

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

### **A. Remaja**

Remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10 hingga 19 tahun. (WHO, 2015). Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 25 tahun 2014, remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-18 tahun. Sedangkan, menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), rentang usia remaja adalah 10-24 tahun dan belum menikah. Berdasarkan aspek perkembangannya, masa remaja dibagi menjadi dua kategori, yaitu remaja awal (10-14 tahun) dan remaja akhir (15-19 tahun) (UNICEF, 2010).

Masa remaja merupakan masa transisi perkembangan dari masa kanak-kanak hingga masa dewasa yang melibatkan perubahan kognitif, biologis, dan sosio-emosional (Santrock, 2003). Menurut WHO (2012) remaja adalah suatu masa dimana individu berkembang dari saat pertama kali menunjukkan tanda seksual sekundernya sampai saat mencapai kematangan seksual, individu akan mengalami perkembangan psikologi dan pola identifikasi dari anak-anak menjadi dewasa serta terjadi peralihan dari ketergantungan sosial dan ekonomi yang penuh kepada keadaan yang relatif lebih mandiri. Berawal dari definisi tersebut WHO menetapkan usia 10-20 tahun sebagai batasan usia remaja. WHO (2012) juga membagi masa remaja menjadi tiga fase tetapi dengan rentang usia yang berbeda yaitu, remaja awal (usia 10-12 tahun), remaja pertengahan (usia 13-15 tahun), dan remaja akhir (usia 16-19 tahun).

Menurut Kusmiran, Eni (2012); Poltekkes I (2020) pada pertumbuhan dan perkembangan masa remaja memiliki karakteristik berdasarkan rentang usia yaitu :

1. Masa remaja awal (usia 10-12 tahun)

- Tampak lebih dekat dengan teman sebaya
- Tampak merasa ingin bebas
- Tampak lebih banyak memperhatikan keadaan tubuhnya dan mulai berpikir yang abstrak
- Mulai menunjukkan cara berpikir logis
- Mulai menggunakan istilah sendiri
- Memilih kelompok bergaul
- Mengenal cara untuk berpenampilan menarik

2. Masa remaja tengah (usia 13-15 tahun)

- Tampak dan merasa ingin mencari identitas diri
- Mulai tertarik pada lawan jenis
- Timbul perasaan cinta yang mendalam
- Kemampuan berpikir abstrak semakin berkembang
- Berkhayalan mengenai hal-hal yang berkaitan dengan seksual
- Peningkatan interaksi dengan kelompok
- Mulai mempertimbangkan masa depan, tujuan, dan membuat rencana sendiri

### 3. Masa remaja akhir (usia 16-19 tahun)

- Menampakkan pengungkapan kebebasan sendiri
- Mencari teman sebaya lebih selektif
- Memiliki citra terhadap dirinya
- Dapat mewujudkan perasaan cinta
- Memiliki kemampuan berpikir abstrak
- Lebih berkonsentrasi pada rencana yang akan datang dan meningkatkan pergaulan
- Proses berpikir secara kompleks digunakan untuk memfokuskan diri

Menurut Ade Wulandari (2014), ada beberapa karakteristik pertumbuhan dan perkembangan remaja, yaitu :

#### Pertumbuhan Fisik

Pertumbuhan meningkat cepat dan mencapai puncak kecepatan. Pada fase remaja awal (11-14 tahun) karakteristik seks sekunder mulai tampak, seperti penonjolan payudara pada remaja perempuan, pembesaran testis pada remaja laki-laki, pertumbuhan rambut ketiak, atau rambut pubis. Karakteristik seks sekunder ini tercapai dengan baik pada tahap remaja pertengahan (usia 14-17 tahun) dan pada tahap remaja akhir (17-20 tahun) struktur dan pertumbuhan reproduktif hampir komplet dan remaja telah matang secara fisik.

#### Kemampuan berpikir

Pada tahap awal remaja mencari-cari nilai dan energi baru serta membandingkan normalitas dengan teman sebaya yang jenis kelaminnya sama. Sedangkan pada

remaja tahap akhir, mereka telah mampu memandang masalah secara komprehensif dengan identitas intelektual sudah terbentuk.

#### Identitas

Pada tahap awal, ketertarikan terhadap teman sebaya ditunjukkan dengan penerimaan atau penolakan. Remaja mencoba berbagai peran, mengubah citra diri, kecintaan pada diri sendiri meningkat, mempunyai banyak fantasi kehidupan, idealistis. Stabilitas harga diri dan definisi terhadap citra tubuh serta peran gender hampir menetap pada remaja di tahap akhir.

#### Hubungan dengan orang tua

Keinginan yang kuat untuk tetap bergantung pada orangtua adalah ciri yang dimiliki oleh remaja pada tahap awal. Dalam tahap ini, tidak terjadi konflik utama terhadap kontrol orang tua. Remaja pada tahap pertengahan mengalami konflik utama terhadap kemandirian dan kontrol. Pada tahap ini terjadi dorongan besar untuk emansipasi dan pelepasan diri. Perpisahan emosional dan fisik dari orang tua dapat dilalui dengan sedikit konflik ketika remaja akhir.

