SEKRETARIAT WAKIL PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

KEMENTERIAN KOORDINATOR
BIDANG PEMBANGUNAN MANUSIA DAN KEBUDAYAAN

STRATEGI NASIONAL
PERCEPATAN PENCEGAHAN ANAK KERDIL *(STUNTING)*

PERIODE 2018 - 2024

Kementerian PPN/ Bappenas

TNP2K
TIM NASIONAL
PERCEPATAN PENANGGULANGAN KEMISKINAN

SEKRETARIAT WAKIL PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

KEMENTERIAN KOORDINATOR
BIDANG PEMBANGUNAN MANUSIA DAN KEBUDAYAAN

STRATEGI NASIONAL PERCEPATAN PENCEGAHAN ANAK KERDIL (*STUNTING*)

PERIODE 2018-2024

Kementerian PPN/ Bappenas

TNP2K
TIM NASIONAL
PERCEPATAN PENANGGULANGAN KEMISKINAN

Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (*Stunting*)

Edisi Kedua, Cetakan Pertama, Juli 2019

Hak Cipta dilindungi Undang-Undang
© 2019 Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia

Gambar Cover: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan

Anda dipersilahkan untuk menyalin, menyebarkan, atau mengirimkan karya ini untuk tujuan non-komersial.

Untuk meminta salinan Strategi Nasional ini atau keterangan lebih lanjut mengenai buku ini, silahkan hubungi:

Sekretariat Percepatan Pencegahan *Stunting*
Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia
Jl. Kebon Sirih No. 14
Jakarta Pusat 10110
Tel: (021) 3912812
Fax: (021) 3912511

KEMENTERIAN/LEMBAGA PELAKSANA PROGRAM/KEGIATAN PENCEGAHAN ANAK KERDIL *(STUNTING)*

SEKRETARIAT WAKIL PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

KEMENTERIAN KOORDINATOR
BIDANG PEMBANGUNAN MANUSIA DAN KEBUDAYAAN

KEMENTERIAN KEUANGAN
REPUBLIK INDONESIA

Kementerian PPN/
Bappenas

KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

KEMENTERIAN KELAUTAN DAN PERIKANAN

KOMINFO

KEMENTERIAN SOSIAL
REPUBLIK INDONESIA

KEMENTERIAN
PERDAGANGAN
REPUBLIK INDONESIA
MINISTRY OF TRADE

Kementerian
Perindustrian
REPUBLIK INDONESIA

RISTEKDIKTI

SEKRETARIAT KABINET
REPUBLIK INDONESIA

BkkbN

KEMENTERIAN
PEMBERDAYAAN PEREMPUAN
DAN PERLINDUNGAN ANAK
REPUBLIK INDONESIA

KEMENTERIAN NEGARA KOPERASI
DAN USAHA KECIL DAN MENENGAH
REPUBLIK INDONESIA

TNP2K
TIM NASIONAL
PERCEPATAN PENANGGULANGAN KEMISKINAN

BADAN PUSAT STATISTIK

BADAN POM

WAKIL PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

KATA PENGANTAR

Generasi penerus bangsa harus sehat, cerdas, kreatif, dan produktif. Jika anak-anak terlahir sehat, tumbuh dengan baik dan didukung oleh pendidikan yang berkualitas maka mereka akan menjadi generasi yang menunjang kesuksesan pembangunan bangsa. Sebaliknya jika anak- anak terlahir dan tumbuh dalam situasi kekurangan gizi kronis, mereka akan menjadi anak kerdil (*stunting*).

Kekerdilan (*stunting*) pada anak mencerminkan kondisi gagal tumbuh pada anak Balita (Bawah Lima Tahun), sehingga anak menjadi terlalu pendek untuk usianya. Hal ini disebabkan karena kekurangan gizi kronis yang terjadi sejak bayi dalam kandungan hingga usia dua tahun. Dengan demikian periode 1.000 hari pertama kehidupan seyogyanya mendapat perhatian khusus karena menjadi penentu tingkat pertumbuhan fisik, kecerdasan, dan produktivitas seseorang di masa depan.

Pencegahan anak kerdil (*stunting*) perlu koordinasi antar sektor dan melibatkan berbagai pemangku kepentingan seperti Pemerintah, Pemerintah Daerah, dunia usaha, masyarakat umum, dan lainnya. Presiden dan Wakil Presiden telah berkomitmen untuk memimpin langsung upaya percepatan penurunan angka prevalensi anak kerdil (*stunting*) sehingga penurunannya dapat terjadi secara merata di seluruh wilayah Indonesia.

Dokumen "Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting*" ini disusun sebagai panduan untuk mendorong terjadinya kerja sama antar lembaga untuk memastikan konvergensi seluruh program/kegiatan terkait pencegahan anak kerdil (*stunting*). Utamanya untuk meningkatkan cakupan dan kualitas intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif pada kelompok ibu hamil, ibu menyusui, dan anak berusia 0-23 bulan atau rumah tangga 1.000 hari pertama kehidupan.

Saya berharap agar buku ini digunakan sebagai acuan bersama, agar seluruh sumber daya yang tersedia dapat difokuskan bagi upaya mempercepat penurunan angka prevalensi anak kerdil (*stunting*) di Indonesia.

Jakarta, November 2018
WAKIL PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA

M. JUSUF KALLA

DAFTAR SINGKATAN

ADD	: Alokasi Dana Desa
APBD	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBDesa	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa
APBN	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
ASI	: Air Susu Ibu
Bappeda	: Badan Perencanaan Pembangunan Daerah
Bappenas	: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
Baduta	: Anak umur di bawah dua tahun
Balita	: Anak umur di bawah lima tahun
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
BKB	: Bina Keluarga Balita
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BPNT	: Bantuan Pangan Non Tunai
BPOM	: Badan Pengawasan Obat dan Makanan
DAK	: Dana Alokasi Khusus
DPA	: Dokumen Pelaksanaan Anggaran
E-Monev	: Sistem Elektronik Monitoring Evaluasi
Germas	: Gerakan Masyarakat Hidup Sehat
Gernas	: Gerakan Nasional
HPK	: Hari Pertama Kehidupan
IKPS	: Indeks Khusus Penurunan *Stunting*
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
KB	: Keluarga Berencana
KEK	: Kekurangan Energi Kronik
Komnas PPG	: Komite Nasional Percepatan Perbaikan Gizi
KPM	: Kader Pembangunan Manusia
KRISNA	: Kolaborasi Perencanaan dan Informasi Kinerja Anggaran
KRPL	: Kawasan Rumah Pangan Lestari
KUA	: Kebijakan Umum Anggaran
Menko Kesra	: Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat
Menko PMK	: Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan
MTBS	: Manajemen Terpadu Balita Sakit
NSPK	: Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria
OM-SPAN	: Online-Monitoring Sistem Perbendaharaan dan Anggaran Negara
OPD	: Organisasi Perangkat Daerah
PAUD	: Pendidikan Anak Usia Dini

PDB	: Produk Domestik Bruto
Perpres	: Peraturan Presiden
PKH	: Program Keluarga Harapan
PPAS	: Prioritas dan Pagu Anggaran Sementara
PPG	: Percepatan Perbaikan Gizi
PMBA	: Pemberian Makan Bayi dan Anak
PMK	: Pembangunan Manusia dan Kebudayaan
PSG	: Pemantauan Status Gizi
RAPG	: Rencana Aksi Pangan dan Gizi
RI	: Republik Indonesia
RKA-K/L	: Rencana Kerja dan Anggaran – Kementerian/Lembaga
RKP	: Rencana Kerja Pemerintah
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
RPJMN	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RDS	: Rumah Desa Sehat
SDGs	: *Sustainable Development Goals*
Seknas PPG	: Sekretariat Nasional Percepatan Perbaikan Gizi
SPM	: Standar Pelayanan Minimal
Setda	: Sekretariat Daerah
Setwapres	: Sekretariat Wakil Presiden
SMART	: Sistem Monitoring dan Evaluasi Kinerja Terpadu
Stranas *Stunting*	: Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting*
SUN	: *Scaling Up Nutrition*
TA Pool	: *Technical Assistant Pool*
TKPKD	: Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Daerah
TNP2K	: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan
TP	: Tugas Pembantuan
TPB	: Tujuan Pembangunan Berkelanjutan
TTD	: Tablet Tambah Darah
UKBM	: Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat
WHA	: *World Health Assembly*

DAFTAR ISI

Kata Pengantar 1
Daftar Singkatan 4
Daftar Isi 7
Daftar Lampiran 8
Daftar Gambar 9
Daftar Tabel 9
Daftar Kotak 9
1. Pendahuluan 10
1.1. Definisi dan Konteks *Stunting* di Indonesia 10
1.2. Faktor Penyebab dan Kendala Implementasi 12
1.3. Dasar Hukum dan Komitmen Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting* 14
1.3.1. Dasar Hukum 14
1.3.2. Komitmen Nasional 15
2. Tujuan dan Prioritas 18
2.1. Tujuan 18
2.2. Sasaran dan Wilayah Prioritas 20
2.3. Intervensi 22
2.3.1. Intervensi Gizi Spesifik 22
2.3.2. Intervensi Gizi Sensitif 23
3. Percepatan Pencegahan *Stunting* 26
3.1. Pilar 1: Komitmen dan Visi Kepemimpinan Nasional dan Daerah 28
3.1.1. Tujuan 28
3.1.2. Strategi Pencapaian 28
3.1.3. Instrumen Pelaksanaan 29
3.2. Pilar 2: Kampanye Nasional dan Komunikasi Perubahan Perilaku 30
3.2.1. Tujuan 30
3.2.2. Strategi Pencapaian 30
3.2.3. Instrumen Pelaksanaan 31
3.3. Pilar 3: Konvergensi Program Pusat, Daerah, dan Desa 33
3.3.1. Tujuan 33
3.3.2. Strategi Pencapaian 33
3.3.3. Instrumen Pelaksanaan 35
3.4. Pilar 4: Ketahanan Pangan dan Gizi 36

3.4.1. Tujuan 36
3.4.2. Strategi Pencapaian 37
3.4.3. Instrumen Pelaksanaan 37
3.5. Pilar 5: Pemantauan dan Evaluasi 38
3.5.1. Tujuan 38
3.5.2. Kerangka Hasil 39
3.5.3. Indikator Kinerja dan Capaian 41
3.5.4. Laporan Percepatan Pencegahan *Stunting* Nasional 42
3.5.5. Strategi Pencapaian 43
3.5.6. Instrumen Pelaksanaan 43
4. Koordinasi dan Peran Para Pemangku Kepentingan 46
4.1. Kerangka Koordinasi 46
4.1.1. Komite Pengarah 48
4.1.2. Komite Teknis 48
4.1.3. Sekretariat Nasional Percepatan Perbaikan Gizi 49
4.1.4. Kerangka Koordinasi Tiap Daerah 49
4.2. Peran Para Pemangku Kepentingan 50
4.2.1. Pemerintah Pusat 50
4.2.2. Pemerintah Provinsi 51
4.2.3. Pemerintah Kabupaten/Kota 51
4.2.4. Pemerintah Desa 52
4.2.5. Non-Pemerintah 53
5. Kerangka Pembiayaan 54
5.1. Sumber Pembiayaan 54
5.2. Masalah Pembiayaan 58
5.3. Strategi Pencapaian Pembiayaan 58
5.4. Mekanisme Pembiayaan untuk Aksi Konvergensi/Integrasi 60

Daftar Lampiran

Lampiran 1: Matriks Standar Intervensi Gizi 65
Lampiran 2: Matriks Bukti Intervensi Gizi 79
Lampiran 3: Kerangka Pemantauan dan Evaluasi Strategi Nasional 97

Daftar Gambar

Gambar 1.1. Kerangka Konsep Penyebab dan Pencegahan *Stunting* 12
Gambar 2.1. Distribusi Geografis Prevalensi *Stunting* menurut Provinsi 21
Gambar 2.2. Lokasi Intervensi dan Strategi Perluasan 21
Gambar 3.1. Lima Pilar Percepatan Pencegahan *Stunting* 28
Gambar 3.2. Kerangka Hasil Percepatan Penurunan *Stunting* 40
Gambar 5.1. Skema Sumber Pembiayaan untuk Konvergensi Pencegahan *Stunting* 56

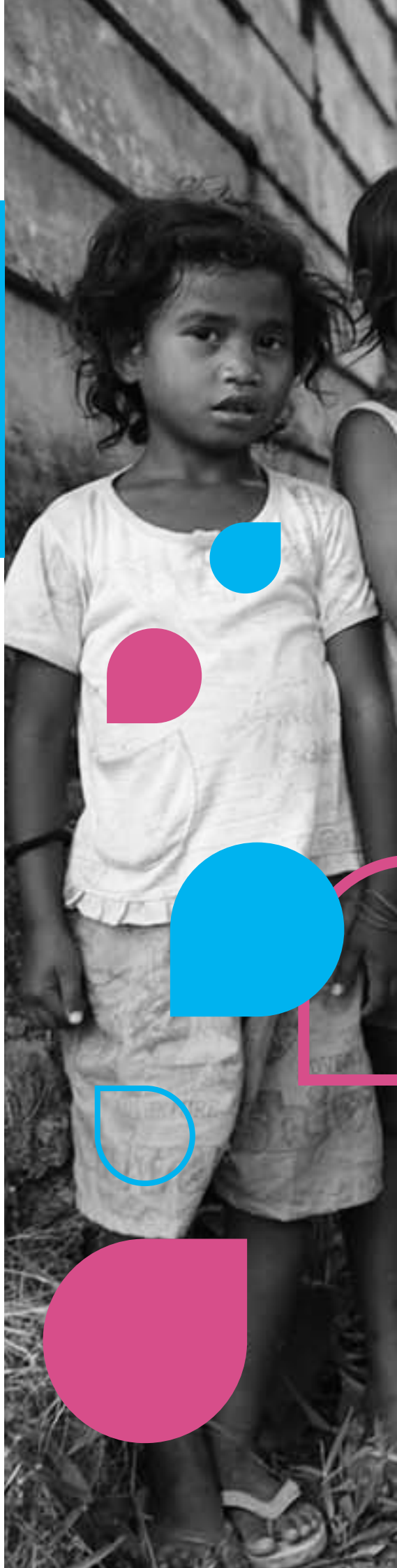
Daftar Tabel

Tabel 1.1. Akses Terhadap Pelayanan Gizi Konvergen Pada Anak 0-23 Bulan 14
Tabel 2.1. Intervensi Gizi Spesifik Percepatan Pencegahan *Stunting* 22
Tabel 2.2. Intervensi Gizi Sensitif Percepatan Pencegahan *Stunting* 24
Tabel 3.1. Capaian dan Indikator Kinerja 41

Daftar Kotak

Kotak 1.1. Kendala dalam Penyelenggaraan Percepatan Pencegahan *Stunting* 13

BAB 1
PENDAHULUAN



1.1. Definisi dan Konteks *Stunting* di Indonesia

1. *Stunting* atau sering disebut kerdil atau pendek adalah kondisi gagal tumbuh pada anak berusia di bawah lima tahun (balita) akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang terutama pada periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu dari janin hingga anak berusia 23 bulan. Anak tergolong *stunting* apabila panjang atau tinggi badannya berada di bawah minus dua standar deviasi panjang atau tinggi anak seumurnya.[1]

2. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan penurunan prevalensi *stunting* Balita di tingkat nasional sebesar 6,4% selama periode 5 tahun, yaitu dari 37,2% (2013) menjadi 30,8% (2018). Sedangkan untuk balita normal terjadi peningkatan dari 48,6% (2013) menjadi 57,8% (2018).

3. *Global Nutrition Report* 2016 mencatat bahwa prevalensi *stunting* di Indonesia berada pada peringkat 108 dari 132 negara. Dalam laporan sebelumnya, Indonesia tercatat sebagai salah satu dari 17 negara yang mengalami beban ganda gizi, baik kelebihan maupun kekurangan gizi.[2] Di kawasan Asia Tenggara, prevalensi *stunting* di Indonesia merupakan tertinggi kedua, setelah Kamboja.[3]

[1] Peraturan Menteri Kesehatan nomor 1995/Menkes/XII/2010.
[2] International Food Policy Research Institute. (2014). *The 2014 Global Nutrition Report*. IFPRI: Washington DC.
[3] International Food Policy Research Institute. (2016). *The 2016 Global Nutrition Report*. IFPRI: Washington DC.

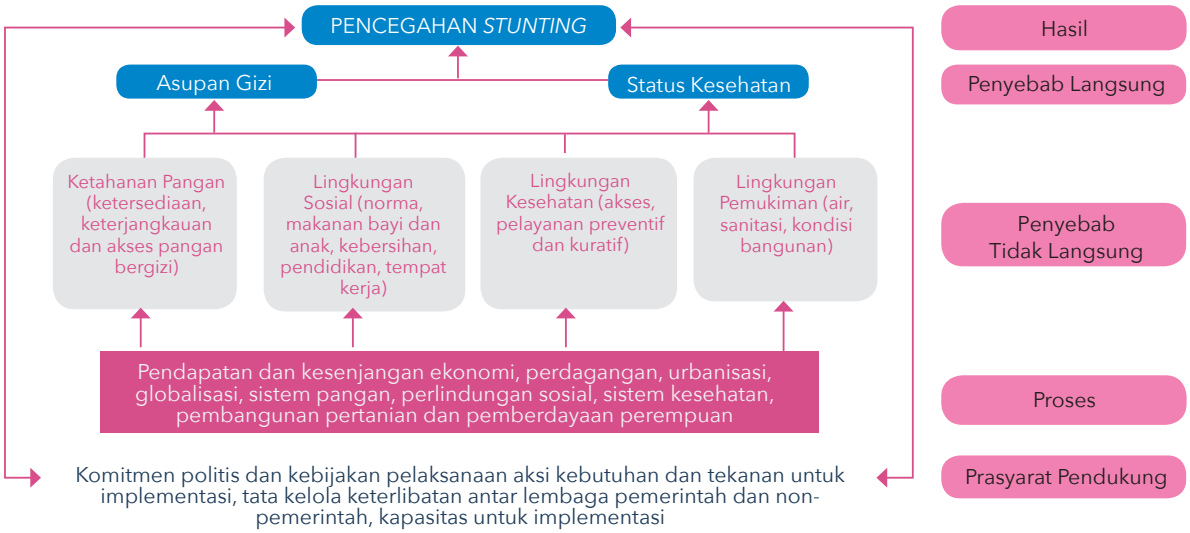
4. *Stunting* dan kekurangan gizi lainnya yang terjadi pada 1.000 HPK di samping berisiko menghambat pertumbuhan fisik dan kerentanan anak terhadap penyakit, juga menghambat perkembangan kognitif yang akan berpengaruh pada tingkat kecerdasan dan produktivitas anak di masa depan. *Stunting* dan masalah gizi lain diperkirakan menurunkan produk domestik bruto (PDB) sekitar 3% per tahun.[4]

1.2. Faktor Penyebab dan Kendala Implementasi

5. Berdasarkan kerangka penyebab masalah gizi "*The Conceptual Framework of the Determinants of Child Undernutrition*"[5] dan "*The Underlying Drivers of Malnutrition*"[6], pencegahan *stunting* perlu dititikberatkan pada penanganan penyebab masalah gizi yang langsung maupun tidak langsung. Penyebab langsung mencakup masalah kurangnya asupan gizi dan penyakit infeksi. Sementara, penyebab tidak langsung mencakup ketahanan pangan (akses pangan bergizi), lingkungan sosial (pemberian makanan bayi dan anak, kebersihan, pendidikan, dan tempat kerja), lingkungan kesehatan (akses pelayanan preventif dan kuratif), dan lingkungan pemukiman (akses air bersih, air minum, dan sarana sanitasi). Keempat faktor tidak langsung tersebut mempengaruhi asupan gizi dan status kesehatan ibu dan anak. Intervensi terhadap keempat faktor penyebab tidak langsung diharapkan dapat mencegah masalah gizi.

