

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Anemia merupakan masalah kesehatan yang umum terjadi di seluruh dunia dan sulit diatasi secara global. Kondisi ini memengaruhi baik negara berkembang maupun negara maju, dengan dampak signifikan terhadap kesehatan manusia, serta perkembangan sosial dan ekonomi. (Jayadi, dkk 2021). Anemia terjadi karena kadar hemoglobin (Hb) dalam darah berada di bawah batas normal yang ditetapkan untuk kelompok usia dan jenis kelamin tertentu dan anemia salah satu masalah kesehatan yang dapat menyerang semua kelompok usia, termasuk Remaja Putri (Rematri) yang rentan mengalaminya akibat siklus menstruasi bulanan. Kondisi ini dapat menurunkan daya tahan tubuh, produktivitas, kecepatan berfikir karena oksigen yang sampai ke otot dan sel otak kurang, serta berisiko saat hamil, sehingga berdampak negatif pada pertumbuhan janin, meningkatkan risiko komplikasi kehamilan dan persalinan, hingga kematian ibu dan anak (Susanti, dkk. 2021). Pada remaja putri, kadar Hb normal berkisar 12-15 g/dl, sedangkan pada remaja laki-laki 13-17 g/dl (Hafsah, dkk. 2023). Remaja putri paling banyak membutuhkan zat gizi dibandingkan kelompok lainnya. Kebutuhan zat besi remaja putri lebih tinggi, dibandingkan dengan remaja laki-laki, karena dibutuhkan untuk mengganti zat besi yang hilang pada saat menstruasi sebanyak 1,3 mg per hari, sehingga volume darah yang keluar setiap bulannya berkisar 30-50 cc. Kondisi inilah yang menyebabkan anemia pada remaja putri (Indriani, 2023).

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO), prevalensi anemia pada wanita usia produktif (15-49 tahun) di dunia pada tahun 2019 mencapai 29,9%, sedangkan pada wanita usia 15-49 tahun yang tidak hamil, prevalensinya sebesar 29,6%, termasuk di dalamnya remaja (WHO, 2021). Di negara-negara maju, prevalensi anemia diperkirakan mencapai 9%, sedangkan di negara berkembang, prevalensinya jauh lebih tinggi, mencapai 43%. Kelompok yang paling berisiko terkena anemia adalah anak-anak dan Wanita Usia Subur (WUS), dengan prevalensi anemia pada balita mencapai 47% dan pada ibu hamil sekitar 42%. Di Indonesia, berdasarkan Riset Kesehatan Dasar 2018, prevalensi anemia pada remaja perempuan usia 15-24 tahun mencapai 32%, sementara pada remaja laki-laki hanya 20,3%, hal ini menjadikan anemia sebagai masalah kesehatan utama, terutama bagi remaja putri (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2018). Sedangkan prevalensi anemia di Provinsi Sulawesi Selatan yaitu 34,5%. Oleh karena itu, WHO menurunkan prevalensi anemia pada WUS sebesar 50% pada



yang tersebar di seluruh dunia sebagian besar disebabkan asupan zat besi, yang mencapai 50%. Remaja putri sering kali, disebabkan oleh adanya siklus menstruasi setiap bulan dan kurang sehat. Kebiasaan seperti tidak sarapan, jarang minum

air putih, melakukan diet yang tidak sehat untuk menjaga tubuh langsing, ngemil makanan rendah gizi, dan mengonsumsi makanan siap saji, menyebabkan mereka tidak memenuhi kebutuhan nutrisi untuk sintesis Hemoglobin (Hb) (Anggreiniboti, 2022). Jika hal ini terus berlangsung, kadar Hb akan berkurang dan menyebabkan anemia. Dampaknya bisa sangat besar, termasuk pada saat kehamilan di masa depan yang berisiko pada bayi, seperti komplikasi, pendarahan pasca-persalinan, kelahiran prematur, atau kelahiran dengan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) <2500gram atau panjang badan pendek <48cm (Risksedas, 2018). Anemia pada remaja juga dapat menghambat perkembangan fisik dan mental serta menurunkan konsentrasi, yang berdampak pada prestasi di sekolah. Di Indonesia, anemia banyak terjadi akibat kekurangan zat besi, terutama dari makanan hewani yang lebih mudah diserap oleh tubuh dibandingkan zat besi dari makanan nabati (Andriastuti *et al.*, 2020).

Anjuran WHO dalam *World Health Assembly* (WHA) ke-65 menetapkan rencana global untuk mengurangi prevalensi anemia pada wanita usia subur hingga 50% pada tahun 2025. Untuk mendukung hal tersebut, pemerintah Indonesia melaksanakan program penanggulangan anemia dengan fokus pada pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) kepada remaja putri dan Wanita Usia Subur (WUS) melalui sekolah-sekolah, dengan pemberian TTD pada remaja putri dalam satu kali seminggu yang bertujuan untuk mencegah anemia dan meningkatkan cadangan zat besi dalam tubuh (Permatasari *et al.*, 2018). Pemberian TTD dilakukan melalui UKS/M di institusi pendidikan (SMP dan SMA) sesuai dengan Surat Edaran Kementerian Kesehatan nomor HK.0303/V/0595/2016. Setiap tablet yang diberikan mengandung 60 mg zat besi dan 0,4 mg asam folat, yang harus dikonsumsi satu tablet setiap minggu selama setahun. Program ini bertujuan untuk meningkatkan kepatuhan remaja putri dalam mengonsumsi TTD dan menurunkan prevalensi anemia pada remaja putri (Kemenkes RI, 2018). Program TTD pada remaja putri memiliki keterkaitan dengan pelaksanaan *Aksi Bergizi* yang merupakan Upaya untuk meningkatkan kualitas kesehatan dan gizi melalui edukasi, suplementasi, serta penguatan perilaku sehat. Melalui *Aksi Bergizi*, distribusi TTD menjadi lebih terarah dan terintegrasi dengan kegiatan seperti edukasi gizi seimbang dan promosi pola hidup bersih dan sehat, sehingga mampu mendorong remaja putri untuk lebih memahami pentingnya asupan zat besi dalam mencegah anemia serta mendukung pertumbuhan dan perkembangan yang optimal (Kemenkes RI, 2023).

Upaya pemerintah untuk mengatasi masalah anemia belum sepenuhnya



baik, karena masih ada pelaksanaan yang tidak sesuai dengan yang ditetapkan, sehingga target yang diharapkan tidak tercapai. Kemenkes tahun 2023, cakupan pemberian TTD pada remaja putri pada tahun 2023 adalah 78,9% (Kemenkes 2023). Menurut Kemenkes tahun 2023 cakupan pemberian TTD di Sulawesi Selatan sebanyak 78,9%, yang sudah baik, namun jika melihat di beberapa kabupaten yang ada di Sulawesi Selatan cakupan intervensi remaja putri dalam

mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) seperti di Kabupaten Wajo masih kurang dari target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 58%, sedangkan di Kabupaten Wajo remaja putri yang mengonsumsi tablet tambah darah dari hasil intervensi hanya mencapai 23,8% (Kemendagri, 2023). Meskipun pemerintah telah menyediakan TTD sebagai upaya pencegahan anemia pada remaja putri, sebanyak 76,2% dilaporkan menerima TTD melalui sekolah, sementara 19,1% mendapatkan dari sumber lain dan 23,8% remaja putri tidak menerima TTD sama sekali (Fitriana, 2019). Tingkat konsumsi TTD juga menunjukkan bahwa 98,6% remaja putri mengonsumsi kurang dari 52 butir per tahun, sedangkan hanya sekitar 1,4% remaja putri yang secara rutin mengonsumsi TTD sesuai dengan anjuran yang diberikan (Taufiq *et al.*, 2020).

