



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



Pedoman

Pencegahan dan Penanggulangan Anemia Pada Remaja Putri dan Wanita Usia Subur (WUS)





Kata Pengantar

Anemia merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia yang dapat dialami oleh semua kelompok umur mulai dari balita sampai usia lanjut. Riskesdas 2013 menunjukkan bahwa prevalensi anemia pada perempuan usia ≥ 15 tahun sebesar 22,7% sedangkan prevalensi anemia pada ibu hamil sebesar 37,1%.

Remaja putri (rematri) rentan menderita anemia karena banyak kehilangan darah pada saat menstruasi. Rematri yang menderita anemia berisiko mengalami anemia pada saat hamil. Hal ini akan berdampak negatif terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin dalam kandungan serta berpotensi menimbulkan komplikasi kehamilan dan persalinan, bahkan menyebabkan kematian ibu dan anak. Angka Kematian Ibu (AKI) menurut Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup dan penyebab utama kematian ibu adalah pre-eklampsia dan eklampsia (32,4%) serta perdarahan paska persalinan (20,3%) (Sensus Penduduk, 2010).

Program pencegahan dan penanggulangan anemia gizi ini untuk mencapai sasaran Wanita Usia Subur (WUS) terutama pada pekerja wanita melalui Gerakan Pekerja Wanita Sehat dan Produktif (GPWSP) yang dimulai pada tahun 1990-an, dengan suplementasi “TTD Mandiri” cakupannya masih terbatas. Gerakan tersebut hingga saat ini masih berlanjut dengan nama Gerakan Pekerja Perempuan Sehat dan Produktif (GP2SP).



Sejak tahun 1996, pengembangan pencegahan dan penanggulangan anemia pada rematri dan calon pengantin dilakukan secara mandiri di beberapa daerah untuk meningkatkan status kesehatan dan gizi pra hamil sebagai persiapan untuk seorang ibu, agar ibu hamil tidak anemia dan melahirkan bayi yang sehat.

Dalam rangka Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi yang tertuang pada Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013, upaya kesehatan dan gizi diprioritaskan pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) untuk meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anak. Upaya Percepatan Perbaikan Gizi dilakukan melalui intervensi spesifik dan sensitif yang antara lain terintegrasi dengan program penanggulangan anemia kepada kelompok sasaran rematri dan WUS.

Sesuai rekomendasi WHO tahun 2011, upaya penanggulangan anemia pada rematri dan WUS difokuskan pada kegiatan promosi dan pencegahan, yaitu peningkatan konsumsi makanan kaya zat besi, suplementasi TTD, serta peningkatan fortifikasi bahan pangan dengan zat besi dan asam folat. Organisasi profesi dan sektor swasta diharapkan dapat berkontribusi mendukung kegiatan **komprehensif Promotif dan Preventif untuk menurunkan prevalensi anemia pada rematri dan WUS.**

Pedoman ini disusun sebagai acuan dalam melaksanakan keterpaduan diantara program kesehatan dan gizi, serta dapat memberikan wawasan bagi pemegang program lintas sektor dalam mengimplementasikan kegiatan seperti ketahanan pangan keluarga, Keluarga Berencana dan pemberdayaan perempuan, pola asuh ibu dan anak, penyediaan air bersih, pemukiman dan sanitasi lingkungan.



Pedoman ini menjadi panduan bagi pemangku kebijakan dan pelaksana program pada fasilitas pelayanan kesehatan, SMP/ SMA/ sekolah sederajat lainnya dan pesantren, Kantor Urusan Agama (KUA)/ tempat ibadah lainnya, tempat kerja, LSM dan institusi terkait di Tingkat Kabupaten dan Kota. Pedoman ini terdiri dari 2 bagian. Bagian I memuat tentang kajian akademis terkait pencegahan dan penanggulangan anemia pada rematri dan WUS. Bagian II memuat tentang manajemen pencegahan dan penanggulangan anemia pada rematri dan WUS.

Ucapan terima kasih dan penghargaan yang tinggi kami sampaikan kepada semua pihak yang telah memberikan masukan dan saran serta terlibat aktif dalam penyusunan buku pedoman ini. Kami mohon kritik dari pengguna buku ini untuk perbaikan selanjutnya.

Jakarta, Agustus 2016

Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat



dr. Anung Sugihantono, M.Kes



Daftar Isi

KATA PENGANTAR	i	
DAFTAR ISI	iv	
DAFTAR TABEL	vii	
DAFTAR GAMBAR	viii	
DAFTAR BAGAN	ix	
DAFTAR ISTILAH	x	
BAGIAN I	PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN ANEMIA PADA REMAJA PUTRI DAN WUS	
BAB I	PENDAHULUAN	2
	A. Latar Belakang	2
	B. Tujuan	4
	C. Sasaran	5
	D. Landasan Hukum	5
BAB II	KONSEP DASAR	7
	A. Pengertian Anemia	11
	B. Kekurangan Gizi Besi	12
	C. Diagnosis Anemia	13
	D. Penyebab Anemia	14
	E. Gejala Anemia	16
	F. Mengapa Rematri dan WUS Lebih Rentan Menderita Anemia?	16
	G. Dampak Anemia	17
	H. Cara Pencegahan dan Penanggulangan Anemia pada Rematri dan WUS	18
	I. Dasar Pendekatan <i>Blanket Approach</i>	22
	J. Kerangka Pikir Penanggulangan Anemia pada Rematri dan WUS	23



BAB III	STRATEGI PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN ANEMIA PADA REMAJA PUTRI DAN WUS	24
	A. Pedoman Gizi Seimbang	24
	B. Fortifikasi Makanan	24
	C. Suplementasi Tablet Tambah Darah (TTD)	25
	D. Pengobatan Penyakit Penyerta	25
BAB IV	MONITORING DAN EVALUASI	27
	A. Indikator Keberhasilan	27
	B. Pencapaian Program	28
BAGIAN II	MANAJEMEN PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN ANEMIA PADA REMAJA PUTRI DAN WUS	
BAB I	PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN ANEMIA PADA REMAJA PUTRI DAN WUS	30
	A. Pencegahan dan Penanggulangan Anemia di Kelompok Masyarakat	32
	B. Pencegahan dan Penanggulangan Anemia di Sekolah	33
	C. Pencegahan dan Penanggulangan Anemia di Tempat kerja	34
	D. Pencegahan dan Penanggulangan Anemia untuk Calon Pengantin	35
BAB II	MANAJEMEN SUPLEMENTASI TTD	36
	A. Perencanaan Kebutuhan	37
	B. Mekanisme Penyediaan TTD	38
	C. Penyimpanan dan Pendistribusian	41
	D. Cara Pemberian TTD	41
	E. Pencatatan dan Pelaporan	42
	F. Pemantauan dan Evaluasi	48



BAB III	INTEGRASI SUPLEMENTASI TTD	50
BAB IV	PROMOSI DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT	52
	A. Promosi	52
	B. Pemberdayaan Masyarakat	54
BAB V	PENUTUP	56
	DAFTAR PUSTAKA	57
	DAFTAR LAMPIRAN	59



Daftar Tabel

Tabel 1.	Klasifikasi Anemia Menurut Kelompok Umur	13
Tabel 2.	Matriks Keberhasilan	48
Tabel 3.	Peran Lintas Sektor	50
Tabel 4.	Sasaran Promosi	52
Tabel 5.	Jenis Media	53
Tabel 6.	Sasaran Pemberdayaan Masyarakat	55



Daftar Gambar

Gambar 1.	Intervensi Kesehatan dan Gizi Berkelanjutan pada Tahap Siklus Kehidupan	7
Gambar 2.	Dampak Jangka Pendek dan Jangka Panjang Akibat Gangguan Gizi pada 1000 HPK	9
Gambar 3.	Akar Trans-generasi Penyakit Kronis	10
Gambar 4.	Diagram Konseptual Hubungan Kekurangan Gizi Besi dan Anemia pada Populasi Hipotesis	12
Gambar 5.	Dampak Anemia	17
Gambar 6.	Kerangka Pikir Program Pencegahan dan Penanggulangan Anemia pada Rematri dan WUS	23
Gambar 7.	Indikator Pemantauan dan Evaluasi Program	27
Gambar 8.	Manajemen Suplementasi TTD	37
Gambar 9.	Alur Penyediaan TTD Mandiri	40
Gambar 10.	Pencatatan dalam Buku Rapor Kesehatanku	43
Gambar 11.	Kolom Pencatatan Pemberian TTD dalam Buku Catatan Kesehatan	44



Daftar Bagan

Bagan 1.	<i>Pathway</i> Pencegahan & Penanggulangan Anemia di Kelompok Masyarakat	32
Bagan 2.	<i>Pathway</i> Pencegahan & Penanggulangan Anemia di Sekolah	33
Bagan 3.	<i>Pathway</i> Pencegahan & Penanggulangan Anemia di Tempat Kerja	34
Bagan 4.	<i>Pathway</i> Pencegahan & Penanggulangan Anemia untuk Calon Pengantin	35
Bagan 5.	Alur Permintaan & Distribusi TTD Program	39
Bagan 6.	Alur Pelaporan dan Penyampaian Umpan Balik	47



Daftar Istilah

Anemia	Suatu kondisi tubuh dimana kadar <i>hemoglobin</i> (Hb) dalam darah lebih rendah dari normal
TTD	Suplemen gizi dengan kandungan zat besi setara 60 mg besi elemental dan 400 mcg asam folat
TTD Program	TTD yang merupakan program pemerintah baik yang diadakan untuk APBD maupun APBN dan didistribusikan kepada kelompok sasaran melalui fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah
TTD Mandiri	Suplemen gizi dengan jenis dan kandungan zat gizi yang sama dengan TTD program tetapi disediakan pihak swasta dan memperolehnya melalui fasilitas kesehatan swasta atau membeli langsung dari apotek, toko obat, dll.
Remaja Putri	Masa peralihan dari anak menjadi dewasa, ditandai dengan perubahan fisik dan mental. Perubahan fisik ditandai dengan berfungsinya alat reproduksi seperti menstruasi (umur 10-19 tahun)
Wanita Usia Subur	Wanita yang masih dalam usia reproduktif, yaitu antara usia 15 – 49 tahun.
BBLR	Berat Bayi Lahir Rendah (bayi dengan berat lahir kurang dari 2.500 gram)



Bagian 1 | **Program Pencegahan dan Penanggulangan Anemia Pada Remaja Putri dan Wanita Usia Subur (WUS)**



BAB 1 || PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masalah kesehatan dan gizi di Indonesia pada periode 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) menjadi fokus perhatian karena tidak hanya berdampak pada angka kesakitan dan kematian pada ibu dan anak, melainkan juga memberikan konsekuensi kualitas hidup individu yang bersifat permanen sampai usia dewasa. Timbulnya masalah gizi pada anak usia di bawah dua tahun erat kaitannya dengan persiapan kesehatan dan gizi seorang perempuan untuk menjadi calon ibu, termasuk rematri.

Kedadaan kesehatan dan gizi kelompok usia 10-24 tahun di Indonesia masih memprihatinkan. Data Riskesdas 2013 menunjukkan bahwa prevalensi anemia pada WUS usia 15 tahun ke atas sebesar 22,7%, sedangkan pada ibu hamil sebesar 37,1%.

Data SKRT tahun 2001 menunjukkan bahwa prevalensi anemia pada rematri (usia 10-19 tahun) sebesar 30%. Data penelitian di berbagai daerah di Indonesia menunjukkan bahwa prevalensi anemia pada rematri berkisar antara 32,4 – 61% (WHO-VNIS, 2005; Kurniawan YAI dan Muslimatun, 2006; Marudut, 2012).



Rematri yang menderita anemia ketika menjadi ibu hamil berisiko melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) dan *stunting*. Anemia gizi besi menjadi salah satu penyebab utama anemia, diantaranya karena asupan makanan sumber zat besi yang kurang. Hasil penelitian di Tangerang tahun 2004 (Kurniawan YAI dan Muslimatun, 2005) menunjukkan bahwa asupan total zat besi pada anak perempuan usia 10–12 tahun yang menderita anemia hanya sebesar 5,4 mg/hari, lebih rendah daripada kebutuhan perhari sebesar 20 mg/hari sesuai dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG) 2013. Angka ini menunjukkan bahwa asupan total zat besi pada remaja tersebut hanya sekitar 25% dari AKG. Penelitian tersebut juga menunjukkan konsumsi besi *heme* sebesar 0,8 mg/hari dan besi *non-heme* sebesar 4,6 mg/hari.

Rematri pada masa pubertas sangat berisiko mengalami anemia gizi besi. Hal ini disebabkan banyaknya zat besi yang hilang selama menstruasi. Selain itu diperburuk oleh kurangnya asupan zat besi, dimana zat besi pada rematri sangat dibutuhkan tubuh untuk percepatan pertumbuhan dan perkembangan. Pada masa hamil, kebutuhan zat besi meningkat tiga kali lipat karena terjadi peningkatan jumlah sel darah merah ibu untuk memenuhi kebutuhan pembentukan plasenta dan pertumbuhan janin. Suplementasi zat besi berkaitan secara signifikan dengan penurunan risiko anemia [WHO, 2011; 2016].

Rekomendasi WHO pada *World Health Assembly* (WHA) ke-65 yang menyepakati rencana aksi dan target global untuk gizi ibu, bayi, dan anak, dengan komitmen mengurangi separuh (50%) prevalensi anemia



pada WUS pada tahun 2025. Menindaklanjuti rekomendasi tersebut maka pemerintah Indonesia melakukan intensifikasi pencegahan dan penanggulangan anemia pada rematri dan WUS dengan memprioritaskan pemberian TTD melalui institusi sekolah.

Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI tahun 2015-2019 menargetkan cakupan pemberian TTD pada rematri secara bertahap dari 10% (2015) hingga mencapai 30% (2019). Diharapkan sektor terkait di tingkat pusat dan daerah mengadakan TTD secara mandiri sehingga intervensi efektif dengan cakupan dapat dicapai hingga 90% (*The Lancet Series Maternal and Child Nutrition*, 2013).

B. Tujuan

Tujuan Umum Program Penanggulangan Anemia pada rematri dan WUS

Menurunkan prevalensi anemia pada rematri dan WUS.

Tujuan Khusus Program Penanggulangan Anemia pada Rematri dan WUS

1. Meningkatkan cakupan pemberian TTD pada rematri dan WUS
2. Meningkatkan kepatuhan mengonsumsi TTD pada rematri dan WUS
3. Meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku tenaga kesehatan dalam penanggulangan anemia pada rematri dan WUS
4. Meningkatkan manajemen suplementasi TTD pada rematri dan WUS
5. Meningkatkan kinerja tenaga kesehatan dalam pemberian TTD pada rematri dan WUS



6. Meningkatkan komitmen pengambil kebijakan dari tingkat pusat sampai daerah kabupaten dan kota
7. Meningkatkan komitmen dan peran serta lintas program dan lintas sektor, organisasi profesi, swasta, LSM, dan masyarakat. (TP UKS, GP2SP/Perusahaan, dan KUA/tempat ibadah lainnya).