#### Hubungan dengan sebaya

Remaja pada tahap awal dan pertengahan mencari afiliasi dengan teman sebaya untuk menghadapi ketidakstabilan yang diakibatkan oleh perubahan yang cepat; pertemanan lebih dekat dengan jenis kelamin yang sama, namun mereka mulai mengeksplorasi kemampuan untuk menarik lawan jenis. Mereka berjuang untuk mengambil tempat di dalam kelompok, standar perilaku dibentuk oleh kelompok sebaya sehingga penerimaan oleh sebaya adalah hal

yang sangat penting. Sedangkan pada tahap akhir, kelompok sebaya mulai berkurang dalam hal kepentingan yang berbentuk pertemanan individu. Mereka mulai menguji hubungan antara pria dan wanita terhadap kemungkinan hubungan yang permanen.

## B. Anemia

Anemia adalah suatu keadaan kadar hemoglobin (Hb) dalam darah kurang dari normal yang berbeda menurut kelompok umur, jenis kelamin dan kondisi fisiologis (WHO, 2011). Anemia adalah keadaan kurangnya sel darah merah atau yang biasa disebut dengan eritrosit dan sirkulasi darah atau hb sehingga tidak mampu memenuhi fungsinya sebagai pembawa O<sub>2</sub> ke seluruh jaringan (Asusti & Fitriana, 2019). Ambang batas yang menunjukkan terjadinya anemia terdapat pada tabel 2.1 sebagai berikut :

**Tabel 2.1**  
**Status Pengelompokan Anemia (g/dl) Berdasarkan Umur**

Populasi	Status Anemia			
	Tidak Anemia (g/dl)	Anemia Ringan (g/dl)	Anemia Sedang (g/dl)	Anemia Berat (g/dl)
Anak 6 -59 bulan	11	10 - 10,9	7 - 9,9	< 7
Anak 5 - 11 tahun	11,5	11 - 11,4	8 - 10,9	< 8
Anak 12 - 14 tahun	12	11 - 11,9	8 - 10,9	< 8
WUS tidak hamil	12	11 - 11,9	8 - 10,9	< 8
Ibu hamil	11	10 - 10,9	7 - 9,9	< 7
Laki-laki $\geq$ 15 tahun	13	11 - 12,9	8 - 10,9	< 8

Sumber : WHO (2011)

Anemia yang disebabkan karena kekurangan satu atau lebih zat-zat gizi seperti zat besi atau zat gizi mikro lainnya disebut anemia gizi (Indartanti, 2014). Kurangnya satu atau lebih zat gizi esensial yang digunakan untuk pembentukan sel darah merah merupakan penyebab sebagian besar anemia (Indartanti, 2014). Anemia yang paling sering terjadi adalah anemia gizi besi (Indartanti, 2014). Penyebab anemia yang paling umum terjadi adalah anemia defisiensi besi (Dea, I., 2014).

Menurut Arisman (2014) menyatakan bahwa ada dua faktor yang menjadi penyebab anemia, yaitu:

1. Sebab langsung, yaitu karena ketidakcukupan asupan zat besi dan adanya infeksi penyakit. Kurangnya asupan zat besi dalam tubuh disebabkan karena kurangnya asupan makanan yang mengandung zat penghambat absorpsi besi didalam tubuh. Sedangkan, infeksi penyakit yang pada umumnya memperbesar resiko terjadinya anemia adalah cacing dan malaria.
2. Sebab mendasar, yaitu tingkat ekonomi yang rendah, pendidikan yang rendah, dan lokasi geografis yang sulit.

Anemia defisiensi besi adalah anemia yang timbul karena kekurangan zat besi sehingga pembentukan sel-sel darah merah dan fungsi lain dalam tubuh terganggu (Adriani dan Wirjatmadi, 2012).

Menurut Kiswari (2014) anemia defisiensi besi merupakan akibat yang utama karena kehilangan darah atau tidak memadainya masukan besi. Hal ini

juga dapat merupakan kondisi sekunder yang disebabkan proses penyakit atau kondisi yang menguras cadangan besi, seperti perdarahan saluran pencernaan atau kehamilan (Kiswari, 2014).

Menurut Supandiman (2007) anemia defisiensi besi adalah anemia sekunder terhadap kekurangan besi yang tersedia untuk sintesa hemoglobin. Oleh karena itu besi merupakan bagian dari molekul hemoglobin maka dengan berkurangnya besi, sintesa hemoglobin berkurang dan akhirnya adalah kadar hemoglobin akan menurun (Supandiman, 2007).

Menurut Brunner dan Suddarth (2011) anemia defisiensi besi adalah keadaan dimana kandungan besi tubuh total turun dibawah tingkat normal. Anemia defisiensi besi adalah anemia yang terjadi akibat kekurangan zat besi dalam darah, artinya konsentrasi hemoglobin dalam darah berkurang karena terganggunya pembentukan sel-sel darah merah akibat kurangnya kadar zat besi dalam darah (Masrizal, 2007).

Defisiensi besi adalah berkurangnya jumlah total besi di dalam tubuh (Muhammad, A., 2005). Anemia defisiensi besi terjadi ketika defisiensi besi yang terjadi cukup berat sehingga menyebabkan eritropoesis terganggu dan menyebabkan terbentuknya anemia (Muhammad, A., 2005). Keadaan ini akan menyebabkan kelemahan sehingga menjadi halangan untuk beraktivitas dan juga mengganggu pertumbuhan dan perkembangan pada anak (Muhammad, A., 2005).

