

ANALISIS FAKTOR PENYEBAB ANEMIA PADA IBU HAMIL DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MANDREHE KABUPATEN NIAS BARAT

Ira Sehati Br. Ginting^{1*}, Rahmat Alyakin Dakhi², Frida Lina Tarigan³, Donal Nababan⁴, Henny Syafitri⁵, Kesakitan Manurung⁶

Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Direktorat Pascasarjana Universitas Sari Mutiara Indonesia

*Corresponding Author: irasehati335@gmail.com

ABSTRAK

Anemia dianggap sebagai faktor risiko dapat mengakibatkan komplikasi yang mengancam kehidupan ibu dan janin. Anemia di trimester (TM) I dan II tidak berhubungan dengan kejadian BBLR dan lahir preterm, sedangkan anemia di TM III mempunyai pengaruh terhadap kejadian BBLR dan lahir preterm. Di Puskesmas Mendrehe Kabupaten Nias Barat didapatkan ibu hamil trimester II bulan Januari s/d September sebanyak 24 orang dan ibu hamil trimester III bulan Januari s/d September sebanyak 16 orang, kemudian dilakukan pemeriksaan Hemoglobin terhadap 10 ibu hamil yang menderita anemia. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor penyebab anemia pada ibu hamil di Wilayah Puskesmas Mandrehe Tahun 2023. Penelitian yang digunakan adalah metode penelitian *mix methods* dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif dengan pendekatan eksplanatoris sekuensial. Sampel minimal yang diperlukan dalam penelitian ini adalah sebanyak 104 ibu hamil. Hasil Penelitian makin tua umur kehamilan pada ibu hamil, makin besar risiko anemia pada ibu hamil sebesar 0,35 kali dan bermakna secara statistik ($p=0,013$), makin banyak riwayat penyakit pada ibu hamil, makin besar risiko anemia pada ibu hamil sebesar 0,31 kali dan tidak bermakna secara statistik ($p=0,062$), makin tinggi paritas ibu hamil, makin tinggi risiko ibu hamil mengalami anemia sebesar 1,7 kali dan tidak bermakna secara statistik ($p=0,306$), makin muda atau tua usia ibu hamil, makin besar risiko ibu hamil mengalami anemia sebesar 0,61 kali dan tidak bermakna secara statistik ($p=0,327$). Ibu hamil juga diharapkan melakukan pemeriksaan ANC sejak kehamilan awal sehingga akan diketahui status anemia sejak TM I dan dapat diberikan suplementasi TTD serta konseling gizi. Disarankan kepada petugas kesehatan di Puskesmas untuk meningkatkan program pemberian suplementasi TTD dan melakukan sosialisasi kepada seluruh Masyarakat khususnya ibu hamil dan mengevaluasi kegiatan puskesmas tentang cara pemberian TTD karena angka anemia pada ibu hamil yang masih tinggi.

Kata kunci : ibu hamil, kejadian anemia

ABSTRACT

Anemia is considered a risk factor and can result in complications that threaten the lives of the mother and fetus. Anemia in trimesters (TM) I and II was not related to the incidence of LBW and preterm birth, while anemia in TM III influenced the incidence of LBW and preterm birth. At the Mendrehe Community Health Center, West Nias Regency, 24 pregnant women from the second trimester from January to September were found and 16 pregnant women from the third trimester from January to September were found, then hemoglobin tests were carried out on 10 pregnant women who suffered from anemia. This research aims to determine the factors causing anemia in pregnant women in the Mandrehe Health Center Area in 2023. The research used is a mixed methods research method with a quantitative and qualitative approach with a sequential explanatory approach. The minimum sample required for this study was 104 pregnant women. Research Results: The older the gestational age of pregnant women, the greater the risk of anemia in pregnant women by 0.35 times and statistically significant ($p=0.013$), the greater the history of disease in pregnant women, the greater the risk of anemia in pregnant women by 0, 31 times and not statistically significant ($p=0.062$), the higher the parity of pregnant women, the higher the risk of pregnant women experiencing anemia by 1.7 times and not statistically significant ($p=0.306$), the younger or older the age of the pregnant mother, the greater the risk of pregnant women experiencing anemia by 0.61 times and is not statistically significant ($p=0.327$). Pregnant women are also expected to have ANC examinations since early pregnancy so that

their anemia status since TM I will be known and they can be given TTD supplementation and nutritional counseling. It is recommended to health workers at the Community Health Center to improve the TTD supplementation program and carry out outreach to the entire community, especially pregnant women, and evaluate the activities of the Community Health Center regarding how to provide TTD because the rate of anemia in pregnant women is still high.

Keywords: *pregnant, anemia*

PENDAHULUAN

Angka kematian ibu adalah masalah yang masih menjadi prioritas dalam bidang kesehatan khususnya ibu dan anak. Menurut data WHO, pada tahun 2019 sebanyak 295.000 wanita meninggal selama kehamilan, setelah kehamilan dan persalinan. Sebagian besar kematian ini (94%) terjadi di daerah dengan sumber daya yang rendah (World Health Organization, UNICEF, UNFPA, 2020). Angka kematian ibu (AKI) Indonesia menduduki peringkat tinggi dibandingkan dengan negara-negara di ASEAN yaitu 305 per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan *Sustainable Development Goals* (SDGs) target AKI adalah 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (WHO, 2022).

Anemia dalam kehamilan dapat berdampak buruk terhadap mortalitas dan morbiditas ibu maupun janin. Hasil dari kehamilan dengan anemia di antaranya *Intra Uterine Growth Retardation* (IUGR), lahir prematur, berat bayi lahir rendah (BBLR), dan peningkatan risiko kematian neonatus. Efek anemia kehamilan pada ibu di antaranya sesak nafas, kelelahan, palpitasi, gangguan tidur, meningkatkan risiko pendarahan saat persalinan, preeklamsia, dan sepsis (Noran and Mohammed, 2019; Sharma and Meenakshi, 2020). Anemia merupakan salah satu komplikasi yang umum selama kehamilan. Anemia dianggap sebagai faktor risiko dapat mengakibatkan komplikasi yang mengancam kehidupan ibu dan janin (Li, dkk, 2018).

Anemia diperkirakan berkontribusi pada lebih dari 115.000 kematian ibu dan 591.000 kematian perinatal secara global per tahun. Berdasarkan data WHO, 40% ibu hamil di seluruh dunia mengalami anemia. 4 dari 10 negara ASEAN berada dalam kategori berat/*severe* dengan prevalensi $\geq 40\%$ antara lain Kamboja (51,5%); Laos (47%); Myanmar (47,8%) dan Indonesia (44,2%) (WHO, 2021). Kontribusi anemia terhadap kematian di Indonesia diperkirakan mencapai 10% hingga 12%. Hal ini berarti bahwa 10% hingga 12% kematian ibu di Indonesia sesungguhnya dapat dicegah apabila kejadian anemia pada ibu hamil dapat ditekan sampai serendah-rendahnya (Turner, dkk, 2022)

Persentase kejadian anemia pada ibu hamil di Indonesia terus mengalami peningkatan sejak tahun 2015 hingga 2019, dari 42,1% menjadi 44,2% (WHO, 2021). Anemia pada wanita usia subur menjadi perhatian World Health Organization dan ditargetkan dapat direduksi sebanyak 50% pada tahun 2025. Berdasarkan Riset Data Kesehatan (Riskesdas) tahun 2020, prevalensi anemia pada ibu hamil dikategorikan menurut usia, jumlah ibu hamil anemia usia 15-24 tahun adalah sebesar 84,6%, usia 25-34 tahun 33,7%, usia 35-44 tahun 33,6% dan usia 45-54 tahun sebesar 24% (Badan Pusat Statistik, 2021). Berdasarkan rekapitulasi profil kesehatan kabupaten/kota Provinsi Sumatera Utara tahun 2020, dari 332.810 ibu hamil yang ada, sebanyak 254.608 ibu hamil (76,50%) yang mendapatkan TTD. Capaian ini sudah melampaui target yang ditetapkan di renstra Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara tahun 2020 sebesar 80%. Terdapat 18 kabupaten/kota yang cakupannya diatas 80%, sedangkan ada 18 Kabupaten/Kota yang capaiannya masih di bawah target yang sudah ditetapkan, salah satunya adalah Kabupaten Nias Barat, yaitu 66,05%.