C. Sasaran

1. Pengelola program, terdiri dari:
 - a. Tenaga kesehatan
 - b. Kepala sekolah dan guru UKS
 - c. Pengelola klinik kesehatan di tempat kerja
2. Penerima program, terdiri dari:
 - a. Rematri dan WUS
 - b. Orang tua dan masyarakat

D. Landasan Hukum

1. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan disebut bahwa upaya perbaikan gizi dilakukan pada seluruh siklus kehidupan dengan prioritas pada kelompok rawan gizi, yaitu bayi, anak balita, remaja perempuan, ibu hamil dan menyusui.
2. Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi yang menitikberatkan pada penyelamatan 1000 HPK.



3. Peraturan Bersama antara Menteri Pendidikan dan Kebudayaan RI, Menteri Kesehatan RI, Menteri Agama RI dan Menteri Dalam Negeri RI Nomor 6/X/PB/2014; Nomor 73 Tahun 2014; Nomor 41 Tahun 2014; Nomor 81 Tahun 2014 tentang Pembinaan dan Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah/Madrasah.
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2013 tentang Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan bagi Bangsa Indonesia.
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 88 Tahun 2014 tentang Standar Tablet Tambah Darah bagi Wanita Usia Subur dan Ibu Hamil.

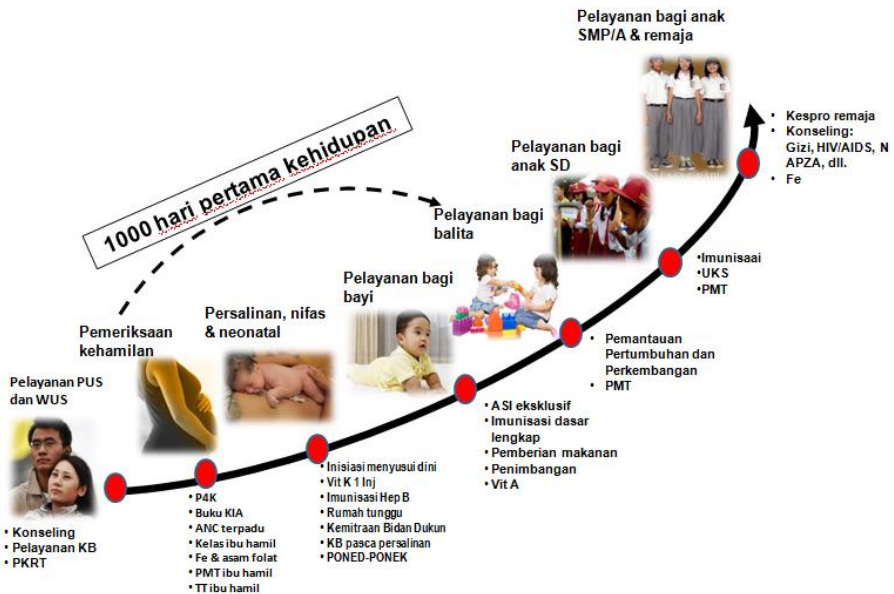


BAB 2 | KONSEP DASAR

Intervensi gizi dan kesehatan harus dilakukan pada setiap tahap siklus kehidupan untuk mencapai kesehatan yang optimal, dilakukan secara berkelanjutan pada masa prakonsepsi, hamil, neonatal, bayi, balita, anak usia sekolah dan remaja. Intervensi pada rematri dan WUS sangat penting dilakukan karena akan menentukan kualitas sumber daya manusia generasi berikutnya. Rematri yang sehat dan tidak anemia akan tumbuh dan berkembang menjadi calon ibu yang sehat dan melahirkan bayi sehat. Upaya ini mendukung Gerakan 1000 HPK.

Gambar 1.

Intervensi Kesehatan dan Gizi Berkelanjutan pada Tahap Siklus Kehidupan



Sumber: Modifikasi dari *Nutrition challenges in the next decade*, food and nutrition Bulletin, 2003



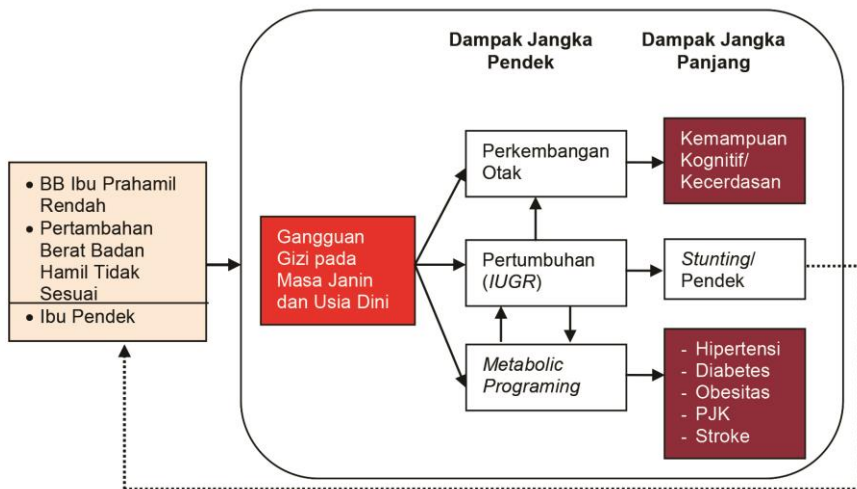
Dr. David Barker (penggagas Hypotesis Barker) menyatakan bahwa banyak orang membicarakan tentang anak yang tumbuh mengikuti potensi genetiknya, padahal yang sesungguhnya terjadi adalah anak tumbuh menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Pernyataan tersebut dengan tegas menyatakan bahwa dari gen yang diturunkan kepada kita, masih terbentang luas peluang untuk menciptakan jalan kita masing-masing agar dapat tumbuh dan berkembang secara optimal, apabila periode 1000 HPK (yaitu 270 hari di dalam kandungan dan 730 hari dalam 2 tahun pertama setelah lahir) tertangani dengan baik. Berbagai penelitian meyakinkan bahwa periode 1000 HPK berkaitan dengan 3 jalur pertumbuhan dan perkembangan janin/ fetus yang selanjutnya akan menentukan pertumbuhan linier (tinggi badan), kemampuan kognitif (kecerdasan) dan risiko terjadinya Penyakit Tidak Menular (PTM), seperti Penyakit Jantung, Diabetes Mellitus tipe 2, Hipertensi dan Stroke.

Mekanisme keterkaitan pertumbuhan dan perkembangan pada 1000 HPK dengan ketiga dampak jangka panjang tersebut dijelaskan dengan konsep “*Developmental plasticity* “ (*plastisitas saat perkembangan*), yaitu suatu fenomena dimana satu genotipe dapat meningkatkan status fisiologis dan morfologis dalam rentang yang berbeda, sebagai respons terhadap kondisi lingkungan yang berbeda selama masa perkembangan. Esensinya adalah **suatu periode kritis saat suatu sistem bersifat plastis dan sensitif terhadap lingkungannya, diikuti dengan hilangnya plastisitas dan kapasitas fungsional yang menetap.**



Sebagian besar organ dan sistem, masa kritisnya terjadi saat periode di dalam kandungan. Plastisitas tidak hanya untuk keadaan kekurangan gizi, tetapi mencakup semua rentang lingkungan, termasuk lingkungan dengan keadaan gizi yang berlebihan (*excessive*) yang berhubungan dengan obesitas maternal atau diabetes gestasional. Keadaan ini bisa menggiring pada siklus penyakit yang bersifat multi-generasi.

Gambar 2.
Dampak Jangka Pendek dan Jangka Panjang Akibat Gangguan Gizi pada 1000 HPK



Sumber : Modifikasi E Achadi dari Rajagopalan, S, *Nutrition and challenges in the next decade, Food and Bulletin* vol 24 no.3, 2003.



Gambar .3
Akar Trans-generasi Penyakit Kronis



Sumber : Barker, Public Health 2012

Gambar 3 menunjukkan bagaimana periode 1000 HPK merefleksikan 100 tahun alur gizi kedepan. Ayah akan mendonasikan gen kepada bayi yang dikandung isterinya. Kemudian telur yang sudah dibuahi akan tumbuh dan berkembang di kandungan ibu. Lingkungan di dalam kandungan ibu akan mempengaruhi proses pertumbuhan dan perkembangan bayi di dalam kandungan.

Secara umum, bayi tidak tergantung dari diet ibunya selama kehamilan. Yang terjadi adalah, bayi mengambil zat gizi dari simpanan ibunya, dan pergantian protein dan lemak didalam jaringan, yang berhubungan dengan komposisi tubuh ibu. Oleh karena itu keadaan status gizi selama kehidupan sebelum kehamilannya menjadi sangat penting untuk



menjamin ketersediaan simpanan zat gizi yang akan dimanfaatkan oleh bayinya. Selain simpanan zat gizi ibu, bentuk dan ukuran permukaan plasenta juga akan mempengaruhi kelancaran transportasi zat gizi dari ibu ke janinnya. Seorang bayi akan lahir dengan semua telur yang akan dimilikinya selama hidupnya. Oleh karena itu, kualitas telur-telur tersebut merefleksikan status gizi ibunya. Atau dengan perkataan lain, **kualitas telur (ovum) yang akan menjadi seorang cucu, ditentukan oleh status gizi neneknya.** Inilah yang mendasari alur 100 tahun gizi karena melibatkan 3 generasi dalam kaitannya dengan risiko terjadinya penyakit tidak menular (PTM), yaitu nenek, anak perempuan dan cucunya.

A. Pengertian Anemia

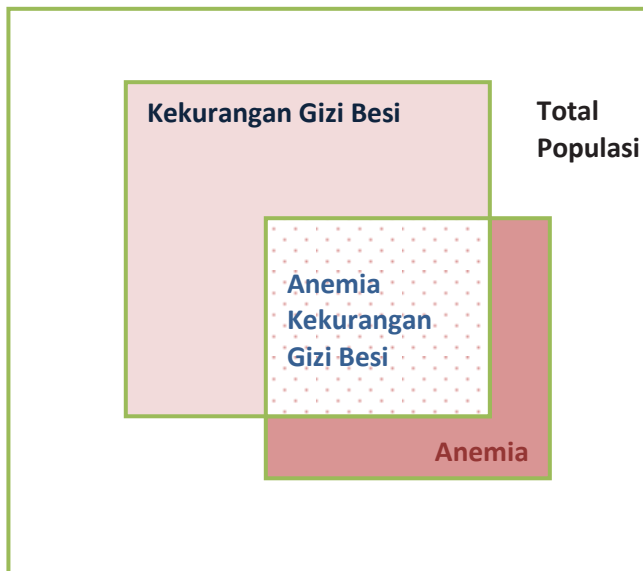
Anemia adalah suatu kondisi tubuh dimana kadar *hemoglobin* (Hb) dalam darah lebih rendah dari normal (WHO, 2011). Hemoglobin adalah salah satu komponen dalam sel darah merah/eritrosit yang berfungsi untuk mengikat oksigen dan menghantarkannya ke seluruh sel jaringan tubuh. Oksigen diperlukan oleh jaringan tubuh untuk melakukan fungsinya. Kekurangan oksigen dalam jaringan otak dan otot akan menyebabkan gejala antara lain kurangnya konsentrasi dan kurang bugar dalam melakukan aktivitas. Hemoglobin dibentuk dari gabungan protein dan zat besi dan membentuk sel darah merah/eritrosit. Anemia merupakan suatu gejala yang harus dicari penyebabnya dan penanggulangannya dilakukan sesuai dengan penyebabnya.



B. Kekurangan Gizi Besi

Kekurangan gizi besi pada tahap awal mungkin tidak menimbulkan gejala anemia tapi sudah mempengaruhi fungsi organ. Penderita kekurangan gizi besi jumlahnya **2,5 kali lebih banyak** dari jumlah penderita anemia kekurangan gizi besi.

*Gambar 4.
Diagram Konseptual Hubungan Kekurangan Gizi Besi dan Anemia
pada Populasi Hipotesis*



Sumber : Ray Yip. Iron Nutritional Status Defined. In: Filer IJ, ed. Dietary Iron : birth to two years. New York, Raven Press, 1989: 19-6.

Untuk memastikan apakah seseorang menderita anemia dan/atau kekurangan gizi besi perlu pemeriksaan darah di laboratorium. Anemia didiagnosis dengan pemeriksaan kadar Hb dalam darah, sedangkan



untuk anemia kekurangan gizi besi perlu dilakukan pemeriksaan tambahan seperti *serum ferritin* dan CRP. Diagnosis anemia kekurangan gizi besi ditegakkan jika kadar Hb dan *serum ferritin* di bawah normal. Batas ambang *serum ferritin* normal pada rematri dan WUS adalah 15 mcg/L (WHO, 2011).

C. Diagnosis Anemia

Penegakkan diagnosis anemia dilakukan dengan pemeriksaan laboratorium kadar hemoglobin/Hb dalam darah dengan menggunakan metode *Cyanmethemoglobin* (WHO, 2001). Hal ini sesuai dengan Permenkes Nomor 37 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Laboratorium Pusat Kesehatan Masyarakat. Rematri dan WUS menderita anemia bila kadar hemoglobin darah menunjukkan nilai kurang dari 12 g/dL.

Tabel 1.
Klasifikasi Anemia menurut Kelompok Umur

Populasi	Non Anemia (g/dL)	Anemia (g/dL)		
		Ringan	Sedang	Berat
Anak 6 – 59 bulan	11	10.0 – 10.9	7.0 – 9.9	< 7.0
Anak 5 – 11 tahun	11.5	11.0 – 11.4	8.0 – 10.9	< 8.0
Anak 12 – 14 tahun	12	11.0 – 11.9	8.0 – 10.9	< 8.0
Perempuan tidak hamil (≥ 15 tahun)	12	11.0 – 11.9	8.0 – 10.9	< 8.0
Ibu hamil	11	10.0 – 10.9	7.0 – 9.9	< 7.0
Laki-laki ≥ 15 tahun	13	11.0 – 12.9	8.0 – 10.9	< 8.0

Sumber : WHO, 2011



D. Penyebab Anemia

Anemia terjadi karena berbagai sebab, seperti defisiensi besi, defisiensi asam folat, vitamin B12 dan protein. Secara langsung anemia terutama disebabkan karena produksi/kualitas sel darah merah yang kurang dan kehilangan darah baik secara akut atau menahun.