Gejala anemia adalah lesu, lemah, letih, lelah, lalai (5L), sering mengeluh pusing dan mata berkunang-kunang, gejala lebih lanjut adalah kelopak mata, bibir, lidah, kulit dan telapak tangan menjadi pucat. Pada penderita anemia dapat mengalami salah satu gejala atau lebih (Depkes, 2015). Sedangkan, menurut Arisman (2004) gejala anemia biasanya tidak khas seperti pucat, mudah lelah, jantung berdebar, dan sesak nafas.

Anemia cenderung terjadi pada remaja putri, karena kurangnya asupan makanan yang mengandung zat besi dan wanita mengalami masa menstruasi setiap bulannya sehingga membutuhkan zat besi tiga kali lebih banyak dibandingkan laki-laki (Depkes, 2003). Sedangkan pada remaja laki-laki, anemia dapat terjadi karena kurangnya konsumsi makanan yang mengandung zat besi serta adanya penyakit yang disertai perdarahan (Depkes, 2003).

Pada remaja putri yang mengalami anemia dapat mengganggu masa pertumbuhan dan perkembangan (Grantham dkk, 2001). Gangguan pertumbuhan tinggi dan berat badan akan mempengaruhi perkembangan dari organ reproduksi (Grantham dkk., 2001). Remaja putri yang pendek dan kurus pada umumnya mempunyai tulang panggul yang kecil akibat proses perkembangannya mengalami perlambatan (Citra, 2015), yang mengakibatkan kehamilan pada saat proses persalinannya nanti akan mengalami kesulitan (Nurrahmawati, 2016).

Anemia yang terjadi pada remaja putri dapat memberikan resiko terjadinya gangguan fungsi dan mental serta dapat meningkatkan terjadinya

gangguan pada saat kehamilan nantinya (Fikawati, 2017). Status zat besi harus diperbaiki pada saat sebelum hamil yaitu sejak remaja sehingga keadaan anemia pada saat kehamilan dapat dikurangi (Fikawati, 2017).

Remaja yang menderita anemia defisiensi besi lebih mudah terserang infeksi karena defisiensi zat besi dapat menyebabkan gangguan fungsi neutrofil dan berkurangnya sel T untuk pertahanan tubuh terhadap infeksi (WHO, 2011). Proses pertahanan tubuh terhadap infeksi virus atau bakteri oleh sel darah putih merupakan komponen penting dari mekanisme pertahanan tubuh yang akan terganggu pada kondisi defisiensi zat besi (WHO, 2011).

Remaja putri merupakan salah satu kelompok yang rawan menderita anemia (Kemenkes, 2015). Oleh karena itu, sasaran program perbaikan gizi kelompok remaja putri dianggap strategis dalam upaya memutus simpul siklus masalah gizi.

### **C. Program Pemberian Tablet Tambah Darah Bagi Remaja Putri**

Program pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) pada remaja putri diharapkan dapat berkontribusi dalam memutus lingkaran malnutrisi antar generasi, memutus mata rantai terjadinya *stunting*, mencegah anemia dan meningkatkan cadangan zat besi (Kemenkes, 2016). Rekomendasi WHO pada *World Health Assembly (WHA) ke-65* yang menyepakati rencana aksi dan target global untuk ibu, bayi, dan anak dengan komitmen mengurangi separuh (50%) prevalensi anemia pada WUS tahun 2025 (Kemenkes, 2016).

Menindaklanjuti rekomendasi tersebut maka pemerintah Indonesia melakukan intensifikasi pencegahan dan penanggulangan anemia pada remaja putri dan Wanita Usia Subur (WUS) dengan memprioritaskan pemberian TTD melalui institusi sekolah (Kemenkes, 2016).

Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI tahun 2015-2019 menargetkan cakupan pemberian TTD pada remaja putri secara bertahap dari 10% (2015) hingga mencapai 30% (2019) (Kemenkes, 2016). Diharapkan sektor terkait di tingkat pusat dan daerah mengadakan TTD secara mandiri sehingga intervensi efektif dengan cakupan dapat dicapai hingga 90% (Kemenkes, 2016).

Secara umum, program ini bertujuan untuk menurunkan prevalensi anemia pada remaja putri dan WUS, dan secara khusus bertujuan untuk (Kemenkes, 2016):

1. Meningkatkan cakupan pemberian TTD pada remaja putri dan WUS
2. Meningkatkan kepatuhan mengonsumsi TTD pada remaja putri dan WUS
3. Meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku tenaga kesehatan dalam penanggulangan anemia pada remaja putri dan WUS
4. Meningkatkan manajemen suplementasi TTD pada remaja putri dan WUS
5. Meningkatkan kinerja tenaga kesehatan dalam pemberian TTD pada remaja putri dan WUS
6. Meningkatkan komitmen pengambil kebijakan dari tingkat pusat sampai daerah Kabupaten dan Kota

7. Meningkatkan komitmen dan peran serta lintas program dan lintas sektor, organisasi profesi, swasta, LSM, dan masyarakat.