Berdasarkan penelitian sebelumnya, menurut Yusma (2021) pemberian tablet tambah darah pada remaja putri di wilayah Puskesmas Binamu Kota menunjukkan bahwa program TTD masih memiliki kendala baik dari sarana dan prasarana maupun pada tahap pelaksanaan distribusi yang tidak sesuai dengan jadwal (Jayadi, 2021). Sedangkan menurut Indar (2022), tentang Pelaksanaan Program TTD Pada Rematri di Kabupaten Toraja Utara, menunjukkan bahwa persiapan dan perencanaan kebutuhan tidak berhubungan dengan pelaksanaan program pemberian TTD pada remaja putri dan ada saat pendistribusian tidak berkorelasi dengan pelaksanaan program (Indar, 2022). Menurut Fitriana (2019), hasil Evaluasi Program Pemberian Tablet Tambah Darah Pada Remaja Putri menunjukkan masih adanya kendala dalam pelaksanaan, seperti kurangnya sarana dan prasarana media sosial terkait anemia dan TTD, seperti brosur, leaflet, kartu suplementasi TTD dan kamera. Selain itu, terdapat ketidaksesuaian dalam waktu distribusi dan pemantauan program, serta tidak adanya pencatatan ke dalam buku. Konsumsi TTD pun tidak dilakukan secara bersama-sama di sekolah, sehingga pengawasan langsung dari pihak sekolah menjadi sulit dilakukan. Sementara itu, menurut Mira (2020) pada penelitian Evaluasi Program Pemberian Tablet Tambah Darah Pada Remaja Putri di Jakarta Timur, ditemukan bahwa pelaksanaan program TTD pada remaja putri masih menghadapi tantangan, seperti minimnya sarana edukasi dan tidak tersedianya kartu suplementasi TTD sebagai alat pemantauan. Distribusi tablet pun tidak merata, dan pemantauan program belum berjalan optimal. Dengan demikian, dari hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan program TTD di lapangan masih belum sepenuhnya berjalan sesuai dengan petunjuk teknis (juknis) Pencegahan dan Penanggulangan Anemia pada Remaja Putri dan Wanita Usia Subur (WUS) yang telah ditetapkan. Masalah-



kurangnya media edukasi, distribusi yang tidak teratur dan tidak sistem monitoring yang efektif, serta lemahnya pengawasan menunjukkan bahwa masih diperlukan upaya perbaikan yang tujuan dari program, yaitu menurunkan angka anemia pada t tercapai secara optimal.

itu, peneliti ingin melihat bagaimana pelaksanaan program Tambah Darah untuk mencegah anemia pada Remaja Putri di

SMA Negeri 3 Kabupaten Wajo. Pemilihan SMA Negeri 3 Kabupaten Wajo sebagai lokasi penelitian didasarkan pada informasi yang diperoleh dari guru BK setempat, yang mengungkapkan bahwa pemberian TTD di sekolah tidak dilakukan secara teratur. TTD hanya dibagikan oleh guru tanpa adanya pemantauan lebih lanjut terkait apakah siswi benar-benar mengonsumsi atau tidak. Selain itu, banyak siswi di sekolah yang menganggap TTD sebagai obat, sehingga dapat mempengaruhi sikap dan motivasi mereka dalam mengonsumsi TTD (SMAN 3 Kab. Wajo, 2024). Situasi tersebut menunjukkan adanya tantangan dalam implementasi program TTD yang perlu dievaluasi lebih lanjut, sehingga sekolah ini menjadi tempat yang relevan untuk penelitian guna mendapatkan pemahaman yang lebih mendalam dan dapat memberikan rekomendasi dari hasil yang diperoleh. Dalam konteks ini, teori sistem dapat digunakan untuk memahami bagaimana berbagai elemen dalam pelaksanaan program TTD saling berhubungan dan memengaruhi satu sama lain. Menurut Ludwig Von Bertalanffy yang dimaksud dengan *system* adalah seperangkat unsur yang saling terikat dalam suatu antar relasi diantara unsur-unsur tersebut dengan lingkungan untuk mencapai tujuan (Framana., 2023). Seperti, distribusi TTD, pemantauan konsumsi oleh guru, pemahaman remaja putri mengenai manfaat TTD, serta sikap guru terhadap program ini, semuanya berinteraksi satu sama lain. Jika salah satu bagian, seperti pemantauan konsumsi TTD, tidak berjalan dengan baik, maka program secara keseluruhan bisa terganggu dan tidak mencapai tujuan yang diinginkan. Oleh karena itu, teori sistem mengajarkan untuk melihat masalah secara menyeluruh dan memperbaiki elemen-elemen yang kurang berfungsi agar program dapat berjalan lebih efektif dan mencapai tujuannya dalam mencegah anemia pada remaja putri.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut, rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu:

1. Apa saja komponen *input* pada program tablet tambah darah pada remaja putri di SMA Negeri 3 Kabupaten Wajo yang tidak sesuai juknis?
2. Apa saja komponen proses pada program tablet tambah darah pada remaja putri di SMA Negeri 3 Kabupaten Wajo yang tidak sesuai juknis?
3. Apa saja komponen *output* pada program tablet tambah darah pada remaja putri di SMA Negeri 3 Kabupaten Wajo yang tidak sesuai juknis?

1.3 Tujuan



evaluasi program pemberian tablet tambah darah pada remaja putri di SMA Negeri 3 Kabupaten Wajo.

S
komponen *input* program pemberian tablet tambah darah pada remaja putri di SMA Negeri 3 Kabupaten Wajo.

- b. Evaluasi komponen proses program pemberian tablet tambah darah pada remaja putri di SMA Negeri 3 Kabupaten Wajo.
- c. Evaluasi komponen *output* program pemberian tablet tambah darah pada remaja putri di SMA Negeri 3 Kabupaten Wajo.

1.4 Manfaat

1. Bagi Peneliti

Mendapatkan pengalaman melakukan evaluasi program TTD pada remaja putri.

2. Bagi Institusi

Mendapatkan data input, proses dan output hasil evaluasi program TTD pada rematri

3. Bagi Masyarakat

Di sekolah ditemukan data cakupan TTD pada rematri di sekolah sebagai sasaran program TTD

1.5 Tinjauan Umum

1.5.1 Definisi Remaja Putri

Ramaja atau “*adolescence*” (Inggris), berasal dari bahasa latin “*adolescere*” yang berarti tumbuh kearah kematangan. Kematangan terjadinya diantaranya yaitu kematangan fisik, sosial dan psikologis. Masa transisi pada saat remaja merupakan tahap perkembangan yang dinamis dalam kehidupan seseorang. Tahap ini menjadi periode transisi dari masa kanak-kanak menuju dewasa, yang ditandai dengan percepatan perkembangan fisik, mental, emosional, dan psikis, dan terjadinya pematangan organ reproduksi, hal ini disebut masa pubertas. Pada masa ini, remaja cenderung berupaya menemukan identitas diri dan beralih dari ketergantungan pada orang tua menuju kemandirian. Proses pencarian identitas tersebut sering kali tidak berjalan mulus dan penuh tantangan, sehingga para ahli menyebutnya sebagai masa “*storm an stress*”, yaitu masa ketika ketegangan emosional meningkat akibat perubahan fisik dan hormonal. Remaja menjadi rentan terhadap pengaruh lingkungan, termasuk pola makan, seperti mengikuti diet untuk mempertahankan citra tubuh (*body image*). Akibatnya, berbagai masalah gizi kerap muncul pada kelompok usia ini, terutama pada remaja putri (Junita dkk., 2021).

Masa remaja putri merupakan fase penting dalam pertumbuhan dan perkembangan yang ditandai dengan perubahan pesat pada berbagai fisik, psikologi, maupun kognitif. Rentang masa remaja atau secara global berada pada usia antara 12-21 tahun, dengan masa remaja awal 12-15 tahun; masa remaja madya 15-18 a remaja akhir 18-21 tahun (Fatmawaty dkk., 2017).



