Peningkatan Kesehatan dan Ketahanan Keluarga

LAPORAN AKHIR

JUDUL RISET

MODEL INTERVENSI ANEMIA PADA REMAJA PUTRI DENGAN PENDEKATAN *POSITIVE DEVIANCE* DI KOTA TASIKMALAYA

Kompetisi Riset Kota Tasikmalaya (Komparasik)
pada Bappelitbangda Kota Tasikmalaya

KELOMPOK PERISET

Dr. Lilik Hidayanti, S.KM., M.Si
Rizka Fikrinnisa, S.Gz., M.P.H
Luh Desi Puspareni, S.T.Gizi., M.Gizi

UNIVERSITAS SILIWANGI
TAHUN 2025

DAFTAR ISI

Halaman Judul ---------- i
Daftar isi ---------- ii
A. Rencana Pelaksanaan ---------- 1
1. Latar Belakang ---------- 1
2. Perumusan Masalah ---------- 3
3. Tujuan ---------- 4
4. Sasaran yang Ingin Dicapai ---------- 4
5. Lokasi Pelaksanaan Kegiatan ---------- 4
6. Luaran yang Ditargetkan ---------- 4
7. Kontribusi terhadap Kebijakan Pemerintah Kota Tasikmalaya ---------- 4
B. Metodologi ---------- 5
1. Desain, Lokasi dan Waktu ---------- 5
2. Populasi dan Subjek Penelitian ---------- 5
3. Metode Pengumpulan data ---------- 7
4. Prosedur penelitian ---------- 8
5. Analisis Data ---------- 14
C. Pengorganisasian dan Uraian Tugas ---------- 15
D. Jadwal Pelaksanaan ---------- 16
E. Hasil Pengumpulan Data Lapangan. ---------- 19
F. Analisis Pengumpulan Data Lapangan ---------- 23
G. Kesimpulan dan Rekomendasi - ---------- 44
1. Kesimpulan ---------- 44
2. Rekomendasi ---------- 45
H. Daftar pustaka ---------- 51
I. Lampiran - ---------- 54

MODEL INTERVENSI ANEMIA PADA REMAJA PUTRI DENGAN PENDEKATAN *POSITIVE DEVIANCE* DI KOTA TASIKMALAYA

A. RENCANA PELAKSANAAN

1. Latar Belakang

Stunting masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia termasuk di kota Tasikmalaya. Hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) menunjukkan prevalensi stunting di Kota Tasikmalaya masih sebesar 19,6%[1]. Upaya untuk mengatasi stunting tidak hanya berfokus pada anak atau balita yang menderita stunting saja, namun juga perlu upaya mencegah tejadinya stunting baru. Pencegahan stunting baru (*new stunting*) dapat dilakukan dengan memberikan perhatian pada remaja putri (rematri). Salah satu cara yang dapat dilakukan adalah dengan menurunkan kejadian anemia pada remaja putri, sehingga kelak apabila mereka menikah dan hamil tidak menderita anemia[2]. Anemia pada rematri yang berlanjut hingga masa kehamilan dapat menyebabkan siklus gizi buruk antar generasi *(intergenerational cycle of malnutrition*), karena menyebabkan kelahiran bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) yang merupakan awal mula terjadinya stunting[3].

Remaja putri rentan anemia karena peningkatan kebutuhan zat besi (Fe) akibat pesatnya pertumbuhan fisik[4], menstruasi[5,6], serta konsumsi makan rendah Fe[7]. Indonesia merupakan negara berkembang dengan jumlah penduduk 270 juta yang 22,4 juta adalah remaja putri[8], dan prevalensi anemia pada wanita usia subur (15–49 tahun) meningkat dari 21,6% tahun 2018 menjadi 22,3% tahun 2019[9]. Hasil riset yang kami lakukan di Kota Tasikmalaya menunjukkan bahwa prevalensi anemia pada remaja putri masih sebesar 32,4%[10], yang artinya anemia masih merupakan masalah kesehatan masyarakat menurut WHO. Selain itu, berdasarkan data dari Dinas Kesehatan, pada tahun 2025 terjadi kenaikan jumlah remaja putri

yang terkena anemia dari jenjang sekolah SMP/sederajat ke SMA/sederajat sebesar 3,86 % atau kenaikan jumlah remaja putri yang terkena anemia sebanyak 135 orang.

Saat ini, intervensi gizi untuk mengatasi anemia pada remaja putri adalah pemberian suplementasi tablet Fe[11], termasuk Indonesia telah memberikan suplementasi zat besi (Tablet Tambah Darah/TTD) pada rematri[12]. Pendekatan seperti ini memberikan beban keuangan pada pemerintah dan juga menciptakan ketergantungan yang tidak diinginkan pada bantuan eksternal di kalangan masyarakat. Identifikasi akar penyebab merupakan prasyarat pencegahan anemia yang efektif[13]. Penerapan pendekatan yang lebih inventif dianggap perlu untuk meningkatkan dampak intervensi. Intervensi inovatif seperti penyimpangan positif (*Positive Deviance*/PD) merupakan pendekatan yang dapat mendorong perubahan positif dan berkelanjutan dalam perilaku remaja putri untuk mengatasi masalah anemia[14]. *Positive Deviance* (PD) digambarkan sebagai norma, perilaku, atau praktik luar biasa yang mungkin bermanfaat dan mampu memecahkan masalah masyarakat dengan baik[15,16]. Pendekatan ini berfokus pada mengenali PD yang menyebabkan seorang remaja tidak mengalami masalah kesehatan seperti anemia padahal mereka tinggal pada komunitas yang sama[17,18]. Praktik baik yang dilakukan oleh remaja ini akan dibagikan kepada remaja lain untuk menghadapi permasalahan anemia[18].

Pendekatan PD menekankan pada penerapan solusi yang dapat diterima secara budaya di lingkungan lokal yang berpotensi mendorong perubahan perilaku positif sehingga pada akhirnya, masyarakat diharapkan dapat mengambil inisiatif yang diperlukan untuk mengatasi kesehatan yang dihadapi[19]. Intervensi menggunakan pendekatan PD telah berhasil memperbaiki status gizi pada anak-anak yang mengalami kekurangan gizi di Ekuador[20], Ethiopia[21], dan Burundi[22]. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pendekatan PD telah berhasil termasuk mengurangi malnutrisi pada masa kanak-kanak, menurunkan angka kematian neonatal, membatasi

penularan HIV, meningkatkan layanan kesehatan, dan meningkatkan *outcome* kehamilan[23].

Oleh karena itu, di samping pemberian suplementasi zat besi, perlu dikembangkan rancangan model strategi intervensi efektif yang mencakup perubahan perilaku positif sehingga dapat mendukung remaja putri secara aktif mencari solusi praktis untuk mengatasi anemia berdasarkan potensi yang ada lingkungan lokal mereka. Strategi intervensi ini baik dilakukan pada masa remaja awal yang merupakan periode strategis untuk membentuk gaya hidup dan menentukan pola perilaku serta nilai-nilai kesehatan. Selama transisi menuju dewasa, status gizi dan konsumsi makanan remaja saling terkait dengan kondisi sosial dan ekonomi mereka, seperti pengaruh keluarga, teman, dan sekolah. Masa remaja merupakan periode ideal dalam kehidupan untuk melakukan perubahan perilaku dan pola makan[24].

Perpindahan dari sekolah dasar (SD) ke sekolah menengah melibatkan perubahan signifikan pada lingkungan sosial dan fisik anak-anak, yang sering kali disertai dengan perubahan kebiasaan makan. Periode sekolah menengah pertama (SMP) merupakan waktu yang berharga untuk intervensi guna mendorong kelanjutan kebiasaan positif yang dapat terus berlanjut hingga dewasa[25]. Penelitian ini bertujuan mendapatkan model intervensi untuk mengatasi anemia pada remaja putri siswi SMP dengan pendekatan PD. Perilaku PD remaja putri akan diidentifikasi dan selanjutnya temuan ini akan dijadikan dasar untuk mengembangkan solusi yang dapat diterima secara lokal dan budaya untuk mengatasi masalah anemia pada remaja putri.

2. Perumusan Masalah (*Problem Statement*)

a. Bagaimanakah gambaran status anemia dan status gizi remaja putri di Kota Tasikmalaya?
b. Siapakah remaja putri yang masuk dalam kelompok *positive deviant* (PD) dan kelompok *non positif deviant* (NPD)?

c. Bagaimanakah gambaran perilaku *positive deviant* (PD) pada remaja putri di Kota Tasikmalaya?
d. Bagaimanakah rekomendasi model intervensi untuk mengatasi anemia pada remaja putri dengan pendekatan *positive deviance* (PD)?

3. Tujuan

a. Mengidentifikasi masalah gizi yang dihadapi remaja putri di Kota Tasikmalaya
b. Mengidentifikasi remaja putri yang masuk dalam kelompok *positive deviant* (PD) dan kelompok *non positif deviant* (NPD) di Kota Tasikmalaya
c. Mengidentifikasi gambaran perilaku *positive deviant* (PD) pada remaja putri di Kota Tasikmalaya
d. Memberikan rekomendasi model intervensi untuk mengatasi anemia pada remaja putri berdasarkan pendekatan *positif deviant* (PD).

4. Sasaran yang ingin dicapai

Sasaran yang ingin dicapai pada penelitian ini adalah tersusunnya model intervensi untuk mengatasi anemia pada remaja putri berdasarkan pendekatan *Positive Deviance* di Kota Tasikmalaya.

5. Lokasi Pelaksanaan Kegiatan

Kegiatan ini akan dilaksanakan di 10 SMP Negeri di Kota Tasikmalaya.

6. Luaran yang ditargetkan

Luaran dari penelitian ini adalah model intervensi untuk mengatasi anemia pada remaja putri dengan pendekatan *Positive Deviance.*

7. **Kontribusi terhadap Kebijakan Pemerintah Kota Tasikmalaya**

Hasil penelitian ini dapat dijadikan program untuk mengatasi anemia pada remaja putri di kota Tasikmalaya.

B. METODOLOGI

1. Desain, Lokasi dan Waktu

a. Desain Penelitian

Tahapan pelaksanaan *Positive Deviance* meliputi 5 tahapan yaitu *define, determine, discover, design,* dan monitoring. Desain penelitian yang digunakan untuk pemenuhan seluruh tahapan *Positive Deviance* dalam penelitian ini adalah penelitian kuantitatif. Penelitian kuantitatif pada penelitian ini menggunakan metode observasional dengan pendekatan *cross-sectional*.

b. Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di 10 SMP Negeri di Kota Tasikmalaya.

c. Waktu Penelitian

Penelitian akan dilaksanakan pada tahun anggaran 2025.

2. Populasi dan subjek penelitian

a. Populasi dan subjek Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah remaja putri siswa SMP Negeri di Kota Tasikmalaya. Jumlah SMP di Kota Tasikmalaya sebanyak 21 sekolah yang tersebar pada 10 kecamatan. Jumlah siswi SMP dari 21 Sekolah di Kota Tasikmalaya sebanyak 17347 orang (Tabel 1).

Tabel 1. Populasi penelitian

No	SMP	Kecamatan	Laki-laki	Perempuan	Total
1.	SMP 1	Tawang	515	570	1085
2.	SMP 2	Tawang	525	583	1108
3.	SMP 3	Tawang	454	497	951
4.	SMP 4	Tawang	425	516	941
5.	SMP 9	Tawang	496	447	943
6.	SMP 10	Tawang	563	455	1018
7.	SMP 13	Indihiang	377	312	689
8.	SMP 18	Indihiang	175	143	318
9.	SMP 19	Indihiang	208	205	413
10.	SMP 5	Cipedes	488	562	1050
11.	SMP 7	Cipedes	396	298	694
12.	SMP 6	Cihideung	473	529	1002
13.	SMP 8	Cihideung	543	492	1035
14.	SMP 12	Kawalu	563	511	1074

No	SMP	Kecamatan	Laki-laki	Perempuan	Total
15.	SMP 20	Kawalu	503	437	940
16.	SMP 15	Tamansari	292	256	548
17.	SMP 21	Tamansari	206	193	399
18.	SMP 16	Bungursari	423	424	847
19.	SMP 17	Purbaratu	373	301	674
20.	SMP 14	Mangkubumi	334	367	701
21.	SMP 11	Cibeureum	527	473	1000
Total			8811	8536	17430

b. Penentuan sampel sekolah

Penentuan sampel sekolah yang akan menjadi lokasi penelitian dilakukan dengan menentukan perwakilan sekolah di setiap Kecamatan. Setiap kecamatan akan diwakili oleh satu sekolah, sehingga total sampel sekolah sebanyak 10 sekolah. Di Kota Tasikmalaya terdapat 6 kecamatan yang memiliki lebih dari satu sekolah. Kecamatan dengan jumlah SMP lebih dari satu, penentuan sampel akan dilakukan secara acak *(random*) menggunakan aplikasi *random picker*. Hasil pengacakan yang dilakukan memperoleh hasil:

Tabel 2. SMP Terpilih Hasil Pengacakan

No	Kecamatan	Jumlah SMP	SMP terpilih
1	Tawang	6	SMP 2
2	Cihideung	2	SMP 8
3	Indihiang	3	SMP 13
4	Cipedes	2	SMP 5
5	Kawalu	2	SMP 20
6	Tamansari	2	SMP 21
7	Bungursari	1	SMP 16
8	Purbaratu	1	SMP 17
9	Mangkubumi	1	SMP 14
10	Cibeureum	1	SMP 11

c. Penentuan subjek penelitian

Jumlah siswi dari 10 SMP Negeri di Kota Tasikmalaya yang terpilih sebagai lokasi penelitian sebanyak 4192 orang. Hasil perhitungan besar sampel minimal (*minimal sample size*) ditambah kemungkinan *non response rate* diperoleh jumlah subjek sebanyak 471 orang. Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah

proporsional random sampling. Penentuan subjek dilakukan menggunakan aplikasi *random picker.*

