Manual*. Geneva: World Health Organization.
- Mardiana (2004). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi Tablet Besi di Puskesmas Sako dan Puskesmas Multi Wahana Kecamatan Sako Kota Palembang*. (Tesis). Depok: Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- MDGs Report 2010.(n.d.). Desember 19, 2010. <http://www.un.org/millenniumgoals>.

- Mirotznik, Jerrold, et al (1995). The Health Beliefs Model and Adherence with a Community Center-based Supervised Coronary Heart Disease Exercise Program. *Journal of Community Health* volume 20, Number 3, 233-247 June 1995.
- Niven, Neil. (2002). *Psikologi Kesehatan : Pengantar untuk Perawat & Profesional Kesehatan Lain Edisi Kedua. Health Psychology : An Introduction for Nurses and Other Health Care Professionals*. Alih Bahasa Agung Waluyo. Editor Monica Ester. Jakarta : EGC.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2005). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Patimah, St. (2007, Desember). Pola Konsumsi Ibu Hamil dan Hubungannya dengan Kejadian Anemia Defisiensi Besi. *Journal Sains & Teknologi*, 7 (3), 137-152.
- Pilliteri, C.R. (2003). *Maternal and Child Health Nursing care of The Childbearing Family*, 4<sup>th</sup> Edition. Philadelphia: Mosby Inc.
- Prawirohardjo, Sarwono. (2005). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Public Health Nutrition. (2008, January). *Iron Supplementation Compliance among Pregnant Women in Bicol Philippines*, 11 (1), p76-82, 7p. June 12, 2010. <http://web.ebscohost.com>.
- Purnawan. (2006). *Hubungan pengetahuan, sikap dan praktek ibu hamil tentang pencegahan anemia gizi dengan kepatuhan minum Tablet Tambah Darah di Puskesmas Kebaman Kabupaten Banyuwangi*. Mei 23, 2011. <http://garuda.dikti.go.id/jurnal/detail/id/2:7862/q>.
- Puskesmas Mumbulsari. (2009). *Profil Puskesmas Mumbulsari Tahun 2009*. Jember.
- Puskesmas Mumbulsari. (2010). *Profil Puskesmas Mumbulsari Tahun 2010*. Jember.
- Saifuddin, dkk. (2006). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sarafino, Edward. (2006). *Health Psychology Biopsychosocial Interactions Fifth Edition*. USA: John Wiley & Sons Inc.

- Seck, B.C., & Jackson, R.T. (2008, Jun). Determinants of Compliance with Iron Supplementation among Pregnant Women in Senegal, 11 (6); 596-605. Oktober 21, 2010. <http://proquest.umi.com>.
- Shuttleworth, Ann. (2006, June 27). Patient adherence to drug regimens. *Nursing times.net* vol: 102, Issue: 26, Page no: 52. Oktober 10, 2010. <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/>
- Simanjuntak, Suwandi. (2004). *Hubungan faktor resiko dengan kejadian anemia sebagai alternatif penanggulangan anemia ibu hamil di Kota Sibolga Tahun 2004*. Oktober 12, 2010. <http://library.usu.ac.id>.
- Smet, Bart. (1994). *Psikologi Kesehatan*. Jakarta : Grasindo.
- Sobur, Alex. (2009). *Psikologi Umum*. Jakarta: Pustaka Ilmu.
- Sudarmi. (2004). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan kunjungan ulang pada pasien rujukan persalinan di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta*. (Thesis). Depok: Program Pasca Sarjan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Syahrizal. (2002). *Analisis Kepatuhan Penderita TBC Paru BTA Positif dalam Menelan Obat di Rumah Sakit Khusus Paru-Paru Propinsi Sumatera Selatan Tahun 2002*. (Thesis). Depok: Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Tarwoto dan Wasnidar. (2007). *Buku Saku Anemia pada Ibu Hamil Konsep dan Penatalaksanaan*. Jakarta: Trans Info Media.
- USAID (2004). *Women's Perceptions of Iron Deficiency and Anemia Prevention and Control in Eight Developing Countries*. Oktober 21, 2010. <http://pdf.usaid.gov>.
- World Health Organization. (2000). *The management of nutrition in major emergencies*. Geneva : WHO.
- Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII. (2004). *Ketahanan Pangan dan Gizi di Era Otonomi Daerah dan Globalisasi*. Editor Soekirman dkk. Jakarta.



