



Analisis Berbasis Jenis Kelamin dan Gender untuk Program Kesehatan dan Gizi Remaja di Indonesia

Hesti Retno Budi Arini, Nurulita Aida Rahmasari
Sopar Peranto, Syefira Salsabila, Farid Muttaqin

The Habibie Center



Tentang The Habibie Center

The Habibie Center didirikan oleh Bacharuddin Jusuf Habibie pada tahun 1999 sebagai organisasi independen, nonpemerintah dan nonprofit. The Habibie Center memiliki visi untuk memajukan usaha modernisasi dan demokratisasi di Indonesia yang didasarkan pada moralitas dan integritas budaya dan nilai-nilai agama. The Habibie Center memiliki misi, yakni:

Pertama, menciptakan masyarakat demokratis secara kultural dan struktural yang mengakui, menghormati dan menjunjung tinggi hak asasi manusia, serta mengkaji dan mengangkat isu-isu perkembangan demokrasi dan hak asasi manusia.

Kedua adalah memajukan dan meningkatkan pengelolaan sumber daya manusia dan usaha sosialisasi teknologi.

Laporan Penelitian

**Analisis Berbasis
Jenis Kelamin dan Gender
untuk Program Kesehatan dan Gizi
Remaja di Indonesia**

The Habibie Center

Hesti Retno Budi Arini
Nurulita Aida Rahmasari
Sopar Peranto
Syefira Salsabila
Farid Muttaqin

Agustus 2023

Daftar Isi

i	Daftar Isi
iii	Daftar Singkatan
v	Kata Pengantar
vii	Ringkasan
01	1. Latar Belakang
03	1.1. Konteks lokasi studi
03	1.1.1. Cilegon
03	1.1.2. Bogor
04	1.1.3. Bandung Barat
04	1.1.4. Kupang
05	2. Metodologi
09	3. Hasil Penelitian
09	3.1. Kebijakan dan program pemerintah
09	3.1.1. Kebijakan dan program pemerintah pusat
13	3.1.2. Pengarusutamaan gender dalam pemerintahan
15	3.1.3. Kebijakan dan program pemerintah daerah
16	3.2. Hasil penelitian dari sektor pendidikan
16	3.2.1. Program kesehatan di sekolah
20	3.2.2. Dampak dari program kesehatan di sekolah
21	3.2.3. Konsep dan norma gender dalam kegiatan belajar mengajar
22	3.3. Hasil penelitian dari sektor kesehatan
22	3.3.1. Posyandu Remaja (Posrem)

23	3.3.2.	Pengetahuan kesehatan dan akses informasi kesehatan pada remaja
26	3.3.3.	Program kesehatan masyarakat
26	3.4.	<i>Norma gender pada tingkat masyarakat</i>
26	3.4.1.	Konsep gender
27	3.4.2.	Partisipasi perempuan di tempat kerja
27	3.4.3.	Partisipasi perempuan dalam pendidikan dan kegiatan masyarakat
28	3.4.4.	Pernikahan anak
29	3.4.5.	Kenakalan remaja
30	3.4.6.	Kehamilan tidak diinginkan (KTD)
30	3.5.	<i>Norma gender dalam lingkup rumah tangga</i>
30	3.5.1.	Pengambilan keputusan
32	3.5.2.	Pembagian kerja
33	3.5.3.	Pola makan
35	3.6.	<i>Tantangan dan strategi</i>
35	3.6.1.	Tantangan dan strategi pada tingkat pemerintahan
36	3.6.2.	Tantangan dan strategi pada tingkat sekolah
37	3.6.3.	Tantangan dan strategi pada tingkat masyarakat
39	4.	Analisis dan Diskusi
39	4.1.	<i>Perspektif gender di bidang kesehatan</i>
40	4.2.	<i>Mengarusutamakan gender dalam program gizi dan kesehatan remaja</i>
44	4.3.	<i>Norma gender dalam kesehatan dan gizi remaja</i>
47	5.	Kesimpulan dan Rekomendasi
53		Daftar Pustaka
57		Lampiran

Daftar Singkatan

AKI	: Angka Kematian Ibu
ARG	: Anggaran Responsif Gender
ASI	: Air Susu Ibu
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BKR	: Bina Keluarga Remaja
BNN	: Badan Narkotika Nasional
BPS	: Badan Pusat Statistik
Cermin Sehat	: Cek Rutin Mandiri Kesehatanku
Cetar	: Cegah Tanggap Anemia
COVID-19	: Coronavirus Disease 19, atau penyakit akibat coronavirus
CTPS	: Cuci Tangan Pakai Sabun
FGD	: <i>Focus Group Discussion</i> , atau diskusi kelompok terfokus
GAD	: <i>Gender and Development</i> , atau gender dan pembangunan
GAP	: <i>Gender Analysis Pathway</i> , atau alur analisa gender
GENRE	: Generasi Berencana
Hb	: Hemoglobin
IDG	: Indeks Pemberdayaan Gender
IMT	: Indeks Masa Tubuh
IPA	: Ilmu Pengetahuan Alam
IPG	: Indeks Pembangunan Gender
K/L	: Kementerian dan Lembaga
KB	: Keluarga Berencana
KCD	: Kantor Cabang Dinas
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
KSR	: Kesehatan Seksual dan Reproduksi
KTD	: Kehamilan Tidak Diinginkan
MA(N)	: Madrasah Aliyah (Negeri)
MoU	: <i>Memorandum of Understanding</i>
MOS	: Masa Orientasi Siswa
NI	: Nutrition International
OSIS	: Organisasi Intra Sekolah
PIK-R	: Pusat Informasi dan Konseling Remaja

PKBR	: Penyiapan Kehidupan Berkeluarga bagi Remaja
PKK	: Pembinaan Kesejahteraan Keluarga
PKPR	: Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja
Posrem	: Posyandu Remaja
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
PPRG	: Perencanaan dan Penganggaran Responsif Gender
PUG	: Pengarusutamaan Gender
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
RAN-PG	: Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi
RPJMN	: Rencana Pembangunan Jangka Pendek dan Menengah Nasional
Segani	: Selasa Cegah Anemia
SD	: Sekolah Dasar
SLB	: Sekolah Luar Biasa
SMP(N)	: Sekolah Menengah Pertama (Negeri)
SMA(N)	: Sekolah Menengah Atas (Negeri)
SMK	: Sekolah Menengah Kejuruan
SUN	: Scaling Up Nutrition
THC	: The Habibie Center
TTD	: Tablet Tambah Darah
UPF	: <i>Ultra-processed Foods</i>
UKS/M	: Usaha Kesehatan Sekolah/Madrasah
UMKM	: Usaha Mikro, Kecil, dan Menengah
UNFPA	: United Nation Population Fund
UNICEF	: United Nation Children's Fund
UU	: Undang-Undang
WHO	: World Health Organization
WID	: <i>Women in Development</i> , atau perempuan dalam pembangunan



Kata Pengantar

Indonesia masih menghadapi tiga beban malnutrisi (*triple burden of malnutrition*).

Sekitar satu dari tiga anak di bawah usia lima tahun mengalami stunting, dan satu dari sepuluh anak mengalami wasting, sementara 8% lainnya kelebihan berat badan (Rah et al, 2021). Remaja Indonesia termasuk yang paling terdampak, dengan sekitar satu dari empat remaja putri mengalami anemia, sementara hampir satu dari tujuh remaja mengalami kelebihan berat badan atau obesitas (Rah et al, 2021; Kemenkes, 2018). Anemia defisiensi besi pada remaja putri merupakan salah satu defisiensi mikronutrien yang berkontribusi terhadap masalah gizi kurang seperti stunting. Selain itu, anemia pada anak dan remaja juga akan menyebabkan penurunan prestasi sekolah, hilangnya produktivitas, dan konsekuensi negatif lainnya terhadap kesehatan mereka (Nasruddin et al. 2021). Prevalensi anemia di Indonesia masih tinggi, di mana 37,1% remaja putri dan wanita usia subur mengalami anemia pada tahun 2013 dan meningkat menjadi 48,9% pada tahun 2018 (Kemenkes, 2013; Kemenkes, 2018).



Anemia menjadi lebih umum terjadi di kalangan remaja putri setelah mereka mulai menstruasi dikarenakan peningkatan kebutuhan zat besi tidak disertai dengan peningkatan asupan zat besi. Selain itu, remaja putri yang menstruasi berisiko lebih tinggi mengalami penurunan zat besi dibandingkan dengan remaja putri yang tidak menstruasi, dan menstruasi juga menjadi penyebab utama anemia pada wanita nulipara (Moschonis et al, 2013; Ofojekwu et al, 2013). Di sisi lain, konteks sosial dan faktor budaya juga dapat meningkatkan risiko anemia pada remaja putri karena berbagai adat istiadat, termasuk norma agama, pantangan makanan yang berlaku bagi perempuan, anak-anak dan remaja, serta pendidikan gizi yang buruk.

Beragam kebijakan dan program telah dilakukan oleh pemerintah untuk mendorong intervensi gizi dan penanganan anemia untuk remaja, seperti melalui Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG) 2020-2024 yang berisi serangkaian tindakan untuk meningkatkan ketersediaan, aksesibilitas, dan pemanfaatan pangan, serta memperkuat tata kelola pangan dan gizi (Badan Pembangunan Nasional, 2021). Di samping itu, pemerintah juga telah menjalankan Program Aksi Bergizi ini sesuai dengan Instruksi Presiden RI no 1 tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat hidup Sehat (Germas). Organisasi masyarakat sipil di Indonesia juga turut andil dalam mendorong intervensi gizi dan penanganan anemia untuk remaja. Salah satunya adalah Program gizi remaja Nutrition International (NI), yaitu suplementasi tablet tambah darah (TTD). Program ini merupakan salah satu intervensi yang dimaksudkan untuk mencegah anemia pada remaja dan mengatasi ketidaksetaraan gender antara remaja perempuan dan laki-laki, khususnya dalam status kesehatan dan gizi.

Di sisi lain, kebijakan dan program tersebut penting untuk mengedepankan aspek kesetaraan gender dalam setiap implementasinya. Memahami diskriminasi gender dan ketidaksetaraan dalam kesehatan dan gizi serta korelasi dinamisnya dengan faktor-faktor lain di masyarakat merupakan dasar untuk mengembangkan intervensi yang lebih komprehensif. Pendekatan interseksionalitas yang mempertimbangkan berbagai faktor, seperti status sosial ekonomi dan demografis, diperlukan untuk menangani anemia di kalangan remaja. Sementara itu, pendekatan kesetaraan gender dan hak-hak perempuan juga sangat penting dalam mengatasi masalah kesehatan dan gizi remaja sekaligus mempertimbangkan sikap dan pola pikir yang berkembang di masyarakat

Mengingat kondisi tersebut, The Habibie Center dengan dukungan Nutrition International secara mendalam telah melakukan studi untuk menilai dan menganalisis isu gender yang relevan dengan Kesehatan dan Gizi Remaja di provinsi terpilih guna mempelajari faktor-faktor kontekstual yang menghasilkan dampak berbeda pada kondisi terkait gizi remaja laki-laki dan perempuan, kesehatan, kesejahteraan, serta status sosial ekonomi saat ini dan di masa depan. Studi ini menggunakan desain kualitatif dengan teknik *purposive sampling* dan metode kajian literatur, wawancara, dan *focus group discussion*. The Habibie Center mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada seluruh pihak yang telah membantu dalam studi ini, termasuk rekan-rekan peneliti lokal, Anna Henny Talahatu, Eka Pertiwi, Putri Kurniawati, dan Vindi Krisna Chandra. Kami juga berterima kasih atas masukan dan komentar terhadap laporan studi ini yang diberikan oleh Desiani Rizki Purwaningtyas dari Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka dan tim Nutrition International.



Ringkasan

Laporan ini memaparkan hasil “Analisis Jenis Kelamin dan Gender terhadap Program Kesehatan dan Gizi Remaja di Indonesia” yang dilakukan oleh The Habibie Center (THC). Studi ini menilai dan menganalisis isu gender yang relevan dengan Kesehatan dan Gizi Remaja di provinsi terpilih guna mempelajari faktor-faktor kontekstual yang menghasilkan dampak berbeda pada kondisi terkait gizi remaja laki-laki dan perempuan, kesehatan, kesejahteraan, serta status sosial ekonomi saat ini dan di masa depan. Faktor-faktor tersebut meliputi peran gender dan status remaja dalam rumah tangga, tingkat pendapatan, kendali atas aset, partisipasi dan pengambilan keputusan, akses terhadap informasi dan layanan gizi, dan faktor kerentanan lainnya.

Studi ini juga menganalisis program gizi remaja yang sedang dilakukan oleh Nutrition International (NI) di Indonesia untuk melihat dampak dari program terkait serta mengidentifikasi peluang penguatan program responsif gender. Selain itu, penelitian ini mengkaji hambatan gender, pembelajaran penting, serta titik masuk utama yang terbukti baik dalam program kesehatan dan gizi remaja sebelumnya. Penelitian ini juga mengidentifikasi peluang potensial, risiko dan faktor pendukung serta memberikan rekomendasi terkait pengembangan strategi jangka pendek dan jangka panjang untuk mengatasi masalah kesehatan dan gizi serta mempromosikan kesetaraan gender. Penelitian ini menggunakan desain kualitatif dengan teknik *purposive sampling*. Kami mewawancarai 101 informan di seluruh lokasi studi, di mana 36 perwakilan pemerintah pusat dan daerah diwawancarai secara online dan 65 informan lainnya diwawancarai secara tatap muka. Kami juga melakukan FGD dengan 64 orang tua dan siswa dari enam belas sekolah menengah pertama dan atas (SMP dan SMA) dari empat kota/kabupaten, yaitu Kota Cilegon, Kota Bogor, Kabupaten Bandung Barat, dan Kabupaten Kupang. Secara keseluruhan, terdapat 56 laki-laki dan 109 perempuan yang terlibat dalam studi ini.

Temuan Utama

Kebijakan dan program pemerintah

- Peningkatan kesehatan dan gizi remaja telah menjadi bagian dari tujuan utama Indonesia untuk mengurangi stunting, sebagaimana tercermin dalam Rencana Pembangunan Nasional 2020-2024 dan Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi yang mencakup program dan kebijakan terkait gizi dan kesehatan reproduksi. Dibandingkan dengan rencana aksi nasional sebelumnya, Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi saat ini mulai mempertimbangkan kesetaraan gender sebagai pendekatan penting dalam perancangan serta pelaksanaan aksi pangan dan gizi. Program gizi nasional meliputi suplementasi zat besi dan asam folat mingguan (Tablet Tambah Darah atau TTD) untuk remaja putri, serta pendidikan gizi dan kesehatan yang diberikan di layanan kesehatan masyarakat dan sekolah.
- Perspektif kesetaraan gender juga terlihat dalam sistem dan struktur pemerintahan. Hal ini terlihat dari Rencana Pembangunan Daerah yang mencakup aksi yang inklusif dan tanggap gender. Sebagai contoh, kebijakan pembangunan nasional telah menyatakan bahwa pengarusutamaan gender tidak hanya berhenti pada pembuatan kebijakan yang responsif gender, tetapi memastikan bahwa perempuan diperlakukan sama di seluruh sektor pembangunan dan dilindungi dari segala bentuk kekerasan untuk meningkatkan kesejahteraan mereka melalui pemberdayaan ekonomi.
- Program terkait keluarga berencana, perlindungan anak, dan pemberdayaan perempuan di banyak daerah di Indonesia pada umumnya tergabung dalam satu badan, yang dikenal sebagai Badan Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak, Kependudukan, dan Keluarga Berencana Daerah.

Temuan dari sektor pendidikan

- Semua sekolah yang berpartisipasi dalam studi ini telah melaksanakan program atau kegiatan untuk meningkatkan kualitas kesehatan siswa. Terdapat lima program dan kegiatan utama kesehatan yang dilaksanakan di lingkungan sekolah, yaitu program minum TTD, makan (pagi/siang) bersama di sekolah, pendidikan gizi dan kesehatan, pelayanan kesehatan di sekolah melalui Unit Kesehatan Sekolah (UKS/M) dan Pusat Informasi dan Konseling Remaja atau PIK -R sebagai wadah kader remaja Keluarga Berencana (GENRE), vaksinasi/imunisasi, serta penapisan kesehatan siswa.
- Studi ini mengidentifikasi berbagai implementasi program dan kegiatan kesehatan di sekolah. Perubahan pelaksanaan program TTD pada remaja putri dalam masa adaptasi COVID, dimana konsumsi suplementasi/tablet besi yang biasanya dilakukan di rumah seminggu sekali (atau saat libur sekolah) beralih menjadi konsumsi langsung di sekolah, merupakan salah satu faktor yang berkontribusi terhadap peningkatan kepatuhan minum TTD di sekolah. Remaja perempuan yang putus sekolah tetap membutuhkan lebih banyak dukungan untuk pemantauan kepatuhan

konsumsi TTD.

- Pelibatan siswi sebagai *peer support* dalam pembagian TTD di sekolah memberikan manfaat karena dapat menciptakan kenyamanan serta mengurangi kebingungan mengingat mereka mendapatkan pengetahuan dan pemahaman dari teman sebayanya di sekolah.
- Program membawa makan/bekal sekolah sebagai bagian dari program Aksi Bergizi belum merata dilakukan di sekolah-sekolah di empat wilayah karena tantangan yang berbeda. Implementasi rekomendasi makan bersama di sekolah kemungkinan akan berhasil melalui pengawasan ketat dari kepala sekolah dan guru. Di sisi lain, beberapa sekolah yang sudah mulai menerapkan anjuran makan siang di sekolah dan penentuan pola makan sehat belum secara eksplisit mengidentifikasi manfaat program tersebut dalam peningkatan kualitas pola makan siswa. Meskipun demikian, penerapan kantin sehat di beberapa sekolah telah mendukung promosi pola makan sehat. Hal ini merupakan upaya sekolah untuk menjaga dan memastikan makanan dan jajanan yang dijual di lingkungan sekolah sehat dan bergizi. Dalam praktiknya, siswa perempuan lebih banyak berpartisipasi dalam kegiatan tersebut, sedangkan siswa laki-laki seringkali malu untuk membawa makanan dan cenderung mengomentari makanan masing-masing.

Temuan dari sektor kesehatan

- Anak laki-laki dan perempuan mungkin memiliki pola dan preferensi yang berbeda dalam mengakses informasi kesehatan. Studi ini mengungkapkan bahwa pencarian informasi dilakukan melalui beberapa saluran antara lain internet, orang tua, guru, dan petugas kesehatan masyarakat. Namun, jenis dan luasnya informasi kesehatan dapat dipengaruhi oleh norma gender dan pola komunikasi dalam keluarga.
- Pengaruh orang tua memainkan peran penting dalam pemberian informasi kesehatan kepada anak laki-laki dan perempuan. Dalam hal informasi mengenai pubertas dan kesehatan reproduksi, orang tua dan keluarga masih menjadi sumber bimbingan utama bagi remaja. Namun, remaja perempuan lebih banyak terpapar informasi kesehatan seksual dan reproduksi dari orang tuanya dibandingkan dengan remaja laki-laki.
- Program kesehatan masyarakat khusus remaja dalam penelitian ini diimplementasikan melalui upaya kolaboratif yang melibatkan ahli gizi, koordinator program remaja, dan petugas kesehatan di Puskesmas. Program tersebut juga didukung oleh kader-kader yang berperan penting dalam berhubungan dengan remaja, seperti kader Posyandu Remaja, Duta Sehat, dan PKK (Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga). Sebagian besar program kesehatan remaja dilakukan melalui kerjasama dengan sekolah. Salah satu program tersebut juga melibatkan kader remaja sebagai konselor sebaya.
- Puskesmas cenderung memiliki lebih banyak staf perempuan dibandingkan laki-laki. Beberapa program, misalnya “Duta Sehat”, telah memiliki perwakilan laki-laki dan perempuan. Komposisi kader kesehatan di sekolah bervariasi namun lebih didominasi oleh perempuan. Anak laki-laki umumnya lebih suka berbicara dengan kader laki-laki, sedangkan anak perempuan cenderung

lebih aktif dalam mencari informasi kesehatan, terlepas dari jenis kelamin kader.

Norma dan praktik gender

- Sebagian besar orang tua dan remaja dari pedesaan/kabupaten tidak pernah mendengar atau tidak memahami istilah gender dan kesetaraan gender. Terlepas dari hal ini, konsep gender tetap terlihat ketika mereka menjelaskan peran anggota keluarga, terutama tanggung jawab suami-istri. Perempuan juga dapat berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan di tingkat desa, kecamatan, atau kabupaten. Sementara itu, sebagian besar responden menyatakan bahwa anak laki-laki dan perempuan memiliki hak yang sama untuk mengenyam pendidikan tinggi dan memiliki cita-cita. Pandangan ini kemungkinan besar dipengaruhi oleh pendidikan orang tua dan remaja yang lebih baik.
- Di sisi lain, penelitian ini masih menemukan adanya remaja perempuan yang mengalami pernikahan dini dengan laki-laki yang lebih tua. Beberapa remaja perempuan bahkan menikah saat mereka masih duduk di bangku sekolah dasar. Responden juga mengungkapkan beberapa alasan di balik keputusan berhenti sekolah, seperti faktor ekonomi dan kehamilan dini.
- Studi ini menemukan bahwa kehamilan yang tidak diinginkan pada remaja putri merupakan masalah di Kabupaten Kupang. Sebagian besar kasus ditemukan pada remaja putri yang belum menikah. Dalam beberapa kasus, kehamilan yang tidak diinginkan disebabkan oleh pemerkosaan yang dilakukan oleh anggota keluarga yang tinggal bersama remaja putri dalam satu rumah.
- Keputusan terkait urusan rumah tangga sebagian besar dibuat oleh ibu. Hal ini terjadi pada sebagian besar keluarga, termasuk keluarga yang dikepalai oleh laki-laki ataupun perempuan. Dalam keluarga yang dikepalai laki-laki, ayah diposisikan sebagai pencari nafkah utama dan didukung oleh ibu sebagai pengurus keluarga. Urusan rumah tangga, termasuk pekerjaan rumah tangga, dianggap sebagai wilayah kerja perempuan, di mana perempuan lebih memiliki kewenangan.
- Pengelolaan sumber keuangan dalam keluarga cukup bervariasi. Setidaknya ada dua jenis manajemen keuangan yang muncul dalam penelitian ini. Tipe pertama adalah di mana ibu memiliki tanggung jawab penuh untuk mengelola semua sumber daya dalam keluarga. Pada tipe manajemen ini, ayah sebagai pencari nafkah utama akan memberikan seluruh pendapatan bulanan kepada ibu untuk digunakan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari maupun pengeluaran untuk kebutuhan lain yang lebih besar, seperti pendidikan, liburan, dan kesehatan. Pada tipe kedua, ayah dan ibu berbagi tanggung jawab mengelola sumber daya keuangan. Ayah biasanya menangani pengeluaran besar, seperti pendidikan dan pembelanjaan bahan makanan bulanan, sementara ibu bertanggung jawab atas pengeluaran harian yang lebih kecil, seperti pembelian makanan sehari-hari dan uang saku anak. Dalam keluarga yang dikepalai oleh perempuan, ibu akan bertanggung jawab penuh atas pendapatan, pengelolaan keuangan, dan manajemen rumah tangga. Dalam keluarga jenis ini, remaja biasanya dilibatkan dalam mengatur urusan rumah tangga, terutama remaja yang lebih tua, tanpa memandang jenis kelamin.

Rekomendasi

Untuk mendukung pengarusutamaan gender dalam program kesehatan dan gizi remaja, kami mengusulkan beberapa rekomendasi sebagai berikut.

Pemerintah pusat

- Melanjutkan upaya pengarusutamaan gender di mana Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak serta kementerian terkait lainnya dapat melanjutkan kolaborasi dan perencanaan anggaran, khususnya pada program kesehatan dan gizi remaja.
- Mempertimbangkan penyampaian pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi dan program responsif gender lainnya di sekolah. Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, dan Kementerian Agama dapat mempertimbangkan untuk memberikan pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi serta program responsif gender lainnya dalam mekanisme yang berbeda tergantung pada karakteristik sekolah. Misalnya, pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi di Sekolah Luar Biasa perlu melibatkan orang tua/pengasuh, sedangkan pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi di sekolah lain dapat disampaikan secara terpisah antara siswa perempuan dan laki-laki untuk meningkatkan partisipasi mereka, khususnya siswa laki-laki.
- Mengevaluasi kebijakan pencegahan perkawinan anak yang ada, misalnya mempertimbangkan kembali efektivitas dan dampak pemberian dispensasi nikah, serta kebijakan pencegahan lainnya. Mencegah perkawinan anak dan kehamilan dini mungkin tidak hanya bermanfaat bagi kesehatan dan ekonomi remaja, tetapi juga dapat membantu pencegahan stunting, mengingat kehamilan remaja merupakan salah satu faktor penyumbang utama stunting.



Pemerintah daerah

- Memulai kerjasama multisektoral untuk mendukung program gizi dan kesehatan remaja yang sensitif gender, misalnya pembuatan MoU antara dinas kesehatan kabupaten/kota dan dinas pendidikan kabupaten/kota dalam hal TTD, Aksi Bergizi, atau program lain yang membutuhkan kerjasama.
- Memperkenalkan upaya pengarusutamaan gender kepada masyarakat luas, misalnya sekolah, Puskesmas, dan lapisan masyarakat lainnya. Upaya ini dapat membantu mengatasi masalah ketidaksetaraan gender terkait kesehatan yang mempengaruhi kesehatan remaja dan status gizi, misalnya pernikahan anak, kehamilan dini, persepsi citra tubuh, pola makan, maupun manfaat dari praktek gaya hidup sehat.
- Dinas kesehatan kabupaten/kota perlu memperkuat koordinasi dengan Puskesmas dan sekolah tentang program kesehatan remaja, misalnya memastikan distribusi suplemen zat besi untuk mendukung program TTD, meningkatkan ketersediaan fasilitas kesehatan dalam UKS/M, mengupayakan penyediaan layanan kesehatan yang lebih baik bagi remaja putri putus sekolah dengan bantuan kader kesehatan di masyarakat, serta pelaksanaan pemantauan yang lebih baik terhadap peralatan dan fasilitas kesehatan bagi remaja baik di dalam maupun di luar sekolah.

Komunitas, misalnya Puskesmas dan sekolah

- Memastikan ketersediaan fasilitas kesehatan dan logistik yang memadai di seluruh Puskesmas dan sekolah.
- Mendirikan lebih banyak Posyandu remaja dengan lebih banyak program kesehatan dan gizi untuk remaja laki-laki dan perempuan, termasuk remaja putus sekolah.
- Mengidentifikasi konteks dan motivasi yang berbeda dalam mengakses layanan dan informasi kesehatan, misalnya, remaja laki-laki dan perempuan mungkin memiliki minat pada topik kesehatan dan gizi yang berbeda, sehingga dengan mengakomodasi perbedaan ini diharapkan dapat membantu meningkatkan penggunaan layanan kesehatan dan menarik lebih banyak remaja ke kegiatan edukasi kesehatan dan gizi.
- Membangun kapasitas kader kesehatan remaja dengan melibatkan tokoh masyarakat, Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga (PKK), dan kelompok masyarakat lain yang berfokus pada remaja.
- Meningkatkan program kesehatan sekolah, seperti pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk kesehatan terkait menstruasi, program kesehatan mental, dan rekomendasi makan bersama di sekolah, serta mempertimbangkan langkah-langkah yang diperlukan untuk meningkatkan pemerataan dalam mengakses program kesehatan dan gizi remaja.
- Meningkatkan keterlibatan orang tua dengan mensosialisasikan program dan mengkomunikasikan isu-isu terkait, misalnya mengenai pentingnya makanan bergizi dan program kesehatan lainnya di sekolah.

- Layanan kesehatan dan program gizi perlu mempertimbangkan kebutuhan spesifik dan preferensi gender dari setiap kelompok remaja. Oleh karena itu, sangat penting untuk melibatkan remaja secara aktif dalam perencanaan dan perancangan program untuk memastikan bahwa program tersebut dapat mengakomodasi kebutuhan mereka.

Orang tua/pengasuh dan remaja

- Memastikan pengawasan orang tua yang memadai (misal dalam hal penggunaan media sosial) dan keterlibatan orang tua secara umum (misal dengan mendukung remaja dalam edukasi kesehatan seksual dan reproduksi serta masalah kesehatan mental). Studi ini menyoroti pentingnya komunikasi orang tua-remaja untuk mendukung kesehatan remaja serta melindungi remaja dari isu-isu sosial dan terkait gender.
- Menerapkan konsep kesetaraan gender dalam kehidupan sehari-hari, misalnya dengan mendistribusikan pekerjaan rumah tangga secara merata antara anak laki-laki dan perempuan, serta menyediakan makanan yang cukup untuk mendukung pertumbuhan remaja tanpa memandang jenis kelamin, karena orang tua/pengasuh akan menjadi panutan remaja dalam memahami kesetaraan gender.
- Orang tua dan remaja dapat berkolaborasi untuk mempromosikan dan mempertahankan gaya hidup sehat dan gizi seimbang di rumah, sekaligus untuk memahami potensi remaja untuk mendapatkan manfaat dari praktik pola makan dan gaya hidup yang lebih sehat.
- Mengacu pada pola makan yang sehat dan seimbang dalam menyediakan makanan bagi remaja dan anggota keluarga lainnya serta mendukung konsumsi TTD bagi remaja putri untuk mencegah kekurangan zat besi.

NI dan mitra potensial

- Memprakarsai dan mengadvokasi program gizi dan kesehatan remaja yang responsif gender, misalnya program pendidikan gizi, kesehatan seksual dan reproduksi serta kesehatan mental, sekaligus memastikan kesetaraan gender dalam akses terhadap program-program tersebut.
- Memberikan dukungan teknis untuk pengarusutamaan gender dalam program gizi dan kesehatan remaja melalui bimbingan teknis, peningkatan kapasitas dan bentuk bantuan lainnya.
- Mengevaluasi program-program yang ada dan telah dikolaborasikan bersama pemerintah, misalnya pelaksanaan program rekomendasi makan bersama di sekolah di daerah miskin, mencari solusi untuk perbaikan program yang sedang berjalan, mengidentifikasi peluang untuk meningkatkan pemerataan akses terhadap program kesehatan dan gizi remaja, serta mendukung pemberdayaan remaja pada umumnya.

