

**KAJIAN SEKTOR KESEHATAN**

# **PEMBANGUNAN GIZI DI INDONESIA**



**DIREKTORAT KESEHATAN DAN GIZI MASYARAKAT  
KEDEPUTIAN PEMBANGUNAN MANUSIA, MASYARAKAT DAN KEBUDAYAAN  
KEMENTERIAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN NASIONAL /  
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN NASIONAL**

**PEMBANGUNAN GIZI DI INDONESIA**  
© 2019 by Kementerian PPN/Bappenas



**Pengarah**

Dr. Ir. Subandi Sardjoko, MSc

**Penulis**

Fiona Watson, M.Sc  
Dr. Minarto, MPS  
Sri Sukotjo, M.A  
Jee Hyun Rah, PhD  
dr. Ardiani Khrisna Maruti

**Reviewer dan Editor**

Pungkas Bahjuri Ali, STP, MS, PhD  
Prof. dr. Ascobat Gani, MPH., Dr.PH.  
Dr. Entos Zainal, SP, MPH  
Evi Nurhidayati, S.Gz  
Akim Dharmawan, SKM, M.Kes, PhD

Foto: UNICEF Indonesia

# PEMBANGUNAN GIZI DI INDONESIA

## KAJIAN SEKTOR KESEHATAN

**Diterbitkan dan dicetak oleh**

Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat  
Kedeputan Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan  
Kementerian PPN/Bappenas  
Jalan Taman Suropati No. 2, Jakarta Pusat, 10310  
Telp: (021) 31934379, Fax: (021) 3926603  
Email: kgm@bappenas.go.id

Cetakan pertama: April 2019  
ISBN: 978-623-93153-1-3

**Hak Penerbitan @ Kementerian PPN/Bappenas**

Dilarang mengutip dan memperbanyak tanpa izin tertulis dari penulis dan penerbit, sebagian atau seluruhnya dalam bentuk apapun, baik cetak, photoprint, microfilm dan sebagainya.

DIREKTORAT KESEHATAN DAN GIZI MASYARAKAT  
KEDEPUTIAN PEMBANGUNAN MANUSIA, MASYARAKAT DAN KEBUDAYAAN  
**KEMENTERIAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN NASIONAL/  
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN NASIONAL**

## KATA PENGANTAR

Berbagai indikator pembangunan gizi menunjukkan bahwa Indonesia mengalami masalah yang cukup serius dalam status gizi penduduk pada hampir seluruh siklus hidup seperti anemia pada remaja putri dan ibu hamil, *stunting*, *wasting* dan *underweight* pada balita, serta kegemukan atau obesitas pada penduduk dewasa. Beragam upaya yang telah dilakukan belum mampu menurunkan permasalahan gizi ini secara signifikan.

Berbagai penelitian terbaru menunjukkan bahwa permasalahan gizi sangat kompleks sehingga memerlukan intervensi dengan menggunakan pendekatan yang bersifat multisektor baik yang terkait langsung dengan asupan dan kesehatan (intervensi spesifik) maupun terkait dengan sosial ekonomi, infrastruktur, perilaku, ketahanan pangan dan lain sebagainya (intervensi sensitif). Kajian ini dilakukan dengan tujuan untuk menganalisis permasalahan gizi di Indonesia serta memberikan rekomendasi kebijakan yang perlu diambil.

Pada umumnya, permasalahan gizi terkait dengan kebijakan pembangunan secara umum. Oleh karena itu, kajian ini dilakukan secara paralel dengan kajian pada 9 bidang lain yang terkait seperti transisi demografi dan epidemiologi, fungsi esensial kesehatan masyarakat, pengadaan obat, vaksin, dan alat kesehatan, pendanaan kesehatan, ketersediaan pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan dalam sebuah Kajian Sektor Kesehatan (*Health Sector Review*). Kajian ini merupakan salah satu masukan bagi penyusunan *Background Study* maupun Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 untuk bidang kesehatan dan gizi masyarakat.

Kami yakin bahwa kajian ini akan bermanfaat untuk para pengambil kebijakan baik di tingkat pusat maupun di daerah, serta pembaca lain pada umumnya seperti akademisi, mahasiswa, praktisi kesehatan dan pihak lain terkait. Semoga kajian ini dapat memberikan kontribusi bagi pembangunan gizi di Indonesia.

Jakarta, April 2019



**Subandi Sardjoko**

Deputi Bidang Pembangunan Manusia,  
Masyarakat dan Kebudayaan  
Kementerian PPN/Bappenas



## UCAPAN TERIMA KASIH DAN PENGHARGAAN

Tim Penulis mengucapkan terima kasih kepada Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan di Kementerian Kesehatan, Republik Indonesia yang telah memberikan akses bagi pemanfaatan berbagai data dari Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Tahun 2018, Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) Tahun 2017, dan Riset Tenaga Kesehatan (RISNAKES) Tahun 2017, serta kajian sektor gizi oleh berbagai pihak. Terimakasih juga disampaikan kepada Badan Pusat Statistik atas pemberian data yang dibutuhkan, termasuk masukan teknis pada saat konsultasi dan paparan.

Tim Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang membantu penulisan dan perbaikan laporan ini. Apresiasi yang tinggi kami berikan kepada Bapak Pungkas Bahjuri Ali sebagai Direktur Kesehatan dan Gizi Masyarakat (KGM) Bappenas dan tim yang telah memberikan masukan untuk perbaikan tulisan, seluruh tim penulis dan sekretariat *Health Sector Review* (HSR) 2018, UNICEF, serta para narasumber yang tidak kami sebutkan satu persatu.

Kajian ini disusun oleh Tim Kajian Sektor Kesehatan (*Health Sector Review*) di bawah bimbingan Bapak Subandi (Deputi Bidang Pembangunan Manusia, Masyarakat, dan Kebudayaan, Bappenas) dengan arahan teknis dari Bapak Pungkas Bahjuri Ali (Direktur Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Bappenas). Adapun koordinasi pelaksanaan *Health Sector Review* dibantu oleh Prof. Ascobat Gani sebagai *team leader*.

Kajian ini merupakan bagian dari Kajian Sektor Kesehatan (*Health Sector Review*) yang dilakukan pada tahun 2018 oleh Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/BAPPENAS dengan dukungan dari UNICEF dan DFAT, beserta beberapa mitra pembangunan lain seperti ADB, JICA, USAID, WHO, *World Bank*, WFP, dan mitra dari lembaga lainnya yang tidak dapat disebutkan satu per satu. Proses *edit* dan cetak laporan kajian ini didukung oleh UNICEF Indonesia.

Kajian sektor kesehatan dilakukan secara paralel untuk 10 topik meliputi:

- 1 Transisi Demografi dan Epidemiologi: Permintaan Pelayanan Kesehatan di Indonesia
- 2 Fungsi Kesehatan Masyarakat (*Public Health Functions*) dan *Health Security*
- 3 Kesehatan Reproduksi, Ibu, Neonatal, Anak dan Remaja
- 4 Pembangunan Gizi di Indonesia
- 5 Sumber Daya Manusia Kesehatan
- 6 Penyediaan Obat, Vaksin, dan Alat Kesehatan
- 7 Pengawasan Obat dan Makanan, termasuk Keamanan Pangan
- 8 Pembiayaan Kesehatan dan JKN
- 9 Penguatan Sistem Pelayanan Kesehatan
- 10 Penguatan Tata Kelola Pembangunan Kesehatan

## DAFTAR ISI

Kata Pengantar	iv
Ucapan Terima Kasih dan Penghargaan	vi
Daftar Isi	vii
Daftar Tabel	ix
Daftar Gambar	x
Daftar Kotak	xi
Daftar Singkatan	xii
Ringkasan Eksekutif	xiv
<b>1. PENDAHULUAN</b>	<b>1</b>
<b>2. ANALISIS SITUASI: CAPAIAN DAN TANTANGAN</b>	<b>5</b>
2.1. Beban Ganda Masalah Gizi dan Konsekuensinya	6
2.2. Kemajuan dalam Penanganan Beban Ganda Masalah Gizi	8
2.2.1. Kurang Gizi pada Anak	9
2.2.2. Kurang Gizi pada Perempuan	12
2.2.3. Pemberian Makan pada Bayi dan Anak	13
2.2.4. Defisiensi Mikronutrien	13
2.2.5. Kegemukan dan Obesitas	14
2.2.6. Gizi Remaja	15
2.3. Penyebab Beban Ganda Masalah Gizi	18
2.3.1. Diet yang Tidak Cukup dan Kerawanan Pangan	18
2.3.2. Beban Penyakit, Akses ke Pelayanan Kesehatan dan Lingkungan yang Tidak Adekuat	22
2.3.3. Praktik Pemberian Makan dan Pengasuhan yang Tidak Adekuat	24
2.3.4. Akar Masalah dan Isu <i>Cross-cutting</i>	26
2.4. Respons terhadap Beban Ganda Masalah Gizi	31
2.4.1. Lingkungan yang Mendukung	31
2.4.2. Intervensi Gizi Spesifik	41
2.4.3. Program Gizi Sensitif	49

<b>3. ISU STRATEGI DAN PELUANG</b>	<b>57</b>
3.1. Mengatasi Beban Ganda Masalah Gizi	58
3.2. Memperkuat Kapasitas dan Aksi Gizi di Tingkat Sub-nasional	58
3.3. Menyebarluaskan Pesan	59
3.4. Membangun Bukti untuk Pengambilan Keputusan Terkait Gizi	59
3.5. Memperluas Upaya untuk Upaya-upaya Multisektoral	60
<b>4. TARGET</b>	<b>61</b>
<b>5. OPSI KEBIJAKAN</b>	<b>65</b>
<b>Referensi</b>	<b>69</b>
<b>Lampiran</b>	<b>79</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 1	Target Gizi di Indonesia dan Sasaran Global	8
Tabel 2	Akses ke Infrastruktur secara Nasional pada Tahun 2011	23
Tabel 3	Intervensi Program untuk Menanggulangi Beban Ganda Masalah Gizi di Sepanjang Siklus Kehidupan	36
Tabel 4	Implementasi, Cakupan, dan Tantangan Intervensi Gizi Spesifik di Indonesia	43
Tabel 5	Program Gizi Sensitif Potensial	50
Tabel 6	Target dan Indikator Terkait Gizi di Renstra Kementerian Utama	53
Tabel 7	Indikator dan Target yang Direkomendasikan untuk RPJMN 2020-2024	63
Tabel 8	Perhitungan Target untuk RPJMN 2020-2024	64
Tabel 9	Kebijakan dan Strategi yang Direkomendasikan untuk RPJMN 2020-2024	66

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	Kerangka Aksi untuk Mencapai Gizi dan Perkembangan Janin dan Anak yang Optimal	2
Gambar 2	Kemajuan Terhadap Target RPJMN 2019 untuk Gizi Kurang pada Anak	9
Gambar 3	Perbaikan Gizi di Tiga Kabupaten MYCNSIA, 2011-2014	11
Gambar 4	Kemajuan terhadap Target RPJMN 2019 untuk Berat Bayi Lahir Rendah, Anemia dan ASI Eksklusif	12
Gambar 5	Kemajuan Terhadap Target RPJMN 2019 untuk Kegemukan dan Obesitas	15
Gambar 6	Asupan Energi dan Protein per Kapita per Hari menurut Kelompok Tingkat Kekayaan pada Tahun 2017	19
Gambar 7	Asupan Energi per Kapita per Hari dari Kelompok Makanan yang Berbeda pada Tahun 2007 dan 2017	20
Gambar 8	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Waktu Tempuh ke Fasilitas Kesehatan pada Tahun 2013	24
Gambar 9	Kekurangan Gizi pada Anak menurut Kuintil Kekayaan pada Tahun 2013	80
Gambar 10	Kegemukan pada Anak dan Obesitas pada Dewasa menurut Kuintil Kekayaan pada Tahun 2013	80
Gambar 11	Prevalensi <i>Stunting</i> pada Anak Balita menurut Provinsi Tahun 2018	81

## DAFTAR KOTAK

Kotak 1	Fokus pada Upaya Kabupaten yang Berhasil untuk Mengurangi <i>Stunting</i> dan Memperbaiki Gizi	10
Kotak 2	Fokus pada Gaya Hidup dan Pola Makan Remaja yang Berkontribusi pada Beban Ganda Masalah Gizi	16
Kotak 3	Fokus pada Peningkatan Konsumsi Makanan dan Minuman Jadi yang Berkontribusi pada Kejadian Beban Ganda Masalah Gizi	21
Kotak 4	Fokus pada Sumber Daya Potensial untuk Gizi Melalui Dana Desa	39
Kotak 5	Fokus pada Model PGBM yang Berhasil di Kabupaten Kupang	47

## DAFTAR SINGKATAN

<b>AKG</b>	Angka Kecukupan Gizi	<b>RAD-PG</b>	Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi
<b>Bappeda</b>	Badan Perencanaan Pembangunan Daerah	<b>RAN-PG</b>	Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi
<b>Bappenas</b>	Badan Perencanaan Pembangunan Nasional	<b>RENSTRA</b>	Rencana Strategis
<b>IMT</b>	Indeks Massa Tubuh	<b>RB</b>	Ruang Bersalin
<b>BMS</b>	<i>Breast Milk Substitutes</i>	<b>RPJMD</b>	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah
<b>BPPSDMK</b>	Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan	<b>RPJMN</b>	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
<b>Kader</b>	Relawan masyarakat	<b>RS</b>	Rumah Sakit
<b>KEK</b>	Kurang Energi Kronik	<b>SAM</b>	<i>Severe Acute Malnutrition</i>
<b>CMAM</b>	<i>Community Management of Acute Malnutrition</i>	<b>SBCC</b>	<i>Social Behaviour Communication Change</i>
<b>DDI</b>	<i>Domestic Direct Investment</i>	<b>SDGs</b>	<i>Sustainable Development Goals</i>
<b>FDI</b>	<i>Foreign Direct Investment</i>	<b>SIMPUS</b>	Sistem Informasi Manajemen Puskesmas
<b>ISPA</b>	Infeksi Saluran Pernafasan Akut	<b>SIP</b>	Sistem Informasi Posyandu
<b>Kemendagri</b>	Kementerian Dalam Negeri	<b>SPM</b>	Standar Pelayanan Minimal
<b>Kemendikbud</b>	Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan	<b>TTD</b>	Tablet Tambah Darah
<b>Kemen-ESDM</b>	Kementerian Energi dan Sumber Daya Mineral	<b>UNICEF</b>	<i>United Nations Children's Fund</i>
<b>Kemenkes</b>	Kementerian Kesehatan	<b>WFP</b>	<i>World Food Programme</i>
<b>Kemenkeu</b>	Kementerian Keuangan	<b>WHA</b>	<i>World Health Assembly</i>
<b>Kemensos</b>	Kementerian Sosial	<b>WHO</b>	<i>World Health Organisation</i>
<b>Kementan</b>	Kementerian Pertanian		
<b>LILA</b>	Lingkar Lengan Atas		
<b>MAM</b>	<i>Moderate Acute Malnutrition</i>		
<b>MYCNSIA</b>	<i>Maternal and Young Child Nutrition Security in Asia</i>		
<b>PERKENI</b>	Perkumpulan Endokrinologi Indonesia		
<b>PGBM</b>	Pemulihan Gizi Berbasis Masyarakat (CMAM)		
<b>PIS-PK</b>	Program Indonesia Sehat melalui Pendekatan Keluarga		
<b>PMBA</b>	Pemberian Makan pada Bayi dan Anak		
<b>Posyandu</b>	Pos Pelayanan Terpadu ( <i>Integrated health posts</i> )		
<b>Polindes</b>	Pos Persalinan Desa		
<b>Poskesdes</b>	Pos Kesehatan Desa		
<b>Poskestren</b>	Pos Kesehatan Pesantren		
<b>PSG</b>	Pemantauan Status Gizi		
<b>PTM</b>	Penyakit Tidak Menular		
<b>Puskesmas</b>	Pusat Kesehatan Masyarakat ( <i>Health centre</i> )		
<b>Pustu</b>	Puskesmas Pembantu		

## RINGKASAN EKSEKUTIF

Laporan ini menganalisis situasi gizi di Indonesia. Dokumen ini dibuat atas permintaan Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional (Bappenas) dan Kementerian Kesehatan (Kemenkes) sebagai bagian dari Kajian Sektor Kesehatan yang lebih luas. Temuan ini akan digunakan untuk menentukan target dan arahan strategis terkait gizi yang akan dimasukkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024. Analisis ini menggunakan data dan informasi dari survei nasional, studi khusus, literatur ilmiah, dan konsultasi dengan informan kunci di tingkat pusat dan daerah.

Bagian 1 menjelaskan situasi gizi di Indonesia dan menilai pencapaian dan tantangan dalam memenuhi target gizi yang ditetapkan dalam RPJMN 2015-2019. Analisis menemukan bahwa meskipun pertumbuhan ekonomi di Indonesia cukup baik, walaupun terjadi perbaikan tetapi kekurangan gizi tetap menjadi masalah yang signifikan. Selain itu, Indonesia juga memiliki masalah kekurangan gizi yang tinggi serta obesitas yang meningkat - yang disebut 'Beban Ganda Masalah Gizi' (*Double Burden of Malnutrition*). Beban Ganda Masalah Gizi memiliki dampak di seluruh siklus hidup serta gangguan jangka panjang pada periode kritis pertumbuhan dan perkembangan, yakni selama 1.000 hari pertama kehidupan (1.000 HPK) sejak kehamilan hingga anak berusia dua tahun.

Risikodas 2018 menunjukkan *stunting* (tinggi badan menurut umur di bawah standar) pada anak adalah bentuk yang paling umum dari kekurangan gizi di Indonesia yang mempengaruhi 30,8% balita. Walaupun ada beberapa indikasi perbaikan, namun angka *stunting* tetap tinggi di wilayah paling timur dan paling barat Indonesia dengan angka terendah 17,7% di DKI Jakarta dan angka tertinggi 42,6% di Nusa Tenggara Timur. *Wasting* (berat badan menurut tinggi badan di bawah standar) juga merupakan tantangan gizi utama yang mempengaruhi 10,2% anak balita. Anak-anak *wasting* memiliki risiko kematian 11,6 kali lebih besar daripada anak-anak yang bergizi baik dan mereka yang bertahan hidup dapat terus mengalami masalah perkembangan sepanjang hidup mereka. *Underweight* (berat badan menurut usia di bawah standar), yang mencerminkan baik *stunting* maupun *wasting*, mempengaruhi 17,7% anak balita. Berat Badan Lahir Rendah/BBLR (<2.500 gram), yang menjadi indikasi kekurangan gizi ibu, mempengaruhi 6,2% bayi, sementara 48,9% wanita hamil mengalami anemia. Meskipun terdapat perbaikan dalam Pemberian Makan pada Bayi dan Anak (PMBA) dengan tingkat pemberian ASI eksklusif sebesar 52%, sebagian besar bayi masih diberi susu menggunakan botol serta praktik pemberian makanan pendamping yang tidak memadai. Saat ini, 21,8% orang dewasa mengalami obesitas dan angka ini meningkat dengan cepat, terutama pada perempuan.

Berdasarkan hasil analisis penyebab Beban Ganda Masalah Gizi, ditemukan tiga faktor yang secara tidak langsung menjadi penyebab Beban Ganda Masalah Gizi. Penyebab pertama, konsumsi pangan yang tidak memadai dan kerawanan pangan. Tingkat kecukupan energi pada hampir separuh penduduk (45,7%) sangat kurang (<70% AKE/Angka Kecukupan Energi) dan 36,1% penduduk dengan tingkat kecukupan protein sangat kurang (<80% AKP/Angka Kecukupan Protein), sementara 95,5% orang yang berusia 5 tahun ke atas mengkonsumsi kurang dari lima porsi buah dan sayuran dalam sehari. Akses ekonomi (keterjangkauan) terhadap pangan menjadi penyebab utama kerawanan pangan dibandingkan dengan ketersediaan pangan. Pengeluaran untuk makanan dan minuman jadi, yang sebagian besar

makanan olahan meningkat empat kali lipat antara tahun 2007 dan 2017, sehingga memicu tingkat obesitas yang berkembang pesat. Penyebab kedua, terkait dengan penyakit, akses yang tidak memadai terhadap pelayanan kesehatan, serta minimnya akses air bersih dan sanitasi. Sementara penyakit infeksi terus marak dan berhubungan dengan kekurangan gizi, Penyakit Tidak Menular (PTM) meningkat sebagai akibat dari meningkatnya obesitas serta menambah beban sistem pelayanan kesehatan. Penyebab ketiga, terkait dengan praktik PMBA dan minimnya asupan makanan ibu, serta praktik perawatan ibu dan pengasuhan anak yang kurang optimal. Selain itu, akar masalah Beban Ganda Masalah Gizi juga terkait dengan kemiskinan dan ketidaksetaraan, tren demografi dan urbanisasi, gender, kepercayaan sosial dan budaya, serta keadaan darurat.

Bagian akhir dari Bagian 1 menilai langkah yang diambil di Indonesia untuk perbaikan gizi. Tiga dimensi untuk perbaikan gizi sudah tercakup: intervensi gizi spesifik yang mengatasi penyebab langsung malnutrisi; intervensi gizi sensitif yang mengatasi penyebab tidak langsung malnutrisi; dan lingkungan yang mendukung yang diperlukan untuk mendukung intervensi gizi spesifik dan sensitif. Elemen utama yang diperlukan untuk memperkuat 'lingkungan yang mendukung' adalah ketersediaan data yang berkualitas yang menjadi dasar dalam pengambilan keputusan. Hasil analisis menemukan bahwa ketersediaan data dan informasi terkait gizi telah digunakan untuk mengukur capaian target gizi yang ditetapkan dalam RPJMN. Namun, masih terdapat kesenjangan dalam pemahaman dan kekurangan dalam pengembangan sistem informasi gizi saat ini. Elemen kedua berkaitan dengan komitmen politik terhadap gizi. Di Indonesia, Pemerintah telah menunjukkan komitmen politik yang kuat untuk gizi di tingkat pusat, namun komitmen ini belum tercermin di tingkat daerah. Elemen terakhir adalah kapasitas dan sumber daya yang berkualitas dalam pemberian layanan gizi. Pencapaian utama di Indonesia adalah peningkatan potensi pendanaan untuk gizi yang bersumber dari anggaran di tingkat pusat maupun daerah. Namun, keberlanjutan pendanaan dan peningkatan kapasitas di tingkat daerah untuk merencanakan, memprioritaskan, dan mengelola berbagai dana untuk gizi secara efektif masih diperlukan. Selanjutnya, Indonesia memiliki ketersediaan ahli gizi yang siap dan terlatih, tetapi keterampilan mereka tidak dimanfaatkan secara optimal serta pelatihan untuk penyedia layanan gizi masih tidak konsisten.

Sebanyak 14 intervensi gizi spesifik telah diakui secara global untuk mengatasi kekurangan gizi. Di Indonesia, 9 dari 14 intervensi tersebut telah menjadi program nasional, 2 intervensi diimplementasikan sebagian, dan 3 intervensi masih belum diimplementasikan. Akibatnya, masih terdapat kesenjangan yang signifikan dalam mengatasi anemia, malnutrisi akut dan obesitas, serta dalam meningkatkan praktik pemberian makanan pendamping ASI. Peran intervensi gizi sensitif dalam perbaikan gizi telah diketahui dengan baik dan di Indonesia terdapat lima sektor yang relevan dengan gizi: (i) kesehatan, (ii) perlindungan sosial, (iii) pertanian dan ketahanan pangan, (iv) pendidikan dan perkembangan anak, serta (v) air bersih, sanitasi, dan higiene. Intervensi gizi sensitif telah terbukti berperan dalam mempengaruhi status gizi, namun di dalam implementasinya masih terdapat kesenjangan yang dapat diatasi dengan perencanaan dan pemantauan lintas sektor yang dilakukan secara bersama dan difokuskan pada kelompok sasaran yang sama tetapi dilaksanakan secara independen oleh sektor-sektor kunci.

Bagian 2 menganalisis peluang masa depan dan isu-isu strategis untuk gizi di Indonesia, sementara Bagian 3 mengusulkan target untuk serangkaian indikator gizi. Target perbaikan gizi di Indonesia yang direkomendasikan untuk dicapai pada tahun 2024 adalah indikator *stunting*, *wasting*, dan *overweight* pada anak balita, anemia pada ibu hamil dan remaja putri, berat badan lahir rendah, serta pemberian ASI eksklusif pada bayi. Target-target utama ini sejalan dengan enam target global yang didukung oleh negara-negara anggota Majelis Kesehatan Dunia (*World Health Assembly/WHA*) dan kemudian dimasukkan ke dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals/SDGs*). Salah satu target utama yang juga direkomendasikan adalah indikator obesitas pada usia dewasa, yang juga menjadi tantangan utama perbaikan gizi saat ini. Target tersebut juga sejalan dengan rekomendasi WHO global. Target-target tersebut hanya dapat dicapai jika terjadi peningkatan kualitas dan kuantitas seluruh intervensi gizi spesifik dan sensitif serta diarahkan pada kelompok termiskin dan paling rentan, dan juga diperlukan peran yang kuat dari lingkungan yang mendukung.

Bagian 4, sebagai bagian akhir kajian, menjelaskan lima alternatif kebijakan dan rekomendasi untuk langkah-langkah di masa mendatang.

1. Menetapkan regulasi yang kuat dalam meningkatkan komitmen dan alokasi anggaran untuk perbaikan gizi di tingkat pusat dan daerah.
2. Meningkatkan pemberian layanan gizi yang berkualitas kepada seluruh masyarakat.
3. Meningkatkan kesadaran dan komitmen untuk perbaikan gizi dengan menggunakan metode inovatif dan menggunakan berbagai saluran komunikasi.
4. Membangun sistem informasi gizi berbasis bukti sebagai sumber data yang kredibel dan tepat waktu yang dapat digunakan dalam pengambilan keputusan.
5. Memperluas keterlibatan multi-sektor dalam percepatan perbaikan gizi.

# 1. PENDAHULUAN

PEMBANGUNAN GIZI DI INDONESIA

KAJIAN SEKTOR KESEHATAN



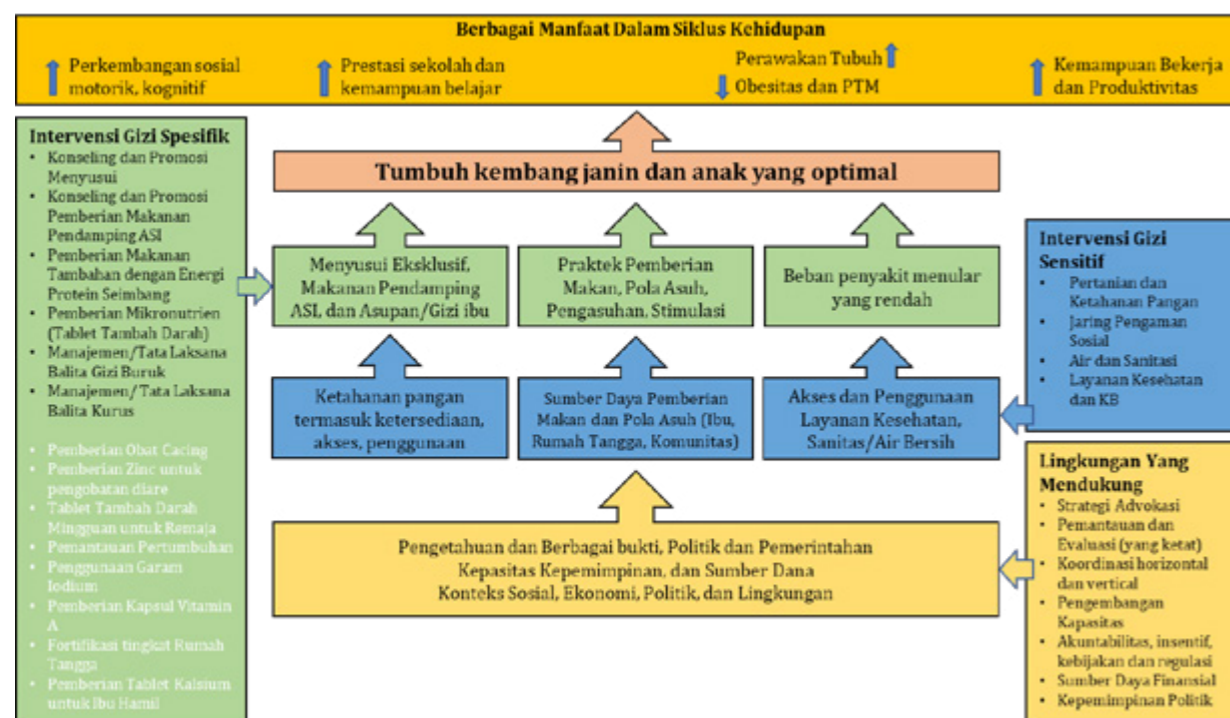
Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas) dan Kementerian Kesehatan (Kemenkes) telah melakukan analisis situasi gizi sebagai bagian dari Kajian Sektor Kesehatan yang lebih luas. Kajian ini akan digunakan untuk menentukan target dan arah strategis untuk gizi yang akan dimasukkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024. Analisis ini menggunakan data, informasi, dan temuan dari survei nasional, studi, literatur ilmiah, serta konsultasi dengan informan kunci di tingkat pusat dan daerah.

Meskipun gizi merupakan bagian dari Kajian Sektor Kesehatan, namun intervensi gizi spesifik hanya akan memberikan sedikit kontribusi pada perbaikan gizi melalui penanganan penyebab langsung masalah gizi. Perbaikan gizi yang berkelanjutan dan signifikan memerlukan pendekatan multisektoral dan juga intervensi gizi sensitif yang menangani penyebab tidak langsung dari masalah gizi. Lingkungan yang mendukung juga diperlukan untuk mendukung pelaksanaan intervensi gizi spesifik dan sensitif. Ketiga dimensi untuk mencapai perbaikan gizi yang optimal tersebut disusun dalam kerangka yang terdapat pada **Gambar 1**. Percepatan perbaikan gizi memiliki pengaruh dalam pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs). *Global Nutrition Report 2017* mengidentifikasi lima bidang utama yang terdapat dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) 2015-2030 dimana gizi turut memberikan kontribusi dan manfaatnya (*Development Initiatives, 2017*): (i) produksi pangan berkelanjutan, (ii) sistem infrastruktur yang kuat, (iii) sistem kesehatan, (iv) pemerataan dan inklusi, serta (v) perdamaian dan stabilitas.

Laporan ini menitikberatkan pada perkembangan gizi yang terjadi sejak *background study* tentang gizi di Indonesia yang dilakukan pada tahun 2010-2014 sebagai bagian dari Kajian Sektor Kesehatan sebelumnya (Bappenas, 2014). Bagian 1 laporan ini menggambarkan situasi gizi di Indonesia dan menilai pencapaian dan tantangan dalam memenuhi target gizi yang ditetapkan dalam RPJMN 2015-2019. Selain itu, juga mengkaji penyebab malnutrisi dan langkah yang diambil untuk perbaikan gizi di Indonesia. Bagian 2 menganalisis peluang masa depan dan isu strategis, sementara Bagian 3 merekomendasikan target untuk indikator gizi. Terakhir, Bagian 4 menetapkan alternatif kebijakan dan rekomendasi langkah-langkah di masa mendatang.

Ruang lingkup analisis dalam *background paper* ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, hanya ada sedikit data baru yang tersedia pada indikator status gizi sejak *background study* sebelumnya tentang gizi yang dilakukan pada tahun 2014 (Bappenas, 2014). Survei nasional berikutnya (Riset Kesehatan Dasar/Riskesdas) dengan data yang dapat dibandingkan baru tersedia pada bulan Oktober 2018 ketika proses penyusunan kajian ini telah selesai dilakukan. Kedua, karena analisis ini merupakan bagian dari Kajian Sektor Kesehatan, maka masukan dari sektor-sektor utama di luar kesehatan terbatas.

**Gambar 1. Kerangka Intervensi untuk Mencapai Perkembangan dan Pemenuhan Gizi yang Optimal pada Janin dan Anak**



Sumber: *The Lancet*, 2013

## 2. ANALISIS SITUASI: CAPAIAN DAN TANTANGAN

PEMBANGUNAN GIZI DI INDONESIA

KAJIAN SEKTOR KESEHATAN



## 2.1. BEBAN GANDA MASALAH GIZI DAN KONSEKUENSINYA

Meskipun pertumbuhan ekonomi terjadi secara dramatis di Indonesia, kekurangan gizi tetap menjadi masalah yang signifikan dan terlihat sedikit mengalami penurunan. Indonesia menderita kekurangan gizi yang cukup tinggi (defisiensi gizi makro dan mikro) yang diiringi dengan meningkatnya prevalensi obesitas - yang disebut sebagai 'Beban Ganda Masalah Gizi' (*Double Burden of Malnutrition*).

Wilayah Asia Tenggara dan Pasifik memiliki hampir setengah dari populasi di seluruh dunia, yang menderita Beban Ganda Masalah Gizi. Tidak ada wilayah lain yang memiliki prevalensi berat badan lebih (gemuk) yang meningkat secepat di wilayah Asia Tenggara dan Pasifik ini dan Indonesia adalah salah satu contoh utama. Beban Ganda Masalah Gizi di Indonesia terjadi di sepanjang siklus kehidupan, dimulai lebih awal dengan 12% anak di bawah lima tahun menderita kurus (*wasting*), sementara 12% lainnya mengalami kegemukan (*overweight*) (Kementerian Kesehatan, 2013). Sekitar 11% dari remaja perempuan dan laki-laki berusia 13-15 tahun mengalami kurus, yang diukur melalui indeks massa tubuh (IMT) yang rendah, sementara 11% dari remaja pada usia yang sama lainnya mengalami kegemukan. Antara tahun 2010-2013, prevalensi berat badan lebih (gemuk) dan obesitas meningkat dua kali lipat pada wanita dewasa (dari 15% menjadi 33%), sedangkan seperempat wanita hamil mengalami kurus (Kementerian Kesehatan, 2013). Keberadaan kekurangan gizi, obesitas, dan kekurangan gizi mikro di dalam rumah tangga dan individu yang sama juga telah dipublikasikan secara ilmiah. Beban ganda ibu dan anak, di mana ibu yang mengalami berat badan lebih tinggal di rumah yang sama dengan anak yang pendek (*stunted*) atau gizi kurang (*underweight*), telah diamati pada 11% rumah tangga pedesaan di Indonesia (Oddo, Rah, Semba, & et al., 2012). Sementara data terbaru menurut RISKESDAS 2018 menunjukkan terdapat 10,1% anak balita kurus dan 7,6% balita mengalami kegemukan (Kementerian Kesehatan, 2018).

Beban Ganda Masalah Gizi di Indonesia dikaitkan dengan meningkatnya usia harapan hidup yang telah dipengaruhi oleh: pergeseran beban penyakit dari penyakit menular ke penyakit tidak menular (PTM); peningkatan kesejahteraan secara nasional disertai dengan peningkatan ketersediaan pangan, yang telah menyebabkan peningkatan konsumsi lemak dan makanan olahan per kapita; serta pertumbuhan urbanisasi dengan lebih banyak orang yang tinggal di perkotaan dimana kota-kota tersebut tidak ramah pejalan kaki dan kurangnya fasilitas yang mendorong aktivitas fisik.

Selain itu, Beban Ganda Masalah Gizi memiliki dampak di sepanjang siklus kehidupan. Kerusakan yang paling parah dan berlangsung jangka panjang terjadi pada periode pertumbuhan dan perkembangan yang cepat, khususnya selama 1.000 hari pertama kehidupan (1.000 HPK) sejak masa kehamilan hingga anak berusia dua tahun, dan selama masa remaja. Saat ini, Beban Ganda Masalah Gizi paling umum terjadi di kelompok berpenghasilan tinggi di Indonesia (Oddo, Rah, Semba, & et al., 2012). Namun, bukti menunjukkan bahwa kecenderungannya akan terjadi peningkatan yang cepat pada kelompok miskin karena meningkatnya obesitas dan berat badan berlebih dikombinasikan dengan sedikitnya perubahan yang terjadi pada angka kekurangan gizi (Delisle & Batal, 2016).

Beban Ganda Masalah Gizi mengakibatkan banyak sekali kerugian, baik dalam bidang kesehatan, maupun bidang pembangunan dan ekonomi Indonesia. Dimana kerugian tersebut dapat terjadi mulai sebelum kelahiran. Ibu dengan berat badan kurang cenderung memiliki bayi dengan pertumbuhan intra-uterus yang terhambat serta lahir dengan berat badan lahir rendah dan dengan risiko kematian yang lebih tinggi (Black, Victora, Walker, & et al., 2013). Berat badan berlebih dan obesitas pada ibu juga meningkatkan risiko kematian bayi (Meehan, Beck, Mair-Jenkins, & et al., 2014). Sementara bayi dengan berat badan lahir rendah lebih cenderung untuk mengalami kekurangan gizi pada masa kanak-kanak (Cresswell, Campbell, De Silva, & Filippi, 2012).

Kekurangan gizi dan kegemukan selama masa kanak-kanak dikaitkan dengan tingkat mortalitas dan morbiditas yang lebih tinggi. Kurang gizi menyebabkan 45% kematian pada anak usia di bawah lima tahun di seluruh dunia (Black, Victora, Walker, & et al., 2013) dan merupakan predisposisi bagi anak untuk menderita penyakit menular seperti diare dan infeksi saluran pernapasan akut (Black, Allen, Bhutta, & et al., 2008). Pada saat yang sama, setidaknya 2,6 juta orang meninggal setiap tahun akibat kelebihan berat badan ataupun obesitas (WHO, 2018). Anak yang gemuk cenderung tumbuh menjadi orang dewasa yang mengalami berat badan berlebih dan mengalami PTM yang berkaitan dengan pola makan seperti diabetes tipe 2 (Bjeeregaard, Jensen, & Angquist, 2018) dan penyakit kardiovaskular (Litwin, 2014). Remaja putri yang mengalami malnutrisi lebih rentan untuk menjadi wanita dewasa yang juga terkena malnutrisi dan melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah. Dengan demikian, ia akan mewariskan Beban Ganda Masalah Gizi dari satu generasi ke generasi berikutnya.

Beban Ganda Masalah Gizi menghambat pembangunan manusia, mengakibatkan kemiskinan intergenerasi, dan memperlambat pertumbuhan ekonomi. Anak-anak yang kurang gizi dan/atau kelebihan berat badan, tidak hadir di sekolah lebih sering dan berprestasi kurang baik secara akademis (Dewey & Begum, 2011) (An, Yan, Shi, & Yang, 2017). Diperkirakan bahwa *stunting* dan kekurangan gizi lainnya merugikan Indonesia lebih dari US\$ 5 miliar per tahun setara dengan hilangnya 2-3% dalam produk domestik bruto karena kehilangan produktivitas sebagai akibat dari standar pendidikan yang buruk dan berkurangnya kemampuan fisik (WFP, 2014) (Bappenas, 2018). Kerugian akan lebih besar jika obesitas dan kelebihan berat badan diperhitungkan.

Sifat Beban Ganda Masalah Gizi yang kompleks dan saling terkait di Indonesia mendesak pemerintah untuk mengambil langkah-langkah yang efektif dan simultan mengatasi semua bentuk malnutrisi.

## 2.2. KEMAJUAN DALAM PENANGANAN BEBAN GANDA MASALAH GIZI

Bagian ini menilai kemajuan terhadap target untuk menurunkan prevalensi kekurangan gizi dan obesitas yang ditetapkan dalam RPJMN 2015-2019 (lihat **Tabel 1**).

Tabel 1. Target Gizi di Indonesia dan Sasaran Global

Indikator	Target WHA (2025)	Baseline (2013)	Riskesdas 2018	Target RPJMN (2019)
<i>Stunting</i> (pendek) pada anak usia 0-59 bulan	Penurunan 40%	37.2%	30.8%	-
Anemia pada wanita usia subur	Penurunan 50%	22.7%	Data belum tersedia	-
Berat badan lahir rendah pada bayi	Penurunan 30%	5.7% (< 2500 gr)	6.2% (< 2500 gr)	8% (Buku II) (≤ 2500 gr)
<i>Overweight</i> (kegemukan) pada anak usia 0-59 bulan	Tidak meningkat	11.9%	8.0	-
ASI Eksklusif pada bayi usia < 6 bulan	Naik menjadi 50% (minimal)	41.5%	52.0%	50% (Buku II)
<i>Wasting</i> (kurus) pada anak usia 0-59 bulan	Turun menjadi <5%	12.1%	10.2%	9.5% (Buku II)
<b>Kerangka Global WHO untuk PTM (2025)</b>				
Obesitas pada dewasa usia 18+ tahun	Tidak meningkat	15.4%	21.8%	15.4% (Buku I dan II)
<i>Underweight</i> (gizi kurang) pada anak usia 0-59 bulan	-	19.6%	17.7%	17% (Buku I dan II)
<i>Stunting</i> (pendek) pada anak usia 0-23 bulan	-	32.9%	29.9%	28% (Buku I dan II)
Anemia pada ibu hamil	-	37.1%	48.9%	28% (Buku II)

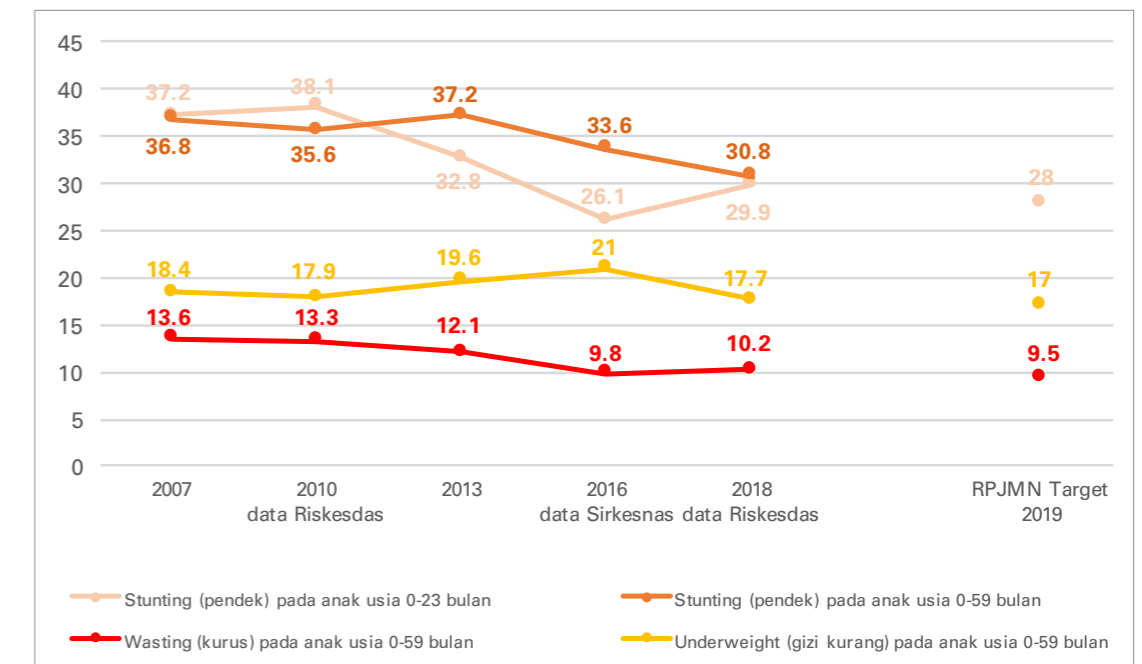
Sumber: WHO, 2012; WHO, 2013; Bappenas, 2015; Kementerian Kesehatan, 2013; Kementerian Kesehatan, 2018

Tiga dari indikator RPJMN 2015-2019 sama dengan target global yang disahkan oleh negara-negara anggota Majelis Kesehatan Dunia (*World Health Assembly/WHA*) pada tahun 2012 dan kemudian dimasukkan ke dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) sebagai target yang harus dipenuhi pada tahun 2030. Indonesia adalah negara penandatangan kesepakatan WHA dan SDGs. Selain itu, RPJMN juga mencakup target gizi untuk obesitas usia dewasa, yang telah diadopsi sebagai target pilihan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dalam Kerangka Global WHO untuk PTM.

### 2.2.1. Kurang Gizi pada Anak

Kurang gizi yang dialami pada anak usia di bawah lima tahun antara lain *stunting*, *wasting*, dan *underweight*. Di Indonesia, prevalensi kurang gizi tersebut cenderung mengalami penurunan dari tahun 2007 hingga 2018. **Gambar 2** mengilustrasikan capaian target gizi anak balita menurut RPJMN 2015-2019.

Gambar 2. Capaian Target RPJMN 2015-2019 terkait Kekurangan Gizi pada Anak Balita



Sumber: RISKESDAS 2007, 2010, 2013, 2018; SIRKESNAS 2016

*Stunting* pada anak adalah bentuk kekurangan gizi yang paling umum di Indonesia dan tetap menjadi tantangan utama. Tahun 2018, Riskesdas menunjukkan prevalensi *stunting* pada anak usia di bawah dua tahun sebesar 29,9 %. Angka ini memperlihatkan adanya penurunan dalam beberapa tahun terakhir dan target penurunan *stunting* untuk anak usia di bawah dua tahun pada 2019 telah terpenuhi dimana angka ini mendekati target pada RPJMN yakni 28% di tahun 2019.

