

LAPORAN AKHIR
PENELITIAN DIPA FISIP
UNIVERSITAS LAMPUNG



**Survey Persoalan dan Pemenuhan Gizi Perempuan dan
Perempuan Muda**

**Suatu Intervensi Penurunan Kejadian Stunting pada Bayi dan Balita di Desa
Cabang, Kecamatan Bandar Surabaya, Kabupaten Lampung Tengah**

TIM PENGUSUL

Drs. IKRAM, M.Si	NIDN. 0012106304	SINTA ID. 6037854
Drs. SUSETYO, M.Si	NIDN. 0064105814	SINTA ID. 6040129
Drs. USMAN RAIDAR, M.Si	NIDN. 0019116005	SINTA ID. 6040369
F ABDULGANI, S.Sos, M.A	NIDN. 0016018703	SINTA ID. 6682749

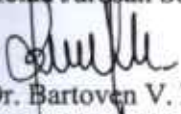
JURUSAN SOSIOLOGI
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS LAMPUNG
TAHUN 2022

**HALAMAN PENGESAHAN
PENELITIAN DIPA FISIP
JURUSAN SOSIOLOGI, FISIP UNIVERSITAS LAMPUNG**

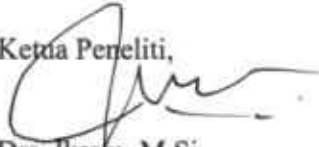
Judul Penelitian : Survey Persoalan dan Pemenuhan Gizi Perempuan dan Perempuan Muda
Manfaat Sosial Ekonomi : Menumbuh-kembangkan generasi sehat dan produktif
Kode/ Nama Rumpun Ilmu : Ilmu-ilmu Sosial
Ketua Peneliti
a. Nama Lengkap : Drs. Ikram, M.Si, MAPS
b. NIDN/SINTA ID : 0012106304/6037854
c. Jabatan Fungsional : Lektor Kepala
d. Jurusan : Sosiologi
e. Nomor HP : 081379629554
f. Alamat surel (e-mail) : ikram.badila@gmail.com
Anggota Peneliti (1)
a. Nama Lengkap : Drs. Susetyo, M.Si
b. NIDN/SINTA ID : 0064105814/6040129
c. Jurusan : Sosiologi
Anggota Peneliti (2)
a. Nama Lengkap : Drs. Usman Raidar, M.Si
b. NIDN/SINTA ID : 0019116005/6040369
c. Jurusan : Sosiologi
Anggota Peneliti (3)
a. Nama Lengkap : Fuad Abdulgani, S.Sos, M.A
b. NIDN/SINTA ID : 0016018703/6682749
c. Jurusan : Sosiologi
Lokasi Kegiatan : Kec. Bandar Surabaya, Kabupaten Lampung Tengah
Luaran : Artikel yang dipresentasikan pada Seminar dan terbit di Jurnal Penelitian
Lama Kegiatan : 5 (lima) bulan
Biaya Penelitian : Rp. 12.500.000 (Dua Belas Juta Lima Ratus Ribu Rupiah)
Sumber Dana : DIPA FISIP Tahun Anggaran 2022

Bandar Lampung, Juli 2022

Mengetahui,
Ketua Jurusan Sosiologi,



Dr. Bartoven V. Nurdin, M.Si
NIP 197704012005012003

Ketua Peneliti,


Drs. Ikram, M.Si
NIP 196106021989021002

Menyetujui,

Wakil Dekan Bidang Akademik
dan Kerjasama FISIP Unila,


Dr. Dedy Hermawan, M.Si
NIP. 197507202003121002

Ketua LPPM Universitas Lampung,


Dr. Ir. Lusmeilfa Afriani, D.E.A
NIP. 196505101993032008

**Ketahanan Pangan dan Pemenuhan Gizi Perempuan dan Perempuan Muda
“Suatu Intervensi Penurunan Kejadian Stunting pada Bayi dan Balita
di Kecamatan Banjar Margo, Kabupaten Tulang Bawang”**

RINGKASAN

Salah satu paradoks dalam pembangunan pertanian yakni fakta bahwa petani kecil (*smallholders*) yang terintegrasi dengan agroindustri harus menyediakan kebutuhan pangan bagi rumah tangganya dengan bergantung pada hasil pangan dari tempat lain dan dipengaruhi oleh tingkat pendapatan dari penjualan tanaman komoditas. Petani dengan begitu menghadapi kerentanan pangan tertentu yang dapat berimplikasi terhadap pemenuhan nutrisi anggota rumah tangga serta masalah kesehatan yang terkait dengan pangan atau *diet-related non-communicable disease* (NCD), seperti malnutrisi, stunting, dan kecacatan serta kematian. Masalah gizi baik pada bayi, balita dan perempuan masih merupakan masalah di Indonesia. Saat ini 9,2 juta dari 24,5 juta anak balita (37%) di Indonesia adalah *stunting* (kondisi panjang/tinggi badan balita di bawah standar anak seusianya), sehingga hal ini menjadi sorotan besar dari berbagai pihak yang bekerja pada bidang kesehatan, khususnya Pemerintah yang sedang memfokuskan pada empat program prioritas yaitu penurunan angka kematian ibu dan bayi, penurunan prevalensi balita pendek (*stunting*), pengendalian penyakit menular, dan pengendalian penyakit tidak menular. Presiden Jokowi dalam pidato pembukaan Musrenbangnas RPJMN 2020-2024, menargetkan penurunan stunting lima tahun ke depan di angka 14 persen. Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi tingkat ketahanan pangan dan nutrisi rumah tangga serta merumuskan tindakan strategis pada tingkat rumah tangga dalam menghadapi situasi kerentanan pangan dan masalah nutrisi agar rumah tangga petani dapat mengetahui status ketahanan pangan dan masalah kesehatan terkait pangan. Penelitian ini merupakan penelitian partisipatif dengan menggabungkan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pendekatan kuantitatif dalam survey ini akan menggunakan metode survey persoalan langsung ke komunitas di wilayah yang telah dipilih dengan responden yang telah ditentukan yaitu Ibu Rumah Tangga dan Remaja. Sementara pendekatan kualitatif akan menggunakan metode *Participatory Rural Appraisal* (PAR) untuk mendalami persoalan ketahanan pangan dan nutrisi dari keadaan desa dan rumah tangga desa serta pengalaman rumah tangga dalam pemenuhan pangan dan nutrisi. Hasil penelitian ini akan digunakan untuk memberikan/meningkatkan kapasitas rumah tangga petani dalam membangun strategi ketahanan pangan dan kecukupan nutrisi secara berkelompok/komunitas, upaya penyadaran tentang hubungan antara pola makan dengan pemenuhan gizi perempuan, pendidikan gizi dan kesehatan pada masyarakat, khususnya perempuan muda, dan sebagai bahan Advokasi kebijakan kepada Dinas Kesehatan dan Tokoh Masyarakat untuk upaya perbaikan kebijakan/aturan yang berpihak terhadap perempuan, khususnya untuk isu gizi dan kesehatan perempuan (HKS dan Gizi).

A. PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Berbagai masalah gizi baik pada bayi, balita dan perempuan masih merupakan masalah di Indonesia. Saat ini 9,2 juta dari 24,5 juta anak di bawah lima tahun di Indonesia (37%) adalah *stunting* (kondisi panjang/tinggi badan balita di bawah standar anak seusianya), sehingga hal ini menjadi sorotan besar dari berbagai pihak yang bekerja pada bidang kesehatan, khususnya Pemerintah yang sedang memfokuskan pada empat program prioritas yaitu penurunan angka kematian ibu dan bayi, penurunan prevalensi balita pendek (*stunting*), pengendalian penyakit menular, dan pengendalian penyakit tidak menular. Upaya peningkatan status gizi masyarakat termasuk penurunan prevalensi balita pendek menjadi salah satu prioritas Pembangunan Nasional yang tercantum di dalam sasaran pokok Rencana Pembangunan jangka Menengah Tahun 2020 – 2024. Presiden Jokowi dalam pidato pembukaan Musrenbangnas RPJMN 2020-2024 di Istana Negara pada Senin (16/12), menargetkan penurunan *stunting* lima tahun ke depan di angka 14 persen. "Sebaiknya kita mulai intervensi ibu hamil, bahkan yang belum menikah, agar dia tidak anemia dan terkena penyakit lain".

Berdasarkan Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013, persentase status gizi balita pendek (pendek dan sangat pendek) di Indonesia Tahun 2013 adalah 37,2%, yang apabila dibandingkan tahun 2010 (35,6%) dan tahun 2007 (36,8%) tidak menunjukkan penurunan/perbaikan yang signifikan. Tingginya prevalensi anak *stunting* telah memposisikan Indonesia ke dalam lima besar dunia masalah *stunting*. *Stunting* merupakan bentuk lain dari kegagalan pertumbuhan. Bila dilihat dari status gizi, *stunting* merupakan indeks perbandingan antara tinggi badan dengan usia. Faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya *stunting* dipengaruhi dari kondisi ibu/calon ibu, masa janin, dan masa bayi/balita, termasuk penyakit yang diderita selama masa balita yang bermasalah pada asupan gizi pada makanan.¹

Kondisi Ibu ataupun calon ibu, adalah masalah gizi perempuan. Masalah gizi perempuan, khususnya ibu hamil dan menyusui juga masih menjadi masalah di Indonesia. Masalah-

¹www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/.../situasi-balita-pendek-2016.pdf

masalah gizi yang banyak terjadi pada perempuan diantaranya Kekurangan Energi Kronis (KEK), anemia, dan asupan gizi yang rendah. Riskesda 2013 menunjukkan tingkat kecukupan energi pada perempuan kelompok umur 13-18 tahun sebesar 72,3% dengan proporsi yang mengkonsumsi <70% AKE hanya sebesar 52,5%. Persoalan gizi perempuan dengan stunting adalah dua hal yang saling berkaitan erat, karena persoalan stunting ada pada masalah gizi yang dimulai dari 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu Ibu Hamil, Ibu Menyusui, dan Anak 0-23 bulan. Periode 1.000 HPK meliputi 270 hari selama kehamilan dan 730 hari pertama setelah bayi yang dilahirkan yang telah dibuktikan secara ilmiah merupakan periode yang menentukan kualitas kehidupan. Walaupun remaja putri secara eksplisit tidak disebutkan dalam 1.000 HPK, namun status gizi remaja putri atau pra-nikah memiliki kontribusi besar pada kesehatan dan keselamatan kehamilan dan kelahiran, apabila remaja putri menjadi ibu.

Khusus di Sumatera, dari hasil penelitian Departemen Gizi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia (Jurnal Gizi dan Pangan, November 2013, 8(3): 175—180) menyebutkan prevalensi kejadian stunting pada balita usia 24—59 bulan terjadi di Provinsi Aceh, Sumatera Utara, Sumatera Selatan, dan Lampung, yang mencapai 44.1%. Lebih dari seperempat balita memiliki berat lahir rendah dan lebih dari seperlima balita memiliki tingkat asupan energi, lemak, dan protein rendah. Lebih dari setengah tinggi badan ibu di keempat provinsi tersebut tergolong pendek dan keluarga berstatus ekonomi rendah; hampir setengah dari total keluarga memiliki jumlah anggota rumah tangga banyak; dan hampir sepertiga keluarga memiliki sumber air minum tidak terlindung. Balita yang ibunya memiliki tinggi badan pendek, tingkat asupan lemak rendah, jumlah anggota keluarga banyak dan memiliki sumber air minum yang tidak terlindung berisiko mengalami stunting berurut-turut 1.36, 1.30, 1.38, dan 1.36 kali dibandingkan kelompok pembandingnya ($p < 0.05$). Faktor dominan yang berhubungan dengan kejadian stunting pada balita adalah jumlah anggota rumah tangga. Keluarga disarankan agar membatasi jumlah anak sesuai dengan program Keluarga Berencana (KB).²

²<http://ilkom.journal.ipb.ac.id/index.php/jgizipangan/article/viewFile/7977/6259>

Selain persoalan di atas, faktor perkawinan usia anak juga menjadi penyebab lainnya, dimana persoalan kawin pada usia anak di Indonesia umumnya masih sangat mengkhawatirkan. Data Susenas 2012 menunjukkan sekitar 11,13% anak perempuan menikah pada usia 10-15 tahun dan sekitar 32,10 % menikah pada usia 16-18 tahun. Selain membatasi potensi anak, perkawinan anak juga berakibat pada tingginya Angka Kematian Ibu (AKI), di Indonesia mencapai 359/100.000 kelahiran hidup dan 48/1000 kelahiran untuk jumlah kelahiran di usia 15-19 tahun (SDKI, 2012). Perkawinan anak terjadi karena berbagai faktor, seperti kemiskinan, akses buruk atas pendidikan, pandangan tabu masyarakat atas pendidikan seks usia anak, serta buruknya akses pelayanan pada Hak Kesehatan Seksual dan Reproduksi (HKSR) perempuan.

Kedua persoalan di atas saling terkait satu sama lain. Tingginya angka perkawinan anak akan berkontribusi terhadap kasus stunting, dan masalah stunting sudah dimulai sejak bayi dalam kandungan, bahkan sejak calon ibu masih masa pertumbuhan. Hal ini juga berkaitan erat dengan pengetahuan ibu hamil dan keluarga tentang pola makan yang benar. Rendahnya pengetahuan perempuan ibu tentang gizi dan pola makan yang benar akan menyebabkan ibu hamil mengalami masalah gizi seperti Kurang Energi Kronis/KEK, Anemia, dan lainnya. Ibu hamil dengan masalah gizi akan melahirkan bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah/BBLR yang berlanjut dengan stunting, paska kelahiran ibu juga tidak mendapatkan pengetahuan tentang pola pengasuhan yang tepat.