Sasaran program pemberian TTD ini berdasarkan Buku Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Anemia Pada Remaja Putri dan Wanita Usia Subur (WUS) Tahun 2016 yaitu (1) Pengelola Program, terdiri dari tenaga kesehatan, kepala sekolah, dan guru UKS serta pengelola klinik kesehatan di tempat kerja; (2) Penerima Program, terdiri dari remaja putri dan WUS, orang tua, dan masyarakat (Kemenkes, 2016).

Surat Edaran Nomor HK.03.03/V/0595/2016 tentang Pemberian Tablet Tambah Darah Pada Remaja Putri dan Wanita Usia Subur (WUS) menjelaskan program ini awalnya dilakukan dengan memberikan TTD bagi remaja putri dengan aturan pemberian tablet satu kali per minggu dan satu tablet per hari selama masa menstruasi 10 hari (Kemenkes, 2016). Pemerintah memberikan satu butir TTD setiap minggu sepanjang tahun (total 52 butir). Jadi dalam satu bulan setiap remaja putri mengkonsumsi TTD sebanyak 13 butir yang dilakukan selama minimal 3 bulan. TTD yang digunakan ialah tablet dengan komposisi terdiri dari 60 mg zat besi elemental (dalam bentuk sediaan Ferro Sulfat, Ferro Fumarat atau Ferro Glukonat) dan 0,400 mg asam folat (Kemenkes, 2016).

Pemberian TTD dilakukan secara *blanket approach* atau dalam bahasa Indonesia berarti “pendekatan selimut”, berusaha mencakup seluruh sasaran program dengan cara pemberian yang berpedoman pada Buku Pedoman

Pencegahan dan Penanggulangan Anemia Pada Remaja Putri dan Wanita Usia Subur (WUS) Tahun 2016 yaitu (Kemenkes, 2016) :

1. TTD Program

TTD program diberikan kepada remaja putri usia 12-18 tahun di sekolah dengan frekuensi 1 tablet setiap minggu sepanjang tahun. Pemberian TTD pada remaja putri di sekolah dapat dilakukan dengan menentukan hari minum TTD bersama setiap minggunya sesuai kesepakatan di masing-masing sekolah. Saat libur sekolah TTD diberikan sebelum libur sekolah.

2. TTD Mandiri

Pemberian TTD Mandiri dilakukan di tempat kerja dilakukan melalui klinik perusahaan, UKBM, dan kelompok lainnya seperti karang taruna, LSM, dan lain-lain. TTD dapat diperoleh secara mandiri dari apotek/ toko obat. TTD dikonsumsi 1 tablet setiap minggu sepanjang tahun.

Sistem pencatatan dan pelaporan pendistribusian TTD remaja putri telah diatur dalam Buku Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Anemia Pada Remaja Putri dan Wanita Usia Subur (WUS) Tahun 2016 dengan mekanisme sebagai berikut (Kemenkes, 2016) :

a. Pencatatan

Pencatatan dilakukan di institusi pendidikan melalui Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) oleh tim pelaksana UKS di sekolah (guru UKS) sesuai dengan tugas tambahan. Pemberian TTD dicatat pada

Kartu Suplementasi Gizi dan Buku Rapor Kesehatanku.

b. Pelaporan

Pelaporan pemberian TTD dan kepatuhan konsumsi TTD direkapitulasi dan dilaporkan oleh :

- 1) Sekolah, dimana data pemberian TTD dan kepatuhan konsumsi TTD direkapitulasi oleh guru pembina UKS untuk dilaporkan ke Puskesmas;
- 2) Puskesmas, selanjutnya petugas puskesmas merekap laporan dari sekolah dan melaporkan ke dinas kesehatan Kabupaten dan kota;
- 3) Dinas Kesehatan Kab/Kota, dimana Laporan dari Puskesmas direkap oleh pengelola program gizi dan dilaporkan ke dinas kesehatan provinsi;
- 4) Dinas Kesehatan Provinsi, kemudian melakukan rekapitulasi dan analisis semua laporan dinas kesehatan Kota dan Kabupaten yang ada di wilayah kerjanya dan hasilnya dilaporkan ke Kementerian Kesehatan;
- 5) Kementerian Kesehatan, selanjutnya melakukan rekapitulasi dan analisis semua laporan dinas kesehatan provinsi. Frekuensi pelaporan dari semua tingkatan dilakukan setiap 3 bulan sekali. Masing-masing tingkatan administrasi yang menerima laporan berkewajiban menganalisis laporan yang diterima dan menyampaikan umpan balik penerimaan laporan dan hasil

analisisnya dalam rangka penilaian dan pengembangan program serta untuk memacu kesinambungan pelaporan. Masing-masing tingkatan administrasi juga berkewajiban untuk memberikan umpan balik sebagai informasi hasil pelaksanaan pemberian TTD yang telah dilakukan pada wilayah kerja.

#### **D. Teori Health Belief Model**

Teori *Health Belief Model* (HBM) pada awalnya dikembangkan oleh sekelompok ahli psikologi (Godfrey Hochbaum, Leventhal, Stephen Kegeles dan Irwin Rosenstock) pada tahun 1950, yang menjelaskan kegagalan masyarakat untuk berpartisipasi dalam program mencegah dan mendeteksi penyakit (Hochbaum, 1958; Resenstock, 1960, 1974 dalam Pramono, A. P., 2018).

