Hubungan Kepatuhan Konsumsi Tablet Tambah Darah dengan Perdarahan Postpartum pada Ibu Anemia

PROPOSAL SKRIPSI

UNIVERSITAS TRISAKTI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

Nisa Qurrota Ayuni, 030002300077

PROGRAM STUDI KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS TRISAKTI

JAKARTA, JUNI 2026

Bidang Ilmu : Komunitas

PROPOSAL SKRIPSI

JUDUL

Hubungan Kepatuhan Konsumsi Tablet Tambah darah dengan Perdarahan Postpartum pada Ibu Anemia

UNIVERSITAS TRISAKTI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

Nisa Qurrota Ayuni, 030002300077

PROGRAM STUDI KEDOKTERAN
UNIVERSITAS TRISAKTI
FAKULTAS KEDOKTERAN

JAKARTA, Juni 2026

PERSETUJUAN PROPOSAL SKRIPSI

PERSETUJUAN
Proposal Skripsi

Judul:

Hubungan Kepatuhan Konsumsi Tablet Tambah Darah dengan Perdarahan Postpartum pada Ibu Anemia

Nama mahasiswa: Nisa Qurrota Ayuni
NIM 030002300077

Telah disetujui untuk diuji di hadapan
Tim Penguji Proposal Skripsi
Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari Rabu, Tanggal 8 Juli 2026

Pembimbing

Prof. Dr. dr. Raditya Wratsangka, Sp.OG, Subsp. Obginsos
NIK: 1588/USAKTI

ii

PENGESAHAN PROPOSAL SKRIPSI

Judul:

Hubungan Kepatuhan Konsumsi Tablet Tambah Darah dengan Perdarahan Postpartum pada Ibu Anemia

Nama Mahasiswa: Nisa Qurrota Ayuni

NIM 030002300077

Telah diuji dan disahkan di hadapan **Dewan Penguji Skripsi**

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari Selasa, Tanggal 30 Juni 2026

Ketua Penguji

Nama: Prof. Dr. dr. Pusparini, Sp.PK, Subs.K.V.(K)

NIK: 2262/USAKTI

Anggota Penguji I

Nama: Prof. Dr. dr. Raditya Wratsangka, Sp.OG, Subsp. Obginsos

NIK: 1588/USAKTI

Anggota Penguji II

Nama: dr. Karlina Mahardieni, Sp.An

NIK: 3875/USAKTI

Jakarta, 30 Juni 2026

Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Dr. dr. Yenny, Sp.FK

NIK: 2613/USAKTI

PERNYATAAN KEASLIAN PROPOSAL SKRIPSI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama	: Nisa Qurrota Ayuni
NIM	: 030002300077
Program Studi	: S1 Pendidikan Dokter
Alamat Korespondensi	: Perumahan Meditrania 2, Gang Majapahit Blok G1 No 11, sukamulya, Kabupaten Tangerang, Banten.
Telepon/ mobile	: 081219389117
E-mail	: Nisaqurrota03@gmail.com
Judul Skripsi	: Hubungan Kepatuhan Konsumsi TTD dengan Postpartum pada Ibu Anemia

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya ilmiah saya sendiri. Skripsi ini belum pernah diajukan sebagai suatu karya ilmiah untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam referensi.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa Sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi ataas perbuatan tersebut sesuai dengan SK Permendiknas No.17 tahun 2010 tentang pencegahan dan penanggulangan plagiat di perguruan tinggi.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, agar dapat dimanfaatkan sebagaimana semestinya.

Jakarta, 10 Juni 2026



Nisa Qurrota Ayuni

NIM: 030002300077

DAFTAR ISI

HALAMAN
HALAMAN JUDUL i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING ii
HALAMAN PENGESAHAN PROPOSAL SKRIPSI iii
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN PROPOSAL SKRIPSI iv
DAFTAR ISI v
DAFTAR TABEL vii
DAFTAR GAMBAR viii
DAFTAR LAMPIRAN ix
DAFTAR SINGKATAN x
BAB I PENDAHULUAN 1
1.1 Latar belakang 1
1.2 Perumusan masalah 2
1.3 Tujuan 2
1.3.1 Tujuan umum 2
1.3.2 Tujuan khusus 3
1.4 Hipotesis 3
1.5 Manfaat 3
BAB II TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI 4
2.1 Tinjauan Pustaka 4
2.1.1 Perdarahan Postopartum 4
2.1.1.1 Definisi 4
2.1.1.2 Epidemiologi 4
2.1.1.3 Etiologi 4
2.1.1.4 Faktor Risiko 5
2.1.1.5 Klasifikasi 5
2.1.1.6 Patofisiologi 6
2.1.1.7 Penegakan Diagnosis 7
2.1.1.8 Tatalaksana 8
2.1.1.9 Komplikasi 9
2.1.1.10 Pencegahan 9
2.1.2 Tablet Tambah Darah 10
2.1.2.1 Definisi 10
2.1.2.2 Epidemiologi 10
2.1.2.3 Penyerapan TTD 10
2.1.2.4 Manfaat TTD selama kehamilan 10
2.1.2.5 Efek samping TTD 11
2.1.2.6 Program Pemberian TTD 11
2.1.3 Kepatuhan Konsumsi TTD 11
2.1.3.1 Definisi Kepatuhan 11
2.1.3.2 Pengukuran kepatuhan konsumsi TTD 11
2.1.3.3 Faktor yang memengaruhi konsumsi TTD 12
2.1.3.3.1 Faktor Pengetahuan 12

2.1.3.3.2 Faktor persepsi keliru 12
2.1.3.3.3 Konsumsi tidak teratur dan penghindaran..... 12
2.1.3.3.4 Sikap terhadap efek samping 12
2.1.3.3.5 Faktor pelayanan Kesehatan dan sosial..... 12
2.1.4 Anemia pada ibu hamil 13
2.1.4.1 Definisi..... 13
2.1.4.2 Epidemiologi 13
2.1.4.3 Etiologi..... 13
2.1.4.4 Faktor risiko 14
2.1.4.5 Manifestasi klinis 14
2.1.4.6 Patofisiologi 14
2.1.4.7 Penegakan diagnosis 16
2.1.4.8 Tatalaksana..... 16
2.1.4.9 Komplikasi 16
2.1.4.10 Pencegahan Anemia pada Ibu Hamil 16
2.1.4.11 Hubungan Kepatuhan Konsumsi TTD dengan PPH pada Ibu Anemia……17
2.2 Ringkasan pustaka 18
2.3 Kerangka teori 20
BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL 21
3.1 Kerangka Konsep 21
3.2 Definisi operasional..... 22
BAB IV METODE 24
4.1 Desain..... 24
4.2 Lokasi dan waktu..... 24
4.3 Populasi dan subjek 24
4.3.1 Populasi 24
4.3.1.1 Populasi target..... 24
4.3.1.2 Populasi terjangkau 24
4.3.2 Subjek..... 24
4.3.2.1 Kriteria pemilihan subjek..... 24
4.4. Perhitungan besar sampel..... 25
4.5 Metode Pemilihan Sampel..... 27
4.6 Bahan dan instrumen 27
4.7 Analisis statistik..... 27
4.8 Alur kerja penelitian 28
4.9 Etika penelitian..... 28
4.10 Penjadwalan penelitian..... 29
REFERENSI..... 30
LAMPIRAN..... 34

DAFTAR TABEL

HALAMAN

Tabel 1. Ringkasan Pustaka..... 18
Tabel 2. Definisi Operasional..... 22
Tabel 3. Penjadwalan pelaksanaan Penelitian.....29

DAFTAR GAMBAR

HALAMAN

Gambar 1. Patofisiologi PPH(18) 6
Gambar 2. Patofisiologi kontraksi uterus(30) 15
Gambar 3. Kerangka teori 20
Gambar 4. Kerangka konsep 21

DAFTAR LAMPIRAN

HALAMAN

Lampiran 1. Informed Concent 34
Lampiran 2. Formulir persetujuan 35
Lampiran 3. Lembar kuisioner 36
Lampiran 4. Dummy table 37

DAFTAR SINGKATAN

AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: *Antenatal Care*
BDS	: Badan Pusat Statistik
DCYTB	: *Duodenal Cytochrome b*
DMT1	: *Divalent Metal Transporter 1*
Fe2+	: *Ferrous Iron*
Fe3+	: *Ferric Iron*
HB	: Hemoglobin
IFAS	: *Iron and Folic Acid Supplementation*
IM	: I*ntramuscular*
ITP	: *Idiopathic Trombocytopenic Purpura*
IV	: *Intravenous*
KEMENKES	: Kementrian Kesehatan
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
PPH	: *Postpartum Hemorrhage*
SKI	: Survei Kesehatan Indonesia
TTD	: Tablet Tambah Darah
WHO	: *World Health Organization*
4T	: Tonus, Trauma, Tissue, Trombin

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Postpartum Hemorrage (PPH) atau perdarahan postpartum adalah kehilangan darah sebanyak ≥500 mL pada persalinan normal dan ≥1. 000 ml setelah persalinan sesar.(1) Perdarahan postpartum merupakan salah satu komplikasi obstetric yang dapat menyebabkan kematian. *World Health Organization* (WHO) melaporkan 260.000 kasus kematian ibu secara global pada tahun 2023 dengan PPH berkontibusi sekitar 20% dari total kematian ibu setiap tahun.

Di Indoneisia, PPH juga masih menjadi masalah kesehatan maternal. Menurut laporan Kementrian Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2023 tercatat 4.482 kasus kematian ibu, dengan perdarahan obstetri sebagai penyebab ketiga dengan 360 kasus, setelah hipertensi dan kasus lainnya.(2)

Perdarahan postpartum dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, yakni 4T (tonus, *tissue*, trauma, dan trombhin) adapula faktor lain penyebab PPH seperti usia ibu, dimana usia <20 tahun atau >35 tahun, lebih sering mengalami PPH.(3) Faktor resiko lain salah satunya adalah ibu dengan anemia selama masa kehamilan. Menurut Ajepe et al., seorang ibu hamil dianggap mengalami anemia jika kadar hemoglobin (Hb) pada trimester satu dan tiga kurang dari 11,0 g/dL.(4) Menurut Riset Kesehatan Dasar Indonesia 2018, prevalensi anemia pada ibu hamil di Indonesia mencapai 48,9%, berbeda dengan data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) pada tahun 2023, dimana prevalensi anemia di kalangan ibu hamil berada pada angka 27,7%. Meskipun terjadi penurunan, anemia selama kehamilan masih merupakan masalah yang perlu mendapatkan fokus dan tindakan berkelanjutan, karena berpotensi meningkatkan risiko komplikasi persalinan seperti PPH.

