SKRIPSI

PERILAKU REMAJA PUTRI DALAM PENCEGAHAN ANEMIA GIZI

Studi di Madrasah Aliyah Al-Anwar Pondok Pesantren Paculgowang Diwek Kabupaten Jombang

FKM
Set
P

Oleh :

DIDIT SETIAWAN
NIM. 100431528

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2006

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

PENGESAHAN

Dipertahankan di depan Tim Penguji Skripsi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga dan
diterima untuk memenuhi salah satu syarat guna memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM)
Pada tanggal 21 Juli 2006

Mengesahkan
Universitas Airlangga
Fakultas Kesehatan Masyarakat

Dekan

Prof. Dr. Tjipto Suwandi, dr., M.OH, SpOk
NIP.130517177

Tim Penguji

1. Prof. Dr. H.R. Soedibjo, H.P., dr., D.TM
2. M. Bagus Qomaruddin, Drs., M.Sc
3. Enny Sayutiningsih, S.KM., M.Kes

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM)
Bagian Pendidikan Kesehatan dan Perilaku
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Airlangga

Oleh

DIDIT SETIAWAN

NIM.100431528

Surabaya, Juli 2006

Mengetahui,	Menyetujui,
Ketua Bagian Pendidikan Keschatan dan Perilaku	Pembimbing
Dr.H. Rachmat Hargono, dr., M.S., M.PH	M.Bagus Qomaruddin, Drs., M.Sc
NIP.130610104	NIP. 131877895

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **"PERILAKU REMAJA PUTRI DALAM PENCEGAHAN ANEMIA GIZI" Studi di Madrasah Aliyah Al-Anwar Pondok Pesantren Paculgowang Diwek Kabupaten Jombang.** Sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Anemia gizi merupakan salah satu masalah gizi utama di Indonesia. Dan salah satu resiko yang rawan terkena anemia gizi adalah remaja putri, karena remaja putri rentan mengalami kurang gizi pada periode puncak tumbuh kembang, kurangnya asupan zat gizi karena pola makan yang salah, pengaruh dari lingkungan pergaulan. Maka diperlukan intervensi yang tepat untuk menanggulangi atau mencegah anemia gizi. Dengan mengetahui perilaku seseorang dalam pencegahan anemia diharapkan intervensi yang akan dilakukan dapat berjalan obyektif.

Skripsi ini bertujuan untuk melakukan penelitian hubungan antara pengetahuan, sikap, dukungan sosial, kebiasaan makan, dan ketersediaan informasi dengan tindakan pencegahan anemia gizi. Sehingga hasilnya dapat digunakan sebagai masukan dalam usaha menangani perilaku pencegahan anemia gizi pada remaja putri.

Ucapan terima kasih tidak terhingga ditujukan kepada Bapak M. Bagus Qomaruddin,Drs., M.Sc, selaku dosen pembimbing yang dengan penuh kesabaran telah memberikan bimbingan, masukan maupun koreksi serta saran yang sangat berguna sekali dalam menyelesaikan skripsi ini.

Pada kesempatan ini tak lupa saya sampaikan ucapan terima kasih pula kepada :

1. Prof. Dr. Tjipto Suwandi, dr., M.OH, SpOk., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
2. Dr. H. Rachmat Hargono, dr., M.S., M.PH., selaku Ketua Bagian Pendidikan Kesehatan dan Perilaku Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
3. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang beserta staf yang telah memberikan ijin dalam melakukan penelitian di Kabupaten Jombang.
4. Kepala Sekolah beserta staf yang telah memberikan ijin dalam melakukan penelitian di Madrasah Aliyah Al-Anwar Pondok Pesantren Paculgowang Diwek, Kabupaten Jombang.
5. Dosen Bagian Pendidikan Kesehatan dan Perilaku dan Staf Administrasi
6. Orang Tua saya (Ibu Sudjijati dan Bapak Munasir,alm), adikku Farit Wahyuono yang kusayangi yang selalu memberikan doa, dorongan moril dan materiil serta pelajaran yang berharga selama mengikuti pendidikan.

7. Keluarga Bapak I Made Putra dan Ibu, Bapak Sabarudin dan Ibu, Dr.Hermawan, Mbak Ina, Aga, Ghagat terimakasih atas segala dukungan dan bantuan yang di berikan.
8. Non Qrm, terimakasih atas dukungannya dan bantuan yang diberikan.
9. Rekan mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat, teman sepeminatan Pendidikan Kesehatan dan Perilaku dan semua pihak yang telah membantu sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa memberikan rahmat dan karunia-Nya atas segala amal, dukungan serta bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Surabaya, Juli 2006

ABSTRACT

Anemia is one of main nutrition problems which usually exist among adolescent girls. They have higher risk than boys because of their monthly menstrual bleeding. Several factor can influence adolescent girls to prevent the incidence of nutrition anemia, namely: knowledge, attitude, social support, dietary behavior and the availability of nutrition anemia information.

The purpose of the study was to find out about adolescent girls in preventing nutrition anemia. This was observasional research carried out cross-sectional method in May 2006, at the Madrasah Aliyah Al-Anwar of Pondok Pesantren Paculgowang Diwek in Jombang.

The research result showed that most of adolescent girls (57.7%) had good knowledge of nutrion anemia, their attitude supported nutrition anemia (57.0%), they had good dietary behavior (51.7%) and there was enough information about nutrition anemia (72%). Less social support happened to 40.3% of the girls and less preventive practice to avoid nutrition anemia occurred to 81.9% of the adolescent girls.

The conclusion of the research: there was a significant correlation between social support and preventive practice (p=0.002), but there was no correlation between knowledge (p=0.278), attitude (p=0.197), dietary behavior (p=0.793), information availability (0.637) and nutition anemia preventive practice.

It is suggested to provide social support to adolescent girls, which is health education at school and community, including students, teachers, parents and community in nutrition anemia prevention.

Key words: nutrition anemia, adolescent girls, prevention practice

ABSTRAK

Anemia gizi merupakan salah satu masalah gizi utama yang rawan dialami oleh remaja putri. Remaja putri mempunyai resiko tinggi daripada laki-laki, karena remaja putri mengalami menstruasi. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi remaja putri dalam pencegahan anemia gizi yaitu: pengetahuan, sikap, dukungan sosial, kebiasaan makan, dan ketersediaan informasi tentang anemia gizi.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui perilaku remaja putri dalam pencegahan anemia gizi. Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan waktu pengambilan data pada bulan Mei 2006 secara *cross sectional* yang dilakukan di Madrasah Aliyah Al-Anwar Pondok Pesantren Paculgowang Diwek Jombang.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar remaja putri (57,7%) mempunyai pengetahuan baik tentang anemia gizi, sikap mereka (57,0%) juga mendukung anemia gizi, disamping itu kebiasaan makan mereka baik (51,7%) dan ketersedian informasi baik tentang anemia gizi (72%). Sedangkan remaja putri yang mendapatkan dukungan sosial kurang sebesar 40,3% dan tindakan pencegahan yang dilakukan remaja putri juga kurang sebesar 81,9%.

Kesimpulan dalam penelitian ini adalah terdapat hubungan antara dukungan sosial dengan tindakan pencegahan (p=0,002), tetapi tidak ada hubungan antara pengetahuan (p=0,278), sikap (p=0,197), kebiasaan makan (p=0,793) dan ketersediaan informasi (p=0,637) dengan tindakan pencegahan anemia gizi.

Untuk selanjutnya diperlukan dukungan sosial kepada remaja putri, diantaranya adalah dengan pendidikan kesehatan di sekolah dan dimasyarakat yang melibatkan siswa, guru, orang tua dan masyarakat dalam pencegahan anemia gizi.

Kata kunci: anemia gizi, remaja putri, tindakan pencegahan

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRACT	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
I.1. Latar Belakang Masalah	1
I.2. Identifikasi Masalah	4
I.3. Pembatasan Masalah	8
I.4. Perumusan Masalah	8
BAB II TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN	9
II.1. Tujuan Umum	9
II.2. Tujuan Khusus	9
II.3. Manfaat Penelitian	10
BAB III TINJAUAN PUSTAKA	11
III.1. Batasan Anemia	11
III.2.Penyebab Anemia	13
III.3. Gejala Anemia	14
III.4. Akibat Anemia	15
III.5. Upaya pencegahan	15
III.6. Kebiasaan Makan	16
III.7. Remaja	18
III.8. Determinan Perilaku	20
III.8.1. Pengetahuan	24
III.8.2. Sikap	25
III.8.3. Tindakan	31
III.8.4. Pencegahan	32
BAB IV KERANGKA KONSEP	34
BAB V METODE PENELITIAN	36
V.1. Jenis dan Rancang Bangun Penelitian	36
V.2. Populasi Penelitian	36
V.3. Sampel, Besar Sampel, Cara Penentuan Sampel dan	

Cara Pengambilan Sampel 36
V.3.1. Sampel 36
V.3.2. Besar sampel 36
V.3.3. Cara penentuan sampel 37
V.4. Lokasi dan Waktu Penelitian 37
V.5. Variabel , Cara Pengukuran dan Definisi Operasional 38
V.6. Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data 40
V.7. Teknik Analisis Data 41

BAB VI HASIL PENELITIAN 42
VI.1. Gambaran Umum Lokasi penelitian 42
VI.2. Karakteristik Responden 43
VI.3. Pengetahuan Responden 45
VI.4. Sikap Responden 45
VI.5. Dukungan Sosial Responden 46
VI.6. Kebiasaan Makan Responden 46
VI.7. Tindakan Pencegahan Responden 47
VI.8. Ketersediaan Informasi Tentang kesehatan 48
VI.9. Hubungan Antara Pengetahuan, Sikap, Dukungan sosial, Kebiasaan makan, Ketersediaan Informasi dengan Tindakan pencegahan 49

BAB VII PEMBAHASAN 53
VII.1. Karakteristik Responden 53
VII.2. Pengetahuan Responden Tentang Anemia Gizi 54
VII.3. Sikap Responden Tentang Anemia Gizi 54
VII.4. Dukungan Sosial Responden Tentang Pencegahan Anemia Gizi 55
VII.5. Kebiasaan Makan Responden Tentang Anemia Gizi 56
VII.6. Tindakan Pencegahan Responden Tentang Pencegahan Anemia Gizi 57
VII.7. Ketersediaan Informasi Tentang Anemia gizi 57
VII.8. Hubungan Antara Pengetahuan, Sikap, Dukungan sosial, Kebiasaan makan, Ketersediaan Informasi dengan Tindakan pencegahan 58

BAB VIII KESIMPULAN DAN SARAN 64
VIII.1. Kesimpulan 64
VIII.2. Saran 65
DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul	Halaman
Tabel I.1.	Prevalensi Anemia Wanita Usia subur Tahun 1998	3
Tabel III.1.	Batasan Anemia menurut WHO (1968) dalam Beck, Mary E. Tahun 1995	11
Tabel VI.1.	Jumlah Kelas dan Siswa di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006	42
Tabel VI.2.	Jumlah Guru di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006	42
Tabel VI.3.	Distribusi Responden Berdasarkan Kelas di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006	43
Tabel VI.4.	Distribusi Responden Berdasarkan Umur di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006	44
Tabel VI.5.	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Pengetahuan di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006	44
Tabel VI.6.	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Sikap di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006	45
Tabel VI.7.	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Dukungan Sosial di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006	45
Tabel VI.8.	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Kebiasaan Makan di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006	46
Tabel VI.9.	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Tindakan pencegahan di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006	47
Tabel VI.10.	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Ketersediaan Informasi di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006	47
Tabel VI.11.	Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan Pengetahuan dengan Tindakan Pencegahan di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006	48

Tabel VI.12. Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan Sikap dengan Tindakan Pencegahan di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006 49

Tabel VI.13. Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan Dukungan Sosial dengan Tindakan Pencegahan di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006 49

Tabel VI.14. Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan Kebiasaan Makan dengan Tindakan Pencegahan di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006 50

Tabel VI.15. Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan Ketersediaan Informasi dengan Tindakan Pencegahan di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006 51

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Halaman
Gambar I.1.	Faktor-faktor yang Diduga Mempengaruhi Anemia Gizi	5
Gambar IV.1.	Kerangka Konseptual Modifikasi Teori WHO dan Snehandu B.Kar	34

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Judul Lampiran	Halaman
1.	Kuesioner Penelitian	
2.	Crosstabs hasil penelitian	
3.	Surat Ijin Penelitian	

BAB I

PENDAHULUAN

I.1Latar Belakang

Indonesia sehat 2010 yang telah dicanangkan oleh Departemen Kesehatan, mempunyai visi yang sangat ideal yakni masyarakat Indonesia yang penduduknya hidup dalam lingkungan dan perilaku sehat, mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, adil dan merata serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi–tingginya. Perilaku sehat adalah perilaku masyarakat yang proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, mencegah resiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari penyakit serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat (Notoatmodjo, 2003).

Gizi merupakan salah satu penentu kualitas sumber daya manusia, kekurangan gizi akan menyebabkan kegagalan pertumbuhan fisik dan perkembangan kecerdasan, menurunkan produktifitas kerja dan menurunkan daya tahan tubuh, yang berakibat menurunkan angka kesakitan dan kematian (Depkes RI 2003).

Anemia gizi yang disebabkan karena kekurangan zat besi merupakan masalah gizi utama di Indonesia. Salah satu kelompok masyarakat yang rawan menderita anemia gizi adalah wanita Usia Subur (WUS) termasuk ibu hamil, ibu nifas, remaja putri dan kelompok lainnya terutama yang berpenghasilan rendah.

Usaha pencegahan anemia gizi meliputi usaha jangka panjang yaitu program promotif dengan pendidikan gizi pada masyarakat yang berorientasi pada perubahan pola menu serta kebiasaan masyarakat. Usaha jangka menengah berupa fortifikasi zat besi dalam bahan makanan seperti pada tepung terigu dan usaha jangka pendek berupa pemberian tablet besi atau Tablet Tambah Darah (TTD) dengan sasaran utama Wanita Usia Subur (Depkes RI, 1998).

Prevalensi anemia pada wanita usia remaja di Indonesia masih cukup tinggi. Upaya pencegahan dan penanggulangan anemia yang selama ini dilakukan lebih di tujukan pada kelompok ibu hamil, dan upaya pencegahan anemia secara dini pada wanita remaja belum banyak mendapat perhatian. Remaja putri merupakan generasi penerus yang yang perlu diperhatikan, karena kelak akan menjadi ibu (Azwar, 2004). Berdasarkan data Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT, 1995), prevalensi anemia pada ibu hamil 50,9 %, ibu nifas 45,1 %, remaja putri usia (10 -14 tahun) 57,1 %, dan WUS usia (15 – 45 tahun) adalah 39,5 %. Mulai tahun 1997 pemerintah telah merintis langkah–langkah baru dalam upaya mencegah dan menanggulangi masalah anemia gizi Wanita Usia Subur dengan mengintervensi lebih dini lagi sejak usianya masih remaja (Depkes RI, 2003).