1.5.2 Perkembangan Remaja Putri

Menurut (Soetjiningsih, 2018) terdapat tiga tahap perkembangan remaja untuk penyesuaian menuju kedewasaan berdasarkan tingkatan umur remaja antara lain:

- a. Remaja Awal (*Early Adolescence*) Usia 12-15 tahun
Tahap usia remaja yang pertama adalah remaja awal. Pada tahap ini, remaja berada pada usia antara 12 hingga 15 tahun. Remaja awal umumnya berada di masa Sekolah Menengah Pertama (SMP). Keistimewaan yang terjadi pada fase ini adalah remaja awal berubah fisiknya dalam kurun waktu yang singkat. Remaja juga mengembangkan pikiran-pikiran baru sehingga, cepat tertarik pada lawan jenis, mudah terangsang secara erotis.
- b. Remaja Madya (*Middle Adolescence*) Usia 15-18 tahun
Tahap usia remaja selanjutnya yaitu remaja madya. Pada tahap ini, remaja berada pada rentang usia 15 hingga 18 tahun. Umumnya remaja madya ini berada pada masa Sekolah Menengah Atas (SMA). Keistimewaan dari fase ini adalah mulai sempurnanya perubahan fisik remaja, sehingga fisiknya sudah menyerupai orang dewasa. Remaja yang masuk pada tahap ini sangat mementingkan kehadiran teman dan remaja akan senang jika banyak teman yang menyukainya. Terdapat kecendrungan mencintai pada diri sendiri, dengan menyukai teman-teman yang sama dengan dirinya, selain itu ia berada dalam kondisi kebingungan karena tidak tahu memilih yang mana peka atau tidak peduli, ramai-ramai atau sendiri, optimis atau pesimistis, idealitas atau materialis, dan sebagainya.
- c. Remaja Akhir (*Late Adolescence*) Usia 18-21 tahun
Tahap usia terakhir pada remaja adalah remaja akhir. Pada tahap ini, remaja telah berusia 18 hingga 21 tahun. Remaja pada usia ini umumnya tengah berada pada usia pendidikan di perguruan tinggi, atau bagi remaja yang tidak melanjutkan ke perguruan tinggi, mereka bekerja dan mulai membantu menafkahi anggota keluarga. Keistimewaan pada fase ini adalah seorang remaja selain dari segi fisik sudah menjadi orang dewasa, dalam bersikap remaja juga sudah menganut nilai-nilai orang dewasa.

1.5.3 Perubahan Fisik Pada Remaja



Perubahan fisik merupakan salah satu dari dua fase kehidupan yang mengalami pertumbuhan yang cepat dan perubahan yang signifikan. Perubahan ini berlangsung dengan cepat selama masa ini sering kali menimbulkan keraguan, rasa tidak percaya diri, dan ketidaknyamanan, yang banyak kasus dapat memicu perilaku kurang baik. Masalah yang dihadapi remaja adalah kurangnya pemahaman mengenai perubahan yang perlu dilakukan dalam menghadapi perubahan ini, terutama

terkait pengetahuan tentang pubertas dan cara bersikap menghadapi perubahan tersebut. Tingkat pengaruh perubahan pubertas terhadap perilaku remaja sangat bergantung pada kemampuan dan kesediaan mereka untuk berbagi kekhawatiran dan kecemasan dengan orang lain, sehingga mereka dapat memperoleh pandangan baru yang lebih positif dan konstruktif (Kurniawati dkk., 2021).

Perubahan fisik pada remaja mencakup perubahan pada organ seks primer dan sekunder. Perubahan pada organ seks primer berkaitan dengan pematangan fungsi organ reproduksi, seperti menstruasi pada remaja perempuan dan pengalaman mimpi basah pada remaja laki-laki. Sementara itu, perubahan pada organ seks sekunder meliputi pertumbuhan rambut di area kemaluan dan ketiak, pembesaran panggul dan payudara pada remaja perempuan, serta perkembangan jakun pada remaja laki-laki (Ekawati dkk., 2021).

1.5.4 Definisi Anemia

Anemia adalah kondisi yang ditandai dengan rendahnya jumlah sel darah merah atau konsentrasi hemoglobin (Hb), sehingga mengurangi kemampuan darah untuk mengangkut oksigen ke seluruh tubuh. Kondisi ini menjadi salah satu masalah gizi dan kesehatan yang sering dialami oleh remaja putri (Junita & Wulansari, 2021). Anemia terjadi ketika kadar hemoglobin dalam darah berada di bawah ambang normal yang ditentukan berdasarkan kelompok usia dan jenis kelamin. Dari sisi fisiologi, anemia disebabkan oleh kurangnya hemoglobin, yaitu protein dalam sel darah merah yang bertugas membawa oksigen ke jaringan tubuh. Hal ini mengakibatkan berbagai dampak negatif pada fungsi tubuh akibat kurangnya suplai oksigen yang memadai (Baha dkk., 2021).

Menurut data dari *World Health Organization* (WHO), pada tahun 2019 prevalensi anemia secara global pada Wanita usia produktif (15-49 tahun) mencapai 29,9% (WHO, 2021). Di Indonesia, situasi ini lebih memprihatinkan, seperti yang tercatat dalam Riskesdas 2018 bahwa prevalensi anemia pada remaja putri mencapai angka 32%. Di tingkat provinsi, khususnya Sulawesi Selatan, prevalensi anemia pada remaja putri usia 15-18 tahun dilaporkan sebesar 34,5% (Indriani, 2023). Anemia merupakan suatu gejala yang harus dicari penyebabnya dan penanggulangannya dilakukan sesuai dengan penyebabnya.



1.5.5 Jenis-jenis Anemia

Ada dua tipe anemia yang dikenal selama ini yaitu anemia gizi dan non-gizi

a. Anemia Gizi

1) Anemia Gizi Besi

Kekurangan pasokan zat gizi besi (Fe) yang merupakan inti molekul hemoglobin sebagai unsur utama sel darah merah. Akibat anemia gizi besi terjadi pengecilan ukuran hemoglobin, kandungan hemoglobin rendah, serta pengurangan jumlah sel darah merah. Anemia zat besi biasanya ditandai dengan menurunnya kadar Hb total dibawah nilai normal (*hipokromia*) dan ukuran sel darah merah lebih kecil dari normal (*mikrositosis*). Tanda-tanda ini biasanya akan mengganggu metabolisme energi yang dapat menurunkan produktivitas.

2) Anemia Gizi Vitamin E

Anemia defisiensi vitamin E dapat mengakibatkan integritas dinding sel darah merah menjadi lemah dan tidak normal sehingga sangat *sensitive* terhadap hemolisis (pecahnya sel darah merah). Karena vitamin E adalah faktor esensial bagi integritas sel darah merah.

3) Anemia Gizi Asam Folat

Anemia gizi asam folat disebut juga anemia *megaloblastic* atau *makrositik* dalam hal ini keadaan sel darah merah penderita tidak normal dengan ciri-ciri bentuknya lebih besar, jumlahnya sedikit dan belum matang. Penyebabnya adalah kekurangan asam folat dan vitamin B12. Padahal kedua zat itu diperlukan dalam pembentukan nukleoprotein untuk proses pematangan sel darah merah dalam sumsum tulang.

4) Anemia Gizi Vitamin B12

Anemia ini disebut juga *pernicious*, keadaan dan gejalanya mirip dengan anemia gizi asam folat. Namun, anemia jenis ini disertai gangguan pada sistem alat pencernaan bagian dalam. Pada jenis kronis bisa merusak sel-sel otak dan asam lemak menjadi tidak normal serta posisinya pada dinding sel jaringan saraf berubah. Dikhawatirkan, penderita akan mengalami gangguan kejiwaan.

5) Anemia Gizi Vitamin B6

Anemia ini disebut juga *siderotic*. Keadaannya mirip dengan anemia gizi besi, namun bila darahnya diuji secara laboratoris, n besinya normal. Kekurangan vitamin B6 akan mengganggu sis (pembentukan) hemoglobin.

Non Gizi

non gizi seperti anemia sel sabit dan talasemia, yang an oleh kelainan genetik.



1) Anemia Sel Sabit

Penyakit sel sabit (*sickle cell disease/ sickle cell anemia*) adalah suatu penyakit keturunan yang ditandai dengan sel darah merah yang berbentuk sabit, kaku, dan anemia hemolitik kronik. Pada penyakit sel sabit, sel darah merah memiliki hemoglobin (protein pengangkut oksigen) yang bentuknya abnormal, sehingga mengurangi jumlah oksigen di dalam sel dan menyebabkan bentuk sel menjadi seperti sabit.