Profil Dinas Kesehatan Nias Barat 2020 jumlah Puskesmas di Nias Barat sebanyak 8 Puskesmas, informasi yang didapatkan bahwa prevalensi anemia ibu hamil di Nias Barat mengalami penurunan sejak tahun 2017 dari 14,85% menjadi 12,32% sampai saat ini. Meskipun begitu, peningkatan prevalensi anemia masih terjadi di beberapa Puskesmas antara

lain Puskesmas Mandrehe Kabupaten Nias Barat.

Hasil penelitian Tampubolon, Lasamaha, & Panuntun, (2021) menyimpulkan bahwa kejadian anemia bisa disebabkan oleh beberapa faktor antara lain usia, paritas, frekuensi kunjungan ANC, status ekonomi, tingkat pendidikan, dan kepatuhan konsumsi tablet Fe. Hasil penelitian Amini, Pamungkas & Harahap (2018) di Puskesmas Ampenan Mataram menyebutkan anemia sering terjadi pada kebanyakan ibu hamil di kelompok usia tidak beresiko yaitu 20-35 tahun sebesar 63,2%. Penelitian Chandra, Junita & Fatmawati (2019) menyebutkan bahwa sebagian besar ibu hamil yang memiliki tingkat pendidikan rendah mengalami anemia selama kehamilannya. Penelitian tersebut juga menjelaskan bahwa tingkat pendidikan memiliki pengaruh terhadap kemampuan dalam menerima informasi dan menentukan mudah atau tidaknya seseorang menerima suatu pengetahuan, oleh karena itu semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka ia akan lebih mudah menerima informasi. Hal ini sesuai dengan teori Sulistyoningsih (2019) yang mengatakan bahwa pengetahuan yang baik akan mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang. Penelitian Dewi & Mardiana (2021) di Puskesmas Nusawungu II Cilacap menyebutkan bahwa 72,6% ibu hamil memiliki status ekonomi yang rendah. Status ekonomi yang rendah berpengaruh pada pola makan ibu hamil yang akibatnya akan berisiko anemia karena kebutuhan nutrisi ibu hamil tidak dapat terpenuhi dengan baik. Hasil penelitian Nova & Irawati (2021) menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara konsumsi tablet Fe dengan kejadian anemia pada ibu hamil, dengan nilai $p < 0,001$, 41 responden yang mengkonsumsi tablet Fe dan tidak anemia ada sebanyak 25 responden (61%), sedangkan responden yang mengkonsumsi tablet Fe dan mengalami anemia ada sebanyak 14 responden (34%) dan tidak mengkonsumsi dan mengalami anemia ada sebanyak 2 responden (5%). Peneliti juga menyebutkan bahwa pengetahuan ibu hamil terkait manfaat dari tablet Fe juga menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan konsumsi tablet Fe. Penelitian Adawiyah & Wijayanti (2021) menyebutkan terdapat pengaruh yang bermakna antara jumlah paritas dengan kejadian anemia pada ibu hamil, dari hasil penelitian ditemukan paling banyak ibu hamil dengan angka kelahiran multipara yakni sebanyak 76 responden (43,7%).

Anemia di trimester (TM) I dan II tidak berhubungan dengan kejadian BBLR dan lahir preterm, sedangkan anemia di TM III mempunyai pengaruh terhadap kejadian BBLR dan lahir preterm (Huang et al, 2015). Tingkat pendidikan ibu berpengaruh terhadap anemia karena ibu yang berpendidikan tinggi dapat lebih memperhatikan kesehatannya dan janin yang dikandungnya (Soh et al, 2019). Pendapatan keluarga yang rendah memungkinkan ibu mendapatkan nutrisi yang kurang baik selama kehamilan sehingga risiko menderita anemia meningkat (Milman, 2018; Soh et al, 2019; Vehraet al, 2020). Interval kehamilan yang pendek mempunyai efek merugikan terhadap kadar hemoglobin (Vehra et al, 2020). Ibu hamil yang tidak mengkonsumsi tablet tambah darah lebih berisiko mengalami anemia, selain itu riwayat penyakit seperti malaria dan cacingan juga dapat menyebabkan anemia (Alene and Abdulahi, 2019).

Walaupun demikian berbagai penelitian tersebut menggunakan metode penelitian kuantitatif sehingga informasi yang diperoleh dari hasil penelitian terbatas hanya pada pengujian hipotesis. Oleh sebab itu pada konteks yang berbeda, selain diperlukan penelitian untuk membuktikan apakah hasil-hasil penelitian tersebut dapat diterima ataupun dapat diberlakukan, juga diperlukan penelitian dengan metode kualitatif sehingga diperoleh data ataupun informasi yang dapat membedakan suatu penelitian dengan penelitian-penelitian sejenis yang dilakukan sebelumnya.

Berdasarkan hasil survei awal yang dilakukan oleh peneliti di Puskesmas Mandrehe Kabupaten Nias Barat didapatkan ibu hamil trimester II bulan Januari s/d September sebanyak 24 orang dan ibu hamil trimester III bulan Januari s/d September sebanyak 16 orang, kemudian dilakukan pemeriksaan Hemoglobin terhadap 10 ibu hamil yang menderita anemia menunjukkan bahwa ada beberapa faktor yang patut diduga sebagai penyebab anemia pada ibu

hamil, diantaranya adalah faktor usia ibu yang berada pada usia beresiko, faktor tingkat pendidikan ibu yang rendah, tingkat pendapatan keluarga, jarak kehamilan sebelumnya, paritas atau jumlah anak, kepatuhan dan cara konsumsi tablet Fe selama kehamilan, riwayat penyakit pada saat ibu hamil. Karena masih tingginya prevalensi anemia pada ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Mandrehe Kabupaten Nias Barat memerlukan kajian ilmiah dalam bentuk identifikasi faktor-faktor penyebabnya. Dengan diidentifikasinya faktor-faktor penyebab tersebut, maka intervensi yang dilakukan untuk menurunkan prevalensi anemia pada ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Mandrehe dapat lebih efektif dan efisien.

Selain itu, sebagaimana yang dikemukakan pada alinea sebelumnya, dalam penelitian ini juga dilakukan penelitian dengan pendekatan metode kualitatif sebagai pendukung metode kuantitatif dengan tujuan untuk memperkaya data dan informasi hasil penelitian sekaligus sebagai determinan ataupun unsur yang membedakan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya. Hal inilah yang melatarbelakangi penelitian ini dilakukan. Tujuan penelitian ini untuk melihat apasaja faktor-faktor yang berhubungan sebagai penyebab anemia pada ibu hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Mandrehe Kabupaten Nias Barat.

METODE

Penelitian yang digunakan adalah metode penelitian *mix methods* dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif dengan pendekatan eksplanatoris sekuensial. Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Mandrehe Kabupaten Nias Barat. Penelitian dilakukan Juli 2023 s/d Januari 2024. Populasi penelitian adalah seluruh ibu hamil Trimester II dan Trimester III yang berkunjung untuk pemeriksaan ANC di Puskesmas Mandrehe. Data sekunder yang diperoleh di Puskesmas Mandrehe menunjukkan bahwa dalam kurun waktu setahun terakhir, dari 165 orang ibu hamil yang berkunjung untuk pemeriksaan ANC di Puskesmas Mandrehe terdapat 40 orang yang mengalami anemia atau dengan kata lain bahwa ada 24,24% ibu hamil yang berkunjung untuk pemeriksaan ANC di Puskesmas Mandrehe mengalami anemia. Berdasarkan rumus maka jumlah sampel minimal yang diperlukan dalam penelitian ini adalah sebanyak 104 ibu hamil.

