



KERANGKA KEBIJAKAN

Gerakan Nasional Sadar Gizi

Dalam Rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan
(Gerakan 1000 HPK)

REPUBLIK INDONESIA

2012

KATA PENGANTAR

Sasaran pembangunan pangan dan gizi dalam RPJMN 2010-2014 dan RAN-PG 2011-2015 adalah menurunkan prevalensi kekurangan gizi pada balita, termasuk stunting. Beberapa program dan kegiatan pembangunan nasional telah dilakukan untuk mendukung sasaran tersebut. Seiring dengan hal tersebut, gerakan perbaikan gizi dengan fokus terhadap kelompok 1000 hari pertama kehidupan pada tataran global disebut *Scaling Up Nutrition* (SUN) dan di Indonesia disebut dengan Gerakan Nasional Sadar Gizi dalam Rangka Percepatan Perbaikan Gizi Pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan dan disingkat Gerakan 1000 HPK).

SUN (*Scaling Up Nutrition*) Movement merupakan upaya global dari berbagai negara dalam rangka memperkuat komitmen dan rencana aksi percepatan perbaikan gizi, khususnya penanganan gizi sejak 1.000 hari dari masa kehamilan hingga anak usia 2 tahun. Gerakan ini merupakan respon negara-negara di dunia terhadap kondisi status gizi di sebagian besar negara berkembang dan akibat kemajuan yang tidak merata dalam mencapai Tujuan Pembangunan Milenium/MDGs (Goal 1).

Gerakan 1000 HPK bukanlah inisiatif, institusi maupun pembiayaan baru melainkan meningkatkan efektivitas dari inisiatif yang telah ada yaitu meningkatkan koordinasi termasuk dukungan teknis, advokasi tingkat tinggi, dan kemitraan inovatif, dan partisipasi untuk meningkatkan keadaan gizi dan kesehatan masyarakat, dan pembangunan. Hal ini perlu didukung dengan kepemimpinan nasional dan daerah yang cukup kuat, meningkatkan partisipasi seluruh pemangku kepentingan, bukan hanya dari pemerintah tetapi juga dunia usaha, organisasi profesi dan lembaga kemasyarakatan.

Buku **Kerangka Kebijakan** Gerakan 1000 HPK ini berisikan antara lain tentang : (i) Pentingnya 1000 HPK; (ii) Perlunya akselerasi perbaikan gizi melalui Gerakan 1000 HPK; (iii) Intervensi gizi spesifik dan sensitive; (iv) visi, misi, dan goal Gerakan 1000 HPK; (v) Tahapan, strategi, dan bentuk kemitraan, serta pengorganisasian Gerakan 1000 HPK; serta (vi) Indikator keberhasilan Gerakan 1000 HPK mencakup indikator proses, indikator intervensi, dan indikator hasil.

Setelah membaca buku ini diharapkan semua pemangku kepentingan mempunyai persepsi yang sama, komitmen dan langkah nyata yang terkoordinasi dalam penyusunan perencanaan dan penganggaran untuk gerakan 1000 HPK ini di berbagai tingkat administrasi baik di pusat, provinsi, kabupaten dan kota. Keberhasilan dari gerakan 1000 HPK ini selain ditentukan oleh perencanaan yang sistematis dan terpadu, juga ditentukan oleh kepemimpinan di berbagai tingkat administrasi.

September 2012

Tim Penyusun



SAMBUTAN **MENTERI KOORDINATOR BIDANG KESEJAHTERAAN RAKYAT**

Assalamua'laikum Warahmatullahi Wabarakaatuh,
Salam sejahtera,

Gerakan Nasional Sadar Gizi dalam rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan sesungguhnya bukanlah hal yang baru. Pada era tahun 50-an gerakan perbaikan gizi ditandai oleh slogan "Empat Sehat, Lima Sempurna". Kemudian tahun 90-an, seiring perkembangan ilmu pengetahuan dan masalah gizi di Indonesia, perbaikan gizi ditandai dengan kampanye gizi seimbang dan keluarga sadar gizi. Pada era tahun 2012 ini, sejalan dengan kemajuan IPTEK gizi, masalah gizi yang ada, dan untuk menyempurnakan perbaikan gizi sebelumnya, maka diperlukan gerakan yang bersifat nasional yang kemudian diberi nama Gerakan Nasional Sadar Gizi dalam rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan.

Gerakan Nasional Sadar Gizi dalam Rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan sangat penting dalam upaya kita menciptakan sumber daya manusia Indonesia yang sehat, cerdas, dan produktif. Permasalahan gizi telah lama menjadi perhatian dunia. Di dalam tujuan pembangunan millennium (MDGs), perbaikan gizi menjadi salah satu indikator dari tujuan pertama yaitu mengatasi masalah kemiskinan dan kelaparan. Pada tujuan pertama MDG, terdapat 3 (tiga) indikator keberhasilan, yaitu peningkatan pendapatan, peningkatan konsumsi energy, dan peningkatan status gizi. Ketiga indikator ini memiliki keterkaitan yang sangat kuat, perbaikan pendapatan akan memperbaiki asupan gizi, dan selanjutnya akan memperbaiki status gizi. Selain itu gizi yang baik akan menjadi dasar yang sangat kuat untuk mencapai MDGs lainnya.

Rumusan perbaikan gizi yang digagas oleh Badan Dunia (PBB) ini telah menimbulkan perubahan pandangan yang signifikan. Masalah gizi tidak saja dipandang sebagai masalah kesehatan, tetapi telah menjadi tanggung jawab bersama. Keberhasilan perbaikan gizi merupakan lanjutan dari keberhasilan bidang penyediaan makanan, perubahan perilaku dan peningkatan pengetahuan, perbaikan lingkungan dan penyediaan sarana air bersih, penyediaan lapangan kerja dan peningkatan pendapatan, serta berbagai faktor determinan lainnya.

Sejalan dengan hal tersebut,, maka penanganan masalah gizi tidak bisa hanya oleh pemerintah saja, namun perlu keterlibatan dan dukungan dari pemangku kepentingan lain, seperti mitra pembangunan, LSM, perguruan tinggi, organisasi profesi, dan organisasi kemasyarakatan, sangatlah penting. Mari kita bergandeng tangan memperbaiki keadaan gizi anak Indonesia. Kami di Kementerian Kesejahteraan Rakyat, akan melakukan koordinasi seluruh kegiatan yang dilakukan oleh Pemerintah dan Non Pemerintah dalam perbaikan gizi masyarakat.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakaatuh.

Jakarta, September 2012

H.R Agung Laksono
Menteri Koordinator bidang Kesejahteraan Rakyat

DAFTAR SINGKATAN

AKG	:	Angka Kecukupan Gizi
API	:	Annual Parasite Index
ASI	:	Air Susu Ibu
ANC	:	Ante Natal Care
BB	:	Berat Badan
BBLR	:	Bayi Berat Lahir Rendah
CSR	:	Corporate Social Responsibility
DALYS	:	Disability-Adjusted Life Year
FAO	:	Food and Agriculture Organization
GNP	:	Gross National Product
IFAD	:	International Fund for Agriculture and Development
IFPRI	:	International Food Policy Research Institute
IPA	:	International Pediatric Association
IMT	:	Indeks Masa Tubuh
ISPA	:	Infeksi Saluran Pernafasan Akut
IUFD	:	Intra Uterine Fetal Death
IUGR	:	Intra Uterine Growth Retardation
KEK	:	Kurang Energi Kronis
KIE	:	Komunikasi, Informasi dan Edukasi
KMS	:	Kartu Menuju Sehat
KUKP	:	Kebijakan Umum Ketahanan Pangan
K/L	:	Kementerian Lembaga
LSM	:	Lembaga Swadaya Masyarakat
MP-ASI	:	Makanan Pendamping - Air Susu Ibu
MDGs	:	Millennium Development Goals
NICE	:	Nutrition Improvement through Community Empowerment
PBB	:	Perserikatan Bangsa Bangsa
PBBH	:	Pertambahan Berat Badan Hamil

PERPRES	:	Peraturan Presiden
PMT	:	Pemberian Makanan Tambahan
PNC	:	Pre Natal Care
PTM	:	Penyakit Tidak Menular
RAN-PG	:	Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi
RAD-PG	:	Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi
RDT	:	Rapid Diagnostik Test
RISKESDAS	:	Riset Kesehatan Dasar
RKP	:	Rencana Kerja Pemerintah
RKPD	:	Rencana Kerja Pemerintah Daerah
RPJPN	:	Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional
RPJMN	:	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
SCN	:	Standing Committee on Nutrition
SDM	:	Sumber Daya Manusia
SNI	:	Standar Nasional Indonesia
SUSENAS	:	Survei Sosial Ekonomi Nasional
SUN	:	Scaling Up Nutrition
UNICEF	:	United Nations Emergency Children's Fund
UPGK	:	Usaha Perbaikan Gizi Keluarga
USAID	:	United States Agency for International Development
WFP	:	World Food Programme
WHO	:	World Health Organization
1000 HPK	:	Seribu Hari Pertama Kehidupan

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	1
DAFTAR SINGKATAN	2
DAFTAR ISI	4
DAFTAR TABEL	5
DAFTAR GAMBAR	6
BAB I. PENDAHULUAN	8
A. Pentingnya Dokumen Kerangka Kebijakan Gerakan Nasional Sadar Gizi.....	9
B. Pentingnya 1000 Hari Pertama Kehidupan.....	10
C. Masalah di Tingkat Global dan di Indonesia	11
D. Faktor Penyebab Masalah Gizi pada 1000 HPK	12
E. Kemiskinan dan Masalah Gizi	13
F. Perlunya Akselerasi Perbaikan Gizi pada 1000 HPK	14
BAB II. KEBIJAKAN PERBAIKAN GIZI DI INDONESIA	16
A. Kondisi Umum dan Masalah Gizi	17
B. Program-program Spesifik dan Sensitif	18
BAB III. GERAKAN 1000 HARI PERTAMA KEHIDUPAN	30
A. Visi, Misi dan Sasaran	30
B. Tahapan Gerakan	32
C. Strategi Gerakan	34
D. Kemitraan dalam Gerakan	35
D.1 Pemangku Kepentingan	35
D.2 Kegiatan Dalam Rangka Gerakan 1000 HPK	36
D.3 Kegiatan Dalam Rangka Intervensi Gizi Spesifik	40
D.4 Kegiatan Dalam Rangka Intervensi Gizi Sensitif	41
BAB IV. MONITORING DAN EVALUASI GERAKAN 1000 HPK	42
A. Indikator Proses	43
B. Indikator Intervensi Gizi Spesifik dan Sensitif	43
C. Indikator Hasil	45
D. Kelembagaan dan Mekanisme Monitoring dan Evaluasi	46
E. Hambatan, Risiko, Mitigasi	46
BAB V. PENUTUP	44
DAFTAR PUSTAKA	45
LAMPIRAN	47

DAFTAR TABEL

Tabel 1	Rencana Kegiatan Utama Pemerintah	37
Tabel 2	Rencana Kegiatan Utama Mitra pembangunan	38
Tabel 3	Rencana Kegiatan Utama Lembaga Sosial Masyarakat	39
Tabel 4	Rencana Kegiatan Dunia Usaha	39
Tabel 5	Rencana Kegiatan Utama Mitra Pembangunan (Organisasi PBB)	40
Tabel 6	Intervensi Gizi Spesifik	40
Tabel 7	Intervensi Gizi Sensitif	41
Tabel 8	Indikator Proses	43
Tabel 9	Indikator Spesifik	44
Tabel 10	Indikator Sensitif	45
Tabel 11	Indikator Hasil	45
Tabel 12	Jumlah Penduduk dan Jumlah Stunting Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin, Tahun 2010	55

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	Siklus gangguan Pertumbuhan Intergenerasi.....	9
Gambar 2.	Kerangka Pikir Penyebab Masalah Gizi	11
Gambar 3.	Prevalensi Anak Balita (0-59 bulan) Pendek menurut Tingkat Pengeluaran Orang Tua	53
Gambar 4.	Rata-rata Tingkat Pengeluaran per Kapita	53
Gambar 5.	Proporsi Berat Badan Lahir dan Proporsi Masalah Gizi pada Bayi 0 – 6 bulan, 2007 – 2010	54
Gambar 6.	Proporsi Pendek, Kurus dan Gemuk Anak 7 – 24 bulan, 2010	54
Gambar 7.	Proporsi Ibu Hamil KEK dan Prevalensi Stunting pada Balita dari Ibu Usia 15 – 29 tahun, 2010	55
Gambar 8A.	Rata-rata Tinggi Badan Anak Balita Indonesia: Laki-laki dan Perempuan Dibanding Rata-rata Tinggi Badan Rujukan WHO	56
Gambar 8B.	Tinggi Badan Rata-rata Anak Indonesia Usia 5 – 19 tahun: Laki-laki dan Perempuan Dibanding Tinggi Badan Rata-rata Rujukan WHO	56
Gambar 9.	Persentase Kehamilan dan Melahirkan pada Perempuan Menikah 10 – 24 Tahun, 2010	57
Gambar 10.	Proporsi Gemuk dan Gemuk-Pendek Usia Dewasa Menurut Jenis Kelamin, 2010	57
Gambar 11.	Proporsi Hipertensi pada Kelompok kurus-pendek dan gemuk-pendek menurut Jenis Kelamin, 2007	58

I PENDAHULUAN

BAB I. PENDAHULUAN

A. Pentingnya Dokumen Kerangka Kebijakan Gerakan Nasional Sadar Gizi

Dokumen ini berisi kebijakan, program dan kegiatan yang berkaitan dengan upaya pencegahan dan penanggulangan masalah gizi di masyarakat. Masalah gizi yang dimaksud meliputi masalah kekurangan gizi dan kelebihan gizi. Masalah kekurangan gizi yang mendapat banyak perhatian akhir-akhir ini adalah masalah kurang gizi kronis dalam bentuk anak pendek atau "*stunting*" (untuk selanjutnya digunakan istilah "anak pendek"), kurang gizi akut dalam bentuk anak kurus ("*wasting*"). Kemiskinan dan rendahnya pendidikan dipandang sebagai akar penyebab kekurangan gizi. Masalah kegemukan terkait dengan berbagai penyakit tidak menular (PTM), seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, stroke dan kanker paru-paru. Masalah kegemukan dan PTM selama ini dianggap masalah negara maju dan kaya, bukan masalah negara berkembang dan miskin. Akan tetapi, kenyataan menunjukkan bahwa kedua masalah gizi tersebut saat ini juga terjadi di negara berkembang. Dengan demikian negara berkembang dan miskin saat ini mempunyai beban ganda akibat kedua masalah gizi tersebut.

Oleh karena kedua masalah gizi tersebut terkait erat dengan masalah gizi dan kesehatan ibu hamil dan menyusui, bayi yang baru lahir dan anak usia di bawah dua tahun (baduta), maka bahasan dokumen ini difokuskan pada masalah kesehatan dan gizi ibu dan anak tersebut. Apabila dihitung dari sejak hari pertama kehamilan, kelahiran bayi sampai anak usia 2 tahun, maka periode ini merupakan periode 1000 hari pertama kehidupan manusia. Periode ini telah dibuktikan secara ilmiah merupakan periode yang menentukan kualitas kehidupan, oleh karena itu periode ini ada yang menyebutnya sebagai "periode emas", "periode kritis", dan Bank Dunia (2006) menyebutnya sebagai "*window of opportunity*" (akan dijelaskan kemudian). Dalam dokumen ini untuk selanjutnya kelompok "1000 hari pertama kehidupan" disingkat 1000 HPK.

Walaupun remaja putri secara eksplisit tidak disebutkan dalam 1000 HPK, namun status gizi remaja putri atau pranikah memiliki kontribusi besar pada kesehatan dan keselamatan kehamilan dan kelahiran, apabila remaja putri menjadi ibu. Oleh karena itu masalah gizi remaja putri ini disinggung di beberapa bagian. Di dunia internasional masalah ini juga telah teridentifikasi, dan ada upaya untuk memperbaiki dan meningkatkan kinerja program gizi. Sejak tahun 2010 upaya ini telah berkembang menjadi suatu gerakan gizi nasional dan internasional yang luas dan dikenal sebagai gerakan *Scaling Up Nutrition* (SUN). Gerakan ini di Indonesia disebut sebagai Gerakan Nasional Sadar Gizi dalam Rangka Percepatan Perbaikan Gizi pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1000 HPK).

Dokumen Gerakan 1000 HPK ini merupakan bagian dari kebijakan pembangunan di bidang pangan dan gizi nasional dan daerah. Oleh karena itu dalam implementasinya dokumen ini tidak terpisahkan dari dokumen yang ada sebelumnya, seperti Kebijakan Umum Ketahanan Pangan (KUKP) dan Rencana Aksi Nasional maupun Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi (RAN/RAD-PG), sehingga lebih bersifat saling melengkapi.

B. Pentingnya 1000 Hari Pertama Kehidupan

Status gizi dan kesehatan ibu dan anak sebagai penentu kualitas sumber daya manusia, semakin jelas dengan adanya bukti bahwa status gizi dan kesehatan ibu pada masa pra-hamil, saat kehamilannya dan saat menyusui merupakan periode yang sangat kritis. Periode seribu hari, yaitu 270 hari selama kehamilannya dan 730 hari pada kehidupan pertama bayi yang dilahirkannya, merupakan periode sensitif karena akibat yang ditimbulkan terhadap bayi pada masa ini akan bersifat permanen dan tidak dapat dikoreksi. Dampak tersebut tidak hanya pada pertumbuhan fisik, tetapi juga pada perkembangan mental dan kecerdasannya, yang pada usia dewasa terlihat dari ukuran fisik yang tidak optimal serta kualitas kerja yang tidak kompetitif yang berakibat pada rendahnya produktivitas ekonomi.

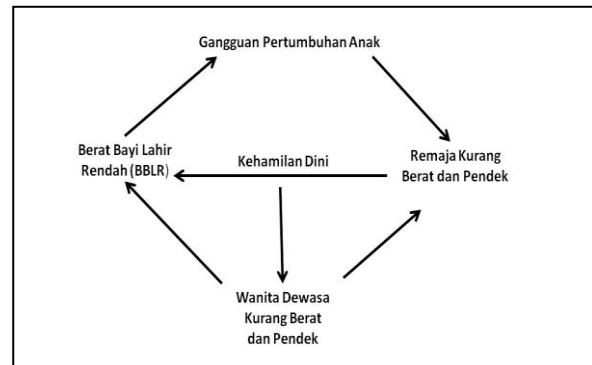
Banyak yang berpendapat bahwa ukuran fisik, termasuk tubuh pendek, gemuk dan beberapa penyakit tertentu khususnya PTM disebabkan terutama oleh faktor genetik. Dengan demikian ada anggapan tidak banyak yang dapat dilakukan untuk memperbaiki atau mengubahnya. Namun berbagai bukti ilmiah dari banyak penelitian dari lembaga riset gizi dan kesehatan terbaik di dunia telah mengubah paradigma tersebut. Ternyata tubuh pendek, gemuk, PTM dan beberapa indikator kualitas hidup lainnya, faktor penyebab terpenting adalah lingkungan hidup sejak konsepsi sampai anak usia 2 tahun yang dapat dirubah dan diperbaiki. (WHO, 1997) (Barker, 1995).