Upaya pencegahan anemia dilakukan melalui konsumsi makanan bergizi seimbang, mengandung heme dan non heme dan juga dengan pemberian tablet tambah darah TTD.(5) Kementerian kesehatan menganjurkan konsumsi TTD minimal 90 tablet selama masa kehamilan. Penelitian(6) menunjukkan meskipun distribusi *iron and folic acid suplementation* (IFAS) atau TTD cukup luas, tingkat

kepatuhan untuk mengonsumsinya hanya 63,8%. Beberapa faktor yang mempengaruhi kepatuhan mencangkup tingkat pengetahuan, pandangan mengenai manfaat, bimbingan dari tenaga kesehatan, serta efek samping yang dialami. Sehingga menyediakan tablet tidak cukup untuk meningkatkan kepatuhan, melainkan perlu pendidikan dan pengawasan yang memadai.

Berdasarkan penelitian Haikala et al., menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara kepatuhan konsumsi tablet tambah darah dengan komplikasi ibu bersalin seperti perdarahan.[7] Adapun penelitian menurut Okunade et al., bahwa anemia prenatal tidak berhubungan secara signifikan dengan kejadian PPH.[8] Sebaliknya, penelitian Basukro et al., menyebutkan bahwa pencegahan anemia pada ibu hamil diawal trimester merupakan langkah penting dalam menurunkan angka kejadian PPH.[8] Adapun menurut penelitian Glenzer et al., menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara anemia degan kejadian PPH.[9]

Meskipun telah banyak penelitian mengenai anemia dan PPH, penelitian yang secara khusus meneliti hubungan kepatuhan konsumsi TTD dengan insiden PPH pada ibu hamil anemia masih terbatas. Hal ini sangat penting karena anemia dapat meningkatkan risiko dan memperberat kemungkinan PPH, khususnya jika kepatuhan mengonsumsi TTD tidak optimal, sehingga berkontribusi pada meningkatnya morbiditas dan mortalitas maternal. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan menganalisis hubungan kepatuhan konsumsi TTD dengan kejadian PPH pada ibu hamil sebagai dasar penyusunan strategi pencegahan komplikasi obstetri melalui peningkatan kepatuhan sumplementasi selama kehamilan.

1.2 Perumusan masalah

Apakah terdapat hubungan antara kepatuhan minum TTD dengan kejadian PPH pada ibu hamil anemia?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Untuk menurunkan angka kematian ibu hamil dan melahirkan karena PPH dengan meningkatkan pengetahuan akan pentingnya konsumsi TTD selama kehamilan khususnya pada ibu anemia.

1.3.2 Tujuan khusus

1.3.2.1 Untuk mengetahui angka kejadian PPH pada ibu hamil anemia

1.3.2.2 Untuk mengetahui distribusi kepatuhan konsumsi TTD pada ibu hamil anemia.

1.3.2.3 Untuk menilai hubungan antara kepatuhan konsumsi TTD dengan kejadian PPH pada ibu hamil anemia.

1.4 Hipotesis

Terdapat hubungan antara kepatuhan komsumsi TTD dengan kejadian perdarahan postopartum pada ibu hamil anemia.

1.5 Manfaat

1. Bagi pengembangan ilmu pengetahuan

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan kontribusi berupa bukti ilmiah mengenai hubungan antara kepatuhan mengkonsumsi TTD dengan kejadian PPH pada ibu hamil yang mengalami anemia. Diharapkan hasil dari penelitian ini dapat memperluas pengetahuan dalam bidang kesehatan maternal, khususnya dalam upaya mencegah komplikasi saat melahirkan dengan melakukan intervensi nutrisi selama masa kehamilan.

2. Bagi profesi/institusi

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi sekaligus referensi bagi tenaga kesehatan dalam meningkatkan kualitas edukasi dan pemantauan kepatuhan konsumsi TTD pada ibu hamil anemia. Di samping itu, temuan penelitian ini dapat dijadikan sebagai landasan dalam merancang program promosi kesehatan dan upaya preventif yang bertujuan untuk menekan risiko terjadinya PPH.

3. Bagi masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pemahaman ibu hamil serta anggota keluarga mengenai betapa pentingnya kepatuhan konsumsi TTD selama kehamilan guna mencegah anemia dan mengurangi peluang terjadinya PPH.

BAB II
TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 Perdarahan Postopartum

2.1.1.1 Definisi

Perdarahan postpartum (PPH) diartikan sebagain kehilangan darah sebanyak >500 mL setelah kala III dari proses persalinan selesai. Namun definisi ini memiliki batasan karena hampir setengah wanita yang melahirkan secara normal dapat mengalami kehilangan darah >500 mL atau lebih jika diukur dengan tepat. Sekitar 5% dari persaliana normal dilaporkan mengalami kehilangan darah yang melebihin 1.000 mL.[10]

Menurut *American College of Obstetrician and Gynecologists* (2017), PPH diartikan sebagain total kehilangan darah yang hilang lebih dari 1.000 mL yang disertai dengan tanda dan gejala hipovolemia (takikardi, hipotensi, nadi cepat dan lemah dan lainnya), tanpa membedakan antara jenis persalinan.[10] Sementara itu, WHO mendefinisikan PPH sebagai kehilangan darah ≥500 mL setelah persalinan normal dan ≥1.000 mL setelah persalinan sesar dalam 24 jam pertama pasca persalinan.[1] Berdasarkan pernyataan terkait definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa PPH dapat di definisikan sebagai kehilangan darah lebih dari 500 - >1.000 mL saat persalinan.

2.1.1.2 Epidemiologi

Secara global, WHO melaporkan bahwa PPH diketahui menyumbang 20% dari total kematian ibu setiap tahun. Selain itu PPH berdampak pada lebih dari 8,7 wanita setiap tahunya, serta mengakibatkan 44.000–86.000 kematian. Di negara berkembang PPH menyumbang sekitar 25-43% dari total kematian ibu.[10]

Berdasarkan data di Indonesia menurut data Profil Kesehatan Indonesia, diketahui bahwa jumlah AKI tahun 2023 sebesar 4.482, dengan jumlah kasus akibat perdarahan obstetrik, seperti PPH sebesar 360 kasus.[2]

2.1.1.3 Etiologi

Perdarahan postpartum umumnya disebabkan oleh empat mekanisme utama yang dikenal sebagai 4T, yaitu tone*,tissue,* trauma dan thrombin. Ganguan tonus

(atonia uteri), *tissue* (retensio plasenta), trauma (robekan jalan lahir) dan thrombin (ganguan pembekuan darah). [12,13]

Atonia uteri adalah penyebab utama yang menyumbang 75-90% kasus PPH. Trauma seperti laserasi, ruptur dan lainnya berkontribusi sebesar 20%, sementara *tissue* yakni retensi plasenta dan sisa plasenta memberikan kontribusi sebesar 10%. Selain itu ganguan pembekuan darah seperti *idiopathic thrombocytopenic purpura* (ITP), *thombotic thrombocytopenic purpura*, menyumbang 1% kasus untuk PPH. [12,13]

2.1.1.4 Faktor Risiko

Perdarahan postpartum disebabkan oleh berbagai faktor, penelitian sebelumnya menemukan bahwa PPH berhubungan dengan kunjungan antenatal care (ANC), riwayat operasi sesar sebelumnya, persalinan lama, serta trauma genital selain episiotomy.[11]

Selain itu terdapat beberapa faktor lain yang dapat memengaruhi terjadinya PPH, diantaranya anemia, usia ibu dimana berdasarkan penelitian Indriani et al, menyatakan bahwa usia <20 tahun dan >35 tahun memiliki kemungkinan lebih besar akan mengalami perdarahan postpartum.[3] Faktor resiko lainnya, paritas yakni jumlah persalinan yang dialami seorang wanita dengan usia kehamilan yang mancapai viabilitas dengan bayi lahir hidup maupun mati, semakin banyak jumlah paritas, kontraksi otot miometrium menjadi kurang optimal sehingga kejadian PPH dapat terjadi.[14] Adapun faktor resiko lain yakni penyakit infeksi, malnutrisi kronis, eklampsia, jarak antara kelahiran, dan riwayat persalinan sebelumnya.[15]

2.1.1.5 Klasifikasi

PPH diklasifikasikan berdasarkan waktu kejadian, yakni primary (early) PPH dan secondary (late) PPH.

- Primary (*early)* PPH adalah kehilangan darah minimal 500 mL atau lebih dari traktus genitalis dalam waktu 24 jam setelah kelahiran bayi. PPH primer dapat bagi lagi menjadi Primary minor PPH, yaitu kehilangan darah sebanyak 500-1.000 mL, dan primary mayor PPH, kehilangan darah lebih dari 1.000 mL. selanjutnya, PPH mayor terbagi lagi menjadi, moderate (sedang), dengan

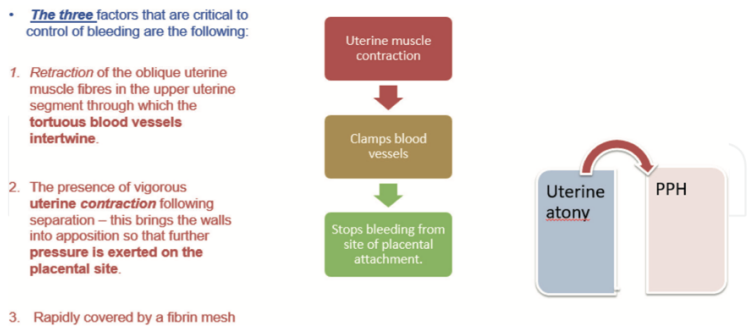
jumlah kehilangan darah 1.001-2.000 mL, dana *severe* (berat), dengan jumlah kehilangan darah lebih dari 2.000 mL. [16]

- Secondary (*late*) PPH adalah keluarnya darah yang abnormal atau berlebihan dari jalur lahir yang terjadi pada rentang waktu 24 jam hingga 12 minggu setelah persalinan.[16]

2.1.1.6 Patofisiologi

Selama masa kehamilan, tubuh mengalami berbagai perubahan fisiologis yang mendukung persiapan ibu untuk menghadapi proses persalinan. Salah satu perubahan yang signifikan adalah peningkatan aliran darah ke uterus, yang meningkat dari sekitar 100 mL per menit saat tidak hamil menjadi sekitar 700 mL per menit pada akhir kehamilan. Disamping itu, terdapat perubahan pada sistem pembekuan darah yang menyebabkan keadaan hiperkoaguabel sebagai mekanisme perlindungan untuk mecegah kehilangan darah yang berlebihan saat melahirkan.

