

Peranan Pemberdayaan Perempuan dan Analisis Gender pada Penentuan Kebijakan Pengentasan Malnutrisi Anak di Indonesia

The Role of Woman Empowerment and Gender Analysis on Child Malnutrition Reduction Policy in Indonesia

Hardisman

Bagian Pendidikan Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Andalas

Abstrak

Indonesia masih menghadapi masalah malnutrisi pada anak. Untuk menanggulangnya pemerintah telah melakukan berbagai upaya, diantaranya program kesehatan ibu dan anak serta pemberian makanan tambahan bagi anak dari keluarga yang rentan. Meskipun demikian, kasus malnutrisi anak di Indonesia tidak berkurang secara bermakna. Tulisan ini bertujuan membahas penyebab malnutrisi yang masih menjadi masalah besar dengan mengkaji dari sudut pandang gender. Studi ini dilakukan berdasarkan kajian kepustakaan dan analisis dokumen. Analisis gender terhadap kasus malnutrisi dilakukan dengan menggunakan *Harvard Framework* serta *Moser and Liverpool Guideline*. Studi ini memperlihatkan bahwa kasus malnutrisi anak di Indonesia sangat dipengaruhi oleh kondisi sosial, budaya, dan ekonomi, termasuk tingkat pendidikan dan kesetaraan gender. Dalam perspektif gender, malnutrisi anak merupakan akibat dari kurangnya hak kepemilikan sumber daya bagi perempuan dalam keluarga dan masyarakat. Beban kerja berat perempuan dalam keluarga yang mempengaruhi kondisi kesehatan juga akhirnya berdampak pada kondisi gizi anak. Oleh karena itu, berbagai strategi yang dilakukan untuk meningkatkan status gizi anak harus mengandung nilai-nilai kesetaraan gender.

Kata kunci: Malnutrisi anak, kesetaraan gender, perempuan, status gizi

Abstract

Indonesia still faces child malnutrition problem almost in all regions in the country. The government has done efforts to address the problem, such as mother and child health program in ministry of health and nutrition program through supplementary feeding for vulnerable group. However, the cases do not decrease significantly. This paper looks at why child malnutrition is still a big problem in the country by exploring through gender perspectives in addressing the problem. This study is based on literature and documents analysis. The gender analysis toward child malnutrition case is conducted through the framework of Harvard and Moser and Liverpool guideline for

analysis gender and health. This study reveals that child malnutrition cases in Indonesia are strongly influenced by sociocultural and economic factors in the country, including education attainment and gender equality. From gender's perspective, child malnutrition is as a result of lack of control over the resources within the family and the community. Also, triple role of women within the family affects on women health wellbeing and the child nutrition status. Therefore, the strategies to improve child nutrition status should incorporate gender equality values.

Key words: Child malnutrition, gender equality, women, nutrition status

Pendahuluan

Malnutrisi pada anak masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat yang penting di Indonesia. Sejak masa kemerdekaan, kasus malnutrisi terus berfluktuasi seiring dengan perubahan kondisi sosial politik di Indonesia. Kasus ini meningkat selama terjadinya goncangan politik, misalnya pada masa perang mempertahankan kemerdekaan tahun 1948-1950, pada masa revolusi tahun 1963-1965 serta pada saat terjadinya krisis ekonomi tahun 1997-1998. Melalui survei ekonomi dan kesehatan yang telah dilakukan sejak tahun 1980-an, jumlah kasus malnutrisi selalu ditemukan dalam jumlah yang bermakna.¹

Pemerintah telah melakukan beberapa kebijakan dan langkah-langkah untuk mengatasi masalah ini, seperti melalui program Kesehatan Ibu dan Anak Puskesmas dan Posyandu. Program khusus untuk masyarakat yang rentan terhadap malnutrisi juga telah dilakukan melalui

Alamat Korespondensi: Hardisman, Bagian Pendidikan Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, Jl. Perintis Kemerdekaan Padang Sumatera Barat 25000, Hp. -, e-mail: hardisman@gmail.com

pemberian makanan tambahan pada anak usia di bawah lima tahun.¹ Pemerintah juga telah melakukan program kesehatan ibu. Selain itu, program-program yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak juga didukung oleh lembaga nondepartemen melalui pembentukan Kementerian Pemberdayaan Perempuan.^{2,3}

Masalah malnutrisi pada anak yang masih besar, meskipun telah dilakukan berbagai usaha, mengindikasikan bahwa hasil yang dicapai belum sesuai dengan yang diharapkan. Pada tulisan ini akan dilihat penyebab kasus malnutrisi pada anak di Indonesia masih tinggi serta terdapat hampir pada setiap daerah dan provinsi di Indonesia. Selain itu, menilai strategi dan langkah-langkah yang dilakukan sebelumnya belum mendatangkan hasil yang dianalisis berdasarkan perspektif gender.