2) Talasemia

Merupakan penyakit keturunan (genetik) dimana terjadi kelainan darah (gangguan pembentukan sel darah merah). Sel darah merah sangat diperlukan untuk mengangkut oksigen yang diperlukan oleh tubuh kita.

3) Anemia Aplastik

Anemia aplastik adalah suatu kelainan yang ditandai oleh *pansitopenia* pada darah tepi dan penurunan selularitas sumsum tulang. Pada keadaan ini jumlah sel-sel darah yang diproduksi tidak memadai. Penderita mengalami *pansitopenia*, yaitu keadaan dimana terjadi kekurangan jumlah sel darah merah, sel darah putih, dan trombosit.

1.5.6 Tanda Anemia

Anemia dapat diketahui melalui sejumlah tanda dan gejala yang sering muncul pada penderitanya. Salah satu ciri utama adalah kulit yang tampak pucat, yang biasanya disebabkan oleh kurangnya aliran darah atau kadar hemoglobin yang rendah. Selain itu, penderita anemia sering mengalami perubahan suasana hati yang tiba-tiba atau merasa mudah tersinggung. Rasa lelah yang ekstrem juga menjadi gejala umum, di mana seseorang merasa kehabisan energi meskipun tidak melakukan aktivitas berat. Gejala lain yang sering dirasakan adalah sakit kepala yang intens, disertai pusing yang dapat mengganggu keseimbangan. Detak jantung yang lebih cepat dari biasanya, atau dikenal sebagai takikardia, juga dapat terjadi karena tubuh berusaha keras untuk mengimbangi kekurangan oksigen. Dalam beberapa kasus, penderita anemia mungkin menunjukkan tanda jaundice, yaitu kondisi di mana kulit dan bagian putih mata tampak menguning akibat gangguan fungsi hati atau kerusakan sel darah merah (Marselina dkk., 2022).

Menurut Taufiq (2020), tanda-tanda anemia pada remaja putri adalah:

rasa lelah, lemah, sesak nafas, pucat terutama saat berubah posisi
palpasi, jantung berdebar-debar, tangan terasa dingin dan nyeri
da.



1.5.7 Penyebab Anemia

Sebagian besar penyebab anemia di Indonesia adalah kekurangan zat besi yang diperlukan untuk pembentukan Hemoglobin (Hb), sehingga disebut “Anemia Kekurangan Besi atau Anemia Gizi Besi (AGB)”. Kekurangan zat besi dalam tubuh disebabkan antara lain:

- a. Konsumsi makanan sumber zat besi yang kurang, terutama yang berasal dari hewani
- b. Kebutuhan meningkat, seperti pada masa kehamilan, menstruasi pada perempuan dan tumbuh kembang pada anak balita dan remaja
- c. Menderita penyakit infeksi, yang dapat berakibat zat besi yang diserap tubuh berkurang (kecacingan), atau hemolisis sel darah merah (malaria)
- d. Kehilangan zat besi yang berlebihan pada pendarahan termasuk menstruasi yang berlebihan dan seringnya melahirkan
- e. Konsumsi makanan yang rendah sumber zat besi tidak dicukupi dengan konsumsi TTD sesuai anjuran.

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2016), anemia disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk kekurangan zat besi, asam folat, vitamin B12, dan protein. Penyebab langsung anemia umumnya berkaitan dengan rendahnya produksi atau kualitas trombosit, serta kehilangan darah yang terjadi baik secara intensif dalam waktu singkat maupun secara berkelanjutan.

Risiko anemia pada remaja putri meningkat secara signifikan, terutama karena pengaruh menstruasi yang menyebabkan hilangnya zat besi dari tubuh. Kehilangan zat besi ini dapat mengganggu proses pembentukan hemoglobin jika kebutuhan zat besi tidak terpenuhi. Berdasarkan data, prevalensi anemia pada kelompok usia 5-14 tahun cukup tinggi dan meningkat lebih signifikan pada remaja putri usia 10-18 tahun, mencapai 57,1%. Sementara itu pada kelompok usia 19-45 tahun, prevalensi anemia tercatat sebesar 39,5%. Dengan demikian, Perempuan, khususnya remaja putri, memiliki risiko tertinggi untuk mengalami anemia dibandingkan kelompok lain (Angelina et al., 2020).

Remaja putri menjadi kelompok yang paling rentan mengalami anemia dibandingkan kelompok usia lainnya. Hal ini disebabkan oleh tingginya kebutuhan nutrisi, terutama zat besi, selama masa remaja. Zat besi sangat penting untuk mendukung pertumbuhan tubuh sekaligus mengganti kehilangan zat besi akibat menstruasi. Dibandingkan dengan laki-laki, kebutuhan zat besi pada remaja putri lebih besar, mereka kehilangan sekitar 1,3 mg zat besi per hari melalui Volume darah yang hilang setiap siklus menstruasi berkisar 0 cc, sehingga jika kebutuhan zat besi tidak terpenuhi, hal ini bisa terjadinya anemia (Indriani, 2023).



1.5.8 Dampak Anemia Pada Remaja Putri

Anemia pada remaja memiliki dampak serius, sebagian besar disebabkan oleh kekurangan zat besi yang berhubungan erat dengan tingkat keparahan anemia. Kehilangan darah yang terjadi selama menstruasi juga turut memperbesar risiko terjadinya anemia. Kondisi ini dapat menurunkan daya tahan tubuh terhadap infeksi, menghambat pertumbuhan fisik dan perkembangan mental, serta memengaruhi kebugaran fisik, produktivitas kerja, dan prestasi belajar. Salah satu dampak paling nyata dari anemia pada remaja adalah penurunan capaian belajar di sekolah (Tesfaye *et al.*, 2015). Selain itu pada perempuan usia subur, anemia gizi memiliki dampak signifikan terhadap kesehatan reproduksi, termasuk meningkatnya risiko fungsi reproduktif yang buruk, tingginya proporsi kematian maternal (10-20% dari total kematian), serta meningkatnya kemungkinan bayi lahir dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), yaitu berat bayi kurang dari 2,5 kg saat lahir, dan malnutrisi intrauterin (Arma *et al.*, 2021).

Berbagai penelitian mengidentifikasi penyebab anemia pada remaja, seperti pola makan yang buruk dengan rendahnya asupan zat besi, asam folat, dan vitamin C, serta kondisi fisiologis seperti menstruasi (Thomas *et al.*, 2015). Defisiensi zat besi menjadi penyebab utama anemia, yang dapat dipicu oleh asupan zat besi yang rendah, penyerapan zat besi yang tidak optimal, peningkatan kebutuhan zat besi, dan kehilangan zat besi yang meningkat, misalnya saat menstruasi (Utama dkk., 2020).

Situasi ini menunjukkan bahwa anemia pada remaja putri bukan hanya masalah kesehatan individu tetapi juga mencerminkan pentingnya upaya pencegahan melalui perbaikan pola makan dan program kesehatan masyarakat. Meningkatkan pemahaman akan pentingnya asupan nutrisi, khususnya zat besi, melalui edukasi gizi dan intervensi seperti pemberian tablet tambah darah menjadi langkah penting untuk menurunkan prevalensi anemia pada kelompok ini.

1.5.9 Pencegahan Anemia Pada Remaja Putri

Berbagai langkah dapat dilakukan untuk mencegah dan mengatasi anemia pada remaja. *World Health Organization* (WHO) merekomendasikan suplementasi zat besi, asam folat, vitamin A, vitamin C dan *zinc*, serta dengan mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) sebagai salah satu strategi utama untuk mencegah anemia pada remaja.

ia, penanganan anemia pada remaja putri berfokus pada suplementasi zat besi. Selain itu, pendekatan lain yang dapat meliputi pengelolaan sistem pangan masyarakat, perbaikan, fortifikasi makanan, pemberian probiotik, dan edukasi gizi (on *et al.*, 2020). Edukasi gizi sebagai salah satu strategi bertujuan untuk memberikan informasi kepada remaja



tentang kebutuhan energi dan nutrisi mereka, termasuk asupan zat besi, serta mendorong mereka untuk menjalani pola hidup dan diet yang lebih sehat (Roche *et al.*, 2018).