Setelah bayi dan plasenta dilahirkan, kontraksi moimetrium serta faktor hemostatik lokal pada desidua berkontribusi besar dalam mengurangi perdarahan melalui kompresi pembuluh darah uteroplasenta. PPH bisa terjadi jika mekanisme ini tidak berfungsi dengan baik, terutama akibat ganguan kontraksi uterus (atonia uteri), kelainan plasenta, trauma pada jalur lahir, atau ganguan dalam pembekuan darah. Kehilangan darah lebih dari 1.500 mL biasanya akan menunjukan tanda-tanda klinis hypovolemia seperti takikardi, hipotensi, dan penurunan kesadaran.[17]



Gambar 1. Patofisiologi PPH[18]

PPH paling sering disebabkan oleh atonia uteri, atonia uteri menjadi penyebab kematian ibu akibat perdarahan dan menyumbang 75-90% kasus PPH. Atonia uteri adalah kegagalan otot miometrium dalam bekontraksi, sehingga aliran

darah yang melewati serabut otot uterus tidak mampu ditekan, mengakibatkan terjadinya perdarahan. Selain itu, pada kehamilan aterm, sekitar 1.000 mL darah mengalir ke uteroplasenta, sehingga bila terjadi perdarahan, maka perdarahan yang dihasilkan adalah perdarahan masif dalam waktu singkat.[19]

Pada ibu dengan anemia, kondisi ini menjadi lebih kompleks. Anemia ditandai dengan rendahnya kadar hemoglobin yang mengedarkan oksigen ke seluruh tubuh. Penurunan kadar hemoglobin akan mengakibatkan berkurangnya pasokan oksigen ke miometrium, sehingga kontraksi uterus menjadi kurang efisien. Kontraksi yang tidak memadai ini meningkatkan kemungkinan terjadinya atonia uteri, yang merupakan penyebab utama PPH. Di samping itu, ibu dengan anemia memiliki cadangan fisiologis dan kapasitas kompensasi yang rendah terhadap kehilangan darah, sehingga bahkan jumlah perdarahan yang lebih kecil pun dapat dengan cepat mengakibatkan gejala hipovolemi yang berat.[1,10] Oleh karena itu, anemia bukan hanya menjadi penyebab risiko terjadinya PPH, tetapi juga memperburuk dampak klinis akibat kehilangan darah saat melahirkan.

2.1.1.7 Penegakan Diagnosis

Penegakan diagnosis PPH dinilai berdasarkan jumlah kehilangan darah, yaitu ≥1.000 ml setelah persalinan, tanpa melihat metode persalian yang dilakukan, namun kehilangan darah lebih dari 500 mL juga dianggap abnormal. Kadar hemoglobin dan hematokrit yang turun merupakan indikator yang sering digunakan, tapi cenderung terlambat untuk menilai kejadian PPH, karna kondisi tesrebut baru mencermninkan kehilangan darah setelah empat jam setelah perdahan terjadi. Selain itu, tanda tanda hypovolemia biasanya tidak langsung terjadi, maka bila didapatkan perdarahan yang lebih banyak dari biasanya, tatalaksana PPH tidak boleh di tunda.[20]

Beberapa metode yang dapat digunakan untuk mendiagnosis PPH yakni, satu, metode visual estimasi dengan memperkirakan jumlah perdarahan berdasarkan pengamatan klinis, motode ini mudah dan cepat dilakukan, namun beberapa kali kurang akurat. Kedua, metode penimbang kasa, kompres, kain atau bahan lain yang digunakan saat perdarahan berlangsung, dalam metode ini, 1 gram berat setara dengan 1 mL darah, dan metode ini cukup akurat. Ketiga, metode

dengan menggunakan alat penampung darah yang diletakan di bawah bokong ibu segera setelah persalinan yang mengalami perdarah, metode ini lebih reliabel. Pemeriksaan tekana darah, denyut nadi dan syok indek digunakan untuk menilai keadaan pasien.[20]

2.1.1.8 Tatalaksana

Penatalaksanaan PPH yang efektif memerlukan intervensi multidisiplin simultan, dimana yang paling pertama adalah menentukan asal perdarahan, selanjutnya penatalaksanaan secara simultan yakni perbaikan tonus uterus, evakuasi jaringan sisa, dan penjahitan luka serta koreksi faktor pembekuan. Penatalaksanaan ini disingkat mejadi HAEMOSTASIS, yakni:

- *Ask for HELP*

Meminta pertolongan atau merujuk ke rumah sakit merupakan langkah pertama dalam pennaganan PPH.

- *Assess* (tanda vital, jumlah kehilangan darah) *and resuscitate*

Nilai keadaan umum, kesadaran, tanda vital, saturasi oksigen dan sesegera nilai jumlah perdarahan yang keluar seakurat mungkin

- *Establish Aetiologi, Ensure Availability of Blood, Ecbolish(Oxytoci, Ergotamin or Syntometrine IV/IM)*

Tentukan etiologi PPH, nilai kontraksi uterus, cek kelengkapan plasenta dan selaput plasenta bila berhasil dikeluarkan, atau terdapat trauma jalan lahir yang dapat menjadi penyebab perdarahan.

- *Massage the Uterus*

Lakukan masase uterus setelah plasenta lahir. Bila massase tidak berhasil, lakukan kompresi bimanual interna, bila tidak berhasil maka segera rujuk pasien dan ajarkan keluarga untuk kompresi bimanual eksterna sambil lakukan perujukan.

- *Oxytocin infusion / prostaglandin IV/ per rectal/ IM/ intramyometrail*

Berikan oksitosin 40 unit dalam 500 cc larutan saline normal dengan kecepatan 125 cc/jam. Sebagai opsi pengganti oksitosin, ergometrin dapat diberikan melalui injeksi IM/IV.

- *Shift the theatre*

Bila perdarahan masih masif, segera lakukan prosuder pembedahan, namun pastikan terlebih dahulu untuk menyingkirkan sumber perdarahan yang disebabkan dari sisa plasenta atau cairan ketuban, dan bisa lakukan kuretase.

- *Tamponade ballonn/ uterine packing*

Jika perdarahan tetap berlanjut. Perlu pikirkan perdarahan disebabkan karena ganguan koagulopati, pemasangan tamponade berguna untuk mengurangi perdarahan karena koagulopati.

- *Apply compression suture – B-Lynch/ modified*
- *Systematic pelvic devaskularization*

Ligasi A. Uterina, A. Ovarika, A. iliaka interna, untuk mengurangi aliran darah ke

- *Intervebntional radiologis*

Embolisasi A. Uterina atau A. Iliaka mengunakan kateter di bawah pencitraan, sebagai alternatif bedah

- *Subtotal/ total abdominal hysterectomy*

Pengangkatan sebagaian atau seluruh sebagai tindakan definitif terakhir.[13]

2.1.1.9 Komplikasi

PPH dapat menyebabkan mortalitas maternal, namun morbiditas maternal akibat PPH juga cukup berat yakni histerektomi dikarenakan perdarahan yang tidak dapat diatasi dengan tatalaknasa yang sudah dijelaskan sebelumnya. Namun adapula morbiditas lain diantaranya anemia, kelelahan, depresi, dan risiko tranfusi darah.[12]

2.1.1.10 Pencegahan

Pencegahan PPH adalah dengan manejemen aktif persalinan kala III, yakni intervensi pelepasan plasenta dengan cara meningkatkan kontraksi rahim untuk mencegah PPH. Hal ini dilakukan dengan memberikan obat obat uterotonik, menjepit dan memotong tali pusat setelah bayi lahir, penanganan tali pusat secara terkendali sambil memberikan tekanan pada rahim dengan masase uterus atau kompresi bimanual interna dan ekterna bilamana kontrasi tidak terjadi.[21]

Selain pencegahan dengan manajemen kala III, diperlukan antisipasi dengan persiapan sebelum kehamilan, seperti bila pasein anemia, diharapkan untuk rutin

mengkonsusmsi TTD sebelum dan selama kehamilan, memperbaiki keadaan umum, mengatasi penyakit kronis dan lainnya. Perlu juga perhatian akan faktor resiko PPH seperti riwayat PPH sebelumnya, riwayat paritas, dan lainya.[12]

2.1.2 Tablet Tambah Darah

2.1.2.1 Definisi

Tablet Tambah Darah (TTD) adalah suplemen yang mengandung kombinasi zat besi dan asam folat. Setiap tablet mengandung 60 miligram zat besi dan 0,4 miligram asam folat, dengan tampilan berwarna merah mengkilap dengan aroma besi yang khas. Ukuran tablet yang sedang memudahkan konsumsinya cukup cukup dengan bantuan segelas air (KemenKes, 2022).