Kemudian model HBM ini dikembangkan oleh Kirscht (1974) untuk mempelajari respon masyarakat terhadap gejala (Pramono, A. P., 2018). Selain itu, model ini juga dikembangkan oleh Becker (1974) untuk mempelajari perilaku masyarakat dalam menanggapi diagnosis penyakit, khususnya kepatuhan rejimen medis (Pramono, A. P., 2018).

Teori *Health Belief Model* (HBM) merupakan teori perubahan perilaku kesehatan dan model psikologis yang digunakan untuk memprediksi perilaku kesehatan dengan berfokus pada persepsi dan kepercayaan individu terhadap suatu penyakit (Priyoto, 2018: 135).

Menurut teori ini, perilaku individu dipengaruhi oleh persepsi dan kepercayaan individu itu sendiri tanpa memandang apakah persepsi dan kepercayaan tersebut sesuai atau tidak sesuai dengan realitas.

Konsep dari teori HBM yang dikutip dari Rosenstock (1974), Janz dan Backer (1984), Glanz (2008), Edberg (2009), Jones and Bartlett Publisher (2013), Abraham & Sheeran (2015) terdapat tujuh komponen yaitu persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi manfaat, persepsi kendala, *self efficacy*, *cues to action*, dan *modifying factors*. Adapun penjelasan sebagai berikut:

1. Persepsi Kerentanan (*Perceived susceptibility*)

Menurut Edberg (2009) persepsi kerentanan merupakan derajat risiko yang dirasakan seseorang terhadap masalah kesehatan. Menurut Glanz (2008) persepsi kerentanan adalah peluang seseorang mengalami risiko atau mendapatkan suatu kondisi penyakit. Persepsi kerentanan (*perceived susceptibility*) menurut (Rosenstock, 1974) dapat diartikan hal yang dirasakan tentang risiko atau kerentanan (*susceptibility*) personal, hal tersebut mengacu pada persepsi subyektif seseorang menyangkut risiko dari kondisi kesehatannya. Persepsi kerentanan yang mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang dalam mengkonsumsi TTD, terjadi jika seseorang merasa bahwa dirinya rentan terhadap penyakit anemia (Glanz, 2008).

2. Persepsi Keseriusan (*Perceived seriousness*)

Persepsi keseriusan (*perceived seriousness*) merupakan perasaan

mengenai keseriusan terhadap suatu penyakit, meliputi kegiatan evaluasi terhadap konsekuensi klinis dan medis (seperti kematian, cacat, dan nyeri) serta konsekuensi sosial yang mungkin terjadi (seperti dampak kondisi pada pekerjaan, kehidupan keluarga, dan hubungan sosial) (Rosenstock, 1974). Persepsi keseriusan menurut Glanz (2008) adalah keyakinan mengenai keseriusan seseorang terhadap konsekuensi yang akan diterima apabila terkena penyakit.

Banyak ahli yang menggabungkan kedua komponen diatas sebagai ancaman yang dirasakan (*perceived threat*) (Glanz, 2008). Menurut Glanz (2008) dalam buku “Health Behaviour and Health Education; Theory, Research and Practice” individu akan mengubah perilaku mereka berdasarkan persepsi ancaman yang berasal dari persepsi keseriusan dan kerentanan.

### 3. Persepsi Manfaat (*Perceived benefits*)

Persepsi manfaat merupakan pendapat dari individu mengenai sebuah tindakan yang bermanfaat atau memberikan kegunaan untuk menurunkan risiko dari suatu penyakit (Jones and Bartlett Publisher, 2013). Dimana melakukan tindakan pencegahan akan bermanfaat jika individu merasa rentan terhadap penyakit, persepsi positif ini berperan penting pada perilaku individu dalam mengambil suatu keputusan kesehatan atas dirinya ataupun lingkungannya (Rosenstock, 1974). Menurut Glanz (2008), persepsi manfaat merupakan persepsi seseorang tentang manfaat yang diperoleh atau

dirasakan atau efektivitas terhadap berbagai tindakan kesehatan yang ada untuk mengurangi ancaman penyakit atau untuk menyembuhkan penyakit. Besarnya manfaat yang dirasakan individu dari tindakan pencegahan akan menentukan peluang individu tersebut menjalankan tindakan pencegahan penyakit (Edberg, 2009).

#### 4. Persepsi Kendala /Hambatan (*Perceived barrier*)

Persepsi kendala atau *perceived barrier* yang dirasakan individu untuk menuju perubahan atau apabila individu menghadapi rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut (Jones and Bartlett Publisher, 2013). Persepsi kendala merupakan tambahan keempat keyakinan atau persepsi dimana memberikan aspek negatif yang berpotensi menjadi penghalang menuju rekomendasi suatu perilaku (Jones and Bartlett Publisher, 2013). Persepsi kendala juga dapat diartikan sebagai persepsi individu dalam menghadapi rintangan yang dirasakan, persepsi kendala ini mengacu pada perasaan seseorang terhadap hambatan untuk melakukan tindakan kesehatan yang dirasakan (Glanz, 2008). Namun, persepsi kendala /hambatan juga dapat membuat seseorang melakukan perilaku kesehatan seperti mengkonsumsi TTD, jika seseorang memiliki persepsi manfaat yang lebih besar dari persepsi kendala/hambatan (Glanz, 2008).