6. Penyebab langsung dan tidak langsung tersebut di atas dipengaruhi oleh berbagai faktor yang meliputi pendapatan dan kesenjangan ekonomi, perdagangan, urbanisasi, globalisasi, sistem pangan, jaminan sosial, sistem kesehatan, pembangunan pertanian, dan pemberdayaan perempuan. Untuk mengatasi penyebab *stunting*, diperlukan prasyarat pendukung yang mencakup: (a) Komitmen politik dan kebijakan untuk pelaksanaan; (b) Peran aktif pemerintah dan non-pemerintah; dan (c) Kapasitas untuk melaksanakan. Gambar 1-1 menunjukkan bahwa pencegahan *stunting* memerlukan pendekatan yang menyeluruh dan konvergen, yang harus dimulai dari pemenuhan prasyarat pendukung.

Gambar 1.1. Kerangka Konsep Penyebab dan Pencegahan *Stunting*



Sumber: UNICEF 1997 dan IFPRI, 2016 disesuaikan dengan konteks Indonesia

[4] World Bank. (2014). *Better Growth Through Improved Sanitation and Hygiene Practices*. WB: Indonesia.
[5] UNICEF. (2013). *Improving Child Nutrition, The Achievable Imperative for Global Progress*. UNICEF: New York.
[6] International Food Policy Research Institute. (2016). *From Promise to Impact Ending malnutrition by 2030*. IFPRI: Washington DC.

7. Pencegahan *stunting* memerlukan intervensi gizi yang konvergen, mencakup intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif. Intervensi gizi spesifik dilakukan untuk menanggulangi faktor penyebab langsung, sedangkan intervensi gizi sensitif untuk penyebab tidak langsung. Pengalaman global[7] menunjukkan bahwa penyelenggaraan intervensi yang konvergen untuk menyasar kelompok prioritas di lokasi prioritas merupakan kunci keberhasilan perbaikan gizi, tumbuh kembang anak, dan pencegahan *stunting*. Untuk memastikan konvergensi intervensi tersebut, diperlukan komitmen dari pimpinan nasional tertinggi.

8. Berbagai program terkait pencegahan *stunting* telah diselenggarakan, namun belum efektif dan belum terjadi dalam skala yang memadai seperti yang dijelaskan dalam Kotak 1.1.

Kotak 1.1. Kendala dalam Penyelenggaraan Percepatan Pencegahan *Stunting*

Penyelenggaraan intervensi gizi spesifik dan sensitif mulai dari pusat, daerah hingga tingkat desa belum konvergen, baik dari proses perencanaan dan penganggaran, pelaksanaan, pemantauan, maupun evaluasi.

Kebijakan dan program yang dilaksanakan oleh berbagai sektor belum memprioritaskan intervensi yang terbukti efektif. *Stunting* yang telah ditetapkan sebagai prioritas nasional di dalam RPJMN 2015-2019 belum dijabarkan menjadi program dan kegiatan prioritas oleh kementerian dan lembaga terkait.

Potensi sumber daya dan sumber dana belum diidentifikasi dan dimobilisasi secara optimal sehingga pengalokasian dan pemanfaatannya kurang efektif dan efisien untuk memastikan pemenuhan kebutuhan pencegahan *stunting* di tingkat kabupaten/kota.

Terdapat keterbatasan kapasitas penyelenggara program, ketersediaan, kualitas, dan pemanfaatan data untuk mengembangkan kebijakan. Program advokasi, sosialisasi, kampanye *stunting*, kegiatan konseling, dan keterlibatan masyarakat masih sangat terbatas.[8]

Secara umum, koordinasi program di berbagai tingkat administrasi pemerintahan lemah.

9. Berdasarkan Kajian Bank Dunia dan Kementerian Kesehatan,[9] pendekatan gizi yang terpadu dan konvergen yang mencakup semua layanan dasar sangat penting dilakukan untuk mencegah *stunting* dan masalah gizi. Hasil kajian seperti yang tertera di Tabel 1-1 menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil dan anak berusia di bawah dua tahun (baduta) tidak memiliki akses memadai terhadap layanan dasar. Hanya 28,7 % dari baduta yang memiliki akses terhadap empat layanan dasar secara simultan, umumnya mencakup akses terhadap akta kelahiran, air minum, sanitasi, dan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif. Lebih dari itu, hanya 0,1 % dari ibu

[7] Huicho L, et.al. (2017). Factors behind the success story of under-five *stunting* in Peru: a district ecological multi-level analysis. BMC Pediatrics. (2017) 17:29.
[8] UNICEF. *Institutional Capacity Assessment for Nutrition*, 2018.
[9] World Bank dan Kementerian Kesehatan. (2017). *Operationalizing A Multisectoral Approach for the Reduction of Stunting in Indonesia*, 2017.

hamil dan baduta yang memiliki akses ke delapan layanan tersebut. Untuk itu, diperlukan upaya mendorong cakupan semua layanan dasar secara terpadu atau konvergen agar percepatan pencegahan *stunting* dapat berhasil.

Tabel 1.1. Akses Terhadap Pelayanan Gizi Konvergen Pada Anak 0-23 Bulan

Sektor Program/ Pelayanan	Indikator		Cakupan (%)	Konvergensi	Akses (%)
Kesehatan	1	Imunisasi dasar	35.6	Mendapatkan satu layanan	4.3
Gizi	2	ASI Eksklusif	60.2	Mendapatkan dua layanan	12.4
	3	Keragaman Makanan	32.5	Mendapatkan tiga layanan	25.4
Air Minum dan Sanitasi	4	Air minum	74.2	Mendapatkan empat layanan	28.7
	5	Sanitasi	68.0	Mendapatkan lima layanan	18.8
Pendidikan	6	Pendidikan Anak Usia Dini	8.4	Mendapatkan enam layanan	8.5
Pertanian	7	Skor kerawanan pangan	11.9	Mendapatkan tujuh layanan	1.2
Perlindungan sosial	8	Akta kelahiran	83.1	Mendapatkan delapan layanan	<0.1

Sumber: Bank Dunia dan Kementerian Kesehatan, 2017

1.3. Dasar Hukum dan Komitmen Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting*

10. Pemerintah telah memiliki dasar hukum untuk melakukan perbaikan status gizi dalam rangka percepatan pencegahan *stunting* yang tercermin dalam berbagai peraturan perundang-undangan dan kebijakan serta keterlibatan dalam gerakan global.

1.3.1. Dasar Hukum

11. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan meliputi di antaranya arah dan tujuan perbaikan gizi masyarakat. Tujuan tersebut adalah meningkatkan mutu gizi perorangan dan masyarakat, melalui: a) Perbaikan pola konsumsi makanan yang sesuai dengan gizi seimbang; b) Perbaikan perilaku sadar gizi, aktivitas fisik, dan kesehatan; c) Peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi yang sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi; dan d) Peningkatan sistem kewaspadaan pangan dan gizi.[10]

[10] Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat. Kerangka Kebijakan Gernas 1.000 HPK, 2013.

12. Undang-Undang No. 18 tahun 2012 tentang Pangan yang menyebutkan bahwa status gizi masyarakat merupakan salah satu pertimbangan dalam pembangunan pangan dan mewajibkan pemerintah pusat dan pemerintah daerah menyusun Rencana Aksi Pangan dan Gizi (RAPG) setiap lima tahun.

13. Peraturan Presiden (Perpres) No. 42 tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi (Gernas PPG). Gernas PPG dikoordinasikan oleh Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat (Menko Kesra) yang kemudian berubah menjadi Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan (Menko PMK) sebagai Ketua Gugus Tugas. Perpres ini merupakan wujud keterlibatan Indonesia dalam gerakan global *Scaling Up Nutrition* (SUN) 2011.

14. Sebagai bagian dari Gernas PPG, pemerintah menerbitkan Kerangka Kebijakan dan Panduan Perencanaan dan Penganggaran Gernas 1.000 HPK.[11] Pada tataran kebijakan, pemerintah memberikan perhatian besar terhadap pencegahan *stunting*. Indikator dan target pencegahan *stunting* telah dimasukkan sebagai sasaran pembangunan nasional dan tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019.[12]

15. Selain itu, pemerintah juga telah menetapkan Peraturan Presiden Nomor 59 tahun 2017 tentang Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB). Upaya percepatan perbaikan gizi merupakan bagian dari TPB tujuan dua yaitu mengakhiri kelaparan, mencapai ketahanan pangan dan nutrisi yang lebih baik dan mendukung pertanian berkelanjutan.

1.3.2. Komitmen Nasional

16. Pengalaman di beberapa negara yang telah berhasil menurunkan angka *stunting* menunjukkan pentingnya komitmen pimpinan tertinggi nasional untuk mempercepat penurunan prevalensi *stunting*.[13] Di Peru dan Brazil kepemimpinan Presiden dalam memprioritaskan upaya peningkatan gizi dan akses terhadap layanan kesehatan dapat menurunkan prevalensi *stunting* secara signifikan. Di Peru, prevalensi *stunting* turun dari 28,5 % menjadi 14,4 % dalam 8 tahun. Sementara di Brazil, prevalensi *stunting* berhasil diturunkan sebanyak 30 % dalam 30 tahun.

17. Di Indonesia, komitmen pimpinan tertinggi dalam percepatan pencegahan *stunting* dimulai dengan Rapat Tingkat Menteri pada tanggal 12 Juli 2017, yang dipimpin oleh Wakil Presiden. Dalam rapat tersebut, diputuskan bahwa pencegahan *stunting* penting dilakukan dengan pendekatan multi-sektor melalui sinkronisasi program- program nasional, lokal, dan masyarakat di tingkat pusat maupun daerah.

18. Pada Rapat Tingkat Menteri lanjutan tanggal 9 Agustus 2017, Wakil Presiden memutuskan Lima Pilar Pencegahan *Stunting*, yaitu: 1) Komitmen dan visi pemimpinan tertinggi negara; 2) Kampanye nasional berfokus pada pemahaman perubahan perilaku, komitmen politik, dan akuntabilitas;

---

[11] Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat. Pedoman Perencanaan Program Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi Dalam Rangka 1.000 HPK, 2013.
[12] Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015-2019.
[13] Huicho L, et.al. (2017). Factors behind the success story of under-five *stunting* in Peru: a district ecological multi-level analysis. BMC Pediatrics. (2017) 17:29.

3) Konvergensi, koordinasi, dan konsolidasi program nasional, daerah, dan masyarakat; 4) Mendorong kebijakan *nutritional food security*; dan 5) Pemantauan dan evaluasi. Di samping itu, juga ditetapkan Kementerian/Lembaga penanggung jawab upaya percepatan pencegahan *stunting*, wilayah prioritas dan strategi percepatan pencegahan *stunting*, serta menyiapkan strategi kampanye nasional *stunting*.

19. Pada Rapat Terbatas tanggal 5 April 2018 tentang pencegahan *stunting*, Presiden memberikan arahan kepada Menteri Koordinator Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, Menteri Kesehatan serta para Pimpinan Kementerian dan Lembaga untuk menangani permasalahan *stunting* secara terintegrasi.

Hak cipta foto © UNICEF Indonesia/2012/Estey

BAB 2

TUJUAN DAN PRIORITAS

20. Pencegahan *stunting* menyasar berbagai penyebab langsung dan tidak langsung yang memerlukan kerjasama dan koordinasi lintas sektor di seluruh tingkatan pemerintah, swasta dan dunia usaha serta masyarakat. Oleh karena itu, diperlukan dokumen acuan yang dapat digunakan untuk memastikan koordinasi tersebut terlaksana secara konvergen untuk seluruh intervensi. Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting* diharapkan dapat menjadi acuan bagi seluruh pemangku kepentingan dalam mendukung komitmen para pimpinan nasional baik di pusat maupun daerah.

2.1. Tujuan

21. Tujuan umum Stranas *Stunting* adalah mempercepat pencegahan *stunting* dalam kerangka kebijakan dan institusi yang ada. Tujuan tersebut akan dicapai melalui lima tujuan khusus sebagai berikut:

    a. Memastikan pencegahan *stunting* menjadi prioritas pemerintah dan masyarakat di semua tingkatan;
    b. Meningkatkan kesadaran dan pemahaman serta mendorong perubahan perilaku untuk mencegah *stunting*;

GOODS //ORG.T
NYC ORIGINAL DESIGNS
URBAN STREET STYLE WEAR
MADE FOR COOL OUTLOOK
COMFORT & ENDURANCE
INDIGO
UNITED
AUTH
Fly
Emirates

c. Memperkuat konvergensi melalui koordinasi serta konsolidasi program dan kegiatan pusat, daerah, hingga tingkat desa;
d. Meningkatkan akses terhadap makanan bergizi dan mendorong ketahanan pangan; dan
e. Meningkatkan pemantauan dan evaluasi sebagai dasar untuk memastikan pemberian layanan yang bermutu, peningkatan akuntabilitas, dan pembelajaran.

22. Target penurunan prevalensi *stunting* di Indonesia diselaraskan dengan target global, yaitu target *World Health Assembly* (WHA) untuk menurunkan prevalensi *stunting* sebanyak 40% pada tahun 2025 dari kondisi tahun 2013. Selain itu, target Tujuan Pembangunan Berkelanjutan/*Sustainable Development Goals* (TPB/SDGs) adalah menghapuskan semua bentuk kekurangan gizi pada tahun 2030. Untuk itu, diperlukan upaya percepatan penurunan *stunting* dari kondisi saat ini agar prevalensi *stunting* Balita turun menjadi 22% pada tahun 2025.

23. Untuk mencapai target penurunan tersebut, terdapat tiga skenario permodelan pencegahan *stunting*. Skenario pertama (pesimis): dengan upaya yang dilakukan saat ini, preval*ensi stunting* pada baduta akan turun sekitar 1-1,5% per tahun. Skenario kedua (moderat): dengan peningkatan upaya, preval*ensi stunting* pada baduta akan turun sebesar 1,5-2% per tahun dan dapat mencapai target WHA dan TPB. Skenario ketiga (optimis): dengan peningkatan upaya yang lebih optimis, preva*lensi stunting* pada baduta akan turun sekitar 2-2,5% per tahun.[14]

2.2. Sasaran dan Wilayah Prioritas

24. Untuk memastikan efektifitas kebijakan, upaya percepatan pencegahan *stunting* perlu menyasar kelompok prioritas yang mencakup ibu hamil, ibu menyusui, dan anak berusia 0-23 bulan, atau disebut rumah tangga 1.000 HPK. Kelompok itulah yang menjadi sasaran prioritas dari Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting*.

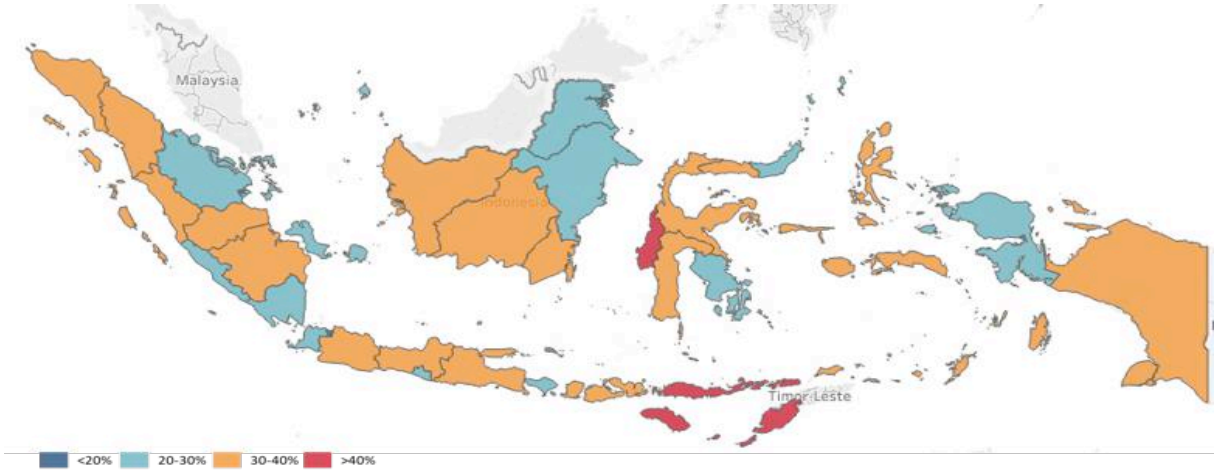
25. 1.000 HPK merupakan masa yang paling kritis dalam tumbuh kembang anak.[15] Di Indonesia, gangguan pertumbuhan terbesar terjadi pada periode ini. Sebanyak 48,9% ibu hamil menderita anemia dan sebagian lainnya mengalami gangguan Kurang Energi Kronik (KEK). Hal tersebut menyebabkan prevalensi bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), yang merupakan salah satu penyebab utama *stunting*, masih tinggi, yaitu sekitar 6,2%. Pemberian ASI, makanan, dan pola asuh pada periode 0-23 bulan yang tidak tepat mengganggu tumbuh kembang anak. Riskesdas 2013 mencatat bahwa penurunan tumbuh kembang anak merupakan akibat dari buruknya pola makan bayi dan anak. Hal ini menyebabkan peningkatan prevalensi *stunting* dari 29% (0-6 bulan), ke 39% (6-11 bulan), dan menjadi 42% (usia 24-35 bulan). Namun, *stunting* juga dipengaruhi oleh gizi ibu pada periode sebelumnya, terutama pada periode pra konsepsi, yaitu wanita usia subur dan remaja putri.[16]

26. Selain menyasar kelompok prioritas pencegahan *stunting*, anak usia 24-59 bulan, wanita usia subur (WUS), dan remaja putri merupakan kategori sasaran penting. Sasaran penting ini perlu diintervensi apabila semua sasaran prioritas telah terlayani secara optimal.

[14] Rokx, C., Subandoro, A ., Gallaghe, P. (2018). *Aiming high, Indonesia's ambition to reduce stunting*. World Bank: Washington DC.
[15] Karakochuk, C.D., et al (2017). *The biology of the first 1,000 days*. Los Angeles: CRC Press.
[16] Vaivada, et al. (2017). Evidence-based intervention for improvement of maternal and child nutrition in low income settings: What's new?. Curr Opin Clinic Nutrition 20(30): 204-210.