Pemerintah telah melaksanakan program rutin untuk mendistribusikan TTD kepada Wanita Usia Subur (WUS), termasuk remaja dan ibu hamil. Sebagai bagian dari upaya pembinaan dan intervensi gizi, pemerintah secara bertahap dan berkelanjutan memberikan TTD kepada remaja putri. Tablet ini diberikan dengan dosis satu tablet per minggu dengan tujuan utama untuk mengurangi risiko anemia pada remaja putri dan meningkatkan kesehatan mereka (Julaechea, 2020).

1.5.10 Kebutuhan Zat Besi Pada Remaja Putri

Masa remaja adalah fase transisi dari masa kanak-kanak menuju dewasa yang ditandai dengan berbagai perubahan, termasuk perubahan perilaku, seperti pola pemilihan makanan. Pemilihan makanan yang tidak tepat dapat berdampak pada kualitas hidup hingga dewasa (Hendra *et al.*, 2019). Zat besi, sebagai unsur esensial tubuh, berperan penting dalam sintesis hemoglobin, produksi energi, dan fungsi enzim tertentu yang mendukung respirasi sel. Sebagian besar zat besi dalam tubuh terdapat dalam hemoglobin (70%), sedangkan sisanya disimpan di hati, limpa, dan sumsum tulang (Agustina, 2019).

Zat besi dibagi menjadi dua jenis: heme (dari pangan hewani) dan non-heme (dari pangan nabati). Selain mendukung metabolisme energi, zat besi juga berperan dalam meningkatkan kemampuan belajar karena otak memerlukan zat besi untuk fungsi optimal. Kekurangan zat besi dapat menyebabkan gangguan konsentrasi, daya ingat, serta anemia defisiensi besi, terutama pada remaja putri (Sartika *et al.*, 2020).

Selama masa remaja, kebutuhan zat besi meningkat untuk mendukung pertumbuhan (*growth spurt*). Rekomendasi kebutuhan zat besi remaja menurut Kemenkes (2019) adalah 19-26 mg/hari. Kekurangan zat besi dapat menyebabkan gangguan fungsi motorik dan intelektual sebelum anemia terbentuk (Fitriany *et al.*, 2018). Kadar normal hemoglobin pria adalah 14-16 g/dL, sedangkan pada wanita 12-16 g/dL. Anemia pada remaja sering disebabkan oleh pola makan yang tidak teratur dan kurang seimbang, terutama rendahnya asupan protein, karbohidrat, lemak, vitamin C, dan zat besi (Utami & Mahmudah, 2019). Dampaknya signifikan terhadap siklus kehidupan, termasuk risiko komplikasi kehamilan berat lahir rendah, dan perdarahan pasca persalinan yang dapat meningkatkan risiko tinggi pada kematian maternal (Rahayu *et al.*, 2019).



Program Pemberian TTD Bagi Remaja Putri

Tablet Darah (TTD) atau Tablet Fe adalah suplemen gizi yang bertujuan untuk membantu meningkatkan kadar zat besi dalam tubuh dan mencegah anemia. Suplemen ini merupakan salah satu bentuk intervensi

yang disediakan oleh pemerintah untuk mendukung kesehatan masyarakat, khususnya kelompok-kelompok yang rentan mengalami anemia. Salah satu kelompok sasaran utama program ini adalah remaja usia 12-18 tahun, termasuk remaja putri, yang memiliki risiko tinggi terkena anemia akibat kebutuhan zat besi yang meningkat selama masa pertumbuhan dan kehilangan darah saat menstruasi.

Anjuran WHO dalam *World Health Assembly* (WHA) ke-65 menetapkan rencana global untuk mengurangi prevalensi anemia pada wanita usia subur hingga 50% pada tahun 2025. Untuk mendukung hal tersebut, pemerintah Indonesia melaksanakan program penanggulangan anemia dengan fokus pada pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) kepada remaja putri dan Wanita Usia Subur (WUS), terutama melalui sekolah-sekolah, dengan pemberian TTD pada remaja putri dalam satu kali seminggu yang bertujuan untuk mencegah anemia dan meningkatkan cadangan zat besi dalam tubuh (Permatasari *et al*, 2018).

Upaya pemerintah dalam mengatasi permasalahan anemia pada remaja dilakukan melalui suplementasi zat besi dan asam folat. Langkah ini didasarkan pada berbagai penelitian yang mengidentifikasi kurangnya asupan zat besi sebagai salah satu penyebab utama anemia. Untuk mengatasi hal ini, pemerintah melakukan fortifikasi dengan memberikan Tablet Tambah Darah (TTD) kepada remaja, khususnya remaja putri, sebagai salah satu intervensi kesehatan yang bertujuan meningkatkan status gizi dan mencegah anemia (Julaecha, 2020).

Program pemberian TTD telah dirancang sejak tahun 2014 sebagai bagian dari strategi nasional untuk menurunkan prevalensi anemia di kalangan remaja. Namun, implementasi program ini belum sepenuhnya efektif. Salah satu kendala utama adalah rendahnya tingkat kepatuhan remaja dalam mengonsumsi TTD sesuai dengan anjuran. Menurut data Risesdas tahun 2018, sebanyak 76,2% remaja telah menerima TTD, sementara 23,8% lainnya tidak mendapatkan TTD sama sekali. Meskipun distribusi TTD telah menjangkau sebagian besar remaja, efektivitas program ini masih menjadi tantangan karena konsumsi TTD yang tidak optimal. Hal ini menunjukkan bahwa upaya edukasi dan pendampingan yang lebih intensif diperlukan untuk memastikan remaja memahami pentingnya konsumsi TTD secara rutin dan mengikuti arahan yang diberikan untuk mencapai hasil yang diinginkan.



ram

um, kegiatan ini bertujuan untuk mengurangi jumlah kasus la remaja putri serta wanita usia subur, dan secara khusus rtuk:

atkan cakupan pemberian TTD pada rematri dan WUS

atkan kepatuhan mengonsumsi TTD pada rematri dan WUS

- 1.8 Meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku tenaga kesehatan dalam penanggulangan anemia pada rematri dan WUS
- 1.9 Meningkatkan manajemen suplementasi TTD pada rematri dan WUS
- 1.10 Meningkatkan kinerja tenaga kesehatan dalam pemberian TTD pada rematri dan WUS
- 1.11 Meningkatkan komitmen pengambil kebijakan dari tingkat pusat sampai daerah kabupaten dan kota
- 1.12 Meningkatkan komitmen dan peran serta lintas program dan lintas sektor, organisasi profesi, swasta, LSM dan Masyarakat.

Hasil dari berbagai penelitian telah menunjukkan bahwa pemberian TTD pada remaja putri dapat memberikan manfaat yang signifikan. Salah satu manfaat utamanya adalah kemampuannya dalam meningkatkan kadar hemoglobin (Hb) dalam darah. Dengan peningkatan kadar hemoglobin, risiko anemia pada remaja putri dapat diminimalkan secara efektif. Selain itu, pemberian TTD secara rutin juga terbukti berkontribusi dalam menurunkan prevalensi anemia pada kelompok ini.

Keberhasilan dari program ini adalah pentingnya pemberian TTD sebagai bagian dari strategi kesehatan masyarakat untuk mengatasi anemia, terutama pada remaja putri yang berada pada masa perkembangan kritis. Upaya ini juga menjadi langkah penting dalam mendukung kesehatan reproduksi dan pertumbuhan generasi muda yang lebih sehat dan produktif (Haryanti, 2020). Oleh karena itu pemerintah menargetkan pada tahun 2023 terdapat 58% remaja yang mengonsumsi TTD, namun pada Kabupaten Wajo hanya 23,8% remaja yang mengonsumsi TTD.