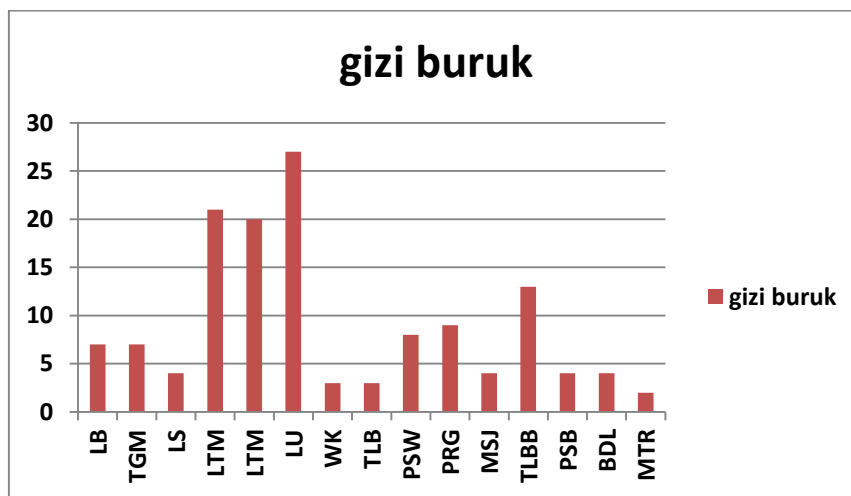
Di sisi lain, pelayanan kesehatan dasar masyarakat di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Puskesmas) tidak memberi perhatian secara serius terhadap pemenuhan gizi masyarakat karena berbagai alasan, terutama terkait rendahnya anggaran program. Hal ini secara langsung atau tidak langsung berkontribusi pada terjadinya kasus stunting di sebuah wilayah. Rendahnya alokasi APBD untuk membiayai program gizi merupakan salah satu faktor penyebab rendahnya perhatian terhadap status gizi masyarakat. Salah satu contoh yaitu di salah satu provinsi di Sumatra, pemerintah provinsi hanya mengalokasikan 3,9% dari total belanja di luar gaji untuk anggaran kesehatan di tahun 2017.

Melihat persoalan yang disebutkan di atas, dipandang perlu melakukan sebuah survei cepat tentang persoalan pemenuhan gizi pada perempuan terutama pada kelompok

perempuan muda untuk melihat dampaknya pada tubuh dan akibatnya, seperti stunting, BBLR, AKB, dan AKI. Survei ini akan dilakukan di lokus stunting yang ada di Kecamatan Bandar Surabaya, Kabupaten Lampung Tengah. Survey ini akan menggunakan pendekatan partisipatif mengacu pada PermenPAN No. 13 tahun 2009 tentang peningkatan kualitas pelayanan publik dengan partisipasi masyarakat, dengan mengkombinasikan *gender perspective* di dalam seluruh prosesnya. Berikut keadaan gizi dan kesehatan penduduk di Provinsi Lampung.

Persentase kasus Gizi Buruk dan Gizi Kurang di Provinsi Lampung sejak tahun 2003–2011 terlihat berfluktuasi naik turun tetapi mulai tahun 2011-2014 menurun dimana jumlah kasus gizi buruk pada tahun 2014 sebanyak 131 kasus, Namun tahun 2015 naik kembali menjadi 136 kasus. Kasus Gizi buruk pada balita setiap tahun selalu ada namun semua kasus gizi buruk tersebut telah dilakukan perawatan (100%).

Diagram 1. Persentase Gizi Buruk & Gizi Kurang



Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Lampung

Salah satu sumber data status gizi yaitu dengan pemantauan status gizi (PSG) tetapi sejak tahun 2007-2015 data tersebut tidak tersedia karena tidak adanya kegiatan Pemantauan Status Gizi (PSG) sehingga data tersebut hanya didapatkan dari Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dilakukan setiap 3 (tiga) tahun sekali sejak tahun 2007 (data status gizi tahun 2011 tidak tersedia).

Sedangkan, angka kejadian BBLR dapat dilihat pada Tabel 1 berikut ini:

Tabel 1. Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) Tahun 2015 di Provinsi Lampung

Kabupaten/kota	Bayi Lahir	BBLR
Lampung Barat	5549	102
Tanggamus	12784	346
Lampung Selatan	20844	355
Lampung Timur	18059	482
Lampung Tengah	20844	448
Lampung Utara	10978	58
Way Kanan	8091	83
Tulang Bawang	7638	743
Pesawaran	7435	151
Pringsewu	8088	159
Mesuji	3856	43
Tulang Bawang Barat	4968	371
Pesisir Barat	2583	29
Bandar Lampung	20268	260
Metro	3182	237

Sumber : Badan Pusat Statistik Provinsi Lampung

Pada Tabel 2 menggambarkan keadaan Gizi Buruk dan Tabel 3 menunjukkan kejadian Stunting di Provinsi Lampung:

Tabel 2. Kasus Gizi Buruk Tahun 2015 Provinsi Lampung

Kabupaten/kota	Bayi Lahir	Gizi Buruk
Lampung Barat	5549	7
Tanggamus	12784	7
Lampung Selatan	20844	4
Lampung Timur	18059	21
Lampung Tengah	20844	20
Lampung Utara	10978	27
Way Kanan	8091	3
Tulang Bawang	7638	3
Pesawaran	7435	8
Pringsewu	8088	9
Mesuji	3856	4
Tulang Bawang Barat	4968	13
Pesisir Barat	2583	4
Bandar Lampung	20268	4
Metro	3182	2

Sumber : Badan Pusat Statistik Provinsi Lampung

Tabel 3. Balita sangat pendek dan pendek (*stunting*)

Wilayah	Banyaknya
Lampung	42,64%
Bandar Lampung	44,59%
Lampung Tengah	52,68%
Tanggamus	39,66%
Lampung Selatan	43,01%
Lampung Timur	43,17%
Lampung Barat	34,60%
Lampung Utara	32,44%
Way Kanan	29,80%
Tulang Bawang	40,99%
Pesawaran	50,81%
Pringsewu	36,99%
Mesuji	43,43%
Tulang Bawang Barat	40,08%
Metro	47,34%

Sumber: Riskesdas 2013

Dari tabel di atas dapat disimpulkan bahwa penduduk yang memiliki balita di Provinsi Lampung, terdapat 42,64% balitanya yang mengalami *stunting* atau sangat pendek/pendek. Untuk Kabupaten Lampung Tengah balita yang mengalami *stunting* sebanyak 52,68%. Dapat disimpulkan untuk Provinsi Lampung penderita *stunting* tertinggi terletak di kabupaten Lampung Tengah.

Pelibatan masyarakat terutama perempuan dalam survey ini sejak awal sangat penting, karena survey ini merupakan riset aksi, yang akan dilanjutkan dengan proses advokasi untuk mendukung terjadinya perbaikan pelayanan terkait kesehatan gizi oleh Puskesmas dan munculnya kebijakan daerah yang mendukung pemenuhan hak gizi masyarakat terutama perempuan dan anak-anak. Puskesmas sebagai layanan primer/dasar memiliki peran penting mengatasi persoalan yang merupakan fenomena langsung terjadinya kasus karena kekurangan gizi, sementara Dinas Kesehatan merupakan SKPD yang memiliki kewenangan program dan penganggaran di daerah. Oleh karena itu, penting sekali melakukan advokasi ke Dinas Kesehatan agar mereka dapat menyusun program yang lebih responsive terhadap persoalan gizi, dan juga mendorong munculnya kebijakan yang lebih strategis di tingkat Kabupaten Lampung Tengah (berupa peraturan walikota/perda) untuk mengatasi persoalan yang lebih mendasar dari masalah gizi ini. Di sini lain, upaya untuk mendorong terjadinya perubahan juga akan dilakukan melalui strategi lain seperti

pendidikan kritis, dan advokasi ke para pihak (tokoh masyarakat, tokoh agama/adat) yang juga ikut berkontribusi baik secara langsung atau tidak, terhadap terjadinya persoalan gizi yang berujung pada munculnya kasus-kasus stunting, bayi dengan BBLR, AKI, dan AKB.

2. Tujuan

Kegiatan survei ini bertujuan untuk:

1. Mendapatkan informasi tentang masalah pemenuhan gizi yang terjadi pada perempuan dan perempuan muda di masing-masing wilayah yang mencakup:
 - a. Informasi tentang pengetahuan perempuan dan perempuan muda tentang gizi, termasuk pola makan yang sesuai dengan pedoman gizi yang benar.
 - b. Informasi tentang mitos-mitos dalam masyarakat yang berkaitan erat dengan masalah gizi dan perempuan.
 - c. Informasi tentang isu-isu gender yang ada di masyarakat yang berpengaruh pada masalah gizi perempuan.
 - d. Informasi dari Puskesmas dan Dinas Kesehatan mengenai pengelolaan program gizi di Puskesmas dan upaya yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah stunting dan gizi perempuan.
2. Melakukan analisis tentang penyebab persoalan yang diadukan dan merumuskan rencana perbaikan oleh penyedia pelayanan kesehatan di tingkat puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Tengah.
3. Melakukan analisis mengenai hubungan antara perkawinan usia anak dengan munculnya kasus stunting, termasuk anemia.
4. Memperoleh pandangan mengenai upaya yang perlu dilakukan untuk mengatasi masalah yang berhubungan dengan gizi perempuan dan masalah stunting serta anemia.

3. Kegunaan

Hasil survei ini akan digunakan untuk tiga manfaat sebagai berikut:

1. Sebagai bahan untuk analisis issue gender dan tradisi/kebiasaan masyarakat mengenai penyebab stunting; khususnya dalam hubungannya dengan pola makan dan pemenuhan gizi perempuan, serta perkawinan usia anak.

2. Sebagai bahan penyadaran dan pendidikan pada masyarakat, khususnya perempuan muda.
3. Sebagai bahan Advokasi kebijakan kepada Dinas Kesehatan dan Tokoh Masyarakat untuk upaya perbaikan kebijakan/aturan yang berpihak terhadap perempuan, khususnya untuk isu kesehatan perempuan (HKSR dan Gizi).

B. TINJAUAN PUSTAKA

1. Malnutrisi

Malnutrisi adalah istilah yang luas yang digunakan untuk merujuk pada kesehatan gizi buruk. Ini mencakup baik gizi kurang dan gizi lebih, namun kesehatan di seluruh dunia lebih mengacu pada gizi kurang daripada gizi lebih (Semba, 2008). Kurang gizi ada dalam bentuk malnutrisi akut (kurus dan edema), malnutrisi kronis (stunting), kurang mikronutrien dan *inter-uterine growth restriction* pertumbuhan antar-rahim (yaitu gizi buruk di dalam kandungan). Dalam penelitian ini kita akan fokus pada stunting, yaitu bentuk kronis kurang gizi.

2. Indikator anak stunting

2.1. Tinggi atau panjang untuk usia

Rendahnya Tinggi atau panjang untuk usia adalah indikator stunting, didefinisikan sebagai pertumbuhan linier yang tertahan atau lambat atau lambat, dan merupakan indikator kurang gizi jangka panjang (Shapiro-Mendoza et al., 2005). Stunting adalah konsekuensi dari banyaknya kondisi kesehatan dan faktor penentu, termasuk kurang gizi sebelum melahirkan, intra uterin dan postnatal (de Onis et al., 2012). Stunting pada tahap awal kehidupan seseorang dikaitkan dengan efek fungsional yang merugikan, termasuk kekurangan kognisi, kinerja pendidikan, pendapatan orang dewasa yang rendah, kehilangan produktivitas dan, jika disertai dengan kenaikan berat badan yang terlalu banyak pada masa kanak-kanak, peningkatan risiko penyakit kronis terkait gizi (Black et al., 2008). Intervensi awal dapat mencegah hasil ini dan juga menurunkan risiko kematian ibu dan kecacatan jangka pendek dan jangka panjang akibat kerja paksa (Merchant et al., 2001). Stunting tetap menjadi masalah yang besar daripada kurus atau kekurangan berat badan, dan lebih akurat mencerminkan kekurangan gizi dan penyakit yang terjadi selama periode paling kritis untuk pertumbuhan dan perkembangan pada tahap awal kehidupan seseorang. Mengatakan bahwa seorang anak stunting, skor Z tinggi atau panjangnya kurang dari - 2 SD rata-rata Standar Pertumbuhan Kesehatan WHO (WHO dan UNICEF, 2009).

2.1.2. Faktor penentu anak stunting

a. Karakteristik sosial-demografis dan ekonomi penduduk

Sebuah studi komparatif yang dilakukan di Meksiko menunjukkan bahwa keluarga dengan kemiskinan ekstrim berhubungan positif dengan stunting di antara anak-anak balita (Reyes et al., 2004). Sebuah studi yang dilakukan di Bangladesh menunjukkan bahwa tingkat gizi buruk dua kali berkembang di antara keluarga termiskin daripada keluarga terkaya dan anak-anak dari keluarga berpenghasilan rendah lebih cenderung kurang gizi daripada anak-anak dari keluarga berpenghasilan tinggi (Giashuddin et al, 2005).