Tabel 3. Populasi dan subjek penelitian

No.	Sekolah	Populasi	Sampel
1	SMP 2	583	66
2	SMP 8	492	56
3	SMP 14	367	42
4	SMP16	424	48
5	SMP 20	437	50
6	SMP 17	301	34
7	SMP 21	193	22
8	SMP13	312	35
9	SMP 5	562	64
10	SMP 11	473	54
Total		**4144**	**471**

3. Metode Pengumpulan Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data hasil penelitian kualitatif yang dikumpulkan dengan cara survei.

a. Metode

Metode Pengumpulan data meliputi:

1) Pemeriksaan Hb
2) Pengukuran antropometri (BB dan TB)
3) Pengukuran konsumsi makan
4) Wawancara

b. Alat

1) Hemocue 201+
2) Stadiometer seca
3) Timbangan injak digital seca
4) Formulir recall
5) Kuesioner
6) Safety box (sakamed)
7) Bak instrumen (uk 21)
8) Autoclic pen
9) Kontainer

10) Air mineral kemasan 1500ml (kalibrasi)
11) Papan berjalan

c. Bahan
1) Cuvet Hemocue 201
2) Lancet (isi 100 merk onemed)
3) Alkohol swab (isi 100 onemed)
4) Tisu (paseo)
5) Sarung tangan latex (isi 100)
6) Hand sanitizer (500ml)
7) Masker medis

4. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian dilakukan sesuai dengan tahapan pelaksanaan *positive deviance* meliputi lima tahap, yaitu:

a. Tahap pertama : *Define*

Tahap ***define*** bertujuan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan pada remaja putri dengan menggunakan pendekatan *Social Ecological Model of Health.* Kegiatan yang dilakukan meliputi pengukuran:

1) Level pertama

Pengukuran pada level pertama meliputi pengukuran yang mencakup kondisi biologis dan karakteristik subjek.

a. Kondisi biologis subjek

(1) Status anemia adalah suatu keadaan ketika kadar hemoglobin pada remaja putri dalam darah kurang dari nilai normal, dengan kategori anemia apabila kadar Hb<12gr/dl, dan tidak anemia apabila kadar Hb ≥12gr/dl. Pengukuran kadar Hb menggunakan sampel darah kapiler dan alat hemocue 201+

(2) Status gizi adalah keadaan yang diakibatkan oleh keseimbangan antara asupan zat gizi dari makanan dengan kebutuhan zat gizi yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan hidup. Status gizi diukur dengan metode

antropometri menggunakan IMT/U skor Z. Pengukuran Berat badan menggunakan seca 876, dan pengukuran tinggi badan menggunakan stadiometer seca 213.

(3) Status kesehatan merupakan suatu keadaan kesehatan seseorang dalam rentang sehat-sakit, yang diukur dengan menanyakan penyakit kronis yang diderita subjek, antara lain kanker, ginjal, thalasemia, jantung dan autoimun.

(4) Riwayat menstruasi adalah kondisi menstruasi yang dialami oleh subjek, yang meliputi umur menarche, rata-rata hari perdarahan per menstruasi, siklus menstruasi, menstruasi saat pemeriksaan Hb, dan hari ke saat pemeriksaan Hb

(a) Umur menarche yang diukur berdasarkan usia subjek dalam tahun saat pertama kali ia mendapatkannya menstruasinya.

(b) Hari keluarnya darah per menstruasi adalah jumlah rata-rata hari subjek mengalami menstruasi setiap bulannya.

(c) Status menstruasi pada saat pemeriksaan Hb diukur dengan bertanya kepada subjek apakah mereka sedang menstruasi saat pemeriksaan Hb, dengan jawaban adalah "ya" jika subjek sedang menstruasi saat pemeriksaan Hb, dan "tidak" jika subjek tidak sedang menstruasi saat pemeriksaan Hb.

(d) Menstruasi hari ke saat pemeriksaan Hb diukur dengan menanyakan pada hari ke berapa subjek mengalami menstruasi saat pemeriksaan Hb.

b. Karakteristik subjek

(1) Umur adalah usia dalam tahun yang diukur berdasarkan jumlah tahun sejak subjek lahir sampai saat penelitian dilakukan.

(2) Status pendidikan adalah tingkat pendidikan yang ditempuh oleh subjek saat penelitian dilakukan.

(3) Konsumsi tablet Fe diukur dengan cara:
    (a) Jumlah tablet Fe yang dikonsumsi oleh subjek dalam satu bulan terakhir
    (b) Waktu konsumsi tablet Fe adalah hari saat tablet Fe dikonsumsi apakah sudah mengikuti rekomendasi (1 tablet per minggu saat tidak menstruasi dan 1 tablet per hari saat menstruasi) atau tidak.
    (c) Cara konsumsi tablet Fe adalah metode konsumsi tablet Fe apakah sesuai rekomendasi (air putih atau air jeruk) atau tidak (air teh atau air susu)
(4) Uang saku adalah sejumlah uang dalam rupiah yang diterima oleh subjek dalam satu hari.
(5) Pengetahuan gizi merupakan hasil dari tahu yang terjadi setelah subjek melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu melalui panca indera yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Instrumen untuk mengukur pengetahuan tentang anemia dikembangkan berdasarkan pendekatan HBM (*Health belief model*)
(6) Literasi gizi adalah kemampuan memahami informasi gizi dasar yang diperlukan untuk mengambil keputusan gizi yang tepat. Instrumen untuk mengukur literasi gizi dengan *Diet and Health Knowledge Survey* (DHKS)
(7) Kebiasaan makan meliputi kebiasaan jajan, kebiasaan makan utama dan kebisaan sarapan pagi.
    (a) Kebiasaan jajan merupakan kebiasaan subjek membeli makanan di lingkungan sekolah maupun di lingkungan rumah berupa makanan ringan maupun minuman ringan yang dikonsumsi di luar waktu makan utama. Kebiasaan jajan dikategorikan menjadi memiliki kebiasaan jajan jika dalam sekali pengukuran pernah mengonsumsi jajanan di luar waktu makan utama dan dikategorikan tidak memiliki

kebiasaan jajan jika tidak pernah mengonsumsi jajanan di luar waktu makan utama dalam sekali pengukuran.

(b) Kebiasaan makan utama diukur berdasarkan frekuensi konsumsi makanan berupa nasi ataupun sumber karbohidrat lainnya beserta lauk – pauknya yang dilakukan pada waktu makan utama dalam sehari yakni makan pagi, makan siang dan makan malam. Kebiasaan makan utama dikategorikan menjadi <3 kali sehari, 3 kali sehari dan > 3 kali sehari.

(c) Kebiasaan sarapan pagi

Kebiasaan sarapan merupakan kebiasaan mengkonsumsi makanan sebelum berangkat ke sekolah atau sebelum jam 9 pagi saat berada di rumah, kebiasaan sarapan pagi dikategorikan menjadi dua ketegori yakni sering jika sarapan 4-7 kali per minggu dan jarang jika siswa hanya sarapan 0-3 kali per minggu.

(d) Konsumsi makan adalah rata-rata jumlah asupan zat gizi yang meliputi konsumsi energi (kkal), protein (g), zat besi (heme dan non heme) (mg), vitamin C (mg), kalsium (mg), dan asam fitat (mg), yaitu diukur dengan menggunakan metode *food recall* 2X24 jam. Data konsumsi makanan diperoleh dalam ukuran rumah tangga (sendok, piring, mangkok, cangkir, dll), kemudian diubah menjadi gram dan dianalisis kandungan zat gizi menggunakan *open source NutriSurvey* (SEAMEO-TROPMED RCCN-Universitas Indonesia).

(e) Lama waktu tidur adalah jumlah jam yang dihabiskan oleh subjek untuk tidur dalam satu hari.

2) Level kedua

Pengukuran pada level kedua mencakup hubungan pada lingkaran sosial terdekat subjek yaitu teman dan keluarga yang mempengaruhi perilaku dan berkontribusi terhadap pengalaman subjek.

a) Pengaruh teman sebaya adalah efek atau dampak yang dihasilkan dari interaksi subjek dengan seseorang atau sekelompok orang yang sebaya dalam kehidupan sehari-hari. pengaruh teman sebaya diukur dengan menggunakan instrumen PIS (*Peer Influence Scale*).

b) Keluarga

(1) Kondisi sosial ekonomi keluarga adalah konstelasi karakteristik material dan ekonomi yang diturunkan secara sosial yang sangat menentukan posisi apa yang dinikmati rumah tangga dan anggotanya dalam konteks komunitas tertentu. Sosial ekonomi diukur dengan tiga indikator, yaitu:1) kepemilikan sejumlah aset rumah tangga yang tahan lama (total 20 aset, seperti ponsel, radio, televisi, lemari es, sepeda, mesin jahit, dan sebagainya), 2) akses terhadap penggunaan layanan listrik dan air minum, dan 3) karakteristik konstruksi perumahan (bahan atap, dinding dan lantai ruangan terbesar).

(2) Ketahanan pangan adalah kemampuan orang, setiap saat, memiliki akses fisik dan ekonomi terhadap pangan yang cukup, aman dan bergizi yang memenuhi kebutuhan pangan dan preferensi pangan untuk hidup aktif dan sehat. Ketahanan pangan diukur dengan instrumen *Household Food Insecurity Access Scale* (HFIAS).

(3) Kepemilikan lahan adalah Ini adalah variabel kategori yang dianggap mencerminkan kemungkinan keterlibatan rumah tangga dalam kegiatan produksi pertanian berpengaruh pada akses pangan yang beragam, dengan kategori memiliki lahan pertanian (berkode “1”) dan tidak memiliki lahan pertanian (berkode “0”).

(4) Kepemilikan ternak adalah kepemilikan hewan ternak yang berpengaruh pada peningkatan akses remaja terhadap makanan sumber hewani (ASF) seperti susu, telur, dan daging. Selain itu, pendapatan apa pun yang dihasilkan melalui kepemilikan ternak mungkin mempengaruhi keragaman pangan, dengan kategori rumah tangga yang memiliki ternak (kode "1") dan rumah tangga yang tidak memiliki ternak (kode "0").

(5) Pendidikan orang tua adalah pendidikan formal terakhir yang berhasil ditamatkan oleh orang tua.

(6) Pekerjaan orang tua adalah setiap usaha yang dimiliki orang tua yang menghasilkan uang.

(7) Jumlah keluarga adalah jumlah total anggota keluarga yang tinggal dan berbagi makanan yang sama dalam satu rumah.

(8) Status keluarga adalah hubungan keluarga yang dimiliki oleh subjek, dengan kategori keluarga tunggal dan keluarga lengkap

3) Level ketiga

Pengukuran pada level ketiga adalah identifikasi karakteristik lingkungan yang memiliki hubungan fisik maupun sosial dengan subjek. Pada penelitian karakteristik lingkungan yang diamati adalah lingkungan sekolah yang meliputi kebersihan sekolah, edukasi gizi di sekolah dan makanan jajanan yang dijual di Sekolah.

4) Level keempat

Pengukuran pada level keempat adalah identifikasi implementasi kebijakan pemberian tablet Fe dan pemberian edukasi terkait anemia.

b. Tahap kedua : *Determine*

Tahap ***determine*** bertujuan untuk menentukan remaja putri dalam kelompok *PD* dan *NPD*. Kegiatan yang dilakukan adalah menganalisis data hasil pengukuran status anemia beserta determinan sosio-ekologi yang menyertai nya.

c. **Tahap ketiga : *discover***

Tahap ***discover*** bertujuan untuk menentukan perilaku positif dan alasan melakukan perilaku *positive* remaja putri yang termasuk dalam kelompok *PD*. Kegiatan yang dilakukan adalah analisis data hasil *define* dan mengelompokkan pada perilaku positif dan bukan.

d. **Tahap keempat : *design***

Tahap keempat ***design*** bertujuan untuk menyusun rekomendasi intervensi untuk mengatasi anemia berdasarkan perilaku khusus yang telah diidentifikasi sebelumnya pada kelompok *PD*.

e. **Tahap kelima : *monitoring***

Tahap kelima ***monitoring*** bertujuan untuk menyusun metode yang akan digunakan untuk memantau dan mengevaluasi hasil intervensi setelah penerapan perilaku *positive*.

5. Analisis Data

Analisis data yang dilakukan sebagai berikut:

a. Analisis univariat dilakukan untuk menggambarkan variabel-variabel penelitian dengan menggunakan tabel distribusi frekuensi untuk data kategori, dan penghitungan nilai tendesi sentral untuk data kontiyu.
b. Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui variabel-variabel yang berhubungan dengan kejadian anemia dengan menggunakan uji *chi square* untuk data kategori dan uji *pearson product moment* dan *rank spearman* untuk data kontinu.
c. Analisis multivariat dilakukan untuk variabel yang dominan mempengaruhi anemia pada remaja putri dengan menggunakan pemodelan regresi logistik.