Ada 3 penyebab anemia, yaitu:

1. Defisiensi zat gizi
 - Rendahnya asupan zat gizi baik hewani dan nabati yang merupakan pangan sumber zat besi yang berperan penting untuk pembuatan hemoglobin sebagai komponen dari sel darah merah/eritrosit. Zat gizi lain yang berperan penting dalam pembuatan hemoglobin antara lain asam folat dan vitamin B12.
 - Pada penderita penyakit infeksi kronis seperti TBC, HIV/AIDS, dan keganasan seringkali disertai anemia, karena kekurangan asupan zat gizi atau akibat dari infeksi itu sendiri.
2. Perdarahan (*Loss of blood volume*)
 - Perdarahan karena kecacingan dan trauma atau luka yang mengakibatkan kadar Hb menurun.
 - Perdarahan karena menstruasi yang lama dan berlebihan
3. Hemolitik
 - Perdarahan pada penderita malaria kronis perlu diwaspadai karena terjadi hemolitik yang mengakibatkan penumpukan zat besi (*hemosiderosis*) di organ tubuh, seperti hati dan limpa.



- Pada penderita Thalasemia, kelainan darah terjadi secara genetik yang menyebabkan anemia karena sel darah merah/eritrosit cepat pecah, sehingga mengakibatkan akumulasi zat besi dalam tubuh.

Di Indonesia diperkirakan sebagian besar anemia terjadi karena kekurangan zat besi sebagai akibat dari kurangnya asupan makanan sumber zat besi khususnya sumber pangan hewani (besi *heme*). Sumber utama zat besi adalah pangan hewani (besi *heme*), seperti: hati, daging (sapi dan kambing), unggas (ayam, bebek, burung), dan ikan. Zat besi dalam sumber pangan hewani (besi *heme*) dapat diserap tubuh antara 20-30%.

Pangan nabati (tumbuh-tumbuhan) juga mengandung zat besi (besi *non-heme*) namun jumlah zat besi yang bisa diserap oleh usus jauh lebih sedikit dibanding zat besi dari bahan makanan hewani. Zat besi *non-heme* (pangan nabati) yang dapat diserap oleh tubuh adalah 1-10%. Contoh pangan nabati sumber zat besi adalah sayuran berwarna hijau tua (bayam, singkong, kangkung) dan kelompok kacang-kacangan (tempe, tahu, kacang merah). Masyarakat Indonesia lebih dominan mengonsumsi sumber zat besi yang berasal dari nabati. Hasil Survei Konsumsi Makanan Individu (Kemkes, 2014) menunjukkan bahwa 97,7% penduduk Indonesia mengonsumsi beras (dalam 100 gram beras hanya mengandung 1,8 mg zat besi). Oleh karena itu, secara umum masyarakat Indonesia rentan terhadap risiko menderita Anemia Gizi Besi (AGB).



Untuk meningkatkan penyerapan zat besi dalam usus, sebaiknya mengonsumsi makanan kaya sumber vitamin C seperti jeruk dan jambu dan menghindari konsumsi makanan yang banyak mengandung zat yang dapat menghambat penyerapan zat besi dalam usus dalam jangka panjang dan pendek seperti tanin (dalam teh hitam, kopi), kalsium, fosfor, serat dan fitat (biji-bijian). Tanin dan fitat mengikat dan menghambat penyerapan besi dari makanan.

E. Gejala Anemia

Gejala yang sering ditemui pada penderita anemia adalah 5 L (Lesu, Letih, Lemah, Lelah, Lalai), disertai sakit kepala dan pusing (*“kepala muter”*), mata berkunang-kunang, mudah mengantuk, cepat capai serta sulit konsentrasi. Secara klinis penderita anemia ditandai dengan “pucat” pada muka, kelopak mata, bibir, kulit, kuku dan telapak tangan.

F. Mengapa Rematri dan WUS Lebih Rentan Menderita Anemia?

Rematri dan WUS lebih mudah menderita anemia, karena :

1. Rematri yang memasuki masa pubertas mengalami pertumbuhan pesat sehingga kebutuhan zat besi juga meningkat untuk meningkatkan pertumbuhannya.
2. Rematri seringkali melakukan diet yang keliru yang bertujuan untuk menurunkan berat badan, diantaranya mengurangi asupan protein hewani yang dibutuhkan untuk pembentukan hemoglobin darah.



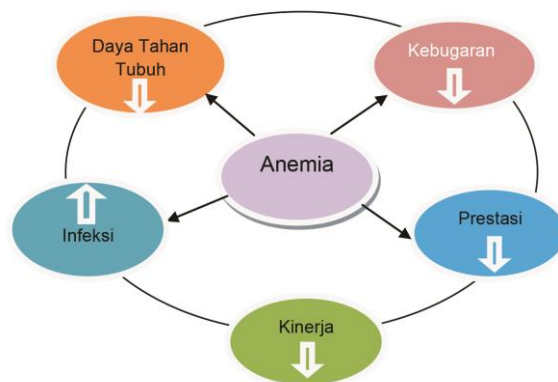
3. Rematri dan WUS yang mengalami haid akan kehilangan darah setiap bulan sehingga membutuhkan zat besi dua kali lipat saat haid. Rematri dan WUS juga terkadang mengalami gangguan haid seperti haid yang lebih panjang dari biasanya atau darah haid yang keluar lebih banyak dari biasanya.

G. Dampak Anemia

Anemia dapat menyebabkan berbagai dampak buruk pada rematri dan WUS, diantaranya:

1. Menurunkan daya tahan tubuh sehingga penderita anemia mudah terkena penyakit infeksi
2. Menurunnya kebugaran dan ketangkasan berpikir karena kurangnya oksigen ke sel otot dan sel otak.
3. Menurunnya prestasi belajar dan produktivitas kerja/kinerja.

Gambar 5.
Dampak Anemia



Sumber : *Effect of Iron and Zinc Supplementation on Iron, Zinc and Morbidity Status of Anemic Adolescent School Girls (10-12 years) in Tangerang District, 2004.*



Dampak anemia pada rematri dan WUS akan terbawa hingga dia menjadi ibu hamil anemia yang dapat mengakibatkan :

1. Meningkatkan risiko Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT), prematur, BBLR, dan gangguan tumbuh kembang anak diantaranya *stunting* dan gangguan neurokognitif.
2. Perdarahan sebelum dan saat melahirkan yang dapat mengancam keselamatan ibu dan bayinya.
3. Bayi lahir dengan cadangan zat besi (Fe) yang rendah akan berlanjut menderita anemia pada bayi dan usia dini.
4. Meningkatnya risiko kesakitan dan kematian neonatal dan bayi.

H. Cara Pencegahan dan Penanggulangan Anemia pada Rematri dan WUS

Upaya pencegahan dan penanggulangan anemia dilakukan dengan memberikan asupan zat besi yang cukup ke dalam tubuh untuk meningkatkan pembentukan hemoglobin. Upaya yang dapat dilakukan adalah:

1. Meningkatkan asupan makanan sumber zat besi

Meningkatkan asupan makanan sumber zat besi dengan pola makan bergizi seimbang, yang terdiri dari aneka ragam makanan, terutama sumber pangan hewani yang kaya zat besi (besi *heme*) dalam jumlah yang cukup sesuai dengan AKG. Selain itu juga perlu meningkatkan sumber pangan nabati yang kaya zat besi (besi *non-heme*), walaupun penyerapannya lebih rendah dibanding dengan hewani. Makanan yang kaya sumber zat besi dari hewani contohnya hati, ikan, daging dan



unggas, sedangkan dari nabati yaitu sayuran berwarna hijau tua dan kacang-kacangan. Untuk meningkatkan penyerapan zat besi dari sumber nabati perlu mengonsumsi buah-buahan yang mengandung vitamin C, seperti jeruk, jambu. Penyerapan zat besi dapat dihambat oleh zat lain, seperti tanin, fosfor, serat, kalsium, dan fitat.

2. Fortifikasi bahan makanan dengan zat besi

Fortifikasi bahan makanan yaitu menambahkan satu atau lebih zat gizi kedalam pangan untuk meningkatkan nilai gizi pada pangan tersebut. Penambahan zat gizi dilakukan pada industri pangan, untuk itu disarankan membaca label kemasan untuk mengetahui apakah bahan makanan tersebut sudah difortifikasi dengan zat besi. Makanan yang sudah difortifikasi di Indonesia antara lain tepung terigu, beras, minyak goreng, mentega, dan beberapa *snack*. Zat besi dan vitamin mineral lain juga dapat ditambahkan dalam makanan yang disajikan di rumah tangga dengan bubuk tabur gizi atau dikenal juga dengan *Multiple Micronutrient Powder*.

3. Suplementasi zat besi

Pada keadaan dimana zat besi dari makanan tidak mencukupi kebutuhan terhadap zat besi, perlu didapat dari suplementasi zat besi. Pemberian suplementasi zat besi secara rutin selama jangka waktu tertentu bertujuan untuk meningkatkan kadar hemoglobin secara cepat, dan perlu dilanjutkan untuk meningkatkan simpanan zat besi di dalam tubuh.



Suplementasi Tablet Tambah Darah (TTD) pada rematri dan WUS merupakan salah satu upaya pemerintah Indonesia untuk memenuhi asupan zat besi. Pemberian TTD dengan dosis yang tepat dapat mencegah anemia dan meningkatkan cadangan zat besi di dalam tubuh.

Penelitian di Kupang (NTT) pada rematri tahun 2002, menunjukkan bahwa suplementasi TTD secara mingguan selama 16 minggu mampu meningkatkan kadar hemoglobin dan serum feritin lebih besar dibandingkan suplementasi TTD 4 hari berturut-turut saat menstruasi selama 4 siklus menstruasi. Penelitian yang dilakukan pada siswi SMA di Tasikmalaya menunjukkan bahwa pemberian TTD 1x seminggu dibandingkan dengan pemberian TTD 1x seminggu ditambah setiap hari selama 10 hari saat menstruasi, dapat meningkatkan kadar Hb tetapi tidak terdapat perbedaan bermakna antara kedua kelompok tersebut.

Di beberapa negara lain seperti: India, Bangladesh, dan Vietnam, pemberian TTD dilakukan 1 kali seminggu dan hal ini berhasil menurunkan prevalensi anemia di negara tersebut.

Berdasarkan penelitian di Indonesia dan di beberapa negara lain tersebut, maka pemerintah menetapkan kebijakan program pemberian TTD pada rematri dan WUS dilakukan setiap 1 kali seminggu dan sesuai dengan Permenkes yang berlaku. Pemberian TTD untuk rematri dan WUS diberikan secara *blanket approach*.



Rekomendasi global menganjurkan untuk daerah dengan prevalensi anemia $\geq 40\%$, pemberian TTD pada rematri dan WUS terdiri dari 30-60 mg *elemental iron* dan diberikan setiap hari selama 3 bulan berturut-turut dalam 1 tahun (WHO, 2016). Sedangkan untuk daerah yang prevalensi anemianya $\geq 20\%$, suplementasi terdiri dari 60 mg elemental iron dan 2800 mcg asam folat dan diberikan 1 kali seminggu selama 3 bulan *on* (diberikan) dan 3 bulan *off* (tidak diberikan) (WHO, 2011).

Untuk meningkatkan penyerapan zat besi sebaiknya TTD dikonsumsi bersama dengan:

1. Buah-buahan sumber vitamin C (jeruk, pepaya, mangga, jambu biji dan lain-lain).
2. Sumber protein hewani, seperti hati, ikan, unggas dan daging.

Hindari mengonsumsi TTD **bersamaan** dengan :

1. Teh dan kopi karena mengandung senyawa fitat dan tanin yang dapat mengikat zat besi menjadi senyawa yang kompleks sehingga tidak dapat diserap.
2. Tablet Kalsium (kalk) dosis yang tinggi, dapat menghambat penyerapan zat besi. Susu hewani umumnya mengandung kalsium dalam jumlah yang tinggi sehingga dapat menurunkan penyerapan zat besi di mukosa usus.
3. Obat sakit maag yang berfungsi melapisi permukaan lambung sehingga penyerapan zat besi terhambat. Penyerapan zat besi akan semakin terhambat jika menggunakan obat maag yang mengandung kalsium.



Apabila ingin mengonsumsi makanan dan minuman yang dapat menghambat penyerapan zat besi, sebaiknya dilakukan dua jam sebelum atau sesudah mengonsumsi TTD

Jika ditemukan rematri dan WUS yang anemia maka tentukan penyebabnya dan ditatalaksana sesuai dengan penyebab anemia tersebut.

I. Dasar Pendekatan *Blanket Approach*

Blanket Approach atau dalam bahasa Indonesia berarti “*pendekatan selimut*”, berusaha mencakup seluruh sasaran program. Dalam hal ini, **seluruh** rematri dan WUS diharuskan minum TTD untuk mencegah anemia dan meningkatkan cadangan zat besi dalam tubuh tanpa dilakukan skrining awal pada kelompok sasaran.

Konsumsi zat besi secara terus menerus tidak akan menyebabkan keracunan karena tubuh mempunyai sifat autoregulasi zat besi. Bila tubuh kekurangan zat besi, maka absorpsi zat besi yang dikonsumsi akan banyak, sebaliknya bila tubuh tidak mengalami kekurangan zat besi maka absorpsi besi hanya sedikit, oleh karena itu TTD aman untuk dikonsumsi. Namun, konsumsi TTD secara terus menerus perlu mendapat perhatian pada sekelompok populasi yang mempunyai penyakit darah seperti *thalassemia*, hemosiderosis.

Pada daerah endemis malaria, pemberian TTD mengacu pada Pedoman Penatalaksanaan Kasus Malaria di Indonesia. Monitoring berkala dilakukan dengan pemeriksaan kadar Hb. Bila ada kecurigaan adanya *thalassemia* dan atau malaria, harus dirujuk ke dokter.



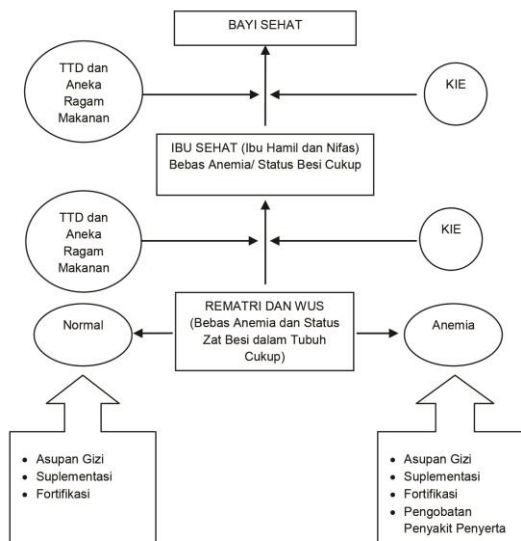
Konsumsi TTD kadang menimbulkan efek samping seperti:

- Nyeri/perih di ulu hati
- Mual dan muntah
- Tinja berwarna hitam

Gejala di atas (nyeri/perih di ulu hati, mual, muntah, dan tinja berwarna hitam) tidak berbahaya. Untuk mengurangi gejala di atas sangat dianjurkan minum TTD setelah makan (**perut tidak kosong**) atau malam sebelum tidur. Bagi rematri dan WUS yang mempunyai gangguan lambung dianjurkan konsultasi kepada dokter.