Didalam kandungan, janin akan tumbuh dan berkembang melalui penambahan berat dan panjang badan, perkembangan otak serta organ-organ lainnya seperti jantung, hati, dan ginjal. Janin mempunyai plastisitas yang tinggi, artinya janin akan dengan mudah menyesuaikan diri terhadap perubahan lingkungannya baik yang menguntungkan maupun yang merugikan pada saat itu. Sekali perubahan tersebut terjadi, maka tidak dapat kembali ke keadaan semula. Perubahan tersebut merupakan interaksi antara gen yang sudah dibawa sejak awal kehidupan, dengan lingkungan barunya. Pada saat dilahirkan, sebagian besar perubahan tersebut menetap atau selesai, kecuali beberapa fungsi, yaitu perkembangan otak dan imunitas, yang berlanjut sampai beberapa tahun pertama kehidupan bayi. Kekurangan gizi yang terjadi dalam kandungan dan awal kehidupan menyebabkan janin melakukan reaksi penyesuaian. Secara paralel penyesuaian tersebut meliputi perlambatan pertumbuhan dengan pengurangan jumlah dan pengembangan sel-sel tubuh termasuk sel otak dan organ tubuh lainnya. Hasil reaksi penyesuaian akibat kekurangan gizi di ekspresikan pada usia dewasa dalam bentuk tubuh yang pendek, rendahnya kemampuan kognitif atau kecerdasan sebagai akibat tidak optimalnya pertumbuhan dan perkembangan otak. Reaksi penyesuaian akibat kekurangan gizi juga meningkatkan risiko terjadinya berbagai penyakit tidak menular (PTM) seperti hipertensi, penyakit jantung koroner dan diabetes dengan berbagai risiko ikutannya pada usia dewasa.

Berbagai dampak dari kekurangan gizi yang diuraikan diatas, berdampak dalam bentuk kurang optimalnya kualitas manusia, baik diukur dari kemampuan mencapai tingkat pendidikan yang tinggi, rendahnya daya saing, rentannya terhadap PTM, yang semuanya bermuara pada menurunnya tingkat pendapatan dan kesejahteraan keluarga dan masyarakat. Dengan kata lain kekurangan gizi dapat memiskinkan masyarakat. Suatu yang menggembirakan bahwa berbagai masalah tersebut diatas bukan disebabkan terutama oleh faktor genetik yang tidak dapat diperbaiki seperti diduga oleh sebagian masyarakat, melainkan oleh karena faktor lingkungan hidup yang dapat diperbaiki dengan fokus pada masa 1000 HPK. Investasi gizi untuk kelompok ini harus dipandang sebagai bagian investasi untuk menanggulangi kemiskinan melalui peningkatan pendidikan dan kesehatan. Seperti

telah diuraikan dimuka, perbaikan gizi pada kelompok 1000 HPK akan menunjang proses tumbuh kembang janin, bayi dan anak sampai usia 2 tahun, sehingga siap dengan baik memasuki dunia pendidikan. Selanjutnya perbaikan gizi tidak saja meningkatkan pendapatan keluarga tetapi juga pendapatan nasional. Di Bangladesh dan Pakistan misalnya, masalah kekurangan gizi termasuk anak pendek, menurunkan pendapatan nasional (GNP) sebesar 2 persen - 4 persen tiap tahunnya (IFPRI, 2000).

Masalah kekurangan gizi 1000 HPK diawali dengan perlambatan atau retardasi pertumbuhan janin yang dikenal sebagai IUGR (Intra Uterine Growth Retardation). Di negara berkembang kurang gizi pada pra-hamil dan ibu hamil berdampak pada lahirnya anak yang IUGR dan BBLR. Kondisi IUGR hampir separonya terkait dengan status gizi ibu, yaitu berat badan (BB) ibu pra-hamil yang tidak sesuai dengan tinggi badan ibu atau bertubuh pendek, dan penambahan berat badan selama kehamilannya (PBBH) kurang dari seharusnya. Ibu yang pendek waktu usia 2 tahun cenderung bertubuh pendek pada saat menginjak dewasa. Apabila hamil ibu pendek akan cenderung melahirkan bayi yang BBLR (Victoria CG dkk, 2008). Apabila tidak ada perbaikan terjadinya IUGR dan BBLR akan terus berlangsung di generasi selanjutnya, sehingga terjadi masalah anak pendek intergenerasi. (lihat gambar).



Gambar 1. Siklus Gangguan Pertumbuhan intergenerasi
 Sumber: ACC/SCN 1992

Siklus tersebut akan terus terjadi apabila tidak ada perbaikan gizi dan pelayanan kesehatan yang memadai pada masa-masa tersebut. Kelompok ini tidak lain adalah kelompok 1000 HPK yang menjadi fokus perhatian dokumen ini. Mengapa penting kelompok 1000 HPK diperhatikan. Jawabnya adalah karena akan mengurangi jumlah anak pendek di generasi yang akan datang dan seterusnya. Dengan itu, akan ditingkatkan kualitas manusia dari aspek kesehatan, pendidikan dan produktivitasnya yang akhirnya bermuara pada peningkatan kesejahteraan masyarakat. ((Barker, 2007b; Victora CG, 2008), (IFPRI, 2000)). Para ahli ekonomi dunia perbaikan gizi pada 1000 HPK adalah suatu investasi pembangunan yang "cost effective". (Copenhagen Declaration, 2012).

C. Masalah Gizi di Tingkat Global dan di Indonesia

Saat ini, BBLR masih tetap menjadi masalah dunia khususnya di negara-negara berkembang. Lebih dari 20 juta bayi di dunia (15,5% dari seluruh kelahiran) mengalami BBLR dan 95 persen diantaranya terjadi di negara-negara berkembang (Kawai K, dkk. 2011). Di Indonesia, pada tahun 2010, prevalensi BBLR sebesar 8,8 persen. Besar kemungkinan, kejadian BBLR diawali berasal dari ibu yang hamil dengan kondisi kurang energi kronis (KEK), dan risikonya lebih tinggi pada ibu hamil usia 15-19 tahun. Dimana proporsi ibu hamil KEK usia 15-19 tahun masih sebesar 31 persen. Dipahami pula bahwa, ibu yang masih muda atau menikah di usia remaja 15-19 tahun cenderung melahirkan anak berpotensi pendek dibanding ibu yang menikah pada usia 20 tahun keatas. Dari 556 juta balita di negara berkembang 178 juta anak (32%) bertubuh pendek dan 19 juta anak sangat kurus (<-3SD) dan 3.5 juta anak meninggal setiap tahun (Black RE, 2008). IUGR, anak pendek dan anak sangat kurus akan mengakibatkan 2,2 juta kematian dan 91 juta DALYS, atau 21 persen dari total balita (Black RE, 2008). DALYS atau "Disability-Adjusted Life Year", adalah ukuran beban penyakit yang

dihitung dari banyaknya tahun yang hilang karena sakit, tidak produktif ("*disable*") atau kematian dini.

Dari 23 juta balita di Indonesia, 7,6 juta (35,6 %) tergolong pendek (Risikesdas, 2010). Kejadian anak pendek pada usia balita, terkait dengan masalah berat badan pada saat lahir <2500 gram (BBLR). Berdasarkan analisis Risikesdas 2010, diketahui prevalensi anak pendek pada balita adalah sebesar 42,8 persen dari ibu yang berusia menikah pertama usia 15-19 tahun dan 34,5 persen dari ibu berusia menikah pertama usia 24-29 tahun. Prevalensi anak pendek lebih besar dari perempuan yang menikah lebih muda.

Prevalensi anak balita pendek cenderung lebih tinggi pada ibu-ibu yang pendek (tingginya kurang dari 150 cm). Masalah inter-generasi terlihat dengan jelas, karena dari kelompok ibu yang pendek prevalensi balita pendek adalah 46,7 persen dibanding kelompok ibu yang tinggi (diatas 150 cm) yang prevalensi balita pendeknya hanya 34,8 persen.

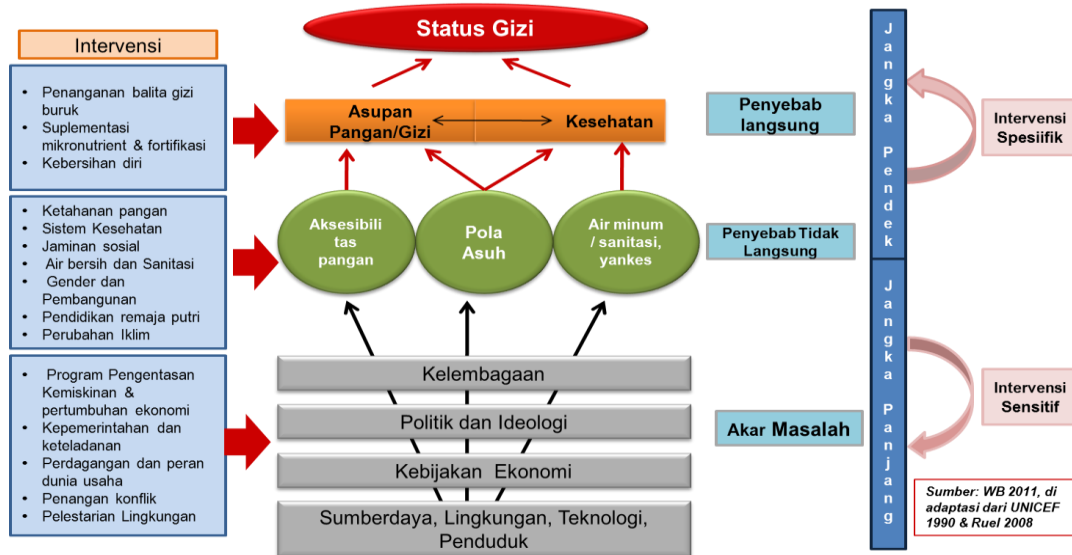
Dari Risikesdas 2010, khususnya pada perempuan usia 19 tahun prevalensi gemuk adalah 8,5 persen, dan menjadi 37,3 persen pada usia 40-44 tahun. Ada kecenderungan prevalensi gemuk meningkat sejalan dengan bertambahnya usia. Pada perempuan prevalensi kegemukan tertinggi (37,3%) terjadi pada usia 40-44 tahun, dan pada laki-laki pada usia 45-49 tahun (22,9%).

Kombinasi gemuk-pendek pada perempuan dan laki-laki terjadi pada kelompok usia 45-49 (14,1%) dan 49-54 tahun (9,6). Apabila dikaitkan dengan kejadian Penyakit Tidak Menular (PTM), kelompok laki-laki maupun perempuan gemuk-pendek berisiko tinggi dibanding mereka yang normal atau kurus pendek. Salah satu PTM yang cukup dominan di Indonesia adalah hipertensi yang pada tahun 2007 prevalensi sudah melebihi 30 persen. Gerakan 1000 HPK antara lain bertujuan untuk mengurangi anak pendek, dan dengan demikian akan menurunkan prevalensi gemuk-pendek dan PTM.

D. Faktor Penyebab Masalah Gizi pada 1000 HPK

Masalah Gizi merupakan akibat dari berbagai faktor yang saling terkait. Pada gambar 1 dijelaskan penyebab masalah gizi anak. Terdapat dua faktor langsung yang mempengaruhi status gizi individu, yaitu faktor makanan dan penyakit infeksi, keduanya saling mempengaruhi. Faktor penyebab langsung pertama adalah konsumsi makanan yang tidak memenuhi prinsip gizi seimbang. Faktor penyebab langsung kedua adalah penyakit infeksi yang terkait dengan tingginya kejadian penyakit menular dan buruknya kesehatan lingkungan.

GAMBAR 2.
KERANGKA PIKIR PENYEBAB MASALAH GIZI



Sumber: World Bank 2011, diadaptasi dari UNICEF 1990 & Ruel 2008

Faktor penyebab langsung pertama adalah konsumsi makanan yang tidak memenuhi jumlah dan komposisi zat gizi yang memenuhi syarat gizi seimbang yaitu beragam, sesuai kebutuhan, bersih, dan aman, misalnya bayi tidak memperoleh ASI Eksklusif.

Faktor penyebab langsung kedua adalah penyakit infeksi yang berkaitan dengan tingginya kejadian penyakit menular terutama diare, cacingan dan penyakit pernapasan akut (ISPA). Faktor ini banyak terkait mutu pelayanan kesehatan dasar khususnya imunisasi, kualitas lingkungan hidup dan perilaku hidup sehat. Kualitas lingkungan hidup terutama adalah ketersediaan air bersih, sarana sanitasi dan perilaku hidup sehat seperti kebiasaan cuci tangan dengan sabun, buang air besar di jamban, tidak merokok, sirkulasi udara dalam rumah dan sebagainya.

Faktor lain yang juga berpengaruh yaitu ketersediaan pangan di keluarga, khususnya pangan untuk bayi 0—6 bulan (ASI Eksklusif) dan 6—23 bulan (MP-ASI), dan pangan yang bergizi seimbang khususnya bagi ibu hamil. Semuanya itu terkait pada kualitas pola asuh anak. Pola asuh, sanitasi lingkungan, akses pangan keluarga, dan pelayanan kesehatan, dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, pendapatan, dan akses informasi terutama tentang gizi dan kesehatan.

E. Kemiskinan dan Masalah Gizi

Dikalangan ahli ekonomi ada anggapan bahwa masalah kemiskinan adalah akar dari masalah kekurangan gizi. Kemiskinan menyebabkan akses terhadap pangan di rumah tangga sulit dicapai sehingga orang akan kurang berbagai zat gizi yang dibutuhkan badan. Namun tidak banyak diketahui bahwa sebaliknya juga dapat terjadi. Kekurangan gizi dapat

memiskinkan orang. Anak atau orang yang kekurangan gizi, mudah terserang penyakit, berarti sering absen sekolah atau bekerja. Hal ini beresiko berkurangnya pendapatan. Sering sakit berarti pengeluaran untuk berobat makin tinggi. Mereka dapat jatuh miskin karena pengeluaran rumah sakit dan dokter yang terus menerus.

Anak yang kurang gizi dibuktikan tertinggal kelas 2—3 tahun dari sebayanya yang sehat. Karena pendidikannya relatif rendah, dan sering sakit, maka produktivitas mereka juga rendah. Peluang untuk mendapatkan lapangan kerja yang baik menjadi kecil. Dengan demikian akibat dari kekurangan gizi apabila tidak diupayakan perbaikan, khususnya pada masa 1000 HPK, dapat membuat keluarga menjadi miskin atau tambah miskin.

Pada akhirnya, akar masalah gizi berikutnya adalah faktor yang dapat berpengaruh pada semua faktor langsung dan tidak langsung diatas. Sering disebut sebagai *underlying factor* yaitu situasi politik, ekonomi dan sumber daya yang ada, yang meliputi sumber daya lingkungan, perubahan iklim, bencana dan sebagainya.

F. Perlunya Akselerasi Perbaikan Gizi pada 1000 HPK

Seperti diuraikan pada bab sebelumnya, periode 1000 HPK begitu penting sehingga ada yang menyebutnya sebagai periode emas, periode sensitif, dan Bank Dunia menyebutnya sebagai "*Window of Opportunity*". Maknanya, kesempatan ("*opportunity*") dan "sasaran" untuk meningkatkan mutu SDM generasi masa datang, ternyata serba sempit ("*window*") yaitu ibu prahamil (remaja perempuan) dan hamil sampai anak 0-2 tahun, serta waktunya pendek yaitu hanya 1000 hari sejak hari pertama kehamilan. Segala upaya perbaikan gizi diluar periode tersebut telah dibuktikan tidak dapat mengatasi masalah gizi masyarakat dengan tuntas (Bank Dunia, 2006, "*Repositioning Nutrition as Center for Development*"). Seperti disebut juga dimuka, dokumen SUN bahkan menyebutkan efektivitas program gizi yang berlaku sekarang dibanyak negara berkembang hanya 30 persen. Tidak tuntasnya masalah tersebut antara lain disebabkan oleh beberapa hal sebagai berikut.

Pertama, kebijakan program gizi selama ini masih bersifat umum belum mengacu pada kelompok 1000 HPK sebagai sasaran utama. Khususnya untuk anak masih meliputi semua anak dibawah 5 tahun (balita) tanpa ada kebijakan untuk memberi prioritas pada anak 0-2 tahun. Remaja perempuan pranikah belum disentuh program gizi. Kedua, kegiatan intervensi gizi masih sektoral, khususnya kesehatan. Belum terlihat upaya mengaitkan kegiatan program pembangunan seperti penanggulangan kemiskinan, ketahanan pangan, penyediaan air bersih dan sanitasi dengan tujuan perbaikan gizi masyarakat. Ketiga, cakupan pelayanan yang masih rendah untuk imunisasi lengkap, suplementasi tablet besi-folat, pada ibu hamil, pemanfaatan KMS dan SKDN, promosi inisiasi ASI eksklusif, cakupan garam beriodium dan sebagainya. Keempat, tindakan hukum terhadap pelanggar WHO Code tentang *Breast Feeding* belum dilaksanakan karena Peraturan Pemerintah tentang ASI baru diumumkan awal tahun 2012. Kelima, lemahnya penguasaan substansi masalah gizi pada para pejabat tertentu, petugas gizi dan kesehatan baik yang ditingkat pusat, provinsi, kabupaten dan lapangan khususnya tentang perkembangan terakhir dan prospeknya dimasa depan, masalah anak pendek, beban ganda, dan kaitan gizi dengan PTM.

Lebih luas dari itu harus diakui, sebagaimana disinyalir oleh sekretaris jendral PBB, beberapa negara kurang memberikan perhatian bahkan mengabaikan peran gizi dalam investasi SDM. Untuk Indonesia perhatian terhadap terhadap program gizi mulai terlihat sejak tahun 2004

dengan diterbitkannya berbagai RPJPN, RAN dan RADPG, namun dalam pelaksanaan masih berat sektoral kesehatan.

Berbagai permasalahan pelayanan program gizi tersebut diatas, ternyata juga terjadi di beberapa negara lain, tentunya dengan intensitas yang berbeda. Karena itu beberapa sasaran MDGs tidak dapat dicapai. Kekhawatiran akan tidak tercapainya sasaran MDGs ditambah dengan adanya kecenderungan meningkatnya beban ganda akibat kekurangan dan kelebihan gizi terutama di negara berkembang, berbagai pihak di PBB menjadi sangat peduli untuk mencegah dan menanggulangnya. Akhirnya kepedulian tersebut diwujudkan oleh sekretariat PBB dalam bentuk Gerakan 1000 HPK yang bersifat lintas lembaga PBB, bermitra dengan lembaga-lembaga pemerintah, industri, LSM, mitra pembangunan internasional dan sebagainya. Tujuan dan sasaran SUN secara global sama yaitu menyelamatkan generasi yang akan datang dengan melindungi dan mencegah kelompok 1000 HPK dari masalah gizi dan kesehatan masyarakat.

II **KEBIJAKAN PERBAIKAN GIZI DI INDONESIA**

BAB II.

KEBIJAKAN PERBAIKAN GIZI DI INDONESIA

Landasan kebijakan program pangan dan gizi dalam jangka panjang di tingkat Nasional cukup kuat. Hal ini dirumuskan dalam Undang-Undang No. 17 tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) tahun 2005—2025. Pendekatan multi sektor dalam pembangunan pangan dan gizi pada UU tersebut telah dinyatakan dengan jelas, bahwa pembangunan gizi meliputi produksi, pengolahan, distribusi, hingga konsumsi pangan, dengan kandungan gizi yang cukup, seimbang, serta terjamin keamanannya.