C. PENGORGANISASIAN DAN URAIAN TUGAS

Berikut adalah tim periset yang terlibat beserta uraian tugas masing-masing tim

Tabel 4. Pengorganisasian dan Uraian Tugas Tim Periset

No	Nama	Asal Institusi	Posisi di Kelompok Riset	Peran/Tanggung jawab
1.	Lilik Hidayanti	Universitas Siliwangi	Ketua	1. Koordinator seluruh kegiatan penelitian 2. Koordinator pengolahan dan analisis data 3. Penyusunan laporan penelitian
2.	Rizka Fikrinnisa	Universitas Siliwangi	Anggota	1. Pengumpulan data dengan wawancara 2. Pengolahan dan analisis data 3. Membantu penyusunan laporan penelitian
3.	Luh Desi Puspareni	Universitas Siliwangi	Anggota	1. Pengukuran kadar Hb anemia 2. Membantu penyusunan laporan penelitian
4.	Yana Listyawardani	Universitas Siliwangi	Tenaga Kesehatan	Pengukuran kadar Hb anemia
5.	Yusrima Syamsina Wardani	Universitas Siliwangi	Tenaga Kesehatan	Pengukuran kadar Hb anemia
6.	Prima Endang Susilawati	Universitas Siliwangi	Tenaga Pendukung	Observasi lingkungan sekolah
7.	Nisatami Husnul	Universitas Siliwangi	Tenaga Kesehatan	Melakukan *food recall* 2x24 jam
8.	Salsabila Dara Dinanti	-	Administrator	Tenaga pendukung administrasi
9.	Rian Hartono	Universitas Siliwangi	Mahasiswa	Enumerator
10.	M. Ariana Fazar	Universitas Siliwangi	Mahasiswa	Enumerator
11.	Hamzah Adiansah	Universitas Siliwangi	Mahasiswa	Enumerator
12.	Annisa Suci R	Universitas Siliwangi	Mahasiswa	Enumerator

D. JADWAL PELAKSANAAN

Tabel 5. Jadwal Pelaksanaan

Kegiatan	Output	Agustus				September				Oktober				November				Desember			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Pembahasan Laporan Pendahuluan	Dokumen laporan pendahuluan																				
Penyamaan Persepsi Tim	Notulensi hasil persamaan persepsi terkait teknis penelitian																				
Pelatihan antropometri	Notulensi hasil pelatihan antropometri																				
Pelatihan penggunaan Hemocue	Notulensi hasil pelatihan penggunaan Hemocue																				
Perizinan SMPN 2	Laporan Perijinan																				
Perizinan SMPN 8	Laporan Perijinan																				
Perizinan SMPN 20	Laporan Perijinan																				
Perizinan SMPN 17	Laporan Perijinan																				
Perizinan SMPN 5	Laporan Perijinan																				
Perizinan SMPN 11	Laporan Perijinan																				
Perizinan SMPN 14	Laporan Perijinan																				
Perizinan SMPN 16	Laporan Perijinan																				
Perizinan SMPN 21	Laporan Perijinan																				
Perizinan SMPN 13	Laporan Perijinan																				
Define hari ke-1 SMPN 2 dan 8	*Informed consent*																				
Define hari ke-2 SMPN 2	Pengukuran antropometri, pengecekan Hemoglobin, *24 hours food recall* hari pertama dan wawancara kuesioner																				
Define hari ke-3 SMPN 8	Pengukuran antropometri, pengecekan Hemoglobin, *24 hours food recall* hari pertama dan wawancara kuesioner																				
Define hari ke-4 SMPN 2	*24 hours food recall* hari kedua dan observasi lingkungan sekolah																				

Kegiatan	Output	Agustus				September				Oktober				November				Desember			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Define hari ke-5 SMPN 8	*24 hours food recall* hari kedua dan observasi lingkungan sekolah																				
Define hari ke-1 SMPN 20 dan 17	*Informed consent*																				
Define hari ke-2 SMPN 20	Pengukuran antropometri, pengecekan Hemoglobin, *24 hours food recall* hari pertama dan wawancara kuesioner																				
Define hari ke-3 SMPN 17	Pengukuran antropometri, pengecekan Hemoglobin, *24 hours food recall* hari pertama dan wawancara kuesioner																				
Define hari ke-4 SMPN 20	*24 hours food recall* hari kedua dan observasi lingkungan sekolah																				
Define hari ke-5 SMPN 17	*24 hours food recall* hari kedua dan observasi lingkungan sekolah																				
Define hari ke-1 SMPN 5 dan 11	*Informed consent*																				
Define hari ke-2 SMPN 5	Pengukuran antropometri, pengecekan Hemoglobin, *24 hours food recall* hari pertama dan wawancara kuesioner																				
Define hari ke-3 SMPN 11	Pengukuran antropometri, pengecekan Hemoglobin, *24 hours food recall* hari pertama dan wawancara kuesioner																				
Define hari ke-4 SMPN 5	*24 hours food recall* hari kedua dan observasi lingkungan sekolah																				
Define hari ke-5 SMPN 11	*24 hours food recall* hari kedua dan observasi lingkungan sekolah																				
Define hari ke-1 SMPN 14 dan 16	*Informed consent*																				
Define hari ke-2 SMPN 14	Pengukuran antropometri, pengecekan Hemoglobin, *24 hours food recall* hari pertama dan wawancara kuesioner																				

Kegiatan	Output	Agustus				September				Oktober				November				Desember			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Define hari ke-3 SMPN 16	Pengukuran antropometri, pengecekan Hemoglobin, *24 hours food recall* hari pertama dan wawancara kuesioner																				
Define hari ke-4 SMPN 14	*24 hours food recall* hari kedua dan observasi lingkungan sekolah																				
Define hari ke-5 SMPN 16	*24 hours food recall* hari kedua dan observasi lingkungan sekolah																				
Define hari ke-1 SMPN 21 dan 13	*Informed consent*																				
Define hari ke-2 SMPN 21	Pengukuran antropometri, pengecekan Hemoglobin, *24 hours food recall* hari pertama dan wawancara kuesioner																				
Define hari ke-3 SMPN 13	Pengukuran antropometri, pengecekan Hemoglobin, *24 hours food recall* hari pertama dan wawancara kuesioner																				
Define hari ke-4 SMPN 21	*24 hours food recall* hari kedua dan observasi lingkungan sekolah																				
Define hari ke-5 SMPN 13	*24 hours food recall* hari kedua dan observasi lingkungan sekolah																				
Pembahasan laporan antara	Dokumen laporan antara																				
Analisis *Determine*	Laporan hasil penentuan kelompok *Positive Deviance*																				
Analisis *Discover*	Laporan hasil penentuan perilaku *positive*																				
Analisis *Design*	Laporan model intervensi *Positive Deviance*																				
Penentuan rencana monitoring	Instrumen rencana monitoring																				
Penyusunan laporan	*Draft* laporan																				
Pembahasan laporan akhir	Dokumen laporan akhir																				

E. HASIL PENGUMPULAN DATA LAPANGAN

1. Persiapan

a. Kaji etik

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik dari Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya dengan No. DP.04.03/F.XXVI.20/KEPK/399/2025 pada tanggal 22 Januari 2025.

b. Perijinan

Penelitian ini telah mendapatkan ijin dari Dinas Pendidikan Kota Tasikamalaya dengan No. 400.14.5.4/2362/Disdik/2025 pada tanggal 11 Agustus 2025

c. Validatas data

1) Penyamaan persepsi tentang pelaksanaan penelitian

2) Antropometri

a) Tinggi badan

(1) Melakukan refreshing pengukuran TB dengan stadiometer

(2) Melakukan pengukuran sebanyak tiga kali untuk setiap subjek

(3) Subjek diukur dengan tidak menggunakan sepatu

b) Berat Badan

(1) Penggantian baterei timbangan injak apabila penggunaan telah mencapai 50 subjek

(2) Melakukan kalibrasi menggunakan 4 aqua botol ukuran 1,5lt yang telah dikurangi isi nya hingga mencapai berat 5 kg. Kalibrasi dilakukan setiap akan melakukan pengambilan data

(3) Subjek diukur dengan melepaskan ikan pinggang, mengeluarkan isi saku, dan tidak menggunakan sepatu.

3) Recall

a) Dilaksanakan 2x24 jam pada satu hari kerja dan satu hari libur

b) Menggunakan buku foto makanan

4) Uji coba Hemocue 201+

Uji coba Hemocue 201+ dilakukan untuk menyamakan hasil dari tiga alat yang digunakan.

2. Pengumpulan data

d. Personil

Tabel 6. Tenaga Pengumpul Data

Aktivitas Pengumpulan Data	Tenaga Pelaksana
Pendaftaran dan penyiapan subjek	Muhamad Ariana Fazar
	Mutia Nurfadillah
	Prima Endang Susilawati
Pemeriksaan Hb	Yusrima Syamsina Wardani
	Yana Listya Wardani
	Luh Desi Puspareni
	Fitriani Desirahmawati
	Annisa Meira Gracela
Pengukuran Tinggi badan	Zahra Safira Masterina
	Rizka Fikrinnisa
	Raihani Amanatun Azizah
Pengukuran Berat Badan	Sinta Natalia
	Athaya Early Putri M
Pengukuran Recall	Alin Septiani
	Shella
	Ihsanul Fikri
	Arin Yuniar Damayanti
	Lilik Hidayanti
	Nisatami Husnul
	Atika Inti Sanubari
	Indah Faizah
Kuesioner	Sarah Fauziah
Observasi Sekolah	Muhamad Ariana Fazar
	Raihani Amanatun Azizah
	Athaya Early Putri M

e. Alat

Tabel 7. Alat yang Dipergunakan untuk Pengumpulan Data

Aktivitas Pengumpulan Data	Alat yang digunakan
Pemeriksaan Hb	Hemocue 201+
Pengukuran Tinggi badan	Stadiometer SECA 876
Pengukuran Berat Badan	Timbangan injak digital SECA 213

f. Pengumpulan data

Tabel 8. Sasaran pada Pengumpulan Data

Kode	Sekolah	Target	Jumlah data terkumpul
1	SMP 14	41	92
2	SMP 2	63	86
3	SMP 5	63	85
4	SMP 8	56	48
5	SMP 16	47	49
6	SMP 20	47	48
7	SMP 17	34	34
8	SMP 21	22	22
9	SMP 13	35	35
10	SMP 11	53	52

3. Pengolahan data

a. Personil

Tabel 9. Tenaga Pengolah data

DATA	TENAGA PELAKSANA
Entry Data	
Kuesioner	Muhamad Ariana Fazar Cintya Bunga Cintya Deliana
Recall	Salsabila Dara Dinanti Alin Septiani Hamzah Adiansyah Lubna Jaudah Rehan Ali Anisa Suci R
Cleaning dan Analisis data	Lilik Hidayanti Rizka Fikrinnisa Luh desi puspareni

b. Tahapan pengolahan data

1) Editing

Melakukan pencocokan jumlah data terkumpul pada setiap pengukuran yang dilakukan pada akhir pengumpulan data. Pencocokan dilakukan kembali pada saat akan melakukan entry data

Tabel 10. Hasil Cleaning Data

Kode	Sekolah	Target	Jumlah data terkumpul	Kues tidak lengkap	DO recall ke 2	Data akhir
1	SMP 14	41	92	0	5	87
2	SMP 2	63	86	0	0	86
3	SMP 5	63	85	0	4	81
4	SMP 8	56	48	0	7	41
5	SMP 16	47	49	0	3	46
6	SMP 20	47	48	1	4	43
7	SMP 17	34	34	0	1	33
8	SMP 21	22	22	0	1	21
9	SMP 13	35	35	0	9	26
10	SMP 11	53	52	0	2	50
	JUMLAH	461	551	1	36	514

2) Entry data

Sebelum dilakukan entry data terlebih dahulu dilakukan pengkodean item jawaban pada kuesioner. *Software* yang digunakan pada entry data:

1. Ms. Excell untuk data kuesioner
2. WHO Antro + untuk data status gizi (TB/U z-score dan IMT/U z-score)
3. *NutriSurvey* untuk entry data recall
4. SPSS Versi 26 untuk analisis data lebih lanjut

3) *Cleaning* data

Pengecekan terhadap hasil entry data menggunakan analisis deskriptif dengan menghitung nilai mean, minimal dan maksimal untuk mengetahui apakah terdapat nilai-nilai ekstrim dan missing data.

4) Analisis data

Untuk melakukan determine pada tahapan penentuan *positive deviance*, dilakukan analisis univariat.

F. ANALISIS PENGUMPULAN DATA LAPANGAN

1. TAHAP DEFINE

a. Level pertama

Pengukuran pada level pertama meliputi pengukuran yang mencakup kondisi biologis dan karakteristik subjek.

1) Kondisi biologis subjek

Kondisi biologis subjek meliputi status anemia dan status gizi, dan status menstruasi.

Tabel 11. Kondisi Biologis Subjek

Kondisi biologis	n(%)	Med (min-maks)	x̄±SD
Status Anemia			
Kadar Hb (g/dL)		12.0(7.7-15.3)	11.8±1.3
Status anemia			
Anemia	247(48.1)		
Tidak anemia	267(51.9)		
Tingkatan anemia			
Anemia berat	3(0.6)		
Anemia sedang	125(24.3)		
Anemia Ringan	119(23.2)		
Tidak Anemia	267(51.9)		
Berat Badan (Kg)		44.9(25.7-86.3)	46.0±8.3
Tinggi Badan (cm)		152.0(132.9-182.2)	151.9±5.6
Status Gizi (IMT/U z-score)			
IMT/U z-score		-0.0(-3.1-3.01)	-0.0±1.0
Status IMT/U z-score			
Gizi kurang	12(2.3)		
Gizi baik	418(81.3)		
Gizi lebih	84(16.3)		
Status IMT/U z-score			
Gizi buruk	1(0.2)		
Gizi kurang	11(2.1)		
Gizi baik	418(81.3)		
Gizi lebih	69(13.4)		
Obesitas	15(2.9)		
Status Gizi (TB/U z-score)			
TB/U z-score		-1.0(-3.58-1.33)	-1.0±0.8
Status TB/U z-score			
Pendek	61(11.9)		
Normal	453(88.1)		
Status TB/U z-score			
Sangat pendek	0(0)		
Pendek	61(11.9)		
Normal	453(88.1)		
Tinggi	0(0)		

Riwayat menstruasi			
Status menstruasi			
Sudah	484(94.2)		
Belum	30(5.8)		
Umur menarkhe (tahun)n=484[26]		12(9-15)	11.5±1.0
<12	225(46.5)		
12-13	248(51.2)		
>13	11(2.3)		
Lama hari menstruasi (hari)n=484[27]		7(3-15)	7.2±1.6
<4	4(0.8)		
4-8	418(86.4)		
>8	62(12.8)		
Siklus menstruasi (hari)[28]		28(10-49)	26.9±4.5
<21	45(9.3)		
21-35	430(88.8)		
>35	9(1.9)		
Menstruasi saat pemeriksaan			
Ya	101(19.6)		
Tidak	413(80.4)		
Menstruasi Hari ke(n=101)			
1	8(7.9)		
2	29(28.7)		
3	11(10.9)		
4	14(13.9)		
5	13(12.9)		
6	14(13.9)		
7	7(6.9)		
>7	5(5.0)		

Hasil penelitian berdasarkan kondisi biologis subjek (Tabel 11) menunjukkan status anemia dengan nilai median kadar Hb (gr/dL) adalah 12 dengan kadar Hb minimal 7,7 dan kadar Hb maksimal 15,3 dan rata-rata kadar Hb adalah 11,8 dengan standar deviasi 1,3. Sebanyak 247 siswi (48,1%) mengalami anemia dan 267 siswi (51,9%) tidak anemia. Jika diurutkan berdasarkan tingkatan anemia sebanyak 267 siswi (51,9%) tidak anemia, 125 siswi (24,3%) anemia sedang, 119 siswi (23,2%) anemia ringan dan 3 siswi (0,6%) anemia berat.