Latar Belakang

Indonesia menempati peringkat 92 dari 146 negara dengan indeks kesenjangan gender global sebesar 0,697 pada tahun 2022 (World Economic Forum, 2022). Meskipun sub indeks partisipasi ekonomi dan capaian pendidikan meningkat, Indonesia masih membutuhkan perbaikan di bidang kesehatan, sebagaimana ditunjukkan oleh skor subindex kesehatan dan kelangsungan hidup sebesar 0,169 (World Economic Forum, 2022). Angka kematian ibu masih tinggi dengan 177 kematian per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2022 (World Economic Forum, 2022). Di sisi lain, Indeks Pembangunan Gender (IPG) Indonesia adalah 91,63 pada tahun 2022, yang didasarkan pada harapan hidup sehat, partisipasi pendidikan, dan tingkat pendapatan (Badan Pusat Statistik, 2023). Sementara itu, Indeks Pemberdayaan Gender (IDG) tahun 2022 adalah 76,59 yang terdiri dari keterwakilan gender di parlemen, pengambilan keputusan, dan distribusi pendapatan (Badan Pusat Statistik, 2023). Namun, kasus pernikahan dini dan kekerasan gender masih ditemukan di kalangan perempuan, dan hak reproduksi dianggap belum merata (World Economic Forum, 2022).



Indonesia adalah contoh utama dari tiga beban malnutrisi (*triple burden of malnutrition*). Sekitar satu dari tiga anak di bawah usia lima tahun mengalami stunting, dan satu dari sepuluh anak mengalami wasting, sementara 8% lainnya kelebihan berat badan (Rah et al, 2021). Remaja Indonesia termasuk yang paling terdampak, dengan sekitar satu dari empat remaja putri mengalami anemia, sementara hampir satu dari tujuh remaja mengalami kelebihan berat badan atau obesitas (Rah et al, 2021; Kemenkes, 2018). Anemia defisiensi besi pada remaja putri merupakan salah satu defisiensi mikronutrien yang berkontribusi terhadap masalah gizi kurang seperti stunting, sedangkan anemia pada anak dan remaja juga akan menyebabkan penurunan prestasi sekolah, hilangnya produktivitas dan konsekuensi negatif lainnya terhadap kesehatan mereka (Nasruddin et al. 2021). Prevalensi anemia di Indonesia masih tinggi, di mana 37,1% remaja putri dan wanita usia subur mengalami anemia pada tahun 2013 dan meningkat menjadi 48,9% pada tahun 2018 (Kemenkes, 2013; Kemenkes, 2018). Program gizi remaja Nutrition International (NI), yaitu suplementasi tablet tambah

darah (TTD) merupakan salah satu intervensi yang dimaksudkan untuk mencegah anemia pada remaja dan mengatasi ketidaksetaraan gender antara remaja perempuan dan laki-laki, khususnya dalam status kesehatan dan gizi.

Anemia defisiensi besi di kalangan remaja putri merupakan masalah kesehatan masyarakat yang signifikan, namun masih kurang diperhatikan (Cooke et al, 2017). Anemia defisiensi besi dapat disebabkan oleh kurangnya asupan zat besi dan zat gizi mikro lain yang diperlukan untuk mendukung penyerapan zat besi, seperti folat dan vitamin C. Tingginya konsumsi zat anti-gizi juga dapat menghambat penyerapan zat besi, yang selanjutnya menyebabkan kadar hemoglobin rendah. Penurunan kadar zat besi dalam tubuh juga terkait dengan tingginya konsumsi makanan cepat saji yang tinggi lemak dan gula namun rendah akan zat gizi lainnya, serta rendahnya konsumsi buah-buahan, sayuran, kacang-kacangan, daging dan unggas, sedangkan kekurangan zat besi dan kelelahan umum terjadi pada wanita muda dengan perdarahan menstruasi yang berat (Moschonis et al, 2013). Anemia menjadi lebih umum di kalangan remaja putri setelah mereka mulai menstruasi dikarenakan peningkatan kebutuhan zat besi tidak disertai dengan peningkatan asupan zat besi. Selain itu, remaja putri yang menstruasi berisiko lebih tinggi mengalami penurunan zat besi dibandingkan dengan remaja putri yang tidak menstruasi, dan menstruasi juga menjadi penyebab utama anemia pada wanita nulipara (Moschonis et al, 2013; Ofojekwu et al, 2013). Citra tubuh negatif remaja putri serta keinginan untuk memiliki berat badan ideal melalui diet ekstrem dan pembatasan makan juga dapat mengakibatkan asupan makanan yang buruk

dan meningkatkan risiko anemia (Nasruddin et al, 2021). Sementara itu, rendahnya konsumsi daging, penggunaan jamban rumah tangga yang tidak ideal, serta masalah yang berkaitan dengan reseptor transferin juga dapat meningkatkan kemungkinan anemia pada remaja laki-laki (Ford et al, 2022). Konteks sosial dan faktor budaya juga dapat meningkatkan risiko anemia pada remaja putri karena berbagai adat istiadat, termasuk norma agama, pantangan makanan yang berlaku bagi perempuan, anak-anak dan remaja, serta pendidikan gizi yang buruk. Namun, belum ada penelitian yang berfokus pada praktik diskriminasi gender dalam hal konsumsi makanan di kalangan remaja Indonesia.

Memahami diskriminasi gender dan ketidaksetaraan dalam kesehatan dan gizi serta korelasi dinamisnya dengan faktor-faktor lain di masyarakat merupakan dasar untuk mengembangkan intervensi yang lebih komprehensif. Pendekatan interseksionalitas yang mempertimbangkan berbagai faktor, seperti status sosial ekonomi dan demografis, diperlukan untuk menangani anemia di kalangan remaja. Sementara itu, pendekatan kesetaraan gender dan hak-hak perempuan juga sangat penting dalam mengatasi masalah kesehatan dan gizi remaja sekaligus mempertimbangkan sikap dan pola pikir yang berkembang di masyarakat. Misalnya, pentingnya pemberian cuti atau istirahat bagi siswi yang sedang haid; pendidikan keluarga terkait dengan hak-hak anak perempuan ketika mengalami menstruasi di mana mereka perlu istirahat, akses ke manajemen nyeri dan konsumsi makanan bergizi; serta dukungan bagi remaja putri untuk berpartisipasi di sekolah atau kegiatan sosial lainnya. Oleh karena itu, analisis berbasis jenis

kelamin dan gender ini dilakukan untuk 1) menganalisis isu kesetaraan gender yang relevan dengan kesehatan dan gizi remaja di provinsi terpilih, 2) menilai program NI yang ditujukan bagi perbaikan gizi remaja di Indonesia, serta 3) mengidentifikasi tantangan dan peluang untuk mengembangkan strategi dalam promosi kesetaraan gender, pemberdayaan wanita dan anak perempuan melalui program gizi dan kesehatan NI.

1.1 Konteks lokasi studi

Indonesia merupakan negara kepulauan yang terdiri dari lebih dari 13.000 pulau dan dihuni oleh sedikitnya 250 juta jiwa. Bagian barat Indonesia, termasuk Jawa dan Sumatera, dinilai lebih maju dibandingkan pulau-pulau lain di kawasan timur. Namun, kesenjangan pembangunan antara penduduk perkotaan dan pedesaan juga terjadi di seluruh negeri. Pemerintah dibagi menjadi pemerintah pusat dan daerah yang terdiri dari pemerintah provinsi, kota, dan kabupaten. Analisis berbasis jenis kelamin dan gender ini dilakukan di dua kabupaten dan dua kota di tiga provinsi yang terletak di Pulau Jawa dan Pulau Timor, yaitu Kota Cilegon di Provinsi Banten, Kota Bogor dan Kabupaten Bandung Barat di Provinsi Jawa Barat, dan Kabupaten Kupang di Provinsi Nusa Tenggara Timur.

1.1.1. Cilegon

Cilegon adalah kota industri terbesar di Provinsi Banten yang terletak di pesisir barat laut Pulau Jawa. Kota ini memiliki populasi 434.896 berdasarkan Sensus 2020. Cilegon merupakan kawasan industri di mana PT Krakatau Steel, salah satu perusahaan utama di Indonesia memproduksi baja untuk kebutuhan industri (dalam dan luar negeri). Kota Cilegon terbagi menjadi delapan kecamatan, namun studi ini hanya difokuskan pada dua kecamatan, yaitu Cibeber dan Grogol. Cibeber merupakan bagian timur Cilegon, sebuah kawasan perkotaan dengan jumlah penduduk yang cukup padat. Sedangkan wilayah Kecamatan Grogol merupakan daratan yang menjorok ke laut dan perbukitan, dengan banyak pabrik-pabrik besar yang dapat ditemui di sepanjang jalan. Sekitar 22.000 remaja putri tinggal di Cilegon, dengan 82% dari mereka telah menerima TTD melalui sekolahnya pada tahun 2021 (Dinas Kesehatan Cilegon, 2022). Dalam hal kesetaraan gender, Cilegon memiliki IPG sebesar 87,57% dan IDG sebesar 51,30% pada tahun 2022 (BPS, 2023).

1.1.2. Bogor

Kota Bogor terletak di Provinsi Jawa Barat, dan terdiri dari 6 kecamatan, yaitu Bogor Selatan, Bogor Utara, Bogor Timur, Bogor Barat, Bogor Tengah dan Tanah Sareal, yang mencakup 68 desa. Luas wilayah Kota Bogor sekitar 11.850 hektar yang mencakup 0,27% dari luas provinsi Jawa Barat. Sebagai salah satu kawasan perkotaan, kepadatan penduduk Kota Bogor tergolong tinggi dan dihuni oleh 6.662 jiwa. Kepadatan tertinggi terdapat di Kecamatan Bogor Tengah yaitu

11.770 jiwa/km² dan terendah di Kecamatan Bogor Selatan yaitu 5.019 jiwa/km². Pada tahun 2021, Bogor memiliki sekitar 172.533 remaja. Jumlah ini setara dengan 16-17% dari total penduduk kota (BPS Kota Bogor, 2021). Data prevalensi anemia di kota ini belum tersedia namun sebuah penelitian di empat sekolah menengah di Bogor menemukan bahwa 20,9% remaja putri mengalami anemia (Permatasari, 2020).

1.1.3. Bandung Barat

Bandung Barat memiliki 16 kecamatan dengan dua diantaranya dipilih untuk kajian ini, yaitu Sindangkerta dan Saguling. Kecamatan Sindangkerta memiliki 11 desa, dengan luas wilayah 120,51 km². Di setiap desa di Kecamatan Sindangkerta terdapat Sekolah Dasar (SD) dan Sekolah Menengah Pertama (SMP). Terdapat tiga desa yang belum memiliki Sekolah Menengah Atas (SMA) yaitu Desa Mekarwangi, Desa Wangunsari dan Desa Rancasenggang, namun hanya dua desa yang memiliki Sekolah Menengah Kejuruan (SMK) yaitu Desa Mekarwangi dan Desa Cikadu. Tidak ada universitas atau rumah sakit yang tersedia di kecamatan ini. Kecamatan Saguling memiliki 6 desa dengan luas 51,46 km² dan sarana pendidikan mulai dari tingkat SD hingga SMA sebagian besar berada di Desa Saguling. Jumlah remaja di Bandung Barat sebanyak 311.565 pada tahun 2021 (BPS Kabupaten Bandung Barat, 2021), dengan sedikitnya 68% remaja putri mengalami anemia (Dinas Pendidikan Bandung Barat, 2020). IPG Bandung Barat sebesar 79,69%, sedangkan IDG sebesar 65,32% pada tahun 2022 (BPS, 2023).

1.1.4. Kupang

Kabupaten Kupang terletak di Provinsi Nusa Tenggara Timur, mengelilingi Kota Kupang, ibu kota provinsi tersebut. Kabupaten Kupang merupakan kabupaten paling selatan Indonesia dengan luas wilayah 5.431,23 km². Kabupaten ini beriklim tropis dan kering dengan curah hujan rendah, memiliki beberapa sungai aktif dan daerah pegunungan. Wilayahnya berbatasan dengan Samudra Hindia di selatan, Laut Sawu di utara, dan kabupaten Nusa Tenggara Timur lainnya serta Timor Leste di barat dan timur. Topografi Kabupaten Kupang juga menyebabkan isolasi sosial ekonomi dan fisik karena terbatasnya infrastruktur dan tingginya biaya transportasi. Kabupaten ini terbagi menjadi 24 kecamatan, dan studi ini hanya difokuskan pada kecamatan Kupang Barat dan Amarasi. Jumlah penduduk Kabupaten Kupang sekitar 370.000 jiwa, dengan sedikitnya 50% penduduk berusia ≤20 tahun. Prevalensi anemia pada anak perempuan usia 5-14 tahun adalah 26,4% dan setidaknya 18% anak perempuan usia 15-24 tahun mengalami anemia (Gasong et al, 2019). Beberapa program pendidikan kesehatan yang diberikan kepada remaja usia 15-24 tahun meliputi informasi kesehatan reproduksi, KB, dan HIV/AIDS (BPS NTT, 2022). IPG Kupang sebesar 88,27%, sedangkan IDG sebesar 64,44% pada tahun 2022 (BPS, 2023).



Metodologi

Penelitian ini menggunakan desain kualitatif dengan teknik *purposive sampling*. Pemilihan responden didasarkan pada beberapa kriteria inklusi untuk masing-masing kelompok informan kunci dalam melakukan wawancara dan *Focus Group Discussion* (FGD). Penelitian dimulai dengan serangkaian wawancara *online* (percakapan virtual) dengan kementerian dan lembaga sebagai bagian dari pemerintah pusat. Wawancara selanjutnya dilakukan dengan pemerintah daerah dari kabupaten terpilih di tiga provinsi, yaitu Cilegon di Provinsi Banten, Bogor dan Bandung Barat di Provinsi Jawa Barat, dan Kupang di Provinsi Nusa Tenggara Timur. Ketiga provinsi tersebut dipilih dengan mempertimbangkan 1) Cakupan TTD di kalangan remaja putri; 2) Masalah gizi dan kesehatan anak dan remaja, seperti stunting dan anemia; dan 3) Tersedianya dukungan NI di provinsi tersebut. Dua kecamatan (lihat Tabel 1) dipilih dari masing-masing kabupaten/kota dengan memperhitungkan 1) Cakupan TTD di kalangan remaja putri; 2) Masalah gizi dan kesehatan anak dan remaja, misalnya prevalensi anemia dan stunting; 3) Praktik baik (*best practice*) dalam intervensi gizi remaja; 4) Saran dari praktisi kesehatan setempat, dan 5) Ketersediaan dukungan NI di kecamatan tersebut.

Tabel 1. Lokasi studi

Kabupaten/Kota dan Provinsi	Kecamatan
Kota Cilegon, Provinsi Banten	Cibeber dan Grogol
Kota Bogor, Provinsi Jawa Barat	Tanah Sareal dan Bogor Selatan
Kabupaten Bandung Barat, Provinsi Jawa Barat	Sindangkerta dan Saguling
Kabupaten Kupang, Provinsi Nusa Tenggara	West Kupang dan Amarasi

Pengumpulan data lapangan terdiri dari 1) wawancara dengan petugas kesehatan di Puskesmas, tokoh dan/atau perwakilan masyarakat, guru dan/atau kepala sekolah, dan 2) FGD dengan remaja dan orang tua/pengasuhnya. Seluruh wawancara dan FGD direkam dengan persetujuan informan. FGD terpisah dengan remaja putus sekolah tidak dilakukan karena terbatasnya jumlah dan sulitnya menjangkau populasi ini. Oleh karena itu, informasi tentang remaja putus sekolah diperoleh dari informan lain, misalnya guru dan staf Puskesmas. Dua Puskesmas di tingkat kecamatan dipilih dari setiap kabupaten/kota, dan dua sekolah dipilih dari setiap kecamatan wilayah kerja Puskesmas tersebut. Dengan demikian, terdapat delapan Puskesmas dan 16 sekolah yang dipilih dalam penelitian ini. Sekolah tersebut memiliki tingkat dan karakteristik yang beragam, yaitu SMP negeri dan swasta, SMA, SMK, dan sekolah berbasis agama (madrasah dan pondok pesantren). Perwakilan pengajar dari Sekolah Luar Biasa (SLB) juga diwawancarai dalam penelitian ini. Setiap wawancara dilakukan selama 60 menit dan setiap FGD berkisar antara 60 hingga 120 menit. Rincian mengenai informan terpilih disajikan pada Tabel 2.

Tabel 2. Kriteria pemilihan informan kunci dan peserta FGD

Level/Tingkat	Kriteria
Pemerintah pusat, meliputi: 1. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional 2. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak 3. Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi 4. Kementerian Agama 5. Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi 6. Kementerian Kesehatan 7. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional	Inklusi: Pembuat kebijakan di tingkat nasional yang berkaitan dengan: • Gizi dan kesehatan • Kesetaraan gender • Pendidikan • Perlindungan anak Eksklusi: Tidak bersedia diwawancara

Pemerintah provinsi dan kabupaten/kota, meliputi: 1. Dinas Kesehatan 2. Badan Perencanaan Pembangunan Daerah 3. Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak, dan Keluarga Berencana 4. Dinas Pendidikan	Inklusi: Pembuat kebijakan di tingkat nasional yang berkaitan dengan: • Gizi dan kesehatan • Kesetaraan gender • Pendidikan • Perlindungan anak Eksklusi: Tidak bersedia diwawancara
Masyarakat, meliputi: 1. Perwakilan PKPR, staf Puskesmas 2. Guru, kepala sekolah 3. Kepala desa/camat, Perwakilan PKK, Kader Posyandu Remaja, pemimpin komunitas 4. Siswa/i dan orang tua/pengasuhnya	Inklusi: Bagian dari masyarakat yang terlibat di bidang: • Gizi dan kesehatan • Kesetaraan gender • Pendidikan • Perlindungan anak Eksklusi: Tidak bersedia diwawancara

Sebanyak 101 informan diwawancarai di seluruh lokasi studi, di mana 36 perwakilan pemerintah pusat dan daerah diwawancarai secara online dan 65 informan lainnya diwawancarai secara tatap muka. FGD dilakukan secara tatap muka dengan 64 orang tua dan siswa di seluruh lokasi studi. Informasi lengkap tentang jumlah informan dan peserta FGD disajikan pada Tabel 3. Data kualitatif yang diperoleh baik dari wawancara informan kunci maupun FGD ditranskrip (verbatim) dan dianalisis menggunakan analisis tematik. Teknik analisis ini terdiri dari tiga tahap yaitu *coding* teks, penetapan tema deskriptif dan penentuan tema analitis. Tema-tema ini membantu menemukan dan mengkategorikan informasi yang diperoleh, serta mengidentifikasi kesenjangan dan mengusulkan strategi yang diperlukan. Analisis dilanjutkan dengan menuliskan temuan secara naratif dengan mempertimbangkan model sosio-ekologi dalam kajian gender.

Tabel 3. Jumlah informan kunci dan peserta FGD

Level dan lokasi		Laki-laki	Perempuan
Pemerintah pusat		3	7
Pemerintah provinsi	Banten	-	3
	Jawa Barat	2	2
	Nusa Tenggara Timur	1	3
Pemerintah daerah	Kota Cilegon	2	2
	Kota Bogor	2	2
	Kabupaten Bandung Barat	2	2
	Kabupaten Kupang	1	3
Puskesmas	Kota Cilegon	-	4
	Kota Bogor	2	2
	Kabupaten Bandung Barat	1	3
	Kabupaten Kupang	-	4
Pemimpin komunitas dan perwakilan masyarakat	Kota Cilegon	-	4
	Kota Bogor	2	2
	Kabupaten Bandung Barat	1	3
	Kabupaten Kupang	3	1
Sekolah	Kota Cilegon	2	6
	Kota Bogor	1	7
	Kabupaten Bandung Barat	3	5
	Kabupaten Kupang	5	3
Peserta FGD – orangtua/ pengasuh	Kota Cilegon	-	8
	Kota Bogor	2	6
	Kabupaten Bandung Barat	3	5
	Kabupaten Kupang	2	6
Peserta FGD – siswa/i	Kota Cilegon	4	4
	Kota Bogor	4	4
	Kabupaten Bandung Barat	4	4
	Kabupaten Kupang	4	4
Total		56	109



Hasil Penelitian

3.1. Kebijakan dan program pemerintah

3.1.1. Kebijakan dan program pemerintah pusat

Menindaklanjuti Rencana Pembangunan Jangka Pendek dan Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024, telah disusun Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG) 2020-2024 yang berisi serangkaian tindakan untuk meningkatkan ketersediaan, aksesibilitas, dan pemanfaatan pangan, serta memperkuat tata kelola pangan dan gizi (Badan Pembangunan Nasional, 2021). Rencana aksi ini telah sejalan dengan Strategi Nasional Percepatan Pengarusutamaan Gender (lihat Subjudul 3.1.2), dan penguatan dimensi gender untuk ketahanan pangan dan gizi telah dimulai dengan melibatkan kementerian dan lembaga (Ali, 2021). Penguatan dimensi gender telah diintegrasikan ke dalam empat aksi, seperti tertera pada Tabel 4. Rencana aksi tersebut juga menyebutkan bahwa kesetaraan gender erat kaitannya dengan gizi dalam memberdayakan perempuan untuk mendapatkan haknya atas kualitas hidup yang lebih baik, mendapatkan asupan gizi dan makanan yang cukup, dan memperoleh kesempatan kerja yang lebih baik untuk mendukung pembangunan negara (Badan Pembangunan Nasional, 2021).

Tabel 4. Ringkasan rencana aksi pangan dan gizi yang menggunakan pendekatan kesetaraan gender

Aksi	Indikator	Target Bidang Pangan dan Gizi dalam RPJMN 2020-2024	K/L yang terkait
Melakukan peningkatan kapasitas PUG dan PPRG di institusi terkait pembangunan pangan dan gizi di pusat dan daerah	Tersedianya modul/pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi di Kabupaten/kota yang telah memuat aksi PUG dan PPRG	1. Prevalensi stunting (14%) dan wasting (7%) yang disajikan terpisah berdasarkan jenis kelamin 2. Skor Pola Pangan Harapan (PPH) 95,2	1. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak 2. Kementerian Keuangan 3. Kementerian Dalam Negeri 4. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
	Jumlah K/L bidang pendidikan, kesehatan, dan pembangunan keluarga yang meningkat kapasitas PUG/PPRG-nya		
Meningkatkan kapasitas organisasi perempuan dalam mendukung ketahanan pangan dan gizi keluarga	Jumlah provinsi yang memberikan penguatan kapasitas terhadap lembaga masyarakat terkait PUG dan pengarusutamaan hak anak	1. Prevalensi stunting (14%) dan wasting (7%) yang disajikan terpisah berdasarkan jenis kelamin 2. Skor Pola Pangan Harapan (PPH) 95,2	1. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak 2. Kementerian Keuangan 3. Kementerian Dalam Negeri 4. Kementerian Pertanian
Peningkatan peran perempuan dalam implementasi pembatasan konsumsi gula, garam dan lemak, peningkatan aktivitas fisik dan deteksi dini	Jumlah organisasi perempuan (kabupaten/kota) yang mendapatkan peningkatan kapasitas dalam implementasi gerakan masyarakat hidup sehat untuk mengendalikan obesitas dan penyakit tidak menular (PTM)	1. Prevalensi obesitas pada penduduk usia >18 tahun (21,8%) yang terpisah berdasarkan jenis kelamin	1. Kementerian Kesehatan 2. Kementerian Dalam Negeri 3. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan 4. Scaling Up Nutrition (SUN) Network
Mengembangkan mekanisme pengawasan sosial oleh organisasi perempuan, masyarakat dan media terhadap kebijakan ASI Eksklusif, susu formula, dan produk bayi lainnya yang berlaku	Tersedianya pedoman berisi mekanisme pengawasan sosial yang dapat dilakukan oleh organisasi perempuan, organisasi masyarakat dan media terhadap kebijakan ASI Eksklusif, susu formula, dan produk bayi lainnya yang berlaku	1. Prevalensi stunting (14%) dan wasting (7%) yang disajikan terpisah berdasarkan jenis kelamin 2. Skor Pola Pangan Harapan (PPH) 95,2	1. Kementerian Kesehatan 2. Kementerian Dalam Negeri 3. Scaling Up Nutrition (SUN) Network

RAN-PG saat ini telah mengintegrasikan konsep gender dengan mempertimbangkan titik temu antara kesehatan, gizi, gender, pendidikan, dan faktor sosial ekonomi lainnya (Badan Pembangunan Nasional, 2021). Dibandingkan dengan RAN-PG sebelumnya, rencana aksi saat ini mulai mempertimbangkan kesetaraan gender sebagai pendekatan penting dalam merancang dan melaksanakan aksi pangan dan gizi. RAN-PG terbaru ini juga telah mempertimbangkan perbedaan kebutuhan gizi lintas jenis kelamin, usia, dan faktor terkait lainnya, terutama di kalangan perempuan dan remaja putri. Potensi pengaruh peran dan tanggung jawab gender untuk mempengaruhi kebutuhan gizi juga telah dibahas dalam dokumen ini dengan mengakui bahwa ketidaksetaraan gender dapat berperan sebagai penentu malnutrisi. Ketidaksetaraan gender dapat membatasi akses perempuan dan remaja putri ke pendidikan, kesempatan kerja dan ketahanan pangan, yang dapat menyebabkan status kesehatan yang buruk. Ketidaksetaraan gender juga dapat menghambat perempuan dan remaja putri untuk berpartisipasi dan menerima manfaat intervensi gizi, yang dapat menyebabkan penurunan efektivitas dan efisiensi intervensi gizi itu sendiri.

Peningkatan kesehatan dan gizi remaja telah menjadi bagian dari ambisi Indonesia untuk mengurangi stunting, sebagaimana tercermin dalam RPJMN 2020-2024 dan RAN-PG yang mencakup program dan kebijakan di bidang gizi dan kesehatan reproduksi. Program gizi nasional meliputi suplementasi besi dan asam folat atau TTD untuk remaja putri serta pendidikan gizi dan kesehatan yang disampaikan melalui layanan kesehatan masyarakat dan sekolah. Indonesia memiliki sekolah negeri

yang berada di bawah regulasi Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, serta madrasah dan pesantren yang keduanya berada di bawah wewenang Kementerian Agama. Fakta bahwa sebagian besar waktu remaja dihabiskan di sekolah menuntut adanya kerja sama antara sektor kesehatan dan pendidikan, terutama Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, dan Kementerian Agama di tingkat nasional. Angka partisipasi sekolah remaja putri usia 13-15 tahun adalah sebesar 92,47% dan anak laki-laki sebesar 91,78%, sedangkan angka partisipasi sekolah remaja putri usia 16-18 tahun sebesar 87,85% dan anak laki-laki sebesar 83,24% (BPS, 2023). Di sisi lain, remaja putri yang putus sekolah berisiko untuk tidak memiliki akses yang sama terhadap intervensi gizi dan kesehatan. Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan juga telah memperluas programnya ke organisasi lain, seperti panti asuhan, rumah tahanan, dan posyandu, yang bertujuan untuk menjangkau lebih banyak remaja yang tidak terdaftar dalam pendidikan formal.¹

Program lain di tingkat sekolah adalah Aksi Bergizi yang dimulai pada tahun 2017 (UNICEF, 2019). Program ini terdiri dari pemberian TTD dan sarapan/makan siang bersama di sekolah, pendidikan gizi multisektor (pendidikan gizi kolaboratif antara sekolah dan Puskesmas), dan intervensi perubahan komunikasi perilaku sosial yang komprehensif untuk mempromosikan makan sehat dan peningkatan aktivitas fisik di kalangan remaja. Pelaksanaan Aksi Bergizi terintegrasi dengan Usaha Kesehatan Sekolah/Madrasah (UKS/M) yang merupakan kebijakan utama nasional yang ditujukan untuk perbaikan

1 Wawancara dengan Direktorat Gizi KIA, Kementerian Kesehatan, Januari 2023

gizi dan kesehatan di sekolah. Aksi Bergizi telah dilakukan di beberapa sekolah di 12 provinsi prioritas penurunan stunting, antara lain Jawa Barat, Banten, dan Nusa Tenggara Timur, dan program ini diharapkan dapat dilaksanakan secara nasional.

Sebagai bagian dari kebijakan pengurangan stunting, modul kesehatan seksual dan reproduksi juga disampaikan kepada remaja dan dikoordinasi oleh Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). BKKBN memiliki beberapa modul kesehatan seksual dan reproduksi dengan informasi yang berbeda untuk setiap kelompok usia remaja.² Modul Tentang Kita: Berani ditujukan bagi mereka yang berusia 10-14 tahun dan lebih banyak membahas perbedaan organ reproduksi antara individu perempuan dan laki-laki serta kesehatan reproduksi sederhana. Melalui modul ini, remaja juga didorong untuk angkat bicara ketika melihat atau mengalami pelecehan seksual. Modul Tentang Kita: Beraksi disampaikan kepada remaja usia 15-19 tahun, meliputi topik fungsi sistem reproduksi dan tanda-tanda pubertas. Modul Tentang Kita: Berkolaborasi ditujukan bagi mereka yang berusia 20-24 tahun, yang berisi informasi tentang aktivitas seksual dan keluarga berencana, di mana modul ini juga diberikan kepada remaja berusia 18 tahun yang telah menikah. Modul-modul ini telah diperkenalkan di seluruh provinsi di Indonesia, namun belum ada informan di tingkat lokal yang menyampaikan tentang penggunaan modul tersebut dalam studi ini.

2 Wawancara dengan Direktorat Bina Ketahanan Remaja, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, Januari 2023

Pendidikan kesehatan remaja juga dikelola oleh BKKBN, terutama melalui program mereka yaitu Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-R) dan Bina Keluarga Remaja (BKR). Sejumlah siswa dilatih untuk menjadi pendidik sebaya (*peer educator*) di sekolah mereka, mengingat remaja cenderung lebih terbuka kepada teman sebayanya daripada orang lain yang lebih tua. Pendidik sebaya tidak hanya menjelaskan kesehatan reproduksi tetapi juga membahas informasi gizi, seperti pemilihan makanan dan jajanan sehat. Di samping itu, kegiatan BKR dilakukan oleh beberapa kader terlatih di masyarakat yang mencakup pendidikan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana untuk rumah tangga dengan remaja di dalamnya.

Dalam hal program sensitif gender, remaja Indonesia merupakan penerima manfaat tidak langsung dari program pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak telah mengintegrasikan peningkatan kesehatan dan gizi ke dalam program-programnya, seperti Kampung Anak Sejahtera dan Sekolah Perempuan.³ Misalnya, informasi tentang stunting dan kesehatan telah diintegrasikan ke dalam salah satu dari enam modul yang disampaikan dalam program Sekolah Perempuan. Program ini telah dimulai di 25 desa dan direplikasi di 44 desa di enam provinsi, dengan sasaran perempuan dari status sosial ekonomi rendah (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2020). Baru-baru

3 Wawancara dengan Direktorat Pemenuhan Hak Anak dan Kesetaraan Gender, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Januari 2023; Wawancara dengan Direktorat Keluarga, Perempuan, Anak, Pemuda, dan Olahraga, Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Januari 2023

ini, sasaran program Sekolah Perempuan juga diperluas ke remaja putri, dengan fokus pada peningkatan kapasitas diri remaja dan pencegahan pernikahan dini (Ascholani, 2020). Sementara itu, informasi pola makan sehat dan pendidikan kesehatan reproduksi juga diberikan kepada rumah tangga yang memiliki anak dan remaja melalui program Kampung Anak Sejahtera.