27. Berdasarkan Riskesdas 2018 (Gambar 2.1.), sebanyak 2 provinsi mempunyai prevalensi *stunting* di atas 40%, yang tergolong sangat tinggi; 18 provinsi mempunyai prevalensi *stunting* antara 30-40 % yang tergolong tinggi. Hanya Provinsi DKI Jakarta yang mempunyai prevalensi *stunting* di bawah 20%, yang tergolong sedang dan rendah. Selain *stunting*, prevalensi kurus (*wasting*) di beberapa Provinsi juga sangat tinggi, yaitu di atas 10 %. Hal ini mengindikasikan besarnya kasus kekurangan gizi akut, dengan risiko kematian yang sangat tinggi, yaitu 10 kali lebih besar dibandingkan dengan anak normal.[17]

Gambar 2.1. Distribusi Geografis Prevalensi *Stunting* menurut Provinsi



Sumber: Riset Kesehatan Dasar Kementerian Kesehatan, 2018.

28. Percepatan pencegahan *stunting* diselenggarakan di seluruh kabupaten/kota secara bertahap. Pentahapan perluasan dan penentuan kabupaten/kota prioritas ditetapkan setiap tahun oleh Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas) dan dituangkan dalam Rencana Kerja Pemerintah (RKP).

29. Penentuan kabupaten/kota prioritas percepatan pencegahan *stunting* dibagi menjadi beberapa tahapan. Tahap pertama di 2018, pemerintah fokus pada penyelenggaraan intervensi di 100 kabupaten/kota. Tahap kedua di 2019, penyelenggaraan intervensi diperluas menjadi 160 kabupaten/kota. Tahap ketiga (2020-2023), kegiatan akan diperluas ke seluruh kabupaten/kota secara bertahap (gambar 2.2).

Gambar 2.2. Lokasi Intervensi dan Strategi Perluasan

[17] Black RE, et.al. (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*. 371:243-60.

2.3. Intervensi

30. Upaya percepatan pencegahan *stunting* perlu menyasar penyebab langsung dan tidak langsung melalui pendekatan menyeluruh yang mencakup intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif.

2.3.1. Intervensi Gizi Spesifik

Intervensi gizi spesifik menyasar penyebab langsung *stunting* yang meliputi kurangnya asupan makanan dan gizi serta penyakit infeksi. Umumnya, intervensi ini dilakukan oleh sektor kesehatan.

31. Terdapat tiga kelompok intervensi gizi spesifik:

    a. **Intervensi prioritas**, yaitu intervensi yang diidentifikasi memiliki dampak langsung pada pencegahan *stunting* dan ditujukan untuk menjangkau semua sasaran prioritas.
    b. **Intervensi pendukung**, yaitu intervensi yang berdampak secara tidak langsung pada pencegahan *stunting* melalui mekanisme perbaikan gizi dan kesehatan, yang dilakukan setelah intervensi prioritas terpenuhi.
    c. **Intervensi prioritas sesuai kondisi tertentu**, yaitu intervensi yang diberikan kepada kelompok sasaran tertentu sesuai dengan kondisi, termasuk saat darurat bencana (program gizi darurat).[18]

    Pembagian kelompok ini dimaksudkan sebagai panduan bagi pelaksana program apabila terdapat keterbatasan sumber daya. Intervensi gizi spesifik pencegahan *stunting* dijelaskan secara ringkas dalam Tabel 2-1. Untuk penjelasan lebih lengkap terkait standar dan bukti intervensi gizi dapat dilihat pada Lampiran 1 dan 2.

Tabel 2.1. Intervensi Gizi Spesifik Percepatan Pencegahan *Stunting*

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Intervensi Pendukung	Intervensi Prioritas Sesuai Kondisi
Intervensi Gizi Spesifik – Sasaran Prioritas			
Ibu hamil	• Pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) • Pemberian suplementasi tablet tambah darah	• Pemberian suplementasi kalsium • Pemeriksaan kehamilan	• Perlindungan dari malaria • Pencegahan HIV

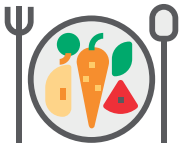
[18] Program gizi darurat mencakup kesiapan dan respon bencana, surveilans, dan intervensi sesuai kebutuhan sasaran.

Ibu menyusui dan anak 0-23 bulan	• Promosi dan konseling pemberian ASI eksklusif • Promosi dan konseling pemberian makan bayi dan anak (PMBA) • Penatalaksanaan gizi buruk • Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak gizi kurang • Pemantauan dan promosi pertumbuhan	• Pemberian suplementasi vitamin A • Pemberian suplementasi bubuk tabur gizi, seperti Taburia • Pemberian imunisasi • Pemberian suplementasi *zinc* untuk pengobatan diare • Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)	• Pencegahan kecacingan
Intervensi Gizi Spesifik – Sasaran Penting			
Remaja putri dan wanita usia subur	• Pemberian suplementasi tablet tambah darah		
Anak 24-59 bulan	• Penatalaksanaan gizi buruk • Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak gizi kurang • Pemantauan dan promosi pertumbuhan	• Pemberian suplementasi vitamin A • Suplementasi bubuk tabur gizi, seperti Taburia • Pemberian Suplementasi *zinc* untuk pengobatan diare • Manajemen terpadu balita sakit (MTBS)	• Pencegahan kecacingan

2.3.2. Intervensi Gizi Sensitif

32. Intervensi gizi sensitif mencakup: (a) Ketahanan pangan (Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan); (b) Peningkatan akses pangan bergizi; (c) Peningkatan kesadaran, komitmen dan praktik pengasuhan gizi ibu dan anak; dan (d) Peningkatan penyediaan air bersih, air minum, dan sarana sanitasi. Sasaran intervensi gizi sensitif adalah keluarga dan masyarakat umum. Intervensi gizi sensitif umumnya dilaksanakan di luar sektor kesehatan melalui berbagai program dan kegiatan sebagaimana tercantum di dalam Tabel 2-2. Program atau kegiatan intervensi dalam tabel tersebut dapat ditambah dan disesuaikan dengan kondisi masyarakat setempat.

Tabel 2.2. Intervensi Gizi Sensitif Percepatan Pencegahan *Stunting*

KELOMPOK INTERVENSI	JENIS INTERVENSI
Peningkatan penyediaan air bersih dan sanitasi	• Penyediaan akses air bersih dan air minum • Penyediaan akses sanitasi yang layak
 Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan	• Penyediaan akses Jaminan Kesehatan, seperti Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) • Penyediaan akses kepada layanan kesehatan dan Keluarga Berencana (KB) • Penyediaan akses bantuan tunai bersyarat untuk keluarga kurang mampu, seperti Program Keluarga Harapan (PKH)
Peningkatan kesadaran, komitmen, dan praktik pengasuhan dan gizi ibu dan anak	• Penyebarluasan informasi mengenai gizi dan kesehatan melalui berbagai media • Penyediaan konseling perubahan perilaku antar pribadi • Penyediaan konseling pengasuhan untuk orang tua • Penyediaan akses pendidikan anak usia dini, promosi stimulasi anak usia dini, dan pemantauan tumbuh-kembang anak • Penyediaan konseling kesehatan reproduksi untuk remaja • Pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak
Peningkatan akses pangan bergizi	• Penyediaan akses bantuan pangan untuk keluarga kurang mampu, seperti Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) • Pengembangan pertanian dan peternakan untuk memenuhi kebutuhan pangan dan gizi di rumah tangga, seperti program Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL) • Fortifikasi bahan pangan utama, misalnya garam, tepung terigu, dan minyak goreng • Penguatan regulasi mengenai label dan iklan pangan

Hak cipta foto © UNICEF Indonesia/2012/Estey

BAB 3

PERCEPATAN PENCEGAHAN *STUNTING*

33. Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting* (Stranas *Stunting*) disusun berdasarkan kajian tentang pelaksanaan percepatan perbaikan gizi dan keberhasilan pencegahan *stunting* di negara-negara lain. Proses penyusunan Stranas *Stunting* dilakukan melalui rangkaian diskusi dan konsultasi publik dengan berbagai pihak, termasuk Kementerian/ Lembaga, akademisi dan organisasi profesi, organisasi masyarakat madani, serta dunia usaha.

34. Dengan adanya Stranas *Stunting*, diharapkan semua pihak di berbagai tingkatan paham akan perannya masing-masing serta perlunya kerjasama untuk mempercepat pencegahan *stunting*. Selain itu, para pihak juga dapat memastikan adanya keberpihakan pada kesetaraan gender, disabilitas, dan kelompok rentan. Stranas *Stunting* terdiri dari lima pilar sebagaimana pada Gambar 3.1.

Gambar 3.1. Lima Pilar Percepatan Pencegahan *Stunting*

PILAR 1	PILAR 2	PILAR 3	PILAR 4	PILAR 5
Komitmen dan Visi Kepemimpinan Nasional dan Daerah	**Kampanye Nasional dan Komunikasi Perubahan Perilaku**	**Konvergensi Program Pusat, Daerah, dan Desa**	**Ketahanan Pangan dan Gizi**	**Pemantauan dan Evaluasi**

3.1. Pilar 1: Komitmen dan Visi Kepemimpinan Nasional dan Daerah

3.1.1. Tujuan

Pilar 1 (satu) bertujuan memastikan pencegahan stunting menjadi prioritas pemerintah tingkat pusat, daerah, hingga tingkat desa.

35. Pilar ini menjaga dan menindaklanjuti komitmen dan visi Presiden dan Wakil Presiden terhadap Percepatan Pencegahan *Stunting* dengan mengarahkan, mengkoordinasikan, dan memperkuat strategi, kebijakan, dan target pencegahan *stunting*. Penyelenggaraannya dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, pemerintah desa, kelompok-kelompok masyarakat, hingga rumah tangga. Penetapan strategi dan kebijakan percepatan pencegahan *stunting* diselaraskan dengan sasaran *World Health Assembly* (WHA) 2025, dan agenda kedua dari Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB).[19] Berbagai kegiatan terkait Pilar Satu dikoordinasikan oleh Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia (Setwapres RI).

3.1.2. Strategi Pencapaian

36. Strategi pencapaian tujuan Pilar 1 (satu) adalah melalui:

    a. **Visi dan komitmen kepemimpinan nasional**, dengan memastikan bahwa visi, arahan, dan dukungan Presiden dan Wakil Presiden untuk pencegahan *stunting* tersosialiasi dengan baik dan diterjemahkan ke dalam kebijakan dan distribusi sumber daya yang tepat sasaran dan memadai di semua tingkatan pemerintah dan non-pemerintah.
    b. **Kepemimpinan Pemerintah Daerah untuk pencegahan *stunting***, dengan menciptakan lingkungan kebijakan yang mendukung bagi penyelenggaraan percepatan pencegahan *stunting* yang konvergen dan berbasis pencapaian hasil.
    c. **Kepemimpinan pemerintah desa untuk pencegahan *stunting***, dengan menciptakan lingkungan kebijakan yang mendukung bagi penyelenggaraan percepatan pencegahan *stunting* secara konvergen di tingkat desa.

[19] Agenda kedua SDGs 2030, yaitu menghentikan kelaparan, meningkatkan ketahanan pangan dan nutrisi, dan mempromosikan pertanian berkelanjutan.

d. **Keterlibatan dunia usaha, universitas/akademisi, organisasi profesi, media, dan organisasi/kelompok masyarakat lainnya**, dengan memobilisasi sumber daya dan mendorong partisipasi secara aktif dalam percepatan pencegahan *stunting* di kalangan masyarakat.

3.1.3. Instrumen Pelaksanaan

Untuk memastikan agar komitnen kepemimpinan nasional dan daerah tetap terjaga dan berkelanjutan diperlukan berbagai Instrumen sebagai berikut:

37. **Kebijakan tentang percepatan pencegahan *stunting*.** Kebijakan disusun untuk memastikan efektifitas dan efisiensi penggunaan sumber daya di semua tingkatan pemerintah dalam rangka pencegahan *stunting*. Alat yang digunakan untuk melaksanakan aksi ini adalah:

    a. Komite Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting* yang dipimpin oleh Presiden dan Wakil Presiden dengan melibatkan Kementerian dan Lembaga terkait (lihat Bab 4.1 tentang Pelaksanaan Koordinasi).
    b. Peraturan atau kebijakan di tingkat Daerah (Provinsi dan/atau Kabupaten/Kota) untuk mendukung penyelenggaraan aksi konvergensi/integrasi[20] percepatan pencegahan *stunting* sesuai dengan kewenangan dan sumber daya yang dimiliki Pemerintah Daerah dan Desa.

38. **Rekomendasi kebijakan (*Policy Brief*)**. Dokumen rekomendasi kebijakan disampaikan secara berkala kepada pimpinan tertinggi pemerintahan (Presiden, Wakil Presiden, Gubernur, Wakil Gubernur, Bupati/Walikota, Wakil Bupati/Walikota) dan diterjemahkan ke dalam berbagai bentuk media komunikasi sesuai dengan kebutuhan. Alat yang digunakan untuk melaksanakan aksi ini adalah:

    a. Materi rekomendasi kebijakan mencakup usulan perbaikan kebijakan percepatan pencegahan *stunting* yang didukung oleh data dan informasi terkini, yang dibutuhkan para pimpinan pemerintah untuk menentukan arah kebijakan, pengalokasian anggaran, dan penguatan konvergensi penyelenggaraan percepatan pencegahan *stunting*.
    b. Kegiatan ini dikelola oleh Setwapres yang melibatkan K/L terkait untuk tingkat pusat, dan Bappeda atau Organisasi Perangkat Daerah (OPD) lain yang sesuai di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

39. **Rembuk *stunting*.** adalah forum tahunan yang dilakukan di tingkat nasional dan daerah. Di tingkat nasional, kegiatan ini melibatkan K/L, pemerintah daerah, non-pemerintah (dunia usaha, universitas/akademisi, organisasi profesi, media, dan organisasi/kelompok masyarakat lainnya), dan mitra pembangunan, sementara di tingkat daerah, melibatkan perwakilan DPRD, OPD, Desa, dan non-pemerintah. Rembuk *stunting* ini bertujuan untuk: (a) memastikan komitmen semua pihak terhadap percepatan pencegahan *stunting*; (b) mengadvokasi pemimpin daerah, swasta, dan masyarakat madani untuk mendukung

[20] Bappenas. *Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi di Kabupaten/Kota*, 2018

percepatan pencegahan *stunting*; (c) mengurai hambatan dan masalah yang muncul; (d) menyampaikan kemajuan penyelenggaraan kegiatan percepatan pencegahan *stunting*; (e) mengapresiasi kinerja pemerintah dan organisasi non-pemerintah dalam percepatan pencegahan *stunting*; dan (f) berbagi pembelajaran dalam pelaksanaan Aksi Konvergensi/Integrasi Pencegahan *Stunting* yang lebih efektif dan efisien. Alat yang digunakan untuk melaksanakan aksi ini adalah:

a. Rancangan dan materi rembuk *stunting* nasional disusun secara partisipatif untuk memastikan komitmen dan visi yang sama untuk mencegah *stunting*. Rancangan ini dilengkapi dengan materi-materi terbaru terkait dengan penyelenggaraan percepatan pencegahan *stunting* yang mencakup antara lain kebijakan, anggaran, pemutakhiran data *stunting* dan cakupan intervensi, ulasan kinerja, diagnosis masalah *stunting*, pembelajaran dari lapangan, dan temuan-temuan ilmiah terbaru.
b. Kegiatan ini dikoordinir oleh Setwapres bersama dengan Bappenas untuk rembuk *stunting* di tingkat nasional, dan Sekretariat Daerah (Setda) bersama dengan Bappeda di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

40. **Penyusunan panduan teknis strategi pelibatan non-pemerintah.** Setwapres bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan proses penyusunan panduan pelibatan dan kerja sama antara institusi pemerintah dengan dunia usaha, universitas/akademisi, organisasi profesi, media, dan organisasi/kelompok masyarakat lainnya untuk percepatan pencegahan *stunting*.

3.2. Pilar 2: Kampanye Nasional dan Komunikasi Perubahan Perilaku

3.2.1. Tujuan

Pilar 2 (dua) bertujuan untuk meningkatkan kesadaran dan pemahaman serta mendorong perubahan perilaku untuk mencegah stunting.

41. Pilar ini meliputi: (a) Kampanye nasional dan sosialisasi menggunakan berbagai bentuk media dan berbagai kegiatan masyarakat; (b) Komunikasi antar pribadi untuk mendorong perubahan perilaku di tingkat rumah tangga; (c) Advokasi secara berkelanjutan kepada para pembuat keputusan di berbagai tingkatan pemerintah; dan (d) Pengembangan kapasitas pengelola program. Pilar 2 (dua) dikoordinasikan oleh Kementerian Kesehatan yang bertanggungjawab terhadap pesan kunci dan isi pesan serta Kementerian Komunikasi dan Informatika yang bertanggungjawab atas kegiatan kampanye nasional termasuka saluran dan metode kampanye.

3.2.2. Strategi Pencapaian

42. Strategi pencapaian tujuan Pilar 2 (dua) adalah melalui pendekatan Komunikasi Perubahan Perilaku yang dituangkan dalam Strategi Komunikasi, baik di pusat maupun daerah, yang meliputi:
    a. **Memastikan kampanye perubahan perilaku bagi masyarakat umum yang konsisten dan berkelanjutan** melalui pengembangan pesan, pemilihan saluran komunikasi baik media

konvensional maupun media dalam jaringan (daring) serta media sosial, dan pengukuran dampak komunikasi yang efektif, efisien, tepat sasaran, konsisten, dan berkelanjutan.

b. **Memperkuat komunikasi antar pribadi sesuai konteks sasaran** melalui pengembangan pesan yang sesuai dengan kebutuhan kelompok sasaran Rumah Tangga 1.000 HPK, wanita usia subur, dan remaja putri untuk disampaikan melalui berbagai saluran komunikasi, seperti Posyandu, kelas pengasuhan, kelas ibu hamil, pusat pembelajaran keluarga, kunjungan rumah, konseling pra-pernikahan, konseling reproduksi remaja.

c. **Memastikan advokasi berkelanjutan kepada pengambil keputusan** melalui penjangkauan yang terencana dan sistematis kepada para pengambil keputusan untuk mendukung perubahan perilaku dalam upaya percepatan pencegahan *stunting*.

d. **Mengembangkan kapasitas pengelola program**, dengan memberikan pengetahuan dan meningkatkan kapasitas bagi penyelenggara kegiatan komunikasi perubahan perilaku yang efektif dan efisien.