Hasil pengukuran antropometri berat badan subjek penelitian menunjukkan nilai median berat badan (Kg) adalah 44,9 dengan minimal berat badan 25,7 dan maksimal berat badan 86,3. Rata-rata berat badan subjek penelitian adalah 46 dengan standar deviasi 8,3. Hasil pengukuran tinggi badan subjek penelitian menunjukkan nilai

media tinggi badan (cm) adalah 152 dengan minimal berat badan 132,9 dan nilai maksimal berat badan 182,2. Rata-rata tinggi badan subjek penelitian adalah151,9 dengan standar deviasi 5,6.

Berdasarkan *z-score* status gizi IMT/U, median *z-score* status gizi subjek penelitian adalah -0,0 dengan IMT/U minimal -3,1 dan IMT/U maksimal 3,01. Rata-rata *z-score* status gizi subjek berdasarkan IMT/U adalah -0,0 dengan standar deviasi 1. Sebanyak 418 siswi (81,3%) status gizi baik, 84 siswi (16,3%) status gizi lebih (*overweight* dan obesitas) dan 12 siswi (2,3%) status gizi kurang (*underweight* dan severe *underweight*). Status gizi berdasarkan *z-score* TB/U, median *z-score* status gizi subjek penelitian adalah -1,0 dengan TB/U minimal adalah -3,58 dan TB/U maksimal 1,33. Rata-rata *z-score* status gizi subjek berdasarkan TB/U adalah -1,0 dengan standar deviasi 0,8. Sebanyak 453 siswi (88,1%) dalam kategori normal dan 61 siswi (11,9%) dalam kategori pendek.

Berdasarkan data riwayat menstruasi didapatkan sebanyak 484 siswi (94,2%) sudah menstruasi dan 30 siswi (5,8%) belum menstruasi. Dari 484 subjek berdasarkan umur mengalami menarkhe dengan median 12 tahun dan umur minimal mengalami menarkhe adalah 9 tahun dan umur maksimal mengalami menarkhe adalah 15 tahun dengan rata-rata umur mengalami menarkhe adalah 11,5 tahun dengan standar deviasi 1. Sebanyak 248 siswi (51,2%) berada dalam rentang umur 12-13 tahun, 225 siswi (46,5%) berada dalam rentang umur <12 tahun dan 11 siswi (2,3%) berada dalam rentang umur >13 tahun. Rata-rata subjek mengalami menstruasi adalah 4-8 hari sebanyak 418 siswi (86,4%), dengan siklus menstruasi paling banyak adalah 21-35 hari yaitu sebanyak 430 siswi (88,8%). Saat penelitian berlangsung (pemeriksaan Hb) sebanyak 413 siswi (80,4%) tidak sedang menstruasi dan 101 siswi (19,6%) sedang menstruasi.

2) Karakteristik subjek

Tabel 12. Karakteristik Subjek

Karakteristik Subjek	n(%)	Med(min-maks)	x̄±SD
Umur (tahun)		14.0(11-15)	13.6±0.8
10-12	33(6.4)		
13-15	481(93.6)		
Kelas			
7	188(36.6)		
8	208(40.5)		
9	118(23.0)		
Konsumsi Tablet Fe			
Konsumsi bulan terakhir			
Tidak	411(80.0)		
Ya	103(20.0)		
Saat menstruasi			
Tidak	451(87.7)		
Ya	63(12.3)		
Saat tidak menstruasi			
Tidak	421(81.9)		
Ya	93(18.10)		
Cara konsumsi			
Teh	37(7.2)		
Susu	15(2.9)		
Kopi	1(0.2)		
Air putih	461(89.7)		
Air jeruk	0(0)		
Status cara konsumsi			
Tidak tepat	53(10.3)		
Tepat	460(89.7)		
Uang saku (Rp)		20.000(2000-50.000)	18.000± 7000
<Rp 20.000,-	418(81.3)		
≥Rp. 20.000,-	96(18.7)		
Pengetahuan gizi		13(1-19)	12.5± 3.1
Kurang	362(70.4)		
Baik	152(29.6)		
Persepsi			
Kerentanan		16.0(10-20)	16.2±1.6
Kurang	148(28.8)		
Baik	366(71.2)		
Keparahan		17.0(10-20)	16.8±2.0
Kurang	119(23.2)		
Baik	395(76.8)		
Manfaat		17.0(11-22)	17.2±1.6
Kurang	266(51.8)		
Baik	248(48.2)		
Hambatan		10.0(6-14)	9.8±1.7
Kurang	228(44.4)		
Baik	286(55.6)		
Literasi Gizi		13(3-22)	13.2±3.4
Kategori literasi gizi (80%)			
Kurang	514(100)		
Baik	0(0.0)		

Kategori literasi gizi (70%)	
Kurang	506(98.4)
Baik	8(1.6)
Kategori literasi gizi (50%)	
Kurang	262(51.0)
Baik	252(49.)

Berdasarkan Tabel 12 mengenai karakteristik subjek, diketahui bahwa sebagian besar responden berusia antara 13–15 tahun (93,6%), dengan rata-rata usia 13,6 ± 0,8 tahun dan median 14 tahun (rentang 11–15 tahun). Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas responden termasuk dalam kategori remaja pertengahan. Berdasarkan tingkat pendidikan, responden terbanyak berasal dari kelas 8 (40,5%), diikuti oleh kelas 7 (36,6%) dan kelas 9 (23,0%).

Hasil penelitian terkait konsumsi tablet Fe, hanya 20,0% responden yang mengonsumsi tablet Fe pada bulan terakhir, sedangkan 80,0% tidak mengonsumsinya. Dilihat dari waktu konsumsi, hanya 12,3% responden yang mengonsumsi tablet Fe saat menstruasi dan 18,1% saat tidak menstruasi. Cara konsumsi tablet Fe sebagian besar sudah benar, yaitu menggunakan air putih (89,7%), meskipun masih terdapat sebagian kecil yang mengonsumsi bersama teh (7,2%), susu (2,9%), dan kopi (0,2%), yang dapat menghambat penyerapan zat besi. Secara keseluruhan, 89,7% responden telah melakukan cara konsumsi yang tepat, sementara 10,3% masih belum tepat.

Rata-rata uang saku responden adalah Rp18.000 ± 7.000 dengan median Rp20.000 dan rentang antara Rp2.000–Rp50.000. Sebagian besar responden (81,3%) memiliki uang saku kurang dari Rp20.000 per hari. Berdasarkan tingkat pengetahuan gizi, nilai rata-rata skor pengetahuan adalah 12,5 ± 3,1 dengan median 13 (rentang 1–19). Sebagian besar responden (70,4%) memiliki pengetahuan gizi yang tergolong kurang, sedangkan 29,6% memiliki pengetahuan yang baik.

Berdasarkan Tabel 12 di atas, hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi responden terhadap kerentanan memiliki nilai median sebesar 16,0 dengan rentang 10–20 dan rata-rata 16,2±1,6. Sebagian

besar responden memiliki persepsi kerentanan yang baik (71,2%), sedangkan yang kurang sebanyak 28,8%. Pada aspek keparahan, median nilai adalah 17,0 (10–20) dengan rata-rata 16,8±2,0; mayoritas responden juga memiliki persepsi keparahan yang baik (76,8%) dibandingkan yang kurang (23,2%). Untuk persepsi manfaat, nilai median sebesar 17,0 (11–22) dengan rata-rata 17,2±1,6, di mana proporsi responden yang memiliki persepsi manfaat baik sebesar 48,2%, sedangkan yang kurang 51,8%. Sementara itu, persepsi terhadap hambatan menunjukkan nilai median 10,0 (6–14) dengan rata-rata 9,8±1,7; responden yang memiliki persepsi hambatan baik sebesar 55,6%, dan yang kurang 44,4%.

Untuk literasi gizi, nilai median sebesar 13 dengan rentang 3–22 dan rata-rata 13,2±3,4. Berdasarkan kategori batas literasi gizi 80%, seluruh responden (100%) termasuk dalam kategori kurang. Pada kategori batas 70%, sebagian besar responden masih tergolong kurang (98,4%), hanya 1,6% yang baik. Namun, jika menggunakan batas kategori 50%, maka proporsi responden dengan literasi gizi baik dan kurang hampir seimbang, yaitu masing-masing 49,0% dan 51,0%. Hasil ini menunjukkan bahwa tingkat persepsi responden terhadap aspek risiko dan manfaat relatif baik, namun literasi gizi masih rendah terutama jika menggunakan batas penilaian yang lebih tinggi.

3) Kebiasaan makan subjek

Berdasarkan Tabel 13 mengenai kebiasaan makan subjek, diketahui bahwa sebagian besar subjek memiliki frekuensi makan utama kurang dari tiga kali sehari, yaitu sebanyak 379 orang (73,7%), sedangkan yang makan utama tiga kali sehari berjumlah 127 orang (24,7%), dan hanya 8 orang (1,6%) yang makan lebih dari tiga kali sehari. Sebagian besar subjek juga memiliki kebiasaan melewatkan makan utama, yakni sebanyak 411 orang (80%), sementara 103 orang (20%) tidak melewatkan makan utama.

Dalam hal kebiasaan makan, 362 subjek (70,4%) tidak makan di meja makan, sedangkan 152 subjek (29,6%) makan di meja makan. Sebagian besar subjek memiliki kebiasaan makan di depan layar seperti televisi atau gawai, yaitu sebanyak 459 orang (89,3%), sementara 55 orang (10,7%) tidak melakukannya.

Tabel 13. Kebiasaan Makan Subjek

Kebiasaan Makan Subjek	n(%)
Kebiasaan makan utama	
<3	379(73.7)
3	127(24.7)
>3	8(1.6)
Kebiasaan melewatkan makan utama	
Ya	411(80.0)
Tidak	103(20.0)
Makan di meja makan	
Tidak	362(70.4)
Ya	152(29.6)
Makan di depan Layar	
Ya	459(89.3)
Tidak	55(10.7)
Kebiasaan sarapan pagi	
Sarapan sebelum sekolah	
Tidak	301(58.6)
Ya	213(41.4)
Frekuensi sarapan dalam seminggu	
≤3 kali per minggu	268(52.1)
>3 kali per minggu	246(47.9)

Selain itu, lebih dari setengah subjek tidak memiliki kebiasaan sarapan sebelum berangkat sekolah, yaitu 301 orang (58,6%), sedangkan 213 orang (41,4%) rutin sarapan. Berdasarkan frekuensi sarapan dalam seminggu, sebanyak 268 orang (52,1%) hanya sarapan ≤3 kali per minggu, sedangkan 246 orang (47,9%) sarapan lebih dari tiga kali per minggu. Data ini menunjukkan bahwa sebagian besar subjek memiliki pola makan yang kurang teratur, dengan kecenderungan melewatkan makan utama dan jarang sarapan secara rutin.

Tabel 14. Kuantitas asupan makan

Konsumsi makan	n(%)	med(min-maks)	x̄±SD
Konsumsi Energi		1308(364.0-3062.7)	1342.2±444.7
Tingkat Kecukupan Energi			
Kurang	410(79.7)		
Cukup	104(20.3)		
Konsumsi Karbohidrat		178.3(48-497)	
Tingkat Kecukupan Karbohidrat			184.4±69.8
Kurang	421(81.9)		
Cukup	93(18.1)		
Konsumsi Protein		45.0(8.6-131.2)	48.2±18.0
Tingkat Kecukupan Protein			
Kurang	332(64.6)		
Cukup	182(35.4)		
Konsumsi Lemak		44.6 (5.8-154.1)	47.7±19.4
Tingkat Kecukupan Lemak			
Kurang	342(66.5)		
Cukup	172(33.5)		
Konsumsi Zat Besi		8.3(1.2-43.6)	8.7±4.3
Tingkat Kecukupan Zat Besi			
Kurang	418(81.3)		
Cukup	96(18.7)		

Tabel 14 menunjukkan kuantitas asupan makan responden yang mencakup konsumsi energi, karbohidrat, protein, lemak, dan zat besi beserta tingkat kecukupannya. Rata-rata konsumsi energi responden adalah 1342,2 ± 444,7 kkal dengan rentang 364,0–3062,7 kkal, di mana sebagian besar (79,7%) memiliki tingkat kecukupan energi yang kurang, sementara hanya 20,3% yang cukup. Rata-rata konsumsi karbohidrat sebesar 184,4 ± 69,8 gram dengan kisaran 48–497 gram; 81,9% responden tergolong kurang dalam kecukupan karbohidrat dan hanya 18,1% yang cukup.

Rata-rata konsumsi protein adalah 48,2 ± 18,0 gram (rentang 8,6–131,2 gram), dengan 64,6% responden memiliki kecukupan protein yang kurang dan 35,4% yang cukup. Untuk lemak, rata-rata konsumsi tercatat sebesar 47,7 ± 19,4 gram dengan rentang 5,8–154,1 gram; 66,5% responden memiliki kecukupan lemak yang kurang dan 33,5% cukup. Sementara itu, rata-rata konsumsi zat besi sebesar 8,7 ± 4,2 mg dengan kisaran 1,2–43,6 mg; mayoritas responden (81,3%) mengalami kekurangan zat besi, sedangkan hanya 18,7% yang memiliki kecukupan

zat besi. Secara keseluruhan, hasil ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat asupan energi dan zat gizi makro serta mikro yang masih di bawah tingkat kecukupan gizi yang dianjurkan.