Di Zambia, telah ditunjukkan bahwa anak-anak dari keluarga berpendidikan formal memiliki gizi lebih sehat dibandingkan dengan keluarga dengan pendidikan rendah atau informal (Zondag et al, 1992). Studi lain menyadari bahwa buta huruf orang tua dan pendapatan bulanan rendah sangat terkait dengan malnutrisi akut di antara anak-anak di bawah lima tahun di Bangladesh (Hossain et al, 1999). Menurut penelitian yang dilakukan di Nepal, status sosio-ekonomi yang buruk ditemukan berkontribusi terhadap stunting (Ahmed O., 2011). Hasil dari Wibowo dkk. (2015) menegaskan bahwa kejadian ketidakseimbangan distribusi makanan antara anak dan ibu meningkatkan risiko kekurangan gizi di rumah tangga.

b. Praktik pemberian makan

Espo dkk (2002) menunjukkan bahwa praktik pemberian makanan bayi yang tidak memadai berhubungan positif dengan stunting severe pada usia 12 bulan di daerah pedesaan Malawi. Gouado (2014) menemukan bahwa praktik pemberian ASI eksklusif jarang dilakukan, serta praktik pemberian makanan pelengkap yang tidak tepat di lingkungan dengan kondisi higienis yang sangat buruk. Dia menyadari juga bahwa kecenderungan untuk mengenalkan makanan pelengkap awal kepada anak-anak muda disebabkan oleh keyakinan ibu bahwa susu mereka tidak mencukupi. Namun yang lain berpikir bahwa mereka tidak memiliki cukup waktu untuk menyusui anak mereka. WHO merekomendasikan inisiasi dini untuk menyusui dalam waktu satu jam setelah kelahiran; untuk terus menyusui secara eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan; untuk mengenalkan makanan pelengkap (semi padat, padat dan lembut) pada usia enam bulan dan terus menyusui hingga usia dua tahun atau lebih (Black et al., 2013).

Lambat mengenalkan memberi makan komplementer, percaya pada susu yang dilusian dan penundaan pemberian pada anak makanan keluarga telah disebutkan untuk berkontribusi pada konsumsi energi dan gizi rendah anak-anak (Latham, 1997; Moursi et al., 2008). Di Nigeria, penyapihan yang tidak tepat, kemiskinan, pemberian makanan dan penyakit tambahan yang buruk ditemukan sangat terkait dengan gizi kurang (Madusolumuo & Akogun, 1998). Dalam sebuah penelitian yang dilakukan di Beta-Israel menemukan bahwa kekurangan kolostrum, durasi dan frekuensi pemberian ASI, menyusui priori-laktasi, usia pengenalan makanan tambahan dan metode pemberian makan, jenis makanan termasuk di antara faktor risiko kekurangan gizi kurang (Asres & Eidelman, 2011).

c. Cuci tangan dan kebersihan diri

Secara global, perbaikan kebersihan dan sanitasi dapat mencegah setidaknya 9,1% dari beban penyakit atau 6,3% dari semua kematian anak di negara berkembang. Perbaikan kualitas air dan persediaan air, kebersihan dan sanitasi berpotensi mencegah 33% penyakit diare (Hill et al, 2004). Dalam sebuah penelitian yang dilakukan mengenai prevalensi dan faktor penentu gizi kurang pada anak-anak di bawah usia lima tahun di rumah tangga petani Kwara, Nigeria, kekurangan gizi secara signifikan dikaitkan dengan akses terhadap air bersih dan adanya toilet di tingkat rumah tangga. (Babatunde et al, 2011). Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun adalah salah satu tindakan yang paling efektif dan murah melawan infeksi gastrointestinal.

d. Kebersihan makanan

Mikroorganisme berbahaya ditemukan di mana-mana pada hewan, tanah, air, dan manusia. Selama penanganan makanan yaitu pemanenan, pengangkutan, penyimpanan, penyimpanan, dan persiapan, mereka dapat dibawa dengan tangan, menyeka kain, dan peralatan. Setiap kontak dengan barang-barang yang terkontaminasi dapat mentransfer mikroorganisme ini ke makanan, menyebabkan penyakit bawaan makanan terutama di kalangan anak-anak, orang tua, dan orang-orang yang tidak beruntung menderita seperti HIV positif. (Nkenfou et al, 2013). Peralatan najis juga dianggap sebagai sumber kontaminasi makanan (Mannan & Rahman, 2011). Kelima kunci pedoman keamanan pangan akan membuat semua orang sehat. Ini termasuk, tetap bersih, untuk memisahkan

makanan yang dimasak dan tidak dimasak, untuk dimasak secara menyeluruh, untuk menjaga makanan pada suhu yang sesuai dan aman dan menggunakan air dan bahan mentah yang aman (Val Hiller et al, 2009).

e. Kebersihan

Peningkatan target sanitasi untuk mencegah penyebaran penyakit terkait higiene dan meningkatkan kesehatan melalui pengelolaan limbah yang higienis dan aman (Bourne et al, 2013). Sanitasi yang memadai sangat penting untuk masa kanak-kanak yang aman dan sehat dan hampir tidak mungkin untuk menjaga kondisi kebersihan yang baik tanpa sistem pembuangan air dan pembuangan limbah yang aman (Bourne et al, 2013). Sanitasi yang buruk berhubungan langsung dengan penyakit diare, kolera, bilharzia, malaria, infestasi cacing, infeksi mata dan beberapa penyakit kulit. Penyakit ini membahayakan status gizi anak-anak (Bourne et al, 2013).

f. Pola Morbiditas anak

Interaksi kurang gizi dan penyakit menular adalah penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada anak-anak di Afrika, Asia dan Amerika Latin (Latham, 1997). Kehadiran tersinkronisasi baik di kurang gizi dan penyakit menular memiliki konsekuensi lebih serius bagi anak-anak dan orang dewasa (Latham, 1997). Namun sebagian besar penyakit menular itu bisa dicegah.

g. Pertanian dan status gizi anak

Keamanan pangan dan gizi meliputi keragaman, kualitas dan kuantitas makanan yang memadai (UNSCN, 2013). Program pertanian sensitif nutrisi cenderung memperbaiki hasil gizi (Ruel et al, 2013). Peningkatan nutrisi akan mempengaruhi ketersediaan dan konsumsi beragam makanan bergizi. Produktivitas pertanian meningkat, namun anak stunting tetap tidak berubah atau bahkan meningkat karena kualitas makanan yang tidak memadai, dan pengetahuan gizi buruk dari pengasuh rumah tangga (Wiggins, 2014).

Asumsi

Asumsi untuk kegiatan survei ini adalah:

1. Masih banyaknya persoalan mengenai pemenuhan gizi pada bayi, balita, anak dan perempuan.

2. Masih rendahnya tingkat pengetahuan dan kesadaran perempuan khususnya perempuan muda tentang masalah gizi dan pola makan yang benar .
3. Masih banyak mitos yang beredar di masyarakat berkaitan dengan masalah gizi dan perempuan maupun ‘keperempuanan’ (hal-hal yang berhubungan dengan tampilan fisik dan peran-peran perempuan secara kodrati maupun gender).
4. Masih banyak terjadi ketimpangan dan isu gender mengenai asupan gizi perempuan.
5. Pendekatan Negara dalam hal ini Dinas Kesehatan masih cenderung kurang peka akan masalah khusus yang dihadapi perempuan sebagai pihak yang sebagian besar akan menikah, diharapkan menjadi ibu hamil, melahirkan dan mengasuh bayi/anak. Masih cenderung melihat perempuan sebagai pihak yang bertanggung jawab untuk melahirkan/kewajiban reproduksi daripada aspek hak reproduksi yang menyangkut kebutuhan gizi yang berbeda maupun masalah yang dihadapi perempuan karena posisinya di dalam keluarga dan masyarakat.
6. Program-program pemenuhan gizi masyarakat yang disusun dan dilaksanakan oleh puskesmas dan Dinas Kesehatan masih disusun tanpa pelibatan secara substantive para penerima manfaat pelayanan dalam hal ini perempuan dan para pihak lain (*multi stakeholder*) yang harus ikut bertanggung jawab dalam program tersebut.

Hipotesis

1. Jika pengetahuan perempuan muda tentang gizi baik, dan dilaksanakan sejak usia dini; maka akan berkontribusi terhadap kesehatan perempuan/calon ibu/ibu; sehingga angka kasus stunting termasuk anemia yang dialami perempuan akan menurun.
2. Jika perkawinan pada usia anak dan perkawinan dini menurun, akan berkontribusi pada penurunan masalah anemia, stunting dan masalah lainnya (AKI, AKB).
3. Jika Negara menyadari adanya issue gender dalam kebijakan mengenai gizi khususnya pemenuhan gizi perempuan sejak usia dini; maka masalah anemia, stunting dan berbagai masalah kesehatan perempuan akan dapat diminimalisir.

C. METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian partisipatif dengan menggabungkan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pendekatan kuantitatif dalam survey ini akan menggunakan metode survey persoalan langsung ke komunitas di wilayah yang telah dipilih dengan responden yang telah ditentukan yaitu perempuan berusia 12 tahun ke atas. Sementara pendekatan kualitatif akan menggunakan studi kasus untuk mendalami informasi kasus gizi ini dari pengalaman perempuan.

Analisis terhadap hasil, selain melihat penyebab langsung terjadinya sebuah persoalan, juga akan mendalami akar penyebab yang paling strategis munculnya persoalan dengan lensa gender yang meyakini bahwa permasalahan terhadap perempuan itu disebabkan oleh berbagai faktor strategis. Faktor-faktor tersebut terutama adalah budaya patriarki yg muncul melalui berbagai bentuk dalam tradisi lokal, agama, dan sistem kepercayaan, baik di ranah domestik maupun publik, juga sistem pasar yang kapitalistik, kesenjangan pembangunan, serta faktor-faktor utama lainnya.

1. Metoda

a. Survey masalah

Survey ini akan mengadaptasi metode Survey Pengaduan yg diatur dalam PermenPAN No. 13/2009 tentang peningkatan kualitas pelayanan publik dengan partisipasi masyarakat. Adaptasi yang dilakukan di seluruh proses survey, terutama dalam tahapan analisis dimana tidak hanya melihat penyebab masalah secara langsung, tapi juga melihat sebab-sebab utama munculnya persoalan stunting di lokus stunting. Adapun tahapan proses survey ini adalah sebagai berikut:

1. Persiapan penelitian. Persiapan untuk membahas dan menyepakati disain penelitian, dan rencana implementasi. Selain itu, dalam tahap persiapan ini juga dilakukan pemberitahuan ke para pihak terkait terutama kepada Dinas Kesehatan dan Puskesmas di wilayah sasaran survey. Pertemuan ini dihadiri oleh lembaga penyelenggara dan FMS untuk membicarakan rencana pelaksanaan survey, dan meminta kesediaan komitmen serta dukungan dari Dinas Kesehatan dan Puskesmas agar dapat berkerja sama dan menindaklanjuti hasilnya.

2. Lokakarya identifikasi masalah. Lokakarya ini dilakukan di tingkat kabupaten yang dihadiri oleh perwakilan para pemangku kepentingan (FMS) terutama perempuan dari semua kelompok masyarakat pengguna layanan kesehatan, dan juga seluruh petugas puskesmas setempat dengan perbandingan kepesertaan 80% dari masyarakat umum dan semua pihak di luar puskesmas dan Dinas Kesehatan dan 20% dari petugas puskesmas dan Dinas Kesehatan perwakilan dari semua Puskesmas/kecamatan lokasi penelitian. Lokakarya ini akan diawali dengan pemaparan materi oleh narasumber dari lembaga penyelenggara penelitian dan gambaran umum kegiatan penelitian yang dilakukan, dan dilanjutkan oleh materi dari Puskesmas/Dinas tentang Program Gizi di daerah yang sudah dilakukan. Setelah pemaparan materi, dilakukan identifikasi masalah-masalah yang terkait dengan kondisi gizi di wilayah kab/kota dimaksud, dan diakhir lokakarya akan dihasilkan draf kuesioner untuk survey.
3. Survey dalam bentuk kuesioner/angket yang akan diedarkan di kelurahan di wilayah layanan Puskesmas yang telah dipilih. Jumlah responden yang mau dijangkau adalah: minimal 100 perempuan.
4. Lokakarya analisis penyebab masalah. Lokakarya ini dilakukan di tingkat kota yang dihadiri oleh peserta yang sama dengan yang hadir dalam lokakarya identifikasi masalah, namun menekankan pentingnya kehadiran Kepala-Kepala Puskesmas di wilayah survey dan juga staf Dinas Kesehatan yang membidangi Gizi. Lokakarya ini akan diawali dengan pemaparan hasil survey berbentuk Indeks masalah dan penjelasan tentang proses analisis dengan mengisi tabel analisis. Hasil yang diharapkan dari FGD ini adalah analisis penyebab masalah dan alternative solusi yang dapat dilakukan oleh penyedia layanan kesehatan dalam hal ini Puskesmas dan Dinas Kesehatan, maupun poin-poin rekomendasi kepada pihak-pihak lain seperti kepada DPRD dan lembaga-lembaga sosial terkait.
5. Studi Kasus. Studi kasus ini merupakan pendalaman dari hasil survey yang akan memprofil cerita-cerita menarik dari suatu komunitas dan individu yang bersifat unik. Penulisan studi kasus hasil point 3 (minimal 2 kasus dengan mengupayakan ada kasus komunitas).

