

# Pembelajaran Implementasi Program Kesehatan dan Gizi Remaja di Indonesia

**LOKAKARYA PENGUATAN INTERVENSI REMAJA  
UNTUK PERCEPATAN PENCEGAHAN *STUNTING***

**06 – 07 Oktober 2020**

Augustina Situmorang,  
Pusat Penelitian Kependudukan - LIPI

# Pengantar

- ❑ Pada 5 tahun terakhir (2015-2019) Pusat Penelitian Kependudukan LIPI melakukan penelitian terkait keluarga dan perilaku berisiko remaja di tiga kota; Kota Medan, Kota Surabaya, dan Kota Mataram.
- ❑ Tahun 2017, bekerjasama dengan Pusna BkbbN melakukan studi kualitatif terkait isu-isu terkait remaja yang melahirkan anak pertama pada usia 15-19 tahun di 3 provinsi; Sulawesi Barat (Kota Mamuju), Jawa Barat (Kabupaten Kerawang) dan Kalimantan Selatan (Kabupaten Tabalong).
- ❑ Tahun 2012 bekerja sama dengan World Food Organization (WFP) melakukan "Evaluation Study on WFP School Feeding Programme in NTB and East Java Province 2005-2011".
- ❑ Sesuai dengan topik yang diberikan panitia, berdasarkan penelitian tersebut di atas paparan ini difokuskan pada implementasi program kesehatan dan gizi di daerah.

# Remaja dan Kebijakan Kesehatan

- ❑ Remaja merupakan kelompok penduduk yang sangat penting dalam pembangunan.
  - Jumlahnya sangat besar → 25,7% penduduk Indonesia berusia 10-24 tahun (BPS, 2015).
- ❑ Dalam konteks kesehatan masyarakat, remaja seringkali tidak dijadikan prioritas.
  - Remaja dianggap sebagai kelompok penduduk yang paling sehat, dibandingkan dengan kelompok penduduk lainnya (**balita** dan **lansia**).
- ❑ Perhatian terhadap kesehatan remaja baru dimulai pada beberapa dekade terakhir (WHO, 2014).
  - Meningkatnya berbagai isu kesehatan di kalangan remaja karena perilaku berisiko termasuk pola makan yang tidak sehat.
  - Perilaku berisiko ini bertambah kompleks di era digital (The Lancet Child & Adolescent Health, 2018).

# Implementasi Program Kesehatan dan Nutrisi Remaja Di Kabupaten/Kota

- ❑ Kebijakan dan program pemerintah daerah terkait remaja sebagian besar mengacu pada kebijakan dan program nasional.
- ❑ Dalam pelaksanaannya ditemui kesenjangan yang cukup besar antara program nasional dengan implementasinya di tingkat daerah.
- ❑ Implementasi program masih bersifat sektoral dan belum terintegrasi.
- ❑ Pemahaman dan keberadaan staff yang bertanggung jawab secara khusus menangani program remaja relatif terbatas.
- ❑ SDM yang ada kurang memiliki kapabilitas dan komitmen dalam berinteraksi dengan remaja.
- ❑ Pelayan kesehatan remaja belum menjadi prioritas.

# Implementasi Program PKPR di Kota Surabaya, Mataram dan Medan Tahun 2018

|   | Surabaya         | Mataram        | Medan          |
|---|------------------|----------------|----------------|
| <b>Jumlah Puskesmas PKPR</b>                | 63 dari 63       | 4 dari 11      | 5 dari 39      |
| <b>Dukungan Tenaga Psikolog</b>             | Ya<br>63 dari 63 | Ya<br>4 dari 4 | Ya<br>2 dari 5 |
| <b>Keberadaan Ruang Khusus</b>              | Ya<br>63 dari 63 | Ya<br>4 dari 4 | Ya<br>3 dari 5 |
| <b>Sekolah Binaan PKPR (UKS)</b>            | Ya               | Ya             | Ya             |
| <b>Kelas Ibu dan Kelas Remaja (ad-hoc)*</b> | Tidak            | Ya<br>(1)      | Tidak          |
| <b>Posyandu Remaja</b>                      | Ya<br>63 dari 63 | Tidak**        | Tidak          |