4) Kebiasaan hidup subjek

Tabel 15. Kebiasaan Subjek

Kebiasaan Subjek	n(%)	Med(min-maks)	x̄±SD
Lama tidur (jam)		(3-9.5)	7.1±1.1
<8	306(59.5)		
≥ 8	208(40.5)		
Mulai tidur			
≤21.00	296(57.6)		
>21.00	218(42.4)		
Olah raga dalam satu minggu terakhir			
<3 kali	436(84.8)		
≥ 3 kali	78(15.2)		
Screen time			
Kategori *screen time*			
>5 jam	430(83.7)		
≤5 jam	84(16.3)		
Penggunaan screen			
Handphone			
Tidak	7(1.4)		
Ya	507(98.6)		
Playstation			
Tidak	495(96.3)		
Ya	19(3.7)		
Televisi			
Tidak	234(45.5)		
Ya	280(54.5)		
Komputer			
Tidak	421(81.9)		
Ya	93(18.1)		
Alasan penggunaan screen			
Belajar			
Tidak	328(63.8)		
Ya	186(36.2)		
Nonton video			
Tidak	232(45.1)		
Ya	282(54.9)		
Main games			
Tidak	328(63.8)		
Ya	186(36.2)		
Media sosial			
Tidak	149(29.0)		
Ya	365(71.0)		

Berdasarkan Tabel 15 mengenai kebiasaan subjek, diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki lama tidur kurang dari 8 jam (59,5%) dengan rata-rata durasi tidur 7,1±1,1 jam. Waktu mulai tidur mayoritas responden adalah sebelum atau sama dengan pukul 21.00 (57,6%), sementara sisanya tidur setelah pukul 21.00 (42,4%). Aktivitas olahraga dalam satu minggu terakhir menunjukkan bahwa sebagian besar responden berolahraga kurang dari tiga kali (84,8%), sedangkan hanya 15,2% yang berolahraga tiga kali atau lebih.

Pada aspek *screen time*, sebanyak 83,7% responden memiliki waktu penggunaan layar lebih dari dua jam per hari, dan hanya 16,3% yang menggunakan layar kurang dari atau sama dengan dua jam. Hampir seluruh responden menggunakan handphone (98,6%), sementara penggunaan perangkat lain seperti PlayStation (3,7%), televisi (54,5%), dan komputer (18,1%) lebih rendah.

Alasan penggunaan layar bervariasi, di mana 36,2% responden menggunakan layar untuk belajar, 54,9% untuk menonton video, 36,2% untuk bermain game, dan 71,0% untuk mengakses media sosial. Hasil ini menunjukkan bahwa sebagian besar subjek memiliki durasi screen time yang tinggi, didominasi oleh penggunaan handphone dengan tujuan utama untuk hiburan dan media sosial dibandingkan kegiatan akademik.

b. **Level kedua**

Pengukuran pada level kedua mencakup hubungan pada lingkaran sosial terdekat subjek yaitu teman dan keluarga yang mempengaruhi perilaku subjek.

1) Pengaruh orang lain

Tabel 16. Pengaruh Orang Lain

Pengaruh orang lain	n(%)
Pengaruh teman sebaya	84(16.3)
Pengaruh orang tua	402(78.2)
Pengaruh seimbang	28(5.4)

Berdasarkan Tabel 16 mengenai pengaruh orang lain, diketahui bahwa sebagian besar responden lebih banyak dipengaruhi oleh orang tua dalam perilakunya, yaitu sebanyak 402 orang (78,2%). Sementara itu, sebanyak 84 responden (16,3%) menyatakan bahwa mereka lebih dipengaruhi oleh teman sebaya. Hanya sebagian kecil, yaitu 28 responden (5,4%), yang menyebutkan bahwa pengaruh antara orang tua dan teman sebaya dirasakan seimbang. Hasil ini menunjukkan bahwa peran orang tua masih menjadi faktor dominan dalam membentuk perilaku subjek dibandingkan dengan pengaruh dari teman sebaya.

2) Kondisi Keluarga

Tabel 17. Kondisi Keluarga

Kondisi Keluarga	n(%)	Med (min-maks)	x̄±SD
Karakteristik orang tua			
Pendidikan ayah			
SD	101(19.6)		
SMP	88(17.1)		
SMA	246(47.9)		
PT			
D3	4(0.8)		
S1	58(11.3)		
S2	12(2.3)		
S3	5(1.0)		
Pendidikan ibu			
SD	99 (19.3)		
SMP	101(19.6)		
SMA	241(46.9)		
PT			
D3	5(1.0)		
S1	61(11.9)		
S2	5(1.0)		
S3	2(0.4)		

Pekerjaan ayah			
Tidak Bekerja	20(3.9)		
Bekerja	494(96.1)		
Pekerjaan ibu			
Tidak Bekerja	378(73.5)		
Bekerja	136(26.5)		
Karakteristik Keluarga			
Jumlah orang di satu rumah		4(2-9)	4.5±1.2
>4 orang	235(45.7)		
≤4 orang	279(54.3)		
Status keluarga			
Tidak lengkap	57(11.1)		
Lengkap	457(88.9)		
Kondisi Sosial Ekonomi			
Status kepemilikan rumah			
Sewa	46(8.9)		
Milik sendiri	468)91.1)		
Kondisi rumah			
Atap			
Bukan genting	63(12.3)		
Genting	451(87.7)		
Kondisi dinding			
Bukan permanen	13(2.5)		
Permanen	501(97.5)		
Kondisi lantai			
Bukan Keramik	34(6.6)		
Keramik	480(93.4)		

Berdasarkan Tabel 17 mengenai kondisi keluarga, dapat dijelaskan bahwa sebagian besar pendidikan terakhir ayah responden berada pada jenjang SMA yaitu sebanyak 246 orang (47,9%), diikuti oleh lulusan SD sebanyak 101 orang (19,6%) dan SMP sebanyak 88 orang (17,1%). Sementara itu, ayah yang menempuh pendidikan perguruan tinggi (PT) terdiri dari lulusan D3 sebanyak 4 orang (0,8%), S1 sebanyak 58 orang (11,3%), S2 sebanyak 12 orang (2,3%), dan S3 sebanyak 5 orang (1,0%). Pada pendidikan ibu, mayoritas juga berpendidikan SMA dengan jumlah 241 orang (46,9%), diikuti oleh SD sebanyak 99 orang (19,3%) dan SMP sebanyak 101 orang (19,6%). Sedangkan ibu yang menempuh

pendidikan tinggi meliputi lulusan D3 sebanyak 5 orang (1,0%), S1 sebanyak 61 orang (11,9%), S2 sebanyak 25 orang (4,9%), dan S3 sebanyak 2 orang (0,4%).

Berdasarkan status pekerjaan, mayoritas ayah responden bekerja, yaitu sebanyak 494 orang (96,1%), sedangkan yang tidak bekerja sebanyak 20 orang (3,9%). Sebaliknya, sebagian besar ibu responden tidak bekerja atau berperan sebagai ibu rumah tangga, yaitu sebanyak 378 orang (73,5%), dan hanya 136 orang (26,5%) yang bekerja. Hal ini menunjukkan bahwa dalam mayoritas keluarga responden, ayah berperan sebagai pencari nafkah utama sedangkan ibu lebih banyak berfokus pada urusan rumah tangga.

Berdasarkan Tabel 17 di atas, dapat dijelaskan bahwa jumlah rata-rata anggota keluarga dalam satu rumah adalah 4,5 orang dengan rentang antara 2 hingga 9 orang. Sebagian besar keluarga (54,3%) terdiri dari empat orang atau kurang, sedangkan 45,7% lainnya memiliki lebih dari empat anggota keluarga. Dari segi status keluarga, mayoritas tergolong keluarga lengkap yaitu sebesar 88,9%, sementara 11,1% termasuk keluarga tidak lengkap.

Dari sisi kondisi sosial ekonomi, sebagian besar responden memiliki rumah sendiri (91,1%), dan hanya 8,9% yang masih menyewa tempat tinggal. Kondisi rumah secara umum tergolong baik, terlihat dari 87,7% rumah memiliki atap genting, serta sebagian besar dinding rumah (97,5%) bersifat permanen. Selain itu, kondisi lantai rumah juga menunjukkan bahwa 93,4% rumah telah menggunakan lantai keramik, sedangkan hanya 6,6% yang masih menggunakan lantai bukan keramik. Hasil ini menggambarkan bahwa secara umum kondisi sosial ekonomi keluarga responden berada dalam kategori baik dan cukup layak.

2. Tahap *determine*

Tahap *determine* bertujuan untuk menentukan remaja putri dalam kelompok PD dan NPD. Kegiatan yang dilakukan adalah menganalisis data hasil pengukuran status anemia beserta determinan sosio-ekologi yang menyertainya.

a. Level pertama

Pengukuran pada level pertama meliputi pengukuran yang mencakup kondisi biologis dan karakteristik subjek.

1) Kondisi biologis subjek

Kondisi biologis subjek meliputi status anemia dan status gizi, dan status menstruasi. Hasil penelitian pada Tabel 18 membandingkan kondisi biologis subjek antara kelompok remaja putri yang anemia (non-PD) dengan normal/tidak anemia (PD). Berdasaarkan umur menarche, terdapat perbedaan signifikan umur menarche antara kelompok anemia dan normal (p=0,022). Kelompok anemia memiliki rata-rata umur menarche 11,6±1,0 tahun, sedangkan normal 11,4±1,0 tahun. Jika dikategorikan dengan umur menarche ≥12 tahun dan <12 tahun, distribusi kategori umur menarche berbeda signifikan antara kelompok anemia dan normal (p=0,032).

Tabel 18. Kondisi Biologis Subjek

Kondisi biologis	**Anemia (non-PD)**		**Normal (PD)**		***p-value***
	n(%)	**x̄±SD**	**n(%)**	**x̄±SD**	
Berat Badan (Kg)		46,2±8,4		45,9±8,2	0,815
Tinggi Badan (cm)		152,2±5,5		151,7±5,6	0,136
Status Gizi					
IMT/U z-score		-0,01±1,00		-0,00±1,00	0,927
Gizi kurang	**7(**58,3)		5(41,7)		0,756
Gizi baik	199(47,6)		219(52,4)		
Gizi lebih	41(48,8)		43)51,20		
TB/U z-score		-1,01±0,82		-1,08±0,80	0,306
Pendek	28(45,9)		33(54,1)		0,720
Normal	219(48,3)		234(51,7)		
Riwayat menstruasi					
Status menstruasi					
Sudah	235(48,6)		249(51,4)		0,363
Belum	12(40)		18(60)		
Umur menarche (th) n=484		11,6±1,0		11,4±1,0	0,022
≥12	138(53,3)		121(46,7)		0,032

<12	97(43,1)		128(56,9)		
Lama hari menstruasi (hr) n=484		7,2±1,5		7,2±1,7	0,828
≥8	73(47,4)		81(52,6)		0,729
<8	162(49,1)		168(50,9)		
Siklus menstruasi (hr) n=484		27,5±4,5		26,3±4,4	0,054
<21	18(40,0)		27(60,0)		0,228
≥21	217(49,4)		222(50,6)		
Menstruasi saat pemeriksaan					
Ya	47(46,5)		54(53,5)		0,733
Tidak	200(48,1)		213(51,9)		

2) Karakteristik subjek

Karakteristik subjek meliputi umur, kebiasaan konsumsi tablet besi, pengetahuan dan literasi gizi. Hasil analisis pada Tabel 19 membandingkan kelompok remaja putri yang anemia (non-PD) dengan normal/tidak anemia (PD) berdasarkan karakteristik subjek. Terdapat perbedaan bermakna antara kelompok anemia dan normal dalam kebiasaan konsumsi tablet Fe saat menstruasi (p=0,041).

Kelompok non-anemia lebih banyak mengonsumsi tablet Fe saat menstruasi (65,1%) dibanding kelompok anemia (34,9%). Cara konsumsi yang tidak tepat (misal bersama teh, kopi, susu yang menghambat penyerapan Fe) lebih banyak ditemukan pada kelompok anemia (62,3%) dibanding pada kelompok normal (37,7%) dan signifikan secara statistik (p=0,041). Selain itu, terdapat perbedaan signifikan berdasarkan literasi gizi (p=0,010). Subjek dengan literasi gizi kategori baik lebih banyak pada kelompok non-anemia (57,9%) dibanding kelompok anemia (42,1%).

Tabel 19. Karakteristik Subjek

Karakteristik Subjek	Anemia (non-PD)		Normal (PD)		*p-value*
	n	%	n	%	
Konsumsi Tablet Fe					
Konsumsi bulan terakhir					
Tidak	203	49,4	208	50,6	0,225
Ya	44	42,7	59	57,3	
Konsumsi saat menstruasi					
Tidak	225	49,9	226	50,1	0,036
Ya	22	34,9	41	65,1	
Cara konsumsi					
Tidak tepat (susu, teh, kopi)	33	62,3	20	37,7	0,041
Tepat (air putih, air jeruk)	214	46,4	247	53,6	
Uang saku (Rp)					
≤Rp 20,000,-	195	46,7	223	53,3	0,224
>Rp 20,000,-	52	54,2	44	45,8	
Pengetahuan gizi					
Kurang	169	46,7	193	53,3	0,389
Baik	78	51,3	74	48,7	
Persepsi tentang anemia					
Kerentanan					
Kurang	64	43,2	84	56,8	0,197
Baik	183	50,0	183	50,0	
Keparahan					
Kurang	61	51,3	58	48,7	0,425
Baik	186	47,1	209	52,9	
Manfaat					
Kurang	128	48,1	138	51,9	0,975
Baik	119	48,0	129	52,0	
Hambatan					
Kurang	109	47,8	119	52,2	0,991
Baik	138	48,3	148	51,7	
Literasi Gizi	%				
Kurang	141	53,8	121	46,2	0,010
Baik	106	42,1	146	57,9	

3) Kebiasaan makan subjek

Tabel 20 menunjukkan tidak ada perbedaan kebiasaan makan subjek baik pada kelompok anemia (non-PD) maupun dengan kelompok normal/tidak anemia (PD) ($p \geq 0,05$).