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER  
**BADAN KESATUAN BANGSA POLITIK DAN LINMAS**

Jl. Letjen S Parman No. 89 □ 337853 Jember

Jember, 06 Januari 2011

Kepada :  
 Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan  
 Kabupaten Jember

Di -

**JEMBER**

**SURAT REKOMENDASI**

Nomor : 072/ ~~4~~ /314/2011

Tentang

**IJIN PENELITIAN**

Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No.15 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah.  
 2. Peraturan Bupati Jember Nomor 62 tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember.

Memperhatikan : Surat dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Tanggal 02 Januari 2011 Nomor : 8064/H2.F10/PPM.00.00/2011

**MEREKOMENDASIKAN :**

Nama : **HIDAYATI AGUSTIANI**  
 NPM : 0906615890  
 Fakultas : Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia  
 Alamat : Kampus Baru Universitas Indonesia Depok.  
 Keperluan : Mengadakan Penelitian Tentang "Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi Tablet Tambah Darah di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Jember Tahun 2011"  
 Lokasi : Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.  
 Waktu : 06 Januari s/d 31 Maret 2011.

Apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan, tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud :

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas Politik
3. Apabila situasi dan kondisi Wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian Kegiatan

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih

Ditetapkan di : Jember  
 Pada tanggal : 06 Januari 2011

**KEPALA BAKESBANGPOL DAN LINMAS  
 KABUPATEN JEMBER**



**Dr. H. EDY B. SUSILO, MSi**

Kepatuhan ibu..., Hidayati Agustiani, FKMSI, 2011 Tingkat I

Tembusan :

Jember, 10 Januari 2011

Nomor : 440 / *160* /414/2011  
Sifat : Penting  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :  
Yth. Sdr. 1. Kepala Puskesmas Patrang  
2. Kepala Puskesmas Mumbulsari  
di -

J E M B E R

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/18/314/2011 , Tanggal 06 Januari 2010, Perihal Ijin Penelitian , dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : HIDAYATI AGUSTIANI  
N I M : 0906615890  
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia  
Alamat : Kampus Baru Universitas Indonesia Depok  
Keperluan : Mengadakan Penelitian tentang " Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi Tablet Tambah Darah di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Jember "  
Waktu Pelaksanaan : 10 Januari 2011 s/d 31 Maret 2011

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan untuk kepentingan ilmiah dan tidak untuk publikasi masyarakat/umum, Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.



KEPALA DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN JEMBER

dr. OLONG FADJRI MAULANA, MARS

Pembina Utama Muda

NIP : 19540513 198012 1 002

**Penjelasan Kegiatan Penelitian Kepatuhan Ibu Hamil dalam Mengonsumsi  
Tablet Tambah Darah di Puskesmas Mumbulsari Kecamatan Mumbulsari  
Kabupaten Jember Tahun 2011**

Assalamualaikum Wr Wb,

Sehubungan akan dilakukannya penelitian mengenai **Kepatuhan Ibu Hamil dalam Mengonsumsi Tablet Tambah Darah di Puskesmas Mumbulsari Kecamatan Mumbulsari Kabupaten Jember Tahun 2011**, pada kesempatan ini saya mengajak ibu-ibu sekalian untuk berpartisipasi pada penelitian ini. Adapun yang melatar belakangi penelitian ini adalah masih banyaknya jumlah ibu hamil yang menderita anemia di Puskesmas Mumbulsari.