HASIL

Analisis Univariat

Tabel 1 menunjukkan rata-rata umur kehamilan responden adalah TM III pada kelompok anemia sebesar 36,6%. Rata-rata pendidikan responden adalah SMA pada kelompok anemia dan tidak anemia sebesar 32,5%. Rata-rata pendapatan responden <UMR pada kelompok anemia sebesar 37,5%. Rata-rata jarak kehamilan responden tidak berisiko pada kelompok anemia sebesar 48,3%. Rata-rata paritas responden adalah kurang dari 2 anak pada kelompok anemia sebesar 44,1%. Rata-rata responden tidak ada riwayat penyakit pada kelompok anemia sebesar 45,8%. Rata-rata suplementasi TTD patuh pada kelompok tidak anemia sebesar 45%. Rata-rata cara konsumsi TTD responden menggunakan air putih pada kelompok tidak anemia sebesar 40%. Rata-rata usia ibu hamil adalah rentang usia 20-35 tahun pada kelompok anemia sebesar 43,3%. Hasil penelitian diperoleh nilai minimal, maksimal, rata-rata dan standar deviasi (SD) dari variabel penelitian disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Penelitian di Puskesmas Mandrehe Kabupaten Nias Barat

No	Variabel	Anemia		Tidak Anemia	
		N	%	N	%
1	Umur kehamilan				
	a. Trimester II (13-27 minggu)	7	26,7	38	48,3
	b. Trimester III (28-40 minggu)	18	73,3	41	51,7
2	Tingkat Pendidikan				
	a. Dasar	5	19,2	22	28,3
	b. Menengah	16	61,6	51	65,0
	c. Tinggi	5	19,2	5	6,7
3	Pendapatan Keluarga				
	a. < UMR	19	75,0	43	55,0
	b. ≥ UMR	6	25,0	36	45,0
4	Jarak Kehamilan				
	a. < 2 tahun	1	3,3	5	6,7
	b. ≥ 2 tahun	24	96,7	74	93,3
5	Paritas				
	a. ≤ 2 kali	22	88,3	65	81,7
	b. > 2 kali	3	11,7	14	18,3
6	Kepatuhan Konsumsi TTD				
	a. < 50%	22	88,3	71	90,0
	b. ≥ 50%	3	11,7	8	10,0
7	Riwayat Penyakit				
	a. Ada	2	8,3	16	20,0
	b. Tidak Ada	23	91,7	63	80,0
8	Cara Konsumsi TTD				
	a. Benar	20	78,3	63	80,0
	b. Tidak benar	5	21,7	16	20,0
9	Usia Ibu				
	a. Tidak berisiko (20-35 tahun)	22	86,7	63	80,0
	b. Berisiko (<20 atau >35 tahun)	3	13,3	16	20,0

Analisis Bivariat

Hubungan antara umur kehamilan, tingkat pendidikan ibu, pendapatan keluarga, jarak kehamilan, paritas, riwayat penyakit, suplementasi TTD, cara konsumsi TTD, dan usia terhadap status anemia pada Ibu hamil di Puskesmas Mandrehe Kabupaten Nias Barat.

Tabel 2 Hubungan antara Umur Kehamilan terhadap Status Anemia pada Ibu Hamil di Puskesmas Mandreha Kabupaten Nias Barat

Variabel	Anemia		Tidak Anemia		ilai p
	n	%	n	%	
Umur kehamilan					
Trimester II (13-27 minggu)	7	26,7	38	48,3	0,041
Trimester III (28-40 minggu)	18	73,3	41	51,7	

Berdasarkan pada Tabel 2 diperoleh nilai korelasi antara umur Kehamilan dengan anemia sebesar $p=0,041$ dengan nilai $p<0,05$. Hal ini berarti ada hubungan yang positif dan signifikan antara umur kehamilan dengan anemia.

Tabel 3. Hubungan antara Pendidikan Ibu terhadap Status Anemia pada Ibu Hamil di Puskesmas Mandreha Kabupaten Nias Barat

Variabel	Anemia		Tidak Anemia		Nilai p
	n	%	n	%	
Tingkat Pendidikan					
Dasar	5	19,2	22	28,3	0,031
Menengah	16	61,6	51	65,0	
Tinggi	5	19,2	5	6,7	

Berdasarkan Tabel 3 diperoleh nilai korelasi antara pendidikan dengan anemia sebesar $p=0,031$, dengan nilai $p<0,05$ hal ini berarti ada hubungan antara pendidikan dengan kejadian anemia.

Tabel 4. Hubungan antara Pendapatan Keluarga terhadap Status Anemia pada Ibu Hamil di Puskesmas Mandreha Kabupaten Nias Barat

Variabel	Anemia		Tidak Anemia		ilai p
	n	%	n	%	
Pendapatan Keluarga					
< UMR	19	75,0	43	55,0	0,013
\geq UMR	6	25,0	36	45,0	

Berdasarkan Tabel 4 diperoleh nilai korelasi antara pendapatan keluarga dengan anemia sebesar $p=0,013$ dengan nilai $p<0,05$ hal ini berarti ada hubungan antara pendapatan keluarga dengan anemia.

Tabel 5. Hubungan antara Jarak Kehamilan terhadap Status Anemia pada Ibu Hamil di Puskesmas Mandreha Kabupaten Nias Barat

Variabel	Anemia		Tidak Anemia		Nilai p
	n	%	n	%	
Jarak Kehamilan					
a. < 2 tahun	1	3,3	5	6,7	0,024
b. \geq 2 tahun	24	96,7	74	93,3	

Berdasarkan Tabel 5 diperoleh nilai korelasi antara jarak kehamilan dengan anemia sebesar $p=0,024$ dengan nilai $p<0,05$ hal ini berarti ada hubungan antara jarak kehamilan dengan anemia.

Tabel 6. Hubungan antara Paritas terhadap Status Anemia pada Ibu Hamil di Puskesmas Mandreha Kabupaten Nias Barat

Variabel	Anemia		Tidak Anemia		ilai p
	n	%	n	%	
Paritas					
\leq 2 kali	22	88,3	65	81,7	0,016
> 2 kali	3	11,7	14	18,3	

Berdasarkan Tabel 6 diperoleh nilai korelasi antara paritas dengan anemia sebesar $p=0,016$ dengan nilai $p<0,05$ hal ini berarti ada hubungan antara paritas dengan anemia.

Tabel 7. Hubungan antara Kepatuhan Konsumsi TTD terhadap Status Anemia pada Ibu Hamil di Puskesmas Mandreha Kabupaten Nias Barat

Variabel	Anemia		Tidak Anemia		ilai p
	n	%	N	%	
Kepatuhan Konsumsi TTD					
< 50%	22	88,3	71	90,0	0,019
≥ 50%	3	11,7	8	10,0	

Berdasarkan Tabel 7 diperoleh nilai korelasi antara kepatuhan konsumsi TTD dengan anemia sebesar $p=0,019$ dengan nilai $p<0,05$ hal ini berarti ada hubungan antara kepatuhan konsumsi TTD dengan anemia.

Tabel 8. Hubungan antara Riwayat Penyakit terhadap Status Anemia pada Ibu Hamil di Puskesmas Mandreha Kabupaten Nias Barat

Variabel	Anemia		Tidak Anemia		ilai p
	n	%	N	%	
Riwayat Penyakit					
Ada	2	8,3	16	20,0	0,027
Tidak Ada	23	91,7	63	80,0	

Berdasarkan Tabel 8 diperoleh nilai korelasi antara riwayat penyakit dengan anemia sebesar $p=0,027$ dengan nilai $p<0,05$ hal ini berarti ada hubungan antara riwayat penyakit dengan anemia.

Tabel.4.9. Hubungan antara Cara Konsumsi TTD terhadap Status Anemia pada Ibu Hamil di Puskesmas Mandreha Kabupaten Nias Barat

Variabel	Anemia		Tidak Anemia		ilai p
	n	%	N	%	
Cara Konsumsi TTD					
Benar	20	78,3	63	80,0	0,018
Tidak Benar		21,7	16	20,0	

Berdasarkan Tabel 9 diperoleh nilai korelasi antara cara konsumsi TTD dengan anemia sebesar $p=0,081$ dengan nilai $p<0,05$ hal ini berarti ada hubungan antara cara konsumsi TTD dengan anemia.

Tabel 10. Hubungan antara Usia Ibu terhadap Status Anemia pada Ibu Hamil di Puskesmas Mandreha Kabupaten Nias Barat

Variabel	Anemia		Tidak Anemia		ilai p
	n	%	N	%	
Usia Ibu					
Tidak berisiko (20-35 tahun)	22	86,7	63	80,0	0,017
Berisiko (<20 atau >35 tahun)	3	13,3	16	20,0	

Berdasarkan Tabel 10 diperoleh nilai korelasi antara usia ibu dengan anemia sebesar $p=0,017$ dengan nilai $p<0,05$ hal ini berarti ada hubungan antara usia ibu dengan anemia.

Analisis Multivariat

Berdasarkan hasil analisis multivariat Regresi Logistik Berganda, nilai p terjadi hubungan yang signifikan jika nilai $p<0,05$. Variabel yang mempunyai hubungan signifikan dengan kejadian anemia adalah umur kehamilan, pendidikan, dan pendapatan. Variabel yang akan dimasukkan ke dalam analisis regresi logistik berganda adalah variabel yang pada analisis bivariat mempunyai nilai $p<0,25$. Variabel tersebut adalah umur kehamilan, pendidikan, pendapatan, dan riwayat penyakit.