J. Kerangka Pikir Penanggulangan Anemia pada Rematri dan WUS

*Gambar 6.
Kerangka Pikir Program Pencegahan dan Penanggulangan Anemia pada Remaja Putri dan WUS*



Sumber : Modifikasi Kemkes, 2016



BAB 3 | STRATEGI PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN ANEMIA PADA REMAJA PUTRI DAN WUS

A. Pedoman Gizi Seimbang

Prinsip Gizi Seimbang terdiri dari 4 (empat) pilar yang pada dasarnya merupakan rangkaian upaya untuk menyeimbangkan antara zat gizi yang keluar dan zat gizi yang masuk dengan memantau berat badan secara teratur. Prinsip gizi seimbang tersebut yaitu:

1. Mengonsumsi aneka ragam pangan
2. Membiasakan perilaku hidup bersih
3. Melakukan aktivitas fisik
4. Memantau Berat Badan (BB) secara teratur untuk mempertahankan berat badan normal

Pedoman gizi seimbang untuk remaja putri dan WUS mengacu pada buku PGS yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan.

B. Fortifikasi Makanan

Salah satu upaya untuk mengatasi kekurangan zat gizi mikro, khususnya zat besi dan asam folat adalah melalui fortifikasi makanan. Contoh bahan makanan yang difortifikasi adalah tepung terigu dan beras dengan zat besi, seng, asam folat, vitamin B1 dan B2.



C. Suplementasi TTD

Pemberian TTD pada rematri dan WUS melalui suplementasi yang mengandung sekurangnya 60 mg elemental besi dan 400 mcg asam folat. Pemberian suplementasi ini dilakukan di beberapa tatanan yaitu fasyankes, institusi pendidikan, tempat kerja dan KUA/tempat ibadah lainnya.

D. Pengobatan Penyakit Penyerta

Penanggulangan anemia pada rematri dan WUS harus dilakukan bersamaan dengan pencegahan dan pengobatan, antara lain:

1. *Kurang Energi Kronik (KEK)/Kurus*

Semua rematri dan WUS dilakukan skrining dengan pengukuran Indeks Massa Tubuh (IMT). Jika rematri dan WUS menderita KEK/ Kurus, perlu dirujuk ke puskesmas.

2. *Kecacingan*

Apabila ditemukan rematri dan WUS yang menderita kecacingan, maka dirujuk ke puskesmas dan ditangani sesuai dengan Pedoman Pengendalian Kecacingan di Indonesia. Rematri dan WUS yang tinggal di daerah endemik kecacingan, dianjurkan minum 1 tablet obat cacing setiap 6 bulan.

3. *Malaria*

Rematri dan WUS yang tinggal di daerah endemik malaria dianjurkan menggunakan kelambu dan dilakukan skrining malaria. Apabila positif malaria, maka ditangani sesuai dengan Pedoman Penatalaksanaan Kasus



Malaria di Indonesia. Suplementasi TTD pada penderita malaria dapat dilakukan bersamaan dengan pengobatan malaria.

4. *Tuberkulosis (TBC)*

Rematri dan WUS yang menderita TBC dilakukan pengobatan dengan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) sesuai Pedoman Diagnosis dan Penatalaksanaan Tuberkulosis di Indonesia.

5. *HIV/AIDS*

Pada rematri dan WUS yang dicurigai menderita HIV/AIDS dilakukan *Voluntary Counselling and Testing (VCT)* untuk diperiksa ELISA. Bila positif menderita HIV/AIDS mendapatkan obat Antiretroviral (ARV) sesuai Pedoman Diagnosis dan Penatalaksanaan HIV/AIDS di Indonesia.



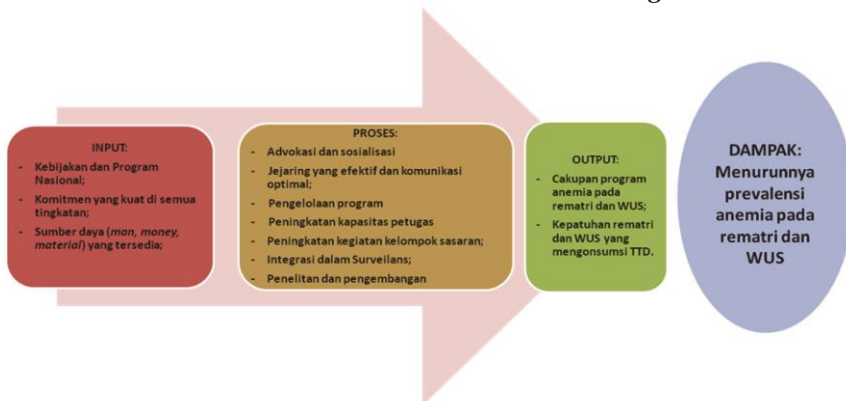
BAB 4 | MONITORING DAN EVALUASI

A. Indikator Keberhasilan

Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2015-2019 diarahkan untuk lebih memantapkan pembangunan secara menyeluruh di berbagai bidang dengan menekankan pada pencapaian daya saing kompetitif perekonomian berlandaskan keunggulan sumber daya alam dan sumber daya manusia berkualitas serta kemampuan IPTEK yang terus meningkat.

Indikator keberhasilan untuk program pencegahan dan penanggulangan anemia pada rematri dan WUS adalah cakupan program anemia pada rematri dan WUS, kepatuhan rematri dan WUS yang mengonsumsi TTD dan diharapkan terjadi penurunan prevalensi anemia pada rematri dan WUS. Hal tersebut dijelaskan pada gambar berikut:

Gambar 7.
Indikator Pemantauan dan Evaluasi Program





B. Pencapaian Program

Untuk memantau dan mengevaluasi program diperlukan indikator yang meliputi:

1. Indikator Input

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

2. Indikator Proses

Indikator proses mencakup advokasi dan sosialisasi, jejaring yang efektif dan komunikasi optimal, pengelolaan program, peningkatan kapasitas petugas, peningkatan kegiatan kelompok sasaran, integrasi dalam surveilans, penelitian dan pengembangan dalam program pencegahan dan penanggulangan anemia pada rematri dan WUS.

3. Indikator Output

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

Kegiatan intervensi yang diindikasikan melalui indikator input, proses, dan output tersebut diharapkan dapat berdampak pada penurunan prevalensi anemia pada rematri dan WUS. Sesuai dengan rekomendasi WHO tahun 2012 prevalensi anemia pada WUS diharapkan turun sebesar 50% pada tahun 2025.



Bagian 2

Manajemen Pencegahan dan Penanggulangan Anemia Pada Remaja Putri dan Wanita Usia Subur (WUS)



BAB 1 | **PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN ANEMIA PADA REMAJA PUTRI DAN WUS**

Keberhasilan pencegahan dan penanggulangan anemia pada remaja dan WUS perlu dukungan manajemen yang SMART (*Specific, Measurable, Attainable, Relevant, Timely*). Intervensi perubahan perilaku dimulai dari penyediaan pedoman tata laksana serta pengembangan media komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE). Dengan adanya pedoman tata laksana dan media KIE, maka pelatihan tenaga kesehatan di masyarakat dapat dilakukan, dilanjutkan dengan orientasi kader oleh tenaga kesehatan, dan edukasi oleh kader. Intervensi perubahan perilaku ini diharapkan dapat merubah pengetahuan dan sikap masyarakat sehingga mau mengkonsumsi TTD sesuai yang dianjurkan.

Untuk intervensi yang dilakukan di sekolah dengan sasaran remaja putri, maka pelatihan dimulai dengan pelatihan terhadap guru Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) atau mata pelajaran lain yang berhubungan, yang dilanjutkan dengan penyuluhan kepada siswa, orang tua wali murid oleh guru sekolah. Selanjutnya siswa dapat melakukan penyuluhan kepada siswa lain (*peer*) dan kantin sekolah. Tujuan dari intervensi ini adalah perubahan pengetahuan dan sikap siswa yang akan menyebabkan siswa mau mengkonsumsi TTD.



Intervensi yang dilakukan di tempat kerja dengan sasaran tenaga kerja wanita (*nakerwan*), sosialisasi dilakukan kepada GP2SP/perusahaan-perusahaan. Selanjutnya, dilakukan edukasi kepada *nakerwan* dan kemudian tenaga kerja wanita dapat meneruskan edukasi kepada sesama rekannya (*peer*). Dengan adanya rangkaian intervensi ini diharapkan terjadi perubahan pengetahuan dan sikap dari perusahaan untuk mendukung penyediaan TTD bagi tenaga kerjanya atau *nakerwan* akan membeli TTD untuk dikonsumsi.

Adapun intervensi yang dilakukan terhadap calon pengantin, bertempat di Kantor Urusan Agama (KUA)/tempat ibadah lainnya yaitu tempat dilakukan konsultasi pranikah oleh calon pengantin. Dilakukan orientasi kepada staf KUA/tempat ibadah lainnya oleh tenaga kesehatan setempat, yang dilanjutkan dengan edukasi oleh petugas KUA/tempat ibadah lainnya kepada calon pengantin. Hal ini diharapkan merubah pengetahuan dan sikap calon pengantin sehingga calon pengantin membeli TTD untuk dikonsumsi.

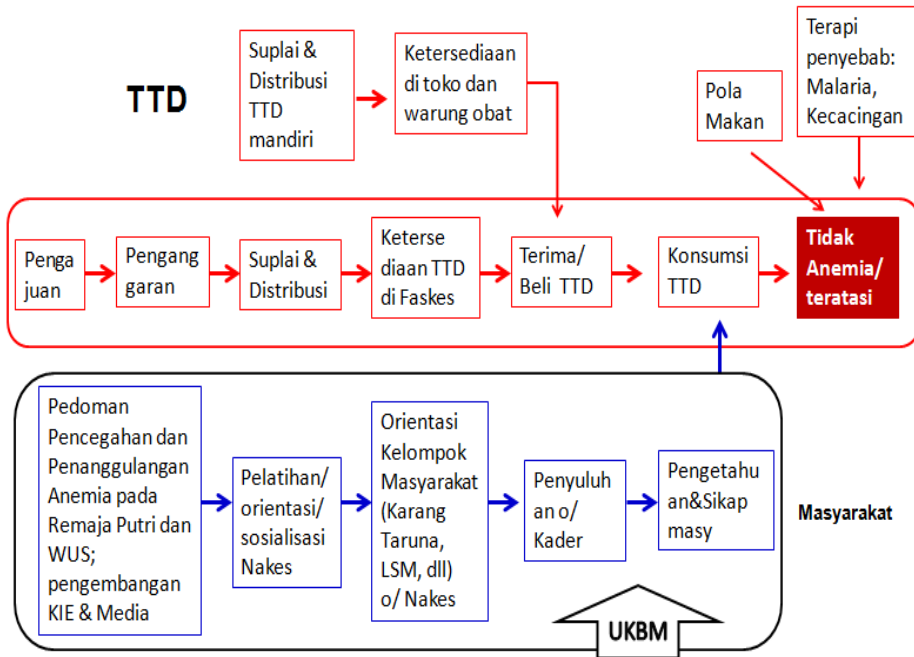
Strategi yang juga perlu dipenuhi adalah strategi intervensi rantai pasokan. Dimulai dengan pengajuan kebutuhan dan penganggaran untuk memenuhi suplai yang kemudian akan didistribusikan. Suplai yang adekuat dan distribusi yang baik berdampak kepada ketersediaan TTD di fasilitas kesehatan/sekolah/perusahaan, sehingga sasaran dapat menerima TTD. Masyarakat, siswa, *nakerwan*, dan calon pengantin juga dapat mengadakan TTD secara mandiri dengan membeli di toko atau warung obat. Suplai distribusi dan ketersediaannya di toko dan warung obat dapat mempengaruhi konsumsi TTD mandiri.



Berikut ini adalah alur Pencegahan dan Penanggulangan Anemia di beberapa kelompok sasaran.

A. Pencegahan dan Penanggulangan Anemia di Kelompok Masyarakat

*Bagan 1.
Pathway Pencegahan & Penanggulangan Anemia
di Kelompok Masyarakat*



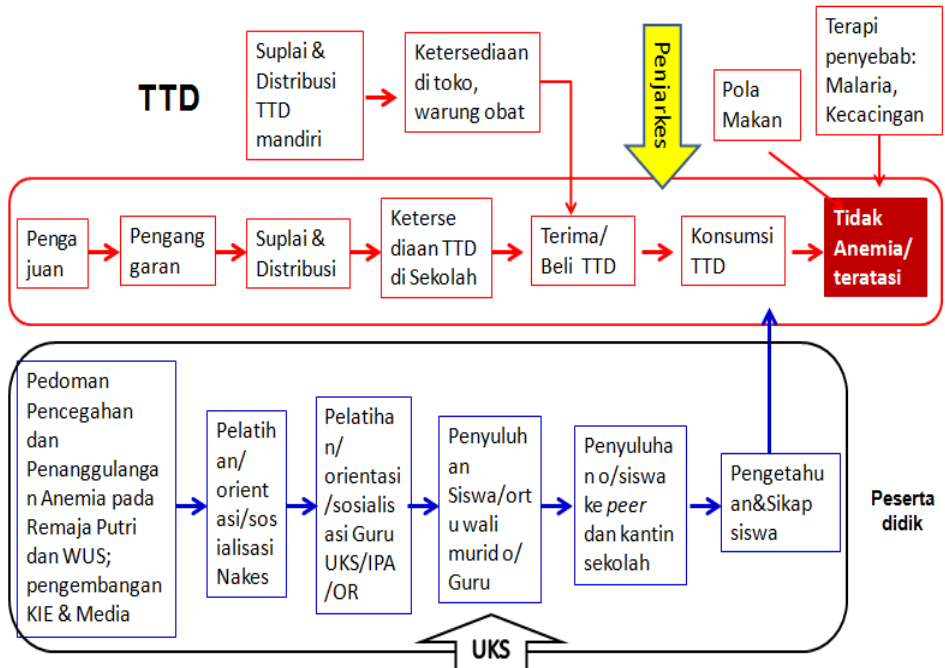
Sumber : Modifikasi Endang A., dkk.



B. Pencegahan dan Penanggulangan Anemia di Sekolah

Bagan 2.

