

TOPIK UTAMA

Situasi Balita Pendek (Stunting) di Indonesia

Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan RI

Mau tinggi seperti aku?
Ayo mulai perbaiki gizi
untuk generasi mendatang,
karena

**Cegah Stunting,
itu Penting**



TULISAN TERKAIT TOPIK

Asupan Gizi yang Optimal untuk Mencegah Stunting

oleh: Atmarita, MPH, Dr.PH

Investasi Gizi untuk Perbaikan Generasi

oleh: Yuni Zahrani, SKM, MKM

Pencegahan Stunting dan Pembangunan Sumber Daya Manusia

oleh: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat dan Sekretariat Percepatan Perbaikan Gizi -Bappenas

Pusat Data
dan
Informasi

DAFTAR ISI

Topik Utama

Situasi Balita Pendek (Stunting) di Indonesia

01

A. Situasi Global.....	6
B. Definisi.....	7
C. Situasi Nasional.....	7
D. Situasi Ibu dan Calon Ibu.....	9
E. Situasi Bayi dan Balita.....	13
F. Situasi Sosial Ekonomi dan Lingkungan.....	15
G. Dampak.....	17
H. Upaya Pencegahan.....	17
Daftar Pustaka.....	18

Asupan Gizi yang Optimal untuk Mencegah Stunting

02

A. Pendahuluan.....	19
B. Proses Terjadinya Stunting.....	20
C. Strategi Mengatasi Stunting.....	25
D. Strategi Perbaikan Gizi Masyarakat Masa Lalu yang Perlu Dilakukan Sekarang.....	28
Kesimpulan.....	29
Daftar Pustaka.....	30

Investasi Gizi untuk Perbaikan Generasi

03

A. Mengapa Perlu Investasi Gizi.....	31
B. Bagaimana Berinvestasi dengan Bidang Gizi?.....	32
C. Investasi Gizi di Indonesia.....	34
Kesimpulan.....	36
Daftar Pustaka.....	37

Pencegahan Stunting dan Pembangunan SDM

04

Daftar Pustaka.....	43
---------------------	----

SALAM REDAKSI

Alhamdulillah puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas terbitnya Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan Edisi 1 Semester I Tahun 2018 ini. Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan kali ini mengangkat topik tentang Stunting.

Stunting merupakan salah satu masalah gizi yang sedang dihadapi Indonesia. Hal ini menjadi penting karena menyangkut kualitas sumber daya manusia Indonesia di masa yang akan datang. Upaya pencegahan dan penurunan angka stunting tidak dapat dilakukan hanya oleh sektor kesehatan, tetapi dengan melibatkan lintas sektor dan tentunya dari dalam keluarga itu sendiri.

Pada buletin ini terdapat artikel-artikel terkait topik diantaranya Asupan Gizi yang Optimal untuk Mencegah Stunting, Investasi Gizi untuk Perbaikan Generasi, dan Pencegahan Stunting dan Pembangunan Sumber Daya Manusia.

Pada kesempatan ini kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan dan penerbitan buletin ini. Semoga bulletin ini bermanfaat bagi kita agar turut berkontribusi dalam perbaikan gizi untuk generasi mendatang.

Selamat membaca.

Redaksi

TIM REDAKSI

Pelindung

Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan
dr. Untung Suseno Sutarjo, M.Kes

Pengarah

Kepala Pusat Data dan Informasi
Dr. drh. Didik Budijanto, M.Kes

Penanggung Jawab

Kepala Bidang Pengelolaan Data dan Informasi
drg. Rudy Kurniawan, M.Kes

Redaktur

Nuning Kurniasih, S.Si, Apt, M.Si

Penyunting

Eka Satriani Sakti, SKM

Desainer Grafis/ Layouter

Rizqitha Maula, A.Md

Sekretariat


Annisa Harpini, SKM, MKM


Mitra Bestari

Atmarita, MPH, Dr.PH
Yuni Zahraini, SKM, MKM
Akim Dharmawan, PhD

Alamat Redaksi

Pusat Data dan Informasi
Jl. HR. Rasuna Said Blok X-5 Kav. 4-9, Lantai 10, Blok A.
Jakarta 12950

 Telp: 021-5221432, 021-5277167-68

 Fax: 021-5203874, 021-5277167-68



SEKAPUR SIRIH

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh,

Stunting adalah masalah gizi kronis pada balita yang ditandai dengan tinggi badan yang lebih pendek dibandingkan dengan anak seusianya. Anak yang menderita stunting akan lebih rentan terhadap penyakit dan ketika dewasa berisiko untuk mengidap penyakit degeneratif. Dampak stunting tidak hanya pada segi kesehatan tetapi juga mempengaruhi tingkat kecerdasan anak.

Anak merupakan aset bangsa di masa depan. Bisa dibayangkan, bagaimana kondisi sumber daya manusia Indonesia di masa yang akan datang jika saat ini banyak anak Indonesia yang menderita stunting. Dapat dipastikan bangsa ini tidak akan mampu bersaing dengan bangsa lain dalam menghadapi tantangan global.

Untuk mencegah hal tersebut, pemerintah mencanangkan program intervensi pencegahan stunting terintegrasi yang melibatkan lintas kementerian dan lembaga. Pada tahun 2018, ditetapkan 100 kabupaten di 34 provinsi sebagai lokasi prioritas penurunan stunting. Jumlah ini akan bertambah sebanyak 60 kabupaten pada tahun berikutnya. Dengan adanya kerjasama lintas sektor ini diharapkan dapat menekan angka stunting di Indonesia sehingga dapat tercapai target *Sustainable Development Goals* (SDGs) pada tahun 2025 yaitu penurunan angka stunting hingga 40%.

Dipilihnya topik Stunting pada Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan edisi tahun 2018 ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan dan informasi kepada masyarakat luas tentang situasi, kondisi, penyebab, dan dampak stunting bagi bangsa ini. Semoga informasi yang kami sajikan dapat bermanfaat dan tak lupa kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan ini.

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Jakarta, Oktober 2018
Kepala Pusat Data dan Informasi
Kementerian Kesehatan RI

Dr. drh. Didik Budijanto, M.Kes
NIP. 196204201989031004

01

Situasi Balita Pendek (STUNTING) di Indonesia

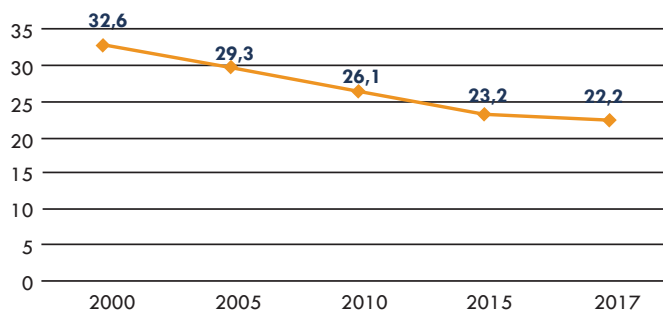
(Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI)

A. Situasi Global

Kejadian balita pendek atau biasa disebut dengan stunting merupakan salah satu masalah gizi yang dialami oleh balita di dunia saat ini. Pada tahun 2017 22,2% atau sekitar 150,8 juta balita di dunia mengalami stunting. Namun angka ini sudah mengalami penurunan jika dibandingkan dengan angka stunting pada tahun 2000 yaitu 32,6%.

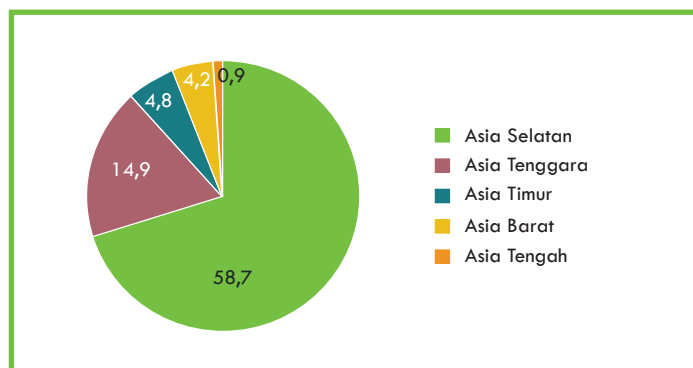
Pada tahun 2017, lebih dari setengah balita stunting di dunia berasal dari Asia (55%) sedangkan lebih dari sepertiganya (39%) tinggal di Afrika. Dari 83,6 juta balita stunting di Asia, proporsi terbanyak berasal dari Asia Selatan (58,7%) dan proporsi paling sedikit di Asia Tengah (0,9%).

Gambar 1. Tren Prevalensi Balita Pendek di Dunia Tahun 2000-2017



sumber: *Joint Child Malnutrition Estimates*, 2018

Gambar 2. Proporsi Jumlah Balita Pendek di Asia Tahun 2017

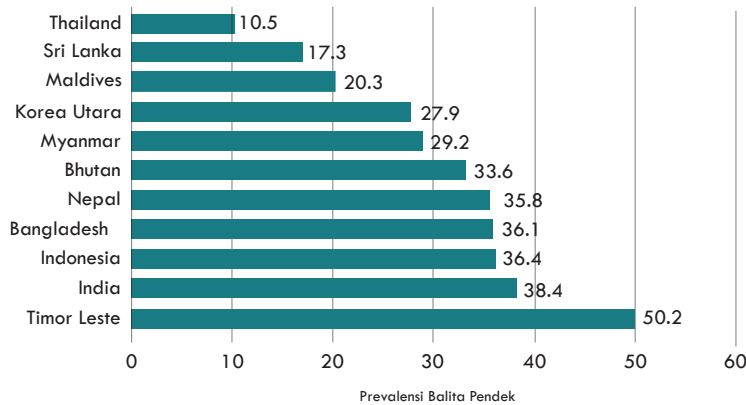


Sumber: *Joint Child Malnutrition Estimates*, 2018

Menurut Data
**WORLD
HEALTH
ORGANIZATION**

Data prevalensi balita stunting yang dikumpulkan *World Health Organization* (WHO), Indonesia termasuk ke dalam negara ketiga dengan prevalensi tertinggi di regional Asia Tenggara/*South-East Asia Regional* (SEAR). Rata-rata prevalensi balita stunting di Indonesia tahun 2005-2017 adalah 36,4%.

Gambar 3. Rata-rata Prevalensi Balita Pendek di Regional Asia Tenggara Tahun 2005-2017



Sumber: *Child stunting data visualizations dashboard*, WHO, 2018

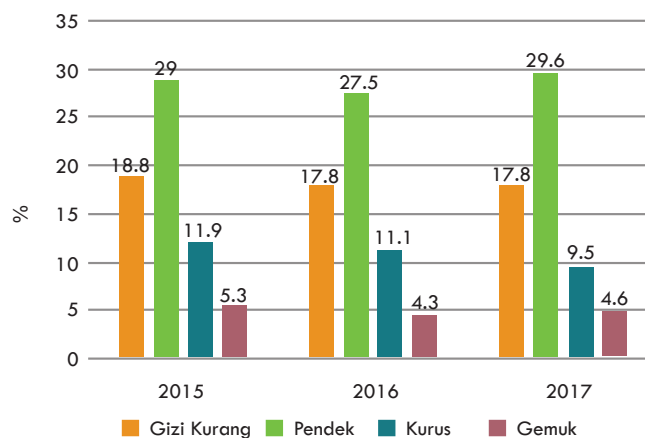
B. Definisi

Stunting (kerdil) adalah kondisi dimana balita memiliki panjang atau tinggi badan yang kurang jika dibandingkan dengan umur. Kondisi ini diukur dengan panjang atau tinggi badan yang lebih dari minus dua standar deviasi median standar pertumbuhan anak dari WHO. Balita stunting termasuk masalah gizi kronik yang disebabkan oleh banyak faktor seperti kondisi sosial ekonomi, gizi ibu saat hamil, kesakitan pada bayi, dan kurangnya asupan gizi pada bayi. Balita stunting di masa yang akan datang akan mengalami kesulitan dalam mencapai perkembangan fisik dan kognitif yang optimal.

C. Situasi Nasional

Kejadian balita stunting (pendek) merupakan masalah gizi utama yang dihadapi Indonesia. Berdasarkan data Pemantauan Status Gizi (PSG) selama tiga tahun terakhir, pendek memiliki prevalensi tertinggi dibandingkan dengan masalah gizi lainnya seperti gizi kurang, kurus, dan gemuk. Prevalensi balita pendek mengalami peningkatan dari tahun 2016 yaitu 27,5% menjadi 29,6% pada tahun 2017.

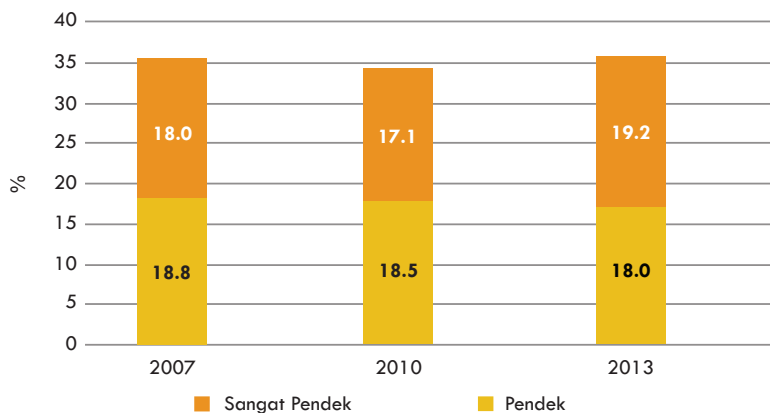
Gambar 4. Masalah Gizi di Indonesia Tahun 2015-2017



Sumber: Pemantauan Status Gizi, Ditjen Kesehatan Masyarakat

Prevalensi balita pendek di Indonesia cenderung statis. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 menunjukkan prevalensi balita pendek di Indonesia sebesar 36,8%. Pada tahun 2010, terjadi sedikit penurunan menjadi 35,6%. Namun prevalensi balita pendek kembali meningkat pada tahun 2013 yaitu menjadi 37,2%. Prevalensi balita pendek selanjutnya akan diperoleh dari hasil Riskesdas tahun 2018 yang juga menjadi ukuran keberhasilan program yang sudah diupayakan oleh pemerintah.

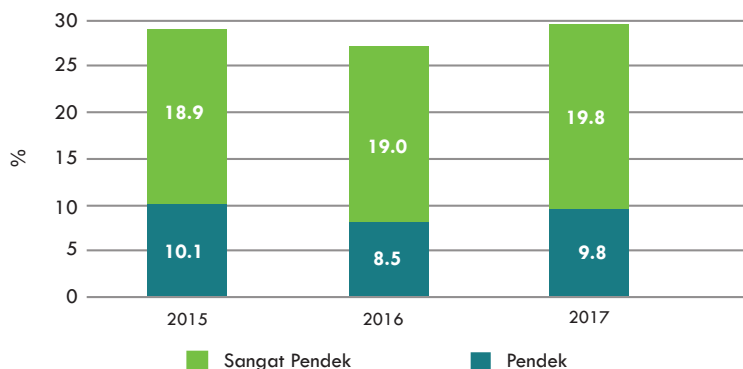
Gambar 5. Prevalensi Balita Pendek di Indonesia Tahun 2007-2013



Sumber: Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Balitbangkes

Survei PSG diselenggarakan sebagai monitoring dan evaluasi kegiatan dan capaian program. Berdasarkan hasil PSG tahun 2015, prevalensi balita pendek di Indonesia adalah 29%. Angka ini mengalami penurunan pada tahun 2016 menjadi 27,5%. Namun prevalensi balita pendek kembali meningkat menjadi 29,6% pada tahun 2017.

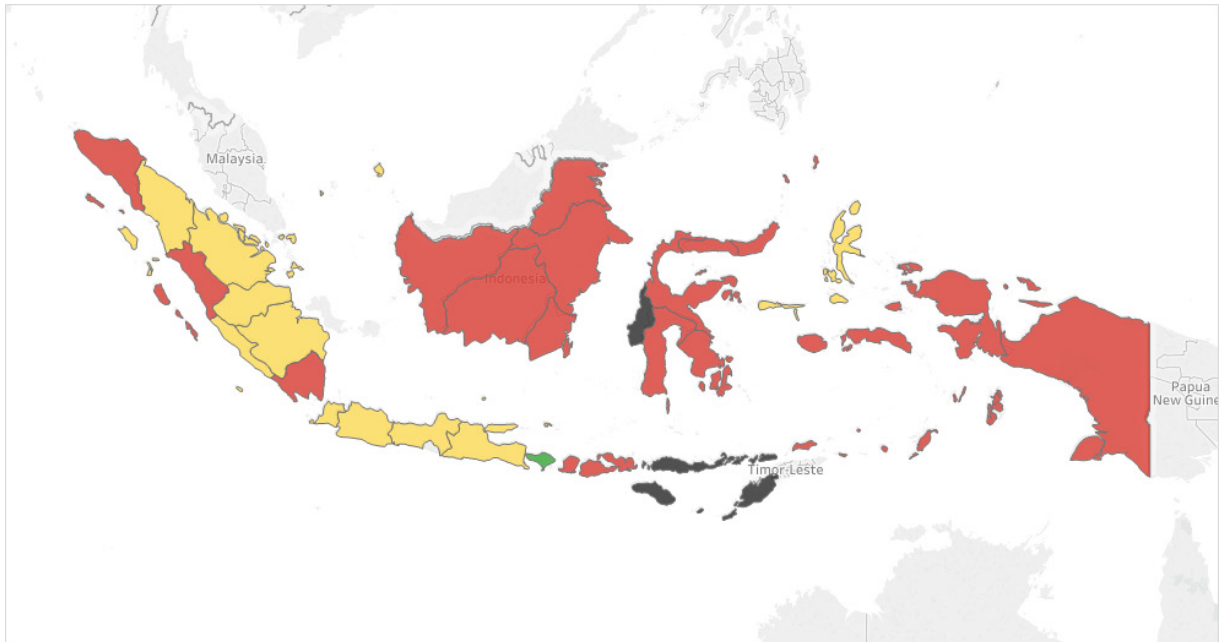
Gambar 6. Prevalensi Balita Pendek di Indonesia Tahun 2015-2017



Sumber: Pemantauan Status Gizi (PSG), Ditjen Kesehatan Masyarakat

Prevalensi balita sangat pendek dan pendek usia 0-59 bulan di Indonesia tahun 2017 adalah 9,8% dan 19,8%. Kondisi ini meningkat dari tahun sebelumnya yaitu prevalensi balita sangat pendek sebesar 8,5% dan balita pendek sebesar 19%. Provinsi dengan prevalensi tertinggi balita sangat pendek dan pendek pada usia 0-59 bulan tahun 2017 adalah Nusa Tenggara Timur, sedangkan provinsi dengan prevalensi terendah adalah Bali.

Gambar 7. Peta Prevalensi Balita Pendek di Indonesia Tahun 2017



Map based on Longitude (generated) and Latitude (generated). Color shows details about Kategori as an attribute. Details are shown for Provinsi.

Kategori

- Balita Pendek < 20%
- Balita Pendek 20 s/d < 30%
- Balita Pendek 30 s/d < 40%
- Balita Pendek ≥ 40%

Sumber: Pemantauan Status Gizi, 2017

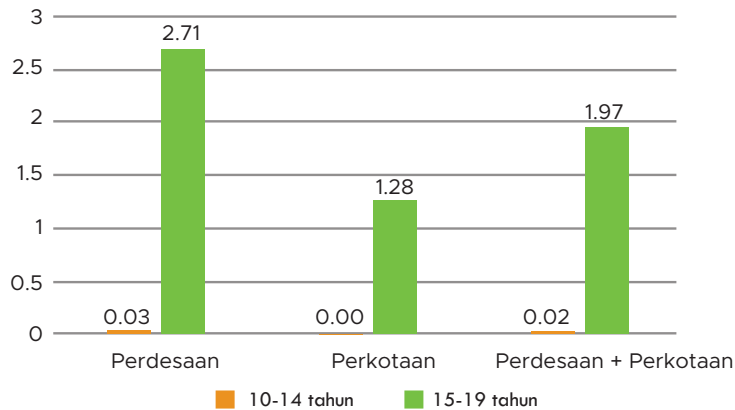
D. Situasi Ibu dan Calon Ibu

Kondisi kesehatan dan gizi ibu sebelum dan saat kehamilan serta setelah persalinan mempengaruhi pertumbuhan janin dan risiko terjadinya stunting. Faktor lainnya pada ibu yang mempengaruhi adalah postur tubuh ibu (pendek), jarak kehamilan yang terlalu dekat, ibu yang masih remaja, serta asupan nutrisi yang kurang pada saat kehamilan.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual, faktor-faktor yang memperberat keadaan ibu hamil adalah terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering melahirkan, dan terlalu dekat jarak kelahiran. Usia kehamilan ibu yang terlalu muda (di bawah 20 tahun) berisiko melahirkan bayi dengan berat lahir rendah (BBLR). Bayi BBLR mempengaruhi sekitar 20% dari terjadinya stunting.