Pertanyaan kunci

Pertanyaan kunci dari penelitian ini adalah:

1. Apa saja masalah-masalah yang terkait dengan kekurangan gizi, yang ditemukan, dialami, dan dilihat dalam lingkungan kita. Pertanyaan ini merupakan pertanyaan utama dalam penggalian masalah di Lokakarya Identifikasi Masalah.

Untuk melakukan pendalaman terhadap pertanyaan ini, pertanyaan *probing*/penggalian lain yang perlu diingat oleh fasilitator dalam menggali adalah terkait dengan:

- Apa saja masalah-masalah terkait kebiasaan makan/pola konsumsi di daerah tersebut, mis. Ibu hami sering makan mi instan, makan nasi saja sudah cukup, ibu-ibu yang bekerja di rumah cukup minum teh saja untuk sarapan, anak-anak tidak terbiasa sarapan, makan ikan akan cacingan, dsb)?.
 - Apa saja masalah-masalah terkait tradisi/budaya/mitos-mitos/tabu terkait larangan makan pada perempuan hamil dan bayi/anak-anak, mis. Ibu hamil dilarang makan ikan, ibu hamil yg ngidam makan tidak bergizi tetap harus diikuti keinginannya, dsb.?
 - Apa saja masalah-masalah gizi terkait kurangnya pelayanan/program kesehatan dari pemerintah (Puskesmas dan Dinas Kesehatan), mis. Ibu hamil tidak pernah periksa kesehatan, cara minum supplement untuk ibu hamil dan bayi/balita tidak dijelaskan petugas, dsb)?.
2. Apa saja faktor-faktor penyebab terjadinya persoalan gizi?. Pertanyaan ini merupakan pertanyaan utama dalam Lokakarya Analisis Penyebab Masalah. Untuk mempertajam pertanyaan mengapa, selalu dikaitkan dengan penyebab langsung dan tidak langsung dari masalah.
 3. Apa saja solusi yang dapat dilakukan untuk mengatasi tiap masalah itu?. Pertanyaan ini merupakan pertanyaan utama dalam Lokakarya Analisis Penyebab Masalah (terutama setelah seluruh penyebab masalah terpetakan di setiap masalah).

2. Subyek Penelitian

Subyek penelitian dalam survey ini adalah:

1. Perempuan berusia 12 tahun ke atas.

2. Kader kesehatan Perempuan dan personil lembaga penguatan perempuan/LSM Perempuan yang tinggal di wilayah penelitian.

3. Lokasi

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Tengah mengatakan balita yang mengalami stunting direntang usia 0-5 tahun sebanyak 1.337 balita. Menurutnya, dari 28 Kecamatan ada sepuluh wilayah yang tersebar sebagai lokus intervensi stunting. Sedangkan, lokus yang terbanyak kejadian stunting ada di Kecamatan Bandar Surabaya. Dengan demikian, survei akan dilaksanakan di Kabupaten Lampung Tengah mencakup 1 (satu) kecamatan yaitu Kecamatan Bandar Jaya, dan 1 (satu) desa yang menjadi lokus stunting yaitu Desa Cabang.

4. Pelaksana

Survei ini akan dilaksanakan oleh di Desa Cabang, Kecamatan Bandar Surabaya, Kabupaten Lampung Tengah dan dipimpin oleh Drs. Ikram, M.Si, MAPS dari Jurusan Sosiologi, FISIP Universitas Lampung sebagai berikut:

1	Team leader	:	Drs. Ikram, M.Si, MAPS (tugas utama: penulisan usul penelitian, rancangan pelaksanaan penelitian, budgeting, analisis dan penulisan akhir hasil, rancangan akhir advokasi)
2	Lembaga pelaksana utama	:	Jurusan Sosiologi, FISIP Unila (Koordinasi seluruh pelaksanaan penelitian di bawah pimpinan Koord. Penelitian)
3	Koord. Penelitian	:	Drs. Susetyo, M.Si (tugas utama: penentuan alat, finalisasi seluruh kuesioner, penentuan lokasi & responden, tabulasi seluruh hasil survey dan laporan, draft laporan penelitian termasuk rancangan advokasi berbasis temuan utama/data)
4	Asisten Peneliti	:	Drs. Usman Raidar, M.Si dan Fuad Abdulgani, S.Sos, M.A dan (tugas utama: membantu Koordinator Peneliti dalam melaksanakan tugas utama)
5	Pelaksana Penelitian/Tim	:	Sdr. Zikri Zurya Nazalla (alumni) dan Dini Rismaladewi (Mahasiswa) (tugas utama: urusan administrasi penelitian, pengumpulan data, tabulasi data, laporan propinsi termasuk rekomendasi advokasi tingkat kabupaten)

D. RINCIAN JADWAL PENELITIAN

1. Waktu Pelaksanaan

Kegiatan survey (keseluruhan diperkirakan selama 5 (lima) bulan dengan perkiraan waktu seperti yang dapat dilihat dalam jadwal terlampir.

No.	Kegiatan	Pelaksana	Waktu/Bulan				
			I	II	III	IV	V
I.1	Penyusunan TOR dan Budget	Team Leader					
I.2	Diskusi TOR & persiapan rancangan penelitian	sda					
I.3	Final rancangan & diskusi penelitian	sda					
1.	Persiapan tim						
	a. Memberikan informasi kepada para stakeholder tentang penelitian	Lembaga Pelaksana					
2.	Lokakarya Identifikasi masalah (di tingkat kabupaten/kota)						
	a. Persiapan	Leader					
	b. Pelaksanaan lokakarya	Lembaga Pelaksana & Peneliti					
	c. Pelatihan tim survey	Leader & Peneliti					
	d. Finalisasi Kuesioner	Peneliti & Asisten Peneliti					
3.	Survey						
	a. Penentuan responden	Peneliti					
	b. Menyiapkan Kit Survey (pena, kuesioner, formulir rekapitulasi manual)	Asisten Peneliti					
	c. Penyebaran angket	sda					
	d. Rekapitulasi harian	sda					
	e. Rekapitulasi akhir	sda					
	f. Pembuatan Indeks Masalah	Peneliti & Asisten Peneliti					
	g. Finalisasi Indeks Masalah	sda					
4.	Lokakarya Analisis penyebab masalah						
	a. Persiapan	Leader					
	b. Pelaksanaan	Lembaga Pelaksana & Peneliti					
	c. Penulisan rekomendasi kebijakan	Peneliti					
5.	FGD pendalaman (bahan Studi Kasus)						
	a. Persiapan (penentuan partisipan dan waktu pelaksanaan)	Peneliti & Asisten Peneliti					
	b. Pelaksanaan FGD (untuk kasus komunitas)	sda					
	c. Wawancara mendalam	Asisten Peneliti					
	d. Penulisan	Peneliti					
6.	Advokasi kebijakan						

	a. Menyampaikan rekomendasi ke Puskesmas sekaligus melobi keterlibatan Multistakeholder di dalam Lokakarya Mini Puskesmas	Leader & Lembaga Pelaksana					
	b. Menyampaikan rekomendasi ke OPD dan pihak terkait lainnya	sda					
	c. Memantau pelaksanaan rekomendasi oleh Puskesmas	sda					
	d. Memantau pelaksanaan rekomendasi oleh OPD	sda					
	e. Advokasi melalui media	sda					
7.	Laporan Penelitian						
	a. Laporan Kegiatan Penelitian	Peneliti					

E. HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Identifikasi Masalah Gizi Perempuan dan Mitos

Identifikasi masalah gizi perempuan dan perempuan muda serta mitos merupakan bagian dari pendekatan untuk membangun kesepahaman bersama antara masyarakat, Puskesmas, Dinas Kesehatan dan *stakeholders* terkait dengan persoalan pemenuhan gizi perempuan dan perempuan muda. Adapun proses identifikasi dilakukan dengan cara menyelenggarakan Lokakarya Mini (LokMin) di Puskesmas dengan 30 peserta lokakarya dan membagi peserta LokMin ke dalam kelompok-kelompok untuk mendiskusikan pertanyaan-pertanyaan seperti dalam rumusan masalah. Kemudian, hasil diskusi kelompok dipresentasikan dan dirumuskan secara bersama akan masalah gizi perempuan dan perempuan muda serta mitos. Secara khusus kegiatan ini bertujuan:

- 1). Mengidentifikasi masalah-masalah terkait pemenuhan gizi perempuan dan perempuan muda serta mitos di masyarakat Kabupaten Lampung Tengah.
- 2). Meningkatkan kesadaran penyedia layanan dan pengguna layanan tentang pentingnya pemetaan persoalan ini untuk membantu proses analisis dan menemukan solusi permasalahan.

Adapun Hasil Kesepakatan peserta LokMin mengenai masalah gizi perempuan dan perempuan muda serta mitos yang berkembang di masyarakat, sebagai berikut:

Kelompok A
<i>Banyak ibu menyusui memberikan makanan padat atau minuman pengganti ASI (MPASI) selain ASI pada bayi berusia kurang dari 6 (enam) bulan. Contoh: memberi ASI dan pisang, ASI dan biskuit, ASI dan bubur bayi</i>
<i>Rendahnya kunjungan ibu dan anak ke posyandu setelah anak berusia lebih dari 1 (satu) tahun</i>
<i>Ibu menyusui tidak boleh makan ikan karena ASI akan berbau amis</i>
<i>Banyak suami dan orang tua - ibu hamil - lebih percaya untuk memeriksakan kehamilan pada dukun dibanding bidan/tenaga medis</i>
<i>Masyarakat kurang pengetahuan mengenai gizi seimbang/B2SA (Beragam, Bergizi, Seimbang, dan Aman). Rendahnya pengetahuan gizi di keluarga. Contoh: bila makan harus ada nasi</i>
<i>Anak usia sekolah memiliki kebiasaan konsumsi mie instan - makanan cepat saji -, mie ayam, makanan manis, dan jajanan tidak sehat</i>
<i>Anak lebih suka minum-minuman ringan (soft drink) daripada air putih</i>
<i>Perempuan Muda menjaga berat badan - agar tetap langsing - dengan pola makan yang mengabaikan gizi seimbang</i>

<i>Perempuan dengan Kehamilan yang Tidak Dikehendaki “malu” memeriksakan kehamilannya di puskesmas</i>
<i>Terbatasnya akses menuju fasilitas kesehatan</i>
<i>Rendahnya pengetahuan Ibu/Ibu Hamil tentang manfaat mengonsumsi Pil Besi/Fe</i>
<i>Ibu menyusui/ibu nifas dilarang mendatangi faskes sebelum 40 hari setelah melahirkan</i>
<i>Masih ada kebiasaan mengenakan/memakaikan gurita pada bayi yang baru lahir</i>
<i>Kurangnya pelatihan mengenai kesehatan dan gizi untuk kader Posyandu</i>
<i>Pemberi layanan kesehatan di RS/Puskesmas kurang ramah dan cepat dalam melayani pasien</i>
<i>Tidak semua anak sekolah dan ibu hamil memperoleh Pil Besi/Fe secara cuma-cuma di fasilitas kesehatan (Dinas Kesehatan, Puskesmas, Posyandu)</i>
<i>Keterbatasan anggaran dan tenaga kesehatan untuk menyelenggarakan penyuluhan/pendidikan tentang Gizi dan Pil Besi di sekolah-sekolah</i>
<i>Keterbatasan jumlah tenaga medis dan non-medis di fasilitas layanan kesehatan tingkat primer – puskesmas dan puskesmas pembantu -</i>
<i>Kurang optimalnya pendampingan, pemantauan dan atau pengawasan tenagakesehatan dan atau kader kesehatan dalam pelaksanaan Program PMT</i>
<i>Tidak semua Ibu hamil KEK dan atau Anak Kurang Gizi memperoleh paket PMT</i>
<i>Paket PMT tidak hanya dikonsumsi oleh Ibu hamil KEK dan atau Anak Kurang Gizi, melainkan dikonsumsi oleh seluruh anggota keluarganya</i>
<i>Ibu hamil memperoleh banyak manfaat dengan adanya Gerakan “JALIN BUMIL” - Jaga dan Lindungan Ibu Hamil dalam Bentuk pendampingan ibu hamil dengan melibatkan kader dasawisma (1 ibu hamil 1 Kader) -</i>
<i>Masih Kebiasaan masyarakat memijat bagian perut bayi</i>
Kelompok B
<i>Ibu setelah melahirkan tidak boleh makan ikan dan telur karena dapat menyebabkan luka tidak cepat kering/sembuh</i>
<i>Ibu setelah melahirkan dilarang makan buah pisang karena dikhawatirkan rahimnya turun</i>
<i>Ibu hamil tidak boleh minum es karena bayi yang dilahirkan akan besar</i>
<i>Mengonsumsi daun singkong kecil akan menimbulkan penyakit Leukimia</i>
<i>Orang tua mengonsumsi mie instan - makanan cepat saji -, mie ayam, makanan manis, dan jajanan tidak sehat</i>
<i>Ibu tidak terbiasa menyediakan atau membawakan bekal ke sekolah</i>
<i>Anak tidak terbiasa minum susu</i>
<i>Perempuan Muda lebih banyak mengonsumsi cemilan (snack) daripada makan makanan pokok yang mengandung gizi seimbang</i>
<i>Anak Perempuan dan Perempuan Muda tidak boleh makan sayap ayam karena akan sulit mendapatkan jodoh</i>
<i>Anak Perempuan dan Perempuan Muda tidak boleh makan ikan karena tubuh dan alat reproduksinya akan berbau amis</i>
<i>Ibu hamil dan menyusui</i>
<i>Masih ada anggapan bahwa mengonsumsi Pil Besi/Fe dapat menyebabkan mual-mual</i>
<i>Rendahnya pemahaman Ibu Hamil akan manfaat senam selama kehamilan dan menjelang persalinan</i>
<i>Program Kesehatan Lingkungan belum menjangkau seluruh sekolah untuk melakukan penyuluhan kebersihan dan keamanan pangan pada penjaja makanan/jajanan di sekolah</i>
<i>Ibu kurang memanfaatkan penggunaan Buku KIA untuk memantau kesehatan dan pemenuhan gizi ibu selama kehamilan dan pertumbuhan anak</i>
<i>Anggota keluarga kurang memantau kesehatan dan pemenuhan gizi ibu selama kehamilan dan pertumbuhan anak</i>

2. Identifikasi Penyebab dan Solusi

Identifikasi Penyebab dan Solusi dilakukan dengan FGD para pihak atas dasar Identifikasi Masalah. Hasil dari Identifikasi Masalah berupa Indeks Masalah persoalan dan pemenuhan gizi perempuan dan perempuan muda. Hasil yang diharapkan dari FGD ini adalah rumusan penyebab masalah dari 10 (sepuluh) masalah teratas - IM - yang dianalisis dan alternatif solusi yang dapat dipenuhi oleh penyedia layanan kesehatan dalam hal ini Puskesmas dan Dinas Kesehatan, menentukan dan menyepakati prioritas masalah dan menyusun rekomendasi untuk perbaikan pelayanan dan kepada para pihak lain seperti DPRD dan lembaga sosial terkait.