Pathway Pencegahan & Penanggulangan Anemia di Sekolah



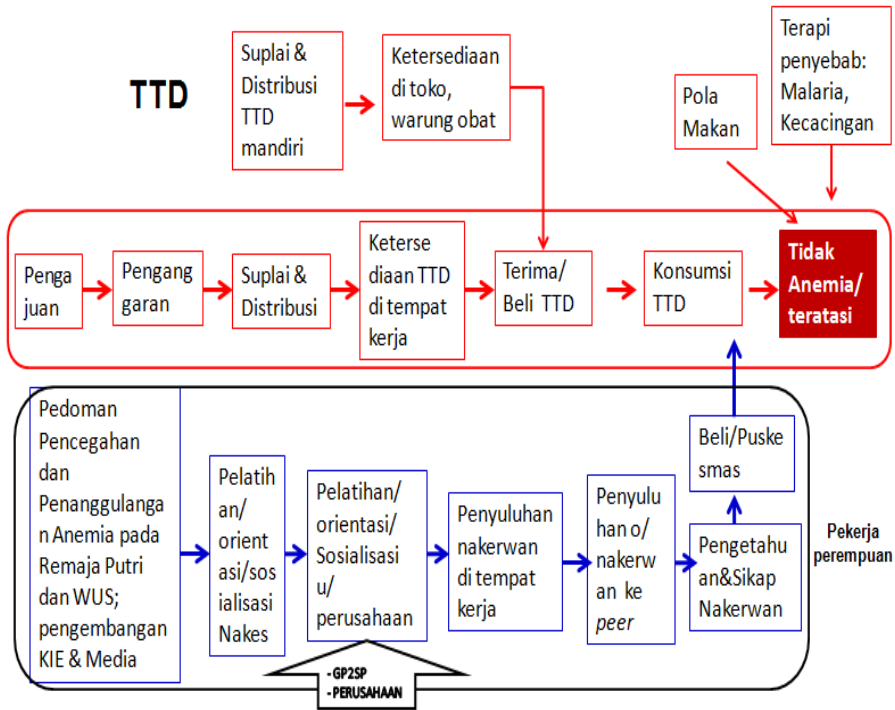
Sumber : Modifikasi Endang A., dkk.



C. Pencegahan dan Penanggulangan Anemia di Tempat Kerja

Bagan 3.

Pathway Pencegahan & Penanggulangan Anemia di Tempat Kerja



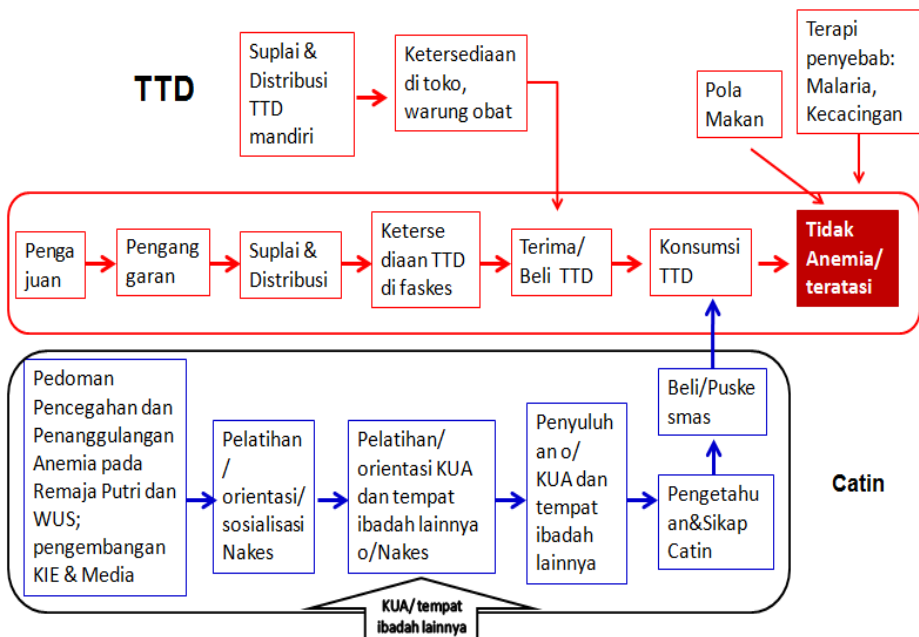
Sumber : Modifikasi Endang A., dkk.



D. Pencegahan dan Penanggulangan Anemia untuk Calon Pengantin

Bagan 4.

Pathway Pencegahan & Penanggulangan Anemia untuk Calon Pengantin



Sumber : Modifikasi Endang A., dkk.



BAB 2 || MANAJEMEN SUPLEMENTASI TTD

Manajemen suplementasi TTD meliputi perencanaan kebutuhan (perhitungan jumlah sasaran dan perhitungan kebutuhan), penyediaan, penyimpanan dan pendistribusian, pemberian, pencatatan dan pelaporan serta pemantauan dan evaluasi. Untuk hal ini diperlukan manajemen satu pintu. Dalam pelaksanaan manajemen suplementasi TTD dibutuhkan integrasi dari berbagai lintas program, mulai dari perencanaan kebutuhan hingga pemantauan dan evaluasi. Pada tahap perencanaan dibutuhkan peran dari Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan dalam penyediaan TTD. Pada tahap pelaksanaan di lapangan dibutuhkan peran dari Direktorat Kesehatan Keluarga, Direktorat Promosi Kesehatan, dan Direktorat Kesehatan Kerja dan Olahraga. Direktorat Kesehatan Keluarga diharapkan dapat berperan dalam pelaksanaan penjangkauan kesehatan di sekolah dan Buku Rapor Kesehatanku yang di dalamnya terdapat pencatatan mengenai anemia dan pemberian TTD pada anak sekolah. Selain itu, diperlukan peran Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) bagi rematri di sekolah. Direktorat Promosi Kesehatan diharapkan dapat berperan dalam menyampaikan pesan yang terkait dengan anemia dan pembuatan media KIE. Direktorat Kesehatan Kerja dan Olahraga diharapkan dapat berperan dalam pelaksanaan pencegahan dan penanggulangan anemia di perusahaan, baik melalui GP2SP ataupun tidak.



Gambar 8.
Manajemen Suplementasi TTD



Sumber : Ditjen Kefarmasian dan Alkes, 2016

A. Perencanaan Kebutuhan

1. Perhitungan sasaran

a. Institusi Pendidikan (SMP dan SMA atau yang sederajat)

Sasaran kegiatan suplementasi TTD di institusi sekolah adalah remaja putri usia 12-18 tahun sesuai dengan Surat Edaran Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat dengan nomor HK.03.03/V/0595/2016. Perhitungan sasaran rematri di tingkat pusat maupun tingkat kabupaten dan kota menggunakan Data Sasaran Program Pembangunan Kesehatan 2015-2019. Sedangkan perhitungan di tingkat puskesmas dan sekolah menggunakan Data Pokok Pendidikan (DAPODIK) terbaru dari SMP dan SMA atau yang sederajat

b. Tempat Kerja

Perhitungan sasaran di tempat kerja bisa menggunakan data tenaga kerja wanita dari Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi (Kemenakertrans)



c. Calon Pengantin

Perhitungan kebutuhan dilakukan oleh puskesmas setempat.

2. *Perhitungan kebutuhan dalam 1 tahun*

Perhitungan jumlah kebutuhan berdasarkan jumlah sasaran dengan penambahan 10% sebagai *buffer stock*.

$$\text{TTD} = (\text{Jumlah sasaran} \times 52 \text{ tablet}) + 10\%$$

Contoh perhitungan kebutuhan TTD rematri:

- Jumlah sasaran rematri misalkan 1000 orang
- Jumlah TTD yang dibutuhkan adalah $1000 \text{ rematri} \times 52 \text{ tablet} = 52.000 \text{ tablet}$
- Kebutuhan tidak teduga atau sebagai *buffer stock* adalah $10\% \times 52.000 \text{ tablet} = 5.200 \text{ tablet}$
- Maka jumlah kebutuhan TTD adalah $52.000 + 5.200 = 57.200 \text{ tablet}$

B. Mekanisme Penyediaan TTD

Pengadaan TTD dapat dilaksanakan melalui jalur pemerintah sektor kesehatan, sektor non-kesehatan, maupun non pemerintah.

a. *TTD Program*

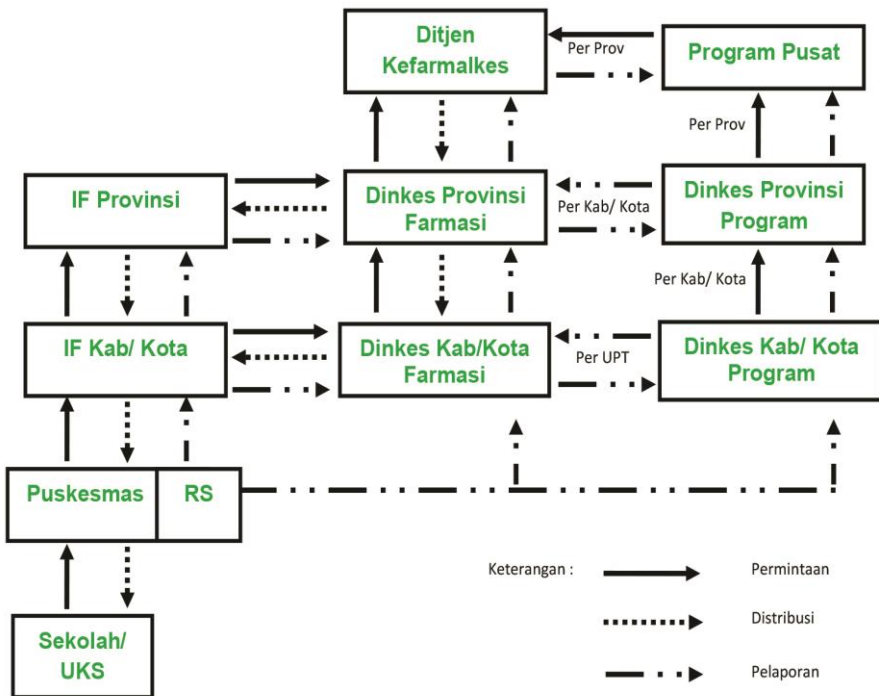
Pengadaan TTD dilaksanakan oleh pemerintah (Kementerian Kesehatan RI) dan sektor kesehatan di setiap pemerintah provinsi atau kabupaten dan kota dengan memanfaatkan sumber dana yang tersedia (APBN, APBD) atau sumber lainnya berdasarkan kebutuhan.



Petugas Gizi Dinkes Kabupaten dan Kota merekapitulasi perencanaan kebutuhan usulan Puskesmas yang berasal dari masing-masing sekolah kemudian melaporkan ke Instalasi Farmasi Kabupaten dan Kota (IFK). IFK melaporkan rencana kebutuhan ini ke Instalasi Farmasi (IF) Provinsi dengan tembusan ke Dinas Kesehatan Provinsi. IF Provinsi mengusulkan kebutuhan TTD kepada Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan (Ditjen Kefarmasian dan Alkes) Kementerian Kesehatan.

Bagan 5.

Alur Permintaan & Distribusi TTD Program



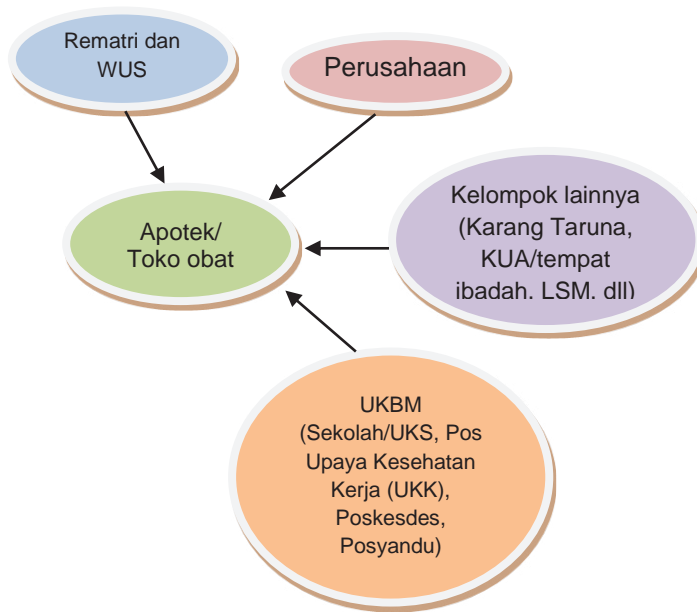
Sumber: Modifikasi Ditjen Kefarmasian dan Alkes, 2016



b. TTD Mandiri

Sektor-sektor lain diharapkan dapat berpartisipasi dalam pengadaan TTD, misalnya Kementerian yang membawahi ketenagakerjaan diharapkan menjalin kerja sama dengan perusahaan untuk menyediakan TTD bagi tenaga kerja wanita. Sedangkan masyarakat dan pihak swasta dapat menyediakan TTD yang sesuai dengan standar yang ditentukan.

Gambar 9.
Alur Penyediaan TTD Mandiri





C. Penyimpanan dan Pendistribusian

1. *Penyimpanan*

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

2. *Pendistribusian*

a. TTD Program

Ditjen Kefarmasian dan Alkes mendistribusikan TTD sesuai dengan usulan kebutuhan ke Instalasi Farmasi Provinsi. Instalasi Farmasi Provinsi mendistribusikan ke Instalasi Farmasi Kabupaten dan Kota (IFK). IFK mendistribusikan ke gudang farmasi puskesmas, dan selanjutnya puskesmas mendistribusikan TTD ke sekolah melalui pengelola program gizi. Perhitungan kebutuhan di sekolah didasarkan pada data riil yang berasal dari Data Pokok Pendidikan (DAPODIK) terbaru dari SMP dan SMA atau yang sederajat.

b. TTD Mandiri

Remaja putri dan WUS dapat memperoleh TTD secara mandiri melalui UKBM, klinik perusahaan, apotek/toko obat, dan kelompok lainnya (karang taruna, tempat ibadah, LSM, dll).

D. Cara Pemberian TTD

Pemberian TTD dilakukan secara *blanket approach* dengan cara pemberian:



1. TTD Program

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

TTD tidak diberikan pada peserta didik perempuan (rematri) yang menderita penyakit, seperti thalasemia, hemosiderosis, atau atas indikasi dokter lainnya.

2. TTD Mandiri

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

E. Pencatatan dan Pelaporan

1. Pencatatan

a. Institusi Pendidikan melalui Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)

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

Setiap Remaja Putri Akan mendapat Kartu Suplementasi Gizi untuk Remaja Putri dan WUS serta Buku Rapor Kesehatanku



1) Kartu Suplementasi Gizi

Kartu Suplementasi Gizi diisi sendiri oleh remaja putri pada saat mendapat dan mengonsumsi TTD. Contoh kartu suplementasi terlampir (Lampiran 1).