\* Inovasi dari Puskesmas Kota Mataram, untuk Ibu yang mempunyai remaja

\*\* Tahun 2019 mulai dirintis (program Plan International dan LSM Gagas)



# Pembelajaran dari implementasi Program School Feeding WFP 2005-2011

- Penelitian Evaluasi Program dilakukan tahun 2012 setelah program berakhir antara 6 bulan – 1 tahun. Lokasi Penelitian; Pulau Lombok, NTB dan Kabupaten Sampang, Jawa Timur
- Dilihat dari bentuk dan kegiatannya program ini sangat komprehensif dan terintegrasi. → Melibatkan sekolah (SD di wilayah miskin), murid sekolah, orang tua murid, kantin sekolah dan pedagang di sekitar sekolah, penyediaan sarana air bersih dan toilet dilingkungan sekolah, sabun dan tempat cuci tangan di sekolah (mendukung program PHBS) dan kebun sekolah.
- Dalam pelaksanaannya program ini melibatkan pemerintah pusat, pemerintah daerah dan LSM daerah.
- Namun ketika penelitian dilakukan, program ini tidak berlanjut, meskipun hampir semua individu yang diwawancarai baik di lingkungan pemerintah maupun masyarakat mengatakan bahwa program ini sangat baik.
- Selain persoalan pendanaan, hal lain yang muncul adalah minimnya keterlibatan pemerintah daerah dalam proses perencanaan dan monitoring program. Hal ini berdampak pada pemahaman yang kurang memadai terhadap program sehingga sulit untuk melanjutkan atau mereplikasi

# Pandangan Remaja mengenai Program Kesehatan Remaja (1)

| <b>Program terkait remaja di Kota Medan</b>                 | <b>Pernah Mendengar (%)</b> | <b>Pernah bergabung (%)</b> |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Palang merah remaja (PMR)</b>                            | 78,6                        | 16,2                        |
| <b>Gerakan Anti Narkotika (Granat)</b>                      | 69,8                        | 11,9                        |
| <b>Program remaja yang dikelola LSM (CMR, SaHIVa, dll.)</b> | 35,2                        | 11,4                        |
| <b>Pusat Informasi dan Konseling (PIK-R)</b>                | 24,2                        | 7,0                         |
| <b>Pusat Informasi dan Konseling Mahasiswa (PIK-M)</b>      | 24,4                        | 8,5                         |

Sumber: Survei P2 Kependudukan (Fatoni dkk., 2017); N = 401

# Pandangan Remaja mengenai Program Kesehatan Remaja (2)

- Hasil wawancara dan FGD → **Keterpaparan terhadap program dan partisipasi remaja rendah**
  - *"Saya dengar genre saat saya baru masuk forum anak. Kemudian saya ditanya apakah ada PIK-R di sekolah saya. Kemudian saya bertanya-tanya apa yang dimaksud dengan PIK-R. Kapan ya ini adanya. Kurang sekali sosialisasi programnya. (DEB, 16 tahun, siswa kelas XI, Mataram)."*
- **Remaja merasa kurang dilibatkan dalam pembuatan program**
  - *"...Harusnya mereka [Pemerintah] mendengar anak-anak dan masyarakat dengan mengobrol seperti ini, sehingga lebih paham apa yang terjadi... Contohnya Kota Layak Anak (KLA) yang mencanangkan adalah pemerintah, tetapi yang menjalankan adalah LSM. Saya berpikir ini akan menjadi kota layak anak, tetapi kenapa pemerintahnya tidak pernah mengadakan 'table round'[round table]. Kami tidak ingin duduk dengan baju rapi dan hanya mendengarkan mereka. Kalau begitu untuk apa kami diundang. Lebih baik kami yang mengundang mereka ke tempat kami. Kita yang memasyarakatkan mereka [Pemerintah] hahaha... (Ag, 16 tahun, siswa kelas XI, Mataram)."*