3.1.2. Pengarusutamaan gender dalam pemerintahan

Pengarusutamaan gender dalam RPJMN diartikan sebagai upaya mengintegrasikan perspektif gender ke dalam setiap tahapan pembangunan, seperti pembuatan kebijakan, perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, serta pemantauan dan evaluasi (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2021). Perspektif gender dalam hal ini dapat mencakup pengalaman, kebutuhan, isu, dan aspirasi baik laki-laki maupun perempuan (Erni, 2020). RPJMN telah memasukkan beberapa indikator kesetaraan gender, yaitu IPG, IDG, Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja Perempuan, dan Prevalensi Kekerasan Terhadap Perempuan. Indikator tersebut akan memandu pemangku kepentingan dalam memastikan integrasi perspektif kesetaraan gender dalam proses pembuatan kebijakan.⁴ Pemerintah menargetkan IPG dan IDG masing-masing sebesar 91,39 dan 74,72 pada tahun 2024, yang akan dicapai melalui peningkatan kualitas hidup perempuan, kontribusi lintas sektor pembangunan, serta penguatan Pengarusutamaan Gender (PUG) dan Perencanaan dan Penganggaran Responsif

Gender (PPRG) di pemerintah pusat, daerah, dan desa (Erni, 2020).

Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak memiliki tanggung jawab untuk memimpin proses pengarusutamaan gender di tingkat nasional, sebagaimana tercermin dalam Strategi Nasional Percepatan Pengarusutamaan Gender melalui Percepatan Perencanaan dan Penganggaran yang Responsif Gender. Strategi nasional ini ditetapkan oleh empat kementerian, yaitu Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Kementerian Keuangan, Kementerian Dalam Negeri, dan Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2012). Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak juga telah memulai *Gender Analysis Pathway* (GAP) dan *budget tagging* (Anggaran Responsif Gender atau ARG) di bidang kesehatan, seperti *tagging* pada 78 dari 86 output kebijakan penurunan stunting (Erni, 2020). Proses ini telah mengidentifikasi beberapa isu gender yang relevan untuk penurunan stunting, seperti kurangnya otoritas ibu dan anak dalam mengakses layanan kesehatan dan berpartisipasi dalam program kesehatan karena harus mendapat izin dari suami atau ayah mereka, pandangan bahwa gizi ibu dan anak hanya menjadi tanggung jawab perempuan, serta pengetahuan gizi yang kurang di kalangan remaja, khususnya pentingnya gizi seimbang dan pemenuhan gizi bagi remaja putri. Selain hubungan gender-gizi, studi ini juga mengamati perspektif kesetaraan gender di kalangan pemerintah pusat pada umumnya. Sebagai contoh, kebijakan pembangunan nasional telah menyatakan bahwa pengarusutamaan gender tidak hanya berhenti

4 Wawancara dengan Direktorat Keluarga, Perempuan, Anak, Pemuda, dan Olahraga, Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Januari 2023

pada pembuatan kebijakan yang responsif gender, tetapi juga perlu memastikan bahwa perempuan diperlakukan sama di seluruh sektor pembangunan. Kebijakan pembangunan juga perlu memastikan bahwa perempuan dilindungi dari segala jenis kekerasan dalam rangka meningkatkan kesejahteraan dan pemberdayaan ekonomi mereka. Contoh lain adalah upaya untuk menurunkan angka kematian ibu (AKI) diharapkan dapat mempertimbangkan aspek gender dikarenakan kejadian AKI tidak hanya disebabkan oleh alasan medis, namun dapat juga dipengaruhi oleh kekerasan berbasis gender. Ketidakmampuan perempuan untuk mengakses layanan kesehatan tanpa izin pasangannya juga menjadi isu yang diperhatikan dalam upaya pengarusutamaan gender di bidang Kesehatan.⁵

Kementerian Agama juga menyatakan bahwa perspektif kesetaraan gender telah diperkenalkan baik di madrasah maupun pesantren. Sebagai contoh, santri putra dan putri di pesantren diberikan layanan dan tanggung jawab yang sama, mulai dari mendapatkan pendidikan kesehatan reproduksi dan gizi hingga menyelesaikan tugas sehari-hari. Sensitisasi gender juga telah dimulai di kalangan guru, termasuk hubungan kekuasaan (*power relations*) antara siswa perempuan dan laki-laki, siswa dan guru, dan pencegahan kekerasan berbasis gender. Guru juga didorong untuk menyampaikan materi pembelajaran yang sensitif gender dengan tetap menjaga moderasi beragama.⁶

Di sisi lain, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan menyatakan bahwa setiap orang berhak atas pendidikan, sehingga dirasa tidak perlu untuk menuliskan kalimat yang secara spesifik memisahkan masing-masing jenis kelamin dalam dokumen kebijakan atau kegiatan terkait pendidikan. Dengan kata lain, penggunaan istilah universal dalam kebijakan pendidikan secara tidak langsung telah membahas kesetaraan gender tanpa harus menyebutkan siswa atau siswi. Misalnya, tidak ada kebijakan yang mewajibkan sekolah untuk membagi rata jumlah siswa dan siswi di kelas atau kegiatan ekstrakurikuler. Oleh karena itu, ketika peserta kegiatan ekstrakurikuler kesehatan ternyata didominasi para siswi, alih-alih dipandang sebagai stereotip ketidaksetaraan gender, hal ini akan diasosiasikan dengan keterampilan dan minat.⁷

5 Wawancara dengan Direktorat Keluarga, Perempuan, Anak, Pemuda, dan Olahraga, Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Januari 2023

6 Wawancara dengan Direktorat Pendidikan Diniyah dan Pondok Pesantren, Kementerian Agama, Januari 2023

7 Wawancara dengan Direktorat SMA, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Januari 2023



Ketika isu kesetaraan gender itu diungkapkan. Jadi pertanyaannya begini, apakah suatu kebijakan yang sifatnya umum itu harus menyatakan bahwa terkait adanya kesetaraan gender dan sebagainya, ketika kita mengatakan kesetaraan gender bayangan saya ini bahwa itu kita sudah mengotak-ngotakkan antara pria dan wanita. Ibarat begini kalau kita tidak menyebutkan tentang kesetaraan gender dan sebagainya apakah itu dikatakan kita tidak melakukan kesetaraan gender, nah. Mohon maaf kalau biasanya rapatnya dengan kementerian lain isu-isu kesetaraan gender itu selalu diucapkan tapi kalau kita di pendidikan karena kita pendidikan adalah untuk semua kan gitu...

(F, Kemendikbud)

3.1.3. Program dan kebijakan pemerintah daerah

Studi ini mendapati kesepakatan diantara para informan bahwa TTD merupakan program gizi utama yang ditujukan untuk remaja, khususnya remaja putri. Siswi SMA diberikan TTD pada hari yang sama setiap minggunya, dan distribusinya dikelola melalui kerja sama antara Puskesmas dan sekolah. Selain TTD, program Aksi Bergizi juga meliputi edukasi gizi dan makan bersama di sekolah. Implementasi program TTD dan Aksi Bergizi akan dijelaskan pada Bagian 3.2.1.

Menindaklanjuti pengarusutamaan gender yang dimulai di tingkat nasional, Rencana Pembangunan Daerah juga mencakup aksi pembangunan yang inklusif dan responsif gender. Namun, program keluarga berencana, perlindungan anak, dan pemberdayaan perempuan di banyak daerah di Indonesia pada umumnya digabungkan dalam wewenang satu instansi, yang dikenal sebagai Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak, Kependudukan, dan Keluarga Berencana Daerah atau penggunaan nomenklatur serupa lainnya. Oleh karena itu, beberapa program di tingkat daerah mungkin memiliki tema seputar kesetaraan gender sekaligus kesehatan reproduksi. Misalnya, program konseling remaja yang diadopsi di tingkat kabupaten/kota, atau dikenal dengan Jaringan Sahabat Keluarga Berencana (Jabat Genre). Duta Genre dan kader PIK-R direkrut dengan cara memilih satu remaja perempuan dan satu remaja laki-laki dari masing-masing desa/kelurahan. Selanjutnya, para kader tersebut akan dilatih oleh Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak, Kependudukan, dan

Keluarga Berencana Daerah dengan beberapa modul, antara lain modul mengenai kesehatan seksual dan reproduksi, pencegahan pernikahan anak, dan malnutrisi.⁸

Program lain yang dilaksanakan di tingkat lokal adalah Sekolah Perempuan dan Ayah ASI. Sekolah Perempuan berisi tentang peningkatan kapasitas perempuan yang bertujuan untuk meningkatkan kemandirian ekonomi mereka, sedangkan Ayah ASI bertujuan untuk menyampaikan pentingnya peran ayah dalam mendukung istri mereka selama kehamilan hingga menyusui.⁹ Contoh lain dari program responsif gender yang menasar remaja di level daerah adalah BKR, di mana kader akan memberikan beberapa informasi kepada orang tua remaja tentang kesehatan seksual dan reproduksi, pencegahan pernikahan anak, dan cara berkomunikasi yang tepat dengan remaja.¹⁰

3.2. Hasil penelitian dari sektor pendidikan

3.2.1. Program kesehatan di sekolah

Sekolah memiliki peran penting dalam menghubungkan aspek pendidikan dan layanan kesehatan bagi para peserta didik di Indonesia. Program serta kegiatan kesehatan berbasis sekolah telah sering dilakukan. Gabhainn dan Kelleher (2000) menyebutkan bahwa pendidikan kesehatan atau promosi kesehatan berbasis sekolah kerap kali dianggap memiliki efek yang seragam pada siswa/i. Pada kenyataannya, beragam tantangan sering dihadapi saat melakukan intervensi promosi pendidikan kesehatan terkait gender yang spesifik dan komprehensif. Oleh karena itu, The Habibie Center mencoba untuk melihat berbagai program dan kegiatan kesehatan di lingkungan sekolah dari perspektif gender.

Program kesehatan yang pertama adalah pemberian Tablet Tambah Darah/TTD yang didukung penuh oleh Puskesmas. Petugas Puskesmas akan mengumpulkan informasi tentang jumlah siswa perempuan, dan mendistribusikan TTD ke sekolah-sekolah melalui usaha kesehatan sekolah (UKS/M). Guru yang bertindak sebagai koordinator UKS/M akan mendistribusikan TTD tersebut kepada siswi dengan dibantu oleh siswa/i yang dilatih sebagai kader kesehatan sekolah. Setelah itu, mereka akan melaporkan distribusi TTD secara berkala kepada guru/petugas kesehatan. Koordinator UKS/M juga akan meminta tambahan TTD dari petugas Puskesmas apabila persediaannya terbatas. Selain itu, terdapat juga Posyandu Remaja yang juga dikelola oleh Puskesmas. Namun, program ini relatif cukup baru dimulai di semua lokasi studi, sehingga kebanyakan Posyandu Remaja masih memiliki jadwal pelayanan yang bervariasi tergantung ketersediaan waktu tenaga kesehatan Puskesmas dan kader

8 Wawancara dengan Dinas Pengendalian Penduduk Keluarga Berencana, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Kabupaten Bandung Barat, Februari 2023

9 Wawancara dengan Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Provinsi Nusa Tenggara Timur, Februari 2023

10 Wawancara dengan Dinas Pengendalian Penduduk, Keluarga Berencana, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Kabupaten Kupang, Februari 2023

kesehatan remaja setempat.

Pelaksanaan pemberian TTD di sekolah bervariasi antar daerah. Misalnya, kepala SMA 1 Batakte Kupang mengatakan bahwa sekolahnya bekerja sama dengan Puskesmas dalam hal peningkatan pengetahuan guru, distribusi TTD, sistem pemantauan, dan sosialisasi.¹¹ Guru UKS SMP 1 Batakte juga mengatakan bahwa ketika ada pertanyaan dari orang tua remaja putri mengenai TTD, kepala sekolah dan guru akan berdiskusi dan meminta saran dari petugas kesehatan Puskesmas untuk menjawab pertanyaan tersebut.¹² Beberapa narasumber menjelaskan bahwa pembagian suplemen biasanya diikuti dengan penyuluhan gizi dan kesehatan.¹³ Di Kabupaten Bandung Barat, TTD biasanya dibagikan setiap hari Jumat kepada siswi, sedangkan siswa akan diberikan susu, telur, atau makanan lainnya.¹⁴ Informasi ini mungkin tidak berlaku dalam konteks umum, karena perbedaan praktik di berbagai sekolah. Penyediaan makanan yang sama untuk anak laki-laki dan perempuan sebenarnya akan lebih bermanfaat untuk membantu anak laki-laki dan perempuan dalam memenuhi kebutuhan diet mereka. Hal tersebut disebabkan anak perempuan juga akan mendapat manfaat dari pemberian makanan tersebut, di samping pemberian TTD. Di Kota Cilegon, Dinas Kesehatan menandatangani Nota Kesepahaman (MoU) dengan Dinas Pendidikan pada tahun 2018 untuk menyelenggarakan program

TTD dengan nama “Selasa Cegah Anemia” (disingkat Segani), yang berarti pencegahan anemia setiap hari Selasa. Program ini diikuti dengan pelatihan rutin bagi siswa terpilih untuk menjadi duta Segani, tanpa memandang jenis kelamin. Duta Segani bertanggung jawab untuk mendistribusikan suplementasi besi bersama dengan para guru dan bertindak sebagai pendidik sebaya terkait kesehatan di sekolah mereka.¹⁵ Program serupa juga dilakukan di Kota Bogor, di mana suplementasi zat besi didistribusikan sebagai program “Cegah Tanggap Anemia” (disingkat Cetar), melibatkan siswa sebagai duta Cetar dan diikuti dengan pemeriksaan kesehatan diri secara teratur (yaitu Cek Rutin Mandiri Kesehatanku atau Cermin Sehat) sebagai inovasi lain dari sekolah.¹⁶

Sekolah juga diberi kewenangan dalam mengatur pelaksanaan program TTD. Pertama, beberapa sekolah mengizinkan siswa laki-laki untuk mendapatkan suplementasi zat besi jika mereka memintanya dari guru atau penanggung jawab dengan alasan kesehatan. Kedua, sekolah dapat menentukan hari pemberian TTD yang tidak berdampak signifikan pada pendistribusian TTD atau kehadiran siswa di sekolah. Ketiga, beberapa sekolah memiliki cara pencatatan distribusi TTD yang berbeda. Beberapa sekolah mungkin menggunakan kotak kontrol TTD yang telah disediakan oleh Puskesmas, sedangkan sekolah lain yang belum memiliki kontrol/lembar absensi hanya akan menggunakan daftar kontrol sederhana, misal berupa pencatatan sederhana apakah siswa sudah mengonsumsi TTD. Keempat, sekolah menyarankan sebagian

11 Wawancara dengan Kepala SMAN 1 Batakte Kupang, Februari 2023

12 Wawancara dengan Guru Pembina UKS SMPN 1 Batakte Kupang, Februari 2023

13 Wawancara dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang, Februari 2023

14 Wawancara dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung Barat, Februari 2023

15 Wawancara dengan Dinas Kesehatan Kota Cilegon, Februari 2023

16 Wawancara dengan Dinas Kesehatan Kota Bogor, Februari 2023

besar siswi untuk mengkonsumsi suplemen zat besi secara bersama-sama di bawah pengawasan guru di sekolah, namun sebagian siswi yang sekolahnya tidak memiliki kebijakan tersebut lebih memilih untuk membawa tablet tersebut ke rumah, terlepas dari apakah mereka mengkonsumsinya atau tidak dengan mengingat efek samping yang mungkin timbul. Sebagian orang tua telah melihat manfaat positif TTD bagi anak perempuannya, namun sebagian masih menganggapnya sebagai obat dan beranggapan bahwa suplemen ini hanya perlu diminum pada saat sakit, sedangkan sebagian lagi tidak mengetahui sama sekali tentang TTD. Oleh karena itu, pengawasan konsumsi TTD di rumah dapat dikatakan masih kurang memadai karena masih rendahnya kesadaran akan beberapa risiko dan akibat anemia bagi remaja putri serta manfaat pencegahan yang didapat dari konsumsi TTD.

Program kedua adalah program rekomendasi makan siang atau sarapan bersama di sekolah di seluruh Jawa Barat, Banten, dan Nusa Tenggara Timur, di mana siswa didorong untuk membawa bekal dari rumah berdasarkan rekomendasi gizi seimbang dari Kementerian Kesehatan. Program ini adalah implementasi Aksi Bergizi yang dicanangkan oleh Kementerian Kesehatan. Program Aksi Bergizi ini sendiri juga mencakup implementasi pemberian TTD dan peningkatan aktivitas fisik, seperti olahraga/senam. Program ini terkait dengan edukasi gizi yang biasanya bekerja sama dengan ahli gizi dari Puskesmas, dan materi edukasi yang diberikan mengacu pada pedoman gizi seimbang, seperti topik bagaimana memilih dan menyiapkan makanan yang sehat namun terjangkau.¹⁷ Informasi

17 Wawancara dengan Dinas Kesehatan Kota Bogor, Februari 2023

tentang pilihan makanan sehat ini kemudian diterapkan selama program makan di sekolah, dan TTD biasanya juga diberikan pada hari yang sama. Pelaksanaan program rekomendasi makan bersama di sekolah dapat dilakukan mingguan atau bulanan, tergantung kebijakan sekolah. Beberapa sekolah juga dapat menjalankan kantin sekolah sehat dengan mendorong konsumsi jajanan sehat dan membatasi makanan rendah zat gizi (*discretionary foods*) sebagai bagian dari Aksi Bergizi.¹⁸ Berbeda dengan pemberian TTD, pelaksanaan kegiatan makan bersama ini ditujukan untuk seluruh siswa perempuan dan laki-laki. Namun studi ini menemukan bahwa tidak semua sekolah telah menjalankan program rekomendasi makan bersama tersebut. Sebagai contoh adalah sekolah-sekolah di Kabupaten Kupang yang belum menjalankannya dikarenakan beberapa kendala, seperti keterbatasan dana dan kemauan siswa/i untuk membawa makan ke sekolah.

Kepala SMPN 5 Cilegon mengatakan bahwa makan bersama dengan mengacu pada pedoman gizi seimbang merupakan salah satu program prioritas sekolah.¹⁹ Kegiatan ini bahkan telah dilakukan sebelum pemerintah menggalakan program Aksi Bergizi di sekolah. Menurutnya, makan bersama yang dilakukan setidaknya tiap seminggu sekali ini dapat membantu melatih anak dan orangtua untuk menyiapkan dan mengonsumsi makanan bergizi. Dalam pelaksanaan makan bersama tersebut, Kepala Sekolah dan para guru melakukan pemantauan bekal makanan yang dibawa seluruh siswa/i di pintugerbang masuk sekolah tersebut. Tidak jauh

18 Wawancara dengan Dinas Pendidikan Kota Bogor, Februari 2023

19 Wawancara dengan Kepala SMPN 5 Cilegon, Februari 2023

berbeda dengan SMPN 5 Cilegon, perwakilan Kepala SMPN 10 Kota Bogor mengatakan bahwa mereka menjalankan program dan kegiatan makan bersama sesuai dengan arahan Dinas Pendidikan setempat.²⁰ Namun demikian, pihak sekolah membebaskan orang tua terkait menu makanan yang dibawa. Alhasil, banyak dari orang tua yang masih memberikan makanan yang kurang bergizi sebagai bekal anak mereka, seperti mie instan. Sementara itu, Kepala SMA 1 Sindangkerta Kabupaten Bandung Barat menyebutkan bahwa program rekomendasi makan siang sekolah biasanya dilakukan pada momen tertentu, seperti Hari Gizi Nasional, meskipun Aksi Bergizi belum secara rutin dijalankan di wilayah mereka.²¹

Program ketiga adalah pendidikan dan pelayanan kesehatan di sekolah melalui UKS/M yang mencakup upaya penerapan Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), pembinaan kantin sekolah dengan menyediakan menu sehat, dan pelayanan kesehatan siswa/i sehari-hari selama berada di lingkungan sekolah. Peran UKS/M menjadi sangat sentral dalam peningkatan kualitas kesehatan sekolah. Seperti pada kegiatan kantin sekolah sehat, guru dan kader UKS/M bersama-sama dengan pihak Puskesmas dan pedagang kantin rutin melakukan pengecekan menu dan jenis jajanan. Perwakilan Kepala Sekolah SMA IT RJ Cilegon mengatakan bahwa kantin sehat menjadi bagian penting dari kegiatan sekolah.²² Hal ini dikarenakan pihak sekolah mendorong gaya hidup sehat bagi siswa/i melalui penyediaan jajanan sehat di sekolah. Di samping itu, di

beberapa sekolah telah memiliki ruang UKS/M yang dilengkapi obat-obatan umum, seperti paracetamol, yang dapat diberikan sebagai pertolongan pertama bagi siswa/i. Pihak UKS/M juga telah berkoordinasi dengan Puskesmas atau pusat layanan kesehatan lainnya untuk dapat merujuk ketika ada siswa/i yang sakit dan membutuhkan penanganan medis segera. Di beberapa sekolah, ruang UKS/M telah dipisahkan sesuai dengan jenis kelamin, yakni laki-laki dan perempuan.

Keempat, Pusat Informasi dan Penyuluhan Remaja atau disingkat PIK-R adalah wadah kegiatan program Generasi Berencana (GENRE) yang dikelola dari, oleh dan untuk remaja. PIK-R merupakan bagian dari program Penyiapan Kehidupan Berkeluarga bagi Remaja (PKBR) yang bertujuan untuk memberikan layanan informasi dan konseling mengenai kesehatan reproduksi, keluarga berencana, dan kegiatan penunjang lainnya bagi remaja di sekolah. Program ini diinisiasi oleh Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak di setiap wilayah, meskipun PIK-R belum berjalan di Kabupaten Kupang. Guru SMPN 5 Cilegon menyebutkan bahwa PIK-R dapat menjadi tutor sebaya ketika para siswa/i mengalami persoalan baik di dalam maupun luar sekolah, seperti *bullying*.²³ Beberapa layanan kesehatan mental juga dilakukan di sekolah, seperti konseling kesehatan mental oleh guru bimbingan konseling, konseling teman sebaya, dan perlindungan siswa dari perundungan. Salah satu remaja yang tergabung dalam tim sekolah ramah anak menyatakan bahwa ada juga edukasi tentang penggunaan bahasa yang santun untuk mencegah perundungan verbal.

20 Wawancara dengan Kepala SMPN 10 Bogor, Februari 2023

21 Wawancara dengan Kepala SMAN 1 Sindangkerta, Februari 2023

22 Wawancara dengan Wakil Kepala SMA IT RJ Cilegon, Maret 2023

23 Wawancara dengan Guru SMPN 5 Cilegon, Februari 2023

Program kelima adalah pemberian vaksin/imunisasi dan skrining kesehatan. Guru MA Cikande mengatakan bahwa mereka rutin melakukan skrining kesehatan yang difasilitasi oleh pihak Puskesmas.²⁴ Pengecekan rutin tersebut terdiri pemeriksaan tinggi dan berat badan, tekanan darah dan hemoglobin (Hb), yang rutin dilakukan di awal tahun ajaran sekolah. Selain itu, guru tersebut juga mengatakan bahwa terdapat pemberian vaksin/imunisasi kepada siswa/i yang diinisiasi oleh pihak Puskesmas setempat.

3.2.2. Dampak dari program kesehatan di sekolah

Hasil temuan studi tim The Habibie Center menunjukkan adanya pengaruh dari serangkaian program dan kegiatan kesehatan di sekolah. Terkait pemberian TTD, perubahan strategi dari minum di rumah (dikarenakan masa Pandemi COVID-19) menjadi minum langsung di sekolah berpengaruh pada peningkatan kepatuhan minum TTD para remaja putri. Guru SMAN 1 Sindangkerta mengatakan bahwa pengawasan oleh guru mendorong para siswa untuk mau minum TTD tersebut.²⁵ Pemberian TTD juga melibatkan siswi atau teman sebaya di sekolah tersebut. Mereka menjadi duta atau kader pemberian TTD di sekolah dengan atribut tertentu, seperti jaket atau rompi. Dengan adanya duta atau kader tersebut, para siswi lebih merasa nyaman dan tidak bingung karena mereka mendapatkan pengetahuan dan pemahaman langsung dari teman sebayanya di sekolah. Lebih lanjut dikatakan oleh guru SMPN 5 Cilegon, siswi yang rutin mengonsumsi

tablet besi terlihat lebih segar dan lebih fokus dalam kegiatan belajar mengajar.²⁶ Namun masih ada indikasi mengenai adanya kontradiksi seputar pencegahan anemia, salah satunya adalah kerancuan dengan skrining Hb. Program TTD ditujukan untuk mengurangi dan mencegah anemia, namun skrining Hb sebelum dan sesudah distribusi TTD belum menjadi komponen wajib dari program TTD itu sendiri. Kepala SMAN 1 Batakte mengatakan, banyak siswinya yang masih dinyatakan anemia, dan hal ini kemungkinan dipengaruhi oleh faktor keluarga dan lingkungan, seperti pola makan dan perilaku remaja putri.²⁷

Di sisi lain, dampak implementasi program rekomendasi makan bersama memang masih menjadi tantangan. Hasil temuan studi ini menunjukkan bahwa pelaksanaan program belum merata di sekolah-sekolah di empat wilayah studi. Implementasi makan bersama dapat berdampak positif pada kepatuhan anak dan orang tua untuk menyiapkan dan membawa bekal di sekolah yang dipengaruhi oleh pengawasan yang ketat dari pihak sekolah, seperti yang dilakukan di SMPN 5 Cilegon. Namun beberapa sekolah yang sudah mulai menerapkan makan bersama masih belum tegas untuk menentukan menu makanan yang bergizi. Akibatnya, belum terlihat dampak kegiatan tersebut terhadap peningkatan kualitas gizi siswa/i di sekolah. Hal menarik lain adalah implementasi kantin sehat di beberapa sekolah mulai menunjukkan capaian yang baik sebagaimana terlihat dari upaya sekolah untuk menjaga dan memastikan bahwa makanan di

24 Wawancara dengan Guru MA Cikande, Maret 2023

25 Wawancara dengan Guru SMAN 1 Sindangkerta, Maret 2023

26 Wawancara dengan Guru SMP N 5 Cilegon, Februari 2023

27 Wawancara dengan Kepala SMAN 1 Batakte Kupang, Februari 2023

sekolah merupakan makanan sehat yang tidak mengandung bahan berbahaya bagi siswa.

Terkait dengan pelayanan kesehatan di sekolah oleh pihak UKS/M, hasil temuan studi ini menunjukkan bahwa pola kerja sudah berjalan, seperti adanya jadwal piket, pengembangan program UKS/M, prosedur pelayanan dan tata tertib, serta standar operasional pelaksanaan pelayanan kesehatan di UKS/M. Hal ini berdampak pada akses dan layanan Kesehatan bagi para siswa/i lebih terjamin dan lebih sistematis. Terlebih dengan adanya beragam kerja sama dengan pihak terkait, seperti Puskesmas, sangat memudahkan siswa/i dan pihak sekolah untuk mendapatkan informasi dan pengetahuan tentang Kesehatan, sekaligus membantu pihak sekolah apabila ada siswa yang sakit dan membutuhkan pertolongan darurat.

3.2.3. Konsep dan norma gender dalam kegiatan belajar mengajar

Konsep dan norma gender telah memberikan pengaruh pada akses remaja terhadap pendidikan dan pengalaman belajar mereka. Sebagai contoh, aturan di beberapa sekolah bahwa siswi harus mengumpulkan tugasnya pada siswa dapat memunculkan stereotip bahwa anak perempuan kurang mampu secara akademis. Sementara itu, ekspektasi bahwa peran mengurus rumah tangga lebih penting daripada karir dan masa depan siswi berpotensi membuat guru memprioritaskan siswa di kelas mereka. Menurut Barker et al. (2012), terdapat potensi mengenai dampak negatif dari norma gender pada anak laki-laki dalam dunia pendidikan, walaupun sebagian besar literatur yang tersedia saat ini masih berfokus pada

dampak pendidikan pada anak perempuan.

Hasil temuan studi ini menunjukkan bahwa terdapat norma gender yang masih dilakukan di lingkungan sekolah. Guru SMPN 3 Cilegon menyebutkan bahwa mereka masih berpandangan bahwa siswa biasanya lebih aktif secara motorik sehingga mereka lebih menyukai mata pelajaran olah raga.²⁸ Sedangkan para siswi seringkali diasosiasikan sebagai anak yang lebih cerdas dan tekun dalam kelas, terutama dalam mata pelajaran seperti Ilmu Pengetahuan Alam (IPA) dan Matematika. Selain itu, masih banyak ditemukan pandangan bahwa siswa cenderung lebih malas dan acuh terhadap lingkungan sekolah, bahkan cenderung lebih nakal jika dibandingkan dengan para siswi. Kondisi ini menunjukkan masih adanya potensi sekat atau diferensiasi gender di kalangan siswa/i di lingkungan sekolah.

Norma gender yang berkaitan dengan isu Kesehatan juga terbentuk di lingkungan sekolah. Guru UKS SMA 1 Batakte mengatakan bahwa siswi cenderung lemah dan lebih sering pingsan atau sakit.²⁹ Sedangkan para siswa cenderung lebih kuat dan seringkali menjadi penolong siswi ketika mereka sakit atau merasa lemas. Dalam kegiatan makan bersama, para siswa juga cenderung lebih malas dalam membawa bekal dibandingkan para siswi, sehingga para guru khawatir mengenai risiko kekurangan gizi yang dapat dialami siswa di kemudian hari.

28 Wawancara dengan Guru SMPN 3 Cilegon, Maret 2023

29 Wawancara dengan Guru Pembina UKS SMAN 1 Batakte Kupang, Februari 2023

Studi ini juga mendapatkan bahwa terlepas dari norma gender dan *labelling* yang masih berjalan, hal tersebut tidak berlaku pada pemilihan pemimpin di kelas dan kegiatan-kegiatan di sekolah. Seperti pada Organisasi Siswa Intra Sekolah (OSIS), pemilihan ketua dilakukan secara demokratis melalui suara terbanyak sesuai dengan kapasitas dan kemampuan calon, tidak berdasarkan jenis kelamin tertentu. Kepala SMPN 5 Cilegon mengatakan, fenomena ini tidak lepas dari peran sekolah dalam memberikan ruang yang sama bagi siswa dan siswi untuk berpartisipasi dalam kegiatan intra dan ekstra sekolah.³⁰ Selain itu, paparan media sosial juga mendorong para siswi untuk aktif mengikuti kegiatan sekolah. Seperti yang dikatakan guru SMP 5 Cilegon, remaja putri sangat antusias menonton video mengenai TTD di Youtube, dan video tersebut mendorong mereka untuk lebih aktif terlibat dalam program TTD di sekolah.³¹

3.3. Hasil penelitian dari sektor kesehatan

3.3.1. Posyandu remaja (Posrem)

Posyandu remaja bertujuan untuk meningkatkan partisipasi, kesehatan, dan menciptakan lingkungan yang mendukung kesejahteraan menyeluruh bagi remaja. Posyandu remaja, seperti yang didirikan di daerah-daerah seperti Bogor, Cilegon, dan Kupang, menjadi wadah penting untuk menjangkau remaja yang kurang terlayani, menyediakan pemeriksaan kesehatan, konseling, dan rujukan, serta menangani masalah-masalah khusus seperti kesehatan reproduksi dan pernikahan anak. Namun, Posyandu Remaja di Bandung Barat masih dalam proses pendirian dan belum berjalan secara berkelanjutan.