2) Buku Rapor Kesehatanku

Gambar 10.
Pencatatan Dalam Buku Rapor Kesehatanku



Buku Rapor Kesehatanku terdiri dari:

- Buku Informasi Kesehatan untuk peserta didik tingkat SMP/MTs dan SMA/SMK/MA yang memuat berbagai informasi kesehatan termasuk anemia.



b. Tempat kerja

Pemberian TTD pada pekerja perempuan merupakan salah satu program pencegahan dan penanggulangan anemia pada WUS melalui Gerakan Pekerja Perempuan Sehat Produktif (GP2SP). Pencatatan pemberian TTD di perusahaan dilakukan oleh tenaga kesehatan di klinik perusahaan.

c. Calon Pengantin

Pencatatan pemberian TTD untuk calon pengantin dilakukan oleh petugas di puskesmas.

2. Pelaporan

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

1) Sekolah

Data pemberian TTD dan kepatuhan konsumsi TTD direkapitulasi oleh guru pembina UKS untuk dilaporkan ke Puskesmas dengan menggunakan formulir sekolah. (Lampiran 2)

2) Tempat kerja

Pelaporan pemberian TTD di perusahaan dikirimkan kepada Puskesmas dengan menggunakan formulir perusahaan. (Lampiran 3)

3) Puskesmas

Puskesmas mencatat pemberian TTD untuk calon pengantin dengan menggunakan formulir calon pengantin. (Lampiran 4).

Selanjutnya petugas puskesmas merekap laporan dari sekolah, tempat kerja dan calon pengantin dan melaporkan ke dinas kesehatan kabupaten dan kota dengan menggunakan formulir 1 dan 2 puskesmas. (Lampiran 5 dan 6)



4) Dinas Kesehatan Kabupaten dan Kota

Laporan dari Puskesmas direkap oleh pengelola program gizi dan dilaporkan ke dinas kesehatan provinsi dengan menggunakan formulir kab/kota. (Lampiran 7)

5) Dinas Kesehatan Provinsi

Melakukan rekapitulasi dan analisis semua laporan dinas kesehatan kota dan kabupaten yang ada di wilayah kerjanya menggunakan formulir provinsi dan hasilnya dilaporkan ke Kementerian Kesehatan. (Lampiran 8)

6) Kementerian Kesehatan

Melakukan rekapitulasi dan analisis semua laporan dinas kesehatan provinsi.

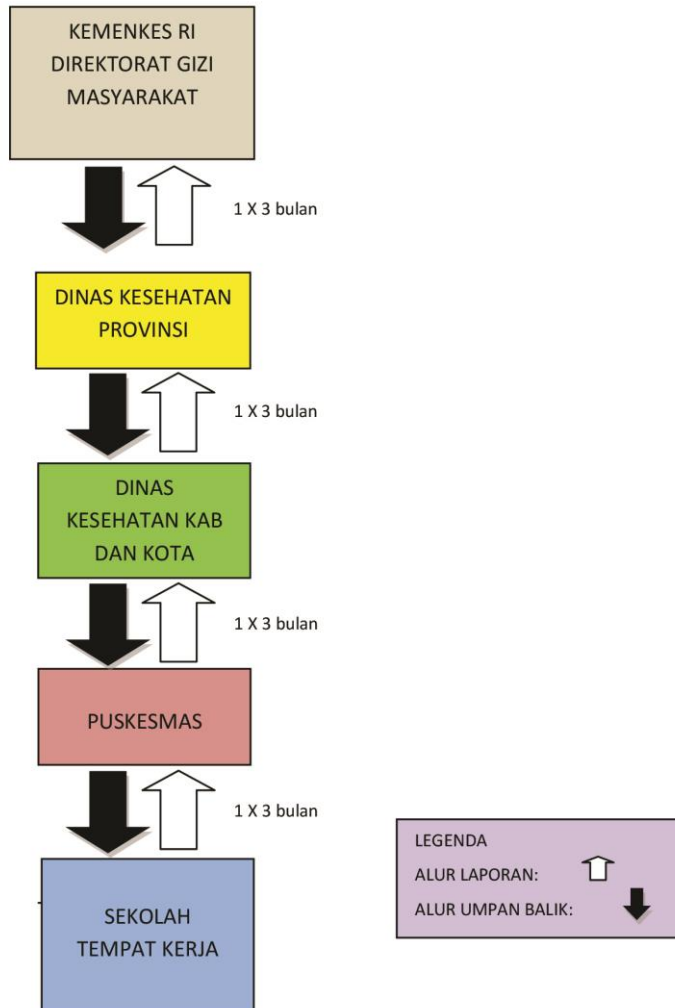
Frekuensi pelaporan dari semua tingkatan dilakukan **setiap 3 bulan sekali**. Masing-masing tingkatan administrasi yang menerima laporan berkewajiban menganalisis laporan yang diterima dan menyampaikan umpan balik penerimaan laporan dan hasil analisisnya dalam rangka penilaian dan pengembangan program serta untuk memacu kesinambungan pelaporan.

Masing-masing tingkatan administrasi juga berkewajiban untuk memberikan umpan balik sebagai informasi hasil pelaksanaan pemberian TTD yang telah dilakukan pada wilayah kerja.



Alur pelaporan dan penyampaian umpan balik dan hasil analisis laporan di masing-masing tingkatan administrasi dapat digambarkan seperti bagan di bawah ini:

Bagan 6.
Alur Pelaporan dan Penyampaian Umpan Balik





F. Pemantauan dan Evaluasi

Pemantauan dilakukan dengan sistem pencatatan dan pelaporan, pembinaan oleh tim teknis, dan kunjungan lapangan. Berdasarkan alur yang sudah disajikan, berikut adalah matriks keberhasilan yang dapat digunakan untuk memantau program.

Tabel 2.
Matriks Keberhasilan

Indikator	Pusat	Provinsi	Kab dan Kota	Pus Kesmas	Sekolah	Tempat Kerja	KUA dan tempat ibadah lainnya
Kebijakan dan Program Nasional (Ketersediaan pedoman dan tata laksana)							
Komitmen yang kuat di semua tingkatan							
Sumberdaya (<i>man, money, material</i>) yang tersedia;							
Advokasi dan sosialisasi							
Jejaring yang efektif dan komunikasi optimal							
Pengelolaan program							
Peningkatan kapasitas petugas							
Peningkatan kegiatan kelompok							



Indikator	Pusat	Provinsi	Kab dan Kota	Pus Kesmas	Sekolah	Tempat Kerja	KUA dan tempat ibadah lainnya
sasaran							
Integrasi dalam surveilans							
Penelitian dan pengembangan							
Cakupan program anemia pada rematri dan WUS							
Kepatuhan rematri dan WUS yang mengonsumsi TTD							
Menurunnya angka prevalensi anemia pada rematri dan WUS							



BAB 3 | INTEGRASI SUPLEMENTASI TTD

Penanggulangan anemia pada rematri dan WUS merupakan kegiatan yang berkesinambungan dan menjadi tanggung jawab bersama antara pemerintah pusat dan daerah.

*Tabel 3.
Peran Lintas Sektor*

No.	Tempat	Kegiatan	Sektor
1	Sekolah	<ol style="list-style-type: none">1. Kegiatan penyuluhan dan promosi gizi seimbang2. Kegiatan suplementasi TTD3. Kegiatan deteksi dini anemia4. Kegiatan penyuluhan atau promosi lainnya	<ul style="list-style-type: none">- Tim UKS/M Kecamatan (terdiri dari unsur sekretariat kecamatan, UPTD Dinas Pendidikan Kecamatan, Puskesmas, Pengawas Pendidikan Agama, dan instansi lain sesuai dengan kebutuhan)- Kepala Sekolah dan guru- Tenaga kesehatan di Puskesmas (antara lain dokter, perawat, bidan, promkes, sanitarian, ahli gizi (nutrisionis-dietisien))
2	Tempat kerja	<ol style="list-style-type: none">1. Penyediaan TTD2. Kegiatan penyuluhan dan promosi gizi seimbang3. Kegiatan suplementasi TTD4. Kegiatan deteksi dini anemia5. Kegiatan penyuluhan atau promosi lainnya	<ul style="list-style-type: none">- Tim GP2SP- Dinas Kesehatan Kabupaten dan Kota- Dinas Tenaga Kerja- Tenaga kesehatan di Puskesmas (antara lain dokter, perawat, bidan, promkes, sanitarian, ahli gizi (nutrisionis-dietisien))



No.	Tempat	Kegiatan	Sektor
3	KUA/tempat ibadah lainnya	1. Kegiatan penyuluhan dan promosi gizi seimbang 2. Kegiatan penyuluhan atau promosi lainnya	- Dinas Kesehatan Kabupaten dan Kota - Kantor Wilayah Agama Kabupaten dan Kota - KUA/tempat ibadah lainnya - Tenaga kesehatan di Puskesmas (antara lain dokter, perawat, bidan, promkes, sanitarian, ahli gizi (nutrisionis-dietisien))
4.	Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Puskesmas, klinik perusahaan)	1. Kegiatan penyuluhan dan promosi gizi seimbang 2. Kegiatan suplementasi TTD 3. Kegiatan deteksi dini anemia 4. Kegiatan penyuluhan atau promosi lainnya 5. Kegiatan pencegahan dan pengobatan penyakit	- Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota - Tenaga kesehatan di Puskesmas (antara lain dokter, perawat, bidan, promkes, sanitarian, ahli gizi (nutrisionis-dietisien)) - Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi - Tim GP2SP



BAB 4 | PROMOSI DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

A. Promosi

Promosi kesehatan adalah proses untuk memberdayakan masyarakat melalui kegiatan menginformasikan, mempengaruhi dan membantu masyarakat agar berperan aktif untuk mendukung perubahan perilaku dan lingkungan serta menjaga dan meningkatkan kesehatan menuju derajat kesehatan yang optimal, sesuai dengan Permenkes No. 74 tahun 2015 tentang Upaya Peningkatan Kesehatan dan Pencegahan Penyakit.

Tabel 4.
Sasaran Promosi

Tatanan	Jenis media, antara lain Leaflet, Spot TV, Buku saku, Lembar balik		
	Sasaran Primer	Sasaran Sekunder	Sasaran Tersier
Rumah Tangga	Remaja Putri/WUS	orang tua/keluarga	Keluarga besar Kader dari kelompok dasa wisma PKK
Institusi Pendidikan	Remaja Putri/WUS	Guru, Kader Kesehatan Sekolah, Orang tua/ wali murid /keluarga	Kepala sekolah, Komite Sekolah, Dinas Pendidikan
Tempat Kerja	Pekerja Perempuan/WUS	Atasan langsung, tokoh bisnis, kader pos UKK	Pimpinan perusahaan, Dinas Ketenagakerjaan



Tatanan	Jenis media, antara lain Leaflet, Spot TV, Buku saku, Lembar balik		
	Sasaran Primer	Sasaran Sekunder	Sasaran Tersier
KUA/ tempat ibadah lainnya	Calon pengantin/ WUS	Calon pasangan, keluarga	Kepala KUA/ tempat ibadah lainnya
Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Remaja Putri/WUS	Tenaga kesehatan, Kader Kesehatan Remaja	Kepala puskesmas/klinik, Dinas Kesehatan
Tempat- tempat umum lainnya	Remaja Putri/WUS	Anggota Karang Taruna, kelompok pengajian, anggota koperasi	Kepala Pasar, Kepala terminal tokoh agama, tokoh masyarakat, dinas terkait, Pemerintah Daerah

Tabel 5.
Jenis Media

Jenis	Manfaat
Media cetak: Poster, <i>Flyer</i> , <i>Leaflet</i> , <i>banner</i> , brosur, buku saku, <i>booklet</i> , gambar, komik	Sebagai sarana informasi, membantu mengkomunikasikan perhatian dan peringatan serta mengkampanyekan suatu isu, bisa sebagai bahan referensi/bacaan.
Media luar ruang: <i>Billboard</i>	Penempatan media relatif fleksibel pada lokasi strategis seperti perempatan jalan, ukuran yang besar dan pencahayaan akan menarik perhatian sehingga mampu mempengaruhi langsung bagi yang melihatnya
Media audio visual: spot tv, <i>running text</i> , televisi, bioskop	Media yang memiliki unsur suara dan gambar, cepat menyebarkan berita dan menjangkau masyarakat secara luas terutama pada media elektronik televisi.



Jenis	Manfaat
Media Audio: Radio <i>Spot</i>	Media hanya memiliki unsur suara, tapi dapat menjangkau daerah yang luas menyebarkan informasi praktis.
Pameran	Media pameran bisa merangsang terjadinya interaksi, melihat, menguji, menyaksikan secara langsung.
Media Sosial: <i>Facebook, Twitter, Google+, path, instagram, line.</i>	Lebih cepat mendapat informasi, dapat digunakan ajang promosi, dan dapat menambah ilmu pengetahuan, dan lain-lain.
Media Tradisional: lenong, wayang kulit	Cerita prosa rakyat (mite, legenda, dongeng), ungkapan rakyat (peribahasa, pameo, pepatah), puisi rakyat, nyanyian rakyat, teater rakyat, alat bunyi-bunyian (kentongan, gong, bedug dll)

B. Pemberdayaan Masyarakat

Dalam promosi kesehatan, pemberdayaan (*empowerment*) merupakan proses di mana masyarakat “diposisikan” mempunyai peran yang besar dalam pengambilan keputusan dan menetapkan kegiatan/tindakan yang mempengaruhi kesehatan mereka.

Prinsip dasar pemberdayaan masyarakat dalam pencegahan dan penanggulangan anemia yang perlu dipahami yaitu : pengorganisasian masyarakat (*community organization*) dan pengembangan masyarakat (*community development*). Keduanya berorientasi pada proses pemberdayaan masyarakat menuju tercapainya kemandirian melalui keterlibatan dan peran serta aktif dari keseluruhan anggota masyarakat.



Tabel 6.
Sasaran Pemberdayaan Masyarakat

No.	Sasaran	Materi	Unit Pemberdayaan
1	Individu	5W+1 H	
	- Remaja Putri	Pencegahan dan Penanggulangan Anemia, TTD, prestasi belajar	UKS, PKPR
	- WUS	Pencegahan dan Penanggulangan Anemia, TTD, produktivitas	Klinik perusahaan, Pos UKK
	- Catin	Pencegahan dan Penanggulangan Anemia, TTD, generasi penerus, AKI/AKB	KUA/tempat ibadah lainnya
2	Keluarga	Pencegahan dan Penanggulangan Anemia, TTD, prestasi belajar, produktivitas, generasi penerus, AKI/AKB	Rumah tangga
3	Kelompok/masyarakat		
	- Sekolah	Pencegahan dan Penanggulangan Anemia, TTD, prestasi belajar,	OSIS, Komite sekolah
	- Tempat kerja	Pencegahan dan Penanggulangan Anemia, TTD, produktivitas	Organisasi buruh, serikat pekerja (SPSI) GP2SP, Pengusaha, koperasi, Pos UKK
	- Masyarakat umum	Pencegahan dan Penanggulangan Anemia, TTD	LSM, PKK

Pada akhirnya pemberdayaan masyarakat ini diharapkan dapat menyediakan sendiri TTD mandiri dengan memanfaatkan sumber daya yang ada di sekitarnya.