Salah satu strategi pemerintah untuk mengatasi penyakit anemia adalah dengan cara pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil. Sejah ini di Puskesmas Mumbulsari masih belum ada penjelasan apakah masih tingginya angka ibu hamil yang menderita anemia ini berhubungan dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi tablet tambah darah yang diberikan oleh petugas/bidan dan belum ada penelitian mengenai tingkat kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi/meminum tablet tambah darah di Puskesmas Mumbulsari, sehingga pada kesempatan ini saya, mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Peminatan Kebidanan Komunitas Universitas Indonesia melakukan penelitian ini pada ibu hamil di Puskesmas Mumbulsari pada tahun 2011.

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi Puskesmas Mumbulsari terutama bagi petugas kesehatan sehingga diharapkan kesehatan ibu hamil terutama di wilayah Kecamatan Mumbulsari dapat lebih ditingkatkan. Pada akhirnya ibu dapat melahirkan dengan selamat dan memiliki bayi yang sehat.

Partisipasi yang ibu berikan akan sangat membantu dalam penelitian ini, sehingga tak lupa saya ucapkan terima-kasih atas partisipasi ibu.

Wassalamualaikum Wr Wb

Peneliti,

Hidayati Agustiani



**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**  
**UNIVERSITAS INDONESIA**

**Penelitian Kepatuhan Ibu Hamil dalam Mengonsumsi Tablet  
Tambah Darah di Puskesmas Mumbulsari Kecamatan Mumbulsari  
Kabupaten Jember Tahun 2011**

**FORMULIR PERSETUJUAN BERPARTISIPASI**

Saya yang bertandatangan di bawah ini adalah;

1. Nama : .....
2. Alamat : .....
3. Telepon : .....
4. Tanggal lahir : .....
5. Jenis Kelamin : .....

Dengan ini menyatakan\* : a. Bersedia  
b. Tidak bersedia  
untuk berperan serta pada penelitian ini.

Jember,...../...../2011

Responden

(.....)



**KUESIONER PENELITIAN**  
**KEPATUHAN IBU HAMIL DALAM MENGONSUMSI**  
**TABLET TAMBAH DARAH DI PUSKESMAS MUMBULSARI**  
**KECAMATAN MUMBULSARI KABUPATEN JEMBER**  
**TAHUN 2011**

NO. RESPONDEN : \_\_\_\_\_

Tanggal Wawancara : \_\_\_\_\_

Tempat Wawancara : \_\_\_\_\_

Hasil Wawancara : 1. Lengkap      2. Tidak lengkap

**Petunjuk pengisian kuesioner :**

1. Bacalah pernyataan/pertanyaan dibawah ini dengan baik
2. Beri tanda silang (X) atau centang (√) pada jawaban yang diberikan.
3. Jawablah dengan sejujurnya, sesuai dengan kondisi atau pendapat ibu, karena jawaban ibu sangat memengaruhi hasil penelitian ini.

**A. IDENTITAS IBU HAMIL**

Nama ibu : \_\_\_\_\_

Tgl. Lahir/Umur : \_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_

Usia kehamilan : \_\_\_\_\_

Hamil ke : \_\_\_\_\_

Jumlah anak hidup : \_\_\_\_\_

Jumlah anak meninggal (jika ada) : \_\_\_\_\_

- B. PENDIDIKAN** :
1. Tidak sekolah
  2. Tidak tamat SD
  3. Tamat SD
  4. Tamat SMP
  5. Tamat SMA
  6. Tamat Akademi/PT

- C. PEKERJAAN** : 1. Tidak bekerja/ibu rumah tangga  
2. Bekerja, yaitu: \_\_\_\_\_