Studi literatur ini mengeksplorasi kasus malnutrisi anak di Indonesia. Kasus malnutrisi tersebut dianalisis berdasarkan perspektif gender dan pemberdayaan perempuan yang dilakukan berdasarkan pendekatan *Harvard Framework, Moser dan Liverpool Guideline*. Umumnya, data-data tentang kasus malnutrisi serta pemberdayaan perempuan dan kondisi kesetaraan gender di Indonesia didapatkan dari laporan Badan Pusat Statistik (BPS) serta laporan-laporan penelitian yang didapatkan dalam kepustakaan. Tulisan ini bertujuan untuk membahas penyebab malnutrisi yang masih menjadi masalah besar dengan mengkaji dari sudut pandang gender.

Kasus Malnutrisi Anak di Indonesia

Status gizi anak merupakan salah satu indikator penting kondisi kesehatan di suatu negara. Banyak negara-negara berkembang dengan kondisi perekonomian yang lemah terus menghadapi masalah kasus malnutrisi pada anak. Indonesia secara khusus juga menghadapi masalah malnutrisi anak tersebut hampir semua dekade semenjak masa kemerdekaan. Berdasarkan survei sosial ekonomi yang dilakukan sejak tahun 1980-an terlihat bahwa rata-rata nasional status gizi pada anak belum mengalami perbaikan yang berarti. Prevalensi malnutrisi anak tahun 1989 mencapai 37,5% atau sekitar 8 juta anak.⁴ Angka ini tetap stabil hingga sekitar lima tahun berikutnya, misalnya pada tahun 1992 masih ditemukan 35,5% dan tahun 1995 terdapat 31,6%. Bahkan setelah satu dekade lebih, angka malnutrisi anak tidak mengalami penurunan yang berarti, di antaranya pada tahun 2002 dan 2003 masih ditemukan malnutrisi pada anak 27,5%.^{4,6} Oleh karena itu, secara absolut terdapat sekitar lima juta anak yang menderita kurang gizi pada tahun 2003.

Berbagai data sejak tahun 1980-an memperlihatkan angka malnutrisi tersebut selalu lebih tinggi pada keluarga miskin. Secara nyata, penurunan pendapatan

10% dari kebutuhan normal berisiko terhadap malnutrisi sekitar 4-6%.¹ Oleh karena itu, tidak mengherankan apabila angka malnutrisi di Indonesia tetap tinggi. Pada periode tersebut, proporsi penduduk yang berada di bawah garis kemiskinan juga tetap stabil. Misalnya pada tahun 1990, angka kemiskinan nasional diperkirakan 15,1% dan pada tahun 2002 tidak mengalami penurunan yang berarti yaitu 18,2%.^{5,6} Dalam periode tersebut, apabila dihitung dalam jumlah absolut dengan pertumbuhan penduduk yang cukup tinggi, jumlah orang miskin dan anak yang kurang gizi jauh meningkat. Selama krisis ekonomi Asia tahun 1997-1998, Indonesia mengalami efek yang sangat buruk dibandingkan dengan negara-negara Asia lainnya. Saat itu, angka kemiskinan meningkat dari 20% menjadi 35%. Demikian juga masyarakat yang rentan jatuh miskin meningkat dari 16,6% pada tahun 1996 sebelum krisis menjadi 27,2% pada tahun 1999.⁷

Akibat langsung dari krisis ekonomi ini, khususnya masyarakat ekonomi lemah, akan menurunkan pengeluaran untuk biaya kesehatan serta biaya perawatan dan asupan gizi anak. Oleh sebab itu, tidak mengherankan seperti yang dilaporkan oleh Water et al,⁸ krisis ekonomi telah memperburuk kondisi kesehatan masyarakat Indonesia termasuk status gizi anak.