#### 5. *Self-efficacy* (Kepercayaan diri)

Menurut Rosenstock, Strecher dan Becker (1998) dalam buku "*Health Behaviour and Health Education; Theory, Research and Practice*"

kepercayaan diri merupakan kemampuan seseorang untuk melakukan suatu tindakan dengan berhasil. Konsep ini merupakan tambahan yang menyempurnakan teori health belief model agar sesuai dengan tantangan perubahan perilaku atau kebiasaan yang tidak sehat menjadi sehat. Kepercayaan diri menurut Glanz (2008) merupakan keyakinan akan kemampuan seseorang untuk mengambil tindakan atau perilaku kesehatan (Glanz, 2008). Menurut Janz dan Backer (1984), *self efficacy* berarti tingkat kepercayaan seseorang terhadap kemampuannya untuk berhasil. Menurut Glanz (2008), dalam mengatasi kendala/hambatan untuk mengkonsumsi TTD dibutuhkan *self efficacy* dalam mengatasi kendala/hambatan tersebut, sehingga orang tersebut akan mengkonsumsi TTD.

6. *Cues to action* (Petunjuk untuk bertindak)

Menurut Glanz (2008) *cues to action* merupakan strategi untuk mengaktifkan kesiapan. Menurut Becker et al (1997) dalam Conner dan Norman (2003) *cues to action* merupakan suatu perilaku yang dipengaruhi oleh suatu hal yang menjadi isyarat bagi seseorang untuk melakukan suatu tindakan atau perilaku. Menurut Hochbaum (1958) dalam Glanz (2008) menganggap isyarat untuk mengambil tindakan (kerentanan yang dirasakan dan manfaat yang dirasakan) hanya dapat diperkuat oleh faktor-faktor lain seperti media massa dan dukungan lingkungan sekitar. Isyarat tersebut dapat berupa kejadian, orang atau hal-hal yang menggerakkan seseorang untuk mengubah perilaku mereka (Glanz, 2008).

Menurut Kozier dalam Savitry dkk (2017), seseorang yang memiliki jaringan pendukung yang kuat seperti keluarga, teman dekat, atau orang kepercayaan maka orang akan memiliki kesadaran yang kuat juga untuk menyadari bahwa dirinya sakit atau berisiko terkena penyakit sehingga orang akan memelihara kesehatannya. Semakin seseorang merasakan bahwa referensi sosial yang dimiliki mendukung untuk melakukan suatu perilaku maka seseorang akan cenderung merasakan tekanan sosial untuk memunculkan perilaku.

Menurut Glanz (2008) dan Graham (2002) dalam Jones and Bartlett Publisher (2013), *cues to action* dapat dipengaruhi dari luar dirinya, peristiwa, orang atau hal-hal lain yang menggerakkan seseorang untuk mengubah perilaku kesehatan. *Cues to action* yang dapat dipengaruhi dari orang, seperti :

- a. Dukungan keluarga terhadap konsumsi tablet tambah darah pada remaja putri

Menurut Muhlisin dalam Savitry dkk (2017) peran keluarga adalah untuk menjaga kesehatan anggota keluarganya, terutama pada masa remaja yang mengalami masa pertumbuhan fisik yang pesat. Kozier dalam Savitry dkk (2017) juga berpendapat bahwa keluarga biasanya akan menurunkan pola perilaku, kebiasaan, dan gaya hidup kepada generasi berikutnya, termasuk dalam mempengaruhi kesehatan anggota keluarganya. Menurut Friedman (2010), keluarga dapat

memberikan dukungan dengan cara memberikan informasi, saran, usulan, dan nasihat untuk putrinya tentang konsumsi TTD.

b. Dukungan Guru terhadap konsumsi tablet tambah darah pada remaja putri

Guru merupakan panutan bagi anak didiknya (Darmayanti, 2019). Dukungan guru juga berperan dalam mengkonsumsi TTD pada remaja putri disekolah (Darmayanti, 2019). Berbagai program kesehatan akan lebih mudah terlaksana apabila ada dukungan dari guru (Darmayanti, 2019). Termasuk juga pemberian tablet tambah darah (TTD).

Peran guru pun sangat penting untuk membuat remaja putri patuh mengkonsumsi TTD, karena waktu remaja lebih banyak dihabiskan di sekolah setiap harinya daripada di rumah. Menurut Listiana (2020) dalam Annisa, dkk (2017) adanya dukungan guru di sekolah yang mengingatkan remaja putri mengkonsumsi TTD serta memberikan informasi mengenai TTD dapat memberikan sikap positif dalam diri remaja putri yang akan mewujudkan perilaku positif, yaitu mengkonsumsi TTD sesuai anjuran.

7. *Modifying factors* (Karakteristik Individu)

Menurut Glanz (2008) usia, jenis kelamin, etnik, kepribadian, sosioekonomi dan pengetahuan dapat mempengaruhi persepsi dan secara tidak langsung mempengaruhi perilaku kesehatan, dan dipercaya memiliki efek tidak langsung pada perilaku dengan mempengaruhi persepsi

kerentanan, keseriusan, manfaat, dan hambatan.