Program penanggulangan anemia gizi pada Wus ini bertujuan mendukung upaya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dengan menurunkan perdarahan yang di akibatkan karena kondisi ibu hamil. Survei data dasar pada 10 kabupaten daerah proyek KI–KPK pada tahun

1998 menunjukkan angka prevalensi anemia lebih tinggi dari nasional, sebagai berikut:

Tabel I.1: Prevalensi Anemia Wanita Usia Subur, tahun 1998

Propinsi	Remaja Putri (SLTP / SLTA)	Calon Pengantin Wanita
JAWA TIMUR	80.2 %	91,5 %
JAWA TENGAH	57,4 %	84,7 %

Hasil survei anemia Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang tahun 2001 untuk remaja putri di SLTP dan SLTA menunjukan prevalensi 45,7 %, sedangkan pada tahun 2004 untuk remaja putri di pondok pesantren, menunjukkan bahwa prevalensi anemia masih sangat tinggi yaitu 61,7%. Masa remaja merupakan masa transisi antara masa kanak–kanak dan masa dewasa. Pada masa ini organ–organ tubuh mulai berfungsi. Remaja sangat beresiko menderita anemia khususnya karena kurang zat besi. Untuk remaja putri beresiko lebih besar dari pada remaja putra, hal ini, pertama karena remaja putri mengalami menstruasi yang banyak, yang dikhawatirkan akan kehilangan zat besi, alasan kedua karena remaja putri sering kali menjaga penampilan, ingin kurus sehingga berdiet dan mengurangi makan. Diet yang tidak seimbang dengan kebutuhan tubuh akan menyebabkan kekurangan zat besi (Depkes RI, 2003).

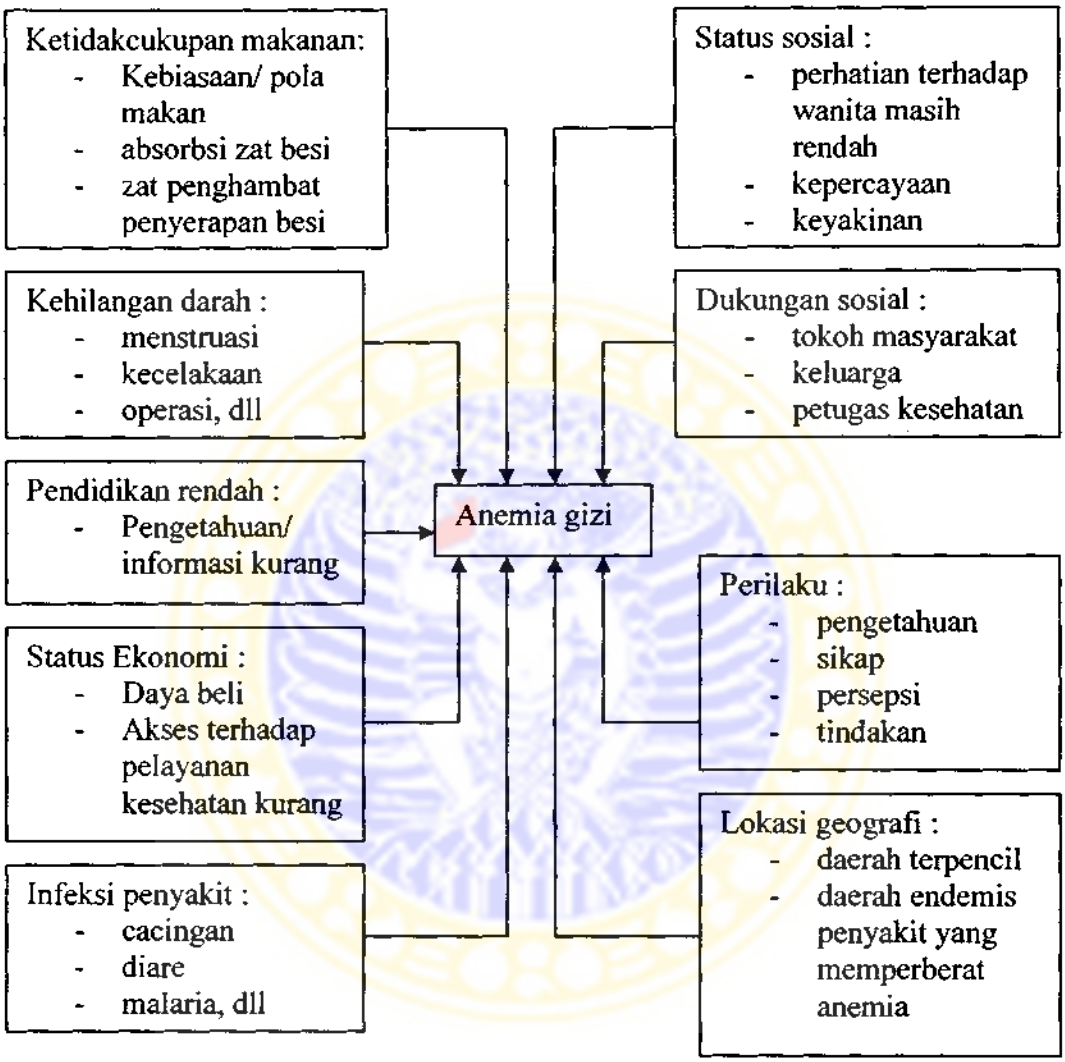
Suplementasi besi atau pemberian tablet tambah darah (TTD) merupakan salah satu upaya penting dalam pencegahan dan penangulangan

anemia, karena jenis anemia yang terbanyak di Indonesia adalah "Anemia Kekurangan Zat Besi". Selain itu, suplementasi zat besi merupakan cara yang efektif karena kandungan besinya yang padat dan dilengkapi dengan zat gizi lain yang sekaligus dapat mencegah dan menanggulangi anemia. Cara ini juga efisien. karena tablet tambah darah harganya sangat murah dan dapat terjangkau oleh masyarakat luas serta mudah didapat (Depkes RI , 1998). Dan kebutuhan zat besi sulit sekali terpenuhi oleh makanan yang kaya akan zat besi, karena pada umumnya bahan makanan harganya cukup mahal. Menyadari akan hal tersebut, maka perlu perlu tindakan pencegahan secara terus menerus dan berkesinambungan melalui pemberian tablet tambah darah secara mandiri. Namun demikian berbagai kendala dalam pencegahan anemia gizi menjadi faktor penyebab masih tingginya prevalensi anemia di Indonesia. Hasil penelitian Triratnawati (1997) mengungkapkan bahwa salah satu kendala mendasar adalah adanya persepsi yang salah, baik dikalangan masyarakat, petugas kesehatan maupun pemerintah. Hal serupa juga diungkapkan oleh Wignjosastro bahwa keterbatassan dana, jalur distribusi, mutu pelayanan, komunikasi–informasi dan edukasi (KIE), dan kepatuhan sebagai penghambat dalam penurunan kejadian anemia (Widijanto, 2002).

1.2 Identifikasi Masalah

Perkembangan yang cepat pada usia remaja biasanya diiringi oleh bertambahnya aktifitas fisik sehingga kebutuhan akan zat gizi meningkat pula. Anemia defisiensi zat besi (Fe) yang mempunyai luas cakupan nasional di Indonesia, anemia ini memang termasuk problem

gizi nasional di Indonesia (Sediaoetama,1999). Adapun faktor–faktor yang diduga mempengaruhi anemia gizi yaitu sebagai berikut:



Gambar 1 : Faktor–faktor yang diduga mempengaruhi anemia gizi (Modifikasi teori WHO dan Snehandu B.Kar)

Bahwa umumnya remaja putri di Pondok Pesantren Paculgowang tidak mengerti tentang anemia gizi dan cara pencegahannya. Menurut teori WHO bahwa pemikiran dan perasaan remaja putri diwujudkan dalam bentuk pengetahuan, sikap, persepsi dan tindakan. Budaya yang berkembang di masyarakat sekitar mereka yang meliputi: kebiasaan

(pola makan), norma dan nilai–nilai. Begitu juga dengan adanya informasi yang kurang tentang anemia gizi yang dapat menyebabkan ketidaktahuan. Disamping itu juga status ekonomi orang tua yang memungkinkan daya beli terhadap suatu kebutuhan kurang, status sosial dalam keluarga (keyakinan dan kepercayaan) dari mereka bahwa tidak boleh makan berlebihan, dukungan sosial dari guru, keluarga dan masyarakat dirasa kurang sehingga remaja cenderung untuk berdiam diri jika mengalami sakit. Dan juga faktor lokasi geografi, jarak antara tempat tinggal mereka dengan pelayanan kesehatan cukup jauh hal ini juga dapat pemicu terjadinya anemia gizi. Terdapat pula penyakit infeksi (cacingan, diare) yang tidak diketahui secara pasti apa penyebabnya. Kehilangan darah yang dialami remaja putri, karena setiap bulannya mereka mengalami menstruasi yang juga dan hal tersebut dianggap sebagai hal yang biasa, hal ini juga bisa sebagai pemicu terjadinya anemia gizi di sekolah ini.

Upaya penanggulangan anemia gizi lebih di fokuskan pada sasaran ibu hamil dan menyusui, sementara kelompok lain seperti anak usia sekolah, khususnya remaja putri kurang mendapat perhatian. Survei oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang tahun 2000 terdapat 50,7 % anemia pada remaja putri, tahun 2001 turun menjadi 45,7 %, dan pada tahun 2004 untuk remaja putri di pondok pesantren paculgowang menunjukkan prevalensi anemia masih tinggi yaitu 61,7%.

Menurut Kepala seksi gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang, bahwa memang masa remaja merupakan masa yang rawan untuk

terjadinya anemia, terutama untuk remaja putri yang notabene lebih mementingkan penampilanya, yaitu ingin langsing dengan cara membatasi diri dalam memilih makanan. Sehingga ketidakcukupan dalam konsumsi makanan tersebut diduga menjadi pemicu terjadinya anemia gizi. Disamping itu juga status ekonomi orang tua, status sosial dalam keluarga, dukungan sosial dari guru, keluarga dan masyarakat. Adanya penyakit infeksi dan karena setiap bulannya remaja putri mengalami menstruasi yang juga bisa menjadi pemicu terjadinya anemia gizi yang terjadi di Madrasah Aliyah Al-Anwar Pondok Pesantren Paculgowang Diwek Kabupaten Jombang.

Hal serupa disampaikan oleh Kepala sekolah Madrasah Aliyah Pondok Pesantren Pacul gowang, memang dirasakan kurangnya Informasi kepada siswa di sekolah tentang pentingnya kesehatan, khususnya masalah anemia gizi dan upaya pencegahanya. Ketidaktahuan tentang masalah anemia menyebabkan berbagai persepsi dan tindakan yang salah tentang anemia gizi. Serta kurangnya dukungan dari lingkungan terdekatnya.

1.3 Pembatasan Masalah

Dari identifikasi masalah di atas, maka peneliti hanya membatasi masalah sebagai berikut:

1. Pengetahuan, sikap dan tindakan remaja putri tentang pencegahan anemia gizi
2. Kebiasaan makan remaja putri
3. Dukungan sosial yang diberikan kepada remaja putri dalam pencegahan anemia gizi
4. Informasi tentang anemia gizi yang didapat remaja putri dalam pencegahan anemia gizi

I.4 Perumusan Masalah

Berdasarkan pada identifikasi dan pembatasan masalah diatas maka dapat dirumuskan, " Bagaimana Perilaku Remaja Putri dalam Pencegahan Anemia Gizi di Madrasah Aliyah Al-Anwar Pondok Pesantren Paculgowang Diwek Kabupaten Jombang ? "

BAB II

TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

II.1 Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mempelajari perilaku remaja putri dalam upaya pencegahan anemia gizi di Madrasah Aliyah Al–Anwar Pondok Pesantren Pacul Gowang Diwek Kabupaten Jombang.

2. Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi pengetahuan, sikap, kebiasaan makan, dukungan sosial, dan ketersediaan informasi tentang anemia gizi
2. Menganalisis hubungan pengetahuan dan sikap remaja putri dengan tindakan pencegahan anemia gizi
3. Menganalisis hubungan kebiasaan makan remaja putri dengan tindakan pencegahan anemia gizi
4. Menganalisis hubungan dukungan sosial remaja putri dengan tindakan pencegahan anemia gizi
5. Menganalisis hubungan informasi tentang anemia gizi dengan tindakan pencegahan anemia gizi

I.2 Manfaat Penelitian

Penelitian ini di harapkan dapat memberikan manfaat bagi:

1. Institusi pendidikan, dapat memberikan informasi tentang anemia gizi yang dapat dijadikan suatu wacana baik bagi Madrasah Aliyah Al-Anwar khususnya dan intitusi pendidikan lainnya pada umumnya
2. Bagi Peneliti merupakan sarana yang memberikan informasi dan wawasan dan pengalaman dalam melaksanakan sebuah penelitian dan sebagai aplikasi dalam mata kuliah pendidikan kesehatan dan perilaku serta gizi.
3. Bagi pengelola program, dapat memberikan suatu masukan dalam membuat suatu program perencanaan dalam menanggulangi masalah anemia gizi khususnya untuk remaja putri.

BAB III

TINJAUAN PUSTAKA

III.1 Batasan Anemia

Anemia adalah suatu keadaan dimana kadar hemoglobin menurun sehingga tubuh akan mengalami hipoksia sebagai akibat kemampuan pengangkutan oksigen dari darah berkurang (Supardiman, 1997). Menurut Hoffbrand (2005) Anemia didefinisikan sebagai berkurangnya kadar hemoglobin darah. Sedangkan anemia gizi adalah keadaan dimana kadar hemoglobin dan hematokrit lebih rendah dari nilai normal, sebagai akibat dari defisiensi salah satu atau beberapa unsur makanan esensial yang dapat mempengaruhi timbulnya defisiensi tersebut (Arisman, 2004).

Menurut WHO (1968) dalam Beck, M.E. 1995, seseorang dikatakan mengalami anemia bila kadar hemoglobin (Hb) dan hematokrit (Ht) sebagai berikut:

Tabel III.1 : Batasan anemia menurut WHO (1968) dalam Beck, M.E. 1995

Kelompok Umur	Kadar Hemoglobin (gram / dl)	Kadar Hematokrit (%)
6 bulan – 6 tahun	< 11	<34
6 – 14 tahun	< 12	<34
Laki-laki Dewasa	< 13	<34
Wanita Dewasa (Tidak hamil)	< 12	<34
Wanita hamil	< 11	<34

Kebutuhan yang meningkat selama masa bayi, remaja, kehamilan, menyusui dan pada wanita yang mengalami menstruasi menyebabkn tingginya resiko anemia pada kelompok klinis tersebut. Pada anemia defisiensi besi, kadar feritin serum sangat rendah, sedangkan feritin serum yang meningkat menunjukkan adanya kelebihan besi atau pelepasan feritin berlebihan dari jaringan yang rusak atau suatu respon fase akut, misalnya pada inflamasi (Hoffbrand, 2005).

Jumlah zat besi didalam tubuh bervariasi menurut umur, jenis kelamin, dan kondisi fisiologis tubuh. Pada orang dewasa sehat jumlah zat besi diperkirakan lebih dari 4000 mg dan sekitar 2500 mg terdapat dalam sel darah merah (hemoglobin). Zat besi dalam tubuh sebagian disimpan di hati dalam bentuk feritin, jumlahnya 1000 mg. Apabila konsumsi zat besi dari makanan tidak cukup, maka zat besi dari feritin di mobilisasi untuk memproduksi hemoglobin (Muhilal,1998).