Pemerintah Indonesia telah melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan status gizi anak. Akan tetapi, berbagai upaya tersebut belum mendatangkan hasil yang memuaskan. Selama dua dekade terakhir, kasus malnutrisi anak ditemukan hampir pada setiap provinsi. Meskipun pembangunan ekonomi suatu daerah sangat berperan, kasus malnutrisi tersebut tetap ditemukan di daerah kaya ataupun di daerah miskin. Kasus malnutrisi juga ditemukan cukup tinggi di Provinsi Riau dan Kalimantan Timur yang mempunyai pendapatan per kapita cukup tinggi.⁹ Bahkan, kasus-kasus malnutrisi juga cukup banyak ditemukan di Yogyakarta, padahal provinsi ini secara sosial, ekonomi, dan politik relatif stabil serta mempunyai indikator kesehatan lebih baik dari provinsi lain di Indonesia.¹⁰

Berbagai upaya yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah malnutrisi anak belum mendatangkan hasil yang menggembirakan. Salah satu kekurangan dari upaya-upaya tersebut dapat dilihat pada perhatian yang diberikan terhadap upaya preventif dan promotif yang rendah. Alokasi anggaran yang diberikan pada upaya promotif dan preventif ini diperkirakan hanya sekitar 10% dari total anggaran kesehatan. Bagian terbesar lebih banyak digunakan untuk fasilitas pelayanan tersier dan kuratif. Bahkan, total anggaran kesehatan ternyata relatif sangat kecil hanya sekitar 2% dari total anggaran pendapatan dan belanja negara (APBN) setiap tahun.¹¹ Angka ini lebih kecil dari negara-negara tetangga seperti Malaysia, Thailand, dan Filipina. Dengan jumlah

penduduk Indonesia yang tinggi maka rasio atau anggaran kesehatan per kapita di Indonesia jauh lebih kecil.

Malnutrisi pada anak berdampak negatif pada pertumbuhan fisik dan biologis anak. Anak yang menderita kurang gizi sebelum berusia dua tahun dapat mengalami kerusakan permanen pada sel-sel otak.¹² Kerusakan tersebut akan berdampak pada kerusakan kognitif jangka pendek, jangka panjang, dan perkembangan otak selanjutnya. Oleh karena itu, anak yang kurang gizi berisiko lebih besar untuk mempunyai kemampuan kognitif dan *intelligence quotient* (IQ) yang rendah. Secara kasat mata, dapat dilihat anak-anak yang kurang gizi mempunyai kemampuan sekolah yang rendah.⁴ Anak-anak yang kurang gizi tersebut akan menjadi beban bagi pembangunan Indonesia pada masa yang akan datang.

Analisis Gender

Untuk melihat peranan gender terhadap kasus malnutrisi anak di Indonesia, perlu dilihat penerapan kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan yang terjadi di dalam masyarakat Indonesia. Perlu dicermati peranan dan hubungan sosial antargender secara tradisional serta memperhatikan strategi yang telah dilaksanakan untuk meningkatkan pemberdayaan perempuan di Indonesia. Dengan mengenal kondisi tersebut, dapat diterapkan *framework* yang lebih baik untuk meningkatkan status gizi anak.

Secara kultural, hampir pada semua suku bangsa dan budaya di Indonesia, keberadaan perempuan diterima secara luas sebagai pemimpin.¹³ Sejak zaman sebelum masa kolonial, banyak perempuan yang berperan sebagai pemimpin atau peranan besar pada suatu kerajaan atau suku, misalnya Ratu Sima di Jawa Barat dan Bundo Kanduang di Sumatera Barat. Selanjutnya, selama perang kemerdekaan juga banyak perempuan yang menjadi pemimpin perjuangan dan pergerakan.² Setelah kemerdekaan tahun 1945 dan pengakuan internasional tahun 1949, beberapa wanita berperan dalam berbagai partai politik dan duduk pada parlemen pada pemilu pertama tahun 1955. Meskipun tidak dalam jumlah yang sebanding dengan laki-laki, keterlibatan perempuan dalam politik terus meningkat selama beberapa tahun terakhir.

Meskipun keberdayaan perempuan secara sosial di masyarakat diterima secara baik, tetapi peranan dan hubungan sosial antargender belum setara. Kondisi ini dipengaruhi oleh pemahaman agama dan nilai budaya setempat.¹³ Ketidaksetaraan ini juga banyak dipengaruhi oleh peranan dan kesetaraan gender tersebut di tingkat rumah tangga.¹⁴ Seorang perempuan yang dapat berkiprah di dalam masyarakat dan mempunyai peranan gender yang setara secara sosial adalah mereka

yang di rumah tangga mempunyai peranan dan relasi gender yang setara pula. Namun dalam rumah tangga, peranan perempuan terhadap kontrol kepemilikan (*control over resources*), kesempatan mendapatkan pendidikan, dan layanan kesehatan lanjut lebih rendah daripada laki-laki.