Tabel 11 Hasil Analisis Regresi Logistik Berganda Hubungan antara Variabel Bebas dengan Status Anemia pada Ibu Hamil di Puskesmas Mandrehe Kabupaten Nias Barat

Variabel Bebas	OR	P	CI 95%	
			Lower	Upper
Umur Kehamilan	0,35	0,041	0,15	0,80
Tingkat Pendidikan	1,33	0,031	1,29	6,81
Pendapatan Keluarga	1,43	0,013	1,02	5,34
Riwayat Penyakit	0,31	0,027	0,09	1,06
<i>Nagelkerke R Square</i>	0,214			
<i>Hosmer and Lameshow test</i>	3,669		Sig. 0,72	

Berdasarkan Tabel 11 nilai *Nagelkerke R Square* sebesar 0,214. Hal tersebut dapat diartikan bahwa 21,4% kejadian anemia dapat dipengaruhi oleh umur kehamilan, pendidikan ibu, pendapatan keluarga, dan riwayat penyakit sedangkan 78,6% dipengaruhi oleh variabel lain seperti daerah tempat tinggal, asupan gizi, *antenatal care*, pengetahuan gizi, budaya pantang makan, status gizi

ibu, jarak kehamilan, suplementasi TTD, paritas, usia ibu, suplementasi TTD, dan cara konsumsi TTD.

Hosmer and Lameshow tes dalam Tabel 11 digunakan untuk menguji kesesuaian (*goodness of fit*) atau dengan kata lain untuk menguji apakah model yang digunakan sudah sesuai dengan data empiris atau tidak. Hipotesis nol pada pengujian ini adalah “model telah cukup menjelaskan data (fit)” dengan kriteria uji tolak hipotesis nol jika nilai probabilitas lebih kecil atau sama dengan taraf signifikansi yang telah ditetapkan ($p<0,05$). Berdasarkan Tabel 4.3 didapatkan nilai *Chi Square* sebesar 3,669 dengan nilai probabilitas sebesar 0,721 dengan demikian hipotesis nol diterima ($0,721>0,05$) artinya model regresi logistik berganda yang digunakan telah cukup mampu menjelaskan data (fit).

Makin tua umur kehamilan, makin besar risiko anemia sebesar 0,35 kali dan bermakna secara statistik ($p=0,041$). Makin tinggi pendidikan, makin besar risiko anemia sebesar 1,33 kali dan bermakna secara statistik dengan ($p=0,031$). Makin tinggi pendapatan, makin besar risiko anemia sebesar 1,43 kali dan bermakna secara statistik ($p=0,013$). Makin banyak riwayat penyakit, makin besar risiko anemia sebesar 0,31 kali dan tidak bermakna secara statistik ($p=0,027$).

Selain itu berdasarkan nilai OR (*Odds Ratio*) hasil analisis regresi logistik berganda yang dilakukan, maka dari seluruh variabel bebas yang diuji hubungannya dengan variabel terikat, maka variabel bebas yang paling kuat hubungannya sebagai faktor penyebab adalah pendapatan

keluarga. Oleh sebab itu dapat dinyatakan bahwa faktor resiko terbesar penyebab anemia bagi ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Mandrehe Kabupaten Nias Barat adalah Pendapatan Keluarga dengan OR = 1,43 (1,02-5,34) dan nilai P = 0,013.

Analisis Kualitatif

Hasil penelitian kualitatif diperoleh dari 7 informan yaitu satu bidan bagian KIA, satu orang petugas gizi, 2 (dua) ibu hamil anemia dan 3 (tiga) ibu hamil tidak anemia. Dalam pelayanan ANC terdapat 7 standar minimal pelayanan 7 T yang salah satunya adalah Pemeriksaan Hb (T6). Pemeriksaan kadar Hb (T6) dilakukan pada kunjungan awal kehamilan sehingga apabila ditemukan adanya anemia dapat diberikan suplementasi TTD. Hasil wawancara menunjukkan bahwa sejak kehamilan awal ibu hamil sudah diperiksa kadar Hb nya. Informan Bidan menyebutkan bahwa seluruh ibu hamil di TM I harus dilakukan pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui kadar Hbnya sehingga dapat diberikan suplementasi TTD. Informan ibu hamil mengatakan bahwa tidak ada yang kadar Hb nya <11 pada saat trimester I, tetapi pada TM III terdapat 2 ibu hamil anemia dan 3 ibu hamil tidak anemia. Informan yang mengatakan hal tersebut adalah:

“Pas trimester I hasilnya 12”(Ny.SA); “Trimester I lebih dari 14 kayaknya bu pas awal hamil diperiksa”(Ny.Y); “Bulan 3 saat periksa itu coba lihat hasil labnya itu berapa cuma 11” (Ny.US); “TM I masih 13 bu tapi pas TM III ini di cek kok malah cuma 9 bu”(Ny.W). “Pashamil awal 12 kayaknya bu” (Ny.DW).

Kebutuhan zat besi meningkat tajam selama trimester dua dan khususnya trimester tiga karena adanya hemodilusi. Hasil wawancara kepada Ibu hamil menyatakan bahwa tidak mengetahui penyebab anemia. Informan Bidan menyatakan bahwa ibu yang anemia akan dirujuk ke bagian gizi untuk mendapatkan konseling gizi lebih lanjut. Berdasarkan keterangan hamil yang kunjungan ANC mendapatkan suplementasi TTD sesuai kondisi kehamilannya. Tablet tambah darah diberikan kepada ibu hamil saat kunjungan ANC adalah salah satu dari pelayanan minimum. Menurut hasil wawancara kepada bidan, TTD diberikan dengan melihat kondisi masing-masing ibu hamil. Informan Bidan menyatakan bahwa TTD biasanya diberikan saat K1 atau kunjungan pertamakalinya ibu hamil ke Puskesmas. Ibu hamil pada kunjungan K1 tersebut diperiksa kadar Hb nya, apabila anemia maka langsung diberi TTD 2x1. Jika hasil pemeriksaan kadar Hb bagus, atau tidak anemia maka hanya diberikan dengan dosis 1x1. Informan yang mengatakan hal tersebut adalah:

“Ya. Dapat satu bungkus”(Ny.DW); “Ya selama kehamilan dapat tablet tambah darah. Setiap 2 minggu habis obatnya”(Ny.SA); “Ya, mendapatkan tablet sejak pertama kehamilan, kalau 2 minggu habis itu berarti berapa, 14 yo bu. Kalau habis saya langsung periksa bu tidak telat”(Ny.US); “Ya selama kehamilan dapat tablet tambah darah. Dapat 1 strip pas periksa”(Ny.Y).

Ibu hamil mendapatkan suplementasi setelah tidak ada keluhan mual. Secara fisiologis ibu hamil mempunyai rasa mual karena efek hormon dalam kehamilan. Suplementasi TTD belum akan diberikan jika mual masih dirasakan oleh ibu hamil. Hal ini sangat berbahaya apabila ibu hamil mengalami anemia tetapi masih merasakan mual, sehingga konsumsi TTD masih akan ditunda sampai mual hilang. Alasan inilah yang membuat waktu untuk mencapai standar minimal konsumsi 90 TTD berbeda pada setiap ibu hamil. Ibu hamil yang mengonsumsi TTD pada trimester lebih awal atau sejak awal kehamilan maka akan mengonsumsi TTD lebih banyak dan kemungkinan mengalami anemia lebih kecil. Informan Bidan menyebutkan bahwa mulainya pemberian tablet tambah darah pada setiap ibu hamil berbeda karena adanya keluhan mual. Terdapat 2 ibu hamil yang diberikan TTD pada awal kehamilan karena tidak mengalami mual, dan 3 ibu hamil diberikan TTD setelah keluhan mual hilang. Informan yang mengatakan hal tersebut adalah:

“Sejak dari awal kehamilan dapat obat yang berwarna merah itu bu”(Ny.US); “Dari awal kehamilan (Ny.W); “Ya setelah muntah- muntah berhenti” (Ny.DW); “Setelah mual-mual hilang diberi obat penambah darah”(Ny.SA); “Trimester I belum dapat karena mual- mual. Trimester II baru dikasih”(Ny.Y).

Tidak semua ibu hamil yang mengonsumsi TTD mengalami keluhan efek samping. Tablet tambah darah dapat menimbulkan efek samping seperti mual, nyeri abdomen, konstipasi, dan tinja berwarna hitam, akan tetapi efek samping ini tidak terjadi pada setiap ibu hamil. Hasil wawancara menunjukkan bahwa setiap ibu hamil mempunyai respon yang berbeda terhadap efek samping dari obat yang dikonsumsi. Dari 5 ibu hamil 4 diantaranya tidak mengalami efek samping. Informan yang mengatakan hal tersebut adalah:

“Tidak ada efek samping”(Ny.DW); “Tidak ada efek samping bu”(Ny.SA); “Tidak ada efek samping kayaknya bu”(Ny.US); “Tidak ada efek samping”(Ny.W); “Kadang mual sih bu”(Ny.Y).