Data tahun 2013 dan 2018 menunjukkan adanya disparitas prevalensi *stunting* secara geografis. Data dari 2013 (Kementerian Kesehatan, 2013), yang telah dijelaskan secara lengkap dalam *background paper* sebelumnya tentang gizi di Indonesia yang dilakukan pada tahun 2014 (Bappenas, 2014), menunjukkan bahwa *stunting* sangat umum terjadi di bagian paling timur dan paling barat Indonesia dimana mencapai puncaknya dengan 51,7 % di Nusa Tenggara Timur (NTT). Sebagian besar provinsi (28 dari 34 provinsi) memiliki prevalensi *stunting* di atas 30%, yang dikategorikan oleh WHO sebagai prevalensi yang sangat tinggi dalam masalah kesehatan masyarakat (WHO, NLiS, 2018). Prevalensi *stunting* pada anak lebih tinggi di daerah pedesaan (40%) dibandingkan dengan daerah perkotaan (31%), dan jauh lebih tinggi pada kelompok dengan tingkat kekayaan terendah

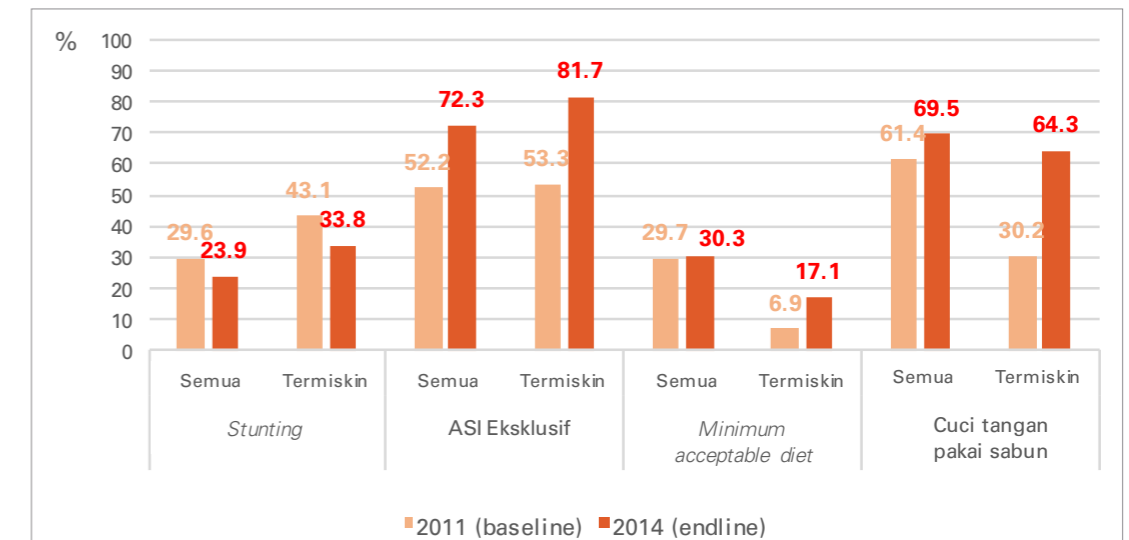
dibandingkan dengan kuintil terkaya. (lihat **Lampiran 1**). Namun demikian, 29,0% anak-anak di kuintil kekayaan tertinggi mengalami *stunting* dimana hal ini menggambarkan bahwa *stunting* bukan hanya masalah yang terkait dengan kemiskinan. Data Riskesdas 2018 menunjukkan hal yang tidak jauh berbeda dimana bagian paling timur dan paling barat Indonesia menjadi daerah dengan angka *stunting* balita tertinggi dibandingkan daerah lainnya (lihat **Lampiran 1**). Terdapat 20 provinsi memiliki prevalensi *stunting* sangat tinggi ( $\geq 30\%$ ) berdasarkan klasifikasi WHO terbaru (WHO, NLiS, 2018). Secara nasional, prevalensi *stunting* balita menurun menjadi 30,8% (Kementerian Kesehatan, 2018). Jika dibandingkan dengan prevalensi *stunting* tahun 2013, terjadi penurunan sebesar 1,28 poin persen pertahun. Hal ini mengindikasikan bahwa apabila tingkat penurunan ini dapat dipertahankan maka target penurunan *stunting* pada balita sesuai WHA dapat tercapai di tahun 2025.

Di tingkat kabupaten, kemajuan penurunan *stunting* sangat bervariasi. Dari 438 kabupaten di Indonesia, hampir setengah (206 setara dengan 47%) mengalami penurunan prevalensi *stunting* antara 2007 dan 2013 serta 52 kabupaten mengalami pengurangan di atas 10% selama periode enam tahun. Pengamatan lebih dekat dan pemahaman tentang faktor-faktor yang berkontribusi pada perbaikan gizi di kabupaten yang berhasil akan membantu kabupaten lain yang belum berhasil secara efektif menurunkan *stunting* pada anak. Contoh dimana *stunting* telah berhasil diturunkan di tiga kabupaten melalui adopsi pendekatan multisektoral dijelaskan dalam **Kotak 1**.

**Kotak 1. Fokus pada Upaya Kabupaten yang Berhasil dalam Menurunkan *Stunting* dan Perbaikan Gizi**

Aksi bersama untuk perbaikan gizi dilakukan di Kabupaten Klaten, Sikka, dan Jayawijaya sebagai bagian dari program Maternal and Young Child Nutrition Security in Asia (MYCNSIA) dari tahun 2011 hingga 2014. Hasilnya adalah pengurangan lima persen poin pada persentase *stunting*, 20 persen poin peningkatan untuk persentase ASI eksklusif dan peningkatan konsumsi pada anak serta perilaku kebersihan. Peningkatan yang terjadi lebih besar pada kelompok yang paling miskin. Tujuh faktor keberhasilan percepatan perbaikan gizi yang dapat diidentifikasi mencakup: (i) lingkungan legislatif yang mendukung; (ii) perencanaan dan penganggaran di tingkat pusat dan daerah; (iii) pendekatan multisektoral untuk mengintegrasikan hasil dan mengoptimalkan saluran untuk promosi; (iv) *platform* efektif untuk rumah tangga yang paling rentan dan kurang beruntung; (v) peningkatan pengetahuan dan keterampilan konseling tenaga kesehatan masyarakat; (vi) sistem pemantauan yang efektif; serta (vii) bekerja sama dengan mitra.

**Gambar 3. Perbaikan Gizi di Tiga Kabupaten MYCNSIA, 2011-2014**



Sumber: (UNICEF, 2017)

*Wasting* adalah bentuk kekurangan gizi yang sangat serius karena sangat meningkatkan risiko kematian dan kesakitan. Tingkat kematian pada anak dengan gizi buruk akut (*Severe Acute Malnutrition/SAM*) adalah 11,6 kali lebih tinggi dibandingkan pada anak dengan gizi baik, dan mereka yang bertahan hidup dari keadaan gizi buruk akut dapat terus mengalami masalah perkembangan di sepanjang hidup mereka (Ologin, McDonald, & Ezzati, 2013). Bukti global menunjukkan bahwa *wasting* (kurus) meningkatkan risiko *stunting* pada anak, gangguan perkembangan kognitif, dan penyakit tidak menular di masa dewasa (Lelijveld, Seal, & Wells, 2016) (Grantham-McGregor, Powell, Walker, & Chang, 1994). Indonesia memiliki tingkat kekurangan gizi akut tertinggi keempat di dunia, dengan sekitar tiga juta anak balita mengalami *wasting* (kurus), diantaranya yakni 1,4 juta anak mengalami sangat kurus (Kementerian Kesehatan, 2013). Data tahun 2013 menunjukkan bahwa enam provinsi memiliki prevalensi lebih dari 15% yang dianggap sebagai masalah kesehatan masyarakat yang sangat tinggi oleh WHO (WHO, NLiS, 2018) sehingga memerlukan respons darurat. Meskipun **Gambar 2** menunjukkan bahwa ada beberapa kemajuan dalam menurunkan prevalensi *wasting*, namun hal ini belum dikonfirmasi oleh survei SMART<sup>1</sup> yang dilakukan di Kabupaten Kupang yang menunjukkan tetap tingginya prevalensi *wasting* (UNICEF/ACF, 2016 *Unpublished*). Namun demikian, data terbaru Riskesdas 2018 menunjukkan angka *wasting* pada balita mengalami penurunan menjadi 10,2% dan semua provinsi memiliki prevalensi balita kurus di bawah 15%, dengan provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB) memiliki prevalensi tertinggi yakni sebesar 14,4% (Kementerian Kesehatan, 2018).

*Underweight* adalah indikator kekurangan gizi anak yang tidak membedakan antara kekurangan gizi jangka pendek *wasting* dan kronis *stunting*. Prevalensi *underweight* cenderung meningkat antara tahun 2010 sampai 2016, namun hasil utama Riskesdas 2018 menunjukkan penurunan prevalensi menjadi 17,7% yang mengindikasikan bahwa target RPJMN 2015-2019 kemungkinan besar akan tercapai. Namun demikian, *underweight* bukan merupakan indikator yang sensitif dan indikator ini belum diadopsi sebagai indikator WHA (lihat **Tabel 1**).

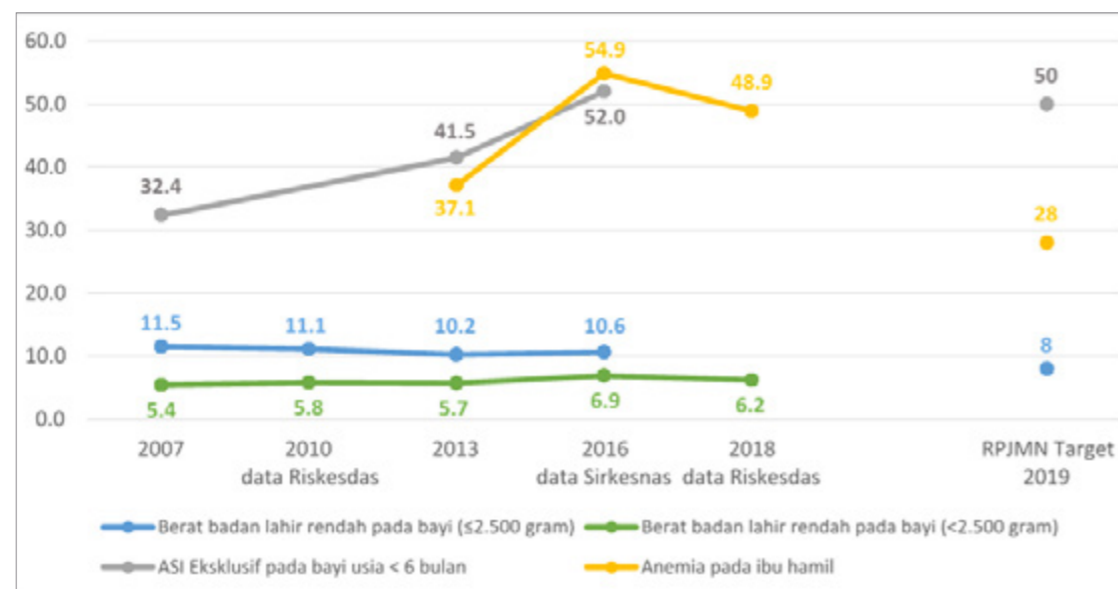
<sup>1</sup> Survei SMART (*Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition*) mengadopsi metode standar untuk mengukur tingkat *wasting* (kekurusan) pada anak-anak.

### 2.2.2. Kurang Gizi pada Perempuan

Sejak penyusunan *background paper* sebelumnya tentang gizi di Indonesia pada tahun 2014 (Bappenas, 2014), terdapat minimnya ketersediaan data terbaru tentang status gizi ibu untuk menentukan capaian target sejak tahun 2014. Kurang Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil yang diukur melalui lingkaran lengan atas (LILA) dilaporkan dalam *background paper* tentang gizi 2014 dan ditemukan adanya peningkatan antara 2010 dan 2013. Hampir satu dari empat wanita hamil (24,2%) memiliki LILA yang rendah (<23,5 cm) pada tahun 2013 dan ini hampir tidak berubah pada tahun 2016, tetapi kemudian menurun di tahun 2018 menjadi 17,3% (Kementerian Kesehatan, 2018).

Berat badan lahir rendah (BBLR) (<2.500 gram) merupakan indikator kekurangan gizi ibu yang menunjukkan adanya sedikit perubahan selama 10 tahun terakhir dan tidak ada indikasi yang jelas bahwa target RPJMN 2015-2019 akan terpenuhi (lihat **Gambar 4**). Data Riskesdas 2018 dengan indikator BBLR <2.500 gram menunjukkan adanya peningkatan yakni 5,4% di tahun 2007 menjadi 5,7% di tahun 2013 dan 6,2% di tahun 2018. Serupa dengan tahun 2013 dimana BBLR terjadi lebih banyak pada keluarga dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah. Namun, angka ini cenderung sama untuk daerah pedesaan (6,3%) dan perkotaan (6,1%) (Kementerian Kesehatan, 2018).

**Gambar 4. Kemajuan terhadap Target RPJMN 2015-2019 untuk Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah, Anemia dan ASI Eksklusif**



Sumber: RISKESDAS 2007, 2010, 2013, 2018; SIRKESNAS 2016. Catatan: angka ASI Eksklusif diambil berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007, 2012, dan 2017.

### 2.2.3. Pemberian Makan pada Bayi dan Anak

Menyusui hingga usia dua tahun telah dilaporkan secara luas memiliki banyak manfaat jangka pendek dan jangka panjang bagi anak dan ibu (Horta & Victora, 2013). WHO, UNICEF, dan Kementerian Kesehatan Indonesia merekomendasikan bahwa bayi harus disusui secara eksklusif selama enam bulan pertama semenjak lahir dan sesudah itu dilakukan pengenalan makanan pendamping ASI dalam bentuk padat atau semi padat bersamaan dengan kelanjutan menyusui hingga usia 24 bulan. Seperti yang ditunjukkan pada **Gambar 4**, target RPJMN 2015-2019 untuk pemberian ASI eksklusif tampaknya akan tercapai.

Meskipun prestasi ini terlihat jelas, praktik pemberian makan pada bayi dan anak (PMBA) di Indonesia masih sangat tidak memadai. Sementara 61% ibu memulai menyusui dalam satu jam pertama kelahiran bayi mereka, hanya setengah (54%) terus menyusui hingga usia dua tahun (BPS & Kemenkes, 2017). Lebih dari sepertiga (37%) dari ibu pada tahun 2012 memberikan susu botol kepada anak mereka antara usia 0-23 bulan yang meningkatkan risiko penyakit infeksi seperti diare karena sulitnya mensterilkan dot pada botol dengan benar (BPS & Kemenkes, 2012). Selain itu, jenis makanan pendamping yang diperkenalkan tidak memadai untuk memenuhi kebutuhan gizi anak yang sedang dalam masa pertumbuhan. Pada tahun 2012, hanya 58,2% anak-anak berusia 6 hingga 23 bulan menerima makanan dengan empat atau lebih kelompok makanan. Ini berarti bahwa hampir setengah dari semua anak Indonesia tidak menerima gizi yang mereka butuhkan selama dua tahun pertama hidupnya untuk bertumbuh dan berkembang secara optimal.

### 2.2.4. Defisiensi Mikronutrien

Sangat sedikit data baru yang tersedia terkait defisiensi mikronutrien sejak *background paper* sebelumnya tentang gizi dilakukan sebagai bagian dari Kajian Sektor Kesehatan 2014 (Bappenas, 2014). Anemia pada wanita dan anak-anak masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dengan kategori berat menurut klasifikasi WHO (WHO, 2010). Anemia sebagian besar disebabkan oleh defisiensi zat besi, dan juga terkait dengan defisiensi mikronutrien lainnya seperti vitamin A, asam folat, dan vitamin B12. Prevalensi anemia juga lebih tinggi di daerah dimana kecacingan umum terjadi. Seperti yang ditunjukkan **Gambar 4**, anemia pada ibu hamil (hemoglobin <11 g/dl) telah meningkat secara mengkhawatirkan dalam beberapa tahun terakhir. Data dari tahun 2016 menunjukkan bahwa lebih dari separuh ibu hamil mengalami anemia yang jauh di atas nilai target RPJMN 2015-2019. Riskesdas 2018 juga menunjukkan hal serupa dengan hampir separuh ibu hamil mengalami anemia (48,9%). Selain itu, lebih dari seperempat (28%) anak-anak di bawah usia lima tahun mengalami anemia (hemoglobin < 11 g/dl) pada tahun 2013 (Kementerian Kesehatan, 2013). Namun, di tahun 2018, data anemia pada anak balita belum tersedia. Tidak ada keraguan bahwa anemia memiliki dampak besar pada kesehatan dan kesejahteraan perempuan dan anak di Indonesia.

Hingga saat ini ketersediaan data baru tentang defisiensi vitamin A masih minim sehingga tidak memungkinkan untuk menilai kemajuan. Survei nasional terakhir tentang status vitamin A dilakukan oleh Kementerian Kesehatan pada tahun 1992 dan menemukan bahwa serum retinol kurang dari 20 µg / dL pada setengah dari anak-anak berusia 6-59

bulan. SEANUTS 2011 memeriksa status vitamin A pada anak, tetapi tidak termasuk anak dengan usia kurang dari dua tahun yang kemungkinan besar berada pada risiko terbesar kekurangan vitamin A, sehingga data tidak dapat dibandingkan. Dalam survei ini hanya 1,5 persen anak di daerah pedesaan berusia 2-4 tahun ditemukan memiliki kekurangan vitamin A.

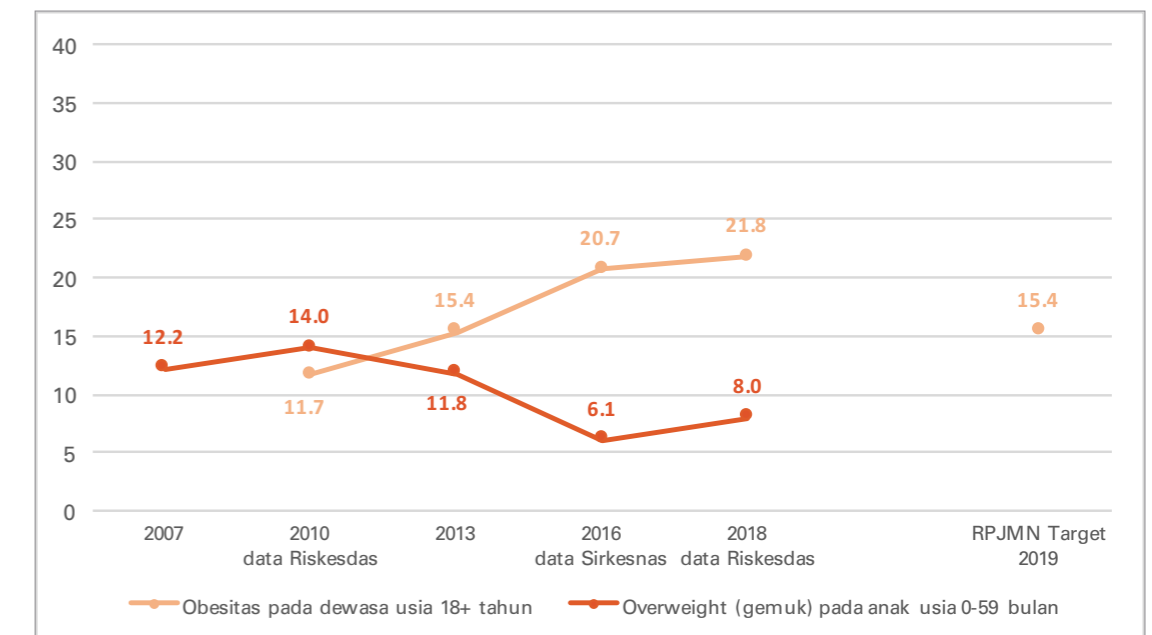
Demikian pula, tidak terdapat data baru tentang tingkat kekurangan yodium yang tersedia sejak *background paper* sebelumnya tentang gizi di Indonesia yang dilakukan sebagai bagian dari Kajian Sektor Kesehatan 2014 (Bappenas, 2014), yang menemukan bahwa status yodium pada anak sekolah dan wanita usia subur tetap memadai, sementara status yodium pada wanita hamil berada pada ambang batas.

### 2.2.5. Kegemukan dan Obesitas

Prevalensi kegemukan (IMT  $\geq 25$  sampai  $< 27$ ) dan obesitas (IMT  $\geq 27$ ) di kalangan orang dewasa meningkat tajam dan obesitas sekarang menjadi tantangan masalah gizi terbesar di masa depan yang dihadapi oleh Indonesia. Dalam lima tahun, antara tahun 2013 dan 2018, prevalensi obesitas telah meningkat enam persen dan lebih tinggi dari target RPJMN 2015-2019 (lihat **Gambar 5**). Selain itu, terdapat perbedaan geografis yang signifikan dengan prevalensi obesitas tertinggi ditemukan di Sulawesi Utara (30,2%) dan terendah di NTT (10,3%) dimana semua provinsi telah mengalami peningkatan obesitas secara progresif dari waktu ke waktu (Kementerian Kesehatan, 2018). Data obesitas pada dewasa berdasarkan jenis kelamin dan kuintil kekayaan belum tersedia di Riskesdas 2018. Walaupun demikian, di tahun 2016, menunjukkan kegemukan dan obesitas pada wanita dewasa jauh lebih tinggi daripada pria dewasa, dimana terdapat 41,6% wanita dewasa kelebihan berat badan dibandingkan 24% pria. Sementara di tahun 2013, obesitas ditemui pada semua kelompok kuintil pendapatan baik yang rendah maupun yang lebih tinggi dan 7% orang dewasa pada kuintil kekayaan terendah mengalami obesitas (Kementerian Kesehatan, 2013) (lihat **Lampiran 1**).

Pada kelompok anak di bawah usia lima tahun, prevalensi kelebihan berat badan (berat badan per tinggi badan  $> 2$  score) menunjukkan tidak ada peningkatan. Sekitar 7% anak balita diperkirakan mengalami kegemukan pada tahun 2018 (Kementerian Kesehatan, 2018). Walaupun data berat badan lebih pada balita berdasarkan kuintil kekayaan di tahun 2018 belum tersedia, data Riskesdas tahun 2013 menunjukkan kegemukan terjadi lebih banyak pada kuintil kekayaan yang lebih tinggi dibandingkan pada kuintil kekayaan yang lebih rendah, namun bahkan pada kuintil kekayaan terendahpun, 10,2% anak balita mengalami kegemukan pada tahun 2013 (lihat **Lampiran 1**).

**Gambar 5. Kemajuan terhadap Target RPJMN 2015-2019 untuk Kegemukan dan Obesitas**



Sumber: RISKESDAS 2007, 2010, 2013, 2018; SIRKESNAS 2016

### 2.2.6. Gizi Remaja

Meskipun tidak ada target yang masuk dalam RPJMN 2015-2019 untuk gizi remaja<sup>2</sup>, masa remaja adalah periode kritis kedua untuk pertumbuhan fisik setelah tahun pertama kehidupan, dimana ketika perubahan psikososial dan emosional yang mendalam terjadi dan peningkatan kognitif dan kapasitas intelektual tercapai. Selain itu, Indonesia sendiri adalah rumah bagi sekitar 45 juta remaja laki-laki dan perempuan atau setara dengan 18% dari total penduduk (BPS, 2010). Remaja di Indonesia sudah mulai menderita Beban Ganda Masalah Gizi. Pada tahun 2013, 9,4% remaja berusia 16-18 tahun dan 11,1% dari mereka yang berusia 13-15 tahun mengalami kurus (IMT per usia  $< -2$  SD Zscore), sementara 7,3% dan 10,8%, secara berurutan, mengalami kelebihan berat badan (IMT per usia  $> +1$  SD Zscore) (Kementerian Kesehatan, 2013). Prevalensi kegemukan pada kelompok usia 16-18 tahun meningkat tajam dari 1,4% pada tahun 2010 menjadi 7,3% pada 2013, yang menunjukkan bahwa kegemukan meningkat dengan cepat. Prevalensi *stunting* pada usia 16-18 tahun sebesar 31,4% dan pada kelompok usia 13-15 tahun sebesar 35,1%, dan yang menjadi perhatian adalah sebagian besar anak perempuan akan memasuki fase kehamilan dalam keadaan kurang gizi sehingga dapat memperpanjang siklus malnutrisi. Prevalensi kurus (LILA  $< 23,5$  cm) pada kelompok remaja putri yang hamil sudah lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan yang lebih tua yaitu sekitar satu dari tiga dibandingkan dengan satu dari empat (24,2%) secara berurutan. **Kotak 2** menjelaskan gaya hidup dan pola konsumsi remaja di Indonesia dan melihat pentingnya mengembangkan kebijakan yang menargetkan kelompok usia remaja.

<sup>2</sup> WHO mendefinisikan remaja pada usia antara 10 dan 19 tahun.

### Kotak 2. Fokus pada Gaya Hidup dan Pola Makan Remaja yang Berkontribusi pada Beban Ganda Masalah Gizi

Remaja semakin dianggap penting sebagai agen perubahan gizi yang potensial di Indonesia karena berperan dalam memotong rantai kemiskinan dan malnutrisi antargenerasi. Kebiasaan makan pada usia remaja saat ini akan menentukan pola konsumsi generasi masa mendatang ketika remaja tersebut tumbuh menjadi orang dewasa di kemudian hari.

Sebuah survei dan studi kualitatif di dua kabupaten di Indonesia telah menunjukkan bahwa remaja tidak mengembangkan gaya hidup dan pilihan konsumsi yang sehat. Secara keseluruhan, mereka relatif tidak aktif dan menghabiskan sebagian besar waktu luang untuk duduk: menonton TV, menggunakan ponsel mereka, belajar, atau bekerja. Sebagian besar remaja bepergian dengan sepeda motor dan menghabiskan sedikit waktu untuk berjalan, bersepeda, dan berolahraga.

Meskipun remaja pada umumnya makan tiga kali sehari, namun terdapat sedikit keluarga yang memasak dan makan bersama. Hanya setengah remaja yang disurvei sarapan di rumah, sementara separuh lainnya membeli makanan, baik di warung maupun di sekolah. Penelitian kualitatif menemukan bahwa makan siang biasanya merupakan makanan jadi yang dibeli di warung dan seringkali termasuk minuman manis. Makan malam sebagian besar dilakukan di rumah, tetapi jarang dilakukan secara bersama dengan keluarga. Sebaliknya, makan malam paling sering dilakukan di depan televisi, menggantikan praktik tradisional makan bersama di atas tikar di lantai. Dua per tiga (66%) remaja yang disurvei mengonsumsi kudapan berupa makanan olahan dan sekitar sepertiga remaja mengonsumsi kue, kue kering, gorengan, dan kerupuk. Selain itu, 20% mengonsumsi makanan siap saji dan 14% kudapan lokal buatan sendiri. Sementara 84% sering mengonsumsi minuman manis. Rata-rata remaja menghabiskan sekitar Rp 6.000,- (US\$ 0,42) per hari untuk makanan dan minuman. Sebagai hasil dari pilihan konsumsi ini, kurang dari setengah remaja yang disurvei mengonsumsi 5 atau lebih dari 11 kelompok makanan yang memenuhi rekomendasi untuk konsumsi yang beragam.

Studi kualitatif menemukan bahwa meskipun sekolah-sekolah memiliki pengelolaan yang berbeda-beda dalam penjualan makanan, tetapi tidak ada kontrol pada jenis makanan yang dijual, yang pada umumnya menjual makanan dan minuman yang tidak sehat. Selain itu, pada umumnya para guru masih belum memahami bahwa pendidikan gizi di sekolah menengah (SMP dan SMA) merupakan tanggung jawab mereka. Selain dari pendidikan gizi di sekolah dasar, sumber utama informasi gizi untuk remaja adalah televisi dan internet.

Temuan ini menggarisbawahi peluang penting yang dapat dilakukan pada remaja dalam meningkatkan status gizi dan pola konsumsi penduduk Indonesia. Saat ini, gizi remaja belum dianggap sebagai prioritas dalam agenda pembangunan nasional,

meskipun peluang untuk meningkatkan perbaikan gizi remaja di Indonesia dapat dilakukan melalui penguatan kebijakan di tingkat kabupaten, dan melalui penguatan mekanisme koordinasi lintas sektor. Berkenaan dengan hal tersebut, terdapat beberapa rekomendasi meliputi: (i) meningkatkan **permintaan** untuk makanan sehat melalui kampanye sosial dan perubahan perilaku secara massal menggunakan teknologi modern, dan pendidikan gizi; (ii) mengendalikan **pasokan**, pemasaran dan penjualan makanan yang kurang sehat; serta (iii) memperluas **akses** ke makanan sehat dan fasilitas olahraga.

Perbaikan kebijakan dan program pangan sekolah merupakan pilihan penting untuk perbaikan gizi di Indonesia. Program gizi berbasis sekolah yang terintegrasi dapat mengatasi Beban Ganda Masalah Gizi, kesehatan buruk yang terkait, serta dapat digunakan untuk membangun dan mengintegrasikan intervensi gizi yang sedang dilakukan. Sekolah juga berperan sebagai pintu akses potensial untuk melibatkan orang tua dan masyarakat. Selain itu, standar makanan di sekolah telah terbukti efektif untuk meningkatkan ketersediaan dan pembelian makanan sehat serta mengurangi pembelian makanan yang tidak sehat.

Sumber: Soekarjo, Roshita, Thow, & et al., 2018; UNICEF, 2018 *Unpublished*; UNICEF, 2018 *Unpublished*

#### PESAN KUNCI

1. Indonesia menderita Beban Ganda Masalah Gizi dimana kekurangan gizi dan obesitas berada dalam populasi, rumah tangga, dan individu yang sama.
2. Periode kritis untuk intervensi gizi adalah 1.000 hari pertama kehidupan dimulai dari kehamilan hingga anak berusia dua tahun, dan masa remaja.
3. *Stunting*, *wasting*, anemia, dan obesitas adalah tantangan gizi yang menjadi prioritas utama.
4. Remaja sudah menderita Beban Ganda Masalah Gizi dan data survei dari dua kabupaten menunjukkan bahwa mereka tidak melakukan gaya hidup dan pilihan konsumsi yang sehat.
5. Minimnya ketersediaan data terbaru tentang indikator gizi utama di seluruh siklus kehidupan serta variasi dalam metode survei dan definisinya sehingga membuat indikator tersebut sulit untuk dipantau kemajuannya sejak disusun *background paper* sebelumnya tentang gizi di Indonesia sebagai bagian dari Kajian Sektor Kesehatan Tahun 2014.
6. Diperlukan langkah bersama untuk mencapai target status gizi dalam RPJMN 2015-2019 dengan *stunting* pada anak usia di bawah dua tahun menjadi satu-satunya indikator yang berpotensi untuk mencapai target.

### 2.3. PENYEBAB BEBAN GANDA MASALAH GIZI

Bagian ini mengkaji penyebab Beban Ganda Masalah Gizi di Indonesia dan mengidentifikasi pencapaian target dan tantangan dalam mengatasinya. **Gambar 1** mengilustrasikan beberapa penyebab malnutrisi yang berperan pada masing-masing tingkatan yang berbeda. Penyebab langsung dijelaskan dengan warna hijau, sementara tiga kelompok penyebab tidak langsung ditunjukkan dengan warna dasar biru, dan akar masalah ditunjukkan dengan warna kuning. Bagian berikut menyajikan data terbaru tentang penyebab malnutrisi di Indonesia.

#### 2.3.1. Konsumsi Pangan yang Tidak Cukup dan Kerawanan Pangan

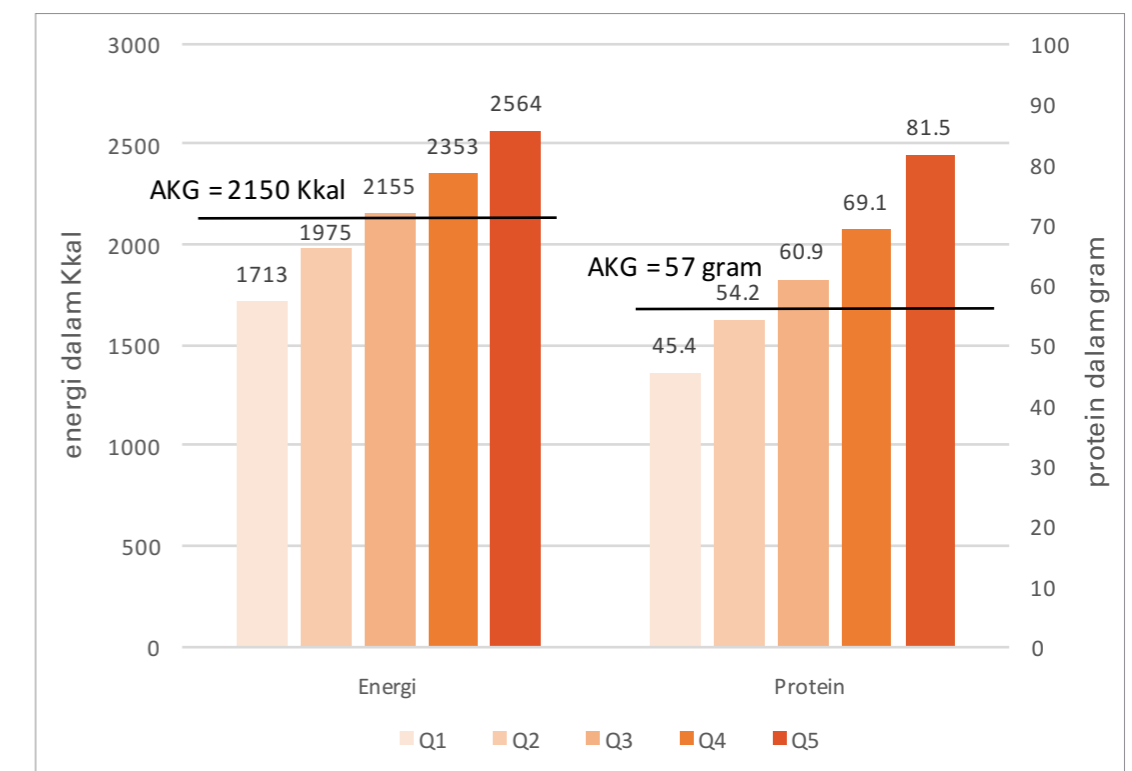
Rumah tangga miskin dan menengah di Indonesia memiliki pola konsumsi yang minim akan zat gizi dan kurang beragam, sementara rumah tangga menengah ke atas memiliki pola konsumsi berlebih, khususnya sumber energi dan makanan olahan. Hal ini berkontribusi terhadap terjadinya kekurangan gizi pada kelompok masyarakat menengah ke bawah serta obesitas pada kelompok menengah ke atas. Data survei pada tahun 2014 menunjukkan bahwa hampir setengah populasi di Indonesia (45,7%) mengonsumsi kurang dari 70% Angka Kecukupan Gizi (AKG)<sup>3</sup> untuk energi, sementara 36,1% mengonsumsi kurang dari 80% AKG untuk protein<sup>4</sup> (SKMI, 2014). **Gambar 6** menunjukkan perbedaan konsumsi sumber energi dan protein pada kelompok masyarakat menurut tingkat kekayaan. Hanya mereka yang berada pada kuintil ketiga, keempat, dan kelima yang mengonsumsi energi dan protein yang cukup.

Pada saat yang sama, semakin banyak penduduk yang mengonsumsi makanan dan minuman yang tidak sehat secara berlebihan. Analisis data tahun 2014 menemukan bahwa 29,7% penduduk Indonesia mengonsumsi gula, garam, dan lemak melebihi rekomendasi WHO dimana untuk gula > 50 g/hari, garam > 5 g/hari, dan lemak > 67 g/hari (Atmarita, Jahari, Sudikno, & Soekatri, 2016).

<sup>3</sup> AKG per orang per hari untuk energi adalah 2,150 kkal sesuai dengan Peraturan Menkes, Pasal 4, 2013.

<sup>4</sup> AKG per orang per hari untuk protein adalah 57 gram.

Gambar 6. Asupan Energi dan Protein per Kapita per Hari Menurut Kelompok Tingkat Kekayaan pada Tahun 2017



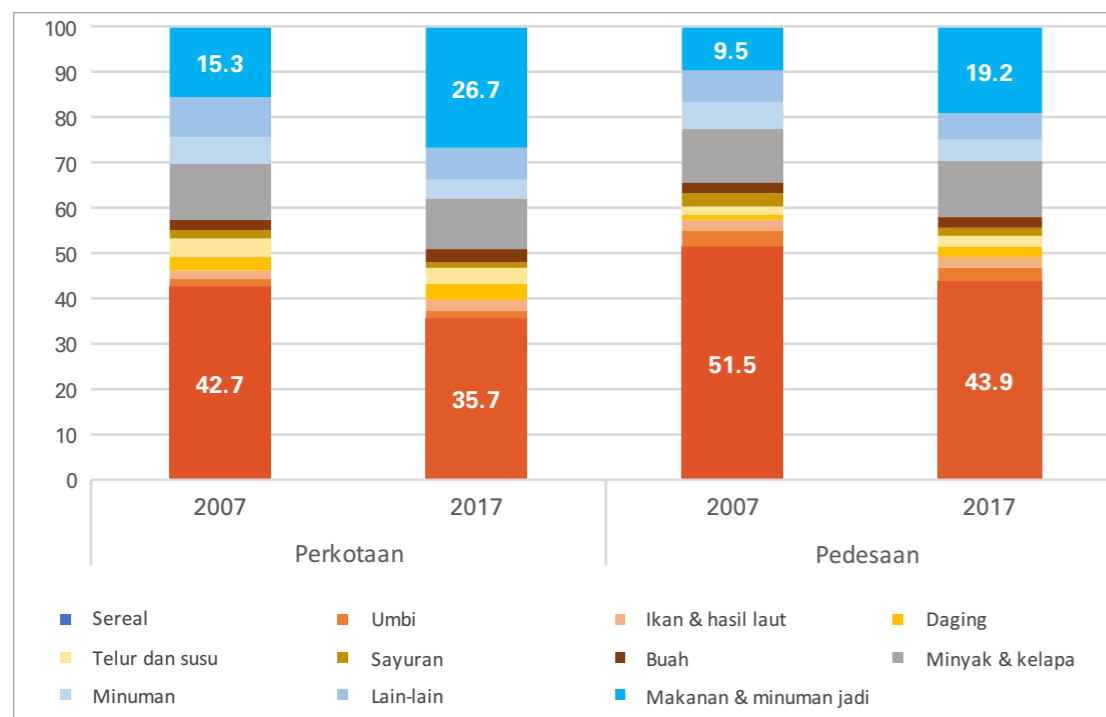
Sumber: SUSENAS 2017

Makanan khas Indonesia adalah makanan berbahan dasar beras dan sereal yang selalu menjadi makanan pokok utama. Sebagaimana dituliskan dalam *background paper* tentang gizi sebelumnya sebagai bagian dari Kajian Sektor Kesehatan 2014, pola makan rumah tangga berubah dengan cepat, tetapi tidak menjadi lebih sehat. **Gambar 7** mengilustrasikan bahwa antara tahun 2007 dan 2017, proporsi energi dalam makanan yang berasal dari sereal yang dikonsumsi oleh penduduk perkotaan dan pedesaan menurun namun hal ini terjadi karena ada peningkatan proporsional dalam asupan energi dari makanan dan minuman jadi (Sumarwan, 2018). Peningkatan konsumsi makanan dan minuman jadi, yang sebagian besar kecenderungannya adalah makanan yang diproses<sup>5</sup> dan tinggi gula, garam dan lemak, di antara penduduk pedesaan sangat terlihat nyata dan mengkhawatirkan. Ini menunjukkan bahwa tingkat obesitas akan terus meningkat dalam kelompok ini sehingga akan menambah Beban Ganda Masalah Gizi. Sementara itu, konsumsi tepung terigu juga meningkat, yang didorong dengan semakin meningkatnya konsumsi mi instan pada 15% remaja berusia 10-19 tahun yang mengonsumsi mi setiap hari pada tahun 2013 (Kementerian Kesehatan, 2013). Di sisi lain, konsumsi buah dan sayur tetap rendah dimana 93,5% penduduk berusia 10 tahun ke atas mengonsumsi buah dan sayur kurang dari 5 porsi dalam sehari (Kementerian Kesehatan, 2013). Pada tahun 2018, pola konsumsi tersebut tidak menunjukkan adanya perbedaan dimana 95,5% penduduk usia  $\geq$  5 tahun mengonsumsi buah dan sayur kurang dari 5 porsi dalam sehari (Kementerian Kesehatan, 2018).

<sup>5</sup> 'Diproses' didefinisikan sebagai makanan atau minuman apapun yang telah diolah dari keadaan mentah.

Keragaman pola konsumsi yang rendah berkaitan dengan terjadinya *stunting* pada anak. Sebuah penelitian yang dilakukan di Jawa Timur menilai keragaman pola konsumsi pada 12 kelompok makanan, yang kemudian dijumlahkan sebagai Skor Keragaman Konsumsi Pangan Rumah Tangga (*Household Dietary Diversity Score*), menemukan bahwa skor yang lebih rendah dikaitkan dengan *stunting* bahkan ketika penyesuaian dibuat untuk ukuran keluarga, pengetahuan ibu, pengeluaran untuk makanan, serta asupan energi dan protein dari ASI (Mahmudiono, Sumarmi, & Rosenkrantz, 2017). Kementerian Kesehatan memperkirakan bahwa hanya 29% dari anak-anak berusia 6-59 bulan mengonsumsi makanan sumber zat besi dan hanya 20% yang mengonsumsi telur (Kemenkes, 2014).

Gambar 7. Asupan Energi per Kapita per Hari dari Kelompok Makanan yang Berbeda pada Tahun 2007 dan 2017



Sumber: BPS, 2007; BPS, 2017

Asupan makanan ditentukan oleh ketahanan pangan yang memiliki empat dimensi, yaitu: ketersediaan, akses, konsumsi, dan pemanfaatan pangan (WFP, 2017). Badan Pangan Dunia (WFP) melaporkan bahwa secara keseluruhan, ketahanan pangan meningkat antara tahun 2010 dan 2015 yakni ketika hanya 58 dari 398 kabupaten yang ditemukan sangat rentan terhadap kerawanan pangan (WFP, 2016). Beberapa penelitian baru-baru ini menyimpulkan bahwa akses ekonomi (keterjangkauan) terhadap pangan dibandingkan dengan ketersediaan pangan merupakan penyebab utama kerawanan pangan di Indonesia (SMERU, 2015) (WFP, 2017) (WFP & Bappenas, 2017). Sebuah studi untuk memperkirakan biaya konsumsi di Indonesia menemukan bahwa 38% dari populasi nasional tidak mampu membeli makanan bergizi dan persentase ini naik menjadi 68% di daerah terpencil seperti NTT dimana biaya transportasi makanan tinggi (WFP & Bappenas, 2017). Gejolak harga pangan terutama untuk beras, daging, sayur, dan buah, memperburuk situasi ketika rumah tangga miskin terpaksa mengurangi jumlah

dan kualitas makanan yang mereka konsumsi (SMERU, 2015). Sebagian besar (80%) rumah tangga dengan tingkat pengeluaran rendah dan menengah menghabiskan lebih dari separuh pengeluaran mereka untuk makanan di tahun 2017, dan membelanjakan porsi yang jauh lebih besar dari uang mereka untuk makanan dibandingkan dengan 20% penduduk terkaya (BPS, 2017).

Meskipun harga makanan tetap menjadi penghalang utama bagi banyak keluarga miskin di Indonesia, tetapi pengeluaran untuk makanan dan minuman olahan, yang sebagian besar cenderung makanan yang diproses, meningkat empat kali lipat pada masyarakat perkotaan dan juga pedesaan dari tahun 2007 hingga 2017. Pertumbuhan industri makanan dan minuman mendorong terjadinya perubahan pola konsumsi di Indonesia dan berkontribusi pada terjadinya Beban Ganda Masalah Gizi seperti yang dijelaskan pada **Kotak 3**.

### Kotak 3. Fokus pada Peningkatan Konsumsi Makanan dan Minuman Olahan yang Berkontribusi pada Kejadian Beban Ganda Masalah Gizi

Industri makanan dan minuman sedang berkembang pesat di Indonesia dengan tingkat pertumbuhan sebesar 12,7% yang tercatat untuk kuartal pertama 2018 dan memberikan kontribusi 6,1% terhadap total PDB pada tahun 2017 (Lukman, 2018). Sektor ini berkembang dengan peningkatan 20% dalam investasi domestik langsung (*Domestic Direct Investment/DDI*) pada tahun 2017, dibandingkan dengan penurunan 7% dalam investasi asing langsung (*Foreign Direct Investment/FDI*). Pada kuartal pertama tahun 2018, industri makanan dan minuman menyumbang 12,5% dari DDI atau setara dengan US\$ 711 juta. Pembuatan makanan dan minuman olahan, yang pada umumnya tinggi lemak, gula, dan garam, sebagian besar dilakukan oleh perusahaan Indonesia, meskipun industri sangat bergantung pada bahan baku impor. Sebagai contoh, produksi gula dalam negeri sudah cukup untuk memenuhi permintaan rumah tangga, tetapi 100% gula yang terdapat dalam produk jadi merupakan bahan impor, terutama dari Thailand dan Australia (Lukman (komunikasi personal), 2018).

Peningkatan jumlah makanan dan minuman olahan di pasar yang ada di Indonesia diiringi dengan peningkatan gerai makanan cepat saji. Menurut perusahaan riset pasar, *Euromonitor International*, penjualan makanan cepat saji diperkirakan akan tumbuh sebesar 7% per tahun hingga 2016 dengan jumlah gerai yang melonjak dari 5.890 pada tahun 2011 menjadi 9.100 pada tahun 2017. Lebih lanjut lagi, perusahaan memperluas jangkauan mereka di luar kota-kota besar (Bland, 2013).

Seiring dengan meningkatnya pasokan, demikian pula permintaan, perubahan gaya hidup konsumen dianggap telah menjadi penyebab terjadinya peningkatan konsumsi produk olahan (Sumarwan, 2018). Konsumen memiliki lebih sedikit waktu untuk menyiapkan makanan di rumah karena mereka menghabiskan lebih banyak waktu bekerja di luar rumah, sementara produk olahan tersedia dengan mudah di pasaran dengan harga terjangkau. Selain itu, terdapat beberapa bukti yang menunjukkan bahwa iklan TV mendorong konsumsi makanan olahan dimana rata-rata orang yang menonton TV terpapar dengan satu iklan makanan atau minuman tidak sehat setiap empat menit di Indonesia, sedangkan di China, Malaysia, dan

Korea Selatan dengan durasi setiap 12-26 menit (Kelly, Hebden, & King, 2014). Studi lain juga menunjukkan pengaruh yang signifikan dari paparan televisi selama masa kanak-kanak terhadap pengeluaran rumah tangga di kemudian hari, dan juga pada konsumsi makanan dan minuman ringan di Indonesia (Oberlander, 2018). Data terbaru juga melihat pengaruh pilihan makanan di Indonesia melalui ketersediaan pilihan yang lebih luas dari aplikasi layanan cepat yang memungkinkan pelanggan untuk memesan dan membayar makanan dengan mudah menggunakan ponsel (Martianto, 2018).