1.5.13 Sasaran Program

1.6 Pengelola program, terdiri dari:

- 1) Tenaga kesehatan
- 2) Kepala sekolah dan guru UKS
- 3) Petugas gizi di puskesmas.

1.7 Penerima program, terdiri dari:

- 1) Remaja putri dan wanita usia subur,

1.5.14 Pelaksanaan Program

Pemberian TTD dilakukan melalui UKS/M di institusi Pendidikan (SMP dan SMA) sesuai dengan Surat Edaran Kementerian Kesehatan nomor HK.0303/V/0595/2016. Setiap tablet yang diberikan mengandung 60 mg 1 0,4 mg asam folat, yang harus dikonsumsi satu tablet setiap ama 52 (lima puluh dua) minggu dan satu tablet perhari sa menstruasi 10 hari. Jadi dalam satu bulan setiap remaja an 13 tablet penambah darah



1.5.15 Mekanisme penyediaan program TTD

Pengadaan TTD dilaksanakan oleh pemerintah (Kementerian Kesehatan RI) dan sektor Kesehatan di setiap pemerintah provinsi atau kabupaten dan kota dengan memanfaatkan sumber dana yang tersedia (APBN, APBD) atau sumber lainnya berdasarkan kebutuhan. Petugas Gizi Dinkes Kabupaten dan Kota merekapitulasi perencanaan kebutuhan usulan Puskesmas yang berasal dari masing-masing sekolah kemudian melaporkan ke Instalasi Farmasi Kabupaten dan Kota (IFK). IFK melaporkan rencana kebutuhan ini ke Instalasi Farmasi (IF) Provinsi dengan tembusan ke Dinas Kesehatan Provinsi. IF Provinsi mengusulkan kebutuhan TTD kepada Direktorat Jendral Kefarmasian dan Alat Kesehatan (Ditjen Kefarmasian dan Alkes) Kementerian kesehatan (Kemenkes RI, 2018).

1.5.16 Cara Pemberian

Tablet Tambah Darah (TTD) diberikan kepada remaja putri di lingkungan sekolah dengan jadwal konsumsi satu tablet setiap minggu secara rutin sepanjang tahun. Pelaksanaan program ini diatur agar sesuai dengan kebutuhan masing-masing sekolah, dengan menetapkan hari tertentu sebagai "Hari Minum TTD Bersama". Penentuan hari ini disesuaikan melalui kesepakatan bersama antara pihak sekolah, guru, dan siswa, sehingga kegiatan dapat berlangsung secara terorganisir dan konsisten. Selain itu, saat memasuki masa libur sekolah, tablet tambah darah didistribusikan terlebih dahulu kepada siswa sebelum libur dimulai. Langkah ini bertujuan untuk memastikan bahwa asupan tablet tetap terjaga meskipun siswa tidak berada di sekolah. Dengan cara ini, keberlanjutan konsumsi TTD dapat terjamin, mendukung upaya peningkatan kadar hemoglobin dan pencegahan anemia pada remaja putri secara berkesinambungan (Kemenkes, 2018).

1.5.17 Penyimpanan dan Pendistribusian

Berdasarkan buku pedoman pencegahan dan penanggulangan anemia pada remaja putri dan Wanita Usia Subur (WUS) tahun 2018, sistem penyimpanan dan pendistribusian tablet tambah darah pada remaja putri dijelaskan sebagai berikut:

1.6 Penyimpanan

Penyimpanan sebaiknya sesuai dengan standar penyimpanan obat, tempat yang sejuk dan tidak boleh terkena sinar matahari langsung dan dalam kemasan tertutup rapat.

1.7 Pendistribusian

Ditjen Kefarmasian dan Alkes mendistribusikan TTD sesuai dengan kebutuhan ke Instalasi Farmasi Provinsi. Instalasi Farmasi Provinsi mendistribusikan ke Instalasi Farmasi Kabupaten Dan Kota



(IFK). IFK mendistribusikan ke gudang farmasi puskesmas, selanjutnya puskesmas mendistribusikan TTD ke sekolah melalui pengelola program gizi. Perhitungan kebutuhan di sekolah didasarkan pada data riil yang berasal dari Data Pokok Pendidikan (DAPODIK) terbaru dari SMP dan SMA atau yang sederajat.

1.5.18 Pencatatan dan Pelaporan

Sistem pencatatan dan pelaporan pendistribusian tablet tambah darah remaja putri telah diatur dalam buku pedoman pencegahan dan penanggulangan anemia pada remaja putri dan wanita usia subur (WUS) Tahun 2018 dengan mekanisme sebagai berikut:

1.6 Pencatatan

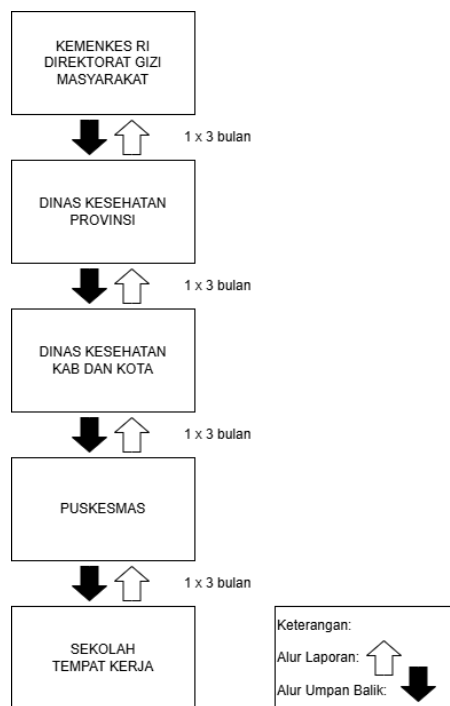
Pencatatan dilakukan oleh tim pelaksana UKS di sekolah (Guru UKS) sesuai dengan tugas tambahan. Pemberian TTD dicatat pada Kartu Sulementasi Gizi dan Buku Rapor Kesehatanku.

1.7 Pelaporan

Pelaporan terkait pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) dan konsistensi penggunaannya dilakukan melalui tahapan yang melibatkan beberapa tingkat pemerintahan. Proses pelaporan tersebut mencakup; Sekolah, Informasi mengenai distribusi dan konsistensi konsumsi TTD dirangkum oleh Pembina UKS di sekolah. Laporan ini kemudian disampaikan kepada Puskesmas setempat sebagai bentuk pertanggungjawaban; Puskesmas, Petugas Puskesmas mengumpulkan dan merekap laporan dari sekolah-sekolah di wilayah kerjanya. Selanjutnya, laporan tersebut dilaporkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota; Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Laporan dari Puskesmas diperiksa dan dirangkum oleh pengelola program gizi. Setelah itu, hasil laporan diteruskan kepada Dinas Kesehatan Provinsi; Dinas Kesehatan Provinsi, Laporan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota direkapitulasi dan diperiksa lebih lanjut. Hasilnya kemudian disampaikan kepada Kementerian Kesehatan; Kementerian Kesehatan, Pada tingkat nasional, laporan yang diterima dari seluruh provinsi dianalisis dan dirangkum untuk menilai pencapaian dan kemajuan program.

Proses pelaporan ini dilakukan setiap tiga bulan sekali. Setiap tingkatan memiliki kewajiban untuk meninjau detail laporan yang diterima memberikan masukan atas temuan, dan mengevaluasi n program. Selain itu, pejabat yang bertanggung jawab di ngkatan juga wajib memberikan rekomendasi berdasarkan laksanaan program TTD yang telah selesai dijalankan di ya masing-masing (Kemenkes, 2018).