# Program Posyandu Remaja di Kota Surabaya: Sebuah Cerita Keberhasilan (1)

- Dibentuk di Puskesmas Tambak Rejo pada tahun 2010 (instruksi Kadinkes)
- Junknis belum ada (baru tahun 2018)
- Tiga tahun pertama mengalami hambatan, masih coba-coba mengikuti tata laksana posyandu balita
- Pada tahun 2013 ada evaluasi dengan remaja-remaja, mereka ingin aktivitas di luar gedung puskesmas
- Kegiatan:
  - Bermitra dengan OPD-OPD lain utk kegiatan di taman-taman kota
  - Untuk menggalang dan membuat asesoris gelang, kalung, dsb
  - Membuat kesepakatan untuk mematikan HP saat kegiatan bersama.
  - Menggunakan media sosial (youtube, instagram) untuk sosialisasi.

# Program Posyandu Remaja di Kota Surabaya: Sebuah Cerita Keberhasilan (2)

## ► **Lembaga pelaksana (puskesmas/PKPR):**

- Ada penanggungjawab khusus posyandu remaja
- Berdedikasi bekerja di luar jam kerja puskesmas, mengikuti waktu luang remaja
- Program mendapat dukungan dari sektor lain (pertamanan dan perhubungan)

## ► **Kelompok sasaran (remaja usia 10-19 tahun):**

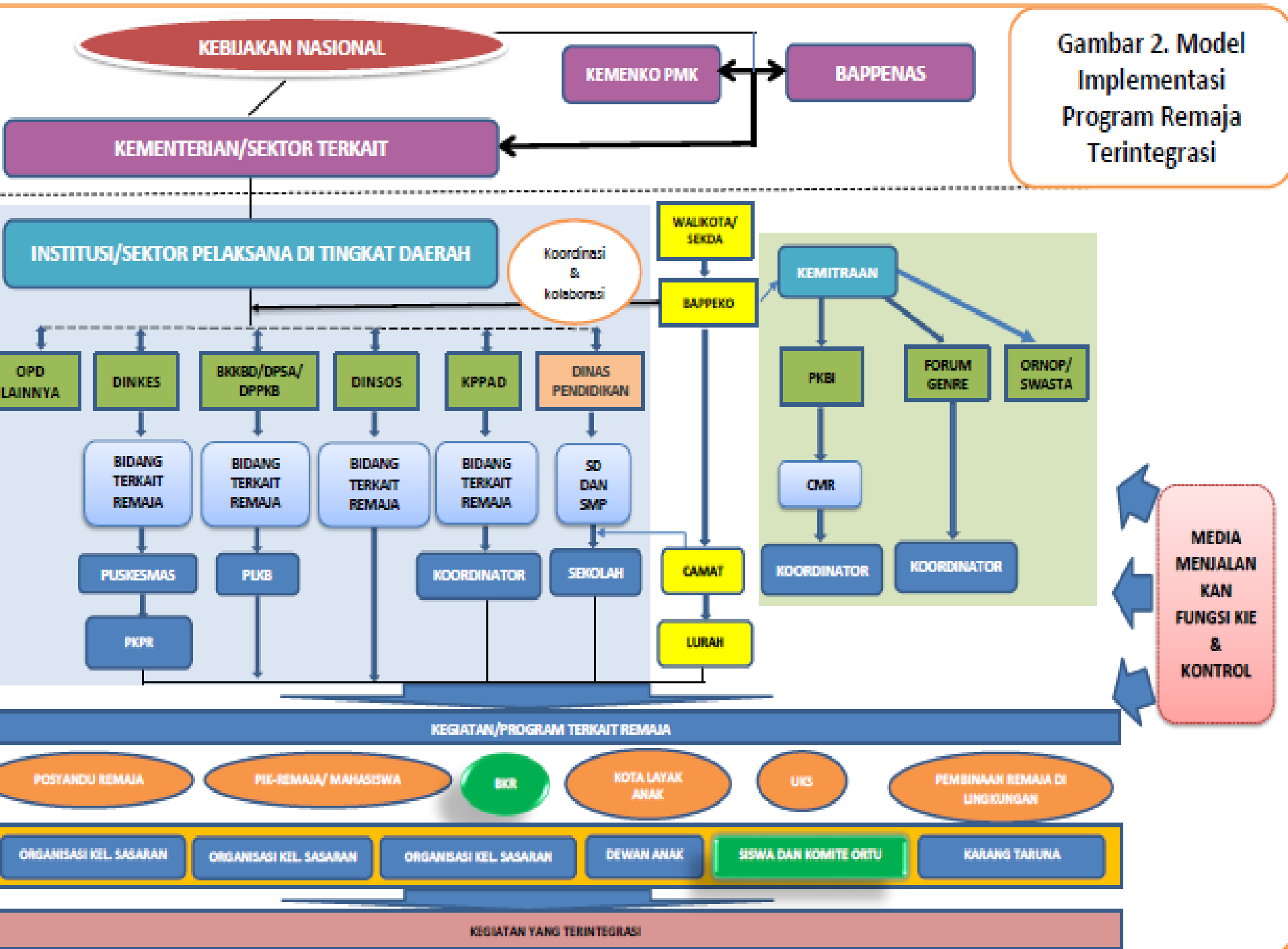
- Regenerasi pengurus dari remaja yang berkelanjutan, pemilihan ketua diseleksi psikolog dan dipilih oleh anggota
- Pengalaman dari program sebelumnya (aspirasi remaja didengar)
- Pada implementasinya tidak terikat usia 10-19 tahun