BAB 5 || PENUTUP

Buku Pedoman Pencegahan Dan Penanggulangan Anemia pada Remaja Putri dan WUS ini **diharapkan** menjadi salah satu acuan bagi tenaga kesehatan di Puskesmas dan *stakeholder* (unsur pembina dan penggerak yang terkait lainnya) dalam penanggulangan anemia. Dalam pelaksanaannya dapat disesuaikan dengan kondisi dan situasi daerah. Keberhasilan pencegahan dan penanggulangan anemia memerlukan dukungan yang kuat dari berbagai pihak baik dukungan moril maupun materil. Selain itu, diperlukan adanya kerja sama dengan berbagai lintas program/lintas sektor terkait, di samping ketekunan dan pengabdian para pengelolanya yang semuanya mempunyai peran strategis dalam menunjang keberhasilan penanggulangan anemia.

Kegiatan pencegahan dan penanggulangan anemia dapat diselenggarakan dengan baik akan dapat memberikan kontribusi yang besar dalam upaya meningkatkan prestasi belajar pada anak sekolah dan produktivitas kerja pada WUS. Upaya ini juga diharapkan dapat menurunkan prevalensi anemia pada remaja putri dan WUS yang dapat melahirkan generasi emas penerus bangsa yang sehat, cerdas, dan berprestasi yang mampu bersaing di dunia internasional.



Daftar Pustaka

- Barker, DJP. 2012. *Developmental Origins of Chronic Disease. Public Health* 126(2012), 185-189.
- Biro Pusat Statistik. 2001. *Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT)*.
- Badan Pusat Statistik. 2010. *Hasil Sensus penduduk 2010*.
- Biro Pusat Statistik. 2012. *Survei Dasar Kesehatan Indonesia (SDKI)*.
- Febrihartanty, J., Dillon, D., Khusun, H. *Will Iron Supplementation Given During Menstruation Improve Iron Status Better Than Weekly Supplementation*. Asia Pasific J Clin Nutr (2002) 11(1): 36-41.
- Indriastuti, Yustina A. *Thesis report: Effect of Iron and Zinc Supplementation on Iron, Zinc and Morbidity Status of Anemic Adolescent School Girls (10-12 years) in Tangerang District*, 2004.
- Kementerian Kesehatan. 1998. *Pedoman Penanggulangan Anemia Gizi untuk Remaja Puteri dan Wanita Usia Subur*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan. 2014. *Pedoman Gerakan Pekerja Perempuan Sehat dan Produktif (GP2SP)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan. 2015. *Rapor Kesehatanku Buku Catatan Kesehatan Tingkat SMP/MTS DAN SMA/SMK/MA*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan. 2015. *Rapor Kesehatanku Buku Informasi Kesehatan Peserta Didik Tingkat SMP/MTS DAN SMA/SMK/MA*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Marudut. *Efikasi Bubuk Tabur Gizi terhadap Status Zat Besi Santri Remaja Putri di Pondok Pesantren (Disertasi)*. Bogor: Fakultas Ekologi Manusia – Institut Pertanian Bogor.
- Rajagopalan, S. 2003. *Nutrition and Challenges in the Next Decade in Food and Bulletin* 24(3):275-80.



- Ray Yip. 1989. *Iron Nutritional Status Defined*. In: Filer IJ, ed. *Dietary Iron: Birth to Two Years*. 19-6. New York: Raven Press.
- State Institute of Health & Family Welfare. 2011. *Weekly Iron & Folic Acid Supplement Program for Adolescents*. Jaipur: State Institute of Health & Family Welfare.
- The Lancet Series Maternal and Child Nutrition*, 2013.
- WHO. 2011. *Guideline: Intermittent Iron and Folic Acid Supplementation in Menstruating Women*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2011. *Haemoglobin Concentrations for the Diagnosis of Anaemia and Assessment of Severity*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2011. *Prevention of Iron Deficiency Anaemia in Adolescent: Role of Weekly Iron and Folic Acid Supplementation*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2011. *Serum Ferritin Concentrations for the Assessment of Iron Status and Iron Deficiency in Populations. Vitamin and Mineral Nutrition Information System*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2012. *Sixty-fifth World Health Assembly*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2014. *Global Nutrition Targets 2025: Anaemia Policy Brief*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2014/2015. *Comprehensive Promotion and Prevention Program to Improve Health and Nutrition Status among Adolescence, Maternal and Young Child Pla*. Terjemahan Indriastuti, Yustina A., Achadi, Endang L., dan Latief, Dini. *Rencana Komprehensif Promotif dan Preventif untuk Meningkatkan Status Kesehatan dan Gizi Remaja Putri, Ibu dan Anak Usia 0 - 2 tahun*.
- WHO. 2005. *Vitamin and Mineral Nutrition Information System (VMNS)*. WHO Global Database on Anemia. Available download at http://www.who.int/vmnis/anemia/data/database/countries/idn_ida.pdf
- WHO. 2016. *Guideline: Daily iron Supplementation in Adult Women and Adolescent Girls*. Geneva: World Health Organization.



Daftar Lampiran

-
- Lampiran 1. Kartu Suplementasi Gizi untuk Remaja Putri dan Wanita Usia Subur
 - Lampiran 2. Formulir Pemantauan Program TTD Remaja Putri di Sekolah
 - Lampiran 3. Formulir Pemantauan Program TTD WUS di Perusahaan
 - Lampiran 4. Formulir Pemantauan Program TTD Calon Pengantin
 - Lampiran 5. Formulir 1 Pemantauan Program TTD Remaja Putri Di Puskesmas
 - Lampiran 6. Formulir 2 Pemantauan Program TTD Remaja Putri di puskesmas
 - Lampiran 7. Formulir Pemantauan Program TTD Remaja Putri di kab/kota
 - Lampiran 8. Formulir Pemantauan Program TTD Remaja Putri di provinsi
 - Lampiran 9. Permenkes RI No. 88 Tahun 2014 Tentang Standar Tablet Tambah Darah
 - Lampiran 10. Surat Edaran Kemenkes tentang Pemberian Tablet Tambah Darah
-

Lampiran 1

Apa itu Tablet Tambah Darah (TTD)?
 TTD adalah suplemen zat gizi yang mengandung zat besi dan asam folat.
Mengapa harus minum TTD secara teratur?
 Remaja Putri dan Wanita Usia Subur rentan terkena Anemia atau kurang darah karena:
 • Mengalami haid sehingga banyak kehilangan darah
 • Asupan zat besi dari makanan kurang cukup untuk memenuhi kebutuhan zat besi sehingga diperlukan suplementasi berupa TTD
 Minum TTD secara teratur sangat bermanfaat karena dapat:
 • Meningkatkan konsentrasi belajar sehingga prestasi meningkat
 • Mengatasi 5 L:
 • Meningkatkan daya tahan tubuh agar tidak mudah sakit

Remaja Putri dan Wanita Usia Subur yang Sehat, Cerdas, Tanpa ANEMIA

➔

HARUS MINUM TTD SECARA TERATUR

- Anemia = Kurang Darah ≠ Tekanan Darah Rendah
- Konsumsi TTD secara teratur tidak akan mengakibatkan malnutrisi tekanan darah



Bagaimana aturan minum TTD yang benar?

- Diminum secara teratur sebanyak 1 tablet setiap minggu
- Sebaiknya diminum bersama dengan air putih atau jus buah
- Jangan diminum bersama dengan air teh, kopi atau susu

Selain minum TTD, Remaja Putri dan Wanita Usia Subur juga harus mengonsumsi makanan yang kaya zat besi, contohnya:

- Hati
- Daging sapi
- Sayuran berwarna hijau tua
- Kacang-kacangan
- Ikan
- Daging ayam

Kotak Kontrol Minum TTD pada Remaja Putri dan Wanita Usia Subur

Nama: Usia: tahun

Jan	Feb	Mar
Apr	Mei	Jun
Jul	Agust	Sept
Okt	Nov	Des

Beri tanda (V) pada kotak bila sudah minum

Lampiran 4

Formulir Pemantauan Program TTD Calon Pengantin

Nama KUA/Tempat Ibadah :
 Nama Puskesmas Pembina :
 Nama Kabupaten/Kota :

Triwulan :
 Tahun :

No.	Nama	NIK	Bulan																							
			Januari			Februari			Maret			April			Mey											
			I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V				
1																										
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										

Keterangan:
 Kolom I, II, III, IV, dan V diisi dengan tanda centang (V) jika Catin menerima TTD
 Kolom I, II, III, IV, dan V diisi dengan tanda silang (X) jika Catin tidak menerima TTD
Catatan :

Lampiran 5

Formulir 1 Pemantauan Program TTD Remaja Putri di Puskesmas

Nama Sekolah :
 Nama Puskesmas Pembina :
 Nama Kabupaten/Kota :

Triwulan :
 Tahun :

No.	Nama Remaja Putri	Nomor Induk Siswi	TW.1		TW.1 - TW.2		TW.1 - TW.3		TW.1 - TW.4	
			Jumlah Minggu	Jumlah Tablet	Jumlah Minggu	Jumlah Tablet	Jumlah Minggu	Jumlah Tablet	Jumlah Minggu	Jumlah Tablet
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

<p>Keterangan: Kolom Jumlah Minggu diisi dengan jumlah minggu yang dilalui remaja putri umur 12-18 tahun pada TW tersebut Kolom Jumlah Tablet diisi dengan jumlah TTD yang diterima remaja putri selama TW tersebut Kolom Persentase (%) diisi dengan persentase jumlah tablet terhadap jumlah minggu</p>	<p>Catatan stok: 1. Jumlah TTD Sisa bulan lalu : 2. Jumlah TTD yang diterima : 3. Jumlah total stok : 4. Jumlah TTD yang dipakai : 5. Jumlah TTD Sisa :</p>
<p>Catatan :</p>	

Lampiran 6

Formulir 2 Pemantauan Program TTD Remaja Putri di Puskesmas

Nama Puskesmas Pembina :
 Nama Kabupaten/Kota :
 Triwulan :
 Tahun :

No.	Nama Sekolah	Jumlah Siswi	TW 1			TW 1 - TW 2			TW 1 - TW 3			TW 1 - TW 4					
			0 - 50 %	51 - 80 %	81 - 99 %	≥ 100 %	0 - 50 %	51 - 80 %	81 - 99 %	≥ 100 %	0 - 50 %	51 - 80 %	81 - 99 %	≥ 100 %			
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
Total																	

<p>Keterangan: Kolom kategori persentase (0-50%, 51-80%, 81-99%, dan ≥100%) diisi dengan jumlah rematri umur 12-18 tahun yang masuk kategori tersebut</p>	<p>Catatan stok: 1. Jumlah TTD Sisa bulan lalu : tablet 2. Jumlah TTD yang diterima : tablet 3. Jumlah total stok : tablet 4. Jumlah TTD yang dipakai : tablet 5. Jumlah TTD Sisa : tablet</p>
<p>Catatan :</p>	<p>Tgl. Tgl. Tgl. Tgl. Tgl.</p>

Lampiran 7

Formulir Pemantauan Program TTD Remaja Putri di Kabupaten/Kota

Nama Kabupaten/Kota :

Triwulan :

Tahun :

No.	Nama Puskesmas	Jumlah Siswi	TW 1			TW 1 - TW 2			TW 1 - TW 3			TW 1 - TW 4					
			0 - 50 %	51 - 80 %	81 - 99 %	≥ 100 %	0 - 50 %	51 - 80 %	81 - 99 %	≥ 100 %	0 - 50 %	51 - 80 %	81 - 99 %	≥ 100 %			
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
Total																	

Keterangan:

Kolom kategori persentase (0-50%, 51-80%, 81-99%, dan ≥100%) diisi dengan jumlah rematri umur 12-18 tahun yang masuk kategori tersebut

Catatan stok:

1. Jumlah TTD Sisa bulan lalu
2. Jumlah TTD yang diterima
3. Jumlah total stok
4. Jumlah TTD yang dipakai
5. Jumlah TTD Sisa

tablet
tablet
tablet
tablet
tablet

Tgl.
Tgl.
Tgl.
Tgl.
Tgl.

Catatan :

Lampiran 8

Formulir Pemantauan Program TTD Remaja Putri di Provinsi

Provinsi :
Tahun :

No.	Nama Kabupaten/Kota	Jumlah Siswi	TW 1			TW 1 - TW 2			TW 1 - TW 3			TW 1 - TW 4							
			0 - 50 %	51 - 80 %	81 - 99 %	≥ 100 %	0 - 50 %	51 - 80 %	81 - 99 %	≥ 100 %	0 - 50 %	51 - 80 %	81 - 99 %	≥ 100 %					
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
Total																			

Keterangan:	Catatan stok:	
	1. Jumlah TTD Sisa bulan lalu	: tablet
2. Jumlah TTD yang diterima	: Tgl.	
3. Jumlah total stok	: tablet	
4. Jumlah TTD yang dipakai	: Tgl.	
5. Jumlah TTD Sisa	: tablet	
Keterangan:		
Kolom kategori persentase (0-50%, 51-80%, 81-99%, dan ≥100%) diisi dengan jumlah rematri umur 12-18 tahun yang masuk kategori tersebut		
Catatan :		

Lampiran 9



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 88 TAHUN 2014

TENTANG

STANDAR TABLET TAMBAH DARAH BAGI WANITA USIA SUBUR DAN IBU HAMIL

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang: a. bahwa wanita usia subur dan ibu hamil rentan terhadap kekurangan gizi besi dan dapat menyebabkan perdarahan saat persalinan pada ibu hamil dan merupakan salah satu penyebab tingginya angka kematian ibu di Indonesia;
- b. bahwa untuk melindungi wanita usia subur dan ibu hamil dari kekurangan gizi dan mencegah terjadinya anemia gizi besi maka perlu mengonsumsi tablet tambah darah;
- c. bahwa agar tablet tambah darah sesuai dengan kebutuhan wanita usia subur dan ibu hamil serta adanya keterpaduan nama dagang dan komposisi produk tablet tambah darah yang beredar di masyarakat, perlu adanya standar tablet tambah darah bagi wanita usia subur dan ibu hamil;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Standar Tablet Tambah Darah Bagi Wanita Usia Subur dan Ibu Hamil;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);

2. Undang-Undang ...

Lampiran 9



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

-2-

2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2012 tentang Pangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 227, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5360);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi Dan Alat Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1998 Nomor 138, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3781);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1010/Menkes/Per/XI/2008 tentang Registrasi Obat sebagaimana diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1120/Menkes/Per/XII/2008;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2013 tentang Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan Bagi Bangsa Indonesia (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1438);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tatalaksana Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 585) sebagaimana diubah terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 35 Tahun 2013 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 741);
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 108/Menkes/SK/IV/2014 tentang Pemberlakuan Farmakope Indonesia Edisi V;
10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 328/Menkes/SK/VIII/2013 tentang Formularium Nasional;

MEMUTUSKAN ...