Gambar 2. 1 Alur Pelaporan dan Penyampaian Umpan Balik
Sumber Kemenkes RI, 2018

1.5.19 Definisi Evaluasi

Evaluasi atau penilaian merupakan sebuah metode yang dilakukan secara sistematis untuk meningkatkan kualitas kegiatan yang sedang berlangsung serta memperbaiki proses perencanaan di masa depan. Dalam praktiknya, evaluasi dilakukan dengan memilih secara cermat berbagai alternatif tindakan yang mungkin dilakukan di kemudian hari. Proses ini mencakup analisis mendalam terhadap berbagai aspek pengembangan dan pelaksanaan suatu program atau kegiatan, termasuk relevansi program, perumusan tujuan, efisiensi, efektivitas, dan penerimaannya oleh berbagai pihak yang terlibat. Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa program tersebut berjalan dengan baik dan memberikan manfaat yang optimal bagi semua pihak. Evaluasi didefinisikan sebagai suatu proses yang bertujuan untuk menentukan sejauh mana hasil yang telah dicapai dari berbagai kegiatan yang dilakukan, dengan maksud mendukung tercapainya tujuan yang akan sebelumnya.



evaluasi terhadap program pemberian TTD pada remaja akan bahwa angka kejadian anemia di kalangan remaja putri tinggi. Hal ini sering kali dikaitkan dengan rendahnya Tingkat pelaksanaan program TTD bagi remaja putri. Salah satu alasan utama yang banyak dilaporkan adalah rendahnya tingkat

kepatuhan dalam mengonsumsi TTD sesuai dengan rekomendasi. Ketidakpatuhan ini menjadi hambatan signifikan yang memengaruhi keberhasilan program dalam menurunkan prevalensi anemia pada kelompok sasaran (Quraini dkk., 2020).

1.5.20 Jenis Evaluasi

Salah satu cara untuk menilai keberhasilan suatu program adalah menggunakan model evaluasi sistem analisis (*sistem analysis evaluation model*) yang diperkenalkan oleh Ludwig von Bertalanffy. Model evaluasi tersebut dikenal sebagai *management evaluation model*. Dalam pendekatan ini, program dianggap sebagai sebuah sistem yang terdiri dari bagian-bagian saling terkait. Setiap bagian memiliki peran penting untuk mencapai tujuan program. Evaluasi dilakukan dengan melihat bagian-bagian tersebut bekerja sama, menemukan masalah yang ada, dan memberikan perbaikan berdasarkan hasil evaluasi, sehingga program menjadi lebih efektif dan efisien (Wirawan, 2011). Dalam evaluasi ini memiliki 5 indikator diantaranya, yaitu:

a. Evaluasi Masukan (*Input Evaluation*)

Evaluasi masukan dalam hal ini berkaitan untuk menjangkau dan menganalisis serta menilai kuantitas dan kualitas masukan yang diperlukan untuk merencanakan dan melaksanakan suatu program bantuan, sumber-sumber yang diperlukan oleh program, meliputi diantaranya tenaga, keuangan dan sumber-sumber Masyarakat yang dapat dimanfaatkan program untuk merancang dan melaksanakan program.

b. Evaluasi Proses (*Process Evaluation*)

Pada tahap evaluasi proses memfokuskan kepada pelaksanaan program yang telah dirancang untuk menghasilkan suatu hasil akhir serta yang akan mempengaruhi *impact* (dampak) yang dihasilkan dari suatu program bantuan.

c. Evaluasi Keluaran (*Output Evaluation*)

Keluaran program merupakan produk langsung dari aktivitas program yang dapat berupa target jenis dan level layanan yang harus disajikan oleh program.

d. Evaluasi Akibat/Pengaruh (*Outcome Evaluation*)

Evaluasi akibat atau dampak adalah perubahan khusus perilaku, pengetahuan, keterampilan, status, dan level hidupnya para partisipan program yang mendapatkan layanan/intervensi. Dalam hal ini berkaitan erat dengan manfaat yang dirasakan secara langsung setelah pelaksanaan program.



e. Evaluasi Dampak (*Impact Evaluation*)

Impact atau dampak adalah perubahan yang diharapkan atau tidak diharapkan yang terjadi dalam pelaksanaan program, organisasi, masyarakat, atau sistem sebagai hasil dari aktivitas program dalam jangka Panjang.

Menurut Kementerian Kesehatan (2016), evaluasi program dapat dikelompokkan menjadi tiga jenis utama berdasarkan tujuan dan waktu pelaksanaannya.

1.6 Evaluasi *Input*

Secara umum, indikator *input* adalah kebijakan dan program nasional, komitmen yang kuat di semua tingkatan, sumber daya (*man, money, material*) yang tersedia. Indikator *input* termasuk peraturan yang relevan, alokasi dana, tenaga kesehatan di fasilitas pendidikan/sekolah, industri/perusahaan, dan fasilitas kesehatan primer dan sekunder.

1.7 Evaluasi Proses

Indikator proses mencakup *planning, organizing, actuating* dan *controlling* (POAC) dalam program pencegahan dan penanggulangan anemia pada remaja putri dan WUS.

1.8 Evaluasi *Output*

Indikator *output* terdiri dari cakupan program anemia pada rematri dan WUS serta kepatuhan rematri dan WUS yang mengonsumsi TTD.

Indikator kesehatan (secara sistem) mencakup *input*, proses, keluaran, efek dan dampak, pada tahap perencanaan, implemetasi maupun evaluasi suatu upaya kesehatan. Indikator kesehatan dapat menjadi: (1) Penunjuk Masalah Kesehatan, misalnya status kesakitan dan kematian, status gizi, status kesehatan lingkungan, status perilaku dan budaya kesehatan. (2) Penunjuk keadaan sumber daya kesehatan, misalnya Tenaga Kesehatan, Fasilitas Kesehatan, Pendanaan Kesehatan. (3) Penunjuk kesehatan lingkungan, misalnya Ketersediaan air sehat, Ketersediaan perumahan yang layak, dan lain-lain. (4) Keadaan Kebijakan Kesehatan, misalnya: UU dan peraturan, Politik kesehatan (Kurniati, 2016).

1.5.21 Fungsi Evaluasi



valuasi yaitu, memberi informasi yang valid dan dapat mengenai kinerja suatu program, yaitu seberapa jauh, nilai, dan kesempatan yang telah dicapai melalui tindakan yang direncanakan. Selain itu fungsi pengawasan dan lian adalah fungsi yang erat kaitannya dengan fungsi an. Untuk menerapkan fungsi pengawasan dan pengendalian

diperlukan standar meliputi *input*, proses, *output*, dan *outcome* yang dituangkan dalam bentuk-bentuk target atau prosedur kerja. Standar *input* digunakan untuk menilai keberhasilan persiapan dan pelaksanaan program. Fungsi pengawasan dan pengendalian bertujuan agar penggunaan sumber daya dapat lebih diefisienkan dan tugas-tugas staf untuk mencapai tujuan program dapat lebih diefektifkan.

1.5.22 Langkah-langkah Evaluasi

Langkah-langkah evaluasi program yang dikemukakan oleh (Arikunto *et al.*, 2021) ialah sebagai berikut:

1.6 Sebelum evaluasi program dilakukan terlebih dahulu evaluator melakukan persiapan secara cermat. Persiapan tersebut berupa penyusunan evaluasi, penyusunan instrumen, memvalidasi instrumen penentuan jumlah sampel yang akan diperlukan serta adanya persamaan pendapat dari antara evaluator sebelum dilakukan pengumpulan data.

1.7 Pelaksanaan evaluasi program terdiri dari: Pengambilan data dengan observasi, Pengambilan data dengan wawancara, Pengambilan data dengan angket, Pengambilan data dengan metode analisis dokumen dan Pengambilan data dengan teknik lainnya.

Monitoring (pemantauan) pelaksanaan evaluasi terdiri dari: Fungsi pemantauan, Sasaran pemantauan, teknik dan alat pemantauan, Perencanaan pemantauan dan Pemanfaatan hasil pemantauan



BAB II

METODE PENELITIAN

2.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan menggunakan metode deskriptif. Metode deskriptif adalah metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan untuk memberikan deskripsi, penjelasan, juga validasi mengenai fenomena yang tengah diteliti (Ramdhan, 2021).

2.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Pelaksanaan penelitian ini akan dimulai pada bulan Januari-Februari 2025 yang dilaksanakan di SMA Negeri 3 Kabupaten Wajo, Provinsi Sulawesi Selatan.