3.2.3. Instrumen Pelaksanaan

Untuk memastikan terlaksananya strategi pencapaian peningkatan kesadaran dan pemahaman serta mendorong perubahan perilaku diperlukan berbagai instrumen sebagai berikut:

43. **Kampanye perubahan perilaku bagi masyarakat umum yang konsisten dan berkelanjutan**. Aksi ini dikembangkan dengan memperhatikan keberagaman sosial budaya masyarakat dan bukti-bukti keberhasilan intervensi untuk mencegah dan menurunkan angka *stunting*. Kampanye menggunakan materi komunikasi, informasi, dan edukasi dengan pesan yang sama secara nasional yang disampaikan melalui berbagai bentuk media komunikasi, institusi pendidikan dan keagamaan, organisasi masyarakat madani, organisasi profesi, swasta, dan sebagainya. Alat yang digunakan untuk melaksanakan aksi ini adalah:
    a. Strategi kampanye perubahan perilaku disusun dengan pesan inti yang digunakan secara nasional, berbasis fakta, menyasar masyarakat secara luas, memiliki dampak yang terukur, dan dilengkapi dengan panduan dan alat bantu serta didukung mekanisme koordinasi, anggaran, dan sumber daya yang memadai. Pemahaman masyarakat tentang pesan yang disampaikan dipantau dan diukur melalui berbagai kegiatan seperti survei ke masyarakat, jajak pendapat, dan sebagainya.
    b. Alat ini dikelola oleh Kementerian Kesehatan bersama Kementerian Komunikasi dan Informatika untuk tingkat pusat, dan Dinas Kesehatan bersama Dinas Komunikasi dan Informasi untuk tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

44. **Komunikasi antar pribadi sesuai konteks sasaran**. Aksi ini dikembangkan sesuai dengan kebutuhan kelompok sasaran, berdasarkan fakta, dan bersifat antar pribadi dengan pesan yang spesifik. Untuk mendukung kegiatan ini, diperlukan kebijakan seperti Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) dari Kementerian Kesehatan atau aturan/kebijakan daerah, seperti Peraturan

Bupati/Walikota, Surat Edaran, Peraturan Daerah. Instrumen ini diterapkan melalui kegiatan konseling, kunjungan rumah, atau pertemuan dengan kelompok kecil. Penerapan instrumen ini membutuhan sumber daya manusia yang memahami konsep dan pesan secara memadai dan terlatih. Alat yang digunakan untuk melaksanakan aksi ini adalah:

a. Strategi komunikasi antar pribadi untuk mendorong perubahan perilaku masyarakat. Strategi ini disusun dengan pesan khusus sesuai kebutuhan dan konteks sosial budaya kelompok sasaran, berbasis fakta, memiliki dampak yang dapat diukur, dan dilengkapi dengan panduan dan alat bantu penyelenggaraan seperti buku panduan konseling, mekanisme koordinasi, rujukan anggaran, dan sumber daya yang memadai. Perubahan perilaku kelompok sasaran ini dapat dipantau dan diukur melalui pengetahuan, sikap, dan praktik dalam mencegah *stunting*.
b. Kegiatan ini dikelola oleh Kementerian Kesehatan untuk tingkat pusat dan Dinas Kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

45. **Advokasi berkelanjutan kepada pengambil keputusan**. Aksi ini diwujudkan dengan melakukan kegiatan penjangkauan yang terencana dan sistematis, baik dari unsur pemerintah maupun non-pemerintah, seperti audiensi, rembuk *stunting*, pemberitaan media, dan lokakarya. Advokasi ini dilakukan untuk membangun komitmen dan mendapatkan dukungan dalam menciptakan lingkungan yang mendukung percepatan pencegahan *stunting*. Alat yang digunakan untuk melaksanakan aksi ini adalah:
    a. Strategi advokasi yang mencakup perencanaan, pembagian tugas dan tanggung jawab, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi, dan diseminasi hasil untuk perbaikan penyelenggaraan berikutnya.
    b. Aturan/kebijakan dan sumber daya, seperti rekomendasi kebijakan, Peraturan Presiden/Menteri/Direktur Jenderal, Tenaga Penyuluh Lapangan, Bantuan Operasional Kesehatan untuk Promosi Kesehatan.
    c. Kegiatan ini dikoordinasikan oleh Kementerian Kesehatan dan Kementerian Komunikasi dan Informatika di tingkat pusat dan Pemerintah Daerah di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

46. **Pengembangan kapasitas pengelola program** dilakukan dengan mengoptimalkan mekanisme yang telah ada untuk memberikan pengetahuan dan meningkatkan kapasitas bagi penyelenggara kegiatan komunikasi perubahan perilaku secara efektif dan efisien. Alat yang digunakan untuk melaksanakan aksi ini adalah:
    a. Penyediaan materi-materi komunikasi, informasi, dan edukasi yang dibutuhkan oleh penyelenggara kegiatan komunikasi perubahan perilaku. Penyediaan informasi dilakukan melalui berbagai media, baik cetak maupun elektronik.
    b. Pelatihan untuk meningkatkan kapasitas penyelenggara baik dari institusi pemerintah maupun masyarakat madani, misalnya kader Posyandu, Kader Pembangunan Manusia (KPM)[21], dan perwakilan organisasi keagamaan untuk menerapkan strategi kampanye dan komunikasi perubahan perilaku dan mencapai hasil yang diharapkan.

[21] Kader Pembangunan Manusia (KPM) dapat berasal dari kader posyandu, kader PAUD, maupun kader lain yang ada di masyarakat untuk menjalankan fungsi mempercepat pencegahan *stunting*.

c. Pemantauan dan Evaluasi; untuk mengukur kemajuan, dan memberikan umpan balik serta peningkatan kualitas penyelenggaraan kegiatan komunikasi perubahan perilaku yang efektif dan efisien.
d. Kegiatan ini dikoordinasikan oleh Kementerian Kesehatan bersama Kementerian Komunikasi dan Informatika untuk tingkat pusat dan Dinas Kesehatan dan Dinas Komunikasi dan Informasi untuk tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

3.3. Pilar 3: Konvergensi Program Pusat, Daerah, dan Desa

3.3.1. Tujuan

Pilar 3 (tiga) bertujuan memperkuat konvergensi melalui koordinasi dan konsolidasi program dan kegiatan pusat, daerah, dan desa.

47. Konvergensi merupakan pendekatan penyampaian intervensi yang dilakukan secara terkoordinir, terintegrasi, dan bersama-sama untuk mencegah *stunting* kepada sasaran prioritas. Penyelenggaraan intervensi secara konvergen dilakukan dengan menyelaraskan perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, pemantauan, dan pengendalian kegiatan lintas sektor serta antartingkat pemerintahan dan masyarakat. Pilar 3 (tiga) dikoordinasikan oleh Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Bappenas dan Menteri Dalam Negeri, dengan melibatkan kementerian teknis terkait, pemerintah daerah, dan pemerintah desa.

3.3.2. Strategi Pencapaian

48. Strategi pencapaian tujuan Pilar 3 (tiga) adalah:
    a. **Memastikan konvergensi dalam perencanaan dan penganggaran** program dan kegiatan untuk meningkatkan cakupan dan kualitas intervensi gizi prioritas melalui pengembangan kapasitas pemerintah kabupaten/kota.
    b. **Meningkatkan kualitas pengelolaan** layanan program untuk memastikan sasaran prioritas (Rumah Tangga 1.000 HPK) memperoleh dan memanfaatkan paket intervensi yang disediakan.
    c. **Memperkuat koordinasi lintas sektor dan antar tingkatan pemerintah**, sampai dengan desa untuk memastikan keselarasan penyediaan dan penyelenggaraan pelaksanaan program.
    d. **Membagi kewenangan dan tanggung jawab pemerintah** di semua tingkatan untuk menyelenggarakan konvergensi, seperti dijelaskan di bawah ini:

    Tingkat Pusat:
    a. Mengkoordinasikan pelibatan institusi pemerintah dan institusi/lembaga non-pemerintah untuk mendukung konvergensi percepatan pencegahan *stunting*.
    b. Memastikan perencanaan dan penganggaran untuk mendukung kegiatan prioritas

pencegahan *stunting* di Kementerian/Lembaga dan mengevaluasi efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran.

c. Melakukan penguatan intervensi gizi spesifik dan sensitif, dengan memastikan tersedianya sumber daya manusia yang berkapasitas, sumber dana yang memadai, dan petunjuk teknis pelaksanaan intervensi gizi spesifik dan sensitif.
d. Saling berkoordinasi untuk memprioritaskan pengembangan kapasitas penyelenggaraan konvergensi di tingkat provinsi, kabupaten/kota, dan desa serta memastikan dukungan teknisnya.

Tingkat Provinsi:

a. Memfasilitasi pembinaan, pemantauan, evaluasi, dan tindak lanjut provinsi atas kebijakan dan pelaksanaan program dan anggaran penyediaan intervensi gizi prioritas di wilayah kabupaten/kota.
b. Memberikan fasilitas dan dukungan teknis bagi peningkatan kapasitas kabupaten/kota dalam penyelenggaraan Aksi Konvergensi/Integrasi yang efektif dan efisien.
c. Mengoordinasikan pelibatan institusi non-pemerintah untuk mendukung Aksi Konvergensi/ Integrasi percepatan pencegahan *stunting*.
d. Membantu tugas Kementerian Dalam Negeri untuk melaksanakan penilaian kinerja kabupaten/kota dalam penyelenggaraan pencegahan *stunting*, termasuk memberikan umpan balik serta penghargaan kepada kabupaten/kota sesuai kapasitas provinsi yang bersangkutan.

Tingkat Kabupaten/Kota:

a. Memastikan perencanaan dan penganggaran program/ kegiatan untuk intervensi prioritas, khususnya di lokasi dengan prevalensi *stunting* tinggi dan/atau kesenjangan cakupan pelayanan yang tinggi.
b. Memperbaiki pengelolaan layanan untuk intervensi gizi prioritas dan memastikan bahwa sasaran prioritas memperoleh dan memanfaatkan paket intervensi yang disediakan.
c. Mengkoordinasikan dan melakukan pembinaan kepada kecamatan dan pemerintah desa dalam menyelenggarakan intervensi prioritas, termasuk dalam mengoptimalkan sumber daya, sumber dana dan pemutakhiran data.

Tingkat Desa

a. Melakukan konvergensi dalam perencanaan dan penganggaran program dan kegiatan pembangunan desa untuk mendukung pencegahan *stunting*.
b. Memastikan setiap sasaran prioritas menerima dan memanfaatkan paket layanan intervensi gizi prioritas. Implementasi kegiatan dilakukan bekerja sama dengan Kader Pembangunan Manusia (KPM), pendamping Program Keluarga Harapan (PKH), petugas Puskesmas dan bidan desa, serta petugas Keluarga Berencana (KB).
c. Memperkuat pemantauan dan evaluasi pelaksanaan pelayanan kepada seluruh sasaran prioritas serta mengkoordinir pendataan sasaran dan pemutakhiran data cakupan intervensi secara rutin.

3.3.3. Instrumen Pelaksanaan

Untuk memastikan agar seluruh strategi pencapaian dapat terlaksana, diperlukan berbagai instrumen sebagai berikut:

49. **Perencanaan dan penganggaran berbasis data**, dilakukan melalui:
    a. Perencanaan dan penganggaran program pencegahan *stunting* mengikuti mekanisme yang telah ada.
    b. Kegiatan penandaan, pelacakan, dan evaluasi kinerja pembangunan dan anggaran tahunan oleh Bappenas dan Kementerian Keuangan. Kegiatan ini memungkinkan pemerintah pusat untuk: (a) mengidentifikasi, menandai, dan melacak anggaran terkait program pencegahan *stunting*; dan (b) mengkaji efisiensi dan efektivitas penggunaan anggaran agar lebih sesuai dengan sasaran, wilayah, dan intervensi prioritas pada tahun anggaran berikutnya.
    c. Penyusunan dan publikasi laporan kinerja pembangunan dan anggaran semester 1 dan tahunan yang dilakukan oleh Bappenas dan Kementerian Keuangan, termasuk penyampaian hasil dalam Nota Keuangan.

50. **Pelaksanaan konvergensi program dan kegiatan di tingkat Pusat dan daerah**, dilakukan melalui:
    a. Tingkat Pusat: koordinasi dan pertemuan teknis dilaksanakan oleh Komite Percepatan Pencegahan *Stunting*,
    b. Tingkat daerah: Aksi Konvergensi/Integrasi yang dikoordinasikan oleh Penanggung Jawab Aksi Konvergensi yang ditunjuk oleh Bupati/Walikota, mengacu pada Pedoman Pelaksanaan.
    c. Intervensi Penurunan *Stunting* Terintegrasi di Kabupaten/Kota.

51. **Pengembangan kapasitas pemerintah daerah**. Pemerintah Pusat melalui Direktorat Jenderal Bina Pembangunan Daerah, Kementerian Dalam Negeri menyediakan dukungan pengembangan kapasitas bagi pemerintah kabupaten/kota untuk melaksanakan Aksi Konvergensi/Integrasi. Dukungan pengembangan kapasitas ini dilakukan oleh tim konsultan pusat dan daerah dengan berbagai kelompok keahlian yang akan memberikan dukungan teknis terkait:
    a. Advokasi dan penguatan komitmen pemerintah daerah melalui pengembangan visi daerah untuk pencegahan *stunting*.
    b. Pengembangan kapasitas dalam merancang dan melaksanakan Aksi Konvergensi/Integrasi.
    c. Penyediaan rujukan yang relevan untuk pencegahan *stunting*.
    d. Distribusi format dan/atau *template* yang dapat dimanfaatkan daerah untuk mempermudah pelaksanaan dan pendokumentasian Aksi Konvergensi/Integrasi.

52. **Penilaian Kinerja Kabupaten dalam Konvergensi Pencegahan *Stunting*.** Ditjen Bina Bangda Kementerian Dalam Negeri, melalui Pemerintah Provinsi secara periodik melakukan penilaian kinerja kabupaten/kota dalam pelaksanaan konvergensi program dan kegiatan pencegahan *stunting*. Pada tahun pertama dan kedua (2019-2020), penilaian kinerja dilakukan terhadap kualitas pelaksanaan Aksi Konvergensi/Integrasi. Sementara mulai tahun 2021 dan seterusnya penilaian kinerja dilakukan terhadap hasil akhir yaitu meningkatnya akses rumah tangga 1.000 HPK kepada intervensi gizi spesifik dan sensitif, termasuk yang dikumpulkan melalui kartu penilaian desa (*village score card*) dan indeks khusus penurunan *stunting* (IKPS).

53. **Mobilisasi Kader Pembangunan Manusia (KPM)**. Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi memastikan semua desa memiliki seorang kader yang berfungsi sebagai KPM untuk memastikan terselenggaranya intervensi pencegahan *stunting* di tingkat desa dan melakukan pendataan dan pelaporan secara berkala.

54. **Penguatan pelayanan gizi spesifik** dengan memastikan ketersediaan sumber daya, panduan, dan standar yang dibutuhkan. Kementerian Kesehatan mengelola penguatan pelayanan gizi dengan menggunakan alat sebagai berikut:
    a. Petunjuk Teknis SPM (Standar Pelayanan Minimal) yang telah direvisi, dengan memasukkan intervensi gizi spesifik.
    b. Tenaga kesehatan di Puskesmas dan desa yang kompeten serta mampu memberikan pelayanan sesuai standar dan dukungan fasilitasi proses pemberdayaan masyarakat.
    c. Alokasi dana, sarana, dan obat program yang memadai untuk intervensi gizi prioritas.

3.4. Pilar 4: Ketahanan Pangan dan Gizi

3.4.1. Tujuan

Pilar 4 (empat) bertujuan meningkatkan akses terhadap makanan bergizi dan mendorong ketahanan pangan.

55. Pilar ini meliputi penguatan kebijakan pemenuhan kebutuhan gizi dan pangan masyarakat, mencakup pemenuhan kebutuhan pangan dan gizi keluarga, pemberian bantuan pangan dan makanan tambahan, investasi dan inovasi pengembangan produk, dan keamanan pangan sejalan dengan amanat Undang-Undang No. 36/2009 tentang Kesehatan dan Undang-Undang No. 18/2012 tentang Pangan. Pilar 4 (empat) dikoordinasikan oleh Kementerian Pertanian dan Kementerian Kesehatan, dengan melibatkan kementerian teknis terkait serta Pemerintah Daerah dan Desa. Kementerian Sosial melalui pemberian bantuan tunai, seperti Program Keluarga Harapan (PKH) dan Bantuan Sosial Pangan, termasuk Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) dan Kementerian Kesehatan menjamin tersedianya makanan tambahan khusus untuk ibu hamil dan anak yang menderita kekurangan gizi

3.4.2. Strategi Pencapaian

56. Strategi pencapaian tujuan Pilar 4 (empat) adalah:
    a. **Pemenuhan kebutuhan pangan dan gizi keluarga** dengan mempercepat diversifikasi pangan berbasis sumber daya pangan lokal dan pengembangan kawasan rumah pangan yang berkelanjutan sehingga menjangkau seluruh kabupaten/kota prioritas pencegahan *stunting, contohnya Program Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL) dan Gemar Makan Ikan*.
    b. **Perluasan program bantuan sosial dan bantuan pangan yang bergizi untuk keluarga kurang mampu** agar dapat memenuhi kebutuhan gizi sasaran prioritas di tiap-tiap keluarga.
    c. **Penguatan fortifikasi pangan** dengan memastikan agar program fortifikasi pangan utama yang sudah berjalan, seperti fortifikasi garam, tepung terigu, dan minyak goreng, ditingkatkan cakupan dan kualitasnya sehingga bisa menjangkau seluruh masyarakat.
    d. **Penguatan regulasi mengenai label dan iklan pangan** dengan memperkuat koordinasi kelembagaan, penegakan hukum, dan mekanisme pelabelan dan penyampaian iklan pangan untuk memastikan keamanan dan mutu pangan.

3.4.3. Instrumen Pelaksanaan

Instrumen yang digunakan untuk mendukung strategi pencapaian meliputi:

57. **Pemenuhan kebutuhan pangan dan gizi keluarga** dengan memastikan terpenuhinya kebutuhan tersebut melalui dukungan kebijakan dan mekanisme pemerintah dan peran masyarakat. Alat yang digunakan untuk melaksanakan aksi ini adalah:
    a. Diversifikasi pangan berbasis sumber daya pangan pangan lokal;
    b. Pengembangan Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL) yang menjangkau seluruh lokasi desa, terutama desa sasaran pencegahan *stunting*, pengembangan kelembagaan kebun bibit Desa, unit pengolahan, dan pemasaran untuk menjaga keberlanjutan KRPL;
    c. Peningkatkan konsumsi pangan hewani dan nabati terutama bagi kelompok sasaran dan kelompok rawan gizi lainnya melalui sosialisasi kepada ibu hamil dan anak sekolah;
    d. Instrumen ini dikelola oleh Kementerian Kesehatan dan Kementerian Pertanian untuk tingkat pusat dan Dinas Kesehatan dan Dinas Pertanian dan/atau Dinas Ketahanan Pangan bekerja sama dengan Puskesmas dan lembaga masyarakat lainnya untuk tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

58. **Penambahan item bahan pangan yang bergizi serta perluasan cakupan wilayah dan penerima program bantuan sosial dan bantuan pangan**, seperti Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) agar dapat memenuhi kebutuhan gizi sasaran prioritas.