Pembangunan jangka panjang dijalankan secara bertahap dalam kurun waktu lima tahunan, dirumuskan dalam dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) yang ditetapkan dalam Peraturan Presiden (Perpres). RPJMN tahap ke-2 periode tahun 2010—2014, juga telah memberikan landasan yang kuat untuk melaksanakan program pangan dan perbaikan gizi. Dalam RPJMN tahap ke-2 terdapat dua indikator *outcome* yang berkaitan dengan gizi yaitu prevalensi kekurangan gizi (gizi kurang dan gizi buruk) sebesar <15 persen dan prevalensi stunting (pendek) sebesar 32 persen pada akhir 2014. Sasaran program gizi juga telah dirumuskan dengan jelas yaitu lebih difokuskan terhadap ibu hamil sampai anak usia 2 tahun. Penjabaran lebih rinci dari RPJMN, pada tingkat Kementerian Lembaga telah disusun Rencana Strategis Kementerian Lembaga (Renstra KL) yang ditetapkan dalam Peraturan Menteri. Dalam Restra Kementerian Kesehatan tahun 2010-2014. Perencanaan tahunan program pangan dan gizi di tingkat nasional dituangkan dalam Rencana Kerja Pemerintah (RKP), yang merupakan dokumen perencanaan lebih operasional untuk setiap tahunnya. Sedangkan di tingkat daerah dituangkan dalam Rencana Kerja Pemerintahan Daerah (RKPD).

A. Kondisi Umum dan Masalah Gizi

Indonesia telah termasuk dalam negara dengan berpendapatan menengah, dengan pertumbuhan ekonomi mencapai 6,1 persen dan 6,4 persen tahun 2010 dan 2011. Dalam kondisi krisis ekonomi dunia, Indonesia berhasil mempertahankan pertumbuhan ekonomi tinggi diantara negara G-20 bersama-sama Tiongkok dan India. Sementara itu sebagian besar sasaran MDGs sudah dicapai atau hampir dicapai, yaitu sasaran kemiskinan dan kelaparan, kesetaraan gender, pendidikan penurunan prevalensi penyakit menular, khususnya TBC.

Sementara itu penurunan prevalensi kurang gizi diperkirakan akan mencapai sasaran MDG tahun 2015. Prevalensi anak kurus ("*underweight*") selama kurun waktu 1989 - 2007 telah berkurang 50 persen dari 31 persen menjadi 18,4 persen mendekati sasaran MDGs 15,5 persen. Namun demikian secara keseluruhan RISKESDAS 2011 masih mencatat beberapa masalah gizi yang memerlukan perhatian penanggulangannya dengan kerja keras. Angka BBLR masih 11,5 persen, kurus (*underweight*) 17,9 persen, kurus-pendek ("*wasted*") 13,6 persen, pendek ("*stunted*") 35,6 persen, dan anak gemuk ("*overweight*") 12,2 persen. Dengan catatan bahwa angka-angka tersebut adalah angka rata-rata nasional dengan disparitas yang lebar antar daerah yang menunjukkan adanya kesenjangan sosial dan ekonomi. Misalnya untuk BBLR terendah (5,8%) di Bali, tertinggi (27%) di Papua.

Prevalensi anak kurus dan gemuk hampir sama masing-masing 13,3 persen dan 14,0 persen balita, sedang dewasa gemuk sudah mencapai 21,7 persen. Dengan angka-angka itu, Indonesia sudah memasuki era beban ganda. Disatu pihak masih banyak anak kurus dan pendek karena kurang gizi, di pihak lain banyak anak gemuk. Pola penyakit juga mulai bergeser dari penyakit menular ke penyakit tidak menular (PTM).

WHO dalam berbagai publikasinya telah mengumumkan bahwa penyebab kematian nomor satu di dunia termasuk di Asia dan Indonesia adalah PTM. Di Indonesia penyebab kematian karena penyakit menular menurun dari 44,2 persen tahun 1995 menjadi 28,1 persen tahun 2007. Sedang pada periode yang sama kematian karena PTM meningkat hampir 50 persen dari 41,7 persen menjadi 59,5 persen (Atmarita, 2010).

Telah diuraikan di bab-bab terdahulu bahwa ada hubungan antara masalah gizi kurus, pendek atau pendek-kurus, pada masa balita dengan tubuh pendek dan gemuk saat dewasa. Demikian juga hubungannya dengan PTM tidak saja pada usia lanjut tetapi juga pada usia muda. Data 2007 mencatat 19 persen penderita hipertensi sudah terjadi pada usia 25-34 tahun, dan 29,9 persen pada usia 35—44 tahun. Keadaan itu terjadi pada masyarakat miskin dan kaya dengan prevalensi yang hampir sama yaitu sekitar 30 persen.

Para pakar telah mengkaji mendalam selama 1—2 dekade terakhir bagaimana mekanisme terjadinya hubungan tersebut. Telah diketahui bahwa semua masalah anak pendek, gemuk, PTM bermula pada proses tumbuh kembang janin dalam kandungan sampai anak usia 2 tahun. Apabila prosesnya lancar tidak ada gangguan, maka anak akan tumbuh kembang normal sampai dewasa sesuai dengan faktor keturunan atau gen yang sudah diprogram dalam sel. Sebaliknya apabila prosesnya tidak normal karena berbagai gangguan diantaranya karena kekurangan gizi, maka proses tumbuh kembang terganggu. Akibatnya terjadi ketidaknormalan, dalam bentuk tubuh pendek, meskipun faktor gen dalam sel menunjukkan potensi untuk tumbuh normal. (Barker, 2007). Di Indonesia dan kebanyakan negara berkembang lainnya, gangguan proses tumbuh kembang selain kekurangan gizi juga banyak faktor lingkungan lainnya seperti telah dijelaskan di muka.

Penelitian juga menunjukkan bahwa proses tumbuh kembang janin dipengaruhi oleh kondisi fisik dan kesehatan ibu waktu remaja dan akan menjadi ibu. Dengan demikian upaya untuk mencegah terjadinya gangguan tumbuh kembang janin sampai menjadi kanak-kanak usia 2 tahun difokuskan pada ibu hamil, anak 0—23 bulan dan remaja perempuan pranikah yang dalam dokumen ini dibahas sebagai kelompok 1000 HPK

Pada bab berikut ini diuraikan upaya-upaya untuk mencegah dan mengurangi gangguan baik langsung (spesifik) maupun tidak langsung (sensitif) pada kelompok 1000 HPK.

B. Program-program Spesifik dan Sensitif

Faktor langsung dan tidak langsung di atas, oleh Komite SUN Inggris diartikan sebagai faktor yang masing-masing memerlukan intervensi gizi yang spesifik dan sensitif. (Lihat Gambar 2). Intervensi gizi spesifik, adalah tindakan atau kegiatan yang dalam perencanaannya ditujukan khusus untuk kelompok 1000 HPK. Kegiatan ini pada umumnya dilakukan oleh sektor kesehatan, seperti imunisasi, PMT ibu hamil dan balita, monitoring pertumbuhan balita di Posyandu, suplemen tablet besi-folat ibu hamil, promosi ASI Eksklusif, MP-ASI dan sebagainya. Intervensi gizi spesifik bersifat jangka pendek, hasilnya dapat dicatat dalam waktu relatif pendek.

Sedang intervensi gizi sensitif adalah berbagai kegiatan pembangunan di luar sektor kesehatan. Sasarannya adalah masyarakat umum, tidak khusus untuk 1000 HPK. Namun apabila direncanakan secara khusus dan terpadu dengan kegiatan spesifik, dampaknya sensitif terhadap keselamatan proses pertumbuhan dan perkembangan 1000 HPK. Dampak kombinasi dari kegiatan spesifik dan sensitif bersifat langgeng (*"sustainable"*) dan jangka panjang. Beberapa kegiatan tersebut adalah penyediaan air bersih, sarana sanitasi, berbagai penanggulangan kemiskinan, ketahanan pangan dan gizi, fortifikasi pangan, pendidikan dan KIE Gizi, pendidikan dan KIE Kesehatan, kesetaraan gender, dan lain-lain.

Dokumen SUN Inggris menyebutkan bahwa intervensi gizi spesifik yang umumnya dilaksanakan oleh sektor kesehatan hanya 30 persen efektif mengatasi masalah gizi 1000 HPK. Mengingat kompleksnya masalah gizi khususnya masalah beban ganda, yaitu kombinasi masalah anak kurus, pendek, gemuk dan PTM, yang terjadi pada waktu yang relatif bersamaan di masyarakat yang miskin, penuntasannya yang 70 persen memerlukan keterlibatan banyak sektor pembangunan lain diluar kesehatan seperti dijelaskan diatas Kegiatan intervensi lintas sektor yang terkait dengan faktor penyebab tidak langsung, ternyata sensitif pengaruhnya terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak 1000 HPK. (*The UK's Position Paper on Undernutrition, SUN highlevel meeting UN, September 2010*).

B.1. Telaah Program-Program Spesifik

B.1.1 Ibu Hamil

a. Perlindungan terhadap kekurangan zat besi, asam folat, dan kekurangan energi dan protein kronis.

Perlindungan tersebut diatas bertujuan untuk mencegah dan menanggulangi masalah-masalah anemi gizi besi dan ibu hamil kurus karena kurang energi dan protein kronis. Anemia besi merupakan faktor penting (13,8%) penyebab kematian ibu (Ross 2003). Disamping itu terdapat 23 persen ibu yang kurus. Selain kekurangan gizi ternyata ibu hamil di Indonesia juga ada yang menderita kegemukan sebesar 29 persen yang berdampak negatif pada pertumbuhan janin (USAID *Nutrition Report* 2010).

Sejak tahun 1970-an pemerintah melaksanakan pemberian suplemen tablet besi-folat. Masalahnya kegiatan ini cakupannya sangat rendah. Diharapkan ibu hamil minum minimal 90 tablet besi-folat selama kunjungan antenatal pertama (K1), terutama pada semester ke-1, sampai kunjungan ke-4 (K4) kehamilan. Namun data riskesdas tahun 2010 kunjungan antenatal 4 kali hanya 61,4 persen, dan yang mengomsumsi 90 tablet besi hanya 18 persen, keduanya jauh dari sasaran MDGs masing-masing 95 persen dan 85 persen (RANPG 2011-2015). Menurut berbagai laporan, rendahnya cakupan tablet besi-folat terutama karena kurangnya perencanaan pengadaan dan distribusi tablet besi-folat, serta pendidikan atau KIE gizi dan kesehatan yang efektif. Khusus untuk penanggulangan energi dan protein kronis pada ibu hamil belum ada program yang teratur dan berkesinambungan, kecuali pemberian makanan tambahan dan pada waktu keadaan darurat. Belum ada program untuk upaya pencegahan kegemukan pada ibu hamil. Dibeberapa daerah telah dicoba suplementasi untuk ibu hamil dengan biskuit yang difortifikasi. Masalahnya berbagai kelemahan dari kegiatan ini belum pernah dianalisa, demikian juga efektivitasnya.

Kebijaksanaan dan sasaran. Meningkatkan kinerja program gizi dengan memperbaiki management perencanaan, pengadaan, distribusi dan pengawasan pelaksanaan bantuan

suplemen tablet besi-folat dan pemberian makan tambahan. Termasuk dalam perencanaan adalah menciptakan permintaan ("*demand*") dengan pendidikan gizi yang berbasis data. Sasaran meningkatkan cakupan sesuai sasaran RANPG, yaitu kunjungan antenatal 4 kali 95 persen dan konsumsi 90 tablet besi 85 persen.

b. Perlindungan terhadap kurang iodium.

Tercakup dalam program fortifikasi garam dengan iodium (yodisasi garam) yang berlaku diseluruh tanah air sejak 1994 (Keputusan Presiden RI No.69 Tahun 1994 tentang Pengadaan Garam Beriodium). Persentase rumah tangga yang mengkonsumsi garam dengan kadar iodium yang memenuhi syarat hanya 62,3 persen (tahun 2007) jauh dibawah sasaran (90 persen). (Risksdas 2007). Sasaran tersebut hanya dicapai 6 provinsi yaitu Sumatera Barat, Jambi, Sumatera Selatan, Kepulauan Bangka Belitung, Gorontalo dan Papua Barat (Risksdas 2007). Apabila keadaan ini terus berlangsung akan mengancam keselamatan janin dan anak pada 1000 HPK. Kekurangan iodium pada kehamilan merusak pertumbuhan fisik dan perkembangan otak anak. Kendala utama rendahnya pencapaian konsumsi garam beriodium, karena kurangnya perhatian Pemerintah Daerah yang antara lain ditengarai dengan lemahnya penegakan hukum Peraturan Daerah yang mengatur produksi dan peredaran garam beriodium. Misalnya keharusan pemasangan label garam beriodium di tiap kemasan banyak yang tidak dipatuhi.

Kebijakan dan Sasaran: Peningkatan advokasi kepada pemda tentang kontribusi daerah endemik kekurangan iodium terhadap jumlah anak pendek dan terbelakang mental akibat kekurangan iodium. Pemda supaya memperhatikan masalah kekurangan iodium dengan lebih serius, antara lain dengan peningkatan penegakan hukum terhadap pelanggaran Perda, dan melaksanakan Peraturan Menteri Dalam Negeri No.63 tahun 2010 tentang penanggulangan kekurangan iodium di daerah. Dengan melaksanakan Permendagri tersebut lebih dimungkinkan adanya keterpaduan antarsektor dalam penanggulangan kekurangan iodium. Dengan demikian diharapkan sasaran tahun 2015 sebesar 90 persen garam beriodium dapat dicapai (RANPG 2010—2015).

c. Perlindungan ibu hamil terhadap Malaria

Malaria pada kehamilan berdampak negatif terhadap kesehatan ibu hamil dan janinnya. Malaria berkontribusi terhadap angka kematian ibu, bayi dan neonatal. Komplikasi malaria yang dapat ditemukan pada ibu hamil adalah anemia, demam, hipoglikemia, malaria serebral, edema paru dan sepsis. Sementara komplikasi terhadap janin yang dikandungnya adalah dapat menyebabkan **berat lahir rendah**, abortus, kelahiran prematur, *Intra Uterine Fetal Death (IUFD)* / janin mati di dalam kandungan, dan *Intra Uterine Growth Retardation (IUGR)* /pertumbuhan janin yang terbelakang. Prevalensi malaria khusus untuk ibu hamil tidak tercatat, namun kasus malaria atau API (*Annual Parasite Indeks*) pada tahun 2010 tercatat 2 orang per 1000.

Kebijakan dan sasaran. Di daerah endemik malaria dilakukan *Rapid Diagnostik Test (RDT)* malaria dan pemberian kelambu berinsektisida bagi semua ibu hamil pada waktu kunjungan antenatal pertama (K1). Bagi ibu hamil yang mempunyai hasil positif malaria diberikan pengobatan segera mungkin. Dengan demikian diharapkan API malaria dapat diturunkan menjadi 1 per 1000.

B.1.2. Anak umur 0-23 bulan

a. ASI Eksklusif

Data Susenas maupun Riskesdas menunjukkan adanya kecenderungan penurunan pemberian ASI eksklusif. Data Riskesdas 2010 menunjukkan bahwa cakupan ASI eksklusif rata-rata nasional baru sekitar 15.3 persen. Data DHS 2007 mencatat 32,4 persen ASI-Eksklusif 24 jam sebelum interview, ibu-ibu desa lebih banyak yang ASI—Eksklusif. Ibu-ibu yang berpendidikan SMA lebih sedikit (40,2%) yang ASI-Eksklusif dibanding yang tidak berpendidikan (56%). Data yang menarik dari DHS bahwa ibu-ibu yang melahirkan ditolong oleh petugas kesehatan terlatih AS-Eksklusipnya lebih sedikit (42,7%) dari pada ibu-ibu yang tidak ditolong tenaga kesehatan (54,7%) (USAID *Indonesian Nutrition Assessment Report*, 2010). Meskipun data-data diatas memerlukan validasi, yang jelas cakupan ASI-Eksklusif masih jauh dari target yang harus dicapai pada tahun 2015 yaitu sebesar 80 persen. Selain masih kurangnya pengetahuan ibu tentang pentingnya ASI, juga maraknya promosi susu formula yang diwaktu yang lalu, menurut UNICEF, "out of control", merupakan hambatan yang menyebabkan tidak efektifnya promosi ASI Eksklusif. Dengan dikeluarkannya PP No. 33 tahun 2012 tentang ASI sebagai peraturan pelaksanaan Undang-Undang No. 23 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang diharapkan dapat dilakukan tindakan hukum yang lebih tegas bagi penghambat pelaksanaan ASI Eksklusif.

Kebijakan dan Sasaran : Mengoptimalkan pelaksanaan UU Kesehatan 2009 yang terdapat sanksi tegas pada siapa yang dengan sengaja menhalangi program pemberian ASI Eksklusif (Pasal 200) dan sangsi pidana berat bagi korporasi (Pasal 2001) serta pelaksanaan PP no 33 tahun 2012 tentang ASI, sehingga jumlah bayi yang mendapat ASI-Eksklusif mencapai 80 persen

b. Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)

Dahulu dikenal makanan bayi sebagai pengganti ASI yang dikenal dengan sebutan PASI untuk anak yang disapih dari ASI. Oleh karena untuk makanan bayi ASI tidak dapat diganti, maka sejak 1980-an digunakan istilah Makanan Pendamping ASI (MP-ASI). Setelah ASI Eksklusif 0—6 bulan, ASI harus tetap diberikan sampai usia 2 tahun. Oleh karena kebutuhan akan zat gizi anak terus meningkat, ASI saja tidak cukup maka harus ditambah makanan lain sebagai "pendamping" ASI. Masalahnya oleh karena kemiskinan dan kurangnya pendidikan keluarga, banyak anak yang tidak memperoleh MP-ASI memenuhi prinsip gizi seimbang, yaitu cukup energi, protein, lemak dan zat gizi mikro (vitamin dan mineral). Suatu penelitian di daerah miskin di Jakarta menunjukkan hanya 9,5 persen mendapat MP-ASI yang benar. (US-AID, *Nutrition Report* 2010). Secara tradisional, MP-ASI dibuat sendiri dirumah. Susunan MP-ASI buatan sendiri terkait dengan tingkat ekonomi, pendidikan, dan teknologi MP-ASI. Dikalangan keluarga tidak mampu komposisi MP-ASI hanya terdiri dari karbohidrat, sedikit protein dan lemak, tanpa zat gizi mikro. Di kalangan menengah dan atas MP-ASI umumnya mengandung cukup energi, lemak dan protein, tetapi tidak cukup mengandung zat gizi mikro, terutama zat besi. Padahal untuk bayi sampai anak usia 2 tahun kebutuhan zat besi meningkat relatif cukup tinggi. Apabila ibu hamil membutuhkan 1,4 mg zat besi per kkal per hari, bayi 1,0 mg/kkal, sedang dewasa kali-laki 0,3 mg/kkal, dan dewasa perempuan 0,6 mg per kkal (Ray Yip, 2001). Dengan kebutuhan zat besi yang tinggi, menurut Ray Yip (2001) tidak ada MP-ASI

buatan sendiri yang dapat memenuhi kebutuhan tersebut. Untuk mencukupi kebutuhan zat besi dan zat gizi mikro lainnya, diperlukan sentuhan teknologi atau MP-ASI buatan pabrik, seperti yang banyak dijual di apotik dan supermarket.

Oleh karena itu sejak beberapa tahun terakhir ini diberbagai negara sedang dikembangkan MP-ASI dengan bahan pangan lokal yang diperkaya dengan bubuk zat gizi mikro yang terbukti efektif mengatasi masalah kurang gizi tingkat sedang (Nackers dkk, 2010; LaGrone NL, 2012). Di Indonesia pada tahun 2006 juga dicoba dikembangkan MP-ASI lokal tetapi tidak efektif karena kandungan zat gizi mikro yang rendah (Thaha AR, 2007). Penelitian lain menemukan bahwa MP-ASI lokal umumnya kurang padat-energi, rendah lemak, kurang zat gizi mikro, rendah protein dan mengandung zat-zat yang menghambat absorpsi zat gizi di usus. Agar MP ASI lokal efektif mencukupi kebutuhan anak akan zat gizi mikro, diperkenalkan MP-ASI lokal dengan fortifikasi rumahan ("*home fortification*") dengan menambahkan bubuk zat gizi mikro yang dikenal dengan "taburia". Di Indonesia, kegiatan pilot fortifikasi zat gizi mikro pada tingkat rumah tangga telah dilaksanakan di 24 kabupaten/kota melalui Proyek NICE dengan label kegiatan Taburia.