Hingga saat ini, belum ada data tertulis mengenai jumlah partisipasi remaja laki-laki dan perempuan di Posyandu, dan setiap wilayah menghadapi tantangan yang berbeda dalam meningkatkan partisipasi remaja. Sebagai contoh, terdapat kecenderungan bahwa remaja laki-laki di Bogor lebih aktif terlibat sebagai kader dan peserta. Sementara itu, di Kupang, beberapa posyandu remaja terintegrasi dengan sekolah dan gereja, sehingga lebih banyak remaja perempuan yang terlibat. Di Cilegon, Posyandu Remaja baru saja terlaksana, dan saat ini hanya satu yang telah didirikan, sehingga cakupannya masih berfokus pada remaja laki-laki dan perempuan di lingkungan sekolah dan belum mencakup remaja di luar sekolah. Beberapa inovasi telah dicoba untuk meningkatkan partisipasi remaja untuk datang ke Posyandu Remaja seperti permainan dan *podcast*. Para tenaga kesehatan dan kader juga menggunakan bahasa santai dan pendekatan yang menarik dalam program kesehatan reproduksi bagi remaja. Inovasi lainnya adalah melibatkan kader pos pelayanan kesehatan terpadu dengan program-program lain untuk meningkatkan partisipasi masyarakat, termasuk memberikan *reward* bagi remaja yang telah hadir. Pelaksanaan program biasanya dilakukan setelah jam sekolah atau pada hari Sabtu, namun jadwalnya biasanya dibahas bersama antara kader Posrem dan remaja peserta Posrem,

30 Wawancara dengan Kepala SMPN 5 Cilegon, Februari 2023

31 Wawancara dengan Guru SMPN 5 Cilegon, Februari 2023

sementara Puskesmas biasanya menyesuaikan jadwal yang telah disepakati.

3.3.2. Pengetahuan kesehatan dan akses informasi kesehatan pada remaja

Remaja putri dan putra umumnya memiliki pemahaman kesehatan dan gizi yang berbeda. Beberapa remaja putri dan putra telah memahami informasi dasar seperti definisi anemia, di mana mereka merujuk pada status hemoglobin dalam kekurangan sel darah merah, penyebab anemia (misalnya pola makan yang buruk dan menstruasi pada perempuan), serta pencegahan anemia (misalnya konsumsi TTD dan asupan makanan bergizi). Beberapa juga bisa menyebutkan tanda dan gejala anemia, yang secara umum dikenal sebagai 5L (Lelah, Letih, Lemah, Lesu, Lunglai). Beberapa siswa/i juga mampu menjelaskan manfaat jangka panjang dari suplementasi zat besi (TTD) pada kesehatan reproduksi dan pencegahan stunting. Namun, beberapa remaja belum mengetahui pentingnya mengkonsumsi tablet tersebut dan mengapa TTD hanya khusus ditujukan pada remaja putri. Oleh karena itu, beberapa remaja putra bertanya-tanya mengapa mereka tidak diberikan tablet tersebut. Dalam hal citra tubuh, baik remaja putri dan putra mendefinisikan tubuh ideal sebagai tubuh yang memiliki berat dan tinggi badan proporsional berdasarkan IMT. Namun, hanya sedikit peserta yang memahami konsep gizi seimbang, dan masih lebih familiar dengan konsep lama 4 sehat 5 sempurna (konsep diet sehat dan sempurna yang mencakup makanan pokok, protein hewani dan nabati, sayuran, buah, dan susu).

Remaja putra dan putri mungkin memiliki pola dan preferensi yang berbeda dalam mengakses informasi kesehatan. Studi ini menunjukkan bahwa pencarian informasi telah dilakukan para remaja melalui beberapa saluran termasuk internet, media sosial, orang tua, guru, organisasi kesehatan remaja, teman, dan sosialisasi yang dilakukan oleh Puskesmas atau organisasi non-pemerintah. Baik remaja putri maupun putra cenderung menggunakan platform media sosial untuk mencari informasi kesehatan, tetapi remaja putri lebih sadar dan aktif dalam mencari masalah yang berkaitan dengan kesehatan dibandingkan dengan remaja putra. Mereka lebih sering mencari informasi tentang penyakit, obat-obatan, *update* terkait COVID-19, dan gaya hidup sehat. Remaja putri memiliki kesadaran yang lebih besar tentang kesehatan mereka dan minat yang lebih besar untuk mendapatkan pengetahuan yang lebih mendalam tentang berbagai aspek kesehatan. Melalui media sosial, mereka dapat menemukan konten terkait dengan diagnosis, gejala, pengobatan, dan pencegahan penyakit. Remaja putri juga dapat mencari informasi tentang gaya hidup sehat, seperti gizi, kebugaran, manajemen stres, dan perawatan diri. Dengan keterlibatan aktif mereka dalam mencari informasi kesehatan, remaja putri berpotensi mendapatkan pemahaman yang lebih baik tentang kesehatan mereka sendiri dan menerapkan perilaku yang mendukung kesehatan secara keseluruhan.

Remaja putri dan putra juga mencari informasi kesehatan dari teman sebaya mereka, dan remaja putri cenderung lebih aktif dalam mendiskusikan masalah kesehatan dengan teman sebaya mereka. Di sisi lain, remaja putra lebih sering mendapatkan informasi dari teman

sebayanya mereka melalui kegiatan di luar rumah, seperti klub olahraga atau gym. Mereka juga sering belajar tentang informasi dasar terkait perubahan fisik dari teman sebayanya mereka atau melalui program seperti Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-R).

“Remaja putra sering menerima informasi kesehatan dari teman-teman mereka atau kegiatan di luar rumah... informasi dasar tentang perubahan fisik, seperti tumbuhnya rambut wajah, dari orang tua mereka, tetapi mereka mendapatkan pengetahuan yang lebih mendalam dari sumber seperti Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-R)... belajar tentang topik-topik yang berhubungan dengan kesehatan dari teman-temannya di gym”
(T, Remaja putra di Cilegon).

Pengaruh orang tua juga memainkan peran penting dalam menyediakan informasi kesehatan untuk remaja putra dan putri. Namun, jenis dan seberapa besar informasi kesehatan yang dibagikan mungkin dipengaruhi oleh norma gender dan pola komunikasi dalam keluarga. Dalam hal informasi tentang pubertas dan kesehatan reproduksi, orang tua dan keluarga masih menjadi sumber panduan utama bagi remaja, selain teman. Namun, data dari wawancara menunjukkan bahwa remaja putri lebih banyak mendapatkan informasi terkait pubertas dan kesehatan reproduksi dari orang tua mereka dibandingkan dengan remaja putra. Terdapat juga persepsi bahwa remaja putri lebih sensitif terhadap isu kesehatan reproduksi dibandingkan remaja putra sehingga aspek higiene menjadi prioritas.

“Ibu saya berbicara lebih banyak ke kakak perempuan saya. Dia harus menjaga kebersihan dan mandi secara rutin karena perempuan lebih sensitif terutama sudah masuk masa pubertas.

Jadi, ibu saya cenderung saya cenderung belajar tentang itu sendiri”

(I, Remaja Putra di Kupang)

Beberapa remaja putri juga mendapatkan pengetahuan dari saudara atau teman yang lebih tua melalui percakapan sehari-hari. Remaja putri juga cenderung lebih terbuka kepada orang tua mereka, terutama ibu, ketika mereka mengalami siklus menstruasi pertama mereka. Sementara itu, kecanggungan sering terjadi dalam pembahasan pubertas antara orang tua dan anak laki-laki mereka. Remaja putra sebagian besar enggan berbicara tentang pengalaman mimpi basah pertama mereka kepada orang tua dan cenderung membahasnya dengan saudara yang lebih tua atau teman mereka. Hal ini menunjukkan peran orang tua, khususnya kerabat perempuan, sebagai sumber informasi kesehatan yang berharga bagi remaja putri, dengan menekankan pentingnya praktik kebersihan. Selain itu, remaja juga melaporkan bahwa sekolah menyampaikan pendidikan kesehatan reproduksi melalui beberapa mata pelajaran, seperti biologi dan program konseling. Informasi tersebut mencakup pubertas, pendidikan seks, dan kebersihan, yang disampaikan kepada siswa perempuan dan laki-laki di kelas yang sama. Tidak ada mata pelajaran khusus untuk pendidikan gender di sekolah, sehingga pengetahuan terkait gender umumnya disampaikan melalui mata pelajaran lain, seperti biologi. Kegiatan Keputrian juga disediakan untuk siswa perempuan selama sholat Jumat dan dipimpin oleh guru perempuan. Studi ini

juga mendapati bahwa fasilitas dan tindakan khusus sudah disediakan di sekolah untuk penanganan menstruasi sebagai salah satu tanda pubertas pada remaja putri, seperti penyediaan pembalut menstruasi dan izin untuk tidak mengikuti kelas atau pulang lebih awal jika diperlukan. Remaja putri juga diperlakukan berbeda di rumah selama menstruasi dengan tidak diizinkan melakukan pekerjaan rumah dan kebutuhan mereka akan dipenuhi oleh anggota keluarga lain. Seorang remaja perempuan dengan disabilitas yang berpartisipasi dalam penelitian ini juga diizinkan untuk tidak datang ke sekolah selama masa menstruasinya untuk menghindari tantrum ekstrim akibat perubahan suasana hati (*mood swings*).

Sementara itu, komunikasi dan perlakuan serupa jarang ditemukan pada remaja putra karena mereka cenderung tidak mengomunikasikan fase pubertas mereka kepada orang tua dan sebaliknya. Pendidikan kesehatan berbasis sekolah sebenarnya memberikan kesempatan yang sama bagi remaja putra dan putri untuk menerima pendidikan kesehatan melalui UKS/M dan kampanye kesadaran kesehatan yang dilakukan di sekolah. Namun, juga sangat penting untuk memastikan bahwa konten yang disampaikan menangani masalah kesehatan spesifik dan tantangan yang dihadapi oleh masing-masing gender. Remaja putri mungkin mendapatkan manfaat dari pembahasan isu seperti kesehatan menstruasi, kesehatan reproduksi, dan citra tubuh, sementara remaja putra dapat diberikan informasi tentang penyalahgunaan zat narkotika, pencegahan kekerasan, dan kesehatan mental. Sekolah juga bisa mengundang pembicara yang relevan, seperti bekerja sama dengan Badan Narkotika Nasional (BNN), untuk menyelenggarakan kampanye kesadaran kesehatan pada topik tertentu.

Akses terhadap informasi melalui berbagai sumber media kini semakin umum di kalangan remaja. Namun, akses yang mudah ke informasi ini juga dapat menimbulkan risiko. Informasi yang mereka temui dapat memuat konten pornografi, yang mudah diakses dan dapat mendorong ekspektasi hubungan dan dinamika gender yang tidak sehat. Ada juga risiko informasi tidak akurat dari media sosial yang dapat memicu perilaku kesehatan yang kurang tepat di kalangan remaja. Oleh karena itu, penting bagi orang tua dan penyedia layanan kesehatan untuk memberikan informasi yang akurat untuk membantu remaja dalam membuat keputusan berdasarkan informasi tentang kesehatan mereka. Remaja cukup proaktif dalam mengklarifikasi temuan mereka dengan orang tua, guru, atau penyedia layanan kesehatan saat mereka semakin sadar akan potensi risiko informasi tidak akurat dari internet. Beberapa remaja juga telah mencari bimbingan dari ahli gizi di pusat kesehatan untuk membuat keputusan tentang pilihan makan mereka. Ahli gizi dan profesional kesehatan lainnya yang mereka rujuk dapat mengklarifikasi ketidakakuratan dengan memberikan informasi yang dapat dipercaya dan mendistribusikan selebaran kepada remaja sebagai bagian dari promosi gizi mereka.

“Pernah satu kali, saya dapat pertanyaan dari remaja yang datang ke posyandu remaja: “boleh nggak sih makan makanan ini (dengan menunjukkan jenis makanan tertentu)?”, jadi saya secara langsung memberi klarifikasi (tentang makanan yang sehat)”

(J, Ahli Gizi Puskesmas Saguling)

3.3.3. Program kesehatan masyarakat

Komunitas dalam penelitian ini merujuk pada upaya kolaboratif yang melibatkan ahli gizi, koordinator program remaja, dan pekerja kesehatan masyarakat di Puskesmas. Program-program kesehatan masyarakat juga mungkin didukung oleh kader-kader yang berperan penting dan berkaitan dengan remaja, seperti kader Posyandu Remaja Terpadu, anggota Karang Taruna, Duta Saka atau Duta Sehat di Bogor, Duta Genre, PKK (Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga), dan kader Motivator Ketahanan Keluarga. Kolaborasi ini juga diperluas ke sekolah, di mana sebagian besar program kesehatan remaja dilakukan dan kader remaja juga diperkenalkan sebagai konselor sebaya. Sub topik ini mengeksplorasi temuan yang berkaitan dengan keterlibatan komunitas dan kontribusinya terhadap kesehatan dan kesejahteraan remaja.

Beberapa inisiatif kesehatan remaja telah dilakukan di beberapa daerah, seperti di Puskesmas Cilegon dan Bogor, di mana program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) berfokus pada penanganan kesehatan remaja sebagai akar penyebab stunting. Selain itu, kader motivator keluarga di Bandung Barat memberikan pendidikan kesehatan dan konseling kepada remaja. Di Bogor, organisasi masyarakat dibentuk sebagai agen perubahan untuk mendukung kesehatan remaja (Duta Saka dan Duta Sehat). Sementara itu, para pendeta memainkan peran penting dalam mendukung penyediaan layanan kesehatan untuk remaja yang terintegrasi ke dalam kurikulum gereja di Kupang.

3.4. Norma gender pada tingkat masyarakat

3.4.1. Konsep gender

Meski dalam masyarakat seringkali istilah jenis kelamin dan gender dipakai untuk saling menggantikan, beberapa orang telah memahami gender sebagai konsep yang lebih dari sekedar jenis kelamin. Informan dalam penelitian ini yang berasal dari area perkotaan, seperti Bogor dan Cilegon, lebih familiar dengan istilah 'gender', dibandingkan dengan mereka yang berasal dari daerah kabupaten/pedesaan, seperti Bandung Barat dan Kupang. Akses informasi yang lebih baik dari media sosial dan lingkungan sosial memungkinkan masyarakat perkotaan lebih terpapar pada kesetaraan gender dan informasi terkait gender. Remaja perkotaan juga menunjukkan pemahaman yang lebih baik tentang kesetaraan gender, di mana mereka memandang kesetaraan gender sebagai kesempatan bagi perempuan untuk memiliki hak yang sama dengan laki-laki. Jadi, gender tidak seharusnya menentukan posisi seseorang atau membatasi kemampuan dan hak mereka. Di sisi lain, sebagian besar orang tua dan remaja dari daerah kabupaten/pedesaan belum pernah mendengar atau tidak mengerti istilah gender dan kesetaraan gender. Namun meski sebagian besar remaja pedesaan tidak familiar dengan istilah gender, konsep gender telah muncul dalam diskusi ketika mereka menjelaskan peran anggota keluarga, khususnya tanggung jawab suami-istri.

3.4.2. Partisipasi perempuan di tempat kerja

Studi ini menemukan bahwa kesetaraan gender di tempat kerja belum sepenuhnya dipersepsikan sebagai “perempuan dapat melakukan semua pekerjaan yang sama seperti laki-laki”. Sebaliknya, informan menggambarkan bahwa tugas dan tanggung jawab yang berbeda mungkin lebih cocok untuk gender tertentu saja. Misalnya, pekerjaan yang berhubungan dengan kondisi yang kotor atau pekerjaan fisik yang berat dianggap tidak cocok atau kurang disukai untuk perempuan, dan juga ada pembagian kerja berdasarkan gender di dalam dan di luar rumah.

“...mengangkut sampah aktivitasnya bisa dianggap cukup kotor. Jadi, bagaimana jadinya untuk perempuan jika ada tugas yang mengharuskan mereka menjadi kotor?”
(R, Karang Taruna Saguling)

“...Sekarang ini, perempuan juga bisa bekerja di bidang yang biasanya didominasi oleh laki-laki seperti pekerjaan listrik. Beberapa perempuan bekerja sebagai tukang listrik. Itulah pemahaman saya mengenai gender, seperti itulah”
(S, Kader PKK, Cilegon)

“.... Mereka bisa bekerja, tetapi peran mereka perlu dibedakan. Misalnya, jika seorang perempuan menjadi pekerja konstruksi, itu akan dianggap tidak biasa, kan? Itu tidak mungkin. Seperti yang terjadi sebelumnya, kesetaraan gender berarti perempuan bisa bekerja, tetapi proporsinya harus berbeda....”
(B, Kader Kesehatan Bogor)

Harapan masyarakat ini dapat mempengaruhi partisipasi perempuan dan membatasi keterlibatan perempuan dalam industri atau bidang tertentu.³² Sayangnya, disparitas dalam pembayaran upah juga masih terjadi sampai saat ini antara pekerja perempuan dan laki-laki, terutama di usaha mikro, kecil dan menengah (UMKM) yang berbasis rumah (*home industry*). Pekerja perempuan seringkali menghadapi pengakuan dan umpan balik yang terbatas atas tenaga kerja fisik mereka, yang menjadikan ada kesenjangan upah pada pekerja laki-laki dan perempuan.^{33,34} Penyelesaian disparitas ini sangat penting untuk mencapai kesetaraan gender di tempat kerja, memastikan kompensasi yang adil dan meningkatkan pengakuan atas kontribusi perempuan. Perbedaan lain yang patut diperhatikan adalah pendekatan pengambilan keputusan: perempuan digambarkan cenderung lebih mengandalkan emosi mereka saat membuat keputusan, sementara laki-laki dianggap menggunakan pemikiran yang lebih logis. Perbedaan pendekatan yang dipersepsikan ini menunjukkan perspektif yang beragam dan pengaruh jenis kelamin dan gender pada pendekatan dalam memecahkan masalah di tempat kerja.³⁵

3.4.3. Partisipasi perempuan dalam pendidikan dan kegiatan masyarakat

Saat ini jumlah perkumpulan sosial dan agama yang terbuka untuk laki-laki dan perempuan

32 Wawancara dengan duta SAKA Bogor, Februari 2023

33 Wawancara dengan kader Posyandu remaja Bogor, Februari 2023

34 Wawancara dengan staf AUSREM Puskesmas Cicangkanggirang, Februari 2023

35 Wawancara dengan Duta Sehat Bogor, Februari 2023

di masyarakat semakin meningkat. Partisipasi perempuan dalam proses pengambilan keputusan di tingkat desa, kecamatan, atau kabupaten juga semakin diakui.³⁶ Sebagai contoh, PKK adalah tempat di mana perempuan berkontribusi secara aktif dan memimpin organisasi tersebut. Di beberapa kecamatan di Bandung Barat, sebagian besar anggota PKK adalah laki-laki dengan perempuan sebagai pemimpinnya. Hal ini menunjukkan peningkatan keterlibatan perempuan dalam aktivitas di masyarakat.

Keputusan dan aktivitas perempuan pada umumnya masih dipandang bergantung pada izin suami atau ayah mereka, walaupun lebih banyak perempuan saat ini yang mulai menentang pandangan ini dan berusaha untuk dihargai secara setara dengan laki-laki dalam lingkup yang lebih luas, termasuk dalam pernikahan dan kehidupan sosial. Meskipun demikian, masih ada kasus putus sekolah di kalangan remaja perempuan. Putus sekolah ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti kehamilan, kenakalan remaja yang dilakukan di dalam/luar sekolah, kendala ekonomi, serta keyakinan masyarakat bahwa perempuan diharapkan untuk lebih fokus pada peran domestik daripada mengejar karir dan pendidikan yang lebih tinggi.³⁷

Namun, sebagian besar informan dalam studi ini menyatakan bahwa laki-laki dan perempuan memiliki hak yang sama untuk mengejar pendidikan yang lebih tinggi serta tujuan mereka, dan pandangan ini kemungkinan

dipengaruhi oleh pendidikan yang lebih baik dari orang tua dan remaja. Orang tua yang berpendidikan dan terpapar lebih banyak informasi cenderung meneruskan pandangan ini kepada anak-anak mereka dan mendukung kesetaraan gender. Tidak ada perbedaan kebijakan dalam peluang yang tersedia untuk perempuan dalam mendapatkan pendidikan formal di semua area studi; namun hambatan sistemik dan masyarakat masih ada, termasuk adanya peran gender perempuan yang lebih diasosiasikan dengan peran domestik.

3.4.4. Pernikahan usia anak

Studi ini menemukan bahwa beberapa remaja perempuan dan wanita muda mengalami pernikahan dini dengan pria yang lebih tua. Beberapa perempuan bahkan menikah saat mereka masih berada di sekolah dasar. Di beberapa bagian wilayah Bogor, perempuan yang belum menikah dalam waktu lama akan dicap dan dilabeli sebagai “perawan tua” oleh masyarakat. Label ini menyebabkan kecenderungan orang tua untuk segera menikahkan putri mereka, baik dalam pernikahan yang diatur atau dengan pacar yang lebih tua. Di daerah pedesaan, pengetahuan tentang keluarga berencana dan kontrasepsi masih belum memadai, diikuti oleh pandangan negatif tentang kontrasepsi. Namun, ada perbedaan dalam tren pernikahan dini antara daerah perkotaan dan pedesaan, di mana pernikahan dini cenderung terjadi lebih sering di daerah pedesaan atau daerah dengan karakteristik budaya dan tradisional yang kuat. Dengan demikian, studi ini menunjukkan bahwa pengetahuan orang tua tentang pentingnya pendidikan berperan penting dalam mencegah pernikahan dini.

36 Wawancara dengan pendeta Batakte, Februari 2023

37 Wawancara dengan Duta Sehat Bogor, Februari 2023

“Terdapat 19 kehamilan dini pada tahun 2021, ya banyak kehamilan di antara mereka yang berusia kurang dari 19 tahun, setelah diselidiki, beberapa dari mereka mengalami pernikahan dini, beberapa sudah putus sekolah dan beberapa masih di SMA. Ada 8 kasus (kehamilan dini) pada tahun 2022. Kami beranggapan bahwa penurunan ini merupakan bagian dari keberhasilan Puskesmas dalam memberikan pendidikan melalui media...”
(F, Ahli Gizi di Puskesmas Batakte)

Fenomena lain yang terkait dengan gender muncul seputar siswa yang tidak bersekolah. Peserta mengungkapkan bahwa ada beberapa alasan di balik keputusan untuk meninggalkan sekolah, seperti faktor ekonomi dan kehamilan dini. Tidak ada proporsi yang berbeda antara laki-laki dan perempuan yang meninggalkan sekolah karena faktor ekonomi. Namun, dalam beberapa kasus, laki-laki diharapkan untuk mendukung ekonomi keluarga dengan bekerja, sementara perempuan mungkin diharapkan untuk mendukung keluarga mereka dengan menikah lebih awal daripada bekerja. Dukungan ekonomi didapatkan dari jumlah harta yang diberikan sebagai mahar dalam beberapa budaya, misalnya praktik *belis* di Nusa Tenggara Timur. Selain itu, perempuan diamati lebih mungkin mengalami putus sekolah ketika kehamilan dini atau kehamilan yang tidak diinginkan terjadi. Berdasarkan informasi dari informan, kehamilan dini yang sebagian besar berakhir dalam pernikahan dini terutama disebabkan oleh kurangnya kontrol orang tua, persepsi bahwa telah terjadi hubungan dengan praktik seks yang tidak aman yang menghasilkan kehamilan, dan ketidakmampuan remaja untuk melindungi diri mereka sendiri dari praktik seks yang tidak aman.

3.4.5. Kenakalan remaja

Remaja yang dibesarkan oleh kakek-nenek mereka karena perceraian orang tua mereka atau orang tua mereka bekerja sebagai pekerja migran, sering kali berjuang lebih banyak untuk memenuhi kebutuhan gizi mereka, dan situasi ini memiliki dampak signifikan terhadap kesehatan dan kesejahteraan mereka. Beberapa remaja putra mungkin memiliki perilaku yang mengganggu atau memberontak, seperti merokok atau minum alkohol. Pengaruh dari lingkungan sosial di luar sekolah dan kurangnya bimbingan orang tua dianggap sebagai penentu perilaku tersebut. Remaja putra yang tidak dibesarkan oleh orang tua mereka cenderung menghabiskan lebih banyak waktu di luar bersama teman dan terlibat dalam kenakalan remaja yang berpotensi meningkatkan risiko kesehatan. Oleh karena itu, program seperti sesi konseling gratis, aktivitas yang berhubungan dengan olahraga, ataupun dukungan bagi kegiatan sosial yang sesuai bagi remaja sangat disarankan oleh sejumlah informan dalam studi ini untuk membantu mengatasi perilaku negatif pada remaja, termasuk untuk mengurangi kecemasan dan ketidaknyamanan di antara remaja laki-laki yang muncul dari situasi keluarga mereka.

“Laki-laki yang tidak dibesarkan oleh orang tua mereka, mungkin saja orang yang merawat mereka secara otomatis berpikir, ‘Ah, lebih baik mereka berada di luar bersama teman, mungkin terlibat dalam aktivitas remaja yang khas’”
(L, Organisasi Masyarakat dan Wanita Saguling)

3.4.6. Kehamilan tidak diinginkan (KTD)

Penelitian ini menemukan bahwa kehamilan tidak diinginkan di kalangan remaja perempuan menjadi masalah yang cukup serius di Kabupaten Kupang, dan sebagian besar kasus ditemukan di kalangan remaja perempuan yang belum menikah. Kepala SMA 1 Batakte mengatakan bahwa sekolah telah menemukan setidaknya tujuh kasus kehamilan tidak diinginkan di kalangan siswi dalam setahun, dan keluarga bisa menjadi salah satu penyebabnya. Dalam beberapa kasus, KTD terjadi karena perkosaan yang dilakukan oleh anggota keluarga yang tinggal bersama remaja putri di rumah yang sama. KTD juga bisa terjadi ketika orang tua bekerja di ladang, meninggalkan putri mereka di rumah tanpa pengawasan. Di Indonesia, aborsi dilarang keras oleh undang-undang. Menurut Pasal 75(1) UU Kesehatan No. 36 tahun 2009, dilarang bagi siapa pun melakukan aborsi. Pembahasan mengenai aborsi sebagai pilihan penanganan KTD dalam kasus ini terbatas atau tidak digali lebih lanjut. Pelarangan aborsi secara hukum di Indonesia secara signifikan mempengaruhi individu untuk mempertimbangkan pernikahan sebagai alternatif alih-alih memilih aborsi.

Sekolah melakukan beberapa respons terhadap kehamilan tidak diinginkan, terutama di kalangan siswi, seperti mensosialisasikan dampak negatif dari kehamilan tidak diinginkan bagi remaja perempuan. Aktivitas pencegahan kehamilan tidak diinginkan melalui edukasi biasanya dilakukan selama Masa Orientasi Siswa (MOS), yang juga dihadiri oleh orang tua. Selama aktivitas akademik, seperti kegiatan UKS/M dan distribusi rapor belajar setiap semester, upaya pencegahan kehamilan tidak diinginkan juga dilakukan. Respon lain dapat bervariasi tergantung pada setiap sekolah. Misalnya, ketika siswi ditemukan mengalami kehamilan tidak diinginkan, beberapa sekolah mungkin memilih untuk segera mengeluarkan siswi tersebut. Sementara itu, sekolah lain mungkin membiarkan mereka terus bersekolah hingga para siswi tersebut menyelesaikan ujian akhir mereka. Ada juga kebijakan yang memberikan jeda untuk siswa perempuan dengan KTD hingga melahirkan. Namun, tidak jarang siswa perempuan memilih berhenti sekolah secara mandiri, terutama karena rasa malu dan takut diejek. Dalam banyak kasus, siswi itu sendiri memutuskan untuk meninggalkan sekolah karena stigma dan rasa malu akibat situasi tersebut. Sebaliknya, aktivitas yang berfokus pada siswa atau remaja putra belum menjadi fokus dan merupakan area yang sangat dibutuhkan.

3.5. Norma gender dalam lingkup rumah tangga

3.5.1. Pengambilan keputusan

Wawancara dan diskusi dengan responden menunjukkan bahwa sebagian besar keputusan terkait rumah tangga dibuat oleh ibu. Pada keluarga yang dikepalai oleh laki-laki, ayah diposisikan sebagai pencari nafkah utama, sedangkan ibu berperan dalam pengasuhan keluarga. Urusan rumah tangga, termasuk pekerjaan rumah tangga dan pengelolaan keuangan, dianggap sebagai tanggung jawab dan

kewenangan perempuan. Dalam praktiknya, biasanya suami akan menyerahkan penghasilan kepada istri mereka. Kemudian, istri akan berusaha mengatur uang yang diberikan, terlepas dari jumlahnya, untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga. Ibu juga dianggap lebih memahami kondisi rumah tangga karena lebih banyak menghabiskan waktu bersama keluarga. Dalam beberapa kasus, baik ayah maupun ibu, terkadang termasuk anak-anak, akan berdiskusi untuk mencapai keputusan terbaik. Sementara itu, dalam keluarga yang dikepalai oleh perempuan, ibu akan bertanggung jawab atas pendapatan sekaligus manajemen rumah tangga. Dalam kasus semacam ini, remaja, terutama yang lebih tua, biasanya dilibatkan dalam urusan rumah tangga tanpa memandang jenis kelamin.

Peran gender dalam pengambilan keputusan teridentifikasi dalam berbagai aspek, termasuk pendidikan, kesehatan, dan konsumsi makanan. Keputusan terkait pendidikan seringkali dibuat berdasarkan diskusi antara remaja dan orangtua. Dalam proses ini, remaja dan orangtua akan saling menyampaikan usulan serta pendapat masing-masing mengenai calon sekolah yang diinginkan. Pemilihan sekolah biasanya memperhatikan beberapa pertimbangan, seperti peringkat sekolah, jarak dari rumah, kondisi ekonomi, dan pilihan teman sebaya. Di beberapa rumah tangga, keputusan terkait pendidikan langsung dibuat oleh orang tua, baik ibu maupun ayah. Namun, seluruh responden dalam penelitian ini menyatakan bahwa tidak ada perbedaan hak antara anak perempuan dan laki-laki dalam mengakses pendidikan.