Fungsi utama zat besi bagi tubuh adalah untuk mengangkut oksigen (O2) dan karbondioksida (CO2) serta untuk pembentukan darah. Jumlah zat besi yang harus diserap oleh tubuh setiap harinya hanya 1 mg setara dengan 10–20 mg zat besi yang terkandung dalam makanan. Jumlah zat besi yang di keluarkan tubuh melalui urin, keringat, dan feses sekitar 0,5–1 mg per hari. Pada wanita jumlah zat besi yang dikeluarkan lebih banyak daripada laki–laki yakni dua kali lipat, karena adanya menstruasi (Sediaoetama, 1999).

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

III. 2 Penyebab Anemia

Penyebab anemia di Indonesia 90% adalah karena kekurangan kadar besi, yang diperlukan untuk pembentukan haemoglobin, sehingga disebut "Anemia Kekurangan Zat Besi". Kekurangan zat besi mengakibatkan kadar haemoglobin didalam darah lebih rendah dari nilai normalnya. Kekurangan zat besi dalam tubuh tersebut disebabkan antara lain:

a. Makanan sehari–hari yang umumnya sedikit mengandung zat besi, oleh karena itu harus dipilih bahan pangan yang banyak mengandung zat besi, misalnya hati, telur, daging, kacang–kacangan, padi–padian, sayur–sayuran hijau dan lain – lain.
b. Persentase banyaknya zat besi yang dapat diserap dari makanan sangat rendah. Besi Haem yang berasal dari pangan hewani lebih sudah diserap, yaitu antara 10–20 %, sedangkan besi non haem yang berasal dari bahan nabati hanya dapat diserap antara 1–5 %
c. Adanya zat penghambat yang dapat menghambat penyerapan besi, yaitu asam fitat, asam oksalat dan tanin yang banyak terdapat pada serealia, sayuran, kacang–kacangan dan teh. Untuk meningkatkan penyerapan besi, dianjurkan untuk lebih banyak mengkonsumsi vitamin C dan protein hewani.
d. Kemungkinan adanya parasit di dalam tubuh, seperti cacing pita, cacing tambang dan sebagainya
e. Adanya gangguan perut yang berakibat diare (mencret)
f. Kehilangan darah yang cukup banyak, misalnya pada saat kecelakaan, operasi, perdarahan dan sebagainya (Muchtadi, 1993).

III. 3 Gejala Anemia

Gejala anemia gizi besi adalah: cepat lelah, lemah, nafsu makan hilang atau berkurang, kurang bertenaga, daya konsentrasi menurun, pusing kepala adalah merupakan gejala awal dari anemia, sedangkan pada kasus yang lebih parah terjadi sesak nafas dan kemungkinan dapat terjadi gejala lemah jantung.

Anemia gizi besi terjadi melalui beberapa tingkatan, yaitu:

a. Tingkatan Pertama, disebut "kurang zat besi laten" merupakan keadaan dimana banyaknya cadangan besi berkurang dibawah normal namun besi didalam sel darah dan jaringan masih tetap normal.
b. Tingkatan Kedua, disebut "anemia kurang zat besi dini" merupakan keadaan dimana penurunan besi cadangan terus berlangsung sampai habis atau hampir habis, tetapi besi dalam sel darah merah dan jaringan masih tetap normal.
c. Tingkat Ketiga, disebut "anemia kurang zat besi lanjut" merupakan perkembangan lebih lanjut dari anemia kurang besi dini, dimana besi didalam sel darah merah sudah mengalami penurunan, tapi besi dalam jaringan tetap normal.
d. Tingkatan Keempat, disebut "kurang zat besi dalam jaringan" yang terjadi setelah besi dalam jaringan juga berkurang. Dengan demikian pada tingkatan ini, semua kompartemen besi dalam tubuh telah terganggu (Muchtadi, 1993).

III. 4 Akibat Anemia

Menurut Beck Mary E. (1995) akibat dari anemia gizi sangat kompleks, antara lain:

a. Pada wanita hamil dapat mengalami keguguran, lahir sebelum waktunya, bayi berat lahir rendah (BBLR), perdarahan sebelum dan pada waktu melahirkan serta pada anemia berat dapat menimbulkan kematian ibu dan bayi.
b. Anemia berat pada ibu menyusui dapat menyebabkan malnutrisi pada bayi yang disusui, bila bayi tersebut tidak mendapat makanan tambahan yang mencukupi.
c. Memudahkan seseorang terserang infeksi, baik lokal maupun umum.
d. Menurunkan produktifitas kerja.
e. Akibat anemia bagi remaja adalah menurunkan daya tahan tubuh sehingga mudah sakit, tubuh terasa cepat lelah, kurang dapat menangkap pelajaran sehingga tidak mampu berprestasi di sekolah dan prestasi di olah raga, menurunnya produktifitas kerja fisik. Apabila sejak remaja menderita anemia dan dikemudian hari mengandung (hamil), maka dapat mengalami perdarahan saat melahirkan serta dapat menimbulkan kematian baik bagi ibu maupun bayinya (Sediaoetama, 1999).

III. 5. Upaya Pencegahan Dan Penanggulangan

Upaya pencegahan dan penanggulangan anemia pada dasarnya adalah mengatasi penyebabnya. Pada anemia berat (kadar Hb < 8 gr/dl) biasanya ada penyakit yang melatar belakangi yaitu antara lain penyakit

TBC, infeksi cacing atau malaria, sehingga selain penanggulangan pada anemianya, harus dilakukan pengobatan terhadap penyakit tersebut.

Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah dan menanggulangi anemia akibat kekurangan konsumsi besi adalah sebagai berikut:

a. Meningkatkan konsumsi besi dari sumber alami melalui penyuluhan, terutama makanan sumber hewani yang mudah diserap seperti hati, ikan, daging dan lain–lain. Selain itu perlu ditingkatkan pula makanan yang banyak vitamin C dan vitamin A (buah–buahan dan sayuran) untuk membantu penyerapan besi dan membantu proses pembentukan Hb
b. Fortifikasi bahan makanan, yaitu menambahkan besi, asam folat, vitamin A dan asam amino essensial pada bahan makanan yang dimakan secara luas oleh kelompok sasaran
c. Suplementasi besi–folat secara rutin selama jangka waktu tertentu untuk meningkatkan kadar Hb secara cepat.

Dengan demikian suplementasi besi atau tablet tambah darah (TTD) hanya merupakan salah satu upaya pencegahan dan penanggulangan anemia yang perlu diikuti oleh cara lainnya (Depkes, 1995).

III.6. Kebiasaan Makan

Pangan bagi manusia merupakan kebutuhan pokok yang harus dipenuhi untuk dapat mempertahankan hidup serta menjalankan kehidupan. Seperti diketahui, makanan diperlukan untuk memperoleh kebutuhan zat gizi yang cukup untuk kelangsungan hidup, pemulihan kesehatan sesudah sakit, aktivitas, pertumbuhan dan perkembangan.

Secara fisiologik, makan merupakan suatu bentuk pemenuhan atau pemuasan rasa lapar (Santoso, 1999).

Pengertian pola makan menurut Sri Karjati (1985) dalam Santoso (1999) adalah berbagai informasi yang memberikan gambaran mengenai macam dan jumlah bahan makanan yang dimakan tiap hari oleh satu orang dan merupakan ciri khas untuk suatu kelompok masyarakat tertentu. Pola makan dipengaruhi oleh beberapa hal, antara lain adalah:kebiasaan kesenangan, budaya, agama taraf ekonomi, lingkungan alam dan sebagainya.

Berdasarkan data dari Biro pusat Statistik dan hasil survei sosio ekonomi nasional (Sri Karjati, 1985) dalam Santoso (1999), dapat dikemukakan berbagai pola makanan dari berbagai daerah di Indonesia antara lain sebagai berikut: dari sudut masukan sehari-hari jenis bahan makanan, pemilihan bahan makanan ternyata dipengaruhi unsur-unsur tertentu antara lain: *pertama,* sumber-sumber pengetahuan masyarakat dalam memilih dan mengolah pangan mereka sehari-hari. *Kedua,* aspek aset dan akses masyarakat terhadap pangan mereka sehari-hari. *Ketiga,* pengaruh tokoh panutan atau yang berpengaruh.

Rasa suka akan suatu makanan terbentuk oleh rasa senang atau puas yang diperoleh pada saat makan makan tersebut sebelumnya. Hal ini kemudian akan membentuk kebiasaan makan, yaitu suatu pola perilaku konsumsi pangan yang diperoleh karena terjadi berulang-ulang *(food consumptior behaviour).* Istilah kebiasaan makan juga menunjukan tindakan manusia *(what people do practice)* terhadap

makan dan makanan yang dipengaruhi oleh pengetahuan *(what people think)*, dan perasaan *(what people feel)* serata persepsi *(what people perceive)* tentang hal itu (Santoso, 1999). Sedangkan menurut Khumaidi (1994) kebiasaan makan ialah tingkah laku manusia atau kelompok manusia dalam memenuhi kebutuhannya akan makan yang meliputi sikap, kepercayaan, dan pemilihan makanan. Kebiasaan makan antar kelompok memberikan dampak pada distribusi makanan antar anggota kelompok.

Koentjaraningrat (1984) dalam Santoso (1999) menyatakan bahwa kebiasaan makan individu, keluarga dan masyarakat dipengaruhi oleh:

1. Faktor perilaku termasuk disin adalah cara berfikir, berperasaan, bentuk tindakan makan dan memilih makanan.
2. Faktor lingkungan sosial, segi kependudukan dengan susunan, tingkat dan sifat-sifatnya.
3. Faktor lingkungan ekonomi, daya beli, ketersediaan uang kontan, dan sebagaianya.
4. Lingkungan ekologi, kondisi tanah, iklim, lingkungan biologi, sistem usaha tani, sistem pasar dan sebagainya.
5. Faktor ketersediaan bahan makanan.
6. Faktor perkembangan tehnologi

III.7. Masa Remaja

Masa remaja atau adolensi adalah suatu fase perkembangan yang dinamis dalam kehidupan seorang individu. Masa ini merupakan masa

masa transisi dari masa anak–anak ke masa dewasa yang ditandai dengan percepatan fisik, mental, sosial (Karta S, 1995). Sedangkan menurut Gunarsa dan Gunarsa (1991) Masa remaja diidentikan dengan masa yang penuh dengan dinamika untuk mengakarkan diri dalam menhadapi kehidupan. Namun bila gejolak tersebut tidak terkendali dalam kehidupan sehari-hari, maka perlu diredam agar tidak menjadi masalah besar bagi diri remaja, keluarga maupun masyarakat.

Gunarsa dan Gunarsa (1991) mengelompokkan tahapan perkembangan remaja menjadi tiga tahap, yaitu:

1. Remaja Awal (12-14 tahun)

   Masa ini berlangsung sangat singkat, ditandai dengan sifat negatif, tidak tenang, kurang suka bergerak, lekas marah, kebutuhan tidur besar, pesimistik, murung dan sebagainya.

2. Remaja Pertengahan (15-17 tahun)

   Individu mangalami keguncangan batin, sebab ia tidak mau lagi bersikap dan berpedoman hidup kanak-kanak, tetapi belum mempunyai pedoman hidup baru. Itulah sebabnya remaja tidak tenang, banyak kontradiksi dalam dirinya, mengkritik karena dirinyatidak mampu, tetapi ia mencari pertolongan karena merasa belum dapat mewujudkan keinginannya.

3. Remaja Akhir (18-21 tahun)

   Masa ini tercapai setelah individu dapat menentukan sistem nilai mana yang diikutinya. Ia telah menentukan pendirian hidup.

Tiga tahap tersebut bukan menjadi tolak ukur bahwa individu yang telah melewati keseluruhannya secara otomatis akan menjadi dewasa. Secara psikolgik, kdewasaan tentu bukan hanya tercapainya umur tertentu. Kedewasaan adalah keadaan dimana sudah ada ciri-ciri psikologik tertentu pada seseorang.

Remaja putri rentan mengalami kurang gizi pada periode puncak tumbuh kembang, yang kedua kurang asupan zat gizi karena pola makan yang salah, pengaruh dari lingkungan pergaulan (ingin langsing). Seperti penelitian masyarakat dalam menanggulangi masalah anemia di jawa timur, di temukan istilah lokal "kutilang" yang merupakan singkatan dari kurus tinggi dan langsing. Istilah tersebut digunakan remaja unjuk bentuk tubuh wanita yang ideal dan dampaknya adalah banyak remaja yang menderita anemia karena mereka melakukan diet yang berlebihan (Kresno, 2002) dalam Notoatmodjo (2005).

III.8. Determinan Perilaku

Beberapa teori lain telah dicoba untuk mengungkapkan determinan perilaku dari analisis faktor–faktor yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain teori Lawrence Green (1980), Snehandu B Kar (1983), WHO (1984), Model Kepercayaan kesehatan menurut Rosenstock (1982) dalam Nototmodjo (2005).

Adapun teori perubahan perilaku yang berhubungan yaitu :

1. Teori Lawrence Green

teori ini menyebutkan bahwa perilaku seseorang terbentuk oleh 3 (tiga) faktor, yaitu:

a. Faktor predisposisi *(Predisposing Factors)*, meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai dan sebagainya.
b. Faktor pendukung *(enabling factors)*, meliputi: lingkungan fisik, tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan.
c. Faktor pendorong (Reinforcing factors), meliputi: sikap, dan perilaku petugas kesehatan tokoh masyarakat yang merupakan kelompok referensi.

Model ini digambarkan sebagai berikut:

B = f (PF, EF, RF)

Keterangan : B = Behavior

PF = Predisposing faactors

EF = Enabling factors

RF = Reinforcing factors

2. Teori Snehandu B. Kar

Teori ini merupakan salah satu dari beberapa teori perilaku yang lain yang dapat digunakan untuk menganalisis terbentuknya suatu perilaku dari individu. Dia mencoba menganalisis perilaku yang merupakan fungsi dari:

a. Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatan *(Behavior Intention).*

b. Dukungan sosial dari masyarakat sekitar maupun dari keluarga *(Social Support).*

c. Informasi yang tersedia tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan *(Acessebility of Information).*

d. Otonomi pribadi yang bersangkutan dalam mengambil tindakan atau keputusan *(Personal Autonomy).*

e. Situasi yang memungkinkan untuk bertindak *(Action Situation).*

Model ini dapat digambarkan sebagai berikut:

B = f (BI, SS, AL, PA, AS)

Keterangan :

B = behavior

F = fungsi

BI = Behavior Intention

SS = Sosial Support

AI = Acsessebility of Information

PA = Personal Autonomy

AS = Action Situation

3. Teori WHO

Teori ini menjelaskan bahwa perilaku seseorang di pengaruhi oleh 4 (empat) alasan pokok:

a. Pemikiran dan Perasaan dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan, dan penilaian terhadap sesuatu obyek *(Thoughts and Feelling).*

b. Orang penting sebagai Referensi, antara lain: teman sebaya, guru keluarga, tokoh masyarakat, dan sebagainya *(Personal References).*

c. Sumber–sumber Daya, mencakup fasilitas, uang, waktu, tenaga dan sebagaianya *(Resource).*

d. Budaya, meliputi kebiasaan, norma, atau nilai–nilai yang berkembang di masyarakat *(Culture).*

Model tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:

B = f (TF, PR, R, C)

Keterangan :

B = Behavior

F = Fungsi

TF = Thought of Feelling

PR =Personal References

R = Reosurces

4. Teori Model Kepercayaan Kesehatan (Rosenstock, 1982)

Bahwa perilaku individu ditentukan oleh motif dan kepercayaannya, tanpa mempedulikan apakah motif tersebut sesuai atau tidak dengan realitas atau denagan pandangan orang lain tentang apa yang baik untuk individu tersebut. Sangatlah penting untuk membedakan antara kebutuhan kesehatan yang obyektif dan yang subyektif. Kebutuhan kesehatan yang obyektif ialah yang diidentifikasi oleh petugas kesehatan berdasarkan penilaiannya secara professional,

MILIK PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA

yaitu adanya gejala yang dapat mengganggu atau membahayakan keschatan individu.