Adapun hasil dari Identifikasi Penyebab atau IM (10 masalah teratas) dan Solusi di setiap kelompok sebagai berikut:

IM Kelompok A menunjukkan bahwa persoalan gizi yang paling menonjol adalah tidak semua fasilitas kesehatan memiliki tenaga ahli gizi sebanyak 79. Anak perempuan dan perempuan muda gemar makan cemilan merupakan urutan selanjutnya. Untuk peringkat ke 10 mengenai masih banyak praktik-praktik pemberian susu formula bagi bayi. Sedangkan, IM Kelompok B menunjukkan bahwa persoalan perempuan dengan kehamilan yang tidak dikehendaki sebanyak 91. Anak usia sekolah lebih suka mengonsumsi mie instan merupakan urutan berikutnya. Kurangnya kegiatan penyuluhan tentang gizi juga menjadi 10 besar IM. Ditutup dengan persoalan mitos ibu menyusui tidak boleh makan ikan karena ASI akan berbau amis menjadi urutan ke 10.

Melihat 10 besar analisis masalah persoalan gizi perempuan dan perempuan muda di Kota Bandar Lampung dan Kabupaten Lampung Tengah di atas, penyebab masalahnya hampir sama. Hasil pengelompokan (*cluster*) ada 3 aspek utama penyebab kesehatan dan gizi yang rendah, 1) Kurangnya mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas, 2) Akses remaja/perempuan muda mengenai kesehatan seksual & reproduksi rendah, 3) Mitos-mitos kesehatan dan gizi yang hidup di masyarakat.

3. Analisis dan Rekomendasi

Kelompok A

1.	Sejumlah 91 orang mengadukan tentang “perempuan dengan KTD “malu” memeriksakan kehamilannya di puskesmas.” Hal ini disebabkan antara lain:
	1.1 Takut kehamilannya “aib” diketahui orang lain demi “Menjaga Nama Baik dan Kehormatan Keluarga/Orang Tua”
	1.2 Tidak ada dukungan atau kepedulian keluarga dan pasangan serta orang terdekat untuk perempuan dengan KTD memeriksakan kehamilannya di faskes
	1.3 Tidak pedulinya perempuan dengan KTD terhadap janin yang dikandungnya
	1.4 Masih adanya stigma atau pelabelan negative dari masyarakat maupun pemberi layanan kesehatan terhadap perempuan dengan KTD “perempuan nakal”
	1.5 Perempuan dengan KTD selalu jadi korban atau dikorbankan, disalahkan sehingga seringkali dikucilkan oleh keluarga, pasangan serta orang terdekat
	Untuk mengatasi hal tersebut, kami merekomendasikan beberapa hal sebagai berikut:
	1.1.1 Dinas Kesehatan, Puskesmas, IBI melakukan pendidikan dan penyadaran HKSR bagi perempuan dan keluarga perempuan dengan KTD
	1.2.1 FGD, Diskusi Publik, Kampanye HKSR bagi Tokoh Agama, Tokoh Masyarakat, Tokoh Adat, dan Tokoh Pemuda
	1.3.1 Tenaga dan Kader Kesehatan melakukan pemantauan kasus-kasus KTD dan pendampingan ANC
	1.4.1 Pendidikan Sensitivitas Gender dan Kesehatan Reproduksi Perempuan bagi Tenaga Kesehatan
	1.4.2 Diskusi Publik, FGD, Kampanye Gender dan Hak Asasi Perempuan
	1.5.1 Menyiapkan Rumah Perlindungan Berbasis Masyarakat bagi perempuan dengan KTD yang dikucilkan oleh keluarganya
	1.5.2 Mendorong Pemerintah Daerah menyiapkan Rumah Perlindungan bagi perempuan dengan KTD, perempuan korban kekerasan

2.	Sejumlah 85 orang mengadukan tentang “anak usia sekolah lebih suka mengonsumsi mie instan – makanan cepat saji, mie ayam, makanan manis, dan jajanan tidak sehat.” Hal ini disebabkan antara lain:
	2.1 Mudah untuk memperoleh mie instan, makanan cepat saji
	2.2 Kurangnya kesadaran keluarga untuk menyiapkan dan mengonsumsi makanan bervariasi, bergizi, seimbang dan aman
	2.3 Kurangnya pengetahuan keluarga tentang bahaya mie instan, makanan cepat saji
	2.4 Terpapar iklan produk mie instan dan makanan cepat saji

	2.5 Terbatasnya waktu Ibu/Perempuan untuk memasak dan menyiapkan makanan bervariasi, bergizi, seimbang dan aman dikarenakan aktivitas lain “Beban Ganda”
	2.6 Rendahnya akses pendidikan perempuan yang berakibat rendahnya pengetahuan perempuan tentang makanan B2SA
	2.7 Pemberian makanan dengan B2SA pada anak usia sekolah dibebankan dan menjadi tanggung jawab ibu
Untuk mengatasi hal tersebut, kami merekomendasikan antara lain sebagai berikut:	
	2.1.1 Dinas Kesehatan dan pihak-pihak terkait menyelenggarakan Kampanye Mengonsumsi Makanan B2SA
	2.2.1 Puskesmas melatih kader kesehatan dan gizi sebagai <i>Focal Point</i> Kampanye Mengonsumsi Makanan B2SA
	2.3.1 Dinas Kesehatan dan pihak terkait menerbitkan dan menyebarkan media KIE bahaya/penyakit yang ditimbulkan akibat mengonsumsi mie instan, makanan cepat saji
	2.4.1 Tenaga gizi/kader kesehatan melakukan praktik-praktik/demo penyajian menu dengan B2SA
	2.5.1 Memberikan penyadaran pada keluarga akan pembagian kerja secara seksual
	2.6.1 Membentuk atau merevitalisasi Pusat Kegiatan Belajar Masyarakat (PKBM)
	2.7.1 Mulai melibatkan bapak/laki-laki untuk bersama bertanggung jawab dalam penyajian makanan sehat

3.	Sejumlah 81 orang mengadukan tentang “ibu-ibu kurang paham tentang gizi seimbang/B2SA (beragam, bergizi, seimbang, dan aman).” Hal ini disebabkan antara lain:
	3.1 Rendahnya kemampuan atau daya beli keluarga akan pangan bergizi
	3.2 Kurangnya frekuensi atau jumlah penyuluhan tentang gizi dan kesehatan
	3.3 Masih diyakini adanya larangan-larangan atau mitos-mitos tentang makanan
	3.4 Kurangnya kesempatan perempuan untuk bersekolah
	3.5 Kurangnya informasi gizi yang diterima langsung dari tenaga penyuluh gizi
	3.6 Rendahnya kesadaran ibu untuk mengikuti kegiatan penyuluhan gizi
	3.7 Kendala waktu untuk ikut penyuluhan karena ibu memiliki tanggungjawab atas pekerjaan rumah tangga
	3.8 Ibu menganggap pengetahuan yang didapat dari kakek nenek (turun temurun) sudah cukup
	3.9 Perempuan cenderung makan makanan yang disukai
	3.10 Kurang dukungan keluarga untuk membicarakan masalah gizi
Untuk mengatasi hal tersebut, kami merekomendasikan beberapa hal sebagai berikut:	

	3.1.1 Poskeskel, Posyandu, dan PKK melakukan pendidikan ketrampilan untuk penambahan pendapatan/ <i>income generating</i>
	3.2.1 Poskeskel, Posyandu, dan Pemerintah Desa mulai menggunakan Dana Desa untuk penyuluhan kesehatan dan gizi secara berkala
	3.3.1 Dinas Kesehatan, Puskesmas mulai mengembangkan kegiatan Promosi Kesehatan dan Gizi Inovatif dan Kreatif
	3.3.2 Puskesmas lebih aktif melakukan kegiatan promotif tentang makanan pangan B2SA dengan berbagai media
	3.4.1 Menyelenggarakan pendidikan untuk perempuan
	3.5.1 Kader kesehatan melakukan kunjungan rumah untuk berbagi pengetahuan tentang pangan B2SA
	3.9.1 Pendidikan Sensitivitas Gender bagi laki-laki
	3.9.2 Membentuk kelompok laki-laki peduli kesehatan dan gizi perempuan
4	Sejumlah 76 orang mengadukan tentang “anak perempuan dan perempuan muda lebih banyak mengonsumsi cemilan (snack) dari pada makan makanan pokok yang mengandung gizi seimbang.” Hal ini disebabkan antara lain:
	4.1 Rendahnya pengetahuan tentang makanan bergizi
	4.2 Cemilan (snack) dianggap enak, praktis, mudah didapat dan gaya
	4.3 Anak perempuan dan perempuan muda merasa senang berada di tempat-tempat yang menjual makan cepat saji sebagai tempat nongkrong dan selfie
	4.4 Ibu membiasakan memberikan cemilan (snack) pada anak sejak usia dini agar anak tidak rewel dan ibu dapat menyelesaikan tanggungjawab melaksanakan pekerjaan rumah tangga
	Untuk mengatasi hal tersebut, kami merekomendasikan antara lain sebagai berikut:
	4.1.1 Puskesmas melakukan sosialisasi tentang gizi seimbang dan kesehatan
	4.2.1 Memberikan pendidikan kepada anak perempuan dan perempuan muda untuk tidak mengonsumsi cemilan (<i>snack</i>) berlebihan dan mulai memperhatikan makanan yang mengandung gizi seimbang
	4.4.1 Melibatkan suami dan anak laki-laki dalam penyelesaian pekerjaan rumah tangga
	4.4.2 Membiasakan membuat dan menyajikan makan sehat di rumah dengan melibatkan seluruh anggota keluarga

5.	Sejumlah 73 orang mengadukan tentang “bayi kurang 6 bulan sudah diberi makanan tambahan (pisang, biskuit, bubur bayi).” Hal ini disebabkan antara lain:
	5.1 Ibu bekerja di luar rumah mengalami kesulitan memberi ASI
	5.2 Tidak ada pojok ASI (Ruang Laktasi) ditempat ibu bekerja
	5.3 Adanya tradisi memberi makanan tambahan sebelum bayi berumur 6 bulan
	5.4 Adanya anggapan bayi nangis/rewel tanda lapar
	5.5 Kurangnya pengetahuan ibu akan dampak pemberian makanan tambahan sebelum waktunya
	5.6 Payudara sakit waktu menyusui

	5.7 Perempuan selalu disalahkan bila bayi tampak tidak gemuk
	5.8 Bayi hasil persalinan dengan KTD cenderung diasuh oleh orang tua/ibu pengganti
	5.9 Perempuan (khusus bekerja) takut payudara tidak indah, alasan estetika
Untuk mengatasi hal tersebut, kami merekomendasikan antara lain sebagai berikut:	
	5.1.1 Dinkes mengeluarkan Surat Edaran tentang Kewajiban Menyediakan Ruang Menyusui dan Sarana serta Prasarana Penyimpanan ASI di tempat-tempat kerja dengan mengacu pada Peraturan Daerah Provinsi Lampung No. 17 Tahun 2014 tentang Pemberian ASI
	5.2.1 Dinkes menerbitkan himbauan bagi tempat-tempat kerja untuk mengizinkan ibu menyesuaikan memberi ASI bagi bayinya pada waktu-waktu/jadwal pemberian ASI
	5.3.1 Puskesmas dan Posyandu melakukan revitalisasi kegiatan Posyandu dan Kelas Ibu
	5.5.1 Puskesmas dan kader kesehatan melakukan pendidikan, penyuluhan bagi ibu menyusui tentang cara memberi ASI, frekuensi pemberian, cara penyimpanan ASI
	5.7.1 Puskesmas, Dinas Kesehatan melakukan pendidikan, promosi kesehatan tentang dampak PMT sebelum waktunya
	5.8.1 Puskesmas melakukan pendampingan dan pengobatan bagi Ibu Menyusui yang memiliki masalah payudaranya
	5.9.1 Puskesmas dan kader kesehatan melakukan pendidikan/penyuluhan makan makanan bergizi dan berserat untuk memproduksi ASI
	5.10.1 Penyadaran pada suami bahwa tanggung jawab merawat dan membesarkan bayi adalah tanggung jawab bersama
	5.11.1 Puskesmas dan kader kesehatan melakukan pendidikan, penyuluhan bagi ibu pengganti tentang cara memberi ASI, frekuensi pemberian, cara penyimpanan ASI
	5.11.2 Penyadaran pada suami-istri/dukungan keluarga untuk hanya member ASI hingga 6 bulan
	5.12.1 Diskusi Publik ASI dapat Mencegah Kanker Payudara