Dari data Riskesdas tahun 2013, diketahui proporsi kehamilan pada remaja usia 10-14 tahun sebesar 0,02% dan usia 15-19 tahun sebesar 1,97%. Proporsi kehamilan pada remaja lebih banyak terdapat di pedesaan daripada perkotaan.

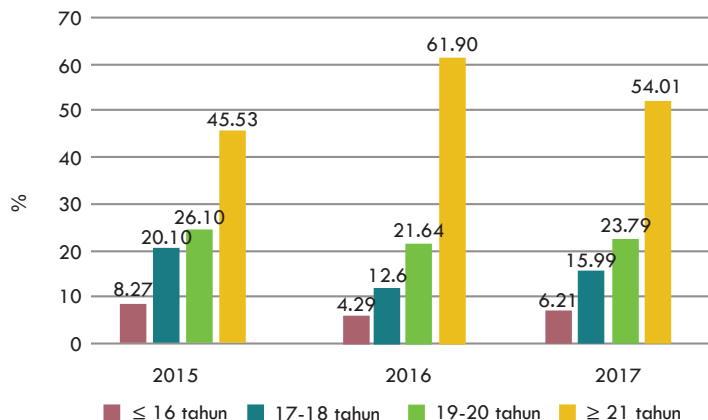
Gambar 8. Proporsi Kehamilan pada Remaja Menurut Daerah Tempat Tinggal di Indonesia Tahun 2013



Sumber: Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Balitbangkes, 2013

Sedangkan menurut data Susenas tahun 2017, hasil survei pada perempuan berumur 15-49 tahun diketahui bahwa 54,01% hamil pertama kali pada usia di atas 20 tahun (usia ideal kehamilan). Sisanya sebesar 23,79% hamil pertama kali pada usia 19-20 tahun, 15,99% pada usia 17-18 tahun, dan 6,21% pada usia 16 tahun ke bawah. Hal ini menunjukkan bahwa setengah dari perempuan yang pernah hamil di Indonesia mengalami kehamilan pertama pada usia muda atau remaja.

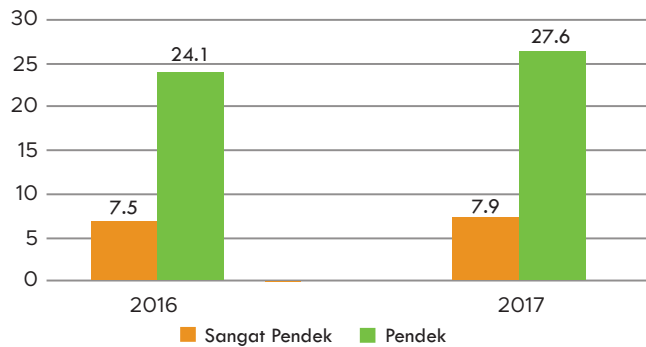
Gambar 9. Persentase Perempuan Berumur 15 - 49 Tahun yang Pernah Hamil. Menurut Daerah Tempat Tinggal dan Umur Saat Hamil Pertama Kali di Indonesia Tahun 2017



Sumber: Susenas, Badan Pusat Statistik, 2017

Kondisi ibu sebelum masa kehamilan baik postur tubuh (berat badan dan tinggi badan) dan gizi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya stunting. Remaja putri sebagai calon ibu di masa depan seharusnya memiliki status gizi yang baik. Pada tahun 2017, persentase remaja putri dengan kondisi pendek dan sangat pendek meningkat dari tahun sebelumnya, yaitu 7,9% sangat pendek dan 27,6% pendek.

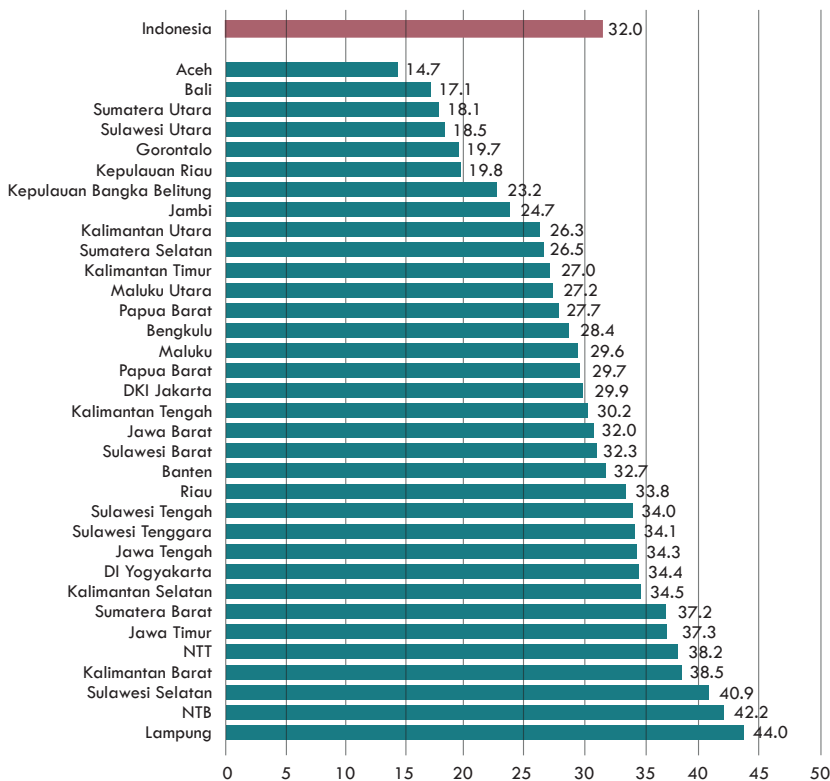
Gambar 10. Persentase Remaja Putri dengan Status Gizi Pendek dan Sangat Pendek di Indonesia Tahun 2017



Sumber: Pemantauan Status Gizi, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat

Dari sisi asupan gizi, 32% remaja putri di Indonesia pada tahun 2017 berisiko kekurangan energi kronik (KEK). Sekitar 15 provinsi memiliki persentase di atas rata-rata nasional. Jika gizi remaja putri tidak diperbaiki, maka di masa yang akan datang akan semakin banyak calon ibu hamil yang memiliki postur tubuh pendek dan/atau kekurangan energi kronik. Hal ini akan berdampak pada meningkatnya prevalensi stunting di Indonesia.

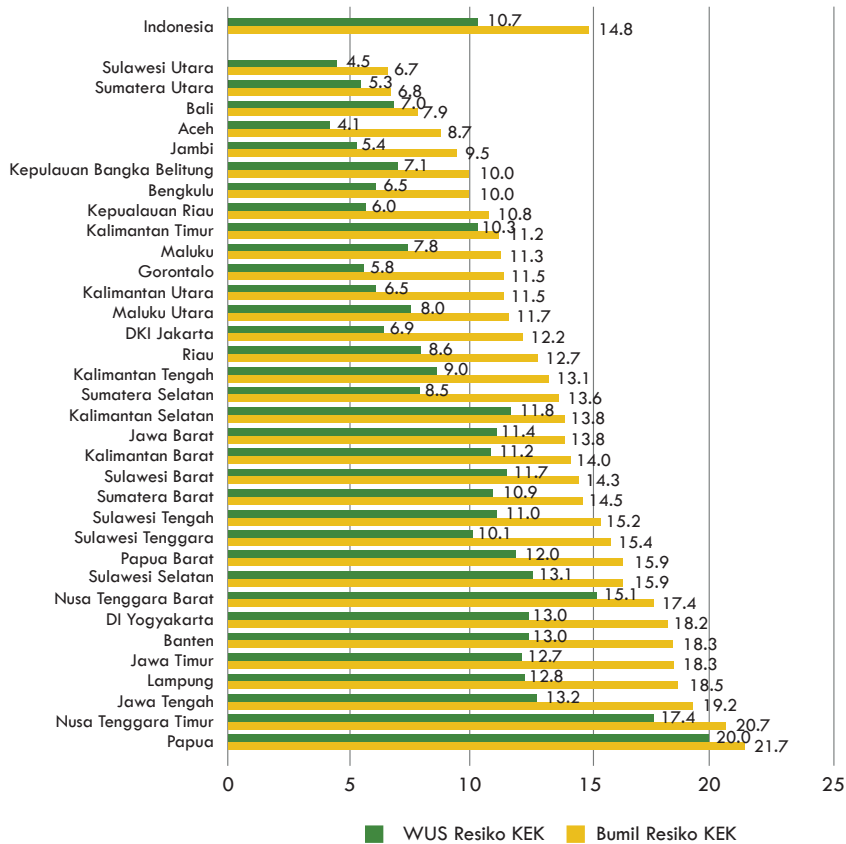
Gambar 11. Persentase Remaja Putri Berisiko Kekurangan Energi Kronik (KEK) di Indonesia Tahun 2017



Sumber: Pemantauan Status Gizi, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, 2017

Persentase Wanita Usia Subur (WUS) yang berisiko KEK di Indonesia tahun 2017 adalah 10,7%, sedangkan persentase ibu hamil berisiko KEK adalah 14,8%. Asupan gizi WUS yang berisiko KEK harus ditingkatkan sehingga dapat memiliki berat badan yang ideal saat hamil. Sedangkan untuk ibu hamil KEK sudah ada program perbaikan gizi yang ditetapkan pemerintah yaitu dengan pemberian makanan tambahan berupa biskuit yang mengandung protein, asam linoleat, karbohidrat, dan diperkaya dengan 11 vitamin dan 7 mineral sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2016 tentang Standar Produk Suplementasi Gizi.

Gambar 12. Persentase Wanita Usia Subur (WUS) dan Ibu Hamil Berisiko KEK di Indonesia Tahun 2017



Sumber: Pemantauan Status Gizi, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, 2017

Kekurangan energi kronik disebabkan oleh asupan energi dan protein yang tidak mencukupi. Kecukupan konsumsi energi ibu hamil dihitung dengan membandingkan dengan Angka Kecukupan Energi (AKE) yang dikategorikan menjadi:

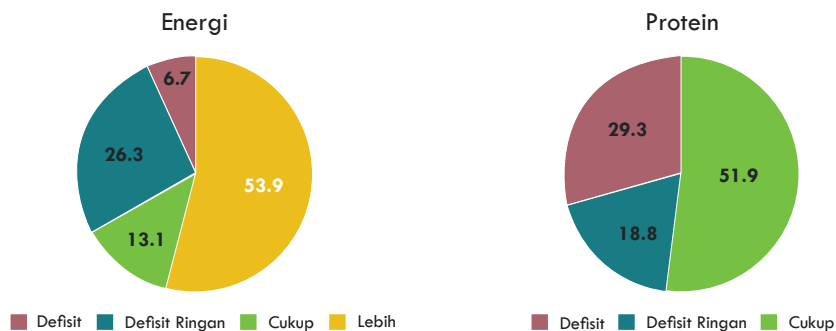
1. Defisit jika kurang dari 70% AKE.
2. Defisit ringan antara 70 – 79% AKE.
3. Cukup antara 80 – 119% AKE.
4. Lebih jika 120% AKE atau lebih.

Kecukupan konsumsi protein ibu hamil dihitung dengan membandingkan dengan Angka Kecukupan Protein (AKP) yang dikategorikan menjadi:

1. Defisit jika kurang dari 80% AKP
2. Defisit ringan antara 80-99% AKCukup jika 100% AKP atau lebih

Berdasarkan PSG tahun 2016, 53,9% ibu hamil mengalami defisit energi dan 13,1% mengalami defisit ringan. Untuk kecukupan protein, 51,9% ibu hamil mengalami defisit protein dan 18,8% mengalami defisit ringan. Hal ini menunjukkan bahwa separuh ibu hamil di Indonesia masih belum terpenuhi kebutuhan energi dan protein.

Gambar 13. Persentase Kecukupan Energi dan Protein pada Ibu Hamil di Indonesia Tahun 2016



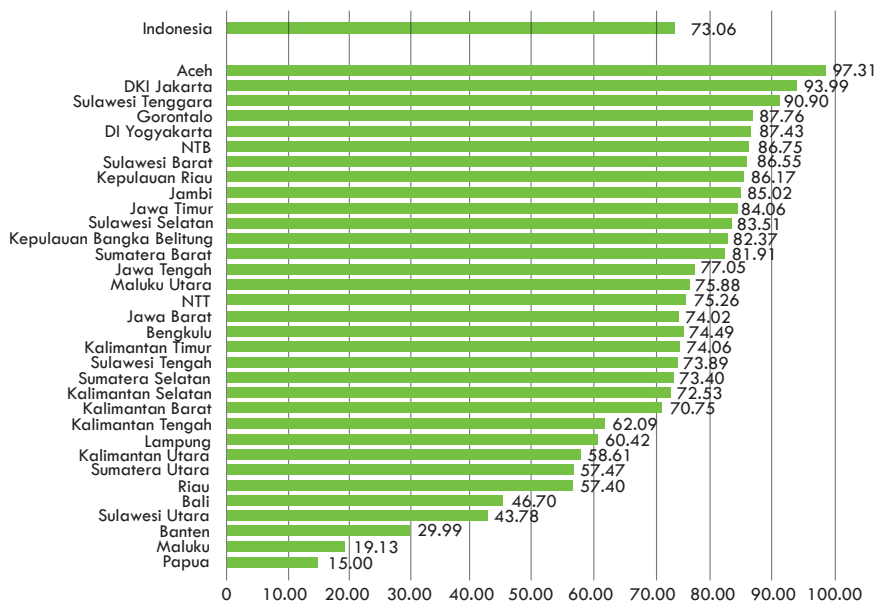
Sumber: Pemantauan Status Gizi, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, 2016

E. Situasi Bayi dan Balita

Nutrisi yang diperoleh sejak bayi lahir tentunya sangat berpengaruh terhadap pertumbuhannya termasuk risiko terjadinya stunting. Tidak terlaksananya inisiasi menyusui dini (IMD), gagalnya pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif, dan proses penyapihan dini dapat menjadi salah satu faktor terjadinya stunting. Sedangkan dari sisi pemberian makanan pendamping ASI (MP ASI) hal yang perlu diperhatikan adalah kuantitas, kualitas, dan keamanan pangan yang diberikan.

Pada tahun 2017, secara nasional persentase bayi baru lahir yang mendapat IMD sebesar 73,06%, artinya mayoritas bayi baru lahir di Indonesia sudah mendapat inisiasi menyusui dini. Provinsi dengan persentase tertinggi bayi baru lahir mendapat IMD adalah Aceh (97,31%) dan provinsi dengan persentase terendah adalah Papua (15%). Ada 12 provinsi yang masih di bawah angka nasional sedangkan Provinsi Papua Barat belum mengumpulkan data.

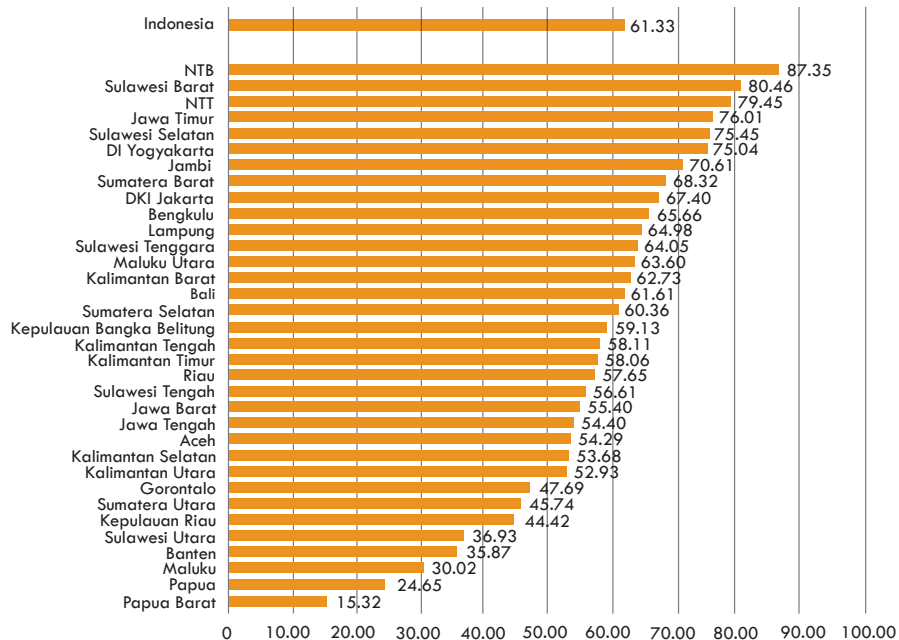
Gambar 14. Cakupan Bayi Baru Lahir Mendapat Inisiasi Menyusui Dini (IMD) Menurut Provinsi Tahun 2017



Sumber: Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, 2017
Keterangan: Papua Barat belum mengumpulkan data

Secara nasional, cakupan bayi mendapat ASI eksklusif pada tahun 2017 sebesar 61,33%. Persentase tertinggi cakupan pemberian ASI eksklusif terdapat pada Nusa Tenggara Barat (87,35%), sedangkan persentase terendah terdapat pada Papua (15,32%). Masih ada 19 provinsi yang di bawah angka nasional. Oleh karena itu, sosialisasi tentang manfaat dan pentingnya ASI eksklusif masih perlu ditingkatkan.

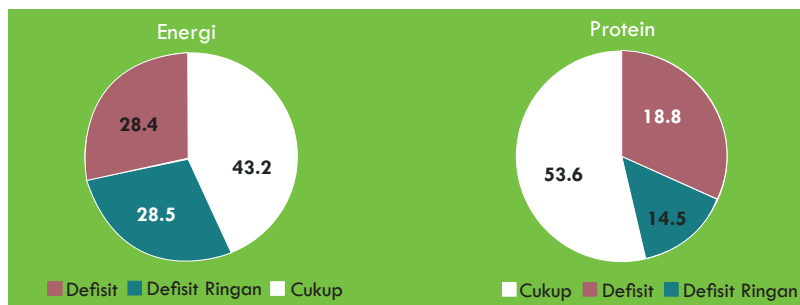
Gambar 15. Cakupan Bayi Mendapat ASI Eksklusif Menurut Provinsi Tahun 2017



Sumber: Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, 2017

Asupan zat gizi pada balita sangat penting dalam mendukung pertumbuhan sesuai dengan grafik pertumbuhannya agar tidak terjadi gagal tumbuh (*growth faltering*) yang dapat menyebabkan stunting. Pada tahun 2017, 43,2% balita di Indonesia mengalami defisit energi dan 28,5% mengalami defisit ringan. Untuk kecukupan protein, 31,9% balita mengalami defisit protein dan 14,5% mengalami defisit ringan.

Gambar 16. Persentase Kecukupan Energi dan Protein pada Balita di Indonesia Tahun 2017



Sumber: Pemantauan Status Gizi, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, 2017

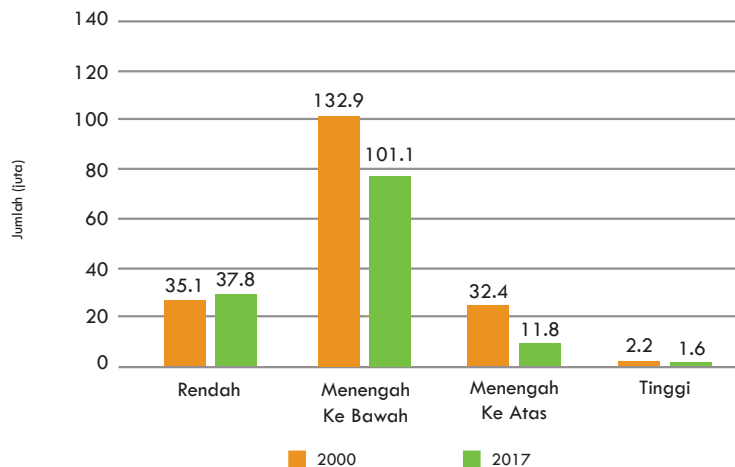
Untuk memenuhi kecukupan gizi pada balita, telah ditetapkan program pemberian makanan tambahan (PMT) khususnya untuk balita kurus berupa PMT lokal maupun PMT pabrikan yaitu biskuit MT balita. Jika berat badan telah sesuai dengan perhitungan berat badan menurut tinggi badan, maka MT balita kurus dapat dihentikan dan dilanjutkan dengan makanan keluarga gizi seimbang.