Pengambilan keputusan yang berkaitan dengan perawatan kesehatan pada remaja seringkali dilakukan oleh orangtua. Di beberapa keluarga, ibu bertugas mengambil keputusan dan merawat anggota keluarga yang sakit. Jika tanda dan gejalanya ringan dan umum, ibu cenderung memberikan pengobatan di rumah, seperti pengobatan tradisional dan obat generik. Dalam kasus yang parah, ibu dan ayah dapat mengambil keputusan untuk membawa anggota keluarga ke fasilitas kesehatan, seperti layanan kesehatan masyarakat, penyedia layanan kesehatan swasta, dan rumah sakit.

Pemilihan menu, pembelian, dan penyiapan makanan memiliki pola yang bervariasi. Namun, keputusan harian tentang menu dan bahan makanan apa yang akan dibeli sebagian besar dibuat oleh para ibu. Terkadang keputusan tersebut dibuat dengan mempertimbangkan preferensi anggota keluarga. Meski permintaan anak sering diperhitungkan, semua anggota keluarga memiliki kesempatan yang sama untuk memberikan pendapat. Saat remaja tinggal di asrama, pembelian dan penyiapan makanan dilakukan oleh petugas khusus. Dalam kasus-kasus tertentu seperti pada keluarga yang dikepalai oleh perempuan, dimana ibu menjadi pencari nafkah utama, anak juga terlibat dalam pengambilan keputusan terkait makanan tanpa memandang gender dan jenis kelamin. Dalam hal pembagian makanan, tidak ada perbedaan antar anggota keluarga. Siapapun dapat mengambil semua makanan yang disajikan tanpa batasan apapun.

“Dan itu kalau untuk menentukan lauk untuk sore, itu nanti saya dengan kakak ‘kira-kira ini sore bikin sayur apa’ atau ‘malam bikin sayur apa’”
(I, Remaja Laki-Laki di Kupang)

3.5.2. Pembagian kerja

Laki-laki/anak laki-laki dan perempuan/anak perempuan umumnya terlibat dalam melakukan pekerjaan rumah, dengan ibu sebagai pengelola utama. Ibu biasanya memiliki tanggung jawab terbesar dalam penyelesaian pekerjaan rumah tangga. Namun, meskipun sebagian besar remaja dan orangtua sibuk dengan aktivitasnya dan menghabiskan lebih banyak waktu di sekolah atau kantor, mereka tetap melakukan tugas-tugas tertentu, seperti merapikan tempat tidur, berkebun, dan mengasuh saudara yang lebih muda.

Dalam hal penyediaan makanan, ibu biasanya bertugas membeli makanan segar setiap hari dari pasar tradisional, supermarket, dan penjual sayur. Sedangkan ayah bertanggung jawab untuk berbelanja kebutuhan bulanan seperti makanan awetan atau kebutuhan rumah tangga lainnya. Terkadang, remaja turut membantu dalam pembelian kebutuhan bahan makanan insidental, seperti bumbu, di toko terdekat. Dalam hal penyiapan makanan, Ibu merupakan penanggung jawab utama. Anak perempuan biasanya terlibat dalam kegiatan memasak dengan memperhatikan dan menyesuaikan jadwal kegiatan mereka di sekolah. Keterlibatan anak laki-laki dalam kegiatan memasak juga ditemukan pada beberapa rumah tangga, terutama jika ayah terlibat dalam penyiapan makanan.

“Walaupun laki-laki ya masih mau karena mungkin dia melihat bapaknya begitu juga. Kalau bapaknya terima ya anaknya juga terima aja. Saya selalu menjelaskan bahwa pekerjaan itu nggak ada pekerjaan wanita (atau pria) di rumah. Artinya apa yang bisa kita kerjakan ya kerjakan. Alhamdulillah di rumah bisa masak semua”

(W, Orangtua Perempuan di Cilegon)

Selain kegiatan yang berhubungan dengan makanan, remaja dan anggota keluarga juga terlibat dalam pekerjaan rumah tangga lainnya, seperti menyapu, mengepel, mencuci piring, mencuci baju, serta mengasuh saudara yang lebih muda tanpa perbedaan pembagian kerja untuk remaja laki-laki dan perempuan. Namun, anak laki-laki biasanya juga bertanggung jawab atas tugas-tugas yang membutuhkan lebih banyak kekuatan fisik, seperti menimba air, berkebun, dan membersihkan kolam. Remaja di daerah kabupaten cenderung memiliki tanggung jawab yang lebih besar terkait pekerjaan rumah tangga, termasuk memasak dan membersihkan rumah karena mereka jarang memiliki asisten rumah tangga. Hal ini mungkin dipengaruhi oleh status sosial ekonomi. Di perkotaan, di mana anggota keluarga cenderung lebih banyak beraktivitas di luar rumah, asisten rumah tangga lebih sering dipekerjakan untuk menangani pekerjaan rumah tangga.

3.5.3 Pola makan

Pola makan remaja di Jawa Barat dan Banten cenderung serupa. Sebagian besar remaja perempuan melaporkan melewatkan sarapan karena tidak terbiasa atau harus berangkat ke sekolah lebih awal, sehingga tidak memiliki cukup waktu untuk sarapan. Sarapan juga digambarkan sebagai hal yang tidak menjadi prioritas. Remaja perempuan juga terkadang mengurangi asupan makan untuk menjaga bentuk tubuh. Beberapa remaja perempuan hanya makan satu atau dua kali sehari, biasanya saat makan siang atau makan malam. Ketika tidak diharuskan membawa bekal ke sekolah, mereka cenderung membeli dan makan jajanan di kantin sekolah. Oleh karena itu, para orang tua mendukung program rekomendasi makan siang di sekolah karena anaknya cenderung dapat mengadaptasi pola makan yang lebih sehat.

Saat ini, remaja lebih fokus untuk memenuhi rasa kenyang dan seringkali mengabaikan kualitas diet. Hal ini terlihat dari kecenderungan pemilihan *junk food* dibandingkan sayuran karena nilai prestisius dari makanan tersebut. Keinginan untuk mencoba hal baru juga menjadi salah satu pemicu perilaku ini. Remaja, terutama perempuan, biasanya akan mengonsumsi makanan cepat saji seperti seblak atau makanan semacamnya di luar rumah bersama teman mereka. Maka penting untuk melibatkan kelompok sebaya dalam mempromosikan kebiasaan makan yang sehat untuk meningkatkan pemahaman remaja tentang makanan dan gizi, karena makan bersama merupakan sesuatu yang penting secara sosial bagi remaja. Kelompok sebaya dapat membantu mempengaruhi pilihan remaja secara positif

sehingga mendorong mereka untuk memilih makanan yang lebih sehat dan mempromosikan pentingnya diet seimbang. Namun, remaja juga dapat mempengaruhi teman sebayanya untuk mengonsumsi makanan atau minuman populer terbaru di kalangan mereka. Dengan kata lain, meskipun beberapa remaja menjalankan gaya hidup sehat, mereka dapat dengan mudah dipengaruhi oleh teman atau lingkungannya.

“... Kadang kalau yang nggak pengen gemuk, dietnya berlebihan gitu. Yang mereka makan yang mereka suka, yang enak di mulut gitu. Anak saya sendiri dibandingkan makan sayur sama buah masih lebih suka makan yang fastfood. Mereka masih jiwa ingin mencoba, jiwa ingin tahu, dan kayaknya nggak keren deh kalau makan yang begini, gitu kan. Mereka dari pada jajan pecel, kan lebih suka jajan mie ramen, seblak, cilor. Daripada minum jus buah mendingan minum Thai tea, lebih suka minum chatime, kan lebih keren.”

(N, Ahli Gizi di Puskesmas Grogol)

Tempat tinggal juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pola makan dan proses pemilihan makanan. Di Kecamatan Saguling, Bandung Barat, masyarakat lebih mengenal berbagai jenis makanan siap saji dan *ultra-processed food* (UPF) yang tinggi energi dan rendah zat gizi. Semakin mudahnya akses dan banyaknya ketersediaan makanan cepat saji dipengaruhi oleh geografis wilayah yang berdekatan dengan kawasan baru yang sangat berkembang bernama “Kota Baru”. Jadwal makan bagi remaja yang tinggal di asrama terkesan lebih teratur, yaitu sebanyak tiga kali per hari. Makanan untuk setiap waktu makan disiapkan oleh petugas khusus dari dapur

asrama. Dalam hal komposisi makanan, sayuran biasanya tidak ditemukan pada menu harian remaja perempuan. Hal ini disebabkan oleh kurangnya selera dan pengetahuan mengenai jenis-jenis sayuran. Sementara itu, remaja laki-laki cenderung makan lebih banyak sumber karbohidrat dan protein karena mereka diharapkan memiliki tubuh yang lebih tinggi dan berotot. Oleh karenanya, jenis makanan tersebut dirasa penting bagi mereka untuk mendukung pertumbuhan.

Pola yang berbeda terlihat di Nusa Tenggara Timur. Makanan sehari-hari dalam keluarga biasanya terdiri dari sumber karbohidrat, protein nabati, dan sayuran. Konsumsi sumber protein hewani relatif terbatas karena kondisi ekonomi. Sumber protein hewani umumnya dikonsumsi pada acara-acara khusus saja, seperti Natal, pesta pernikahan, dan acara pemakaman. Terlepas dari kondisi ekonomi, kebiasaan makan di daerah tersebut juga perlu menjadi perhatian. Makanan instan seperti mie instan merupakan salah satu makanan yang difavoritkan masyarakat dan banyak dikonsumsi. Dalam beberapa keadaan, keluarga akan menukar ayam atau ternaknya dengan mie instan untuk meningkatkan nafsu makan anak.

Berdasarkan informasi yang diberikan, tidak ada pantangan makanan khusus untuk remaja. Pantangan makan lebih banyak diterapkan untuk ibu hamil. Salah satu kepercayaan yang berlaku secara umum di beberapa daerah melarang konsumsi beras pada pesta pemakaman. Sementara itu, masyarakat di Kupang mempercayai bahwa bagian tertentu dari protein hewani harus diberikan berdasarkan tingkat kerja keras anggota keluarga. Misalnya, dada ayam akan diberikan kepada pria pekerja keras, sedangkan wanita hanya akan mendapatkan kepala atau kaki ayam. Hal ini dapat membatasi wanita dalam mendapatkan manfaat zat gizi yang setara.



“Misalnya kalau makan daging ayam, ya laki-laki dapat dada, perempuan dapat kepala atau kaki hehe. Itu masih ada tapi sudah berkurang. Karena laki-laki yang bekerja keras. Dalam katekisasi pranikah, saya juga sampaikan bahwa ada 2 kerja, kerja publik dan domestik. Pemahaman dulu, kerja domestik itu perempuan di rumah saja. Kalau kerja publik itu laki-laki. Tapi di jaman sekarang sudah tidak seperti itu, perempuan bahkan sudah bisa kerja publik, cari uang. Dan laki-laki bisa domestik, masak, cuci. Saya juga bisa kasih contoh, saya tadi bantu istri cuci pakaian, sudah saya cuci itu.”

(J, Pendeta di Kupang)

3.6. Tantangan dan strategi

3.6.1. Tantangan dan strategi pada tingkat pemerintahan

Terdapat tiga tantangan utama yang dihadapi dalam pelaksanaan program kesehatan dan gizi remaja. Tantangan pertama adalah koordinasi dan kolaborasi, khususnya di tingkat lokal. Sebagai contoh, pelaksanaan program TTD dikelola oleh puskesmas bekerja sama dengan sekolah menengah pertama dan sekolah menengah atas. Di tingkat pemerintah daerah, puskesmas berada di bawah Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, SMP di bawah Dinas Pendidikan Kabupaten/Kota, dan SMA di bawah Dinas Pendidikan Provinsi yang memiliki perwakilan Kantor Cabang Dinas (KCD) di beberapa kabupaten/kota. Hal ini menyebabkan sulitnya proses pengorganisasian program TTD di SMA, seperti yang dihadapi di Cilegon. Oleh karena itu, pihak-pihak terkait diharapkan dapat meningkatkan koordinasi melalui penandatanganan MoU terkait dengan penyediaan dukungan keuangan dan teknis yang lebih memadai untuk program TTD, khususnya di sekolah menengah atas. Tantangan selanjutnya adalah penolakan terhadap program, baik dari orang tua, tokoh masyarakat, maupun pihak lain. Penolakan ini dapat dipengaruhi oleh perspektif yang berbeda terhadap program kesehatan, seperti program TTD. Hal ini juga dapat disebabkan oleh kurangnya informasi kesehatan yang diterima oleh orang tua/masyarakat/pihak lain dan kurangnya kesadaran akan kebutuhan remaja, terutama kebutuhan khusus remaja putri yang belum terpenuhi, serta risiko anemia. Sedangkan tantangan ketiga adalah letak geografis yang bervariasi, yang dapat menghambat akses dan pendirian posyandu remaja.

“Tantangannya itu masih - ini pak, untuk pemberian tablet tambah darah itu masih ada ortu yang tidak menyetujui untuk minum tablet tambah darah. Terus tadi kerjasamanya dengan KCD, masih belum optimal. Kemudian edukasi dengan tokoh masyarakat kami juga belum begitu (optimal). Kemudian, keterlibatan keluarga dalam program Segani ini juga masih belum (optimal). Itu sih yang masih jadi tantangan.”

(S, Dinas Kesehatan Cilegon)

Konsep gender yang beragam, norma budaya dan agama, serta anggaran yang terbatas menjadi tantangan utama bagi program-program responsif gender. Istilah gender dan jenis kelamin biasanya digunakan sebagai sesuatu yang saling menggantikan di Indonesia, sementara pada saat yang sama, beberapa norma, stereotip, dan peran gender diwariskan secara budaya dan dilestarikan oleh sistem dan struktur. Sebagai contoh, pencegahan pernikahan anak mungkin tidak cukup hanya mengandalkan pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi oleh pemerintah daerah. Sebaliknya, kolaborasi dengan tokoh masyarakat atau agama dipandang dapat menghasilkan penerimaan yang lebih tinggi terhadap program pencegahan pernikahan anak dan responsif gender. Kolaborasi ini tidak hanya mencakup penggunaan bahasa daerah dalam memperkenalkan konsep gender tetapi juga memperhitungkan nilai-nilai agama dan budaya. Selain itu, program pencegahan pernikahan

anak di tingkat lokal mungkin memerlukan pengkajian lebih lanjut, misalnya apakah program tersebut cukup berdampak. Di sisi lain, tingkat partisipasi gender yang seimbang menjadi masalah dalam beberapa kasus karena pandangan bahwa masalah gender adalah “masalah perempuan”, yang menyebabkan lebih banyak wakil pemerintah perempuan yang didelegasikan untuk peningkatan kapasitas terkait gender. Terbatasnya anggaran yang tersedia untuk program-program yang tanggap gender juga mengakibatkan program-program tersebut hanya dapat dilaksanakan di beberapa bidang prioritas.

3.6.2. Tantangan dan strategi pada tingkat sekolah

Pelaksanaan program dan kegiatan kesehatan di sekolah memiliki lima tantangan, baik secara internal maupun eksternal. Tantangan pertama terkait dengan kontinuitas pendidikan dan pelayanan kesehatan di sekolah dan di rumah. Tantangan ini terjadi di hampir semua sekolah yang tergabung dalam penelitian ini. Guru UKS MAN 2 Cilegon mengatakan bahwa sebagian besar siswa sudah mendapatkan pengetahuan tentang kesehatan dan manfaat konsumsi rutin tablet zat besi. Namun, kebiasaan tersebut seringkali tidak terlaksana saat mereka berada di rumah. Beberapa remaja masih melakukan kebiasaan seperti begadang, makan makanan yang tidak bergizi, dan sering keluar rumah pada malam hari. Dalam hal konsumsi tablet tambah darah, beberapa responden penelitian menyatakan bahwa salah satu faktor penyebab kurangnya pengawasan yang memadai di rumah adalah kurangnya komunikasi terkait TTD dari dinas kesehatan dan sekolah kepada orang tua. Oleh karena itu, di beberapa sekolah, hal-hal

terkait pentingnya TTD dan pola hidup sehat siswa yang selama ini dilakukan di sekolah sudah rutin disosialisasikan kepada orang tua siswa saat penerimaan laporan hasil belajar.

Tantangan kedua terkait ketersediaan fasilitas kesehatan dan logistik. Tantangan ini sering terjadi di sekolah-sekolah di NTT. Studi ini mencatat bahwa masih ada keterlambatan dalam pendistribusian suplemen zat besi ke sekolah oleh puskesmas yang menyebabkan tidak teraturnya pemberian suplemen zat besi pada remaja putri. Di Kabupaten Kupang, puskesmas pernah tidak menyalurkan TTD selama lebih dari satu bulan meskipun persediaan di sekolah-sekolah sudah habis. Hal ini mungkin saja disebabkan oleh rendahnya stok tablet zat besi di tingkat provinsi dan kabupaten. Beberapa UKS/M di lokasi studi juga memiliki fasilitas dan peralatan kesehatan yang kurang memadai untuk menunjang pelayanan kesehatan bagi siswa, seperti disampaikan oleh Kepala SMAN 1 Sindangkerta.

Tantangan ketiga adalah sistem pencatatan konsumsi tablet zat besi tidak merata di empat wilayah. Di wilayah perkotaan yang telah lama menjalankan program TTD dan mendapat dukungan dari pemangku kepentingan terkait, seperti Cilegon dan Bogor, sistem pemantauan dan pencatatan konsumsi suplementasi zat besi telah berjalan secara sistematis. Pemantauan dilakukan melalui lembar kontrol yang digunakan sebagai pedoman remaja putri di sekolah. Namun, di sekolah-sekolah di Kabupaten Kupang, format pencatatannya masih berupa daftar/lembar biasa. Guru UKS SMAN 1 Batakte mengatakan, walaupun pada pelatihan awal tentang program TTD diinformasikan bahwa format pencatatan pemberian tablet zat besi

akan disediakan, namun sampai saat ini mereka belum menerima format tersebut. Oleh karena itu, mereka masih melakukan pencatatan dengan cara sederhana menggunakan format absensi sekolah. Kondisi ini mengakibatkan tidak optimalnya pengawasan setiap remaja putri dalam mengonsumsi tablet zat besi. Hal ini juga dinilai sebagai pekerjaan tambahan bagi para guru.

Tantangan keempat terkait dengan faktor ekonomi orang tua yang dapat menghambat partisipasi siswa dalam program dan kegiatan kesehatan di sekolah. Studi ini mengidentifikasi bahwa siswa dengan orang tua yang berstatus ekonomi rendah cenderung kesulitan mengikuti rekomendasi makan siang sekolah. Kepala SMAN 1 Batakte mengatakan, banyak orang tua yang tergolong memiliki status ekonomi rendah sehingga kesulitan menyiapkan makanan bergizi saat pelaksanaan program rekomendasi makan siang sekolah. Penerapan anjuran makan siang di sekolah juga dapat menimbulkan kecemburuan di kalangan siswa, terutama yang berasal dari keluarga dengan status ekonomi rendah. Mereka mungkin juga akan mengalami perundungan oleh teman-temannya ketika hanya membawa makanan dengan harga murah ke sekolah. Untuk itu, penting untuk memperhatikan kondisi orang tua dalam melaksanakan program kesehatan di sekolah.

Tantangan kelima adalah kasus perundungan di sekolah. Kebanyakan jenis kasus perundungan yang terjadi adalah saling menghina atau mengolok-olok nama orang tua baik oleh anak perempuan maupun laki-laki. Jenis perundungan lain disebabkan oleh beberapa siswa laki-laki yang saling memperebutkan

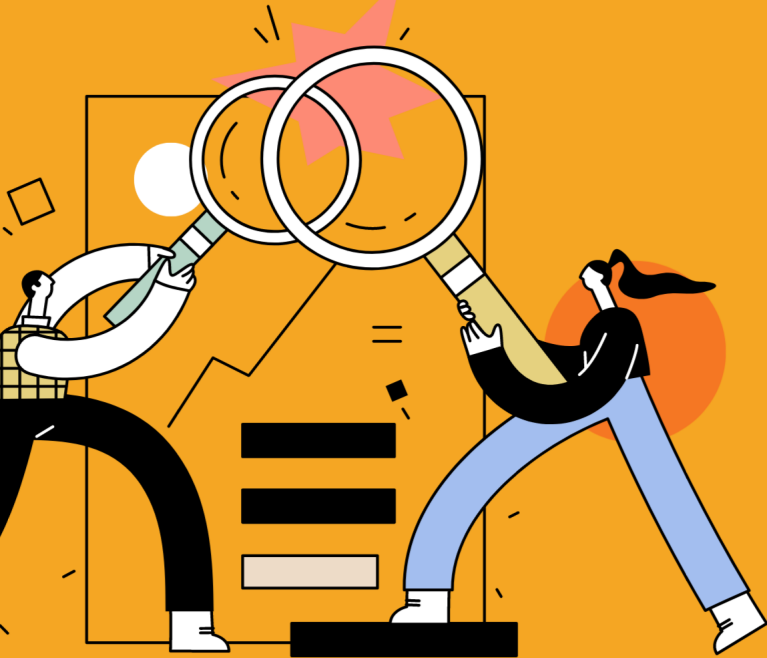
pacar hingga mengejek atau mencaci maki, dengan kemungkinan melibatkan kekerasan fisik. Beberapa kasus perundungan juga terkait dengan trauma mendalam siswa yang mengalami perundungan di luar sekolah (misalnya lingkungan rumah), namun mereka melakukan balas dendam kepada teman-temannya di sekolah. Wakil kepala SMP 10 Bogor mengatakan, pendekatan psikologis intensif akan diberikan kepada siswa yang menghadapi kasus ini. Peran guru BK sangat diperlukan dalam kasus-kasus perundungan. Mereka tidak hanya menangani kasus-kasus yang terjadi, tetapi juga memberikan pemahaman kepada siswa mengenai dampak negatif dari perundungan.

3.6.3. Tantangan dan strategi pada tingkat masyarakat

Tantangan utama dalam pelaksanaan program kesehatan remaja adalah kurangnya kesadaran masyarakat, terutama di antara mereka yang berpendidikan rendah. Pemahaman mengenai perbedaan kebutuhan dan risiko terkait gizi untuk setiap kelompok gender masih kurang memadai, terutama gizi untuk remaja. Beberapa kelompok sosial, seperti komunitas konservatif atau religius, cenderung menghindari layanan kesehatan yang tidak sesuai dengan keyakinan agama atau budaya mereka. Sebagian remaja mungkin belum sepenuhnya memahami manfaat pelayanan kesehatan atau lebih memilih pelayanan kesehatan di sekolah daripada posyandu. Penggunaan media sosial yang tidak diawasi juga dapat menyebabkan misinformasi kesehatan, terutama ketika remaja mengandalkan media sosial sebagai satu-satunya sumber informasi kesehatan.

Pernikahan anak kebanyakan terjadi pada remaja putri. Ketika remaja putri memutuskan untuk menikah di usia muda, mereka cenderung putus sekolah. Kebanyakan remaja yang menjalani pernikahan anak hanya menjalani pendidikan hingga tamat SD. Keputusan ini seringkali dipengaruhi oleh orangtua. Dalam beberapa kasus, anak atau remaja didorong untuk menikah oleh orangtuanya karena sudah memiliki pacar dengan status ekonomi yang tinggi sehingga diharapkan dapat membantu perekonomian keluarga. pernikahan anak jarang ditemukan pada remaja laki-laki, karena umumnya mereka didorong untuk menyelesaikan pendidikannya terlebih dahulu. Namun, dalam beberapa kasus, remaja laki-laki juga terlibat dalam pernikahan anak, khususnya dalam budaya dimana pernikahan anak diterima secara luas.

Selain faktor budaya dan sosial, kebijakan dan peraturan pemerintah juga berkontribusi terhadap prevalensi pernikahan anak. “Dispensasi nikah” adalah salah satu kebijakan yang memperbolehkan pernikahan di bawah umur dengan persetujuan orang tua atau pengadilan. Pengecualian usia pernikahan dalam kebijakan ini dapat mempermudah orang tua untuk menikahkan anak dan remajanya. Oleh karena itu, penting untuk menyesuaikan kebijakan dan peraturan tersebut untuk mencegah dan mengurangi prevalensi pernikahan anak.



Analisis dan Diskusi

4.1. Perspektif gender di bidang kesehatan

Penelitian ini berfokus pada kebutuhan kesehatan dan gizi yang berbeda antara remaja laki-laki dan perempuan, yang berimplikasi pada perlunya pendekatan yang berbeda dalam menjalankan program kesehatan dan gizi remaja. Pendekatan tersebut melibatkan kelompok intervensi sasaran, pendidikan, dan akses ke layanan kesehatan yang disesuaikan dengan kebutuhan dan kekhususan pada remaja perempuan dan laki-laki, dengan mempertimbangkan tahapan perkembangan, norma budaya, dan determinan sosial kesehatan. Penting untuk mendorong kesetaraan gender dalam program kesehatan, yang di dalamnya mencakup kesetaraan dalam akses layanan gizi dan kesehatan, pembagian konsumsi makanan, pengambilan keputusan kesehatan, perawatan, dan pemilihan layanan kesehatan. Hal ini dapat berdampak positif terhadap upaya mendukung kesehatan dan kesejahteraan remaja secara keseluruhan dengan mendorong kesetaraan gender, pemberdayaan perempuan, peningkatan status gizi dalam jangka pendek dan panjang, serta memastikan bahwa baik remaja laki-laki maupun perempuan mendapatkan akses yang sama ke layanan gizi dan kesehatan dengan mempertimbangkan pengalaman dan risiko remaja (Buitenbos, 2022; Jourdan et al, 2021). Sebagai contoh, penelitian ini menyoroti risiko anemia dan kekurangan zat besi pada remaja putri karena mengalami menstruasi dan adanya norma budaya yang membatasi akses mereka ke makanan bergizi sedangkan kebutuhan zat besi mereka masih belum terpenuhi. Dibandingkan dengan remaja putra, remaja putri cenderung lebih memperhatikan kesehatannya dengan mencari dan mengikuti saran kesehatan; namun terkadang mereka masih memiliki akses yang terbatas ke layanan kesehatan.

Distribusi suplementasi TTD saat ini menargetkan para siswi, meskipun beberapa siswa di sebagian sekolah juga menerima TTD dengan mempertimbangkan pengamatan guru tentang tanda dan gejala anemia. Hal ini memungkinkan adanya kesalahpahaman pada orangtua terkait tujuan dan manfaat dari program TTD, diantaranya distribusi TTD yang tidak konsisten (Gosdin et al, 2021). Selain itu, dalam penelitian ini juga ditemukan bahwa remaja laki-laki dan perempuan mendapatkan informasi terkait kesehatan seksual dan reproduksi di kelas yang sama. Para siswi menerima tambahan informasi dari sesi keputrian di hari Jum'at, dan lebih banyak mendapatkan informasi terkait pubertas dari orangtua atau saudara yang lebih tua. Para siswi juga mendapatkan perlakuan khusus di sekolah dan di rumah selama menstruasi, seperti penyediaan pembalut di sekolah dan izin untuk pulang sekolah lebih awal. Sementara itu, remaja laki-laki cenderung kurang mengkomunikasikan perihal pubertas mereka dengan orang tua. Secara garis besar, hasil penelitian ini menunjukkan adanya norma gender dan kebutuhan kesehatan berbasis gender yang harus dipertimbangkan dalam menyediakan layanan kesehatan dan pendidikan untuk remaja dalam rangka memastikan akses dan hasil yang setara untuk semua gender (Decker et al, 2021). Jika hal tersebut tidak teratasi, akan berpotensi menyebabkan perbedaan pemahaman dan akses terhadap kesehatan dan kesejahteraan di antara remaja putra dan putri (DeJaeghere & Lee, 2011).

Studi ini juga menyajikan perbedaan pola makan antara remaja putra dan putri, di mana remaja putri sering melewatkan sarapan, mengurangi asupan makanan untuk menjaga bentuk tubuh, dan umumnya hanya makan satu atau dua kali dalam sehari. Sedangkan remaja putra cenderung mengonsumsi lebih banyak sumber karbohidrat dan protein. Kondisi ekonomi juga mempengaruhi pola makan yang ditunjukkan dengan konsumsi sumber protein hewani yang terbatas di beberapa wilayah. Penelitian ini juga menemukan bahwa meskipun remaja putra memiliki asupan energi, zat besi, kalsium dan protein yang lebih tinggi dibanding remaja perempuan, mereka juga memiliki risiko malnutrisi yang lebih tinggi. Hal ini dapat disebabkan oleh perbedaan aktivitas fisik antara remaja putri dan putra, yang juga dipengaruhi oleh norma gender dan budaya, sehingga penyelesaian isu ketidaksetaraan gender dalam asupan makan dan kebutuhan pemenuhan gizi juga perlu memperhatikan aspek sosial dan budaya (Ghosh, 2020).

4.2. Mengarusutamakan gender dalam program gizi dan kesehatan remaja

Menurut Petunjuk Pelaksanaan Perencanaan dan Penganggaran yang Responsif Gender (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, 2012), tidak jarang pembuat kebijakan masih belum mengetahui apakah kebijakannya adalah kebijakan netral gender atau kebijakan yang ditujukan untuk mengatasi ketimpangan. Sebagai akibatnya, kebijakan yang dihasilkan mungkin saja telah berfokus pada tujuan nasional namun masih kurang memperhatikan perbedaan antar penerima manfaat kebijakan itu sendiri, terutama antara laki-laki/remaja putra dan perempuan/

remaja putri. Oleh karena itu, sebagai bagian dari pengarusutamaan gender, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak telah memberikan bantuan teknis bagi pemerintah pusat dan daerah, serta pedoman perencanaan dan penganggaran yang tanggap gender.

PPRG dilakukan untuk mengupayakan kesetaraan antara laki-laki/remaja putra dan perempuan/remaja putri dalam berbagai bidang pembangunan dengan mempertimbangkan kebutuhan, pengalaman, aspirasi, dan isu-isu mereka selama proses pembuatan kebijakan (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, 2012). Perencanaan yang responsif gender bertujuan untuk menghasilkan penganggaran yang responsif gender (ARG), di mana anggaran ini dimaksudkan untuk mengakomodasi kebutuhan yang berbeda antara laki-laki/remaja putra dan perempuan/remaja putri. ARG juga bertujuan untuk mempersempit kesenjangan antara status laki-laki/remaja putra dan perempuan/remaja putri, melihat bagaimana mereka mendapatkan manfaat yang sama dari pembangunan negara, serta meningkatkan efektivitas dan efisiensi kebijakan dan program yang dijalankan. Ada tiga kategori ARG berdasarkan penggunaannya, yaitu anggaran khusus target gender untuk pemenuhan kebutuhan dasar spesifik gender, anggaran kesetaraan gender untuk mengatasi masalah ketidaksetaraan gender, dan anggaran pelembagaan kesetaraan gender untuk penguatan pengarusutamaan gender melalui pendataan dan peningkatan kapasitas (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, 2012).