Sebaliknya individu menentukan sendiri apakah dirinya mengandung penyakit, berdasarkan perasaan dan penilaiannya sendiri.Pendapat atau kepercayaan ini dapat sesuai dengan realitas, namun dapat pula berbeda dengan kenyataan yang dilihat oleh orang lain. Meskipun berbeda dengan realitas, menurut Rosenstock, pendapat subyektif inilah yang justru merupakan kunci dari dilakukannya atau dihindarinya suatu tindakan kesehatan.artinya, individu itu baru baru akan melakukan suatu tindakan untuk menyembuhkan penyakitnya jika dia benar–benar merasa terancam oleh penyakit tersebut jika tidak, maka dia tidak melakukan tindakan apa–apa.

III.8.1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tau dan hal ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yakni indera penglihat, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo,2003).

Menurut Sarwono (2004) Pengetahuan itu lebih bersifat pengenalan terhadap suatu benda atau hal secara obyek pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang.

Pembelajaran kognitif:

a. Pengetahuan

Menggunakan pengetahuan akan mendapatkan fakta-fakta dan informasi baru dan mampu untuk menarik kembali mereka.

b. *Komprehensif*

Komprehensif adalah kemampuan untuk memahami arti bahan - bahan yang biasa dipelajari.

c. *Aplikasi*

Aplikasi melibatkan penggunaan intisari/rangkuman, abstraksi, gagasan-gagasan yang baru saja dipelajari dalam situasi konkret.

d. *Analisis*

Analsis melibatkan gagasan-gagasan yang berhubungan dalam sebuah metode yang terorganisasi.Hal ini mengizinkan seseorang untuk mencirikan sesuatu yang penting dari sebuah informasi yang tidak penting.

e. *Sintesis*

Sintesis adalah kemampuan untuk mengenali bagian-bagian informasi sebagai suatu keseluruhan.

f. *Evaluasi*

Evaluasi adalah sebuah pemvonisan dari sebuah informasi bagi tujuan yang ada.Perilaku yang paling sederhana adalah mempelajari pengetahuan, dimana dalam hal ini yang paling komplek adalah evaluasi.

III.8.2. Sikap

Sikap adalah merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap stimulus atau obyek (Notoatmodjo, 2003). Para ahli psikologi seperti Thurstone 1928 (Azwar, 2000) menyatakan bahwa

sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu obyek adalah perasaan mendukung atau memihak *(favorable)* maupun perasaan tidak mendukung *(unfavorable)* pada obyek tersebut. Secord dan Backman 1964 (Azwar, 2000) mendefinisikan sikap sebagai keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi) pikiran (kognisi) dan predisposisi sisi tindakan (konasi) seseorang terhadap sesuatu aspek lingkungan sekitarnya. Breckler dan Wiggins 1989 (Azwar, 2000) menyatakan bahwa sikap yang diperoleh lewat pengalaman akan menimbulkan pengaruh langsung terhadap perilaku berikutnya. Pengaruh langsung tersebut lebih berupa predisposisi perilaku yang akan direalisasikan apabila kondisi atau situasi memungkinkan.

Sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi adalah merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Demikian pula menurut Allport 1954 (Notoatmodjo, 2003) sikap itu mempunyai tiga komponen pokok yaitu:

1) Kepercayaan (keyakinan)
2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu obyek
3) Kecenderungan untuk bertindak

Respon kognitif pada dasarnya merupakan kecenderungan untuk berbuat. Dalam bentuk verbal intensi ini terungkap lewat pernyataan keinginan melakukan atau kecenderungan untuk melakukan.

a. Teori Sikap

1. Belajar melakukan proses asosiasi (Perlu sikap pengukuran kembali).
2. Teori keseimbangan

   Model keseimbangan dari rasa suka. Kemungkinan 2 susunan struktur yang tidak seimbang cenderung menjadi struktur yang seimbang melalui perubahan dalam satu unsur atau lebih.
3. Teori ketidaksesuaian (akan berubah demi mempertahankan konsistensi dengan perilaku nyatanya).
4. Teori atribusi orang bersikap dengan mempertahankan kognisi dan efektif suatu konasi dan psikomotor didalam kesadaran mereka (Azwar, 2000).

b. Struktur dan Pembentukan Sikap

Struktur sikap menurut Azwar (2000) terdiri dari 3 (Tiga) komponen yaitu:

1. Komponen kognitif merupakan representasi apa yang dipercaya oleh individu pemilik sikap, setiap pengetahuan, opini, kepercayaan mengenai lingkungan, diri sendiri dan perilakunya.
2. Komponen afektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional.
3. Komponen konatif merupakan aspek kecenderungan berperilaku tertentu sesuai dengan sikap yang dimiliki seseorang. Konsistensi antara kepercayaan sebagai komponen konatif, perasaan sebagai komponen afektif, dengan tendensi

perilaku sebagai komponen konatif seperti itulah yang menjadi landasan dalam usaha penyimpulan sikap yang dicerminkan oleh jawaban terhadap skala sikap.

Di antara berbagai faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, kebudayaan orang lain yang dianggap penting media masa, institusi atau lembaga pendidikan atau lembaga agama serta faktor emosi dari diri individu. Faktor-faktor tersebut dapat dibedakan menjadi factor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi jenis kelamin, umur, pendidikan, pengalaman. Faktor eskternal meliputi media massa, institusi pendidikan, institusi agama, masyarakat (Azwar, 2000).

c. Tingkatan Sikap

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap terdiri dari berbagai tingkatan yaitu:

1. Menerima (*receiving*)

   Yaitu bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).

2. Merespon (*Responding*)

   Yaitu memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

3. Menghargai (*Valuing*)

   Yaitu mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah.

4. Bertanggung jawab (*Responsible*)

   Yaitu bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi.

d. Pengukuran Sikap

Menurut Azwar (2000) metode yang digunakan untuk mengukur sikap adalah :

1. Observasi perilaku adalah perilaku yang diamati mungkin menjadi indikator sikap dalam konteks situasional tertentu akan tetapi interpretasi sikap harus sangat hati-hati apabila hanya didasari pengamatan terhadap perilaku yang ditampakkan seseorang.
2. Penanyaan langsung adalah cara pengungkapan sikap dengan penanyaan memiliki keterbatasan dan kelemahan yang mendasar.
3. Pengukuran langsung adalah merupakan versi metode penanyaan langsung secara tertulis yang dapat dilakukan dengan menggunakan item tunggal maupun ganda. Prosedur pengungkapan langsung dengan memberikan tanda setuju mau pun tanda tidak setuju melalui pernyataan sikap tertulis.
4. Skala sikap adalah metode yang merupakan pengungkapan sikap dalam bentuk self report yang paling diandalkan.
5. Pengukuran terselubung adalah metode yang berorientasi kepada metode observasi perilaku, tetapi objek pengamatan

bukan perilaku yang didasari yang dilakukan seseorang, melainkan reaksi-reaksi fisiologis yang terjadi diluar kendali orang bersangkutan.

6. Diantara metode-metode di atas yang paling sering dilakukan menurut Azwar (2000) adalah *Method of summated ratings* (metode rating yang dijumlahkan), yang lebih popular dikenal dengan skala likert. Metode ini merupakan metode penskalaan pernyataan sikap yang menggunakan distribusi respons sebagai dasar penentuan nilai sikapnya.

e. Hubungan Pengetahuan dengan Sikap

Pengetahuan memegang peranan penting dalam penentuan sikap yang utuh (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan akan membentuk kepercayaan yang selanjutnya akan memberikan perspektif pada manusia dalam mempersepsikan kenyataan, memberikan perspektif pada manusia dalam mempersepsikan kenyataan, memberikan dasar bagi pengambilan keputusan dan menentukan sikap terhadap obyek tertentu. Pengetahuan berhubungan dengan jumlah yang dimiliki seseorang. Semakin banyak informasi yang dimiliki seseorang maka semakin tinggi pula pengetahuan seseorang. Media dapat digunakan untuk membantu mengingat informasi yang disampaikan, menghemat waktu dalam menjelaskan gagasan dan menghindarkan salah tanggap .

Sarwono (2004) Menyatakan bahwa sikap seseorang dapat berubah dengan diperolehnya tambahan informasi tentang obyek

tertentu. Di dalam kehidupan manusia sikap selalu mengalami perubahan dan perkembangan. Setiap orang mempunyai sikap yang berbeda-beda terhadap suatu perangsangan.Ini disebabkan beberapa faktor yang ada pada individu masing-masing seperti adanya perbedaan dalam bakat, minat, pengalaman, pengetahuan, intensitas perasaan dan juga situasi lingkungan.

III.8.3. Tindakan

Perilaku atau tindakan kesehatan pada dasarnya adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit. Faktor yang mempengaruhi perilaku atau tindakan adalah:

1) Faktor intern: Pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi, motivasi dan sebagainya yang berfungsi mengolah rangsangan dari luar.
2) Faktor esktern: Lingkungan sekitar baik fisik maupun non fisik, seperti iklim, manusia, sosial, ekonomi, kebudayaan, dan sebagainya. (Notoatmodjo, 2003)

Domain perilaku atau tindakan kesehatan:

Menurut Notoatmodjo (2003) yang dikutip dari Benyamin Bloom (1905) membagi perilaku kedalam 3 domain :

1) Ranah Kognitif *(Kognitive Domain)*

2) Ranah Afektif *(Affective Domain)*

3) Ranah Psikomotor *(psychomotor Domain)*

Terbentuknya suatu perilaku baru dimulai pada domain kognitif dalam arti subyek tahu terhadap stimulus yang berupa obyek sehingga menimbulkan pengetahuan baru pada subyek tersebut, selanjutnya menimbulkan respon batin dalam bentuk sikap terhadap obyek yang diketahui dan akan menimbulkan respon yang lebih jauh yaitu berupa tindakan sehubungan dengan obyek tadi.

III.8.4. Pencegahan

Pencegahan adalah mengambil tindakan terlebih dahulu sebelum kejadian. Tingkat pencegahan tersebut mencakup seluruh spektrum kesehatan dan penyakit, juga tujuan-tujuan yang sesuai untuk masing-masing tingkat. Ketiga tingkatan tersebut adalah:

1. Pencegahan Primer,Yang meliputi peningkatan kesehatan dan tindakan preventif khusus yang dirancang untuk menjaga orang bebas dari penyakit dan cedera.
2. Pencegahan Sekunder

   Yang terdiri atas deteksi dini, diagnosa, dan pengobatan.
3. Pencegahan tersier

   Yang mencakup tahap penyembuhan dan rehabilitasi, dirancang untuk meminimalkan ketidakmampuan klien dan memaksimalkan tingkat fungsinya.

Tujuan dari peningkatan kesehatan atau pencegahan primer adalah untuk mencapai tingkat sehat tingkat tinggi yaitu suatu metode fungsi terpadu yang diorientasikan untuk memaksimalkan potensi dimana individu mampu didalam lingkungan dimana ia berfungsi.

Memaksimalkan potensi dimana keadaan dinamis seseorang berupaya keras untuk berkembang dan memperbaiki tingkat kesejahteraannya. Didalam lingkungan kita harus melihat individu-individu dalam lingkungan psikososial dan fisik ketika menilai tingkat kesejahteraannya (Notoatmodjo, 2003).

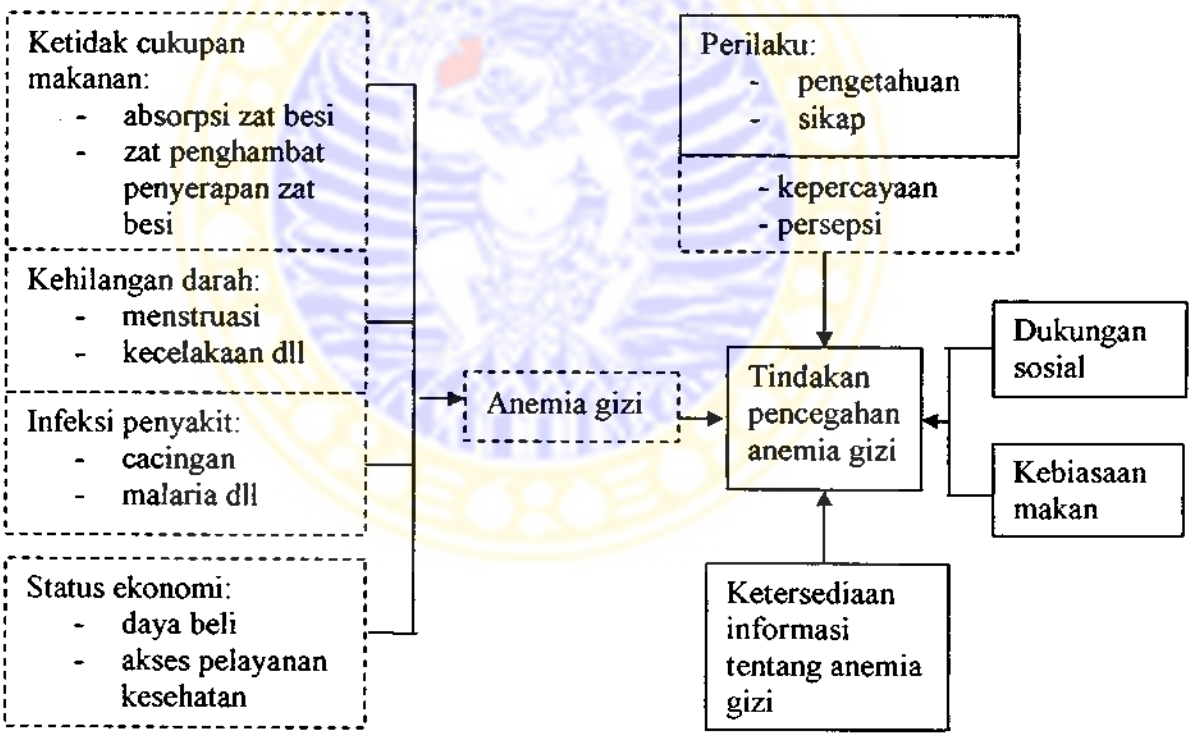
Pencegahan sekunder merupakan temuan kasus dimana pencegahannya adalah dengan diagnosa dini dan penanganan segera dapat dilakukan. Ketika penyakit tersebut bersifat menghambat penyembuhan. Tujuannya adalah untuk mengontrol perkembangan penyakit tersebut dan mencegah kecacatan. Sedangkan pencegahan tersier berupa rehabilitasi merupakan fokus utama penyembuhan dan perawatan terhadap orang sakit kronis, meliputi pemulihan terhadap individu yang cacat akibat penyakit dan luka hingga pada tingkat fungsi yang optimal atau hingga mereka berguna pada tingkat yang paling tinggi secara fisik, sosial, emosional dan vokasional.

BAB IV

KERANGKA KONSEPTUAL

IV.1. Kerangka Konseptual

Dengan melihat alur pikir dalam penelitian, peneliti mencoba menyusun kerangka konsep secara sistematis untuk mengkaji Perilaku Remaja Putri dalam Pencegahan Anemia Gizi di Madrasah Aliyah Al-Anwar Pondok Pesantren Putri Paculgowang Diwek Kabupaten Jombang.