59. **Fortifikasi pangan** dilakukan dengan memastikan pangan yang bergizi tersedia kapan pun dan terjangkau oleh rumah tangga. Alat yang digunakan untuk melaksanakan aksi ini adalah:

a. Peningkatan cakupan dan kualitas program fortifikasi pangan utama yang sudah berjalan seperti fortifikasi garam, tepung terigu, dan minyak goreng serta biofortifikasi sehingga dapat diterima oleh seluruh masyarakat.
b. Instrumen ini dikelola oleh Kementerian Perindustrian untuk tingkat pusat dan Dinas Perindustrian untuk tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

60. **Pengawasan Keamanan Pangan**. Alat yang digunakan untuk melaksanakan aksi ini adalah:
    a. Penguatan koordinasi kelembagaan, otoritas kompetensi bidang keamanan dan mutu pangan baik pangan segar maupun olahan, dan penegakan hukum terkait dengan label (kehalalan, komposisi bahan, tanggal kadaluwarsa, dan sebagainya) dan iklan pangan.
    b. Instrumen ini dikelola oleh Badan Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM) bekerja sama dengan Kementerian/Lembaga terkait di tingkat pusat, seperti Kementerian Komunikasi dan Informatika, Badan Penyelenggara Jaminan Produk Halal Kementerian Agama, dan institusi vertikal BPOM dan Kementerian Agama di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

3.5. Pilar 5: Pemantauan dan Evaluasi

3.5.1. Tujuan

Pilar 5 (lima) bertujuan untuk meningkatkan pemantauan dan evaluasi sebagai dasar untuk memastikan pemberian layanan yang bermutu, peningkatan akuntabilitas, dan percepatan pembelajaran.

61. Sistem pemantauan dan evaluasi berbasis hasil dapat membantu pemerintah untuk membangun basis pengetahuan yang kuat dan mendorong perubahan cara menyelenggarakan program, peningkatan kinerja, akuntabilitas, transparansi, pengetahuan dan mempercepat pembelajaran. Untuk memastikan keberlanjutannya, sistem pemantauan dan evaluasi berbasis hasil ini perlu mendapat perhatian, dukungan sumber daya, dan komitmen politik secara terus menerus.[22] Pemantauan dan evaluasi akan menitikberatkan pada: (a) dampak dan capaian program; (b) *output* kunci; dan (c) faktor-faktor yang mendukung percepatan pencegahan *stunting*.

62. Pemantauan akan memanfaatkan sistem pengumpulan dan pelaporan data yang telah ada, termasuk data BPS, data Kementerian/Lembaga, sistem anggaran nasional dan daerah, sistem perencanaan dan pemantauan elektronik pemerintah, seperti KRISNA, E-Monev, OM-SPAN, dan SMART. Sistem yang telah dikembangkan tersebut dapat disempurnakan untuk menjawab kebutuhan penilaian pencapaian dan dampak program di tingkat nasional dan kabupaten/kota. Kegiatan pemantauan langsung akan dilakukan untuk melakukan verifikasi data ke daerah dan mengumpulkan informasi yang tidak tercakup dalam sistem pendataan yang ada. Pelaksanaan pemantauan dan evaluasi program pencegahan *stunting* akan dikoordinasikan oleh Bappenas dan Setwapres.

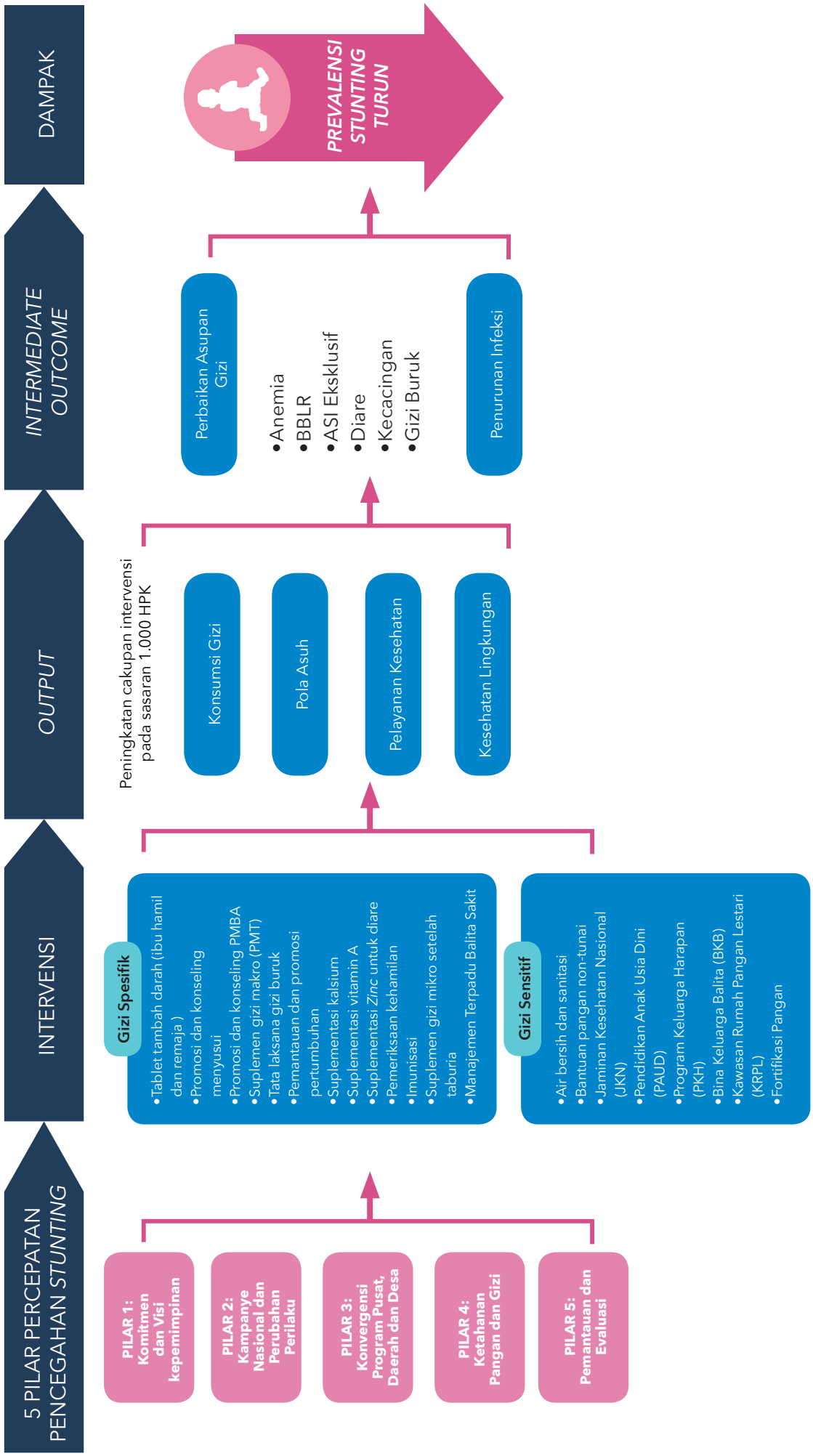
[22] Kusek J., and Rist R. *Ten steps to a results-based monitoring and evaluation system*. World Bank, Washington, D.C, 2004.

3.5.2. Kerangka Hasil

63. Kerangka hasil sebagaimana ditunjukkan pada Gambar 3.2 pada halaman 40 menggambarkan lima pilar sebagai dasar percepatan pencegahan *stunting* secara keseluruhan. Kelima pilar tersebut memastikan agar intervensi gizi spesifik dan sensitif berjalan secara konvergen dan terintegrasi. Untuk mengukur tingkat keberhasilan intervensi terhadap percepatan penurunan *stunting*, maka diperlukan pengukuran terhadap indikator keluaran (*output*), indikator dampak menengah (*intermediate outcome*), dan dampak (*outcome*).

64. Tingkat keberhasilan intervensi pada level *output* diukur dengan peningkatan cakupan intervensi pada sasaran 1.000 HPK. Tingkat cakupan intervensi dapat dikelompokkan menjadi konsumsi gizi, pola asuh, pelayanan kesehatan, dan kesehatan lingkungan. Dalam jangka menengah, tingkat keberhasilan diukur dengan menggunakan indikator perbaikan cakupan gizi dan penurunan infeksi. Indikator tersebut meliputi prevalensi dari berbagai kejadian, termasuk anemia, berat badan lahir rendah (BBLR), ASI ekslusif, diare, kecacingan, dan gizi buruk. Dalam jangka panjang, indikator *outcome* adalah prevalensi *stunting* turun dengan lebih cepat.

Gambar 3.2. Kerangka Hasil Percepatan Penurunan *Stunting*



3.5.3. Indikator Kinerja dan Capaian

Operasionalisasi kerangka hasil dapat dilihat dalam tabel capaian dan indikator kinerja di bawah ini. Tabel tersebut memberikan informasi tentang indikator kinerja yang digunakan pada level dampak (*outcome*), dampak jangka menengah (*intermediate outcome*), keluaran (*output*), dan pelaksanaan lima pilar. Sebagai contoh, indikator yang digunakan pada level *outcome* meliputi prevalensi *stunting* pada rumah tangga 1.000 HPK, jumlah kabupaten/kota prioritas yang berhasil menurunkan *stunting*, dan jumlah kasus *stunting* yang berhasil dicegah.

Tabel 3.1. Capaian dan Indikator Kinerja

Capaian	Indikator Kinerja
Dampak	• Penurunan prevalensi *stunting* pada Balita dan Baduta di tingkat nasional dan kabupaten/kota. • Jumlah anak *stunting* yang berhasil dicegah bertambah setiap tahun • Jumlah kabupaten/kota yang berhasil menurunkan prevalensi *stunting* bertambah setiap tahun
Intermediate Outcome	• Penurunan prevalensi diare Balita • Penurunan prevalensi kecacingan Balita • Penurunan prevalensi gizi buruk (kurus dan sangat kurus) Balita • Penurunan prevalensi anemia pada ibu hamil • Penurunan prevalensi anemia pada remaja putri • Penurunan prevalensi bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) • Peningkatan cakupan ASI eksklusif
Output	• Cakupan hasil intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif di kabupaten/kota prioritas • Cakupan layanan intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif pada sasaran priroitas penerima manfaat rumah tangga 1.000 HPK • Indeks sasaran penerima 6 paket layanan gizi minimal meningkat lebih cepat, yaitu: a) kesehatan dasar (imunisasi dan suplementasi tablet tambah darah/ TTD), b) kesehatan gizi (ASI eksklusif dan pemberian makan bayi dan anak/ PMBA), c) air minum aman dan sanitasi layak, d) pendidikan anak usia dini (PAUD), e) akte kelahiran, dan f) keamanan pangan
Hasil Pilar Satu	• Rembuk *stunting* tahunan di tingkat nasional • Nota kesepakatan (*Memo of Agreement*) pencegahan *stunting* yang ditandatangani oleh pimpinan daerah di kabupaten/kota prioritas • Rembuk *Stunting* tahunan di tingkat kabupaten/kota

Hasil Pilar Dua	• Persentase masyarakat yang menilai *stunting* sebagai 10 masalah penting dalam gizi dan kesehatan anak • Terbitnya kebijakan daerah yang memuat kampanye publik dan komunikasi perubahan perilaku • Pelaksanaan kampanye perubahan perilaku yang konsisten dan berkelanjutan di tingkat pusat dan daerah • Pelatihan bagi pelaksana tentang komunikasi dan kampanye perubahan perilaku yang efektif dan efisien
Hasil Pilar Tiga	• Pelaksanaan konvergensi program di tingkat nasional untuk percepatan pencegahan *stunting* • Pelaksanaan konvergensi program di tingkat kabupaten/kota untuk percepatan pencegahan *stunting* • Jumlah kabupaten/kota prioritas yang melaksanakan Aksi Konvergensi/ Integrasi • Persentase pemanfaatan Dana Desa untuk kegiatan intervensi untuk pencegahan *stunting*
Hasil Pilar Empat	• Persentase sasaran prioritas yang mendapat bantuan pangan, seperti Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) atau bantuan pangan lainnya di kabupaten/kota • Kebijakan terkait peningkatan fortifikasi pangan • Meningkatnya diversifikasi pangan di tingkat rumah tangga • Jumlah kelompok penerima bantuan Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL)
Hasil Pilar Lima	• Publikasi tahunan angka penurunan *stunting* pada tingkat nasional dan kabupaten/kota • Kajian anggaran dan belanja pemerintah untuk pencegahan *stunting* • Pemanfaatan dan perbaikan sistem pendataan, termasuk *dashboard* • Pelaksanaan dan pelaporan hasil pemantauan dan evaluasi secara berkala

Informasi lebih detail terkait indikator ini tercantum dalam Lampiran-3.

3.5.4. Laporan Percepatan Pencegahan *Stunting* Nasional

65. Laporan Percepatan Pencegahan *Stunting* nasional akan disusun setiap semester. Kedua laporan ini disusun berdasarkan hasil pemantauan dan evaluasi dan dokumen relevan lainnya. Laporan ini disiapkan oleh Setwapres yang bekerja sama dengan Bappenas, Kementerian Keuangan, Kementerian Dalam Negeri, dan Kementerian/Lembaga terkait. Laporan Percepatan Pencegahan *Stunting* semester berisi tentang kemajuan upaya pencegahan *stunting* di tingkat pusat dan daerah. Laporan semester ini akan disampaikan oleh Sekretariat Wakil Presiden kepada Wakil Presiden untuk menjadi salah satu materi yang disampaikan dalam rapat terbatas dengan para Menteri.

66. Laporan Percepatan Pencegahan *Stunting* nasional tahunan akan disampaikan oleh Sekretariat

Wakil Presiden kepada Wakil Presiden yang akan meneruskannya kepada Presiden. Laporan Percepatan Pencegahan *Stunting* tahunan berisi pencapaian kelima pilar. Laporan harus diterima sebelum Presiden menyampaikan pidato kenegaraan dalam sidang tahunan MPR RI. Dalam pidato kenegaraan tersebut, Presiden dapat menyampaikan tingkat penurunan prevalensi *stunting* nasional.

3.5.5. Strategi Pencapaian

67. Untuk mencapai tujuan Pilar 5 (lima) diperlukan serangkaian strategi yang mencakup:
    a. Peningkatan sistem pendataan yang dapat memantau secara akurat dan berkala data prevalensi *stunting* di tingkat nasional dan kabupaten/kota. Sistem pendataan yang lebih baik juga memudahkan pemerintah menelusuri program-program prioritas dan penganggaran mulai dari tingkat Kementerian/Lembaga hingga desa serta capaian *output* dari setiap program. Peningkatan sistem pendataan meliputi tiga aspek, yaitu masukan (*input*), pengolahan, dan keluaran (*output*). Ketiga aspek tersebut saling berhubungan dan saling mempengaruhi.
    b. Penggunaan data dalam perencanaan dan penganggaran berbasis hasil. Data yang tersedia harus mudah diakses dan dipahami, sehingga dapat digunakan oleh pemerintah pusat maupun daerah dalam menyusun perencanaan dan penganggaran berbasis hasil pada tahun anggaran berikutnya.
    c. Percepatan siklus pembelajaran dan berbagi inovasi dan praktik-praktik baik, secara lokal maupun global. Informasi terkait inovasi dan praktik-praktik baik perlu diketahui dan bisa dipelajari oleh pihak-pihak yang berperan dalam percepatan pencegahan *stunting*. Strategi ini diharapkan berpengaruh pada pelaksanaan program yang lebih dapat dipertanggungjawabkan, transparan, dan berkelanjutan.

3.5.6. Instrumen Pelaksanaan

Untuk mencapai tujuan pemantauan dan evaluasi, digunakan beberapa instrumen untuk meningkatkan kualitas data dan informasi serta mempercepat proses pembelajaran. Dalam pelaksanaannya, dibentuk tim pemantauan dan evaluasi yang dikoordinir oleh Bappenas dan Setwapres. Tim ini bertanggungjawab pada keseluruhan kegiatan pengumpulan data, pengolahan dan penyusunan laporan pencapaian program[23] serta juga diharapkan memberikan masukan dalam hal peningkatan sistem pendataan, penggunaan data dan percepatan siklus pembelajaran. Dalam rangka peningkatan kualitas data, digunakan beberapa instumen sebagai berikut:

68. **Survei *stunting* tahunan melalui Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) oleh BPS bersama Kementerian Kesehatan**. Mulai 2019, SUSENAS memasukkan variabel yang dapat mengukur prevalensi *stunting* di tingkat nasional dan kabupaten/kota. Data ini akan ditampilkan dalam pertemuan *stunting* tahunan nasional, sehingga pimpinan daerah dapat melihat

[23] Merujuk ke lampiran 3

kabupaten/kota yang memiliki kinerja tertinggi. Selain itu, survei berkala juga dapat dilakukan oleh kementerian terkait, antara lain Pemantauan Status Gizi (PSG) yang dilakukan setiap tahun dan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang diselenggarakan setiap lima tahun oleh Kementerian Kesehatan.

69. ***Dashboard* pencegahan *stunting*** yang dapat menyediakan data dan informasi bagi pemerintah pusat dan daerah. *Dashboard* ini memanfaatkan sistem data yang telah ada dan juga dapat dijadikan rujukan untuk menyelesaikan masalah penyelenggaraan pencegahan *stunting*. *Dashboard* akan dikoordinasikan oleh Setwapres.

70. **Kartu skor konvergensi desa** yang memberikan fokus pada konvergensi lima paket layanan, yaitu: (a) Layanan kesehatan dan gizi ibu-anak; (b) Layanan konseling kesehatan dan gizi; (c) Layanan air bersih dan sanitasi; (d) Layanan jaminan sosial dan kesehatan; dan (e) Layanan Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD). Terdapat indikator pokok yang dipantau melalui kartu skor konvergensi desa. Kartu ini selain berguna untuk perencanaan program pencegahan *stunting* di tingkat desa, juga akan dimasukkan dalam laporan tahunan Dana Desa oleh Kementerian Keuangan dan Pemerintah Kabupaten/Kota.

71. **Laporan pemantauan dan evaluasi berkala**. Setwapres secara berkala mengeluarkan laporan hasil pemantauan dan evaluasi terhadap upaya pencegahan *stunting* di semua tingkatan. Laporan ini menjadi salah satu bahan evaluasi kinerja pelaksanaan pencegahan *stunting* nasional.

Sementara itu, untuk mempercepat proses pembelajaran digunakan beberapa instrumen antara lain:

72. **Rembuk *Stunting* Tahunan**. Pemerintah di semua tingkatan, dari pusat hingga desa menelaah capaian dan penyelenggaraan program. Jika penyelenggaraan program tidak sesuai maka diperlukan adanya tindakan-tindakan perbaikan. Kegiatan ini dapat digunakan untuk menyepakati dan mencatat keputusan bersama terkait dengan tindakan-tindakan perbaikan yang akan diambil di tingkat pusat dan daerah dalam batas waktu yang ditetapkan.

73. **Forum inovasi dan praktik baik tahunan di tingkat nasional.** Forum ini merupakan bagian dari rembuk *stunting* tingkat nasional yang dihadiri oleh para pimpinan daerah. Di dalam forum tersebut, pimpinan daerah dapat berbagi inovasi dan praktik baik yang terjadi di wilayahnya. Hal ini diharapkan dapat memotivasi pimpinan daerah lain untuk melakukan inovasi dan memastikan penyelenggaraan berjalan dengan baik.

74. **Kelompok pakar** terdiri dari para pakar yang melakukan penelitian atau kajian tentang pelaksanaan pencegahan *stunting* dan evaluasi terhadap dampak dan efektivitas program di tingkat lokal maupun global, termasuk pemecahan masalah. Kelompok pakar juga dapat melakukan uji coba terhadap berbagai intervensi baru. Hasilnya dapat digunakan untuk menentukan arah perbaikan yang diperlukan. Kelompok ini bermanfaat untuk mempercepat proses pembelajaran dan memberikan masukan kritis terhadap berbagai upaya percepatan pencegahan *stunting*.