2.1.2.2 Epidemiologi

Cangkupan pemberian TTD minimal 90 tablet bagi wanita hamil di Indonesia tahun 2021 mecapai 84,2%, meningkat dibandingkan tahun sebelumnya sebesar 83,6%. Provinsi dengan cangkupan tertinggi dalam pemberian TTD adalah provinsi Bali dengan 92,6%, disusul Provinsi Jambi 92,1% dan Jawa Timur 91,3%. Sebaliknya, cangkupan terendah terdapat di Provinsi Papua Barat dengan angka 37,5%, diikuti Papua 56,8% dan Sulawesi Tenggara 64,1%.[2]

2.1.2.3 Penyerapan TTD

Penyerapan zat besi non heme terjadi di lumen usus, *ferric iron* (Fe^{3+}) direduksi menjadi (Fe^{2+}) oleh enxim *ferrireductase* (DCYTB), selanjutnya Fe^{2+} masuk ke eritosit melalui *divalent metal transporter-1* (DMT1). Di dalam eritrosit zat besi dapat disimpatnsebagai ferritin atau dilepaskan ke sirkiulasi melalui ferroportin.[22]

2.1.2.4 Manfaat TTD selama kehamilan

Konsumsi TTD selama masa kehamilan merupakan cara untuk mencegah anemia serta memperbaiki status besi ibu hamil, yang akhirnya akan berdampak positif bagi Kesehatan ibu dan janin. Tablet zat besi juga berperan penting dalam sintesis DNA, metabolisme sel serta transportasi oksigen di dalam tubh, dimana selama kehamilan kebutuhan besi meningkat untuk mendukung metablosime ibu, serta transport oksigen ibu dan janin. Selain pencegahan anemia, sumplementasi

selama kehamilan baik tunggal maupun kombinasi dengan asam folat, vitamin dan mineral lain, berpotensi memberikan manfaat Kesehatan bagi ibu dan anak.[23]

2.1.2.5 Efek samping TTD

Suplementasi zat besi dosis tinggi umumnya dikaitkan dengan ganguan saluran cerna, seperti mual, muntah, konstipasi dan diare. Frekuensi serta keparahan bervariasi tergantung pada jumlah TTD yang dikonsumsi dan absropsinya.[23]

2.1.2.6 Program Pemberian TTD

Pemerintah melalui program Kesehatan menetapkan cangkupan pemberian TTD yakni minimal 90 tablet selama masa kehamilan. Setiap tablet TTD mengandung 60 mg zat besi dan yang terabsropsioleh tubuh adalah 6-8 mg. apabila dikonsumsi dengan minimal 90 hari jumlah zar besi yang terabsropsi diperkirakan mencapai 720 mg, ditambah dengan penyerapan zat besi dari makanan harian ibu sebesar ±180, sehingga diharapkan dapat memenuhi kebutuhan zat besi ibu selama kehamilan sebesar ±800-1.000. Pemberian TTD diberikan secara *blanket approach* tanpa melihat status anemia, terintegrasi dalam pemeriksaan kehamilan ANC yakni 1 dosis tablet setiap hari selama kehamilan.[7]

2.1.3 Kepatuhan Konsumsi TTD

2.1.3.1 Definisi Kepatuhan

Menurut WHO, 2003, definisi kepatuhan dapat diartikan sebagai tingkat di mana seseorang mengikuti pengobatan, meminum obat, serta melakukan perubahan dalam gaya hidup, sesuai dengan anjuran yang telah ditentukan bersama dengan tenaga medis. Adapun keparuhan ini juga mencangkup prilaku terapeitik seperti menjadi layana Kesehatan, mengambil obat, mengonsumsi obat dengan tepat, menghadiri jadwal control hingga modifikaso prilaku sehari hari untuk meningkatkan Kesehatan.[6]

2.1.3.2 Pengukuran kepatuhan konsumsi TTD

Kepatuhan dalam mengonsumsi TTD dihitung berdasarkan jum lah konsumsi TTD selama masa kehamilan, dimana jika dikonsumsi ≥90 tablet maka dikatakan patuh.

2.1.3.3 Faktor yang memengaruhi konsumsi TTD

2.1.3.3.1 Faktor Pengetahuan

Pendidikan merupakan proses belajar dimana semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin mudah seseorang tersebut untuk menerima informasi terkait pengetahuan. Sebagai contoh yaitu komplikasi pasca persalinan dan kepatuhan terhadap konsumsi TTD sebagai pencegahan akan anemia dan PPH.[24] Kesadaran ibu hamil akan pentingnya konsumsi TTD untuk mencegah anemia pada masa antenatal menjadi faktor penting akan kepatuhan supmlementasi TTD, ibu dengan pengetahuan cukup tentang manfaat TTD, dampak negative bagi Kesehatan ibu dan janin bila tidak mengonsumsi TTD, mendorong meningkatnya kepatuhan konsumsi TTD.[6]

2.1.3.3.2 Faktor persepsi keliru

Mitos dan kesalahpahaman akan TTD menjadi faktor dominan yang menyebabkan ketidakpatuhan akan konsumsi TTD. Seperti konsumsi TTD menghambat perkembangan otak bayi, menyebabkan kecatatan, bayi bertumbuh besar dan lainnya, menyebabkan kepatuhan konsumsi TTD terganggu.[6]

2.1.3.3.3 Konsumsi tidak teratur dan penghindaran

Lupa merupakan alasan ketidakpatuhan selain mitos dan kesalahpahaman, terutama pada ibu hamil yang diharuskan untuk mengkonsumsi banyakmjenis suplemen dan vitamin selama masa kehamilan, selian itu faktor kesibukan pekerjaan rumah tangga, atau ibu hamil yang sambil bekerja merupakan faktor penyebab seringkali lupa mengkonsumsi TTD sehingga kepatuhan menurun.[6]

2.1.3.3.4 Sikap terhadap efek samping

Rasa dan bau yang ada pada TTD, serta efek samping TTD seperti mual, muntah, diare, ganguan pencernaan seringkali menjadi faktor penghambat dalam mengonsumsi TTD, beberapa ibu bahkan memilih untuk menghentikan pengobatan karena tak mampu mentoleransi terkait efek samping obat tersebut.[6]

2.1.3.3.5 Faktor pelayanan Kesehatan dan sosial

Kepercayaan ibu terhadap tenaga Kesehatan terbukti berperan positif dalam meningkatkan konsumsi TTD, ibu yang mendapatkan rekomendasi langsung dari dokter biasanya termotivasi untuk mengkonsumsi tablet secara rutin. Status

ekonomi mengambarkan kondisi ekonomi individual atau keluarga yang dapat mempengaruhi kemampuan keluarga tersebut untuk memenuhi kebutuhan hidupnya, salah satunya kebutuhan kesehatan. WHO menjelaskan upaya pencegahan PPH tidak hanya berdasarkan intervensi klinis, melainkan kemampuan akses layanan kesehatan. Kelompok rentan dengan pendapatan rendah cenderung mengalami hambatan dalam mendapatkan layanan akses kesehatan terutama kesehatan maternal yang menyebabkan kemungkinan kejadian PPH.[25] Namun selain itu juga sebagian mengungkapkan akan keraguan kualitas dari TTD yang di distribusikan melalui pemerintah dibandingkan dengan yang dijual di apotek swasta, sehingga menjadi penghambat akan keinginan untuk konsumsi TTD.[6]

2.1.4 Anemia pada ibu hamil

2.1.4.1 Definisi

Anemia merupakan kondisi medis yang ditandai oleh penurunan kadar hemoglobin, hematrokrit dan jumlah eritrosit.[26] Anemia didefinisikan sebagai keadaan ketika kadar hemoglobin di bawah 11 gr/dl pada trimester pertama dan ketiga atau di bawah 10,5 gr/dl pada trimester kedua. Kondisi ini menyebabkan menurunnya kapasitas darah dalam mengikat dan membawa oksigen ke jaringan tubuh, sekaligus memengaruhi distribusi nutrisi yang dibawa oleh sel darah merah.[27]

2.1.4.2 Epidemiologi

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi anemia di Indonesia berkisar antara 46,9% hingga 50,9%, dimana angka ini masih cukup tinggi dan menjadi permasalahan kesehatan di Indonesia.[28]

Pada tingkat regional, data Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020 mencatat lima kabupaten/kota dengan prevalensi anemia tertinggi pada ibu hamil. Kabupaten Bone menempati posisi tertinggi dengan angka 11,8%, diikuti Kabupaten Jeneponto 10,4%, Kabupaten Maros (10%), Kabupaten Gowa (8,5%), dan Kota Makassar (8,3%).(27)

2.1.4.3 Etiologi

Etiologi anemia disebabkan oleh berkurangnya asupan makanan mengandung heme atau non heme dan atau berkurangnya konsumsi zat besi,

sehingga cadangan besi dalam tubuh menurun. Selain itu, kebutuhan zat besi yang meningkat selama masa kehamilan sehingga apabila asupan zat besi dalam jumlah rendah dan tidak mengkonsumsi TTD untuk meningkatkan asupan zat besi, hal ini akan meningkatkan resiko anemia, selain itu bila adanya ganguan penyerapan baik dari makanan maupun dari suplemen zat besi, akan membuat jumlah zat besi dalam tubuh tidak tercukupi.[29]

2.1.4.4 Faktor risiko

Faktor resiko terjadinya anemia pada ibu hamil dikelompokan dalam beberapa hal. Berdasarkan kelompok usia, orang dewasa cenderung berisiko mengalami anemia pada kehamilan, dengan mayoritas anemia sedang.[21] Riwayat gravida, dan penidikan juga berpengaruh pada kejadian anemia.

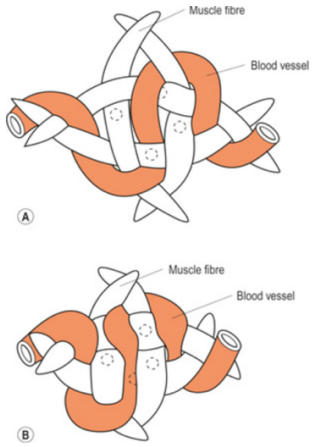
2.1.4.5 Manifestasi klinis

Anemia dapat menyebabkan berbagai keluhan seperti lemah, letih, lesu dan mudah merasa lelah. Kondisi ini dapat menurunankan daya tahan tubuh, sehingga meningkatkan kerentanan tubuh terhadap infeksi.[7]

2.1.4.6 Patofisiologi

Kebutuhan zat besi selama kehamilan meningkat pesat karena adanya pembentukan plasenta, pertumbuhan janin, serta peningkatan massa eritrosit pada ibu yang mengakibatkan kebutuhan total besi melebihi jumlah kapasitas asupan harian normal. Jika kebutuhan ini tidak terpenuhi, cadangan besi akan menurun yang ditandai dengan rendahnya kadar ferritin, kemudian berkembang mejadi ganguan erythropoiesis, hingga akhirnya dapat mengakibatkan rendahnya kadar hemoglobin dan berujung pada anemia defisiensi besi.

Dalam kondisi tersebut, sangat penting bagi wanita yang sedang hamil untuk mengonsumsi TTD, karena sering kali hanya dari makanan saja tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan yang diperlukan selama kehamilan. World Health Organization merekomendasikan agar ibu mengonsumsi suplemen untuk mencegah anemia, yang terbukti signifikan mengurangi resiko anemia.