6.	Sejumlah 72 orang mengadukan tentang “kurangnya kegiatan penyuluhan/pendidikan tentang gizi dan Pil Zat Besi di sekolah-sekolah.” Hal ini disebabkan antara lain:
	6.1 Terbatasnya jumlah tenaga penyuluh dan waktu untuk melakukan penyuluhan kesehatan dan gizi di sekolah-sekolah
	6.2 Rendahnya inisiatif sekolah untuk menyelenggarakan atau koordinasi dengan puskesmas dalam rangka melakukan penyuluhan kesehatan dan gizi (UKS)
	6.3 Tenaga Pendidikan dan Kependidikan tidak menganggap penting masalah gizi dan kesehatan
	6.4 Terbatasnya jumlah dan jenis media Promosi Kesehatan dan Gizi
	6.5 Terbatasnya dana untuk kegiatan Promosi Kesehatan dan Gizi

	6.6 Rendahnya pengetahuan dan ketrampilan kader kesehatan dan gizi dalam melakukan penyuluhan
	6.7 Adanya anggapan pengetahuan mengenai gizi dan Fe bagi anak sekolah menjadi tanggungjawab keluarga/ibu
	6.8 Sekolah menganggap Kesehatan Reproduksi Perempuan kurang penting dibanding pelajaran umum (matematika, fisika)
Untuk mengatasi hal tersebut, kami merekomendasikan antara lain sebagai berikut:	
	6.1.1 Pemerintah Daerah melalui Dinas Kesehatan melakukan rekrutmen atau menambah tenaga penyuluh/widyaiswara kesehatan dan gizi
	6.1.2 Dinas kesehatan, puskesmas merekrut tenaga gizi Puskesmas memanfaatkan dana BOK untuk pengadaan tenaga kontrak penyuluh gizi
	6.2.1 Dinas Kesehatan melakukan pertemuan dengan MKSS, KKG untuk melakukan kesepakatan melakukan penyuluhan kesehatan dan gizi secara berkala
	6.3.1 Dinas Kesehatan, Puskesmas melakukan FGD, Diskusi bagi tenaga pendidik dan pendidikan tentang pentingnya masalah gizi dan kesehatan bagi anak sekolah
	6.3.2 Puskesmas fasilitasi pembentukan kelompok guru dan siswa sadar kesehatan dan gizi
	6.4.1 Dinas Kesehatan merencanakan dan menganggarkan pengadaan media inovatif dan kreatif untuk Promosi Kesehatan dan Gizi
	6.5.1 Puskesmas/faskes lainnya memanfaatkan Dana BOK untuk kegiatan Promosi Kesehatan dan Gizi
	6.5.2 Mulai mengalokasi dana penyuluhan kesehatan melalui dana BOS
	6.6.1 Pelibatan semua pihak untuk ikut bertanggungjawab dalam meningkatkan pengetahuan tentang gizi dan kesehatan
	6.7.1 Pendidikan Sensitivitas Gender dan Kesehatan Reproduksi Perempuan
	6.8.1 Dinas Kesehatan melakukan TOT Gizi dan Kespro bagi guru
	6.8.2 Membentuk Ekskul Kesehatan dan Gizi di sekolah-sekolah

7.	Sejumlah 68 orang mengadukan tentang “praktik pemberian susu formula bayi baru lahir menyebabkan bayi enggan ASI.” Hal ini disebabkan antara lain:
	7.1 Kurangnya pengetahuan dan kesadaran Ibu dan Keluarga tentang ASI Eksklusif
	7.2 Ada kejadian khusus (indikasi medis) pada ibu dan bayi, serta kondisi anatomis payudara ibu yang menghendaki pemberian susu formula
	7.3 Ibu menyusui bekerja di luar rumah sehingga tidak bisa memberi ASI (menyusui) bayinya
	7.4 Ibu menyusui tidak memiliki fasilitas pendukung untuk penyimpanan ASI
	7.5 Kurangnya pengawasan Pemerintah Daerah mengenai praktik-praktik pemberian susu formula pada bayi baru lahir dan memberikan sisa susu formula untuk dibawa pulang ke rumah
	7.6 Kurangnya peran aktif keluarga untuk mendukung ibu menyusui

	7.7 Adanya anggapan sebagian perempuan bahwa memberi ASI akan memengaruhi estetika/keindahan payudara
	7.8 Terbatasnya waktu Ibu Menyusui untuk menyiapkan dan memberi ASI karena bekerja untuk mendukung ekonomi keluarga dan juga bertanggung jawab atas pekerjaan rumah “Beban Ganda”
Untuk mengatasi hal tersebut, kami merekomendasikan antara lain sebagai berikut:	
	7.1.1 Dinas Kesehatan dan para pihak melakukan sosialisasi manfaat ASI, cara memberi, dan menyimpan ASI dalam bentuk pendidikan, terbitan media KIE
	7.2.1 Melakukan monitoring dan pengobatan atas indikasi medis dan mengusahakan ASI dari Pendonor ASI
	7.3.1 Dinkes mengeluarkan Surat Edaran tentang Kewajiban Menyediakan Ruang Menyusui dan Sarana serta Prasarana Penyimpanan ASI di tempat-tempat kerja dengan mengacu pada Peraturan Daerah Provinsi Lampung No. 17 Tahun 2014 tentang Pemberian ASI
	7.4.1 Dinkes fasilitasi/memberi bantuan sarana dan prasarana penyimpanan ASI “sederhana” bagi ibu menyusui
	7.5.1 Pengawasan dan Penegakkan Hukum atau Pemberian Sanksi atas pelanggaran Peraturan Daerah Provinsi Lampung No. 17 Tahun 2014 tentang Pemberian ASI
	7.6.1 Pelibatan laki-laki dan keluarga untuk <i>support</i> Kampanye ASI Eksklusif
	7.7.1 Penyadaran pada perempuan untuk member ASI Eksklusif (6 bulan)
	7.8.1 Kampanye Pembagian Kerja Secara Adil Gender

8.	Sejumlah 67 orang mengadukan tentang “kurang pelatihan mengenai kesehatan dan gizi untuk kader posyandu.” Hal ini disebabkan antara lain:
	8.1 Kurangnya dana untuk kegiatan penyuluhan/pendidikan bagi kader posyandu
	8.2 Kurangnya tenaga pelatih/penyuluh kesehatan dan gizi
	8.3 Stereotipe Perempuan Kader Posyandu “merawat” sehingga dianggap “tahu” tentang kesehatan dan gizi karena bagian dari kesehariannya - urusan perempuan -
Untuk mengatasi hal tersebut, kami merekomendasikan antara lain sebagai berikut:	
	8.1.1 Poskesdes dan Pemerintah Desa mengalokasikan dana bersumber dari Dana Desa untuk Pelatihan Kesehatan dan Gizi bagi Kader Posyandu
	8.2.1 Dinas Kesehatan menambah /mengalokasikan dana untuk rekrutmen tenaga yang disiapkan sebagai tenaga pelatih/penyuluh kesehatan dan gizi
	8.2.2 Dinas Kesehatan menambah /mengalokasikan dana untuk kegiatan penyuluhan/pendidikan bagi kader posyandu dengan memanfaatkan Dana BOK Puskesmas
	8.3.1 Dekonstruksi stereotipe dengan mulai melibatkan laki-laki sebagai kader posyandu

	8.3.2 Kader Kesehatan - guru kader/senior – secara berkala <i>sharing</i> pengetahuan dan ketrampilan tentang Kesehatan dan Gizi
--	---

9.	Sejumlah 63 orang mengadukan tentang “paket PMT tidak hanya dikonsumsi oleh ibu hamil KEK dan atau anak kurang gizi, melainkan dikonsumsi oleh seluruh anggota keluarga.” Hal ini disebabkan antara lain:
	9.1 Kurang koordinasi dan pengawasan pemberian Paket PMT dari petugas puskesmas, poskeskam, maupun Kader Kesehatan ataupun kader
	9.2 Paket PMT yang diberikan kurang bervariasi dari segi tekstur, rasa, maupun wangi hingga bumilhamil KEK dan anak kurang gizi tidak suka
	9.3 Rendahnya penghasilan/pendapatan keluarga
	9.4 Rendahnya akses perempuan terlibat dalam pengambilan keputusan
	9.5 Rendahnya pengetahuan bumil tentang Kesehatan dan gizi
	9.6 Rendahnya kepedulian anggota keluarga akan kondisi perempuan dan anak
	Untuk mengatasi hal tersebut, kami merekomendasikan antara lain sebagai berikut:
	9.1.1 Puskesmas, poskeskam, kader kesehatan secara berkala melakukan koordinasi, pemantauan, dan pengawasan pemberian PMT
	9.2.1 Dinas Kesehatan melakukan uji coba jenis makanan/minuman paket PMT yang paling disukai oleh bumil KEK dan Anak Kurang Gizi
	9.3.1 Puskesmas bersama PKK mendesak pemerintah kampung untuk mengalokasikan dana ADD untuk program/kegiatan pemberdayaan ekonomi perempuan
	9.4.1 Mendorong pelibatan perempuan dalam Badan Perwakilan Kampung, Kadus, RT untuk keterwakilan kepentingan perempuan dan pengambilan keputusan yang berpihak pada perempuan
	9.5.1 Melakukan penyuluhan tentang kesehatan dan gizi kepada ibu hamil dan keluarga
	9.6.1 Pendidikan Adil Gender dan Kesehatan Reproduksi

10.	Sejumlah 62 orang mengadukan tentang “Ibu menyusui tidak boleh makan ikan karena ASI akan berbau amis.” Hal ini disebabkan antara lain:
	10.1 Mitos yang berkembang di masyarakat sejak lama dan diyakini benar
	10.2 Kurang pengetahuan dan kesadaran tentang pentingnya mengonsumsi ikan bagi ibu menyusui
	10.3 Ibu menyusui tidak makan ikan karena suami akan terganggu dengan bau amis
	Untuk mengatasi hal tersebut, kami merekomendasikan antara lain sebagai berikut:
	10.1.1 Puskesmas melakukan pendidikan/penyuluhan melalui kelompok-kelompok perempuan tentang mitos-mitos yang merugikan kesehatan

	10.2.1 Kader kesehatan melakukan upaya-upaya Peningkatan pengetahuan dan kesadaran mengenai pentingnya mengonsumsi ikan bagi ibu menyusui
	10.3.1 Pelibatan laki-laki untuk berbagi pengetahuan tentang Gender dan Mitos-mitos di masyarakat
	10.3.2 Memberikan pemahaman kepada ibu dan suami bahwa ASI tidak akan pernah berbau amis meskipun mengonsumsi ikan

Kelompok B

1.	Sejumlah 79 pengguna layanan mengadukan tentang Tidak Semua Fasilitas Kesehatan Memiliki Tenaga Gizi. Hal ini disebabkan antara lain:
	1.1 Kurangnya rekrutmen tenaga gizi
	1.2 Jumlah dan distribusi tenaga gizi belum merata
	1.3 Masih rendahnya kepekaan pemerintah akan pentingnya pengetahuan dan pemenuhan gizi perempuan dan perempuan muda
Untuk mengatasi masalah tersebut, kami merekomendasikan:	
	1.1.1 Pemerintah Daerah melalui Dinas Kesehatan melakukan rekrutmen atau menambah tenaga gizi
	1.1.2 Puskesmas memanfaatkan Dana BOK untuk merekrut tenaga kontrak (tenaga gizi)
	1.2.1 Pemerintah Daerah membuat regulasi dan memperkuat koordinasi dengan BKD dalam penempatan tenaga gizi
	1.2.2 Dinas Kesehatan melatih tenaga medis yang ada untuk lebih tahu dan trampil sebagai tenaga gizi
	1.2.3 Puskesmas meningkatkan kapasitas pengetahuan dan ketrampilan kader kesehatan tentang gizi
	1.3.1 Dinkes menyelenggarakan tot pengarusutamaan gender bidang kesehatan dan gizi bagi tenaga medis dan gizi

2.	Sejumlah 78 orang mengadukan tentang “Anak perempuan dan perempuan muda gemar snack dan jajanan.” Hal ini disebabkan antara lain:
	2.1 Rendahnya pengetahuan tentang makanan bergizi
	2.2 Pola makan dalam keluarga “tidak teratur/baik”
	2.3 Ikut teman sebaya
	2.4 Terpapar iklan TV/Media tentang produk snack dan jajanan digemari remaja
	2.5 Kurangnya aktivitas fisik
	2.6 Anak perempuan dan perempuan menjaga tubuh tetap langsing dengan menghindari makanan padat
Untuk mengatasi hal tersebut, kami merekomendasikan antara lain sebagai berikut:	