Ibu hamil sudah mengetahui cara mengonsumsi TTD yang benar. Dalam pedoman program pemberian dan pemantauan mutu TTD untuk ibu hamil, pemberian TTD kepada ibu hamil harus disertai konseling tentang manfaat, efek samping, cara penyimpanan, dan cara konsumsi TTD. Informan Bidan menyebutkan bahwa ibu yang pemeriksaan ANC sudah diberi konseling mengenai petunjuk cara mengonsumsi TTD. Informan yang mengatakan hal tersebut adalah:

“Sehari sekali harus minum dan harus rutin dan dibantu konsumsi makanan, memakai air putih”(Ny.DW); “Diminum 1x sehari sebelum tidurnya”(Ny.SA); “Sehari sekali pas mau tidur dengan air minum kata Bu Bidan sama pil untuk kesemutan pas pagi hari itu bu. Kalau kepengen teh ya ngeteh tapi tidak pernah minum tablet tambah darah dengan teh” (Ny.US); “Diminum 1x sehari sebelum tidur malam dengan air putih”(Ny.W); “Memakai air putih atau air jeruk di konsumsi 1x dalam sehari di malam hari”(Ny.Y).

Pemberian tablet tambah darah merupakan program pemerintah yaitu dengan jumlah pemberian minimal 90 tablet selama kehamilan. Tenaga kesehatan harus memberikan konseling kepada ibu hamil untuk memastikan TTD yang didistribusikan diminum setiap hari sejak awal kehamilan. Informan Bidan menyebutkan bahwa pengawasan konsumsi TTD melibatkan keluarga untuk mengawasi dan menanyakan saat kunjungan ulang apakah obatnya diminum atau tidak, masih atukah sudah dihabiskan. Hasil wawancara menunjukkan bahwa tidak patuhnya ibu hamil dalam mengonsumsi TTD bukan karena petunjuk dari bidan yang salah, karena efek samping, atau adanya faktor lain tetapi karena alasan personal yaitu lupa. Terdapat 2 ibu hamil yang tidak mengonsumsi TTD karena alasan lupa. Informan yang mengatakan hal tersebut adalah:

“Ya sesuai petunjuk tetapi jika kelupaan ya gimana lagi”(Ny.DW); “Kadang-kadang lupa untuk mengonsumsi ya bu”(Ny.Y).

Ibu Hamil di Puskesmas Mandrehe tidak menghentikan konsumsi TTD. Hasil wawancara menunjukkan ibu hamil tidak menghentikan konsumsi TTD dan pada setiap kunjungan akan diberikan lagi oleh Bidan Puskesmas sehingga konsumsi minimal 90 TTD dapat tercapai. Informan yang mengatakan hal tersebut adalah:

“Saya tidak menghentikan konsumsi tablet tambah darah bu”(Ny.DW); “Belum pernah berhenti bu, kalau habis kontrol lagi”(Ny.SA); “Tidak berhenti konsumsi bu, dulu periksa dibidan ya sama dikasih tablet tambah darah”(Ny.US); “Belum pernah berhenti, kalau habis kontrol lagi”(Ny.W); “Tidak bu, sekarang masih mengonsumsi obat”(Ny.Y).

PEMBAHASAN

Makin tua umur kehamilan, makin besar risiko anemia sebesar 3,5 kali dan bermakna secara statistik ($p=0,041$). Ibu hamil di Puskesmas Mandrehe sebagian besar mengalami

anemia di TM III 25 responden (24,24%). Hasil ini sesuai dengan penelitian di USA bahwa prevalensi anemia 1,8% di TM I, 8,2% di TM II, dan 27,4% di TM III (Al Farsi et al, 2019). Adanya hubungan antara anemia dengan umur kehamilan dikarenakan kebutuhan zat besi yang meningkat selama trimester dua dan tiga yaitu 4,1mg lebih tinggi dibandingkan kebutuhan sebelum hamil sebesar 5,6 mg/ hari (Morisson, 2018). Anemia pada kehamilan di trimester III dapat menyebabkan ibu semakin lemah dan zat besi di dalam darah dibagi untuk pertumbuhan fetus di dalam rahim sehingga mengurangi kapasitas pengikatan zat besi dalam darah ibu (Alene dan Abdulahi, 2019). Hasil penelitian Bedi et al. (2015) menyatakan bahwa anemia pada trimester III tidak berhubungan dengan IUGR, persalinan prematur, dan lahir mati tetapi berhubungan dengan BBLR dengan $p < 0.001$ dan OR 3,181 (95% CI: 1,778-5,693).
Bidan di

Puskesmas Mandrehe memberikan informasi bahwa dari semua pasien berisiko anemia dari TM I tetapi akan lebih berisiko apabila anemia tersebut baru diketahui pada TM III. Anemia kehamilan yang tidak ditangani lebih berisiko terjadinya pendarahan persalinan. Bidan di Puskesmas Mandrehe telah memberikan terapi apabila anemia sudah terdeteksi pada kehamilan awal. Hal ini ditujukan supaya ibu hamil dapat mengalami kenaikan kadar Hb pada trimester selanjutnya. Angka kejadian anemia yang masih tinggi disebabkan karena tidak semua ibu hamil melakukan kunjungan ANC di TM I, sehingga deteksi anemia baru akan dilakukan pada TM II. Ibu hamil yang datang berkunjung ANC di TM I dan mendapatkan suplemen TTD akan mempunyai kadar Hb yang lebih tinggi dibandingkan ibu hamil yang memulai kunjungan ANC di umur kehamilan yang lebih tua (Ononge et al, 2019). Bidan di Puskesmas juga menyatakan bahwa faktor penyebab yang lain dari angka kejadian anemia masih tinggi yaitu jika ibu hamil di TM I masih mengalami mual dan muntah maka tidak diberikan suplementasi TTD, serta asupan gizi ibu hamil yang tidak mengandung zat besi. Terdapatnya kelompok umur kehamilan trimester II tetapi anemia dan trimester III tetapi tidak anemia menunjukkan bahwa variabel umur kehamilan bukanlah variabel tunggal sebagai penyebab anemia tetapi ada variabel lain seperti tingkat pendidikan, pendapatan keluarga, riwayat penyakit, jarak kehamilan, paritas, kepatuhan mengkonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD), cara konsumsi TTD, umur ibu, dan bahkan variabel lain yang tidak dikumpulkan datanya dalam penelitian ini, misalnya frekwensi kunjungan ANC.

Semakin rendah pendidikan, semakin besar risiko anemia sebesar 3,3 kali dan bermakna secara statistik dengan ($p=0,010$). Seseorang dianggap dapat memperoleh pengetahuan dan implikasinya dan dapat memberikan respon yang lebih rasional terhadap informasi yang datang dengan adanya pendidikan. Pendidikan sangat memengaruhi kemampuan seseorang dalam penerimaan informasi. Makin tinggi tingkat pendidikan, makin mudah hidup sehat secara mandiri, kreatif, dan berkesinambungan (Mubarak, 2017). Bidan Informan menyebutkan bahwa pendidikan kesehatan mengenai anemia dilakukan pada kelas ibu hamil dan melalui konseling anemia. Menurut informan Bidan, pendidikan dapat memengaruhi terjadinya anemia secara tidak langsung karena ibu hamil yang berpendidikan dapat memilih makanan yang mengandung banyak zat besi. Terdapatnya ibu hamil yang tingkat pendidikannya rendah tetapi tidak menderita anemia sementara ada ibu hamil yang tingkat pendidikannya tinggi justru menderita anemia menunjukkan bahwa variabel tingkat pendidikan bukanlah variabel tunggal sebagai penyebab anemia tetapi ada variabel lain seperti umur kehamilan, pendapatan keluarga, riwayat penyakit, jarak kehamilan, paritas, kepatuhan mengkonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD), cara konsumsi TTD, umur ibu, dan bahkan variabel lain yang tidak dikumpulkan datanya dalam penelitian ini, misalnya frekwensi kunjungan ANC.