2.3 Populasi dan Sampel

2.3.1 Populasi

Dalam penelitian ini, terdapat dua jenis populasi yang dijadikan fokus, yaitu populasi pelaksana program dan populasi sasaran program. Populasi pelaksana program mencakup pihak-pihak yang berperan langsung dalam implementasi kegiatan, seperti dari Dinas Kesehatan yang terdiri atas bagian Kesehatan Keluarga (Kesga), Gizi dan Kefarmasian, kemudian tenaga pelaksana dari Puskesmas yang tergabung dalam Tim Pelaksana Gizi (TPG), serta pihak sekolah yang diwakili oleh guru atau Pembina Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). Sementara itu, populasi sasaran program merujuk pada kelompok yang menjadi target utama dari kegiatan pemberian TTD, yaitu siswi remaja putri yang menempuh pendidikan di SMA Negeri 3 Kabupaten Wajo sebanyak 434 siswi yang menjadi sasaran program TTD.

2.3.2 Sampel

Sampel dipilih menggunakan metode probability sampling dengan teknik *stratified random sampling*. Probability sampling adalah metode pengambilan sampel yang memberikan peluang/kesempatan yang sama bagi setiap elemen atau anggota populasi untuk terpilih sebagai sampel. Kemudian, teknik stratified random sampling merupakan sampel yang di ambil dengan memperhatikan strata. Makna strata atau dalam suatu populasi adalah dalam suatu populasi cenderung ariasi sehingga perlu dibedakan dalam tingkatan, setelah itu lan sampel dilakukan pada masing-masing strata (Arieska,



an besar sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus kategorik (Dahlan, M. Sopiudin, 2010) dengan perhitungan berikut:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \times P \times Q}{d^2}$$

Keterangan:

Z_{α} = deviat baku alfa

P = proporsi kategori variable yang diteliti

Q = 1 – P

D = presisi

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,08^2}$$

$$n = 150$$

Jadi, berdasarkan hasil perhitungan tersebut total sampel penelitian yang diperoleh adalah 150 responden. Adapun teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *stratified random sampling*, sampel dibagi proporsional dengan jumlah individu di setiap strata (kelas). Rumus alokasi sampel untuk setiap strata adalah:

$$n_h = \frac{N_h}{N} \times n$$

Keterangan:

n_h = Ukuran sampel dari strata ke-h

N_h = Jumlah populasi pada strata ke-h

N = jumlah total populasi

n = ukuran total sampel

a. Kelas X (153 siswa)

$$n_h = \frac{153}{434} \times 150 = 53$$

$$X_1 = \frac{53}{153} \times 19 = 6$$

$$X_2 = \frac{53}{153} \times 20 = 7$$

$$X_3 = \frac{53}{153} \times 18 = 6$$

$$X_4 = \frac{53}{153} \times 19 = 6$$

$$X_5 = \frac{53}{153} \times 20 = 7$$

$$X_6 = \frac{53}{153} \times 19 = 7$$

$$X_7 = \frac{53}{153} \times 20 = 7$$

$$X_8 = \frac{53}{153} \times 19 = 7$$



b. Kelas XI (138 siswa)

$$n_h = \frac{138}{434} \times 150 = 48$$

$$XI_1 = \frac{48}{138} \times 8 = 3$$

$$XI_2 = \frac{48}{138} \times 34 = 12$$

$$XI_3 = \frac{48}{138} \times 12 = 4$$

$$XI_4 = \frac{48}{138} \times 4 = 2$$

$$XI_5 = \frac{48}{138} \times 13 = 4$$

$$XI_6 = \frac{48}{138} \times 14 = 5$$

$$XI_7 = \frac{48}{138} \times 24 = 8$$

$$XI_8 = \frac{48}{138} \times 29 = 10$$

c. Kelas XII (143 siswa)

$$n_h = \frac{143}{434} \times 150 = 49$$

$$XII_1 = \frac{49}{143} \times 10 = 3$$

$$XII_2 = \frac{49}{143} \times 14 = 5$$

$$XII_3 = \frac{49}{143} \times 15 = 5$$

$$XII_4 = \frac{49}{143} \times 19 = 6$$

$$XII_5 = \frac{49}{143} \times 19 = 7$$

$$XII_6 = \frac{49}{143} \times 24 = 8$$

$$XII_7 = \frac{49}{143} \times 22 = 7$$

$$XII_8 = \frac{49}{143} \times 23 = 8$$

Total SMAN 3 Wajo = 53 + 48 + 49 = 150

Kriteria Inklusi

- 1) Siswi yang hadir pada saat pengumpulan data
- 2) Bersedia menjadi responden dengan memberikan *informed consent*

Kriteria Eksklusi

Siswi yang menderita penyakit seperti thalassemia, atau atas dikasi dokter



Data

Data

puluan data pada penelitian ini adalah dengan pengumpulan ara primer dan sekunder. Adapun datanya sebagai berikut:

a. Data Primer

Data primer yaitu data yang diperoleh langsung, dalam penelitian ini diperoleh melalui dua sumber, yaitu dari responden utama (remaja putri) menggunakan kuesioner, dan dari pelaksana program pemberian TTD di Dinas Kesehatan, Puskesmas, Sekolah melalui wawancara mendalam. Wawancara mendalam dilakukan untuk memperoleh informasi kontekstual dan mendalam terkait pelaksanaan program, pemberian TTD, sehingga dapat mendukung dan melengkapi data kuantitatif yang diperoleh dari responden. Wawancara mendalam adalah metode pengumpulan informasi untuk penelitian yang dilakukan melalui tanya jawab secara langsung antara pewawancara dengan informan, dengan atau tanpa adanya pedoman wawancara sebagai pedoman (Santoso dkk., 2021).

b. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari dokumen-dokumen seperti laporan program TTD dari sekolah, catatan distribusi, dan hasil monitoring serta evaluasi sebelumnya yang disediakan oleh instansi terkait. Data ini digunakan untuk memahami konteks pelaksanaan program, target sasaran, dan capaian program.

2.4.2 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah semua alat atau media yang digunakan untuk mengumpulkan data sesuai dengan penelitian yang dilakukan. Adapun instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Kuesioner

Kuesioner digunakan berdasarkan tujuan dan indikator yang ingin dicapai dalam penelitian. Kuesioner terdiri dari pertanyaan tertutup dan terbuka yang dirancang untuk mengumpulkan data.

b. *Checklist* Observasi

Checklist digunakan untuk mencatat ketersediaan sarana dan prasarana, seperti stok TTD, media edukasi, dan fasilitas pendukung lainnya. Observasi dilakukan di sekolah untuk menilai kesiapan dan kesesuaian pelaksanaan program dengan pedoman teknis.

c. Dokumen Program

Dokumen-dokumen yang berisi data sekunder, seperti laporan penerimaan TTD, catatan distribusi TTD, serta laporan capaian program dari pihak sekolah dan instansi kesehatan.



2.5 Pengolahan dan Analisis Data

2.5.1 Pengolahan Data

Data yang diperoleh dari hasil kuesioner dan wawancara diolah melalui beberapa tahap:

1. *Editing*
Data yang dikumpulkan diperiksa untuk memastikan kelengkapan dan konsistensinya.
2. *Coding*
Setiap jawaban responden pada kuesioner diberi kode numerik untuk memudahkan proses input dan analisis data.
3. *Entry Data*
Data yang telah dikodekan dimasukkan dalam perangkat lunak pengolahan data, seperti Microsoft excel
4. *Cleaning Data*
Dilakukan pengecekan ulang untuk menghindari kesalahan input data.

2.5.2 Analisis Data

Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat. Analisis univariat digunakan untuk menganalisis satu variabel saja. Tujuannya untuk mendeskripsikan karakteristik setiap variabel dalam penelitian.

2.6 Penyajian Data

Data yang telah dianalisis akan disajikan dalam bentuk narasi dan tabel maupun grafik untuk dijelaskan secara deskriptif dalam bentuk tulisan.

2.7 Kode Etik Penelitian

Penelitian ini telah melalui kajian etik Nomor: 244/UN4.14.1/TP.01.02/2025 oleh lembaga etik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