Saat ini, walaupun target penurunan obesitas telah dimasukkan ke dalam RPJMN 2015-2019, akan tetapi program pencegahan dan penatalaksanaan obesitas secara komprehensif belum ada, sehingga pengawasan terhadap konten, pemasaran, dan penjualan makanan olahan perlu ditingkatkan. Hal tersebut menjadi kebutuhan mendesak bagi pemerintah untuk menyusun dan memperkuat regulasi yang membatasi ketersediaan, aksesibilitas, dan konsumsi makanan dan minuman dengan kadar gula, garam, dan lemak yang tinggi.

### 2.3.2. Beban Penyakit, Akses terhadap Pelayanan Kesehatan, dan Lingkungan yang Tidak Mendukung

Hubungan antara kekurangan gizi dan penyakit infeksi (menular) terlihat sangat jelas. Infeksi, terutama diare, kecacingan, infeksi saluran pernapasan akut (ISPA), serta campak dan malaria, dapat menurunkan nafsu makan, menyebabkan peradangan, dan kemudian menyebabkan penurunan berat badan, sementara anak yang kekurangan gizi memiliki risiko lebih besar terkena infeksi (Tomkins & Watson, 1989). Penyakit infeksi masih banyak terjadi di Indonesia. Pada tahun 2012, 14,3% anak usia di bawah lima tahun dilaporkan mengalami diare dalam dua minggu terakhir, sementara 5% memiliki gejala ISPA, dan 31% pernah mengalami demam (BPS & Kemenkes, 2012). Sementara tahun 2018, 12,3% balita dilaporkan mengalami diare (Kementerian Kesehatan, 2018). Saat ini, data mengenai angka kecacingan di tingkat nasional yang dikaitkan dengan anemia dan *stunting* masih belum tersedia. Bukti yang ada menunjukkan bahwa lebih dari seperempat anak balita (28%) menderita kecacingan (Kemenkes, 2015). Penyakit infeksi lebih sering terjadi pada kuintil kekayaan yang lebih rendah.

Saat ini, Indonesia sedang mengalami transisi epidemiologi dengan beban penyakit bergeser dari penyakit menular dan kematian pada usia lebih muda ke arah PTM, peningkatan usia harapan hidup, dan peningkatan usia rata-rata kematian. Obesitas adalah penyumbang utama beban PTM, terutama terkait dengan perkembangan penyakit diabetes mellitus, hipertensi, stroke, dan kardiovaskular. Menurut perkiraan WHO, kematian proporsional karena PTM di Indonesia telah meningkat dari 50,7% pada tahun 2004 menjadi 71% pada tahun 2014 (WHO, 2014). Diabetes merupakan masalah tersendiri dimana jumlah orang dengan diabetes diperkirakan hampir dua kali lipat, dari 7,6 juta pada 2013 menjadi 11,8 juta pada 2030. Dengan pertumbuhan prevalensi diabetes sebesar 6% per tahun, hal ini jauh melebihi tingkat pertumbuhan populasi tahunan negara Indonesia secara keseluruhan (Novo Nordisk, 2013). Data 2018 menunjukkan

prevalensi diabetes pada penduduk umur  $\geq 15$  tahun sebesar 10,9% berdasarkan kriteria Diabetes Melitus menurut Konsensus PERKENI 2015 (Kementerian Kesehatan, 2018).

Hasil dari peningkatan beban PTM yang berkaitan dengan pola makan adalah permintaan yang meningkat terhadap layanan kesehatan di Indonesia. Pengeluaran kesehatan telah meningkat di Indonesia tetapi akses ke pelayanan kesehatan masih belum universal. Pada tahun 2014, Pemerintah Indonesia memperkenalkan skema asuransi kesehatan universal yang dikenal sebagai Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk memastikan akses ke pelayanan kesehatan bagi semua warga negara. Pada tahun 2017, 41% dari populasi tidak tercapuk oleh JKN termasuk sekitar 62% anak di bawah usia lima tahun (BPS, 2017). Sebuah evaluasi tentang Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) di Indonesia menemukan bahwa beberapa puskesmas mengalami kekurangan pasokan air bersih, listrik, telepon dan dokter (lihat **Tabel 2**).

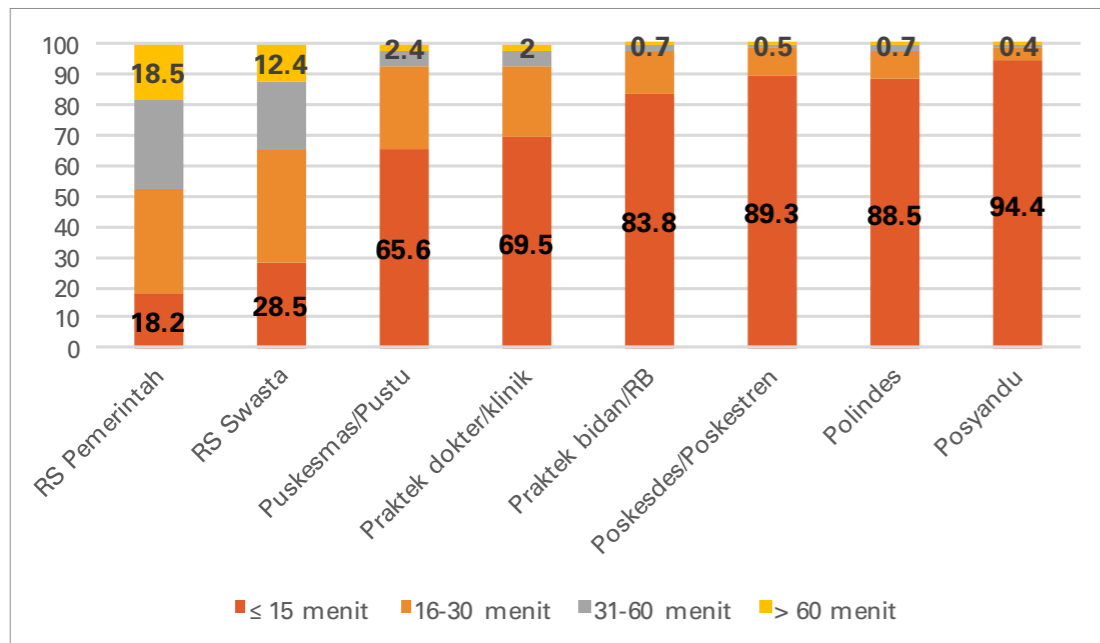
Tabel 2. Akses ke Infrastruktur secara Nasional pada Tahun 2011

Jenis Akses	%
Kecamatan tanpa puskesmas	6,3
Puskesmas tanpa pasokan air bersih	28,3
Puskesmas tanpa listrik 24 jam	12,6
Puskesmas tanpa telepon	16,0
Puskesmas tanpa dokter	4,2

Sumber: Mahendradhata & et al., 2017

Akses ke pelayanan kesehatan juga dipengaruhi oleh jarak tempuh ke fasilitas kesehatan terdekat. Data tahun 2013 menunjukkan bahwa akses ke fasilitas kesehatan berbasis masyarakat atau UKBM (posyandu, polindes, poskesdes/poskestren) sudah cukup baik (ditempuh dalam waktu  $\leq 15$  menit oleh sekitar 80-90% rumah tangga). Sementara akses ke pelayanan kesehatan dasar (puskesmas), relatif terjangkau (ditempuh  $\leq 15$  menit oleh hampir 70% rumah tangga) (lihat **Gambar 8**). Namun demikian, rumah tangga termiskin menempuh lebih lama dibanding dengan kelompok terkaya untuk semua jenis fasilitas kesehatan. Waktu tempuh  $\leq 15$  menit oleh kelompok termiskin untuk ke posyandu sekitar 85% dan untuk ke puskesmas 42%, sedangkan kelompok terkaya sekitar 97% untuk ke posyandu dan 77% untuk ke puskesmas (Kementerian Kesehatan, 2013).

Gambar 8. Persentase Rumah Tangga berdasarkan Waktu Tempuh ke Fasilitas Kesehatan pada Tahun 2013



Sumber: RISKESDAS 2013

Hubungan antara kekurangan gizi dengan minimnya akses air bersih, sanitasi, dan higiene (WASH) di Indonesia sudah semakin banyak dibuktikan. Sebuah tinjauan literatur terbaru menemukan bahwa prevalensi *stunting* di Indonesia berkaitan dengan ketersediaan kakus yang tidak layak dan air minum yang tidak dimasak (Beal, Tumilowicz, Sutrisna, Izwardy, & Neufeld, 2018). Namun, bukti terbaru dari uji coba yang besar dan dirancang dengan baik di Bangladesh (Luby, Rahman, & Arnold, 2018), Kenya (Null, Stewart, & Pickering, 2018) (uji coba Manfaat WASH) dan Zimbabwe (SHINE) telah melaporkan tidak ada efek dari intervensi WASH terhadap *stunting*. Dampak yang kurang tersebut mungkin merupakan konteks khusus. Namun demikian, penelitian menunjukkan bahwa peningkatan akses ke air dan sanitasi saja akan memiliki dampak terbatas pada pertumbuhan anak.

### 2.3.3. Praktik Pemberian Makan dan Pengasuhan yang Tidak Adekuat

Praktik pemberian makan bayi dan anak yang buruk berkaitan dengan kejadian *stunting* pada anak di Indonesia (Beal, Tumilowicz, Sutrisna, Izwardy, & Neufeld, 2018). Sesuai dengan ketentuan WHO dan UNICEF Global, Kementerian Kesehatan merekomendasikan pemberian ASI secara eksklusif selama enam bulan pertama setelah anak lahir, kemudian diiringi dengan pemberian makanan pendamping ASI yang aman dan bergizi serta dilanjutkan menyusui sampai setidaknya anak berusia dua tahun. Waktu dan durasi pemberian ASI pada anak di Indonesia sangat bervariasi. Sebagaimana dicatat dalam Bagian 1.2.3, hanya 61% wanita yang memulai menyusui dalam satu jam pertama kelahiran bayi mereka dan hanya setengah (54%) yang terus menyusui hingga dua tahun (BPS & Kemenkes, 2017). Kajian mendalam tentang gizi ibu, bayi, dan anak di Indonesia menemukan bahwa praktik-praktik yang merugikan, seperti tidak memberikan

kolostrum kepada bayi baru lahir dilakukan oleh beberapa ibu saat pemberian makan pra-lakteal dengan kurma yang dilunakkan, madu, biskuit, dan susu formula (*Breast Milk Substitutes/BMS*) umum terjadi (60%), dan paling sering dilakukan oleh wanita dari kuintil kekayaan yang lebih tinggi (Alive & Thrive, 2018). Inisiasi dan durasi menyusui bervariasi menurut provinsi, usia ibu, kuintil kekayaan, dan jenis pekerjaan. Kajian ini mengidentifikasi hambatan pemberian ASI eksklusif seperti melahirkan dengan cara bedah caesar, melahirkan di fasilitas non kesehatan dan non pemerintah, kurangnya dukungan dari sang nenek, menerima sampel susu formula dari bidan, pembengkakan payudara ibu, penyakit anak, serta bekerja penuh waktu.

Hampir separuh (48%) bayi diperkenalkan pada makanan pendamping yang terlalu dini di Indonesia dan jenis makanan yang diperkenalkan tidak mendukung pertumbuhan dan perkembangan optimal. Hanya 23% bayi berusia 6-8 bulan diberi empat atau lebih kelompok makanan pada tahun 2012, naik menjadi 75% di antara kelompok usia 18-23 bulan (BPS & Kemenkes, 2012). Proporsi anak usia 6-23 bulan yang diberi makan sesuai dengan ketiga rekomendasi PMBA<sup>6</sup> sebesar 18% untuk anak usia 6-8 bulan dan 45% untuk anak usia 18-23 bulan (BPS & Kemenkes, 2012). Terdapat bukti yang menunjukkan bahwa hambatan keuangan menjadi alasan buruknya praktik pemberian makanan pendamping karena provinsi dengan tingkat kerawanan pangan tertinggi merupakan daerah dengan tingkat praktik pemberian makanan pendamping yang adekuat paling rendah (Alive & Thrive, 2018).

Faktor lain yang berperan pada PMBA yang tidak adekuat adalah minimnya penegakan regulasi yang komprehensif di Indonesia. Berdasarkan Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, perusahaan diberi kewajiban untuk menyediakan fasilitas bagi perempuan yang menyusui selama jam kerja, sementara Undang-Undang No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan, memberikan hak seorang pekerja perempuan untuk beristirahat selama 45 hari sebelum melahirkan dan 45 hari setelah melahirkan. Namun, sebuah studi pada tahun 2011 menemukan bahwa hanya 10% dari instansi pemerintah dan 11% dari instansi swasta menyediakan ruang menyusui (*Save the Children*, 2013), sementara lebih dari setengah (57,5%) dari tenaga kerja perempuan di Indonesia dipekerjakan secara informal dengan sedikit hak ketenagakerjaan (Indonesia Investments, 2018). Indonesia memiliki beberapa regulasi yang berlaku terkait dengan Kode Internasional tentang Pemasaran Pengganti ASI (*the International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes*). Undang-Undang No. 33 Tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif saat ini melarang produsen dan distributor mempromosikan serta mengiklankan susu formula untuk bayi di bawah enam bulan di fasilitas kesehatan, sementara fasilitas kesehatan dan petugas kesehatan tidak diizinkan untuk menjual, memberi, atau mempromosikan susu formula untuk bayi. Ada juga beberapa pembatasan terhadap pelabelan dan iklan produk susu untuk bayi di bawah satu tahun. Namun, sebuah studi 2015 di Indonesia menemukan lebih dari 1.000 insiden ketidakpatuhan terhadap kode internasional tersebut oleh berbagai produsen dan distributor (*Access to Nutrition Index*, 2016). UNICEF telah menyoroti ukuran substansial dari bisnis pengganti ASI di Indonesia dengan penjualan diperkirakan mencapai Rp 25,8 triliun pada tahun 2016 (UNICEF, 2016).

6 Didefinisikan sebagai susu atau produk susu, dengan keragaman dan frekuensi makan yang adekuat.

Saat ini, belum ada undang-undang yang mengatur tentang pemberian makan untuk anak di atas usia dua tahun serta belum adanya kepatuhan terhadap undang-undang yang ada untuk mendukung praktik PMBA yang aman dan bergizi. Analisis yang dilakukan oleh Universitas Padjajaran dengan UNICEF dan *Alive & Thrive*, telah mengungkapkan bahwa peningkatan pemberian ASI di Indonesia dapat menyelamatkan 5.377 kehidupan anak dan Rp 3 triliun dalam biaya kesehatan setiap tahun (UNICEF, 2016). Hal ini menyoroti kebutuhan mendesak untuk memperluas regulasi nasional dalam memastikan PMBA yang memadai untuk semua anak di bawah usia tiga tahun.

Selain PMBA yang memadai, pertumbuhan dan perkembangan anak bergantung pada praktik pengasuhan yang optimal. Sangat disadari bahwa intervensi pendidikan anak usia dini (PAUD) berfokus pada (i) dukungan orang tua; (ii) stimulasi dan pendidikan dini; (iii) kesehatan dan gizi; (iv) tambahan pendapatan; serta (v) program yang komprehensif dan terintegrasi, dimana hal-hal tersebut memiliki efek positif pada perkembangan kognitif anak (Rao, Sun, & Wong, 2013). Saat ini, terdapat dua bentuk intervensi PAUD di Indonesia, yaitu target pertama adalah anak-anak usia 0-3 tahun melalui sesi pengasuhan (Bina Keluarga Balita) yang dilaksanakan oleh Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Target kedua adalah anak-anak yang berusia 3-6 tahun di pos PAUD dan dilaksanakan oleh Kementerian Pendidikan. Namun, cakupan masih belum menyeluruh dengan 38% anak-anak di bawah usia enam tahun belum tercakup oleh program ini.

#### 2.3.4. Akar Masalah dan Isu yang Terkait

##### Kemiskinan dan Ketidakmerataan

Beban Ganda Masalah Gizi sangat terkait dengan kemiskinan dan ketidakmerataan. Di Indonesia, pertumbuhan ekonomi selama tiga tahun terakhir telah meningkat dari 4,9% pada 2015 ditargetkan menjadi 5,4% pada tahun 2018 dan jumlah orang miskin menurun menjadi 26,58 juta pada tahun 2017 (Bappenas, 2018). Meskipun demikian, ketidakmerataan yang lebar tetap terjadi. Kemiskinan terkonsentrasi di daerah pedesaan di mana 14,3% penduduk hidup di bawah garis kemiskinan sedangkan 8,3% orang di daerah perkotaan. Tingkat kemiskinan dicerminkan oleh tingkat kekurangan gizi dan pola konsumsi. Kurang gizi serta asupan energi dan protein yang tidak memadai jauh lebih tinggi pada kelompok kuintil kekayaan yang lebih rendah, serta di provinsi yang paling miskin dan terpencil, dimana ketidakmerataan ini semakin meningkat. Sementara obesitas dan konsumsi makanan tinggi kadar gula, garam, dan lemak lebih umum terjadi pada kelompok kekayaan yang lebih tinggi. Untuk saat ini, hal ini dengan cepat akan menjadi masalah utama di antara kelompok miskin. Bank Dunia telah memberitahukan bahwa untuk mencapai pertumbuhan yang lebih cepat dan lebih inklusif, Indonesia perlu membelanjakan lebih baik dan lebih banyak di daerah-daerah prioritas (*World Bank*, 2018). Hubungan sinergis antara kemiskinan dan gizi berarti bahwa memprioritaskan gizi akan berkontribusi dalam mengurangi kemiskinan, sementara mengurangi kemiskinan akan berkontribusi pada perbaikan gizi.

##### Tren Demografi dan Urbanisasi

Indonesia mengantisipasi 'bonus demografi' pada tahun 2020-2030 ketika proporsi orang dalam kelompok usia produktif (15-64 tahun) mencapai maksimum dan rasio ketergantungan berada pada tingkat terendah (Bappenas, 2018). Produktivitas ekonomi dengan demikian perlu dioptimalkan. Anak-anak dan remaja saat ini akan membentuk angkatan kerja yang produktif di tahun 2020-2030. Sisi negatif dari fenomena demografi ini adalah setidaknya sepertiga anak dan remaja saat ini mengalami *stunting* dan akan kurang produktif di masa depan. Sisi positifnya adalah terdapat peluang untuk mengurangi Beban Ganda Masalah Gizi, mengembangkan pola makan yang sehat, serta berinvestasi dalam 'bonus demografi'.

Selain profil usia yang berubah dari populasi, juga terjadi peningkatan migrasi dari pedesaan ke daerah perkotaan ketika orang mencari pekerjaan. Populasi perkotaan meningkat dari 42% pada tahun 2000 menjadi 50% pada tahun 2010, dan diperkirakan akan meningkat menjadi 67% pada 2035 (SMERU, 2015). Dampak negatif dari kecenderungan ini adalah lebih banyak orang di daerah perkotaan yang terpapar dengan lingkungan obesogenik (gerai makanan cepat saji, iklan makanan dan minuman tinggi gula, garam, lemak, dll.) yang terkait dengan tingkat obesitas yang semakin tinggi. Selain itu, lingkungan perkotaan menjadi tidak kondusif untuk aktivitas fisik yang menyebabkan minimnya olahraga yang berdampak terhadap penambahan berat badan dan obesitas. Orang-orang yang tinggal di daerah perkotaan memiliki pilihan transportasi yang lebih dapat diandalkan dan tersedia bagi mereka, terdapat sedikit fasilitas olahraga yang dapat diakses, serta tenaga kerja yang telah beralih dari pekerjaan pertanian dan yang bersifat fisik. Hal yang mengkhawatirkan adalah gaya hidup remaja di Indonesia, baik di daerah perkotaan maupun pedesaan. Sebuah survei di dua kabupaten menemukan bahwa selama seminggu, remaja melaporkan paling sering duduk santai (2 jam), menonton televisi (2 jam), menggunakan ponsel mereka (2 jam), atau duduk untuk belajar atau bekerja (3 jam). Selama akhir pekan, mereka melaporkan bahwa mereka paling sering menggunakan ponsel mereka (3 jam), menonton televisi (2 jam), atau duduk untuk belajar/bekerja di sekolah/kampus/tempat kerja (2 jam). Di luar sekolah, anak perempuan lebih umum (68%) melakukan duduk santai atau melakukan pekerjaan rumah tangga seperti menyapu, sedangkan 60% anak laki-laki bermain sepak bola (UNICEF, 2018 *Unpublished*). Namun demikian, urbanisasi juga menawarkan kesempatan untuk menjangkau lebih banyak orang dengan lebih mudah melalui pesan dan aksi untuk mempromosikan makanan dan gaya hidup yang lebih sehat.

##### Desentralisasi

Sistem pemerintahan yang terdesentralisasi di Indonesia diperkenalkan pada tahun 2000. Reformasi memberikan kewenangan yang lebih besar, kekuasaan politik, dan sumber daya keuangan bagi kabupaten dan desa, tidak melalui provinsi. Wewenang yang menjadi tanggung jawab pemerintah daerah termasuk tanggung jawab untuk penyediaan layanan di berbagai sektor, termasuk layanan gizi. Sementara pemerintah pusat mempertahankan peran kepemimpinan, koordinasi, dan pemantauan. Dana yang ada disalurkan langsung kepada pemerintah kabupaten yang dapat dialokasikan sesuai

dengan prioritas daerah. Pada tahun 2014, desentralisasi keuangan menjadi selangkah lebih maju dengan adanya Dana Desa (lihat **Kotak 4**). Sumber dana yang lebih besar saat ini tersedia di tingkat kabupaten dan desa yang memberdayakan pemerintah daerah dan masyarakat untuk mengatasi Beban Ganda Masalah Gizi melalui solusi yang disesuaikan dengan konteks lokal di daerah mereka. Tantangannya adalah memastikan melalui advokasi bahwa gizi diprioritaskan di antara banyaknya prioritas yang saling bersaing dan memastikan bahwa pemerintah daerah memiliki pemahaman tentang penyebab, dampak, dan intervensi yang tepat untuk menangani Beban Ganda Masalah Gizi.

### Gender

Terdapat bukti global yang kuat yang menyatakan bahwa status perempuan dalam masyarakat terkait dengan status gizi dan kelangsungan hidup anak. Analisis data dari 96 negara menunjukkan bahwa tingkat ketimpangan gender masyarakat, seperti jumlah perempuan dalam pekerjaan atau tingkat pendidikan mereka relatif terhadap laki-laki, merupakan faktor penting yang berkontribusi terhadap tingkat malnutrisi dan kematian anak (Marphatia, Cole, & Grijalva-Eternod, 2016). Di Indonesia, Instruksi Presiden (No. 9, 2000) mencerminkan niat pemerintah untuk terus memperbaiki kondisi untuk perempuan dan anak perempuan di bidang kesehatan, pendidikan, angkatan kerja dan partisipasi politik. Selain itu, ada inisiatif yang berjalan, seperti Gerakan Pekerja Perempuan Sehat Produktif (GP2SP) yang dilaksanakan bersama oleh Kementerian Kesehatan, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Ketenagakerjaan, dan Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. Program ini bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan dan gizi pekerja perempuan sehingga mereka dapat merawat anak-anak mereka dan mencapai produktivitas kerja maksimum untuk mendukung keluarga mereka. Meskipun ada prakarsa ini, ketidaksetaraan gender dan praktik-praktik berbahaya tetap ada.

Perempuan Indonesia lebih rentan terhadap kemiskinan sebagai akibat ketidaksetaraan gender dalam distribusi pendapatan, akses ke kredit, kontrol atas properti dan sumber daya alam, dan akses ke mata pencaharian. Data dari 2012 menunjukkan bahwa 63,3% wanita menikah antara usia 15-49 tahun dipekerjakan pada tahun sebelumnya tetapi 26,3% dari wanita yang dipekerjakan tersebut tidak dibayar baik secara tunai maupun dalam bentuk barang, termasuk mereka yang bekerja di pertanian pribadi dan dalam bisnis keluarga (BPS & Kemenkes, 2012). Selanjutnya, perempuan menghadapi diskriminasi dalam hal upah. Industri pakaian (atau garmen) di Indonesia merupakan salah satu kasus terburuk dalam hal kesenjangan upah di sektor manufaktur negara. Rata-rata, pekerja perempuan informal di industri garmen Indonesia berpenghasilan 20% lebih rendah daripada rekan laki-laki mereka untuk pekerjaan yang sama dan dengan latar belakang pendidikan yang sama (rendah) (Indonesia *Investments*, 2018). Hanya 49,6% wanita di tahun 2012 memiliki rumah sementara 41,4% memiliki lahan, yang sebagian besar berbagi kepemilikan (BPS & Kemenkes, 2012). Partisipasi perempuan dalam pengambilan keputusan juga terkait dengan capaian di bidang kesehatan. Perempuan yang berpartisipasi dalam setidaknya tiga keputusan rumah tangga lebih mungkin untuk mendapatkan pelayanan ANC, dan untuk melahirkan dan mendapatkan pelayanan paska persalinan dari penyedia layanan yang terlatih. Mereka juga melaporkan tingkat kematian bayi, anak, dan balita yang lebih rendah daripada wanita yang tidak berpartisipasi dalam keputusan rumah tangga (BPS & Kemenkes, 2012).

Pernikahan dini tetap menjadi masalah tersendiri di Indonesia. Pada tahun 2015, 21,6% wanita menikah atau dalam ikatan sebelum usia 18 tahun dan angka ini lebih tinggi di pedesaan dibandingkan dengan perkotaan (BPS, 2015). Pernikahan dini berarti bahwa anak perempuan meninggalkan sekolah lebih awal, memiliki bayi pertama mereka lebih awal dan lebih mungkin memiliki bayi dengan berat badan lahir rendah dan tumbuh dengan kekurangan gizi. Selain itu, sebagian besar perempuan Indonesia pernah mengalami kekerasan oleh mantan atau pasangan saat ini. Pada 2016, satu dari tiga wanita berusia 15-64 tahun melaporkan bahwa mereka pernah mengalami kekerasan fisik atau seksual oleh pasangan selama masa hidup mereka (*Statistics Indonesia*, 2016). Komisi Nasional Anti Kekerasan Terhadap Perempuan telah menekankan bahwa undang-undang yang ada tidak cukup melindungi perempuan (Komisi Nasional Perempuan, 2018).

Ketersediaan dukungan terkait untuk ibu bersalin pada tempat kerja di Indonesia juga masih perlu ditingkatkan. Sebagaimana dicatat dalam **bagian 1.3.3**, di bawah hukum ketenagakerjaan (No. 13, 2003), seorang pekerja perempuan berhak atas 45 hari istirahat sebelum melahirkan dan 45 hari setelah melahirkan sesuai dengan perhitungan untuk tanggal persalinan oleh ahli kandungan atau bidan. Namun, 57,5% dari tenaga kerja perempuan di Indonesia dipekerjakan secara informal dengan sedikit hak ketenagakerjaan (Indonesia *Investments*, 2018). Kurangnya hak ketenagakerjaan memperlemah kemampuan perempuan untuk beristirahat selama trimester terakhir kehamilan, menyusui dan merawat anak mereka yang masih kecil, yang semuanya akan mempengaruhi status gizi anak-anak mereka.

UNICEF telah menyoroti perlunya mempromosikan kesetaraan gender, yang berarti bahwa perempuan dan laki-laki, serta anak perempuan dan anak laki-laki menikmati hak, sumber daya, peluang, dan perlindungan yang sama. Pergeseran dalam kesetaraan gender tidak hanya membutuhkan perubahan kesadaran dan perilaku, tetapi juga perubahan dalam dinamika kekuatan mendasar yang membentuk norma dan hubungan gender (UNICEF, 2017).

### Kepercayaan dan Praktik Budaya

Keyakinan sosial dan budaya dapat mempengaruhi gizi baik secara positif maupun negatif. Tinjauan praktik gizi sensitif di Indonesia menyoroti adanya tabu sosial dan budaya dalam hal pembatasan makanan dan pemahaman tentang gizi pada ibu dan anak (Alive & Thrive, 2018). Di antara kelompok populasi tertentu, makanan dibatasi pada masa kehamilan yakni termasuk daging, sayuran dan buah yang mengandung vitamin dan mineral penting seperti zat besi dan vitamin A. Ada juga pembatasan selama periode setelah melahirkan karena beberapa makanan diyakini menunda penyembuhan setelah melahirkan atau untuk mempengaruhi rasa dan kualitas ASI. Beberapa ibu tidak memberikan kolostrum kepada bayi mereka yang baru lahir karena mereka memiliki persepsi negatif tentang manfaatnya dan berpikir bayi mereka akan jatuh sakit.

Penelitian formatif dilakukan di 11 kabupaten dengan kombinasi survei, diskusi kelompok terarah dan wawancara mendalam, menemukan kurangnya kesadaran tentang pentingnya gizi pra-natal dan adanya keberlanjutan mitos tentang makanan dari nenek (IMA *World Health*, 2018). Ada keyakinan yang luas bahwa madu baik untuk bayi, bahwa

susu formula sama baiknya dengan ASI, dan ASI tidak mencukupi sehingga diperlukan makanan tambahan. Ada juga persepsi di antara ibu dan nenek di Indonesia, bahwa untuk anak “lebih gemuk lebih sehat” meskipun persepsi “badan ideal” untuk wanita dewasa adalah tinggi dan langsing sedangkan berotot untuk pria dewasa (Rachmi, Hunter, Li, & Barr, 2017).

Kampanye komunikasi perubahan perilaku sosial (*Social Behaviour Communication Change/SBCC*) dilakukan berdasarkan pesan yang dihasilkan dari riset formatif yang saat ini sedang berjalan dan belum dievaluasi. Keberhasilan aksi SBCC dalam mempengaruhi perilaku terkait gizi di negara-negara tetangga (Sanghvi, Haque, & Roy, 2016) memperkuat pentingnya memperkenalkan kebijakan untuk mendukung SBCC.

### Keadaan Darurat

Bencana adalah hal yang umum terjadi di Indonesia dapat berupa gempa berulang, banjir dan kekeringan yang kerap terjadi menyebabkan penderitaan manusia dan kerusakan ekonomi. Hal ini mengakibatkan hilangnya aset dan pendapatan pada rumah tangga yang rentan, tempat tinggal sementara yang meningkatkan paparan penyakit dan konsumsi makanan yang tidak memadai, kenaikan harga, penurunan produksi dan kekurangan pangan (SMERU, 2015). Semua faktor ini meningkatkan risiko kekurangan gizi, terutama pada anak. Sementara Indonesia telah menghindari krisis gizi yang serius dalam beberapa tahun terakhir, perubahan iklim cenderung meningkatkan frekuensi dan intensitas bencana tersebut di Indonesia sehingga meningkatkan risiko terhadap gizi.

### PESAN KUNCI

1. Diet yang tidak adekuat dan kerawanan pangan berkontribusi terhadap kekurangan gizi dan obesitas:
  - Hampir setengah penduduk (45,7%) dengan tingkat kecukupan energi sangat kurang (<70% AKE) dan 36,1% dengan tingkat kecukupan protein sangat kurang (<80% AKP). sementara 95,5% penduduk yang berusia 5 tahun keatas mengonsumsi kurang dari lima porsi buah atau sayur dalam sehari.
  - Akses ekonomi (keterjangkauan) pangan dibandingkan dengan ketersediaan pangan adalah penyebab utama kerawanan pangan.
  - Pengeluaran untuk makanan dan minuman jadi, yang sebagian besar cenderung diproses, meningkat sebanyak empat kali lipat antara 2007 dan 2017 yang didorong oleh industri makanan dan minuman yang sedang berkembang.
2. Penyakit, akses yang tidak memadai ke pelayanan kesehatan, dan air dan sanitasi, terkait dengan Beban Ganda Masalah Gizi:
  - Penyakit infeksi terus menyebar dan memiliki keterkaitan dengan kekurangan gizi.
  - PTM sedang meningkat sebagai akibat dari meningkatnya obesitas dan menambah beban sistem pelayanan kesehatan.
3. Pemberian makan pada bayi dan anak dan asupan makanan ibu yang buruk, serta praktik perawatan ibu dan pengasuhan anak yang suboptimal adalah penyebab penting dari kekurangan gizi dan obesitas:
  - Tingkat menyusui meningkat tetapi praktik pemberian makanan pendamping ASI yang tidak sesuai terjadi di mana-mana.
4. Perekonomian yang berubah, demografi, relasi gender, keyakinan sosial dan budaya, dan perubahan iklim di Indonesia menawarkan peluang serta ancaman terhadap gizi.

## 2.4. RESPONS TERHADAP BEBAN GANDA MASALAH GIZI

Bagian berikut membahas pencapaian dan tantangan pemerintah dalam menanggapi Beban Ganda Masalah Gizi. Kemajuan dikaji terhadap kebijakan dan strategi yang ditetapkan dalam konsolidasi Kajian Sektor Kesehatan 2014 yang digunakan sebagai dasar untuk RPMJN 2014-2019. Bagian ini dibagi menjadi tiga bagian yang sesuai dengan tiga kelompok intervensi yang diperlukan untuk mencapai gizi optimal seperti yang diilustrasikan pada **Gambar 1**: intervensi gizi spesifik, intervensi gizi sensitif dan lingkungan yang mendukung.

Pendekatan pemerintah untuk memperbaiki gizi diatur dalam bagian terpisah dari undang-undang yang berkaitan dengan kesehatan dan makanan. UU Kesehatan No. 36/2009 menetapkan tujuan prioritas untuk meningkatkan gizi, dan strategi untuk Program Perbaikan Gizi Masyarakat. Strategi tersebut meliputi: (a) peningkatan pola konsumsi makanan sesuai dengan gizi seimbang; (b) peningkatan kesadaran dan perilaku gizi, aktivitas fisik, dan kesehatan; (c) peningkatan akses, dan kualitas layanan gizi sesuai dengan informasi ilmiah dan teknis; dan (d) peningkatan sistem pengawasan pangan dan gizi. Undang-undang lebih lanjut menetapkan kewajiban pemerintah termasuk dalam merespon kebutuhan gizi keluarga yang hidup dalam kemiskinan dan/atau yang terdampak oleh kejadian darurat. Pemerintah juga bertanggung jawab untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran tentang pentingnya gizi. UU Pangan No. 18/2012 menetapkan bahwa pemerintah berkewajiban mengatur perdagangan pangan dengan tujuan menjaga pasokan dan harga makanan yang stabil, mengelola cadangan makanan dan menciptakan iklim bisnis yang sehat. Undang-undang itu juga menyatakan bahwa Rencana Aksi Pangan dan Gizi harus disiapkan setiap lima tahun baik di tingkat pusat maupun daerah.

### 2.4.1. Lingkungan yang Mendukung

Lingkungan yang mendukung mengacu pada semua elemen yang diperlukan untuk memberikan dukungan untuk intervensi dan program gizi (*The Lancet*, 2013). *The Lancet Maternal and Child Nutrition Series* yang diterbitkan pada tahun 2013, menyimpulkan bahwa ada tiga faktor esensial yang membentuk lingkungan yang mendukung: pengetahuan dan bukti, politik dan pemerintahan, serta kapasitas dan sumber daya. Penilaian Kapasitas Gizi (*Nutrition Capacity Assessment*) terhadap faktor-faktor esensial tersebut telah dilakukan oleh UNICEF, Bappenas dan Kementerian Kesehatan, dan laporan penilaian kapasitas gizi tersebut yang dikeluarkan pada tahun 2018 kemudian menjadi salah satu dasar penulisan *background paper* ini (UNICEF, Bappenas & Kemenkes, 2018). Penilaian ini menggunakan pendekatan metode campuran termasuk tinjauan ulang dokumen yang relevan, diskusi kelompok terarah dan wawancara yang dilakukan di tujuh provinsi dan kabupaten yang telah dipilih sebelumnya.

Pemerintah telah memahami pentingnya lingkungan yang mendukung dan yang pertama dari dua kebijakan yang termasuk dalam konsolidasi Kajian Sektor Kesehatan 2014 adalah untuk:

- “Meningkatkan kepemimpinan yang efektif, koordinasi multi-sektor, dan pembagian tanggung jawab untuk mendukung Gerakan 1.000 HPK7 di tingkat pusat dan daerah”

7 Gerakan 1.000 Hari Pertama Kehidupan diluncurkan oleh empat menteri pemerintah ketika Indonesia bergabung dalam Gerakan global Peningkatan Gizi (*Scaling Up Nutrition/SUN Movement*) pada tahun 2011.

### Pengetahuan dan Bukti

Meskipun konsolidasi Kajian Sektor Kesehatan 2014 tidak memasukkan kebijakan atau strategi khusus yang berkaitan dengan pengetahuan dan bukti terkait gizi, ketersediaan data gizi yang tepat waktu dan kredibel, yang disajikan dengan cara yang dapat diakses, dapat membantu pemerintah dan pelaku lainnya untuk bersikap responsif terhadap tantangan, dan memastikan akuntabilitas (*The Lancet*, 2013). Setidaknya delapan survei sekali waktu (*cross-sectional*) dan sistem pengumpulan data rutin yang berbeda digunakan di Indonesia untuk mengumpulkan informasi gizi dan sejumlah besar data dikumpulkan di tingkat pusat dan daerah (lihat **Lampiran 3**). Selain itu, studi satu-kali dilakukan bertujuan untuk mendapatkan wawasan tentang aspek gizi tertentu atau untuk mengukur dampak dari intervensi tertentu. Studi-studi ini biasanya dilakukan dalam sub-populasi dan tidak diulang. Pencapaian penting di Indonesia adalah kemampuan untuk melacak capaian target gizi yang terdapat dalam RPJMN 2015-2019 dimana data dari indikator yang relevan dikumpulkan secara teratur. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) secara luas dianggap dapat diandalkan dan juga mengumpulkan data yang relevan dengan semua target tersebut setiap lima tahun. Pencapaian penting lainnya adalah penerapan sistem surveilans gizi melalui Kementerian Kesehatan, yang berdasarkan survei sekali waktu (*cross-sectional*) tahunan dengan menggunakan 30 teknik pengambilan sampel secara klaster di tingkat kabupaten untuk mengumpulkan data dari 15 indikator gizi. Data tersebut memungkinkan status gizi anak di bawah usia lima tahun dan wanita hamil dapat dilacak untuk mendukung perencanaan layanan.

Namun, ada tantangan besar. Pertama, kapasitas yang terbatas dalam menganalisis dan menggunakan sejumlah besar data yang dikumpulkan. Pemerintah kabupaten umumnya tidak menggunakan informasi terkait gizi secara efektif dalam perencanaan, pemantauan, dan evaluasi program. Sebaliknya, data rutin tidak dianalisis di tingkat kabupaten tetapi hanya dikumpulkan dan diteruskan ke tingkat yang lebih tinggi. Kedua, sistem pengumpulan data tidak terintegrasi, menghambat kemampuan untuk merancang, merencanakan, dan memantau intervensi yang efektif. Suatu sistem informasi yang terintegrasi akan memerlukan indikator gizi relevan yang terstandarisasi dari seluruh sektor terkait untuk digabungkan menjadi satu basis data untuk dilakukan analisis. Saat ini, sistem informasi beroperasi secara independen mengumpulkan data pada kelompok populasi yang berbeda selama periode waktu yang berbeda. Misalnya, data ketahanan pangan dan keragaman pola makan tidak dikumpulkan secara rutin, dan temuan dari survei dipublikasikan secara terpisah. Kurangnya sistem informasi terintegrasi juga mencegah analisis mendalam tentang penyebab dan faktor yang mempengaruhi tingkat malnutrisi pada kelompok populasi yang berbeda. Ketiga, metode dan definisi indikator yang terstandar tidak selalu diterapkan. Contohnya adalah definisi dari indikator 'ASI eksklusif'. Sesuai dengan WHO (WHO, 2007), Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia yang dilakukan setiap lima tahun mendefinisikan 'pemberian ASI eksklusif' sebagai proporsi bayi usia 0–5 bulan yang diberi ASI eksklusif dan mencakup semua bayi yang ada pada saat survei sedang disusui secara eksklusif. Definisi ini berbeda dari indikator yang digunakan oleh RISKESDAS yang mencakup semua data anak yang berusia hingga 23 bulan yang sedang, atau pernah, mendapatkan ASI eksklusif sampai usia 6 bulan. Sehingga, kedua set data tersebut tidak dapat dibandingkan.

Selanjutnya hal tersebut mengakibatkan adanya kesenjangan informasi penting dan tidak adanya pengumpulan indikator kunci. Data regular yang relevan tidak dikumpulkan yakni kecacingan, defisiensi mikronutrien, komposisi tubuh dan kebugaran fisik, dimana dengan tersedianya data tersebut akan memungkinkan pemerintah mengatasi kekurangan vitamin dan mineral, dan juga untuk menangani peningkatan epidemi obesitas dan PTM. Tidak ada sistem informasi manajemen gizi yang utuh yang memungkinkan pelacakan cakupan, kinerja dan kualitas layanan gizi. Hal ini harus mencakup indikator seperti jumlah perempuan dan orang dewasa yang menerima konseling tentang PMBA dan/atau pencegahan obesitas, jumlah petugas kesehatan yang dilatih, tingkat kepatuhan konsumsi Tablet Tambah Darah, dan basis data tentang suplai dan pengadaan suplemen gizi dan peralatan. Selain itu, data tidak selalu dipilah berdasarkan kabupaten atau kelompok populasi yang akan memungkinkan pemanfaatan data untuk menangani masalah disparitas. Pengetahuan tentang Beban Ganda Masalah Gizi pada kelompok populasi yang berbeda (wanita, remaja, anak sekolah terutama usia 5-12 tahun, dan kelompok etnis yang berbeda) dan dampak intervensi pada konteks yang berbeda masih perlu ditingkatkan. Secara khusus, pemahaman tentang epidemi obesitas di Indonesia, bagaimana dan mengapa pola konsumsi pangan berubah, dan cara yang efektif untuk mengendalikan epidemi obesitas masih sangat terbatas. Pemahaman tentang penyebab malnutrisi dalam konteks yang berbeda masih terbatas dan faktor keberhasilan program yang dapat direplikasi dan disesuaikan untuk situasi yang berbeda tidak didokumentasikan dan disebarluaskan secara rutin.

### Politik dan Pemerintahan

#### Komitmen politik

Komitmen nasional untuk gizi ditunjukkan melalui keputusan pemerintah untuk memasukkan target gizi dalam RPJMN 2014-2019 dan komitmen ini telah menguat dalam beberapa tahun terakhir. Pemerintah telah berjanji untuk memenuhi target gizi global WHA pada tahun 2025 (WHO, 2012) dan merupakan penandatanganan target yang sama yang terdapat dalam SDGs (UN, 2015). Pada tahun 2011, Indonesia bergabung dengan Gerakan Peningkatan Gizi (*Scaling up Nutrition/SUN Movement*) dan meluncurkan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi pada Seribu Hari Pertama Kehidupan.

Inisiatif yang lebih baru adalah peluncuran pada tahun 2017 tentang Gerakan Penurunan *Stunting* Nasional sebagai bagian dari kampanye anti-kemiskinan yang lebih luas dari Pemerintah. Ini bertujuan untuk memperkuat dukungan politik dan kepemimpinan untuk gizi di semua tingkatan, dan untuk memperkuat koordinasi dan konvergensi lintas berbagai sektor. Pada tahun 2018, gerakan ini sedang dilaksanakan di 100 kabupaten prioritas dengan tingkat kemiskinan dan prevalensi *stunting* yang tinggi, dan rencananya adalah untuk memperluas ke seluruh 514 kabupaten yang ada pada 2021. Gerakan Masyarakat untuk Hidup Sehat (Germas), yang dimulai tahun 2016, adalah program kesehatan masyarakat nasional yang juga menggunakan pendekatan multisektoral. Program ini melibatkan 18 kementerian dan lembaga. Salah satu dari enam kegiatan utama Germas adalah penyediaan makanan sehat dan akselerasi perbaikan gizi.

### Target dan rencana

Konsolidasi Kajian Sektor Kesehatan 2014 memuat satu rekomendasi untuk:

- “Mengembangkan Rencana Aksi Pangan dan Gizi multi-sektor lima-tahunan di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten.”

Rencana Aksi Pangan dan Gizi Nasional (RAN-PG) lima tahunan untuk periode 2015-2019 sudah tersedia dimana kemudian menjadi tanggung jawab Bappenas. RAN-PG saat ini menekankan bahwa peningkatan status gizi akan dihasilkan dari intervensi gizi spesifik dan program gizi sensitif, yang melibatkan banyak sektor dan difokuskan pada 1.000 hari pertama kehidupan. Bappenas kemudian merilis versi terbaru RAN-PG untuk periode 2017-2019.