75. **Pembelajaran horizontal (*peer-to-peer learning* dan *knowledge hub*)**, dikoordinir oleh Ditjen Bina Pembangunan Daerah, Kementerian Dalam Negeri melalui pengembangan sistem daring dan pertemuan-pertemuan untuk mempercepat proses pembelajaran dan memperkuat kapasitas pemerintah daerah untuk melakukan Aksi Konvergensi/Integrasi. Dalam pertemuan ini, peserta dari lintas sektor lain termasuk masyarakat madani dapat dilibatkan.

76. **Pelaksanaan pemantauan langsung ke kabupaten/kota prioritas.** Pemantauan lintas sektor yang dikoordinasikan oleh Setwapres dan Bappenas ini berguna untuk memverifikasi data yang terkumpul melalui sistem data, mengidentifikasi kendala yang muncul dalam pencegahan *stunting* di kabupaten/kota, dan melengkapi informasi yang tidak tercakup di dalam sistem pendataan yang ada.

BAB 4

KOORDINASI DAN PERAN PARA PEMANGKU KEPENTINGAN

77. Tujuan koordinasi adalah untuk meningkatkan efektivitas pencegahan *stunting* melalui sinkronisasi, penyelarasan, dan pemaduan antara berbagai kegiatan prioritas pencegahan *stunting*. Penguatan koordinasi dilakukan di setiap tingkat administrasi mulai tingkat pusat sampai tingkat desa, dengan peran dan fungsi yang spesifik.

4.1. Kerangka Koordinasi

78. Dalam rangka koordinasi pelaksanaan percepatan pencegahan *stunting*, dibentuk Komite Nasional Percepatan Perbaikan Gizi (Komnas PPG). Struktur Komnas PPG yang diatur melalui Peraturan Presiden terdiri dari Komite Pengarah dan Komite Teknis. Dalam menjalankan tugasnya, Komnas PPG dibantu oleh Seknas PPG.

4.1.1. Komite Pengarah

79. Komite Pengarah dipimpin oleh Presiden bersama Wakil Presiden dan dibantu para Menteri Koordinator sebagai Wakil Ketua. Komite Pengarah bertugas untuk memberikan arah kebijakan untuk tercapainya tujuan percepatan pencegahan *stunting*.

80. Ketua Komite Pengarah memimpin pertemuan minimal enam bulan sekali atau sewaktu-waktu jika diperlukan untuk menetapkan arah kebijakan dan pelaksanaan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting*, menetapkan target nasional, mengurai hambatan dan masalah yang muncul, mengapresiasi kinerja pemerintah daerah yang berhasil menurunkan prevalensi *stunting*, dan berbagi praktik baik.

81. Dalam menjalankan tugas harian, Ketua Komite Pengarah dibantu oleh Menteri yang membidangi perencanaan pembangunan nasional sebagai Ketua Harian. Anggota Komite Pengarah terdiri dari 23 Menteri dan pimpinan Lembaga terkait yang diatur melalui Peraturan Presiden.

4.1.2. Komite Teknis

82. Komite Teknis bertugas melaksanakan arahan Komite Pengarah dalam merumuskan kebijakan serta mengkoordinasikan pelaksanaan percepatan pencegahan *stunting*, yang meliputi:
    a. Penyusunan dan pengarusutamaan kebijakan pimpinan tertinggi;
    b. Pemanduan pelaksanaan program dengan menyelenggarakan kajian pelaksanaan program setengah tahunan;
    c. Penyelesaian terhadap berbagai isu yang muncul; dan
    d. Pemberian arahan terkait dukungan dari seluruh pemangku kepentingan.

83. Komite Teknis juga bertanggung jawab untuk mengembangkan perencanaan dan penganggaran nasional yang terkonvergensi melalui pertemuan rutin sekurang-kurangnya setiap tiga bulan, melakukan pemantauan pelaksanaan Aksi Konvergensi/Integrasi, mengembangkan standar program pengembangan kapasitas, menetapkan norma, standar, prosedur, dan kriteria (NSPK), menyusun strategi kampanye, melakukan pembinaan bagi K/L teknis dan daerah serta menyusun laporan secara berkala. Komite Teknis juga melakukan kerjasama kemitraan dengan berbagai pihak.

84. Komite Teknis diketuai pejabat Eselon I yang menangani bidang pembangunan manusia dan kebudayaan. Susunan organisasi, tugas, dan tata kerja Komite Teknsi diatur dalam Peraturan Menteri yang menangani urusan perencanaan pembangunan nasional.

4.1.2. Sekretariat Nasional Percepatan Perbaikan Gizi

85. Sekretaritat Nasional Percepatan Perbaikan Gizi (Seknas PPG) membantu tugas-tugas Komite Pengarah dan Komite Teknis dalam: (a) menyiapkan seluruh kebutuhan serta laporan kemajuan dan isu-isu terkait dengan pelaksanaan pencegahan *stunting*; (b) menyelenggarakan pertemuan rutin 3 bulanan dan 6 bulanan; dan (c) mengusulkan tindak lanjut sesuai dengan kebutuhan.

86. Susunan organisasi, tugas, dan tata kerja Seknas PPG diatur dalam Peraturan Menteri yang menangani urusan perencanaan pembangunan nasional. Seknas PPG bertanggungjawab kepada Menteri yang menangani urusan perencanaan pembangunan nasional

4.1.2. Kerangka Koordinasi Tiap Daerah

87. **Tingkat Provinsi:** pelaksanaan koordinasi dilakukan melalui pertemuan berkala tiga bulanan untuk membahas pelaksanaan pencegahan *stunting*, di antaranya: a) penyelarasan kebijakan dan target provinsi dengan kebijakan nasional; b) melakukan advokasi, sosialisasi, dan kampanye melalui berbagai saluran; c) kemitraan sesuai dengan kebutuhan pelayanan gizi yang konvergen; dan d) realokasi sumber daya, seperti SDM dan anggaran serta melakukan pembinaan dan pendampingan kepada kabupaten/kota. Koordinasi di tingkat provinsi menggunakan forum koordinasi yang ada, seperti Tim Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi (RAD PG), Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Daerah (TKPKD) atau tim lainnya yang dinilai efektif untuk mengkoordinasikan pelaksanaan intervensi penurunan *stunting* terintegrasi di tingkat provinsi.

88. **Tingkat Kabupaten/Kota:** pelaksanaan koordinasi dilakukan melalui pertemuan bulanan untuk memantau, membahas pelaporan dan kemajuan pelaksanaan pencegahan *stunting* serta menyusun rencana pembinaan. Koordinasi tersebut ditujukan untuk memastikan terpenuhinya sumber daya yang mendukung intervensi gizi secara konvergen melalui proses perencanaan dan penganggaran, yang meliputi SDM, anggaran, dukungan logistik, dan kemitraan. Kabupaten/kota diharapkan dapat melakukan pembinaan dan pendampingan pelaksanaan intervensi gizi prioritas secara konvergen di tingkat kecamatan dan desa. Peran koordinasi di tingkat kabupaten/kota sangat penting untuk menciptakan lingkungan yang mendukung kebijakan intervensi gizi secara konvergen dengan menyelaraskan kebijakan daerah, kebijakan pusat, dan kondisi daerahnya masing-masing. Pelaksanaan koordinasi di tingkat kabupaten/kota menggunakan forum koordinasi yang ada, seperti Tim Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi (RAD PG), Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Daerah (TKPKD), atau tim lainnya yang dinilai efektif untuk mengkoordinasikan pelaksanaan intervensi penurunan *stunting* terintegrasi di tingkat kabupaten/kota.

89. **Tingkat Kecamatan:** koordinasi intervensi pencegahan *stunting* dipimpin oleh Camat

selaku koordinator wilayah kecamatan. Pelaksanaan koordinasi dilakukan dengan melakukan pertemuan secara berkala dengan aparat tingkat kecamatan, tingkat desa, dan masyarakat untuk membahas kemajuan program pencegahan *stunting*, termasuk dalam menyediakan dukungan untuk mencegah *stunting*, mendukung proses perencanaan dan penyelenggaraan berbasis data, melakukan pemantauan dan verifikasi data dan melakukan pendampingan pelaksanaan kegiatan di tingkat desa.

90. **Tingkat Desa:** Kepala Desa menjadi penanggung jawab kegiatan percepatan pencegahan *stunting* tingkat desa, diawali dengan memastikan tersedianya data sasaran intervensi pencegahan *stunting*, antara lain data keluarga miskin, data keluarga dengan ibu hamil dan balita, serta pelayanan yang telah diterima. Data-data tersebut selanjutnya dipakai untuk menyusun proposal kegiatan pencegahan *stunting* dengan sasaran prioritas. Perlu dibentuk komite masyarakat sebagai forum koordinasi tingkat desa. Kepala Desa bertanggung jawab untuk memastikan tersedianya kader yang berfungsi sebagai Kader Pembangunan Manusia untuk memfasilitasi pelaksanaan intervensi penurunan *stunting* terintegrasi di tingkat desa.

4.2. Peran Para Pemangku Kepentingan

Bagian ini menjelaskan tentang peran para pemangku kepentingan di berbagai tingkatan, mulai dari tingkat pusat, provinsi, kabupaten/kota hingga desa.

4.2.1. Pemerintah Pusat

91. Kementerian/Lembaga yang berperan di dalam percepatan pencegahan *stunting*, sebagai berikut:
    a. **Setwapres** mengkoordinasikan dan memperkuat komitmen pimpinan pusat dan daerah dalam percepatan pencegahan *stunting***.**
    b. **Kementerian/Lembaga yang menangani urusan perencanaan pembangunan nasional** melakukan perencanaan, pengendalian, pemantauan dan evaluasi dalam percepatan pencegahan *stunting***.**
    c. **Kementerian yang menangani urusan keuangan** mempersiapkan penganggaran percepatan pencegahan *stunting*.
    d. **Kementerian yang menangani urusan kesehatan** memastikan tersedianya akses dan meningkatnya mutu pelayanan gizi spesifik, serta bersama dengan Kementerian yang menangani urusan komunikasi dan Informasi mengkoordinasikan kampanye perubahan perilaku.
    e. **Kementerian yang menangani urusan dalam negeri** meningkatkan kapasitas pemerintah daerah dalam penyelengaraan percepatan gizi di provinsi dan kabupaten/kota.
    f. **Kementerian yang menangani urusan desa** meningkatkan pemberdayaan masyarakat desa untuk melaksanakan percepatan perbaikan gizi.
    g. **Kementerian yang menangani urusan pekerjaan umum dan perumahan rakyat** memastikan tersedianya akses dan meningkatnya mutu sarana air bersih dan sanitasi di masyarakat.

h. **Kementerian yang menangani urusan pertanian** memastikan terpenuhinya kebutuhan pangan dan gizi terutama untuk keluarga miskin.
i. **Kementerian yang menangani urusan sosial** memastikan tersedianya akses dan meningkatnya mutu program perlindungan sosial untuk keluarga miskin.
j. **Kementerian yang menangani urusan pendidikan** memastikan tersedianya akses dan meningkatnya mutu kegiatan pengasuhan anak melalui pendidikan anak usia dini.
k. **Kementerian/Lembaga Teknis lain** mendukung penyelenggaraan percepatan pecegahan *stunting* sesuai dengan lingkup tugas masing-masing melalui dukungan pengembangan kapasitas, dukungan teknis, dan dukungan lain yang diperlukan.

4.2.2. Pemerintah Provinsi

92. Dalam rangka percepatan pencegahan *stunting* di daerah, pemerintah provinsi mempunyai peran yang strategis sebagai berikut:
    a. Mensosialisasikan kebijakan prioritas pembangunan nasional terkait dengan upaya percepatan pencegahan *stunting*.
    b. Merumuskan kebijakan daerah yang mendukung upaya percepatan pencegahan *stunting* di wilayah di provinsi.
    c. Memberi bantuan tenaga teknis dan pelatihan untuk memperkuat kapasitas kabupaten/kota dalam melaksanakan Aksi Konvergensi/Integrasi.
    d. Mendorong Bupati/Walikota di wilayah administrasinya berkomitmen dan melaksanakan secara aktif upaya pencegahan *stunting*.
    e. Meningkatkan koordinasi antara OPD provinsi dengan OPD kabupaten/kota yang terkait dengan pelaksanaan Aksi Konvergensi/Integrasi.
    f. Memastikan program/kegiatan terkait dengan intervensi gizi spesifik dan sensitif yang merupakan kewenangan provinsi dalam upaya percepatan pencegahan *stunting* pada rencana pembangunan daerah.
    g. Mengalokasikan belanja bantuan khusus untuk kabupaten/kota dan desa yang kurang mampu dari aspek pendanaan dalam upaya percepatan pencegahan stunting.
    h. Memastikan intervensi gizi spesifik dan sensitif tepat lokasi desa dan tepat kelompok sasaran. Peran ini dilakukan pada waktu evaluasi rancangan Peraturan Daerah tentang APBD kabupaten/kota.
    i. Melakukan pengawasan dan penilaian kinerja terhadap pelaksanaan kegiatan pencegahan stunting oleh kabupaten/kota secara berkala.

4.2.3 Pemerintah Kabupaten/Kota

93. Untuk menyelenggarakan intervensi gizi spesifik dan sensitif secara konvergen agar tepat melayani kelompok sasaran dan tepat lokasi desa, pemerintah kabupaten/kota mempunyai peran yang strategis, sebagai berikut:

a. Merumuskan kebijakan kabupaten/kota dalam rangka percepatan pencegahan *stunting*, termasuk peningkatan peran camat dalam mengkoordinasikan perencanaan, pelaksanaan, dan pengendalian percepatan pencegahan *stunting* hingga ke tingkat desa.
b. Mensosialisasikan kebijakan terkait upaya percepatan pencegahan *stunting* sebagai salah satu prioritas pembangunan nasional, khususnya kepada kecamatan dan desa.
c. Memastikan komitmen bersama antara pemerintahan kabupaten/kota, desa, dan unsur masyarakat untuk percepatan pencegahan *stunting* secara konsisten dan berkelanjutan.
d. Meningkatkan kapasitas OPD kabupaten/kota terkait dan aparat desa dalam melaksanakan Aksi Konvergensi/Integrasi pencegahan *stunting*.
e. Meningkatkan dan/atau membangun sistem manajemen data yang terkait dengan pencegahan *stunting*.
f. Meningkatkan koordinasi dengan K/L, provinsi, desa, dan pihak lainnya yang terkait dalam pelaksanaan Aksi Konvergensi/Integrasi pencegahan *stunting*.
g. Memastikan rencana program/kegiatan, lokus, dan sumber pembiayaan untuk intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif dimuat dalam Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) atau Rencana Kerja (Renja) OPD.
h. Melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan kegiatan pencegahan *stunting* yang dilakukan oleh desa.
i. Mengoordinasikan bantuan dari masyarakat, dunia usaha, donor, serta pihak lainnya yang terkait dalam upaya pencegahan *stunting* ke kelompok sasaran dan lokasi desa.

4.2.4. Pemerintah Desa

94. Untuk menyelenggarakan intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif secara konvergen agar tepat melayani kelompok sasaran di tingkat desa, pemerintah desa memiliki peran sebagai berikut:
    a. Melakukan pendataan[24] terhadap kelompok sasaran, permasalahan terkait *stunting*, cakupan layanan dasar kepada masyarakat, kondisi penyedia layanan,dan sebagainya.
    b. Pembentukan dan pengembangan sekretariat bersama yang berfungsi untuk ruang belajar bersama, penggalian aspirasi, aktualisasi budaya, aktivitas kemasyarakatan, akses informasi serta forum masyarakat peduli kesehatan, pendidikan dan sosial, seperti Rumah Desa Sehat (RDS).
    c. Meningkatkan pelayanan posyandu, peningkatan layanan kegiatan pengasuhan, penyuluhan pola hidup sehat pada fasilitas pendidikan anak usia dini, dan lainnya dalam upaya pencegahan *stunting*.
    d. Menyiapkan dan meningkatkan kapasitas aparat desa, Kader Pembangunan Manusia (KPM), dan masyarakat melalui pelatihan yang dilaksanakan oleh pemerintah maupun lembaga non-pemerintah lainnya.
    e. Pemantauan pelaksanaan program/kegiatan pencegahan *stunting* dan pendataan secara berkala yang akan digunakan sebagai salah satu bahan pengisian dan pelaporan *scorecard* desa kepada OPD terkait.

[24] Detil kebutuhan data dapat dilihat dalam Kartu Skor Desa (*Village Scorecard*) yang termuat dalam Buku Panduan Fasilitasi Konvergensi Pencegahan *Stunting* di Desa (Kemendesa, 2018)

4.2.5. Non-Pemerintah

95. **Dunia Usaha:** berperan dalam pengembangan, kendali mutu, distribusi, serta pemasaran makanan bergizi yang memadai sejalan dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku. Selain itu, dunia usaha juga berperan dalam implementasi *work force nutrition* (gizi untuk pekerja) melalui penerapan pola hidup sehat di lingkungan kerja dan pemberdayaan masyarakat serta inovasi dan dukungan pelaksanaan intervensi gizi spesifik dan sensitif.

96. **Mitra Pembangunan:** mendukung program dan kegiatan pemerintah dalam upaya percepatan perbaikan gizi, terutama dalam perencanaan, pengembangan, dan pelaksanaan kebijakan dengan mengembangkan model yang telah mengalami penyempurnaan untuk mendukung percepatan peningkatan intervensi gizi sensitif dan spesifik.

97. **Organisasi Masyarakat Madani:** melakukan advokasi, komunikasi perubahan perilaku, dan pemberdayaan masyarakat terkait *stunting*, memberikan dukungan teknis maupun finansial kepada pemerintah daerah untuk mengembangkan kapasitas serta manajemen kegiatan-kegiatan terkait gizi, dan juga melakukan pemantauan sosial.

98. **Universitas, Akademisi, dan Organisasi Profesi:** memberikan masukan dalam pengembangan dan perencanaan program percepatan perbaikan gizi. Akademisi dan organisasi dapat memberikan masukan berdasarkan kajian dan penelitian ilmiah seputar *stunting* sehingga intervensi yang dikembangkan oleh pemerintah senantiasa berbasis bukti dan sesuai dengan konteks di Indonesia.

99. **Media:** melakukan advokasi, sosialisasi, kampanye, dan komunikasi kepada masyarakat dan pemangku kepentingan di tingkat pusat dan daerah. Media merupakan mitra strategis dalam hal menginformasikan, memantau dan mengevaluasi situasi *stunting* serta mengkampanyekan perilaku yang dapat mencegah *stuting* ke berbagai wilayah di Indonesia.