F. Situasi Sosial Ekonomi dan Lingkungan

Kondisi sosial ekonomi dan sanitasi tempat tinggal juga berkaitan dengan terjadinya stunting. Kondisi ekonomi erat kaitannya dengan kemampuan dalam memenuhi asupan yang bergizi dan pelayanan kesehatan untuk ibu hamil dan balita. Sedangkan sanitasi dan keamanan pangan dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit infeksi.

Berdasarkan data *Joint Child Malnutrition Estimates* tahun 2018, negara dengan pendapatan menengah ke atas mampu menurunkan angka stunting hingga 64%, sedangkan pada negara menengah ke bawah hanya menurunkan sekitar 24% dari tahun 2000 hingga 2017. Pada negara dengan pendapatan rendah justru mengalami peningkatan pada tahun 2017.

Gambar 17. Jumlah Balita Stunting Menurut Pendapatan Negara di Dunia Tahun 2000 dan 2017

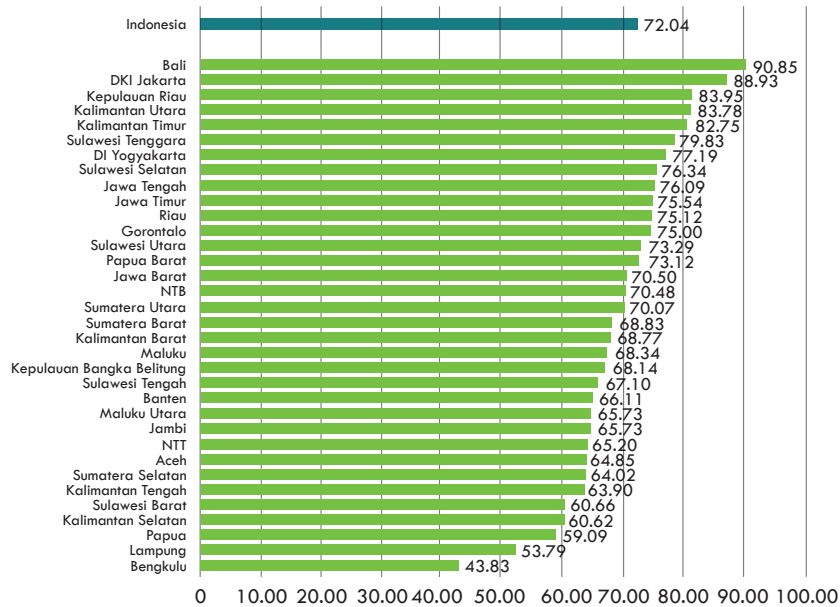


Sumber: *Joint Child Malnutrition Estimates*, 2018

Penyakit infeksi yang disebabkan oleh higiene dan sanitasi yang buruk (misalnya diare dan kecacingan) dapat mengganggu penyerapan nutrisi pada proses pencernaan. Beberapa penyakit infeksi yang diderita bayi dapat menyebabkan berat badan bayi turun. Jika kondisi ini terjadi dalam waktu yang cukup lama dan tidak disertai dengan pemberian asupan yang cukup untuk proses penyembuhan maka dapat mengakibatkan stunting.

Pada tahun 2017, 72,04% rumah tangga di Indonesia memiliki akses terhadap sumber air minum layak. Provinsi dengan persentase tertinggi adalah Bali (90,85%), sedangkan persentase terendah adalah Bengkulu (43,83%). Masih terdapat 20 provinsi yang di bawah persentase nasional. Sumber air minum layak yang dimaksud adalah air minum yang terlindung meliputi air ledeng (keran), keran umum, hydrant umum, terminal air, penampungan air hujan (PAH) atau mata air dan sumur terlindung, sumur bor atau pompa, yang jaraknya minimal 10 meter dari pembuangan kotoran, penampungan limbah, dan pembuangan sampah. Tidak termasuk air kemasan, air dari penjual keliling, air yang dijual melalui tangki, air sumur dan mata air tidak terlindung.

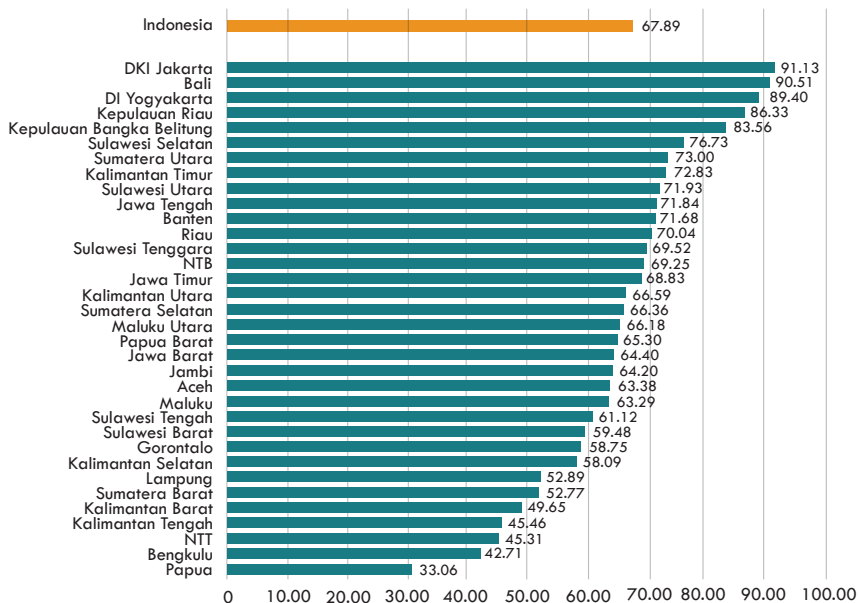
Gambar 18. Persentase Rumah Tangga yang Memiliki Akses terhadap Sumber Air Minum Layak Menurut Provinsi Tahun 2017



Sumber: Susenas, Badan Pusat Statistik, 2017

Rumah tangga yang memiliki sanitasi layak menurut Susenas adalah apabila fasilitas sanitasi yang digunakan memenuhi syarat kesehatan, antara lain dilengkapi dengan jenis kloset leher angsa atau plengsengan dengan tutup dan memiliki tempat pembuangan akhir tinja tangki (*septic tank*) atau Sistem Pembuangan Air Limbah (SPAL), dan merupakan fasilitas buang air besar yang digunakan sendiri atau bersama. Persentase rumah tangga yang memiliki akses sanitasi layak di Indonesia tahun 2017 adalah 67,89%. Provinsi dengan persentase tertinggi adalah DKI Jakarta (91,13%), sedangkan persentase terendah adalah Papua (33,06%).

Gambar 19. Persentase Rumah Tangga yang Memiliki Akses terhadap Sanitasi Layak Menurut Provinsi Tahun 2017



Sumber: Susenas, Badan Pusat Statistik, 2017

G. Dampak

Menurut
**WORLD
HEALTH
ORGANIZATION**

Dampak yang ditimbulkan stunting dapat dibagi menjadi dampak jangka pendek dan jangka panjang.

1. Dampak Jangka Pendek.
 - a. Peningkatan kejadian kesakitan dan kematian;
 - b. Perkembangan kognitif, motorik, dan verbal pada anak tidak optimal; dan
 - c. Peningkatan biaya kesehatan.
2. Dampak Jangka Panjang.
 - a. Postur tubuh yang tidak optimal saat dewasa (lebih pendek dibandingkan pada umumnya);
 - b. Meningkatnya risiko obesitas dan penyakit lainnya;
 - c. Menurunnya kesehatan reproduksi;
 - d. Kapasitas belajar dan performa yang kurang optimal saat masa sekolah; dan
 - e. Produktivitas dan kapasitas kerja yang tidak optimal.

H. Upaya Pencegahan

Stunting merupakan salah satu target *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang termasuk pada tujuan pembangunan berkelanjutan ke-2 yaitu menghilangkan kelaparan dan segala bentuk malnutrisi pada tahun 2030 serta mencapai ketahanan pangan. Target yang ditetapkan adalah menurunkan angka stunting hingga 40% pada tahun 2025.

Untuk mewujudkan hal tersebut, pemerintah menetapkan stunting sebagai salah satu program prioritas. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, upaya yang dilakukan untuk menurunkan prevalensi stunting di antaranya sebagai berikut:

1. Ibu Hamil dan Bersalin
 - a. Intervensi pada 1.000 hari pertama kehidupan;
 - b. Mengupayakan jaminan mutu *ante natal care* (ANC) terpadu;
 - c. Meningkatkan persalinan di fasilitas kesehatan;
 - d. Menyelenggarakan program pemberian makanan tinggi kalori, protein, dan mikronutrien (TKPM);
 - e. Deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular);
 - f. Pemberantasan kecacingan;
 - g. Meningkatkan transformasi Kartu Menuju Sehat (KMS) ke dalam Buku KIA;
 - h. Menyelenggarakan konseling Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI eksklusif; dan
 - i. Penyuluhan dan pelayanan KB.
2. Balita
 - a. Pemantauan pertumbuhan balita;
 - b. Menyelenggarakan kegiatan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) untuk balita;
 - c. Menyelenggarakan stimulasi dini perkembangan anak; dan
 - d. Memberikan pelayanan kesehatan yang optimal.
3. Anak Usia Sekolah
 - a. Melakukan revitalisasi Usaha Kesehatan Sekolah (UKS);
 - b. Memperkuat kelembagaan Tim Pembina UKS;
 - c. Menyelenggarakan Program Gizi Anak Sekolah (PROGAS); dan
 - d. Memberlakukan sekolah sebagai kawasan bebas rokok dan narkoba

4. Remaja
 - a. Meningkatkan penyuluhan untuk perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), pola gizi seimbang, tidak merokok, dan mengonsumsi narkoba; dan
 - b. Pendidikan kesehatan reproduksi.
5. Dewasa Muda
 - a. Penyuluhan dan pelayanan keluarga berencana (KB);
 - b. Deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular); dan
 - c. Meningkatkan penyuluhan untuk PHBS, pola gizi seimbang, tidak merokok/mengonsumsi narkoba.

Daftar Pustaka

- Badan Pusat Statistik. 2017. Statistik Kesejahteraan Rakyat Tahun 2017. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2008. Riset Kesehatan Dasar Tahun 2007. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2010. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1995/Menkes/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2013 tentang Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan bagi Bangsa Indonesia. Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. Buku Saku Pemantauan Status Gizi Tahun 2015. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2016 tentang Standar Produk Suplementasi Gizi. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2017. Buku Saku Pemantauan Status Gizi Tahun 2016. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2018. Buku Saku Pemantauan Status Gizi Tahun 2017. Jakarta.
- Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas) dan United Nations Children's Fund. 2017. Laporan Baseline SDG tentang Anak-Anak di Indonesia. Jakarta: BAPPENAS dan UNICEF.
- United Nations Children's Fund, World Health Organization, World Bank Group. 2018. Levels and Trends in Child Malnutrition: Key Findings of The 2018 Edition of The Joint Child Malnutrition Estimates.
- WHO. 2014. WHO Global Nutrition Target: Stunting Policy Brief. Geneva.
- WHO. 2017. Stunted Growth and Development. Geneva.
- WHO. Child Malnutrition. <http://www.who.int/gho/child-malnutrition/en/>
- WHO. Child Stunting Data Visualizations Dashboard. <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.2-2-viz-1?lang=en>

02

Asupan Gizi yang Optimal untuk Mencegah Stunting

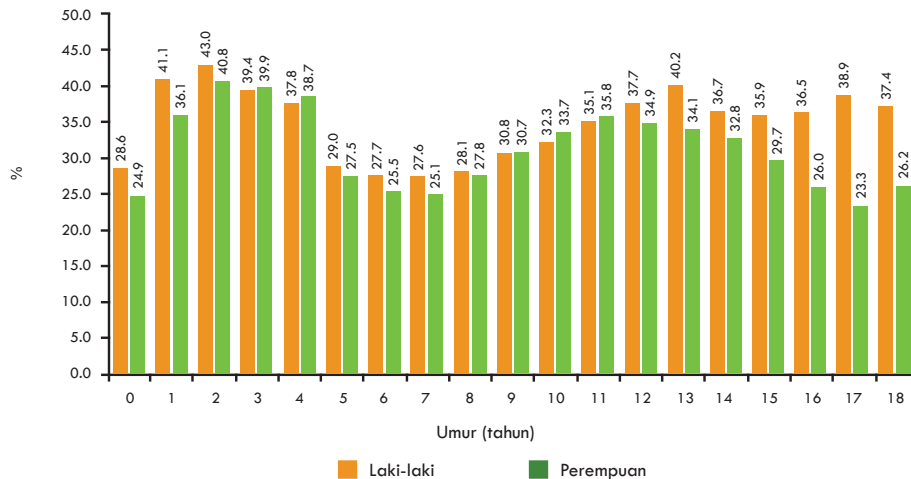
Oleh Atmarita, MPH, Dr.PH

Ketua Bidang Penelitian dan Publikasi PERSAGI (Persatuan Ahli Gizi Indonesia) dan Anggota APKESI (Asosiasi Peneliti Kesehatan Indonesia)

A. Pendahuluan

Stunting adalah suatu kondisi kekurangan gizi kronis yang terjadi pada saat periode kritis dari proses tumbuh dan kembang mulai janin. Untuk Indonesia, saat ini diperkirakan ada 37,2% dari anak usia 0-59 bulan atau sekitar 9 juta anak dengan kondisi stunting, yang berlanjut sampai usia sekolah 6-18 tahun (Gambar 1).

Gambar 1. Proporsi Anak Stunting menurut Umur dan Jenis Kelamin Tahun 2013



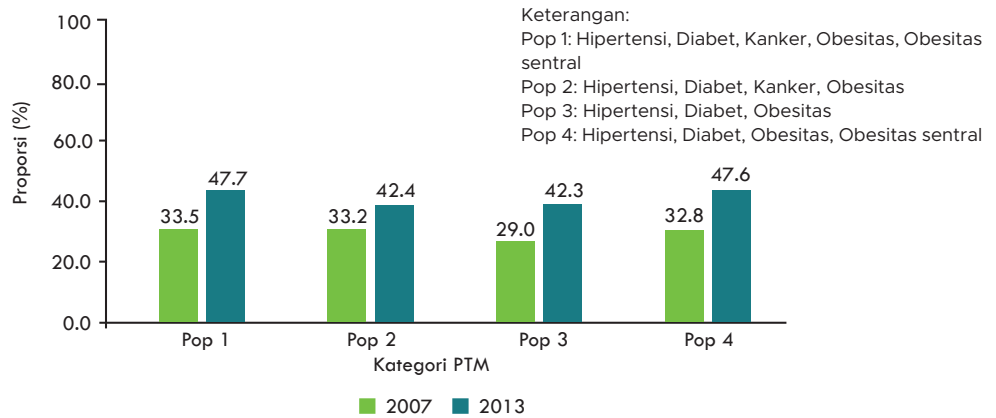
Sumber: Riset Kesehatan Dasar, 2013

Stunting didefinisikan sebagai kondisi anak usia 0 – 59 bulan, dimana tinggi badan menurut umur berada di bawah minus 2 Standar Deviasi (<-2SD) dari standar median WHO. Lebih lanjut dikatakan bahwa stunting akan berdampak dan dikaitkan dengan proses kembang otak yang terganggu, dimana dalam jangka pendek berpengaruh pada kemampuan kognitif. Jangka panjang mengurangi kapasitas untuk berpendidikan lebih baik dan hilangnya kesempatan untuk peluang kerja dengan pendapatan lebih baik.

Dalam jangka panjang, anak stunting yang berhasil mempertahankan hidupnya, pada usia dewasa cenderung akan menjadi gemuk (obese), dan berpotensi menderita penyakit tidak menular (PTM), seperti hipertensi, diabetes, kanker, dan lain-lain.

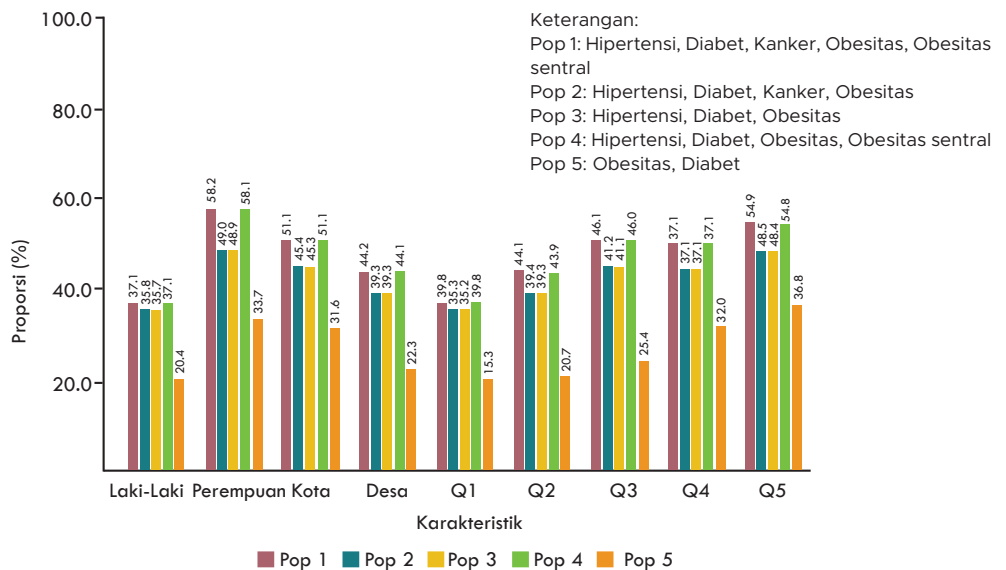
Kondisi ini semua sudah semakin jelas untuk Indonesia, yang menunjukkan adanya tren (kecenderungan) PTM meningkat dari tahun 2007 ke tahun 2013 (Gambar 2), dimana diperkirakan ada 70-an juta penduduk dewasa (>18 tahun) yang menderita PTM (Gambar 3).

Gambar 2. Tren Penyakit Tidak Menular Tahun 2007-2013



Sumber: Riset Kesehatan Dasar, 2007 dan 2013

Gambar 3. Kondisi Penyakit Tidak Menular terkait Obesitas pada Usia 18 Tahun ke Atas

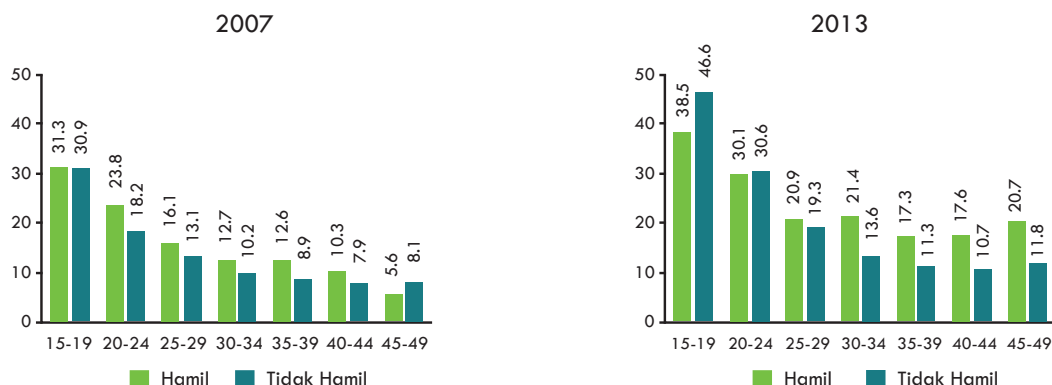


Sumber: Riset Kesehatan Dasar, 2013

B. Proses Terjadinya Stunting

Stunting terjadi mulai dari pra-konsepsi ketika seorang remaja menjadi ibu yang kurang gizi dan anemia. Menjadi parah ketika hamil dengan asupan gizi yang tidak mencukupi kebutuhan, ditambah lagi ketika ibu hidup di lingkungan dengan sanitasi kurang memadai. Remaja putri di Indonesia usia 15-19 tahun (Gambar 4), kondisinya berisiko kurang energi kronik (KEK) sebesar 46,6% tahun 2013. Ketika hamil, ada 24,2% Wanita Usia Subur (WUS) 15-49 tahun dengan risiko KEK, dan anemia sebesar 37,1%.