Gambar 2. Patofisiologi kontraksi uterus[30]

Secara fisiologis, kadar hemoglobin yang cukup sangat penting untuk mempertahankan kapasitas angkut oksigen ke jaringan, termasuk miometrium. Setelah bayi lahir, uterus akan mengalami kontraksi dan retraksi kuat yang menyebabkan pelepasan plasenta dari uterus. Kontraksi miometrium juga menekan pembuluh darah uterus sehingga perdarahan tidak dapat terjadi, apabila kontraksi uterus gagal, maka perdarahan dapat terjadi.[19] Kontraksi miometrium pasca melahirkan merupakan cara utama tubuh menjaga hemostasis guna menghindari perdarahaan postpartum. Kegagalan mekanisme ini dapat menyebabkan atonia uteri yang menjadi faktor utama penyebab terjadinya PPH.

Di sisi lain, anemia defisiensi besi ditandai dengan penurunan kadar hemoglobin yang berfungsi untuk membawa oksigen ke sel-sel tubuh. Kondisi anemia berhubungan dengan penurunan kapasitas oksigenasi jaringan serta penurunan cadangan fisiologis ibu dalam menghadapi kehilangan darah. Oleh karena itu, ibu dengan anemia memiliki toleransi yang lebih rendah terhadap perdarahan dan berisiko mengalami dampak klinis yang lebih berat ketika terjadi PPH.

Dengan demikian, pencegahan anemia dengan mengonsumsi TTD selama masa kehamilan sangat krusial untuk mempertahankan kadar hemoglobin yang adekuat serta mendukung kondisi fisiologis ibu dalam menghadapi proses persalinan.[10]

2.1.4.7 Penegakan diagnosis

Penegakan diagnosis anemia pada ibu hamil dinilai apabila kadar hemoglobin kurang dari 11 g/dL selama kehamilan dan selama periode postpartum. Batas kadar hemoglobin pada anemia ringan, sedang dan berat adalah, anemia ringan bila kadar hemoglobin 9,5-10,4 g/dL, anemia sedang bila kadar hemoglobin 7.0-9,4 dan anemia berta bila kadar hemoglobin <7,0 g/dl.[31]

Pada wanita dewasa yang tidak dalam masa kehamilan kadar hemoglobin normalnya berada pada angka 12,0 g/dL, dan bila mengalami anemia ringan kadar hemoglobin yakni 11,0-11,9 g/dL, anemia sedang 80-10,9 g/dL, dan anemia berat <8 g/dl. Perbedaan batas kadar hemoglobin ini disebabkan oleh perubahan fisiologis kehamilan yang diperlikan untuk menunjang pertumbuhan dan perkembangan janin, sehingga cut off kadar hemoglobin pada ibu hamil lebih rendah jika dibandingkan dengan wanita tidak hamil, yaitu lebih dari 11,0 g/dL.[32]

2.1.4.8 Tatalaksana

Tatalaksana anemia pada kehamilan dilakukan berdasarkan penyebabnya, WHO merekomendasikan pemberian supmelentasi harian berupa 30-60 mg besi elemental dan 400 μg asam folat selama kehamilan untuk mecegah anemia. Kemenkes sendiri melakukan program minimal 90 tablet 60 mg selama kehamilan sebagai bentuk tatalaksana dan pencegahan anemia selama kehamilan. [18, 5]

2.1.4.9 Komplikasi

Anemia selam kehamilan berhubungan dengan komplikasi maternal dan perinatal, seperti persalinan premature, berat badan lahir rendah, dan meningkatkan resiko PPH dikarenakan kurangnya oksigenasi selama kehamilan. [18]

2.1.4.10 Pencegahan Anemia pada Ibu Hamil

Salah satu cara untuk mencegah anemia pada wanita hamil adalah dengan pemberian TTD. Pemerintah berupaya untuk mencegah anemia melalui program suplai minimal 90 tablet selama masa kehamilan. Kementerian kesehatan merekomendasikan agar wanita hamil mengonsumsi setidaknya 90 TTD selama masa kehamilan mereka. Ketika seorang ibu mengonsumsi 60 mg zat besi, diharapkan sekitar 6-8 mg zat besi dapat diserap oleh tubuh. Jika dikonsumsi selama 90 hari, jumlah total zat besi yang diserap akan mencapai 720 mg, dengan 180 mg

berasal dari asupan harian ibu. Kebutuhan zat besi pada masa kehamilan berkisar antara 800 mg – 1040 mg.[7]

2.1.4.11 Hubungan Kepatuhan Konsumsi TTD dengan PPH pada Ibu Anemia

Kepatuhan akan konsumsi TTD selama masa kehamilan khususnya pada ibu hamil anemia dapat membantu memenuhi kebutuhan cadangan zat besi. Didukung dengan asupan makanan heme dan non heme, hal ini akan meningkatkan sintesis hemoglobin sehingga kadar HB akan meningkat dan atau menjadi normal. Kadar HB yang adekuat akan meningkatkan kapasitas angkut oksigen ke jaringan termasuk miometrium. Oksigen berperan dalam pembentukan adenosin trifosfat (ATP) melalui proses respirasi aerob di mitokondria, dimana ATP merupakan sumber energi yang diperlukan sel otot miometrium untuk berkontraksi. Kontraksi miometrium yang optimal akan mengkompresi pembuluh darah uteroplasenta sehingga proses hemostasis fisiologis dapat berlangsung baik. Dengan demikian, Risiko terjadinya PPH akibat atonia uteri dapat berkurang berkurang.[33]

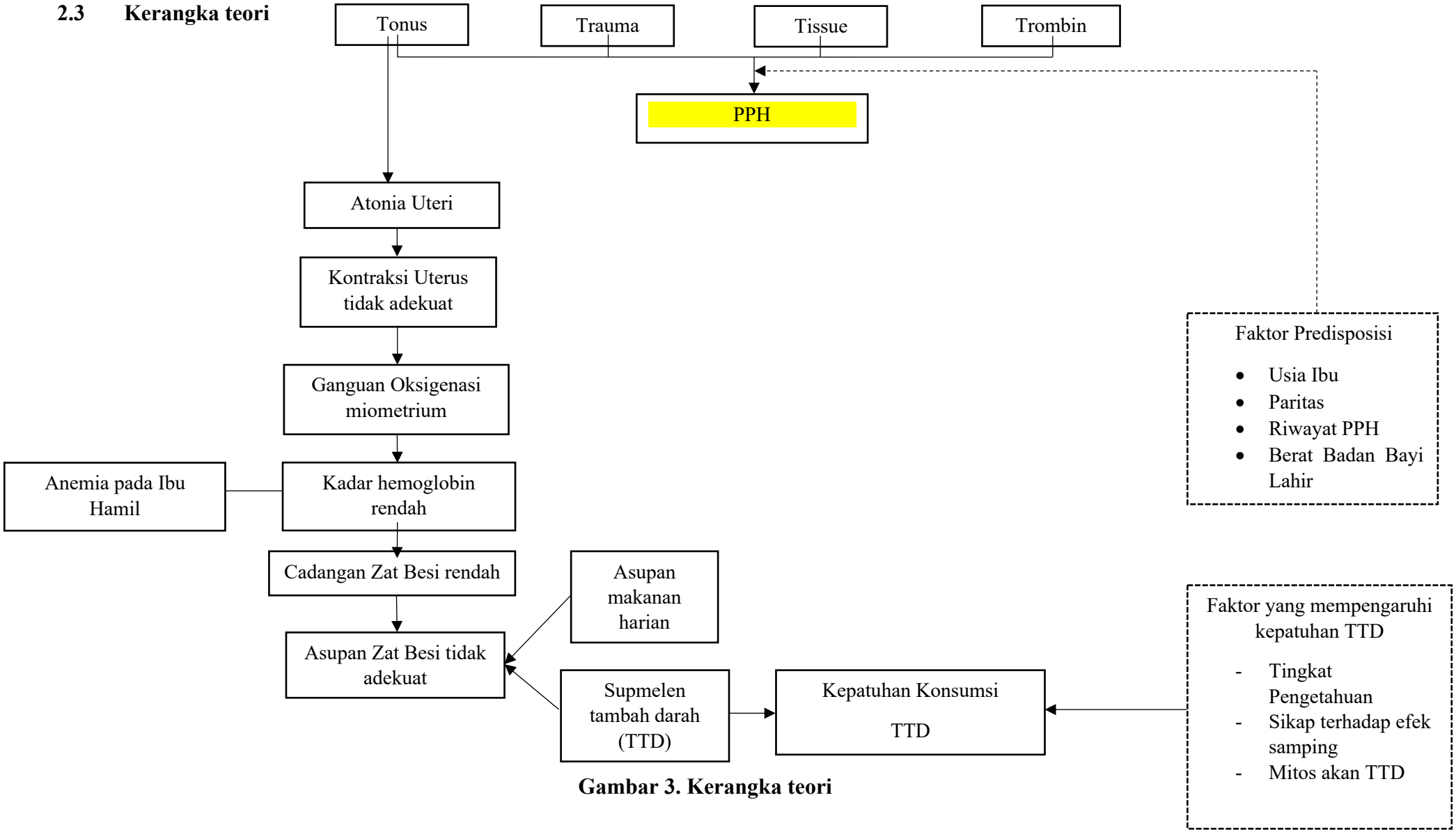
2.2 Ringkasan pustaka

Tabel 1. Ringkasan Pustaka

Peneliti	Lokasi & waktu	Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Lama	Hasil
Benson C S et al.,[34]	Bersumber dari berbagai penelitian Internasional, 2000-2020	Cotemporary review	Ibu hamil dengan anemia defisiensi besi	Anemia defisiensi besi, suplementasi besi, kadar HB, maternal outcome, neonatal outcome, PPH	20 Tahun	Anemia defisiensi besi pada kehamilan berhubungan dengan peningkatan resiko PPH dan suplementasi besi terbukti meningkatkan HB dan menurunkan kejadian anemia.
Khairunnisa N et al.,[35]	Mengkaji artikel 5 tahun terakhir, 2019-2023	Literature review	Pola makan, kepatuhan TTD, anemia ibu hamil	Artikel 2019-2023 yang berhubungan dengan pola makan dan kepatuhan konsumsi TTD pada anemia ibu hamil	5 tahun	Ketidakpatuhan terhadap TTD dan pola makan yang tidak memadai dapat mengakibatkan anemia ibu yang sedang hamil, dan kegagalan ibu hamil dalam mengkonsumsi TTD dapat menyebabkan perdarahan obstetric (PPH).
Haikala SMS et al.,[7]	Puskesmas Palaran Samarinda 2021	analitik observasional dengan metode pendekatan kohort retrospektif.	Ibu hamil bersalin di Puskesmas Palaran Samarinda selama periode Januari 2020 hingga Juni 2021dan mengalami perdarahan antepartum maupun pernah menerima	Kepatuhan konsumsi TTD	18 bulan	Tidak terdapat keterkaitan antara kepatuhan dalam konsumsi TTD dengan kejadian komplikasi pada ibu bersalin dan neonatus di Puskesmas Palaran Samarinda.