Dalam *modifying factors* terdapat beberapa variabel seperti variabel demografi, sosiopsikologi dan struktur dapat mempengaruhi persepsi individu dan secara tidak langsung dapat mempengaruhi perilaku kesehatan tersebut (Jones and Bartlett Publisher, 2013).

a. Karakteristik Remaja Putri (Modifying Factors)

Menurut Glanz (2008) etnik, kepribadian, sosioekonomi dan pengetahuan dapat mempengaruhi persepsi dan secara tidak langsung mempengaruhi perilaku kesehatan. Adapun beberapa karakteristik remaja putri yang dapat mempengaruhi remaja putri dalam mengkonsumsi tablet tambah darah sebagai berikut :

1) Etnik

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) etnik merupakan kelompok sosial atau kebudayaan yang mempunyai arti atau kedudukan tertentu karena keturunan, adat, agama, bahasa dan sebagainya. Menurut Santrock (2003) etnik adalah budaya, karakteristik kewarganegaraan, ras, agama dan bahasa. Menurut Webster (1976), etnik adalah sekelompok orang yang diidentifikasi memiliki kesamaan biologis dan tradisi. Suku bangsa atau etnik adalah kumpulan besar ras agama, serta kebudayaan. Orang yang terkumpul karena persamaan biologis ataupun budaya dikatakan sebagai sebuah etnik. Menurut Glanz (2008) etnik merupakan salah satu yang dapat mempengaruhi persepsi remaja putri dan secara tidak langsung dapat mempengaruhi perilaku

kesehatan seperti mengkonsumsi TTD.

## 2) Kepribadian

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) kepribadian adalah sifat hakiki yang tercermin pada sikap seseorang, yang membedakannya dari orang lain. Menurut Herbert (1976) kepribadian ialah tingkah laku pada manusia yang berkembang melalui perkembangan diri. Selanjutnya Gordon W. Allport dalam Pieter., et al (2011) mengkaitkan sikap dengan pola kepribadian seseorang. Sikap adalah kesiapan seseorang untuk bereaksi pada objek dengan cara-cara tertentu (Pieter et al., 2011). Sikap dalam diri seseorang mendasari bentuk perilaku yang meliputi berjalan, berbicara, bereaksi dan lain sebagainya (Mahanggoro, 2018).

Menurut Glanz (2008) kepribadian merupakan salah satu yang dapat mempengaruhi persepsi remaja putri dan secara tidak langsung dapat mempengaruhi perilaku kesehatan seperti mengkonsumsi TTD.

## 3) Sosioekonomi

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) sosioekonomi adalah kedudukan atau posisi seseorang dalam kelompok masyarakat yang ditentukan oleh jenis aktivitas ekonomi, pendidikan serta pendapatan.

Pendidikan orang tua merupakan modal utama dalam penunjang ekonomi keluarga, juga berperan dalam penyusunan makan keluarga, serta pengasuhan dan perawatan anak (Guanatmaningsih, 2007). Bagi keluarga dengan tingkat pendidikan yang tinggi akan lebih mudah menerima informasi kesehatan

khususnya bidang gizi, sehingga dapat menambah pengetahuannya dan mampu menerapkan dalam kehidupan sehari-hari. Menurut Permaesih (2005), tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan mempengaruhi pengetahuan dan informasi tentang gizi yang lebih baik dibandingkan dengan seseorang berpendidikan rendah.

Tingkat pendidikan Ibu terutama dapat menentukan pengetahuan, sikap dan keterampilannya dalam menentukan makanan keluarga. Pendidikan dan pengetahuan ibu sangat berpengaruh terhadap kebiasaan makan anak. Semakin tinggi pengetahuan gizi ibu, maka semakin positif sikap ibu terhadap asupan gizi yang diberikan untuk anak, sehingga semakin baik asupan gizi keluarga. Semakin tinggi pendidikan formal diharapkan semakin tinggi pula tingkat pendidikan kesehatannya, karena tingkat pendidikan kesehatan merupakan bentuk intervensi terutama terhadap faktor perilaku kesehatan.