Oleh karena itu, secara umum dapat dinyatakan bahwa peranan perempuan dalam relasi sosial di dalam masyarakat masih tergolong rendah. Berdasarkan data dari *United Nations Development Programme* (UNDP) tahun 1997, *Gender Empowerment Measure* (GEM) Indonesia berada pada ranking 59 dengan skor 0,373, yang lebih buruk apabila dibandingkan dengan negara tetangga seperti Thailand dan Malaysia.¹⁰ Sebaliknya, beban kerja rumah tangga perempuan sangat berat. Hampir semua suku budaya masyarakat di Indonesia, perempuan bertanggung jawab atas segala aktivitas rumah tangga.¹⁴ Perempuan yang utama bertugas dalam mempersiapkan makanan dan merawat anak. Hal ini perlu dipahami karena berdampak terhadap kondisi gizi anak.

Untuk menganalisis permasalahan kesehatan dan hubungannya dengan peranan gender dapat digunakan beberapa *framework* yang tidak secara spesifik dan langsung meningkatkan kesetaraan gender. Namun, *framework* berguna untuk melakukan analisis dan mencari strategi dan perencanaan permasalahan.¹⁵ Untuk menganalisis masalah gizi anak dan kondisi spesifik di Indonesia, pada studi ini digunakan *Harvard framework*, *women's empowerment framework*, *Moser framework*, and *Liverpool guideline for analysis gender and health*.

Liverpool guideline dan *Harvard analytical framework* melihat secara spesifik peranan perempuan dan laki-laki. Pendekatan ini menekankan pada analisis siapa yang dapat akses, menggunakan serta melakukan kontrol terhadap sumber daya dan kepemilikan (*resources*).¹⁶ *Framework* ini melihat dampak dari kontrol dan akses sumber daya terhadap status gizi anak. Apabila perempuan pada keluarga mempunyai hak yang lebih rendah dan kontrol yang lemah terhadap kepemilikan cenderung mempunyai kondisi gizi yang rendah dan status gizi anak yang rendah pula (Lihat Gambar 1).¹⁷⁻¹⁹

Berdasarkan studi di beberapa negara di Asia Selatan, Sub-Saharan Afrika, Latin Amerika, dan Karibia menunjukkan bahwa kondisi kesehatan seorang wanita sangat berpengaruh pada status gizi anak.¹⁹ Wanita yang mempunyai kesehatan yang rendah cenderung mempunyai anak dengan gizi rendah. Hal ini dimungkinkan karena seorang wanita dengan gizi rendah apabila melahirkan cenderung mempunyai anak dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Selanjutnya, bayi dengan BBLR rentan menderita kurang gizi. Di saat yang sama, wanita



Gambar 1. Hubungan antara Ketidakssetaraan Gender dengan Malnutrisi Anak

dengan kondisi kesehatan yang rendah tidak dapat memberikan air susu ibu (ASI) yang cukup, tidak dapat merawat anaknya dengan baik serta memberikan asupan makanan yang memadai.^{18,19}

Lebih lanjut, wanita yang mempunyai kontrol yang lemah terhadap sumber daya dalam keluarganya cenderung mempunyai pendidikan yang rendah dan akses informasi yang terbatas.¹⁷ Dengan pendidikan dan pengetahuan yang rendah, ia juga akan mempunyai pengetahuan yang rendah terhadap cara seharusnya memberikan asupan makanan pada anaknya sehingga sangat besar kemungkinan anak tidak mendapatkan asupan gizi cukup yang akhirnya berisiko kurang gizi.

Moser framework menekankan bagaimana ‘triple role’ atau beban kerja berat seorang wanita dalam rumah tangga dan hubungannya dengan kesehatan anak. Wanita bertanggung jawab terhadap hampir semua aktivitas rumah tangga dan mempunyai beban berat yang selanjutnya berdampak terhadap kesehatan wanita tersebut.¹⁹ Kondisi kesehatan wanita tersebut berdampak terhadap kondisi gizi anak. Kondisi ini juga terjadi pada keluarga di Indonesia. Pada umumnya, seorang wanita bertanggung jawab penuh terhadap tugas-tugas rumah tangga dan merawat anak, bahkan pada perawatan anak dalam keadaan sakit.²⁰ Kondisi ini tentu akan diperparah jika keluarga tersebut merupakan keluarga miskin karena bagaimanapun kondisi anak, ibu-

lah yang tetap memberikan perawatan. Dengan kondisi kesehatan ibu yang rendah, beban kerja yang berat ditambah dengan pengetahuan yang rendah dan kondisi ekonomi yang lemah maka asupan gizi anak semakin terabaikan. Bila anak dalam kondisi gizi buruk maka perbaikannya semakin lama.²¹