Gambar IV.1 : Modifikasi Teori WHO dan Snehandu B.Kar

Keterangan :

———— : Diteliti

..... : Tidak diteliti

Dari kerangka konsep penelitian tersebut diatas dapat dilihat bahwa Teori WHO dan Snehandu B.Kar mempengaruhi perilaku remaja putri dalam pencegahan anemia gizi. Menurut WHO, bahwa yang menyebabkan seseorang berperilaku adalah karena adanya pemikiran dan perasaan, yakni dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap kepercayaan dan penilaian seseorang terhadap obyek. Adanya orang penting sebagai referensi atau sebagai contoh untuk bertindak. Sumber–sumber daya, mencakup fasilitas, uang waktu, tenaga dan Budaya.

Begitu juga Kar mencoba menganalisa perilaku kesehatan dengan bertitik tolak pada niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan, adanya dukungan sosial dari masyarakat sekitar, adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan, otonomi pribadi atau keputusan individu untuk mengambil tindakan dan adanya situasi yang memungkinkan untuk bertindak.

BAB V

METODE PENELITIAN

V.1. Jenis dan Rancang Bangun Penelitian

Jenis penelitian adalah penelitian observasional yang bersifat analitik, sedangkan menurut waktunya, penelitian ini merupakan penelitian *cross sectional*, yaitu karena hanya dilakukan pada periode waktu tertentu pada setiap subyek untuk menggambarkan keadaan saat itu (Notoatmodjo, 2003).

V.2. Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh remaja putri Madrasah Aliyah Al Anwar yang ada di Pondok Pesantren Pacul gowang Diwek Kabupaten Jombang.

V.3. Besar Sampel, Cara Penentuan sampel dan Cara pengambilan sample

V.3.1. Sampel

Sampel yang dimaksud adalah bagian dari populasi yang diambil dalam penelitian ini.

V.3.2. Besar sampel

Besar sampel yang digunakan dalam penelitian menggunakan rumus, sebagai berikut:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{N \cdot d^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Keterangan :

n = besarnya sample

N = besar populasi = 254 siswa

Z = nilai standart normal yang besarnya α=0,05, maka Z =1,96

p = probabilitas suatu kejadian adalah 0,62

d = besarnya penyimpangan yang masih bisa ditolerir, besar nilai d= 5 %

q = 1- p

Dari perhitungan rumus diatas didapatkan besar sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini sebanyak 149 responden.

V.3.3. Cara Penentuan Sampel

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan *simple random sampling*. Yang mana setiap subyek penelitian diambil dengan menggunakan angka acak *(random number)* dari daftar nama siswa dari kelas I,II dan III Madrasah Aliyah Al-Anwar Pondok Pesantren Paculgowang Diwek Kabupaten Jombang.

V.4. Tempat dan waktu penelitian

1. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di Madrasah Aliyah Al–Anwar Pondok Pesantren Paculgowang Diwek Kabupaten Jombang. Karena di Madrasah Aliyah ini terdapat suatu program tablet tambah darah mandiri.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan mulai dari bulan Oktober 2005 sampai dengan bulan Mei 2006.

V.5. Variabel penelitian dan Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi operasional	Cara pengukuran	Skala data
1.	Pengetahuan remaja putri tentang anemia gizi	Pemahaman responden tentang pengertian, penyebab, gejala dan akibat anemia gizi	Menggunakan kuesioner, dengan kategori: 1. Baik bila ≥ 80 % dari total skor maksimal 2. Sedang bila 60-79 % dari total skor maksimal 3. Kurang < 60 % dari total skor maksimal	Ordinal
2.	Sikap remaja putri tentang anemia gizi	Tanggapan responden terhadap masalah anemia gizi dan pencegahannya yang ditunjukkan oleh pernyataan mendukung atau tidak mendukung.	Menggunakan kuesioner likert: Favorable 1. SS = skor 4 2. S = skor 3 3. TS = skor 2 4. STS = skor 1 Unfavorable 1. SS = skor 1 2. S = skor 2 3. TS = skor 3 4. STS = skor 4 dengan kategori: 1. Mendukung bila ≥ 80 % dari total skor maksimal 2. Kurang mendukung bila 60-79 % dari total skor maksimal 3. Tidak mendukung < 60 % dari total skor maksimal	Ordinal
3.	Dukungan sosial	Dukungan dari guru, orang tua, petugas kesehatan dan masyarakat untuk meyakinkan responden dalam pencegahan anemia gizi	Menggunakan kuesioner, dengan kategori: 1. Tinggi bila ≥ 80 % dari total skor maksimal	Ordinal

			2. Sedang bila 60-79 % dari total skor maksimal 3. Kurang bila < 60 % dari total skor maksimal	
4.	Ketersediaan informasi tentang anemia gizi	Informasi yang dibutuhkan responden tentang anemia gizi	Menggunakan kuesioner, dengan kategori: 1. Tersedia bila ≥ 80 % dari total skor maksimal 2. Cukup tersedia bila 60-79 % dari total skor maksimal 3. Kurang tersedia bila < 60 % dari total skor maksimal	Ordinal
5.	Kebiasan makan	Suatu pola perilaku konsumsi pangan yang dimakan tiap hari oleh seseorang	Menggunakan kuesioner, dengan kategori: 1. Baik bila ≥ 80 % dari total skor maksimal 2. Sedang bila 60-79 % dari total skor maksimal 3. Kurang bila < 60 % dari total skor maksimal	Ordinal
6.	Tindakan pencegahan anemia gizi	Praktek nyata yang dilakukan responden dalam pencegahan anemia gizi	Menggunakan kuesioner, dengan kategori: 1. Baik bila ≥ 80 % dari total skor maksimal 2. Sedang bila 60-79 % dari total skor maksimal 3. Kurang bila < 60 % dari total skor maksimal	Ordinal

V.6. Tehnik dan Instrumen Pengumpulan Data

Dalam pengumpulan data, peneliti menggunakan alat bantu berupa kuesioner terstruktur. Responden mengisi sendiri kuesioner yang diberikan *(self administered).* Yang sebelumnya peneliti memberikan penjelasan tentang tata cara pengisian kuesioner dengan baik dan benar. Selain itu data yang dikumpulkan yaitu dari laporan tahunan program gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang.

V.7. Tehnik Analisa Data

Setelah pengumpulan data selesai, dilakukan pemeriksaan ulang tentang kelengkapan dan kebenaran data. Analisis data dilakukan dengan cara memasukkan data masing–masing variabel dalam tabel distribusi frekuensi kemudian masing–masing tabel dideskripsikan. Sedangkan untuk mengetahui hubungan antar variabel dilakukan dengan memasukkan variabel kedalam tabel silang kemudian dianalisis dengan uji statistik *"Chi Square"* dengan tingkat kemaknaan, α=0,05. Bila terdapat lebih dari satu nilai ekspektasi kurang dari 5 maka nilai-nilai ekpektasi tersebut dapat digabungkan dengan konsekkuensi bahwa jumlah kategori berkurang dan informasi yang diperoleh berkurang, yaitu dengan menggunakan uji *"Fhiser's Exact test"*.

BAB VI

HASIL PENELITIAN

VI.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Sejarah perjalanan Al-Anwar dimulai ketika pada tahun 1983 tepatnya tanggal 23 Juni 1983, oleh KH. Manshur Anwar, KH. Mahfudz Anwar, dan beberapa tokoh masyarakat Paculgowang bermufakat mendirikan suatu lembaga pendidikan yang selanjutnya diberi nama "Madrasah Aliyah Al-Anwar" berlokasi di desa Paculgowang Diwek Jombang. Nama Al-Anwar diambil dari nama besar KH. Anwar Alwie dengan maksud Tabarukan sekaligus Tafa'ul dari keilmuan beliau yang semasa hidupnya menjadi pengayom.

Berdirinya suatu lembaga pendidikan yang menomorsatukan pendidikan agama dengan tujuan rehabilitasi moral demi mencetak generasi yang berkualitas dan mengedepankan akhlakul karimah merupakan langkah yang tepat sekaligus membanggakan. Namun tanggung jawab danperan serta tinggi dari semua komponen sangat diperlukan.

Madrasah Aliyah Al-Anwar kini memasuki usianya yang ke 22 tahun, sudah banyak prestasi besar yang dicapai secara kualitas keilmuan yang di tandai dengan banyaknya alumni Al-Anwar yang menjadi pelopor dilingkungannya. Madrasah Aliyah Al-Anwar memiliki 2 gedung berlantai 2 yang terdiri dari: kantor kepala, wakil kepala, kantor administrasi, ruang guru, ruang kelas, ruang laboratorium

komputer, ruang perpustakaan, ruang OSIS, ruang UKS, ruang laboratorium IPA, Laboratorium Bahasa, dan ruang laboratorium. Jumlah kelas dan siswa masing-masing tingkatan di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Diwek Jombang adalah sebagai berikut:

Tabel VI.1 Jumlah kelas dan siswa di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006

Kelas	Jumlah kelas	Jumlah siswa
I	3	163
II	3	134
III	3	156
Total	**9**	**453**

Sumber: Profil Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang

Madrasah Aliyah Al-Anwar terdiri dari 3 kelas, yaitu kelas 1, kelas 2, dan kelas 3. Untuk kelas 3 terdapat 2 jurusan, yaitu: jurusan Ilmu Pengetahuan Alam (IPA) dan jurusan Ilmu Pengetahuan Social (IPS).

Jumlah guru di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Diwek Jombang adalah sebagai berikut:

Tabel VI.2 Jumlah Guru di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006

No	Guru	Jumlah (orang)
1.	Guru Matematika	2
2.	Guru Fisika	2
3.	Guru Kimia	2
4.	Guru BP	2
5.	Guru Biologi	1
6.	Guru Umum	18
Total		**27**

Sumber: Profil Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang

VI.2. Karakteristik Responden

Berdasarkan penelitian di dapatkan karakteristik responden sebagai berikut:

1. Kelas

Jumlah keseluruhan responden dalam penelitian ini adalah 149 siswa, dengan jumlah responden di masing-masing kelas hampir sama yaitu kelas I dan II masing-masing 50 siswa sedangkan kelas III sebanyak 49 siswa. Distribusi responden berdasarkan kelas dapat dilihat pada tabel VI.3.

Tabel VI.3 Distribusi responden Berdasarkan kelas di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006

Kelas	Jumlah	Persentase (%)
I	50	33,6
II	50	33,6
III	49	32,8
Total	**149**	**100**

Distribusi responden tersebut berdasarkan komposisi siswa yang terdapat pada masing-masing kelas, dimana jumlah kelas I dan II hampir sama sedangkan kelas III relatif sedikit dibandingkan kedua kelas tersebut.

2. Umur

Umur responden sebagian besar berumur 16 tahun (29,5%) dan umur 18 tahun (26,9%), sedangkan yang berumur 15 tahun (13,4%), umur 17 tahun (22,8 %), umur 19 tahun (7,4 %). Distribusi responden berdasarkan umur dapat dilihat pada tabel VI.4.

Tabel VI.4 Distribusi Responden berdasarkan Umur di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006

Umur (th)	Jumlah	Persentase (%)
15	20	13,4
16	44	29,5
17	34	22,8
18	40	26,9
19	11	7,4
Total	**149**	**100**

VI.3. Pengetahuan Responden Tentang Anemia Gizi

Berdasarkan hasil penelitian, maka didapat pengetahuan responden tentang anemia gizi sebagai berikut: sebagian besar responden mempunyai pengetahuan baik tentang anemia gizi (57,7 %), responden yang mempunyai pengetahuan sedang (38,3 %) sedangkan responden yang mempunyai pengetahuan kurang tentang anemia gizi (4,0 %). Distribusi responden berdasarkan kategori pengetahuan dapat dilihat pada tabel VI.5.

Tabel VI.5. Distribusi Responden berdasarkan Kategori Pengetahuan di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006

Pengetahuan	Jumlah	Persentase (%)
Baik	86	57,7
Sedang	57	38,3
Kurang	6	4,0
Total	**149**	**100**

VI.4. Sikap Responden Terhadap Anemia Gizi

Berdasarkan hasil penelitian, maka didapat distribusi responden berdasarkan kategori sikap mendukung, kurang mendukung dan tidak mendukung. Dari 149 responden terdapat 85 responden (57,0%) mempunyai sikap mendukung, sedangkan kategori sikap kurang mendukung sebesar (40,9 %) responden dan kategori sikap tidak mendukung sebesar (2,1 %). Berarti bahwa sebagian besar responden memiliki kategori sikap mendukung terhadap anemia gizi. Distribusi responden berdasarkan kategori sikap dapat dilihat pada tabel VI.6.

Tabel VI.6. Distribusi Responden berdasarkan Kategori Sikap di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006

Sikap	Jumlah	Persentase (%)
Mendukung	85	57,0
Kurang mendukung	61	40,9
Tidak mendukung	3	2,1
Total	**149**	**100**

VI.5. Dukungan Sosial Responden Terhadap Pencegahan Anemia gizi

Berdasarkan hasil penelitian, maka didapat distribusi responden berdasarkan kategori dukungan sosial tinggi, sedang dan rendah. Dari 149 responden terdapat 45 responden (30,2 %) mendapat dukungan sosial tinggi, sedangkan kategori dukungan sosial sedang sebesar (29,5 %) dan kategori dukungan sosial kurang sebesar (40,3 %). Berarti bahwa sebagian besar responden kurang mendapatkan dukungan sosial terhadap pencegahan anemia gizi. Distribusi responden berdasarkan kategori dukungan sosial dapat dilihat pada tabel VI.7.

Tabel VI.7. Distribusi Responden berdasarkan Kategori Dukungan Sosial di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006

Dukungan sosial	Jumlah	Persentase (%)
Tinggi	45	30,2
Sedang	44	29,5
Kurang	60	40,3
Total	**149**	**100**

VI.6. Kebiasaan Makan Responden Terhadap Pencegahan Anemia gizi

Berdasarkan hasil penelitian, maka didapat distribusi responden berdasarkan kategori kebiasaan makan baik, sedang dan kurang. Dari 149 responden terdapat 77 responden (51,7%) mempunyai kebiasaan makan

baik, sedangkan kategori kebiasaan makan sedang sebesar (28,2%) dan kategori kebiasaan makan kurang sebesar (20,1%). Berarti bahwa sebagian besar responden mempunyai kebiasaan makan baik. Distribusi responden berdasarkan kategori kebiasaan makan dapat dilihat pada tabel VI.8.

Tabel VI.8. Distribusi Responden berdasarkan Kategori Kebiasaan makan di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006

Kebiasaan Makan	Jumlah	Persentase (%)
Baik	77	51,7
Sedang	42	28,2
Kurang	30	20,1
Total	**149**	**100**

VI.7. Tindakan Pencegahan Terhadap Anemia gizi

Berdasarkan hasil penelitian, maka didapat distribusi responden berdasarkan kategori tindakan pencegahan baik, sedang dan kurang. Dari 149 responden terdapat 8 responden (5,4 %) memiliki tindakan pencegahan baik, sedangkan kategori tindakan pencegahan sedang sebesar (12,7 %) dan kategori tindakan pencegahan kurang sebesar (81,9 %). Berarti bahwa sebagian besar responden mempunyai tindakan pencegahan yang kurang terhadap anemia gizi. Distribusi responden berdasarkan kategori tindakan pencegahan dapat dilihat pada tabel VI.9.