Tabel 20. Kebiasaan Makan Subjek

Kebiasaan Makan Subjek	Anemia (non-PD)		Normal (PD)		*p-value*
	n	%	n	%	
Kebiasaan makan utama					0,598
<3	179	47,2	200	52,8	
≥3	68	50,4	67	49,6	
Kebiasaan melewatkan makan utama					0,078
Ya	206	50,1	205	49,9	
Tidak	41	39,8	62	60,2	
Makan di meja makan					0,284
Tidak	180	49,7	182	50,3	
Ya	67	44,1	85	55,9	
Makan di depan Layar					0,148
Ya	215	46,8	244	53,2	
Tidak	32	58,2	23	41,8	
Kebiasaan sarapan pagi					
Sarapan sebelum sekolah					0,573
Tidak	141	46,8	160	53,2	
Ya	106	49,8	107	50,2	
Frekuensi sarapan dalam seminggu					0,405
≤3 kali per minggu	134	50,0	134	50,0	
>3 kali per minggu	113	45,9	133	54,1	

Hasil analisis pada Tabel 21 membandingkan kelompok remaja putri yang anemia (non-PD) dengan normal/tidak anemia (PD) berdasarkan kuantitas asupan energi, zat gizi makro serta zat besi. Terdapat perbedaan bermakna antara kelompok anemia dan normal dalam tingkat kecukupan protein (p=0,017). Pada kelompok anemia, sebagian besar subjek memiliki kecukupan protein kurang (52,1%). Pada kelompok normal, kecukupan protein yang cukup lebih tinggi (59,3%) dibanding kelompok anemia (40,7%). Selain itu, terdapat perbedaan bermakna antara kelompok anemia dan normal dalam tingkat kecukupan zat besi (p=0,016). Tingkat kecukupan zat besi yang kurang lebih banyak pada kelompok anemia (50,7%) dibanding kelompok normal (49,3%). Sebaliknya, tingkat kecukupan zat besi cukup lebih tinggi pada kelompok normal (63,5%) dibanding anemia (36,5%).

Tabel 21. Kuantitas Asupan Makan

Konsumsi Makan	Anemia (non-PD)		Normal (PD)		*p-value*
	n(%)	x̄±SD	n(%)	x̄±SD	
Tingkat Kecukupan Energi (%)					0,315
Kurang	202	49,4	207	50,6	
Cukup	45	43,3	59	56,7	
Tingkat Kecukupan Karbohidrat (%)					0,965
Kurang	203	48,2	218	51,8	
Cukup	44	47,3	49	52,7	
Tingkat Kecukupan Protein (%)					0,017
Kurang	173	52,1	159	47,9	
Cukup	74	40,7	108	59,3	
Tingkat Kecukupan Lemak (%)					0,062
Kurang	174	51,0	167	49,0	
Cukup	72	41,9	100	58,1	
Tingkat Kecukupan Zat Besi (%)					0,016
Kurang	212	50,7	206	49,3	
Cukup	35	36,5	61	63,5	

4) Kebiasaan subjek

Hasil pada Tabel 22 menunjukkan tidak ada perbedaan kebiasaan subjek (lama tidur, mulai tidur, olahraga dalam satu minggu terakhir dan *screen time*) baik pada kelompok anemia (non-PD) maupun dengan kelompok normal/tidak anemia (PD) ($p \geq 0,05$).

Tabel 22. Kebiasaan Subjek

Kebiasaan subjek	Anemia (non-PD)		Normal (PD)		*p-value*
	n	%	n	%	
Lama tidur (jam/hr)					
<8	153	50,0	153	50,0	0,327
≥ 8	94	45,2	114	54,8	
Mulai tidur					
>21,00	144	48,6	152	51,4	0,753
≤21,00	103	47,2	115	52,8	
Olah raga dalam satu minggu terakhir					
<3 kali	206	47,2	230	52,8	0,458
≥ 3 kali	41	52,6	37	47,4	
Screen time (jam/hr)					
>5 jam	155	48,6	164	51,4	0,826
≤5 jam	92	47,2	103	52,8	

b. Level kedua

Pengukuran pada level kedua mencakup hubungan pada lingkaran sosial terdekat subjek yaitu teman dan keluarga yang mempengaruhi perilaku subjek.

1) Pengaruh orang lain

Hasil pada Tabel 23 menunjukkan tidak ada perbedaan pengaruh orang lain (orang tua, teman, maupun seimbang) baik pada kelompok anemia (non-PD) maupun dengan kelompok normal/tidak anemia (PD) (p≥0,05).

Tabel 23. Pengaruh Orang Lain

Pengaruh orang lain	Anemia (non-PD)		Normal (PD)		*p-value*
	n	%	n	%	
Pengaruh orang lain					0,109
Pengaruh orang tua	184	45,8	218	54,2	
Pengaruh seimbang	14	50,0	14	50,0	
Pengaruh teman sebaya	49	58,3	35	41,7	
Pengaruh orang tua					
Tidak	63	56,3	49	43,8	0,063
Ya	184	45,8	218	54,2	
Pengaruh teman					
Tidak	198	46,0	232	54,0	0,052
Ya	49	58,3	35	41,7	

2) Kondisi Keluarga

Hasil pada Tabel 24 menunjukkan tidak ada perbedaan pengaruh kondisi keluarga (karakteristik orang tua, karakteristik keluarga dan kodisi sosial ekonomi) baik pada kelompok anemia (non-PD) maupun dengan kelompok normal/tidak anemia (PD) (p≥0,05).

Tabel 24. Kondisi Keluarga

Kondisi keluarga	Anemia (non-PD)		Normal (PD)		*p-value*
	n	%	n	%	
Karakteristik orang tua					
Pendidikan ayah					1,00
SD-SMP	91	48,1	98	51,9	
SMA-PT	156	48,0	169	52,0	
Pendidikan ibu					0,771
SD-SMP	94	47,0	106	53,0	
SMA-PT	153	48,7	161	51,3	

Pekerjaan ayah					0,156
Tidak Bekerja	6	30,0	14	70,0	
Bekerja	247	48,8	267	51,2	
Pekerjaan ibu					0,568
Tidak Bekerja	185	48,9	193	51,1	
Bekerja	62	45,6	74	54,4	
Karakteristik Keluarga					
Jumlah orang di satu rumah					0,336
>4 orang	107	45,5	128	54,5	
≤4 orang	140	50,2	139	49,8	
Status keluarga					0,151
Tidak lengkap	33	57,9	24	42,1	
Lengkap	214	46,8	243	53,2	
Kondisi Sosial Ekonomi					
Status kepemilikan rumah					
Sewa	23	50,0	23	50,0	0,903
Milik sendiri	224	47,9	244	52,1	
Kondisi rumah					
Atap					0,549
Bukan genting	33	52,4	30	47,6	
Genting	214	47,5	237	52,5	
Dinding					0,481
Bukan permanen	8	61,5	5	38,5	
Permanen	239	47,7	262	52,3	
Lantai					0,443
Bukan Keramik	19	55,9	15	44,1	
Keramik	228	47,5	252	52,5	

3. Tahap *discover*

Tahap *discover* bertujuan untuk menentukan perilaku positif remaja putri yang termasuk dalam kelompok PD. Kegiatan yang dilakukan adalah analisis data hasil *define* dan menentukan perilaku positif pada kelompok PD. Perilaku positif ditentukan dengan cara yang memilih determinan dengan $p<0,05$ dan menghitungkan nilai odd rasio nya melalui analisis bivariat. Semua variabel dalam Tabel 25 merupakan prediktor independen dari *Positif Deviance* pada remaja putri. Tiga determinan paling kuat berdasarkan nilai OR yang besar adalah cara konsumsi tablet Fe yang tepat dengan nilai OR(95%CI) sebesar 1,904(1,061-3,418) dengan arti remaja putri yang mengonsumsi tablet Fe dengan cara yang tidak tepat (bersamaan teh/kopi/susu) meningkatkan risiko 1,9 kali lebih besar untuk menderita anemia (non-PD).

Selanjutnya variabel konsumsi tablet Fe saat menstruasi memiliki nilai OR(95%CI) sebesar 1,855(1,071-3,215) dengan arti remaja putri yang tidak mengonsumsi tablet Fe saat menstruasi berisiko 1,8 kali lebih besar untuk

menderita anemia (non-PD). Variabel tingkat kecukupan zat besi memiliki nilai OR(95%CI) sebesar 1,794(1,071-3,215) yang berarti remaja putri dengan Tingkat kecukupan zat besi kurang berisiko 1,7 kali lebih besar untuk menderita anemia (non-PD) dan diikuti dengan variabel literasi gizi dengan nilai OR(95%CI) sebesar 1,605(1,133-2,275), tingkat kecukupan protein dengan nilai OR(95%CI) sebesar 1,588(1,101-2,289) dan umur menarche dengan nilai OR(95%CI) sebesar 1,505(1,051-2,156).

Tabel 25. Variabel Terkait Kelompok *Positif Deviance (PD)*

Variabel	Determinan positif	n(%)	*p-value*	OR(95%CI)
Kondisi Biologis				
Umur menarche (tahun)	<12	128(24,9)	0,032	1,505(1,051-2,156)
Karakteristik Subjek				
Konsumsi tablet Fe saat menstruasi	Ya	41(7,9)	0,036	1,855(1,071-3,215)
Cara konsumsi tablet Fe	Tepat	247(48,0)	0,041	1,904(1,061-3,418)
Literasi gizi	Baik	146(28,4)	0,010	1,605(1,133-2,275)
Kebiasaan makan subjek				
Tingkat Kecukupan Protein	Cukup	108(21,0)	0,017	1,588(1,101-2,289)
Tingkat Kecukupan Zat Besi	Cukup	61(11,8)	0,016	1,794(1,135-2,835)

4. Tahap *design*

Tahap keempat *design* bertujuan untuk menyusun rekomendasi intervensi untuk mengatasi anemia berdasarkan perilaku khusus yang telah diidentifikasi sebelumnya pada kelompok PD. Metode yang dilakukan untuk menentukan rekomendasi yang diberikan dilakukan dengan menggunakan pemodelan regresi logistik dengan mempertimbangkan seluruh variabel yang secara bivariat terkait dengan kelompok PD. Pada awal pemodelan terdapat 15 variabel yang terseleksi masuk ke dalam model karena memiliki p<0,25. Setelah dilakukan 15 kali pemodelan maka diperoleh model yang paling sesuai (model fit). Pada model final tersisa sembilan (9) variabel dengan dua variabel yang secara signifikan terkait dengan kelompok PD, yaitu variabel literasi gizi dan asupan zat besi dengan tetap harus mempertimbangkan variabel cara mengonsumsi zat besi yang tepat, mengonsumsi tablet zat besi saat menstruasi,

memberikan uang saku secukupnya (lebih kurang Rp 20000,-), kebiasaan mengonsumsi makanan di depan layar, asupan lemak, protein dan status keluarga.

Tabel 27. Model Final Variabel yang Terkait dengan Kelompok *Positif Deviance (PD)*

Variabel	*p-value*	aOR	95% CI
Cara Mengonsumsi Tablet Fe	0,102	1,662	0,904-3,059
Konsumsi Tablet Fe Saat Menstruasi	0,055	1,749	0,989-3,094
Besar Uang Saku	0,092	0,666	0,415-1,069
Literasi Gizi	0,034	1,488	1031-2,147
Kebiasaan Makan di Depan Layar	0,123	0,630	0,351-1,134
Tingkat Kecukupan Lemak	0,467	1,170	0,766-1,789
Tingkat Kecukupan Protein	0,103	1,422	0,931-2,172
Tingkat Kecukupan Fe	0,048	1,635	1,004-2,659
Status Keluarga	0,126	1,565	0,882-2,777

G. Kesimpulan dan Rekomendasi

1. Kesimpulan

Hasil kajian ini didapatkan dapat disimpulkan bahwa:

a. Masalah gizi yang dihadapi remaja putri di Kota Tasikmalaya, meliputi:
   1) Remaja putri pendek sebesar 11,9%
   2) Remaja putri yang mengalami gizi lebih sebesar 16,3%
   3) Remaja putri yang menderita anemia sebesar 48,1%

b. Terdapat 267(51,9%) remaja putri yang merupakan kelompok *positive deviant* (PD) dan terdapat 247(48,1%) remaja putri yang merupakan *non positif deviant* (non-PD) di Kota Tasikmalaya

c. Perilaku baik pada kelompok *positive deviant* (PD) meliputi:
   1) Konsumsi Tablet Fe terutama saat menstruasi
   2) Mengkonsumsi Tablet Fe secara tepat yaitu menggunakan air putih atau jeruk
   3) Memiliki literasi gizi yang baik
   4) Mengonsumsi protein sesuai Angka Kecukupan Gizi (AKG)
   5) Mengonsumsi zat besi sesuai AKG

2. Rekomendasi

Rekomendasi untuk menyelesaikan masalah anemia bertujuan untuk mencegah lahir nya *new stunting* menggunakan pendekatan *cross-cutting issue* yang melibatkan melibatkan lintas sektor secara terintegrasi.

Tabel 28. Rekomendasi intervensi anemia berdasarkan analisis positive deviance

PENYEBAB UTAMA	OPD	REKOMENDASI
Kepatuhan konsumsi Tablet Fe	Pemerintah kota	1. Pemerintah kota perlu membuat regulasi sekolah sehat yang mencakup kewajiban distribusi dan pemantauan konsumsi Tablet Fe. 2. Penguatan komitmen lintas sektor untuk intervensi gizi, terutama pada remaja putri yang mengintegrasikan edukasi, suplementasi dan *food-based approached*.
	Dinas Pendidikan	1) Aktivasi peran UKS dan guru UKS dalam distribusi dan pemantauan konsumsi tablet tambah darah bagi siswi 2) Mendorong pihak sekolah, khususnya guru wali kelas, untuk menjalin komunikasi aktif dengan orang tua agar dapat memberikan dukungan dan berperan dalam pemantauan konsumsi Tablet Fe 3) Bekerja sama dengan Dinas Kesehatan untuk menerbitkan surat pemberitahuan kepada orang tua terkait hasil pemeriksaan kadar hemoglobin siswa secara berkala

	Dinas Kesehatan	1) Memastikan ketersediaan tablet Fe di sekolah **2)** Optimalisasi pemantauan konsumsi tablet Fe bekerjasama dengan sekolah 3) Melaksanakan *early warning system* untuk mendeteksi kejadian anemia secara berkala tinggi pada siswi 4) Pengukuran status gizi anak sekolah
	Dinas Pengendalian Penduduk, Keluarga Berencana, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak	1) Optimalisasi peran forum Generasi Berencana (GenRe) dan Duta GenRe dalam promosi Tablet Fe
Rendahnya literasi gizi	Dinas Pendidikan	1) Mengintegrasikan edukasi gizi dan kesehatan tentang anemia dan kesehatan reproduksi ke dalam kurikulum 2) Bekerja sama dengan Dinas Kesehatan untuk memberikan edukasi gizi dan kesehatan tentang anemia pada orang tua siswa 3) Optimalisasi peran PMR dan OSIS dalam peningkatan kesadaran remaja terkait anemia 4) Menyediakan ruang aman (*safe space*) bagi remaja putri di sekolah untuk berdiskusi tentang menstruasi, anemia, dan kepercayaan diri.