Strategi

Untuk menentukan strategi ke depan, perlu dipahami apa dan bagaimana kebijakan yang telah diterapkan di Indonesia sebelumnya. Sebagaimana dijelaskan oleh Smith,¹⁹ bahwa status gizi anak berhubungan sangat erat dengan kondisi kesehatan dan pendidikan ibu dan sosio-ekonomi keluarga. Oleh sebab itu, dalam mengentaskan masalah tersebut, pemerintah Indonesia telah melakukan bermacam program untuk kesehatan anak yang dilakukan secara simultan dengan program peningkatan kesehatan ibu.⁶ Program spesifik untuk anak dilaksanakan dalam bentuk pemberian makanan tambahan sebagai upaya peningkatan status gizi. Pada keluarga miskin atau yang rentan dan berisiko terhadap terjadinya kurang gizi.¹ Promosi kesehatan anak dan program gizi juga telah dilaksanakan melalui program-program puskesmas. Melalui berbagai program, promosi kesehatan, program gizi, dan imunisasi telah dilaksanakan sebagai bagian dari program peningkatan kesehatan anak.^{1,2}

Lebih lanjut, program spesifik untuk ibu juga telah dilakukan oleh Kementerian Kesehatan melalui upaya kesehatan ibu dan anak di puskesmas, sedangkan untuk meningkatkan peranan perempuan juga telah diupayakan berbagai program yang dibentuk oleh Kementerian Pemberdayaan Perempuan. Suatu paradigma baru juga telah dituangkan, yakni 'Gender dan Pembangunan' (GaD: *Gender and Development*) yang lebih menekankan pada kesetaraan (*equity*) gender dalam pembangunan dari sekadar peningkatan keberadaan perempuan.^{2,3}

Dengan melihat upaya yang telah dilakukan dan memperhatikan analisis gender dalam masalah gizi anak maka beberapa hal perlu menjadi perhatian untuk strategi ke depan. Terlihat jelas bahwa malnutrisi pada anak sangat erat hubungannya dengan ketidaksetaraan gender. Oleh sebab itu, salah satu strategi untuk perbaikan dan pencegahan adalah meningkatkan pemberdayaan perempuan dan kesetaraan gender. Strategi ini mencakup peningkatan pendidikan perempuan, penyediaan kesehatan ibu yang merata, peningkatan akses terhadap layanan kesehatan, dan promosi kesehatan yang berkaitan dengan perempuan yang perlu disosialisasikan sampai pada tingkat keluarga. Strategi dan program yang telah dilakukan harus terus dilakukan. Semua kebijakan untuk peningkatan status kesehatan dan gizi anak yang diwadhahi oleh Kementerian Kesehatan serta dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota perlu terus dijalankan. Akan tetapi, semua program tersebut perlu bernuansa dan berwawasan gender.

Lebih lanjut, pada perspektif gender dalam pelayanan kesehatan, program-program yang dilaksanakan harus lebih fokus spesifik.²² Program pemberdayaan perempuan di Indonesia harus dapat menjangkau masalah sosiokultural yang spesifik di setiap daerah. Ketidaksetaraan gender pada daerah yang berbeda dapat disebabkan oleh faktor kultural yang berbeda pula. Begitu juga dengan metode pendidikan dan promosi kesehatan seharusnya tidak hanya melihat masalah gizi anak sebagai masalah tunggal, tetapi metode yang dilakukan beradaptasi dengan situasi dan budaya setempat.