Untuk mendorong peran serta aktif dunia usaha, mitra pembangunan, akademisi dan universitas, media, dan masyarakat madani diperlukan berbagai langkah sebagai berikut:

a. Pemetaan kebutuhan intervensi prioritas pencegahan *stunting*, baik gizi spesifik maupun sensitif serta kesenjangan pemenuhan sumber daya, serta diseminasi hasil pemetaan.
b. Peningkatan pemahaman di kalangan non-pemerintah tentang strategi percepatan pencegahan *stunting* serta peran penting lembaga non-pemerintah.
c. Pelibatan Perguruan Tinggi dan Organisasi Profesi dalam proses penilaian dan diagnosis permasalahan *stunting* serta penyusunan rencana tindak lanjut dan penelitian.
d. Melibatkan mitra pembangunan dalam pembahasan berbagai inovasi maupun praktik baik terkait intervensi pencegahan *stunting*.
e. Menyebarluaskan laporan kemajuan pencegahan *stunting* secara berkala.

BAB 5

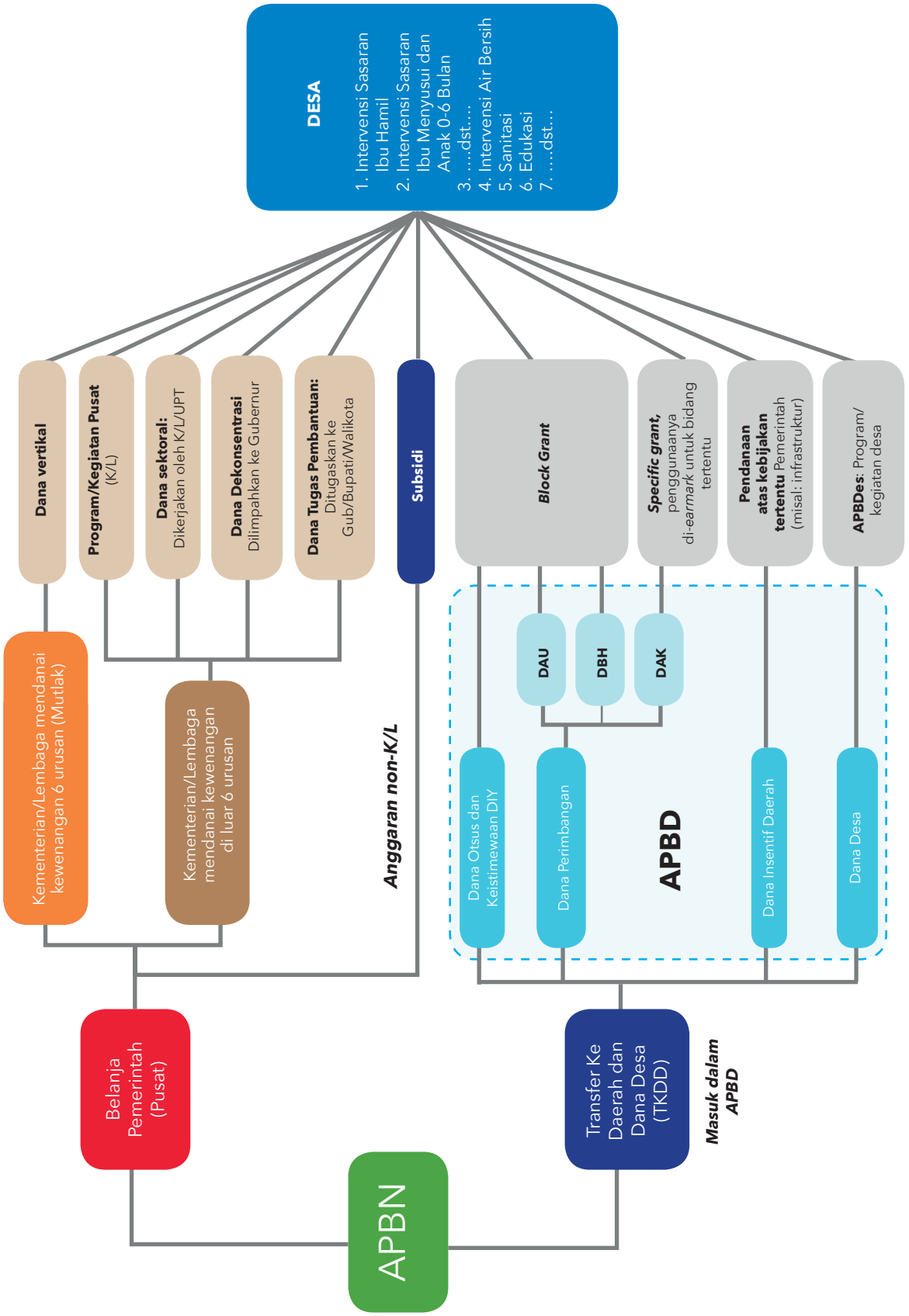
KERANGKA PEMBIAYAAN

5.1. Sumber Pembiayaan

100. Untuk Sumber pembiayaan dalam upaya pencegahan *stunting* mengikuti skema pembiayaan pemerintah yang sudah ada, baik berasal dari dana desa (APBDesa), dana kabupaten/kota (APBD kabupaten/kota), Dana Alokasi Khusus (DAK), dana provinsi (APBD provinsi), dana kementerian/lembaga (APBN), maupun pendapatan lainnya yang sah. Secara umum skema pembiayaan pencegahan *stunting* dapat dilihat pada Gambar 5.1 sebagaimana dijelaskan pada halaman 57.

YOKOHAMA

Gambar 5.1. Skema Sumber Pembiayaan untuk Konvergensi Pencegahan *Stunting*



Penjelasan Gambar 5.1 adalah sebagai berikut:

- **Belanja Pemerintah (Pusat)** merupakan bagian dari APBN yang digunakan oleh Kementerian/ Lembaga untuk membiayai kewenangan 6 urusan (mutlak), kewenangan di luar 6 urusan, dan anggaran di luar Kementerian/Lembaga. Kewenangan 6 urusan (mutlak) mencakup politik luar negeri, pertahanan nasional, keamanan nasional, kehakiman, kebijakan moneter dan fiskal nasional, serta kebijakan terkait agama yang disalurkan melalui dana vertikal untuk membiayai instansi vertikal pusat di daerah. Sedangkan untuk kewenangan di luar 6 urusan disalurkan melalui program dan kegiatan pusat (Kementerian/Lembaga), dana sektoral yang dikerjakan oleh Unit Pelaksana Teknis (UPT), dana dekonsentrasi, dan dana tugas pembantuan.
- **Dana Dekonsentrasi** adalah dana pelimpahan wewenang dari Pemerintah Pusat kepada Gubernur untuk mendukung pelaksanaan kegiatan dekonsentrasi yang berasal dari APBN, tidak termasuk dana yang dialokasikan untuk instansi vertikal pusat di daerah. Kegiatan dekonsentrasi yang dibiayai adalah bersifat nonfisik dan mendukung penguatan pemberdayaan Gubernur selaku wakil Pemerintah Pusat.
- **Tugas Pembantuan (TP) dari Pemerintah kepada Pemerintah Daerah** adalah penugasan dari Pemerintah kepada daerah dan/atau desa, dari Pemerintah Provinsi kepada kabupaten, atau kota dan/atau desa, serta dari Pemerintah Kabupaten/Kota kepada desa untuk melaksanakan tugas tertentu dengan kewajiban melaporkan dan mempertanggungjawabkan pelaksanaannya kepada yang menugaskan.
- **Dana Transfer dari Pemerintah kepada Pemerintah Daerah dan Desa** merupakan bagian dari APBN dalam rangka mendanai pelaksanaan desentralisasi fiskal berupa otonomi khusus dan dana keistimewaan Yogyakarta, dana perimbangan, dana desa, alokasi dana desa, dan dana transfer lainnya.
- **Dana transfer lainnya** adalah dana yang dialokasikan untuk membantu daerah dalam rangka pelaksanaan kebijakan tertentu sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- **Dana Perimbangan** terbagi menjadi: (a) Dana Alokasi Umum (DAU) yang bersumber dari APBN dan ditujukan untuk pemerataan kemampuan keuangan antardaerah guna mengurangi ketimpangan kemampuan antardaerah melalui penerapan formula yang mempertimbangkan kebutuhan dan potensi daerah; (b) Dana Alokasi Khusus (DAK) yang bersumber dari APBN dan dialokasikan kepada daerah tertentu dengan tujuan untuk membantu mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan daerah dan sesuai dengan prioritas nasional; dan (c) Dana Bagi Hasil (DBH) merupakan dana yang bersumber dari APBN yang dialokasikan kepada daerah berdasarkan persentase tertentu untuk mendanai kebutuhan daerah dalam rangka pelaksanaan desentralisasi.
- **Dana Insentif Daerah (DID)** adalah dana yang dialokasikan dari APBN untuk memberikan penghargaan kepada provinsi, kabupaten, dan kota yang mempunyai kinerja baik dalam kesehatan fiskal dan pengelolaan keuangan daerah, pelayanan dasar publik di bidang pendidikan, kesehatan, dan infrastruktur, pelayanan pemerintahan umum, serta dalam peningkatan kesejahteraan masyarakat.
- **Alokasi Dana Desa (ADD)** bersumber dari APBD, sedangkan **Dana Desa (DD)** bersumber dari APBN. Baik Alokasi Dana Desa maupun Dana Desa tercatat sebagai pendapatan dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa (APBDesa). Dana Desa diperuntukkan bagi Desa dan ditransfer

melalui APBD Kabupaten/Kota setiap tahun, untuk membiayai penyelenggaraan kewenangan Desa.

- **Pembiayaan dari sumber lainnya** untuk program dan kegiatan terkait intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif dapat diperoleh dari pinjaman, bantuan, dan atau hasil penjualan aset pemerintah yang prosedurnya berdasarkan peraturan perundangan.

101. Selain pembiayaan bersumber dari pemerintah, pencegahan *stunting* dapat menggali sumber-sumber dana lain yang berasal dari:
    a. Badan hukum/dunia usaha: berdasarkan Peraturan Pemerintah No. 47 Tahun 2012 Tentang Tanggung Jawab Sosial dan Lingkungan Perseroan Terbatas, Badan hukum/dunia usaha diwajibkan untuk melaksanakan tanggung jawab sosial dan lingkungan untuk mewujudkan pembangunan ekonomi berkelanjutan serta meningkatkan kualitas kehidupan dan lingkungan yang bermanfaat bagi komunitas setempat dan masyarakat pada umumnya.
    b. Donor yang berminat dapat berkontribusi pada upaya percepatan pencegahan *stunting* di suatu daerah dengan mekanisme yang sesuai dengan peraturan perundangan.
    c. Individu, kelompok orang, maupun masyarakat hukum adat dalam upaya percepatan pencegahan *stunting* dapat berpartisipasi dalam bentuk bantuan dana (*in-cash*) dan bantuan non uang (*in-kind*) seperti tenaga, barang, lahan, dan sebagainya.

5.2 Masalah Pembiayaan

102. Permasalahan pembiayaan dalam upaya percepatan pencegahan *stunting*, secara umum dapat dilihat sebagai berikut:
    a. Alokasi anggaran untuk program/kegiatan pada dokumen pelaksanaan anggaran (DPA) setiap tingkat pemerintahan (pusat, provinsi, dan kabupaten/kota} umumnya masih bersifat makro; dalam pengertian lokasi kegiatan masih berskala kewilayahan, belum menunjukan lokus (desa) di mana kegiatan akan dilaksanakan;
    b. Kemampuan keuangan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota, maupun desa yang tertuang dalam APBD maupun APBDesa untuk pembiayaan program/kegiatan intervensi gizi prioritas masih terbatas.
    c. Pembiayaan yang bersumber dari pemerintah Pusat, Daerah, Desa, maupun dari pihak lainnya yang sah lebih diutamakan untuk pembangunan fisik daripada pembangunan manusia, khususnya pencegahan *stunting* melalui kebijakan.
    d. Masih rendahnya kemampuan pemerintah daerah menghitung kebutuhan pembiayaan jangka menengah dan sumber-sumber pendanaan yang bisa ditingkatkan guna pembiayaan program/kegiatan pencegahan *stunting*.

5.3 Strategi Pencapaian Pembiayaan

103. Untuk mencapai pembiayaan yang efektif dan efisien dalam upaya percepatan pencegahan *stunting* kepada sasaran prioritas dan kelompok masyarakat umum, strategi yang dapat dilakukan antara lain:

a. Bappenas, Kementerian Keuangan, dan Kementerian/Lembaga (K/L) yang terkait dengan percepatan pencegahan *stunting*, melakukan konvergensi penganggaran dalam penyusunan Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) K/L, agar lokasi kegiatan berada pada kabupaten/kota prioritas sesuai kewenangan.
b. Pemerintah memberikan dana kepada daerah-daerah yang mempunyai kemampuan keuangan terbatas melalui mekanisme Dana Alokasi Khusus (DAK) Fisik dan Non-Fisik untuk dukungan pelaksanaan program pencegahan *stunting*. Pemerintah menyusun pedoman tentang penggunaan Dana Transfer/DAK untuk mendukung konvergensi.
c. Pemerintah provinsi melakukan konvergensi penganggaran dalam penyusunan DPA OPD yang terkait dengan percepatan pencegahan *stunting* dan diselaraskan dengan kegiatan yang akan dilaksanakan oleh K/L yang berlokasi pada kabupaten/kota prioritas sesuai kewenangan.
d. Pemerintah provinsi dapat memberikan bantuan pendanaan kepada daerah kabupaten/kota maupun desa melalui belanja bantuan khusus, di mana bantuan tersebut diarahkan untuk percepatan pencegahan *stunting* melalui intervensi gizi dan sasaran prioritas.
e. Pemerintah kabupaten/kota melakukan konvergensi penganggaran dalam penyusunan DPA OPD yang terkait dengan percepatan pencegahan *stunting* dan diselaraskan dengan kegiatan yang akan dilaksanakan oleh K/L, provinsi, kabupaten/kota, dan desa sesuai kewenangan. Pemerintah kabupaten/kota merencanakan, menganggarkan, dan melaksanakan Dana Alokasi Khusus secara konvergen dengan mengikuti pedoman yang dikeluarkan oleh Kementerian Keuangan.
f. Pemerintah kabupaten/kota dapat memberikan bantuan pendananan kepada desa melalui belanja bantuan khusus, di mana bantuan tersebut diarahkan untuk percepatan pencegahan *stunting* melalui intervensi gizi dan sasaran prioritas.
g. Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi menugaskan Bupati/Walikota agar memanfaatkan Dana Desa untuk percepatan pencegahan *stunting* dalam Permendesa tentang Penetapan Prioritas Tahunan Usulan Kegiatan Desa yang Bersumber dari Dana Desa.
h. Menteri Dalam Negeri menginstruksikan Pemda kabupaten/kota untuk mengacu kepada Permendagri No. 20/2018 agar menyusun Peraturan Bupati/Walikota tentang Pedoman Penggunaan Alokasi Dana Desa (ADD) yang mencakup peran desa dan prioritas pemanfaatan ADD untuk pencegahan *stunting* di desa.

104. Apabila pendanaan dari APBN, APBD, DAK, dan Dana Desa untuk pembiayaan percepatan pencegahan *stunting* tidak mencukupi, maka langkah yang dapat dilakukan, antara lain:
    a. Realokasi kegiatan sesuai dengan intervensi, sasaran, dan lokasi prioritas;
    b. Mendorong pembiayaan dari sumber non-pemerintah, termasuk pihak swasta/dunia usaha untuk berkontribusi dalam program pencegahan *stunting*;
    c. Melakukan kerjasama dengan mitra pembangunan untuk membantu Pemerintah, pemerintah daerah, maupun pemerintah desa berdasarkan konsep berbasis hasil dan/atau bantuan teknis sesuai dengan peraturan perundangan.

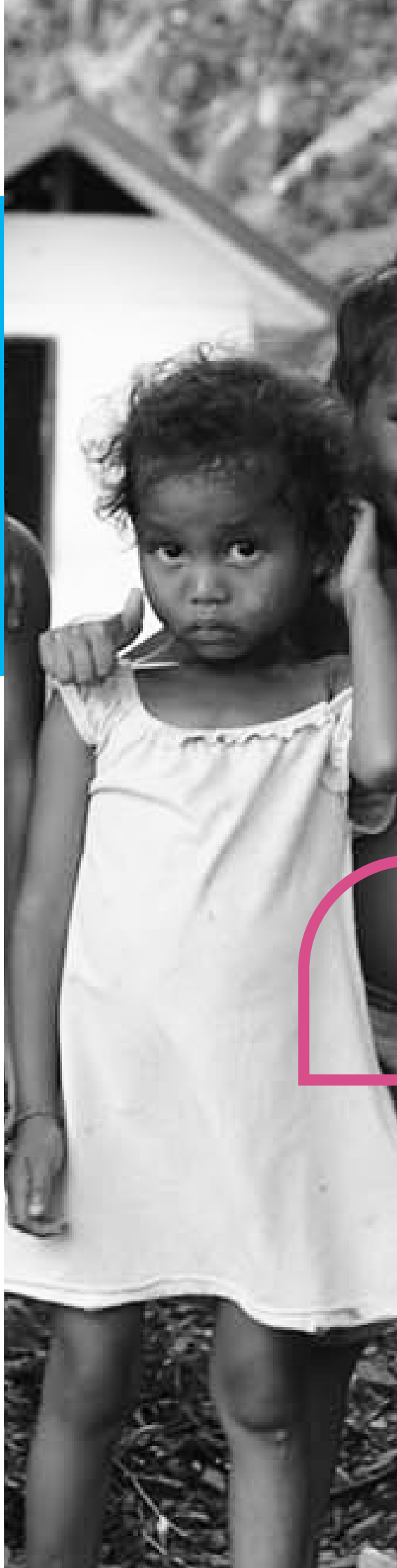
5.4. Mekanisme Pembiayaan untuk Aksi Konvergensi/Integrasi

Mekanisme konvergensi pembiayaan untuk menyelenggarakan intervensi gizi prioritas di tingkat kabupaten/kota adalah sebagai berikut:

105. Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) ditetapkan dengan peraturan kepala daerah, merupakan pedoman dalam penyusunan Kebijakan Umum Anggaran (KUA), Prioritas dan Pagu Anggaran Sementara (PPAS), dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD). Penyusunan RKPD dilakukan dengan memperhatikan masukan dari rencana kegiatan yang disusun berdasarkan hasil analisis situasi program penurunan *stunting*.

106. Agar terwujud sinergi antara kegiatan dan penganggaran dengan prinsip efisien dan efektif berdasarkan kewenangan masing-masing tingkat pemerintahan dan untuk menghindari tumpang tindih pendanaan maupun kegiatan pada satu lokasi, ataupun adanya lokasi-lokasi yang tidak mendapatkan cakupan intervensi yang cukup, perlu dilakukan konvergensi.