Pengarusutamaan gender telah dimulai dalam proses pembuatan kebijakan, termasuk kebijakan kesehatan dan gizi. Kebijakan saat ini menunjukkan pergeseran dari pendekatan *Women in Development* (WID) ke pendekatan *Gender and Development* (GAD) (Hafner-Burton & Pollack, 2002), sebagaimana ditunjukkan oleh masih adanya pernikahan anak, kekerasan berbasis gender dan isu lain yang menysasar perempuan di berbagai daerah. Fase transisi ini akan memerlukan beberapa upaya pengarusutamaan gender, yang telah diinisiasi oleh pemerintah di tingkat nasional dan daerah. Dalam konteks kesehatan dan gizi, transisi ini juga akan menuntut pemerintah dan pemangku kepentingan terkait untuk tidak hanya berupaya meningkatkan partisipasi program perempuan dan remaja putri, tetapi juga mengidentifikasi masalah ketidaksetaraan gender yang berkontribusi terhadap buruknya status kesehatan dan gizi laki-laki/remaja putra dan perempuan/remaja putri. Selain itu, banyak program gizi dan kesehatan berada di bawah wewenang kementerian, lembaga, dan lembaga pemerintah daerah yang berbeda, yang mana berimplikasi pada anggaran untuk program gizi dan kesehatan tidak dikelola secara terpusat oleh satu pemangku kepentingan. Oleh karena itu, diperlukan kolaborasi antara pemangku kepentingan yang terlibat untuk memastikan keberhasilan program gizi dan kesehatan yang responsif gender, sekaligus untuk mengatasi kesenjangan kesehatan dan gizi.

Terlepas dari pengarusutamaan gender dalam kebijakan dan program yang ada, studi ini menggarisbawahi perlunya lebih banyak program kesehatan dan gizi yang menargetkan remaja sekaligus mengintegrasikan konsep

kesetaraan gender. Fokus pada remaja putri akan tetap menjadi penting mengingat kesenjangan kesehatan yang masih dihadapi remaja putri, indeks kesetaraan gender yang rendah, serta konsekuensi atas rendahnya status kesehatan remaja putri terhadap upaya negara dalam menurunkan angka stunting. Studi ini juga menyoroti pentingnya program-program yang lebih mengakomodasi kebutuhan remaja putra, seperti penyediaan informasi gizi dan kesehatan reproduksi yang spesifik bagi mereka. Merujuk pada *Regional Office WHO* untuk Asia Tenggara (2017), remaja putra mungkin menghadapi risiko penyalahgunaan zat (*substance misuse*), perundungan di sekolah, dan upaya bunuh diri yang lebih tinggi dibandingkan remaja putri. Oleh karena itu, program dan kampanye kesehatan mental mungkin diperlukan, yang tentunya menuntut keterlibatan orang tua serta dukungan yang memadai dari sekolah dan masyarakat.

Dalam hal pelaksanaan program, TTD merupakan program gizi utama yang menyasar remaja Indonesia sebagai upaya pemenuhan rekomendasi WHO tentang zat besi dan asam folat bagi remaja putri dan wanita. Program ini telah dilaksanakan di SMP dan SMA di seluruh negeri, serta membutuhkan kerja sama multisektoral antara sektor kesehatan dan pendidikan di tingkat pusat dan daerah. Kolaborasi ini menjadikan implementasi TTD di Indonesia cukup unik dikarenakan adanya integrasi antara beragam inovasi dan konteks lokal, seperti keterlibatan remaja sebagai duta Segani di Cilegon dan duta Cetar di Bogor. Namun, implementasi TTD sebagai proyek kolaboratif juga berpotensi menghadapi tantangan terkait perbedaan pemahaman dan

dukungan lintas sektor, termasuk salah satunya adalah perspektif gender terhadap TTD. NI telah memainkan peran penting dalam memberikan bantuan teknis dan pelatihan untuk mendukung implementasi TTD (Roche et al, 2018), dan peran ini dapat diperluas dengan mengatasi hambatan gender yang terkait dengan masalah kesehatan lainnya, seperti dukungan yang berbeda untuk mengakses informasi kesehatan dan gizi antara remaja putri dan putra. Pengarusutamaan gender ini dapat mencakup keterkaitan antara gender dan kesehatan sekaligus mengarahkan para pemangku kepentingan ke tujuan yang sama dalam rangka mencapai kesetaraan gender antara remaja putri dan putra.

Berkaca pada pelaksanaan TTD saat ini sebagai salah satu program yang sensitif gender bagi remaja, terdapat potensi pengembangan program responsif gender lain bagi remaja. Pertama, penelitian ini mengidentifikasi adanya keinginan pemerintah, guru, dan pihak terkait untuk mendukung TTD karena menyadari perlunya meningkatkan kesehatan remaja putri. Sementara pada saat yang sama, penelitian ini juga menemukan masih adanya masalah kesehatan remaja lainnya, seperti masalah kesehatan mental dan kesehatan reproduksi, termasuk kehamilan remaja dan dimensi gizi lainnya. Dengan demikian, sangat potensial untuk mengembangkan program-program tersebut untuk meningkatkan kesehatan remaja sekaligus mendapatkan dukungan yang memadai dari pemerintah, sekolah, dan pihak terkait. Kedua, berkaca dari tantangan maupun inovasi yang dihadapi dalam implementasi, pemantauan, dan evaluasi TTD, dukungan lebih lanjut dari NI masih diperlukan. Misalnya, beberapa penolakan terhadap TTD mengindikasikan

perlunya intervensi perubahan perilaku untuk meningkatkan kesadaran dan pendidikan gizi, yang nantinya dapat diintegrasikan ke dalam program TTD atau dibentuk sebagai program tersendiri. Konsep kesetaraan gender juga dapat diperkenalkan kepada remaja melalui pendidikan gizi yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan gizi mereka, mengatasi norma dan praktik gender yang tidak setara yang mungkin membatasi akses mereka terhadap makanan sehat, serta mengakomodasi kebutuhan biologis yang unik. Ketiga, program kesehatan seksual dan reproduksi di sekolah mungkin diperlukan untuk mengatasi kurangnya pengetahuan mengenai kesehatan seksual dan reproduksi, serta untuk melindungi remaja dari kehamilan yang tidak diinginkan atau perilaku seksual yang tidak aman.

Pelaksanaan Aksi Bergizi yang meliputi TTD, rekomendasi makan bersama di sekolah, dan intervensi perubahan perilaku telah meningkatkan perhatian terhadap perbaikan gizi remaja. Program ini juga dapat menjadi pintu masuk lain untuk mengarusutamakan gender, khususnya dalam konteks kesehatan dan gizi remaja. Mengacu pada implementasi Aksi Bergizi, studi ini menyoroti dua faktor utama yang mempengaruhi keberlanjutan program kesehatan dan gizi remaja, yaitu status sosial ekonomi orang tua, di mana orang tua wajib menyediakan makanan sehat untuk dikirim ke sekolah, dan kepemimpinan di sekolah (*school leadership*). Aksi Bergizi atau program gizi remaja lainnya mungkin tidak dapat dilaksanakan sepenuhnya di sekolah yang sebagian besar wali muridnya berstatus sosial ekonomi rendah, dikarenakan para wali murid tersebut sangat mungkin menghadapi kerawanan pangan rumah

tangga dan memiliki kemampuan yang terbatas untuk menyediakan makanan sehat bagi siswa secara teratur. Sebuah studi di kalangan remaja dan orang tua melaporkan peningkatan risiko kerawanan pangan remaja di antara remaja dengan literasi gizi (*nutrition literacy*) rendah, dan literasi makanan (*food literacy*) orang tua yang rendah juga dapat meningkatkan risiko kerawanan pangan rumah tangga (Hoteit et al, 2022). Oleh karena itu, peningkatan literasi pangan dan gizi menjadi sangat penting bagi kalangan ini, terutama mengenai bagaimana cara menyediakan makanan yang sehat namun terjangkau bagi remaja.

Kepemimpinan di sekolah (*school leadership*) adalah kunci lain untuk kesuksesan program kesehatan dan gizi remaja. Misalnya, pembiasaan sarapan pagi dan TTD telah dilakukan secara rutin di SMPN 5 Cilegon, dan keberhasilan ini tidak terlepas dari semangat kepala sekolah untuk meningkatkan kesehatan dan gizi remaja. Temuan di SMPN 5 Cilegon ini sejalan dengan penelitian Machado et al (2022), yang menyarankan penanggung jawab gizi di sekolah untuk mengelaborasi keahlian teknis, komunikasi yang jelas, dan keterlibatan staf untuk mendukung keberhasilan pelaksanaan program gizi. Di SMPN 5 Cilegon, beberapa guru akan mengecek makanan siswa di pagi hari, misalnya apakah setiap siswa membawa makanan yang bergizi seimbang yang meliputi makanan pokok, sayuran, buah-buahan, dan makanan sumber protein. Rekapitulasi pengecekan makanan ini akan dilaporkan kepada orang tua, dan orang tua yang anaknya diketahui tidak membawa makanan bergizi seimbang akan diundang untuk berdiskusi. Melalui diskusi tersebut, kepala sekolah dapat

mengetahui mengapa siswa tidak membawa makanan seperti yang disarankan. Salah satu penyebab umum adalah ketidakmampuan orang tua untuk menyediakan makanan sehat di pagi hari, sehingga kepala sekolah akan memberikan beberapa contoh makanan sehat dan terjangkau, serta menjelaskan mengapa penting untuk menyediakan makanan sehat dan bergizi.

Terlepas dari edukasi mengenai ketersediaan opsi makanan sehat yang terjangkau, eksplorasi lebih lanjut tentang potensi dampak dari praktik semacam ini masih sangat diperlukan. Hal ini penting dilakukan sebelum anjuran membawa makanan bergizi atau program serupa diterapkan di skala yang lebih luas, terutama untuk memastikan bahwa program tersebut berdampak positif terhadap peningkatan kebiasaan makan makanan sehat dan tidak berdampak negatif terhadap kehadiran siswa. Selain itu, masih dari SMPN 5 Cilegon, anjuran membawa makanan bergizi juga telah didukung dengan keberadaan kantin sehat yang disertai dengan *training* bagi para penjual di kantin tentang makanan sehat, sekaligus diskusi rutin dengan para penjual di kantin mengenai opsi-opsi makanan sehat yang dapat disediakan.

4.3. Norma gender dalam kesehatan dan gizi remaja

Kesenjangan gender di Indonesia semakin berkurang, terutama dalam pendidikan, partisipasi perempuan di bidang politik, dan pengarusutamaan gender dalam pembuatan kebijakan. Namun, tantangan terkait gender masih terlihat dalam bidang kesehatan (UNFPA Indonesia, 2015). Norma gender diketahui menjadi salah satu faktor mediasi antara kesehatan, gizi, serta dampaknya terhadap kematian (Richards et al, 2013). Dalam studi ini, kami menemukan bahwa norma-norma tertentu masih dianut oleh masyarakat, termasuk di tingkat rumah tangga.

Ayah dianggap sebagai pencari nafkah utama, sedangkan ibu memiliki peran dalam mengatur rumah tangga. Dalam kebanyakan kasus dalam penelitian ini, otoritas rumah tangga, termasuk pengelolaan keuangan, dipegang oleh ibu. Pengambilan keputusan dalam keluarga lebih banyak dilakukan melalui musyawarah orang tua. Setiap anak memiliki hak yang sama untuk mengakses pendidikan, kesehatan, dan makanan tanpa memandang jenis kelamin. Sebagian besar dari mereka juga diperbolehkan untuk memberikan pendapatnya dan terlibat dalam proses pengambilan keputusan, terutama yang berkaitan dengan pendidikan. Dalam hal pembagian kerja di rumah, ibu diharapkan mengurus sebagian besar pekerjaan rumah tangga, memastikan keluarga hidup dengan layak. Meskipun anggota keluarga lainnya juga terlibat dalam pekerjaan yang berhubungan dengan rumah tangga, pembelanjaan dan penyiapan makanan masih menjadi tanggung jawab utama ibu. Temuan ini juga dilaporkan dalam publikasi UNICEF, yang menyatakan bahwa distribusi pekerjaan rumah tangga yang tidak merata antara orang tua, di mana perempuan dewasa bertanggung jawab atas pembelanjaan dan penyiapan makanan keluarga, menjadi salah satu hambatan dalam usaha meningkatkan praktik diet sehat dan aktivitas fisik remaja (UNICEF, 2021).

Keterbatasan waktu dalam penyiapan makanan bergizi akibat banyaknya tanggung jawab juga dapat meningkatkan kemungkinan konsumsi *ultra-processed food* (UPF). Studi global UNICEF yang melibatkan remaja dan ibu di 18 negara menunjukkan bahwa UPF masih disukai. Meskipun diketahui tidak sehat, UPF cenderung murah, mudah ditemukan, cepat disiapkan, dan enak (UNICEF, 2023). Hal ini relevan dengan temuan penelitian ini dimana remaja putri dilaporkan sering mengonsumsi jajanan yang tidak sehat, seperti seblak, dan tidak mengonsumsi sayuran dalam diet mereka. Pola makan yang berbeda diamati pada remaja laki-laki. Beberapa remaja laki-laki di Banten cenderung lebih memperhatikan pola makannya, terutama asupan protein untuk pembentukan otot. Namun, kasus tersebut tidak banyak ditemukan di lokasi penelitian lain dimana remaja laki-laki biasanya memiliki pola makan yang teratur sesuai dengan pola makan keluarga. Di Nusa Tenggara Timur, remaja lebih memilih mie instan daripada makanan rumahan lainnya. Terkadang, keluarga bahkan menukar ternak mereka dengan mie instan agar untuk meningkatkan nafsu makan anak-anak. Konsumsi UPF dikenal sebagai salah satu faktor risiko penyakit tidak menular, terutama terkait kelebihan berat badan dan pola makan. Sedangkan UPF cenderung memiliki kandungan mikronutrien esensial yang rendah (UNICEF, 2023). Dengan demikian, asupan mikronutrien harus menjadi perhatian karena dapat berkontribusi pada anemia, terutama di kalangan remaja putri, meskipun program TTD sudah dijalankan.

Dalam hal pernikahan anak, data menunjukkan bahwa prevalensinya menurun, menunjukkan perubahan sikap positif terhadap norma diskriminatif. Namun, hal itu tetap menjadi kendala bagi status kesehatan remaja putri dan wanita dewasa. Masih ada kasus anak dan remaja perempuan putus sekolah karena hamil, kenakalan remaja, alasan ekonomi, atau kegagalan melanjutkan ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi. Hal ini masih banyak terjadi karena stigma masyarakat di daerah yang tidak dekat dengan pusat perkotaan, seperti Jawa Barat dan Nusa Tenggara Timur. Pernikahan anak dan kehamilan dini jarang diberitakan karena dianggap sebagai aib dan urusan pribadi. Praktik ini dapat menghambat kesempatan remaja putri untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak sesuai dengan kondisinya.

Penelitian ini juga menemukan bahwa remaja putri mendapatkan pengetahuan tentang pubertas namun tidak melalui pendidikan seks yang komprehensif. Komunikasi dan perlakuan sejenis jarang ditemukan pada remaja laki-laki karena mereka cenderung tidak mengkomunikasikan masa pubertasnya kepada orangtuanya. Remaja perempuan cenderung lebih terbuka kepada orang tua, terutama ibu, saat pertama kali mengalami siklus menstruasi. Pembicaraan mengenai pubertas antara orang tua dan putranya merupakan suatu hal yang menyebabkan kecanggungan. Sebagian besar remaja laki-laki enggan membicarakan pengalaman mimpi basah pertama mereka kepada orangtuanya dan cenderung membicarakannya dengan kakak atau teman mereka. Norma gender yang kaku, misalnya yang menyebutkan bahwa laki-laki harus tangguh dan tidak menunjukkan emosi,

dapat membahayakan dan merusak hubungan antara laki-laki dan perempuan, dan antara orangtua dan anak-anaknya (UNFPA Indonesia, 2015). Selain itu, terdapat perbedaan cara pandang terhadap masalah reproduksi antara anak perempuan dan laki-laki. Menstruasi dianggap sebagai masalah kesehatan, sedangkan mimpi basah dianggap sebagai masalah seksual. Pembicaraan mengenai masalah seksual masih dianggap tabu dalam konteks Indonesia.

Akses terhadap program pembelajaran dan pendidikan menjadi kunci dalam mendukung kesetaraan gender, termasuk di bidang kesehatan dan gizi. Studi ini menangkap beragam norma budaya dan gender di berbagai latar belakang geografis, seperti antara daerah pedesaan dan perkotaan. Secara khusus, terdapat perbedaan mencolok dalam hal program pembelajaran dan akses ke pengetahuan dan informasi tentang gender dan kesetaraan gender di berbagai latar belakang geografis. Karena organisasi perempuan dan feminis tidak ada atau menjalankan program semacam itu di kebanyakan daerah pedesaan, sekolah kemungkinan besar menjadi institusi utama untuk menyediakan program pendidikan gender di daerah pedesaan.

Kesimpulan dan Rekomendasi

Studi ini telah mempelajari kesetaraan gender dalam program kesehatan dan gizi remaja di Indonesia, yang juga mengidentifikasi peran potensial pemerintah, masyarakat, sekolah, dan rumah tangga dalam mempromosikan kesetaraan gender. Meskipun inisiasi pengarusutamaan gender telah dilakukan di tingkat nasional, beberapa masalah ketidaksetaraan gender masih diamati di lokasi penelitian, yang berpotensi menghambat kesetaraan dalam akses dan manfaat program kesehatan dan gizi remaja. Studi ini juga menyoroti kebutuhan untuk mengatasi ketidaksetaraan gender dalam gizi remaja perempuan. Oleh karena itu, upaya pengarusutamaan gender di masa depan mungkin perlu memperluas fokusnya tidak hanya pada masalah kesehatan dan gizi, tetapi juga pada potensi determinan seputar masalah tersebut. Keberagaman latar belakang masyarakat yang termasuk dalam studi ini, misalnya sekolah swasta dan negeri, populasi pedesaan dan perkotaan, menunjukkan kebutuhan akan perhatian yang mendalam terhadap konteks lokal yang bervariasi selama proses pembuatan kebijakan dan implementasi program.



Hasil dari studi ini juga menunjukkan bahwa diperlukan lebih banyak program kesehatan dan gizi yang menargetkan remaja dan menggabungkan konsep kesetaraan gender. Program-program ini tidak harus berfokus pada remaja perempuan saja, terlepas dari kebutuhan gizi mereka yang belum terpenuhi, ketidaksetaraan dalam akses terhadap makanan bergizi, ataupun karena Indonesia memprioritaskan pengurangan stunting. Program yang menargetkan remaja laki-laki juga cukup penting, terutama dalam hal pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi serta gizi. Selain itu, penting untuk melibatkan remaja dalam mengembangkan program kesehatan dan gizi yang responsif terhadap gender dan remaja karena dapat mengakomodasi aspirasi mereka dan meningkatkan potensi keberhasilan program. Ada juga area potensial untuk mengembangkan program yang responsif terhadap gender, termasuk pendidikan gizi dan program kesehatan seksual dan reproduksi di sekolah. Studi ini juga mengidentifikasi sejumlah area potensial untuk mengembangkan program yang responsif terhadap gender, termasuk pendidikan gizi dan program kesehatan seksual dan reproduksi di sekolah. Sementara itu, kepemimpinan di sekolah (school leadership) juga sangat penting untuk keberlanjutan program kesehatan dan gizi remaja.

Sebagai tanggapan terhadap temuan tentang kesehatan dan gizi remaja serta isu-isu terkait gender, beberapa rekomendasi diusulkan sebagai berikut:



Pemerintah Pusat

1. Melanjutkan upaya pengarusutamaan gender di mana Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak serta kementerian terkait lainnya dapat melanjutkan kolaborasi dalam hal pengarusutamaan gender dan perencanaan anggaran, khususnya pada program kesehatan dan gizi remaja.
2. Mempertimbangkan penyampaian pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi dan program responsif gender lainnya di sekolah. Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, dan Kementerian Agama dapat mempertimbangkan untuk memberikan pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi serta program responsif gender lainnya dalam mekanisme yang berbeda tergantung pada karakteristik sekolah. Misalnya, pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi di Sekolah Luar Biasa perlu melibatkan orang tua/pengasuh, sedangkan pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi di sekolah lain dapat disampaikan secara terpisah antara siswa perempuan dan laki-laki untuk meningkatkan partisipasi mereka, khususnya siswa laki-laki.
3. Mengevaluasi kebijakan pencegahan perkawinan anak yang ada, misalnya mempertimbangkan kembali efektivitas dan dampak pemberian dispensasi nikah, serta kebijakan pencegahan lainnya. Mencegah perkawinan anak dan kehamilan dini mungkin tidak hanya bermanfaat

bagi kesehatan dan ekonomi remaja, tetapi juga dapat membantu pencegahan stunting, mengingat kehamilan remaja merupakan salah satu faktor penyumbang utama stunting.



Pemerintah Daerah

1. Memulai kerja sama multisektoral untuk mendukung program gizi dan kesehatan remaja yang sensitif gender, misalnya pembuatan MoU antara dinas kesehatan kabupaten/kota dan dinas pendidikan kabupaten/kota dalam hal TTD, Aksi Bergizi, atau program lain yang membutuhkan kerja sama.
2. Memperkenalkan upaya pengarusutamaan gender kepada masyarakat luas, misalnya sekolah, Puskesmas, dan lapisan masyarakat lainnya. Upaya ini dapat membantu mengatasi masalah ketidaksetaraan gender terkait kesehatan yang mempengaruhi kesehatan remaja dan status gizi, misalnya pernikahan anak, kehamilan dini, persepsi citra tubuh, pola makan, maupun manfaat dari praktek gaya hidup sehat.
3. Dinas kesehatan kabupaten/kota perlu memperkuat koordinasi dengan Puskesmas dan sekolah tentang program kesehatan remaja, misalnya memastikan distribusi suplemen zat besi untuk mendukung program TTD, meningkatkan ketersediaan fasilitas kesehatan dalam UKS/M, mengupayakan penyediaan layanan kesehatan yang lebih baik bagi remaja putri putus sekolah dengan bantuan kader kesehatan di masyarakat, serta pelaksanaan pemantauan yang lebih baik terhadap peralatan dan fasilitas kesehatan bagi remaja baik di dalam maupun di luar sekolah.



Komunitas, meliputi Puskesmas dan Sekolah

1. Memastikan ketersediaan fasilitas kesehatan dan logistik yang memadai di seluruh Puskesmas dan sekolah.
2. Mendirikan lebih banyak Posyandu remaja dengan lebih banyak program kesehatan dan gizi untuk remaja laki-laki dan perempuan, termasuk remaja putus sekolah.
3. Mengidentifikasi konteks dan motivasi yang berbeda dalam mengakses layanan dan informasi kesehatan, misalnya, remaja laki-laki dan perempuan mungkin memiliki minat pada topik kesehatan dan gizi yang berbeda, sehingga dengan mengakomodasi perbedaan ini diharapkan dapat membantu meningkatkan penggunaan layanan kesehatan dan menarik lebih banyak remaja ke kegiatan edukasi kesehatan dan gizi.
4. Membangun kapasitas kader kesehatan remaja dengan melibatkan tokoh masyarakat, Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga (PKK), dan

kelompok masyarakat lain yang berfokus pada remaja.

5. Meningkatkan program kesehatan sekolah, seperti pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk kesehatan terkait menstruasi, program kesehatan mental, dan rekomendasi makan bersama di sekolah, serta mempertimbangkan langkah-langkah yang diperlukan untuk meningkatkan pemerataan dalam mengakses program kesehatan dan gizi remaja.
6. Meningkatkan keterlibatan orang tua dengan mensosialisasikan program dan mengkomunikasikan isu-isu terkait, misalnya mengenai pentingnya makanan bergizi dan program kesehatan lainnya di sekolah.
7. Layanan kesehatan dan program gizi perlu mempertimbangkan kebutuhan spesifik dan preferensi gender dari setiap kelompok remaja. Oleh karena itu, sangat penting untuk melibatkan remaja secara aktif dalam perencanaan dan perancangan program untuk memastikan bahwa program tersebut dapat mengakomodasi kebutuhan mereka.



Orangtua/Pengasuh dan Remaja

1. Memastikan pengawasan orang tua yang memadai (misal dalam hal penggunaan media sosial) dan keterlibatan orang tua secara umum (misal dengan mendukung remaja dalam edukasi kesehatan seksual dan reproduksi serta masalah kesehatan mental). Studi ini menyoroti pentingnya komunikasi orang tua-remaja untuk mendukung kesehatan remaja serta melindungi remaja dari isu-isu sosial dan terkait gender.
2. Menerapkan konsep kesetaraan gender dalam kehidupan sehari-hari, misalnya dengan mendistribusikan pekerjaan rumah tangga secara merata antara anak laki-laki dan perempuan, serta menyediakan makanan yang cukup untuk mendukung pertumbuhan remaja tanpa memandang jenis kelamin, karena orang tua/pengasuh akan menjadi panutan remaja dalam memahami kesetaraan gender.
3. Orang tua dan remaja dapat berkolaborasi untuk mempromosikan dan mempertahankan gaya hidup sehat dan gizi seimbang di rumah, sekaligus untuk memahami potensi remaja untuk mendapatkan manfaat dari praktik pola makan dan gaya hidup yang lebih sehat.
4. Mempertimbangkan diet sehat dan seimbang dalam menyediakan makanan untuk remaja dan anggota keluarga lainnya. Dalam hal ini, orang tua / pengasuh perlu memahami kebutuhan gizi dan kesehatan pada tahap kehidupan remaja, dan potensi mereka untuk mendapatkan manfaat dari perbaikan gizi dan gaya hidup sehat. Orang tua juga perlu memahami kebutuhan yang belum terpenuhi pada remaja perempuan dan manfaat

potensial dari TTD untuk mencegah dan mengurangi anemia. Informasi tersebut dapat diperoleh dari petugas kesehatan masyarakat, kader kesehatan, atau guru.



NI dan Mitra Potensial

1. Memprakarsai dan mengadvokasi program gizi dan kesehatan remaja yang responsif gender, misalnya program pendidikan gizi, kesehatan seksual dan reproduksi serta kesehatan mental, sekaligus memastikan kesetaraan gender dalam akses terhadap program-program tersebut.
2. Memberikan dukungan teknis untuk pengarusutamaan gender dalam program gizi dan kesehatan remaja melalui bimbingan teknis, peningkatan kapasitas dan bentuk bantuan lainnya.
3. Mengevaluasi program-program yang ada dan telah dikolaborasikan bersama pemerintah, misalnya pelaksanaan program rekomendasi makan bersama di sekolah di daerah miskin, mencari solusi untuk perbaikan program yang sedang berjalan, mengidentifikasi peluang untuk meningkatkan pemerataan akses terhadap program kesehatan dan gizi remaja, serta mendukung pemberdayaan remaja pada umumnya.



Daftar Pustaka

- Ali, PB. (2021). Pengantar Pertemuan Sosialisasi Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG) 2021-2024. Diakses pada 16 Juni 2023, dari [https://sunam2021.cegahstunting.id/img/materi/22_okt_2021/final.%20181021%20-%20Rev%20Materi%20Sosialisasi%20RANPG%202021-2024-template-EN%20-%20edit%2022.00%20\(1\)%20\(1\).pdf](https://sunam2021.cegahstunting.id/img/materi/22_okt_2021/final.%20181021%20-%20Rev%20Materi%20Sosialisasi%20RANPG%202021-2024-template-EN%20-%20edit%2022.00%20(1)%20(1).pdf).
- Ascholani, C. (2020). Panduan Fasilitasi Pemberdayaan Perempuan di Desa. Diakses pada 30 April 2023, https://sikompak.bappenas.go.id/pembelajaran/view/46/id/modul_kegiatan/Panduan%20Fasilitasi%20Pemberdayaan%20Perempuan%20di%20Desa/download.pdf
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. (2012). Strategi Nasional Percepatan Pengarusutamaan Gender (PUG) melalui Perencanaan dan Penganggaran yang Responsif Gender (PPRG). Diakses pada 16 Juni 2023, dari <https://www.kemenpppa.go.id/lib/uploads/list/6a361-buku-1-stranas-pprg.pdf>.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. (2020). Sekolah Perempuan. Diakses pada 30 April 2023, dari <http://mampu.bappenas.go.id/pengetahuan/publikasi/project-brief-sekolah-perempuan/>
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. (2021). Keputusan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional Nomor KEP 124/M.PPN/HK/10/2021 tentang Penetapan Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi tahun 2021-2024. Diakses pada 16 Juni 2023, dari https://jdih.bappenas.go.id/data/abstrak/2021-KEPMEN-PPN-124-Rencana_Aksi_Nasional_Pangan_dan_Gizi_tahun_2021-2024.pdf.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Bandung Barat. (2021). Jumlah Penduduk menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (Jiwa), 2021. Diakses pada 19 Juni 2023, dari <https://bandungbaratkab.bps.go.id/indicator/12/248/1/jumlah-penduduk-menurut-kelompok-umur-dan-jenis-kelamin.html>.
- Badan Pusat Statistik Kota Bogor. (2021). Penduduk Kota Bogor berdasarkan Kelompok Umur dan Jenis Kelamin (Jiwa), 2014-2021. Diakses pada 19 Juni 2023, dari <https://bogorkota.bps.go.id/indicator/12/31/1/penduduk-kota-bogor-berdasarkan-kelompok-umur-dan-jenis-kelamin.html>.
- Badan Pusat Statistik Provinsi Nusa Tenggara Timur. (2022). Jumlah Remaja Usia 15-24 Tahun yang Mendapat Penyuluhan Tentang Kesehatan Reproduksi (Kespro) 2020-2022. Diakses pada 19 Juni 2023, dari <https://ntt.bps.go.id/indicator/30/225/1/jumlah-remaja-usia-15-24-tahun-yang-mendapat-penyuluhan-tentang-kesehatan-reproduksi-kespro.html>.