Target gizi nasional telah dimasukkan dalam RPJMN 2015-2019 namun tantangannya adalah untuk memastikan bahwa target-target tersebut tercermin dalam rencana strategis (RENSTRA) kementerian terkait. Saat ini, gizi dipandang sebagai tanggung jawab Kementerian Kesehatan dan sektor-sektor utama lainnya tidak memiliki tanggung jawab langsung untuk memastikan bahwa target gizi terpenuhi melalui intervensi sektoral mereka (lihat **bagian 1.4.3**)

Komitmen daerah untuk mengatasi kekurangan gizi, terutama *stunting*, belum diterjemahkan ke dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Provinsi atau Kabupaten (RPJMD). Hanya satu dari tujuh provinsi yang termasuk dalam Penilaian Kapasitas Gizi (*Nutrition Capacity Assessment*) 2018 yang memiliki target gizi dalam RPJMD. Hal ini terutama karena staf Badan Perencanaan Daerah (Bappeda) yang ditugasi dengan tanggung jawab untuk merencanakan RPJMD tidak selalu memiliki gagasan yang jelas tentang skala dan dampak dari Beban Ganda Masalah Gizi. Kementerian Dalam Negeri telah menanggapi dengan mengeluarkan instruksi pada Maret 2018 ke 100 kabupaten pertama untuk Gerakan Penurunan *Stunting* Nasional yang mengarahkan pemerintah lokal untuk mengintegrasikan intervensi untuk penurunan *stunting* dari berbagai kementerian ke dalam RPJMD (Kementerian Desa PDTT, 2017), dan untuk:

1. Melakukan semua intervensi gizi esensial
2. Memobilisasi multi-pihak untuk melaksanakan penurunan *stunting*
3. Melakukan kegiatan terkait *stunting* dengan aksi multisektoral yang konvergen untuk memberikan manfaat kepada kelompok sasaran
4. Secara rutin memantau semua intervensi

Provinsi dan kabupaten juga diharuskan untuk mengembangkan Rencana Aksi Pangan dan Gizi (RAD-PG), di bawah tanggung jawab Bappeda. Namun hanya 3 dari 7 provinsi dan tidak ada kabupaten yang baru-baru ini masuk dalam Penilaian Kapasitas Gizi (*Nutrition Capacity Assessment*) yang memiliki rencana terkini (*Institute of Social and Economic Research, 2018 Unpublished*). Disimpulkan bahwa kapasitas pemerintah daerah untuk merencanakan, mengelola dan memantau layanan gizi masih perlu ditingkatkan dan bahwa ada kebutuhan untuk memperkuat dukungan teknis dalam hal merancang dan menganggarkan RAD-PG yang praktis yang menggunakan pendekatan multisektoral (*Institute of Social and Economic Research, 2018 Unpublished*).

### Peraturan perundang-undangan

Satu dari beberapa strategi yang direkomendasikan dalam konsolidasi Kajian Sektor Kesehatan 2014 adalah untuk:

- “Memperkuat desain, implementasi dan pemantauan hukum, peraturan dan standar untuk gizi”

Ada kemajuan terbatas dalam menetapkan perundang-undangan nasional untuk melindungi dan mempromosikan gizi yang baik. Perundang-undangan mencakup hak atas pangan (No. 18, 2012), perlindungan pemberian ASI eksklusif dan pengawasan dalam penggunaan susu formula (No. 33, 2012), fortifikasi tepung terigu dengan zat besi (No 153, 2001) dan iodisasi garam (No 69, 1994). Meskipun hal ini menggembirakan, ruang lingkup legislasi, penegakan dan pemantauan masih perlu ditingkatkan dan masih belum komprehensif. Cakupan garam beryodium rumah tangga yang cukup di Indonesia tetap berada di sekitar 60-70% sejak tahun 1998 meskipun data survei tahun 2013 menunjukkan sedikit peningkatan menjadi 77% (Kementerian Kesehatan, 2013). Data tentang kualitas dan konsumsi garam beryodium tingkat rumah tangga belum tersedia pada Riskesdas 2018. Meskipun telah diketahui bahwa fortifikasi tepung terigu merupakan hal yang wajib, rekomendasi WHO belum sepenuhnya diterapkan (WHO, 2009). Peraturan untuk mendukung PMBA belum sepenuhnya mematuhi Kode Internasional tentang Pemasaran Pengganti ASI (WHO, 1981).

Selain itu, yang paling penting adalah masih terbatasnya legislasi yang mengatur lingkungan pangan dan membatasi akses ke makanan dan minuman yang tinggi gula, garam dan lemak yang berkontribusi terhadap obesitas yang meningkat. Berbagai pengawasan berhasil diterapkan di negara-negara lain dan basis data global tentang intervensi yang diambil oleh pemerintah yang berbeda telah dikompilasi dalam kerangka *NOURISHING framework* yang dikembangkan oleh Dana Penelitian Kanker Dunia Internasional (*World Cancer Research Fund International, 2018*). Kerangka program yang disesuaikan dengan konteks Indonesia telah diusulkan untuk menangani Beban Ganda Masalah Gizi yang mencakup intervensi gizi spesifik dan program gizi sensitif yang dapat diterapkan di sepanjang siklus kehidupan (Shrimpton & Rokx, 2013). Seperti yang ditunjukkan pada **Tabel 3**, ada beberapa intervensi yang dapat berdampak pada pengurangan Beban Ganda Masalah Gizi tetapi membutuhkan peraturan pemerintah untuk ditegakkan. Secara khusus, legislasi yang jauh lebih kuat diperlukan untuk mengendalikan penjualan makanan dan minuman yang tidak sehat di sekolah, iklan untuk anak-anak dan juga label makanan.

Tabel 3. Intervensi Program untuk Menanggulangi Beban Ganda Masalah Gizi di Sepanjang Siklus Kehidupan

Tahap Kehidupan	Intervensi Langsung (Gizi Spesifik)	Intervensi Tidak Langsung (Gizi Sensitif)
<b>Konsepsi sampai kelahiran</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pemberian mikronutrien (Tablet Tambah Darah atau multi-mikronutrien)</li> <li>Pemberian makanan tambahan dengan energi dan protein seimbang</li> <li>Obat cacing</li> <li>Pengurangan asap rumah tangga/rokok</li> <li>Pengobatan radikal untuk dugaan malaria</li> <li>Kelambu berinsektisida</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Garam beryodium</li> <li>Fortifikasi tepung</li> <li>Fortifikasi minyak</li> </ol>
<b>Anak balita (0-5 tahun)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Promosi pemberian ASI eksklusif</li> <li>Promosi pemberian makanan pendamping ASI yang tepat</li> <li>Intervensi cuci tangan dan kebersihan</li> <li>Pemberian vitamin A dan zinc, dan mikronutrien lainnya sesuai kebutuhan</li> <li>Obat cacing</li> <li>Manajemen/ tatalaksana gizi buruk akut</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mencegah pernikahan anak dan kehamilan remaja</li> <li>Program bantuan tunai bersyarat (dengan pendidikan gizi)</li> </ol>
<b>Anak (5-18 tahun)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Berbasis sekolah</li> <li>Menyediakan makanan sehat</li> <li>Promosi dan penyediaan latihan fisik harian</li> <li>Pemberian Tablet Tambah Darah mingguan / obat cacing</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Tidak ada mesin penjual otomatis atau penjualan makanan cepat saji di sekolah</li> <li>Tidak ada iklan makanan yang ditujukan untuk anak-anak</li> </ol>
<b>Dewasa (18+ tahun)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Konseling oleh penyedia layanan medis tentang diet sehat</li> <li>Dorongan di tempat kerja untuk berolahraga dan makan makanan sehat</li> <li>Berolahraga secara teratur</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pelabelan makanan <ol style="list-style-type: none"> <li>Petunjuk (<i>signposting</i>) terkait gizi</li> <li>Kontrol klaim makanan</li> </ol> </li> </ol>

Sumber: Shrimpton & Rokx, 2013

Untuk pencegahan obesitas pada usia dewasa diperlukan strategi nasional terkait pengaturan makanan dan aktifitas fisik yang didalamnya mencakup lingkungan, kebijakan dan program yang mendukung, meliputi, pencegahan di tingkat masyarakat, deteksi dini, dan tatalaksana obesitas di fasilitas kesehatan. Menurut WHO beberapa contoh intervensi yang terbukti sangat efektif dan cukup efektif adalah (WHO, 2009):

- Kebijakan pemerintah untuk mendukung diet yang sehat misalnya mengganti jenis minyak yang dipakai untuk mengurangi konsumsi lemak jenuh.
- Kebijakan untuk lingkungan yang mendukung aktifitas fisik, terkait transportasi dan kegiatan rekreasi.
- Himbauan untuk menggunakan tangga sebagai bagian dari aktifitas fisik (termasuk menyebarkan informasi tentang manfaat penggunaan tangga sebagai bagian dari aktifitas fisik).
- Strategi pengendalian harga (kebijakan fiskal) dan pengaturan label makanan di titik-titik penjualan makanan seperti toko kelontong, *cafeteria*, restoran untuk mendukung makanan yang sehat.
- Pendekatan multi sasaran untuk mendorong jalan kaki dan bersepeda ke sekolah, kegiatan santai dan jalan yang sehat.

#### Koordinasi

Konsolidasi Kajian Sektor Kesehatan 2014 merekomendasikan untuk:

- “Memperkuat koordinasi multi-sektor dan multi-stakeholder dari Gerakan 1.000 HPK di tingkat pusat dan daerah.”

Rekomendasi ini baru sebagian terpenuhi. Indonesia adalah anggota *Global SUN Movement* dan di tahun-tahun awal Gerakan tersebut, berbagai *platform* dibentuk untuk meningkatkan koordinasi dan kolaborasi. Salah satunya dan yang terpenting adalah dibentuknya Gugus Tugas Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi yang dipimpin oleh Kementerian Koordinasi PMK (Pembangunan Manusia dan Kebudayaan) sebagai Ketua Gugus Tugas dan melibatkan berbagai sektor kementerian dan lembaga terkait. Kelemahan utama dengan Gugus Tugas Gizi Nasional ini adalah bahwa gugus tugas ini belum memiliki kepemimpinan di tingkat yang lebih tinggi dengan otoritas yang diperlukan atas kementerian lainnya. Akibatnya, masing-masing sektor terus merencanakan, menganggarkan, dan melaksanakan programnya secara mandiri. Selain itu, partisipasi dari mitra non pemerintah dalam Gugus Tugas tersebut juga masih perlu ditingkatkan. Saat ini pemerintah sedang meningkatkan Gerakan Penurunan *Stunting* Nasional yang dikoordinasikan oleh Kantor Wakil Presiden yang memiliki wewenang untuk melibatkan semua kementerian dan lembaga terkait. Salah satu yang diusulkan adalah memperkuat Gugus Tugas Nasional untuk Gizi melalui revisi undang-undang untuk membentuk otoritas yang lebih besar yang akan mengarah pada peningkatan koordinasi dan aksi multisektoral.

Jaringan pendukung juga dibentuk sebagai bagian dari *SUN Movement*: jaringan PBB/donor, jaringan masyarakat sipil, jaringan bisnis dan jaringan sains/akademisi. Jaringan yang ada tersebut perlu disegarkan kembali untuk dapat bekerja bersama secara optimal dan perlu diberi pemahaman kembali mengenai tantangan gizi yang ada saat ini. Dimana hal ini berarti perlu memberi perhatian yang lebih besar pada Beban Ganda Masalah Gizi.

Keterlibatan dan koordinasi sektor bisnis menjadi sangat penting, dan telah terjadi peningkatan yang signifikan dalam keterlibatan sektor swasta dalam bidang gizi selama

empat tahun terakhir. Jaringan bisnis SUN telah membentuk Komite Pengarah *pada tahun 2015* yang mencakup perwakilan dari berbagai perusahaan sektor swasta. Pencapaian penting lainnya adalah keterlibatan sektor swasta dalam fortifikasi tepung terigu, garam dan minyak, program obat cacing untuk anak-anak pra-sekolah dan program ‘Gerakan Pekerja Perempuan Sehat Produktif’ yang mulai direvitalisasi tahun 2016 yang tujuannya adalah untuk memperkenalkan makanan bergizi seimbang bagi pekerja pabrik, terutama untuk meningkatkan gizi perempuan dewasa muda. Meskipun ada pencapaian tersebut, pemahaman sektor swasta akan peraturan pemerintah yang ada saat ini, dan koordinasi, juga dalam mengatasi konflik kepentingan masih perlu diperbaiki.

Sementara koordinasi untuk program gizi ditekankan di tingkat pusat, namun di tingkat provinsi dan kabupaten, hal ini masih perlu ditingkatkan. Bappeda bertanggung jawab untuk secara teratur membawa berbagai sektor bersama-sama berkoordinasi dan memantau pelaksanaan RAD-PG, tetapi yang dilakukan umumnya terbatas pada pemantauan anggaran saja (*Institute of Social and Economic Research, 2018 Unpublished*). Hasilnya adalah bahwa masing-masing sektor mengelola program mereka secara mandiri tanpa integrasi yang tepat.

Baik koordinasi horizontal lintas sektor maupun koordinasi vertikal antara pusat dan daerah masih perlu ditingkatkan. Sejak desentralisasi, provinsi dan kabupaten memiliki kemandirian yang jauh lebih besar dimana hal tersebut memiliki dampak pada melemahnya hubungan pusat dan daerah.

#### Kapasitas dan Sumber Daya

##### Sumber daya keuangan

Meskipun tidak ada strategi khusus yang berkaitan dengan sumber pendanaan yang diusulkan dalam konsolidasi Kajian Sektor Kesehatan 2014, tetapi ada beberapa pencapaian penting yang terjadi. Pencapaian utama adalah peningkatan potensi pendanaan untuk gizi yang berasal dari sumber pendanaan pusat maupun daerah. Desentralisasi telah menyebabkan peningkatan pengalihan dana dari pusat ke pemerintah daerah - dari 13% belanja pemerintah pusat pada tahun 2000 (sebelum desentralisasi) menjadi sekitar 30% pada tahun 2010 (SMERU, 2012). Selain itu, Dana Desa menyediakan potensi sumber pendanaan yang lebih lanjut untuk gizi. Selain itu, tersedia beberapa sumber pendanaan lain yang dapat diakses oleh pemerintah kabupaten dan puskesmas (*Institute of Social and Economic Research, 2018 Unpublished*).

Mengukur peningkatan dalam hal pendanaan tidak mudah. Beberapa upaya telah dilakukan untuk memperkirakan anggaran nasional dan pengeluaran untuk gizi. Perhitungan untuk membuat anggaran perencanaan gizi di Indonesia telah dilakukan oleh *SUN Movement* pada tahun 2015. Total biaya tahunan diperkirakan setara dengan US\$ 2,3 miliar (Rp 32,3 triliun dengan nilai tukar pada tahun 2018) (SUN Movement, 2015). Mayoritas (90%) adalah untuk biaya program gizi sensitif. Perhitungan tersebut tidak termasuk biaya rencana untuk mengatasi obesitas. Baru-baru ini, Kementerian Keuangan (Kemenkeu) telah menghitung ulang alokasi anggaran untuk gizi agar konsisten dengan target penurunan *stunting* yang terkandung dalam RJPMN 2015-2019 (Kementerian Keuangan, 2018). Menurut perhitungan ini, total Rp 49,7 triliun dialokasikan pada 2018 untuk berbagai kementerian di tingkat pusat untuk penurunan *stunting*, sementara Rp 92,2 triliun akan dialokasikan pada

tingkat daerah. Totalnya, Rp 141,9 triliun setara dengan US\$ 9,8 miliar (dengan nilai tukar pada tahun 2018). Alokasi yang signifikan (20% dari total) diberikan kepada Kementerian Kesehatan dan proporsi yang lebih kecil dialokasikan untuk Kementerian Sosial (10%) dan ke Kementerian Pekerjaan Umum (4%). Alokasi terbesar untuk penurunan *stunting* (42%) akan dialokasikan ke Dana Desa (lihat **Kotak 4**) dimana hal ini menunjukkan perhatian pemerintah dalam pemberdayaan masyarakat.

#### Kotak 4. Fokus pada Sumber Daya Potensial untuk Gizi melalui Dana Desa

Dana Desa dialokasikan setiap tahun untuk setiap desa di Indonesia dari anggaran pusat. Jumlah alokasi untuk setiap desa dihitung berdasarkan populasi, daerah dan tingkat kemiskinan (Peraturan Pemerintah, 2014). Pengaturan penggunaan Dana Desa ditetapkan dalam peraturan pemerintah (No. 60, 2014) dan menetapkan bahwa dana tersebut diperuntukkan bagi keperluan administrasi pemerintah, pembangunan, pemberdayaan masyarakat, dan kegiatan masyarakat.

Dana tersebut dialokasikan berdasarkan tujuan pembangunan desa yang disepakati melalui pertemuan desa dan sesuai dengan prioritas pemerintah kabupaten, provinsi dan pusat. Setiap desa menerima daftar kegiatan sektoral dimana mereka dapat memilih untuk menggunakan sebagian dari alokasi tersebut. Kementerian Desa baru-baru ini menerbitkan Buku Saku Desa untuk mengatasi *stunting* (Kementerian Desa PDTT, 2017). Buku ini menetapkan 10 kategori potensial dan 48 subkategori yang dapat dibiayai oleh Dana Desa. Kategori termasuk pendanaan untuk: air dan sanitasi; insentif, pelatihan dan biaya perjalanan untuk petugas kesehatan dan kader (sukarelawan masyarakat); pelayanan dan dukungan untuk wanita hamil dan menyusui; pemantauan pertumbuhan dan gizi anak pra-sekolah dan usia sekolah; dan, pemberdayaan masyarakat untuk mempromosikan gaya hidup sehat.

Meskipun kegiatan ini memiliki potensi untuk mengurangi *stunting*, kegiatan tersebut perlu dihubungkan dengan kegiatan lain yang mendukung. Misalnya, membangun toilet dan memperbaiki fasilitas sanitasi tanpa adanya konseling tentang kebersihan dan cuci tangan akan memiliki dampak yang terbatas. Selain itu, ada banyak permintaan untuk penggunaan Dana Desa sehingga advokasi untuk gizi akan menjadi sangat penting. Kendala kapasitas saat ini di tingkat sub-nasional menunjukkan bahwa tanpa dukungan teknis, pemerintah desa akan menemukan kesulitan untuk memahami isi dokumen misalnya pada panduan Buku Saku Desa.

Sumber: (*Institute of Social and Economic Research, 2018 Unpublished*)

Perbedaan antara biaya yang dihitung oleh *SUN Movement* dan Kementerian Keuangan menunjukkan bahwa belum adanya sistem penganggaran yang disepakati di Indonesia untuk menghitung biaya teoretis yang secara efektif dapat mengatasi masalah gizi dalam segala bentuknya terhadap pengeluaran yang aktual. Sebaliknya, Beban Ganda Masalah Gizi ditangani melalui beberapa sumber pendanaan pemerintah dan belum tersedia perkiraan yang tepat untuk jumlah pengeluaran yang diperlukan maupun yang aktual. Diperkirakan, lebih banyak dana diperlukan untuk dapat secara efektif meningkatkan intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif dalam mencapai cakupan yang menyeluruh (lihat **bagian 1.4.2 dan 1.4.3**).

Semakin kompleksnya pengaturan pendanaan untuk gizi di tingkat daerah, hal ini menyulitkan dalam memastikan jumlah dana yang sebenarnya disalurkan untuk perbaikan gizi. Penilaian Kapasitas Gizi (*Nutrition Capacity Assessment*) 2018 menemukan bahwa kapasitas provinsi dan kabupaten dalam merencanakan, memprioritaskan, dan mengelola berbagai dana secara efektif yang bertujuan untuk memberikan layanan gizi berkualitas tinggi masih perlu ditingkatkan (*Institute of Social and Economic Research, 2018 Unpublished*). Analisis yang dilakukan sebagai bagian dari penilaian menemukan bahwa pedoman standar yang ada belum sepenuhnya diterapkan oleh pemerintah daerah dalam melakukan penganggaran atau alokasi dana untuk gizi. Salah satu cara untuk mengatasi kesenjangan ini adalah dengan mengembangkan format penganggaran yang terstandar, setidaknya untuk serangkaian intervensi gizi spesifik, dan memberikan panduan rinci yang konsisten untuk semua kabupaten dalam hal perencanaan dan pengelolaan anggaran. Hal ini akan membantu dinas kesehatan kabupaten untuk merencanakan dan menganggarkan program gizi secara lebih efektif.

#### **Pasokan dan pengadaan**

Sistem pasokan dan pengadaan, termasuk perencanaan, pembelian dan distribusi untuk suplai gizi, secara teori, dilaksanakan melalui Program Obat Gizi Nasional. Pasokan Tablet Tambah Darah (TTD) untuk ibu hamil dan remaja putri, dan kapsul vitamin A dosis tinggi untuk anak merupakan tanggung jawab pemerintah pusat. Dalam prakteknya, keputusan tentang alokasi anggaran dan prioritas suplai dibuat oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten sesuai dengan prioritas di kabupaten tersebut. Karena komunikasi antara tingkat pusat dan daerah belum optimal, pengadaan obat seringkali mengalami keterlambatan, kekurangan atau kelebihan pasokan, yang berarti bahwa kebutuhan daerah tidak selalu terpenuhi secara tepat waktu (Sunawang, 2015).

Untuk mengatasi keadaan tersebut, beberapa kabupaten mengatur pengadaan mereka sendiri, misalnya dengan membeli mikronutrien lain sebagai alternatif untuk TTD dari pasar yang ada. Kelemahan dari pengaturan ini adalah kurangnya panduan tentang peraturan untuk pembelian langsung obat-obatan yang berkaitan dengan gizi di tingkat kabupaten. Masalah lain dalam sistem pasokan adalah kompleksitas perencanaan pengadaan dan pembiayaan dengan peraturan berbeda yang mengatur penggunaan dana di tingkat daerah.

Klarifikasi dan efisiensi sistem pasokan dan pengadaan diperlukan untuk memastikan bahwa kebutuhan dapat dipenuhi sepenuhnya di tingkat kabupaten.

#### **Sumber daya manusia**

Konsolidasi Kajian Sektor Kesehatan 2014 memiliki satu rekomendasi khusus untuk:

- “Memperkuat kompetensi ahli gizi dan tenaga kesehatan yang menyediakan layanan gizi.”

Kemajuan dalam hal penguatan kapasitas tenaga kesehatan dalam beberapa tahun terakhir terjadi meskipun belum optimal. Meskipun memiliki jumlah tenaga ahli gizi yang cukup dan terlatih yang siap untuk ditugaskan di puskesmas, namun, penugasan para ahli gizi terlatih di seluruh wilayah masih belum merata, dengan daerah terpencil yang mengalami tingkat kekurangan gizi tertinggi, sangat kurang mendapatkan pelayanan. Terdapat sekitar 2800

puskesmas (24%) yang belum memiliki ahli gizi di tahun 2014 (Kemenkes, 2014). Selain itu, Penilaian Kapasitas Gizi (*Nutrition Capacity Assessment*) 2018 menemukan bahwa ahli gizi sering dinilai rendah dan kurang dimanfaatkan. Dalam melakukan tugasnya, tenaga ahli gizi terlalu banyak fokus pada fungsi administratif dan penanganan kekurangan gizi, dan kurangnya perhatian terhadap pencegahan Beban Ganda Masalah Gizi di masyarakat, mengelola pemberian layanan dan mentoring petugas layanan gizi. Fokus pemerintah dalam mengatasi obesitas dan kelebihan berat badan masih perlu ditingkatkan (*Institute of Social and Economic Research, 2018 Unpublished*).

Selain ahli gizi terdapat petugas kesehatan lainnya yang juga memberikan layanan gizi, diantaranya adalah bidan dalam menyediakan pelayanan selama kunjungan pemeriksaan kehamilan dan pelayanan terkait gizi di puskesmas dan posyandu serta kader posyandu yang mengawasi pemantauan pertumbuhan anak, pemberian vitamin A, pemberian obat cacing, dan konseling PMBA. Dalam beberapa tahun terakhir, efektivitas sistem posyandu perlu ditingkatkan (Bappenas, 2014). Tantangan utamanya adalah kurangnya remunerasi bagi kader yang diharapkan untuk mengambil tanggung jawab yang cukup besar dengan insentif minimal.

Tantangan selanjutnya adalah perlunya meningkatkan kualitas pelatihan baik kepada petugas sebelum melaksanakan pekerjaan (*pre-service*), maupun pelatihan bagi petugas yang sudah bekerja (*in-service*) dalam memberikan layanan gizi. Penilaian Kapasitas Gizi (*Nutrition Capacity Assessment*) 2018 menemukan bahwa jumlah pelatihan terkait gizi yang diterima oleh seseorang bervariasi, dan bahwa pelatihan yang disampaikan tidak sesuai dengan kebutuhan tenaga kerja gizi saat ini. Disimpulkan bahwa tidak ada paket standar untuk pelatihan terkait gizi pada petugas sebelum melaksanakan pekerjaannya maupun ketika sudah bekerja yang mencakup intervensi gizi spesifik esensial yang harus diberikan melalui layanan kesehatan. Pada saat ini, hanya sedikit pelatihan yang memasukkan konten gizi kepada petugas yang bekerja di sektor terkait seperti pertanian, ketahanan pangan, perlindungan sosial atau air, sanitasi dan higiene. Hasilnya adalah bahwa gizi tetap menjadi tanggung jawab sektor kesehatan dan kesadaran akan peran yang dimainkan oleh sektor lain dalam menangani Beban Ganda Masalah Gizi menjadi terbatas. Mengingat besarnya kesenjangan secara jumlah maupun geografis tenaga gizi, analisis yang lebih menyeluruh terhadap beban kerja dan distribusi sumber daya manusia untuk mendukung kegiatan gizi di tingkat pusat dan daerah diperlukan. *E-learning* menawarkan cara praktis untuk menjangkau sejumlah besar petugas dengan paket pelatihan yang terstandarisasi dan terbaru.

#### **2.4.2 Intervensi Gizi Spesifik**

Kementerian Kesehatan bertanggung jawab untuk memberikan Program Perbaikan Gizi Masyarakat yang menggabungkan sejumlah intervensi gizi spesifik. Program ini memastikan kesinambungan pelayanan kesehatan dan gizi, untuk mencegah dan menangani Beban Ganda Masalah Gizi melalui layanan berbasis fasilitas, layanan berbasis masyarakat, dan penjangkauan (kunjungan rumah) yang terorganisir dengan tepat. Kelompok sasaran untuk mengatasi kekurangan gizi adalah ibu hamil dan menyusui, bayi dan anak, serta remaja putri. Sasaran intervensi untuk mengatasi obesitas ditargetkan pada masyarakat umum. Intervensi ini menjadi bagian dari program pencegahan dan penatalaksanaan PTM.

Kementerian Kesehatan bertanggung jawab untuk merencanakan, membuat pedoman yang menetapkan layanan spesifik yang harus diberikan untuk meningkatkan gizi, serta pengadaan dan pasokan beberapa suplai gizi sementara pemerintah provinsi dan kabupaten bertanggung jawab untuk memberikan berbagai layanan dasar kepada masyarakat. Standar Pelayanan Minimal (SPM) ini telah ditetapkan oleh Kementerian Dalam Negeri untuk lima sektor. Berdasarkan Peraturan Pemerintah No 2 tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) telah ditetapkan SPM untuk enam sektor termasuk bidang kesehatan. SPM untuk sektor kesehatan diamanatkan berdasarkan peraturan (No. 43, 2016) dan dioperasionalkan oleh Kementerian Kesehatan. Jenis pelayanan dasar bidang kesehatan pada SPM Kesehatan tersebut terdiri dari 12 pelayanan, yang didasarkan pada kelompok umur. Saat ini, pedoman teknis untuk SPM bidang kesehatan sedang dalam proses penyusunan sebagai revisi pedoman teknis SPM yang lama. **Lampiran 3** mengilustrasikan bagaimana target terkait gizi yang terdapat dalam RPJMN 2015-2019 tercermin pada indikator yang terdapat dalam rencana strategis (RENSTRA) Kementerian Kesehatan dan dalam layanan gizi di SPM yang akan dikerjakan oleh pemerintah kabupaten.

Salah satu strategi yang diusulkan dalam konsolidasi Kajian Sektor Kesehatan 2014 adalah untuk:

- “Meningkatkan cakupan dan kualitas paket layanan kesehatan dan gizi terpadu untuk mengatasi kekurangan gizi dan kelebihan gizi.”

**Tabel 4** menyajikan 10 intervensi gizi spesifik yang telah terbukti secara global (*The Lancet Maternal and Child Nutrition Series*) pada tahun 2013 sebagai hal yang esensial untuk mengatasi kekurangan gizi (*The Lancet*, 2013) dan juga empat intervensi lebih lanjut yang dianggap penting untuk intervensi gizi spesifik. Saat ini, dari 14 intervensi tersebut hanya hanya 9 yang merupakan program nasional, 2 intervensi yang sebagian diimplementasikan dan 3 intervensi yang belum menjadi kebijakan nasional saat ini. Intervensi gizi spesifik yang berdasarkan bukti global perlu dipastikan tercermin dalam SPM sektor kesehatan dan dikerjakan melalui layanan gizi di tingkat daerah dengan cakupan penuh. Paling tidak 10 intervensi gizi esensial harus dimasukkan ke dalam kebijakan dan panduan nasional, dan tercermin dalam layanan yang diberikan di tingkat daerah dengan cakupan penuh.

Tabel 4. Implementasi, Cakupan dan Tantangan Intervensi Gizi Spesifik di Indonesia

Intervensi	Implementasi di Indonesia	Cakupan	Tantangan
Konseling dan promosi menyusui	<b>Program nasional</b> Promosi menyusui melalui konseling interpersonal di fasilitas kesehatan dan di tingkat masyarakat.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 61% bayi menerima inisiasi menyusui dini/IMD (disusui dalam 1 jam pertama setelah kelahiran) (BPS &amp; Kemenkes, 2017).</li> <li>• 52% bayi usia 0-5 bulan mendapatkan ASI eksklusif (BPS &amp; Kemenkes, 2017).</li> <li>• 54% anak usia 20-23 bulan melanjutkan ASI (BPS &amp; Kemenkes, 2017).</li> </ul>	<p>Cakupan menyusui masih rendah. Hambatan termasuk perempuan yang bekerja, aksesibilitas terhadap formula pengganti ASI, dan keyakinan budaya dan tabu.</p>
Konseling dan promosi Makanan Pendamping ASI yang tepat	<b>Implementasi sebagian</b> Pemberian makanan pendamping yang optimal dipromosikan melalui konseling inter-personal di fasilitas kesehatan dan di tingkat masyarakat.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 37% anak usia 6-23 bulan mendapatkan makanan pendamping yang memenuhi <i>minimum acceptable diet (MAD)</i> (BPS &amp; Kemenkes, 2012).</li> <li>• 58% anak usia 6-23 bulan menerima makanan pendamping dari kelompok makanan dengan jumlah cukup (BPS &amp; Kemenkes, 2012).</li> </ul>	<p>Praktek pemberian makanan pendamping yang adekuat masih belum universal. Hambatan termasuk perempuan yang bekerja, aksesibilitas terhadap formula pengganti ASI, dan undang-undang yang belum adekuat untuk melindungi anak usia di atas 6 bulan.</p>
Pemberian makanan tambahan dengan energi-protein yang seimbang untuk ibu hamil	<b>Program nasional</b> Kurang Energi Kronis (KEK) didefinisikan dengan LILA < 23.5 cm dan terjadi pada ibu hamil. Penanganan KEK adalah dengan pemberian biskuit yang mengandung energi dan protein tinggi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25,2 % ibu hamil dengan KEK menerima makanan tambahan (Kementerian Kesehatan, 2018).</li> </ul>	<p>Sekitar seperempat ibu hamil diperkirakan menderita KEK. Penyediaan biskuit memiliki kelemahan akibat kurangnya kepatuhan karena perempuan berbagi biskuit dengan yang lain, biaya yang tinggi dan masalah pasokan.</p>
Pemberian multi-mikronutrien (atau Tablet Tambah Darah) untuk ibu hamil	<b>Program nasional</b> Kebijakan saat ini adalah memberikan setidaknya 90 hari Tablet Tambah Darah (TTD) untuk ibu hamil.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 24 % ibu hamil menerima sekurangnya 90 Tablet Tambah Darah (TTD) (Kementerian Kesehatan, 2018).</li> </ul>	<p>Anemia masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Tantangan termasuk memastikan kepatuhan dan rantai pasokan yang dapat diandalkan.</p>

Intervensi	Implementasi di Indonesia	Cakupan	Tantangan
Manajemen/ tatalaksana gizi buruk akut ( <i>Severe Acute Malnutrition/ SAM</i> )	<b>Implementasi sebagian</b> Kebijakan saat ini adalah penanganan berbasis fasilitas untuk anak dengan gizi buruk akut ( <i>SAM</i> ).	• Data tidak tersedia.	Manajemen berbasis masyarakat untuk <i>SAM</i> belum dimasukkan ke dalam kebijakan nasional. Akses ke manajemen berbasis fasilitas masih terbatas terutama di daerah terpencil.
Manajemen/ tatalaksana balita kurus ( <i>moderate acute malnutrition/ MAM</i> )	<b>Implementasi tidak ada</b> Tidak ada kebijakan untuk manajemen <i>MAM</i> . Kebijakan saat ini adalah untuk memberikan biskuit tinggi energi dan protein.		Anak-anak dengan <i>MAM</i> belum ditangani secara komprehensif melalui dukungan dan konseling untuk ibu namun dengan melakukan pemberian biskuit yang memiliki tantangan terkait dengan kepatuhan dan efektivitasnya.
Garam beryodium	<b>Program nasional</b> Kebijakan saat ini terkait wajib iodisasi garam sudah ada, dan garam beryodium tersedia di seluruh daerah.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 47% rumah tangga mengkonsumsi garam beryodium berdasarkan titrasi (Kementerian Kesehatan, 2013)</li> <li>• 77% of rumah tangga mengkonsumsi garam beryodium yang cukup berdasarkan tes cepat (Kementerian Kesehatan, 2013)</li> </ul>	Konsumsi universal garam beryodium belum terpenuhi.
Pemberian vitamin A	<b>Program nasional</b> Kebijakan saat ini adalah pemberian vitamin A untuk usia 6-59 bulan dua kali setahun.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 53,5% anak usia 6-59 bulan menerima vitamin A sesuai standar (6-11 bulan 1 kali; 12-59 bulan 2 kali) (Kementerian Kesehatan, 2018)</li> </ul>	Hampir separuh anak tidak menerima vitamin A sesuai standar sehingga cakupan penuh belum tercapai.
Bubuk multi-mikronutrien / fortifikasi tingkat rumah tangga	<b>Implementasi tidak ada</b> Fortifikasi makanan tingkat rumah tangga dengan bubuk multi-mikronutrien dianjurkan untuk memperbaiki status zat besi dan mengurangi anemia pada bayi dan anak usia 6-23 bulan.		Anemia terjadi pada 28% anak balita dan belum terkendali (Kemenkes, 2015).

Intervensi	Implementasi di Indonesia	Cakupan	Tantangan
Pemberian suplementasi kalsium untuk ibu hamil	<b>Implementasi tidak ada</b> Tidak ada kebijakan saat ini untuk suplementasi kalsium. Beberapa kabupaten memberikan suplemen dosis rendah (500 mg/hari).		Ketika suplementasi kalsium diresepkan, hanya dosis rendah yang cenderung diberikan dibandingkan memberikan dosis yang disarankan yakni 1,5 hingga 2 g/hari yang diperlukan untuk melindungi dari preeklampsia.
<b>Intervensi gizi-spesifik yang direkomendasikan (bukan dari <i>Lancet Maternal and Child Nutrition Series 2013</i>)</b>			
Obat cacing untuk anak sekolah	<b>Program nasional</b> Anak berusia 12-23 bulan, anak usia prasekolah berusia 1-4 tahun, dan anak usia sekolah berusia 5-12 tahun yang tinggal di daerah dimana prevalensi awal untuk infeksi cacing parasit apapun berada pada minimal 20% atau menerima tablet obat cacing 2 kali per tahun.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25,9 % of anak balita mendapatkan obat cacing.</li> </ul>	Data prevalensi kecacingan nasional tidak tersedia namun sekitar 28% anak balita diperkirakan mengalami kecacingan (Kemenkes, 2015) yang menunjukkan bahwa masalah ini belum terkendali.
Zinc untuk penanganan diare	<b>Program nasional</b> Kebijakan saat ini adalah menyediakan zinc hanya untuk anak-anak dengan diare.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1,1 % anak usia &lt;59 bulan dengan diare menerima suplementasi zinc (BPS &amp; Kemenkes, 2012)</li> </ul>	Diare sangat sering terjadi (14% anak terkena diare dalam dua minggu terakhir) (BPS & Kemenkes, 2012) sehingga cakupan penuh menjadi tantangan.
Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) mingguan untuk remaja putri	<b>Program nasional</b> Kebijakan saat ini adalah memberikan Tablet Tambah Darah (TTD) secara mingguan untuk remaja putri.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1,4 % remaja putri (usia 12-18 tahun) menerima TTD <math>\geq 52</math> butir (Kementerian Kesehatan, 2018)</li> </ul>	Anemia umum terjadi pada 23% remaja putri (Kementerian Kesehatan, 2013). Tantangan termasuk memastikan kepatuhan dan rantai pasokan yang dapat diandalkan.
Pemantauan pertumbuhan	<b>Program nasional</b> Kebijakan saat ini adalah untuk memantau pertumbuhan anak balita 8 kali per tahun untuk mengidentifikasi anak dengan <i>stunting</i> , <i>wasting</i> dan obesitas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 54,6% anak balita dipantau pertumbuhannya <math>\geq 8</math> kali dalam 12 bulan terakhir (Kementerian Kesehatan, 2018)</li> </ul>	Pemantauan pertumbuhan perlu disertai dengan konseling dan dukungan berkualitas baik.

### **Promosi praktik pemberian makanan pendamping ASI yang sesuai**

Diperlukan tindakan intensif untuk mengisi kesenjangan yang ada dalam layanan gizi. Promosi praktik pemberian makanan pendamping ASI yang sesuai untuk anak adalah hal yang penting tetapi saat ini hanya sebagian yang diterapkan. Seperti yang disebutkan di bagian sebelumnya, ada banyak tantangan dengan pemberian makanan pendamping yang menyebabkan kegagalan pertumbuhan pada sejumlah besar anak. Legislasi yang jauh lebih kuat disertai dengan konseling dan dukungan yang lebih baik bagi ibu dan pengasuh diperlukan untuk memperbaiki praktik pemberian makanan pendamping.

### **Manajemen malnutrisi akut**

Kesenjangan utama dalam layanan adalah manajemen malnutrisi akut (*wasting*). Penanganan kekurangan gizi akut telah menjadi komponen standar pelayanan kesehatan di Indonesia selama bertahun-tahun. Pelayanan rawat inap untuk anak dengan gizi buruk akut (SAM) disediakan di rumah sakit kabupaten dan provinsi, beberapa Puskesmas, dan pusat pemulihan gizi/PPG (*therapeutic feeding centres*). Namun, cakupan dan kualitas pelayanan untuk anak dengan kekurangan gizi akut masih sangat rendah. Kemenkes Kesehatan melaporkan bahwa mereka menangani kurang dari 4.500 anak SAM per tahun, dibandingkan dengan perkiraan beban kasus tahunan SAM sebesar 1,3 juta. Ini setara dengan kurang dari 1% anak SAM. Sebagian dari alasan untuk cakupan yang rendah adalah tidak dapat diaksesnya fasilitas untuk penanganan SAM di daerah terpencil. Pemulihan gizi berbasis masyarakat atau PGBM (*Community-based management of acute malnutrition/CMAM*) adalah model yang telah diuji dalam berbagai konteks di seluruh dunia dan sekarang ditetapkan sebagai cara yang efektif untuk mengurangi angka kematian. Anak dengan SAM di bawah usia enam bulan atau berusia 6-59 bulan dengan komplikasi medis atau tidak ada nafsu makan harus dirawat di rumah sakit untuk menerima layanan rawat inap, perawatan berbasis fasilitas yang mengikuti protokol standar sementara mereka yang tidak memiliki komplikasi medis dan memiliki nafsu makan yang baik dapat menerima layanan rawat jalan sesuai dengan protokol standar. Model PGBM telah dikembangkan dan diuji di beberapa kecamatan terpilih di Kabupaten Kupang di Indonesia. Dan telah menunjukkan bahwa PGBM adalah intervensi penyelamatan hidup yang terbukti berhasil menangani anak dengan SAM dan menunjukkan bahwa PGBM dapat diintegrasikan ke dalam sistem kesehatan yang ada di Indonesia (lihat **Kotak 5**).

### **Kotak 5. Fokus pada Model PGBM yang Berhasil di Kabupaten Kupang**

Indonesia memiliki beban malnutrisi akut tertinggi ke-4 di dunia, dengan *wasting* dialami oleh sekitar 3 juta anak balita, di mana 1,3 juta menderita SAM. Angka kematian di antara anak dengan SAM jauh lebih tinggi dibandingkan dengan anak yang bergizi baik tetapi cakupan dan kualitas penanganan berbasis fasilitas tetap sangat rendah di Indonesia. UNICEF dalam kemitraan dengan Aksi Melawan Kelaparan (*Action Against Hunger*), telah mendukung Pemerintah Indonesia dalam melaksanakan program PGBM di beberapa kecamatan terpilih di Kabupaten Kupang.

Hasil yang sangat baik dicapai pada tahun terakhir pelaksanaan program (2017-2018), dengan program PGBM diakui oleh pemerintah tingkat pusat dan daerah sebagai intervensi penyelamatan jiwa yang telah terbukti, yang memiliki potensi besar untuk ditingkatkan sebagai layanan gizi esensial. Pada April 2018, rata-rata lebih dari 6.500 anak dilakukan skrining untuk SAM setiap bulan, dan 719 telah dirawat untuk mendapatkan pengobatan, di antaranya lebih dari 60% berhasil pulih dan kembali ke status gizi normal. Program PGBM secara konsisten telah memenuhi tiga dari empat Indikator Kinerja Sphere<sup>1</sup> sejak 2017: tingkat penyembuhan rata-rata 79%; tingkat kegagalan 9%; dan tingkat kematian di bawah 1%. Sebuah survei SMART pada tahun 2018 menemukan peningkatan positif secara keseluruhan dalam status gizi dan kesehatan anak sejak dimulainya program pada tahun 2015. Namun, upaya berkelanjutan diperlukan untuk mengurangi prevalensi SAM.

Pada 2018, program ini akan diperluas ke empat kabupaten di NTT, yaitu kecamatan lain di Kabupaten Kupang, Kabupaten Sikka, TTS dan Kota Kupang.

Sumber: UNICEF komunikasi personal

Namun demikian, pelaksanaan manajemen malnutrisi akut sedang/kurus (*Moderate Acute Malnutrition*) masih belum dilakukan secara komprehensif, hanya melakukan penyediaan makanan tambahan tinggi energi dan protein tanpa dukungan yang memadai melalui kegiatan konseling. Mengingat bahwa anak kurus (MAM) yang tidak dikelola cenderung menjadi SAM dan berisiko lebih tinggi terhadap kematian, merupakan hal yang prioritas untuk memastikan bahwa manajemen anak kurus (MAM) dibangun di dalam sistem kesehatan.

### **Pencegahan dan pengobatan anemia**

Pencegahan dan pengobatan anemia pada balita adalah area prioritas lain yang masih perlu terus diupayakan. Anemia umumnya terkait dengan *stunting* dan memiliki beberapa dampak negatif pada perkembangan kesehatan dan kognitif anak. Program pemberian obat cacing mungkin memiliki beberapa efek pada pengurangan beban kecacingan dan juga anemia tetapi itu jelas tidak efektif jika dilakukan secara tunggal. Salah satu intervensi gizi spesifik esensial yang direkomendasikan oleh *Lancet* adalah fortifikasi makanan rumah dengan bubuk multi-mikronutrien. WHO telah menyimpulkan bahwa ini adalah intervensi yang efektif untuk mengurangi anemia dan kekurangan zat besi pada anak berusia enam bulan hingga lima tahun (WHO, 2016). Selain itu, hal tersebut merupakan intervensi yang relatif murah yang dapat berdampak besar pada status gizi anak dan dapat diintegrasikan ke dalam kebijakan dan program kesehatan yang ada.

### **Pencegahan dan penanganan obesitas**

Masalah lain yang dihadapi adalah intervensi penanganan obesitas yang masih belum memadai. Saat ini, kebijakan terkait obesitas tercakup dalam Kementerian Kesehatan di bawah program PTM. Kebijakan kesehatan saat ini adalah deteksi dini obesitas untuk kelompok usia 15-49 tahun di fasilitas kesehatan yang kemudian dilakukan pengukuran (berat/tinggi dan lingkaran pinggang) dan dirujuk untuk mendapatkan konseling dan dukungan. Intervensi ini hanya terbatas pada orang dewasa, belum ada pedoman khusus untuk promosi berat badan yang sehat pada anak balita yang mengunjungi fasilitas kesehatan.

Selain itu, Kemenkes sedang melaksanakan kampanye untuk gizi seimbang (keragaman pangan) sementara ada gerakan nasional yang disebut GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) dalam Instruksi Presiden (No. 1, 2017) yang mendorong:

1. Aktivitas fisik
2. Peningkatan perilaku hidup sehat (misalnya tidak merokok, dll)
3. Penyediaan makanan sehat dan percepatan perbaikan gizi
4. Peningkatan pencegahan dan deteksi dini penyakit
5. Peningkatan kualitas lingkungan
6. Peningkatan pendidikan hidup sehat

Walaupun ada usaha-usaha tersebut, tingkat obesitas dan kelebihan berat badan masih meningkat tajam dan kebijakan yang dilakukan untuk memperbaiki lingkungan dan sistem pangan masih perlu diperkuat.

Intervensi yang bertujuan untuk mengatasi kekurangan gizi memiliki pengaruh yang berkontribusi pada keadaan kelebihan berat badan di kemudian hari. Sebagai contoh, menyediakan biskuit sebagai makanan tambahan untuk anak dan ibu hamil tanpa disertai konseling tentang pola konsumsi pangan yang sehat dapat menciptakan persepsi bahwa biskuit adalah pengganti makanan lokal yang bergizi. Hal ini kemudian dapat menyebabkan praktik makan yang buruk dan potensi kelebihan berat badan di kemudian hari. Untuk itu, pemangku kepentingan perlu memahami akan konsep 'aksi tugas-ganda' ('*double-duty actions*') yang secara bersamaan mengurangi beban kekurangan gizi dan juga kelebihan berat badan (WHO, 2017).

Dapat disimpulkan dari kajian intervensi gizi spesifik ini bahwa ada kesenjangan yang signifikan dalam layanan kesehatan dan gizi yang masih perlu untuk dipenuhi agar sejalan dengan rekomendasi global. Adalah penting agar upaya yang ada saat ini untuk mengurangi *stunting* sejalan juga dengan upaya untuk mengurangi obesitas, kekurangan gizi akut dan anemia.