**D. PENGETAHUAN IBU MENGENAI ANEMIA DAN TABLET TAMBAH DARAH**

NO	PERNYATAAN	BENAR	SALAH
1	Anemia adalah penyakit kurang darah.		
2	Anemia merupakan penyakit yang banyak dialami oleh wanita, terutama wanita hamil.		
3	Anemia disebabkan oleh karena kurang makan makanan yang mengandung zat besi.		
4	Salah satu tanda ibu hamil yang menderita anemia yaitu muka pucat.		
5	Bila ibu hamil kurus, pasti ibu hamil tersebut menderita penyakit anemia		
6	Seseorang yang menderita anemia berarti jumlah darah dalam tubuhnya sangat sedikit		
7	Bahaya anemia pada ibu hamil adalah mudah terjadi perdarahan saat melahirkan		
8	Bahaya anemia pada bayi yaitu menyebabkan kulit bayi berwarna hitam		
9	Anemia menyebabkan gangguan pertumbuhan janin dalam rahim		
10	Nasi dan jagung merupakan sumber zat besi		
11	Ikan, daging dan telur merupakan makanan yang kaya akan zat besi		
12	Tablet tambah darah bermanfaat untuk mengatur jumlah anak		
13	Tablet tambah darah diminum setiap minggu sekali		
14	Ibu hamil harus minum tablet tambah darah selama masa kehamilannya		
15	Minum tablet tambah darah dimulai sejak usia kehamilan ibu 7 (tujuh) bulan		
16	Tablet tambah darah diberikan pada ibu hamil untuk mencegah perdarahan pada saat melahirkan		
17	Ibu hamil diberikan tablet tambah darah agar bayi dalam rahim cepat besar		
18	Tablet tambah darah diberikan untuk ibu hamil yang kurang darah saja		
19	Sebaiknya tablet tambah darah diminum pada malam hari sebelum tidur		



NO	PERNYATAAN	STS	TS	N	S	SS
15	Tablet tambah darah menyebabkan berak berwarna hitam, hal ini membuat saya tidak perlu lagi meneruskan meminumnya					
16	Bila ada keluarga saya (misalkan suami atau orang tua) melarang saya untuk mengkonsumsi tablet tambah darah, maka saya akan menurutinya.					
17	Saya yakin tidak akan lupa untuk meminum tablet tambah darah secara teratur (rutin) setiap hari					
18	Saya merasa tidak yakin dapat mengatasi rasa bosan meminum tablet tambah darah satu tablet setiap hari					
19	Saya yakin dapat mengatasi rasa mual setelah minum tablet tambah darah					
20	Saya merasa yakin dapat mengatasi pusing akibat meminum tablet tambah darah setiap hari					

#### F. PENDORONG/DUKUNGAN KELUARGA

1. Apakah ada orang atau anggota keluarga yang mengingatkan ibu untuk minum tablet tambah darah setiap hari ?
  1. Ada
  2. Tidak ada
2. Bila jawaban ibu : ADA, siapakah yang mengingatkan ibu untuk minum tablet tambah darah secara rutin setiap hari?
  1. Suami
  2. Ibu (orang tua perempuan)
  3. Bapak (orang tua laki-laki)
  4. Nenek
  5. Anak (bila ibu mempunyai anak yang sudah besar)
  6. Lainnya, sebutkan \_\_\_\_\_

#### G. PRAKTEK IBU DALAM MENGGONSUMSI TABLET TAMBAH DARAH

3. Kapan biasanya ibu meminum tablet tambah darah?
  1. Saat malam menjelang tidur
  2. Pada saat sebelum atau setelah makan pagi/siang/malam
  3. Tidak menentu
  4. Lainnya : \_\_\_\_\_

4. Bila ibu minum tablet tambah darah sebelum atau setelah makan, berapa jarak waktu antara ibu makan dengan minum tablet tambah darah?
  1. Kurang dari 2 (dua) jam
  2. Lebih dari 2 (dua) jam
  
5. Apakah ibu minum tablet tambah darah bersamaan dengan minum obat lain?
  1. Ya
  2. Tidak
  
6. Bila jawaban ibu pada pertanyaan diatas (no.8) adalah YA, obat tersebut adalah:
  1. Vitamin C saja
  2. Vitamin C dan /Tablet Kalk/Kalsium
  3. Antasida/obat maag
  4. Obat lain yaitu : \_\_\_\_\_
  