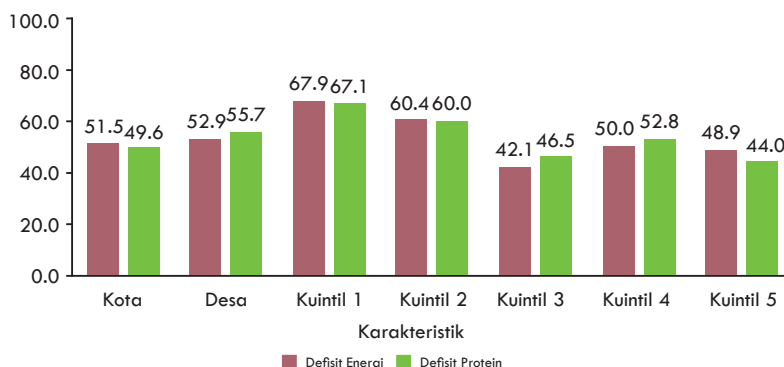
Gambar 4. Proporsi Wanita Usia Subur Risiko KEK menurut Umur di Indonesia Tahun 2007 dan 2013



Sumber: Riset Kesehatan Dasar, 2007 dan 2013

Dilihat dari asupan makanan, ibu hamil pada umumnya defisit energi dan protein. Hasil dari Survei Nasional Konsumsi Makanan Individu (SKMI) tahun 2014 menunjukkan sebagian besar ibu hamil (kota dan desa) maupun menurut sosial ekonomi (kuintil 1-5) bermasalah untuk asupan makanan, baik energi dan protein (Gambar 5).

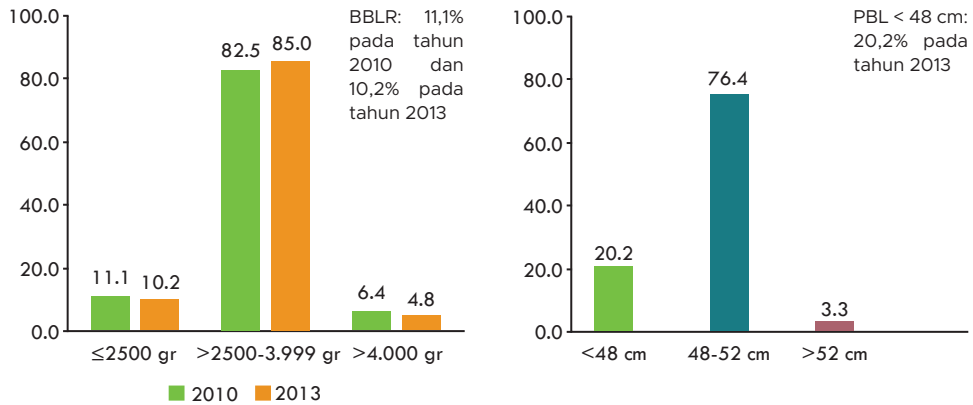
Gambar 5. Proporsi Ibu Hamil Defisit Energi dan Protein menurut Karakteristik Tahun 2014



Sumber: Survei Konsumsi Makanan Individu, 2014

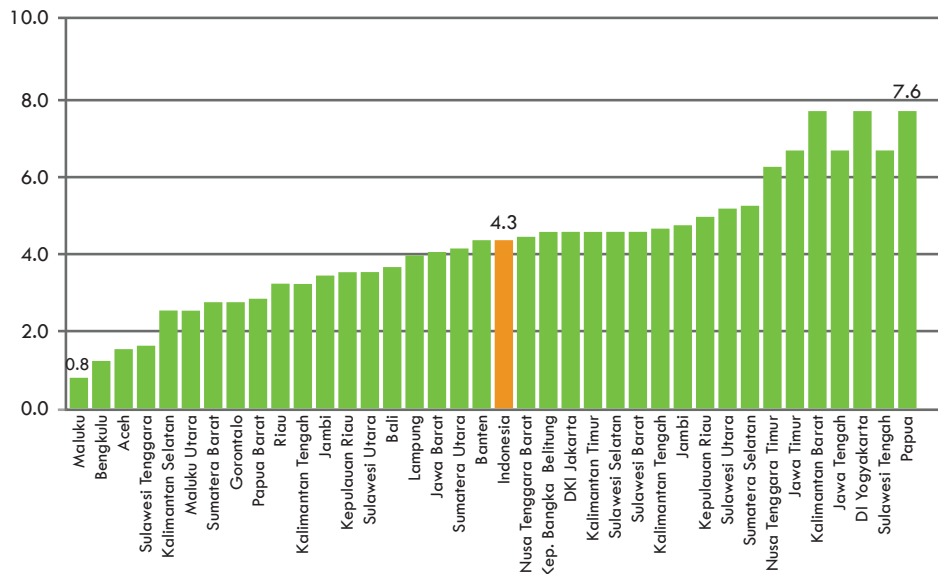
Kondisi-kondisi di atas disertai dengan ibu hamil yang pada umumnya juga pendek (< 150 cm) yang proporsinya 31,3%, berdampak pada bayi yang dilahirkan mengalami kurang gizi, dengan berat badan lahir rendah < 2.500 gram dan juga panjang badan yang kurang dari 48 cm (Gambar 6). Jika digabung anak yang lahir dengan berat badan < 2.500 gram dan panjang badan < 48 cm, untuk Indonesia ada sekitar 4,3% , bervariasi dari 0,8% di Maluku dan 7,6% di Papua (Gambar 7).

Gambar 6. Proporsi Berat Badan Lahir dan Panjang Badan Lahir di Indonesia Tahun 2010 dan 2013



Sumber: Riset Kesehatan Dasar, 2010 dan 2013

Gambar 7. Proporsi Anak dengan Berat Badan Lahir < 2.500 gram dan Panjang Badan Lahir < 48 cm di Indonesia Tahun 2013

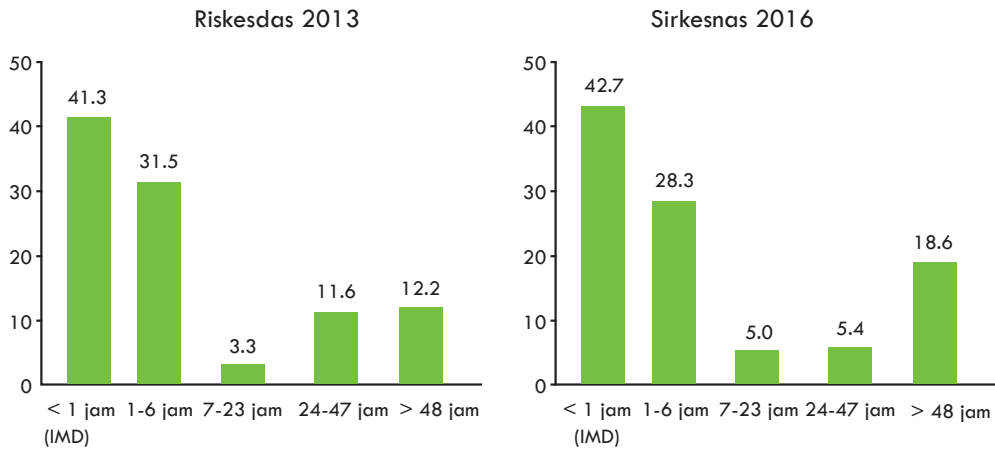


Sumber: Riset Kesehatan Dasar, 2013

Setelah bayi lahir dengan kondisi tersebut, dilanjutkan dengan kondisi rendahnya Inisiasi Menyusu Dini (IMD) yang memicu rendahnya menyusui eksklusif sampai dengan 6 bulan, dan tidak memadainya pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI). Dari berbagai survei nasional (Riskesdas 2013, Sirkesnas 2016, SDKI 2012 – 2017) bayi yang menyusui eksklusif belum sampai 50%. (Gambar 8, Tabel 1).

Lebih lanjut, berdasarkan kajian dari SDKI 2012 dan mengikuti ketentuan dari pedoman pemberian makan pada anak yang dikeluarkan oleh WHO, ternyata anak Indonesia yang terkategori dalam minimum *acceptable diet* hanya 36,6% (Gambar 9)

Gambar 8. Gambaran Proses Mulai Menyusui Tahun 2013 dan 2016



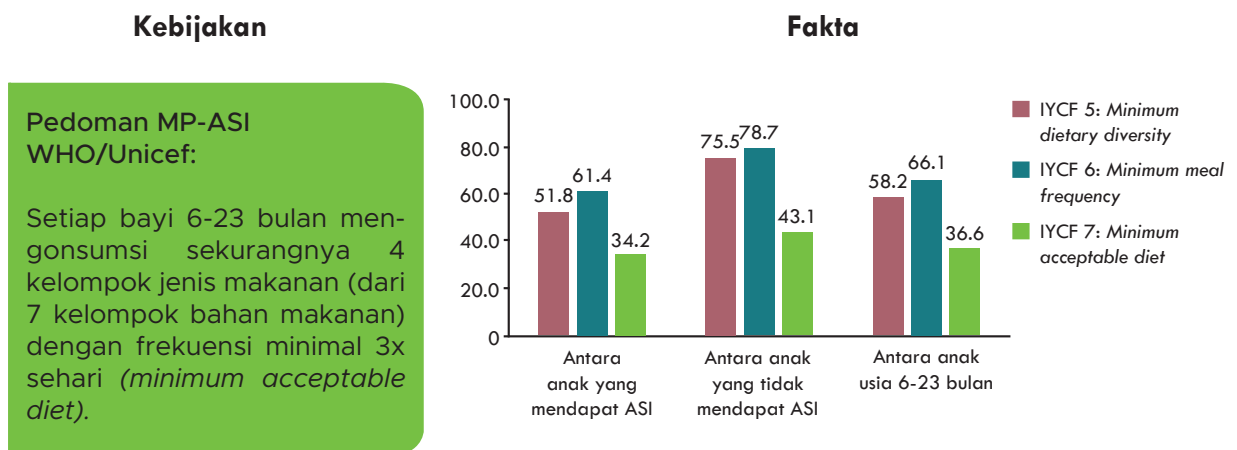
Sumber: Riset Kesehatan Dasar, 2013 dan Survei Indikator Kesehatan Nasional, 2016

Tabel 1. Gambaran Menyusui di Indonesia Tahun 2012 dan 2017

Umur (bulan)	Tidak Menyusui		Menyusui Eksklusif		Menyusui dan Minum Air		Menyusui dan Intake Cairan Lainnya		Menyusui dan Susu Formula		Menyusui dan MP-ASI	
	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017
0-1	3,9	7,7	50,8	68,5	4,2	3,6	0,1	0,2	31,5	19,6	9,6	2,2
2-3	6,4	13,2	48,9	54,6	9,0	5,8	0,9	1,0	18,0	18,2	16,7	7,2
4-5	12,5	14,7	27,1	38,2	7,9	8,6	0,8	0,5	7,9	10,2	43,9	27,9
6-8	12,8	16,9	3,4	8,0	2,5	3,3	0,5	0,4	2,1	1,5	78,8	89,9
9-11	20,4	24,7	1,1	1,0	1,0	0,6	0,5	0,0	0,3	0,0	76,8	73,7
12-17	25,4	25,3	1,0	0,2	0,6	0,2	0,2	0,0	0,1	0,0	72,8	74,3
18-23	40,3	41,1	0,7	0,4	0,2	0,1	0,3	0,0	0,0	0,1	58,4	58,2

sumber: Survei Demografi Kesehatan Indonesia, 2012 dan 2017

Gambar 9. Kesenjangan Kebijakan Pola Asuh



Sumber: Survei Demografi Kesehatan Indonesia, 2007

Data SKMI 2014 juga menunjukkan asupan anak > 6 bulan cenderung mengonsumsi 95% dari kelompok sereal (karbohidrat), sangat kurang dari kelompok protein, buah, dan sayur (Tabel 2).

Tabel 2. Asupan Makanan Bayi dan Anak 0-35 Bulan pada Tahun 2014

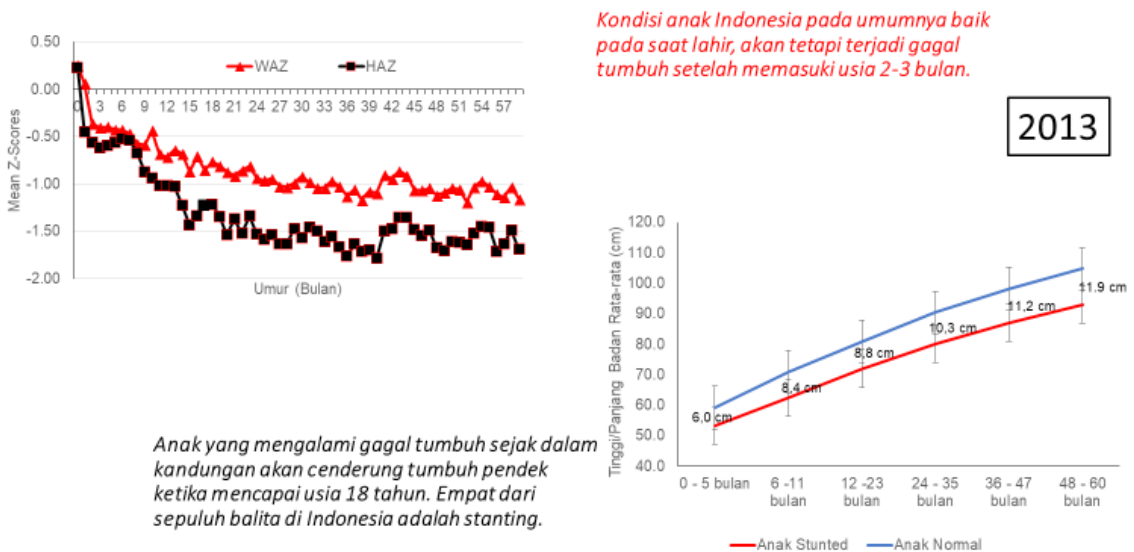
Umur	Kelompok Pangan	%	Umur	Kelompok Pangan	%	Umur	Kelompok Pangan	%
0-6 bulan	Sereal	23,5	7-11 bulan	Sereal	95,8	1-3 tahun	Sereal	98,5
	Umbi-umbian	0,3		Umbi-umbian	0,6		Umbi-umbian	0,5
	Kacang-kacangan	1,4		Kacang-kacangan	0,9		Kacang-kacangan	0,1
	Buah dan olahan	1,8		Buah dan olahan	0,6		Daging dan olahan	0,1
	Susu dan olahan (ASI=70%)	73,0		Telur dan olahan	0,1		Susu dan olahan	0,9
				Susu dan olahan	1,9			
	Total	100,0		Total	100,0		Total	100,0

Sumber: Survei Konsumsi Makanan Individu, 2014

Dari uraian di atas, tidak heran jika angka stunting di Indonesia tidak berubah dan cenderung meningkat. Terjadi gagal tumbuh (*growth faltering*) mulai bayi berusia 2 bulan, dampak dari calon ibu hamil (remaja putri) yang sudah bermasalah, dilanjutkan dengan ibu hamil yang juga bermasalah.

Hal ini sangat terkait oleh banyak faktor, utamanya secara kronis karena asupan gizi yang tidak memadai dan kemungkinan rentan terhadap infeksi, sehingga sering sakit. Secara kumulatif, Gambar 10 berikut menunjukkan kejadian gagal tumbuh anak Indonesia pada tahun 2013 dan jika dibandingkan antara anak stunting dan anak normal, ada perbedaan tinggi badan yang cukup mencolok.

Gambar 10. Kejadian Gagal Tumbuh, dan Perbedaan Tinggi Badan antara Anak Stunting dan Anak Normal di Indonesia Tahun 2013



Anak yang mengalami gagal tumbuh sejak dalam kandungan akan cenderung tumbuh pendek ketika mencapai usia 18 tahun. Empat dari sepuluh balita di Indonesia adalah stunting.

Sumber: Riset Kesehatan Dasar, 2013

C. Strategi Mengatasi Stunting

Merujuk pada pola pikir UNICEF/Lancet, masalah stunting terutama disebabkan karena ada pengaruh dari pola asuh, cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan, lingkungan, dan ketahanan pangan, maka berikut ini mencoba untuk membahas dari sisi pola asuh dan ketahanan pangan tingkat keluarga.

Dari kedua kondisi ini dikaitkan dengan strategi implementasi program yang harus dilaksanakan. Pola asuh (*caring*), termasuk di dalamnya adalah Inisiasi Menyusu Dini (IMD), menyusui eksklusif sampai dengan 6 bulan, dan pemberian ASI dilanjutkan dengan makanan pendamping ASI (MPASI) sampai dengan 2 tahun merupakan proses untuk membantu tumbuh kembang bayi dan anak.

Kebijakan dan strategi yang mengatur pola asuh ini ada pada Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 128, Peraturan Pemerintah Nomor 33 tahun 2012 tentang ASI, dan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/52/2015.

Amanat pada UU Nomor 36 Tahun 2009 adalah:

- a. Setiap bayi berhak mendapatkan ASI Eksklusif sejak dilahirkan selama 6 bulan, kecuali atas indikasi medis.
- b. Selama pemberian ASI pihak keluarga, pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat harus mendukung ibu bayi secara penuh dengan penyediaan waktu dan fasilitas khusus.

Amanat UU tersebut diatur dalam PP Nomor 33 Tahun 2013 tentang ASI yang menyebutkan:

- a. Setiap ibu yang melahirkan harus memberikan ASI Eksklusif. Pengaturan pemberian ASI Eksklusif bertujuan untuk: a. menjamin pemenuhan hak bayi untuk mendapatkan ASI Eksklusif sejak dilahirkan sampai dengan berusia 6 (enam) bulan dengan memperhatikan pertumbuhan dan perkembangannya; b. memberikan perlindungan kepada ibu dalam memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya; dan c. meningkatkan peran dan dukungan keluarga, masyarakat, pemerintah daerah, dan pemerintah terhadap pemberian ASI Eksklusif.
- b. Tenaga kesehatan dan penyelenggara fasilitas pelayanan kesehatan wajib melakukan inisiasi menyusui dini terhadap bayi yang baru lahir kepada ibunya paling singkat selama 1 (satu) jam. Inisiasi menyusui dini sebagaimana dimaksud dilakukan dengan cara meletakkan bayi secara tengkurap di dada atau perut ibu sehingga kulit bayi melekat pada kulit ibu.

Dalam Peraturan Pemerintah ini diatur:

- 1) Tanggung jawab pemerintah, pemerintah daerah provinsi, dan pemerintah daerah kabupaten/kota;
- 2) Air Susu Ibu Eksklusif;
- 3) Penggunaan susu formula dan produk bayi lainnya;
- 4) Tempat kerja dan tempat sarana umum;
- 5) Dukungan masyarakat;
- 6) Pendanaan; dan
- 7) Pembinaan dan pengawasan.

Amanat UU, dan PP tersebut sudah masuk ke Renstra Kemenkes 2015-2019, dengan menargetkan:

- a. Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif sebesar 50%.
- b. Persentase bayi baru lahir mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD) sebesar 50 %.

Seperti yang telah diuraikan sebelumnya, beberapa hal terkait dengan masih rendahnya IMD dan ASI eksklusif antara lain menyangkut konselor ASI yang belum merata di seluruh Puskesmas. Pelatihan konselor ASI sudah dilakukan sampai dengan tingkat kabupaten, tapi pelatihan konselor ke seluruh Puskesmas tidak ada informasi berapa persen Puskesmas yang sudah mempunyai konselor ASI. Jika Puskesmas sudah ada konselor ASI tidak diketahui berapa persen petugas yang berhasil memberikan konseling kepada Ibu untuk meyakinkan agar melakukan IMD dan menyusui eksklusif.

Kesenjangan lain adalah masih lemahnya pemantauan pelanggaran dan penegakan hukum terhadap penggunaan susu formula dan belum semua tempat kerja menyediakan tempat menyusui sesuai yang diharuskan.

Sesudah bayi berusia 6 bulan, walaupun ketentuannya masih harus menyusui sampai usia 2 tahun, bayi memerlukan makanan pendamping agar pemenuhan gizi untuk tumbuh dapat terpenuhi. WHO/UNICEF dalam ketentuannya mengharuskan bayi usia 6-23 bulan dapat MPASI yang adekuat dengan ketentuan dapat menerima minimal 4 atau lebih dari 7 jenis makanan (sereal/umbi-umbian, kacang-kacangan, produk olahan susu, telur, sumber protein lainnya, sayur dan buah kaya vitamin A, sayur dan buah lainnya-*Minimum Dietary Diversity/MMD*).

Di samping itu, yang diperhatikan juga adalah untuk bayi harus memenuhi ketentuan *Minimum Meal Frequency (MMF)*, yaitu bayi 6-23 bulan yang diberi atau tidak diberi ASI, dan sudah mendapat MP-ASI (makanan lunak/makanan padat, termasuk pemberian susu yang tidak mendapat ASI) harus diberikan dengan frekuensi sebagai berikut:

- a. Untuk bayi yang diberi ASI:
 - Umur 6-8 bulan: 2 x/hari atau lebih;
 - Umur 9-23 bulan: 3 x/hari atau lebih.
- b. Untuk bayi 6-23 bulan yang tidak diberi ASI: 4 x/hari atau lebih.