Lampiran 9



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

-3-

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG STANDAR TABLET TAMBAH DARAH BAGI WANITA USIA SUBUR DAN IBU HAMIL.

Pasal 1

Standar tablet tambah darah bagi wanita usia subur dan ibu hamil sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Pasal 2

Standar tablet tambah darah bagi wanita usia subur dan ibu hamil sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1 digunakan sebagai acuan bagi Pemerintah, pemerintah daerah provinsi, pemerintah kabupaten/kota dan semua pihak yang berkaitan dengan program pemberian tablet tambah darah bagi wanita usia subur dan ibu hamil.

Pasal 3

Tablet tambah darah yang akan digunakan sebagai program pemberian tablet tambah darah bagi wanita usia subur dan ibu hamil wajib memiliki izin edar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 4

- (1) Pembinaan terhadap standar tablet tambah darah bagi wanita usia subur dan ibu hamil dilaksanakan oleh Menteri, kepala dinas kesehatan provinsi, dan kepala dinas kesehatan kabupaten/kota sesuai dengan tugas dan kewenangan masing-masing secara terpadu.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui :
 - a. komunikasi, informasi, dan edukasi;
 - b. pemberdayaan masyarakat;
 - c. monitoring, evaluasi, bimbingan teknis; dan
 - d. supervisi.
- (3) Pengawasan terhadap standar tablet tambah darah bagi wanita usia subur dan ibu hamil dilaksanakan oleh Kepala Badan yang melaksanakan tugas dan tanggung jawab di bidang pengawasan obat dan makanan.

Pasal ...

Lampiran 9



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

-4-

Pasal 5

- (1) Pihak yang menyediakan tablet tambah darah bagi wanita usia subur dan ibu hamil wajib mengacu dan menyesuaikan dengan ketentuan Peraturan Menteri ini paling lama 2 (dua) tahun terhitung sejak Peraturan Pemerintah ini diundangkan.
- (2) Apabila dalam jangka waktu 2 (dua) tahun produk tablet tambah darah bagi wanita usia subur dan ibu hamil sebagaimana dimaksud pada ayat (1) masih beredar di masyarakat, pihak yang menyediakan tablet tambah darah bagi wanita usia subur dan ibu hamil wajib menarik produk tablet tambah darah bagi wanita usia subur dan ibu hamil.

Pasal 6

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 11 November 2014

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 1 Desember 2014

MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

YASONNA H. LAOLY

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2014 NOMOR 1840

Lampiran 9



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

-5-

LAMPIRAN
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 88 TAHUN 2014
TENTANG
STANDAR TABLET TAMBAH DARAH BAGI
WANITA USIA SUBUR DAN IBU HAMIL

STANDAR TABLET TAMBAH DARAH
BAGI WANITA USIA SUBUR DAN IBU HAMIL

I. Pendahuluan

A. Latar Belakang

Salah satu faktor penyebab anemia gizi karena kurangnya asupan zat besi pada makanan yang dikonsumsi setiap hari yang ditandai dengan kadar *hemoglobin (Hb)* di bawah normal.

Wanita usia subur cenderung menderita anemia dikarenakan wanita mengalami menstruasi setiap bulan, dan ini akan diperberat jika asupan zat besi dari makanan sehari-hari rendah. Wanita usia subur yang mengalami anemia gizi besi akan mudah sakit karena daya tahan tubuh yang rendah sehingga produktivitas kerja rendah.

Pada ibu hamil anemia akan meningkatkan risiko melahirkan bayi dengan berat lahir rendah, keguguran, lahir sebelum waktunya, risiko perdarahan sebelum dan/atau pada saat persalinan yang dapat menyebabkan kematian ibu dan bayinya. Pada bayi dalam kandungan dapat mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan, tidak dapat mencapai tinggi optimal dan anak menjadi kurang cerdas.

Sumber makanan kaya zat besi dan asam folat umumnya terdapat pada sumber protein hewani seperti hati, ikan dan daging yang harganya relatif mahal dan belum sepenuhnya terjangkau oleh kebanyakan masyarakat di Indonesia. Pemberian tablet tambah darah sebagai salah satu upaya penting dalam pencegahan dan penanggulangan anemia yang merupakan cara yang efektif karena dapat mencegah dan menanggulangi anemia akibat kekurangan zat besi dan asam folat. Tablet tambah darah merupakan tablet yang diberikan kepada wanita usia subur dan ibu hamil. Bagi wanita usia subur diberikan sebanyak 1 (satu) kali seminggu dan 1 (satu) kali sehari selama haid dan untuk ibu hamil diberikan setiap hari selama masa kehamilannya atau minimal 90 (sembilan puluh) tablet.

Saat ...

Lampiran 9



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

-6-

Saat ini banyak produk tablet tambah darah bagi wanita usia subur dan ibu hamil yang beredar di masyarakat dengan nama dagang dan komposisi yang beragam. Beberapa diantaranya tidak memenuhi standar tablet tambah darah seperti yang disarankan oleh WHO terutama kandungan elemental besi dan asam folatnya. Oleh karena itu dirasa perlu dibuat standar minimal kandungan tablet tambah darah bagi wanita usia subur dan ibu hamil, agar tablet tambah darah untuk bagi wanita usia subur dan ibu hamil yang beredar dapat lebih berkualitas dan efektif dalam mencegah dan menanggulangi anemia gizi besi.

B. Maksud dan Tujuan

Standar tablet tambah darah dimaksudkan untuk memberikan acuan bagi Pemerintah, pemerintah daerah provinsi dan pemerintah daerah kabupaten/kota serta semua pihak yang akan menyediakan tablet tambah darah. Adapun tujuannya adalah untuk menjamin ketersediaan tablet tambah darah yang berkualitas dan memenuhi standar dalam rangka mencegah dan menanggulangi terjadinya anemia gizi besi pada wanita usia subur dengan prioritas pada ibu hamil.

II. Spesifikasi Teknis Tablet Tambah Darah

A. Deskripsi Tablet Tambah Darah Bagi Wanita Usia Subur dan Ibu Hamil
Tablet tambah darah berbentuk bulat/lonjong warna merah tua.

B. Komposisi

Setiap tablet tambah darah bagi wanita usia subur dan ibu hamil sekurangnya mengandung :

- Zat besi setara dengan 60 mg besi elemental (dalam bentuk sediaan *Ferro Sulfat*, *Ferro Fumarat* atau *Ferro Gluconat*); dan
- Asam Folat* 0,400 mg.

C. Spesifikasi Produk

- warna : Merah tua
- bentuk : Bulat atau lonjong
- Tablet salut gula

D. Kemasan

Kemasan: *sachet*, *blister*, *strip*, botol dengan dimensi yang proporsional dengan isi tablet. Kemasan harus dapat menjamin stabilitas dan kualitas tablet tambah darah bagi wanita usia subur dan ibu hamil.

E. Registrasi ...

Lampiran 9



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

-7-

E. Registrasi dan Pelabelan

Registrasi dan pelabelan tablet tambah darah bagi wanita usia subur dan ibu hamil dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang mengatur mengenai registrasi obat.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN MASYARAKAT

Jalan H.R. Rasuna Said Blok X - 5 Kavling 4 - 9 Jakarta 12950
Telp. Ditjen. (021) 5203871. Set. Ditjen (021) 5221225 - 5221226 Faksimile : (021) 5203117

Yang terhormat :

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

SURAT EDARAN
NOMOR HK.03.03/V/0595/2016

TENTANG

PEMBERIAN TABLET TAMBAH DARAH PADA REMAJA PUTRI DAN
WANITA USIA SUBUR

A. Umum

Salah satu sasaran pokok Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019 adalah meningkatnya status kesehatan dan gizi dan anak. Sebagai penjabarannya, Kementerian Kesehatan telah menyusun Rencana Strategis (Renstra) tahun 2015-2019, tercantum di dalamnya sasaran Program Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak antara lain meningkatnya ketersediaan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi seluruh masyarakat. Indikator pembinaan perbaikan gizi masyarakat salah satunya adalah Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) bagi remaja putri dengan target sebesar 30% pada tahun 2019.

Data Riskesdas 2013 menyebutkan bahwa prevalensi Anemia pada Ibu Hamil 37,1%. Hal tersebut merupakan dampak lanjut dari tingginya prevalensi anemia pada remaja putri yaitu sekitar 25% dan pada wanita usia subur sebesar 17%. Keadaan ini merupakan akibat dari asupan zat gizi besi dari makanan yang baru memenuhi sekitar 40% dari kecukupan (Puslitbang Gizi Bogor, 2007).

Pelaksanaan pemberian TTD sebelumnya adalah 1 (satu) tablet per minggu dan pada masa haid diberikan 1 (satu) tablet per hari selama 10 (sepuluh) hari, tetapi pertemuan para pakar memberi rekomendasi pemberian TTD diubah supaya lebih efektif dan mudah pelaksanaannya.

B. Maksud dan Tujuan

Meningkatkan status gizi remaja putri sehingga dapat memutus mata-rantai terjadinya *stunting*, mencegah anemia dan meningkatkan cadangan zat besi dalam tubuh sebagai bekal dalam mempersiapkan generasi yang sehat berkualitas dan produktif.

Lampiran 10

C. Ruang Lingkup

Pemberian TTD dengan komposisi terdiri dari 60 mg zat besi elemental (dalam bentuk sediaan Ferro Sulfat, Ferro Fumarat atau Ferro Glukonat) dan 0,400 mg asam folat pada remaja putri usia 12-18 tahun di institusi pendidikan (SMP dan SMA atau yang sederajat) dan Wanita Usia Subur (WUS) usia 15-49 tahun di institusi tempat kerja.

D. Dasar

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi yang menitikberatkan pada penyelamatan 1000 HPK (Hari Pertama Kehidupan);
3. Peraturan Bersama Antara Menteri Pendidikan dan Kebudayaan, Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Menteri Agama Republik Indonesia dan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor: 6/X/PB/2014; Nomor: 73 Tahun 2014; Nomor: 41 tahun 2014; Nomor: 81 Tahun 2014 tentang Pembinaan dan Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah/Madrasah; dan
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 88 Tahun 2014 tentang Standar Tablet Tambah Darah bagi Wanita Usia Subur dan Ibu Hamil.

E. Pelaksanaan

1. Cara pemberian TTD dengan dosis 1 (satu) tablet per minggu sepanjang tahun.
2. Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) dilakukan untuk remaja putri usia 12-18 tahun.
3. Pemberian TTD pada remaja putri melalui UKS/M di institusi pendidikan (SMP dan SMA atau yang sederajat) dengan menentukan hari minum TTD bersama setiap minggunya sesuai kesepakatan di wilayah masing-masing.
4. Pemberian TTD pada WUS di tempat kerja menggunakan TTD yang disediakan oleh institusi tempat kerja atau secara mandiri.

F. Langkah-Langkah

1. Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota melakukan pemantauan ketersediaan TTD di Instalasi Farmasi dan institusi tempat kerja di wilayahnya;
2. Dinas Kesehatan Provinsi melakukan distribusi TTD ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota;
3. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan distribusi TTD ke Puskesmas dan jejaringnya serta Rumah Sakit;
4. Puskesmas melakukan pendistribusian TTD ke sekolah melalui kegiatan UKS/M; serta secara bertahap melakukan pemeriksaan Hb sebagai bagian dari kegiatan penjangkauan kesehatan anak sekolah dan pekerja perempuan yang ada di institusi tempat kerja di wilayahnya;
5. Tim Pelaksana UKS/M melakukan pemantauan kepatuhan remaja putri mengonsumsi TTD;

Lampiran 10

6. Memberikan laporan secara berjenjang atas kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan prosedur yang berlaku;
7. Dalam pelaksanaannya agar melibatkan Dinas Pendidikan dan Kantor Kementerian Agama Kabupaten/Kota.

Demikian untuk dilaksanakan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 20 Juni 2016

DIREKTUR JENDERAL
KESEHATAN MASYARAKAT




ANUNG SUGIHANTONO

Susunan Tim

PENGARAH

Ir. Doddy Izwardy, MA

PENANGGUNG JAWAB

dr. Marina Damajanti, MKM

PENYUSUN

dr. Dini Latief, MSc., SpGK

Prof. dr. Endang L. Achadi, MPH, Dr.PH

Prof. Dr. Ir. Dodik Briawan, MCN

Dr. dr. Yustina Anie, MSc., SpGK

Dr. Ir. Basuki Budiman, MSPH

Dr. Ir. Anies Irawati, SKM

Dr. Fitrah Ernawati, M.Sc

Dr. Efriwati, M.Si

Dr. Marudut, MPS

Ir. Siti Muslimatun, MSc, PhD

Dr. Elvina Karyadi, MSc, PhD, SpGK

dr. Arietta Puspongoro, SpOG(K)

dr. Drupadi HS. Dillon, PhD

Nurfi Afriansyah, SKM, MScPH

Otte Santika, SP, MSc

dr. Nasaruddin M. Sheldon, MD

dr. Yetty Mindo P. Silitonga

Dr. Sugeng Eko Irianto, MPS

Eriana Kartika Asri, S.Si., Apt., MPH

Mardewi, SKM, MPH

Airin Roshita, PhD

Rabiatun
Syamsudin, M.Pd
Erni Novalisa
Setijono
Nurgina Arsyad
Heni Rudianti, SKM, M.Kes
drg. Ery Heryati Zulkifli, MMR
dr. Fitria Maulina
dr. Guntur Argana, M.Kes
I Dewa Gde Gandi Widi Pramana, SKM
dr. Maria Sondang Margaret
dr. Stefani Christanti
Maya Raiyan, MPsi
Arif Awaludin Ashar, S.Gz
dr. Angga Januarsa Suryadi
dr. Anindita Vidya Destiani
dr. Muhammad Dwi Priangga
Intan Apriyani, S.Gz

TIM EDITOR

Muhammad Adil, SP, MPH
Ir. Titin Hartini, M.Sc
Yosnelli, SKM, MKM
Evi Firna, SKM
Marlina Rully W., S.Gz
Rian Anggraini, SKM, MKM
Arti Widiadari Y., SE, MKM
Yemima Ester, S.Sos, MKM
Lia Rahmawati S., SKM
Dewanti Alwi Rachman, SM
Nanda Indah Permatasari, S.Gz