			transfusi darah selama kehamilan			
Cantor A G et al.,[36]	Amerika sekita, Australia, Hong kong, Denmark, Norwegia, Iran dan Rural China, 2024	Systematic review dan meta-analysis	±24.023 peserta pada RCT dan 20.690 peserta pada studi observasional, ibu hamil asimtomatik tanpa naemia berat atau penyakit kronik	Suplementasi zat besi rutin selama kehamilan, dengan outcome meternal (anemia, iron deficiency, hipertensi kehamilan/preeklamsia, diabetes gestasional, persalinan sesar, PPH), outcome neonatal, dan outcome hematologis.	4 tahun	Suplementasi zat besi tidak menunjukan hubungan bermakna pada penurunan PPH

2.3 Kerangka teori

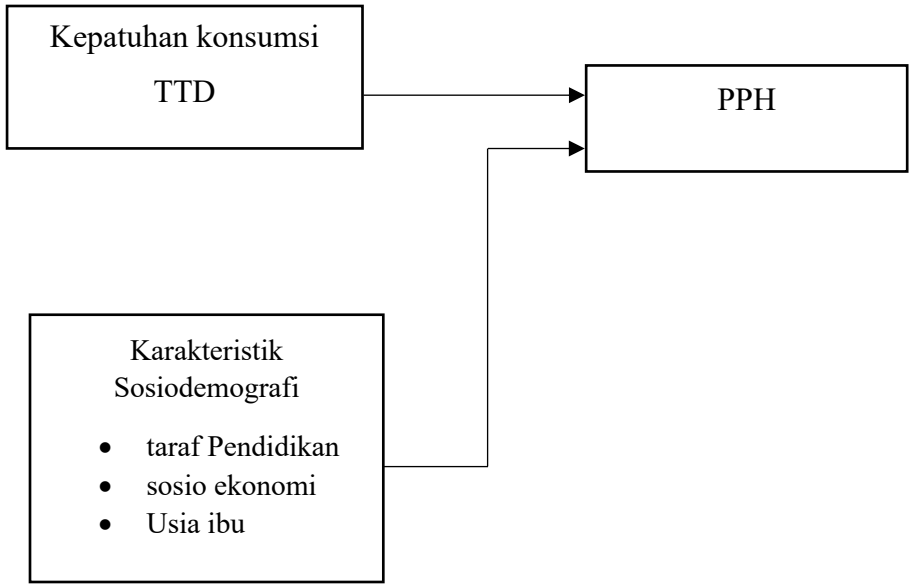


Gambar 3. Kerangka teori

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 4. Kerangka konsep

3.2 Definisi operasional

Tabel 2. Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara mengukur	Hasil	Skala	Referensi
PPH	kehilangan darah ≥500 mL setelah persalinan normal dan ≥1. 000 ml setelah persalinan sesar dalam 24 jam pertama pasca persalinan	Rekam Medis	Mencatat jumlah kasus perdarahan yang tertera di rekam medis	PPH atau tidak PPH	Nominal	World Health Organization [(1)]
Kepatuhan TTD	Kepatuhan adalah prilaku mengikuti pengobata, anjuran atau rekomendasi, dalam hal ini anjuran konsumsi 90 tablet tambah darah selama kehamilan.	Buku KIA dan Wawancara	Pengecekan buku KIA mengenai jumlah TTD yang dikonsumsi dan wawancara terkait jumlah konsumsi TTD	Patuh (≥90 tablet) Tidak patuh (<90 tablet)	Nominal	Kementrian Kesehatan 2022[(37)]
Ibu Anemia	Anemia pada kehamilan merupakan kondisi ketika kadar hemoglobin ibu hamil di bawah 11 gr/dL pada trimester pertama dan ketiga atau kurang dari 10,5 gr/dl pada trimester kedua.	Rekam Medis	Melihat hasil dari rekam medis	Anemia (Hb <11 g/dL) Tidak anemia (Hb ≥11 g/dL)	Nominal	World Health Organization[(32)]

Usia	Usia reproduksi berada dalam rentang usia 20-35	Rekam Medis Dan Buku KIA	Mencatat usia yang sesuai dengan rekam medis dan buku KIA	<20 tahun, 20-35 tahun, >35 tahun	Ordinal	Kementrian Kesehatan[38]
Pendidikan	Proses yang dirancang secara sadar dan sistematis guna menciptakan suasana belajar yang mendukung peserta didik dalam mengembangkan potensi yang dimiliki, dibagi dalam Pendidikan dasar, menegah dan Pendidikan tinggi.	Rekam Medis	Mencatat Pendidikan terakhir yang tertera dalam rekam medis	Pendidikan dasar (SD/ MI, SMP/ MTs), Pendidikan menengah (SMA, MA, SMK, MAK), pendidikan tinggi (Diploma, Sarjana, Magister, Spesialis, dan Doktor)	Ordinal	Undang-undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003[39]
Sosio Ekonomi	Kedudukan ekonomi keluarga diukur berdasarkan pendapatan keluarga per bulan yaitu Rp4.901.117 (UMR Kabupaten Tangerang, sesuai dengan tempat penelitian)	Wawancara	Mencatat pendapatan sesuai dengan data yang tersedia	Rendah <Rp4.901.117, Tinggi >Rp4.901.117.	Ordinal	Keputusan Gubernur Banten Nomor 471 Tahun 2024 [40]
Paritas	Jumlah persalinan yang pernah dialami ibu dengan usia kehamilan telah mencapau viabilitas, baik lahir hidp maupun lahir mati.	Rekam Medis	Mencatat jumlah paritas yang dialami sesuia dengan data rekam medis	Primipara: 1x melahirkan, Multipara: 2-4x melahirkan, Grandemultipara: >4x melahirkan.	Ordinal	Zahro, M & Cholifah, S. 2024 [41]

BAB IV
METODE

4.1 Desain

Penelitian ini menggunakan desain analitik observasional dengan pendekatan *cross*-sectional (potong lintang), yaitu untuk menilai hubungan antara kepatuhan konsumsi tablet tambah darah dengan kejadian perdarahan postpartum pada ibu hamil dengan anemia, dimana penelitian ini mengunakan data sekunder berupa rekam medis dan buku KIA.

4.2 Lokasi dan waktu

Penelitian ini dilaksanakan di rumah sakit Qadr yang berlokasi di Tangerang. Waktu penelitian dilakukan pada bulan Juli Sampai dengan Desember tahun 2026.

4.3 Populasi dan subjek

4.3.1 Populasi

4.3.1.1 Populasi target

Seluruh ibu anemia bersalin usia 20-35 tahun di rumah sakit.

4.3.1.2 Populasi terjangkau

Populasi terjangkau adalah seluruh ibu anemia yang melahirkan, tercatat dalam rekam medis datang rumah sakit Qadr Karawaci pada periode Januari 2025 sampai September 2026 dan memenuhi kriteria penelitian.

4.3.2 Subjek

4.3.2.1 Kriteria pemilihan subjek

A. Kriteria Inklusi

- Ibu bersalin pervaginam di rumah sakit Qadr Karawaci, Tangerang
- Memiliki jumlah data konsumsi TTD
- Memiliki data kadar hemoglobin saat kehamilan trimester III
- Data rekam medis atau buku KIA yang lengkap

B. Kriteria Eksklusi

- Ibu dengan ganguan koagulasi atau kelainan perdarahan bawaan
- Ibu dengan penyakit kronis (hipertensi, DM, penyakit hati)

- Ibu bersalin dengan usia kehamilan preterm
- Ibu dengan kehamilan ganda

4.4. Perhitungan besar sampel

Perhitungan sobjek yang digunakan dalam penelitian *cross*-sectional (potong lintang) ini sesuai dengan perhitungan berdasarkan rumus pengambilan sampel, yaitu populasi infinit (tidak terbatas) dan populasi finit (terbatas).

Rumus populasi infinit:

$$n_0 = \frac{\mathrm{Z}\alpha^2 \times p \times q}{d^2}$$

Keterangan

n_0 : besar sampel optimal yang dibutuhkan

Z : pada Tingkat kemaknaan 95% besarnya 1,96

p : prevalensi subjek yang mengalami PPH = 15%[42]

q : prevalensi subjek yang tidak mengalami PPH = 1-p

d : akurasi dari kepekaan pengukuran

Rumus populasi finit:

$$\mathrm{n} = \frac{\mathrm{n_0}}{(1 + \frac{\mathrm{n_0}}{\mathrm{N}})}$$

Keterangan:

n = besar sampel akhir setelah koreksi populasi terbatas (finit)

n_0 = besar sampel awal dari perhitungan populasi infinit

N = jumlah populasi sebenarnya

Jika dimasukkan ke dalam rumus maka akan diperoleh hasil sebagai berikut:

Populasi Infinite

Prevalensi perdarahan pada ibu anemia adalah sebesar 15% berdasarkan penelitian Mustika TCM, Sebayang SK, Dewi DMSK. Hubungan anemia selama kehamilan dengan kejadian perdarahan postpartum pada ibu bersalin di Indonesia: systematic literature review.[42]

$$N_0 = \frac{Z\alpha^2 \times p \times q}{d^2}$$

$$N_0 = \frac{1{,}96^2 \times 0{,}15 \times 0{,}85}{(0{,}05)^2}$$

$$N_0 = \frac{0{,}4896}{0{,}0025}$$

$$N_0 = 195{,}8 = 196$$

Populasi finite

Populasi ibu hamil anemia berdasarkan data rekam medis di RD Qadr Karawaci dari Januari 2025 – Mei 2026 adalah sebesar 156.

$$n = \frac{n_0}{(1 + \frac{n_0}{N})}$$

$$n = \frac{196}{(1 + \frac{196}{156})}$$

$$n = \frac{196}{2{,}256}$$

$$n = 86{,}8 = 87$$

untuk mengantisipasi kemungkinan putus studi, maka jumlah sampel ditambah 15%, sehingga jumlahnya menjadi:

$$ndo = n + 15\%$$

$$ndo = 87 + 15\%$$

$$100{,}05 = 101$$

Berdasarkan hasil perhitungan besar sampel menggunakan rumus infinite, lalu dikoreksi dengan rumus finite, diperoleh bahwa jumlah sampel minimal sebanyak 87 responden. Untuk mengantisipasi kemungkinan terjadinya drop out sebesar 15%, maka jumlah sampel ditambah 15%, sehingga diperoleh jumlah sampel akhir sebesar 101 responden.