Makin rendah pendapatan, makin besar risiko anemia sebesar 4,3 kali dan bermakna secara statistik ($p=0,043$). Penelitian Bedi et al. (2015) menyatakan bahwa pekerjaan berhubungan dengan anemia kehamilan. Hal ini dimungkinkan karena ibu dengan keluarga sosial ekonomi rendah mempunyai asupan nutrisi yang kurang, jarak kehamilan yang dekat, kunjungan

antenatal care yang tidak adekuat, tingkat pengetahuan yang kurang, dan bekerja secara fisik saat hamil. Penelitian di Thailand menunjukkan bahwa risiko anemia lebih tinggi pada wanita hamil dengan sosial ekonomi rendah daripada sosial ekonomi tinggi dilihat dari indikator asupan makanan yang berguna untuk produksi sel darah merah (Siriwong *et al.*, 2017). Ibu hamil sebagian besar mempunyai pendapatan keluarga <UMR sebagian besar adalah tidak bekerja atau sebagai IRT. Pendapatan

<UMR dapat mempengaruhi ketersediaan makanan (Supriasa, 2017). Bidan informan menguatkan pernyataan bahwa bahwa sebagian besar pasien yang berkunjung mempunyai pendapatan <UMR karena hanya suami yang bekerja. Pendapatan tersebut tidak hanya digunakan untuk keperluan konsumsi tetapi juga dibagi-bagi untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Faktor pendapatan keluarga memengaruhi daya beli makanan yang dikonsumsi oleh ibu hamil. Apabila makanan yang dikonsumsi tidak mengandung zat gizi seimbang, atau mengandung zat besi, maka risiko terjadinya anemia semakin besar. Hasil wawancara dengan 5 informan ibu hamil menggambarkan bahwa makanan yang dikonsumsi yaitu seadanyamakanan, sesuai keinginan, banyak mengonsumsi tahu, tempe, dan kerupuk, tetapi adapula yang tidak doyan sayur. Hal inilah yang berkontribusi menjadi penyebab anemia ibu hamil, karena asupan nutrisi terutama kebutuhan zat besi yang tidak tercukupi. Apabila ibu hanya mengonsumsi protein nabati, maka kebutuhan zat besi tidak dapat terpenuhi, sehingga suplementasi TTD menjadi sangat penting diberikan pada ibu hamil.

Terdapatnya ibu hamil yang pendapatan keluarganya rendah tetapi tidak menderita anemia sementara ada ibu hamil yang pendapatan keluarganya tinggi justru menderita anemia menunjukkan bahwa variabel pendapatan keluarga bukanlah variabel tunggal sebagai penyebab anemia tetapi ada variabel lain seperti umur kehamilan, tingkat pendidikan, riwayat penyakit, jarak kehamilan, paritas, kepatuhan mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD), cara konsumsi TTD, umur ibu, dan bahkan variabel lain yang tidak dikumpulkan datanya dalam penelitian ini, misalnya frekwensi kunjungan ANC.

Makin banyak riwayat penyakit, makin besar risiko anemia sebesar 3,1 kali dan tidak bermakna secara statistik ($p=0,027$). Ibu yang sedang hamil sangat peka terhadap infeksi dan penyakit menular. Penyakit pada ibu hamil meskipun tidak mengancam nyawa ibu tetapi dapat menimbulkan dampak berbahaya bagi janin. Penyakit tersebut dapat mengakibatkan abortus, pertumbuhan janin terhambat, janin mati dalam kandungan, serta cacat bawaan. Penyakit infeksi yang diidap ibu hamil biasanya tidak diketahui saat kehamilan, dan sering baru diketahui setelah bayi lahir dengan kecacatan. Penyakit menular yang disebabkan virus dapat menimbulkan cacat pada janin sedangkan penyakit tidak menular dapat menimbulkan komplikasi kehamilan dan meningkatkan kematian janin. Ibu hamil pada kondisi terinfeksi penyakit, akan kekurangan banyak cairan tubuh serta zat gizi lainnya (Bahar, 2018). Anemia selama kehamilan dapat disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya adalah infeksi parasit, infeksi malaria dan infeksi cacing (Ononge *et al*, 2019; Siriwong, *et al*, 2017; Haider *et al*, 2018). Informasi yang didapatkan dari informan Bidan Puskesmas menyebutkan bahwa riwayat penyakit yang berhubungan dengan anemia kehamilan misalnya adanya riwayat malaria atau kecacingan.

Makin lama jarak kehamilan satu dan kehamilan berikutnya, makin kecil risiko ibu mengalami anemia sebesar 4,8 kali dan tidak bermakna secara statistik ($p=0,024$). Ibu hamil yang mempunyai jarak kehamilan tidak berisiko terdapat 58 (48,3%) menderita anemia dan 56 (46,6%) tidak anemia. Hal ini menunjukkan bahwa jarak kehamilan tidak menentukan seorang ibu hamil mengalami anemia. Bidan di Puskesmas Mandrehe yang diwawancarai menyebutkan bahwa apabila ibu hamil mempunyai jarak kehamilan yang terlalu dekat, maka pengawasan terhadap status gizinya kurang karena mungkin masih menyusui, dan terbagi kebutuhannya untuk anak pertama sehingga berisiko anemia. Jarak kehamilan yang dekat berkaitan dengan paritas ibu hamil, pada ibu dengan paritas tinggi mempunyai risiko lebih

tinggi untuk mengalami anemia. Terdapatnya ibu hamil yang memiliki riwayat penyakit yang banyak tetapi tidak menderita anemia sementara ada ibu hamil yang riwayat penyakitnya tidak ada justru menderita anemia menunjukkan bahwa variabel riwayat penyakit bukanlah variabel tunggal sebagai penyebab anemia tetapi ada variabel lain seperti umur kehamilan, tingkat pendidikan, pendapatan keluarga, jarak kehamilan, paritas, kepatuhan mengkonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD), cara konsumsi TTD, umur ibu, dan bahkan variabel lain yang tidak dikumpulkan datanya dalam penelitian ini, misalnya frekwensi kunjungan ANC.

Makin tinggi paritas ibu, makin tinggi risiko ibu mengalami anemia sebesar 1,7 kali dan tidak bermakna secara statistik ($p=0,016$). Paritas erat kaitannya dengan jarak kehamilan dan paritas yang tinggi berpotensi untuk terjadinya anemia (Al- Farsi et al, 2019). Paritas >2 anak berisiko 1,7 kali untuk menurunkan kadar Hb dan tidak bermakna secara statistik ($p=0,016$). Jarak antar kehamilan minimal 2 tahun, ditujukan supaya seorang ibu benar-benar pulih alat- alat reproduksinya serta kondisi tubuhnya dapat pulih seperti keadaan sebelum hamil dan menyusui. Terdapatnya ibu hamil yang paritas banyak tetapi tidak menderita anemia sementara ada ibu hamil yang paritasnya sedikit justru menderita anemia menunjukkan bahwa variabel paritas bukanlah variabel tunggal sebagai penyebab anemia tetapi ada variabel lain seperti umur kehamilan, tingkat pendidikan, pendapatan keluarga, jarak kehamilan, riwayat penyakit, kepatuhan mengkonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD), cara konsumsi TTD, umur ibu, dan bahkan variabel lain yang tidak dikumpulkan datanya dalam penelitian ini, misalnya frekwensi kunjungan ANC.

Makin patuh konsumsi tablet tambah darah, makin kecil risiko ibu mengalami anemia sebesar 1,1 kali dan tidak bermakna secara statistik ($p=0,019$). Suplementasi TTD di Puskesmas sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 88 Tahun 2014 tentang Standar TTD diberikan untuk wanita usia subur dan wanita hamil. Tablet tambah darah sesuai standar mengandung zat besi setara 60 mg besi (Ferro Sulfat) dan asam folat 0,400 mg. Zat besi dan asam folat banyak terdapat di daging, ikan, dan hati yang harganya relatif mahal, dan belum tentu terjangkau oleh seluruh masyarakat. Ibu hamil yang patuh mengonsumsi TTD tidak anemia sebanyak 54 responden (45%) dan anemia sebanyak 53 responden (44,1%). Masih adanya ibu hamil yang anemia meskipun mengonsumsi TTD dikarenakan tidak hanya TTD saja yang memengaruhi status anemia tetapi pola konsumsi ibu hamil (Fatimah, et al 2021). Program pemerintah dalam penanggulangan anemia gizi besi pada ibu hamil melalui suplementasi zat besi sudah dilaksanakan di Puskesmas Mandrehe. Cakupan pemberian TTD yang tinggi (92,34%) dan ibu hamil masih anemia menunjukkan program sudah berjalan tetapi belum dapat mengatasi masalah anemia. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa adanya faktor-faktor lain yang memengaruhi anemia. Faktor yang memengaruhi diantaranya daya beli terhadap makanan yang mengandung zat besi dan asam folat karena sebagian besar responden memunyai pendapatan