- Badan Pusat Statistik. (2023). Angka Partisipasi Kasar (APK) SMA/SMK/MA/Sederajat menurut Jenis Kelamin 2020-2022. Diakses pada 12 Juli 2023, dari <https://www.bps.go.id/indicator/28/1339/1/angka-partisipasi-kasar-apk-sma-smk-ma-sederajat-menurut-jenis-kelamin.html>
- Badan Pusat Statistik. (2023). Angka Partisipasi Kasar (APK) SMP/MTs/Sederajat menurut Jenis Kelamin 2020-2022. Diakses pada 12 Juli 2023, dari <https://www.bps.go.id/indicator/28/1427/1/angka-partisipasi-kasar-apk-smp-mts-sederajat-menurut-jenis-kelamin.html%20;%20>
- Badan Pusat Statistik. (2023). Data Sensus Subjek Gender. Diakses pada 16 Juni 2023, dari <https://www.bps.go.id/subject/40/gender.html#subjekViewTab5>.
- Badan Pusat Statistik. (2023). Indeks Pembangunan Gender (IPG). Diakses pada 16 Juni 2023, dari <https://www.bps.go.id/indicator/40/463/1/indeks-pembangunan-gender-ipg-.html>.
- Badan Pusat Statistik. (2023). Indeks Pemberdayaan gender (IDG) 2021-2022. Diakses pada 16 Juni 2023, dari <https://www.bps.go.id/indicator/40/468/1/indeks-pemberdayaan-gender-idg-.html>.
- Barker, G., Verma, R., Crownover, J., Segundo, M., Fonseca, V., Contreras, M., Heilman, B., Pawlak, P. (2012). Boys and Education in the Global South: Emerging Vulnerabilities and New Opportunities for Promoting Changes in Gender Norms. *Thymos: Journal of Boyhood Studies*. 6. 137-150. 10.3149/thy.0602.137.
- Buitenbos, D. (2022). Why gender inequality often starts at home. Diakses pada 20 April 2023, dari <https://planacanada.ca/stories/why-gender-inequality-starts-at-home>.
- Cooke, A. G., McCavit, T. L., Buchanan, G. R., Powers, J. M. (2017). Iron Deficiency Anaemia in Adolescents Who Present with Heavy Menstrual Bleeding. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 30(2), 247-250.
- Decker, M. R., Wood, S. N., Thiongo, M., Byrne, M. E., Devoto, B., Morgan, R., Gichangi, P. (2021). Gendered health, economic, social and safety impact of COVID-19 on adolescents and young adults in Nairobi, Kenya. *PLoS One*, 16(11), e0259583.
- DeJaeghere, J., & Lee, S. K. (2011). What matters for marginalised girls and boys in Bangladesh: A capabilities approach for understanding educational well-being and empowerment. *Research in Comparative and International Education*, 6(1), 27-42.
- Dinas Kesehatan Kota Cilegon. (2022). Dashboard Layanan Kesehatan. Diakses pada 16 Juni 2023, dari <https://dinkes.cilegon.go.id/page/detail/informasi-publik>.
- Dinas Pendidikan Kabupaten Bandung Barat. (2020). Save The Children Gulirkan Program 'BISA' di Bandung Barat. Diakses pada 20 Juni 2023, dari <http://disdikbb.org/news/save-the-children-gulirkan-program-bisa-di-bandung-barat/>.
- Erni, A. (2020). Penguatan Kesetaraan Gender dalam Percepatan Pencegahan Stunting. Diakses pada 16 Juni 2023, dari https://stunting.go.id/?smd_process_download=1&download_id=6479.
- Ford, N. D., Bichha, R. P., Parajuli, K. R., Paudyal, N., Joshi, N., Whitehead, R. D., Jr, Chitekwe, S., Mei, Z., Flores-Ayala, R., Adhikari, D. P., Rijal, S., Jefferds, M. E. (2022). Factors associated with anaemia among adolescent boys and girls 10-19 years old in Nepal. *Maternal & Child Nutrition*, 18 Suppl 1, e13013.
- Gabhainn, S. & Kelleher, C. (2000). School Health Education and Gender: an Interactive Effect?. *Health Education Research*, 15:5, 2000, 591-602.

- Gasong, L.S., Damayanthi, E., Marliyati, S.A., Martianto, D. (2019). Pengembangan Produk Jagung Bose Instan diperkaya Zat Besi untuk Penanganan Anemia Remaja Putri di Kupang. Diakses pada 16 Juni 2023, dari <https://repository.ipb.ac.id/handle/123456789/99954>.
- Ghosh, S. (2020). Factors responsible for childhood malnutrition: A review of the literature. *Current Research in Nutrition and Food Science Journal*, 8(2), 360-370
- Gosdin, L., Sharma, A. J., Tripp, K., Amoafu, E. F., Mahama, A. B., Selenje, L., Addo, O. Y. (2021). A school-based weekly iron and folic acid supplementation program effectively reduces anaemia in a prospective cohort of Ghanaian adolescent girls. *The Journal of nutrition*, 151(6), 1646-1655.
- Hafner-Burton, E., & Pollack, M. A. (2002). Gender Mainstreaming and Global Governance. *Feminist Legal Studies*, 10(3), 285-298.
- Hoteit, M., Mohsen, H., Hanna-Wakim, L., Sacre, Y. (2022). Parent's food literacy and adolescents nutrition literacy influence household's food security and adolescent's malnutrition and anaemia: Findings from a national representative cross sectional study. *Frontiers in Nutrition*, 9, 1053552.
- Jourdan, D., Gray, N. J., Barry, M. M., Caffé, S., Cornu, C., Diagne, F., Sawyer, S. M. (2021). Supporting every school to become a foundation for healthy lives. *The lancet child & adolescent health*, 5(4), 295-303
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). Hasil Utama Riskesdas 2013 [Ebook]. Diakses pada 20 April 2023, dari <https://labmandat.litbang.kemkes.go.id/riset-badan-litbangkes/menu-risikesnas/menu-risikesdas/374-rkd-2013>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Hasil Utama Riskesdas 2018 [Ebook]. Diakses pada 20 April 2023, dari <https://www.litbang.kemkes.go.id/hasil-utama-risikesdas-2018/>
- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia. (2012). Petunjuk Pelaksanaan Perencanaan dan Penganggaran yang Responsif Gender untuk Kementerian/Lembaga: Lampiran 1 Surat Edaran tentang Strategi Nasional Percepatan Pengarusutamaan Gender (PUG) melalui Perencanaan dan Penganggaran yang Responsif Gender (PPRG).. Diakses pada 16 Juni 2023, dari <https://www.kemenpppa.go.id/lib/uploads/list/b7b98-petunjuk-pelaksanaan-pprg-untuk-pemerintah-pusat.pdf>.
- Machado, S., Brewster, A., Shapiro, V., Ritchie, L., Magee K., Madsen, K. (2022). Implementation Leadership in School Nutrition: A Qualitative Study. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 54(1), 2022, 56-64.
- Moschonis, G., Papandreou, D., Mavroglanni, C., Giannopoulou, A., Damianidi, L., Malindretos, P., et al. (2013). Association of iron depletion with menstruation and dietary intake indices in pubertal girls: The Healthy Growth Study. *Biomed Research International*, 2013, 1-8.
- Nasruddin, H., Syamsu, R. F., Permatasari, D. (2021). Angka kejadian anemia pada remaja di Indonesia. *Jurnal Ilmiah Indonesia*, 1(4), 357-364.
- Ofojekwu, M-J. N., Nnanna, O. U., Okolie, C. E., Odewumi, L. A., Isiguzoro, I. O. U., et al. (2013). Hemoglobin and serum iron concentrations in menstruating nulliparous women in Jos, Nigeria. *Lab Medicine*, 44(2), 121-124.
- Permatasari, T., Briawan, D., & Madanijah, S. (2023). Hubungan Asupan Zat Besi Dengan Status Anemia Remaja Putri Di Kota Bogor. *PREPOTIF: JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT*, 4(2), 95-101. <https://doi.org/10.31004/prepotif.v4i2.935>.

- Rah JH, Melse-Boonstra A, Agustina R, van Zutphen KG, Kraemer K. The Triple Burden of Malnutrition Among Adolescents in Indonesia. *Food and Nutrition Bulletin*. 2021;42(1_suppl): S4-S8.
- Richards, E., Theobald S., George A., Kim, J., Rudert C., Jehan, K., Tolhurst, R. (2013). Going beyond the surface: Gendered intra-household bargaining as a social determinant of child health and nutrition in low- and middle-income countries. *Social Science & Medicine* 95, 2013, 24-33.
- Roche, M. L., Bhardwaj, A., Bury, L., Yusadiredjai, I. N., Asri, E. K., Purwanti, T. S., Kusyuniati, S., Izwardy, D. (2018). Adolescent girls' nutrition and prevention of anaemia: A school-based multisectoral collaboration in Indonesia. *BMJ* (Online), 363.
- Skjelbakken, T., Langbakk, B., Dahl, I. M. S., Løchen, M. L. (2005). Haemoglobin and anaemia in a gender perspective: The Tromsø Study. *European journal of haematology*, 74(5), 381-388.
- United Nations Children's Fund (UNICEF). (2019). Adolescent Nutrition Programme Aksi Bergizi: From District Pilot to National Scale-up. Diakses pada 30 April 2023, dari <https://www.unicef.org/indonesia/media/9211/file/Aksi%20Bergizi%20program%20from%20pilot%20districts%20to%20national%20scale%20up.pdf>
- United Nations Children's Fund (UNICEF). (2021). Social and Behavioural Change Communication Strategy: Improving Adolescent Nutrition in Indonesia. Diakses pada 20 April 2023, dari <https://www.unicef.org/indonesia/media/9201/file/Social%20behavioural%20change%20communication%20strategy.pdf>.
- United Nations Children's Fund (UNICEF). (2023). Undernourished and Overlooked: A Global Nutrition Crisis in Adolescent Girls and Women. Diakses pada 20 April 2023, dari <https://www.unicef.org/reports/undernourished-overlooked-nutrition-crisis>
- United Nations Population Fund (UNFPA) Indonesia. (2015) Men's Engagement in UNFPA Indonesia Programming: Strengthening understanding, capacity, and policy to transform inequitable and unhealthy gender attitudes and norms. Diakses pada 20 April 2023, dari https://indonesia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/BOOKLET_Male_Involvement_04.pdf
- World Economic Forum. (2022). Global Gender Gap Report 2022. Diakses pada 16 Juni 2023, dari https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2022.pdf.
- World Health Organization (WHO) Regional Office for Southeast Asia. (2017). Mental Health Status of Adolescents in South-East Asia: Evidence for Action. Diakses pada 16 Juni 2023, dari <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254982/9789290225737-eng.pdf>.
- World Health Organization (WHO). (1968). *Nutritional anaemias: Report of a WHO scientific group*. Diakses pada 21 April 2023, dari https://scholar.google.co.id/scholar_url?url=https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40707/W%3Fsequence%3D1&hl=id&sa=X&ei=6yFSZKPoIKil6rQPIL-HGA&scisig=AGIGAw-BTh_c4wgYz7LTFEDwdRxn&oi=scholar



Lampiran

Panduan Pengumpulan Data: Daftar Pertanyaan

Wawancara dan Focus Group Discussion

Analisa berbasis Jenis Kelamin dan Gender untuk
Program Kesehatan dan Gizi Remaja

The Habibie Center dan Nutrition International

Wawancara

Kategori	Kriteria	Pertanyaan
Pemerintah (Pusat & Lokal)	- Kementerian Kesehatan - Kementerian PPN/Bappenas	- Apakah ada kebijakan atau dokumen tertulis khusus tentang isu malnutrisi di kalangan remaja? - Faktor apa yang dipertimbangkan dalam pembuatan kebijakan tersebut? - Program apa yang dimiliki untuk mengatasi masalah malnutrisi di kalangan remaja? Apakah program tersebut mencakup pencegahan dan intervensi? - Dalam membuat dan melaksanakan program tersebut, seberapa besar instansi Bapak/Ibu mempertimbangkan aspek gender dan jenis kelamin dalam malnutrisi? - Apakah instansi Bapak/Ibu melihat adanya perbedaan masalah malnutrisi/malnutrisi yang dihadapi oleh remaja perempuan/Wanita dan yang dihadapi oleh remaja laki-laki/Pria? - Jika terdapat perbedaan, bagaimana instansi Bapak/Ibu mengakomodasi dan mempertimbangkan berbagai masalah tersebut? - Apakah Bapak/Ibu juga melihat perbedaan kebutuhan antara remaja perempuan/Wanita dan laki-laki dalam pemenuhan gizi dan kesehatan? Jika demikian, bagaimana instansi Bapak/Ibu mengakomodasi perbedaan ini dalam kebijakan dan program di instansi Bapak/Ibu? - Apakah instansi Bapak/Ibu memiliki data terkait malnutrisi yang dipisahkan menurut jenis kelamin? Apakah instansi Bapak/Ibu mengembangkan anggaran berdasarkan jenis kelamin dalam program di instansi Bapak/Ibu? - Bagaimana instansi Bapak/Ibu membuat kebijakan terkait malnutrisi? Bagaimana partisipasi perempuan dalam pembuatan kebijakan tersebut? Seberapa penting partisipasi perempuan dalam pembuatan kebijakan dan implementasinya? - Menurut pemahaman Bapak/Ibu, apa yang menjadi akar masalah malnutrisi di kalangan anak dan remaja? - Berapa banyak masalah kesetaraan gender dalam berbagai aspek masyarakat dan komunitas, termasuk rumah tangga, yang dijadikan sebagai bahan pertimbangan dalam program pencegahan? - Apakah instansi Bapak/Ibu memiliki program pencegahan dan program intervensi dengan pemisahan gender dan jenis kelamin? - Bagaimana gambaran distribusi program pencegahan malnutrisi di seluruh negeri pada kalangan anak dan remaja? - Bagaimana keputusan yang dibuat untuk distribusi program tersebut? apakah ada pertimbangan gender dan jenis kelamin dalam mengklasifikasikan kelompok sasaran? - Menurut Bapak/Ibu, apakah kebijakan dan program terkait malnutrisi di kelompok anak dan remaja memiliki kontribusi dalam meningkatkan kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan? - Sudah berapa lama program tersebut berjalan? - Bagaimana dengan keberhasilan program tersebut dalam memerangi malnutrisi? Faktor apa yang membantu dalam mencapai tujuan program? Tantangan dan hambatan apa yang ditemui?

		18. Apakah instansi Bapak/Ibu memiliki program kerjasama dengan Lembaga atau organisasi lain? Jika iya, dengan siapa? Bagaimana kolaborasi tersebut dapat meningkatkan implementasi program? Secara khusus, bagaimana kolaborasi tersebut dapat membantu dalam meningkatkan pertimbangan perspektif gender dalam suatu program? 19. Apakah ada kerjasama secara khusus dengan Kementerian Pemberdayaan Perempuan? Menurut Bapak/Ibu seberapa penting untuk bekerjasama dengan sektor pemerintah terkait lainnya? 20. Jika instansi Bapak/Ibu memiliki perencanaan yang memfokuskan malnutrisi pada kalangan remaja, bagaimana Bapak/Ibu dapat menjamin program tersebut sesuai dengan target sasaran? Khususnya, terkait dengan isu gender, bagaimana upaya Bapak/Ibu dalam menyiapkan narasumber/SDM yang dapat melaksanakan program dengan perspektif gender yang kuat? 21. Apakah Bapak/Ibu mempertimbangkan disabilitas atau penyandang disabilitas (laki-laki dan perempuan) dalam kebijakan dan program terkait malnutrisi? 22. Selain malnutrisi, apakah ada kebijakan yang mengutamakan isu gender? Bagaimana kesetaraan gender dijadikan sebagai salah satu tujuan utama program tersebut? 23. Bagaimana upaya instansi Bapak/Ibu dalam membangun kesadaran masyarakat terkait malnutrisi? Bagaimana dengan keterlibatan perempuan dan laki-laki dalam program tersebut dalam rangka membangun kesadaran dan partisipasi masyarakat? 24. Menurut Bapak/Ibu, upaya dalam bidang apa yang memerlukan peningkatan/perbaikan lebih lanjut untuk mengatasi malnutrisi di Indonesia khususnya di kalangan remaja? Strategi apa yang perlu diprioritaskan dan ditingkatkan?
	1. Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi 2. Kementerian Agama 3. Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi 4. Kementerian Dalam Negeri	1. Isu terkait ketidaksetaraan gender apakah yang terkait dengan ruang lingkup kebijakan kementerian Bapak/Ibu? 2. Apakah instansi Bapak/Ibu memiliki kebijakan atau program terkait kesetaraan gender? Jika ada, seperti apa bentuk kebijakan dan program tersebut? Apa tujuannya? Dan jika tidak ada kenapa? 3. Apakah ada kebijakan atau program dalam penanganan malnutrisi di lingkup anak dan remaja? Jika ada, seperti apa? Dan tujuannya apa? Jika tidak kenapa? 4. Jika instansi Bapak/Ibu tidak memiliki kebijakan atau program langsung terkait malnutrisi dan kesetaraan gender, apakah ada kebijakan atau program yang dapat berkontribusi dalam hal malnutrisi dan kesetaraan gender? Bentuk kontribusinya seperti apa? 5. Untuk Kementerian Pendidikan dan Kementerian Agama, seberapa penting peran sekolah dalam mengkampanyekan kesetaraan gender dan penanggulangan malnutrisi pada anak dan remaja? 6. Apakah menurut instansi Bapak/Ibu penting untuk mengintegrasikan isu gender dan malnutrisi dalam sistem pembelajaran di sekolah (masuk dalam silabus)? Apakah saat ini sudah ada silabus yang mengajarkan siswa terkait kesetaraan gender? 7. Apakah instansi Bapak/Ibu memiliki program pencegahan dan juga intervensi di sekolah terkait malnutrisi dan kesetaraan gender? apakah menurut Bapak/Ibu penting melakukan pendekatan ke guru-guru dalam program malnutrisi dan kesetaraan gender?

		8. Apakah ada kasus perundungan berdasarkan gender/jenis kelamin/orientasi seksual yang melibatkan siswa? Bagaimana instansi Bapak/Ibu menangani masalah tersebut jika ada? Apa itu body shaming? Bagaimana respon Bapak/Ibu? 9. Menurut Bapak/Ibu apakah penting mengintegrasikan program malnutrisi di sekolah dengan kesetaraan gender? Apakah instansi Bapak/Ibu memiliki program seperti ini? 10. Apakah Bapak/Ibu mempertimbangkan keterwakilan anak perempuan dan Wanita dalam implementasi program gizi? 11. Apakah instansi Bapak/Ibu memasukkan/mempertimbangkan terkait penyandang disabilitas dalam kebijakan atau program terkait malnutrisi atau isu kesehatan lainnya? Apakah ada program yang memberdayakan khusus penyandang disabilitas? 12. (a) apakah ada kelompok tertentu yang belum terjangkau oleh layanan kesehatan, gizi dan pendidikan? (b) Jika ada, dari kalangan apakah mereka? 13. Apakah ada kerjasama dengan kementerian ataupun Lembaga lain terkait isu tersebut? 14. Apa saja tantangan dan solusi dalam melaksanakan program a) malnutrisi dan b) responsif gender untuk anak dan remaja (jika ada)?
	Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak	1. Apakah ada program atau kebijakan terkait malnutrisi pada kelompok anak perempuan dan Wanita? Kebijakan dan program apa yang instansi Bapak/Ibu miliki? 2. Sudah berapa lama program tersebut berjalan? 3. Apakah Bapak/Ibu melihat masalah malnutrisi pada Wanita, perempuan dan anak sebagai masalah kesetaraan gender? Apakah ada hubungan antara malnutrisi dengan kesetaraan gender (dalam hal apa)? Apakah Bapak/Ibu juga melihat kebutuhan yang berbeda antara perempuan/anak perempuan dan anak laki-laki dalam hal kesehatan dan gizi? Jika ya, bagaimana instansi Bapak/Ibu merefleksikan dan mengakomodasi perbedaan-perbedaan ini dalam kebijakan dan program instansi Bapak/Ibu? 4. Apakah instansi Bapak/Ibu memiliki data terkait malnutrisi yang dipisahkan menurut jenis kelamin? Apakah instansi Bapak/Ibu mengembangkan anggaran berdasarkan jenis kelamin dalam program di instansi Bapak/Ibu? 5. Di beberapa daerah di Indonesia, masih ada kasus pernikahan anak yang tinggi. Apakah Bapak/Ibu melihat adanya korelasi antara pernikahan anak dengan malnutrisi di kalangan anak perempuan? Jika ya, bagaimana instansi Bapak/Ibu mengintegrasikan agenda-agenda melawan pernikahan anak dengan memerangi malnutrisi di kalangan anak perempuan? 6. Bagaimana Bapak/Ibu melihat malnutrisi di kalangan remaja dan anak-anak sebagai isu hak-hak anak? Hak-hak anak apa saja yang belum terpenuhi dalam kasus malnutrisi di kalangan remaja dan anak-anak? 7. Bagaimana Bapak/Ibu melihat kekerasan dalam rumah tangga atau relasi gender dalam rumah tangga berdampak pada malnutrisi di kalangan perempuan dan anak perempuan dan anak-anak? 8. Menurut Bapak/Ibu, apakah Wanita dan anak perempuan memiliki kecenderungan yang lebih besar terhadap malnutrisi? Mengapa?

		9. Seperti apa kebijakan dan program di instansi Bapak/Ibu yang ditujukan untuk pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak dalam menangani kesehatan dan malnutrisi di antara perempuan dan anak perempuan? 10. Apakah Bapak/Ibu memprioritaskan partisipasi perempuan dan anak perempuan dalam pelaksanaan program instansi Bapak/Ibu tentang malnutrisi? Menurut Bapak/Ibu, mengapa partisipasi perempuan dan anak perempuan sangat penting untuk diorganisir? 11. Apakah instansi Bapak/Ibu memiliki program dan agenda kolaboratif dengan lembaga dan organisasi lain? Jika ya, dengan siapa instansi Bapak/Ibu berkolaborasi? Bagaimana kolaborasi tersebut membantu instansi Bapak/Ibu meningkatkan implementasi program? Secara spesifik, bagaimana kolaborasi membantu instansi Bapak/Ibu dalam mengarusutamakan gender dalam program-program instansi Bapak/Ibu? 12. Jika instansi Bapak/Ibu memiliki perencanaan yang memfokuskan malnutrisi pada kalangan remaja, bagaimana instansi Bapak/Ibu dapat menjamin program tersebut sesuai dengan target sasaran? Khususnya, terkait dengan isu gender, bagaimana upaya Bapak/Ibu dalam menyiapkan narasumber/SDM yang dapat melaksanakan program dengan perspektif gender yang kuat? 13. Apakah instansi Bapak/Ibu mempertimbangkan disabilitas atau penyandang disabilitas (laki-laki dan perempuan) dalam kebijakan dan program terkait malnutrisi? 14. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak secara aktif mengkampanyekan partisipasi laki-laki dalam kesetaraan gender. Mengapa partisipasi laki-laki penting? Menurut Bapak/Ibu, apakah partisipasi laki-laki dalam kesetaraan gender itu strategis dan relevan dalam kasus malnutrisi? 15. Malnutrisi memiliki hubungan dengan kesehatan reproduksi, misalnya dalam hal menstruasi, kehamilan, dan banyak lainnya. Apakah instansi Bapak/Ibu memiliki program yang mengintegrasikan kedua isu perempuan ini, malnutrisi dan kesehatan reproduksi? 16. Bagaimana upaya instansi Bapak/Ibu dalam membangun kesadaran masyarakat terkait malnutrisi? Bagaimana melibatkan perempuan dan laki-laki dalam program yang dijalankan oleh instansi Bapak/Ibu untuk membangun kesadaran dan partisipasi publik? 17. Menurut Bapak/Ibu, upaya dalam bidang apa yang memerlukan peningkatan/perbaikan lebih lanjut untuk mengatasi malnutrisi di Indonesia khususnya di kalangan remaja dan anak-anak? Strategi apa yang perlu diprioritaskan dan ditingkatkan?
	Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional	1. (a) Apa tujuan, kebijakan dan program kementerian/lembaga Bapak/Ibu yang ditujukan untuk meningkatkan kesehatan dan gizi remaja serta pemberdayaan kesetaraan gender? Bagaimana implementasinya selama ini? (b) Bagaimana progress pencegahan stunting nasional, khususnya yang berkaitan dengan gizi dan kesehatan remaja? 2. (a) Bagaimana tren pernikahan anak di Indonesia? (b) Program apakah yang ditujukan untuk mencegah dan menanggulangi masalah ini?

		3. Apakah ada masalah yang menghambat layanan kesehatan dan gizi untuk anak perempuan vs anak laki-laki, remaja perempuan vs remaja laki-laki, perempuan dewasa vs laki-laki dewasa, misalnya, kurangnya minat akan layanan karena stigma dan norma sosial? 4. (a) Apakah ada kelompok masyarakat tertentu yang saat ini belum terjangkau oleh pelayanan kesehatan dan gizi yang diberikan oleh BKKBN? (b) Jika demikian, siapakah mereka? 5. Apakah ada program kesehatan, gizi, atau pendidikan khusus untuk remaja putus sekolah, misalnya pendidikan kesehatan reproduksi? 6. Apa saja tantangan dan solusi untuk melaksanakan a) program gizi dan b) program terkait gender untuk anak dan remaja (jika ada)? Faktor apa saja yang berdampak negatif terhadap program gizi dan kesehatan yang dilaksanakan BKKBN?
	Dinas Kesehatan Provinsi dan Kota/ Kabupaten	1. a) Apakah institusi anda menerapkan kerangka gender dalam intervensi terkait masalah kesehatan di daerah anda?; b) Apakah anda memiliki data yang terpisah berdasarkan jenis kelamin?; c) Adakah kebijakan terkait kesehatan yang mempertimbangkan perbedaan gender dan jenis kelamin di wilayah anda?; d) Bagaimana proses pemantauan program dijalankan? 2. (a) Apa tujuan, kebijakan, dan program lembaga anda terkait peningkatan gizi dan kesehatan remaja serta kesetaraan gender? (b) Bagaimana pelaksanaannya sejauh ini? 3. (a) Apa saja kegiatan yang saat ini sedang dilakukan oleh institusi anda terkait peningkatan kesehatan anak dan remaja? (b) Apakah hal tersebut sudah diimplementasikan secara keseluruhan? 4. Apakah ada hal-hal tertentu yang mempengaruhi proporsi akses dan penerimaan layanan kesehatan dan gizi untuk perempuan dibandingkan dengan laki-laki, atau untuk remaja perempuan dan remaja laki-laki dibandingkan dengan perempuan dan laki-laki yang lebih dewasa, misalnya kurangnya permintaan terhadap layanan karena stigma dan norma sosial? 5. Apakah institusi anda mempertimbangkan perspektif gender dalam pembuatan dan implementasi kebijakan? Jika ya, apa contohnya? 6. (a) Apakah ada dampak tertentu dari program kesehatan terhadap masalah kesehatan pada penyandang disabilitas? (b) Sejauh mana program-program kesehatan bermanfaat bagi penyandang disabilitas? 7. Apa saja tantangan dan solusi dalam pelaksanaan a) Program-program terkait malnutrisi b) Program-program responsif gender untuk anak dan remaja (jika ada)? Faktor apa saja yang berpengaruh secara positif dan negatif terhadap distribusi layanan gizi dan kesehatan, atau layanan lainnya yang anda miliki?
	DP3AKB Provinsi dan Kota/Kabupaten	1. a) Apakah institusi anda menerapkan kerangka gender dalam intervensi terkait masalah kesehatan di daerah anda?; b) Apakah anda memiliki data yang terpisah berdasarkan jenis kelamin?; c) Adakah kebijakan terkait kesehatan yang mempertimbangkan perbedaan gender dan jenis kelamin di wilayah anda?; d) Bagaimana proses pemantauan program dijalankan? 2. (a) Apa tujuan, kebijakan, dan program lembaga anda terkait peningkatan gizi dan kesehatan remaja serta kesetaraan gender? (b) Bagaimana pelaksanaannya sejauh ini?

		(a) Apa saja kegiatan yang saat ini sedang dilakukan oleh institusi anda terkait peningkatan kesehatan anak dan remaja? (b) Apakah hal tersebut sudah diimplementasikan secara keseluruhan? - Apakah ada hal-hal tertentu yang mempengaruhi proporsi akses dan penerimaan layanan kesehatan dan gizi untuk perempuan dibandingkan dengan laki-laki, atau untuk remaja perempuan dan remaja laki-laki dibandingkan dengan perempuan dan laki-laki yang lebih dewasa, misalnya kurangnya permintaan terhadap layanan karena stigma dan norma sosial? - Apakah institusi anda mempertimbangkan perspektif gender dalam pembuatan dan implementasi kebijakan? Jika ya, apa contohnya? (a) Apakah ada dampak tertentu dari program kesehatan terhadap masalah kesehatan pada penyandang disabilitas? (b) Sejauh mana program-program kesehatan bermanfaat bagi penyandang disabilitas? - Apa saja tantangan dan solusi dalam pelaksanaan a) Program-program terkait malnutrisi b) Program-program responsif gender untuk anak dan remaja (jika ada)? Faktor apa saja yang berpengaruh secara positif dan negatif terhadap distribusi layanan gizi dan kesehatan, atau layanan lainnya yang anda miliki?
	BAPPEDA Provinsi dan Kota/Kabupaten	(a) Apa tujuan, kebijakan, dan program lembaga anda terkait peningkatan gizi dan kesehatan remaja serta kesetaraan gender? (b) Apa saja tantangan dan solusi dalam pelaksanaan program (jika ada)? (a) Bagaimana pelaksanaan program pemantauan dan evaluasi? (b) Apakah ada jangka waktu tertentu untuk pelaksanaannya? (c) Jika ditemukan sesuatu yang tidak sesuai, apakah ada umpan balik yang diberikan? - Apakah ada hal-hal tertentu yang mempengaruhi proporsi akses dan penerimaan layanan kesehatan dan gizi untuk perempuan dewasa dan remaja perempuan dibandingkan dengan laki-laki dewasa dan remaja laki-laki? (a) Apakah ada kelompok masyarakat tertentu yang saat ini belum terjangkau oleh pelayanan kesehatan dan gizi yang ada? (b) Siapakah mereka?
	Dinas Pendidikan	- Apa tujuan, kebijakan, dan program lembaga anda terkait peningkatan gizi dan kesehatan remaja serta kesetaraan gender? Bagaimana pelaksanaannya sejauh ini? - Bagaimana fenomena malnutrisi dalam lingkungan sosial? Apakah ada kesetaraan gender terkait malnutrisi? Terkait dengan pernikahan anak, apakah hal tersebut berhubungan dengan kecenderungan perjodohan yang dilakukan oleh keluarga ataupun karena alasan lain? - Apakah ada masalah lain terkait dengan anak dan remaja? Apakah ada masalah tertentu yang menonjol dalam konteks laki-laki dan perempuan? Tren masalah apa yang terjadi pada anak dan remaja, baik laki-laki maupun perempuan? - Apakah ada dampak tertentu dari program kesehatan terhadap masalah kesehatan pada penyandang disabilitas? - Apakah semua anak dan remaja memiliki asuransi sosial yang melindungi mereka? Adakah kelompok yang tidak memilikinya?