Tabel VI.9. Distribusi Responden berdasarkan Kategori Tindakan Pencegahan di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006

Tindakan Pencegahan	Jumlah	Persentase (%)
Baik	8	5,4
Sedang	19	12,7
Kurang	122	81,9
Total	**149**	**100**

VI.8. Ketersediaan Informasi Tentang Anemia Gizi

Berdasarkan hasil penelitian, maka didapat distribusi responden berdasarkan kategori ketersediaan informasi tentang anemia gizi baik, sedang dan kurang. Dari 149 responden terdapat 72 responden (48,3 %) mendapatkan informasi tentang anemia gizi baik, sedangkan kategori ketersediaan informasi sedang sebesar (23,5 %) dan kategori ketersediaan informasi kurang sebesar (28,2 %). Berarti bahwa sebagian besar responden mendapatkan informasi tentang anemia gizi baik. Distribusi responden berdasarkan kategori ketersediaan informasi tentang anemia gizi dapat dilihat pada tabel VI.10.

Tabel VI.10. Distribusi Responden berdasarkan Kategori Ketersediaan Informasi Tentang Anemia Gizi di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006

Ketersediaan Informasi	Jumlah	Persentase (%)
Tersedia	72	48,3
Cukup tersedia	35	23,5
Kurang tersedia	42	28,2
Total	**149**	**100**

VI.9. Analisa Hubungan Antara Pengetahuan, Sikap, Dukungan Sosial, Kebiasaan Makan, dan Ketersediaan Informasi dengan tindakan Pencegahan Anemia Gizi

1. Hubungan Pengetahuan dengan Tindakan pencegahan

Hubungan Pengetahuan responden dengan tindakan pencegahan anemia gizi, didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel VI.11. Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan pengetahuan Dengan Tindakan Pencegahan di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006

Tindakan pencegahan	Pengetahuan					
	Baik		Kurang		Total	
	n	%	n	%	n	%
Baik	19	22,1	8	14	27	18,9
Kurang	67	77,9	49	86	116	81,1
Total	86	100	57	100	143	100

Setelah dianalisis dengan menggunakan *Fisher's Exact Test*, didapatkan nilai probabilitas lebih besar dari nilai α ($p = 0,278 > \alpha = 0,05$). Berarti bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan responden dengan tindakan pencegahan anemia gizi.

2. Hubungan Sikap dengan Tindakan pencegahan

Hubungan sikap responden dengan tindakan pencegahan anemia gizi, didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel VI.12. Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan Sikap Dengan Tindakan Pencegahan di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006

Tindakan Pencegahan	Sikap					
	Mendukung		Kurang mendukung		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sedang	12	14,1	15	23,4	27	18,1
Kurang	73	85,9	49	76,6	122	81,9
Total	85	100	64	100	149	100

Setelah dianalisis dengan menggunakan *Fisher's Exact Test*, didapatkan nilai probabilitas lebih besar dari nilai α (p = 0,197 > α = 0,05). Berarti bahwa tidak ada hubungan antara sikap responden dengan tindakan pencegahan anemia gizi.

3. Hubungan Dukungan Sosial dengan Tindakan Pencegahan

Hubungan dukungan sosial responden dengan tindakan pencegahan anemia gizi, didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel VI.13. Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan Dukungan Sosial Dengan Tindakan Pencegahan di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006

Tindakan Pencegahan	Dukungan Sosial					
	Tinggi		Kurang		Total	
	n	%	n	%	n	%
Baik	23	25,8	4	6,7	27	18,1
Kurang	66	74,2	56	93,3	122	81,9
Total	89	100	60	100	149	100

Setelah dianalisis dengan menggunakan *Fisher's Exact Test*, didapatkan nilai probabilitas lebih kecil dari nilai α (p = 0,002 < α = 0,05). Berarti bahwa ada hubungan antara dukungan sosial responden dengan tindakan pencegahan anemia gizi.

4. Hubungan Kebiasaan Makan dengan Tindakan Pencegahan

Hubungan kebiasaan makan responden dengan tindakan pencegahan anemia gizi, didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel VI.14. Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan Kebiasaan Makan Dengan Tindakan Pencegahan di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006

Tindakan Pencegahan	Kebiasaan Makan					
	Baik		Kurang		Totai	
	n	%	n	%	n	%
Baik	21	17,6	6	20	27	18,1
Kurang	98	82,4	24	80	122	81,9
Total	119	100	30	100	149	100

Setelah dianalisis dengan menggunakan *Fisher's Exact Test*, didapatkan nilai probabilitas lebih besar dari nilai α ($p = 0,793 > \alpha = 0,05$). Berarti bahwa tidak ada hubungan antara kebiasaan makan responden dengan tindakan pencegahan anemia gizi.

5. Hubungan Ketersediaan Informasi dengan Tindakan Pencegahan

Hubungan ketersediaan informasi responden dengan tindakan pencegahan anemia gizi, didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel VI.15. Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan Ketersediaan Informasi Dengan Tindakan Pencegahan di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang Tahun 2006

Tindakan Pencegahan	Ketersediaan Informasi					
	Tersedia		Kurang Tersedia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Baik	21	19,6	6	14,3	27	18,1
Kurang	86	80,4	36	85,7	122	81,9
Total	107	100	42	100	149	100

Setelah dianalisis dengan menggunakan *Fisher's Exact Test*, didapatkan nilai probabilitas lebih besar dari nilai α (p = 0,637 > α = 0,05). Berarti bahwa tidak ada hubungan antara ketersediaan informasi responden dengan tindakan pencegahan anemia gizi.

BAB VII

PEMBAHASAN

VII.1. Karakteristik Responden

Responden penelitian ini tersebar merata di seluruh tingkatan kelas, proporsional dengan jumlah total siswa di masing-masing tingkatan, yaitu kelas I, II dan III. Distribusi umur responden tersebar pada kelompok umur 15-19 tahun. Menurut Gunarsa dan Gunarsa (1991), remaja pada kelompok umur 15-19 tahun dalam perkembangan psikologisnya dikelompokkan pada remaja pertengahan. Sedangkan usia 18-21 tahun dikelompokkan pada remaja akhir, masa ini individu dapat menentukan sisitem nilai mana yang diikuti. Remaja selalu mengidentikan dirinya dengan kelompok sebayanya. Mereka membentuk hubungan-hubungan emosional dan membanggakan kelompok mereka (Gunarsa dan Gunarsa, 1991).

Remaja putri rentan mengalami kurang gizi pada periode puncak tumbuh kembang, yang kedua kurang asupan zat gizi karena pola makan yang salah, pengaruh dari lingkungan pergaulan (ingin langsing). Seperti penelitian masyarakat dalam menanggulangi masalah anemia di jawa timur, di temukan istilah lokal kutilang yang merupakan singkatan dari kurus tinggi dan langsing. Istilah tersebut digunakan remaja unjuk bentuk tubuh wanita yang ideal dan dampaknya adalah banyak remaja yang menderita anemia karena mereka melakukan diet yang berlebihan Kresno dkk (2002) dalam Notoatmodjo (2005).

VII.2. Pengetahuan Responden Tentang Anemia Gizi

Pengetahuan responden tentang anemia gizi dibagi dalam tiga kategori, baik, sedang dan kurang. Sebagian besar responden (57,7%) mempunyai pengetahuan baik tentang anemia gizi. Responden yang mempunyai pengetahuan sedang (38,3 %) sedangkan responden yang mempunyai pengetahuan kurang tentang anemia gizi (4,0 %). Menurut Sarwono (2004) Pengetahuan itu lebih bersifat pengenalan terhadap suatu benda atau hal secara obyek pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Telihat pada tabel VI.4 yang menunjukan bahwa pengetahuan remaja putri tentang anemia gizi di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang sudah baik, mereka sudah mengerti apa itu anemia gizi, penyebab dan akibat-akibatnya.

VII.3. Sikap Responden Tentang Anemia Gizi

Sikap adalah merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap stimulus atau obyek (Notoatmodjo, 2003). Para ahli psikologi seperti Thurstone 1928 (Azwar, 2000) menyatakan bahwa sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu obyek adalah perasaan mendukung atau memihak *(favorable)* mau pun perasaan tidak mendukung *(unfavorable)* pada obyek tersebut. Sikap responden terhadap anemia gizi dibagi dalam tiga kategori, yaitu mendukung, kurang mendukung dan tidak mendukung. Dari 149 responden terdapat 85 responden (57,0%) mempunyai sikap mendukung, sedangkan kategori sikap kurang mendukung sebesar (40,9

%) responden dan kategori sikap tidak mendukung sebesar (2,1 %). Menurut Azwar (2000) sikap merupakan hasil dari pengolahan pengetahuan dan pengalaman dalam alam pikiran menjadi suatu ide yang sudah terbentuk namun belum dicetuskan, sehingga manifestasinya tidak dapat dilihat secara nyata. Sikap remaja putri mengenai anemia gizi di Madrasah Aliyah Al-Anwar Paculgowang sudah menunjukan sikap yang mendukung.

VII.4. Dukungan Sosial Responden Terhadap Pencegahan Anemia gizi

Menurut WHO dalam Notoatmodjo (2003), perilaku seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satunya adalah orang penting yang menjadi referensi, misalnya orang tua, guru, dan teman sebaya. Orang penting ini sering kali membentuk opini pengikutnya dan dapat menjadi contoh untuk melakukan suatu tindakan. Sedangkan menurut Muzaham (1995) Dukungan sosial merupakan usaha yang dilakukan seseorang atau orang disekitar lingkungannya untuk meyakinkan orang lain dalam melakukan suatu tindakan.

Pada Tabel VI.6 terlihat bahwa dari 149 responden terdapat 45 responden (30,2 %) mendapat dukungan sosial tinggi, sedangkan kategori dukungan sosial sedang sebesar (29,5 %) dan kategori dukungan sosial kurang sebesar (40,3 %). Sehingga dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden kurang mendapatkan dukungan sosial terhadap pencegahan anemia gizi.

VII.5. Kebiasaan Makan Responden Terhadap Pencegahan Anemia gizi

Masa remaja merupakan masa transisi antara masa kanak--kanak dan masa dewasa. Pada masa ini organ–organ tubuh mulai berfungsi. Remaja sangat beresiko menderita anemia khususnya karena kurang zat besi. Untuk remaja putri beresiko lebih besar dari pada remaja putra, hal ini, pertama karena remaja putri mengalami menstruasi yang banyak, yang dikhawatirkan akan kehilangan zat besi, alasan kedua karena remaja putri sering kali menjaga penampilan, ingin kurus sehingga berdiet dan mengurangi makan. Diet yang tidak seimbang dengan kebutuhan tubuh akan menyebabkan kekurangan zat besi (Depkes RI, 2003).

Pada Tabel VI.7 terlihat bahwa Remaja putri yang mempunyai kebiasaan makan baik sebanyak 77 responden (51,7%). Sedangkan menurut Khumaidi (1994) kebiasaan makan ialah tingkah laku manusia atau kelompok manusia dalam memenuhi kebutuhannya akan makan yang meliputi sikap, kepercayaan, dan pemilihan makanan. Kebiasaan makan antar kelompok memberikan dampak pada distribusi makanan antar anggota kelompok.

Begitu halnya remaja putri di madrasah Aliyah Al-Anwar , mereka mempunyai kebiasaan makan yang berbeda-beda. Mereka akan makan jika benar-benar merasa lapar. Selain itu mereka juga mempunyai pantangan tehadap makanan tertentu, hal ini dilakukan semata-mata karena mereka takut gemuk dan karena mempunyai alergi terhadap makanan tertentu.

VII.6 Tindakan Pencegahan Terhadap Anemia Gizi

Menurut Notoatmodjo (2003) Perilaku atau tindakan kesehatan pada dasarnya adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit. Sedangkan Pencegahan adalah mengambil tindakan terlebih dahulu sebelum kejadian. Tingkat pencegahan tersebut mencakup seluruh spektrum kesehatan dan penyakit.

Pada tabel VI.8 terlhat bahwa remaja putri yang melakukan tindakan pencegahan terhadap anemia gizi dengan baik sebanyak (5,4%), sedangkan remaja putri yang melakukan tindakan pencegahan sedang sebesar (12,7%) dan remaja putri yang melakukan tindakan pencegahan kurang sebanyak (81,9%). Dari sini terlihat bahwa tindakan pencegahan yang dilakukan remaja putri di Madrasah Aliyah Al-Anwar masih kurang meskipun mereka sudah tahu tentang anemia gizi, tetapi belum tentu dalam tindakan pencegahannya mereka melakukan dengan baik pula.

VII.7. Ketersediaan Informasi Tentang anemia gizi

Ketersediaan informasi adalah informasi yang dibutuhkan seseorang, yang berupa sarana dan prasarana untuk menunjang kesehatan (Muzaham, 1995). Pada tabel VI.10 terlihat bahwa remaja putri yang mendapatkan informasi tentang anemia gizi baik sebanyak (48,3%) sedangkan yang mendapatkan informasi sedang sebanyak (23,5%) dan remaja putri yang mendapatkan informasi tentang anemia gizi kurang sebanyak (28,2%). Sebagian besar mereka

mendapatkan informasi tentang anemia gizi dari media cetak (majalah, koran, dan buletin), dari media elektronik (televisi dan radio).

VII. Analisa Hubungan antar Pengetahuan, Sikap, Dukungan Sosial, Kebiasaan Makan, dan Ketersediaan Informasi Dengan Ttindakan Pencegahan Anemia Gizi.

1. Hubungan Pengetahuan Dengan Tindakan Pencegahan

Pengetahuan responden tentang anemia gizi dibagi dalam tiga kategori, yaitu baik, sedang, dan kurang. Menurut Sarwono (2004) pengetahuan itu lebih bersifat pengenalan terhadap suatu benda atau hal secara obyek pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang.

Dalam hal ini pengetahuan responden baik dan mencapai angka yang besar pula, tetapi dalam kenyataannya tindakan pencegahan terhadap anemia gizi masih kurang, yang menunjukkan angka (81,9%). Pada penelitian ini, pengetahuan responden secara statistik tidak memiliki hubungan dengan tindakan pencegahan terhadap anemia gizi ($p = 0,278$). Hal ini karena remaja putri di Madrasah Aliyah Al-Anwar ini mengerti tentang anemia gizi dari berbagai sumber informasi yang mereka peroleh termasuk dari media cetak maupun media elektronik seperti: majalah, koran, buletin, televisi, dan radio.

Namun penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Saraswati (1997) tentang pengetahuan remaja putri tentang anemia di Sekolah Menegah Umum di Enam Propinsi Dati II Jawa Barat yang

menunjukkan bahwa secara umum pengetahuan remaja putri tentang anemia masih rendah. Tetapi mereka tahu informasi tentang anemia dari berbagai sumber diantaranya dari pelajaran sekolah dan keluarga serta majalah, buku, televisi dan radio. Sedangkan perilaku seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satunya adalah pemikiran dan perasaan dalam bentuk pengetahuan. Termasuk didalamnya adalah pengetahuan responden terhadap tindakan pencegahan anemia gizi menurut teori perilaku WHO dalam Notoatmodjo (2003).