Kebijakan dan sasaran: Mengembangkan MP-ASI lokal yang memenuhi syarat gizi seimbang dan terjangkau daya beli keluarga miskin disertai dengan peningkatan pendidikan gizi tentang MP-ASI yang memenuhi prinsip gizi seimbang.

c. Kecacingan

Kecacingan mengakibatkan menurunnya kondisi kesehatan, gizi, kecerdasan dan produktifitas penderitanya sehingga secara ekonomi banyak menyebabkan kerugian. Penyakit cacingan dapat mengenai siapa saja mulai dari bayi, balita, anak, remaja, bahkan orang dewasa, selain itu penyakit ini menyebabkan kehilangan karbohidrat dan protein serta kehilangan darah, sehingga menurunkan kualitas sumberdaya manusia. Dampak yang ditimbulkan akibat cacingan pada anak usia dini adalah kekurangan gizi yang menetap yang dikemudian hari akan menimbulkan kekerdilan. Sejalan dengan kebijakan yang berkaitan dengan upaya pencegahan dan penanggulangan masalah gizi dimasyarakat yang meliputi masalah kekurangan gizi yaitu kurang gizi kronis (*stunting*) dan kurang gizi akut dalam bentuk anak kurus (*wasting*) dan kelebihan gizi.

Data hasil survei kecacingan tahun 2011 di beberapa kabupaten/kota menunjukkan angka prevalensi kecacingan antara 9,95-85 persen, dimana 42 persen kabupaten/kota di Indonesia memiliki masalah kecacingan dengan prevalensi ≥ 20 persen. Dasar utama untuk pengendalian kecacingan adalah memutus mata rantai lingkaran hidup cacing, melalui pemberian obat cacing, intervensi perubahan lingkungan fisik, sosial ekonomi dan budaya. Prevalensi kecacingan dapat menurun bila infeksi cacingan pada anak usia sekolah dan prasekolah dapat dikendalikan. Data WHO tahun 2009 menunjukan di Regional Asia Tenggara memiliki 42persen proporsi sasaran anak diseluruh dunia yang membutuhkan pengobatan cacingan, dimana Indonesia memiliki 15 persen anak usia sekolah (5-12 tahun) dan pra-sekolah (1-4 tahun) termasuk anak usia 1-2 tahun,yang memerlukan pengobatan cacingan. Prevalensi kecacingan dapat menurun bila infeksi kecacingan pada anak usia sekolah dan prasekolah di atas dapat dikendalikan. Berbagai kegiatan telah dilakukan untuk mengendalikan cacingan di Indonesia, diantaranya pencanangan program pemberantas cacingan pada anak yang dicanangkan oleh Menteri Kesehatan Prof.Dr.Sujudi di Medan pada tanggal 12 Juni 1995.

Kerjasama upaya pengendalian cacangan dilakukan dengan berkoordinasi dan integrasi bersama unit kerja lain, sehingga pelayanan pengendalian kecacingan dapat dirasakan oleh seluruh lapisan masyarakat. Upaya pengendalian kecacingan ini merupakan salah satu program Kementerian Kesehatan, dalam rangka mendorong masyarakat untuk menjadi pelaku utama dalam pemberantasan cacangan di daerah masing-masing, sesuai visi Kementerian Kesehatan yaitu masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan.

Kebijakan dan sasaran. Upaya pengendalian cacangan dilakukan dengan pemberian obat cacing pada seluruh sasaran, yaitu anak usia sekolah (5-12 tahun) dan pra-sekolah (1-4 tahun) termasuk anak usia 1-2 tahun di daerah dengan prevalensi cacangan ≥ 20 persen sebanyak 1-2 kali setahun. Pada daerah dengan prevalensi cacangan < 20 persen dilakukan pemberian obat cacing secara selektif. Pada tahun 2020 kecacingan di Indonesia diharapkan tidak menjadi masalah kesehatan lagi dengan tercapainya 100 persen propinsi dan kabupaten/kota telah melaksanakan pengendalian kecacingan dengan cakupan minimal 75 persen sasaran minum obat cacing.

B.2. Telaah Program-Program Sensitif

B.2.1. Penyediaan Air Bersih dan Sanitasi

Telah diuraikan dimuka bahwa salah satu faktor penyebab kurang gizi termasuk anak pendek adalah infeksi, terutama diare. (Lancet, 2010, 376: 9734, pp 63-67). Tiap tahun 20 persen kematian balita disebabkan karena diare yang disebabkan oleh air minum yang tercemar bakteri. Data dari *Water Sanitation Program (WSP)* World Bank tahun 2008 menunjukkan bahwa masih tingginya angka kematian bayi dan balita, serta kurang gizi sangat terkait dengan masalah kelangkaan air bersih dan sanitasi. Banyak cara sederhana dapat dilakukan untuk mengurangi resiko diare, diantaranya dengan cuci tangan dengan air bersih dan sabun. Telah dibuktikan bahwa cuci tangan dengan air bersih dan sabun mengurangi kejadian diare 42—47 persen (Lancet Infect. Dis 2003, May 3 (5): 275-28). Dengan demikian program air bersih dan sanitasi tidak diragukan sangat sensitif terhadap pengurangan resiko infeksi.

Masalahnya akses rumah tangga terhadap air minum layak adalah baru sebesar 44,2 persen (Susenas 2010) masih dibawah target MDGs 2015 sebesar 68,87 persen. Masalah yang sama juga pada masalah sanitasi. Akses sanitasi yang layak baru 55,54 persen (Susenas 2010), sedang target MDGs 2015 sebesar 76,8 persen. Rendahnya akses air bersih dan sanitasi diperparah dengan masih rendahnya perilaku hidup bersih. Dengan demikian untuk mencapai sasaran MDGs 2015 baik untuk akses air minum maupun sanitasi yang layak diperlukan upaya yang lebih keras.

Kebijakan dan Sasaran : Perlu adanya peningkatan investasi pembangunan infrastruktur air bersih tidak hanya di perkotaan tetapi juga di perdesaan dan perkampungan kumuh, agar dapat dicapai sasaran MDGs 76,8 persen. Investasi tersebut perlu diprioritaskan di wilayah yang frekuensi kejadian diare tinggi yang dapat dipastikan terkait dengan prevalensi anak kurus dan anak pendek yang juga tinggi. Perlu ada rencana dan tindakan khusus mencegah terjadinya wabah diare pada saat terjadi bencana banjir. Prioritas pembangunan di perdesaan dan perkampungan kumuh akan memberikan dampak yang lebih sensitif terhadap penurunan kejadian infeksi dan kurang gizi khususnya pada kelompok 1000 HPK.

B.2.2. Ketahanan Pangan dan Gizi

Definisi ketahanan pangan mengatakan bahwa setiap orang harus akses terhadap pangan yang cukup jumlah dan mutunya untuk memenuhi kebutuhan gizi. Ukuran pemenuhan kebutuhan gizi yang dipakai sampai saat ini terbatas pada kecukupan energi diatas 70 persen kebutuhan. Dibawah itu tergolong rawan pangan. Ukuran ini adalah ukuran rata-rata penduduk dalam keadaan kelaparan sebagaimana sasaran MDG 1: kelaparan dan kemiskinan. Ukuran kemiskinan dalam MDGs tidak terbatas pada pendapatan per orang perhari, tetapi juga pada banyaknya anak yang kurang gizi dengan indikator anak kurus, pendek, dan kurus-pendek. (World Bank, 2006) (Bappenas, 2010,RAN/RAD-PG). Pengertian ketahanan pangan yang terbatas pada pemenuhan energi, sensitivitasnya terhadap masalah Gerakan 1000 HPK minimal oleh karena masalahnya tidak hanya kekurangan energi tetapi juga zat-zat gizi yang lain.

Sebagai contoh, ketahanan pangan menjadi perhatian apabila oleh karena sesuatu hal terjadi penurunan produksi dan kelangkaan persediaan pangan di pasar, yang berdampak pada kenaikan harga pangan terutama yang berkaitan komoditi pangan pokok seperti beras. Jarang dianalisa dampak kenaikan harga komoditi tertentu (misalnya kedele, sayur, telur dan lain-lain) terhadap keadaan gizi anak balita dan ibu hamil dari masyarakat miskin seperti yang secara berkala terjadi di Indonesia.

Pada tahun 1997/1998 dan 2008/2009, di Indonesia terjadi krisis harga pangan. Dampaknya tidak hanya pada penurunan konsumsi energi, tetapi juga penurunan konsumsi zat gizi mikro (vitamin dan mineral), yang sangat diperlukan oleh anak-anak dan ibu hamil. Akibatnya prevalensi anak kurus yang dikenal sebagai gizi buruk dan prevalensi ibu hamil yang anemi meningkat dengan mencolok (Soekirman, 2001, JAPCN)(HKI, 2011). Namun yang tercatat dalam laporan BPS hanya banyaknya penduduk mengkonsumsi rata-rata kurang dari 1,400 Kkal atau kurang dari 70 persen kebutuhan per hari. Data BPS tahun 2008, mencatat ada 11,1 persen penduduk rawan pangan. Sementara itu Bulletin Badan Ketahanan Pangan NTT pada waktu itu mencatat ada 26 persen penduduk rawan pangan dan 26 persen mendekati rawan pangan. Di Jawa Timur pada waktu yang sama hanya ada 2 persen penduduk rawan pangan, 36 persen mendekati rawan pangan, sisanya 62 persen cukup pangan. Angka-angka ini tidak memberi gambaran apa yang terjadi pada ibu hamil dan anak-anak, terutama dari keluarga miskin, akibat krisis pangan tersebut.

Kebijakan dan Sasaran : Sudah saatnya memperluas konsep Ketahanan Pangan yang hanya berorientasi komoditi pangan, menjadi Ketahanan Pangan dan Gizi, yang tidak hanya berorientasi komoditi pangan juga pada kesejahteraan penduduk dengan keadaan gizi dan kesehatannya. Secara global kebijakan itu sejalan dengan kebijakan Ketahanan Pangan dan Gizi yang digariskan oleh Sekretaris Jenderal PBB (UN- *The high level Task Force on Global Food and Nutrition Security*, 2010).

Kebijakan Ketahanan Pangan dan Gizi: a). menjamin akses pangan yang memenuhi kebutuhan gizi kelompok rawan pangan khususnya ibu hamil, ibu menyusui dan anak-anak, b).menjamin pemanfaatan optimal dan berkesinambungan (*sustainability*) pangan yang tersedia bagi semua golongan penduduk, dan c). memberi perhatian pada petani kecil, nelayan, dan kesetaraan gender.

B.2.3 Keluarga Berencana

Keterpaduan antara program perbaikan gizi dengan keluarga berencana telah berlangsung lama di berbagai negara baik negara maju maupun berkembang (Sandra Huffman, 1992). Di Indonesia keterpaduan tersebut telah berlangsung selama kurang lebih 20 tahun dalam kegiatan Gizi-KB dari program Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK), Repelita III—VI (1980—1990an). Ada hubungan erat antara jumlah anak, jarak kehamilan dan kelahiran, ASI-Eksklusif, dengan prevalensi anak pendek dan anak kurus karena kekurangan gizi (Rae Golloway, 2011)

Keterpaduan Gizi – KB di Indonesia terputus sejak akhir 1990, sejalan dengan perubahan kebijakan pembangunan di bidang keluarga berencana dan program perbaikan gizi selama kurun waktu 15 tahun terakhir. Dengan adanya pengakuan dunia bahwa KB Indonesia berhasil menurunkan angka kelahiran dari 5,6 persen tahun 1970 ke 2,1 persen tahun 2011 (Antara News 13 Juli 2012), berarti program KB sudah dapat dikatakan berpotensi menjadi program yang sensitif terhadap 1000 HPK di Indonesia. Pengalaman kerjasama dan sinergi Gizi-KB di UPGK dapat menjadi bahan pembelajaran.

Kebijakan dalam setiap kegiatan pendidikan atau KIE Gizi di cantumkan pesan tentang pentingnya KB dan sebaliknya.

B.2.4 Jaminan Kesehatan Masyarakat

Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) bertujuan untuk membantu masyarakat miskin atau tidak mampu, di luar propinsi DKI Jakarta, untuk mendapatkan haknya dalam pelayanan kesehatan. Program ini dilaksanakan dengan semangat ‘pro rakyat’ untuk meningkatkan tingkat kesehatan masyarakat tidak mampu. Manfaat yang diterima oleh penduduk miskin dalam Jamkesmas bersifat komprehensif (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) sesuai kebutuhan medis dan pelayanan kesehatannya bersifat perseorangan.

Permasalahan dilapangan terutama tingkat kejangkauan program masih belum melayani semua kelompok miskin. Ini terutama disebabkan kurang akuratnya data terutama ditingkat desa. Ketidak-akuratan data jumlah penduduk miskin, baik ditingkat daerah dan pusat, berdampak pada pembiayaan. Berbagai laporan menunjukkan adanya beberapa kabupaten yang tidak dapat menyerap dana Jamkesmas yang disediakan oleh Kementerian Kesehatan. Sementara di kabupaten lain terpaksa menunggak tagihan rumah sakit daerah karena kekurangan dana yang disediakan dari Pusat.

Kebijakan dan Sasaran: Program ini harus tetap dilanjutkan karena banyak masyarakat yang tidak mampu tertolong dan tingkat partisipasinya cukup tinggi. Diupayakan agar program ini dapat menjangkau seluruh anggota masyarakat tidak mampu sehingga derajat kesehatan masyarakat meningkat.

B.2.5 Jaminan Persalinan Universal

Kesehatan ibu dan anak merupakan indikator penting dalam pembangunan kesehatan, selain menunjukkan kinerja pelayanan kesehatan nasional. Upaya yang dilakukan untuk peningkatan kesehatan ibu dan anak adalah melalui Program Jaminan Persalinan Universal (Jampersal) bagi keluarga tidak mampu. Jampersal dilaksanakan untuk ibu hamil dalam mendapatkan pelayanan ANC, persalinan, dan PNC pada fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan program dan pembiayaannya ditanggung pemerintah. Penyelenggaraan Jampersal terintegrasi dengan program Jamkesmas. Jampersal adalah

jaminan pembiayaan pelayanan persalinan yang meliputi pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan nifas termasuk pelayanan KB pascapersalinan dan pelayanan bayi baru lahir oleh tenaga kesehatan yang kompeten. Seperti halnya dengan Jamkesmas, permasalahan pendanaan harus menjadi perhatian.

Kebijakan dan Sasaran: Program ini harus tetap dilanjutkan karena banyak ibu hamil yang tidak mampu dapat tertolong dan tingkat partisipasinya cukup tinggi. Diupayakan agar program ini dapat menjangkau seluruh ibu hamil tidak mampu yang berdomisili di perdesaan sehingga derajat kesehatan ibu dan bayi yang dilahirkan meningkat yang diukur dengan menurunnya Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi baru lahir.

B.2.6. Fortifikasi Pangan

Secara global telah diakui bahwa Fortifikasi Pangan adalah bentuk intervensi gizi yang "cost effective" (Copenhagen Declaration 2011). Oleh karena itu dapat dianggap sensitif terhadap pencegahan dan penanggulangan masalah gizi 1000 HPK. Dibagian terdahulu peran fortifikasi pangan untuk 1000 HPK telah diuraikan sebagai bagian dari program perlindungan ibu hamil dan anak-anak terhadap kekurangan gizi. Fortifikasi yang dimaksud adalah : Fortifikasi pangan untuk mengatasi masalah kekurangan zat gizi mikro, khususnya zat besi, iodium, seng, asam folat dan vitamin A yaitu fortifikasi wajib pada bahan pangan pokok seperti tepung terigu, garam, dan minyak goreng, dan menggunakan fortifikan sesuai dengan masalah gizi yang ada termasuk masalah kelompok 1000 HPK, yaitu zat iodium, zat besi, seng, asam folat, dan vitamin A. Fortifikasi garam dengan iodium telah berlangsung sejak tahun 1994. Namun demikian sampai tahun 2011 baru 62,3 persen penduduk menggunakan garam yang beriodium, berarti masih ada cukup banyak penduduk termasuk yang masih rawan terhadap kekurangan iodium. Fortifikasi wajib tepung terigu dengan zat besi, asam folat, seng, vitamin B1 dan B2, yang dapat melindungi kehamilan dan kecacatan bayi. (WHO, 2006) (WHO, 2009). Demikian juga fortifikasi vitamin A pada minyak goreng yang sedang dalam awal pelaksanaan akan memberikan peningkatan imunitas ibu hamil, bayi dan anak terhadap infeksi. (Martianto, 2005)

Masalah yang dirasakan saat ini kurangnya monitoring mutu fortifikasi, baik pada garam maupun tepung terigu. Hal ini menjadi masalah karena masih adanya laporan tentang pemalsuan label fortifikasi terutama garam beriodium, dan adanya tepung terigu yang berkualitas rendah tanpa fortifikasi beredar dipasaran. Masalah lain, masih ada sekelompok masyarakat yang meragukan efektivitas fortifikasi sehingga menimbulkan kebijakan pemerintah yang kurang tepat seperti terjadi pencabutan sementara SNI wajib fortifikasi tepung terigu tahun 2008. Beberapa pemerintah daerah tidak menyadari pentingnya yodisasi garam untuk melindungi ibu hamil dan bayi, seperti ditandai dengan kurangnya perhatian terhadap program yodisasi garam, sehingga peraturan daerah yang sudah dikeluarkan tidak efektif.

Kebijakan dan Sasaran: Perlu ada upaya untuk meningkatkan pemahaman masyarakat termasuk pelaku program tentang pentingnya fortifikasi pangan, khususnya fortifikasi wajib, sebagai bagian dari kebijakan penanggulangan kemiskinan, dan penyelamatan 1000 HPK. Dengan demikian sasaran fortifikasi wajib yaitu sebagian besar (80—90 persen) penduduk menikmati produk pangan yang difortifikasi.

B. 2.7. Pendidikan Gizi Masyarakat

Pendidikan Gizi Masyarakat atau dalam bahasa operasionalnya disebut KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) Gizi, bertujuan untuk menciptakan pemahaman yang sama tentang pengertian gizi, masalah gizi, faktor penyebab gizi, dan kebijakan dan program perbaikan gizi kepada masyarakat termasuk semua pelaku program. Bagi masyarakat umum, Pendidikan Gizi untuk memberikan pengetahuan, menumbuhkan sikap dan menciptakan perilaku hidup sehat dengan Gizi Seimbang. Dalam gizi seimbang tidak hanya mendidik soal makanan dan keseimbangan komposisi zat gizi dan kebutuhan tubuh akan zat gizi (karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral, dan air), tetapi juga keseimbangan dengan pola hidup bersih untuk mencegah kontaminasi makanan dan infeksi.

Dalam upaya pencegahan kegemukan dan PTM, dalam gizi seimbang juga ada pendidikan tentang perlunya pola hidup aktif bergerak dan olah raga. Untuk menilai apakah pola hidup dan pola makan kita sudah baik, gizi seimbang juga mengajarkan pentingnya menjaga berat badan ideal dengan memperhatikan indek masa tubuh (IMT) yaitu rasio keseimbangan antara tinggi dan berat badan. Dengan demikian pendidikan Gizi Seimbang meliputi 4 prinsip pola hidup sehat, yaitu pendidikan tentang: 1. kebiasaan makan beraneka ragam dan sesuai kebutuhan tubuh termasuk kebutuhan akan air, 2. menjaga kebersihan dan keamanan makanan, 3. kebiasaan hidup aktif bergerak dan olah raga, dan 4. menjaga berat badan ideal dengan memperhatikan keseimbangan berat dan tinggi badan dengan Indek Masa Tubuh (IMT).