### **2.4.3. Program Gizi Sensitif**

Pentingnya mengatasi malnutrisi melalui pendekatan multi-sektor telah diakui di Indonesia. Konsolidasi Kajian Sektor Kesehatan 2014 mengusulkan dua strategi yang terkait dengan hal tersebut:

- "Mengorientasikan para pembuat kebijakan dan perencana di semua sektor utama dan kelompok pemangku kepentingan mengenai gizi dalam 1.000 hari pertama kehidupan, hubungan antara kekurangan gizi dan kelebihan gizi, serta peran dan tanggung jawab spesifik sektor/spesifik pemangku kepentingan."
- "Tetapkan pembagian tanggung jawab dan otoritas yang jelas untuk aksi gizi di semua sektor yang relevan dan cerminkan dalam strategi dan rencana spesifik sektor."

Di Indonesia, ada empat sektor, selain kesehatan, yang memiliki keterkaitan dengan gizi secara khusus, yaitu: (i) perlindungan sosial, (ii) pertanian dan ketahanan pangan, (iii) pendidikan dan perkembangan anak, dan (iv) air, sanitasi dan higiene. Program-program yang saat ini ada, yang berpotensi menjadi intervensi gizi sensitif, dijelaskan secara rinci dalam **Lampiran 5** dan dirangkum dalam **Tabel 5**.

#### **Potensi Program-program Sektor Terkait dalam Berkontribusi pada Perbaikan Gizi**

Ada semakin banyak bukti global dan pengalaman negara lain tentang peran yang dapat dikerjakan melalui intervensi gizi sensitif dalam perbaikan gizi. Delapan area program yang tercantum dalam **Tabel 5** semuanya memiliki potensi untuk memberi manfaat terhadap gizi secara positif. Bukti akan manfaatnya juga sudah tersedia. Suatu evaluasi setelah enam tahun program bantuan tunai bersyarat Keluarga Harapan menemukan beberapa manfaat termasuk temuan bahwa anak balita *stunting* berkurang 3% dari keluarga yang terdaftar dalam program (*World Bank*, 2017). Selain itu, angka anemia berkurang pada anak yang berpartisipasi dalam Program Makanan Sekolah percontohan yang saat ini programnya sedang diperluas (WFP, 2016).

Meskipun keberhasilan ini sangat menggembirakan, dampak dari program gizi sensitif tunggal pada status gizi sulit untuk dilihat. Sebaliknya, dampak perlu dinilai melalui pengaruh program pada jalur kausal yang mengarah pada peningkatan gizi sebagaimana yang tercantum dalam **Gambar 1**. Program gizi sensitif dapat mempengaruhi jalur ini dalam berbagai cara. Program Keluarga Harapan meningkatkan akses ke layanan kesehatan ibu dan anak, akses ke pendidikan, dan mengurangi kemiskinan melalui peningkatan aset keuangan rumah tangga. Evaluasi Program Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL) menemukan bahwa keluarga dan masyarakat yang berpartisipasi mampu mengurangi pengeluaran mereka untuk makanan ketika mereka dapat menumbuhkan sendiri bahan makanan mereka sementara makanan mereka juga menjadi lebih beragam (Kementerian Pertanian, 2018). Studi dampak dari Program Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat (PAMSIMAS) untuk masyarakat berpenghasilan rendah menemukan peningkatan akses rumah tangga lokal ke pasokan air masyarakat (*World Bank*, 2013). Program Pemberian Makanan Tambahan di Sekolah percontohan telah menghasilkan peningkatan fasilitas cuci tangan, penyakit yang dilaporkan lebih rendah, tingkat kehadiran yang lebih tinggi dan tingkat putus sekolah yang lebih rendah, peningkatan aktivitas kesehatan dan pola makan yang lebih sehat (WFP, 2016). Temuan ini

menyoroti pentingnya merancang program gizi sensitif berdasarkan pemahaman tentang jalur menuju gizi yang baik dan bagaimana program dapat secara efektif mempengaruhi jalur tersebut. Mereka seharusnya tidak dinilai berdasarkan dampaknya pada status gizi, tetapi lebih pada kemampuan mereka untuk mempengaruhi faktor penyebab.

Tabel 5. Program Gizi Sensitif Potensial

<b>Perlindungan Sosial</b>	<p><b>Bantuan Tunai Bersyarat:</b> Program Keluarga Harapan (PKH) memberikan bantuan tunai bersyarat kepada 20% keluarga termiskin yang memiliki anggota keluarga yang rentan (ibu hamil/menyusui, anak pra sekolah, anak sekolah, lansia, penyandang disabilitas) dengan memenuhi persyaratan tertentu. Ada tiga komponen persyaratan: kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan sosial. PKH diujicobakan pada tahun 2007 dan menjadi program nasional pada tahun 2013. Anggaran untuk cakupan 10 juta rumah tangga penerima manfaat pada tahun 2018 adalah Rp17,3 triliun.</p>
	<p><b>Bantuan Pangan:</b> Rastra (Beras Sejahtera) bertujuan untuk mengurangi beban pengeluaran rumah tangga dengan menyediakan 15 kg beras dengan harga subsidi kepada 25% rumah tangga termiskin. Rastra telah ada dalam beberapa bentuk selama satu dekade. Pada tahun 2016, total alokasi anggaran untuk Rastra adalah Rp 21 triliun dengan cakupan 15,5 juta rumah tangga.</p> <p>BNPT mulai dikembangkan dari Rastra pada tahun 2017 dengan tujuan yang lebih luas untuk menyediakan makanan yang lebih seimbang dan untuk meningkatkan akurasi kelompok target dan akses ke program. BNPT menyediakan 'uang elektronik' setiap bulan yang dapat digunakan untuk membeli beras dan/atau telur dari pedagang makanan atau E-warong. Pada 2017, BNPT menjangkau 1,3 juta keluarga penerima manfaat di 44 kabupaten. Target untuk 2018 adalah untuk mencapai 10 juta keluarga penerima di 220 kabupaten. Biaya pada tahun 2016 diperkirakan sebesar Rp 22,1 triliun.</p>
	<p><b>Asuransi Kesehatan Nasional:</b> Jaminan Kesehatan Nasional atau JKN (Program Asuransi Kesehatan) yang diperkenalkan pada tahun 2014, bertujuan untuk memberikan akses ke pelayanan kesehatan bagi semua orang Indonesia pada Januari 2019. Pendanaan diperoleh melalui kontribusi yang dibuat oleh pekerja yang dipekerjakan dalam skala geser (<i>sliding scale</i>). Hingga Desember 2014, 138 juta anggota diperkirakan terdaftar dalam skema JKN, atau sekitar 55% dari total populasi.</p>
	<p><b>Penciptaan Ketenagakerjaan dan Pemberdayaan Masyarakat:</b> Program Padat Karya yang diperkenalkan pada tahun 2018 bertujuan untuk mengurangi kemiskinan, menciptakan lapangan kerja, memberdayakan masyarakat dan menurunkan angka <i>stunting</i>. Program ini akan merangsang kegiatan produktif dengan menggunakan sumber daya alam, tenaga kerja lokal dan teknologi. Kelompok sasaran adalah masyarakat marginal/miskin di 1.000 desa terpilih di 100 kabupaten/kota. Didanai melalui Dana Desa.</p>

<b>Pertanian dan Ketahanan Pangan</b>	<p><b>Kebun Rumah:</b> Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL) berupaya untuk meningkatkan produksi buah dan sayuran di komunitas miskin. Kabupaten yang rawan pangan dengan tingkat <i>stunting</i> yang tinggi ditargetkan dan dalam kabupaten tersebut kelompok perempuan/masyarakat dengan setidaknya 15 anggota memenuhi syarat untuk mendapatkan bantuan untuk mendukung kebun pangan di pekarangan rumah. Pada tahun 2017, KPRL melibatkan 1.691 kelompok di 315 kabupaten dengan biaya Rp 29,9 juta.</p>
<b>Pendidikan dan Perkembangan Anak</b>	<p><b>Nutrisi dalam pendidikan anak usia dini:</b> Program PAUD (Pengembangan Anak Usia Dini) bertujuan untuk memberikan stimulasi pendidikan untuk membantu pertumbuhan, perkembangan fisik dan spiritual pada anak sejak lahir hingga usia enam tahun. Standar nasional untuk PAUD mengandung elemen terkait gizi melalui kegiatan dan bahan PAUD, pelatihan gizi untuk pendidik PAUD dan dukungan pengasuhan tentang gizi. Pada tahun 2018, 6 juta anak (setara dengan 72% anak usia 3-6 tahun terdaftar di lembaga pendidikan anak usia dini dan pada tahun 2017 pelatihan kurikulum telah dilaksanakan di 402 kabupaten dan kota dengan total biaya Rp 1,7 triliun.</p> <p><b>Pemberian makanan tambahan di sekolah:</b> Program Gizi Anak Sekolah (Pro-GAS) Program drintisi dari 2012-2015 dan sekarang sedang diperpanjang. Program ini bertujuan untuk menggunakan makanan sekolah, berbasis makanan lokal, sebagai titik masuk dalam memberikan paket terpadu untuk meningkatkan gizi, ketahanan pangan, dan pendidikan. Pada tahun 2017, Pro-GAS telah meningkat di lima provinsi dengan mencapai 100.000 siswa di 563 sekolah dasar.</p>
<b>Air, Sanitasi dan Higiene</b>	<p><b>Air, Sanitasi dan Higiene:</b> PAMSIMAS atau Program Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat untuk masyarakat berpebghhasilan rendah memiliki lima komponen yang berkaitan dengan pemberdayaan masyarakat, higiene, pasokan air dan sanitasi, insentif desa dan manajemen program. Pada tahun 2016, cakupan mencapai sebanyak 1,7 juta orang tambahan yang memiliki akses ke air dan 1,8 juta orang yang memiliki akses ke fasilitas sanitasi yang layak.</p>

Ada kesenjangan dalam bukti yang kuat dan kurangnya evaluasi mengenai dampak intervensi gizi sensitif terhadap status gizi. Program Pemberian Beras Bersubsidi telah ada dalam beberapa bentuk setidaknya selama satu dekade, tetapi hanya ada beberapa penelitian yang telah mengkaji bagaimana program tersebut dapat mempengaruhi gizi. Sama halnya dengan Program Pengembangan Anak Usia Dini. Program lain, seperti Program Asuransi Kesehatan Nasional masih sangat muda dan belum memungkinkan untuk dievaluasi tentang bagaimana program tersebut akan mempengaruhi gizi. Untuk itu, desain evaluasi penting untuk dipertimbangkan pada tahap perencanaan program untuk memastikan bahwa indikator yang relevan dapat dipantau.

### Target, Indikator dan Kegiatan Terkait Gizi dalam Perencanaan Sektor Utama

Potensi peran sektor terkait dalam meningkatkan gizi di Indonesia belum tercermin dalam rencana sektor utama. Analisis rencana strategis (RENSTRA) dari kementerian-kementerian utama dilakukan untuk menetapkan bagaimana gizi tercermin dalam target sektoral, indikator, dan program untuk beberapa Kementerian kunci. Temuan ini terdapat dalam **Lampiran 4** dan dirangkum dalam **Tabel 6**.

#### Target

Meskipun beberapa target gizi dimasukkan dalam Buku I RPJMN 2015-2019, hal ini tidak kemudian secara eksplisit tercermin sebagai target strategis dalam renstra kementerian terkait selain Kemenkes. Setidaknya target *stunting* dan obesitas harus secara eksplisit dimasukkan dalam semua renstra kementerian kunci untuk memperkuat kontribusi penting yang dimainkan oleh semua sektor dalam mengatasi Beban Ganda Masalah Gizi.

#### Indikator

Pengamatan **Tabel 6** menunjukkan bahwa sangat sedikit indikator dalam RENSTRA saat ini terkait dengan gizi dan tidak cukup spesifik untuk dapat menilai peningkatan dalam jalur kausal untuk perbaikan gizi. Pertama, mereka tidak fokus pada kelompok populasi yang memang perlu ditargetkan agar intervensi dapat memberikan dampak. Di Indonesia, kelompok-kelompok sasaran ini termasuk wanita, anak-anak, remaja dan orang miskin, meskipun kelompok sasaran tertentu lainnya merupakan konteks spesifik. Peningkatan prevalensi secara nasional dapat menutupi adanya kesenjangan yang semakin meningkat untuk itu program perlu menentukan kelompok sasaran yang paling akan mengalami dampak dari intervensi terkait gizi yang dikerjakan. Kedua, diperlukan indikator yang lebih spesifik untuk melacak perbaikan terkait gizi. Sebagai contoh, pola pangan harapan adalah indikator yang relatif tumpul berdasarkan pola konsumsi nasional. Indikator yang lebih sesuai untuk mengukur keragaman pola makan rumah tangga dan individu telah dikembangkan yang merupakan proksi yang lebih baik dari kecukupan gizi dalam diet (FAO, 2010). Pertimbangan cermat tentang indikator mana yang paling sesuai untuk melacak capaian perbaikan gizi diperlukan di semua sektor terkait, sehingga indikator yang relevan dapat diidentifikasi dan dimasukkan dalam RENSTRA berikutnya.

#### Program

Saat ini, program sektoral cenderung beroperasi secara mandiri dengan menargetkan kelompok populasi yang berbeda. Pertanyaan tentang 'integrasi' versus 'co-location' (berlokasi di tempat yang sama) untuk pelaksanaan program gizi sensitif telah menjadi bahan diskusi global (Ruel, Quisumbing, & Balagamwala, 2018). Integrasi intervensi berisiko membuat program terlalu kompleks dan sulit untuk diimplementasikan. Untuk alasan ini, beberapa pengamat mengambil pandangan bahwa yang terbaik adalah untuk melakukan penempatan intervensi sektoral di lokasi yang sama tetapi juga menargetkan individu, rumah tangga, atau komunitas yang sama, dengan kata lain "berpikir secara multisektoral, dan bertindak secara sektoral". Kuncinya adalah perencanaan, pemantauan dan evaluasi program secara bersama untuk memastikan bahwa kelompok yang sama ditargetkan dan tujuan akhir untuk meningkatkan gizi terpenuhi, tetapi detail pelaksanaannya harus dilakukan secara independen oleh masing-masing sektor terkait.

Upaya nasional yang ada saat ini untuk mengurangi *stunting* perlu didampingi dengan upaya untuk mengurangi *wasting*, anemia dan obesitas. Serupa dengan *stunting*, upaya untuk mengatasi obesitas perlu dilakukan secara lintas sektoral. Meningkatkan akses ke konseling dan dukungan melalui layanan kesehatan, program kesehatan dan gizi sekolah, kontrol atas konten, penjualan dan pemasaran makanan dan minuman, hanyalah beberapa aksi sektoral yang diperlukan untuk menghentikan peningkatan obesitas secara efektif. Langkah pertama adalah meningkatkan kesadaran tentang penyebab dan dampak kelebihan berat badan dan obesitas.

**Tabel 6. Target dan Indikator terkait Gizi di Renstra Kementerian Utama**

Kementerian	Sasaran strategis	Indikator (2014-2019)	Program
Pertanian	1. Swasembada beras, jagung dan kedelai dan peningkatan produksi daging dan gula	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peningkatan produksi (juta ton): Beras 70,6 menjadi 82,1 Jagung 19,0 menjadi 24,7 Kedelai 0,95 menjadi 3,0 Gula 2,63 menjadi 3,82 Sapi 460,4 menjadi 755,1</li> </ul>	Kawasan Rumah Pangan Lestari
	2. Peningkatan diversifikasi pangan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pola Pangan Harapan: 81,8 menjadi 92,5</li> <li>Asupan energi/kapita/hari: 1.967 menjadi 2.150 kkal</li> </ul>	
Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal & Transmigrasi	1. Mengurangi jumlah desa tertinggal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pengembangan 5.000 desa tertinggal</li> </ul>	Program Padat Karya
	2. Pemberantasan daerah yang paling terbelakang	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peningkatan 80 kabupaten di wilayah yang paling terbelakang</li> </ul>	
	3. Pengembangan Wilayah Tertentu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meningkatnya ketahanan pangan di 57 kabupaten yang rawan pangan</li> </ul>	
Dalam Negeri	1. Peningkatan kualitas layanan publik melalui pembangunan regional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Layanan dasar terpenuhi di 60% wilayah</li> </ul>	

Kementerian	Sasaran strategis	Indikator (2014-2019)	Program
<b>Pekerjaan Umum &amp; Perumahan Rakyat</b>	1. Pengembangan pekerjaan umum dan perumahan untuk mencapai ketahanan air, kedaulatan pangan dan ketahanan energi	• Ketahanan air nasional: 28,9% menjadi 67,6%	Program Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat untuk masyarakat berpenghasilan rendah
	2. Pengembangan infrastruktur dasar dan perumahan	• Peningkatan infrastruktur dasar dan perumahan menjadi 95%	
<b>Sosial</b>	1. Pengurangan jumlah kelompok miskin, rentan dan penyandang masalah kesejahteraan sosial (PMKS)	• Pengurangan kelompok miskin dan rentan dan PMKS sebanyak 1% pada 2019	Program Keluarga Harapan Program Pemberian Beras Bersubsidi
<b>Pendidikan &amp; Kebudayaan</b>	1. Peningkatan akses ke pendidikan anak usia dini (PAUD) dan pendidikan masyarakat	• Angka partisipasi kasar untuk PAUD usia 3-6 tahun: 68,1% menjadi 78,7% • Meningkatnya kabupaten dengan lembaga PAUD terpadu: 40% menjadi 54,6%	Program PAUD
<b>Kesehatan</b>	1. Penguatan implementasi Program Asuransi Kesehatan Nasional/Kartu Indonesia Sehat	• Jumlah peserta yang menjadi Penerima Subsidi Kontribusi melalui Program Asuransi Kesehatan Nasional/Kartu Indonesia Sehat: 864 menjadi 109,9 juta	Jaminan Kesehatan Nasional

## PESAN KUNCI

### Lingkungan yang mendukung

1. Pengetahuan dan bukti sangat penting untuk pengambilan keputusan:
  - Data gizi yang teratur dan kuat telah tersedia untuk melacak target gizi yang ditetapkan dalam RPJMN tetapi ada kesenjangan besar dalam hal pengetahuan dan sistem data dan informasi gizi saat ini.
2. Politik dan pemerintahan menentukan komitmen, perencanaan, dan koordinasi untuk gizi:
  - Pemerintah telah menunjukkan kepemimpinan politik dan komitmen yang kuat terhadap gizi di tingkat pusat tetapi di tingkat daerah komitmen tersebut perlu ditingkatkan.
3. Kapasitas dan sumber daya sangat penting untuk pemberian layanan gizi berkualitas tinggi:
  - Pencapaian utama di Indonesia adalah peningkatan pendanaan untuk gizi yang berasal dari pendanaan pusat maupun daerah, namun diperlukan keberlanjutan pendanaan dan peningkatan kapasitas di tingkat daerah dalam merencanakan, memprioritaskan, dan mengelola berbagai dana untuk gizi secara efektif.
  - Indonesia memiliki persediaan yang siap untuk ahli gizi terlatih tetapi keahlian mereka masih perlu dioptimalkan sementara pelatihan untuk penyedia layanan gizi perlu ditingkatkan.

### Intervensi spesifik gizi

4. Sebanyak 14 intervensi gizi spesifik telah diakui secara global sebagai intervensi yang esensial untuk mengatasi kekurangan gizi:
  - Hanya 9 yang merupakan program nasional, 2 diimplementasikan sebagian dan 3 tidak dilaksanakan sama sekali.
  - Kesenjangan yang ada dalam pemberian layanan gizi untuk mengatasi anemia, malnutrisi akut dan obesitas, dan untuk meningkatkan praktik pemberian makanan pendamping masih perlu untuk dipenuhi.
  - Semua intervensi gizi esensial perlu untuk ditingkatkan agar dapat memastikan pemberian layanan gizi memiliki cakupan penuh.

### Program gizi sensitif

5. Peranan program gizi sensitif dalam memperbaiki gizi sudah diketahui dengan baik:
  - Lima sektor yang terkait dengan gizi adalah: (i) kesehatan, (ii) perlindungan sosial, (iii) pertanian dan ketahanan pangan, (iv) pendidikan dan perkembangan anak, dan (v) air, sanitasi dan higiene.
  - Beberapa bukti tentang bagaimana intervensi gizi sensitif mempengaruhi status gizi sudah tersedia tetapi kesenjangan dalam pengetahuan masih perlu diperbaiki.
  - Pemrograman yang sukses bergantung pada perencanaan dan pemantauan lintas sektoral yang dilakukan secara bersama, yang difokuskan pada kelompok sasaran yang sama dan dilaksanakan secara mandiri oleh masing-masing sektor terkait.

# 3. ISU STRATEGIS DAN PELUANG

PEMBANGUNAN GIZI DI INDONESIA

KAJIAN SEKTOR KESEHATAN



Bagian ini menetapkan isu-isu strategis yang harus dipertimbangkan ketika mengembangkan alternatif kebijakan. Bagian ini juga mengidentifikasi peluang potensial untuk perbaikan gizi di Indonesia saat ini. Lima isu strategis dijelaskan yang dapat diatasi melalui lima kebijakan yang meliputi banyak hal yang ditetapkan dalam kotak di bawah bagian yang relevan.

### 3.1. MENGATASI BEBAN GANDA MASALAH GIZI

*Background paper* sebelumnya tentang gizi di Indonesia yang dilakukan sebagai bagian dari Kajian Sektor Kesehatan 2014 mengidentifikasi Beban Ganda Masalah Gizi sebagai tantangan nomor satu untuk gizi di Indonesia (Bappenas, 2014) dan terus menjadi tantangan gizi utama saat ini. Seiring berjalannya waktu, kelompok masyarakat termiskin akan menjadi yang paling rentan oleh efek gabungan dari kekurangan gizi dan obesitas yang mengarah kepada ketimpangan yang lebih besar antara kaya dan miskin. Pendekatan yang diperluas, komprehensif, terpadu dan multisektoral untuk menanggulangi malnutrisi sedang diupayakan oleh Pemerintah dengan kepemimpinan politik yang kuat. Komitmen ini tercermin dalam pencantuman target dan strategi untuk mengatasi kekurangan gizi dan obesitas dalam dokumen perencanaan nasional, dan dalam peningkatan alokasi pembiayaan untuk gizi yang disalurkan ke kabupaten dan desa. Dokumen perencanaan dan strategi daerah dan sektor terkait belum sesuai dengan rencana nasional dimana hal ini dapat berdampak buruk pada alokasi anggaran untuk gizi. Langkah pertama yang penting adalah menetapkan regulasi untuk memastikan bahwa target, kebijakan, dan strategi nasional untuk gizi sepenuhnya tercermin dalam rencana daerah dan sektor terkait.

**KEBIJAKAN 1: Menetapkan regulasi yang kuat untuk meningkatkan komitmen dan alokasi anggaran untuk gizi di tingkat pusat dan daerah.**

### 3.2. MEMPERKUAT KAPASITAS DAN INTERVENSI GIZI DI TINGKAT DAERAH

Hambatan utama untuk perbaikan gizi di Indonesia adalah kurangnya kapasitas dalam mengimplementasikan program di tingkat daerah. Komitmen pusat yang kuat terhadap pendekatan multisektoral untuk gizi belum sepenuhnya diterjemahkan ke dalam pemberian layanan gizi berkualitas kepada masyarakat. Alasan utama adalah adanya kesenjangan yang signifikan dalam intervensi gizi spesifik yang esensial, khususnya untuk mengatasi anemia, malnutrisi akut (*wasting*), obesitas dan PMBA. Selain itu, kapasitas daerah dalam merencanakan, melaksanakan, menganggarkan dan memantau intervensi gizi di tingkat daerah masih perlu ditingkatkan. Dengan adanya desentralisasi berarti bahwa kabupaten memiliki sumber daya dan tanggung jawab yang lebih besar untuk mengelola program gizi daripada sebelumnya dan hal yang sama berlaku di tingkat desa dengan diperkenalkannya Dana Desa. Selain itu, pemerintah di daerah diharapkan dapat melakukan koordinasi lintas sektor yang efektif di dalam sistemnya tersendiri dan dengan sedikit pengalaman dalam hal bekerja secara multisektoral. Oleh karena itu, penting untuk pemerintah di daerah memiliki panduan dan dukungan teknis yang jelas untuk secara efektif menyediakan serangkaian utuh intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif yang ditingkatkan. Aspek penting termasuk meningkatkan cakupan layanan yang komprehensif, menambah jumlah dan kapasitas penyedia layanan gizi, memastikan bahwa sistem pengadaan dan pasokan produk gizi (suplemen dan peralatan) efisien dan memperkenalkan peraturan yang lebih kuat untuk mempromosikan gizi yang sehat.

**KEBIJAKAN 2: Meningkatkan pemberian layanan gizi berkualitas untuk semua masyarakat.**

### 3.3. MENYEBARLUASKAN PESAN

Penyebab dan dampak Beban Ganda Masalah Gizi masih belum secara utuh dipahami dengan baik meskipun masalah tersebut sudah menjadi prioritas pemerintah. Sebagian dari alasan untuk hal ini adalah bahwa kondisi seperti *stunting* dan kelebihan berat badan tidak sangat terlihat. Selain itu, masih ada tabu sosial dan budaya yang luas tersebar dalam hal pembatasan makanan, pemahaman tentang gizi pada ibu dan anak, dan persepsi bahwa bayi yang gemuk lebih sehat. Pengambil keputusan tidak selalu menyadari dampak malnutrisi terhadap ekonomi dan bagaimana hal ini dapat mengikis bonus demografis yang diharapkan terjadi pada 2020-2030. Mengingat semakin banyaknya jenis dan penggunaan media modern untuk berkomunikasi, dan fakta bahwa semakin banyak jumlah penduduk yang memiliki akses ke telepon seluler dan televisi, adalah saat yang tepat untuk memulai kampanye advokasi, komunikasi, dan mobilisasi yang komprehensif untuk meningkatkan kesadaran dan komitmen untuk perbaikan gizi. Selain itu, sinergi pesan kunci yang dilakukan oleh kementerian/lembaga terkait dalam menyebarkan pesan gizi melalui strategi komunikasi perubahan perilaku juga penting untuk dapat dikerjakan secara bersama-sama.

**KEBIJAKAN 3: Meningkatkan kesadaran dan komitmen untuk perbaikan gizi dengan menggunakan metode inovatif dan berbagai saluran komunikasi.**

### 3.4. MEMBANGUN BUKTI UNTUK PENGAMBILAN KEPUTUSAN TERKAIT GIZI

Keterbatasan kapasitas untuk menganalisis data, sistem informasi gizi yang belum efektif, dan kesenjangan dalam hal pengetahuan telah diidentifikasi sebagai hambatan dalam pengambilan keputusan berbasis bukti. Sejumlah besar data dihasilkan, tetapi kualitas dan kegunaan informasi ini masih perlu ditingkatkan. Dengan meningkatnya aksesibilitas teknologi inovatif, ada peluang untuk mendesain ulang seluruh sistem informasi gizi. Hal ini akan melibatkan: (i) revitalisasi sistem informasi gizi untuk mengintegrasikan indikator gizi spesifik dan gizi sensitif, (ii) mengurangi jumlah indikator yang saat ini dikumpulkan menggantikannya dengan indikator yang esensial, (iii) standarisasi metode dan definisi indikator, (iv) memperkenalkan pelatihan dan pengawasan di tingkat daerah dalam melakukan pengumpulan, analisis, dan penggunaan informasi untuk tujuan perencanaan dan pemantauan, (v) mengembangkan sarana untuk mengkomunikasikan hasil secara teratur dengan format yang jelas dan sederhana yang sesuai untuk pembuat kebijakan dan pelaksana program. Penting juga untuk melakukan penilaian komprehensif atas kesenjangan prioritas dalam hal pengetahuan dan memulai penelitian untuk mengisi kekosongan tersebut. Kajian perlu juga dilakukan dalam hal kebutuhan informasi untuk pengambilan keputusan, sistem informasi yang sudah ada (PSG, Riskesdas, Susenas, SIMPUS, SIP, PIS-PK dan lain-lain) dan mengembangkan sistem informasi gizi untuk memenuhi kebutuhan program dan kebijakan.

**KEBIJAKAN 4: Membangun sistem informasi dan bukti terkait gizi untuk menyediakan sumber data yang kredibel dan tepat waktu yang dapat digunakan untuk pengambilan keputusan.**

### 3.5. MEMPERLUAS UPAYA UNTUK UPAYA-UPAYA MULTISEKTORAL

Penyebab dan dampak Beban Ganda Masalah Gizi masih belum secara utuh dipahami dengan baik meskipun masalah tersebut sudah menjadi prioritas pemerintah. Sebagian dari alasan untuk hal ini adalah bahwa kondisi seperti *stunting* dan kelebihan berat badan tidak sangat terlihat. Selain itu, masih ada tabu sosial dan budaya yang luas tersebar dalam hal pembatasan makanan, pemahaman tentang gizi pada ibu dan anak, dan persepsi bahwa bayi yang gemuk lebih sehat. Pengambil keputusan tidak selalu menyadari dampak malnutrisi terhadap ekonomi dan bagaimana hal ini dapat mengikis bonus demografis yang diharapkan terjadi pada 2020-2030. Mengingat semakin banyaknya jenis dan penggunaan media modern untuk berkomunikasi, dan fakta bahwa semakin banyak jumlah Peluncuran Gerakan Percepatan Penurunan *Stunting* Nasional memberikan peluang besar untuk mempercepat penurunan prevalensi *stunting* pada anak secara signifikan. Pemerintah telah menginvestasikan sejumlah besar dana dengan dukungan pinjaman Bank Dunia dan memperkenalkan sistem pembiayaan berbasis hasil untuk memberi insentif kepada pemerintah daerah untuk bertindak secara tepat. Pendekatan multi-sektor sedang diadopsi dan pemerintah daerah di 100 kabupaten sasaran awal telah diinstruksikan untuk memastikan bahwa RPJMD mencerminkan target dan kegiatan terkait *stunting* untuk sektor-sektor terkait. Mekanisme pendukung teknis tambahan sedang dijalankan di tingkat kabupaten dan desa untuk meningkatkan kapasitas daerah. Upaya yang telah mengalami peningkatan ini memiliki sejumlah keunggulan. Pertama, aksi multisektoral cenderung memiliki dampak pada keadaan malnutrisi lainnya seperti defisiensi mikronutrien, *wasting* dan bayi dengan BBLR, sehingga hal tersebut kemudian dapat memperluas pengaruh dari intervensi yang tidak hanya untuk penurunan *stunting*. Kedua, memperkuat lingkungan yang mendukung untuk gizi adalah investasi jangka panjang yang akan bermanfaat bagi populasi yang lebih luas di luar anak-anak. Ketiga, menempatkan inisiatif anti-*stunting* di dalam Kantor Wakil Presiden memberikan tingkat kepemimpinan dan otoritas yang lebih tinggi dalam melakukan koordinasi lintas sektor dan kementerian yang diperlukan untuk percepatan perbaikan gizi.

**KEBIJAKAN 5: Memperluas keterlibatan multi-sektor untuk mempercepat perbaikan gizi.**

## 4. TARGET

PEMBANGUNAN GIZI DI INDONESIA

KAJIAN SEKTOR KESEHATAN



Target gizi utama untuk Indonesia yang perlu dicapai pada tahun 2024 (lihat **Tabel 7**) konsisten dengan enam target global yang disahkan oleh negara-negara anggota Majelis Kesehatan Dunia (*World Health Assembly/WHA*) dan kemudian dimasukkan ke dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs). Satu target utama tambahan direkomendasikan untuk indikator obesitas pada orang dewasa, yang juga mencerminkan tantangan gizi utama saat ini. Target tersebut konsisten dengan rekomendasi global WHO.

Selain itu, ada 2 indikator dan target tambahan yang juga diusulkan, yakni anemia pada ibu hamil dan *stunting* pada anak di bawah usia 2 tahun. Anemia sangat tinggi pada ibu hamil dan data telah dikumpulkan secara teratur di Indonesia sehingga merupakan indikator yang berguna untuk memantau capaian. Indikator tambahan kedua yaitu *stunting* pada anak di bawah usia dua tahun, diusulkan karena merupakan periode di mana intervensi dapat menjadi yang paling efektif dan kemudian dimasukkan dalam RPJMN 2015-2019. Meskipun anemia pada anak adalah masalah yang signifikan di Indonesia, saat ini tidak ada pengumpulan data secara teratur yang memungkinkan untuk memantau capaian untuk indikator ini. Oleh karena itu tidak dimasukkan sebagai indikator tetapi perlu dipertimbangkan secara serius untuk mengumpulkan data tersebut secara teratur.

Target yang diproyeksikan sesuai dengan target global atau dihitung dengan menggunakan angka prevalensi awal (*baseline*) untuk 2013 dan menggunakan target global untuk menghitung perubahan tahunan (lihat **Tabel 7**). Target-target ini dapat dipenuhi jika semua aksi gizi spesifik dan gizi sensitif ditingkatkan, diarahkan pada kelompok termiskin dan yang paling rentan, dan lingkungan yang mendukung diperkuat untuk mendukung aksi. Berdasarkan data awal Riskesdas 2018 yang menunjukkan bahwa prevalensi *stunting* pada balita 30,8%, mengindikasikan bahwa perhitungan target telah sesuai dengan penurunan yang terjadi.

Tabel 7. Indikator dan Target yang Direkomendasikan untuk RPJMN 2020-2024

Indikator Utama	Target Global (2025)	Baseline 2013 (%)	Riskesdas 2018 (%)	RPJMN 2024 (%)	Target 2025 (%)
<i>Stunting (pendek)</i> pada anak usia 0-59 bulan	Penurunan 40%	37,2	30,8	24	22
<i>Anemia</i> pada wanita usia subur	Penurunan 50%	22,7		12	11
<i>Berat badan lahir rendah</i> pada bayi (<2.500 gr)	Penurunan 30%	5,7	6,2	4	3
<i>Overweight (kegemukan)</i> pada anak usia 0-59 bulan	Tidak meningkat	11,8	8	8	8
<i>ASI Eksklusif</i> pada bayi usia < 6 bulan	Naik menjadi 50% (minimal)	41,5	52	60	60
<i>Wasting (kurus)</i> pada anak usia 0-59 bulan	Turun menjadi <5%	12,1	10,2	5	5
<i>Obesitas</i> pada dewasa usia 18+ tahun	Tidak meningkat	15,4	21,8	15	15

Indikator Tambahan	Target Usulan (2025)	Baseline 2013 (%)	Riskesdas 2018 (%)	RPJMN 2024 (%)	Target 2025 (%)
<i>Anemia</i> pada ibu hamil	Penurunan 50%	37,1	48,9	30	27
<i>Stunting (pendek)</i> pada anak usia 0-23 bulan	Penurunan 40%	32,8	29,9	21	19

Catatan:

Data awal (*baseline*) semuanya diambil dari RISKESDAS 2013 dengan pengecualian ASI eksklusif yang berdasarkan SDKI 2012 dan anemia pada ibu hamil yang berdasarkan data awal tahun 2016. Proyeksi untuk menyusui didasarkan pada peningkatan tahunan yang diharapkan yakni sebesar 1-2% setiap tahun.

Tabel 8. Perhitungan Target Penurunan *Stunting* untuk RPJMN 2020-2024

*Stunting* pada anak usia 0-59 bulan digunakan sebagai contoh untuk menunjukkan bagaimana target dihitung berdasarkan tingkat penurunan tahunan. Target global untuk *stunting* pada usia 0-59 bulan adalah penurunan sebesar 40% pada tahun 2025. Dengan mengambil angka RISKESDAS 2013 sebagai *baseline*, penurunan tahunan dihitung.

- *Baseline* (2013) 37,2%
- 40% penurunan  $(40/100 \times 37,2) = 14,48\%$
- Penurunan per tahun  $14,48/12 = 1,24$
- Angka untuk 2024 diambil sebagai target.

2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
37,20	35,96	34,72	33,48	32,24	31,00	29,76	28,52	27,28	26,04	24,80	23,56	22,32

## 5. OPSI KEBIJAKAN

PEMBANGUNAN GIZI DI INDONESIA

KAJIAN SEKTOR KESEHATAN



**Tabel 9** mengusulkan serangkaian lima kebijakan untuk mencapai indikator dan target dalam meningkatkan gizi masyarakat yang diusulkan dalam RPJMN 2020-2024 yang perlu dilakukan oleh Pemerintah Indonesia.

**Tabel 9. Kebijakan dan Strategi yang Direkomendasikan untuk RPJMN 2020-2024**

<p><b>KEBIJAKAN 1:</b> Menetapkan regulasi untuk meningkatkan komitmen, implementasi, dan alokasi anggaran percepatan perbaikan gizi di tingkat pusat dan daerah.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan advokasi kepada pengambil kebijakan di tingkat pusat dan daerah tentang pentingnya menyelaraskan target, indikator, dan strategi percepatan perbaikan gizi dengan dasar RPJMN ke dalam dokumen perencanaan</li> <li>• Memperkuat regulasi untuk menjamin keselarasan intervensi percepatan perbaikan gizi di tingkat pusat dan daerah</li> <li>• Mengembangkan anggaran dan sistem pertanggungjawaban yang terstandar untuk percepatan perbaikan gizi di tingkat pusat dan daerah sehingga mempermudah proses penilaian kinerja anggaran</li> </ul>
<p><b>KEBIJAKAN 2:</b> Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan gizi</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Merevisi SPM dan rencana sektor kesehatan untuk memastikan pemenuhan kebutuhan sumber daya dan implementasi semua intervensi gizi spesifik esensial</li> <li>• Meningkatkan kapasitas dan keterampilan ahli gizi dan tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan untuk mengatasi Beban Ganda Masalah Gizi dan memastikan setiap puskesmas memenuhi kecukupan jumlah ahli gizi</li> <li>• Memperkuat peraturan untuk mengontrol pemasaran dan produksi makanan dan minuman yang mengandung tinggi lemak, gula dan garam, dan produk makanan bayi dan anak</li> <li>• Memperkuat sistem pengadaan dan suplai produk gizi untuk memastikan efisiensi dalam pemenuhan kebutuhan bagi kelompok sasaran</li> <li>• Mengembangkan dan memperkuat program yang mendukung peningkatan kesehatan dan gizi untuk kelompok remaja dan wanita usia subur</li> <li>• Kementerian Kesehatan menyusun kebijakan mengatasi obesitas secara komprehensif yang mencakup pencegahan dan penatalaksanaan</li> </ul>

<p><b>KEBIJAKAN 3:</b> Meningkatkan kampanye, advokasi dan komunikasi perubahan perilaku untuk perbaikan gizi</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melibatkan semua komponen masyarakat dan pemangku kepentingan seperti organisasi dan kelompok keagamaan, dunia usaha, akademisi dan organisasi profesi, Lembaga donor dan mitra pembangunan dalam meningkatkan kesadaran tentang gizi dan penanggulangan BGG dan manfaat ekonomi dan kesehatan yang diperoleh dari gizi yang lebih baik</li> <li>• Mengembangkan strategi kampanye, advokasi dan komunikasi antar pribadi dengan menggunakan pesan dan saluran yang jelas dan menarik sesuai kelompok umur, yang dapat dipakai oleh semua kementerian/lembaga dan semua pihak terkait untuk disebarluaskan melalui saluran komunikasi yang inovatif</li> </ul>
<p><b>KEBIJAKAN 4:</b> Membangun sistem informasi dan bukti terkait gizi untuk menyediakan sumber data yang kredibel dan tepat waktu yang dapat digunakan untuk pengambilan keputusan.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revitalisasi sistem informasi gizi untuk yang memungkinkan tersedianya data dan informasi indikator gizi-spesifik dan gizi-sensitif yang dapat dianalisis dan dikomunikasikan secara teratur dalam format yang jelas</li> <li>• Membangun kapasitas pembuat kebijakan dan perencana di tingkat daerah dalam menggunakan informasi untuk perencanaan, pemrograman dan pemantauan di daerah</li> <li>• Penyusunan agenda riset gizi secara komprehensif melalui pengkajian terhadap kesenjangan dalam hal pengetahuan dan bukti terkait gizi dengan melibatkan perguruan tinggi, Lembaga penelitian, organisasi profesi dan lembaga swadaya masyarakat</li> </ul>
<p><b>KEBIJAKAN 5:</b> Memperluas keterlibatan multi-sektor untuk mempercepat perbaikan gizi.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memperkuat peran multi-sektor dengan identifikasi dan memperjelas program-program multi sektor yang berkontribusi untuk mengatasi BGG</li> <li>• Memetakan kebijakan dan sumber daya yang tersedia, dan mengidentifikasi dukungan yang diperlukan untuk semua sektor utama untuk mengimplementasikan program-program prioritas gizi sensitif, termasuk pemanfaatan wadah yang sudah ada untuk pemberdayaan masyarakat seperti posyandu dan UKBM lainnya</li> </ul>

- Menyelaraskan target program multi sektor di wilayah geografis dan rumah tangga prioritas
- Memperkuat sistem koordinasi dan komunikasi untuk sinergi kegiatan antara sektor-sektor utama di tingkat nasional dan sub nasional termasuk di dalamnya sektor non pemerintah, tentang gizi dan peran/dukungan yang diperlukan dari masing-masing sektor untuk memastikan sasaran menerima secara lengkap intervensi yang dibutuhkan untuk perbaikan gizi
- Memperkuat peraturan untuk mempercepat perbaikan gizi di berbagai sektor seperti implementasi fortifikasi makanan, perlindungan anak untuk mencegah pernikahan anak, integrasi pesan kunci tentang gizi ke dalam kurikulum/bahan PAUD dan keluarga berencana

## REFERENSI

1. Access to Nutrition Index. (2016). Global Index 2016. Dikutip dari [https://www.accesstonutrition.org/sites/2015.atnindex.org/files/atni-global-index-2016\\_2.pdf](https://www.accesstonutrition.org/sites/2015.atnindex.org/files/atni-global-index-2016_2.pdf)
2. Alive & Thrive. (2018). Desk review on maternal, infant, and young child nutrition and nutrition-sensitive practices in Indonesia .
3. An, R., Yan, H., Shi, X., & Yang, Y. (2017). Childhood obesity and school absenteeism: a systematic review and metaanalysis. *Pediatric Obesity*. Dikutip dari <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/obr.12599>
4. Atmarita, Jahari, A., Sudikno, & Soekatri, M. (2016). Asupan Gula, Garam dan Lemak di Indoensia: Analisis Survei Konsumsi Makanan Individu (SKMI) 2014 . *Jurnal Persatuan Ahli Gizi Indonesia*, 39(1), 1-14.
5. Badan Ketahanan Pangan. (2017). Laporan Kinerja.
6. Badan Ketahanan Pangan. (2018). Rencana Strategis Badan Ketahanan Pangan.
7. Bank, W. (2015). Indonesia - Systematic Country Diagnosis: Connecting the Bottom 40 percent to the Prosperity Generation.
8. Bappenas . (2010). The Landscape Analysis Indonesian Country Assessment. Jakarta. Dikutip dari [http://www.who.int/nutrition/landscape\\_analysis/IndonesiaLandscapeAnalysisCountryAssessmentReport.pdf](http://www.who.int/nutrition/landscape_analysis/IndonesiaLandscapeAnalysisCountryAssessmentReport.pdf)
9. Bappenas & UNICEF. (2017). SDG Baseline Report on Children in Indonesia. Jakarta: UNICEF.
10. Bappenas. (2014).
11. Bappenas. (2014). Health Sector Review: Nutrition. Jakarta: UNICEF.
12. Bappenas. (2014). Kajian Sektor Kesehatan: Bidang Gizi. Jakarta: Bappenas.
13. Bappenas. (2015). RPJMN Buku I dan II (2015-2019). Jakarta.
14. Bappenas. (2018). Stunting, Ekonomi, dan Pembangunan Sumber Daya Manusia. Presentasi pada Pertemuan di bulan Juni 2018 yang diselenggarakan oleh Bappenas. Jakarta.
15. Barker, D., Osmond, C., & Golding, J. (1989). Growth in utero, blood pressure in childhood and mortality from cardiovascular disease. *British Medical Journal*, 298, 564-567. Dikutip dari <https://www.bmj.com/content/bmj/298/6673/564.full.pdf>
16. Beal, T., Tumilowicz, A., Sutrisna, A., Izwardy, D., & Neufeld, L. (2018). A review of child stunting determinants in Indonesia. *Maternal and Child Nutrition*, 1-10.