<UMR. Bidan, petugas gizi, dan ibu hamil yang diwawancarai menyatakan bahwa penyebab tingginya angka anemia adalah kurangnya asupan makanan yang mengandung zat besi pada ibu hamil. Bidan sudah memberikan suplementasi TTD pada seluruh ibu hamil dan petugas gizi sudah melakukan konseling kepada ibu hamil yang anemia. Petugas gizi hanya melakukan konseling pada ibu hamil yang menderita anemia karena ibu tersebut dirujuk oleh bidan untuk diberikan konseling di bagian gizi. Pemberian konseling petugas gizi yang tidak menyeluruh pada semua ibu hamil mengakibatkan beberapa ibu hamil tidak mengetahui asupan makanan yang mengandung Fe untuk pencegahan anemia. Edukasi mengenai anemia oleh bidan dan konseling gizi oleh petugas gizi yang sudah dilaksanakan perlu ditingkatkan dalam upaya mencegah anemia pada semua ibu hamil. Terdapatnya ibu hamil yang patuh mengonsumsi TTD tetapi tidak menderita anemia sementara ada ibu hamil yang tidak patuh mengonsumsi TTD justru menderita anemia menunjukkan bahwa variabel konsumsi TTD bukanlah variabel tunggal sebagai penyebab anemia tetapi ada variabel lain seperti umur

kehamilan, tingkat pendidikan, pendapatan keluarga, jarak kehamilan, riwayat penyakit, paritas, cara konsumsi TTD, umur ibu, dan bahkan variabel lain yang tidak dikumpulkan datanya dalam penelitian ini, misalnya frekwensi kunjungan ANC.

Asupan TTD setiap hari dapat mengurangi risiko lahir dengan BBLR dan dengan asupan harian TTD terdapat peningkatan rata-rata kadar Hb prenatal (Haider et al, 2018). Suplementasi TTD direkomendasikan di Negara berkembang maupun negara maju karena beban penyakit yang tinggi. Pemberian TTD prenatal dapat mengurangi anemia dengan dosis yang lebih tinggi hingga 66 gram/hari (Haider et al, 2018; Rukuni et al, 2015). Dosis yang tinggi ini dikaitkan dengan peningkatan linier berat lahir dan penurunan BBLR. Penelitian Osungbade and Adeolu (2017) menyatakan bahwa bukti berbasis preventif untuk pilihan pengobatan anemia pada kehamilan adalah profilaksis suplementasi TTD dan fortifikasi makanan dengan zat besi. Faktoryang berhubungan dengan peningkatan risiko anemia kehamilan adalah kekurangan suplemen zat besi (OR 1,66, CI 95%: 1,36-2,03) sehingga untuk mengurangi prevalensi anemia yaitu dengan cara meningkatkan suplementasi TTD pada ibu hamil, terutama memulai suplementasi TTD sejak TM 1 (Ononge, 2019). Suplementasi TTD sejak TM I belum tentu dapat diberikan kepada ibu hamil karena ibu masih mengalami mual atau muntah. Terapi atau intervensi suplementasi TTD yang efektif untuk ibu hamil adalah mendeteksi seawal mungkin adanya anemia sehingga akan memberikan hasil yang lebih baik dibandingkan dengan terapi yang terlambat. Asupan besi selama kehamilan mengurangi risiko kekurangan zat besi dan berat badan lahir rendah (Rukuni et al, 2015). Penelitian di Pakistan melaporkan bahwa pengobatan dengan tablet zat besi lebih baik daripada suplemen intermitten dalam meningkatkan kadar hemoglobin pada wanita hamil di negara berkembang. Bidan Puskesmas Mandrehe menyatakan bahwa kepatuhan konsumsi TTD sangat memengaruhi terjadinya anemia sehingga Bidan berharap TTD yang diberikan kepada ibu hamil diminum sesuai anjuran.

Makin benar cara konsumsi TTD, makin kecil risiko ibu mengalami anemia sebesar 1,1 kali dan tidak bermakna secara statistik ($p=0,018$). Bidan telah melakukan upaya untuk mencegah anemia yaitu melakukan cek kadar Hb pada seluruh ibu hamil dan memberikan TTD sesuai hasil pemeriksaan anemia. Pasien yang anemia diberikan dosis TTD 2x1, sedangkan yang tidak anemia dengan dosis 1x1. Suplementasi TTD menjadi pilihan yang tepat untuk mencukupi kebutuhan zat besi selama hamil. Hasil wawancara dengan Ny D menyatakan meminum TTD sesuai petunjuk tetapi apabila lupa maka tidak mengonsumsi. Hasil penelitian Masukume et al, (2015) menyatakan faktor yang berhubungan dengan anemia adalah etnis, asupan folat sebelum kehamilan, dan tidak adanya asupan zat besi dan mineral di TM 1. Terdapatnya ibu hamil yang cara konsumsi TTD salah tetapi tidak menderita anemia sementara ada ibu hamil yang cara konsumsi TTD benar justru menderita anemia menunjukkan bahwa variabel cara konsumsi TTD bukanlah variabel tunggal sebagai penyebab anemia tetapi ada variabel lain seperti umur kehamilan, tingkat pendidikan, pendapatan keluarga, jarak kehamilan, riwayat penyakit, paritas, kepatuhan mengonsumsi TTD, umur ibu, dan bahkan variabel lain yang tidak dikumpulkan datanya dalam penelitian ini, misalnya frekwensi kunjungan ANC.

Makin muda atau tua usia ibu, makin besar risiko ibu mengalami anemia sebesar 6,1 kali dan tidak bermakna secara statistik ($p=0,017$). Ibu hamil pada rentang usia <20 tahun dan >35 tahun berisiko 0,61 kali untuk menurunkan kadar Hb dan tidak bermakna secara statistik ($p=0,327$). Ibu hamil pada usia berisiko atau >35 tahun menderita anemia sebanyak 8 responden (6,7%) dan tidak anemia sebanyak 12 responden (10%). Ibu hamil di atas usia 35 tahun cenderung mengalami anemia disebabkan karena pengaruh turunya cadangan zat besi dalam tubuh (Proverawati, 2018). Terdapatnya ibu hamil kelompok umur berisiko tetapi tidak menderita anemia sementara ada ibu hamil termasuk kelompok umur tidak berisiko justru menderita anemia menunjukkan bahwa variabel umur pada saat hamil bukanlah variabel

tunggal sebagai penyebab anemia tetapi ada variabel lain seperti umur kehamilan, tingkat pendidikan, pendapatan keluarga, jarak kehamilan, riwayat penyakit, paritas, kepatuhan mengkonsumsi TTD, cara konsumsi TTD, dan bahkan variabel lain yang tidak dikumpulkan datanya dalam penelitian ini, misalnya frekwensi kunjungan ANC.

KESIMPULAN

Adapun kesimpulan penelitian ini adalah sebagai berikut: Makin tua umur kehamilan pada ibu hamil, makin besar risiko anemia pada ibu hamil sebesar 0,35 kali dan bermakna secara statistik ($p=0,041$) di wilayah Puskesmas Mandrehe. Makin tinggi tingkat pendidikan ibu hamil, makin kecil risiko anemia pada ibu hamil sebesar 1,33 kali dan bermakna secara statistik dengan ($p=0,031$) di wilayah Puskesmas Mandrehe. Makin tinggi pendapatan keluarga ibu hamil, makin rendah risiko anemia sebesar 1,43 kali dan bermakna secara statistik ($p=0,013$) di wilayah Puskesmas Mandrehe. Makin banyak riwayat penyakit pada ibu hamil, makin besar risiko anemia pada ibu hamil sebesar 0,31 kali dan tidak bermakna secara statistik ($p=0,027$) di wilayah Puskesmas Mandrehe. Makin lama jarak kehamilan satu dan kehamilan berikutnya, makin kecil risiko ibu hamil mengalami anemia sebesar 4,8 kali dan tidak bermakna secara statistik ($p=0,024$) di wilayah Puskesmas Mandrehe.