Upaya promotif dan preventif di Indonesia sesungguhnya telah menjadi bagian dari strategi perbaikan kesehatan dan gizi. Sebagai contoh, pendidikan gizi yang kompleks pernah dilaksanakan dan menjadi dasar utama program perbaikan gizi masyarakat yang secara internasional dikenal sebagai Usaha Perbaikan Gizi Keluarga atau UPGK ("*Family Nutrition Improvement Program*"). Pendidikan gizi waktu itu merupakan kegiatan dasar dan utama dari program perbaikan gizi masyarakat. Secara sistematis, pengetahuan dasar gizi dan program gizi di dari pusat sampai daerah disampaikan pada kegiatan pendidikan gizi dan pelatihan-pelatihan program gizi secara berjenjang dari tingkat pimpinan sampai pelaksana. Pendidikan Gizi juga dilaksanakan melalui pendidikan formal di sekolah-sekolah dan tidak formal di masyarakat melalui LSM dan kelompok-kelompok dan lembaga-lembaga masyarakat di desa masyarakat seperti PKK, Posyandu, kelompok pengajian, wanita tani, dan sebagainya. Semua media massa modern dan tradisional dimanfaatkan untuk melakukan pendidikan gizi.

Sejak akhir tahun 1990-an kegiatan pendidikan gizi diganti dengan penyuluhan gizi yang jauh berbeda dengan prinsip dan tujuan pendidikan gizi. Dampaknya sampai saat ini terdapat kerancuan pemahaman tentang gizi dan istilah gizi. Demikian juga kerancuan tentang apa yang dimaksud dengan masalah gizi masyarakat, dan cara penanggulangannya. Keadaan ini apabila tidak diluruskan akan menjadi kendala bagi efektivitas program gizi pada umumnya dan secara khusus terhadap perbaikan gizi pada 1000 HPK.

Berbagai indikasi belum tercapainya target perbaikan status gizi dan kesehatan secara nasional juga dapat diakibatkan oleh perilaku persepsi yang salah tentang gizi dan kesehatan baik oleh masyarakat maupun oleh petugas kesehatan. Keadaan tersebut diperkirakan karena tidak efektifnya program KIE gizi dan kesehatan. Agar KIE gizi dapat

efektif menanamkan pengetahuan, menanamkan sikap dan merubah perilaku kearah pola hidup sehat dengan gizi seimbang diperlukan kajian ilmiah tentang pola hidup khususnya yang terkait dengan permasalahan 1000 HPK , dan penyusun program yang direncanakan dengan baik atas dasar ilmu pengetahuan (Contento, IR, 2007).

Untuk itu direkomendasikan untuk dibentuk pusat pengembangan KIE Gizi yang dikelola oleh tenaga profesional di bidang gizi, kesehatan masyarakat, teknologi informasi, dan bidang-bidang lain yang terkait, dengan tugas untuk :

- 1) Mendokumentasikan dan menyediakan informasi gizi dan kesehatan terkini
- 2) Melakukan studi dasar pengetahuan, sikap dan perilaku (PSP) hidup sehat dengan gizi seimbang dan memonitor perkembangan PSP dari waktu ke waktu, termasuk pemahaman dan persepsi tentang gizi, masalah gizi masyarakat, dan upaya penanggulannya oleh berbagai golongan masyarakat.
- 3) Menyusun rencana dan strategi KIE gizi, terutama tentang 1000 HPK, bagi berbagai sasaran di masyarakat mulai dari tingkat pengambil keputusan dan pelaksanaan di pusat dan daerah sampai ke masyarakat umum di perdesaan.
- 4) Melakukan pelatihan tenaga KIE Gizi terutama pada tenaga profesi gizi, kesehatan dan bidang-bidang lain terkait gizi, termasuk para jurnalis.
- 5) Mengembangkan berbagai sarana KIE gizi seperti buku pedoman, buku pengetahuan dasar tentang gizi, gizi dan 1000 HPK, media komunikasi termasuk media sosial (web, facebook, twitter dan sebagainya).
- 6) Menyusun dan mempublikasikan laporan kegiatan KIE dan hasilnya dalam menunjang akselerasi program 1000 HPK secara periodik untuk masyarakat umum.
- 7) Mendukung kelembagaan program pangan dan gizi yang terpadu, baik nasional maupun daerah, apabila lembaga tersebut dibentuk.

Kebijakan dan Sasaran : Untuk menyamakan konsep dan pola pikir tentang masalah gizi (apa, mengapa, dan bagaimana) diantara para pelaku program gizi, kegiatan Pendidikan Gizi harus menjadi dasar perbaikan gizi masyarakat umumnya, dan secara khusus untuk tujuan 1000 HPK. Untuk itu diperlukan tersedianya data dasar tentang pengetahuan, sikap dan perilaku tentang gizi yang benar diberbagai kalangan masyarakat. Diperlukan adanya suatu lembaga KIE yang mengelola KIE 1000 HPK. Disediakan anggaran yang cukup untuk kegiatan pendidikan gizi masyarakat.

B.2.8. Remaja Perempuan

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa masalah keselamatan dan kesehatan janin, BBLR dan anak pendek terkait dengan kesehatan dan status gizi remaja perempuan yang akan menjadi ibu. Remaja perempuan yang menikah usia muda, anemi dan kurus, apabila hamil akan beresiko melahirkan BBLR dengan berbagai masalahnya. Dalam rangka menyelamatkan 1000 HPK, perlu ada kebijakan yang mencegah usia muda menikah, remaja perempuan calon penganten harus sehat dalam status gizi baik, tidak kurus dan tidak anemi atau kekurangan gizi lainnya. Perlu adanya kebijakan sinkronisasi antara Undang-undang No. 1 tahun 1974 dan Undang-undang No. 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, sehingga usia minimal menikah perempuan dapat ditingkatkan menjadi 18 tahun.

B.2.9. Pengentasan Kemiskinan

Kekurangan gizi disebabkan oleh rendahnya asupan makanan, akibat ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga tidak memadai, hal ini terkait dengan kemampuan rumah tangga untuk menyediakan pangan yang ditentukan oleh faktor ekonomi. Tingginya angka prevalensi *underweight* dan *stunting* akibat kekurangan gizi erat kaitannya dengan masalah kemiskinan. Kemiskinan dapat menjadi penyebab penting kekurangan gizi. Sebaliknya kekurangan gizi dapat memiskinkan, anak kurus dan pendek karena kurang gizi mudah sakit, kurang cerdas, dan tidak produktif. Keadaan ini berdampak rendahnya daya saing kerja, tingkat kerja dengan pendapatan rendah yang dapat memiskinkan. Salah satu ciri kemiskinan adalah ketidakmampuan untuk memperoleh makanan yang bergizi seimbang sehingga rentan terhadap berbagai kekurangan gizi. Oleh karena itu mengatasi masalah gizi dalam gerakan SUN dianggap sebagai bagian dari upaya penanggulangan kemiskinan

Seiring dengan hal tersebut pemerintah mengeluarkan beberapa program terkait pengentasan kemiskinan antara lain Program Beras Miskin dan Program Keluarga Harapan. Program Beras Miskin (Raskin) merupakan penyaluran beras bersubsidi bagi kelompok masyarakat miskin yang bertujuan untuk mengurangi beban pengeluaran para Rumah Tangga Sasaran Penerima Manfaat (RTS-PM) dalam memenuhi kebutuhan pangan. Selain itu juga untuk meningkatkan akses masyarakat miskin dalam pemenuhan kebutuhan pangan pokok, sebagai salah satu hak dasarnya.

PKH adalah bantuan tunai bersyarat kepada RTSM dengan mewajibkan RTSM tersebut mengikuti persyaratan yang ditetapkan program, yaitu (i) menyekolahkan anaknya di satuan pendidikan dan menghadiri kelas minimal 85% hari sekolah/tatap muka dalam sebulan selama tahun ajaran berlangsung, dan (ii) melakukan kunjungan rutin ke fasilitas kesehatan bagi anak usia 0 – 6 tahun, ibu hamil, dan ibu nifas. Penerima bantuan PKH adalah rumah tangga

Kebijakan dan Sasaran: Program Beras Miskin dan Program Keluarga Harapan harus tetap dilanjutkan karena banyak masyarakat yang tidak mampu. Diupayakan agar program ini dapat menjangkau seluruh anggota masyarakat tidak mampu sehingga secara tidak langsung dapat menanggulangi kemiskinan.

III

GERAKAN 1000 HARI PERTAMA KEHIDUPAN

BAB III.

GERAKAN 1000 HARI PERTAMA KEHIDUPAN

A. Visi, Misi dan Sasaran

A.1 Visi

Terpenuhinya kebutuhan pangan dan gizi untuk memenuhi hak dan berkembangnya potensi ibu dan anak.

A.2 Misi:

1. Menjamin kerjasama antarberbagai pemangku kepentingan untuk memenuhi kebutuhan pangan dan gizi setiap ibu dan anak.
2. Menjamin dilakukannya pendidikan gizi secara tepat dan benar untuk meningkatkan kualitas asuhan gizi ibu dan anak.

A.3 Sasaran

Sasaran yang ingin dicapai pada akhir tahun 2025 disepakati sebagai berikut:

1. Menurunkan proporsi anak balita yang stunting sebesar 40 persen.
2. Menurunkan proporsi anak balita yang menderita kurus (wasting) kurang dari 5 persen.
3. Menurunkan anak yang lahir berat badan rendah sebesar 30 persen.
4. Tidak ada kenaikan proporsi anak yang mengalami gizi lebih.
5. Menurunkan proporsi ibu usia subur yang menderita anemia sebanyak 50 persen.
6. Meningkatkan prosentase ibu yang memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan paling kurang 50 persen.

A.4 Hasil yang Diharapkan

1. Meningkatnya kerjasama multisektor dalam pelaksanaan program gizi sensitif untuk mengatasi kekurangan gizi
2. Terlaksananya intervensi gizi spesifik yang *cost effective*, yang merata dan cakupan tinggi, dengan cara:
 - Memperkuat kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan dalam upaya perbaikan gizi meliputi perencanaan, pelaksanaan dan monitoring.
 - Memperkuat kerjasama pemangku kepentingan untuk menjamin hak dan kesetaraan dalam perumusan strategi dan pelaksanaan.
 - Meningkatkan tanggung jawab para politisi dan pengambil keputusan dalam merumuskan peraturan perundang-undangan untuk mengurangi kekurangan gizi.
 - Meningkatkan tanggung jawab bersama dari setiap pemangku kepentingan untuk mengatasi penyebab dasar dari kekurangan gizi.
 - Berbagai pengalaman berdasarkan bukti.
 - Mobilisasi sumber daya untuk perbaikan gizi baik yang berasal dari pemerintah, dunia usaha, mitra pembangunan dan masyarakat.

A.5 Organisasi 1000 HPK

1. Tingkat Nasional:
 - Dibentuk gugus tugas Gerakan Nasional Sadar Gizi melalui Perpres.
 - Gugus tugas berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Presiden.
 - Gugus tugas dipimpin oleh Menkokesra dengan anggota menteri terkait.
 - Gugus tugas dalam pelaksanaan tugasnya dibantu oleh tim teknis.
2. Tingkat Daerah:
 - Pemerintah Daerah Provinsi dan kabupaten dan kota membentuk gugus tugas.
 - Gugus tugas di tingkat daerah menyusun rencana dan program kerja dengan mengacu pada kebijakan nasional.
 - Anggota gugus tugas daerah terdiri dari Pemerintah, Perguruan Tinggi, Organisasi Profesi, Organisasi Kemasyarakatan, Organisasi Keagamaan, dunia usaha, dan anggota masyarakat.

B. Tahapan Gerakan

B.1 Tahap Satu: Analisa Kondisi saat ini

1. Komitmen politik untuk upaya perbaikan gizi masyarakat cukup kuat baik dalam bentuk Undang-Undang (UU), Peraturan Pemerintah (PP), Peraturan Presiden (Perpres), Peraturan Menteri (Permen), dan Peraturan Daerah (Perda).
2. Program perbaikan gizi secara nyata sudah dilaksanakan oleh Kementerian/Lembaga (K/L) sesuai dengan tugas pokok misalnya oleh Kementerian Kesehatan, Kementerian Pertanian, Kementerian Perindustrian, Kementerian dalam Negeri, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Kementerian Sosial. Namun demikian upaya dari setiap K/L tersebut masih terfragmentasi, belum diarahkan kepada *goals* yang disepakati. Untuk meningkatkan kerjasama antar K/L sejak tahun 2000 telah disusun Rencana Aksi Pangan dan Gizi Nasional (RAPGN) untuk setiap 5 tahun. Di tingkat daerah telah pula disusun Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi (RADPG) mulai tahun 2011.
3. Sampai dengan tahun 2012 upaya perbaikan gizi masyarakat diarahkan terhadap semua kelompok umur dengan sasaran utama mengatasi masalah kekurangan gizi baik gizi kurang maupun gizi buruk. Sejak adanya Gerakan 1000 HPK dilakukan reorientasi penajaman sasaran yaitu fokus terhadap ibu hamil, ibu menyusui dan anak dibawah dua tahun terutama untuk mengatasi masalah stunting. Hal ini didasarkan atas hasil Riskesdas 2007 dan 2010 yang menunjukkan bahwa prevalensi stunting adalah 36,8 persen dan 35,6 persen. Data lain dari Riskesdas 2010 menunjukkan bahwa persentase BBLR 8,8 persen, *wasting* 13,3 persen, anemia pada wanita usia subur, ASI eksklusif 15,3 persen (2010).
4. Untuk mengatasi masalah gizi pada dasarnya telah dilaksanakan program gizi yang bersifat spesifik maupun program yang bersifat sensitif. Namun demikian ada beberapa kegiatan gizi spesifik yang belum dilaksanakan yaitu antara lain pemberian Kalsium pada ibu hamil dan pemberian Zink pada anak, selain itu cakupan dari kegiatan program spesifik masih rendah. Kegiatan gizi yang bersifat sensitif pada

dasarnya sudah dilaksanakan sejak lama sejak UPGK, namun masih perlu ditingkatkan koordinasi perencanaan, pelaksanaan dan monitoring evaluasi di berbagai tingkat administrasi.

5. Dukungan sumber daya keuangan untuk pelaksanaan perbaikan gizi masih terbatas, baik dalam APBN maupun dalam APBD. Walaupun terdapat kecenderungan peningkatan anggaran setiap tahunnya terutama dalam APBN.

B.2 Tahap Dua: Penyiapan Gerakan

1. Komitmen politik untuk meningkatkan upaya perbaikan gizi cukup tinggi, hal ini dibuktikan dengan diterbitkannya Perpres No..... tentang Gerakan Nasional sadar gizi yang berisikan tentang tujuan, strategi, sasaran, kegiatan dan pelaksanaan perbaikan gizi baik ditingkat nasional maupun tingkat daerah. Semua K/L yang mempunyai peranan penting dalam upaya perbaikan gizi telah ditetapkan sebagai anggota yang dipimpin oleh Menkokesra yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden.
2. Untuk memperkuat *platform* kerjasama antar pemangku kepentingan dalam upaya perbaikan gizi telah dirumuskan Kerangka Kebijakan Gerakan Nasional Sadar Gizi dalam rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1000 HPK) dan Pedoman Perencanaan Program Gerakan Nasional Sadar Gizi dalam rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1000 HPK). Diharapkan dengan adanya *platform* ini maka setiap pemangku kepentingan mempunyai persepsi dan langkah – langkah yang sama untuk mempercepat pencapaian upaya perbaikan gizi.
3. Kegiatan intervensi gizi yang bersifat spesifik telah disepakati dan akan ditingkatkan pelaksanaannya dengan dukungan kerjasama lintas program dan lintas sektor yang terkait.
4. Peningkatan mobilisasi pembiayaan untuk mendukung pelaksanaan program perbaikan gizi baik melalui APBN dan terutama di daerah melalui peningkatan APBD provinsi maupun kabupaten dan kota.

B.3 Tahap Tiga : Pelaksanaan dan Pengorganisasian Gerakan

1. Pada tataran eksekutif akan ditetapkan ketua gugus tugas Gerakan Nasional Sadar Gizi yang dipimpin oleh Menkokesra. Untuk membantu tugas gugus tugas ini dibentuk tim teknis yang dipimpin oleh Deputi Bidang SDM dan Kebudayaan Bappenas. Pada tataran legislatif telah dibentuk Kaukus Kesehatan yang tugas utamanya untuk meningkatkan kesadaran dan dukungan politik dan anggaran dari anggota legeslatif untuk program-program kesehatan dan perbaikan gizi.
2. Berfungsinya gugus tugas Gerakan Nasional Sadar Gizi yang tugas pokoknya mengkoordinasikan dan mensinkronkan penyusunan rencana dan program kerja pada K/L dengan melaksanakan rapat koordinasi secara reguler.
3. Terlaksananya pemantauan dan evaluasi berbagai kebijakan lintas sektor dalam upaya perbaikan gizi baik di tingkat nasional maupun tingkat daerah dengan cara memantau secara reguler pelaksanaan RANPG, RADPG dan Kerangka Kebijakan Gerakan 1000 HPK.

4. Terlaksananya program gizi sensitif oleh berbagai K/L terkait untuk mendukung pelaksanaan program gizi yang spesifik.
5. Menganalisis kesenjangan kebutuhan dana untuk pelaksanaan program perbaikan gizi dan secara bertahap memenuhi kesenjangan tersebut baik dalam anggaran APBN maupun APBD.

B.4 Tahap Empat: Memelihara Kestinambungan Gerakan

1. Menjaga kelangsungan kepemimpinan untuk peningkatan program perbaikan gizi secara terus menerus sesuai dengan penugasan dalam Perpres.
2. Memperkuat kinerja gugus tugas baik ditingkat nasional maupun di tingkat provinsi dan kabupaten dan kota.
3. Memperkuat pelaksanaan kerjasama antarsektor melalui sinkronisasi kebijakan antarsektor baik di nasional maupun daerah.
4. Memperluas dan meningkatkan kegiatan gizi spesifik dan kegiatan gizi sensitif sehingga menjangkau seluruh sasaran program.
5. Menjamin ketersediaan anggaran yang memadai baik APBN maupun APBD untuk program perbaikan gizi dengan cara meningkatkan pemahaman bersama antara eksekutif dan legeslatif.

C. Strategi Gerakan

Terdapat tiga tahap dalam strategi nasional Gerakan 1000 HPK yaitu:

C.1 Strategi Nasional

Tahap pertama: Membangun komitmen dan kerjasama antarpemangku kepentingan.

Tahap kedua: Mempercepat pelaksanaan Gerakan 1000 HPK, meningkatkan efektifitas dan meningkatkan sumber pembiayaan.

Tahap ketiga: Memperluas pelaksanaan program, meningkatkan kualitas pelaksanaan dan memelihara kestinambungan kegiatan untuk mencapai indikator hasil yang sudah disepakati.

C.2 Strategi Pelaksanaan

1. Meningkatkan kapasitas kerjasama antar pemangku kepentingan untuk percepatan kegiatan perbaikan gizi berdasarkan bukti.
2. Meningkatkan kapasitas untuk memfasilitasi kerjasama antar pemangku kepentingan.
3. Meningkatkan kapasitas untuk melaksanakan kerjasama yang saling menguntungkan antar berbagai pemangku kepentingan.
4. Meningkatkan kapasitas untuk pemantauan dan evaluasi kinerja bersama dalam rangka pencapaian sasaran perbaikan gizi.
5. Meningkatkan kapasitas untuk identifikasi dengan berbagi pengalaman atau model-model intervensi terkait untuk meningkatkan pemahaman dalam pencapaian sasaran.