17. Bjeeregaard, L., Jensen, B., & Angquist, L. (2018). Change in Overweight from Childhood to Early Adulthood and Risk of Type 2 Diabetes. *New England Journal of Medicine*, 378(14). Dikutip dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29617589>
18. Black, R., Allen, L., Bhutta, Z., & et al. (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*, 371, 243-260. Dikutip dari [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61690-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61690-0/fulltext)
19. Black, R., Victora, C., Walker, S., & et al. (2013). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 382(9890), 427-451. Dikutip dari [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(13\)60937-X.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(13)60937-X.pdf)
20. Bland, B. (2013, June 7). Fast-food wars heat up in Indonesia. *Financial Times*. Dikutip dari <https://www.ft.com/content/87be05fa-cdd5-11e2-8313-00144feab7de>
21. BPS. (2007). Konsumsi kalori dan protein: Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS).
22. BPS. (2015). Survei Sosial Ekonomi Nasional. (SUSENAS).
23. BPS. (2016). Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS).
24. BPS. (2017). Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS).
25. BPS. (2017). Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS).
26. BPS & Kemenkes. (2012). Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).
27. BPS & Kemenkes. (2012). Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).
28. BPS & Kemenkes. (2017). Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).
29. BPS & Kemenkes. (2017). Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).
30. BPS. (2010). Sensus Penduduk.
31. Cresswell, J., Campbell, O., De Silva, M., & Filippi, V. (2012). Effect of maternal obesity on neonatal death in sub-Saharan Africa: multivariable analysis of 27 national datasets. *The Lancet*, 380, 1325-1330. Dikutip dari [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60869-1/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60869-1/abstract)
32. Delisle, H., & Batal, M. (2016). The double burden of malnutrition associated with poverty. *The Lancet*, 387(10037), 2504-2505. Dikutip dari [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30795-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30795-4/fulltext)
33. Denboba, A., Hasan, A., & Wodon, Q. (2015). Early Childhood Education and Development in Indonesia: An Assessment of Policy Using SABER. World Bank.
34. Development Initiatives. (2017). Global Nutrition Report 2017: Nourishing the SDGs. Bristol: Development Initiatives. Dikutip dari [http://globalnutritionreport.org/wp-content/uploads/2017/11/Report\\_2017-2.pdf](http://globalnutritionreport.org/wp-content/uploads/2017/11/Report_2017-2.pdf)

35. Dewey, K., & Begum, K. (2011). Long term consequences of stunting in early life. *Maternal and Child Nutrition*. Dikutip dari <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1740-8709.2011.00349.x>
36. Dieu, H., Dibley, M., Sibbritt, D., & Hanh, T. (2009). Trends in overweight and obesity in pre-school children in urban areas of Ho Chi Minh City, Vietnam, from 2002 to 2005. *Public Health Nutrition*, 12(5), 702-709. Dikutip dari <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/trends-in-overweight-and-obesity-in-preschool-children-in-urban-areas-of-ho-chi-minh-city-vietnam-from-2002-to-2005/91488C673F63C24A6144FCC0376EF2C0>
37. FAO & WHO. (2014). ICN2 Second International Conference on Nutrition. Rome. Dikutip dari FAO: <http://www.fao.org/about/meetings/icn2/en/>
38. FAO. (2010). Guidelines for Measuring Household and Individual Dietary Diversity. Rome: FAO. Dikutip dari <http://www.fao.org/docrep/014/i1983e/i1983e00.pdf>
39. FAO. (2018). Toolkit on nutrition-sensitive agriculture and food systems. Dikutip dari FAO: <http://www.fao.org/nutrition/policies-programmes/toolkit/en/> (16 Juli 2018)
40. Friedman, J., Heywood, P., Marks, G., Saadah, F., & Choi, Y. (2006). Health sector decentralization and Indonesia's nutrition programs : opportunities and challenges. Washington: World Bank. Dikutip dari <http://documents.worldbank.org/curated/en/101241468049450209/Health-sector-decentralization-and-Indonesias-nutrition-programs-opportunities-and-challenges>
41. Friere, W. (n.d.). The double burden of undernutrition and excess body weight in Ecuador.
42. Grantham-McGregor, S., Powell, C., Walker, S., & Chang, S. (1994). The long-term follow-up of severely malnourished children who participated in an intervention program. *Child Development*, 65, 428-439.
43. Hendriadi, A. (2018). Food Production for Family Nutrition Improvement. Presentation at WIDYAKARYA NASIONAL PANGAN DAN GIZI XI 4 July 2018.
44. Horta, B., & Victora, C. (2013). Long-term effects of breastfeeding. Geneva: WHO.
45. Horta, B., & Victora, C. (2013). Short-term effects of breastfeeding: A systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. Geneva: WHO. Dikutip dari [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95585/9789241506120\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95585/9789241506120_eng.pdf?sequence=1)
46. IMA World Health. (2018). Final Report: NNCC Model and Lessons Learned (2015 2018).
47. Indonesia Investments. (2018, March 9). Women in Indonesia: Informal Employment, Wage Gap & Violence. Dikutip dari <https://www.indonesia-investments.com/news/news-columns/women-in-indonesia-informal-employment-wage-gap-violence/item8650> (27 Juli 2018)

48. Institute of Social and Economic Research. (2018 Unpublished). Nutrition Capacity Assessment of Indonesia. Jakarta: UNICEF.
49. Kelly, B., Hebden, L., & King, L. (2014). Children's exposure to food advertising on free-to-air television: an asia-pacific perspective. Health Promotion International.
50. Kementerian Desa PDTT. (2017). Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi RI No 19/2017. Jakarta.
51. Kementerian Desa PDTT. (2017). Permendes No.19 tahun 2017.
52. Kementerian Keuangan. (2018). Presentasi tentang Program Pencegahan Stunting oleh Direktur Anggaran untuk Manusia dan Budaya. Dikutip dari [http://www.anggaran.depkeu.go.id/content/Publikasi/stunting/Penanganan%20Stunting\\_DJA.pdf](http://www.anggaran.depkeu.go.id/content/Publikasi/stunting/Penanganan%20Stunting_DJA.pdf)
53. Kementerian Kesehatan. (2007). Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS).
54. Kementerian Kesehatan. (2010). Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS).
55. Kementerian Kesehatan. (2014). Dikutip dari Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan, Kementerian Kesehatan: <http://www.bppsdmk.kemkes.go.id/web/>
56. Kementerian Kesehatan. (2014). Survei Diet Total.
57. Kementerian Kesehatan. (2014). Studi Diet Total: Survei Konsumsi Makanan Individu (SKMI) Indonesia.
58. Kementerian Kesehatan. (2013). Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS).
59. Kementerian Kesehatan. (2016). Survei Indikator Kesehatan Nasional (SIRKESNAS).
60. Kementerian Kesehatan. (2018). Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS).
61. Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi. (2011). Peraturan Menteri No 23 Tahun 2001 tentang Jabatan Fungsional Nutrisionis. Jakarta.
62. Kementerian Pertanian. (2018). Akses Pangan Beragam untuk Akselerasi Penurunan Stunting. Dipresentasikan pada Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi. Jakarta.
63. Khor, G. (n.d.).
64. Khor, G., & Sharif, Z. (2003). Dual forms of malnutrition in the same households in Malaysia - A case study among Malay rural households. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 12(4), 427-437. Dikutip dari [https://www.researchgate.net/publication/5652146\\_Dual\\_forms\\_of\\_malnutrition\\_in\\_the\\_same\\_households\\_in\\_Malaysia\\_-\\_A\\_case\\_study\\_among\\_Malay\\_rural\\_households](https://www.researchgate.net/publication/5652146_Dual_forms_of_malnutrition_in_the_same_households_in_Malaysia_-_A_case_study_among_Malay_rural_households)
65. Komisi Nasional Perempuan. (2018). Laporan Tahunan.
66. Kroker-Lobos, M. (n.d.).

67. Lelijveld, N., Seal, A., & Wells, A. (2016). Chronic disease outcomes after severe acute malnutrition in Malawian children (ChroSAM): a cohort study. *Lancet Glob Health*.
68. Lindsay, R., Dabelea, D., Roumain, J., & et al. (2000). Type 2 diabetes and low birth weight: the role of paternal inheritance in the association of low birth weight and diabetes. *Diabetes*, 49(3), 445-449. Dikutip dari <http://diabetes.diabetesjournals.org/content/49/3/445>
69. Litwin, S. (2014). Childhood obesity and adulthood cardiovascular disease: quantifying the lifetime cumulative burden of cardiovascular risk factors. *Journal of American College of Cardiology*, 64, 1588-1590.
70. Luby, S., Rahman, M., & Arnold, B. (2018). Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Bangladesh: a cluster randomised controlled trial. *Lancet Global Health*, 6, e302-3315.
71. Lukman (komunikasi personal). (2018).
72. Lukman, A. (2018). Membangun Teknologi Dan Kreatifitas Dalam Perbaikan Gizi Termasuk Inovasi Dan Diversifikasi Pangan Untuk Konsumsi Anak. Presentasi pada Lokakarya Pra-WNPG pada bulan Juni 2018 yang diselenggarakan oleh Bappenas. Jakarta.
73. Mahendradhata, Y., & et al. (2017). The Republic of Indonesia. Health System Review. Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies. Dikutip dari <file:///C:/Users/Fiona/Documents/Fiona%20Watson/Indonesia/Documents/2017%20Indonesia%20Health%20System%20Review.pdf>
74. Mahmudiono, T., Sumarmi, S., & Rosenkrantz, R. (2017). Household dietary diversity and child stunting in East Java, Indonesia. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 26(2), 317-325. Dikutip dari <https://www.readbyqxmd.com/read/28244712/household-dietary-diversity-and-child-stunting-in-east-java-indonesia>
75. Marphatia, A., Cole, T., & Grijalva-Eternod, C. (2016). Associations of gender inequality with child malnutrition and mortality across 96 countries. *Global Health, Epidemiology and Genomics*, 1. Dikutip dari <https://www.cambridge.org/core/journals/global-health-epidemiology-and-genomics/article/associations-of-gender-inequality-with-child-malnutrition-and-mortality-across-96-countries/6B7D994859A0220C205B54F6AC9C9E90>
76. Martianto, D. (2018). Peningkatan Aksesibilitas Pangan yang Beragam. Presentasi pada Widyakarya Pangan dan Gizi XI pada tanggal 3 Juli 2018. Jakarta.
77. Meehan, S., Beck, C., Mair-Jenkins, J., & et al. (2014). Maternal Obesity and Infant Mortality: A Meta-Analysis. *Pediatrics*, 133(5). Dikutip dari <http://pediatrics.aappublications.org/content/133/5/863>
78. Members of the Working Group on Food Security Council. (2018). Improving Access to Diverse Food. Presentation at Widyakarya Food and Nutrition Meeting XI 3rd July 2018. Jakarta.

79. Novo Nordisk. (2013). Where economics and health meet: changing diabetes in Indonesia.
80. Null, C., Stewart, C., & Pickering, A. (2018). Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Kenya: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet Global Health*, 6, e316-e329.
81. Oberlander, L. (2018). TV exposure, food consumption, and health outcomes - evidence from Indonesia. INCOMPLETE THESIS. Dikutip dari [https://editorialexpress.com/cgi-bin/conference/download.cgi?db\\_name=CSAE2018&paper\\_id=937](https://editorialexpress.com/cgi-bin/conference/download.cgi?db_name=CSAE2018&paper_id=937)
82. Oddo, V., Rah, J., Semba, R., & et al. (2012). Predictors of maternal and child double burden of malnutrition in rural Indonesia and Bangladesh. *American Journal of Clinical Nutrition*, 95(4), 951-958. Dikutip dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22357721>
83. Ologin, I., McDonald, C., & Ezzati, M. (2013). Associations of Suboptimal Growth with All-Cause and Cause-Specific Mortality in Children under Five Years: A Pooled Analysis of Ten Prospective Studies. *PLOS*. Dikutip dari <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0064636>
84. Peraturan Pemerintah. (2014). Peraturan Pemerintah No. 60 tentang dana hibah desa yang berasal dari penerimaan negara dan anggaran belanja. Jakarta.
85. Rachman, B. (2018). Access to Diverse Food. Presentation at Widyakarya Food and Nutrition Meeting XI 3rd July 2018. Jakarta.
86. Rachmi, C., Hunter, C., Li, M., & Barr, A. (2017). Perceptions of overweight by primary carers (mothers/grandmothers) of underfive and elementary school-aged children in Bandung, Indonesia: a qualitative study. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*, 14, 101. Dikutip dari <https://ijbnpa.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12966-017-0556-1?site=ijbnpa.biomedcentral.com>
87. Rah, J., Sukotjo, S., & Badgaiyan, N. e. (2018 Submitted for publication). Improved sanitation is associated with reduced child stunting among Indonesian children under three years of age.
88. Rao, N., Sun, J., & Wong, J. (2013). Early childhood development and cognitive development in developing countries: A rigorous literature review. DFID. Dikutip dari [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/488541/early-childhood-cognitive-dev-brief.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/488541/early-childhood-cognitive-dev-brief.pdf)
89. Ruel, M., Quisumbing, A., & Balagamwala, M. (2018). Nutrition-sensitive agriculture: What have we learned so far? *Global Food Security*, 17, 128-153. Dikutip dari <https://reader.elsevier.com/reader/sd/C3EF014696FB50861CFE72FC9A714BB6BA38855A72F1BF9B554E4B8CE239535786ABD47C1B37CA20A62D2EE64DF7294C>
90. Sandjaja, S., Budiman, B., Harahap, H., & et al. (2013). Food consumption and nutritional and biochemical status of 0.5–12-year-old Indonesian children: the SEANUTS study. *British Journal of Nutrition*, 110, S11-S20.

91. Sanghvi, T., Haque, R., & Roy, S. (2016). Achieving behaviour change at scale: Alive & Thrive's infant and young child feeding programme in Bangladesh. *Maternal and Child Nutrition*, 12(1), 141-154. Dikutip dari [http://stopstunting.org/wp-content/uploads/2016/05/Maternal-Child-Nutrition\\_StotpStuntinginSouthAsia\\_Paper09.pdf](http://stopstunting.org/wp-content/uploads/2016/05/Maternal-Child-Nutrition_StotpStuntinginSouthAsia_Paper09.pdf)
92. Satriawan, E. (2018). Cumulative Impact of Conditional Cash Transfer Program (CCT) on Health. Evaluation of Hope Family Program After 6 Years. Presented at the Health Sector Review Meeting 31st May 2018. Jakarta.
93. Save the Children. (2013). The Power of the First Hour: Breastfeeding Saves Lives.
94. Shrimpton, R., & Rokx, C. (2013). The Double Burden of Malnutrition in Indonesia.
95. SMERU. (2012). Child poverty and disparities in Indonesia: Challenges for inclusive growth. Jakarta: UNICEF. Dikutip dari <http://www.smeru.or.id/en/content/child-poverty-and-disparities-indonesia-challenges-inclusive-growth>
96. SMERU. (2015). Food and Nutrition Security in Indonesia: A Strategic Review . Jakarta: WFP.
97. Soekarjo, D., Roshita, A., Thow, A.-M., & et al. (2018). Strengthening nutrition-specific policies for adolescents in Indonesia: a qualitative policy analysis. Submitted to *Food and Nutrition Bulletin*.
98. Statistics Indonesia. (2016).
99. Sumarwan, U. (2018). Analyses of Indonesian Food Consumptions: Differences of Rural and Urban Consumers' Food Choices between 2007 and 2017. Paper presented at Regional Seminar on Drivers of Consumer Food Choices March 13/14, 2018, Holiday Inn Bangkok Sukhumvit, Bangkok, Thailand .
100. SUN Movement. (2015). Indonesia. Call for Commitments for Nutrition. Dikutip dari <http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2015/06/Indonesia-Costed-Plan-Summary.pdf>
101. Sunawang. (2015). Supply Chain and Procurement of 'Medicines for Nutrition Programs' Ministry of Health, 2014-2015.
102. Symington, E., Gericke, G., Nel, J., & Labadarios, D. (2016). The relationship between stunting and overweight among children from South Africa: Secondary analysis of the National Food Consumption Survey – Fortification Baseline I. *South African Medical Journal*, 106(1), 65-69. Dikutip dari <http://www.scielo.org.za/pdf/samj/v106n1/24.pdf>
103. The Lancet. (2013). Executive summary of the Maternal and Child Nutrition Series. *The Lancet*. Dikutip dari <http://www.thelancet.com/series/maternal-and-child-nutrition>
104. The Sphere Project. (2011). Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. Dikutip dari <http://www.sphereproject.org/resources/?search=1&keywords=&language=English&category=22&subcat-22=23&subcat-29=0&subcat-31=0&subcat-35=0&subcat-49=0>

105. Thabrany et al. (2014).
106. Timmer, P., Hastuti, & Sumarto, S. (2017). Evolution and Implementation of the Rastra Program in Indonesia. World Bank. Dikutip dari <http://pubdocs.worldbank.org/en/293371506435172757/Chapter-7.pdf>
107. Tomkins, A., & Watson, F. (1989). Malnutrition and infection: a review. Geneva: ACC/SCN. Dikutip dari <https://www.popline.org/node/381319>
108. UN. (2015). Sustainable Development Goals. Dikutip dari Sustainable Development Goals: <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs> (17 April 2018)
109. UNICEF. (2012). Indonesian Nutrition Capacity Assessment. Jakarta: UNICEF & EU. Dikutip dari <http://archive.wphna.org/wp-content/uploads/2013/10/Indonesian-National-and-District-Nutrition-Capacity-Assessment-Report-final.pdf>
110. UNICEF. (2016). Millions of Indonesian babies are missing out on the best start in life. Dikutip dari UNICEF Media Centre: [https://www.unicef.org/indonesia/media\\_25472.html](https://www.unicef.org/indonesia/media_25472.html)
111. UNICEF. (2017). Improving Nutrition Security in Indonesia. District Actions to Improve Infant and Young Child Feeding. Jakarta: UNICEF.
112. UNICEF. (2017). UNICEF Gender Action Plan, 2018-2021.
113. UNICEF. (2018 Unpublished). Baseline Survey of Adolescent Nutritional Status in Indonesia's Klaten and Lombok Barat Districts. Jakarta.
114. UNICEF. (2018 Unpublished). Qualitative study on the factors influencing the eating and physical activity behaviours of adolescent girls and boys in Indonesia . Jakarta.
115. UNICEF, Bappenas & Kemenkes. (2018). Nutrition Capacity Assessment of Indonesia.
116. UNICEF/ACF. (2016 Unpublished). SMART survey.
117. UNICEF/WHO/World Bank. (2018). Joint Child Malnutrition Estimates. UNICEF, WHO, World Bank. Dikutip dari <http://www.who.int/nutgrowthdb/2018-jme-brochure.pdf?ua=1>
118. USAID. (2015). Indonesia Urban Water Sanitation and Hygiene Annual Progress Report 5. USAID.
119. Victora, C., Adair, L., Fall, C., & et al. (2008). Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *The Lancet*, 371(9609), 340-357. Dikutip dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2258311/>
120. WFP & Bappenas. (2017). The Cost of the Diet Study in Indonesia. Jakarta: WFP.
121. WFP. (2014). 10 Facts about Malnutrition in Indonesia. Dikutip dari WFP: <https://www.wfp.org/stories/10-facts-about-malnutrition-indonesia>
122. WFP. (2016). An Evaluation of the 2012-2015 Local Food-Based School Meal Program.
123. WFP. (2016). Indonesia Country Strategic Plan (2017-2020). Jakarta.
124. WFP. (2017). Food Security Monitoring Bulletin. Indonesia. Special Focus: Food security in 100 districts prioritized for reduction of stunting. Jakarta: WFP.
125. WHO. (1981). International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva. Dikutip dari [http://www.who.int/nutrition/publications/code\\_english.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf)
126. WHO. (2007). Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Dikutip dari [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43895/9789241596664\\_eng.pdf;jsessionid=35FAEF12A76B74BFA09FF815E3530DF6?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43895/9789241596664_eng.pdf;jsessionid=35FAEF12A76B74BFA09FF815E3530DF6?sequence=1)
127. WHO. (2009). Interventions on Diet and Physical Activity: What works, Summary Report.
128. WHO. (2009). Recommendations on Wheat and Maize Flour Fortification. Geneva. Dikutip dari [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/111837/WHO\\_NMH\\_NHD\\_MNM\\_09.1\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/111837/WHO_NMH_NHD_MNM_09.1_eng.pdf?sequence=1)
129. WHO. (2010). Nutrition Landscape Information System (NLIS): Country Profile Interpretation Guide. Geneva. Dikutip dari [http://www.who.int/nutrition/nlis\\_interpretation\\_guide.pdf](http://www.who.int/nutrition/nlis_interpretation_guide.pdf)
130. WHO. (2012). Resolution WHA65.6. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. In: Sixty-fifth World Health Assembly Geneva, 21-26 May 2012. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organisation. Dikutip dari [http://www.who.int/nutrition/topics/WHA65.6\\_resolution\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/nutrition/topics/WHA65.6_resolution_en.pdf?ua=1)
131. WHO. (2013). Set of 9 voluntary global NCD targets for 2025. Retrieved from [http://www.who.int/nmh/global\\_monitoring\\_framework/gmf1\\_large.jpg?ua=1](http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/gmf1_large.jpg?ua=1)
132. WHO. (2014). Indonesia: NCD country profile. Dikutip dari [http://www.who.int/nmh/countries/idn\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/nmh/countries/idn_en.pdf?ua=1) (28 Juli 2018)
133. WHO. (2016). Use of multiple micronutrient powders for point-of-use fortification of foods consumed by infants and children aged 6-23 months and children aged 2-12 years. Geneva: WHO. Dikutip dari <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252540/9789241549943-eng.pdf?ua=1>
134. WHO. (2017). Double Duty Actions for Nutrition: Policy Brief. Geneva: WHO. Dikutip dari <http://www.who.int/nutrition/publications/double-duty-actions-nutrition-policybrief/en/>
135. WHO. (2017). The Republic of Indonesia Health System Review.
136. WHO. (2018). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Dikutip dari WHO: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_consequences/en/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_consequences/en/)

137. WHO. (2018). NLiS. Dikutip dari Stunting, wasting, overweight and underweight - Nutrition Landscape Information System (NLiS): <http://apps.who.int/nutrition/landscape/help.aspx?menu=0&helpid=391&lang=EN>
138. WHO Expert Consultation. (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *The Lancet*, 363, 157-163. Dikutip dari [http://www.who.int/nutrition/publications/bmi\\_asia\\_strategies.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/bmi_asia_strategies.pdf)
139. WHO/UNICEF. (2017). Progress on drinking water, sanitation and hygiene: Update and SDG baselines. Geneva: WHO & UNICEF. Dikutip dari [https://www.unicef.org/publications/files/Progress\\_on\\_Drinking\\_Water\\_Sanitation\\_and\\_Hygiene\\_2017.pdf](https://www.unicef.org/publications/files/Progress_on_Drinking_Water_Sanitation_and_Hygiene_2017.pdf)
140. Widodo, J. (2018, April 5th). Speech at the Office of the President.
141. World Bank. (2013). PAMSIMAS: Responding to the water and sanitation challenges in rural Indonesia.
142. World Bank. (2017). An Investment Framework for Nutrition. Washington.
143. World Bank. (2017). Program-for-Results Information Document . Jakarta: World Bank.
144. World Bank. (2017). Towards a Comprehensive, Integrated, and Effective Social Assistance System in Indonesia.
145. World Bank. (2018). Towards inclusive growth. Jakarta: World Bank. Dikutip dari <http://documents.worldbank.org/curated/en/155961522078565468/pdf/124591-WP-PUBLIC-mar-27-IEQMarENG.pdf>
146. World Cancer Research Fund International. (2018). NOURISHING Framework. Dikutip dari <https://www.wcrf.org/int/policy/nourishing/our-policy-framework-promote-healthy-diets-reduce-obesit>
147. Proyek Sphere menyusun Piagam Kemanusiaan (Humanitarian Charter) dan mengidentifikasi serangkaian standar minimum dalam sektor penyelamatan jiwa yang penting dan tercermin dalam Buku Pegangan untuk empat bab teknis: suplai air, promosi sanitasi dan kebersihan; ketahanan pangan dan gizi; hunian, permukiman, barang non pangan; dan aksi kesehatan. Standar Inti (The Core Standards) adalah standar proses dan berlaku untuk semua bab teknis (The Sphere Project, 2011).

# LAMPIRAN

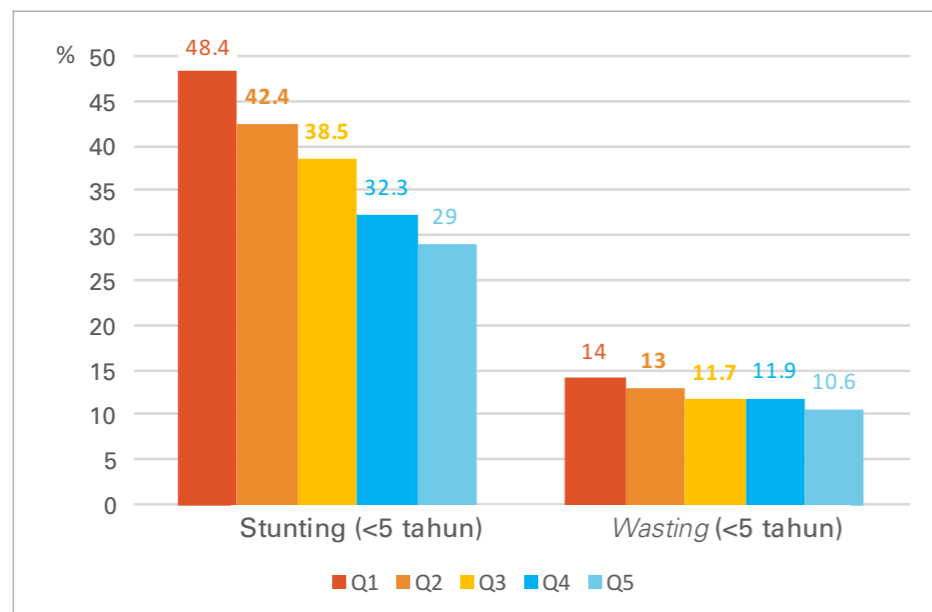
PEMBANGUNAN GIZI DI INDONESIA

KAJIAN SEKTOR KESEHATAN



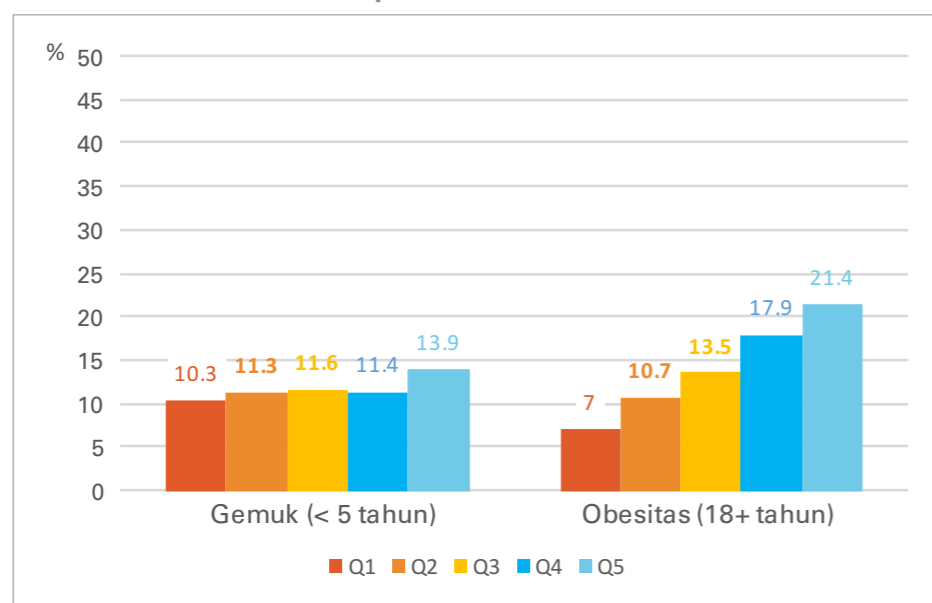
Perbedaan Angka Malnutrisi Antar Provinsi dan Penyebaran yang Tidak Merata menurut Tingkat Kekayaan

Gambar 9. Kekurangan Gizi pada Anak menurut Kuintil Kekayaan pada Tahun 2013



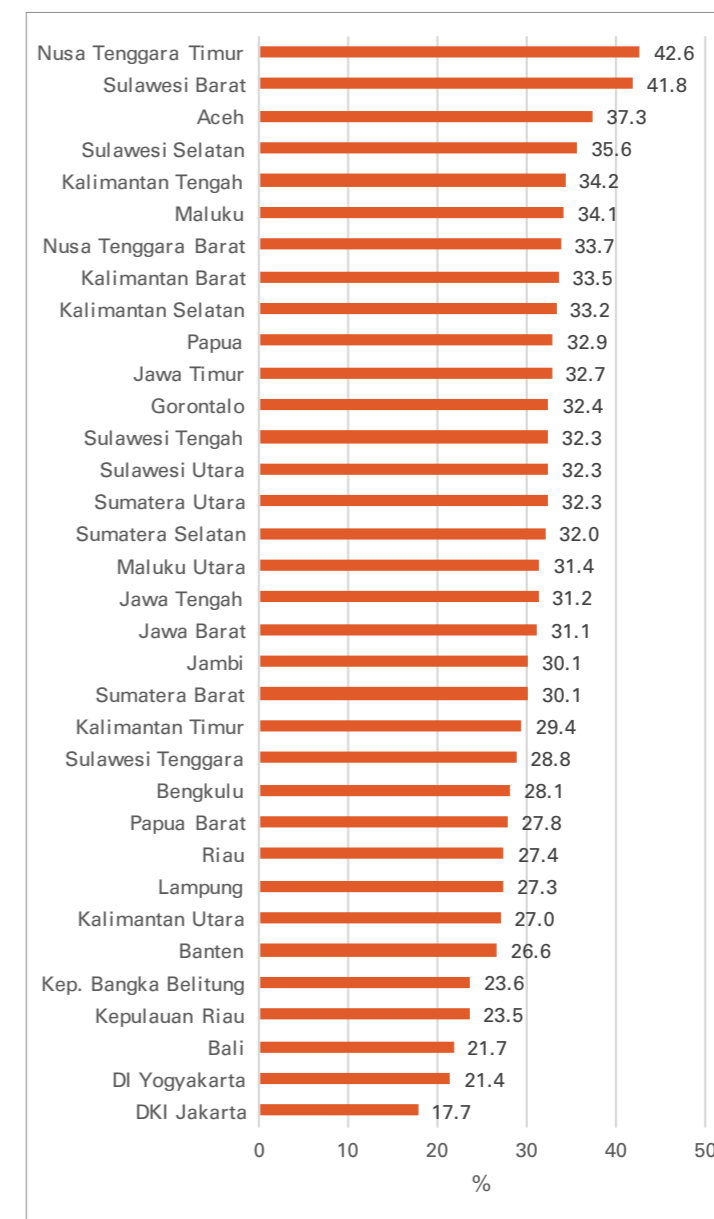
Sumber: RISKESDAS 2013

Gambar 10: Kegemukan pada Anak dan Obesitas pada Dewasa menurut Kuintil Kekayaan pada Tahun 2013



Sumber: RISKESDAS 2013

Gambar 11. Prevalensi Stunting pada Anak Balita menurut Provinsi Tahun 2018



Sumber: RISKESDAS 2013

Indikator malnutrisi

- Stunting (pendek + sangat pendek)** (anak <5 tahun) = Tinggi Badan menurut Umur <-2 Z score
- Wasting (kurus + sangat kurus)** (anak <5 tahun) = Berat Badan menurut Tinggi Badan <-2 Z score
- Underweight (gizi kurang + gizi buruk)** (anak <5 tahun) = Berat Badan menurut Umur <-2 Z score
- Kegemukan** (anak <5 tahun) = Berat Badan menurut Tinggi Badan >2 Z score
- Anemia** (anak <5 tahun) = Hb <110 g/l
- Obesitas** (dewasa 18+ tahun) = IMT ≥27
- Berat badan lebih** (dewasa 18+ tahun) = IMT ≥25 - <27
- Kurang Energi Kronis** (ibu hamil) = LILA <23.5 cm
- Anemia** (ibu hamil) = Hb <110 g/l

Penduduk	Target RP-JMN 2015-2019	RENSTRA Kemenkes 2015-2019	SPM Kemenkes 2016	Lancet 2013
Wanita usia subur dan ibu hamil	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevalensi anemia pada ibu hamil (Buku II)</li> </ul>	<p><b>Indikator Program (Sasaran Strategis):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) (target 18.2%)</li> </ul> <p><b>Indikator Kegiatan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik yang mendapat makanan tambahan (target 95%)</li> <li>Persentase ibu hamil yang mendapat Tablet Tambah Darah (target 98%)</li> </ul> <p><b>Indikator Dampak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Menurunnya angka BBLR (target 8%)</li> </ul>	<p><b>Pelayanan Antenatal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mengukur berat badan, tinggi badan dan LILA</li> <li>Pemeriksaan Hemoglobin darah (Hb)</li> <li>Pemberian Tablet Tambah Darah (minimal 90 tablet)</li> <li>Tatalaksana/penanganan kasus (kesehatan dan gizi termasuk penanganan ibu hamil dengan KEK)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pemberian mikronutrien untuk semua ibu hamil</li> <li>Pemberian suplemen kalsium untuk ibu hamil dengan resiko rendah asupan kalsium</li> <li>Pemberian makanan tambahan dengan energi protein seimbang untuk ibu hamil sesuai kebutuhan</li> </ol>
Bayi dan anak (dan remaja putri)	<p><b>Buku I dan II</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Underweight pada anak &lt;5 tahun</li> <li>Stunting pada anak &lt;2 tahun</li> </ul> <p><b>Buku II</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prevalensi bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR)</li> <li>Persentase bayi usia &lt;6 bulan yang mendapat ASI eksklusif</li> <li>Prevalensi of <i>wasting</i> (kurus) pada anak &lt;5 tahun</li> </ul>	<p><b>Indikator Kegiatan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Persentase bayi usia &lt;6 bulan yang mendapat ASI eksklusif (target 50%)</li> <li>Persentase bayi baru lahir yang mendapat Inisiasi Menyusui Dini (IMD) (target 50%)</li> <li>Persentase balita kurus yang mendapat makanan tambahan (target 90 %). Catatan: tidak ada perbedaan untuk kurus dan sangat kurus</li> <li>Persentase remaja puteri yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD) (target 30%)</li> </ul>	<p><b>Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pelayanan Neonatal Esensial (sesuai yang tercantum pada panduan)</li> </ul> <p><b>Pelayanan Kesehatan Balita:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Penimbangan minimal 8 kali setahun, pengukuran tinggi/panjang badan minimal 2 kali setahun</li> <li>Pemberian kapsul vitamin A (2 kali setahun)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Promosi ASI eksklusif sampai usia 6 bulan dan melanjutkan menyusui sampai usia 24 bulan</li> <li>Edukasi pemberian makanan pendamping ASI yang sesuai, dan pemberian PMT untuk penduduk yang rawan pangan</li> <li>Pemberian kapsul Vitamin A untuk anak usia 6-59 bulan</li> <li>Pemberian suplementasi zinc untuk pencegahan pada anak usia 12-59 bulan</li> <li>Manajemen balita kurus (MAM)</li> <li>Manajemen ballita gizi buruk (SAM)</li> </ol>
Penduduk secara umum	<p><b>Buku I dan II</b></p> <p><b>Obesitas pada dewasa 18+ tahun</b></p>	<p><b>Sasaran Kegiatan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Menurunnya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit tidak menular.</li> </ul> <p><b>Indikator Kegiatan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tidak ada indikator untuk obesitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deteksi kemungkinan obesitas pada kelompok usia 15-49 tahun dilakukan dengan mengukur tinggi badan dan berat badan serta lingkar perut</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Deteksi kemungkinan obesitas pada kelompok usia 15-49 tahun dilakukan dengan mengukur tinggi badan dan berat badan serta lingkar perut</li> </ol>

Kelompok Penduduk	Panduan Teknis
Wanita usia subur dan ibu hamil	<ul style="list-style-type: none"> <li>Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan (2013)</li> <li>Pedoman Penanggulangan Kurang Energi Kronik (KEK) pada Ibu Hamil (2015)</li> <li>Panduan Penyelenggaraan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan bagi Balita Gizi Kurang dan Ibu Hamil KEK (Bantuan Operasional Kesehatan) (2012)</li> <li>Petunjuk Teknis Pemberian Makanan Tambahan (Balita, Ibu Hamil, Anak Sekolah) (2017)</li> <li>Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Anemia pada Remaja Putri dan Wanita Usia Subur (WUS) (2016)</li> </ul>
Bayi dan anak	<ul style="list-style-type: none"> <li>Petunjuk Teknis Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial di Layanan Kesehatan Dasar (2012)</li> <li>Petunjuk Teknis Penggunaan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (2015)</li> <li>Panduan Manajemen Suplementasi Vitamin A (2009)</li> <li>Pedoman Pelayanan Anak Gizi Buruk (2011)</li> <li>Buku Bagan Tatalaksana Anak Gizi Buruk (Buku I), Petunjuk Teknis Tatalaksana Anak Gizi Buruk (Buku II) (2013)</li> <li>Petunjuk Teknis Pemberian Makanan Tambahan (2017)</li> <li>Panduan Sosialisasi Tatalaksana Diare Balita (2011)</li> <li>Pedoman Pengendalian Kecacingan (2012)</li> </ul>
Penduduk secara umum	<ul style="list-style-type: none"> <li>Petunjuk Teknis Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (2012)</li> <li>Petunjuk Teknis Surveilans Penyakit Tidak Menular (2015)</li> </ul>

Jenis Survei	Lembaga	Frekuensi	Metode dan tipe data yang dikumpulkan	Pelaporan dan tantangan
Riset Kesehatan Dasar	Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kemenkes	5-tahunan	Survei sekali waktu ( <i>cross-sectional</i> ) terhadap sekitar 300.000 rumah tangga. Indikator gizi: (i) antropometri (anak <5 tahun) (ii) menyusui (iii) asupan mikronutrien (ibu hamil TTD & vitamin A, anak <5 tahun vitamin A) (iv) pengobatan (untuk diare & suplementasi zinc) (v) garam beryodium (sampel urin dikumpulkan tahun 2007 & 2013)	Informasi banyak digunakan untuk perencanaan dan untuk mengukur dampak.
Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia	Badan Pusat Statistik Indonesia	3- tahunan	Survei sekali waktu ( <i>cross-sectional</i> ) terhadap sekitar 45.000 rumah tangga. Indikator gizi: (i) PMBA (praktik pemberian ASI dan makanan pendamping ASI) (ii) asupan mikronutrien (ibu & anak <5 tahun) (iii) pengelolaan diare (dengan cairan rehidrasi oral dan suplementasi zinc)	Digunakan untuk menghitung tingkat kemiskinan dan sebagai alat pemantauan untuk pembangunan.
Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas)	Badan Pusat Statistik Indonesia	Dua kali per tahun	Survei sekali waktu ( <i>cross-sectional</i> ) terhadap sekitar 300.000 rumah tangga di bulan Maret dan 75.000 rumah tangga di bulan September. Data konsumsi/pengeluaran rumah tangga dikumpulkan. Indikator gizi yang dikumpulkan termasuk: (i) praktik menyusui	Digunakan untuk menentukan pola konsumsi makanan dan kecukupan gizi dari diet, pengolahan makanan & teknik memasak.
Studi Diet Total	Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kemenkes	Survey satu kali	Survei sekali waktu ( <i>cross-sectional</i> ) terhadap 191.524 individual dari 51.127 rumah tangga. Data yang dikumpulkan tentang: (i) konsumsi makanan individu (ii) analisis kontaminasi kimia bahan makanan	Digunakan untuk menentukan status gizi ibu hamil dan anak-anak untuk perencanaan dan pemantauan.
Surveilans gizi	Direktorat Gizi Masyarakat, Kemenkes	Tahunan	Survei sekali waktu ( <i>cross-sectional</i> ) melalui 30 teknik pengambilan sampel secara kelompok ( <i>cluster sampling</i> ) di tingkat kabupaten. Data yang dikumpulkan adalah data anak <5 tahun dan ibu hamil. Seluruhnya ada 15 indikator gizi yang dikumpulkan termasuk: (i) indikator antropometri anak <5 tahun (ii) praktik menyusui (iii) suplementasi zat besi untuk ibu (iv) suplementasi vitamin A untuk anak-anak (v) anak-anak dan ibu hamil dengan gizi kurang yang menerima biskuit (vi) LILA wanita usia subur (vii) Pengujian garam beryodium	Digunakan untuk memantau status gizi ibu hamil dan anak-anak untuk perencanaan dan pemantauan.

Jenis Survei	Lembaga	Frekuensi	Metode dan tipe data yang dikumpulkan	Pelaporan dan tantangan
Sistem surveilans kesehatan rutin	Kementerian Kesehatan	Bulanan	Data dikumpulkan melalui fasilitas layanan kesehatan masyarakat. Indikator mencakup cakupan: (i) pemantauan pertumbuhan (berat badan per umur saja) (ii) kasus malnutrisi akut yang diobati (iii) suplementasi vitamin A untuk anak-anak (iv) suplementasi zat besi untuk ibu, (v) pemberian ASI eksklusif (vi) konsumsi garam beryodium	Tidak ada kewajiban bagi kabupaten untuk melaporkan indikator sehingga tidak semua fasilitas kesehatan masyarakat melakukan pelaporan. Kompilasi data dan umpan balik yang sangat lambat.
SMS-Gateway (Sistem Pelaporan Kasus gizi <i>real time</i> - gizi buruk akut)	Direktorat Gizi Masyarakat, Kemenkes		Diluncurkan pada tahun 2011, pelaporan waktu nyata ( <i>real-time</i> ) untuk gizi buruk akut dilaporkan oleh petugas puskesmas melalui perangkat ponsel. Laporan diterima oleh server untuk dimasukkan ke dalam basis data ( <i>database</i> ) yang kemudian ditampilkan melalui internet secara waktu nyata ( <i>real time</i> ) ( <a href="http://gizi.depkes.go.id/sms-gateway/">http://gizi.depkes.go.id/sms-gateway/</a> )	Tingkat respon yang rendah. Bukti anekdotal bahwa pihak berwenang di kabupaten tidak ingin melaporkan jumlah kasus yang tinggi.
Sistem elektronik untuk pelaporan indikator gizi (E-PPGBM)	Direktorat Gizi Masyarakat, Kemenkes		E-PPGBM adalah aplikasi untuk mencatat dan melaporkan status gizi anak dan wanita hamil secara cepat, akurat, teratur dan berkelanjutan untuk persiapan perencanaan dan perumusan kebijakan gizi. Indikator gizi: (i) antropometri (ii) ASI eksklusif (iii) Cakupan vitamin A, TTD dan PMT	Belum ada evaluasi terhadap efektivitas aplikasi ini

Sumber: (Institute of Social and Economic Research, 2018 Unpublished)

RPJMN 2015-2019 Buku I	RPJMN 2015-2019 Buku II	Rencana Strategis (RENSTRA) 2015-2019 Kementerian Pertanian Target: Penduduk secara umum	Standar Pelayanan Minimal (SPM)
<p><b>Arah kebijakan umum ketahanan pangan dalam RPJMN:</b> (i) pemantapan ketahanan pangan menuju kemandirian pangan dengan peningkatan produksi pangan pokok; (ii) stabilisasi harga bahan pangan; (iii) perbaikan kualitas konsumsi pangan dan gizi masyarakat; (iv) mitigasi gangguan terhadap ketahanan pangan; serta (v) peningkatan kesejahteraan pelaku usaha pangan terutama petani, nelayan, dan pembudidaya ikan</p> <p><b>Peningkatan Kedaulatan Pangan: SASARAN KEDAULATAN PANGAN</b>  <b>Indikator:</b>  <b>1. Produksi:</b>                      * Padi (juta ton) dari 70,6 (2014) menjadi 82,0 (2019)                      * Jagung (juta ton) dari 19,1 (2014) menjadi 24,1 (2019)                      * Kedelai (juta ton) dari 0,9 (2014) menjadi 2,6 (2019)                      * Gula (juta ton) dari 2,6 (2014) menjadi 3,8 (2019)                      * Daging Sapi (ribu ton) dari 452,7 (2014) menjadi 755,1 (2019)  <b>2. Konsumsi:</b>                      * Konsumsi kalori (Kkal) dari 1.967 (2014) menjadi 2.150 (2019)  <b>3. Skor Pola Pangan Harapan (PPH),</b> dari 81,8 (2014) menjadi 92,5 (2019).</p>	<p><b>Peningkatan Kedaulatan Pangan:</b>                      Pengamanan Produksi Untuk Kemandirian dan Diversifikasi Konsumsi Pangan.  <b>SASARAN PEMBANGUNAN KETAHANAN PANGAN</b>  <b>Indikator:</b>  <b>1. Produksi:</b>                      * Padi (juta ton) dari 70,6 (2014) menjadi 82,0 (2019)                      * Jagung (juta ton) dari 19,1 (2014) menjadi 24,1 (2019)                      * Kedelai (juta ton) dari 0,9 (2014) menjadi 2,6 (2019)                      * Gula (juta ton) dari 2,6 (2014) menjadi 3,8 (2019)                      * Daging Sapi (ribu ton) dari 452,7 (2014) menjadi 755,1 (2019)  <b>2. Konsumsi:</b>                      * Konsumsi kalori (Kkal) dari 1.967 (2014) menjadi 2.150 (2019)  <b>3. Skor Pola Pangan Harapan (PPH),</b> dari 81,8 (2014) menjadi 92,5 (2019).</p>	<p>Menurunnnya jumlah penduduk rawan pangan:  <b>Indikator Program:</b>                      * Penurunan jumlah penduduk rawan pangan menjadi 1,0 %/Tahun (2015-2019).  <b>Kegiatan:</b>                      Pengembangan ketersediaan dan penanganan rawan pangan  <b>Indikator Kegiatan:</b>                      * Model Kawasan Mandiri Pangan menjadi 300 kawasan (2019).                      * Penguatan sistem kewaspadaan pangan dan gizi menjadi 456 lokasi (2015-2019)                      * Kajian kerawanan pangan menjadi 35 rekomendasi (2015-2019)                      * Pemantauan, evaluasi dan perumusan kebijakan ketersediaan dan kerawanan pangan menjadi 31 rekomendasi (2015-2019)                      * Analisis ketahanan dan kerentanan pangan wilayah menjadi 35 Peta FSV (2015-2019)                      * Kajian ketersediaan pangan menjadi 35 rekomendasi (2015-2019)                      * Kajian akses pangan menjadi 35 rekomendasi (2016-2019).</p>	<p><b>SPM Bidang Ketahanan Pangan 2010</b>  <b>Penjabaran indikator kinerja Pemerintah Daerah Provinsi dalam target capaian tahun 2015:</b>                      a. Ketersediaan dan Cadangan Pangan: Penguatan cadangan pangan 60% pada tahun 2015.                      b. Distribusi dan Akses Pangan: Ketersediaan informasi pasokan, harga dan akses pangan di daerah 100% pada tahun 2015.                      c. Pengankaragaman dan Keamanan Pangan: Pengawasan dan pembinaan keamanan pangan 80% pada tahun 2015.                      d. Penanganan Kerawanan Pangan: Penanganan daerah rawan pangan 60% pada tahun 2015.  <b>Penjabaran indikator kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam target capaian tahun 2015:</b>                      a. Ketersediaan dan Cadangan Pangan:                      1. Ketersediaan energi dan protein perkapita 90% pada tahun 2015;                      2. Penguatan cadangan pangan 60% pada tahun 2015.                      b. Distribusi dan Akses Pangan:                      1. Ketersediaan informasi pasokan, harga dan akses pangan di daerah 90% pada tahun 2015;                      2. Stabilitas harga dan pasokan pangan 90% tahun 2015.                      c. Pengankaragaman dan Keamanan Pangan:                      1. Pencapaian skor Pola Pangan Harapan (PPH) 90% pada tahun 2015;                      2. Pengawasan dan pembinaan keamanan pangan 80% pada tahun 2015.                      d. Penanganan Kerawanan Pangan:                      Penanganan daerah rawan pangan 60% pada tahun 2015.</p>