2. Hubungan Sikap Dengan Tindakan Pencegahan

Sikap adalah keadaan mental dan saraf dari kesiapan, yang diatur melalui pengalaman yang memberikan pengaruh dinamik atau terarah terhadap respon individu pada suatu obyek dan situasi yang berkaitan dengannya (Azwar, 2000). Sikap remaja putri terhadap tindakan pencegahan anemia gizi masih dapat berubah bila ia mendapatkan masukan-masukan, pengalaman atau perilaku dan dukungan sosial dari lingkungan tempat tinggal mereka.

Dari hasil analisis secara statistik menunjukkan bahwa sikap responden terhadap anemia gizi tidak ada hubungan dengan tindakan pencegahan terhadap anemia gizi (p=0,197). Sikap yang terdapat pada diri remaja putri di Madrasah Aliyah Al-Anwar ini sebagian besar mendukung. Hal ini karena ditunjang dengan tingkat pengetahuan mereka tentang anemia gizi yang baik pula, sehingga memungkinkan seseorang untuk mengambil langkah tindakan yang baik pula. Namun pada kenyataannya mereka masih belum menunjukkan tindakan yang

baik dalam pencegahan anemia gizi tersebut. Pengetahuan memegang peranan penting dalam penentuan sikap yang utuh (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan akan membentuk kepercayaan yang selanjutnya akan memberikan perspektif pada manusia dalam mempersepsikan kenyataan, memberikan perspektif pada manusia dalam mempersepsikan kenyataan, memberikan dasar bagi pengambilan keputusan dan menentukan sikap terhadap obyek tertentu.

3. Hubungan Dukungan Sosial Dengan Tindakan Pencegahan

Menurut Snehandu B.Kar dalam (Notoatmodjo, 2003) Perilaku seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satunya adalah dukungan sosial, misalnya dukungan dari masyarakat, keluarga, petugas kesehatan teman sebaya dan lain-lain. Pada penelitian ini, menunjukkan bahwa dukungan sosial secara statistik yang diperoleh responden menunjukkan adanya hubungan dengan tindakan pencegahan terhadap anemia gizi (p=0,002). Dukungan sosial yang diperoleh remaja putri Madrasah Aliyah Al-Alwar masih sangat kurang terhadap tindakan pencegahan terhadap anemia gizi.

Padahal pada realitas kehidupan sehari-hari dukungan sosial menjadi suatu upaya untuk meyakinkan seseorang untuk bertindak. Dukungan sosial memberikan dampak yang baik apabila dilakukan dengan baik pula, sehingga diperoleh hasil yang seimbang. Karena pada dasarnya remaja masih membutuhkan dukungan dari lingkungan sosialnya, termasuk didalamnya tokoh masyarakat, orang tua, guru dan

teman sebayanya yang memberikan pengaruh yang bermakna pada tindakan pencegahan terhadap anemia gizi.

Dukungan sosial *(social support)* di definisikan oleh gottlieb (1983) dalam Kuntjoro (2002) sebagai informasi verbal atau non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subyek di dalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh pada tingkah laku penerimanya. Dalam hal iniorang yang merasa memperoleh dukungan sosial, secara emosional merasa lega karena diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya.

Kurangnya dukungan sosial yang diberikan masyarakat kepada remaja putri, karena tidak adanya koordinasi yang baik antara mereka. Remaja putri sering menyimpan sendiri permasalahan dan jarang bersikap terbuka terhadap permasalahannya tersebut, begitu juga mungkin hal ini terjadi karena kurangnyanya pengetahuan dari orang-orang pemberi dukungan tentang anemia gizi. Sehingga terlihat bahwa tindakan pencegahan remaja putri tentang anemia gizi berkurang juga. Pendapat senada di kemukakan oleh Sarason (1983) dalam Kuntjoro (2002) yang mengatakan bahwa dukungan sosial adalah keberadaan, ketersediaan, kepedulian dari orang-orang yang dapat diandalkan, menghargai dan menyayangi kita.

4. Hubungan Kebiasaan Makan Dengan Tindakan Pencegahan

Kita tahu bahwa remaja, khususnya remaja putri mempunyai resiko lebih besar dari pada pria. Hal ini disebabkan karena remaja putri setiap bulanya mengalami menstruasi, selain itu mereka seringkali ingin menjaga penampilanya, ingin kurus sehingga melakukan diet yang tidak seimbang, mengurangi porsi makan yang menyebabkan kekurangan zat besi(DepkesRI,2003).

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa kebiasaan makan secara statistik tidak ada hubungan dengan tindakan pencegahan terhadap anemia gizi (p=0,793). Menurut hasil penelitian Indriawati tentang kebiasaan makan yang dilakukan pada remaja putri di Cibinong kabupaten Bogor menujukkan bahwa kebiasaan makan remaja putri mempunyai hubungan yang bermakna dengan kejadian anemia. Yang mana mereka mempunyai kebiasaan diet, kebiasaan makan sumber protein hewani dan kebiasaan minum teh. Sedangkan kebiasaan makan pada remaja putri di Madrasah Aliyah Paculgowang juga dipengaruhi oleh adanya pantangan makanan tertentu. Mereka sengaja menghindari makanan tertentu, seperti telur, ayam karena mereka mempunyai alergi terhadap makanan tersebut. Sedangkan alasan yang lain dari pantangan terhap makanan tertentu adalah karena mereka mempunyai riwayat penyakit lain, seperti diare, typus yang mana mereka harus membatasi makanan-makanan yang harus dihindari.

Responden yang menjawab ya dan memberikan alasan terhadap pantangan makanan tertentu adalah 56 responden (37,6%). Sedangkan

makanan yang dianjurkan untuk dikonsumsi responden, yang menjawab ya dan memberikan alasan sebanyak 25 responden (16,8%). Dengan alasan agar cepat sembuh dari penyakit yang di deritanya pada saat itu, ingin tetap sehat, dan untuk menambah darah bagi mereka yang mengalami anemia gizi. Selain itu dalam kebiasaan makan responden akan makan jika benar-benar merasa lapar, responden yang menjawab ya dan memberikan alasan sebanyak 20 responden (13,4%), dengan alasan karena mereka malas makan, tidak ada selera makan dan takut gemuk.

5. Hubungan Ketersediaan Informasi Dengan Tindakan Pencegahan

Menurut Snehandu B.Kar dalam (Notoatmodjo,2003) Perilaku seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satunya adalah ketersediaan informasi tentang anemia gizi. Sedangkan menurut Muzaham (1995) Ketersediaan informasi adalah suatu informasi yang dibutuhkan seseorang yang berupa sarana dan prasarana untuk menunjang kesehatan. Dari hasil penelitian secara statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara ketersediaan informasi tentang anemia gizi dengan tindakan pencegahan terhadap anemia gizi (p=0,637). Ketersediaan informasi tentang kesehatan menentukan seseorang untuk memperoleh sesuatu yang diperlukan untuk menunjang kesehatannya. Mereka memperoleh apa yang mereka butuhkan untuk bertindak. Dalam penelitian ini terlihat bahwa tersedia informasi bagi remaja putri, sebagian besar mereka mendapatkan informasi dari luar, dan minimnya informasi yang mereka peroleh dari sekolahnya.

Mereka cenderung mencari sumber informasi itu sendiri, yaitu melalui membaca koran, majalah, buletin yang menyajikan informasi tentang kesehatan. Disamping itu mereka juga memperoleh informasi tentang anemia gizi dengan menonton televisi yang menyajikan iklan-iklan layanan kesehatan serta mendengarkan siaran-siaran di radio. Ketersediaan informasi tentang anemia gizi memberikan pengaruh pada pengetahuan, sikap dan tindakan mereka mereka tentang anemia gizi. Seperti penelitian yang dilakukan oleh Saraswati (1997) bahwa secara umum remaja putri memperoleh informasi tentang anemia meskipun pengetahuan mereka masih kurang.

BAB VIII

KESIMPULAN DAN SARAN

VIII.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat ditarik kesimpulan, yaitu:

1. Bahwa sebagian besar remaja putri 57,7% mempunyai pengetahuan baik tentang anemia gizi, sikap mereka 57,0% yang mendukung terhadap anemia gizi, kebiasaan makan juga baik 51,7% dan ketersediaan informasi tentang anemia gizi baik sebanyak 72% akan tetapi dukungan sosial kurang 40,3%dan tindakan pencegahan anemia gizi kurang sebanyak 81,9%.
2. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan yang dimiliki responden tidak ada hubungan dengan tindakan pencegahan anemia gizi (p=0,278).
3. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa sikap yang dimiliki responden tidak ada hubungan dengan tindakan pencegahan anemia gizi (p=0,197).
4. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan sosial yang kurang ada hubungan dengan tindakan pencegahan yang kurang terhadap anemia gizi (p=0,002).

5. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa kebiasaan makan yang diperoleh responden tidak ada hubungan dengan tindakan pencegahan terhadap anemia gizi (p=0,793).
6. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa ketersediaan informasi yang diperoleh responden tidak ada hubungan dengan tindakan pencegahan terhadap anemia gizi (p=0,637).

VIII.2. Saran

Saran yang bisa diberikan yang berkaitan dengan tindakan pencegahan anemia gizi pada remaja putri antara lain:

1. Perlu adanya pendidikan kesehatan tentang anemia gizi di sekolah sejak dini, dimulai dari tingkat sekolah dasar. Isi dari pendidikan kesehatan tersebut, berupa tindakan pencegahan, akibat atau dampak yang ditimbulkan oleh anemia gizi serta pentingnya tablet tambah darah.
2. Perlunya ketersediaan informasi tentang anemia gizi yang menunjang bagi remaja putri di madrasah Aliyah Al-Anwar Pondok Pesantren Paculgowang Diwek Jombang. Berupa media, seperti leaflet, booklet, dan artikel-artikel tentang anemia gizi yang bisa ditempel di mading sekolah.
3. Perlunya dukungan sosial dari orang-orang terdekat seperti orang tua, guru dan masyarakat dalam pencegahan anemia gizi. Sehingga dukungan sosial yang diharapkan akan tercapai dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

Arisman. 2004. Gizi *Dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: EGC.

Azwar, Saifuddin. 2000. *Sikap Manusia, Teori Dan Pengukurannya*. Edisi ke-2 Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Budiarto, E. 2001. *Biostatistika Untuk Kedokteran Dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.

Berg, Mary E. 1995. *Ilmu Gizi Dan Diet*. Yogyakarta: Yayasan Esentia Medica.

Depkes RI. 1995. *Pedoman Operasional Penanggulangan Anemia Gizi Di Indonesia*. Dirjen Binkesmas.

Depkes RI. 1998. *Pedoman Penanggulangan Anemia Besi Pada Wanita Usia Subur*, Jakarta: Direktorat Bina Gizi.

Depkes RI. 2003. *Pedoman Pemberian Tablet Tambah Darah Bagi Petugas*, Jakarta: Direktorat Jendral Pembangunan Kesehatan Masyarakat

Depkes RI. 2003. *Pedoman Penanggulangan Anemia Besi Pada Wanita Usia Subur*, Jakarta: Direktorat Bina Gizi.

Gunarsa, Singgih dan Yulia Singgih Gunarsa. 1991 *Psikologi Praktis: Anak Remaja dan Keluarga*, Jakarta: BPK gunung Mulia.

Hoffbrand, A.V.; J.E. dan Pettit, P.A.H. 2005. *Kapita Selekta Hematologi*. Edisi ke-4. Jakarta: EGC.

Indriawati Herman, I. *Hubungan Anemia dengan kebiasaan makan, Pola Haid, Pengetahuaan tentang Anemia dan Status Gizi Remaja Putri di SMUN1CibinongKabupatenBogor*. http://hqweb01.bkkbn.go.id/hqweb/ceria/sslappage2.html sitasi 03 Juni 2006

Karta Sapoetra, G. 1995. *Ilmu Gizi (Korelasi Gizi, kesehatan dan Produktivitas Kerja)*

Kuntjoro, Sri Z. *Dukungan Sosial Pada Lansia*. http://www.e-psikologi.com sitasi 04 Juni 2006.

Muchtadi, Deddy; Nurheni Sri Palupi; Made Astawan, 1993. *Metabolisme Zat Gizi*, Jakarta: pustaka Sinar Harapan.

Muhilal, 1998. *Penentuan Keadaan Kurang Gizi Dengan Cara Non Antropometri*, Jakarta: gizi Indonesia Vol XIII no.2.

Muzaham, F. 1995. *Sosiologi Kesehatan*, Jakarta: Universitas Indonesia Press.

Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta: Badan Penerbit kesehatan masyarakat.

Notoatmodjo, S. 2003. *Metodologi Penelitian Kesehatan,* Jakarta: PT Rineka cipta.

Notoatmodjo, S. 2005. *Promosi Kesehatan ,Teori Dan Aplikasi*, Jakarta: PT Rineka cipta.

Santoso, Soegeng; Anne Lies R. 1999. *Kesehatan dan Gizi,* Jakarta: PT Rineka cipta.

Saraswati, Edwi. *Perbedaan Tingkat Pengetahuan Anemia Remaja Putri Sekolah Menengah Umum Anemia dan Non Anemia di Enam Dati II Propinsi Jawa Barat.* http://digilib.litbang.depes.go.id/go.php?id=jkpkbppk-gdl-res-1997-edwi-1193-anemia ganesha digital library sitasi 03 Juni 2006

Sarwono, Solita. 2004. *Sosiologi Kesehatan*, Yogyakarta: Gajah Mada University Press.

Sediaoetomo, A.D. 1999. *Ilmu Gizi Untuk Profesi Dan Mahasiswa*, Jakarta: Dian rakyat.

Soetjiningsih, 1998. *Tumbuh Kembang Anak*, Bagian Kesehatan Anak, Bali, Fakultas Kedokteran, Universitas Udayana : EGC.

Supardiman, Iman. 1997 *Hematologi Klinik* edisi ke-2, Bandung: Alumni

Widijanto, Didik; Hamam Hadi; Ira Pramasti, 2002 *Hubungan Pengetahuan,Sikap Dan Praktek Ibu Hamil Dengan Kepatuhan Minum Obat Tablet Besi Di kabupaten Bantul*, Yogyakarta: Prosiding Kongres Nasional Persagi Dan temu Ilmiah XII. jakarta . Persagi 2002.

LAMPIRAN

KUESIONER

I. Biodata

No :
Kelas :
Nama responden :
Umur :
Alamat :

II. Pengetahuan responden tentang anemia gizi

Pilihlah salah satu jawaban dengan memberikan tanda silang (x) dari pertanyaan dibawah ini !

1. Apakah yang dimaksud dengan anemia gizi ?
   a. keadaan dimana tekanan darah menjadi rendah
   b. keadaan dimana kekurangan zat gizi dalam pembentukan dan produksi sel darah merah
   c. keadaan dimana kadar darah merah lebih dari normal
2. Apakah anemia gizi bisa di obati ?
   a. bisa
   b. tidak
3. Apakah yang menyebabkan terjadinya anemia gizi ?
   a. kelebihan zat gizi yang masuk kedalam tubuh
   b. istirahat yang cukup
   c. menstruasi
4. Apa tanda orang yang mengalami anemia gizi ?
   a. letih, lesu, loyo, lemah
   b. adanya gairah dalam belajar
   c. wajah ceria dan berseri
5. Bagaimana cara mencegah anemia gizi ?
   a. dengan minum teh
   b. banyak konsumsi makanan bergizi seimbang
   c. dengan minum kopi
6. Apa yang menjadi penyebab orang mengalami anemia gizi ?
   a. adanya parasit didalam tubuh
   b. diet berlebihan
   c. olah raga teratur
   d. jawaban a dan b benar
7. Upaya apa yang dilakukan dalam pencegahan anemia gizi ?
   a. makan yang banyak
   b. berdiet
   c. makan sayur dan buah

8. Mengapa kita perlu mengkonsumsi vit C ?
    a. untuk meningkatkan daya konsentrasi
    b. untuk meningkatkan daya serap besi
    c. untuk mengurangi daya serap besi
9. Sumber makanan apakah yang sulit diserap oleh tubuh ?
    a. sumber makanan nabati
    b. sumber makanan hewani
10. Apakah akibat yang ditimbulkan jika mengalami anemia ?
    a. daya tahan tubuh menurun
    b. konsentrasi belajar meningkat
    c. badan tampak segar

III. Sikap responden tentang anemia gizi

Berilah tanda silang (x) pada kolom sesuai pilihan anda dari pernyataan dibawah ini !