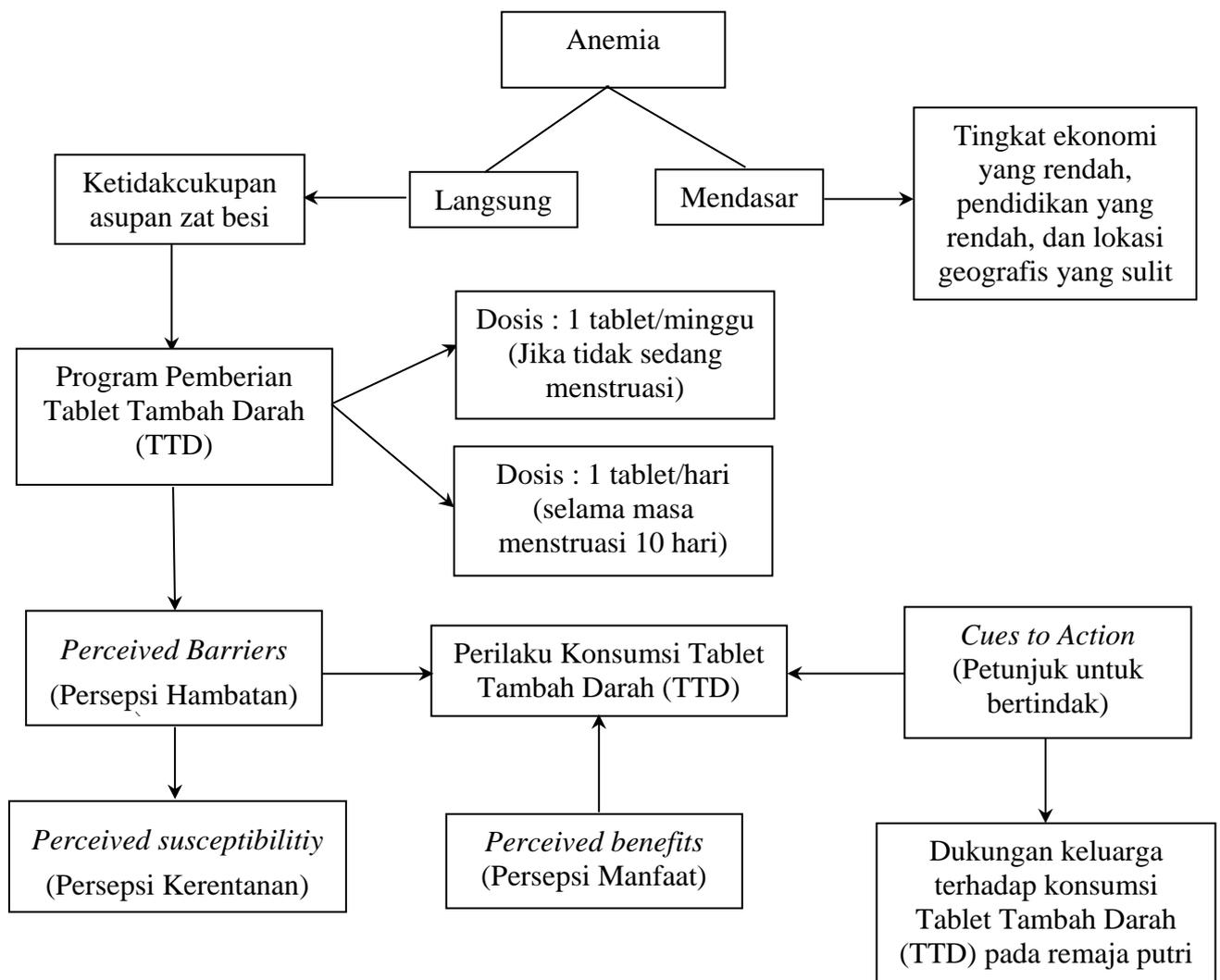
Tingkat pendidikan dan pendapatan orang tua menurut Glanz (2008) dapat mempengaruhi persepsi remaja putri dan secara tidak langsung dapat mempengaruhi perilaku kesehatan seperti mengkonsumsi TTD.

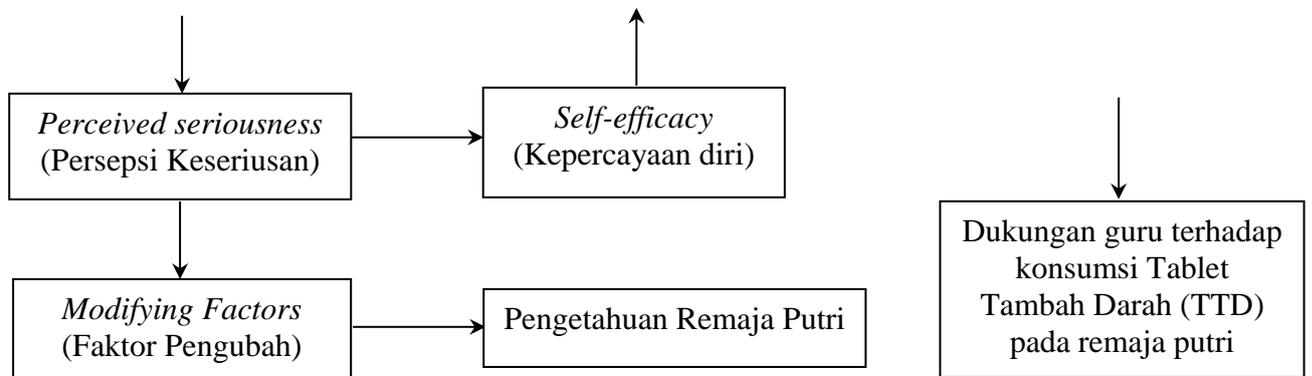
#### 4) Pengetahuan Remaja Putri

Menurut Notoatmodjo (2014) pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap objek tertentu. Sebelum seseorang mengadopsi perilaku (berperilaku baru), seseorang harus tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya (Notoatmodjo, 2014). Pengetahuan atau kognitif merupakan

domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Efendi dan Makhfudi, 2009). Menurut Maulana (2009), perilaku tidak selalu mengikuti urutan tertentu sehingga terbentuknya perilaku positif tidak selalu dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap positif, namun secara minimal jika didasari pengetahuan yang cukup, perilaku positif yang terbentuk relatif lebih lama. Menurut Glanz (2008) pengetahuan merupakan salah satu yang dapat mempengaruhi persepsi remaja putri dan secara tidak langsung dapat mempengaruhi perilaku kesehatan seperti mengkonsumsi TTD.

### E. Kerangka Teori





Gambar 2.1 Kerangka Teori Modifikasi *Health Belief Model* (Becker, 1974, 1988;

Janz & Becker, 1984), Arisman (2014), (Kemenkes, 2016).