RPJMN 2015-2019 Buku I	RPJMN 2015-2019 Buku II	Rencana Strategis (RENSTRA) 2015-2019	Standar Pelayanan Minimal (SPM)
<p><b>Meningkatkan cakupan pelayanan dasar dan akses terhadap ekonomi produktif masyarakat kurang mampu.</b> Perlindungan Sosial bagi Penduduk Rentan dan Kurang Mampu (40% penduduk berpendapatan terendah).  <b>Indikator:</b>                      * Akses Pangan Bernutrisi dari 60% menjadi 100%.</p>	<p><b>Implementasi Strategi Pengarusutamaan gender.</b>  <b>Sasaran:</b>                      Mantapnya Ketersediaan dan Penanganan Rawan Pangan.  <b>Indikator:</b>                      * Jumlah desa mandiri pangan yang diberdayakan (Desa).                      * Jumlah Kawasan Mandiri Pangan yang diberdayakan (Kawasan).</p>	<p><b>Kegiatan:</b>                      Pengembangan Pengankaragaman Konsumsi dan Keamanan Pangan.  <b>Indikator Kegiatan:</b>                      * Model pekarangan pangan menjadi 7.818 (2019) dari 4.410 desa (2015).                      * Pemantauan, evaluasi dan perumusan kebijakan PZKP menjadi 35 rekomendasi (2015-2019)                      * Promosi pengankaragaman konsumsi Pangan menjadi 35 lokasi (2015-2019)                      * Analisis pola dan kebutuhan konsumsi pangan menjadi 35 rekomendasi (2015-2019)                      * Koordinasi penanganan keamanan pangan segar menjadi 145 (2019) dari 65 rekomendasi (2015)                      * Model Pangan Pokok Lokal (Unit) 31 (2015), 37 (2016), 21 (2017-2019).</p>	<p><b>Indikator Ketersediaan Energi Dan Protein per Kapita</b>  <b>Definisi:</b>                      Ketersediaan Pangan adalah tersedianya pangan dari hasil produksi dalam negeri dan/atau sumber lain.  <b>Definisi Operasional:</b>                      Angka Kecukupan Gizi (AKG) ditetapkan di Indonesia setiap lima tahun sekali melalui forum Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi (WKNPG). Salah satu rekomendasi WKNPG ke VIII tahun 2004 menetapkan tingkat ketersediaan energi sebesar 2.200 Kkal/Kapita/Hari dan protein 57 Gram/Perkapita/Perhari.  <b>Target</b> pencapaian ketersediaan energi dan protein per kapita adalah 90% pada tahun 2015.  <b>Indikator Penguatan Cadangan Pangan</b>  <b>Definisi:</b>                      Cadangan Pangan Nasional meliputi persediaan pangan di seluruh wilayah Indonesia untuk dikonsumsi masyarakat, bahan baku industri, dan untuk menghadapi keadaan darurat.  <b>Definisi Operasional:</b>                      a. Cadangan Pangan di tingkat pemerintah:                      * Tersedianya cadangan pemerintah di tingkat kabupaten/kota minimal sebesar 100 ton ekuivalen beras dan di tingkat provinsi minimal sebesar 200 ton ekuivalen beras;                      b. Cadangan Pangan di tingkat masyarakat:                      * Penyediaan cadangan pangan sebesar 500 kg ekuivalen beras di tingkat rukun tetangga (RT) untuk kebutuhan minimal 3 bulan, yang bersifat pangan pokok tertentu dan sesuai dengan potensi lokal  <b>Target</b> capaian penguatan cadangan pangan (cadangan pangan pemerintah dan cadangan pangan masyarakat) sebesar 60% pada Tahun 2015.</p>

RPJMN 2015-2019 Buku I	RPJMN 2015-2019 Buku II	Rencana Strategis (RENSTRA) 2015-2019	Standar Pelayanan Minimal (SPM)
			<p><b>Indikator Pola Pangan Harapan (PPH).</b></p> <p><b>Definisi:</b>  <b>Pola Pangan Harapan (PPH)</b> adalah susunan beragam pangan yang didasarkan pada sumbu energi dari kelompok pangan utama baik secara absolut maupun dari suatu pola ketersediaan atau konsumsi pangan.</p> <p><b>Definisi Operasional:</b>                      Penyediaan informasi pengantaragaman konsumsi pangan masyarakat yang beragam, bergizi dan berimbang, sesuai standar kecukupan energi dan protein per kapita per hari (PPH);  <b>Target</b> capaian Skor Pola Pangan Harapan (PPH) sebesar 90% pada tahun 2015.</p> <p><b>Indikator Penanganan Daerah Rawan Pangan</b></p> <p><b>Definisi:</b>                      Kerawanan pangan adalah suatu kondisi ketidakcukupan pangan yang dialami daerah, masyarakat atau rumah tangga pada waktu tertentu untuk memenuhi standar kebutuhan fisiologis bagi pertumbuhan dan kesehatan masyarakat.</p> <p><b>Definisi Operasional:</b>                      Penanganan rawan pangan dilakukan pertama melalui pencegahan kerawanan pangan untuk menghindari terjadinya rawan pangan disuatu wilayah sedini mungkin dan kedua melakukan penanggulangan kerawanan pangan pada daerah yang rawan kronis melalui program-program sehingga rawan pangan di wilayah tersebut dapat tertangani, dan penanggulangan daerah rawan transien melalui bantuan social.  <b>Target</b> capaian penanganan daerah rawan pangan sebesar 60% pada tahun 2015.</p>

RPJMN 2015-2019 Buku I	RPJMN 2015-2019 Buku II	Rencana Strategis (RENSTRA) 2015-2019	Standar Pelayanan Minimal (SPM)
<p>N/A</p>	<p><b>Pembangunan Desa dan Kawasan Perdesaan:</b>                      Sasaran pembangunan desa dan kawasan perdesaan adalah mengurangi jumlah desa tertinggal sampai 5.000 desa dan meningkatkan jumlah desa mandiri sedikitnya 2.000 desa.</p> <p><b>Arah kebijakan</b> pembangunan desa dan kawasan perdesaan</p> <p><b>Pembangunan Desa</b>, mencakup:</p> <p>a) Pemenuhan Standar Pelayanan Minimum Desa sesuai dengan kondisi geografis Desa, melalui strategi: menyusun dan memastikan terlaksananya NSPK SPM Desa (antara lain perumahan, permukiman, pendidikan, kesehatan, perhubungan antar permukiman ke pusat pelayanan pendidikan, pusat pelayanan kesehatan, dan pusat kegiatan ekonomi, pengairan, listrik dan telekomunikasi).</p> <p>b) Penanggulangan kemiskinan dan pengembangan usaha ekonomi masyarakat Desa, melalui strategi:</p>	<p><b>Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi</b>  <b>Target: Penduduk secara umum</b></p> <p><b>Sasaran Strategis</b> Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sasaran Pembangunan Desa dan Kawasan Perdesaan:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Sasaran pembangunan desa dan kawasan perdesaan tahun 2015-2019 adalah: berkurangnya jumlah desa tertinggal sedikitnya 5.000 desa atau meningkatnya jumlah desa mandiri sedikitnya 2.000 desa.</li> </ul> </li> <li>Sasaran Pembangunan Daerah Tertinggal:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Sasaran pembangunan daerah tertinggal tahun 2015-2019 ditujukan untuk mengentaskan daerah tertinggal minimal 80 (delapan puluh) kabupaten.</li> </ul> </li> <li>Sasaran Pengembangan Daerah Tertentu                             <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Meningkatkan ketahanan pangan di 57 kabupaten daerah rawan pangan;</li> <li>b. Meningkatkan konektivitas, sarana prasarana dasar, dan kesejahteraan masyarakat di 187 Lokasi Prioritas yang tersebar di 41 kabupaten yang memiliki perbatasan negara;</li> <li>c. Meningkatkan konektivitas, sarana prasarana dasar, dan kesejahteraan masyarakat di 29 kabupaten yang memiliki pulau kecil dan pulau terluar;</li> <li>d. Meningkatkan 58 kabupaten rawan bencana dengan 2.000 desa tangguh.</li> </ul> </li> </ol>	<p>N/A</p> <p>Catatan:                      SPM yang ada terkait dengan hal ini adalah SPM Desa yang dibuat oleh Kementerian Dalam Negeri 2017.</p>

RPJMN 2015-2019 Buku I	RPJMN 2015-2019 Buku II	Rencana Strategis (RENSTRA) 2015-2019	Standar Pelayanan Minimal (SPM)
<p>(i) penataan dan penguatan BUMDesa untuk mendukung ketersediaan sarana prasarana produksi khususnya benih, pupuk, pengolahan produk pertanian dan perikanan skala rumah tangga desa;</p> <p>(ii) fasilitasi, pembinaan, maupun pendampingan dalam pengembangan usaha, bantuan permodalan/kredit, kesempatan berusaha, pemasaran dan kewirausahaan; dan</p> <p>(iii) meningkatkan kapasitas masyarakat desa dalam pemanfaatan dan pengembangan Teknologi Tepat Guna Perdesaan</p>	<p><b>Indikator Kinerja Program (IKP):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkatnya pelayanan dukungan manajemen dan tugas teknis lainnya pada Ditjen Pembangunan Dan Pemberdayaan Masyarakat Desa</li> <li>Meningkatnya pemberdayaan masyarakat desa 74.093 desa</li> <li>Meningkatnya pelayanan sosial dasar di 5.000 desa tertinggal dan 2.000 desa berkembang potensi mandiri</li> <li>Meningkatnya pembangunan sarana dan prasarana di 5.000 desa tertinggal dan 2.000 desa berkembang potensi mandiri</li> <li>Meningkatnya pendayagunaan sumber daya alam dan teknologi tepat guna di 5.000 desa tertinggal dan 2.000 desa berkembang potensi mandiri</li> <li>Berkembangnya usaha ekonomi desa (Bumdes) di 5.000 desa tertinggal dan 2.000 desa berkembang potensi mandiri</li> </ol> <p><b>Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat Desa</b></p> <p><b>Sasaran:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkatnya Pemberdayaan Masyarakat Desa di 74.093 desa</li> <li>Terlaksananya Program Pendampingan Desa pada 50 Kab/kota sebagai Proyek Percontohan (<i>Pilot Projects</i>) (<i>Quick wins</i>)</li> <li>Terlaksananya Rekrutment dan Pembekalan Calon Pendamping Desa dan Fasilitator Pemberdayaan Masyarakat Desa (<i>Quick wins</i>)</li> </ol> <p><b>Indikator Kinerja Kegiatan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jumlah rumusan kebijakan dan NSPK bidang Pemberdayaan Masyarakat Desa</li> <li>Jumlah pelaksanaan kebijakan Pemberdayaan Masyarakat Desa</li> <li>Jumlah bimbingan teknis dan supervisi Pemberdayaan Masyarakat Desa</li> <li>Jumlah laporan evaluasi program/kegiatan Pemberdayaan Masyarakat Desa</li> <li>Jumlah Pendampingan Desa pada 50 Kab/kota sebagai Proyek Percontohan (<i>Pilot Projects</i>)</li> <li>Jumlah Rekrutment dan Pembekalan Calon Pendamping Desa dan Fasilitator Pemberdayaan Masyarakat Desa (<i>Quick wins</i>)</li> </ol>	<p><b>Indikator Kinerja Program (IKP):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkatnya pelayanan dukungan manajemen dan tugas teknis lainnya pada Ditjen Pembangunan Dan Pemberdayaan Masyarakat Desa</li> <li>Meningkatnya pemberdayaan masyarakat desa 74.093 desa</li> <li>Meningkatnya pelayanan sosial dasar di 5.000 desa tertinggal dan 2.000 desa berkembang potensi mandiri</li> <li>Meningkatnya pembangunan sarana dan prasarana di 5.000 desa tertinggal dan 2.000 desa berkembang potensi mandiri</li> <li>Meningkatnya pendayagunaan sumber daya alam dan teknologi tepat guna di 5.000 desa tertinggal dan 2.000 desa berkembang potensi mandiri</li> <li>Berkembangnya usaha ekonomi desa (Bumdes) di 5.000 desa tertinggal dan 2.000 desa berkembang potensi mandiri</li> </ol> <p><b>Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat Desa</b></p> <p><b>Sasaran:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkatnya Pemberdayaan Masyarakat Desa di 74.093 desa</li> <li>Terlaksananya Program Pendampingan Desa pada 50 Kab/kota sebagai Proyek Percontohan (<i>Pilot Projects</i>) (<i>Quick wins</i>)</li> <li>Terlaksananya Rekrutment dan Pembekalan Calon Pendamping Desa dan Fasilitator Pemberdayaan Masyarakat Desa (<i>Quick wins</i>)</li> </ol> <p><b>Indikator Kinerja Kegiatan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jumlah rumusan kebijakan dan NSPK bidang Pemberdayaan Masyarakat Desa</li> <li>Jumlah pelaksanaan kebijakan Pemberdayaan Masyarakat Desa</li> <li>Jumlah bimbingan teknis dan supervisi Pemberdayaan Masyarakat Desa</li> <li>Jumlah laporan evaluasi program/kegiatan Pemberdayaan Masyarakat Desa</li> <li>Jumlah Pendampingan Desa pada 50 Kab/kota sebagai Proyek Percontohan (<i>Pilot Projects</i>)</li> <li>Jumlah Rekrutment dan Pembekalan Calon Pendamping Desa dan Fasilitator Pemberdayaan Masyarakat Desa (<i>Quick wins</i>)</li> </ol>	<p>Standar Pelayanan Minimal (SPM)</p>

RPJMN 2015-2019 Buku I	RPJMN 2015-2019 Buku II	Rencana Strategis (RENSTRA) 2015-2019	Standar Pelayanan Minimal (SPM)
<p><b>Sasaran Pembangunan Dimensi Pemerataan:</b></p> <p>Meningkatkan cakupan pelayanan dasar dan akses terhadap ekonomi produktif masyarakat kurang mampu.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Perlindungan Sosial bagi Penduduk Rentan dan Kurang Mampu (40% penduduk berpendapatan rendah)</li> </ol> <p><b>Indikator:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kepesertaan Jaminan Kesehatan dari 86% (2014) menjadi 100% (2019)</li> <li>Akses Pangan Bernutrisi dari 60% (2014) menjadi 100% (2019)</li> <li>Akses terhadap Layanan Keuangan dari 4,12% (2014) menjadi 25% (2019).</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pelayanan Dasar Bagi Penduduk Rentan dan Kurang Mampu (40% penduduk berpendapatan rendah)</li> </ol> <p><b>Indikator:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kepemilikan akte lahir (2013) dari 64,6% (2014) menjadi 77,4% (2019)</li> <li>Akses air minum dari 55,7% (2014) menjadi 100% (2019)</li> <li>Akses sanitasi layak dari 20,24% (2014) menjadi 100% (2019)</li> <li>Akses penerangan dari 52,3% (2014) menjadi 100% (2019)</li> </ol>	<p><b>Target cakupan pada 40% berpendapatan terbawah.</b></p> <p>Pelayanan Dasar Bagi Penduduk Rentan dan Kurang Mampu (40% penduduk berpendapatan rendah)</p> <p><b>Indikator:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kepemilikan akte lahir (2013) dari 64,6% (2014) menjadi 77,4% (2019)</li> <li>Akses air minum dari 55,7% (2014) menjadi 100% (2019)</li> <li>Akses sanitasi layak dari 20,24% (2014) menjadi 100% (2019)</li> <li>Akses penerangan dari 52,3% (2014) menjadi 100% (2019)</li> </ol>	<p><b>Kementerian Dalam Negeri</b></p> <p><b>Target: Penduduk secara umum</b></p> <p><b>PROGRAM BINA PEMBANGUNAN DAERAH</b></p> <p><b>Sasaran strategis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Meningkatnya kualitas pelayanan public Dalam penyelenggaraan pembangunan daerah</li> </ul> <p><b>Indikator sasaran strategis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Persentase daerah yang memenuhi pelayanan Dasar menjadi 60% (2019)</li> </ul> <p><b>Indikator Program:</b></p> <p>Persentase Penerapan indikator utama SPM di daerah menjadi 100% (6 SPM) (setiap tahun di periode 2015-2019).</p> <p><b>Kegiatan:</b></p> <p>PEMBINAAN PENYELENGGARAAN DAN PEMBANGUNAN URUSAN PEMERINTAHAN DAERAH III</p> <p><b>Target:</b></p> <p>Meningkatnya kualitas penyelenggaraan urusan pemerintahan daerah di bidang Kesehatan, Sosial dan Budaya, Koperasi, UKM dan Penanaman Modal, Perindustrian dan Perdagangan, dan Pariwisata, Pemberdayaan Masyarakat Desa dan Urusan Kemendagri</p> <p><b>Indikator Kegiatan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Penerapan Indikator Utama pelayanan publik di daerah lingkup UPD III yang ditekankan pada Reformasi pelayanan publik dasar Kesehatan. Sosial</li> </ul> <p>Target untuk tiap tahun di periode 2015-2019:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Urusan Wajib Pelayanan Dasar meliputi Kesehatan, Sosial, dan Transtibum Linmas;</li> <li>Urusan Wajib Non-Pelayanan Dasar meliputi Budaya, Koperasi-UKM, Penanaman Modal, Pemberdayaan Masyarakat dan Desa, serta Administrasi Kependudukan dan Catatan Sipil.</li> </ol>	<p><b>SPM Desa 2017 (oleh Kemendagri)</b></p> <p>antara lain meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>penyediaan dan penyebaran informasi pelayanan;</li> <li>penyediaan data dan informasi; kependudukan dan pertanahan;</li> <li>pemberian surat keterangan;</li> <li>penyederhanaan pelayanan; dan</li> <li>pengaduan masyarakat.</li> </ol>

RPJMN 2015-2019 Buku I	RPJMN 2015-2019 Buku II	Rencana Strategis (RENSTRA) 2015-2019	Standar Pelayanan Minimal (SPM)
<p><b>Pembangunan Ketahanan Air</b></p> <p>1. Pemenuhan kebutuhan dan jaminan kualitas air untuk kehidupan sehari-hari: <b>Indikator:</b> * Peningkatan kapasitas air baku nasional dari 51,44 m3/det (2014) menjadi 118,6 m3/det. (Peningkatan kapasitas :67,16 m3/det)</p> <p>* Penyediaan air baku untuk pulau-pulau kecil dari 10 lokasi (2014) menjadi 60 lokasi (2019). (dukungan penduduk dan pariwisata).</p> <p><b>Meningkatkan cakupan pelayanan dasar dan akses terhadap ekonomi produktif masyarakat kurang mampu.</b></p> <p>2. Pelayanan Dasar bagi Penduduk Rentan dan Kurang Mampu (40% penduduk berpendapatan terendah): <b>Indikator:</b> * Akses Air Minum dari 55,7% menjadi 100%. * Akses Sanitasi Layak dari 20,24% menjadi 100%.</p>	<p><b>SASARAN BIDANG INFRASTRUKTUR</b></p> <p>* Tercapainya pengentasan permukiman kumuh perkotaan menjadi 0 persen melalui penanganan kawasan permukiman kumuh seluas 38.431 hektar dan peningkatan keswadayaan masyarakat di 7.683 Kelurahan.</p> <p>* Tercapainya 100 persen pelayanan air minum yakni 85 persen penduduk terlayani akses sesuai prinsip 4K (Kuantitas, Kualitas, Kontinuitas, dan Keterjangkauan) dan 15 persen sesuai kebutuhan dasar (<i>basic needs</i>).</p> <p>* Tercapainya 100 persen pelayanan sanitasi (air limbah domestik, sampah dan drainase lingkungan) yakni 85 persen penduduk terlayani akses sesuai standar pelayanan (pengelolaan air limbah sistem setempat dan terpusat, pelayanan sampah perkotaan dan pengelolaan sampah secara 3R (<i>Reduce, Reuse, Recycle</i>) dan pengurangan luas genangan sebesar 22.500Ha) dan 15% sesuai kebutuhan dasar (<i>basic needs</i>).</p>	<p><b>Tujuan Strategis 2:</b> Menyelenggarakan pembangunan bidang pekerjaan umum dan perumahan rakyat untuk mendukung ketahanan air, kedaulatan pangan, dan ketahanan energi guna mengerjakan sektor-sektor strategis ekonomi domestik dalam rangka kemandirian ekonomi.</p> <p><b>Indikator Sasaran Strategis:</b> * Tingkat dukungan ketahanan air nasional menjadi 67,60 % (2019) dari 28,95 % (2015).</p> <p><b>Indikator Sasaran Program:</b> * Peningkatan debit layanan sarana dan prasarana penyediaan air baku menjadi 22,0 m3/detik (2019) dari 8,65 m3/detik (2015). total 67,52 m3/detik (2019).</p> <p><b>Indikator Kegiatan:</b> * Jumlah NSPK penyediaan dan pengelolaan air tanah dan air baku menjadi 1 NSPK (2015-2019). * Jumlah Pemda/masyarakat/ dunia usaha yang diberi bimbingan teknis perencanaan dan pelaksanaan pembangunan/ peningkatan dan rehabilitasi sarana prasarana penyediaan dan pengelolaan air tanah dan air baku menjadi total 20 Pemda/masyarakat/ dunia usaha pada 2019. * Jumlah konstruksi intake air baku yang dilaksanakan menjadi total 500 buah pada 2019. * Jumlah intake air baku yang dioperasikan dan dipelihara menjadi 400 buah pada 2019.</p> <p><b>Tujuan Strategis 4:</b> Menyelenggarakan pembangunan bidang PUPR untuk mendukung layanan infrastruktur dasar yang layak guna mewujudkan kualitas hidup manusia Indonesia sejalan dengan prinsip 'infrastruktur untuk semua.</p>	<p><b>SPM 2014</b></p> <p>Penyediaan air baku untuk kebutuhan masyarakat</p> <p><b>Indikator:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Persentase tersedianya air baku untuk memenuhi kebutuhan pokok minimal sehari-hari; dan</li> <li>Persentase tersedianya air irigasi untuk pertanian rakyat pada sistem irigasi yang sudah ada sesuai dengan kewenangannya.</li> </ol> <p>Penyediaan air minum</p> <p><b>Indikator:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Persentase penduduk yang mendapatkan akses air minum yang aman.</li> </ul> <p>Penyediaan sanitasi</p> <p><b>Indikator:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>persentase penduduk yang terlayani sistem air limbah yang memadai;</li> <li>persentase pengurangan sampah di perkotaan;</li> <li>persentase pengangkutan sampah;</li> <li>persentase pengoperasian Tempat Pembuangan Akhir (TPA); dan</li> <li>persentase penduduk yang terlayani sistem jaringan drainase skala kota sehingga tidak terjadi genangan (lebih dari 30 cm, selama 6 jam) lebih dari 2 kali setahun.</li> </ol>

RPJMN 2015-2019 Buku I	RPJMN 2015-2019 Buku II	Rencana Strategis (RENSTRA) 2015-2019	Standar Pelayanan Minimal (SPM)
<p><b>Pembangunan Ketahanan Air</b></p> <p>1. Pemenuhan kebutuhan dan jaminan kualitas air untuk kehidupan sehari-hari: <b>Indikator:</b> * Peningkatan kapasitas air baku nasional dari 51,44 m3/det (2014) menjadi 118,6 m3/det. (Peningkatan kapasitas :67,16 m3/det)</p> <p>* Penyediaan air baku untuk pulau-pulau kecil dari 10 lokasi (2014) menjadi 60 lokasi (2019). (dukungan penduduk dan pariwisata).</p> <p><b>Meningkatkan cakupan pelayanan dasar dan akses terhadap ekonomi produktif masyarakat kurang mampu.</b></p> <p>2. Pelayanan Dasar bagi Penduduk Rentan dan Kurang Mampu (40% penduduk berpendapatan terendah): <b>Indikator:</b> * Akses Air Minum dari 55,7% menjadi 100%. * Akses Sanitasi Layak dari 20,24% menjadi 100%.</p>	<p><b>SASARAN BIDANG INFRASTRUKTUR</b></p> <p>* Tercapainya pengentasan permukiman kumuh perkotaan menjadi 0 persen melalui penanganan kawasan permukiman kumuh seluas 38.431 hektar dan peningkatan keswadayaan masyarakat di 7.683 Kelurahan.</p> <p>* Tercapainya 100 persen pelayanan air minum yakni 85 persen penduduk terlayani akses sesuai prinsip 4K (Kuantitas, Kualitas, Kontinuitas, dan Keterjangkauan) dan 15 persen sesuai kebutuhan dasar (<i>basic needs</i>).</p> <p>* Tercapainya 100 persen pelayanan sanitasi (air limbah domestik, sampah dan drainase lingkungan) yakni 85 persen penduduk terlayani akses sesuai standar pelayanan (pengelolaan air limbah sistem setempat dan terpusat, pelayanan sampah perkotaan dan pengelolaan sampah secara 3R (<i>Reduce, Reuse, Recycle</i>) dan pengurangan luas genangan sebesar 22.500Ha) dan 15% sesuai kebutuhan dasar (<i>basic needs</i>).</p>	<p><b>Tujuan Strategis 2:</b> Menyelenggarakan pembangunan bidang pekerjaan umum dan perumahan rakyat untuk mendukung ketahanan air, kedaulatan pangan, dan ketahanan energi guna mengerjakan sektor-sektor strategis ekonomi domestik dalam rangka kemandirian ekonomi.</p> <p><b>Indikator Sasaran Strategis:</b> * Tingkat dukungan ketahanan air nasional menjadi 67,60 % (2019) dari 28,95 % (2015).</p> <p><b>Indikator Sasaran Program:</b> * Peningkatan debit layanan sarana dan prasarana penyediaan air baku menjadi 22,0 m3/detik (2019) dari 8,65 m3/detik (2015). total 67,52 m3/detik (2019).</p> <p><b>Indikator Kegiatan:</b> * Jumlah NSPK penyediaan dan pengelolaan air tanah dan air baku menjadi 1 NSPK (2015-2019). * Jumlah Pemda/masyarakat/ dunia usaha yang diberi bimbingan teknis perencanaan dan pelaksanaan pembangunan/ peningkatan dan rehabilitasi sarana prasarana penyediaan dan pengelolaan air tanah dan air baku menjadi total 20 Pemda/masyarakat/ dunia usaha pada 2019. * Jumlah konstruksi intake air baku yang dilaksanakan menjadi total 500 buah pada 2019. * Jumlah intake air baku yang dioperasikan dan dipelihara menjadi 400 buah pada 2019.</p> <p><b>Tujuan Strategis 4:</b> Menyelenggarakan pembangunan bidang PUPR untuk mendukung layanan infrastruktur dasar yang layak guna mewujudkan kualitas hidup manusia Indonesia sejalan dengan prinsip 'infrastruktur untuk semua.</p>	<p><b>SPM 2014</b></p> <p>Penyediaan air baku untuk kebutuhan masyarakat</p> <p><b>Indikator:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Persentase tersedianya air baku untuk memenuhi kebutuhan pokok minimal sehari-hari; dan</li> <li>Persentase tersedianya air irigasi untuk pertanian rakyat pada sistem irigasi yang sudah ada sesuai dengan kewenangannya.</li> </ol> <p>Penyediaan air minum</p> <p><b>Indikator:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Persentase penduduk yang mendapatkan akses air minum yang aman.</li> </ul> <p>Penyediaan sanitasi</p> <p><b>Indikator:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>persentase penduduk yang terlayani sistem air limbah yang memadai;</li> <li>persentase pengurangan sampah di perkotaan;</li> <li>persentase pengangkutan sampah;</li> <li>persentase pengoperasian Tempat Pembuangan Akhir (TPA); dan</li> <li>persentase penduduk yang terlayani sistem jaringan drainase skala kota sehingga tidak terjadi genangan (lebih dari 30 cm, selama 6 jam) lebih dari 2 kali setahun.</li> </ol>

RPJMN 2015-2019 Buku I	RPJMN 2015-2019 Buku II	Rencana Strategis (RENSTRA) 2015-2019	Standar Pelayanan Minimal (SPM)
<p><b>Penanggulangan Kemiskinan</b></p> <p><b>ARAH KEBIJAKAN:</b> Meningkatkan perlindungan, produktivitas dan pemenuhan hak dasar bagi penduduk kurang mampu, melalui (i) penataan asistensi sosial terpadu berbasis keluarga dan siklus hidup melalui Program Keluarga Produktif dan Sejahtera yang menca-kup antara lain bantuan tunai bersyarat dan/ atau sementara, pangan bernutrisi, peningkatan kapasitas pengasuhan dan usaha keluarga, pengembangan penyaluran bantuan melalui keuangan digital, serta pemberdayaan dan rehabilitasi sosial.</p>	<p><b>Implementasi Strategi Pengarusutamaan gender.</b></p> <p><b>Sasaran:</b> Tersalurkannya bantuan tunai bersyarat bagi masyarakat miskin dan rentan.</p> <p><b>Indikator:</b> * Jumlah keluarga sangat miskin (KSM) yang mendapatkan bantuan tunai bersyarat PKH (Program Keluarga Harapan).</p>	<p><b>Kementerian Sosial</b> <b>Target: Penduduk secara umum</b></p> <p><b>Sasaran strategis Kementerian Sosial:</b> 1. Berkontribusi menurunkan jumlah fakir miskin, kelompok rentan dan PMKS (Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial) lainnya sebesar 1 (satu) persen pada tahun 2019</p> <p><b>Indikator:</b> 1.1. Persentase (%) keluarga miskin dan rentan serta PMKS lainnya yang meningkatkan kemampuannya dalam memenuhi kebutuhan dasar;</p> <p><b>Program:</b> Program Perlindungan dan Jaminan Sosial.</p> <p><b>Indikator:</b> * Persentase (%) keluarga miskin dan rentan yang menerima bantuan pemenuhan kebutuhan dasar</p> <p><b>Indikator Kegiatan:</b> * Keluarga sangat miskin (KM) yang mendapat program bantuan tunai bersyarat (PKH) sebanyak 6.000.000 KM. * Peserta PKH yang mendapatkan asuransi kesejahteraan sosial (Askesos) melalui PBI sebanyak 452.500 KK. * Penduduk miskin dan rentan yang mendapatkan program simpanan keluarga sejahtera (PSKS) sebanyak 16.030.897 jiwa.</p>	<p><b>INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG SOSIAL DAERAH PROVINSI</b> 1. pemberian bantuan sosial bagi Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial skala provinsi.</p> <p><b>Indikator:</b> Persentase (%) PMKS skala provinsi yang memperoleh bantuan sosial. Untuk pemenuhan kebutuhan dasar. 80% (2008-2015).</p> <p><b>Target:</b> 80 % dengan batas pelayanan selama 7 tahun dari tahun 2008 s.d tahun 2015.</p> <p><b>INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG SOSIAL DAERAH KABUPATEN/KOTA</b> 1. pemberian bantuan sosial bagi Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial skala Kabupaten/Kota.</p> <p><b>Indikator:</b> Persentase (%) PMKS skala provinsi yang memperoleh bantuan sosial. Untuk pemenuhan kebutuhan dasar. 80% (2008-2015).</p> <p><b>Target:</b> 80 % dengan batas pelayanan selama 7 tahun dari tahun 2008 s.d tahun 2015 dan penanggung jawab Dinas/Instansi Sosial Kabupaten/Kota.</p>

RPJMN 2015-2019 Buku I	RPJMN 2015-2019 Buku II	Rencana Strategis (RENSTRA) 2015-2019	Standar Pelayanan Minimal (SPM)
<p><b>Pembangunan Pendidikan khususnya Pelaksanaan Program Indonesia Pintar</b></p> <p><b>Komponen:</b> Pendidikan Anak Usia Dini</p> <p><b>Indikator:</b> Angka Partisipasi PAUD dari 66,8% menjadi 77,2% (2019)</p>	<p><b>SASARAN PARTISIPASI PENDIDIKAN UNTUK JENJANG PENDIDIKAN DASAR, MENENGAH, TINGGI DAN PAUD</b></p> <p><b>Komponen:</b> Pendidikan Anak Usia Dini</p> <p><b>Indikator:</b> * Angka Partisipasi PAUD dari 66,81% (2014) menjadi 77,23% (2019)</p>	<p><b>Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan</b> <b>Target: Anak usia 3-6 tahun</b></p> <p><b>Tujuan Strategis:</b> Peningkatan Akses PAUD, Dikdas, Dikmen, Dikmas, dan Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus</p> <p><b>Sasaran Strategis:</b> Meningkatnya akses pendidikan anak usia dini dan pendidikan masyarakat di seluruh provinsi, kabupaten, dan kota.</p> <p><b>Indikator Kinerja Sasaran Strategis:</b> * APK PAUD usia 3-6 tahun sekurangkurangnya 78,70% Baseline: 68,10% (2014) * Sejumlah minimal 54,60% kabupaten dan kota memiliki lembaga PAUD terpadu pembina holistik integratif. Baseline: 40% (2014)</p> <p><b>Sasaran Program Indonesia Pintar melalui pelaksanaan Wajib Belajar 12 Tahun pada RPJMN 2015—2019.</b></p> <p><b>Indikator Kinerja Akses Pendidikan:</b> * Angka Partisipasi PAUD dari 66,8% (2014) menjadi 77,2% (2019).</p> <p><b>Program:</b> Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) dan Pendidikan Masyarakat</p> <p><b>Sasaran Program:</b> Terciptanya keluasan dan pemerataan akses PAUD dan pendidikan masyarakat bermutu, berkesetaraan gender, dan berwawasan pendidikan pembangunan berkelanjutan (<i>Education for Sustainable Development/ESD</i>) di semua provinsi, kabupaten, dan kota.</p>	<p><b>SPM Pendidikan Non-formal:</b></p> <p><b>SPM Pendidikan Taman Kanak-kanak</b> terdiri atas: a. 20 persen jumlah anak usia 4-6 tahun mengikuti program TK/RA. b. 90 persen guru layak mendidik TK/RA dengan kualifikasi se-suai dengan standar kom-petensi yang ditetapkan se-cara nasional. c. 90 persen TK/RA memiliki sarana dan prasarana belajar/ bermain. d. 60 persen TK/RA menerapkan manajemen berbasis sekolah sesuai dengan manual yang ditetapkan oleh Menteri.</p> <p><b>SPM Pendidikan pada Taman Penitipan Anak, Kelompok Bermain atau yang sederajat</b> terdiri atas: a. 65 persen anak dalam kelompok 0–4 tahun meng-ikuti kegiatan Tempat Penitipan Anak, Kelompok Bermain atau yang sederajat. b. 50 persen jumlah anak usia 4-6 tahun yang belum terlayani pada program PAUD jalur formal mengikuti program PAUD jalur non formal. c. 50 persen guru PAUD jalur non formal telah mengikuti pelatihan di bidang PAUD.</p>

RPJMN 2015-2019 Buku I	RPJMN 2015-2019 Buku II	Rencana Strategis (RENSTRA) 2015-2019	Standar Pelayanan Minimal (SPM)
		<p><b>Target: Penduduk usia 18+ tahun</b></p> <p><b>Tujuan Strategis 4:</b> Peningkatan Mutu dan Relevansi Pembelajaran yang Berorientasi pada Pembentukan Karakter</p> <p><b>SASARAN STRATEGIS:</b> Meningkatnya lembaga/satuan pendidikan dan pemangku kepentingan yang menyelenggarakan pendidikan keluarga.</p> <p><b>Indikator Kinerja Sasaran Strategis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Jumlah lembaga/satuan pendidikan masyarakat yang menyelenggarakan pendidikan orang tua/keluarga sebanyak 87.417 lembaga. Baseline: 0 (2014).</li> </ul> <p><b>Indikator Kinerja Program:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Persentase Angka Partisipasi Kasar (APK) PAUD usia 3-6 tahun dari 68,10 % (2014) menjadi 86,7% (2019).</li> <li>* Jumlah lembaga PAUD siap diakreditasi. dari 33.801 (2014) menjadi 42.926 (2019).</li> </ul> <p><b>Indikator Kinerja Kegiatan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Lembaga PAUD memperoleh BOP PAUD untuk anak usia 3-6 Tahun dari 45.000 (2014) menjadi 90.000 (2019).</li> <li>* Jumlah lembaga PAUD terpadu pembina yang dibangun/revitalisasi dari 0 (2014) menjadi 70 (2019).</li> <li>* Jumlah lembaga PAUD terpadu yang dibangun/revitalisasi di daerah 3T dari - (2014) menjadi 400 (2019).</li> <li>* Jumlah Ruang Kelas PAUD yang dibangun termasuk meubeleir dari - menjadi 200 (2019)</li> <li>* Lembaga PAUD yang memperoleh bantuan sarana pembelajaran, termasuk APE dari - menjadi 4.000 (2019).</li> <li>* Pusat Kegiatan Gugus (PKG) yang memperoleh bantuan Gugus PAUD (Lembaga) menjadi 6.982 (2019).</li> <li>* Jumlah dokumen NSPK PAUD dari 20 (2014) menjadi 10 (2019).</li> </ul>	

RPJMN 2015-2019 Buku I	RPJMN 2015-2019 Buku II	Rencana Strategis (RENSTRA) 2015-2019	Standar Pelayanan Minimal (SPM)
		<p><b>Sasaran Program:</b> Terciptanya keluasan dan pemerataan akses pendidikan keluarga yang bermutu, berkesetaraan gender, dan berwawasan pendidikan untuk pembangunan berkelanjutan (ESD) dan kewarganegaraan global di semua provinsi, kabupaten dan kota.</p> <p><b>Indikator Kinerja Program:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Jumlah orang dewasa mengikuti pendidikan keluarga. dari 0 (2014) menjadi 4.343.500 (2019).</li> <li>* Jumlah lembaga/satuan pendidikan menyelenggarakan pendidikan keluarga. dari 0 (2014) menjadi 87.417 (2019).</li> </ul> <p><b>Indikator Kinerja Kegiatan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Jumlah lembaga/satuan pnf menyelenggarakan pendidikan karakter dan pendidikan kecakapan hidup termasuk pendidikan gizi bagi orangtua dari 0 (2014) menjadi 10.000 (2019).</li> <li>* Jumlah lembaga/satuan pendidikan menyelenggarakan pendidikan kemandirian dan kepribadian karakter bangsa anti korupsi, kekerasan dalam rumah tangga, dan kejahatan seksual pada anak dari 0 (2014) menjadi 10.000 (2019).</li> <li>* Jumlah pendidik dan tenaga kependidikan serta orang tua/wali dan pengasuh memiliki kapasitas menerapkan pendidikan keluarga dari 0 (2014) menjadi 540.000 (2019).</li> <li>* Jumlah konten/materi diunggah ke kanal pendidikan keluarga dari 0 (2014) menjadi 225 (2019).</li> <li>* Jumlah dokumen NSPK pendidikan keluarga dari 0 (2014) menjadi 10 (2019).</li> </ul>	

Program	Deskripsi	Sasaran dan Cakupan	Biaya dan Dampak
<p><b>Bantuan Tunai Bersyarat Program Keluarga Harapan (PKH)</b></p> <p><b>Lembaga pelaksana:</b> Kementerian Sosial</p>	<p>PKH adalah program bantuan sosial bersyarat untuk keluarga miskin dan/orang miskin dan rentan yang ditetapkan sebagai keluarga penerima manfaat.</p> <p><b>Tujuan:</b></p> <p>(i) untuk meningkatkan standar hidup keluarga penerima manfaat melalui akses ke pendidikan, kesehatan dan pelayanan kesejahteraan sosial;</p> <p>(ii) untuk mengurangi beban pengeluaran dan meningkatkan pendapatan keluarga miskin dan rentan;</p> <p>(iii) untuk menciptakan perubahan perilaku dan kemandirian keluarga penerima manfaat dalam mengakses layanan kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan sosial;</p> <p>(iv) untuk mengurangi kemiskinan dan ketidaksetaraan; dan</p> <p>(v) untuk memperkenalkan manfaat produk dan layanan keuangan formal kepada keluarga penerima manfaat.</p> <p><i>Catatan: Komponen kesejahteraan sosial ditambahkan pada tahun 2016 (PKH Plus) untuk dua kelompok prioritas tambahan: lansia dan penyandang disabilitas.</i></p> <p><i>(Peraturan Menteri Sosial Nomor 1 tahun 2018 tanggal 8 Januari 2018 tentang Program Keluarga Harapan)</i></p> <p><b>Persyaratan/ketentuan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kehadiran di fasilitas kesehatan (untuk anak di bawah enam tahun atau wanita hamil)</li> <li>• Kehadiran di fasilitas pendidikan (untuk anak usia sekolah)</li> <li>• Kehadiran di fasilitas kesejahteraan sosial (untuk lansia dan penyandang disabilitas)</li> </ul>	<p><b>Kelompok sasaran:</b> Keluarga dan/orang seseorang yang miskin dan rentan dan terdaftar oleh Pusat Data dan Informasi Kesejahteraan Sosial dalam data terpadu "Program Penanganan Fakir Miskin." Kelompok ditargetkan untuk kesehatan, pendidikan, dan/atau kesejahteraan sosial:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesehatan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ibu hamil / menyusui</li> <li>• Anak-anak pra-sekolah (di bawah 6 tahun)</li> </ul> </li> <li>2. Pendidikan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anak-anak sekolah (hingga SMA)</li> <li>• Anak-anak usia 6-21 tahun yang belum menyelesaikan 12 tahun pendidikan.</li> </ul> </li> <li>3. Kesejahteraan Sosial <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lansia (berusia 60 tahun ke atas)</li> <li>• Orang cacat (penyandang cacat berat).</li> </ul> </li> </ol> <p><i>(Peraturan Menteri Sosial Nomor 1 tahun 2018 tanggal 8 Januari 2018 tentang Program Keluarga Harapan)</i></p> <p>Target cakupan untuk 2018 adalah 10 juta rumah tangga penerima manfaat.</p>	<p><b>Biaya:</b> Ada peningkatan signifikan dalam anggaran PKH yang mencapai Rp 12 triliun pada tahun 2017, hampir 3 kali lipat dari anggaran pada tahun 2014.</p> <p>Anggaran untuk cakupan 10 juta rumah tangga penerima pada tahun 2018 adalah Rp 17,3 triliun.</p> <p><b>Perkembangan Anggaran Bansos PKH Tahun 2007 - 2018*</b></p> <p>*Bantuan Sosial 2018 baru dilaksanakan 2 tahap.</p> <p><i>(Presentasi: Pengetahuan dan Kebijakan Pelaksanaan PKH 2018)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nilai manfaat resmi: Antara Rp 600.000 hingga Rp 2.200.000 per tahun untuk setiap keluarga</li> <li>• Pengeluaran publik (2010) Rp 1.123 miliar (US\$ 143 juta)</li> <li>• Biaya administrasi per penerima (2010) Rp 237.777 (US\$ 24) per tahun</li> </ul> <p><i>(PKH Conditional Cash Transfer Social Assistance Programme and Public Expenditure Review 6 (World Bank) 2012.</i></p>