SS = Sangat Setuju
S = Setuju
TS = Tidak Setuju
STS = Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS	Skor
1.	Anemia gizi itu membahayakan kesehatan anda					
2.	Anemia gizi sebenarnya tidak bisa dicegah					
3.	Bila anda mengalami anemia gizi perluu segera diobati karena tidak bisa sembuh dengan sendiri					
4.	Bila anda mengalami gejala: lemah, letih, loyo, dan lemah tidak perlu periksa ke petugas kesehatan					
5.	Anemia gizi adalah masalah gizi yang tidak perlu mendapat perhatian					
6.	Cara mencegah anemia gizi yaitu dengan menkonsumsi makanan bergizi seimbang					
7.	Anemia gizi merupakan hal yang biasa pada remaja sehingga tidak usah diobati					
8.	Penyuluhan tentang anemia gizi perlu dilakukan di sekolah					
9.	Bila mengalami anemia gizi, tidak perlu dibicarakan dengan orang tua atau guru					
10.	Tablet tambah darah perlu diminum saat mengalami anemia gizi					

IV. Dukungan sosial dalam pencegahan anemia gizi

Pilihlah salah satu jawaban dengan memberikan tanda silang (x) dari pertanyaan dibawah ini !

1. Apakah anda pernah mendapatkan nasehat dari orang tua tentang pencegahan anemia gizi ?
   a. ya
   b. tidak
2. Apakah anda pernah mendapatkan dukungan sosial dari masyarakat dalam pencegahan anemia gizi ?
   a. ya
   b. tidak
3. Apakah anda pernah mendapatkan nasehat dari guru tentang pencegahan anemia gizi ?
   a. ya
   b. tidak
4. Apakah anda pernah mendapatkan penyuluhan dari petugas kesehatan tentang pencegahan anemia gizi ?
   a. ya
   b. tidak
5. Apakah anda pernah mendapatkan dukungan dari teman sebaya dalam pencegahan anemia gizi ?
   a. ya
   b. tidak

V. Kebiasaan makan respoden

Pilihlah salah satu jawaban dengan memberikan tanda silang (x) dari pertanyaan dibawah ini !

1. Berapa kali anda makan sehari ?
   a. 3 kali
   b. 2 kali
   c. 1 kali
2. Apakah ada pantangan terhadap makanan tertentu ?
   a. ya
   b. tidak
   bila ya, apa alasanya?
3. Apakah ada makan tertentu yang dianjurkan ?
   a. ya
   b. tidak
   bila ya, apa alasannya ?
4. Apakah anda mulai makan jika benar-benar merasa lapar ?
   a. ya
   b. tidak
   bila ya, apa alasanya ?

5. Apa yang anda minum setelah makan ?

Waktu	Jenis minuman		
	a. air putih	b. teh	c. jus buah
Pagi			
Siang			
Malam			

VI. Tindakan pencegahan anemia gizi

Pilihlah salah satu jawaban dengan memberikan tanda silang (x) dari pertanyaan dibawah ini !

1. Apakah setiap hari anda mengkonsumsi sayuran hijau daun ?
   a. ya
   b. tidak
   bila ya, sebutkan apa saja ?
2. Apakah setiap hari anda mengkonsumsi lauk pauk hewani ?
   a. ya
   b. tidak
   bila ya, sebutkan apa saja ?
3. Apakah setiap hari anda mengkonsumsi buah-buahan ?
   a. ya
   b. tidak
   bila ya, sebutkan apa saja ?
4. Apakah anda juga mengkonsumsi tablet tambah darah dalam pencegahan anemia gizi ?
   a. ya
   b. tidak
5. Berapa kali dalam seminggu anda minum talet tambah darah ?
   a. 1 kali
   b. tidak pernah

VII.Ketersediaan informasi tentang anemia gizi

Pilihlah salah satu jawaban dengan memberikan tanda silang (x) dari pertanyaan dibawah ini !

1. Apakah ada informasi tentang anemia gizi di UKS sekolah anda ?
   a. ya
   b. tidak
2. Apakah anda pernah mendapatkan pendidikan gizi di sekolah ?
   a. ya
   b. tidak
3. Apakah pernah ada penyuluhan dari petugas kesehatan tentang anemia gizi di sekolah anda ?

a. ya
b. tidak

4. Apakah anda pernah mendapatkan informasi tentang anemia dari media ?
   a. ya
   b. tidak
   bila ya, sebutkan dari mana saja ?
5. Apakah anda pernah mendapatkan informasi tentang anemia dari orang tua anda ?
   a. ya
   b. tidak
6. Apakah anda pernah mendapatkan informasi tentang anemia dari guru anda ?
   a. ya
   b. tidak

kategori sikap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mendukung	85	57,0	57,0	57,0
	kurang mendukung	61	40,9	40,9	98,0
	tidak mendukung	3	2,0	2,0	100,0
	Total	149	100,0	100,0	

kategori pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	baik	86	57,7	57,7	57,7
	sedang	57	38,3	38,3	96,0
	kurang	6	4,0	4,0	100,0
	Total	149	100,0	100,0	

kebiasaan makan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	baik	77	51,7	51,7	51,7
	sedang	42	28,2	28,2	79,9
	kurang	30	20,1	20,1	100,0
	Total	149	100,0	100,0	

dukungan sosial

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tinggi	45	30,2	30,2	30,2
	sedang	44	29,5	29,5	59,7
	kurang	60	40,3	40,3	100,0
	Total	149	100,0	100,0	

ketersediaan informasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tersedia	72	48,3	48,3	48,3
	Cukup tersedia	35	23,5	23,5	71,8
	Kurang tersedia	42	28,2	28,2	100,0
	Total	149	100,0	100,0	

tindakan pencegahan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	baik	8	5,4	5,4	5,4
	sedang	19	12,8	12,8	18,1
	kurang	122	81,9	81,9	100,0
	Total	149	100,0	100,0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kategori pengetahuan * tindakan pencegahan	143	96,0%	6	4,0%	149	100,0%

kategori pengetahuan * tindakan pencegahan Crosstabulation

			tindakan pencegahan		Total
			baik	kurang	
kategori pengetahuan	baik	Count	19	67	86
		Expected Count	16,2	69,8	86,0
		% of Total	13,3%	46,9%	60,1%
	kurang	Count	8	49	57
		Expected Count	10,8	46,2	57,0
		% of Total	5,6%	34,3%	39,9%
Total		Count	27	116	143
		Expected Count	27,0	116,0	143,0
		% of Total	18,9%	81,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,453	1	,228		
Continuity Correction	,975	1	,324		
Likelihood Ratio	1,497	1	,221		
Fisher's Exact Test				,278	,162
Linear-by-Linear Association	1,443	1	,230		
N of Valid Cases	143				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,76.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,100			,228
Interval by Interval	Pearson's R	,101	,079	1,203	,231
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,101	,079	1,203	,231
N of Valid Cases		143			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kategori sikap * tindakan pencegahan	149	100,0%	0	,0%	149	100,0%

kategori sikap * tindakan pencegahan Crosstabulation

			tindakan pencegahan		Total
			sedang	kurang	
kategori sikap	mendukung	Count	12	73	85
		Expected Count	15,4	69,6	85,0
		% of Total	8,1%	49,0%	57,0%
	kurang mendukung	Count	15	49	64
		Expected Count	11,6	52,4	64,0
		% of Total	10,1%	32,9%	43,0%
Total		Count	27	122	149
		Expected Count	27,0	122,0	149,0
		% of Total	18,1%	81,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,137	1	,144		
Continuity Correction	1,555	1	,212		
Likelihood Ratio	2,117	1	,146		
Fisher's Exact Test				,197	,107
Linear-by-Linear Association	2,123	1	,145		
N of Valid Cases	149				

a Computed only for a 2x2 table
b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,60.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,119			,144
Interval by Interval	Pearson's R	-,120	,082	-1,463	,146
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,120	,082	-1,463	,146
N of Valid Cases		149			

a Not assuming the null hypothesis.
b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
c Based on normal approximation.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
dukungan sosial * tindakan pencegahan	149	100,0%	0	,0%	149	100,0%

dukungan sosial * tindakan pencegahan Crosstabulation

			tindakan pencegahan		Total
			baik	kurang	
dukungan sosial	tinggi	Count	23	66	89
		Expected Count	16,1	72,9	89,0
		% of Total	15,4%	44,3%	59,7%
	rendah	Count	4	56	60
		Expected Count	10,9	49,1	60,0
		% of Total	2,7%	37,6%	40,3%
Total		Count	27	122	149
		Expected Count	27,0	122,0	149,0
		% of Total	18,1%	81,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,882	1	,003		
Continuity Correction	7,637	1	,006		
Likelihood Ratio	9,918	1	,002		
Fisher's Exact Test				,002	,002
Linear-by-Linear Association	8,823	1	,003		
N of Valid Cases	149				

a Computed only for a 2x2 table
b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,87.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,237			,003
Interval by Interval	Pearson's R	,244	,066	3,053	,003
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,244	,066	3,053	,003
N of Valid Cases		149			

a Not assuming the null hypothesis.
b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
c Based on normal approximation.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kebiasaan makan * tindakan pencegahan	149	100,0%	0	,0%	149	100,0%

kebiasaan makan * tindakan pencegahan Crosstabulation

			tindakan pencegahan		Total
			baik	kurang	
kebiasaan makan	baik	Count	21	98	119
		Expected Count	21,6	97,4	119,0
		% of Total	14,1%	65,8%	79,9%
	kurang	Count	6	24	30
		Expected Count	5,4	24,6	30,0
		% of Total	4,0%	16,1%	20,1%
Total		Count	27	122	149
		Expected Count	27,0	122,0	149,0
		% of Total	18,1%	81,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,089	1	,765		
Continuity Correction	,001	1	,973		
Likelihood Ratio	,088	1	,767		
Fisher's Exact Test				,793	,473
Linear-by-Linear Association	,089	1	,766		
N of Valid Cases	149				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,44.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,024			,765
Interval by Interval	Pearson's R	-,024	,084	-,297	,767
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,024	,084	-,297	,767
N of Valid Cases		149			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ketersediaan informasi * tindakan pencegahan	149	100,0%	0	,0%	149	100,0%

ketersediaan informasi * tindakan pencegahan Crosstabulation

			tindakan pencegahan		Total
			baik	kurang	
ketersediaan informasi	tersedia	Count	21	86	107
		Expected Count	19,4	87,6	107,0
		% of Total	14,1%	57,7%	71,8%
	Kurang tersedia	Count	6	36	42
		Expected Count	7,6	34,4	42,0
		% of Total	4,0%	24,2%	28,2%
Total		Count	27	122	149
		Expected Count	27,0	122,0	149,0
		% of Total	18,1%	81,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,580	1	,446		
Continuity Correction	,276	1	,600		
Likelihood Ratio	,602	1	,438		
Fisher's Exact Test				,637	,306
Linear-by-Linear Association	,576	1	,448		
N of Valid Cases	149				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,61.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,062			,446
Interval by Interval	Pearson's R	,062	,077	,758	,450
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,062	,077	,758	,450
N of Valid Cases		149			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kebiasaan makan * tindakan pencegahan	149	100,0%	0	,0%	149	100,0%

kebiasaan makan * tindakan pencegahan Crosstabulation

			tindakan penceganan		Total
			baik	kurang	
kebiasaan makan	baik	Count	21	98	119
		Expected Count	21,6	97,4	119,0
		% of Total	14,1%	65,8%	79,9%
	kurang	Count	6	24	30
		Expected Count	5,4	24,6	30,0
		% of Total	4,0%	16,1%	20,1%
Total		Count	27	122	149
		Expected Count	27,0	122,0	149,0
		% of Total	18,1%	81,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,089	1	,765		
Continuity Correction	,001	1	,973		
Likelihood Ratio	,088	1	,767		
Fisher's Exact Test				,793	,473
Linear-by-Linear Association	,089	1	,766		
N of Valid Cases	149				

a Computed only for a 2x2 table
b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,44.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,024			,765
Interval by Interval	Pearson's R	-,024	,084	-,297	,767
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,024	,084	-,297	,767
N of Valid Cases		149			

a Not assuming the null hypothesis.
b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
c Based on normal approximation.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ketersediaan informasi * tindakan pencegahan	149	100,0%	0	,0%	149	100,0%

ketersediaan informasi * tindakan pencegahan Crosstabulation

			tindakan pencegahan		Total
			baik	kurang	
ketersediaan informasi	tersedia	Count	21	86	107
		Expected Count	19,4	87,6	107,0
		% of Total	14,1%	57,7%	71,8%
	Kurang tersedia	Count	6	36	42
		Expected Count	7,6	34,4	42,0
		% of Total	4,0%	24,2%	28,2%
Total		Count	27	122	149
		Expected Count	27,0	122,0	149,0
		% of Total	18,1%	81,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,580	1	,446		
Continuity Correction	,276	1	,600		
Likelihood Ratio	,602	1	,438		
Fisher's Exact Test				,637	,306
Linear-by-Linear Association	,576	1	,448		
N of Valid Cases	149				

a Computed only for a 2x2 table
b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,61.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,062			,446
Interval by Interval	Pearson's R	,062	,077	,758	,450
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,062	,077	,758	,450
N of Valid Cases		149			

a Not assuming the null hypothesis.
b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
c Based on normal approximation.

ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga

DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Mulyorejo FKM Kampus C. Surabaya - 60115 Telp. 5920948, 5920949 Fax. 5924618

Nomor : 737 /J03.1.18/PG/2006 20 April 2006
Lampiran : 1 (satu) Eksemplar
Perihal : Permohonan izin penelitian

Yth. Kepala
Madrasah Aliyah Al-Anwar
Pacul Gowang, Diwek
Jombang

Dalam rangka pelaksanaan penelitian guna penyelesaian penyusunan skripsi yang merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat, dengan ini kami mohon izin untuk mengadakan penelitian bagi mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama	: Didit Setiawan
NIM	: 100431528
Judul Penelitian	: Perilaku Remaja Putri Dalam Pencegahan Anemia Gizi
Lokasi	: Madrasah Aliyah Al-Anwar Pacul Gowang, Diwek-Jombang
Pembimbing	: M. Bagus Qomaruddin, Drs., M.Sc

Terlampir kami sampaikan proposal penelitian yang bersangkutan.

Atas perhatian dan bantuan Saudara kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
Pembantu Dekan I,

Widodo J. Pudjirahardjo, dr., M.S., M.PH., Dr.PH
NIP 130610101

Tembusan :
1. Dekan
2. Yang bersangkutan