6. Meningkatkan kapasitas untuk advokasi dalam rangka peningkatan komitmen politik dan mobilisasi sumberdana dan bantuan teknis.

C.3 Strategi Mobilisasi Sumber Daya

1. Menghitung kebutuhan anggaran untuk program perbaikan gizi.
2. Menghitung kesenjangan anggaran antara kebutuhan dan ketersediaan saat ini.
3. Membuktikan bahwa kegiatan yang dilakukan secara terpadu baik dalam penganggaran untuk intervensi gizi spesifik maupun intervensi gizi sensitif jauh lebih efektif jika dibandingkan bila dilaksanakan secara terpisah.
4. Mengkoordinasikan kegiatan advokasi secara nasional dan global untuk mengurangi kesenjangan penganggaran dan untuk mobilisasi sumber daya.

C.4 Prinsip-prinsip keterlibatan dalam Gerakan 1000 HPK

1. Transparan: semua pemangku kepentingan menunjukkan hasil dari aksi bersama secara transparan dan jujur.
2. Inklusif: melalui kerjasama kemitraan antarpemangku kepentingan untuk meningkatkan intervensi dan hasil yang diinginkan
3. Berbasis hak: bertindak sejalan dengan komitmen menegakkan keadilan dan hak bagi semua perempuan, laki-laki, dan anak-anak.
4. Kemauan untuk bernegosiasi: saat konflik muncul, secara bersama bertekad untuk menyelesaikan konflik dan menuju arah yang lebih baik.
5. Tanggung jawab bersama: semua pemangku kepentingan memiliki rasa tanggung jawab bersama dalam menyelenggarakan kegiatan secara kolektif sebagai bukti komitmen bersama.
6. *Cost-effectif*: menyusun beberapa prioritas berdasarkan analisis berbasis bukti dan menetapkan prioritas yang mempunyai daya ungkit paling besar dalam pencapaian target namun dengan dana yang paling minimal.
7. Komunikasi terus menerus: komunikasi melalui berbagi pengalaman secara rutin antar pemangku kepentingan termasuk hal yang berhasil dan yang gagal.

D. Kemitraan dalam Gerakan

Dalam Gerakan 1000 HPK ditekankan pentingnya kemitraan dengan berbagai pihak atau pemangku kepentingan untuk mengatasi masalah gizi. Program perbaikan gizi tidak hanya menjadi tanggung jawab dan dilakukan oleh pemerintah, tetapi perlu melibatkan berbagai pemangku kepentingan seperti lembaga kemasyarakatan, dunia usaha, dan mitra pembangunan.

D.1 Pemangku Kepentingan

a. Pemerintah

Pemerintah berperan sebagai inisiator, fasilitator, dan motivator gerakan 1000 HPK, yang terdiri dari K/L, mitra pembangunan, organisasi masyarakat, dunia usaha dan mitra pembangunan.

b. Mitra Pembangunan

Tugas mitra pembangunan adalah untuk memperkuat kepemilikan nasional dan kepemimpinan, berfokus pada hasil, mengadopsi pendekatan multisektoral, memfokuskan pada efektivitas, mempromosikan akuntabilitas dan memperkuat kolaborasi dan inklusi.

c. Organisasi Kemasyarakatan

Tugas organisasi kemasyarakatan adalah memperkuat mobilisasi, advokasi, komunikasi, riset dan analisis kebijakan serta pelaksana pada tingkat masyarakat untuk menangani kekurangan gizi.

d. Dunia Usaha

Dunia usaha bertugas untuk pengembangan produk, control kualitas, distribusi, riset, pengembangan teknologi informasi, komunikasi, promosi perubahan perilaku untuk hidup sehat.

e. Mitra Pembangunan/ Organisasi PBB

Mitra pembangunan bertugas untuk memperluas dan mengembangkan kegiatan gizi sensitif dan spesifik melalui harmonisasi keahlian dan bantuan teknis antar mitra pembangunan antara lain UNICEF, WHO, FAO dan IFAD, SCN (*Standing Committee on Nutrition*).

Beberapa rujukan yang dapat dipergunakan dalam membangun dan meningkatkan kemitraan antara lain:

1. Pedoman dan Manual UNICEF dalam bekerjasama dengan Komunitas Bisnis;
2. Pedoman dari *International Pediatric Association* (IPA) dalam bekerjasama dengan Industri;
3. *UN Standing Committee on Nutrition*;
4. Pedoman WHO dalam bekerjasama dengan pihak swasta;
5. Strategi Global Pemberian Makan Bayi dan Anak (diadopsi oleh WHO dan UNICEF Executive Board pada tahun 2002);
6. Laporan yang disampaikan oleh Olivier De Schutter, *Special Rapporteur on the Right to Food*, kepada Dewan Hak Asasi Manusia, Desember 2011; dan
7. Lembar Kerja GAIN: Menggunakan Kode Internasional Pemasaran PASI sebagai Panduan Pemasaran Makanan Pendamping ASI untuk melindungi praktik Pemberian Makan Bayi yang Optimum.

D.2 Kegiatan Dalam Rangka Gerakan 1000 HPK

a. Pemerintah

Kegiatan utama pemerintah yang memiliki peran sebagai inisiator, fasilitator, dan motivator meliputi kegiatan dari proses inisiasi dasar-dasar Gerakan 1000 HPK (dasar hukum dan

dokumen pendukung) hingga pelaksanaan dan evaluasi Gerakan 1000 HPK. Rincian kegiatan pemerintah diuraikan pada tabel berikut :

Tabel 1. Rencana Kegiatan Utama Pemerintah

No	Jangka Pendek (18 Bulan)	No	Jangka Menengah (36 bulan)
1	Menetapkan Perpres Gerakan 1000 HPK	1	Mobilisasi sumber dana dalam APBN dan APBD, termasuk PPP dan CSR dan mitra pembangunan internasional
2	Menyusun Naskah Akademik	2	Melakukan evaluasi pencapaian tujuan dan sasaran dan pelaksanaan kegiatan
3	Menyusun Kerangka Gerakan	3	Meningkatkan kemitraan dengan mitra pembangunan
4	Menyusun Pedoman Perencanaan Gerakan	4	Meningkatkan kemitraan dengan dunia usaha
5	Sosialisasi Gerakan 1000 HPK tingkat nasional dan di daerah	5	Meningkatkan kemitraan dengan Lembaga Kemasyarakatan
6	Penyusunan kerangka monev	6	Meningkatkan kerjasama dalam rangka sinkronisasi perencanaan dan pelaksanaan kegiatan antar K/L
7	Pertemuan berkala Gugus Tugas Nasional	7	Meningkatkan kerjasama dalam rangka sinkronisasi perencanaan dan penganggaran antar Pusat dan Daerah
8	Pertemuan berkala Tim Teknis Gugus Tugas	8	Melakukan replikasi program/model yang terbukti efektif
9	Menyusun laporan berkala tentang kemajuan Gerakan 1000 HPK	9	Advokasi kepada legislatif dan eksekutif
		10	Menjaga kesinambungan pelaksanaan Gerakan 1000 HPK
		11	Mengintegrasikan Gerakan 1000 HPK pada RPJMN 2015 – 2019
		12	Menyusun laporan tahunan kemajuan Gerakan 1000 HPK kepada Presiden

b. Mitra Pembangunan

Kegiatan utama donor yang meliputi kegiatan dari proses inisiasi dasar-dasar Gerakan 1000 HPK (dasar hukum dan dokumen pendukung) hingga pelaksanaan dan evaluasi Gerakan 1000 HPK. Rincian kegiatan donor diuraikan pada tabel berikut :

Tabel 2. Rencana Kegiatan Utama Mitra Pembangunan

No	Jangka Pendek (18 Bulan)		Jangka Menengah (36 bulan)
1	Memperkuat dan memperluas jaringan antar mitra pembangunan, untuk mendukung Gerakan 1000 HPK	1.	Meningkatkan skala dan kualitas bantuan kepada pemerintah
2	Mendukung gizi sebagai isu prioritas nasional dan daerah	2.	Meningkatkan kerjasama antara mitra pembangunan untuk menjamin efisiensi bantuan yang diberikan
3	Mendukung intensitas kerjasama antar mitra pembangunan untuk menjamin efisiensi dan efektifitas antar mitra pembangunan	3.	Mendorong kerjasama antar negara dengan prevalensi kekurangan gizi yang tinggi
4	Bekerjasama dengan pemerintah untuk mengembangkan rencana pembiayaan Gerakan 1000 HPK	4.	Melakukan review sektor pangan dan gizi untuk basis kebijakan RPJMN 2015-2019
5	Memutakhirkan perkiraan biaya untuk intervensi gizi yang bersifat spesifik dan sensitif		
6	Memberikan bantuan teknis kepada pemerintah untuk intervensi gizi yang spesifik, gizi sensitif, pertanian dan kesejahteraan sosial		

c. Lembaga Sosial Kemasyarakatan

Kegiatan utama Lembaga Sosial Kemasyarakatan yang meliputi kegiatan dari proses inisiasi dasar-dasar Gerakan 1000 HPK (dasar hukum dan dokumen pendukung) hingga pelaksanaan dan evaluasi Gerakan 1000 HPK. Rincian kegiatan Lembaga Sosial Kemasyarakatan diuraikan pada tabel berikut :

Tabel 3. Rencana Kegiatan Utama Lembaga Sosial Kemasyarakatan (LSK)

No	Jangka Pendek (18 Bulan)		Jangka Menengah (36 bulan)
1.	Memperluas kepersertaan antar sector dan kelompok di tingkat nasional dan daerah	1.	Mengintegrasikan Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan ke dalam kegiatan LSK
2	Memperkuat keterkaitan antara LSK dengan pemerintah dengan menggunakan mekanisme yang berlaku	2.	Membantu mengembangkan rencana nasional dan menetapkan sasaran yang ingin dicapai
3	Mengembangkan dan menyetujui prinsip-prinsip mediasi jika tidak terjadi kesepakatan	3	Melakukan evaluasi dan penelitian yang mengaitkan antara gizi dengan gender, ketenagakerjaan, pertanian, pangan, kesehatan, kemiskinan, jaminan sosial dan pendidikan
4	Memberikan kontribusi dalam perumusan kerangka gerakan	4	Advokasi ke dunia internasional untuk mendukung Gerakan 1000 HPK
5	Melakukan mobilisasi dalam rangka meningkatkan demand masyarakat	5	Advokasi kepada pemerintah untuk mobilisasi sumberdana yang lebih besar untuk menangani kekurangan gizi

d. Dunia Usaha

Kegiatan utama Dunia Usaha yang meliputi kegiatan dari proses inisiasi dasar-dasar Gerakan 1000 HPK (dasar hukum dan dokumen pendukung) hingga pelaksanaan dan evaluasi Gerakan 1000 HPK. Rincian kegiatan Dunia Usaha diuraikan pada tabel berikut :

Tabel 4 . Rencana Kegiatan Dunia Usaha

No	Jangka Pendek (18 Bulan)		Jangka Menengah (36 bulan)
1.	Memfasilitasi keterlibatan dunia usaha dalam Gerakan 1000 HPK	1.	Bekerja secara nyata untuk mendukung Gerakan 1000 HPK Nasional
2	Memberikan pedoman dan contoh tentang keterlibatan dunia usaha dalam Gerakan 1000 HPK	2.	Melaksanakan contoh bagaimana pengusaha internasional mendukung Gerakan 1000 HPK Global
3	Memberikan pedoman dan mediasi bila terjadi ketidak sepakahaman dalam kebijakan maupun pelaksanaan Gerakan 1000 HPK	3.	Meningkatkan peran dunia usaha untuk memperbaiki keadaan gizi masyarakat terutama pada ibu hamil, ibu menyusui dan anak baduta melalui penerapan CSR sesuai dengan peraturan yang berlaku
4	Bekerja secara nyata untuk mendukung strategi Gerakan 1000 HPK		
5	Tukar menukar pengalaman dalam sistem distribusi pangan dan gizi termasuk penggunaan teknologi/inovasi		

e. Mitra Pembangunan (Organisasi PBB)

Kegiatan utama Mitra Pembangunan yang meliputi kegiatan dari proses inisiasi dasar-dasar Gerakan 1000 HPK (dasar hukum dan dokumen pendukung) hingga pelaksanaan dan evaluasi Gerakan 1000 HPK. Rincian kegiatan Mitra Pembangunan diuraikan pada tabel berikut :

Tabel 5 . Rencana Kegiatan Utama Mitra Pembangunan

No	Jangka Pendek (18 Bulan)	No	Jangka Menengah (36 bulan)
1.	Membangun jaringan dan memperluas kerjasama mitra pembangunan diluar 4 organisasi utama (UNICEF, WFP, FAO dan WHO)	1.	Melakukan sinergitas agenda kegiatan nasional dan global dalam rangka menyelaraskan dan menghindari duplikasi kegiatan
2	Membangun sistem untuk merespon permintaan pemerintah	2.	Bantuan teknis dan experties untuk memperkuat Gerakan 1000 HPK
3	Bekerjasama dengan pemerintah dan mitra pembangunan untuk mendukung rencana pembiayaan Gerakan 1000 HPK		
4	Memutakhirkan perkiraan biaya untuk pelaksanaan program gizi spesifik dan program gizi sensitif		

D.3 Kegiatan Dalam Rangka Intervensi Gizi Spesifik

Kegiatan dalam rangka intervensi gizi spesifik diuraikan pada tabel berikut.

Tabel 6 . Intervensi Gizi Spesifik

No	Kegiatan	No	Kegiatan
1	Meningkatkan konsumsi pangan sehari-hari melalui perbaikan pendapatan keluarga dan pendidikan gizi seimbang	7	Peningkatan Pemberantasan malaria didaerah endemik harus menjadi prioritas
2	Melanjutkan suplemen tablet besi-folat dengan perencanaan dan pengawasan yang lebih baik	8	Sosialisasi yang luas kepada masyarakat tentang PP 33 tahun 2012 sehingga masyarakat dapat ikut berperan dalam pelaksanaannya
3	Bagi ibu hamil yang kurus (diukur dengan lingkaran lengan) diberikan bantuan suplemen pangan sumber energi, dan protein, yang diusahakan menggunakan bahan pangan yang sudah difortifikasi seperti garam (iodium), tepung terigu (zat besi, seng, asam folat dan vitamin B1 dan B2), dan minyak goreng (vitamin A)	9	Melakukan evaluasi efektivitas atas berbagai MP-ASI yang beredar di masyarakat baik yang dilaksanakan oleh pemerintah, LSM, maupun oleh industri pangan
4	Intensifkan pendidikan atau KIE gizi sehingga setiap ibu hamil memahami pentingnya tablet besi-folat dan merasa membutuhkan untuk kesehatannya	10	Memberi prioritas pada pengembangan MP-ASI lokal untuk anak-anak masyarakat miskin
5	Menerbitkan Peraturan Daerah tentang	11	Pendidikan gizi tentang ASI Eksklusif perlu

No	Kegiatan	No	Kegiatan
	peredaran garam beriodium agar sasaran cakupan rumah tangga yang mengkonsumsi garam beriodium yang memenuhi syarat dapat meningkat		disertai pendidikan tentang MP-ASI
6	Pemberian pil besi pada ibu hamil di daerah endemik malaria harus dilakukan secara berhati-hati	12	Melakukan penelitian pengetahuan, sikap dan perilaku (KAP) tentang MP-ASI di berbagai kelompok sosial masyarakat

D.4 Kegiatan Dalam Rangka Intervensi Gizi Sensitif

Kegiatan dalam rangka intervensi gizi sensitif diuraikan pada tabel berikut.

Tabel 7. Intervensi Gizi Sensitif

No	Kegiatan	No	Kegiatan
1	Perencanaan terpadu untuk menentukan prioritas lokasi pembangunan infrastruktur air bersih dan sanitasi	9	Evaluasi bersama tentang hal-hal positif dan negatif pengalaman program Gizi-KB di UPGK
2	Mencegah kejadian luar biasa diare karena akan berdampak pada peningkatan kejadian kurang gizi akut	10	Penegakan hukum terhadap adanya pelanggaran peraturan SNI wajib, terutama yodisasi garam
3	Peningkatan pendidikan kesehatan tentang perilaku hidup bersih	11	Peningkatan advokasi kepada pemerintah daerah yang tingkat konsumsi garam iodiumnya masih sangat rendah
4	Menjamin nilai tukar (" <i>term of trade</i> ") produk pertanian dan perkebunan yang menguntungkan petani kecil	12	Pendidikan tentang Gizi Seimbang menjadi topik ajaran dan bahasan utama di tiap acara pendidikan atau KIE Gizi dengan sasaran utama adalah guru SD dan jurnalis
5	Menghidupkan kembali program pemanfaatan tanaman pekarangan dan kebun sekolah dikaitkan dengan program makanan tambahan anak sekolah (PMTAS)	13	Pendidikan persiapan perkawinan yang sehat ditinjau dari usia, kesehatan dan budaya melalui program kerjasama Kementerian Kesehatan dengan Kementerian Agama, dan Dalam Negeri
6	Lebih mengefektifkan bantuan beras RASKIN sehingga tiap keluarga dapat 15 kg beras seperti yang direncanakan, dengan prioritas keluarga yang ada ibu hamil dan menyusui	14	Memberikan kewenangan kepada Puskesmas untuk memeriksa kesehatan calon pengantin agar bebas dari kekurangan gizi (kurus dan atau anemi)
7	Mengupayakan akses pangan pada kelompok rawan pangan, khususnya ibu hamil dan menyusui, dan baduta serta remaja perempuan antara lain dengan program keluarga harapan	15	Membahas sinkronisasi UU Perkawinan dan UU Perlindungan Anak yang melibatkan anggota DPR, alim ulama, pakar kesehatan dan budaya
8	Meningkatkan produksi sayur dan buah untuk mencukupi kebutuhan vitamin, mineral dan serat dalam rangka diversifikasi pangan	16	Menjamin pembangunan infrastruktur perdesaan termasuk irigasi dan penyediaan air bersih dan sanitasi

IV

MONITORING DAN EVALUASI GERAKAN 1000 HPK

BAB IV.