Program	Deskripsi	Sasaran dan Cakupan	Biaya dan Dampak																																																																																																														
<p><b>Bantuan Tunai Bersyarat Program Keluarga Harapan (PKH) (LANJUTAN)</b></p>	<p>Persyaratan khusus adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesehatan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empat kunjungan antenatal care (ANC) sebelum melahirkan untuk wanita hamil</li> <li>• Proses persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas kesehatan;</li> <li>• Dua kunjungan post-neonatal care (PNC);</li> <li>• Imunisasi anak lengkap;</li> <li>• Penimbangan bulanan untuk anak di bawah lima tahun, penimbangan dua kali setahun untuk anak usia 6-7 tahun di fasilitas kesehatan;</li> <li>• Vitamin A dua kali setahun untuk balita.</li> </ul> </li> <li>2. Pendidikan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengikuti pendidikan untuk anak usia 6-21 tahun yang belum menyelesaikan 12 tahun pendidikan;</li> <li>• Tingkat kehadiran minimum 85%.</li> </ul> </li> <li>4. Kesejahteraan Sosial <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemeriksaan kesehatan setidaknya sekali setahun oleh petugas kesehatan;</li> <li>• Partisipasi dalam layanan kesejahteraan sosial (penitipan lansia dan perawatan di rumah) untuk lansia dan penyandang disabilitas.</li> </ul> </li> </ol> <p>Keluarga penerima manfaat (KPM) menerima transfer tunai setiap triwulan tergantung pada kriteria mereka.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Komponen Bantuan</th> <th>Jumlah Bantuan per KPM per tahun</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>KPM Reguler</td> <td>Rp 1.890.000</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>KPM dengan Lansia</td> <td>Rp 2.000.000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>KPM dengan penyandang disabilitas</td> <td>Rp 2.000.000</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>KPM di Papua dan Papua Barat</td> <td>Rp 2.000.000</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>(Presentasi, Kemendagri tentang PKH dari website Kemendagri, diakses pada bulan Juli 2018)</i></p>	No	Komponen Bantuan	Jumlah Bantuan per KPM per tahun	1	KPM Reguler	Rp 1.890.000	2	KPM dengan Lansia	Rp 2.000.000	3	KPM dengan penyandang disabilitas	Rp 2.000.000	4	KPM di Papua dan Papua Barat	Rp 2.000.000	<p>Program pilot dilaksanakan di 7 provinsi (Sumatera Barat, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Sulawesi Utara, Gorontalo dan Nusa Tenggara Timur) pada tahun 2007 dan program ini menjadi program nasional pada tahun 2013</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diawali dengan 432.000 rumah tangga "sangat miskin" tercakup di 7 provinsi;</li> <li>• Cakupan pada tahun 2013 adalah 2,3 juta rumah tangga;</li> <li>• Pada tahun 2017, target PKH sebesar 6 juta dilampaui dengan 6,23 juta keluarga penerima manfaat.</li> </ul> <p><b>Perluasan PKH sejak 2007</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tahun</th> <th>Anggaran (dalam milyar)</th> <th>Realisasi</th> <th>Realisasi</th> <th>Provinsi</th> <th>DAK</th> <th>RPO</th> <th>DP3A</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2007</td> <td>84,65</td> <td>52,57</td> <td>60,00</td> <td>307,547</td> <td>7</td> <td>48</td> <td>337</td> <td>4.211</td> </tr> <tr> <td>2008</td> <td>98,13</td> <td>79,28</td> <td>143,000</td> <td>626,848</td> <td>13</td> <td>79</td> <td>631</td> <td>7.684</td> </tr> <tr> <td>2009</td> <td>1.107,08</td> <td>503,54</td> <td>719,000</td> <td>726,176</td> <td>13</td> <td>79</td> <td>71</td> <td>9.292</td> </tr> <tr> <td>2010</td> <td>1.302,08</td> <td>309,41</td> <td>813,000</td> <td>774,293</td> <td>26</td> <td>88</td> <td>146</td> <td>10.668</td> </tr> <tr> <td>2011</td> <td>1.872,08</td> <td>1.202,25</td> <td>1.116,000</td> <td>1.052,201</td> <td>25</td> <td>113</td> <td>137</td> <td>16.104</td> </tr> <tr> <td>2012</td> <td>1.897,48</td> <td>1.583,25</td> <td>1.616,000</td> <td>1.462,473</td> <td>33</td> <td>168</td> <td>200</td> <td>21.471</td> </tr> <tr> <td>2013</td> <td>2.191,58</td> <td>2.348,54</td> <td>2.460,000</td> <td>2.226,523</td> <td>33</td> <td>234</td> <td>347</td> <td>43.218</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Sumber: Rappas dan Kementerian Sosial</i></p> <p><b>Cakupan PKH di 2017</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kategori</th> <th>Target (KPM)</th> <th>Realization (KPM)</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PKH Reguler</td> <td>5,251,000</td> <td>5,989,509</td> <td>104,34</td> </tr> <tr> <td>PKH Lansia</td> <td>350,000</td> <td>145,721</td> <td>97,14</td> </tr> <tr> <td>PKH Penyandang Disabilitas</td> <td>49,000</td> <td>47,087</td> <td>96,10</td> </tr> <tr> <td>PKH Akses</td> <td>50,000</td> <td>51,495</td> <td>102,99</td> </tr> <tr> <td><b>Total</b></td> <td><b>6,000,000</b></td> <td><b>6,228,810</b></td> <td><b>103,80</b></td> </tr> </tbody> </table>	Tahun	Anggaran (dalam milyar)	Realisasi	Realisasi	Provinsi	DAK	RPO	DP3A	2007	84,65	52,57	60,00	307,547	7	48	337	4.211	2008	98,13	79,28	143,000	626,848	13	79	631	7.684	2009	1.107,08	503,54	719,000	726,176	13	79	71	9.292	2010	1.302,08	309,41	813,000	774,293	26	88	146	10.668	2011	1.872,08	1.202,25	1.116,000	1.052,201	25	113	137	16.104	2012	1.897,48	1.583,25	1.616,000	1.462,473	33	168	200	21.471	2013	2.191,58	2.348,54	2.460,000	2.226,523	33	234	347	43.218	Kategori	Target (KPM)	Realization (KPM)	%	PKH Reguler	5,251,000	5,989,509	104,34	PKH Lansia	350,000	145,721	97,14	PKH Penyandang Disabilitas	49,000	47,087	96,10	PKH Akses	50,000	51,495	102,99	<b>Total</b>	<b>6,000,000</b>	<b>6,228,810</b>	<b>103,80</b>	<p><b>Biaya:</b> Total anggaran PKH telah meningkat hampir sama dengan peningkatan cakupan rumah tangga: dari di bawah Rp 1 triliun pada tahun 2007 menjadi lebih dari Rp 8 triliun pada tahun 2016.</p> <p><b>Dampak:</b> PKH dievaluasi setelah 6 tahun (<i>World Bank</i>, 2017) dan menemukan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• peningkatan 4,8% konsumsi per kapita pendidikan;</li> <li>• 7,1% peningkatan kunjungan ANC;</li> <li>• peningkatan imunisasi lengkap</li> <li>• kenaikan 9,5% dalam partisipasi sekolah menengah pertama;</li> <li>• 3% penurunan <i>stunting</i>.</li> </ul> <p>PKH dianggap sebagai program yang paling efektif untuk mengurangi kemiskinan dan rasio Gini</p> <p><b>IMPACT ON POVERTY AND INEQUALITY</b> PKH (CCT) and Program Indonesia Prior are most effective in reducing poverty and gini ratio</p> <p><i>(Presentasi: Pengetahuan dan Kebijakan Pelaksanaan PKH 2018)</i></p>
No	Komponen Bantuan	Jumlah Bantuan per KPM per tahun																																																																																																															
1	KPM Reguler	Rp 1.890.000																																																																																																															
2	KPM dengan Lansia	Rp 2.000.000																																																																																																															
3	KPM dengan penyandang disabilitas	Rp 2.000.000																																																																																																															
4	KPM di Papua dan Papua Barat	Rp 2.000.000																																																																																																															
Tahun	Anggaran (dalam milyar)	Realisasi	Realisasi	Provinsi	DAK	RPO	DP3A																																																																																																										
2007	84,65	52,57	60,00	307,547	7	48	337	4.211																																																																																																									
2008	98,13	79,28	143,000	626,848	13	79	631	7.684																																																																																																									
2009	1.107,08	503,54	719,000	726,176	13	79	71	9.292																																																																																																									
2010	1.302,08	309,41	813,000	774,293	26	88	146	10.668																																																																																																									
2011	1.872,08	1.202,25	1.116,000	1.052,201	25	113	137	16.104																																																																																																									
2012	1.897,48	1.583,25	1.616,000	1.462,473	33	168	200	21.471																																																																																																									
2013	2.191,58	2.348,54	2.460,000	2.226,523	33	234	347	43.218																																																																																																									
Kategori	Target (KPM)	Realization (KPM)	%																																																																																																														
PKH Reguler	5,251,000	5,989,509	104,34																																																																																																														
PKH Lansia	350,000	145,721	97,14																																																																																																														
PKH Penyandang Disabilitas	49,000	47,087	96,10																																																																																																														
PKH Akses	50,000	51,495	102,99																																																																																																														
<b>Total</b>	<b>6,000,000</b>	<b>6,228,810</b>	<b>103,80</b>																																																																																																														

Program	Deskripsi	Sasaran dan Cakupan	Biaya dan Dampak
<b>Bantuan Tunai Bersyarat</b> Program Keluarga Harapan (PKH) (LANJUTAN)	Rumah tangga penerima berhak untuk: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bantuan sosial;</li> <li>• Fasilitas;</li> <li>• Layanan di fasilitas kesehatan, pendidikan, dan/atau kesejahteraan sosial;</li> <li>• Program bantuan komplementer di bidang kesehatan, pendidikan, subsidi energi, ekonomi, perumahan, dan kebutuhan dasar lainnya.</li> </ul> Bantuan Tunai Bersyarat bertujuan untuk mengatasi kemiskinan dalam dua tahap: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jangka pendek: melindungi kesejahteraan orang miskin melalui dukungan konsumsi;</li> <li>• Jangka panjang: investasi dalam hal kualitas manusia dari keluarga miskin melalui peningkatan perilaku yang mendukung peningkatan kesehatan dan pendidikan (Satriawan, 2018).</li> </ul>	Metode pembayaran telah mengalami modifikasi: 2007-2016: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pembayaran tunai;</li> <li>• Menggunakan layanan dari PT Pos Indonesia (layanan pos milik negara);</li> <li>• Biaya distribusi bisa mencapai rata-rata Rp 120 juta per tahun</li> </ul> 2016 -2018: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pembayaran tanpa uang tunai (menggunakan Kartu Keluarga Sejahtera);</li> <li>• Menggunakan layanan perbankan dari bank-bank milik negara;</li> <li>• Efisiensi: biaya distribusi 0;</li> <li>• Hampir 10 juta orang miskin memiliki rekening bank (dengan ATM);</li> </ul>	
	<p><b>PKH (Bantuan Tunai Bersyarat) Plus:</b></p> <p>Beberapa peningkatan/inisiatif baru telah ditambahkan untuk memperkuat implementasi PKH:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sesi Pengembangan Keluarga (<i>Family Development Sessions/FDS</i>) diprakarsai oleh Bappenas, Kementerian Sosial, dan Departemen Kesehatan di Brebes (Jawa Tengah) dan Sikka (Nusa Tenggara Timur). FDS berlaku untuk semua rumah tangga penerima manfaat dan merupakan proses pembelajaran terstruktur untuk memperkuat perubahan perilaku. FDS bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, pemahaman tentang pentingnya pendidikan, kesehatan dan manajemen keuangan bagi keluarga. Inisiatif ini difasilitasi oleh kader dan fasilitator lapangan dengan pelatihan dan termasuk modul tentang kesehatan dan gizi, pendidikan, ekonomi, perlindungan anak, dan kesejahteraan sosial.</li> <li>2. Program pelengkap untuk penerima manfaat oleh kementerian lain yaitu:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Program Indonesia Pintar oleh Kemendikbud (target: 175 juta orang),</li> <li>• Program Indonesia Sehat oleh Kemenkes (target 92,4 juta orang),</li> <li>• BPNT oleh Kemensos (target 1,4-10 juta keluarga),</li> <li>• Rastra oleh Kemensos (14,3 juta keluarga),</li> <li>• Subsidi LPG oleh Kemen-ESDM (target: 26 juta keluarga dan 2,3 juta UKM),</li> <li>• Subsidi listrik oleh PLN (Perusahaan Listrik Negara) (target: 19,1 juta keluarga/450 Volt Ampere dan 4,1 keluarga / 900 Volt Ampere),</li> <li>• ASLUT / Program untuk membantu lansia terlanjar oleh Kemensos (target: 150.000 orang),</li> <li>• ASPDB / Program untuk membantu penyandang disabilitas berat oleh Kemensos (target: 50.000 orang),</li> <li>• Kelompok Usaha Bersama (KUBE) dan Rehabilitasi Sosial Rumah Tidak Layak Huni (RS-RTLH) oleh Kemensos, dan,</li> <li>• Subsidi pupuk oleh Kementan.</li> </ul> </li> </ol>		

Program	Deskripsi	Sasaran dan Cakupan	Biaya dan Dampak
<b>Bantuan Pangan Rastra (Beras Sejahtera) atau Beras untuk Masyarakat Miskin/Voucher Makanan dan BPNT atau Bantuan Pangan Non-Tunai</b>	Rastra adalah alat pengentasan kemiskinan yang menyediakan bantuan makanan. <b>Tujuan:</b> (i) untuk mengurangi beban pengeluaran keluarga penerima manfaat dengan menyediakan beras dengan harga subsidi. Rastra menyediakan 15,5 kg <b>beras</b> / keluarga penerima / bulan dengan harga subsidi. BNPT juga merupakan instrumen pengentasan kemiskinan yang berkembang dari Rastra pada tahun 2017. <b>Tujuan:</b> (i) untuk mengurangi beban pengeluaran keluarga penerima manfaat melalui pemenuhan beberapa kebutuhan pangan; (ii) untuk menyediakan makanan yang lebih seimbang; (iii) untuk meningkatkan akurasi penargetan dan akses ke program; (iv) untuk menyediakan lebih banyak pilihan dan kontrol oleh keluarga penerima manfaat dalam memenuhi kebutuhan pangan mereka, dan mendorong pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs). BNPT menyediakan 'uang elektronik' setiap bulan yang hanya dapat digunakan untuk membeli makanan dari pedagang makanan atau <i>E-warong</i> . <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jumlah bantuan adalah Rp 10.000 / keluarga penerima / bulan;</li> <li>• Jenis barang yang dapat ditukar adalah <b>beras</b> dan / atau <b>telur</b>.</li> </ul>	<p><b>Kelompok sasaran:</b> 25% penduduk termiskin.</p> <p>Dari Subsidi ke Bantuan Sosial (BANSOS):</p> <p>Pada tahun 2017, BNPT hanya dilaksanakan di 44 kota terpilih dengan akses dan fasilitas yang memadai, sementara sisanya masih menggunakan sistem Rastra.</p>	<p><b>Biaya:</b> Pada tahun 2016, total alokasi anggaran untuk Rastra meningkat tiga kali lipat, menjadi Rp 22,1 triliun (Timmer, Hastuti, &amp; Sumarto, 2017)</p> <p><b>Dampak:</b> Tinjauan sistem Rastra pada tahun 2017, menemukan bahwa sementara Rastra memiliki potensi yang kuat, namun telah gagal secara operasional untuk mencapai tujuan bantuan sosial yang mendasar. Penyediaan paket bahan pangan pokok secara konsisten dapat melindungi rumah tangga miskin dari gejolak harga pangan, kelangkaan kalori, dan kekurangan gizi. Namun, Rastra menderita dilusi manfaat dan kesalahan cakupan, hilangnya beras, dan beban pembiayaan tersembunyi, yang semuanya mengurangi nilai transfer yang diberikan kepada rumah tangga sasaran. Meskipun relevansi kebijakan Rastra masih baik: kesejahteraan rumah tangga yang miskin dipengaruhi secara negatif oleh kelangkaan pangan dan gejolak harga pangan, jelas bahwa baik hasil rancangan maupun pelaksanaan Rastra telah gagal mencapai tujuannya. Inisiatif BPNT yang sedang berlangsung, di sisi lain memegang potensi besar dalam mengatasi kelemahan Rastra (<i>World Bank</i>, 2017).</p>

Program	Deskripsi	Sasaran dan Cakupan	Biaya dan Dampak																																			
<p><b>Bantuan Pangan Rastra (Beras Sejahtera) atau Beras untuk Masyarakat Miskin/ Voucher Makanan dan BPNT atau Bantuan Pangan Non-Tunai (LANJUTAN)</b></p>		<p><b>Cakupan:</b>                      Pada tahun 2016, Rastra mencakup 15,5 juta rumah tangga.                      Pada 2017, BNPT menjangkau 1,3 juta keluarga penerima manfaat di 44 kabupaten. Target untuk 2018 adalah mencapai (secara akumulatif 2017 + 2018) 10 juta keluarga penerima manfaat di 220 kabupaten.</p> <p><b>KRONOLOGIS PROGRAM BPNT Tahun 2018</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>BPNT 2017</th> <th>Tahap I (April)</th> <th>Tahap II (Mei)</th> <th>Tahap III (Oktober)</th> <th>Tahap IV (November)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jumlah Kab/Kota</td> <td>44</td> <td>24</td> <td>34</td> <td>67</td> </tr> <tr> <td>Jumlah KPM</td> <td>1,266,194</td> <td>2,031,071</td> <td>2,082,964</td> <td>3,757,328</td> </tr> <tr> <td>Total KPM BPNT</td> <td>1,266,194</td> <td>3,317,265</td> <td>5,400,229</td> <td>9,157,557</td> </tr> </tbody> </table> <p>Rencana Perluasan BPNT secara bertahap di 2018:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tahapan Periode</th> <th>Jan 2017 - Jan 2018</th> <th>2018</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TOTAL KPM Bantuan Pangan</td> <td>15,498,936</td> <td>15,498,936</td> </tr> <tr> <td>1. KPM BPNT</td> <td>1,266,194</td> <td>3,317,497</td> </tr> <tr> <td>2. KPM Bantuan Rastra</td> <td>14,232,742</td> <td>12,181,439</td> </tr> <tr> <td>3. Sisa: Perubahan Rastra ke BPNT</td> <td>1,236,194</td> <td>2,028,303</td> </tr> </tbody> </table> <p>TOTAL Kabupaten/Kota: 514</p> <p>TOTAL Kab/Kota BPNT: 44</p> <p>TOTAL Kab/Kota Bantuan Rastra: 466</p> <p>Sisa: Perubahan Rastra ke BPNT: 24</p>	BPNT 2017	Tahap I (April)	Tahap II (Mei)	Tahap III (Oktober)	Tahap IV (November)	Jumlah Kab/Kota	44	24	34	67	Jumlah KPM	1,266,194	2,031,071	2,082,964	3,757,328	Total KPM BPNT	1,266,194	3,317,265	5,400,229	9,157,557	Tahapan Periode	Jan 2017 - Jan 2018	2018	TOTAL KPM Bantuan Pangan	15,498,936	15,498,936	1. KPM BPNT	1,266,194	3,317,497	2. KPM Bantuan Rastra	14,232,742	12,181,439	3. Sisa: Perubahan Rastra ke BPNT	1,236,194	2,028,303	
BPNT 2017	Tahap I (April)	Tahap II (Mei)	Tahap III (Oktober)	Tahap IV (November)																																		
Jumlah Kab/Kota	44	24	34	67																																		
Jumlah KPM	1,266,194	2,031,071	2,082,964	3,757,328																																		
Total KPM BPNT	1,266,194	3,317,265	5,400,229	9,157,557																																		
Tahapan Periode	Jan 2017 - Jan 2018	2018																																				
TOTAL KPM Bantuan Pangan	15,498,936	15,498,936																																				
1. KPM BPNT	1,266,194	3,317,497																																				
2. KPM Bantuan Rastra	14,232,742	12,181,439																																				
3. Sisa: Perubahan Rastra ke BPNT	1,236,194	2,028,303																																				

Program	Deskripsi	Sasaran dan Cakupan	Biaya dan Dampak
<p><b>Asuransi Kesehatan Nasional Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)</b></p> <p><b>Lembaga pelaksana:</b> BPJS Kesehatan</p>	<p>JKN adalah program asuransi kesehatan sosial universal yang diperkenalkan pada tahun 2014.</p> <p><b>Tujuan:</b></p> <p>(i) untuk memberikan akses ke pelayanan kesehatan bagi semua warga Indonesia pada Januari 2019.</p> <p>Sumbangan JKN berasal dari anggota dan pemerintah di bawah satu lembaga pelaksana asuransi kesehatan. Tujuannya adalah memastikan akses bagi seluruh warga kepada paket manfaat yang komprehensif dengan biaya pengguna yang minimal atau pembayaran bersama.</p>	<p><b>Kelompok sasaran:</b> Seluruh penduduk Indonesia.</p> <p><b>Cakupan:</b> Cakupan populasi akan meluas secara progresif dalam beberapa fase sampai cakupan kesehatan universal tercapai pada akhir 2019. (Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) -TNP2K)</p> <p>Pada Desember 2014, ada sekitar 138 juta anggota terdaftar dengan skema JKN, atau sekitar 55% dari total penduduk. Dimana:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hampir 70% adalah anggota bersubsidi, dengan kontribusi yang dibayarkan oleh pemerintah pusat atau pemerintah daerah;</li> <li>Sisanya adalah anggota yang berkontribusi.</li> </ul>	<p><b>Biaya:</b> Skema ini didanai melalui kontribusi yang diberikan oleh pekerja yang dipekerjakan pada skala geser.</p> <p>Anggaran pemerintah daerah juga digunakan untuk mendanai skema jaminan kesehatan daerah (Jaminan Kesehatan Daerah/Jamkesda) yang telah dibentuk di banyak provinsi dan kabupaten untuk melengkapi skema Jamkesmas, sebelum pembentukan sistem nasional (JKN). Skema Jamkesda pemerintah daerah biasanya mencakup layanan kesehatan (sebagian besar perawatan kuratif yang disediakan oleh fasilitas kesehatan primer dan rumah sakit umum tingkat provinsi atau kabupaten) untuk orang-orang yang belum ditanggung oleh Jamkesmas (Bappenas, 2014). Menurut sebuah studi tahun 2014, ada lebih dari 460 skema Jamkesda yang masih beroperasi, mencakup sekitar 63 to 70 juta penerima manfaat (Thraabrany et al., 2014).</p> <p><b>Dampak:</b> Fokus peningkatan pengeluaran untuk kesehatan melalui JKN adalah pada layanan kesehatan kuratif dan infrastruktur kesehatan yang mendukung perawatan medis. Dengan demikian, alokasi untuk kesehatan masyarakat dan pencegahan relatif rendah, dan alokasi untuk layanan kuratif cukup tinggi (WHO, 2017).</p> <p>Hanya 53,1% ibu, 38% anak dan 59,4% penduduk yang memiliki JKN (BPS, 2015) (BPS, 2016) (BPS, 2017).</p>

Program	Deskripsi	Sasaran dan Cakupan	Biaya dan Dampak
<p><b>Penciptaan Lapangan Kerja dan Pemberdayaan Masyarakat</b> Program Padat Karya</p> <p><b>Lembaga penyelenggara:</b> Kementerian Desa Kementerian Kesehatan Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Kementerian Pertanian Kementerian Kelautan dan Perikanan Kementerian Perhubungan Kementerian Pariwisata Kementerian Ketenagakerjaan Badan Nasional Pengelola Perbatasan</p>	<p>Program Padat Karya adalah alat pengentasan kemiskinan untuk meningkatkan pendapatan dan menurunkan angka <i>stunting</i>.</p> <p><b>Tujuan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) untuk menciptakan lapangan kerja;</li> <li>(ii) untuk mendorong kebersamaan, gotong royong dan partisipasi masyarakat desa;</li> <li>(iii) untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pemberdayaan masyarakat desa</li> <li>(iv) untuk meningkatkan akses kaum miskin, perempuan, anak-anak dan kelompok marginal ke Layanan Dasar Berbasis Pemberdayaan;</li> <li>(v) untuk mengurangi gangguan, setengah gangguan dan kemiskinan;</li> <li>(vi) untuk menghasilkan kegiatan sosial dan ekonomi di desa-desa.</li> </ul> <p>Program ini akan merangsang kegiatan produktif dengan menggunakan sumber daya alam, tenaga kerja lokal dan teknologi.</p>	<p><b>Kelompok sasaran:</b> Masyarakat marginal/miskin di 1.000 desa terpilih di 100 kabupaten/kota.</p> <p><b>Desa sasaran:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desa dengan tingkat <i>stunting</i> tinggi;</li> <li>• Desa dengan jumlah pengangguran tinggi;</li> <li>• Area kantong kemiskinan;</li> <li>• Desa tertinggal dan desa berkembang;</li> <li>• Prioritas ke desa-desa dengan jumlah pekerja migran yang tinggi.</li> </ul> <p><b>Kelompok sasaran:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menganggur, setengah menganggur dan miskin;</li> <li>• Pencari nafkah utama di keluarga;</li> <li>• Pria, wanita dan pemuda usia produktif (bukan anak-anak);</li> <li>• Kelompok petani / petani yang mengalami kelaparan dan menunggu masa tanam/panen;</li> <li>• Pekerja yang kehilangan pekerjaan.</li> </ul> <p><b>Cakupan:</b> Pada Januari 2018, program ini dilaksanakan di 100 desa di 10 kabupaten / kota.</p>	<p><b>Biaya:</b> Program ini akan didanai dengan Dana Desa.</p> <p><b>Dampak:</b> Program ini baru dimulai pada 2018, jadi belum ada data tentang dampak yang tersedia.</p>

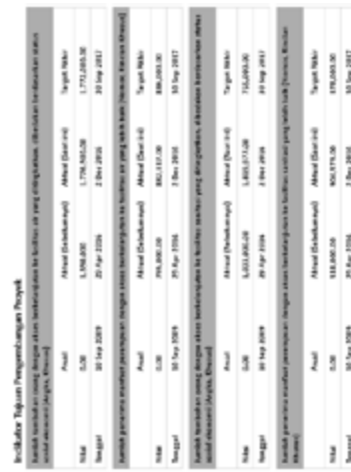
**PERTANIAN**

Program	Deskripsi	Sasaran dan Cakupan	Biaya dan Dampak
<p><b>Kebun Rumah</b> Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL)</p> <p><b>Lembaga penyelenggara:</b> Kementerian Pertanian</p>	<p>KRPL adalah upaya untuk meningkatkan produksi buah dan sayuran untuk rumah tangga miskin.</p> <p><b>Tujuan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) optimalisasi pemanfaatan pekarangan sebagai sumber pangan dan gizi keluarga serta pendapatan secara berkelanjutan.</li> </ul> <p>KRPL adalah intensifikasi berkebun di rumah yang mengoptimalkan penggunaan sumber daya lokal untuk menjamin keberlangsungan penyediaan makanan rumah tangga yang berkualitas tinggi dan beragam bagi masyarakat.</p> <p>Kegiatan meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Petak demonstrasi (Demplot), Kebun Bibit Desa;</li> <li>• Pengembangan lahan pekarangan;</li> <li>• Pengembangan kebun sekolah;</li> <li>• Pengolahan hasil pekarangan (Menu B2SA)</li> </ul> <p>B2SA * adalah singkatan untuk Makanan Beragam, Bergizi, Seimbang dan Aman.</p>	<p><b>Target groups:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tahap Penumbuhan (2019): 2.300 Kelompok atau Desa</li> <li>• Tahap Pengembangan (Kegiatan lanjutan 2018): 2.300 Kelompok atau Desa</li> </ul> <p>Selain kelompok sasaran baru di 2019; ada 442 kabupaten/kota di 34 provinsi dengan prioritas sebagai daerah rawan pangan dan kabupaten prioritas untuk program <i>stunting</i> (Badan Ketahanan Pangan, 2018).</p> <p><b>Penerima manfaat:</b> Kelompok wanita/kelompok masyarakat lainnya dengan anggota minimal 30 rumah tangga per KRPL (Hendriadi, 2018)</p> <p><b>Cakupan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2014 4.303; 2015 2.599; 2016 4.877 (Badan Ketahanan Pangan, 2017)</li> </ul>	<p><b>Biaya:</b> Biaya untuk 2017 adalah Rp 29,9 juta (Badan Ketahanan Pangan, 2017)</p> <p><b>Dampak:</b> Hasil evaluasi (Kementerian Pertanian, 2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peningkatan pendapatan keluarga dan masyarakat menyebabkan pengurangan pengeluaran pangan sebesar Rp 750.000 hingga Rp 1.500.000 / bulan</li> <li>• Mendukung diversifikasi pangan berbasis sumber daya lokal untuk meningkatkan Konsumsi B2SA* (Meningkatkan diversifikasi makanan) (Skor Pola Pangan Harapan dari 85.2 di tahun 2015 menjadi 90.4 di tahun 2017)</li> <li>• Konservasi sumber daya genetik lokal → 300 komoditas</li> </ul>

Program	Deskripsi	Sasaran dan Cakupan	Biaya dan Dampak																				
<p><b>Pendidikan Anak Usia Dini</b> Program PAUD atau Pendidikan Anak Usia Dini</p> <p><b>Lembaga penyelenggara:</b> Kementerian Pendidikan</p>	<p>PAUD menggunakan pendekatan komprehensif untuk pengembangan anak usia dini.</p> <p><b>Tujuan:</b></p> <p>(i) untuk memberikan rangsangan pendidikan untuk membantu pertumbuhan dan perkembangan fisik dan spiritual agar anak memiliki kesiapan dalam memasuki pendidikan lebih lanjut.</p> <p>Program PAUD dilaksanakan melalui berbagai layanan Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) termasuk Taman Kanak-kanak (TK), Raudatul Athfal (RA), Bustanul Athfal (BA), Kelompok Bermain (KB), Taman Penitipan anak (TPA), dan pusat pengasuhan terintegrasi di mana layanan kesehatan dan pengasuhan diberikan secara terpadu.</p> <p>Standar nasional untuk PAUD memasukkan elemen terkait gizi berikut ini:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kegiatan dan materi PAUD: <ul style="list-style-type: none"> <li>DDTK (Deteksi Dini Tumbuh Kembang) dilakukan di awal tahun ajaran baru;</li> <li>Materi STTPA (Standar Tingkat Pencapaian Perkembangan Anak);</li> <li>Permainan dan alat permainan edukatif gizi;</li> <li>Perencanaan, pembiasaan-bermain, penilaian</li> <li>Kelas memasak, berkebun;</li> <li>Kegiatan makan bersama.</li> </ul> </li> <li>Diklat gizi dan kesehatan bagi pendidik PAUD (Diklat dasar PAUD saat ini 6 jam pelajaran)</li> <li>Parenting gizi dan kesehatan bagi keluarga. (<i>Presentasi – Prof Netty (Pasal 1, ayat 14, UU No.20 / 2003)</i>)</li> </ol>	<p><b>Kelompok sasaran:</b> Anak sejak lahir sampai usia 6 tahun.</p> <p><b>Cakupan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pada tahun 2011, 66% institusi PAUD melaksanakan program gizi dan kesehatan.</li> <li>Tingkat partisipasi PAUD telah meningkat dari 50% pada tahun 2010, 67% pada tahun 2013 menjadi 72% pada tahun 2018.</li> <li>Ada perbedaan besar antarprovinsi. Tujuh provinsi (Papua, Papua Barat, NTT, Maluku, Maluku Utara, Kalimantan Timur dan Barat) memiliki tingkat partisipasi kurang dari 50%.</li> <li>Sebagian besar (31,9% atau 6,85 juta anak) masih tidak memiliki akses ke pendidikan usia dini. Ini karena sekitar 31% desa atau sekitar 23.000 desa tidak memiliki lembaga PAUD.</li> <li>Ada sekitar 190.000 PAUD dan 600.000 guru yang mengajar 6 juta anak usia dini. (<i>Memorandum Direktur PAUD, Kemendikbud, 2018</i>)</li> </ul> <p><i>Program Pengembangan Anak Usia Dini dan Cakupannya di Indonesia</i></p> <p><small>Sumber: PAUD Mendikan pro-SCTK yang disosialisasikan Peningkatan dan pendataan anak usia dini yang diposisikan Peningkatan dan pendataan anak usia dini yang diposisikan Peningkatan dan pendataan anak usia dini yang diposisikan</small></p> <p><i>(Data dari Early Childhood Education and Development in Indonesia-WB 2012)</i></p> <table border="1"> <caption>Ketersediaan Pelayanan PAUD</caption> <thead> <tr> <th>Tahun</th> <th>TK</th> <th>KB</th> <th>BPA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2010</td> <td>68.884</td> <td>63.248</td> <td>31.628</td> </tr> <tr> <td>2011</td> <td>71.111</td> <td>67.452</td> <td>33.257</td> </tr> <tr> <td>2012</td> <td>74.827</td> <td>71.609</td> <td>36.919</td> </tr> <tr> <td>2013</td> <td>78.477</td> <td>76.269</td> <td>39.111</td> </tr> </tbody> </table>	Tahun	TK	KB	BPA	2010	68.884	63.248	31.628	2011	71.111	67.452	33.257	2012	74.827	71.609	36.919	2013	78.477	76.269	39.111	<p><b>Biaya:</b> Biaya di tahun 2017 adalah Rp 1.7 triliun.</p> <p><b>Dampak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indonesia cenderung memperlihatkan hasil kurang baik dibandingkan negara lain dalam tiga bidang: cakupan program dari 25 intervensi PAUD; kesetaraan dengan perbedaan besar antarprovinsi; dan kepatuhan pada standar.</li> <li>Ada peningkatan cakupan antara 2002 dan 2012 namun tetap dengan disparitas yang besar antar provinsi, serta perbedaan dalam peningkatan tergantung pada intervensinya (Denboba, Hasan, &amp; Wodon, 2015).</li> </ul>
Tahun	TK	KB	BPA																				
2010	68.884	63.248	31.628																				
2011	71.111	67.452	33.257																				
2012	74.827	71.609	36.919																				
2013	78.477	76.269	39.111																				

Program	Deskripsi	Sasaran dan Cakupan	Biaya dan Dampak
<p><b>Pemberian Makanan Tambahan di Sekolah</b> Program Pemberian Makanan Tambahan di Sekolah Berbasis Dasar Lokal (<i>Local Food-Based School Meals/LFBSM</i>)</p> <p><b>Lembaga pelaksana:</b> Kementerian Kesehatan</p>	<p>Program makanan sekolah yang menggunakan makanan lokal diinisiasi sejak 2012-2015 dengan tujuan secara umum menggunakan makanan sekolah sebagai titik masuk untuk memberikan paket terpadu untuk meningkatkan gizi, keamanan pangan, dan pendidikan.</p> <p><b>Tujuan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>untuk meningkatkan kehadiran di sekolah dan kemampuan belajar anak-anak;</li> <li>untuk meningkatkan pengetahuan dan perilaku anak terhadap gizi yang baik dan perilaku dasar kebersihan diri;</li> <li>untuk meningkatkan akses ke diet lokal yang seimbang, bergizi, dan beragam;</li> <li>untuk mendorong partisipasi masyarakat dalam menyiapkan makanan lokal;</li> <li>untuk meningkatkan pendapatan masyarakat lokal melalui peningkatan produksi pertanian.</li> </ol> <p>Program ini mencakup pelatihan anak-anak sekolah, anggota komunitas sekolah, dan pemangku kepentingan setempat untuk mengadopsi praktik pencarian pelayanan kesehatan yang lebih baik di sekolah dan di rumah. Pelatihan juga dilakukan dengan anggota kelompok memasak lokal yang menyiapkan makanan yang aman, bergizi, dan berkelanjutan.</p> <p>Program ini ditingkatkan dengan kegiatan tambahan seperti distribusi rutin obat cacing, peningkatan pemeliharaan fasilitas dan infrastruktur sekolah, bantuan kepada petani lokal untuk menghasilkan makanan yang berkelanjutan untuk makanan sekolah. Secara khusus, program LFBSM digunakan sebagai titik masuk.</p> <p><i>(Evaluation Report of the 2012 – 2015 Local Food-Based School Meal Program (LFBSM))</i></p>	<p><b>Kelompok sasaran:</b> Anak sekolah dasar, perempuan dan petani lokal.</p> <p><b>Cakupan:</b> Lebih dari 30.000 anak sekolah di NTT dan provinsi Papua dijangkau dengan makanan sekolah dengan Pendidikan kesehatan, kebersihan, gizi dari 2012 hingga 2015. (<i>Evaluation Report of the 2012 – 2015 Local Food-Based School Meal Program (LFBSM)</i>)</p>	<p><b>Biaya:</b> Informasi tidak tersedia.</p> <p><b>Dampak:</b> Sebuah evaluasi menemukan bahwa program ini merupakan titik masuk yang efektif untuk meningkatkan kesehatan dan pendidikan anak sekolah:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>meningkatkan fasilitas cuci tangan di 113 sekolah program.</li> <li>tingkat kehadiran lebih tinggi dan tingkat putus sekolah lebih rendah;</li> <li>anak sekolah melaporkan bahwa makanan sekolah (i) memberi mereka lebih banyak energi untuk berpartisipasi dalam kegiatan sekolah; (ii) memungkinkan mereka untuk memahami pelajaran lebih baik dibandingkan dengan ketika mereka lapar, (iii) mengurangi rasa sakit jangka pendek karena kelaparan, dan (iv) meningkatkan kemampuan mereka untuk berkonsentrasi selama sekolah.</li> <li>peningkatan kegiatan kesehatan: menggosok gigi dua kali sehari, kuku yang lebih pendek dan bersih, mencuci tangan dengan sabun sebelum makan;</li> <li>meningkatkan pola makan: makan sarapan pada waktu tertentu selama minggu sekolah, konsumsi buah, daging dan telur yang lebih tinggi, skor keragaman pangan 'tinggi';</li> <li>peningkatan status gizi dan kesehatan: prevalensi anemia, demam dan diare yang lebih rendah, persentase anak sekolah yang lebih tinggi yang menerima obat cacing.</li> </ul>

Program	Deskripsi	Sasaran dan Cakupan	Biaya dan Dampak
<p><b>Pemberian Makanan Tambahan di Sekolah</b></p> <p>Program Gizi Anak Sekolah (Pro-GAS) (<i>National School Meals Programme</i>)</p> <p><b>Lembaga pelaksana:</b> Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan</p>	<p>Program makanan di sekolah diperluas mulai tahun 2016.</p> <p><b>Tujuan:</b></p> <p>(i) untuk mendorong rantai pasokan makanan sekolah yang berkelanjutan dan, mempromosikan diet bergizi dan seimbang dengan fokus khusus pada siswa usia sekolah dasar, perempuan dan pemuda</p> <p>Tiga komponen utama Pro-GAS adalah pendidikan gizi, penyediaan makanan bergizi dan partisipasi masyarakat. Pendidikan makanan bergizi, gizi, kesehatan dan hygiene dimaksudkan untuk mengatasi status gizi kurang pada anak usia sekolah dasar meningkatkan perilaku kesehatan dan kebersihan, tingkat kehadiran, serta partisipasi aktif siswa di kelas.</p> <p>(2017 <i>Endline Survey of Indonesia's School Meals Programme (Pro-GAS), Maret 2018</i>)</p>	<p><b>Kelompok sasaran:</b></p> <p>Anak usia sekolah dasar, perempuan dan petani lokal.</p> <p><b>Cakupan:</b></p> <p>Pada tahun 2017, Pro-GAS telah meningkat di lima provinsi dengan mencapai 100.000 siswa dan 563 sekolah dasar di 11 kabupaten prioritas <i>stunting</i>, dibandingkan dengan 38.500 siswa dan 150 sekolah dasar di empat kabupaten pada tahun 2016 ketika Pro-GAS dimulai.</p> <p>(2017 <i>Endline Survey of Indonesia's School Meals Programme (Pro-GAS), Maret 2018</i>)</p> <p>Model Pro-GAS lebih lanjut telah direplikasi di tiga kabupaten - Serang, Pasuruan dan Belu – diluar dari 11 kabupaten prioritas.</p> <p>(2017 <i>Endline Survey of Indonesia's School Meals Programme (Pro-GAS), Maret 2018</i>).</p>	<p><b>Biaya:</b></p> <p>Informasi tidak tersedia.</p> <p><b>Dampak:</b></p> <p>Survei dasar dan akhir terhadap para siswa program pemberian makanan tambahan di sekolah di Indonesia menemukan bahwa ada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• peningkatan signifikan dalam jumlah siswa yang mengonsumsi sarapan di rumah;</li> <li>• proporsi anak yang mengonsumsi makanan seimbang tiga kali setiap hari lebih tinggi;</li> <li>• proporsi anak yang membeli makanan di luar dari pedagang jalanan dan/atau sekolah setiap hari lebih rendah;</li> <li>• lebih banyak siswa mengonsumsi buah dan sayuran;</li> <li>• lebih banyak anak memiliki akses ke sumber air bersih, jamban di rumah, dan minum lebih banyak air setiap hari;</li> <li>• prestasi akademik siswa meningkat sedikit;</li> <li>• lebih sedikit siswa yang dilaporkan merasa sakit;</li> <li>• tingkat kehadiran meningkat;</li> <li>• siswa dapat berkonsentrasi lebih baik di kelas;</li> </ul> <p>Tidak ada perubahan dalam hal status gizi namun disimpulkan bahwa itu terlalu dini untuk mendeteksi adanya perubahan.</p> <p>(2017 <i>Endline Survey of Indonesia's School Meals Programme (Pro-GAS), Maret 2018</i>)</p>

AIR, SANITASI DAN HIGIENE			
Program	Deskripsi	Sasaran dan Cakupan	Biaya dan Dampak
<p><b>Air, Sanitasi dan Kebersihan</b></p> <p>Program PAMSIMAS atau Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat untuk masyarakat miskin</p> <p><b>Lembaga pelaksana:</b> Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat</p>	<p>PAMSIMAS secara eksplisit berfokus pada perubahan perilaku tingkat masyarakat yang terkait dengan penerapan praktik-praktik kebersihan yang baik.</p> <p><b>Tujuan:</b></p> <p>(i) Memberdayakan masyarakat dan lembaga tingkat lokal untuk menghilangkan sanitasi yang buruk dan mengadopsi praktik kebersihan yang baik melalui langkah-langkah yang mereka anggap sesuai dengan kebutuhan mereka;</p> <p>(ii) Memfasilitasi penerapan praktik kebersihan yang baik pada tingkat individu, keluarga dan masyarakat, dengan perhatian khusus pada penerapan praktik-praktik ini di sekolah;</p> <p>(iii) Memfasilitasi promosi praktik kebersihan yang baik melalui lembaga-lembaga masyarakat, termasuk sekolah, tempat ibadah keagamaan, forum di tingkat desa, dan outlet media local.</p>	<p><b>Kelompok sasaran:</b></p> <p>Masyarakat miskin dan kurang terlayani di daerah pedesaan dan pinggiran kota.</p> <p><b>Cakupan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PAMSIMAS I selesai pada tahun 2012. Dilaksanakan di 15 provinsi dan 110 kabupaten, menjangkau total populasi sekitar 4,4 juta. Biaya mencakup perangkat keras, hibah atau pinjaman diluar 20% kontribusi pemerintah daerah dan 10% kontribusi masyarakat.</li> <li>• PAMSIMAS II dilaksanakan mulai dari 2013 hingga 2017 dan bertujuan untuk memperluas intervensi air dan sanitasi ke 5.000 desa tambahan di 219 kabupaten sasaran.</li> <li>• PAMSIMAS III akan mencakup total tambahan 15.000 desa baru di sekitar 412 kabupaten di 34 provinsi.</li> </ul>	<p><b>Biaya:</b></p> <p>Biaya unit rata-rata per penerima manfaat = US\$ 30,4</p> <p><b>Dampak:</b></p> <p>Studi dampak 2013 menunjukkan bahwa PAMSIMAS meningkatkan akses rumah tangga lokal ke pasokan air masyarakat sebesar 12,1%, jauh lebih tinggi secara signifikan daripada program lain, yang menunjukkan peningkatan 7,2%. (PAMSIMAS: <i>Responding to the Water and Sanitation Challenges in Rural Indonesia, WB 2013</i>).</p>  <p>(PAMSIMAS Implementation Status &amp; Results Report 2016, WB)</p>

Program	Deskripsi	Sasaran dan Cakupan	Biaya dan Dampak																																																
	<p>Kelima komponen utama PAMSIMAS adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberdayaan Masyarakat dan Pengembangan Kelembagaan Lokal: Untuk memastikan bahwa proporsi yang lebih besar dari rumah tangga Indonesia menggunakan dan memperoleh manfaat dari layanan air minum dan sanitasi yang lebih baik.</li> <li>2. Meningkatkan Perilaku Kebersihan dan Sanitasi: Untuk mendorong masyarakat sasaran untuk mengadopsi praktik kebersihan yang lebih baik.</li> <li>3. Infrastruktur Pasokan air dan Sanitasi Publik: Untuk mendorong masyarakat sasaran untuk mengelola dan mempertahankan layanan yang ditingkatkan ini.</li> <li>4. Insentif Kabupaten dan Desa: Untuk mendorong pemerintah daerah untuk meningkatkan proyek air lainnya dengan menggunakan metodologi PAMSIMAS.</li> <li>5. Dukungan Implementasi dan Manajemen Proyek: Untuk mendorong unit manajemen program di tingkat kabupaten dan pusat untuk berhasil mengelola dan mendukung program ini dan program serupa lainnya.</li> </ol> <p>(PAMSIMAS: <i>Responding to the Water and Sanitation Challenges in Rural Indonesia, WB 2013</i>)</p>	<p>(Additional Financing II to the Third Water Supply and Sanitation for Low Income Communities (PAMSIMAS) Project, WB)</p> <p>PAMSIMAS I (2008 - 2012)</p> <table border="1" data-bbox="320 661 845 1136"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Provinsi yang Berpartisipasi</th> <th>Jumlah Desa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>Sumatera Barat</td><td>897</td></tr> <tr><td>2</td><td>Riau</td><td>461</td></tr> <tr><td>3</td><td>Sumatera Selatan</td><td>524</td></tr> <tr><td>4</td><td>Banten</td><td>142</td></tr> <tr><td>5</td><td>Jawa Barat</td><td>352</td></tr> <tr><td>6</td><td>Jawa Tengah</td><td>2,233</td></tr> <tr><td>7</td><td>Kalimantan Selatan</td><td>578</td></tr> <tr><td>8</td><td>Sulawesi Selatan</td><td>447</td></tr> <tr><td>9</td><td>Sulawesi Barat</td><td>180</td></tr> <tr><td>10</td><td>Sulawesi Tengah</td><td>466</td></tr> <tr><td>11</td><td>Gorontalo</td><td>198</td></tr> <tr><td>12</td><td>Nusa Tenggara Timur</td><td>687</td></tr> <tr><td>13</td><td>Maluku</td><td>77</td></tr> <tr><td>14</td><td>Maluku Utara</td><td>97</td></tr> <tr><td>15</td><td>Papua Barat</td><td>63</td></tr> </tbody> </table>	No	Provinsi yang Berpartisipasi	Jumlah Desa	1	Sumatera Barat	897	2	Riau	461	3	Sumatera Selatan	524	4	Banten	142	5	Jawa Barat	352	6	Jawa Tengah	2,233	7	Kalimantan Selatan	578	8	Sulawesi Selatan	447	9	Sulawesi Barat	180	10	Sulawesi Tengah	466	11	Gorontalo	198	12	Nusa Tenggara Timur	687	13	Maluku	77	14	Maluku Utara	97	15	Papua Barat	63	
No	Provinsi yang Berpartisipasi	Jumlah Desa																																																	
1	Sumatera Barat	897																																																	
2	Riau	461																																																	
3	Sumatera Selatan	524																																																	
4	Banten	142																																																	
5	Jawa Barat	352																																																	
6	Jawa Tengah	2,233																																																	
7	Kalimantan Selatan	578																																																	
8	Sulawesi Selatan	447																																																	
9	Sulawesi Barat	180																																																	
10	Sulawesi Tengah	466																																																	
11	Gorontalo	198																																																	
12	Nusa Tenggara Timur	687																																																	
13	Maluku	77																																																	
14	Maluku Utara	97																																																	
15	Papua Barat	63																																																	





**Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat  
Kedeputian Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan  
Kementerian PPN/Bappenas**

Jalan Taman Suropati No. 2, Jakarta Pusat, 10310  
Telp: (021) 31934379, Fax: (021) 3926603  
Email: [kgm@bappenas.go.id](mailto:kgm@bappenas.go.id)

ISBN 978-623-93153-1-3