		5) Pemasangan media edukasi gizi menggunakan pendekatan *health belief model* di lingkungan sekolah
	Dinas Kesehatan	6) Penyediaan materi literasi gizi dan kesehatan 7) Melakukan edukasi gizi pada siswa sekolah dan orang tua siswa secara berkala menggunakan pendekatan *Health belief model*
	Dinas Kepemudaan, Olahraga, Kebudayaan, dan Pariwisata	2) Mendorong kampanye olahraga, aktivitas fisik, dan gaya hidup yang menunjang pencegahan dan penanggulangan anemia
	Dinas Pengendalian Penduduk, Keluarga Berencana, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak	3) Optimalisasi peran forum Generasi Berencana (GenRe) dan Duta GenRe dalam promosi kesehatan dan gizi terkait pencegahan dan penanggulangan anemia pada remaja putri 4) Konseling gizi dan kesehatan pada catin
	Dinas Perpustakaan dan Kearsipan Daerah	5) Penyediaan akses informasi gizi dan kesehatan berupa buku, jurnal, akses internet, dll untuk memfasilitasi peningkatan literasi gizi terkait pencegahan dan penanggulangan anemia

	Dinas Komunikasi dan Informatika	6) Memanfaatkan media digital, influencer lokal, dan komunitas untuk meningkatkan pemahaman remaja tentang anemia, TTD, dan gizi. 7) Pengembangan *Multimedia Health Education-Entertainment (MH-EE)* tentang anemia dengan pendekatan *Health belief model* berupa komik atau video pendek yang didistribusi secara digital
	Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah	1) Koordinasi dengan Perguruan Tinggi (PT) terkait riset tentang pencegahan dan penanggulangan anemia pada remaja putri 2) Mengintegrasikan program penanganan anemia dalam dokumen perencanaan pembangunan daerah (RPJMD dan RKPD) 3) Berkoordinasi dengan OPD terkait untuk mensukseskan program pencegahan dan penanggulangan anemia pada remaja putri 4) Optimalisasi pemantauan dan evaluasi efektivitas program penanganan anemia yang dilakukan dinas terkait
Rendahnya asupan protein dan Fe	Dinas pendidikan	1) Penyediaan kantin sehat di lingkungan sekolah 2) Optimalisasi peran guru dalam pemantauan daya terima program makanan bergizi untuk meningkatkan asupan zat gizi siswi

		3) Mendorong sekolah membuat percontohan kebun gizi dengan tanaman lokal sebagai pembelajaran bagi siswa.
	Dinas Ketahanan Pangan, Pertanian dan Perikanan	4) Optimalisasi gerakan mengonsumsi makanan yang Beragam, Bergizi Seimbang, dan Aman (B2SA) berbasis pangan lokal yang kaya zat besi dan protein
	Dinas Koperasi, Usaha Mikro, Kecil dan Menengah, Perindustrian dan Perdagangan	5) Fasilitasi kemitraan koperasi, UMKM dan PT untuk hilirisasi inovasi produk pangan bergizi hasil riset perguruan tinggi
	Dinas Pertanian	6) Memberikan pendampingan kepada desa dalam mengembangkan kebun gizi dan budikdamber
	Kecamatan	7) Mendorong desa untuk membuat kebun gizi dan budikdamber untuk meningkatkan akses sumber pangan kaya zat besi dan vitamin C. 8) Mengaktifkan peran kader kesehatan, tokoh masyarakat, karang taruna, dan organisasi perempuan dalam kampanye pencegahan anemia

		9) Optimalisasi peran kader dalam pemantauan konsumsi TTD pada remaja putri dan pendampingan pada remaja putri berisiko anemia

Daftar Pustaka

1. Kementrian Kesehatan RI. *Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2024*.; 2025.
2. Kementrian kesehatan RI. *Buku Saku Pencegahan Anemia Pada Ibu Hamil Dan Remaja Putri*.; 2023.
3. Nadhiroh SR, Micheala F, Tung SEH, Kustiawan TC. Association between maternal anemia and stunting in infants and children aged 0–60 months: A systematic literature review. *Nutrition*. 2023;115:112094. doi:https://doi.org/10.1016/j.nut.2023.112094
4. Soliman A, Alaaraj N, Hamed N, et al. Nutritional interventions during adolescence and their possible effects. *Acta Biomedica*. 2022;93(1):1-14. doi:10.23750/abm.v93i1.12789
5. Endale F, Woldeyohannes D, Belayneh F, et al. Menstrual abnormality , maternal illiteracy , and household factors as main predictors of anemia among adolescent girls in Ethiopia : Systematic review and. Published online 2022. doi:10.1177/17455057221129398
6. Mattiello V, Schmugge M, Hengartner H, von der Weid N, Renella R, Group SPHW. Diagnosis and management of iron deficiency in children with or without anemia: consensus recommendations of the SPOG Pediatric Hematology Working Group. *Eur J Pediatr*. 2020;179:527-545.
7. Cohen CT, Powers JM. Nutritional Strategies for Managing Iron De fi ciency in Adolescents : Approaches to a Challenging but Common Problem. *Advances in Nutrition*. 2024;15(5):100215. doi:10.1016/j.advnut.2024.100215
8. WHO-SEARO. *Strategic Guidance on Acelerating Actions for Adolescent Health in South-East Asia Region (2018 -2022)*.; 2018.
9. Sari P, Judistiani RTD, Hilmanto D, Herawati DMD, Dhamayanti M. Iron Deficiency Anemia and Associated Factors Among Adolescent Girls and Women in a Rural Area of Jatinangor, Indonesia. *Int J Womens Health*. 2022;14(August):1137-1147. doi:10.2147/IJWH.S376023
10. Rahfiludin MZ, Arso SP, Joko T, Asna AF, Murwani R, Hidayanti L. Plant-based Diet and Iron Deficiency Anemia in Sundanese Adolescent Girls at Islamic Boarding Schools in Indonesia. *J Nutr Metab*. 2021;2021. doi:10.1155/2021/6469883
11. Mithra P, Khatib MN, Sinha AP, Kumar N. Interventions for Addressing Anemia Among Children and Adolescents : An Overview of Systematic Reviews. 2021;8(February):1-23. doi:10.3389/fped.2020.549549
12. Silitonga HTH, Salim LA, Nurmala I, Wartiningsih M, Raga AD. The association between social support with compliance of IFA supplement intake among adolescent girls in Sidoarjo, Indonesia. *Nutr Health*. Published online 2023. doi:10.1177/02601060231206310
13. Garcia-casal MN, Pasricha S rayn, Dary O, Jefferds ME. Diagnosing anemia : Challenges selecting methods , addressing underlying causes , and implementing actions at the public health level. Published online 2023:37-50. doi:10.1111/nyas.14996
14. Alliance. Positive Deviance for Nutrition : 2019;(October).

15. Universitas Indonesia. Positive Deviance Resource Centre (PDRC). Published online 2022.
16. Chek LP, Ying W, Id G, Chin YS, Sulaiman N. A nutrition programme using positive deviance approach to reduce undernutrition among urban poor children under-five in Malaysia : A cluster randomised controlled trial protocol. Published online 2022. doi:10.1371/journal.pone.0275357
17. Herington MJ, Fliert E Van De, Herington MJ. Positive Deviance in Theory and Practice : A Conceptual Review Positive Deviance in Theory and Practice : A Conceptual Review. *Deviant Behav*. 2017;00(00):1-15. doi:10.1080/01639625.2017.1286194
18. Sethi V, Sternin M, Sharma D, Bhanot A. Applying Positive Deviance for Improving Compliance to Adolescent Anemia Control Program in Tribal Communities of India. 2017;38(3):447-452. doi:10.1177/0379572117712791
19. Gizaw AT, Sopory P, Sudhakar M. Effectiveness of a positive deviance approach to improve mother ' s nutritional knowledge , attitude , self-efficacy , and child ' s nutritional status in Maji District , West Omo Zone , South West region , Ethiopia : a cluster randomized control trial. 2023;(November):1-12. doi:10.3389/fpubh.2023.1277471
20. Roche ML, Marquis GS, Gyorkos TW, Blouin B, Sarsoza J, Kuhnlein H V. Research Article A Community-Based Positive Deviance / Hearth Infant and Young Child Nutrition Intervention in Ecuador Improved Diet and Reduced Underweight. *J Nutr Educ Behav*. 2017;49(3):196-203.e1. doi:10.1016/j.jneb.2016.10.007
21. Kang Y, Kim S, Sinamo S, Christian P. Original Article Effectiveness of a community-based nutrition programme to improve child growth in rural Ethiopia : a cluster randomized trial. Published online 2016:1-15. doi:10.1111/mcn.12349
22. Inamahoro C, Kiguli J, Makumbi FE. Nutritional Recovery Outcome among Moderately Malnourished Children in Communities Implementing Positive Deviance - Hearth or Community Health Workers ' Nutrition Promotion Approaches in Karusi and Kirundo Provinces , Burundi. 2017;6(1):5-18.
23. Albanna B, Heeks R. Positive deviance , big data , and development : A systematic literature review. 2019;(October 2018):1-22. doi:10.1002/isd2.12063
24. Siswati T, Kasdjono HS, Olfah Y, Paramashanti BA. How Adolescents Perceive Stunting And Anemia: A Qualitative Study In Stunting Locus Area In Yogyakarta Indonesia. *Aspirasi: Jurnal Masalah-masalah Sosial*. 2022;13(2). doi:10.46807/aspirasi.v13i2.3097
25. Peral-Suárez Á, Haycraft E, Blyth F, Holley CE, Pearson N. Dietary habits across the primary-secondary school transition: A systematic review. *Appetite*. 2024;201:107612. doi:https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107612
26. Al-Salem AH, Radwan S. Amenorrhea in Adolescents. In: *Pediatric Gynecology: An Illustrated Guide for Surgeons*. 2020:295-316. doi:10.1007/978-3-030-49984-6_16

27. Habiba M, Benagiano G. The Duration of Menstrual Blood Loss: Historical to Current Understanding. *Reproductive Medicine.Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI)*. 2023;4(3):145-165. doi:10.3390/reprodmed4030015
28. Zinger M. Physiology of menstruation. In: *Modern Management of Abnormal Uterine Bleeding*. 2008:11-16. doi:10.3109/9780203091524-3

H. Lampiran

Pemodelan Regresi Logistik

Variabel	*p-value*	aOR1	OR baru	Selisih OR	Perubahan OR(%)
MODEL 1					
Cara mengonsumsi tablet Fe	0,161	1,572			
Konsumsi tablet Fe saat mens	0,196	1,698			
Konsumsi TTD sebulan terakhir	0,940	1,026			
Besar uang saku	0,077	0,650			
Persepsi HBM tentang anemia	0,433	1,163			
Kebiasaan Makan di depan Hp	0,117	0,620			
Melewatkan makan utama	0,141	1,418			
Tingkat Kecukupan Fe	0,075	1,570			
Tingkat Kecukupan Protein	0,186	1,336			
Tingkat Kecukupan Lemak	0,336	1,235			
Pengaruh orang tua	0,872	1,069			
pengaruh teman	0,566	0,767			
Status pekerjaan ayah	0,069	0,385			
Status keluarga	0,102	1,641			
Literasi Gizi	0,049	1,461			
MODEL 2					
Cara mengonsumsi tablet Fe	0.157	1,572	1,564	0,008	0,8
Konsumsi tablet Fe saat mens	0.060	1,698	1,735	-0,037	-3,7
Konsumsi TTD sebulan terakhir		1,026			
Besar uang saku	0.076	0,650	0,650	0,000	0
Persepsi HBM tentang anemia	0.431	1,163	1,163	0,000	0
Kebiasaan Makan di depan Hp	0.117	0,620	0,621	-0,001	-0,1
Melewatkan makan utama	0.141	1,418	1,417	0,001	0,1
Tingkat Kecukupan Fe	0.075	1,570	1,569	0,001	0,1
Tingkat Kecukupan Protein	0.186	1,336	1,336	0,000	0
Tingkat Kecukupan Lemak	0.337	1,235	1,234	0,001	0,1
Pengaruh orang tua	0.872	1,069	1,069	0,000	0
pengaruh teman	0.566	0,767	0,768	-0,001	-0,1
Status pekerjaan ayah	0.067	0,385	0,383	0,002	0,2
Status keluarga	0.100	1,641	1,644	-0,003	-0,3
Literasi Gizi	0.049	1,461	1,461	0,000	0
MODEL 3					
Cara mengonsumsi tablet Fe	0,157	1,572	1,563	0,009	0,9
Konsumsi tablet Fe saat mens	0,060	1,698	1,735	-0,037	-3,7
Konsumsi TTD sebulan terakhir		1,026			
Besar uang saku	0,077	0,650	0,651	-0,001	-0,1
Persepsi HBM tentang anemia	0,427	1,163	1,165	-0,002	-0,2
Kebiasaan Makan di depan Hp	0,117	0,620	0,621	-0,001	-0,1
Melewatkan makan utama	0,138	1,418	1,420	-0,002	-0,2
Tingkat Kecukupan Fe	0,073	1,570	1,572	-0,002	-0,2
Tingkat Kecukupan Protein	0,186	1,336	1,336	0,000	0
Tingkat Kecukupan Lemak	0,335	1,235	1,236	-0,001	-0,1
Pengaruh orang tua		1,069			
pengaruh teman	0,203	0,767	0,722	0,045	4,5
Status pekerjaan ayah	0,068	0,385	0,384	0,001	0,1
Status keluarga	0,097	1,641	1,650	-0,009	-0,9
Literasi Gizi	0,049	1,461	1,461	0,000	0