	2.1.1 Puskesmas melakukan sosialisasi tentang gizi seimbang dan kesehatan reproduksi di sekolah dan organisasi pemuda
	2.2.1 Puskesmas bekerjasama dengan PKK melakukan sosialisasi tentang pola makan “B2SA” di keluarga
	2.5.1 Pemerintah Daerah memperbanyak ruang publik terbuka untuk aktivitas fisik
	2.6.1 Memberikan pemahaman tentang tubuh perempuan dalam kaitannya dengan Kesehatan Reproduksi
	2.6.2 Pendidikan, Diskusi tentang hubungan diet dengan kesehatan reproduksi perempuan

3.	Sejumlah 76 orang mengadakan tentang “Ibu kurang paham gizi seimbang; Bervariasi, Bergizi, Seimbang, dan Aman (B2SA).” Hal ini disebabkan antara lain:
	3.1 Rendahnya kemampuan atau daya beli keluarga akan pangan bergizi
	3.2 Kurangnya frekuensi atau jumlah penyuluhan tentang gizi dan kesehatan
	3.3 Masih diyakini adanya larangan-larangan atau mitos-mitos tentang makanan
	3.4 Acuh/Kurang respon waktu diadakan pendidikan, penyuluhan
	3.5 Kurangnya Informasi yang diterima tidak langsung dari tenaga penyuluh gizi
	3.6 Kurangnya kesempatan perempuan untuk bersekolah
	3.7 Rendahnya kesadaran ibu untuk mengikuti kegiatan penyuluhan gizi
	3.8 Kendala waktu untuk ikut penyuluhan karena ibu memiliki tanggungjawab atas pekerjaan rumah tangga
	3.9 Ibu menganggap pengetahuan yang didapat dari kakek nenek (turun temurun) sudah cukup
	3.10 Tidak terlibatnya laki-laki dalam menyiapkan atau menyediakan pangan B2SA
	Untuk mengatasi hal tersebut, kami merekomendasikan antara lain sebagai berikut:
	3.1.1 Poskeskel, Posyandu, dan PKK melakukan pendidikan ketrampilan untuk penambahan pendapatan/ <i>income generating</i>
	3.2.1 Poskeskel, Posyandu, dan Pemerintah Desa mulai menggunakan Dana Desa untuk penyuluhan kesehatan dan gizi secara berkala
	3.3.1 Puskesmas lebih aktif melakukan kegiatan promotif tentang makanan pangan B2SA dengan berbagai media
	3.4.1 Dinas Kesehatan, Puskesmas mulai mengembangkan kegiatan Promosi Kesehatan dan Gizi Inovatif dan Kreatif dan mempertimbangkan ketersediaan waktu masyarakat
	3.6.1 Menyelenggarakan pendidikan untuk perempuan
	3.8.1 Kader kesehatan melakukan kunjungan rumah untuk berbagi pengetahuan tentang pangan B2SA
	3.10.1 Membentuk kelompok laki-laki peduli kesehatan dan gizi perempuan
	3.10.2 Pendidikan Sensitivitas Gender bagi laki-laki

4.	Sejumlah 74 orang mengadukan tentang “perempuan dengan KTD malu memeriksakan kehamilannya di faskes.” Hal ini disebabkan antara lain:
	4.1 Takut kehamilannya diketahui orang lain demi “Menjaga Nama Baik dan Kehormatan Keluarga/Orang Tua”
	4.2 Tidak ada dukungan atau kepedulian keluarga dan pasangan serta orang terdekat untuk perempuan dengan KTD memeriksakan kehamilannya di faskes
	4.3 Belum adanya penerimaan diri terhadap kondisi KTD
	4.4 Tidak pedulinya perempuan dengan KTD terhadap janin yang dikandungnya
	4.5 Masih adanya stigma atau pelabelan negative dari masyarakat maupun pemberi layanan kesehatan terhadap perempuan dengan KTD “perempuan nakal”
	4.6 Perempuan dengan KTD selalu jadi korban atau dikorbankan, disalahkan sehingga seringkali dikucilkan oleh keluarga, pasangan serta orang terdekat
Untuk mengatasi hal tersebut, kami merekomendasikan antara lain sebagai berikut:	
	4.1.1 Puskesmas melakukan pelayanan “jemput bola pada pasien dengan kasus KTD
	4.1.2 Dinas Kesehatan, Puskesmas, IBI melakukan pendidikan dan penyadaran HKSR bagi perempuan dan keluarga perempuan dengan KTD
	4.2.1 FGD, Diskusi Publik, Kampanye HKSR bagi Tokoh Agama, Tokoh Masyarakat, Tokoh Adat, dan Tokoh Pemuda
	4.3.1 Dinas Kesehatan, Puskesmas melakukan Pendidikan Kesehatan Reproduksi di sekolah-sekolah secara berkala
	4.3.2 Menkes melakukan Advokasi Implementasi Aborsi sesuai mandat UU Kesehatan
	4.4.1 Tenaga dan Kader Kesehatan melakukan pemantauan kasus-kasus KTD dan pendampingan ANC
	4.5.1 Dinas Kesehatan, Puskesmas melakukan Pendidikan Kesehatan Reproduksi bagi Perempuan Muda dan Keluarganya tentang Menarche, Menstruasi, Kehamilan dan Persalinan yang Aman dan Sehat
	4.5.2 Dinas Kesehatan, Puskesmas melatih Pembatras tentang Tatalaksana Kehamilan dan Persalinan yang Aman dan Sehat
	4.5.3 Dinas Kesehatan, Puskesmas, Kepolisian melakukan penyuluhan/sosialisasi aspek hukum penanganan kehamilan dan persalinan
	4.6.1 Pendidikan Sensitivitas Gender dan Kesehatan Reproduksi Perempuan bagi Tenaga Kesehatan
	4.6.2 Diskusi Publik, FGD, Kampanye Gender dan Hak Asasi Perempuan
	4.7.1 Menyiapkan Rumah Perlindungan Berbasis Masyarakat bagi perempuan dengan KTD yang dikucilkan oleh keluarganya
	4.7.2 Mendorong Pemerintah Daerah menyiapkan Rumah Perlindungan bagi perempuan dengan KTD, perempuan korban kekerasan

5.	Sejumlah 74 orang mengadukan tentang “paket PMT bumil KEK dan anak kurang gizi tidak merata dibagikan dan rendah kualitasnya.” Hal ini disebabkan antara lain:
	5.1 Jumlah paket PMT yang diterima Puskesmas tidak sesuai dengan permintaan (jumlah bumil KEK dan anak kurang gizi)
	5.2 Paket PMT tidak terjaga secara kualitas karena tergantung dengan pendanaan dan pengawasan
	5.3 Tidak terdata bumil KEK dan anak kurang gizi oleh petugas terkait
	5.4 Ada perubahan data yang tidak dikonfirmasi ulang ke Puskesmas setelah dilakukan pendataan
	5.5 Rendahnya pelibatan perempuan sebagai petugas meskipun masalahnya banyak pada perempuan
Untuk mengatasi hal tersebut, kami merekomendasikan antara lain sebagai berikut:	
	5.1.1 Dinkes harus menentukan kriteria dalam pendataan dan juga melakukan verifikasi/visitasi
	5.2.1 Puskesmas secara berkala memantau distribusi dan kualitas PMT Bumil KEK dan Anak Kurang Gizi yang ada dibandingkan dengan stok yang tersedia dan yang kadaluarsa untuk membuat perencanaan pengadaan PMT
	5.3.1 Puskesmas mengoptimalkan peran kader kesehatan dan gizi dalam melakukan pemantauan dan pendampingan
	5.4.1 Dilakukan evaluasi terhadap distribusi dan kualitas PMT yang dibagikan kepada bumil kek dan anak kurang gizi
	5.5.1 Puskesmas dan Kader Kesehatan mulai melibatkan perempuan penggerak PKK untuk terlibat dalam pendataan, pendistribusian, pendampingan PMT

6.	Sejumlah 73 orang mengadukan tentang “Keluarga gemar mengonsumsi makanan cepat saji.” Hal ini disebabkan antara lain:
	6.1 Malas dan ribet untuk menyiapkan makanan bervariasi, bergizi, seimbang dan aman
	6.2 Mudah untuk memperoleh makanan cepat saji
	6.3 Adanya anggapan mengonsumsi makanan cepat saji memiliki kelas sosial tertentu “gaya hidup”
	6.4 Kurangnya pengetahuan keluarga tentang bahaya makanan cepat saji
	6.5 Kurangnya kesadaran keluarga untuk menyiapkan dan mengonsumsi makanan bervariasi, bergizi, seimbang dan aman
	6.6 Terbatasnya waktu Ibu/Perempuan untuk menyiapkan makanan bervariasi, bergizi, seimbang dan aman dikarenakan aktivitas lain “Beban Ganda”
	6.7 Rendahnya akses pendidikan perempuan yang berakibat rendahnya pengetahuan perempuan tentang makanan B2SA
	6.8 Perempuan kurang menyadari bahwa dirinya lebih beresiko untuk kekurangan zat gizi mikro dan obesitas dibandingkan laki-laki

Untuk mengatasi hal tersebut, kami merekomendasikan antara lain sebagai berikut:	
	6.1.1 Instalasi Gizi mencipta daftar menu-menu makanan B2SA yang mudah diperoleh, murah, dan dapat disiapkan dengan cepat
	6.2.1 Dinas Kesehatan dan pihak-pihak terkait menyelenggarakan Kampanye Mengonsumsi Makanan B2SA
	6.3.1 Puskesmas melatih kader kesehatan dan gizi sebagai <i>Focal Point</i> Kampanye Mengonsumsi Makanan B2SA
	6.4.1 Dinas Kesehatan dan pihak terkait menerbitkan dan menyebarkan media KIE bahaya/penyakit yang ditimbulkan akibat mengonsumsi makanan cepat saji
	6.5.1 BPPOM secara berkala menerbitkan berbagai jenis makanan yang terkategori Tidak Aman
	6.5.2 Puslitbang Gizi secara berkala menerbitkan Daftar Komposisi Gizi Bahan Makanan (DKBM)
	6.6.1 Pelibatan laki-laki untuk ikut serta menyiapkan makanan
	6.6.2 Memberikan penyadaran pada keluarga akan pembagian kerja secara seksual
	6.7.1 Membentuk atau merevitalisasi Pusat Kegiatan Belajar Masyarakat (PKBM)
	6.8.1 Dinas Kesehatan, Puskesmas melakukan pendidikan atau Promosi Kesehatan tentang Defisiensi Gizi Mikro dan Obesitas pada perempuan

7.	Sejumlah 71 orang mengadukan tentang “Suami/anak laki-laki didahulukan makan.” Hal ini disebabkan antara lain:
	7.1 Rendahnya pengetahuan dan kesadaran orang tua akan pemenuhan kebutuhan gizi perempuan dan anak perempuan
	7.2 Kebiasaan, Norma, bahkan adat yang berkembang di masyarakat yang menomerduakan perempuan (subordinasi) dalam banyak hal
	7.3 Suami sebagai pencari nafkah utama dan istri sebagai pencari nafkah tambahan
Untuk mengatasi hal tersebut, kami merekomendasikan antara lain sebagai berikut:	
	7.1.1 Puskesmas melakukan pendidikan kesehatan dan gizi keluarga
	7.1.2 Dinas Kesehatan menerbitkan dan menyebarkan media KIE Kebutuhan Gizi perempuan dan laki-laki selama siklus kehidupan
	7.2.1 Dinkes, Puskesmas, NGO melakukan Pendidikan Adil Gender untuk Keluarga

8.	Sejumlah 70 orang mengadukan tentang “tidak semua perempuan muda, bumil, bufas memperoleh FE gratis di faskes.” Hal ini disebabkan antara lain:
-----------	--

	8.1 Keterlambatan Dinas Kesehatan mendistribusikan tablet besi/Fe ke faskes-faskes
	8.2 Faskes salah “tidak tepat” dalam membuat perencanaan pengadaan tablet besi/Fe sehingga data ketersediaan dan kebutuhan tidak sama
	8.3 Tidak ada data base yang baik tentang bumil dan bufas di Puskesmas
	8.4 Rendahnya akses pendidikan perempuan yang berakibat rendahnya pengetahuan perempuan akan manfaat Fe
	8.5 Beban ganda dan subordinasi perempuan menyebabkan rendahnya akses perempuan ke tempat layanan kesehatan/faskes
Untuk mengatasi hal tersebut, kami merekomendasikan antara lain sebagai berikut:	
	8.1.1 Dinas Kesehatan secara berkala melakukan evaluasi mengenai Laporan Penggunaan dan Lembar Permintaan tablet besi/Fe untuk perencanaan pengadaan dan distribusi
	8.2.1 Puskesmas secara berkala memantau penggunaan tablet besi/Fe yang ada dibandingkan dengan stok tablet besi/Fe yang tersedia dan yang kadaluarsa untuk membuat perencanaan pengadaan tablet besi/Fe
	8.3.1 NGO melakukan Advokasi Pengadaan Tablet Besi/Fe termasuk obat yang ditanggung BPJS
	8.4.1 Puskesmas mengembangkan metode pemantauan ANC berbasis data yang akurat.
	8.5.1 Pemberian beasiswa secara proporsional bagi perempuan dan laki-laki untuk melanjutkan pendidikan menengah dan tinggi
	8.6.1 Pendidikan Adil Gender dan Kesehatan Reproduksi