Kesimpulan

Malnutrisi anak masih menjadi permasalahan di Indonesia. Jumlah kasus yang muncul relatif sama pada setiap tahun pada dua dekade terakhir. Kemiskinan merupakan faktor utama yang berperan dalam masalah ini. Akan tetapi, berbagai faktor lainnya termasuk masalah kesetaraan gender juga mempunyai peranan. Analisis pada studi ini menunjukkan bahwa ketidaksetaraan gender dapat berpengaruh besar terhadap status gizi anak. Oleh sebab itu, sebagai salah satu strategi dalam pemecahan masalah ini adalah terus

meningkatkan pemberdayaan perempuan dan kesetaraan gender dengan melakukan promosi yang menjangkau unit keluarga. Dalam strategi tersebut termasuk peningkatan pendidikan perempuan, peningkatan fasilitas kesehatan ibu dan anak, dan peningkatan akses terhadap layanan kesehatan. Program-program promosi kesehatan harus berwawasan gender dan lebih spesifik yang dapat menembus tabir kultural.

Daftar Pustaka

1. Elfindri, Dasvarma GL. Child malnutrition in Indonesia. *Bulletin of Indonesian Economic Studies*. 1996; 32 (1): 97-111.
2. Parawansa KI. Institution building: an effort to improve Indonesian women role and status. In: Robinson K and Bessell S, editors. *Woman in Indonesia: gender equity and development*. Singapore: Institute of South East Asian Studies; 2002. p. 68-77.
3. Darwin MM. Negara dan perempuan: reorientasi kebijakan publik. Yogyakarta: Media Wacana; 2005.
4. Azwar A. Kecenderungan masalah gizi dan tantangan masa datang dalam Pertemuan Advokasi Gizi; 2004 September 27; Hotel Sahid Jaya, Jakarta.
5. Badan Pusat Statistik. Indonesia demographic and health survey 2002-2005. Jakarta: BPS; 2005.
6. Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional. Indonesian progress report on millennium development goal. Jakarta: United Nations Development Programme dan Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional; 2004.
7. Suryahadi A, Sumarto S. Poverty and vulnerability in Indonesia before and after the economic crisis. *Asian Economic Crisis* 2003; 17 (1): 45-64.
8. Water H, Saadah F, Pradhan M. The Impact of the 1997-98 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia. *Health Policy and Planning*. 2005; 8: 172-81.
9. Palupi S. Busung lapar dan amnesia nasional. *Kompas*. 2005 June 9.
10. Surbakti S. Gender main streaming and sex disaggregated data. In: Robinson K and Bessell S, editors. *Woman in Indonesia: gender equity and development*. Singapore: Institute of South East Asian Studies; 2002. p. 209-18.
11. Departemen Keuangan RI. Data pokok APBN 205-2010. Jakarta: Departemen Keuangan RI. 2010 [diakses tanggal 5 Januari 2011]. Diunduh dari: <http://www.fiskal.depkeu.go.id/webbkf/download/data-pokok-ind2010.pdf>.
12. Galler JR, Barret LR. Children and famine. *Ambulatory Child Health*. 2001; 7: 85-95.
13. Sjahrir K. Wanita: beberapa catatan antropologis. Dalam Hafidz L, editor. *Perempuan dalam wacana politik orde baru*. Jakarta: LP3ES; 2004. p. 58-81.
14. Jones GN. The changing Indonesian household. In: Robinson K and Bessell S, editors. *Woman in Indonesia: gender equity and development*. Singapore: Institute of South East Asian Studies; 2002. p. 219-34.
15. March C, Smith I, Mukhopadhyay M. A guide to gender analysis framework. Oxford, UK: Oxfam; 1999.
16. The Gender Health Group of Liverpool School of Tropical Medicine. Guidelines analysis of gender and health. Liverpool: Liverpool School of

- Tropical Medicine. 1999. [diakses tanggal 1 September 2009]. Diunduh dari: <http://www.liv.ac.uk/lstm/hst/GG-1.html>.
17. Moss NE. Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning the women's health. *Social Science and Medicine*. 2002; 54: 649-61.
 18. Osmani S, Sen A. The hidden penalties of gender inequalities: fetal origin of ill-health. *Economic and Human Biology*. 2002; 1: 105-21.
 19. Smith LC, Ramakrishnan U, Ndiaye A, Haddad L, Mastorell R. The importance of women's status for child nutrition in developing countries. Washington DC: International Food and Policy Research Institute; 2005.
 20. Khomsan A. Perempuan dan busung lapar. *Republika*. 2006 Aug 7.
 21. Hunt J. Introduction to gender analysis concept and steps. *Development Bulletin*. 2004; 64: 100-6.
 22. Standing H. Gender: a missing dimensions in human resources policy and planning. 1999. [diakses tanggal 5 September 2009]. Diunduh dari: http://www.who.int/hrh/en/HRD_4_1_04.pdf.