4.5 Metode Pemilihan Sampel

Pemilihan sampel pada penelitian ini menggunakan metode *non random consecutive sampling*. Rekam medis dan buku KIA dan wawancara akan digunakan sebagai sampel yang harus memenuhi kriteria inklusi dan tidak termasuk dalam kriteria eksklusif. Rekam medis akan diambil secara berurutan sesuai ketersediaan data selama periode penelitian hingga jumlah sampel yang dibutuhkan terpenuhi

4.6 Bahan dan instrumen

Bahan dan instrument yang digunakan dalam penelitian ini berupa data sekunder yang diambil dari rekam medis pasien, buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), wawancara. Rekam medis digunakan untuk memdapatkan data mengenai karakteristik ibu, Riwayat kehamilan, status anemia selama kehamilan, serta kejadian komplikasi saat melahirkan seperti perdarahan postpartum. Sementara itu, buku KIA digunakan untuk memeriksa riwayat pemeriksaan antenatal care (ANC), catatan konsumsi TTD, dan informasi tentang pemantauan kondisi kesehatan ibu selama kehamilan, serta wawancara digunakan untuk mengetahui kepatuhan ibu akan konsumsis TTD dan status sosio ekonomi.

4.7 Analisis statistik

Data yang diambil dari rekam medis dan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) akan diolah dan dianalisis menggunakan perangkat lunak statistic. Analisis data dilakukan dalam dua langkah, yaitu analisis univariat dan analisis bivariat.

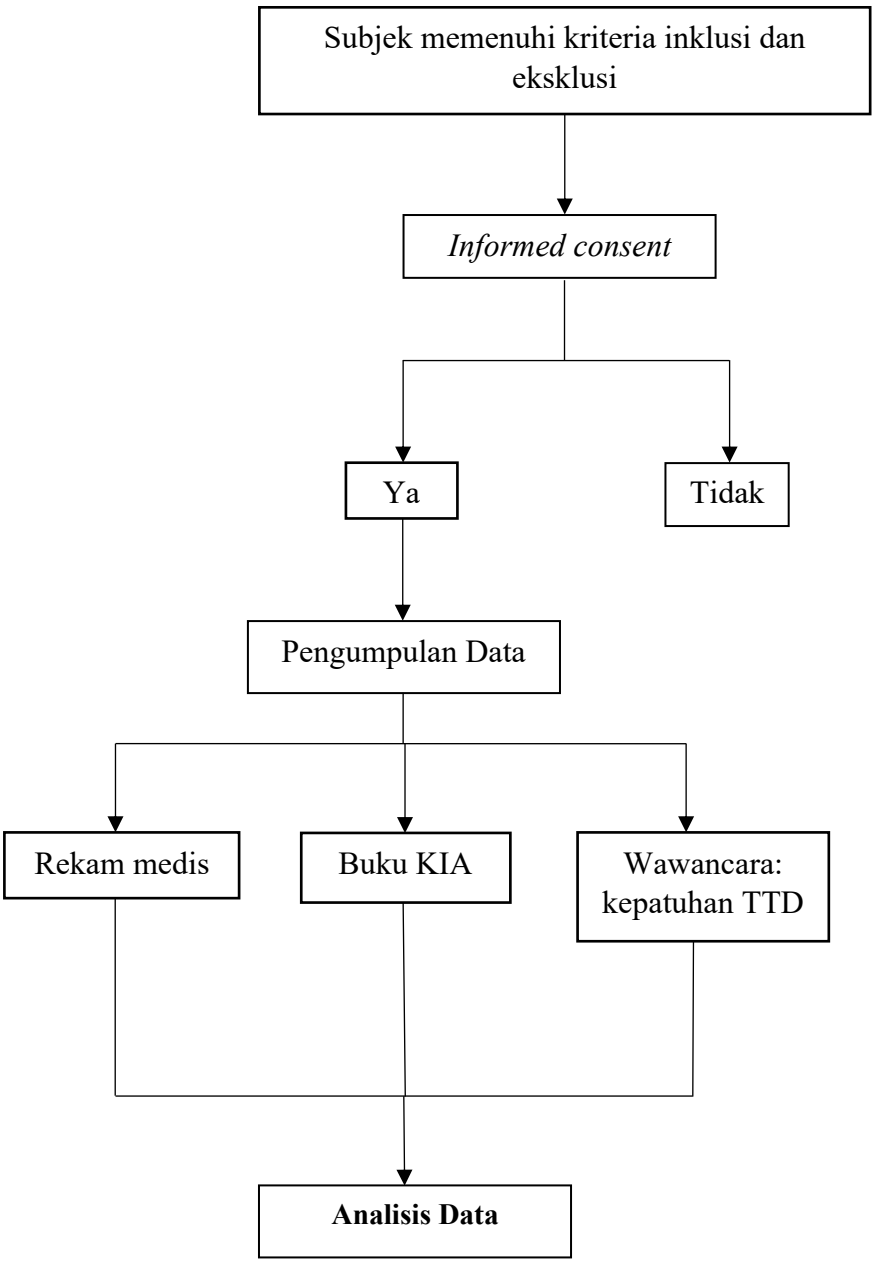
1. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menggambarkan distribusi karakteristik responden serta variable penelitian, termasuk kejadian PPH, kepatuhan TTD, ibu yang megalami anemia, usia ibu, pendidikan, sosio ekonomi dan paritas. Hasil data akan ditampikan dalam format table distribus frekuensi dan persentase.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengidentifikasi hubungan antara kepatuhan konsumsi TTD dan kejadian perdarahan postpartum pada ibu bersalin anemia. Uji statsitik akan menggunakan uji Chi-square, dengan Tingkat kemaknaan $p < 0,05$ dan Tingkat kepercayaan 95%. Apabila terdapat sel dengan expected count <5, maka akan digunakan uji Fisher’s Exact sebagai alternatif.

4.8 Alur kerja penelitian



Gambar 3. Alur kerja

4.9 Etika penelitian

Penelitian ini akan dilakukan setelah lolos kaji etik Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti.

4.10 Penjadwalan penelitian

Tabel 3. Penjadwalan pelaksanaan Penelitian

Kegiatan	WAKTU											
	Januari		Februari		Maret		April		Mei		Juni	
	12	18	26	28	4	7	1	20	1	21	1	20
Pemilihan judul												
Penyusunan dan penyelesaian BAB I **(Pendahuluan)**												
Penyusunan dan penyelesaian BAB II (**Tinjauan Pustaka)**												
Penyusunan dan penyelesaian BAB III **(Kerangka konsep & definisi operasional)**												
Penyusunan dan penyelesaian BAB IV **(Metode)**												
Persiapan ujian												

REFERENSI

1. World Health Organization. Updated WHO Recommendation on Tranexamic Acid for the Treatment of Postpartum Haemorrhage [Internet]. Geneva; 2017. Available from: www.mcsprogram.org
2. Sibuea F, editor. Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia; 2024. Jakarta: Kementrian Kesehatan Rebublik Indonesia; 2024.
3. Indriani TD, Karlina I, Nuraeni EL, Purwanti PD, Siti Masitoh HY, Putri SK, et al. Faktor Usia Ibu Sebagai Determinan Perdarahan Postpartum di RSUD Lembang Tahun 2025. Jurnal Riset Kebidanan Indonesia. 2025 30;9(1):1–5. doi:10.32536/jrki.v9i1.337
4. Ajepe AA, Okunade KS, Sekumade AI, Daramola ES, Beke MO, Ijasan O, et al. Prevalence and foetomaternal effects of iron deficiency anaemia among pregnant women in Lagos, Nigeria. PLoS One. 20201;15(1). doi:10.1371/journal.pone.0227965.
5. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Buku Saku Pencegahan Anemia pada Ibu Hamil dan Remaja Putri. Jakarta; Kementrian Kesehatan Rebublik Indonesia; 2023.
6. Lavanya P, Jayalakshmy R, Rajaa S, Mahalakshmy T. Adherence to Iron and Folic Acid Supplementation Among Antenatal mothers Attending a Tertiary Care Center, Puducherry: A Mixed-Methods Study. J Family Med Prim Care. 2020;9(10):5205. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_721_20
7. Haikala SMS, Faizaa MMR, Bungina C, Wulandari T, Putri AR, Aminyoto M. Hubungan Kepatuhan Konsumsi Tablet Tambah Darah dengan Komplikasi Ibu Bersalin dan Neonatus di Puskesmas Palaran Samarinda. J Ked Mulawarman. 2021;8(3):100–8.
8. Okunade KS, Adejimi AA, Olumodeji AM, Olowe A, Oyedeji OA, Ademuyiwa IY, et al. Prenatal Anaemia and Risk of Postpartum Haemorrhage: A Cohort Analysis of Data from the Predict-PPH Study. BMC Public Health. 2024;24(1). doi:10.1186/s12889-024-18446-5.
9. Glenzer MM, Correia M, Nhantumbo V, Barnes RF, Luis E, Boaventura I, et al. Postpartum hemorrhage in Sub-Saharan Africa—A Prospective Study in Metropolitan Mozambique. Journal of Thrombosis and Haemostasis. 2023;21(12):3463–76. doi:10.1016/j.jtha.2023.09.002.

10. Cunningham FG, Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al, editor. Williams Obstetrics. 26th Ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018. 731–745 p.

11. Getahun GK, Wubishet D, Wubete BY, Akalu SY, Shitemaw T. Predictors of Postpartum hemorrhage at Public hospitals in Addis Ababa, Ethiopia: A Case-Control study. Heliyon. 2024;10(4). doi:10.1016/j.heliyon.2024.e26762

12. Umar ANF,White IPFI. Perdarahan Paskasalin Haemorragic Postpartum. Jurnal Medical Profession (MedPro). 2023 1;5:27–32.

13. Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Perdarahan Pasca- Salin. Jakarta: POGI; 2016.

14. Windiany E, Tinggi S, Kesehatan I, Kemuliaan B. The relationship of maternal's characteristics in labor with the incidence of postpartum hemorrhage at Budi Kemuliaan General Hospital in 2019. Medikes. 2020.

15. Huwaida HA. Relationship Between Anemia in Pregnancy and Postpartum Hemorrhage. World Journal of Advanced Research and Reviews. 2024 30;24(3):753–8. doi:10.30574/wjarr.2024.24.3.3728

16. Mavrides E, Allard S, Chandraharan E, Collins P, Green L, Hunt BJ, et al. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage: Green-top Guideline No. 52. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. Blackwell Publishing Ltd; 2016. 106–149 p. doi:10.1111/1471-0528.14178.

17. Wang MJ, Oyelese Y. Postpartum Hemorrhage. Maternal-Fetal Medicine. Philadepphia: Wolters Kluwer Health; 2025. p. 38–48. doi:10.1097/FM9.0000000000000261

18. Balla A, Kaushal S. Oxytocin and Its Congeners in Obstetrics Practice: An Update on Carbetocin. In: Recent advances obstetrics and gynecology. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publisher; 2023.

19. Arulkumaran S, Karoshi M, Keith LG, Lalonde AB, B-Lynch C, editors. A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage. 2nd ed. London, Uk: Sapiens Publishing; 2012. 94–100 p.

20. Alves ÁLL, Francisco AA, Osanan GC, Vieira LB. Postpartum Hemorrhage: Prevention, Diagnosis and Non-Surgical Management. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia. 2020;42(11):776–84. doi:10.1055/s-0040-1721882.

21. Dwi NIK, Heriana C, Soviyati E, Apriyanti R. Hubungan Lama Kala III Persalinan dengan Kejadian Perdarahan pada Ibu Post Partum di RSUD 45

Kuningan. Public Health Innovation. 202;1 no.2:142–8. doi:10.34305/JPHI.V1I2.302

22. Sangkhae V, Fisher AL, Ganz T, Nemeth E. Iron Homeostasis during Pregnancy: Maternal, Placental, and Fetal Regulatory Mechanisms. Annual Review of Nutrition. Annual Reviews Inc.; 2023. p. 279–300. doi:10.1146/annurev-nutr-061021-030404.

23. Finkelstein JL, Cuthbert A, Weeks J, Venkatramanan S, Larvie DY, De-Regil LM, et al. daily iron suplementation during pregnancy. Cochraen Library. 2024;8(8). doi:10.1002/14651858.CD004736.pub6

24. Kesehatan J, Friyandini F, Lestari Y, Utama BI. Hubungan Kejadian Perdarahan Postpartum dengan Faktor Risiko Karakteristik Ibu di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada. Andalas [Internet]. 2015. Available from: http://jurnal.

25. World Health Organization. Consolidated guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of postpartum haemorrhage [Internet]. 2025. Available from: https://iris.who.int/.

26. White IPFI MASMDUMPYK. Analisis Faktor Resiko Anemia Dalam Kehamilan di Rumah Sakit Daerah Terpencil. Healthy Tadulako Journal(Jurnal Kesehatan Tadulako). 2020;6(2):1–812. doi:10.20473/amnt.v1i2.6228

27. Annisa Amiruddin N, Delima AA, Fauziah H, Studi P, Dokter P, Kedokteran F, et al. Hubungan Anemia dalam Kehamilan dengan Angka Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah. UMI Medical Journal. 2022;7(2). doi:https://doi.org/10.33096/umj.v7i2.216

28. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan Nasional Riskesdas. Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB); 2018.

29. Kurniati I. Anemia Defisiensi Zat Besi (Fe). JK Unila. 2020;4 no 1:18–33. doi:https://doi.org/10.23960/jkunila.v4i1.pp18-33

30. Howie L, Watson J. The Third Stage of Labour. 2017. 421–426 p.

31. Ubom AE, Begum F, Ramasauskaite D, Nieto-Calvache AJ, Oguttu M, Nunes I, et al. FIGO Good Practice Recommendations on Anemia in Pregnancy, to Reduce the Incidence and Impact of Postpartum Hemorrhage (PPH). International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2025;171(3):993–1007. doi:10.1002/ijgo.70529 PubMed PMID: 41031541.

32. World Health Organization, editor. Haemoglobin Concentrations for The Diagnosis of Anaemia and Assessment of Severity. 2011.

33. Salsabil AF, Rahmadhani R, Rimayanti U, Rahman A. The Association of Anemia in Pregnancy with The Incidence of Postpartum Hemorrhage. Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia. 2024;7(6):1450–62. doi:10.56338/mppki.v7i6.5160

34. Benson CS, Shah A, Frise MC, Frise CJ. Iron Deficiency Anaemia in Pregnancy: A Contemporary Review. Obstetric Medicine. SAGE Publications Inc.; 2021. p. 67–76. doi:10.1177/1753495X20932426

35. Khairunnisa N RASRJ. Pola Makan Dan Kepatuhan Tablet Tambah Darah Pada Anemia Ibu Hamil : Literature Review. Health Information : Jurnal Penelitian [Internet]. 2023;15(2). Available from: https://myjurnal.poltekkes-kdi.ac.id/index.php/hijp/article/view/1169

36. Cantor AG, Holmes R, Bougatsos C, Atchison C, Deloughery T, Chou R. Screening and Supplementation for Iron Deficiency and Iron Deficiency Anemia during Pregnancy: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2024;332(11):914–28. doi:10.1001/jama.2024.13546.

37. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Buku Pedoman Penatalaksanaan Pemberian Tablet Tambah darah. Adil M, Kusumaningtias I, editor. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia; 2021.

38. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu. 3rd ed. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia; 2020.

39. Presiden Republik Indonesia. Undang-Undang Republik Indonesia No 20 Tahun 2003 Tentang Sistem Pendidikan nasional. Jakarta: Presiden Republik Indonesia; 2003.

40. Gubernur Banten. Keputusan Gubernur Banten Nomor 471 Tahun 2024 Tentang Penetapan Upah Minimumn Kabupaten/Kota di Provinsi Banten Tahun 2025. Serang: Pemerintah Provinsi Banter; 2025.

41. Zahro M, Cholifah S. Incidence of Delivery Complication Based on Age and parity. Academia Open. 2024;8 no. 2. doi:https://doi.org/10.21070/acopen.8.2023.1536

42. Mustika TCM, Sebayang SK, Kurnia Dewi DMS. Hubungan Anemia Selama Kehamilan Dengan Kejadian Perdarahan Postpartum Pada Ibu Bersalin di Indonesia: Systematic Literature Review. BIOGRAPH-I: Journal of Biostatistics and Demographic Dynamic. 2022;2(2):98. doi:10.19184/biograph-i.v2i2.34364

LAMPIRAN

Lampiran 1. *Informed Concent*

INFORMED CONSENT

Penelitian ini dilaksanakan sebagai kegiatan untuk menyelesaikan proses kegiatan belajar dan persyaratan mencapai derajat sarjana kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti. Penelitian ini mengenai **"Hubungan Kepatuhan Konsumsi Tablet Tambah Darah dengan Perdarahan Postpartum pada Ibu Anemia"**.

Oleh karena itu, saya mengharapkan Saudari untuk ikut serta dalam penelitian ini sebagai responden. Bila Saudari bersedia, maka saya akan melakukan wawancara mengenai kepatuhan konsusmsi TTD, diharapkan responden memberikan informasi dengan benar dan mengikuti instruktur yang ada. Hasil yang diperoleh dari penelitian ini akan dijaga kerahasiaannya dan tidak akan disebarluaskan kepada pihak lain selain pihak yang berkepentingan dengan penelitian ini.

Responden bebas untuk bersedia ikut dalam penelitian ini. Bila Saudari bersedia ikut dalam penelitian in kami mohon untuk membubuhkan tanda tangan pada formular persetujuan bawah ini.

Terima kasih saya ucapkan kepada responden yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini. Apabila terdapat hal-hal yang belum jelas, maka dapat menghubungi saya Nisa Qurrota Ayuni melalui nomor telepon 081219389117.

Jakarta, …….2026

Hormat saya,

Nisa Qurrota Ayuni

Lampiran 2. Formulir persetujuan

FORMULIR PERSETUJUAN

Semua penjelasan di atas telah disampaikan kepada saya dan telah saya pahami. Dengan menandatangani formular ini saya SETUJU SECARA SUKARELA untuk ikut dalam penelitian ini.

Nama peserta penelitian :

Usia :

Nomor telepon :

Tangerang, ……2026

(Nama lengkap dan tanda tangan)

Lampiran 3. Lembar kuisioner

KUESIONER

No. responden :

Nama :

Usia :

1. Sosiodemografi
    1) Berapakah pendapatan anda? Apakah pendapatan anda lebih dari Rp4.901.117 per bulan?
        a. Ya
        b. Tidak
2. Apakah selama kehamilan anda mengalami perdarahan postpartum (perdarahan pasca melahirkan)?
        a. Ya
        b. Tidak
3. Apakah anda mengonsumsi Tablet Tambah darah selama kehamilan, bila iya, apakah anda mengonsumsi TTD lebih dari 90 selama kehamilan?
        a. Ya
        b. Tidak

Lampiran 4. *Dummy table*

Tabel 1. Distribusi karakteristik subjek studi (n=…)

Variabel	Rerata ± SD/ median (min-mak)	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Usia (tahun)			
Pedidikan			
• Dasar			
• Menengah			
• Tinggi			
Sosioal ekonomi (umr)			
• Rendah			
• Tinggi			
Paritas			
• Primipara			
• Multipara			
• Grandemultipara			
Kepatuhan Konsumsi TTD			
• Patuh			
• Tidak Patuh			
PPH			
• Ya			
• Tidak			

Tabel 2. Hubungan Kepatuhan Konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) dengan Kejadian Perdarahan Postpartum (PPH) pada Ibu Hamil Anemia (n =…)

Variabel	PPH		Nilai p
	Ya, n (%)	Tidak, n (%)	
Kepatuhan TTD			
• Patuh			
• Tidak Patuh			

Analisis data menggunakan uji *Chi Square* batas kemaknaan statistik yang digunakan p < 0,05