		6. a) Apakah ada kelompok masyarakat tertentu yang saat ini belum terjangkau oleh pelayanan kesehatan dan gizi yang ada?; b) Jika ya, siapakah mereka? 7. Apakah ada ketimpangan data anak di sekolah jika dilihat dari sudut pandang gender? Berdasarkan analisis gender, apakah ada kelompok anak yang lebih sering putus sekolah? 8. Apakah institusi anda memiliki kebijakan yang mempertimbangkan perbedaan gender dalam pendidikan, kesehatan, dan hak asasi manusia lainnya? 9. Apakah ada kegiatan khusus untuk menangani isu-isu gender di sekolah? Jika ya, dalam bentuk apa? Apakah kegiatan tersebut dilakukan untuk siswa dan perangkat sekolah lainnya di lingkungan sekolah, seperti kepala sekolah, guru, staf, dan lain-lain? 10. Apakah ada kegiatan khusus untuk meningkatkan kesadaran gender dalam program kesehatan? Siapakah targetnya? 11. Apakah remaja putus sekolah tetap menjadi prioritas respon program pemantauan kesehatan? Apakah ada isu kekerasan seksual pada kalangan remaja putus sekolah dalam masyarakat? 12. Apa saja tantangan dan solusi dalam pelaksanaan: a) Program-program terkait malnutrisi; b) Program-program responsif gender untuk anak dan remaja (jika ada). Faktor apa saja yang berpengaruh negatif terhadap distribusi layanan gizi dan kesehatan, atau layanan lainnya yang anda miliki?
Layanan kesehatan masyarakat	Puskesmas dan klinik (bila ada)	1. Jenis layanan apa yang tersedia untuk remaja putri dan remaja putra? 2. Bagaimana remaja biasanya membayar biaya layanan (misalnya, asuransi kesehatan, pengeluaran orang tua)? 3. Bagaimana pengalaman remaja putri dan remaja putra dalam menggunakan fasilitas kesehatan tersebut, seperti datang atau berobat ke Posyandu Remaja? 4. Apakah ada tindakan khusus untuk memenuhi kebutuhan remaja putri dan putra? Seperti apa contohnya? 5. Bagaimana Anda menyampaikan program untuk remaja putus sekolah dan terpinggirkan/rentan? (misalnya melalui PKBM) 6. Apakah ada kondisi lingkungan di masyarakat yang menempatkan remaja putri atau putra, khususnya pada risiko masalah kesehatan dan gizi yang buruk? 7. Ke mana para remaja biasanya mencari informasi tentang kesehatan atau mencari jawaban/bantuan/pendapat ketika mereka memiliki pertanyaan/masalah tentang kesehatan? 8. Apakah ada platform yang dapat digunakan untuk menjangkau perempuan, laki-laki, remaja putri dan putra dengan layanan dan produk kesehatan dan gizi? 9. Apakah ada layanan kesehatan bagi remaja yang menghadapi pernikahan dini? (mis., pendidikan khusus, konseling pranikah atau pernikahan, layanan keluarga berencana, layanan gizi untuk remaja hamil)? 10. Apakah pertimbangan tambahan diberikan kepada mereka selama kehamilan, atau bayi mereka yang baru lahir (karena mereka berisiko lebih tinggi kekurangan gizi) 11. Apakah ada layanan untuk masalah kesehatan mental dan disabilitas?

		12. Apakah Anda merasa memiliki pengetahuan dan pemahaman yang cukup tentang bagaimana menyikapi remaja, khususnya dalam memberikan pelayanan/program gizi dan kesehatan? 13. Apakah ada tantangan dan hambatan dalam pelaksanaannya? 14. Faktor apa saja yang mempengaruhi pelayanan/program tersebut? <i>Dapat menggunakan flip chart yang terdiri dari jenis/sumber informasi, permasalahan yang ada, jenis layanan</i>
	Posyandu	1. Jenis layanan apa yang ditujukan untuk anak perempuan dan laki-laki? 2. Apakah ada langkah-langkah khusus untuk menanggapi kebutuhan remaja putri dan putra? Dapatkah Anda memberikan contohnya? Bagaimana Anda menyampaikan program untuk remaja putus sekolah dan remaja yang terpinggirkan/rentan? (misalnya, melalui PKBM) 3. Apa saja pengalaman remaja putri dan putra dalam menggunakan fasilitas kesehatan tersebut, seperti pergi ke Posyandu Remaja? 4. Ke mana biasanya remaja mencari informasi tentang kesehatan atau mencari jawaban/bantuan/pendapat ketika mereka memiliki pertanyaan/masalah tentang kesehatan? 5. Apakah ada media lain yang dapat digunakan untuk menjangkau perempuan, laki-laki, remaja putri dan putra terhadap layanan dan produk kesehatan dan gizi? 6. Apakah ada kondisi lingkungan dalam masyarakat yang membuat remaja putra/putri berisiko mengalami masalah kesehatan dan gizi? 7. Apakah Anda merasa memiliki pengetahuan dan pemahaman yang cukup tentang bagaimana merespon remaja, terutama dalam memberikan layanan/program gizi dan kesehatan? Apakah ada tantangan dan hambatan lain dalam pelaksanaannya?
Sekolah	Kepala Sekolah	1. Jenis penyakit apa yang sering diderita oleh siswa saat ini? 2. Apakah ada perbedaan tren penyakit tersebut pada siswa laki-laki dan perempuan? 3. Sekolah ini merupakan salah satu sekolah yang menerima suplementasi Tablet Tambah Darah (TTD) dari Puskesmas. Menurut anda, seberapa penting pelaksanaan program ini? Bagaimana cara mengevaluasi pelaksanaannya? 4. Apakah anda pernah menemukan kasus bullying/perundungan, terutama terkait body shaming, di antara siswa? Jika ya, bagaimana anda merespons hal tersebut? 5. Menurut anda, apa yang dimaksud dengan gender? Adakah kaitannya dengan kegiatan belajar dan mengajar di sekolah? 6. Adakah perbedaan perlakuan atau kebijakan dalam proses belajar dan mengajar antara siswa perempuan dan laki-laki? 7. Menurut anda, sebagai kepala sekolah, guru, dan staf di sekolah ini, adakah perbedaan antara siswa laki-laki dan perempuan dalam hal: ketekunan, kepatuhan, kemampuan, dan prestasi?

		8. Apakah ada peraturan dan/atau pembelajaran yang diberikan sekolah terkait pemenuhan hak-hak anak (menerima pembelajaran, mendapat fasilitas belajar, keamanan dan kesehatan saat proses pembelajaran)? 9. Selain program TTD, adakah program lain dari Puskesmas terkait kesehatan remaja? Bagaimana tingkat partisipasi siswa laki-laki dan perempuan dalam program tersebut? 10. Apakah sekolah ini memiliki kegiatan UKS (Unit Kesehatan Sekolah)? Bagaimana tingkat partisipasi siswa laki-laki dan perempuan dalam program tersebut? 11. Apakah ada materi pembelajaran yang terkait dengan kesehatan? Apakah hal tersebut dipraktekkan di luar kelas atau dalam kehidupan siswa sehari-hari? 12. Menurut anda, apakah siswi yang mengalami menstruasi memerlukan perlakuan khusus, misalnya diberi izin absen? 13. Apakah ada siswa penyandang disabilitas di sekolah anda? Jenis disabilitas apa yang dialami oleh siswa tersebut? Bagaimana siswa lain, guru, dan staf sekolah menanggapi hal ini? 14. Apakah ada pertemuan rutin dengan orangtua? Jika ya, apa yang biasanya didiskusikan? Adakah pembahasan terkait kesehatan anak? 15. Bagaimana perbandingan jumlah orang tua laki-laki dan perempuan yang hadir dalam pertemuan? 16. Bagaimana keterlibatan orang tua dalam pengambilan keputusan di sekolah, termasuk hal-hal terkait kesehatan anak dan remaja? 17. Apakah ada saran-saran tertentu dari orang tua terkait peran sekolah dalam membimbing dan mengasuh siswa? 18. Apakah sekolah mengalami hambatan dalam pelaksanaan program untuk siswa terkait: a. Gizi dan kesehatan b. Sosialisasi tentang kesetaraan gender
	Guru Laki-laki	1. Menurut pengetahuan anda, apakah anda dipandang sebagai guru yang galak, disiplin, atau dekat dengan siswa? 2. Menurut anda, siapakah yang lebih ditakuti oleh siswa? Guru laki-laki atau perempuan? 3. Apabila ada proses pengambilan keputusan dalam kelas, misalnya pemilihan ketua kelas, siapakah yang lebih dominan dalam memberikan pendapat, apakah siswa laki-laki atau perempuan? Sejauh mana keterlibatan guru dalam hal ini? 4. Menurut anda, siapakah yang lebih mudah menerima dan menguasai pelajaran? Apakah siswa laki-laki atau perempuan? Mengapa? 5. Apa yang anda pikirkan pertama kali saat mendengar kata 'gender'? 6. Menurut anda, apakah perilaku laki-laki dan perempuan dipengaruhi oleh perbedaan biologisnya? Ataukah hal tersebut lebih disebabkan oleh faktor sosial dan budaya? 7. Bagaimana perbandingan jumlah siswa laki-laki dan perempuan dalam kelas? 8. Bagaimana perbandingan keaktifan siswa laki-laki dan perempuan dalam kelas?

		9. Apa jenis kelamin ketua kelas di kelas anda? Bagaimana proporsi struktur kepengurusan kelas berdasarkan gender (misalkan: lebih banyak diisi oleh siswa laki-laki atau perempuan?) 10. Berdasarkan pengamatan anda, siapakah yang lebih sering sakit, siswa laki-laki atau perempuan? Apakah ada data terkait hal tersebut? 11. Penyakit apa yang sering diderita oleh siswa saat ini? 12. Apakah ada perbedaan tren penyakit ini pada siswa laki-laki dan perempuan? 13. Menurut pengamatan anda, apakah ada perbedaan antara siswa laki-laki dan perempuan dalam hal pola makan, aktivitas fisik, dan otonomi/kemandirian? 14. Apakah ada topik terkait kesehatan dalam mata pelajaran yang anda ajarkan? 15. Apakah ada topik terkait gizi atau makanan dalam mata pelajaran yang anda ajarkan? Jika ya, dapatkah anda menjelaskan lebih jauh mengenai topik tersebut? 16. Sebagai guru laki-laki, apakah anda memberikan pengetahuan terkait kesehatan reproduksi perempuan (misalnya: menstruasi, kehamilan, dan hal-hal terkait) kepada siswa anda? Apakah hal ini diajarkan kepada seluruh siswa ataukah hanya untuk siswa perempuan saja? 17. Apakah siswa antusias dan mudah memahami materi pelajaran terkait kesehatan, gizi, makanan, dan gender? 18. Apa saja faktor pendukung dan penghambat dalam penyediaan materi pelajaran terkait kesehatan, gizi, makanan, dan gender?
	Guru Perempuan	1. Menurut pengetahuan anda, apakah anda dipandang sebagai guru yang galak, disiplin, atau dekat dengan siswa? 2. Menurut anda, siapakah yang lebih ditakuti oleh siswa? Guru laki-laki atau perempuan? 3. Apabila ada proses pengambilan keputusan dalam kelas, misalnya pemilihan ketua kelas, siapakah yang lebih dominan dalam memberikan pendapat, apakah siswa laki-laki atau perempuan? Sejauh mana keterlibatan guru dalam hal ini? 4. Menurut anda, siapakah yang lebih mudah menerima dan menguasai pelajaran? Apakah siswa laki-laki atau perempuan? Mengapa? 5. Apa yang anda pikirkan pertama kali saat mendengar kata 'gender'? 6. Menurut anda, apakah perilaku laki-laki dan perempuan dipengaruhi oleh perbedaan biologisnya? Ataukah hal tersebut lebih disebabkan oleh faktor sosial dan budaya? 7. Bagaimana perbandingan jumlah siswa laki-laki dan perempuan dalam kelas? 8. Bagaimana perbandingan keaktifan siswa laki-laki dan perempuan dalam kelas? 9. Apa jenis kelamin ketua kelas di kelas anda? Bagaimana proporsi struktur kepengurusan kelas berdasarkan gender (misalkan: lebih banyak diisi oleh siswa laki-laki atau perempuan?)

		10. Berdasarkan pengamatan anda, siapakah yang lebih sering sakit, siswa laki-laki atau perempuan? Apakah ada data terkait hal tersebut? 11. Penyakit apa yang sering diderita oleh siswa saat ini? 12. Apakah ada perbedaan tren penyakit ini pada siswa laki-laki dan perempuan? 13. Menurut pengamatan anda, apakah ada perbedaan antara siswa laki-laki dan perempuan dalam hal pola makan, aktivitas fisik, dan otonomi/kemandirian? 14. Apakah ada topik terkait kesehatan dalam mata pelajaran yang anda ajarkan? 15. Apakah ada topik terkait gizi atau makanan dalam mata pelajaran yang anda ajarkan? Jika ya, dapatkah anda menjelaskan lebih jauh mengenai topik tersebut? 16. Sebagai guru laki-laki, apakah anda memberikan pengetahuan terkait kesehatan reproduksi perempuan (misalnya: menstruasi, kehamilan, dan hal-hal terkait) kepada siswa anda? Apakah hal ini diajarkan kepada seluruh siswa ataukah hanya untuk siswa perempuan saja? 17. Apakah siswa antusias dan mudah memahami materi pelajaran terkait kesehatan, gizi, makanan, dan gender? 18. Apa saja faktor pendukung dan penghambat dalam penyediaan materi pelajaran terkait kesehatan, gizi, makanan, dan gender?
Komunitas Masyarakat		1. Mengapa penting untuk memahami gender? Bagaimana anda memahami kesetaraan gender? 2. Berdasarkan pengamatan anda, apakah ada bentuk-bentuk ketidaksetaraan gender dalam masyarakat? Apa peran organisasi anda untuk mengatasi masalah ini? 3. Bagaimana keterlibatan atau partisipasi wanita dan remaja perempuan dalam pembuatan keputusan di masyarakat? 4. Apakah organisasi remaja berperan dalam masyarakat? Jelaskan 5. Apakah ada perlakuan yang berbeda antara remaja perempuan dan laki-laki? 6. Apakah remaja dapat memberikan pendapat dalam keluarga dan masyarakat di lingkungan anda? 7. Apakah ada aturan, norma, nilai tertentu terkait agama atau kebiasaan dalam masyarakat yang berhubungan dengan isu kesehatan dan gizi di kalangan remaja? Jika ya, bagaimana pelaksanaannya? Siapa yang membentuk peraturan tersebut? Apa peran dari tokoh agama dan masyarakat terkait hal ini? Apa peran anda dalam isu kesehatan dan gizi remaja? 8. Apakah ada program khusus terkait gender, pemberdayaan anak, dan malnutrisi? Jika ya, apakah hal tersebut menggunakan sumber daya lokal (misalkan: makanan lokal)? 9. Bagaimana kolaborasi multisektoral dapat dijalankan dan berperan dalam isu kesehatan dan gizi remaja? 10. Apa tantangan dan hambatan dalam pelaksanaan program kesehatan dan gizi yang responsif gender untuk remaja?

Remaja	Siswa non-binary (akan di wawancara secara terpisah jika tidak memungkinkan mendatangkan mereka pada FGD)	1. Mengapa penting untuk memahami gender? Bagaimana Anda memahami kesetaraan gender? Apa harapan dari orang tua dan masyarakat terhadap anak perempuan dan laki-laki? 2. Apakah ada perlakuan, aturan, atau tuntutan yang berbeda antara laki-laki dan perempuan di masyarakat, keluarga, atau sekolah? 3. Apa saja hak-hak yang paling umum yang dimiliki seorang anak di masyarakat/sekolah? Apakah Anda memiliki hak-hak ini? Tolong jelaskan jawaban Anda 4. Apakah Anda tahu tentang kesehatan remaja? Apa pendapat Anda tentang pendidikan kesehatan remaja (seperti SRHR?) untuk remaja: Mengapa ini penting? Seberapa baik informasi/edukasi yang diberikan? Menurut Anda, kepada siapa remaja mencari jawaban/bantuan/pendapat ketika mereka memiliki pertanyaan/masalah tentang kesehatan? 5. Apakah kamu pernah mengalami masalah kesehatan mental? Jika ya, di mana Anda mencari bantuan/pengobatan? 6. Apa yang Anda ketahui tentang gizi? Menurut Anda, apa yang dimaksud dengan makanan sehat? Bagaimana Anda memandang makanan sehat? 7. Apa yang Anda ketahui tentang hak kesehatan reproduksi? 8. Menurut Anda, bagaimana seharusnya anak perempuan dan anak laki-laki bersikap? Seperti apa seharusnya penampilan anak perempuan dan laki-laki? 9. Apakah Anda pernah terlibat dalam kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan remaja di sekolah? Apakah guru pernah membahas tentang kesehatan remaja (misalnya: anemia, pencegahan pernikahan usia anak, dll)? Tolong jelaskan jawaban Anda. 10. Apakah Anda pernah mendapatkan informasi tentang kesehatan dan gender di internet atau media sosial? Apakah Anda merasa tingkat pengetahuan dan kesadaran tentang isu kesehatan antara anak perempuan dan anak laki-laki sama? Jelaskan <i>Sebelum KII dan FGD, tanyakan kepada informan tentang pertanyaan demografis (seperti usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, pendapatan rumah tangga per tahun, status pernikahan dan keluarga, dll)</i>
--------	---	---

	Remaja Putus Sekolah: 1. Remaja Putra dan Putri 2. Remaja non-binary 3. Remaja dengan disabilitas (akan di wawancara secara terpisah jika mengundang mereka saat FGD tidak memungkinkan)	1. Apa alasan kamu memilih untuk putus sekolah? 2. Apa kegiatan kamu saat ini? 3. Menurut kamu gimana terkait program kesehatan untuk remaja: kenapa itu penting? apakah kamu pernah mendapatkan program kesehatan atau gizi (contohnya pemberian ttd?) apakah kamu mendapatkan manfaat dari program tersebut? Apakah menurut kamu pemberi pelayanan kesehatan/nakes mempedulikan dan tanggap pada kebutuhan kamu? Tolong jelaskan 4. Apa yang menurut kamu paling menjadi tantangan dan hambatan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dan gizi/program terkait remaja? Apakah ada perbedaan yang didasarkan pada suatu jenis kelamin? 5. Menurut kamu kesehatan dan kesejahteraan itu apa? 6. Menurut kamu, bagaimana seharusnya seorang perempuan dan laki-laki itu bersikap? Menurut kamu bagaimana penampilan seorang laki-laki dan perempuan? 7. Bagaimana kamu melihat situasi kamu saat ini? Apakah kamu punya harapan untuk masa depan kamu?
--	--	---

Kategori	Kriteria	Pertanyaan
Siswa/i	Siswa	<i>Sebelum KII dan FGD, mohon tanyakan kepada informan tentang pertanyaan demografis (seperti usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dll)</i> 1. Berapa jumlah anak dalam keluarga Anda, dan Anda dari berapa bersaudara? 2. Bisakah Anda menyebutkan jenis kelamin masing-masing saudara Anda? 3. Apakah Anda sering mengemukakan pendapat dalam keluarga? Jika demikian, apa tanggapan umum, misalnya, diterima atau ditolak? 4. Saran apa yang pernah Anda dengar dan buat dalam keluarga Anda? 5. Apakah Anda biasanya makan di rumah atau di luar? 6. Siapa yang menyediakan dan menentukan menu makan keluarga Anda? 7. Apa yang pertama kali terlintas di benak Anda ketika mendengar kata "gender"? 8. Apakah Anda pernah mendengar konsep kesetaraan gender? 9. Bagaimana Anda mempelajari gender? 10. Apa yang pertama kali terlintas di benak Anda ketika mendengar kata "gender"? 11. Apakah Anda pernah mendengar konsep kesetaraan gender? 12. Bagaimana Anda mempelajari gender? 13. Menurut Anda, apakah lingkungan sekolah memberikan porsi yang cukup dalam memberikan kesempatan yang sama bagi perempuan dan laki-laki untuk mengemukakan pendapat dan pemikiran tentang pembelajaran dan kegiatan di sekolah? 14. Secara umum, berapa jumlah siswa perempuan dibandingkan siswa laki-laki di sekolah Anda? 15. Sepulang sekolah, apa kegiatan Anda? 16. Apakah Anda terlibat dalam komunitas remaja di daerah Anda (mis., Karang Taruna) atau kegiatan ekstrakurikuler? Jika demikian, dapatkah Anda menyebutkan sejauh mana keterlibatan Anda? 17. Apakah Anda terlibat dalam organisasi yang menangani masalah kesehatan dan gender di sekolah (misalnya, OSIS atau Pramuka, khususnya di Bidang Kesehatan)? Bisakah Anda ceritakan tentang pengalaman ini? 18. Bagaimana Anda mendefinisikan citra tubuh ideal dan remaja putra/pria yang sehat? 19. Menurut Anda, apa yang harus kita lakukan untuk hidup sehat? 20. Apakah menurut Anda, wanita atau remaja putri memiliki karakteristik sehat yang berbeda? 21. Apakah menurut Anda, wanita atau remaja putri memiliki kebutuhan gizi dan aktivitas fisik yang berbeda? 22. Bisakah Anda jelaskan tentang gizi seimbang untuk remaja?

		23. Apa yang anda ketahui tentang: anemia dan malnutrisi? Dari mana Anda mengetahui hal ini? 24. Apa penyebab anemia? 25. Apa dampak anemia terhadap kesehatan reproduksi? 26. Bagaimana kita mencegah anemia? 27. Bisakah Anda jelaskan apa yang Anda ketahui tentang hak-hak anak? 28. Menurut Anda, apakah hak tersebut telah dipenuhi oleh sekolah dan/atau lingkungan sekitar Anda? 29. Apakah sepengetahuan Anda, terdapat layanan kesehatan yang dibedakan bagi remaja putri dan putra? 30. Apakah menurut anda siswa perempuan yang sedang haid atau haid dapat diberikan perlakuan khusus? 31. Pernahkah Anda mengamati perlakuan khusus semacam itu di sekolah atau di keluarga Anda? (Mengganti pertanyaan soal menstruasi dan pengetahuan pubertas) 32. Jenis layanan kesehatan dan gender apa yang pernah Anda alami? 33. Apakah ada layanan atau kegiatan terkait kesehatan dan gender di daerah sekitar Anda, termasuk sekolah? 34. Menurut Anda, apakah pelayanan kesehatan tersebut cukup untuk memenuhi kebutuhan remaja laki-laki dan perempuan? 35. Informasi kesehatan dan gender apa yang Anda dapatkan baru-baru ini? 36. Informasi kesehatan dan gender apa yang paling Anda ingat? 37. Dari mana Anda mendapatkan informasi ini?
	Siswi	<i>Sebelum KII dan FGD, mohon tanyakan kepada informan tentang pertanyaan demografis (seperti usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dll)</i> 1. Berapa jumlah anak dalam keluarga Anda, dan Anda dari berapa bersaudara? 2. Bisakah Anda menyebutkan jenis kelamin masing-masing saudara Anda? 3. Apakah Anda sering mengemukakan pendapat dalam keluarga? Jika demikian, apa tanggapan umum, misalnya, diterima atau ditolak? 4. Saran apa yang pernah Anda dengar dan buat dalam keluarga Anda? 5. Apakah Anda biasanya makan di rumah atau di luar? 6. Siapa yang menyediakan dan menentukan menu makan keluarga Anda? 7. Apa yang pertama kali terlintas di benak Anda ketika mendengar kata "gender"? 8. Apakah Anda pernah mendengar konsep kesetaraan gender? 9. Bagaimana Anda mempelajari gender? 10. Apa yang pertama kali terlintas di benak Anda ketika mendengar kata "gender"? 11. Apakah Anda pernah mendengar konsep kesetaraan gender?

		12. Bagaimana Anda mempelajari gender? 13. Menurut Anda, apakah lingkungan sekolah memberikan porsi yang cukup dalam memberikan kesempatan yang sama bagi perempuan dan laki-laki untuk mengemukakan pendapat dan pemikiran tentang pembelajaran dan kegiatan di sekolah? 14. Secara umum, berapa jumlah siswa perempuan dibandingkan siswa laki-laki di sekolah Anda? 15. Sepulang sekolah, apa kegiatan Anda? 16. Apakah Anda terlibat dalam komunitas remaja di daerah Anda (mis., Karang Taruna) atau kegiatan ekstrakurikuler? Jika demikian, dapatkah Anda menyebutkan sejauh mana keterlibatan Anda? 17. Apakah Anda terlibat dalam organisasi yang menangani masalah kesehatan dan gender di sekolah (misalnya, OSIS atau Pramuka, khususnya di Bidang Kesehatan)? Bisakah Anda ceritakan tentang pengalaman ini? 18. Bagaimana Anda mendefinisikan citra tubuh ideal dan remaja putra/pria yang sehat? 19. Menurut Anda, apa yang harus kita lakukan untuk hidup sehat? 20. Apakah menurut Anda, wanita atau remaja putri memiliki karakteristik sehat yang berbeda? 21. Apakah menurut Anda, wanita atau remaja putri memiliki kebutuhan gizi dan aktivitas fisik yang berbeda? 22. Bisakah Anda jelaskan tentang gizi seimbang untuk remaja? 23. Apa yang anda ketahui tentang: anemia dan malnutrisi? Dari mana Anda mengetahui hal ini? 24. Apa penyebab anemia? 25. Apa dampak anemia terhadap kesehatan reproduksi? 26. Bagaimana kita mencegah anemia? 27. Bisakah Anda jelaskan apa yang Anda ketahui tentang hak-hak anak? 28. Menurut Anda, apakah hak tersebut telah dipenuhi oleh sekolah dan/atau lingkungan sekitar Anda? 29. Apakah sepengetahuan Anda, terdapat layanan kesehatan yang dibedakan bagi remaja putri dan putra? 30. Apakah menurut anda siswa perempuan yang sedang haid atau haid dapat diberikan perlakuan khusus? 31. Pernahkah Anda mengamati perlakuan khusus semacam itu di sekolah atau di keluarga Anda? (Mengganti pertanyaan soal menstruasi dan pengetahuan pubertas) 32. Jenis layanan kesehatan dan gender apa yang pernah Anda alami? 33. Apakah ada layanan atau kegiatan terkait kesehatan dan gender di daerah sekitar Anda, termasuk sekolah? 34. Menurut Anda, apakah pelayanan kesehatan tersebut cukup untuk memenuhi kebutuhan remaja laki-laki dan perempuan? 35. Informasi kesehatan dan gender apa yang Anda dapatkan baru-baru ini? 36. Informasi kesehatan dan gender apa yang paling Anda ingat? 37. Dari mana Anda mendapatkan informasi ini?
--	--	---

Rumah Tangga	Suami/Ayah	1. Apa tanggung jawab dari masing-masing anggota dalam keluarga? 2. Bagaimana distribusi/pembagian tugas di antara anggota keluarga? 3. Siapa yang menjadi pengasuh utama dalam keluarga? 4. Siapa (perempuan dan laki-laki, dewasa dan muda) yang terlibat dalam pengasuhan? 5. Siapa yang membuat keputusan terkait pemilihan dan pengeluaran yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan, pendidikan, dan gizi? 6. Bagaimana keterlibatan istri anda dalam membuat keputusan dan mengatur rumah tangga? 7. Mengapa anda dianggap sebagai kepala keluarga? 8. Menurut anda, bagaimana sebaiknya kepala keluarga (laki-laki) bersikap? 9. Sebagai kepala keluarga, apa hak dan kewajiban yang anda miliki? 10. Apakah anda merasa peran sebagai kepala keluarga merupakan beban tambahan? 11. Menurut anda, bagaimana hak-hak anak anda (laki-laki dan perempuan) terkait kesehatan (termasuk kesehatan reproduksi)? 12. Apa yang anda lakukan untuk memenuhi hak-hak tersebut? 13. Bagaimana keterlibatan anda dalam masyarakat? 14. Apakah laki-laki mendukung program yang mempromosikan kesetaraan gender? 15. Apakah laki-laki terlibat dalam kegiatan-kegiatan terkait kesehatan? 16. Bagaimana anda dan keluarga mengakses makanan dan kebutuhan harian? 17. Siapa yang membuat keputusan terkait makanan (misalnya membeli, menyiapkan, dan membagi) dalam rumah tangga? 18. Bagaimana pendapat anda mengenai anemia dan masalah gizi lain sebagai masalah kesehatan dan gender? 19. Bagaimana anggota keluarga anda mengakses informasi terkait pelayanan kesehatan dan gizi? 20. Apakah informasi yang tersedia mudah dipahami dan sesuai dengan kebutuhan? 21. Bagaimana anda membayar layanan kesehatan dan gizi (misalnya: asuransi kesehatan, pembayaran pribadi, dll)? 22. Apakah ada tradisi, budaya, atau norma agama yang berlaku dalam keluarga anda terkait dengan makanan, gender, dan kesehatan? 23. Apa harapan dan ekspektasi anda pada pemerintah terkait dengan kesehatan dan gizi?
--------------	------------	--

	Kepala Keluarga Perempuan	1. Apa tanggung jawab dari masing-masing anggota dalam keluarga? 2. Bagaimana distribusi/pembagian tugas di antara anggota keluarga? 3. Siapa yang menjadi pengasuh utama dalam keluarga? 4. Siapa (perempuan dan laki-laki, dewasa dan muda) yang terlibat dalam pengasuhan? 5. Siapa yang membuat keputusan terkait pemilihan dan pengeluaran yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan, pendidikan, dan gizi? 6. Bagaimana keterlibatan suami anda dalam membuat keputusan dan mengatur rumah tangga? 7. Mengapa anda dianggap sebagai kepala keluarga? 8. Menurut anda, bagaimana sebaiknya kepala keluarga (laki-laki) bersikap? 9. Sebagai kepala keluarga, apa hak dan kewajiban yang anda miliki? 10. Apakah anda merasa peran sebagai kepala keluarga merupakan beban tambahan? 11. Menurut anda, apakah keluarga anda memiliki hidup yang lebih baik saat anda berperan sebagai keluarga? Bisakah anda jelaskan lebih jauh? 12. Menurut anda, bagaimana hak-hak anak anda (laki-laki dan perempuan) terkait kesehatan (termasuk kesehatan reproduksi)? 13. Apa yang anda lakukan untuk memenuhi hak-hak tersebut? 14. Bagaimana keterlibatan anda dalam masyarakat? 15. Apakah laki-laki mendukung program yang mempromosikan kesetaraan gender? 16. Apakah laki-laki terlibat dalam kegiatan-kegiatan terkait kesehatan? 17. Bagaimana anda dan keluarga mengakses makanan dan kebutuhan harian? 18. Siapa yang membuat keputusan terkait makanan (misalnya membeli, menyiapkan, dan membagi) dalam rumah tangga? 19. Bagaimana pendapat anda mengenai anemia dan masalah gizi lain sebagai masalah kesehatan dan gender? 20. Bagaimana anggota keluarga anda mengakses informasi terkait pelayanan kesehatan dan gizi? 21. Apakah informasi yang tersedia mudah dipahami dan sesuai dengan kebutuhan? 22. Bagaimana anda membayar layanan kesehatan dan gizi (misalnya: asuransi kesehatan, pembayaran pribadi, dll)? 23. Apakah ada tradisi, budaya, atau norma agama yang berlaku dalam keluarga anda terkait dengan makanan, gender, dan kesehatan? 24. Apa harapan dan ekspektasi anda pada pemerintah terkait dengan kesehatan dan gizi?
--	---------------------------	--

For more publications
please check our website:
www.habibiecenter.or.id