Lebih lanjut, ketentuan MP-ASI untuk bayi 6-23 bulan, harus memenuhi *Minimum Acceptable Diet (MAD)*, yaitu gabungan dari pemenuhan MMD dan MMF.

Pada kenyataannya kondisi ini tidak terpenuhi, pencapaian indikator pola pemberian makan bayi adekuat berdasarkan standar makanan bayi dan anak (WHO/UNICEF) ternyata masih rendah, hanya 36,6% anak 6-23 bulan yang asupannya mencapai pola konsumsi yang memenuhi diet yang dapat diterima (*minimal acceptable diet/MAD*).

Strategi ke depan terkait dengan pola asuh, maka direkomendasikan beberapa hal antara lain:

1. Melakukan monitoring pasca pelatihan konselor menyusui utamanya di tingkat kecamatan dan desa;
2. Melakukan sanksi terhadap pelanggar PP tentang ASI;
3. Melakukan konseling menyusui kepada pada ibu hamil yang datang ke ante natal care/ANC (4 minggu pertama kehamilan) untuk persiapan menyusui;
4. Meningkatkan kampanye dan komunikasi tentang menyusui;
5. Melakukan konseling dan pelatihan untuk cara penyediaan dan pemberian MP-ASI sesuai standar (MAD).

Ketahanan pangan (*food security*) tingkat rumah tangga adalah aspek penting dalam pencegahan stunting. Isu ketahanan pangan termasuk ketersediaan pangan sampai level rumah tangga, kualitas makanan yang dikonsumsi (*intake*), serta stabilitas dari ketersediaan pangan itu sendiri yang terkait dengan akses penduduk untuk membeli.

Masalah ketahanan pangan tingkat rumah tangga masih tetap menjadi masalah global, dan juga di Indonesia, dan ini sangat terkait dengan kejadian kurang gizi, dengan indikator prevalensi kurus pada semua kelompok umur. Dalam jangka panjang masalah ini akan menjadi penyebab

meningkatnya prevalensi stunting, ada proses gagal tumbuh yang kejadiannya diawali pada kehamilan, sebagai dampak kurangnya asupan gizi sebelum dan selama kehamilan.

Amanat ketahanan pangan di Indonesia adalah dari UU Nomor 18 Tahun 2012 tentang Pangan, dan juga UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Pada Undang-undang Nomor 18 Tahun 2012 tentang Pangan, disebutkan antara lain:

1. Pemerintah dan pemerintah daerah berkewajiban meningkatkan pemenuhan kuantitas dan kualitas konsumsi pangan masyarakat melalui: a) penetapan target pencapaian angka konsumsi pangan per kapita pertahun sesuai dengan angka kecukupan gizi; b) penyediaan pangan yang beragam, bergizi seimbang, aman, dan tidak bertentangan dengan agama, keyakinan, dan budaya masyarakat; dan c). pengembangan pengetahuan dan kemampuan masyarakat dalam pola konsumsi pangan yang beragam, bergizi seimbang, bermutu, dan aman;
2. Pemerintah dan pemerintah daerah berkewajiban mewujudkan penganekaragaman konsumsi pangan untuk memenuhi kebutuhan gizi masyarakat dan mendukung hidup sehat, aktif, dan produktif;
3. Penganekaragaman konsumsi pangan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat dan membudayakan pola konsumsi pangan yang beragam, bergizi seimbang, dan aman serta sesuai dengan potensi dan kearifan lokal;
4. Penganekaragaman konsumsi pangan dilakukan dengan: a) mempromosikan penganekaragaman konsumsi pangan; b) meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat untuk mengonsumsi aneka ragam pangan dengan prinsip gizi seimbang; c) meningkatkan keterampilan dalam pengembangan olahan pangan lokal; dan d) mengembangkan dan mendiseminasikan teknologi tepat guna untuk pengolahan pangan lokal;
5. Pemerintah menetapkan kebijakan di bidang gizi untuk perbaikan status gizi masyarakat. Kebijakan pemerintah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui: a) penetapan persyaratan perbaikan atau pengayaan gizi pangan tertentu yang diedarkan apabila terjadi kekurangan atau penurunan status gizi masyarakat; b) penetapan persyaratan khusus mengenai komposisi pangan untuk meningkatkan kandungan gizi pangan olahan tertentu yang diperdagangkan; c) pemenuhan kebutuhan gizi ibu hamil, ibu menyusui, bayi, balita, dan kelompok rawan gizi lainnya; dan d) peningkatan konsumsi pangan hasil produk ternak, ikan, sayuran, buah-buahan, dan umbi-umbian lokal;
6. Pemerintah dan pemerintah daerah menyusun Rencana Aksi Pangan dan Gizi setiap 5 (lima) tahun.

Pada Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan terkait dengan ketahanan pangan tingkat keluarga, tertulis sebagai berikut:

1. Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat ditujukan untuk peningkatan mutu gizi perseorangan dan masyarakat, melalui antara lain a) perbaikan pola konsumsi makanan, dan b) peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi;
2. Pemerintah bertanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan gizi keluarga miskin dan dalam keadaan darurat;
3. Pemerintah juga bertanggung jawab terhadap pendidikan dan informasi yang benar tentang gizi kepada masyarakat. (Bab VIII, Pasal 142; ayat 3 UU 36/2009).

Dari amanat tersebut masih banyak yang belum terpenuhi, jika memperhatikan fakta yang ada seperti yang sudah diuraikan sebelumnya, seperti terkait masih banyaknya antara lain ibu hamil yang asupannya defisit dari sisi energi dan protein.

Beberapa program yang terekam dari lapangan dan sudah dilaksanakan antara lain: 1) Beras Miskin (Raskin)/Beras Sejahtera (Rastra) (Bulog); 2) Bantuan Pangan Non Tunai (Kementerian Sosial); 3) Program Keluarga Harapan/PKH (Kementerian Sosial); 4) Pemberian Makanan Tambahan/PMT ibu hamil (Kementerian Kesehatan); 5) Bantuan pangan asal sumber lain (Pemda, LSM, dan lain-lain).

Isu kesenjangan antara kebijakan dan implementasi program ketahanan pangan penduduk, adalah:

1. Tidak pernah dilakukan perhitungan kekurangan gizi setiap keluarga miskin yang harus dipenuhi berdasarkan fakta data defisit energi dan protein (seharusnya perhitungan kekurangan gizi setiap keluarga miskin yang harus dipenuhi adalah 500 kkal dan 10 gram protein/kap/hari);
2. Di lapangan banyak sekali program pemberian bantuan pangan atau PMT dari sumber yang tidak standar; dan
3. Belum ada kebijakan yang khusus tentang pemenuhan gizi ibu hamil, ibu menyusui, bayi, balita dan kelompok rawan gizi lainnya.

Strategi ke depan, diharapkan, dapat rekomendasi untuk yang akan datang antara lain:

1. Dapat disusun program yang secara khusus ditujukan untuk memenuhi kebutuhan keluarga miskin meliputi target sasaran termasuk ibu hamil, bentuk jenis makanan harus memenuhi standar gizi, terintegrasi dengan pelayanan kesehatan yang lain; dan
2. Perlu dibuat standar bantuan pangan.

D. Strategi Perbaikan Gizi Masyarakat Masa Lalu yang Perlu Dilakukan Sekarang

Tahun 1980-an ketika perbaikan gizi menjadi perbaikan gizi nasional, yang waktu itu dikenal dengan **Upaya Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK)** – lihat Gambar 11 sudah menekankan pentingnya pemantauan pertumbuhan dengan pesan sederhana

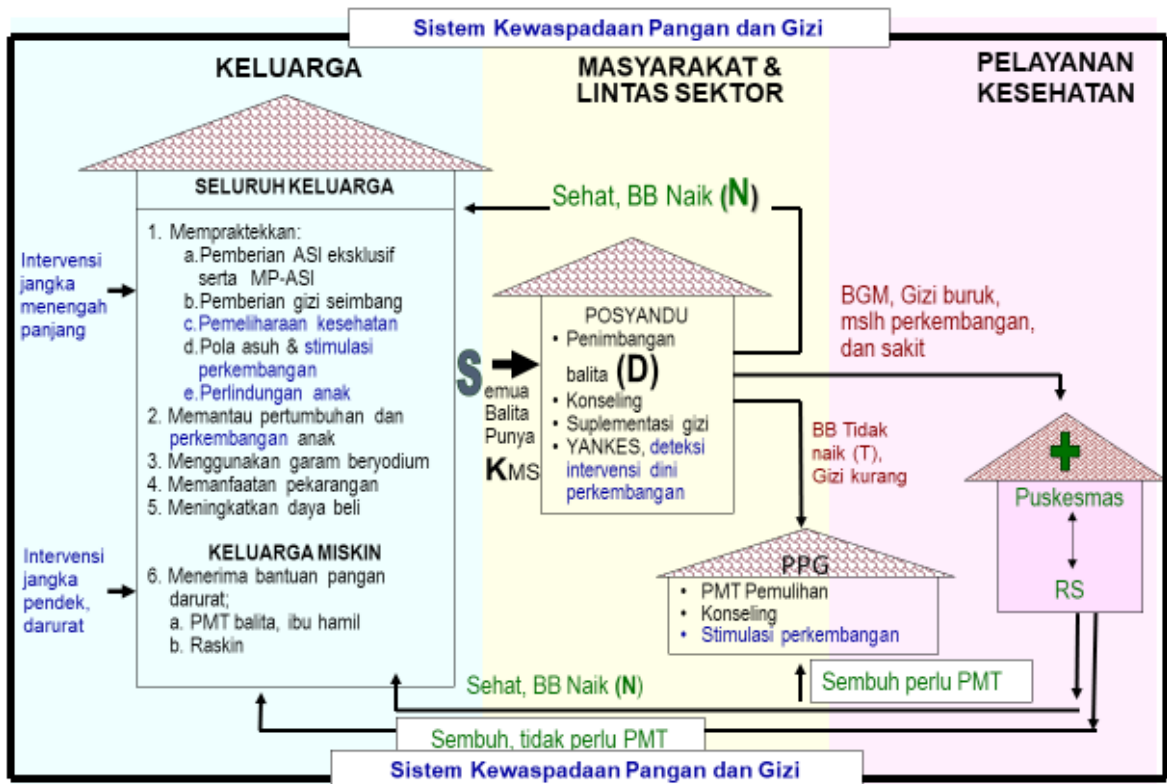
“Anak sehat tambah umur tambah berat”

Sebenarnya sangat sejalan dengan goal SDG's yang antara lain menyebutkan “tidak ada satupun penduduk yang tertinggal”, artinya semuanya harus mendapatkan pelayanan kesehatan dan gizi, yang pada Gambar 11, tertulis “Seluruh Keluarga” perlu mempraktekkan pola asuh dan juga mengangkat tentang ketahanan pangan.

Keberhasilan program perbaikan gizi ini perlu diikuti dengan surveilans (sistem kewaspadaan pangan dan gizi) atau melakukan pemantauan terus menerus disertai dengan kajian serta tindakan yang segera harus dilakukan.

Gambar 11

RUMAH ANAK SEHAT, TAMBAH UMUR TAMBAH BERAT, MENJADI KUAT DAN CERDAS



Sumber: Modifikasi dari Direktorat Gizi Kementerian Kesehatan, 1980

KESIMPULAN

Asupan gizi yang optimal untuk pencegahan stunting dapat dilakukan dengan gerakan nasional percepatan perbaikan gizi yang didasari oleh komitmen negara untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia agar sehat, cerdas dan produktif, yang merupakan aset sangat berharga bagi bangsa dan negara Indonesia. Untuk mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas diperlukan status gizi yang optimal dengan cara melakukan perbaikan gizi secara terus menerus.

Adapun sasaran gerakan nasional ini meliputi : a) masyarakat khususnya remaja, ibu hamil, ibu menyusui, anak di bawah usia dua tahun; b) kader-kader di masyarakat; c) perguruan tinggi; d) pemerintah dan pemerintah daerah; e) media massa; f) dunia usaha; dan f) lembaga swadaya masyarakat dan mitra pembangunan internasional.

Sedangkan kegiatannya dilaksanakan melalui: a) kampanye nasional dan daerah; b) advokasi dan sosialisasi lintas sektor dan lintas lembaga; c) dialog untuk menggalang kerja sama dan kontribusi; d) pelatihan; e) diskusi; e) intervensi kegiatan gizi langsung (spesifik); f) intervensi gizi tidak langsung (sensitif); dan g) kegiatan lain.

Daftar Pustaka

- Kementerian Kesehatan R.I. 2008. Laporan Riskesdas 2007.
- Kementerian Kesehatan R.I. 2010. Laporan Riskesdas 2010.
- BPS. Macro-International. Laporan SDKI 2012.
- BKKBN. 2017. Laporan Sementara SDKI 2017
- Kementerian Kesehatan R.I. 2014. Laporan Riskesdas 2013.
- Kementerian Kesehatan R.I. 2015. Laporan SKMI 2014.
- Kementerian Kesehatan R.I. 2017. Laporan Sirkesnas 2016.
- Undang-Undang No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- Undang-Undang No 18 Tahun 2012 tentang Pangan.
- Kementerian Kesehatan R.I. 2015. Rencana Strategis Kemenkes 2015-2019; Kepmenkes No.HK. 02.02/MENKES/ 52/2015.
- Peraturan Pemerintah No. 33 Tahun 2012 tentang Air Susu Ibu.
- Trihono, dkk. 2015. Pendek (Stunting) di Indonesia, masalah dan solusinya. Lembaga Penerbit Balitbangkes.
- BPS. 2017. Susenas 2016.
- Global Nutrition Report, 2016 dan 2017.
- UNICEF/WHO. 2007. Indicator for assessing Infant and Young Feeding Practices.
- UNICEF/WHO. 2012. Guiding Principle for Complementary Feeding of breast fed child.
- UNICEF. 2012. Programming Guide. Infant and Young Child Feeding, 2012.
- Lancet Series. 2013. Nutrition.
- Bappenas 2013. Pedoman Perencanaan Program Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dalam rangka 1000 Hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1000 HPK), Tahun 2013.
- Bappenas 2013. Kerangka kebijakan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dalam rangka 1000 Hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1000 HPK). Tahun 2013.
- Instruksi Presiden No. 83 Tahun 2017. tentang Kebijakan Strategis Pangan dan Gizi.

03

Investasi Gizi untuk Perbaiki Generasi

Oleh Yuni Zahraini, SKM, MKM
Direktorat Gizi Masyarakat

Kondisi gizi masyarakat yang buruk dapat menghambat pertumbuhan ekonomi sekitar 8% yang secara langsung disebabkan karena kerugian akibat penurunan produktivitas, rendahnya kualitas pendidikan dan pengetahuan yang kurang. Menurut *Global Nutrition Report*, setiap tahunnya 3 juta anak balita di dunia mengalami kekurangan gizi dan secara global kerugian akibat biaya yang perlu dikeluarkan untuk perawatan kesehatan dan kehilangan produktivitas mencapai miliaran dolar. Keadaan tersebut sebetulnya dapat dicegah, melalui berbagai forum ilmiah telah disampaikan berbagai bukti bahwa dengan perbaikan gizi pada seribu hari pertama kehidupan (1000 HPK) mulai kehamilan sampai sampai anak berusia dua tahun, maka dapat membantu jutaan anak untuk tumbuh dan berkembang secara optimal serta memberikan dampak perbaikan ekonomi dalam jangka panjang.

A. Mengapa Perlu Investasi Gizi?



Pada tahun 2012, *The Copenhagen Consensus* menetapkan prioritas yang perlu dilakukan dalam menghadapi 10 tantangan utama dunia. Tantangan tersebut meliputi konflik bersenjata, keanekaragaman hayati, penyakit kronis, perubahan iklim, pendidikan, kelaparan dan malnutrisi, penyakit menular, bencana alam, pertumbuhan populasi, serta air dan sanitasi. Hasil indentifikasi para ekonom dunia melalui konsensus ini menemukan bahwa cara yang dinilai paling cerdas dalam mengalokasikan pendanaan untuk menghadapi tantangan tersebut yaitu melalui investasi untuk perbaikan status gizi. Manfaat yang didapat akan sangat bermakna dalam peningkatan kesehatan, pendidikan, dan produktivitas manusia.

Indonesia saat ini tengah dihadapkan pada “*double burden of malnutrition*” atau masalah gizi ganda dimana pada satu sisi masih harus berupaya keras untuk mengatasi masalah kekurangan gizi salah satunya stunting, sementara di sisi lain masalah kelebihan gizi mulai merangkak naik yang berujung pada peningkatan kasus penyakit tidak menular (PTM) pada kelompok dewasa. Berinvestasi melalui pemenuhan gizi mutlak diperlukan sebagai bagian dari rumusan perencanaan pembangunan sebuah negara. Mendapat asupan gizi yang cukup adalah hak asasi yang selayaknya didapatkan oleh setiap individu. Gizi yang cukup dapat menunjang lebih optimal pertumbuhan dan perkembangan sejak janin hingga tahapan kehidupan selanjutnya. Pada jangka panjang pemenuhan kebutuhan gizi dapat memperbaiki kualitas generasi selanjutnya, dimana secara tidak langsung akan meningkatkan manfaat ekonomi yang signifikan melalui perbaikan kualitas sumber daya manusia.

Investasi untuk perbaikan gizi dapat membantu memutus lingkaran kemiskinan dan meningkatkan Produk Domestik Bruto (PDB) negara hingga 3% per tahun. Investasi \$1 pada gizi dapat menghasilkan kembalinya \$30 dalam peningkatan kesehatan, pendidikan dan produktivitas ekonomi. Melalui hasil analisis yang dilaporkan dalam *Global Nutrition Report 2014*, disebutkan juga lebih jelas bahwa setiap investasi 1 USD di Indonesia untuk menurunkan stunting melalui intervensi spesifik dengan cakupan minimal 90%, akan memberikan manfaat sebesar 48 kalinya (48 USD).

B. Bagaimana Berinvestasi dengan Bidang Gizi?

The Lancet Series tahun 2013 tentang Gizi Ibu dan Anak menekankan bahwa intervensi gizi sensitif pada bidang pertanian, kesejahteraan sosial, perkembangan anak usia dini, dan pendidikan di sekolah secara tidak langsung menjadi faktor penentu status gizi. Status gizi seseorang tercermin dari berbagai determinan yang saling mempengaruhi dalam rentang waktu tertentu baik bersifat akut dalam jangka pendek maupun jangka panjang atau kronis. Melalui peningkatan status gizi, dapat terbangun sumber daya manusia berkualitas diikuti dengan pertumbuhan ekonomi yang lebih baik. Dampak ini hanya bisa terjadi bila semua sektor bekerjasama mengatasi masalah di bidangnya, sebagaimana berikut:

Gambar 1. Kerangka Konsep Malnutrisi



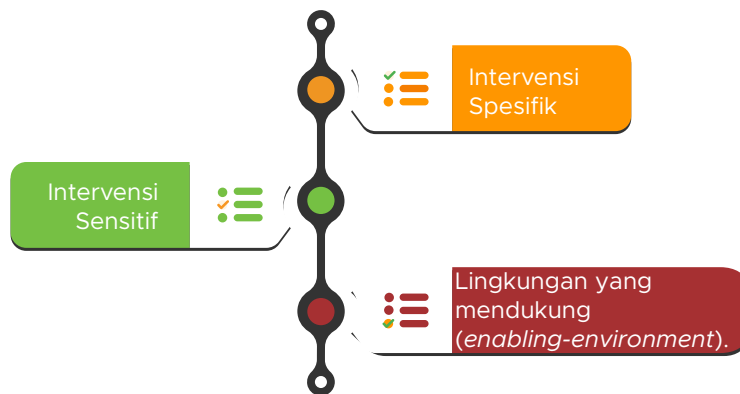
Sumber: UNICEF *Conceptual Framework of Malnutrition (adapted)*

Menurut
JOHN HODDINOTT,
DKK dari
**INTERNATIONAL
FOOD POLICY
RESEARCH
INSTITUTE**

Dengan hanya 100 USD per anak yang dialokasikan untuk intervensi gizi melalui penyediaan zat gizi mikro, makanan pendamping, perawatan kecacingan dan diare, dan program perubahan perilaku, dapat mengurangi masalah kurang gizi kronis hingga 36% di negara berkembang. Penelitian yang dilakukan oleh Peter Orazem dari Iowa State University juga menunjukkan manfaat pendidikan dari investasi ini, mengingat masalah kekurangan gizi juga berdampak pada hambatan anak untuk menerima pelajaran.