Makin tinggi paritas ibu hamil, makin tinggi risiko ibu hamil mengalami anemia sebesar 1,7 kali dan tidak bermakna secara statistik ($p=0,016$) di wilayah Puskesmas Mandrehe. Makin patuh ibu hamil mengkonsumsi tablet tambah darah, makin kecil risiko ibu hamil mengalami anemia sebesar 1,1 kali dan tidak bermakna secara statistik ($p=0,019$) di wilayah Puskesmas Mandrehe. Makin benar cara konsumsi TTD seorang ibu hamil, makin kecil risiko ibu hamil mengalami anemia sebesar 1,1 kali dan tidak bermakna secara statistik ($p=0,018$) di wilayah Puskesmas Mandrehe. Makin muda atau tua usia ibu hamil, makin besar risiko ibu hamil mengalami anemia sebesar 6,1 kali dan tidak bermakna secara statistik ($p=0,017$) di wilayah Puskesmas Mandrehe.

DAFTAR PUSTAKA

- Adawiyah, R., & Wijayanti, T. (2021). Hubungan Paritas dengan Kejadian Anemia pada Ibu Hamil di Puskesmas Trauma Center Samarinda. *Borneo Student Research*, 2(3). Diambil dari <https://journals.umkt.ac.id/index.php/bsr/article/download/1625/899/>
- Aditianti, A., & Djaiman, S. P. H. (2020). Pengaruh Anemia Ibu Hamil Terhadap Berat Bayi Lahir Rendah: Studi Meta Analisis Beberapa Negara Tahun 2015 Hingga 2019. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 11(2), 163–177. <https://doi.org/10.22435/kespro.v11i2.3799.163-177>
- Alene KA and Abdulahi MD. (2019). Prevalence of Anemia and Associated Factors among Pregnant Women in an Urban Area of Eastern Ethiopia. Hindawi Publishing Corporation. 2019:2
- Al-Farsi YM, Daniel RB, Martha MW, Howard JC, Mohammed AA, and Henk CW. (2019). Effect of High Parity on Occurrence Of Anemia In Pregnancy: A Cohort Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2019(11):1- 7.
- Al-Mamouri, R. H. L., & Al-Hakeem, A. H. (2018). The impact of Iron deficiency anemia on histomorphological features of placenta and the new born infants. *Journal of Global Pharma Technology*, 10(3), 1045–1048
- Almatsier S. (2018). Prinsip Dasar Ilmu Gizi. PT. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Amini, A., Pamungkas, C. E., & Harahap, A. P. (2018). Umur Ibu dan Paritas Sebagai Faktor Risiko yang Mempengaruhi Kejadian Anemia pada Ibu Hamil di Wilayah Kerja

- Puskesmas Ampenan. *Midwifery Journal*, 3(2), 108–113.
<https://doi.org/https://doi.org/10.31764/mj.v3i2.506>
- Ani LS. (2023). *Anemia Defisiensi Besi Masa Prahamil dan Hamil*. Jakarta: EGC.
- Astutik, R. Y., & Ertiana, D. (2018). *Anemia dalam Kehamilan*. Jember: CV. Pustaka Abadi.
- Manuaba, I. A. C. (2018). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Masukume G, Ali SK, Louise CK, Philip NB, and Gill N. (2015). Risk Factors and Birth Outcomes of Anaemia in Early Pregnancy in a Nulliparous Cohort. *PLOS ONE* 10 (4).
- Milman N. (2018). Iron Deficiency and Anemia in Pregnant Women in Malaysia- Still a Significant and Challenging Health Problem. *Journal Of Pregnancy and Child Health* 2018 (3):4.
- Melku M, Zelalem A, Meseret A, and Bamlaku E. (2019). Prevalence and Predictors of Maternal Anemia during Pregnancy in Gondar, Northwest Ethiopia: An Institutional Based Cross Sectional Study. *Hindawi Publishing Corporation 2019*, Article ID 108593:9.
- Mubarak WI. (2017). *Promosi Kesehatan Untuk Kebidanan*. Jakarta : Graha Ilmu.
- Murti B. (2018). *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif Di Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Gajah Mada university Press.
- Noran M and Mohammed M. (2019). The Impact of Maternal Iron Deficiency and Iron Deficiency Anemia on Child's Health. *Saudi Medical Journal* 2019, 36 (2): 146-149
- Notoatmodjo, S. (2018). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nova, D., & Irawati, M. (2021). Hubungan Konsumsi Tablet Fe pada Ibu Hamil dengan Kejadian Anemia. *Jurnal Menara Medika*, 3(2), 129–134.
<https://doi.org/https://doi.org/10.31869/mm.v3i2.2531>
- Ononge S, Oona C, and Florence M. (2019). Haemoglobin Status and Predictors of Anemia Among Pregnant Women in Mpigi Uganda. *BMC Research Notes* 2019 (7):712
- Osungbade KO and Adeolu O. (2017). Preventive Treatments of Iron Deficiency Anemia in Pregnancy: A Review of Their Effectiveness and Implications for Health System Strengthening. *Journal of Pregnancy* 2012 Article ID 454601 pages:7.
- Prawirohardjo S. (2021). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka. Pritasari, Damayanti, D., & Lestari, N. T. (2017). *Gizi Dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Proverawati, A. (2018). *Anemia dan Anemia Kehamilan*. Yogyakarta: Nuh Medika.
- Rukuni R, Marian K, Michael FM, David R, and Simon JS. (2015). Screening For Iron Deficiency and Iron Deficiency Anaemia in Pregnancy: A Structured Review and Gap Analysis Against UK National Screening Criteria. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015 (15):269
- Sayogo S. (2016). *Gizi Remaja Putri*. Jakarta:EGC
- Sharma, JB and Meenakshi S. (2020). Anemia in Pregnancy. *JIMSA* October- Desember 2020 23 (4):253-260.
- Siriwong O. (2017). Anemia in Pregnant Women Attending the Antenatal Care Clinic, Mae Sot Hospital. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology* October (20): 186-190.
- Soebroto I. (2019). *Cara Mudah Mengatasi Problem Anemia*. Yogyakarta: Bangkit.
- Soh KL, Eusni RMT, Salimah J, Soh KG, Norhaslinda BR, and Rosna AR. (2019). Anemia

- among Antenatal Mother in Urban Malaysia. *Journal of Biosciences and Medicines* 2019 (3): 6-11
- Sugiyono (2020). *Metode Penelitian Kuantitatif*. Bandung: Alfabeta
- Sulistiyawati A. (2019). *Asuhan Kebidanan Pada Masa kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sulistiyoningsih, H. (2019). *Gizi Untuk Kesehatan Ibu dan Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sursilah, I. (2021). Hubungan Antara Pola Konsumsi Tablet Zat Besi (Fe) dengan Kejadian Anemia Gravidarum pada Ibu Hamil di Puskesmas Astapada Kota Cirebon. *Jurnal Ilmu-Ilmu Kesehatan Bhakti Husada Kuningan*, 1(1). <https://ejournal.stikku.ac.id/index.php/stikku/article/download/13/4>
- Suryani, I. S., Jamil, M. U., Mulyana, A., Sumarni, Hilmawan, R. G., & Amalia, N. R. (2021). *PENCEGAHAN ANEMIA DENGAN MAKANAN TAMBAHAN: Menuju Ibu Hamil Sehat dan Kreatif*. Tasikmalaya: Edu Publisher.
- Tampubolon, R., Lasamahu, J. F., & Panuntun, B. (2021). Identifikasi Faktor- Faktor Kejadian Anemia pada Ibu Hamil di Kecamatan Amahai Kabupaten Maluku Tengah. *Jurnal Sains dan Kesehatan*, 3(4), 489–505. <https://doi.org/10.25026/jsk.v3i4.432>
- Tarwoto dan Wasnidar. (2017). *Anemia pada Ibu Hamil, Konsep dan Penatalaksanaannya*. Jakarta: Trans Info Media.
- Turner, J., Parsi, M., & Badireddy, M. (2022). Anemia. Diambil 18 April 2022, dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499994/>
- Varney H, Kriebs JM, and Gegor CL. (2007). *Buku Ajar Konsep Kebidanan*. Edisi 4. Edisi bahasa Indonesia. Ed: Esty Wahyuningsih dkk. Jakarta: EGC
- Vehra S, Ejaz MAQ, and Farooq A. (2020). Effect of Sociodemographic and Gestational Status on the Development of Iron Deficiency Anemia in Pregnant Women. *Pakistan Journal of Nutrition* 11 (7): 545-549.
- Viteri F. 2021. *The Consequences of Iron Deficiency and Anemia in Pregnancy on Maternal Health, the Foetus and the Infant*.
- Yona, S., & Nurulhuda, U. (2022). *Keperawatan Medikal Bedah* (9 ed.). Singapore: Elsevier Ltd.