9.	Sejumlah 69 orang mengadukan tentang “kurangnya kegiatan penyuluhan kesehatan, gizi, Fe, bagi perempuan muda, ibu, bumil, bufas.” Hal ini disebabkan antara lain:
	9.1 Terbatas jumlah tenaga penyuluh kesehatan dan gizi
	9.2 Terbatasnya jumlah dan jenis media Promosi Kesehatan dan Gizi
	9.3 Terbatasnya dana untuk kegiatan Promosi Kesehatan dan Gizi
	9.4 Rendahnya pengetahuan dan ketrampilan kader kesehatan dan gizi dalam melakukan penyuluhan
	9.5 Perbedaan-pemahaman masyarakat dengan tenaga penyuluh kesehatan tentang Kegiatan Promosi Kesehatan dan Gizi
	9.6 Adanya anggapan pengetahuan mengenai kesehatan, gizi, Fe bagi perempuan muda, ibu, bumil dan Bufas menjadi tanggung jawab dari perempuan itu sendiri
	9.7 Adanya anggapan perempuan muda, ibu, bumil dan Bufas sakit-sakitan, kurang gizi, anemia adalah hal biasa karena “perempuan rentan dibanding laki-laki”
Untuk mengatasi hal tersebut, kami merekomendasikan antara lain sebagai berikut:	
	9.1.1 Pemerintah Daerah melalui Dinas Kesehatan melakukan rekrutmen atau menambah tenaga penyuluh/widyaiswara kesehatan dan gizi

	9.2.1 Dinas Kesehatan merencanakan dan menganggarkan pengadaan media inovatif dan kreatif untuk Promosi Kesehatan dan Gizi
	9.3.1 Puskesmas/faskes lainnya memanfaatkan Dana BOK untuk kegiatan Promosi Kesehatan dan Gizi
	9.4.1 Meminta pemerintah desa untuk memprogramkan peningkatan kompetensi kader kesehatan dan gizi untuk trampil melakukan penyuluhan dengan dukungan dana desa
	9.5.1 Dinas Kesehatan, Puskesmas melakukan sosialisasi berbagai bentuk Kegiatan Promosi Kesehatan dan Gizi
	9.6.1 Pelibatan semua pihak untuk ikut bertanggungjawab dalam meningkatkan pengetahuan dan pemenuhan gizi perempuan muda, ibu, bumil dan BuFas
	9.7.1 Pendidikan Sensitivitas Gender dan Kesehatan Reproduksi Perempuan

10	Sejumlah 69 orang mengadukan tentang “Praktik pemberian susu formula bayi baru lahir menyebabkan bayi enggan ASI.” Hal ini disebabkan antara lain:
	10.1 Ada kejadian khusus (indikasi medis) pada ibu dan bayi, serta kondisi anatomis payudara ibu yang menghendaki pemberian susu formula
	10.2 Ibu mengalami gangguan “psikologis” yang berdampak pada produksi ASI
	10.3 Ibu menyusui bekerja di luar rumah sehingga tidak bisa memberi ASI (menyusui) bayinya
	10.4 Ibu menyusui tidak memiliki fasilitas pendukung untuk penyimpanan ASI
	10.5 Kurangnya pengetahuan dan kesadaran Ibu dan Keluarga tentang pentingnya ASI
	10.6 Kurangnya peran aktif keluarga untuk mendukung ibu menyusui
	10.7 Adanya anggapan sebagian perempuan bahwa memberi ASI akan memengaruhi estetika/keindahan payudara
	10.8 Terbatasnya waktu Ibu Menyusui untuk menyiapkan dan memberi ASI karena bekerja untuk mendukung ekonomi keluarga dan juga bertanggung jawab atas pekerjaan rumah “Beban Ganda”
	Untuk mengatasi hal tersebut, kami merekomendasikan antara lain sebagai berikut:
	10.1.1 Melakukan monitoring dan pengobatan atas indikasi medis dan mengusahakan ASI dari Pendonor ASI
	10.2.1 Penguatan dan Perluasan Jaringan Komunitas Pendonor ASI
	10.3.1 Dinkes mengeluarkan Surat Edaran tentang Kewajiban Menyediakan Ruang Menyusui dan Sarana serta Prasarana Penyimpanan ASI di tempat-tempat kerja dengan mengacu pada Peraturan Daerah Provinsi Lampung No. 17 Tahun 2014 tentang Pemberian ASI

	10.4.1 Dinkes fasilitasi/memberi bantuan sarana dan prasarana penyimpanan ASI “sederhana” bagi ibu menyusui terutama di kantor-kantor pemerintah dan fasilitas publik lainnya
	10.5.1 Pengawasan dan Penegakkan Hukum atau Pemberian Sanksi atas pelanggaran Peraturan Daerah Provinsi Lampung No. 17 Tahun 2014 tentang Pemberian ASI
	10.6.1 Dinas Kesehatan dan para pihak melakukan sosialisasi manfaat ASI, cara memberi, dan menyimpan ASI dalam bentuk pendidikan, terbitan media KIE
	10.7.1 Pelibatan laki-laki dan keluarga untuk <i>support</i> Kampanye ASI Eksklusif
	10.8.1 Kampane Pembagian Kerja Secara Adil Gender

4. Rencana Tindak Lanjut

Pendidikan/penyadaran dan Penguatan Kelompok Perempuan dan Perempuan Muda

Pendidikan dan penguatan perempuan dan perempuan muda dilakukan sebagai basis kekuatan kolektif untuk mendorong perubahan bersama FMS (*Forum Multi Stakeholder*) secara berkesinambungan dengan melakukan, sebagai berikut:

1. NGO melakukan Advokasi Implementasi Aborsi sesuai mandat UU Kesehatan
2. Pendidikan Sensitivitas Gender dan Kesehatan Reproduksi Perempuan bagi Tenaga Kesehatan
3. Kampanye Kerja Layak dan Adil bagi Perempuan dan Laki-laki di Rumah Tangga
4. Menyelenggarakan pendidikan non formal /pendidikan luar sekolah berjenjang tentang kesehatan dan gizi untuk kader kesehatan dan gizi
5. Diskusi Publik, FGD, Kampanye Gender dan Hak Asasi Perempuan
6. NGO melakukan Advokasi Pengadaan Tablet Besi/Fe termasuk obat yang ditanggung BPJS
7. Melakukan kampanye Pembagian Kerja Secara Adil Gender
8. Mengadakan pelibatan laki-laki dan keluarga untuk *support* Kampanye ASI Eksklusif
9. Melakukan Penyadaran pada suami bahwa tanggung jawab merawat dan membesarkan bayi adalah tanggung jawab bersama
10. Pendidikan, Diskusi tentang hubungan diet dengan kesehatan reproduksi perempuan
11. Pelibatan laki-laki untuk ikut serta menyiapkan makanan
12. FGD, Diskusi Publik, Kampanye HKSR bagi Tokoh Agama, Tokoh Masyarakat, Tokoh Adat, dan Tokoh Pemuda

13. Melibatkan suami dan anak laki-laki dalam penyelesaian pekerjaan rumah tangga
14. Pendidikan Sensitivitas Gender bagi laki-laki
15. Membentuk kelompok laki-laki peduli kesehatan dan gizi perempuan
16. Memberikan penyadaran pada suami-istri/dukungan keluarga untuk hanya member ASI hingga 6 bulan
17. Mendorong pelibatan perempuan dalam Badan Perwakilan Kampung, Kadus, RT untuk keterwakilan kepentingan perempuan dan pengambilan keputusan yang berpihak pada perempuan

DAFTAR PUSTAKA

- Asres, G., & Eidelman, A. I. (2011). Nutritional assessment of Ethiopian Beta-Israel children: a cross-sectional survey. *Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 6(4), 171–6. <http://doi.org/10.1089/bfm.2011.0016>
- Babatunde, R. O., Olagunju, F. I., Fakayode, S. B., & Sola-Ojo, F. E. (2011). Prevalence and Determinants of Malnutrition among Under-five Children of Farming Households in Kwara State, Nigeria. *Journal of Agricultural Science*, 3(3), 173–181. <http://doi.org/10.5539/jas.v3n3p173>
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2013. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2013. Kementerian Kesehatan RI, 2013.
- Black, R. E., Allen, L. H., Bhutta, Z. A., Caulfield, L. E., De Onis, M., Ezzati, M., ... Rivera, J. (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*, 371(9608), 243–260.
- Black, R. E., Victora, C. G., Walker, S. P., Bhutta, Z. A., Christian, P., de Onis, M., ... Uauy, R. (2013). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 382(9890), 427–51. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X)
- Bourne, L. T., Pilime, N., & Behr, A. (2013). Food hygiene and sanitation in infants and young children: a paediatric food-based dietary guideline. *South African Journal of Clinical Nutrition*, 26(3), S156–S164.
- de Onis, M., Onyango, A., Borghi, E., Siyam, A., Blössner, M., & Lutter, C. (2012). Worldwide implementation of the WHO child growth standards. *Public Health Nutrition*, 15 (09), 1603–1610.
- Espo, M., Kulmala, T., Maleta, K., Cullinan, T., Salin, M. L., & Ashorn, P. (2002). Determinants of linear growth and predictors of severe stunting during infancy in rural Malawi. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 91(12), 1364–70. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12578296>
- Giashuddin, M. S., Kabir, M., & Hasan, M. (2005). Economic disparity and child nutrition in Bangladesh. *Indian Journal of Pediatrics*, 72(6), 481–7. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15985736>
- Gouado, I. (2014). Feeding Practices, Food and Nutrition Insecurity of infants and their Mothers in Bangang Rural Community, Cameroon. *Journal of Nutrition & Food Sciences*, 04(03), 2–7. <http://doi.org/10.4172/2155-9600.1000264>
- Hill, Z., Kirkwood, B., & Edmond, K. (2004). Family and community practices that promote child survival, growth and development. Geneva: WHO.

Hossain, M. Iqbal, Yasmin, R., & Kabir, I. (1999). Nutritional and immunisation status, weaning practices and socio-economic conditions of under five children in three villages of Bangladesh. *Indian Journal of Public Health*, 43(1), 37–41. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11243087>

Latham, M. C. (1997). Human nutrition in the developing world -. Retrieved July 16, 2015, from <http://www.fao.org/docrep/w0073e/w0073e00.htm>

Madusolumuo, M. A., & Akogun, O. B. (1998). Sociocultural factors of malnutrition among under-fives in Adamawa state, Nigeria. *Nutrition and Health*, 12(4), 257–62. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9836205>

Mannan, S. R., & Rahman, M. A. (2011). Exploring the Link Between Food-Hygiene Practices and Diarrhoea Among the Children of Garments Worker Mothers in Dhaka. *Anwer Khan Modern Medical College Journal*, 1(2). <http://doi.org/10.3329/akmmcj.v1i2.7458>

Merchant, K. M., Villar, J., & Kestler, E. (2001). Maternal height and newborn size relative to risk of intrapartum caesarean delivery and perinatal distress. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(7), 689–696. MINAGRI ET WFP. (2012). Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis, 5.

Moursi, M. M., Arimond, M., Dewey, K. G., Trèche, S., Ruel, M. T., & Delpeuch, F. (2008). Dietary diversity is a good predictor of the micronutrient density of the diet of 6- to 23-month-old children in Madagascar. *The Journal of Nutrition*, 138(12), 2448–53. <http://doi.org/10.3945/jn.108.093971>

Nkenfou, C. N., Nana, C. T., & Payne, V. K. (2013). Intestinal Parasitic Infections in HIV Infected and Non-Infected Patients in a Low HIV Prevalence Region, West-Cameroon. *PLoS ONE*, 8(2), e57914. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0057914>

Reyes, H., Pérez-Cuevas, R., Sandoval, A., Castillo, R., Santos, J. I., Doubova, S. V., & Gutiérrez, G. (2004). The family as a determinant of stunting in children living in conditions of extreme poverty: a case-control study. *BMC Public Health*, 4(1), 57. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-4-57>

Ruel, Marie T. Alderman, and H. and the M. and C. N. S. G. (2013). Nutrition - sensitive Interventions and Programmes: How Can They Help Accelerate Progress in Improving Maternal and Child Nutrition? Retrieved July 17, 2015, from http://aliveandthrive.org/wpdev/wp-content/uploads/2014/11/Ruel-A_T-Addis-Forum-October-2013.pdf

Shapiro-Mendoza, C., Selwyn, B. J., Smith, D. P., & Sanderson, M. (2005). Parental pregnancy intention and early childhood stunting: findings from Bolivia. *International Journal of Epidemiology*, 34(2), 387–396. <http://doi.org/10.1093/ije/dyh354>

Val Hiller, Carolun Raab, Sandra Mc Curdy, D.-H. K. (2009). You Can Prevent Foodborne Illness. PNW0250, (April), 1–20.

WHO and UNICEF. (2009). Child growth standards and the identification of severe malnutrition. WHO and UNICEF.

Wibowo, Y., Sutrisna, B., Hardinsyah, H., Djuwita, R., Korib M, M., Syafiq, A., ... Najib, M. (2015). Relationship between intra-household food distribution and coexistence of dual forms of malnutrition. *Nutrition Research and Practice*, 9(2), 174. <http://doi.org/10.4162/nrp.2015.9.2.174>

Wiggins, S. K. and S. (2014). Future diets: implications for agriculture and food prices. Retrieved July 17, 2015, from <http://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/8773.pdf>

Zondag, A. M., Nouwen, J. L., & Voorhoeve, H. W. (1992). Immunisation and nutritional status of under-fives in rural Zambia. *The Central African Journal of Medicine*, 38(2), 62–6. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/150>