MONITORING DAN EVALUASI GERAKAN 1000 HPK

A. Indikator Proses

Indikator proses merupakan indikator yang digunakan untuk menilai keberhasilan proses pelaksanaan Gerakan 1000 HPK. Indikator proses tersebut meliputi hal-hal sebagai berikut:

Tabel 8. Indikator Proses

Indikator 1: Meningkatkan partisipasi pemangku kepentingan dalam berbagi pengalaman pelaksanaan	Indikator 2: Terjaminnya kebijakannya yang koheren dan adanya kerangka legalitas program	Indikator 3: Menyelaraskan progra-program sesuai dengan Kerangka Program Gerakan 1000 HPK	Indikator 4: Teridentifikasinya sumber2 pembiayaan
1. Adanya komitmen tertulis untuk bergabung dalam Gerakan 1000 HPK Global	1. Direviewnya kebijakan, rencana dan strategi yang ada	1. Teridentifikasinya program2 gizi-spesifik dan gizi-sensitif	1. Terelesaiannya kerangka pembiayaan spesifik gizi
2. Terbentuknya Gugus Tugas Gerakan 1000 HPK	2. Finalisasi review kebijakan	2. Didiskusikannya kerangka program dan hasil dari Gerakan 1000 HPK yang akan dicapai	2. Dipahaminya sumber2 pembiayaan untuk perbaikan gizi antar sector
3. Berfungsinya Gugus Tugas Gerakan 1000 HPK secara efektif	3. Peraturan dan kebijakan di validasi dan disetujui	3. Disepakatinya Kerangka Program Gerakan 1000 HPK dan diidentifikasinya kesenjangan	3. Mobilisasi dan harmonisasi sumber pembiayaan untuk mendukung kegiatan prioritas
4. Dicapainya komitmen politik tingkat tinggi untuk Gerakan 1000 HPK	4. Dilaksanakannya Kebijakan dan berbagai peraturan secara efektif untuk meningkatkan keadaan gizi masyarakat	4. Diatasinya kesenjangan melalui upaya bersama	4. Teridentifikasi kesenjangan sumber pembiayaan

B. Indikator Intervensi Gizi Spesifik dan Sensitif

Dibawah ini diuraikan beberapa indikator intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif yang perlu dipantau yaitu sebagai berikut:

Indikator kinerja spesifik dan indikator sensitif pada dasarnya adalah indikator proses yang berpengaruh langsung maupun tidak langsung terhadap status gizi dan indikator output. Indikator spesifik yang digunakan dalam panduan ini adalah sekumpulan indikator yang direkomendasikan oleh Lancet/SUN yang secara rinci mengevaluasi ketersediaan program/kegiatan dan pencapaian kinerja penurunan masalah gizi tertentu yang penanganan masalahnya dilaksanakan oleh sektor kesehatan yang bertujuan untuk mengatasi penyebab-penyebab langsung masalah gizi kurang/gizi lebih. Indikator sensitif adalah sekelompok indikator yang mengindikasikan proses yang dilaksanakan oleh sektor-sektor di luar kesehatan, secara tidak langsung mempengaruhi output (status gizi).

B.1 Indikator Spesifik

Indikator spesifik untuk menilai pencapaian intervensi gizi spesifik, diuraikan pada tabel berikut.

Tabel 9. Indikator Spesifik

Kegiatan	Indikator
Ibu Hamil	
a. Perlindungan terhadap kekurangan zat besi, asam folat dan kekurangan energi dan protein kronis	<ul style="list-style-type: none"> • % cakupan Suplementasi besi-folat • % cakupan Suplemen ibu dengan zat gizi mikro • % ibu hamil mengkonsumsi energi < 70% AKG) • % Ibu hamil terkespose asap rokok (perokok pasif) • Jumlah inisiasi Menyusui Dini dan ASI Eksklusif termasuk konseling KB
b. Perlindungan terhadap kekurangan Iodium	% ibu mengkonsumsi garam beriodium
c. Perlindungan ibu hamil terhadap malaria	<ul style="list-style-type: none"> • % cakupan ibu hamil mendapat pengobatan malaria • % Kelambu berinsektisida
Ibu Menyusui	
ASI Eksklusif	<ul style="list-style-type: none"> • % cakupan Promosi ASI perorangan dan kelompok • % cakupan sasaran ter-ekspos KIE Gizi
Anak Umur 0 – 23 bulan	
Makanan Pendamping ASI (MP-ASI), imunisasi, zat gizi mikro	<ul style="list-style-type: none"> • % Cakupan KIE Pemberian MP-ASI • % cakupan Pemberian MP-ASI anak usia > 6 bulan; • % anak memperoleh akses garam beriodium • % cakupan Management Zinc pada diare • % cakupan Penanganan gizi buruk akut pada anak baduta • % cakupan Suplementasi Vitamin A • % cakupan baduta yang mengkonsumsi sprinkle; • % cakupan Pengobatan kecacingan; • % penurunan prevalensi kecacingan • % cakupan program PKH • % cakupan Pemberian kelambu berinsektisida • % Cakupan imunisasi dasar

B.2 Indikator Sensitif

Indikator sensitif untuk menilai pencapaian intervensi gizi sensitif, diuraikan pada tabel berikut.

Tabel 10. Indikator Sensitif

Kegiatan	Indikator
Penyediaan Air Bersih dan Sanitasi	<ul style="list-style-type: none">• % cakupan Akses terhadap air bersih• Persentase sanitasi yang layak• % cakupan Cuci tangan dan PHBS;
Ketahanan Pangan dan Gizi	<ul style="list-style-type: none">• Persentase penduduk dengan konsumsi Kkal• Persentase rumahtangga rawan pangan• tingkat Konsumsi Energi/kapita/hari;• tingkat Konsumsi Protein/kapita/hari;
Keluarga Berencana	<ul style="list-style-type: none">• Angka pemakaian kontrasepsi/CPR bagi perempuan menikah usia 15 – 49 tahun• Persentase angka kelahiran
Jaminan Kesehatan Masyarakat	<ul style="list-style-type: none">• Persentase penduduk yang miskin yang tercakup program kesehatan• Persentase puskesmas yang memberikan pelayanan kesehatan dasar bagi penduduk miskin• Persentase rumah sakit yang memberikan pelayanan rujukan bagi penduduk miskin
Jaminan Persalinan Dasar	<ul style="list-style-type: none">• Persentase ibu hamil yang mendapatkan penggantian biaya persalinan melalui jampersal
Fortifikasi Pangan	<ul style="list-style-type: none">• Persentase penduduk yang menikmati produk pangan difortifikasi• Jumlah jenis produk pangan yang difortifikasi
Pendidikan Gizi Masyarakat	<ul style="list-style-type: none">• Meningkatnya materi KIE untuk sosialisasi dan advokasi• Meningkatnya pengetahuan masyarakat terhadap perilaku hidup bersih dan sehat
Remaja Perempuan	<ul style="list-style-type: none">• usia menikah pertama anak perempuan• Jumlah remaja yang mengalami kehamilan
Pengentasan Kemiskinan	<ul style="list-style-type: none">• Menurunnya persentase penduduk yang hidup di bawah garis kemiskinan nasional

C. Indikator Hasil

Indikator hasil merupakan indikator yang digunakan untuk menilai dampak pelaksanaan Gerakan 1000 HPK pada akhir tahun 2015. Indikator hasil tersebut meliputi hal-hal sebagai berikut:

Tabel 11. Indikator Hasil

No	Indikator
1	Menurunkan proporsi anak balita yang stunting sebesar 40 persen
2	Menurunkan proporsi anak balita yang menderita kurus (<i>wasting</i>) kurang dari 5 persen.
3	Menurunkan anak yang lahir berat badan rendah sebesar 30 persen.
4	Tidak ada kenaikan proporsi anak yang mengalami gizi lebih .
5	Menurunkan proporsi ibu usia subur yang menderita anemia sebanyak 50 persen.
6	Meningkatkan prosentase ibu yang memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan paling kurang 50 persen.

D. Kelembagaan dan Mekanisme Monitoring dan Evaluasi

Mekanisme monitoring dan Evaluasi program kerja Gerakan 1000 HPK disajikan pada uraian di bawah ini.

D.1 Kelembagaan

Leading sektor untuk pelaksanaan gerakan/program 1000 HPK adalah Badan Perencanaan pembangunan Nasional (BAPPENAS), khususnya kedeputian Sumberdaya Manusia. Koordinasi perencanaan dan pelaksanaan monitoring dan evaluasi dilaksanakan di unit ini, sedangkan teknis monitoring dan evaluasi dapat dilakukan oleh masing-masing lembaga pemerintah (LPD, LNPD) maupun pihak lain yang ditunjuk dengan mengacu pada indikator yang telah ditetapkan. Bila dipandang perlu pelaksana monitoring dan evaluasi dapat mengembangkan indikator baru untuk memperkaya hasil monitoring dan evaluasi bagi perbaikan dan atau pengembangan program 1000 HPK di masa mendatang.

Untuk menghasilkan data dan informasi yang dibutuhkan, dibentuk gugus tugas monitoring dan evaluasi yang beranggotakan para pakar lintas sektor dan lintas disiplin yang bertugas merumuskan instrument monitoring dan evaluasi, mengumpulkan dan atau mengkoordinasikan pengumpulan data dan informasi serta melakukan analisis untuk menghasilkan rekomendasi dan kebijakan yang diperlukan. Gugus tugas dilengkapi dengan seperangkat fasilitas yang dibutuhkan untuk mengembangkan pangkalan data-base Gerakan 1000 HPK, melakukan analisis data dan perumusan kebijakan, baik dalam bentuk fasilitas teknologi informasi, perangkat lunak, maupun data-data hasil kajian dari unit kerja yang telah ada (Risksdas, Susenas, dll).

D.2 Mekanisme

- a. Untuk program/kegiatan rutin yang dilaksanakan di unit kerja (LPD, LNPD, Pemda, unit kerja lain) monitoring dan evaluasi menyatu dalam program kerja yang ada, namun indikator yang digunakan sekurang-kurangnya harus mengacu pada indikator kinerja kunci program Gerakan 1000 HPK yang telah ditetapkan. Sumber informasi dikumpulkan melalui supervisi, survey atau studi yang sudah ada atau dirancang khusus untuk monitoring dan evaluasi pencapaian Gerakan 1000 HPK;
- b. Untuk program-program kegiatan yang baru yang belum ada dalam kegiatan rutin unit kerja (LPD, LNPD, Pemda, unit kerja lain) monitoring dan evaluasi dikembangkan dan dikoordinasikan dibawah Kedeputian Sumberdaya Manusia di Bappenas dengan mengacu pada indikator kinerja kunci yang telah ditetapkan.
- c. Monitoring Input dan Proses dilakukan tiap semester (setahun dua kali), sedangkan monitoring output (indikator sensitif dan spesifik) dan hasil akan dilakukan tahunan hingga tiga tahun sekali

E. Hambatan, Risiko, Mitigasi

Dalam implementasi Gerakan 1000 HPK perlu diidentifikasi kemungkinan terjadinya hambatan, risiko dan bagaimana cara mengatasinya, seperti uraian dibawah ini:

E.1 Hambatan

1. Tidak adanya pemahaman dan komitmen yang sama tentang masalah gizi faktor penyebab dan akibat buruk yang dapat ditimbulkan dari pemangku kepentingan.
2. Meningkatnya kebutuhan dan harapan masyarakat dari investasi yang dilakukan.

3. Meningkatnya kebutuhan pembiayaan untuk mendukung program-program sosial lainnya seperti program pendidikan, kesehatan, perdagangan sehingga terjadi persaingan untuk mendapatkan anggaran dari pemerintah.
4. Kurang jelasnya dan kurang diterimanya cara pendekatan multisektor untuk menangani program perbaikan gizi secara efektif.

E.2 Risiko

Beberapa risiko yang akan menyebabkan tidak berhasilnya Gerakan 1000 HPK, antara lain sebagai berikut:

1. Kegagalan untuk penggalangan sumber daya untuk program perbaikan gizi.
2. Gerakan 1000 HPK gagal untuk memprioritaskan perbaikan gizi yang efektif.
3. Nilai tambah dari Gerakan 1000 HPK tidak dipahami.
4. Ketidakberhasilan dalam memfokuskan kegiatan dan mencapai hasilnya.
5. Ketidakberhasilan dalam bekerja secara sinergi dan kolektif.
6. Kegagalan gugus tugas dalam mengkoordinasikan dan memelihara komitmen dalam upaya perbaikan gizi nasional.
7. Lemahnya persiapan untuk mengantisipasi faktor eksternal yang dapat mempengaruhi keadaan gizi.
8. Kurang mendalamnya perhatian terhadap isu kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan.
9. Berkurangnya perhatian terhadap masalah gizi jika terjadinya krisis financial global.
10. Kegagalan dalam menyampaikan persepsi gerakan 1000 HPK.

E.3 Mitigasi

Upaya mitigasi yang dapat dilakukan jika terjadi hambatan dan risiko dalam pelaksanaan Gerakan 1000 HPK , antara lain sebagai berikut:

1. Ditunjukkannya hasil nyata dan *impresif* pada periode jangka pendek.
2. Disusunnya dokumen contoh Gerakan 1000 HPK yang telah berhasil.
3. Tanggung jawab kepada sektor terkait untuk menangani risiko khusus sesuai dengan tugasnya sehingga risiko tersebut dapat dikelola secara efektif.
4. Disusunnya laporan detil setiap quarter untuk digunakan sebagai peringatan untuk mendeteksi masalah secara dini.
5. Melibatkan pakar untuk memberikan advokasi tentang Gerakan 1000 HPK.
6. Menyusun prosedur untuk menjamin pemecahan isu secara pro aktif.
7. Melibatkan organisasi atau pakar nasional dan global tentang isu kesetaraan gender dan pemerataan.
8. Mengundang orang yang berpengaruh untuk mendorong Gerakan 1000 HPK agar lebih aktif jika terjadi stagnasi.

V PENUTUP

BAB V.

PENUTUP

Kerangka Kebijakan Gerakan 1000 HPK untuk akselerasi perbaikan gizi digunakan sebagai pedoman dalam melakukan upaya peningkatan status gizi pada anak diawal kehidupannya. Kebijakan ini akan digunakan secara terpadu oleh sektor pemerintah, akademisi, mitra pembangunan, dunia usaha dan masyarakat. Diharapkan Kerangka Kebijakan Gerakan 1000 HPK dapat menjadi acuan bagi pemangku kepentingan dalam menyusun program terutama untuk sasaran yang sudah ditetapkan yaitu ibu hamil, anak usia 0—23 bulan dan remaja perempuan.

DAFTAR PUSTAKA

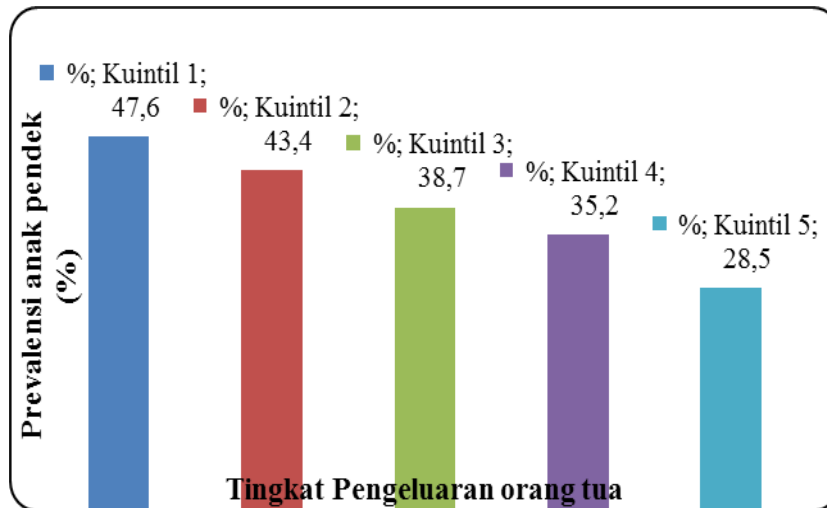
1. Cesar G Victora, Linda Adair, Caroline Fall, Pedro C Hallal, Reynaldo Martorell, Linda Richter, Harshpal Singh Sachdev, and for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. Lancet 2008. Published online Jan 26. DOI: [10.1016/S0140-6736\(07\)61692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61692-4)
2. Barker DJP. Developmental Origins of Chronic Disease. Public Health 126 (2012) 185-9
3. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, et al for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Lancet 2008. Published online Jan 17. DOI: [10.1016/S0140-6736\(07\)61690-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61690-0).
4. Eriksson JG, Forsén TJ, Kajantie E, Osmond C, Barker DJP (2007) Childhood growth and hypertension in later life. *Hypertension* 49:1415-1421.
5. M. T. Ruel (2008) Addressing the underlying determinants of undernutrition: Examples of successful integration of nutrition in poverty-reduction and agriculture strategies, 21-29. In **SCN News No.36**.
6. UNICEF (United Nations Children's Fund) (1990) *Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries*. Policy Review paper E/ICEF/1990/1.6, UNICEF:New York.
7. Department for International Development (2011) *Scaling up Nutrition: The UK's position paper on under-nutrition*, UKAID, London.
8. Ministry of Health, Indonesia, 2007, "RISKESDAS." National Health Survey
9. Dewey, K.G., and K.H .Brown, 2003, "Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs," *Food and Nutrition Bulletin*, 24: 5–28.
10. Kosuke Kawai , Donna Spiegelman , Anuraj H Shankar & Wafaie W Fawzi. Maternal multiple micronutrient supplementation and pregnancy outcomes in developing countries: meta-analysis and meta-regression, *Bulletin of the World Health Organization* 2011;89:402–411B. doi: [10.2471/BLT.10.083758](https://doi.org/10.2471/BLT.10.083758)
11. Meera Shekar, *Repositioning Nutrition as Central to Development: A Strategy for Large-Scale Action*. World Bank, 2006, Washington D.C
12. Usha Ramakrishnan and Ray Yip Experiences and Challenges in Industrialized Countries: Control of Iron Deficiency in Industrialized Countries. *J. Nutr.* 132: 820S–824S, 2002
13. Mathuram Santosham, Aruna Chandran, Sean Fitzwater, Christa Fischer-Walker, Abdullah H Baqui, Robert Black. Progress and barriers for the control of diarrhoeal disease. Lancet 2010; 376: 63–67
14. Soekirman, 2001, JAPCN)(HKI, 2011, *The Global Food Price Crisi and HKI's Response*
15. Sandra Huffman, 1992, *Nutrition and Family Planning Linkages : What More Can be Done*, Center for Childhood Malnutrition, Bethesda, USA, www.unsystem.org/scn/archives/npp11/ch06.htm)

16. Rae Golloway, 2011, *Integrating Family Planning and Councelling on Nutrition for Children 6-23 months, in FP-MNCH-Nutrition Integration Technical Consultation March 30,2011*, USAID Washington
17. WHO , 2006, *Guideline for Food Fortification*)
18. WHO,2009, *Recommendation for Flour Fortification*, Manila Technical Meeting
19. Martianto, 2005, *Report On Cooking oil Fortification with Vitamin A, a Pilot in Makassar*, KFI Publication
20. Keputusan Presiden RI No.69 Tahun 1994 tentang Pengadaan Garam Beriodium
21. Contento, IR, 2007, *Nutrition Education : Linking research, theory, and practice*, Teacher College, University of Colombia, New York.
22. IFPRI, 2000, *The Life Cycle of Malnutrition : Eradicating Malnutrition and Income Growth*, IFPRI, Washington

LAMPIRAN

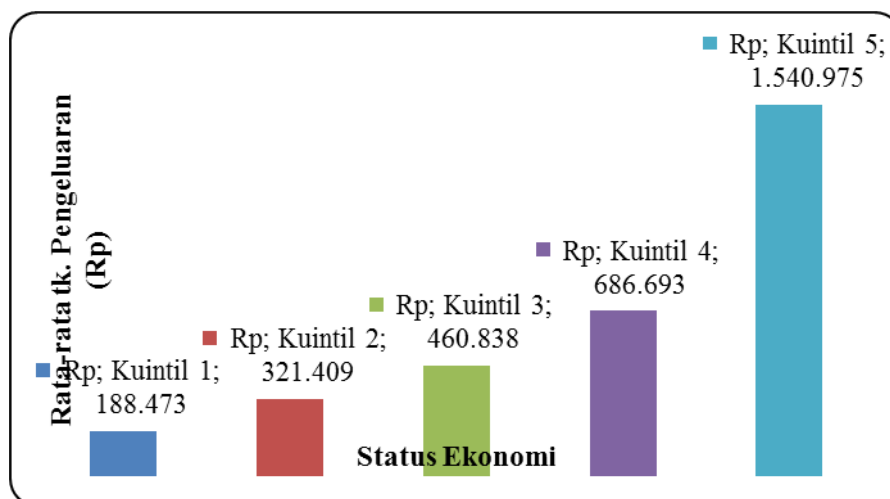
Lampiran

Gambar 3.
Prevalensi Anak Balita (0-59 bulan) Pendek menurut
Tingkat Pengeluaran Orang Tua