MODEL 4					
Cara mengonsumsi tablet Fe	0,152	1,572	1,570	0,002	0,2
Konsumsi tablet Fe saat mens	0,064	1,698	1,722	-0,024	-2,4
Konsumsi TTD sebulan terakhir		1,026			
Besar uang saku	0,077	0,650	0,651	-0,001	-0,1
Persepsi HBM tentang anemia		1,163			
Kebiasaan Makan di depan Hp	0,107	0,620	0,613	0,007	0,7
Melewatkan makan utama	0,141	1,418	1,416	0,002	0,2
Tingkat Kecukupan Fe	0,084	1,570	1,543	0,027	2,7
Tingkat Kecukupan Protein	0,180	1,336	1,341	-0,005	-0,5
Tingkat Kecukupan Lemak	0,322	1,235	1,243	-0,008	-0,8
Pengaruh orang tua		1,069			
pengaruh teman	0,177	0,767	0,709	0,058	5,8
Status pekerjaan ayah	0,069	0,385	0,386	-0,001	-0,1
Status keluarga	0,088	1,641	1,671	-0,030	-3
Literasi Gizi	0,038	1,461	1,486	-0,025	-2,5
MODEL 5					
Cara mengonsumsi tablet Fe	0,160	1,572	1,556	0,016	1,6
Konsumsi tablet Fe saat mens	0,058	1,698	1,740	-0,042	-4,2
Konsumsi TTD sebulan terakhir		1,026			
Besar uang saku	0,053	0,650	0,628	0,022	2,2
Persepsi HBM tentang anemia		1,163			
Kebiasaan Makan di depan Hp	0,114	0,620	0,619	0,001	0,1
Melewatkan makan utama	0,138	1,418	1,419	-0,001	-0,1
Tingkat Kecukupan Fe	0,058	1,570	1,606	-0,036	-3,6
Tingkat Kecukupan Protein	0,063	1,336	1,449	-0,113	-11,3
Tingkat Kecukupan Lemak		1,235			
Pengaruh orang tua		1,069			
pengaruh teman	0,210	0,767	0,728	0,039	3,9
Status pekerjaan ayah	0,077	0,385	0,396	-0,011	-1,1
Status keluarga	0,089	1,641	1,667	-0,026	-2,6
Literasi Gizi	0,037	1,461	1,489	-0,028	-2,8
MODEL 6					
Cara mengonsumsi tablet Fe	0,125	1,572	1,619	-0,047	-4,7
Konsumsi tablet Fe saat mens	0,062	1,698	1,728	-0,030	-3
Konsumsi TTD sebulan terakhir		1,026			
Besar uang saku	0,073	0,650	0,647	0,003	0,3
Persepsi HBM tentang anemia		1,163			
Kebiasaan Makan di depan Hp	0,113	0,620	0,618	0,002	0,2
Melewatkan makan utama	0,112	1,418	1,453	-0,035	-3,5
Tingkat Kecukupan Fe	0,073	1,570	1,568	0,002	0,2
Tingkat Kecukupan Protein	0,174	1,336	1,346	-0,010	-1
Tingkat Kecukupan Lemak	0,374	1,235	1,214	0,021	2,1
Pengaruh orang tua		1,069			
pengaruh teman		0,767			
Status pekerjaan ayah	0,067	0,385	0,383	0,002	0,2
Status keluarga	0,079	1,641	1,691	-0,050	-5
Literasi Gizi	0,025	1,461	1,529	-0,068	-6,8
MODEL 7					
Cara mengonsumsi tablet Fe	0,137	1,572	1,595	-0,023	-2,3
Konsumsi tablet Fe saat mens	0,073	1,698	1,688	0,010	1
Konsumsi TTD sebulan terakhir		1,026			
Besar uang saku	0,081	0,650	0,655	-0,005	-0,5

Persepsi HBM tentang anemia		1,163			
Kebiasaan Makan di depan Hp	0,093	0,620	0,602	0,018	1,8
Melewatkan makan utama	0,081	1,418	1,503	-0,085	-8,5
Tingkat Kecukupan Fe	0,044	1,570	1,647	-0,077	-7,7
Tingkat Kecukupan Protein		1,336			
Tingkat Kecukupan Lemak	0,112	1,235	1,372	-0,137	-13,7
Pengaruh orang tua		1,069			
pengaruh teman		0,767			
Status pekerjaan ayah	0,058	0,385	0,371	0,014	1,4
Status keluarga	0,075	1,641	1,701	-0,060	-6
Literasi Gizi	0,021	1,461	1,547	-0,086	-8,6
MODEL 8					
Cara mengonsumsi tablet Fe		1,572			
Konsumsi tablet Fe saat mens	0,060	1,698	1,737	-0,039	-3,9
Konsumsi TTD sebulan terakhir		1,026			
Besar uang saku	0,053	0,650	0,627	0,023	2,3
Persepsi HBM tentang anemia		1,163			
Kebiasaan Makan di depan Hp	0,085	0,620	0,596	0,024	2,4
Melewatkan makan utama	0,097	1,418	1,476	-0,058	-5,8
Tingkat Kecukupan Fe	0,069	1,570	1,576	-0,006	-0,6
Tingkat Kecukupan Protein	0,192	1,336	1,329	0,007	0,7
Tingkat Kecukupan Lemak	0,378	1,235	1,212	0,023	2,3
Pengaruh orang tua		1,069			
pengaruh teman		0,767			
Status pekerjaan ayah	0,064	0,385	0,378	0,007	0,7
Status keluarga	0,074	1,641	1,707	-0,066	-6,6
Literasi Gizi	0,014	1,461	1,587	-0,126	-12,6
MODEL 9					
Cara mengonsumsi tablet Fe	0,108	1,572	1,655	-0,083	-8,3
Konsumsi tablet Fe saat mens	0,063	1,698	1,723	-0,025	-2,5
Konsumsi TTD sebulan terakhir		1,026			
Besar uang saku	0,078	0,650	0,652	-0,002	-0,2
Persepsi HBM tentang anemia		1,163			
Kebiasaan Makan di depan Hp	0,149	0,620	0,649	-0,029	-2,9
Melewatkan makan utama		1,418			
Tingkat Kecukupan Fe	0,071	1,570	1,571	-0,001	-0,1
Tingkat Kecukupan Protein	0,123	1,336	1,397	-0,061	-6,1
Tingkat Kecukupan Lemak	0,394	1,235	1,204	0,031	3,1
Pengaruh orang tua		1,069			
pengaruh teman		0,767			
Status pekerjaan ayah	0,074	0,385	0,394	-0,009	-0,9
Status keluarga	0,078	1,641	1,692	-0,051	-5,1
Literasi Gizi	0,021	1,461	1,548	-0,087	-8,7
MODEL 10					
Cara mengonsumsi tablet Fe	0,084	1,572	1,714	-0,142	-14,2
Konsumsi tablet Fe saat mens	0,066	1,698	1,712	-0,014	-1,4
Konsumsi TTD sebulan terakhir		1,026			
Besar uang saku	0,083	0,650	0,657	-0,007	-0,7
Persepsi HBM tentang anemia		1,163			
Kebiasaan Makan di depan Hp		0,620			
Melewatkan makan utama		1,418			
Tingkat Kecukupan Fe	0,067	1,570	1,580	-0,010	-1
Tingkat Kecukupan Protein	0,104	1,336	1,422	-0,086	-8,6

Tingkat Kecukupan Lemak	0,414	1,235	1,194	0,041	4,1
Pengaruh orang tua		1,069			
pengaruh teman		0,767			
Status pekerjaan ayah	0,063	0,385	0,38	0,005	0,5
Status keluarga	0,087	1,641	1,665	-0,024	-2,4
Literasi Gizi	0,024	1,461	1,528	-0,067	-6,7
MODEL 11					
Cara mengonsumsi tablet Fe	0,099	1,572	1,675	-0,103	-10,3
Konsumsi tablet Fe saat mens	0,054	1,698	1,754	-0,056	-5,6
Konsumsi TTD sebulan terakhir		1,026			
Besar uang saku	0,089	0,650	0,663	-0,013	-1,3
Persepsi HBM tentang anemia		1,163			
Kebiasaan Makan di depan Hp	0,168	0,620	0,662		
Melewatkan makan utama		1,418			
Tingkat Kecukupan Fe	0,069	1,570	1,575	-0,005	-0,5
Tingkat Kecukupan Protein	0,116	1,336	1,405	-0,069	-6,9
Tingkat Kecukupan Lemak	0,396	1,235	1,202	0,033	3,3
Pengaruh orang tua		1,069			
pengaruh teman		0,767			
Status pekerjaan ayah	0,116	0,385	0,447	-0,062	-6,2
Status keluarga		1,641			
Literasi Gizi	0,023	1,461	1,534	-0,073	-7,3
MODEL 12					
Cara mengonsumsi tablet Fe	0,102	1,572	1,662	-0,090	-9
Konsumsi tablet Fe saat mens	0,055	1,698	1,749	-0,051	-5,1
Konsumsi TTD sebulan terakhir		1,026			
Besar uang saku	0,092	0,650	0,666	-0,016	-1,6
Persepsi HBM tentang anemia		1,163			
Kebiasaan Makan di depan Hp	0,123	0,620	0,63	-0,010	-1
Melewatkan makan utama		1,418			
Tingkat Kecukupan Fe	0,048	1,570	1,634	-0,064	-6,4
Tingkat Kecukupan Protein	0,103	1,336	1,422	-0,086	-8,6
Tingkat Kecukupan Lemak	0,467	1,235	1,170	0,065	6,5
Pengaruh orang tua		1,069			
pengaruh teman		0,767			
Status pekerjaan ayah		0,385			
Status keluarga	0,126	1,641	1,565	0,076	7,6
Literasi Gizi	0,034	1,461	1,488	-0,027	-2,7
MODEL 13					
Cara mengonsumsi tablet Fe	0,073	1,572	1,736	-0,164	-16,4
Konsumsi tablet Fe saat mens	0,063	1,698	1,715	-0,017	-1,7
Konsumsi TTD sebulan terakhir		1,026			
Besar uang saku		0,650			
Persepsi HBM tentang anemia		1,163			
Kebiasaan Makan di depan Hp	0,132	0,620	0,638	-0,018	-1,8
Melewatkan makan utama		1,418			
Tingkat Kecukupan Fe	0,074	1,570	1,549	0,021	2,1
Tingkat Kecukupan Protein	0,119	1,336	1,398	-0,062	-6,2
Tingkat Kecukupan Lemak	0,401	1,235	1,198	0,037	3,7
Pengaruh orang tua		1,069			
pengaruh teman		0,767			
Status pekerjaan ayah		0,385			
Status keluarga	0,139	1,641	1,539	0,102	10,2

Literasi Gizi	0,043	1,461	1,457	0,004	0,4
MODEL 14					
Cara mengonsumsi tablet Fe	0,095	1,572	1,681	-0,109	-10,9
Konsumsi tablet Fe saat mens	0,055	1,698	1,746	-0,048	-4,8
Konsumsi TTD sebulan terakhir		1,026			
Besar uang saku	0,148	0,650	0,709	-0,059	-5,9
Persepsi HBM tentang anemia		1,163			
Kebiasaan Makan di depan Hp	0,113	0,620	0,623	-0,003	-0,3
Melewatkan makan utama		1,418			
Tingkat Kecukupan Fe		1,570			
Tingkat Kecukupan Protein	0,050	1,336	1,518	-0,182	-18,2
Tingkat Kecukupan Lemak	0,341	1,235	1,227	0,008	0,8
Pengaruh orang tua		1,069			
pengaruh teman		0,767			
Status pekerjaan ayah		0,385			
Status keluarga	0,126	1,641	1,562	0,079	7,9
Literasi Gizi	0,033	1,461	1,488	-0,027	-2,7
MODEL 15					
Cara mengonsumsi tablet Fe	0,100	1,572	1,664	-0,092	-9,2
Konsumsi tablet Fe saat mens		1,698			
Konsumsi TTD sebulan terakhir		1,026			
Besar uang saku	0,107	0,650	0,679	-0,029	-2,9
Persepsi HBM tentang anemia		1,163			
Kebiasaan Makan di depan Hp	0,129	0,620	0,637	-0,017	-1,7
Melewatkan makan utama		1,418			
Tingkat Kecukupan Fe	0,049	1,570	1,631	-0,061	-6,1
Tingkat Kecukupan Protein	0,131	1,336	1,383	-0,047	-4,7
Tingkat Kecukupan Lemak	0,432	1,235	1,185	0,050	5
Pengaruh orang tua		1,069			
pengaruh teman		0,767			
Status pekerjaan ayah		0,385			
Status keluarga	0,109	1,641	1,595	0,046	4,6
Literasi Gizi	0,013	1,461	1,582	-0,121	-12,1

Model Final

Variabel	*p-value*	aOR	95% CI
Model Final			
Cara Mengkonsumsi Tablet Fe	0,102	1,662	0,904-3,059
Konsumsi Tablet Fe saat Menstruasi	0,055	1,749	0,989-3,094
Besar Uang Saku	0,092	0,666	0,415-1,069
Literasi Gizi	0,034	1,488	1031-2,147
Kebiasaan Makan di Depan Layar	0,123	0,630	0,351-1,134
Tingkat Kecukupan Lemak	0,467	1,170	0,766-1,789
Tingkat Kecukupan Protein	0,103	1,422	0,931-2,172
Tingkat Kecukupan Fe	0,048	1,635	1,004-2,659
Status Keluarga	0,126	1,565	0,882-2,777

I. Dokumentasi pengambilan data