# Tantangan Implementasi Program Kesehatan Remaja

- ❑ Isu kesehatan remaja relative masih belum dianggap sebagai prioritas baik di tingkat nasional maupun di tingkat kota/kabupaten.
- ❑ Sebagian besar isu kesehatan remaja merupakan isu terkait perilaku yang pada dasarnya bisa diantisipasi → namun memerlukan koordinasi berbagai *stakeholders* dalam mengintegrasikan program.
- ❑ Sebagian besar program terkait remaja belum berjalan optimal, masih bersifat *segmented* dan *adhoc* sehingga jangkauannya terbatas dan tidak berkesinambungan.
- ❑ Perbedaan status SLTA di bawah kewenangan provinsi berdampak pada sulitnya koordinasi dari OPD kabupaten/kota untuk implementasi program di lingkungan SLTA.
- ❑ Program terkait remaja umumnya ditujukan langsung kepada remaja dan tidak menjadikan orang tua sebagai kelompok sasaran, kecuali program BkkbN melalui Bina Keluarga Remaja (BKR). Sayangnya, sebagian besar program BKR belum dapat berjalan seperti yang diharapkan.

# Penutup

- ❑ Implementasi program dengan pendekatan yang bersifat multisektoral yang terintegrasi membutuhkan kondisi ideal yang perlu dipersiapkan.
- ❑ Komitmen pemerintah daerah dan peran aktor di masing-masing sektor dan di setiap tingkatan birokrasi merupakan salah satu faktor penting.
- ❑ Dalam pendekatan multisektor perlu dikembangkan indikator yang komprehensif dan secara rinci berdasarkan peran dan tanggung jawab sektor disetiap level (Nasional → Provinsi → Daerah (Pemda-OPD-Camat-Lurah)
- ❑ Pengembangan indikator capaian harus dapat merefleksikan kolaborasi multisektoral dan kesinambungan program dan kegiatan.
- ❑ Pemerintah pusat perlu melakukan bimbingan/mentoring terhadap pemerintah daerah dengan menyiapkan juklak dan juknis serinci mungkin.
- ❑ Orang tua yang mempunyai anak remaja perlu dilihat sebagai salah satu kelompok sasaran yang tidak kalah penting dari remaja. Peningkatan peran keluarga dalam mempersiapkan remaja untuk memiliki fondasi yang kokoh dalam menghindari perilaku berisiko menjadi bertambah penting dalam era globalisasi sekarang ini.





Sekian....



Terima Kasih