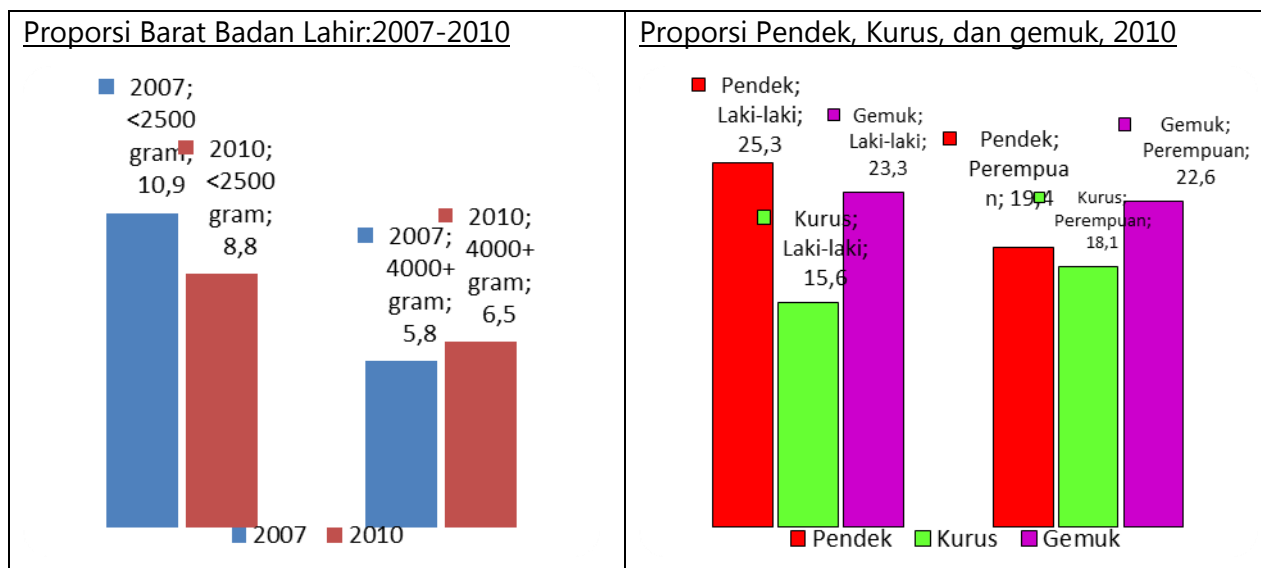
Sumber: Litbang-Kemkes

Gambar 4.
Rata-Rata Tingkat Pengeluaran Per Kapita



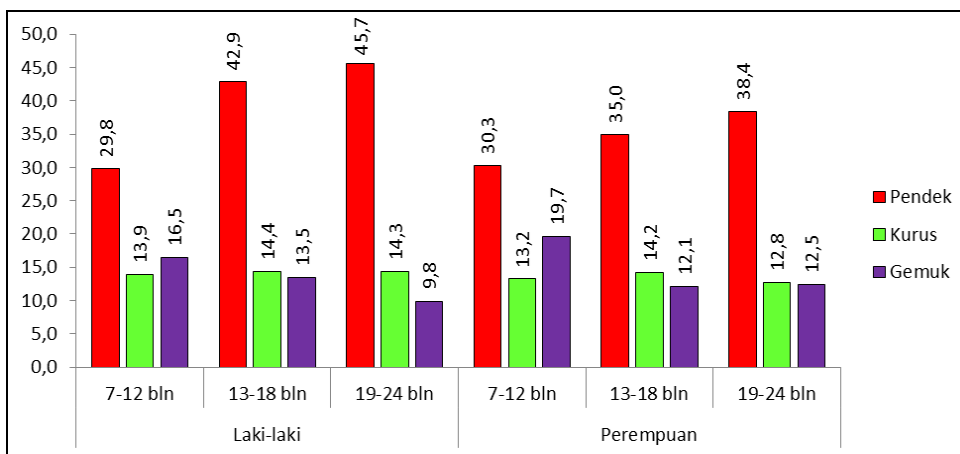
Sumber: Litbang-Kemkes

Gambar 5.
Proporsi Berat Badan Lahir Dan Proporsi Masalah Gizi
Pada Bayi 0-6 Bulan, 2007-2010



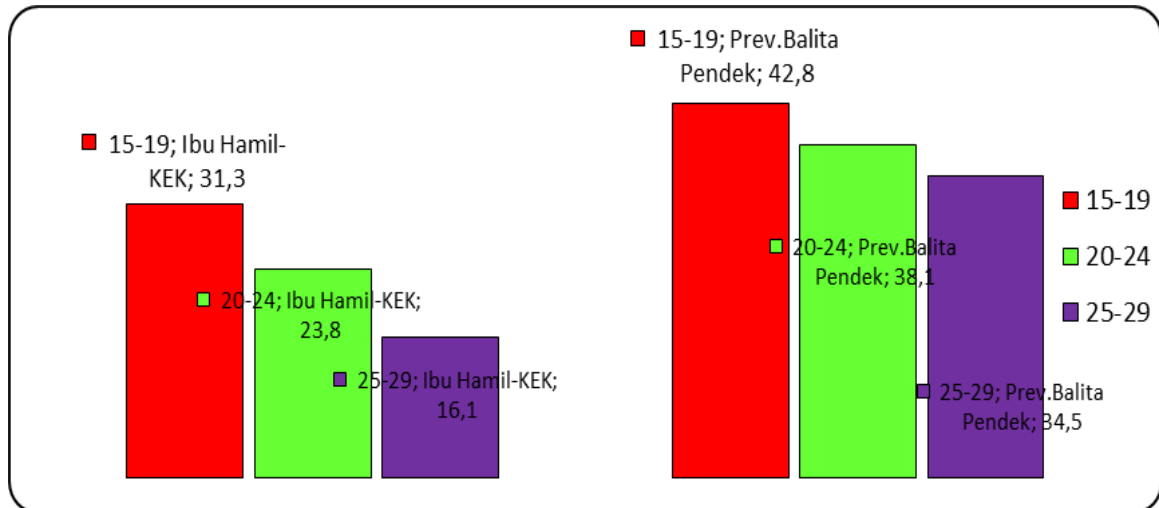
Sumber: Litbang-Kemkes

Gambar 6
Proporsi Pendek, Kurus, Dan Gemuk Anak 7-24 Bulan, 2010



Sumber: Litbang-Kemkes

Gambar 7
Proporsi Ibu Hamil Kek Dan Prevalensi Stunting Pada Balita
Dari Ibu Usia 15-29 Tahun, 2010



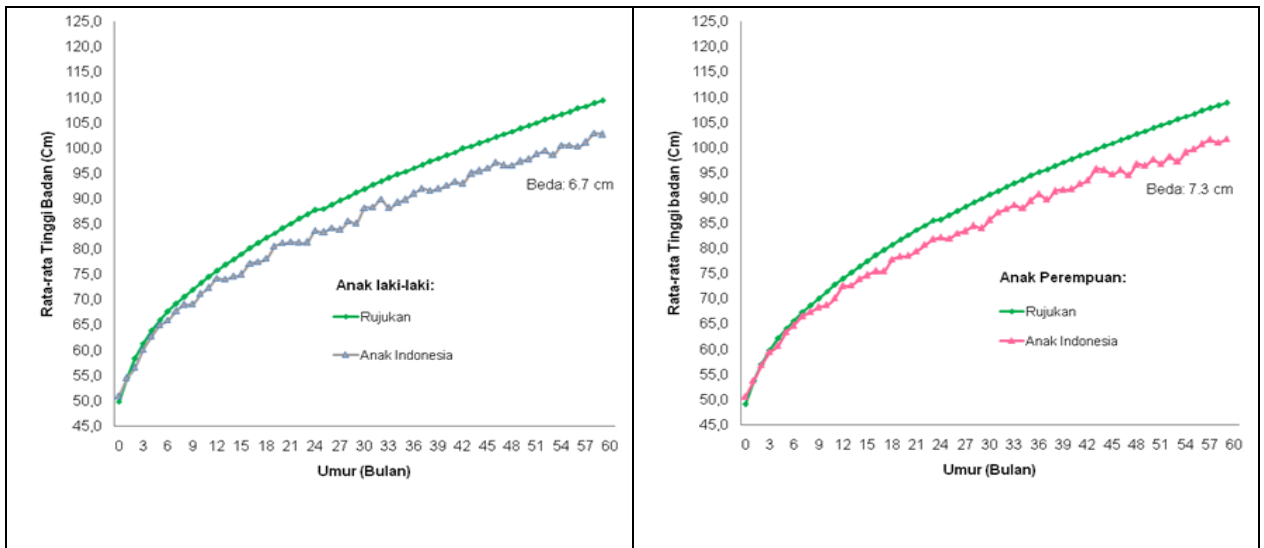
Sumber: Litbang-Kemkes

Tabel 12
Jumlah Penduduk Dan Jumlah Stunting Menurut Kelompok Umur
Dan Jenis Kelamin, Tahun 2012

Kelompok Umur	Penduduk		Stunting	
	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan
0-4	12.232.970	11.555.525	4.562.898	3.905.767
5-9	12.560.280	11.831.646	4.584.502	4.081.918
10-14	12.233.447	11.560.746	4.599.776	3.757.242
15-19	11.132.591	10.766.245	4.041.130	2.788.458
Jumlah	48.159.288	45.714.162	17.788.306	14.533.385

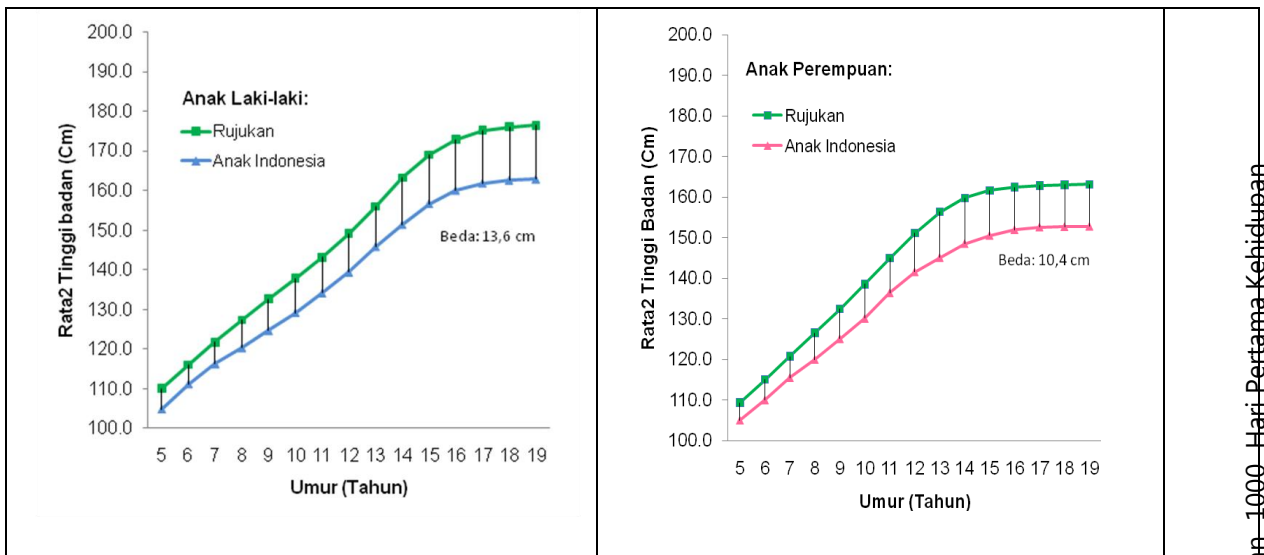
Sumber: Litbang-Kemkes

Gambar 8A
Rata-rata Tinggi Badan Anak Balita Indonesia: Laki-laki dan Perempuan
Dibanding Rata-rata Tinggi Badan Rujukan WHO



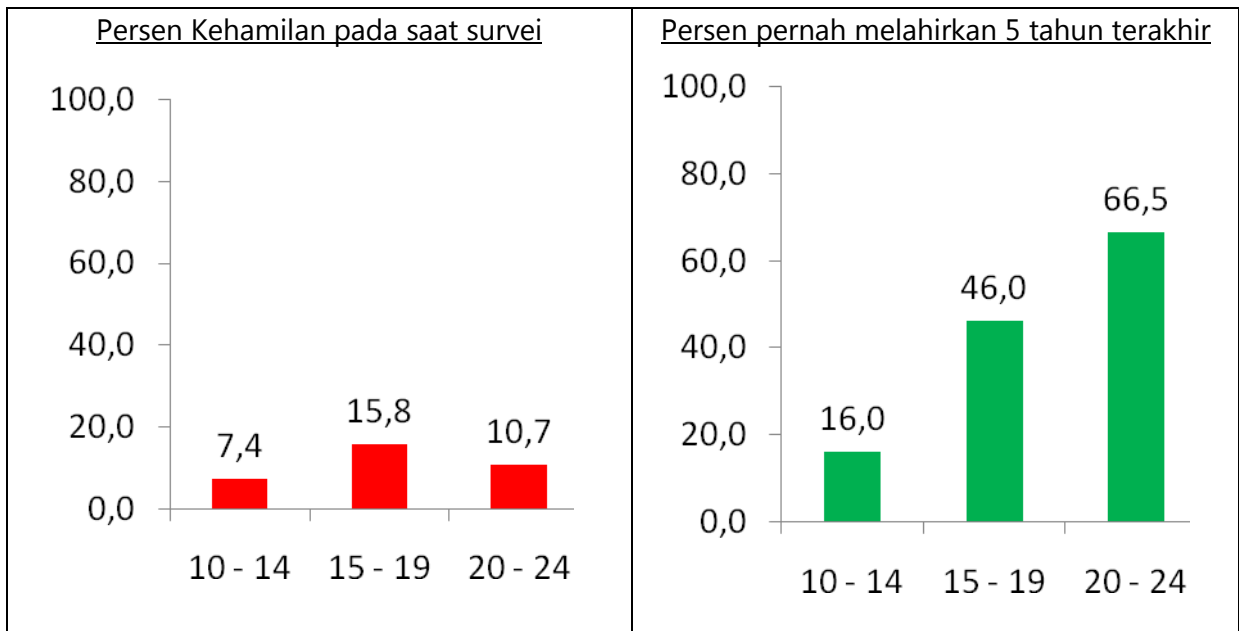
Sumber: Litbang-Kemkes

Gambar 8B
Tinggi Badan Rata-rata Anak Indonesia Usia 5-19 tahun: Laki-laki dan Perempuan
Dibanding Tinggi Badan Rata-rata Rujukan WHO



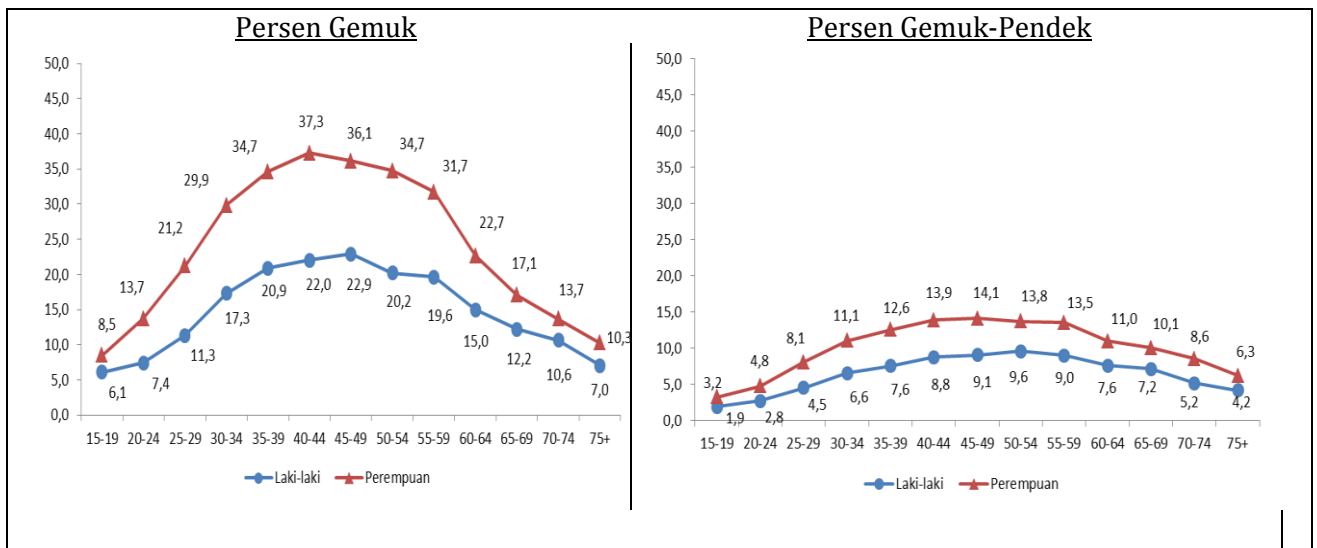
Sumber: Litbang-Kemkes

Gambar 9
Persentase Kehamilan Dan Melahirkan Pada Perempuan
Menikah 10-24 Tahun, 2010



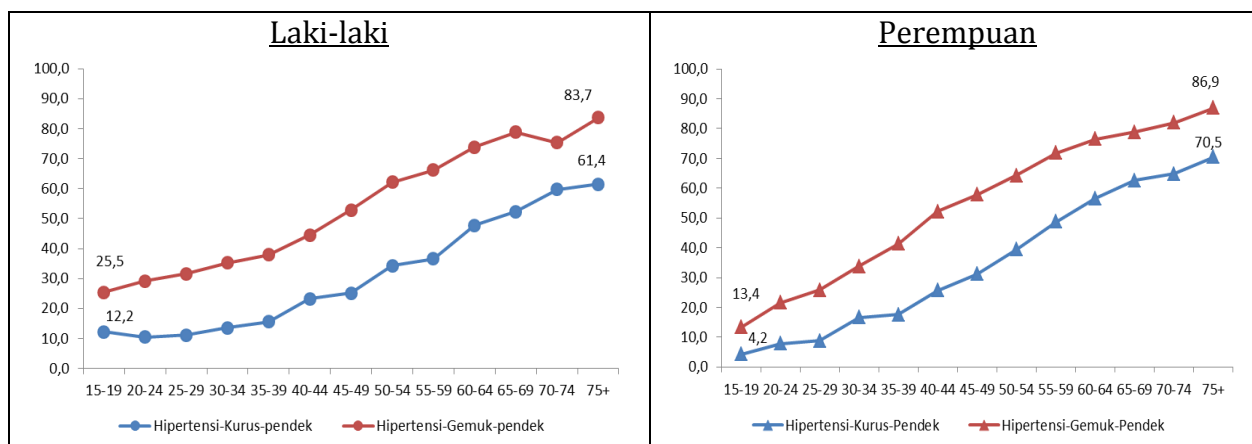
Sumber: Litbang-Kemkes

Gambar 10
Proporsi Gemuk Dan Gemuk-Pendek Usia Dewasa Menurut Jenis Kelamin, 2010



Sumber: Litbang-Kemkes

Gambar 11
Proporsi Hipertensi Pada Kelompok Kurus-Pendek
Dan Gemuk-Pendek Menurut Jenis Kelamin, 2007



Sumber: Litbang-Kemkes

Ucapan terimakasih :

Abas B. Jahari, Arum Atmawikarta, Atmarita, Dini Latief, Drajat Martianto, Endang L Achadi, Fasli Djalal, Hamam Hadi, Hardinsyah, Hidayat Syarief, Idrus Jus'at, Razak Thaha, Rachmi Oentoro, dan Soekirman,