7. Apa ibu mempunyai kebiasaan minum teh atau kopi?
  1. Ya
  2. Tidak
  
8. Bila jawaban ibu diatas (no.10) adalah: YA, berapa jarak waktu antara ibu minum tablet tambah darah dengan minum teh/kopi?
  1. Berekang atau kurang dari 2 (dua) jam
  2. Lebih dari 2 (dua) jam

#### **H. KEPATUHAN IBU HAMIL DALAM MENGGUNAKAN TABLET TAMBAH DARAH**

9. Bagaimana kebiasaan ibu meminum tablet tambah darah?
  1. Tablet tambah darah yang diberikan oleh bidan/petugas kesehatan diminum rutin setiap hari
  2. Tablet tambah darah diminum tetapi tidak rutin setiap hari
  3. Tidak pernah diminum
  
10. Apa alasan utama yang menyebabkan ibu tidak menggunakan tablet tambah darah yang diberikan atau tidak diminum secara rutin?
  1. Lupa
  2. Mual/muntah setelah minum, bau dan rasanya tidak enak
  3. Bosan harus minum tiap hari
  4. Kawatir bayinya menjadi besar
  5. Lainnya: \_\_\_\_\_
  
11. Apakah ibu hamil mendapatkan tablet tambah darah setiap pemeriksaan atau setiap bulan?
  1. Ya
  2. Tidak, alasan : \_\_\_\_\_

12. Apakah ibu hamil diberikan penyuluhan mengenai tablet tambah darah pada saat memperoleh tablet tambah darah tersebut?
1. Ya, selalu
  2. Kadang-kadang
  3. Hanya pada kunjungan ANC pertama saja atau saat ibu memperoleh tablet tambah darah pertama kali
  4. Tidak pernah
13. Materi penyuluhan apa yang diberikan oleh petugas/bidan kepada ibu hamil? (jawaban boleh lebih dari satu)
1. Manfaat tablet tambah darah bagi ibu
  2. Manfaat tablet tambah darah bagi bayi
  3. Bahaya anemia/kurang darah pada kehamilan
  4. Cara minum tablet tambah darah
  5. Waktu yang tepat untuk minum tablet tambah darah
  6. Efek samping tablet tambah darah
  7. Cara mengatasi efek samping tablet tambah darah
  8. Cara menyimpan tablet tambah darah
  9. Jenis-jenis makanan/minuman yang menghambat penyerapan tablet tambah darah
  10. Jenis-jenis makanan/minuman yang membantu penyerapan tablet tambah darah.
14. Apakah petugas/bidan juga memberikan penyuluhan tersebut pada keluarga ibu?
1. Ya atau pernah
  2. Tidak pernah
15. Jika jawaban no. 20 : Ya atau Pernah, siapa anggota keluarga tersebut?
1. Suami
  2. Ibu (orang tua perempuan)
  3. Bapak (orang tua laki-laki)
  4. Nenek
  5. Lainnya :

## I. LEMBAR OBSERVASI/PENGAMATAN

1. Tanggal berapa ibu menerima tablet tambah darah terakhir kali?

Jawab: Tanggal \_\_\_\_\_ Bulan \_\_\_\_\_ Tahun \_\_\_\_\_

2. Pada pemberian terakhir berapa jumlah tablet tambah darah yang diterima dan yang diminum?

1. Jumlah yang diterima : \_\_\_\_\_

2. Jumlah yang diminum: \_\_\_\_\_

3. Sisa : \_\_\_\_\_

### HASIL PEMERIKSAAN HB IBU HAMIL

1. PEMERIKSAAN HB SAAT KEHAMILAN TRIMESTER I

TANGGAL PEMERIKSAAN : \_\_\_\_\_

HASIL : \_\_\_\_\_

2. PEMERIKSAAN HB SAAT INI

TANGGAL PEMERIKSAAN : \_\_\_\_\_

HASIL : \_\_\_\_\_