Sejak tahun 2010 upaya perbaikan gizi di dunia dikembangkan dalam bentuk gerakan gizi internasional yang dikenal sebagai gerakan *Scaling Up Nutrition* (SUN) sebagai respon negara-negara di dunia terhadap kondisi status gizi di sebagian besar negara berkembang dan akibat kemajuan yang tidak merata dalam pencapaian MDGs khususnya pada Tujuan 1 C yaitu menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk yang menderita kelaparan dalam kurun waktu 1990-2015. Sasaran yang ingin dicapai pada akhir tahun 2025 disepakati adalah: 1) Menurunkan proporsi anak balita yang stunting sebesar 40 persen; 2) Menurunkan proporsi anak balita yang menderita kurus (*wasting*) kurang dari 5 persen; 3) Menurunkan anak yang lahir berat badan rendah sebesar 30 persen; 4) Tidak ada kenaikan proporsi anak yang mengalami gizi lebih; 5) Menurunkan proporsi ibu usia subur yang menderita anemia sebanyak 50 persen; 6) Meningkatkan persentase ibu yang memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan paling kurang 50 persen.

Investasi gizi yang terbukti secara bermakna dapat meningkatkan status gizi terbagi menjadi 3 (tiga) area besar yaitu



Intervensi Gizi Spesifik

Intervensi gizi spesifik lebih ditujukan pada upaya menangani penyebab langsung masalah gizi (asupan makan dan penyakit infeksi) dan berada dalam lingkup kebijakan kesehatan. Melalui intervensi spesifik, sekitar 15% kematian anak balita dapat dikurangi bila intervensi berbasis bukti tersebut dapat ditingkatkan hingga cakupannya mencapai 90%, termasuk stunting yang dapat diturunkan sekitar 20,3% serta mengurangi prevalensi sangat kurus 61,4%. Selebihnya membutuhkan peran dari intervensi sensitif (sekitar 80%).

Intervensi Gizi Sensitif

Intervensi gizi sensitif ditujukan untuk mengatasi penyebab tidak langsung yang mendasari terjadinya masalah gizi (ketahanan pangan, akses pelayanan kesehatan, kesehatan lingkungan, serta pola asuh) dan terkait dengan kebijakan yang lebih luas tidak terbatas bidang kesehatan saja tetapi juga pertanian, pendidikan, hygiene air dan sanitasi, perlindungan sosial, dan pemberdayaan perempuan. Program dan kebijakan gizi sensitif ini memiliki kontribusi yang cukup besar untuk mendukung pencapaian target perbaikan gizi meskipun secara tidak langsung.

Lingkungan yang mendukung (enabling-environment)

Area investasi ketiga yaitu lingkungan yang mendukung, ditujukan untuk faktor-faktor mendasar yang berhubungan dengan status gizi seperti pemerintahan, pendapatan, dan kesetaraan. Investasi ini dapat berbentuk undang-undang, peraturan, kebijakan, investasi untuk pertumbuhan ekonomi, dan peningkatan kapasitas pemerintahan. Sebagian besar investasi yang menasar pada penyebab tidak langsung dan akar masalah gizi bukanlah hal yang langsung berkaitan dengan masalah gizi – dengan kata lain kegiatan yang dilakukan tidak secara eksplisit ditujukan untuk tujuan penanggulangan masalah gizi – namun intervensi ini dapat menjadi bagian penting dari perbaikan gizi.

Dengan memadukan ketiga hal tersebut dalam skala besar, sesuai kebutuhan, kapasitas, dan kesempatan politis dalam setiap konteks, maka diharapkan keberhasilan berupa peningkatan status gizi dapat tercapai.

Menurut
**DIREKTUR
COPENHAGEN
CONSENSUS
CENTER (BJØRN
LOMBORG)**

prioritas khusus perlu diberikan kepada bidang pertanian. Secara global, dengan 2 miliar dollar per tahun untuk meningkatkan produksi pangan, dapat menghasilkan pengembalian lebih dari 1.600%. Tidak hanya mengurangi kelaparan, dengan kualitas pangan yang baik maka dapat meningkatkan asupan gizi anak sehingga kualitas belajar turut meningkat. Dengan pendidikan yang lebih baik maka saat bekerja bayaran yang diterima lebih tinggi hingga mampu memutus rantai kemiskinan. Pada saat yang sama, dengan peningkatan produktivitas pertanian maka pembabatan hutan menjadi berkurang dan ini berdampak positif pada terjaganya keanekaragaman hayati serta keseimbangan iklim dunia.

Selanjutnya menurut konsensus ini, dengan mempertimbangkan keterbatasan anggaran yang ada, terdapat 16 prioritas investasi lainnya untuk pemenuhan gizi secara langsung (spesifik) maupun tidak langsung (sensitif) di antaranya :

1. Intervensi paket lengkap dengan gizi mikro untuk menanggulangi kelaparan dan peningkatan pendidikan.
2. Subsidi paket penanggulangan malaria.
3. Meningkatkan cakupan imunisasi anak.
4. Pemberian obat cacing pada anak sekolah untuk peningkatan kualitas kesehatan dan pendidikan.
5. Pengobatan Tuberkulosis.
6. Penelitian dan pengembangan untuk peningkatan produksi pangan, mengurangi kelaparan, mempertahankan keanekaragaman hayati, mengurangi efek perubahan iklim.
7. Investasi pada sistem peringatan dini yang efektif untuk perlindungan dari bencana alam.
8. Peningkatan kapasitas dalam bidang pembedahan.
9. Imunisasi Hepatitis B.
10. Penggunaan obat generik pada kasus serangan jantung akut di negara miskin (telah diberlakukan lebih dulu di negara maju).
11. Kampanye mengurangi garam untuk menurunkan kejadian penyakit kronis.
12. Penelitian dan pengembangan *Geo-Engineering* untuk manajemen radiasi yang lebih baik.
13. Bantuan tunai bersyarat dengan penilaian kehadiran sekolah.
14. Penelitian dan pengembangan akselerasi vaksin HIV.
15. Memperluas uji coba lapangan terhadap kampanye manfaat pendidikan.
16. Intervensi sumur gali dan pompa tangan.

Investasi gizi di Indonesia diperkuat dengan

**Peraturan Presiden Nomor 42
Tahun 2013**

tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dengan fokus pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yang mengedepankan upaya bersama antara pemerintah dan masyarakat melalui penggalangan partisipasi dan kepedulian pemangku kepentingan secara terencana dan terkoordinasi untuk percepatan perbaikan gizi masyarakat.

C. Investasi Gizi di Indonesia

Upaya peningkatan efektivitas dari berbagai inisiatif dan program/kegiatan yang sudah ada melalui dukungan dari kepemimpinan nasional, penetapan prioritas, dan harmonisasi program ini membutuhkan koordinasi dan dukungan teknis, advokasi tingkat tinggi, serta kemitraan lintas sektoral untuk mempercepat sasaran perbaikan gizi masyarakat yang diharapkan dengan fokus perbaikan gizi pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK).

Pembuat kebijakan dan pelaksana program lintas sektor memiliki kekuatan untuk memperbaiki masa depan melalui pengembangan intervensi gizi sensitif yang

berdampak pada optimalisasi gizi individu dan negara. Mulai berinvestasi sesegera mungkin dapat menghasilkan sumber daya manusia yang lebih baik, memutus lingkaran kemiskinan, dan meningkatkan pembangunan ekonomi. Kuncinya adalah bersinergi untuk memutus siklus masalah gizi demi perbaikan generasi masa mendatang. Mengingat peluang yang sangat luas untuk upaya perbaikan SDM dengan dampak trans-generasi, saat ini Indonesia semakin memperkuat koordinasi dari berbagai sisi.

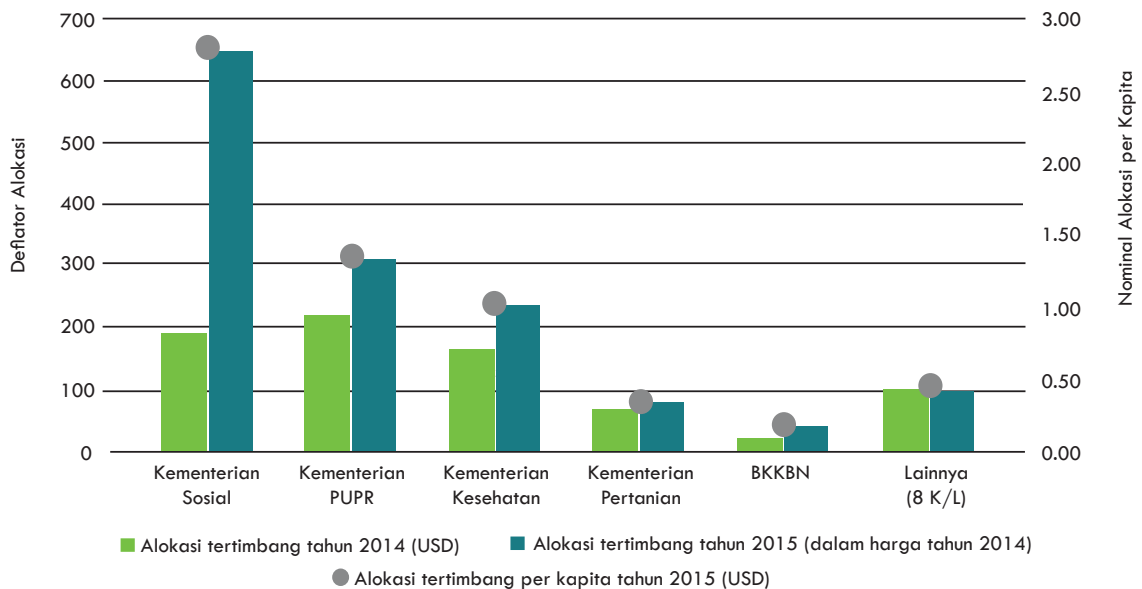
Pada tahun 2016 telah dilakukan identifikasi terhadap 56 program terkait gizi termasuk 14 macam program baru, dan 43 dari 46 program terkait gizi yang telah teridentifikasi pada tahun 2015 di Indonesia. Program-program tersebut berasal dari 13 kementerian/lembaga yang telah mengalokasikan 5,29 per kapita di tahun 2015 (estimasi dalam dollar, dengan pembobotan).

Tabel 1. Alokasi Tertimbang Intervensi Gizi Tahun 2014-2015

	Alokasi tertimbang tahun 2014		Alokasi tertimbang tahun 2015	
	Jumlah (USD)	per Kapita USD	Jumlah (USD)	per Kapita USD
Gizi Spesifik	126.686.991	0,50	173.296.223	0,68
Gizi Sensitif	666.069.042	2,61	1.179.058.989	4,62
Total	792.756.033	3,10	1.352.355.212	5,29

Sumber: *Budget Analysis for Nutrition, The Sun Movement, 2015*

Gambar 2. Gambaran Tren Alokasi terkait Gizi di Kementerian dan Lembaga Tahun 2014-2015



Sumber: *Budget Analysis for Nutrition, The Sun Movement, 2015*

Tabel 2. Jumlah Program dengan Alokasi terkait Intervensi Gizi di Kementerian dan Lembaga Tahun 2014-2015

Kementerian/ Lembaga	Jumlah Program dengan Alokasi (2014)	Jumlah Program dengan Alokasi (2015)	Perubahan dari 2014 ke 2015 (%)
Kementerian Sosial	2	3	235%
Kementerian PUPR	2	2	36%
Kementerian Kesehatan	10	11	43%
Kementerian Pertanian	10	10	8%
BKKBN	7	7	42%
Lainnya (8K/L)	18	23	-9%

Sumber: *Budget Analysis for Nutrition, The Sun Movement, 2015*

Dari hasil identifikasi yang telah dilakukan, Indonesia masih membutuhkan investasi untuk perbaikan gizi yang lebih besar terutama pada intervensi spesifik. Komitmen terhadap perbaikan gizi juga masih perlu ditingkatkan dalam bentuk alokasi dana di berbagai sektor. Untuk mendapatkan dampak yang lebih signifikan, perlu lebih diperjelas penerima manfaat langsung maupun tidak langsung dari alokasi yang dianggarkan. Analisis biaya dapat dilakukan untuk berbagai tujuan, mulai dari advokasi perencanaan multi sektoral sampai penganggaran dan pembiayaan terkait gizi.

KESIMPULAN

Pencapaian target penurunan stunting pada anak-anak dan anemia pada wanita, serta meningkatkan cakupan pemberian ASI Eksklusif diketahui dapat menjadi salah satu bentuk investasi gizi yang sangat menguntungkan apabila dilakukan secara terus-menerus selama sepuluh tahun ke depan. Investasi yang dilakukan dapat menyelamatkan 3.7 juta nyawa anak di dunia, mengurangi 65 juta anak stunting, dan 265 juta wanita anemia (dibandingkan dengan *baseline* data dunia tahun 2015). Kombinasi antara perbaikan kesehatan dan upaya pengentasan kemiskinan dinilai mampu menyelamatkan sekitar 2,2 juta jiwa dan menurunkan sekitar 50 juta kasus stunting pada tahun 2025.

Untuk membangun lingkungan yang mendukung optimalisasi investasi gizi, diperlukan lingkungan yang mendukung melalui penguatan dalam aspek ilmu pengetahuan dan hasil-hasil penelitian, pemerintah dan politik, serta kapasitas dan sumber daya.

Investasi melalui penguatan di masing-masing program perlu memperhatikan penguatan dari sisi tujuan, desain/perencanaan, dan implementasinya; peningkatan target, jangka waktu untuk penerapan intervensi; menyusun kegiatan berdasarkan kebutuhan program serta mempertimbangkan penerima manfaat.

Daftar Pustaka

Actions and Accountability to Accelerate The World's Progress on Nutrition, Global Nutrition Report. 2014.

Budget Analysis for Nutrition, A Guidance Note For Countries, Scaling Up Nutrition. 2017
Investigating Nutrition In National Budgets, Budget Analysis for Nutrition – by The SUN Movement, for The SUN Movement. 2015.

Multi-sectoral Approaches to Nutrition, Nutrition-specific and Nutrition-sensitive Interventions to Accelerate Progress. UNICEF.

Nobel Laurates : More Should Be Spent on Hunger, Health. Copenhagen Consensus 2012.

Shekar M, et al. Investing in Nutrition, The Foundation for Development. An Investment Framework ToReach The Global Nutrition Targets. Scaling Up Nutrition.

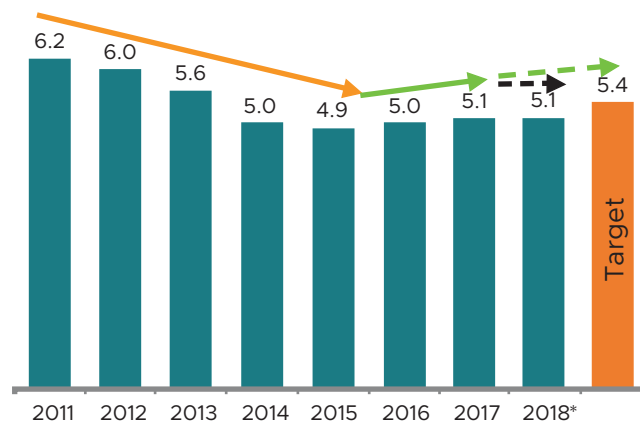
04

Pencegahan Stunting dan Pembangunan Sumber Daya Manusia

Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat dan Sekretariat
Percepatan Perbaikan Gizi - Bappenas

Pemerataan pembangunan dan pertumbuhan ekonomi Indonesia terus menunjukkan adanya peningkatan yang positif selama beberapa tahun terakhir (Badan Pusat Statistik, 2018). Pertumbuhan ekonomi yang baik dapat dilihat dari peningkatan investasi di dalam negeri dan ekspor, penurunan jumlah dan persentase penduduk miskin, serta penurunan tingkat pengangguran terbuka. *Human Capital Report* pada tahun 2017 melaporkan bahwa posisi daya saing Sumber Daya Manusia (SDM) Indonesia berada pada peringkat 65 dari 130 negara, meningkat dari posisi 72 dari 130 pada tahun 2016. Hal ini sejalan dengan temuan dari berbagai penelitian yang menunjukkan adanya korelasi positif antara pertumbuhan ekonomi dengan kualitas SDM. Peningkatan kualitas SDM harus dimulai sejak dini. Studi menunjukkan bahwa investasi pada awal kehidupan erat kaitannya dengan kualitas SDM yang lebih tinggi di masa yang akan datang (Heckman, 2008).

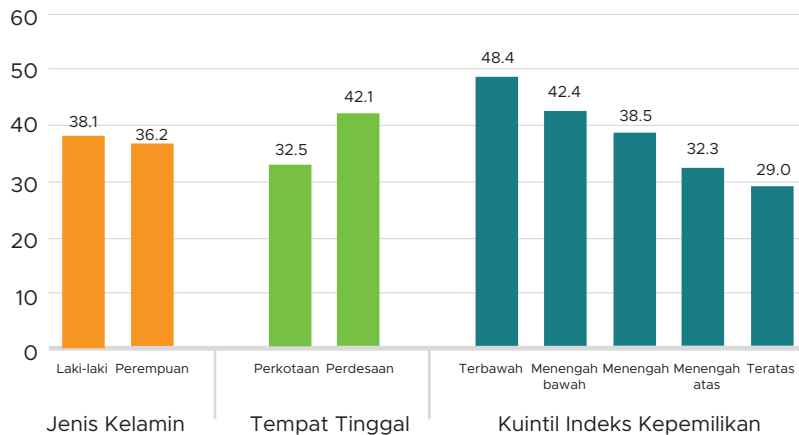
Gambar 1. Pertumbuhan Ekonomi Tahun 2011-2018



Sumber: Badan Pusat Statistik, 2018

Namun demikian, pencapaian Indonesia dalam meningkatkan pertumbuhan ekonomi dan pemerataan pembangunan belum diikuti dengan peningkatan status kesehatan terutama pada balita, ibu hamil, dan remaja putri. Masalah gizi seperti gizi buruk dan stunting masih menjadi persoalan besar yang perlu diatasi segera. Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat kekurangan gizi kronis terutama dalam 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 menunjukkan bahwa satu dari tiga anak balita di Indonesia mengalami masalah stunting. Permasalahan gizi ini terjadi di hampir seluruh wilayah Indonesia dan tidak hanya terjadi pada kelompok penduduk miskin tetapi juga pada kelompok kaya.

Gambar 2. Prevalensi Stunting pada Balita menurut Karakteristik

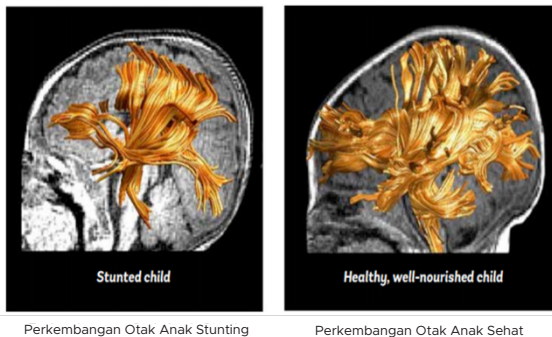


Sumber: Riset Kesehatan Dasar, 2013

Stunting memiliki dampak yang besar terhadap tumbuh kembang anak dan juga perekonomian Indonesia di masa yang akan datang. Dampak stunting terhadap kesehatan dan tumbuh kembang anak sangat merugikan. Stunting dapat mengakibatkan gangguan tumbuh kembang anak terutama pada anak berusia di bawah dua tahun. Anak-anak yang mengalami stunting pada umumnya akan mengalami hambatan dalam perkembangan kognitif dan motoriknya yang akan mempengaruhi produktivitasnya saat dewasa. Selain itu, anak stunting juga memiliki risiko yang lebih besar untuk menderita penyakit tidak menular seperti diabetes, obesitas, dan

penyakit jantung pada saat dewasa. Secara ekonomi, hal tersebut tentunya akan menjadi beban bagi negara terutama akibat meningkatnya pembiayaan kesehatan. Potensi kerugian ekonomi yang diakibatkan oleh stunting sangat besar. Laporan *World Bank* pada tahun 2016 menjelaskan bahwa potensi kerugian ekonomi akibat stunting mencapai 2-3% Produk Domestik Bruto (PDB). Dengan demikian, apabila PDB Indonesia sebesar Rp 13.000 triliun, maka potensi kerugian ekonomi yang mungkin dialami adalah sebesar Rp260-390 triliun per tahun. Di beberapa negara di Afrika dan Asia potensi kerugian akibat stunting bahkan lebih tinggi lagi bisa mencapai 11% .

Gambar 3. Perbandingan Perkembangan Otak Anak Stunting dan Sehat



Sumber: World Bank, 2017

Gambar 4. Potensi Kerugian Negara secara Ekonomi Akibat Masalah Gizi



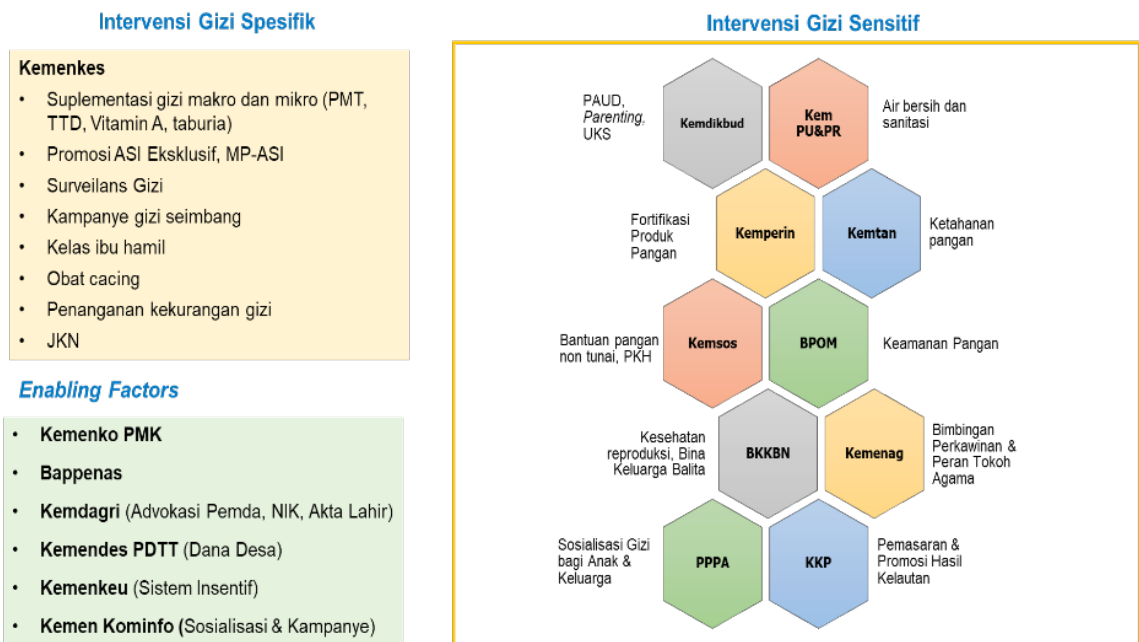
sumber: World Bank, 2016

Permasalahan kekurangan gizi pada anak erat kaitannya dengan tingkat pendapatan keluarga. Keluarga dengan tingkat pendapatan yang rendah pada umumnya memiliki masalah dalam hal akses terhadap bahan makanan terkait dengan daya beli yang rendah. Selain pendapatan, kerawanan pangan di tingkat rumah tangga juga sangat dipengaruhi oleh inflasi harga pangan. Faktor penting lain yang mempengaruhi terjadinya masalah kekurangan gizi pada

anak balita adalah buruknya pola asuh terutama pemberian ASI eksklusif akibat rendahnya tingkat pengetahuan orang tua, buruknya kondisi lingkungan seperti akses sanitasi dan air bersih, rendahnya akses pada pelayanan kesehatan. Melihat faktor penyebab permasalahan stunting yang multi dimensi, penanganan masalah gizi harus dilakukan dengan pendekatan multi sektor yang terintegrasi.

Dalam mengatasi permasalahan gizi, pemerintah telah menetapkan Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 yang mengatur mengenai Pelaksanaan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi. Peta Jalan Percepatan Perbaikan Gizi terdiri dari empat komponen utama yang meliputi advokasi, penguatan lintas sektor, pengembangan program spesifik dan sensitif, serta pengembangan pangkalan data. Intervensi gizi baik yang bersifat langsung (spesifik) dan tidak langsung (sensitif) perlu dilakukan secara bersama-sama oleh kementerian/lembaga serta pemangku kepentingan lainnya. Penanganan stunting tidak bisa dilakukan sendiri-sendiri (*scattered*) karena tidak akan memiliki dampak yang signifikan. Upaya pencegahan stunting harus dilakukan secara terintegrasi dan konvergen dengan pendekatan multi sektor. Untuk itu, pemerintah harus memastikan bahwa seluruh kementerian/lembaga serta mitra pembangunan, akademisi, organisasi profesi, organisasi masyarakat madani, perusahaan swasta, dan media dapat bekerjasama bahu-membahu dalam upaya percepatan pencegahan stunting di Indonesia. Tidak hanya di tingkat pusat, integrasi dan konvergensi upaya pencegahan stunting juga harus terjadi di tingkat daerah sampai dengan tingkat desa.

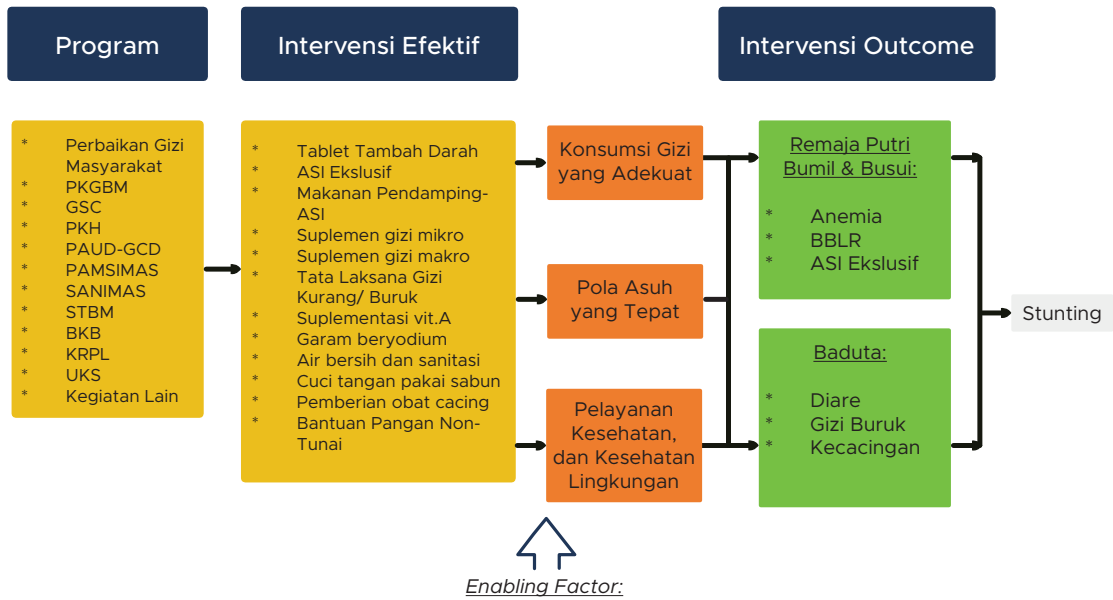
Gambar 5. Pendekatan Multisektor dan Intervensi Terintegrasi dalam Strategi



sumber: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Bappenas, 2018

Upaya pencegahan stunting yang konvergen dan terintegrasi perlu segera dilakukan. Sejak akhir tahun 2017, Kementerian PPN/Bappenas telah meluncurkan “Intervensi Pencegahan Stunting Terintegrasi” sebagai upaya komprehensif dengan pendekatan multi sektor. Upaya ini mencakup intervensi multi sektor yang cukup luas mulai dari akses makanan, layanan kesehatan dasar termasuk akses air bersih dan sanitasi, serta pola pengasuhan. Hal ini menegaskan kembali bahwa permasalahan stunting bukanlah semata-mata masalah sektor kesehatan tetapi melibatkan faktor-faktor lain di luar kesehatan. Sebagai langkah awal, pada tahun 2018 sebanyak 100 kabupaten/kota dan 1000 desa telah terpilih sebagai fokus area intervensi. Selanjutnya, untuk tahun 2019, 60 kabupaten/kota dan 600 desa telah ditambahkan sebagai area fokus intervensi pencegahan stunting terintegrasi.

Gambar 6. Kerangka Konseptual Intervensi Pencegahan Stunting Terintegrasi



Advokasi, JKN, NIK, Akta Kelahiran, Dana Desa, Dana Insentif, Keamanan, dan Ketahanan Pangan

Sumber: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Bappenas, 2018

Upaya pencegahan masalah gizi termasuk stunting juga menjadi bagian dari pelaksanaan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB) khususnya Tujuan 2 Tanpa Kelaparan. Pelaksanaan TPB menekankan pada prinsip *no one left behind* sebagai bagian dari hak asasi manusia untuk menjamin tidak terjadinya diskriminasi dan secara spesifik memberikan perhatian khusus kepada kelompok masyarakat rentan atau miskin. Pada tahun 2017, Presiden Republik Indonesia telah menandatangani Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2017 tentang Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan. Pada tanggal 5 Juni 2018, telah diluncurkan Rencana Aksi Nasional TPB 2017-2019 yang merupakan panduan bagi kementerian/lembaga, pemerintah daerah, dan pemangku kepentingan lainnya dalam melaksanakan upaya pencapaian target TPB termasuk di dalamnya Tujuan 2 untuk menghilangkan kelaparan, mencapai ketahanan pangan dan gizi yang baik, serta meningkatkan pertanian berkelanjutan.

Gambar 7. Lembar Fakta Tujuan 2 Tujuan Pembangunan Berkelanjutan



Sumber: Sekretariat SDGs Indonesia (sdgsindonesia.or.id)

Tantangan utama dalam pelaksanaan intervensi pencegahan stunting terintegrasi adalah membangun komitmen dan dukungan yang berkelanjutan dari pimpinan tertinggi dalam memprioritaskan pembangunan gizi di Indonesia. Tantangan selanjutnya adalah memastikan intervensi pencegahan stunting dapat dilaksanakan secara terintegrasi dan konvergen dengan pendekatan multisektor sampai ke tingkat daerah. Oleh karena itu, advokasi dan koordinasi harus terus dilakukan baik di tingkat pusat maupun daerah untuk meningkatkan komitmen dan menyamakan persepsi terhadap tujuan pelaksanaan kegiatan percepatan pencegahan stunting. Upaya pencegahan stunting juga harus dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan berbasis hasil, pemberdayaan masyarakat, dan perubahan perilaku. Selain itu, pelaksanaan upaya percepatan pencegahan stunting juga perlu didukung dengan sistem monitoring dan evaluasi yang efektif dan berkesinambungan. Saat ini, Kementerian PPN/Bappenas sedang mengembangkan kerangka rencana monitoring dan evaluasi untuk intervensi pencegahan stunting terintegrasi. Pengembangan sistem monitoring terpadu dan berbasis teknologi sangat diperlukan untuk memantau perkembangan pencapaian pelaksanaan intervensi dan tantangan yang mungkin terjadi agar dapat ditangani dalam waktu cepat.

Upaya pencegahan stunting merupakan prioritas nasional pemerintah Indonesia. Program prioritas dalam pencegahan stunting meliputi percepatan pengurangan kemiskinan, peningkatan pelayanan kesehatan dan gizi masyarakat, pemerataan layanan pendidikan berkualitas, peningkatan akses terhadap perumahan dan pemukiman layak, serta peningkatan tata kelola layanan dasar. Pencegahan stunting juga merupakan upaya untuk dapat memanfaatkan bonus demografi berdasarkan proyeksi penduduk pada tahun 2035. Saat ini masih banyak ditemukan anak balita Indonesia yang mengalami stunting maka lima belas tahun kedepan, bangsa Indonesia akan memiliki SDM yang tidak produktif dan bonus demografi tidak dapat dimanfaatkan dengan optimal. Oleh karena itu, pencegahan stunting harus dilaksanakan dengan sungguh-sungguh. Investasi pencegahan stunting perlu dilakukan sejak dini untuk memastikan SDM Indonesia di masa yang akan datang berkualitas dan memiliki daya saing yang tinggi.

Daftar Pustaka

- Badan Pusat Statistik. 2018. Laporan Bulanan Data Sosial Ekonomi Juli 2018. Diunduh dari <https://www.bps.go.id/publication/2018/07/06/7e2c4030c4b8386bfecf962d/laporan-bulanan-data-sosial-ekonomi-juli-2018.html>.
- Biro Pusat Statistik. 2013. Proyeksi Penduduk Indonesia 2010-2035. Diunduh dari: https://www.bappenas.go.id/files/5413/9148/4109/Proyeksi_Penduduk_Indonesia_2010-2035.pdf.
- Heckman, J. J. 2008. Schools, Skills, and Synapses. *Economic Inquiry*, 46: 289-324. doi:10.1111/j.1465-7295.2008.00163.x.
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- The World Bank. 2016. Reaching the Global Target to Reduce Stunting: How Much Will it Cost and How Can We Pay for it?. In *The Economics of Human Challenges*, ed B. Lomborg. Cambridge, U.K: Cambridge University Press.
- The World Bank. Reaching the Global Target to Reduce Stunting: How Much Will it Cost and How Can We Pay for it?. In *The Economics of Human Challenges*, ed B. Lomborg. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press. 2016.
- World Economic Forum. 2017. *The Global Human Capital Report 2017, Preparing People for the Future of Work*.
- World Economic Forum, *The Global Human Capital Report 2017, Preparing People for the Future of Work*.

1.000 Desa Prioritas Stunting Tahun 2018

Dalam rangka percepatan penurunan angka stunting, pemerintah menetapkan 1.000 desa prioritas intervensi stunting yang berada di 100 kabupaten/kota dan 34 provinsi. Penetapan 100 kabupaten/kota prioritas ditentukan dengan melihat indikator jumlah balita stunting (Riskesmas 2013), prevalensi stunting (Riskesmas 2013), dan tingkat kemiskinan (Susenas 2013) hingga terpilih minimal 1 kabupaten/kota dari seluruh provinsi.

Sedangkan untuk pemilihan desa, ditentukan dengan melihat jumlah penduduk desa (data BPS dan Kemendagri tahun 2015), jumlah penduduk miskin desa (basis data terpadu BPS/TNP2K), tingkat kemiskinan desa (hasil perhitungan tingkat kemiskinan tahun 2014), dan penderita gizi buruk di desa selama 3 tahun terakhir. Dari perhitungan ini dipilih 10 desa di setiap kabupaten/kota kecuali Kepulauan Seribu (diambil seluruh desa yaitu 6 desa) dan sisa 4 desa dialokasikan ke Kabupaten Timor Tengah Selatan, Alor, Lembata, dan Tambrau masing-masing 1 desa.

Daftar 1.000 desa prioritas stunting tahun 2018 adalah sebagai berikut:

Provinsi	Kabupaten/Kota	Desa	Provinsi	Kabupaten/Kota	Desa	
Aceh	Aceh Tengah	Linge	Sumatera Utara	Padang Lawas	Pasar Ipuh	
		Owaq			Taringgonan	
		Ise-Ise			Binabo Jae	
		Pegasing			Bonan Dolok	
		Pantan Reduk			Pasir Julu	
		Simpang Juli			Paran Julu	
		Pantan Jerik			Lolomboli	
		Melala			Esiwa	
		Uning Berawang Ramung			Sisobahili	
		Tirmi Ara			Bitaya	
	Pidie	Ara		Anaoma		
		Nien		Fulolo		
		Teungoh Mangki		Ononamolo Tumula		
		Ulee Gunong		Ombolata		
		Peunadok		Hili Hao		
		Mns. Panah		Hilimbaruzo		
		Panton Beunot		Madolaoli		
		CampI Usi		Onozitoli Oloro		
		Mesjid Usi		Saewe		
		Balee Ujong Rimba		Lasara Sowu		
Sumatera Utara	Langkat	Sematar	Kota Gunungsit	Siwalubanua I		
		Kebun Kelapa		Hiliweto Idanoi		
		Secanggang		Hilimbowo Idanoi		
		Pematang Serai		Tuhegeo li		
		Padang Tualang		Simpang Tonang		
		Paluh Manis		Cubadak		
		Securai Utara		Malampah		
		Securai Selatan		Ladang Panjang		
		Sungai Meran		Binjai		
		Perlis		Muaro Sei Lolo		
	Padang Lawas	Janji Matogu Ur	Koto Rajo			
		Sisalean	Aia Bangih			
		Sigading	Ujuang Gadiang			
		H Dolok Latong	Kajai			
		Sumatera Barat	Pasaman	Pasaman Barat	Pasaman Barat	Kajai

Provinsi	Kabupaten/Kota	Desa
Sumatera Barat	Pasaman Barat	Talu
		Sinuruik
		Katiagan
		Rabi Jongor
		Batahan
		Parik
		Sungai Aua
Riau	Rokan Hulu	Menaming
		Suka Maju
		Tambusai Timur
		Kepenuhan Hilir
		Ulak Patian
		Rambah Samo
		Marga Mulya
		Teluk Aur
		Bangun Purba Barat
		Kepayang
Jambi	Kerinci	Sanggaran Agung
		Tebing Tinggi
		Talang Kemulun
		Hiang Sakti
		Koto Sekilan Ambai
		Pulau Tengah
		Koto Tengah
		Sanggaran Agung
		Tebing Tinggi
		Talang Kemulun
		Hiang Sakti
		Koto Sekilan Ambai
		Pulau Tengah
Koto Tengah		
Sumatera Selatan	Ogan Komering Ilir	Tanjung Merindu
		Sukarami
		Tanjung Beringin
		Jambu Ilir
		Suka Damai
		Menggeris
		Tanjung Sari
		Benawa
		Sugih Waras
		Muara Telang
Bengkulu	Kaur	Padang Tinggi
		Pengubaian
		Tanjung Betuah
		Air Batang
		Mentiring li
		Tuguk
		Cucupan
		Babat
		Datar Lebar li
Talang Jawi li		
Lampung	Lampung Selatan	Pancasila

Provinsi	Kabupaten/Kota	Desa	
Lampung	Lampung Selatan	Tajimalela	
		Taman Agung	
		Banjarmasin	
		Bangun Rejo	
		Kemukus	
		Batu Balak	
		Way Gelam	
		Karya Mulya Sari	
		Mekar Sari	
	Lampung Tengah	Buyut Udik	
		Mataram Ilir	
		Gunung Batin Udik	
		Tulung Kakan	
		Mataram Udik	
		Riau Periangen	
		Tanjung Rejo	
		Cabang	
		Gedung Ratu	
		Bandar Putih Tua	
	Lampung Timur	Negara Nabung	
		Surabaya Udik	
		Sukadana Timur	
		Negeri Tua	
		Negeri Jemanten	
		Ngesti Karya	
		Tri Tunggal	
		Tanjung Wangi	
		Gunung Raya	
	Kepulauan Bangka Belitung	Bangka Barat	Peradong
			Air Nyatoh
			Berang
			Simpang Tiga
Ibul			
Pangek			
Tumbak Petar			
Rukam			
Tuik			
Tugang			
Kepulauan Riau	Natuna	Batubi Jaya	
		Gunung Putri	
		Mekar Jaya	
		Pian Tengah	
		Selaut	
		Sungai Ulu	
		Batu Gajah	
		Kelarik Utara	
		Serantas	
		Setumuk	
Dki Jakarta	Kepulauan Seribu	Pulau Tidung	
		Pulau Pari	
		Pulau Untung Jawa	
		Pulau Panggang	

Provinsi	Kabupaten/Kota	Desa	
Dki Jakarta	Kepulauan Seribu	Pulau Kelapa	
		Pulau Harapan	
Jawa Barat	Bogor	Sukatani	
		Pabuaran	
		Cibeber li	
		Cibatok 2	
		Banyu Resmi	
		Cimande	
		Pasir Bunci	
		Tangkil	
		Leuwi Karet	
		Sukamulih	
		Sukabumi	Pasirsuren
			Bantargadung
			Mangunjaya
			Limusununggal
	Bantargebang		
	Bonyongsari		
	Pondok Kaso Tengah		
	Cidahu		
	Kebonpedes		
	Cianjur		Kamurang
		Cikancana	
		Ciwalen	
		Rawabelut	
		Kertaharja	
		Kertamukti	
		Cibuluh	
		Sukabungah	
		Puncakwangi	
		Pusakajaya	
		Bandung	Rancatungku
			Dampit
	Narawita		
	Tanjungwangi		
	Mekarlaksana		
	Babakan		
	Girimulya		
	Cihawuk		
	Karangtunggal		
	Cibodas		
	Garut		Lembang
		Leuwigoong	
		Wanakerta	
Sukarasa			
Padamukti			
Simpang			
Pasirlangu			
Jayamekar			
Girimukti			
Karangsewu			
Tasikmalaya		Tanjungbarang	

Provinsi	Kabupaten/Kota	Desa
Jawa Barat	Tasikmalaya	Puspasari
		Mandalahayu
		Mulyasari
		Sukakerta
		Calingcing
		Kiarajungkung
		Sundakerta
		Banjarsari
		Margamulya
	Kuningan	Sagaranten
		Citundun
		Pakembangan
		Kadurama
		Ciputat
		Sukaraja
		Cikeusik
		Cisantana
		Ciasih
	Bunigeulis	
	Cirebon	Serang Kulon
		Bojonggebang
		Kudumulya
		Kudukeras
		Cipeujeuh Wetan
		Astanajapura
		Sinarancang
		Sarabau
		Gempol
	Walahar	
	Sumedang	Cimarga
		Malaka
		Ungkal
		Mekarsari
		Cijeruk
		Cilembu
		Mekarbakti
		Sukahayu
		Margamukti
		Kebonkalapa
		Indramayu
	Karangmulya	
	Wirapanjunan	
Ilir		
Eretan Wetan		
Cilandak		
Mekarjaya		
Karanganyar		
Kawungluwuk		
Mekarsari		
Subang	Kediri	
	Kotasari	
	Mulyasari	

Provinsi	Kabupaten/Kota	Desa
Jawa Barat	Subang	Bunihayu
		Kawungluwuk
		Sukadana
		Majasari
		Legonkulon
		Mayangan
		Cintamekar
	Karawang	Mulyajaya
		Sindangkarya
		Kutagandok
		Baturaden
		Srikamulyan
		Sukakerta
		Kamurang
		Ciptamarga
	Bandung Barat	Gembongan
		Pamekaran
		Ciptagumati
		Jatimekar
		Cimerang
		Ciburuy
Cipatik		
Pataruman		
Jawa Tengah	Cilacap	Tanjungwangi
		Sindangkerta
		Jati
		Saguling
		Tambakreja
		Karangnangka
		Sidayu
		Karangmangu
		Pucung Lor
		Bajing Kulon
		Kawunganten Lor
		Brani
		Paketingan
		Karangasem
	Banyumas	Gunung Wetan
		Karanglewas
		Srowot
		Karangendep
		Paninkaban
		Banjaranyar
		Gununglurah
Datar		
Pandak		
Purbalingga	Plumutan	
	Cilapar	
	Brecek	
	Sempor Lor	
	Candinata	
		Kradenan

Provinsi	Kabupaten/Kota	Desa
Jawa Tengah	Purbalingga	Selanganggeng
		Bantarbarang
		Kalitinggar Kidul
	Kebumen	Rangkah
		Indrosari
		Plempukankembaran
		Kaibonpetangkuran
		Tlogopragoto
		Kebagoran
		Temanggal
		Semali
		Pagebangan
		Patukrejo
	Wonosobo	Sumbersari
		Ngalian
		Tanjunganom
		Pulosaren
		Pakuncen
		Kwadungan
		Purwojiwo
		Pagerejo
		Sigedang
		Igirmranak
	Klaten	Sanggrahan
		Randusari
		Titang
		Sumyang
		Granting
		Ngaren
		Butuhan
		Keprabon
		Tibayan
		Gemblegan
Grebegan	Termas	
	Sindurejo	
	Rambat	
	Juworo	
	Geyer	
	Ledokdawan	
	Karang Anyar	
	Sidorejo	
Karangharjo		
Blora	Putatsari	
	Cabeyan	
	Kapuan	
	Getas	
	Sumberpitu	
	Bangowan	
	Temurejo	
	Patalan	
Adirejo		
		Klokah

Provinsi	Kabupaten/Kota	Desa	
Jawa Tengah	Blora	Klokah	
		Jetak	
	Demak	Bumirejo	
		Guntur	
		Sido Mulyo	
		Kedungori	
		Gedangalas	
		Sambiroto	
		Boyolali	
		Donorejo	
		Kembangan	
		Betahwalang	
		Pemalang	Mandiraja
	Wangkelang		
	Longkeyang		
	Parunggalih		
	Kebandungan		
	Purana		
	Tambakrejo		
	Kalirandu		
	Losari		
	Tumbal		
	Brebes		Jatisawit
		Kalilangkap	
		Kalinusu	
		Pruwatan	
		Janegara	
		Glonggong	
		Wanasari	
		Dukuhmaja	
		Grinting	
		Cigadung	
		Di Yogyakarta	Kulon Progo
	Tuksono		
	Karangsari		
	Sendangsari		
	Donomulyo		
Kebon Harjo			
Pagerharjo			
Sidoharjo			
Gerbosari			
Ngargosari			
Jawa Timur	Trenggalek		
		Kayen	
		Botoputih	
		Jajar	
		Dawuhan	
		Kedunglurah	
		Puru	
		Nglebo	
		Ngrandu	
		Mlinjon	

Provinsi	Kabupaten/Kota	Desa
Jawa Timur	Malang	Wonorejo
		Tambakrejo
		Baturetno
		Mulyoasri
		Wonoayu
		Purwosekar
		Pujon Kidul
		Wiyurejo
		Pait
		Brongkal
		Jember
	Purwoasri	
	Glagahwero	
	Cangkring	
	Tempurejo	
	Jelbuk	
	Patempuran	
	Gambiran	
	Sukogidri	
	Slateng	
	Bondowoso	
		Tegalmijin
		Cindogo
		Wonokerto
		Bandilan
		Walidono
		Sumberwringin
		Gadingsari
		Baratan
		Sumber Tengah
		Probolinggo
	Sogaan	
	Kalikajar Kulon	
	Kalikajar Wetan	
	Randutatah	
	Petunjungan	
	Bhinar	
	Krejengan	
	Rawan	
	Seboro	
Nganjuk	Mojoduwur	
	Patranrejo	
	Sumber Urip	
	Bodor	
	Cengkok	
	Mojokendil	
	Sumberkepuh	
	Sukoharjo	
	Perning	
	Lumpang Kuwik	
	Lamongan	Nguwok
Ganggantungan		

Provinsi	Kabupaten/Kota	Desa	
Jawa Timur	Lamongan	Datinawong	
		Plososetro	
		Palangan	
		Glagah	
		Konang	
		Panggung	
		Wonorejo	
		Karangturi	
		Bangkalan	Bumi Anyar
	Durjan		
	Dlemer		
	Morombuh		
	Tebul		
	Batah Timur		
	Gunung Sereng		
	Duwek Buter		
	Neroh		
	Glisgis		
	Sampang		Tana Mera
		Pulau Mandangin	
		Gunung Maddah	
		Banyumas	
		Jrengik	
		Bancelok	
		Trapang	
		Karang Anyar	
		Pacanggaan	
		Gunung Kesan	
		Pamekasan	Jarin
			Durbuk
	Candiburung		
	Campor		
	Pangbatok		
	Banyupelle		
	Rek Kerrek		
	Angsanah		
	Panaan		
	Potoan Daja		
	Sumpenep		Aengbaja Raja
		Sera Tengah	
		Kambangan Timur	
		Tamedung	
		Nyabakan Timur	
		Bilangan	
		Romben Barat	
		Romben Guna	
		Lapa Daya	
Sapeken			
Banten		Pandeglang	Langensari
	Koncang		
	Kadugadung		
	Bayumundu		

Provinsi	Kabupaten/Kota	Desa
Banten	Pandeglang	Kadumaneh
		Pasirdurung
		Koroncong
		Pakulurun
		Pasirkarag
		Tegalongok
		Bali
Siangan		
Sanding		
Manukaya		
Lodtunduh		
Singekerta		
Kedisan		
Pupuan		
Taro		
Beresela		
Nusa Tenggara Barat	Lombok Barat	
		Buwun Mas
		Gili Gede Indah
		Mambalan
		Penimbung
		Langko
		Batu Mekar
		Lembar
		Kuripan
		Jagaraga
		Lombok Tengah
	Sukadana	
	Mertak	
	Banyu Urip	
	Selong Belanak	
	Mekar Sari	
	Sukaraja	
	Marong	
	Dakung	
	Teratak	
	Lombok Timur	
		Lenek Kali Bambang
		Lenek Duren
		Belanting
		Dadap
		Bagik Payung Timur
		Bintang Rinjani
		Batu Nampar
		Batu Nampar Selatan
Pandan Wangi		
Sumbawa		Stowe Brang
	Bao Desa	
	Kelungkung	
	Sempe	
	Maman	
Berang Rea		

Provinsi	Kabupaten/Kota	Desa
Nusa Tenggara Barat	Sumbawa	Ongko
		Luk
		Berora
		Mungkin
	Dompu	Oo
		Katua
		Dorebara
		Cempi Jaya
		Persiapan Jala
		Mumbu
		Bakajaya
		Sorinomo
		Upt Nangakara
		Ranggo
	Lombok Utara	Jenggala
		Sigar Penjalin
		Rempek
		Kayangan
		Dangiang
		Sesait
		Sukadana
		Mumbul Sai
		Karang Bajo
		Pemenang Timur
	Timor Tengah Selatan	Bijaepunu
		Nakfunu
		Taupi
Meusin		
Nununamat		
Nunusunu		
Manufui		
Naifatu		
Nifulinah		
Tune		
Bestobe		
Timor Tengah Utara		Noeltoko
		Maukabatan
		Nansean
		Loeram
	Fatuana	
	Tasinifu	
	Kiusili	
	Maurisu Utara	
	Benus	
	Oekopa	
	Alor	Pintu Mas
Tanglapui Timur		
Maukuru		
Lembur Tengah		
Manetwati		
Dapitau		
Piring Sina		

Provinsi	Kabupaten/Kota	Desa
Nusa Tenggara Timur	Alor	Mataru Barat
		Bunga Bali
		Lalafang
		Lamma
	Ngada	Ubedolumolo
		Rawangkalo
		Wolomeze
		Lanamai I
		Denatana
		Mainai
		Turaloa
		Nginamanu Selatan
		Kezewea
		Warupele I
	Manggarai	Bea Mese
		Kentol
		Golo Ncuang
		Robek
		Watu Baur
		Renda
		Ling
		Nggalak
		Lemarang
		Lenda
	Sumba Timur	Makamenggit
		Tandula Jangga
		Lai Taku
		Prai Bokul
		Wanggameti
		Kombapari
		Matawai Amahu
		Mandahu
		Lai Lara
		Prai Bakul
		Sumba Barat
	Lingu Lango	
	Tarona	
	Katiku Loku	
	Hupu Mada	
	Pari Rara	
	Watu Karere	
	Tebara	
Modu Waimaringu		
Patiala Dete		
Lembata	Idalolong	
	Atulaleng	
	Roho	
	Kaohua	
	Leuwohung	
	Bareng	
	Kalikur	
Tubung Walang		

Provinsi	Kabupaten/Kota	Desa
Nusa Tenggara Timur	Lembata	Wulandoni
		Todanara
		Jontona
		Lalukoen
	Rote Ndao	Oebatu
		Oelasin
		Oelasin
		Holoama
		Oeledo
		Keoen
		Mbiu Lombo
		Bolatena
		Pukuafu
		Sumba Tengah
	Umbu Kawolu	
	Anapalu	
	Holur Kambata	
	Watu Asa	
	Tana Mbanas Barat	
	Lenang Selatan	
	Bolubokat Barat	
	Sumba Barat Daya	Karang Indah
		Ate Dalo
		Kawango Hari
		Kori
		Kendu Wela
		Bila Cenge
		Waitaru
		Kali Ngara
	Manggarai Timur	Pocong
		Golo Mangung
		Satar Padut
		Compang Deru
		Haju Ngendong
		Lembur
		Torok Golo
		Satar Lenda
		Rondo Woing
		Manggarai Timur Sabu Raijua
	Bebae	
	Matei	
	Loboaju	
	Jiwuwu	
	Keduru	
	Raerobo	
	Mehona	
	Waduwala	
Dainao		
Eikare		
Kalimantan Barat		Muara Jekak

Provinsi	Kabupaten/Kota	Desa
Kalimantan Barat	Ketapang	Alam Pakuan
		Mahawa
		Batu Tajam
		Serengkah Kanan
		Rangga Intan
		Sukabangun
		Ulak Medang
		Sungai Kinjil
		Mekar Raya
		Kalimantan Tengah
Rodok		
Ampah Dua		
Muara Palantau		
Ketab		
Kupang Bersih		
Bararawa		
Bambulung		
Kalimantan Selatan	Hulu Sungai Utara	Padang Bangkal
		Simpang Empat
		Baruh Tabing
		Jingah Bujur
Kalimantan Timur	Penajam Paser Utara	Api Api
		Babulu Laut
		Gunung Makmur
		Sri Raharja
		Sumber Sari
		Labangka Barat
		Tengin Baru
		Sukaraja
		Karang Jinawi
		Binuang
Kalimantan Utara	Malinau	Malinau Hilir
		Long Sule
		Bila Bekayuk
		Luso
		Respen Tubu
		Lubok Manis
		Sesua
		Long Lebusan
		Long Lake
		Nahakramo Baru
Sulawesi Utara	Bolaang Mongondow Utara	Sangkub li
		Sangkub Timur
		Monompia
		Saleo
		Saleo I
		Bohabak I
		Biontong
		Biontong I
		Ollot li
		Paku Selatan

Provinsi	Kabupaten/Kota	Desa
Sulawesi Tengah	Banggai	Dondo Soboli
		Balanga
		Koili
		Jaya Bakti
		Boitan
		Lontos
		Indang Sari
		Mantan B
		Bolobungkang
		Batusimpang
Sulawesi Selatan	Enrekang	Lebani
		Limbuang
		Pariwang
		Ongko
		Parinding
		Banua
		Sawito
		Tongkonan Basse
		Baroko
		Benteng Alla Utara
Sulawesi Tenggara	Buton	Laburunci
		Kabawokole
		Todanga
		Bukit Asri
		Talaga Baru
		Siontapina
		Sampuabalo
		Kumbewaha
		Labuandiri
		Manuru
Gorontalo	Gorontalo	Liyodu
		Kayumerah
		Bakti
		Haya-Haya
		Huidu Utara
		Tabumela
		Biluhu Barat
		Lobuto
		Bumela
		Ambara
Gorontalo	Boalemo	Bongo Tua
		Pangi
		Tangga Jaya
		Tanah Putih
		Bajo
		Hutamonu
		Bolihutuo
		Bubaa
		Lito
		Towayu
Sulawesi Barat	Mamuju	Kopeang
		Keang

Provinsi	Kabupaten/Kota	Desa	
Sulawesi Barat	Mamuju	Sandapadang	
		Lebani	
		Labuang Rano	
		Pangasaan	
		Salutiwo	
		Hinua	
		Mappu	
		Banuada	
		Polewali Mandar	Parappe
			Padang Timur
	Karama		
	Sattoko		
	Landikanusuang		
	Luyo		
	Paccadi		
	Bala		
	Leggo		
	Kalumammang		
	Majene	Pamboborang	
		Benteng	
Bonde Utara			
Banua Adolang			
Adolang Dua			
Pesuloang			
Majene	Pundau		
	Bambangan		
Maluku	Maluku Tengah	Salutationgan	
		Kabiraan	
		Trana	
		Roho	
		Pulau Hatta	
		Waer	
		Mosso	
		Piliana	
		Haria	
		Seti	
	Tihuania		
	Seram Bagian Barat	Maneo Rendah	
		Negeri Kawa	
		Murnaten	
		Wakolo	
		Uweth	
		Waesala	
		Tahalupu	
		Buano Utara	
Luhu			
Iha			
Maluku Utara	Halmahera Selatan	Lumahlatal	
		Pasir Putih	
		Gilalang	
		Kampung Baru	
		Lele	
		Jiko	

Provinsi	Kabupaten/Kota	Desa
Maluku Utara	Halmahera Selatan	Jiko
		Akedabo
		Yamly
		Kukupang
		Kurunga
		Sawat
Papua	Jayawijaya	Honelama
		Trikora
		Nanggo
		Wouma
Papua	Jayawijaya	Ketimavit
		Mawampi
		Agamoa
		Napua
		Holima
		Walaik
	Tolikara	Marlo
		Aulani
		Kagimaluk
		Yigonikme
		Mome
		Pagona
		Timbindelo
		Kimilo
		Missa
	Kumbur	
	Lanny Jaya	Ganume
		Kuabaga
		Milinggame
		Muleme
		Arungwi
		Gubo
		Kukepake
		Kotorambur
		Kimbo
		Ilunggijime
	Nduga	Sirit
		Yimogi
		Gimi
		Dal
		Gurumbe
		Kaboneri
		Silankuru
Grinbun		
Baklema		

Provinsi	Kabupaten/Kota	Desa
Papua	Dogiya	Ekemanida
		Bomomani
		Abaimaida
		Magode
		Abaugi / Obaikagopa
		Deiyapa
		Bonakunu/Gabaikunu
		Modio
		Ukudawata / Upibega
	Dogiya	Megaikabo
		Bilogai
	Intan Jaya	Puyagiya
		Yalai
		Mamba
		Eknemba / Elenemba
		Ugimba
		Nggamagae
		Titigi
		Sanaba
Pugisiga		
Papua Barat		Sorong Selatan
	Magis	
	Tofot	
	Kamaro	
	Waigo	
	Konda	
	Wamargege	
	Bariat	
	Tambrau	Manelek
		Komanggaret
		Wausin
		Kebar Barat/ Senopi
		Syarwom
		Metbesa
		Kebar Tengah/ Anjai
		Inam
Kebar Timur/ Jandurau		
Atay		
Akmuri		

Sumber :

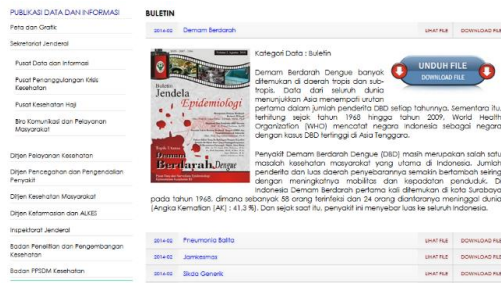
TNP2K, Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, Kementerian PPN/Bappenas. 2017. Pemilihan 10 Desa Prioritas di 100 Kabupaten/Kota Prioritas Penanganan Kemiskinan dan Stunting. https://cegahstunting.id/wp-content/uploads/2018/04/6.-Paparan-1000-Desa-Prioritas-Proxy-Gizi-Buruk-per-16-November-2017_ringkas.pdf diunduh pada 17 Oktober 2018

Publikasi Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan

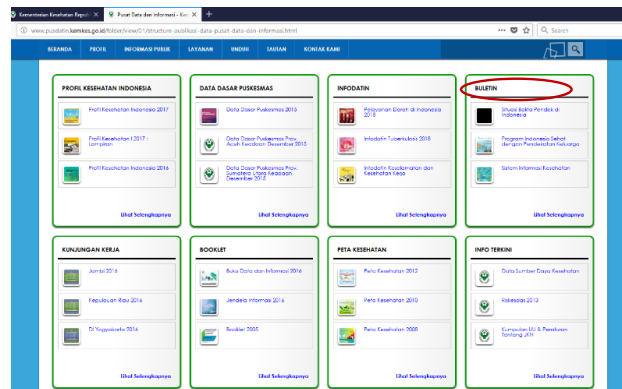
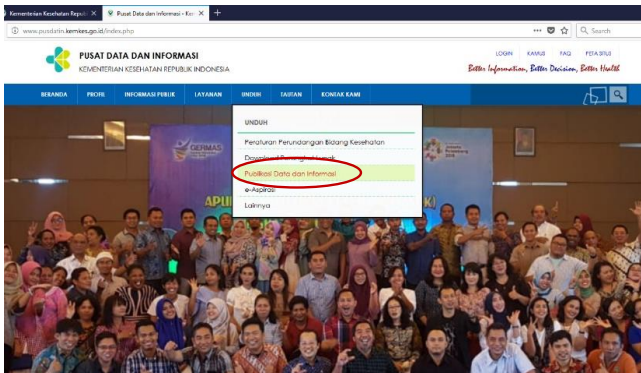


Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan

dapat diunduh di www.kemkes.go.id



dan di www.pusdatin.kemkes.go.id



Kementerian Kesehatan

Pusat Data dan Informasi

Jl. HR. Rasuna Said Blok X5 Kav. 4-9 Lantai 10 Blok A
Jakarta Selatan