LAMPIRAN



Lampiran 1: Matriks Bukti Intervensi Gizi

No	Intervensi Gizi	Definisi dan Standar	Prasyarat Keberhasilan Intervensi
1	Intervensi Gizi Spesifik: Ibu Hamil		
	Pemberian makanan tambahan (PMT) bagi ibu hamil dari kelompok miskin/Kurang Energi Kronik (KEK)	Penyediaan makanan tambahan dengan formulasi gizi tertentu dan difortifikasi dengan vitamin dan mineral, sesuai dengan ketentuan dalam Petunjuk Teknis PMT dari Kemenkes 2017.[25] Program ini utamanya ditujukan bagi ibu hamil dari kelompok miskin yang rentan terhadap kejadian kurang energi kronik (KEK).	1. Penentuan kelompok sasaran dan jumlahnya dengan akurat. 2. Alokasi anggaran yang memadai baik di pusat maupun daerah. 3. Penguatan manajemen rantai pasokan untuk memastikan ketersediaan dan distribusi produk. 4. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam pencegahan dan tatalaksana KEK pada ibu hamil. 5. Edukasi dan konseling gizi ibu hamil. 6. Pemantauan konsumsi PMT dan evaluasi dampak.
	Pemberian Suplementasi tablet tambah darah (TTD)	Pemberian 90 butir TTD dengan kandungan 60 mg Fe (setara dengan 300 mg *ferrous sulfate heptahydrate*, 180 mg *ferrous fumarate* atau 500 mg *ferrous gluconate*) dan 0,4 mg asam folat untuk semua ibu hamil.[26]	1. Penentuan jumlah sasaran dengan akurat. 2. Alokasi anggaran yang memadai baik di pusat maupun daerah. 3. Penguatan manajemen rantai pasokan untuk memastikan ketersediaan dan distribusi produk. 4. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam pencegahan dan tatalaksana anemia pada ibu hamil. 5. Edukasi dan konseling gizi, termasuk mengenai efek samping suplementasi. 6. Pemantauan cakupan program, kepatuhan konsumsi TTD, dan evaluasi dampak.

[25] Kemenkes. Petunjuk Teknis Pemberian Makanan Tambahan Balita, Anak Sekolah, dan Ibu Hamil. 2017.
[26] Kemenkes. Peraturan Menteri Kesehatan No. 88, tentang Standar Tablet Tambah Darah Bagi Wanita Hamil, Buku Tablet Tambah Darah. 2014.

No	Intervensi Gizi	Definisi dan Standar	Prasyarat Keberhasilan Intervensi
1	Intervensi Gizi Spesifik: Ibu Hamil		
	Pemberian Suplementasi kalsium	Suplementasi kalsium sebesar 1.5 - 2 gram per hari di area dengan asupan kalsium rendah, diberikan sesuai dengan indikasi yaitu ibu hamil yang berisiko tinggi mengalami preeklampsia. [27]	1. Penentuan kelompok sasaran dan jumlahnya dengan akurat. 2. Alokasi anggaran yang memadai baik di pusat maupun daerah. 3. Penguatan manajemen rantai pasokan untuk memastikan ketersediaan dan distribusi produk. 4. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam pencegahan, deteksi dini, dan tatalaksana preeklampsia pada ibu hamil. 5. Edukasi dan konseling gizi, termasuk mengenai efek samping suplementasi. 6. Pemantauan cakupan program dan evaluasi dampak.
	Pemeriksaan kehamilan	Pemeriksaan kehamilan menyeluruh dan berkualitas yang dilakukan sedikitnya empat kali selama hamil [28] yaitu: 1. Sebelum minggu ke 16 (trimester 1) 2. Antara minggu ke 24 – 28 (trimester 2) 3. Antara minggu ke 30 – 32 (trimester 3) 4. Antara minggu ke 36 – 38 (trimester 3)	1. Alokasi anggaran yang memadai baik di pusat maupun daerah. 2. Penguatan sarana dan prasarana yang dibutuhkan dalam layanan pemeriksaan kehamilan. 3. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam tatalaksana pemeriksaan kehamilan, deteksi dini kelainan medis dan komplikasi serta pemberian rujukan. 4. Penguatan kegiatan dan program lain yang mendukung pemeriksaan kehamilan seperti kelas ibu hamil, edukasi dan konseling gizi. 5. Pelibatan anggota keluarga dan masyarakat dalam pelaksanaan program dan pengawasan kesehatan ibu hamil. 6. Pemantauan dan evaluasi pelaksanaan program.

[27] Kemenkes. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan: Pedoman bagi Tenaga Kesehatan. 2013.
[28] Kemenkes. Buku Kesehatan Ibu dan Anak. 2016.

No	Intervensi Gizi	Definisi dan Standar	Prasyarat Keberhasilan Intervensi
1	Intervensi Gizi Spesifik: Ibu Hamil		
	Perlindungan dari malaria	Perlindungan terhadap gigitan nyamuk dengan menggunakan kelambu berinsektisida yang diberikan kepada ibu hamil yang tinggal di daerah endemis malaria. Kelambu berinsektisida ini dapat diberikan secara massal maupun terintegrasi dengan program lain. [29, 30] Pengobatan malaria pada ibu hamil menggunakan obat yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan yaitu tablet Artemisinin Combination Therapy (ACT).	1. Penguatan regulasi dan kebijakan untuk mengoptimalkan program perlindungan dari malaria. 2. Penentuan kelompok sasaran dan jumlahnya dengan akurat. 3. Alokasi anggaran yang memadai baik di pusat maupun daerah. 4. Penguatan manajemen rantai pasokan untuk memastikan ketersediaan dan distribusi produk. 5. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam pencegahan, deteksi dini dan tatalaksana kasus malaria pada ibu hamil. 6. Edukasi dan konseling gizi serta perubahan perilaku kaitannya dengan penggunaan kelambu berinsektisida, sanitasi dan kesehatan lingkungan. 7. Pemantauan cakupan program dan evaluasi dampak.

[29] Kemenkes. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 293/Menkes/SK/IV/2009 tentang Eliminasi Malaria di Indonesia. 2009.
[30] Kemenkes. Buku Saku Penatalaksanaan Kasus Malaria. 2017.

No	Intervensi Gizi	Definisi dan Standar	Prasyarat Keberhasilan Intervensi
1	Intervensi Gizi Spesifik: Ibu Hamil		
	Pencegahan HIV	Pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (PPIA) secara komprehensif dan berkesinambungan yang meliputi empat pilar[31] yaitu: 1. Pencegahan penularan HIV pada perempuan usia reproduksi (15-49 tahun). 2. Pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan pada perempuan HIV positif. 3. Pencegahan penularan HIV dari ibu hamil ke bayi yang dikandungnya. 4. Dukungan psikologis, sosial, dan perawatan kesehatan selanjutnya kepada ibu yang terinfeksi HIV dan bayi serta keluarganya.	1. Penguatan regulasi dan kebijakan untuk mengoptimalkan upaya PPIA. 2. Penguatan upaya pencegahan dan tatalaksana infeksi menular seksual (IMS), kesehatan reproduksi serta pengintegrasian program HIV dan AIDS ke layanan kesehatan yang sudah tersedia[32]. 3. Penentuan kelompok sasaran dan jumlahnya dengan akurat. 4. Alokasi anggaran yang memadai baik di pusat maupun daerah. 5. Penguatan manajemen rantai pasokan untuk memastikan ketersediaan dan distribusi obat, sarana dan prasarana yang dibutuhkan. 6. Peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku petugas kesehatan dalam pelaksanaan upaya PPIA. 7. Edukasi dan konseling gizi serta perubahan perilaku kaitannya dengan deteksi dini, pemeriksaan kesehatan rutin, konsumsi makanan beragam, bergizi seimbang dan aman (B2SA), kepatuhan terhadap pengobatan dan pemberian makan bagi bayi dan anak (PMBA) yang sesuai. 8. Pemantauan cakupan program dan evaluasi dampak.

[31] Kemenkes. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 51 tahun 2013 tentang Pedoman Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak. 2013.
[32] Kemenkes. Petunjuk Teknis Program Pengendalian HIV AIDS dan PIMS Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. 2016.

No	Intervensi Gizi	Definisi dan Standar	Prasyarat Keberhasilan Intervensi
2	Intervensi Gizi Spesifik: Ibu Menyusui dan Anak Usia 0-23 bulan		
	Promosi dan konseling menyusui	Intervensi ini meliputi upaya promosi inisiasi menyusu dini (IMD), pemberian kolostrum, dan ASI eksklusif dengan mengacu pada Pedoman Gizi Seimbang yang diterbitkan oleh Kemenkes tahun 2014.	1. Alokasi anggaran yang memadai baik di pusat maupun daerah. 2. Penguatan regulasi dan kebijakan untuk mengoptimalkan praktik menyusui. 3. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam promosi IMD, pemberian kolostrum, dan ASI eksklusif. 4. Penguatan kapasitas kerja fasilitas kesehatan dan Posyandu. 5. Kampanye dan kegiatan komunikasi, informasi, edukasi (KIE) serta konseling bagi ibu menyusui. 6. Pemantauan cakupan IMD dan ASI eksklusif serta evaluasi dampak
	Promosi dan konseling pemberian makan bayi dan anak (PMBA)	Kegiatan ini ditujukan pada anak usia 7-23 bulan meliputi promosi pemberian ASI lanjut dan makanan pendamping ASI (MP-ASI) serta konseling konsumsi makanan beragam, bergizi seimbang dan aman (B2SA) dengan mengacu pada Pedoman Gizi Seimbang yang diterbitkan oleh Kemenkes tahun 2014.[33]	1. Alokasi anggaran yang memadai baik di pusat maupun daerah. 2. Pengembangan panduan dan alat promosi dan konseling PMBA. 3. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam promosi dan konseling PMBA. 4. Penguatan kapasitas kerja fasilitas kesehatan dan Posyandu. 5. Kampanye dan kegiatan komunikasi, informasi, edukasi (KIE) serta konseling PMBA. 6. Pemantauan cakupan kegiatan serta evaluasi dampak.

[33] Kemenkes. Pedoman Gizi Seimbang. 2014.

No	Intervensi Gizi	Definisi dan Standar	Prasyarat Keberhasilan Intervensi
2	Intervensi Gizi Spesifik: Ibu Menyusui dan Anak Usia 0-23 bulan		
	Penatalaksanaan gizi buruk	Prosedur atau mekanisme pelayanan gizi yang dilakukan guna mendukung tata laksana tindakan perawatan pada anak gizi buruk akut mengacu pada pedoman Tatalaksana Anak Gizi Buruk yang diterbitkan oleh Kemenkes tahun 2003. [34]	1. Sistem surveilans disertai dengan sistem deteksi kasus dan rujukan yang akurat, cepat dan memadai. 2. Alokasi anggaran yang memadai baik di pusat maupun daerah. 3. Penguatan manajemen rantai pasokan untuk memastikan ketersediaan dan distribusi formula dan prasarana yang dibutuhkan. 4. Peningkatan kapasitas petugas serta fasilitas kesehatan dalam tata laksana gizi buruk. 5. Pemantauan kegiatan tata laksana gizi buruk dan evaluasi dampak.
	Pemberian makanan tambahan (PMT) pemulihan bagi anak kurang[35]	Penyediaan suplementasi gizi dalam bentuk makanan tambahan dengan formulasi khusus dan difortifikasi dengan vitamin dan mineral, sesuai dengan ketentuan dalam Petunjuk Teknis PMT yang diterbitkan oleh Kemenkes tahun 2017. Program ini diperuntukkan bagi anak gizi kurang akut sebagai tambahan makanan untuk pemulihan status gizi.	1. Sistem surveilans yang memadai disertai dengan sistem deteksi kasus dengan akurat. 2. Alokasi anggaran yang memadai baik di pusat maupun daerah. 3. Penguatan manajemen rantai pasokan untuk memastikan ketersediaan dan distribusi produk. 4. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam pencegahan dan tata laksana gizi kurang akut pada anak. 5. Penguatan layanan kesehatan dan Posyandu. 6. Edukasi dan konseling gizi bagi anak. 7. Pemantauan distribusi dan konsumsi PMT, serta evaluasi dampak.

[34] Kemenkes. Tata Laksana Anak Gizi Buruk Buku I. 2003.
[35] Kemenkes. Petunjuk Teknis Pemberian Makanan Tambahan Balita, Anak Sekolah, dan Ibu Hamil. 2017.

No	Intervensi Gizi	Definisi dan Standar	Prasyarat Keberhasilan Intervensi
2	Intervensi Gizi Spesifik: Ibu Menyusui dan Anak Usia 0-23 bulan		
	Pemantauan dan promosi pertumbuhan*	Pemantauan dan promosi pertumbuhan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan di taman kanak-kanak. Kegiatan in ditujukan untuk anak usia 0-72 bulan melalui penimbangan berat badan setiap bulan, pengukuran tinggi badan setiap tiga bulan, serta pengukuran lingkar kepala sesuai jadwal. [36]	1. Alokasi anggaran yang memadai baik di pusat maupun daerah untuk mendanai operasional kegiatan, insentif untuk tenaga kesehatan termasuk kader, pembinaan, serta monitoring dan evaluasi. 2. Penyediaan sarana dan prasarana yang dibutuhkan untuk kegiatan pemantauan dan promosi pertumbuhan. 3. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dan kader dalam pemantauan dan promosi pertumbuhan anak. 4. Kampanye sosial dan edukasi masyarakat tentang urgensi pemantauan pertumbuhan anak secara rutin. 5. Pemantauan kegiatan dan evaluasi dampak. 6. Sistem rujukan dan penanganan kasus yang tepat. 7. Penguatan sistem koordinasi lintas sektor yang menaungi kegiatan Posyandu seperti sektor kesehatan, PKK, BKKBN, Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Desa serta seluruh perangkat desa.

[36] Kemenkes. Permenkes No. 66 Tahun 2014 tentang Pemantaun Pertumbuhan, Perkembangan dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak, Buku KIA. 2014.

No	Intervensi Gizi	Definisi dan Standar	Prasyarat Keberhasilan Intervensi
3	Kelompok Sasaran Penting: Remaja Putri dan Wanita Usia Subur		
	Pemberian Suplementasi kapsul vitamin A*	Pemberian kapsul vitamin A pada bayi dan anak balita setiap bulan Februari dan Agustus, dengan ketentuan:[37,38] 1. Bayi (6-11 bulan) diberikan kapsul biru (100.000 SI) satu kapsul setahun. 2. 2. Anak balita (12-59 bulan) diberikan kapsul merah (200.000 SI) dua kapsul dalam setahun. 3. 3. Ibu nifas (0-42 hari setelah melahirkan) diberikan kapsul merah (200.000 SI) dua kapsul selama masa nifas.	1. Penentuan kelompok sasaran dan jumlahnya dengan akurat. 2. Alokasi anggaran yang memadai baik di pusat maupun daerah. 3. Penguatan manajemen rantai pasokan untuk memastikan ketersediaan dan distribusi produk. 4. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam penyelenggaraan kegiatan suplementasi vitamin A, serta deteksi dini dan tatalaksana Kurang Vitamin A (KVA). 5. Penguatan layanan kesehatan dan Posyandu. 6. Penguatan komunikasi, edukasi dan informasi (KIE) kegiatan suplementasi, termasuk mengenai efek samping. 7. Pemantauan cakupan kegiatan dan evaluasi dampak.

[37] Kemenkes. Panduan Manajemen Suplementasi Vitamin A. 2009.
[38] Kemenkes. Petunjuk Teknis Pelaksanaan Bulan Kapsul Vitamin A Terintegrasi Program Kecacingan dan Crash Program Campak. 2016.

No	Intervensi Gizi	Definisi dan Standar	Prasyarat Keberhasilan Intervensi
3	Kelompok Sasaran Penting: Remaja Putri dan Wanita Usia Subur		
	Fortifikasi tingkat rumah tangga (home fortification), misalnya pemberian taburia atau micronutrient powders (MNP)*	Tambahan multivitamin dan mineral untuk memenuhi kebutuhan gizi dan tumbuh kembang balita usia 6-59 bulan dengan prioritas balita usia 6-24 bulan. Taburia mengandung 12 vitamin dan 4 mineral yang diberikan sebanyak 15 kemasan (sachet) per bulan selama 4 bulan dengan ketentuan dalam Panduan Manajemen Pemberian Taburia.[39]	1. Penentuan jumlah sasaran dengan akurat. 2. Alokasi anggaran yang memadai baik di pusat maupun daerah. 3. Penguatan manajemen rantai pasokan untuk memastikan ketersediaan dan distribusi produk. 4. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam penyelenggaraan kegiatan. 5. Penguatan layanan kesehatan dan Posyandu, serta pengintegrasian kegiatan pemberian Taburia dengan pelayanan gizi dan kesehatan lainnya seperti pemantauan pertumbuhan, konseling PMBA, dan imunisasi. 6. Pemantauan cakupan suplementasi dan evaluasi dampak.

[39] Kemenkes. Panduan Manajemen Pemberian Taburia. 2013.

No	Intervensi Gizi	Definisi dan Standar	Prasyarat Keberhasilan Intervensi
3	Kelompok Sasaran Penting: Remaja Putri dan Wanita Usia Subur		
	Pemberian Imunisasi	Upaya untuk meningkatkan kekebalan anak usia 0-23 bulan secara aktif terhadap suatu penyakit melalui pemberian:[40,41] • Imunisasi dasar untuk bayi usia < 1 tahun meliputi satu dosis imunisasi BCG, satu dosis imunisasi Hepatitis B, tiga dosis imunisasi DPT-HB/DPT-HB-Hib, empat dosis imunisasi polio, satu dosis imunisasi IPV, dan satu dosis imunisasi campak. • Imunisasi lanjutan untuk anak usia di bawah dua tahun (baduta) meliputi vaksin DPT-HB-Hib lanjutan minimal 12 bulan setelah imunisasi DPT-HB-Hib 3 dan campak lanjutan minimal 6 bulan setelah imunisasi campak terakhir. Imunisasi lanjutan dapat diberikan dalam rentang usia 18-24 bulan.	1. Penentuan jumlah sasaran dengan akurat. 2. Alokasi anggaran yang memadai baik di pusat maupun daerah. 3. Penguatan regulasi dan kebijakan untuk mengoptimalkan program imunisasi. 4. Penguatan manajemen rantai pasokan untuk memastikan ketersediaan dan distribusi logistik yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan imunisasi. 5. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam penyelenggaraan imunisasi. 6. Penguatan layanan kesehatan dan Posyandu, melalui penyediaan sarana dan prasarana yang dibutuhkan dalam program imunisasi serta pengintegrasian kegiatan imunisasi dengan pelayanan kesehatan lainnya. 7. Kampanye dan kegiatan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) mengenai urgensi imunisasi bagi anak, termasuk potensi efek samping. 8. Pemantauan cakupan kegiatan, kepatuhan, dan evaluasi dampak.

[40] Kemenkes. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 12 tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi. 2017.
[41] Kemenkes. Buku Kesehatan Ibu dan Anak. 2016.

No	Intervensi Gizi	Definisi dan Standar	Prasyarat Keberhasilan Intervensi
3	Kelompok Sasaran Penting: Remaja Putri dan Wanita Usia Subur		
	Pemberian Suplementasi *zinc* untuk pengobatan diare*	Pemberian *zinc* untuk pengobatan diare selama 10 hari berturut-turut walaupun diare sudah berhenti. [42] *Zinc* dapat diberikan dengan cara dikunyah atau dilarutkan dalam 1 sendok air matang atau ASI. Dosis pemberian *zinc* adalah: • Umur < 6 bulan adalah 10 mg (1/2 tablet) per hari • Umur ≥ 6 bulan adalah 20 mg (1 tablet) per hari	1. Penguatan surveilans epidemiologi penyakit diare. 2. Alokasi anggaran yang memadai baik di pusat maupun daerah. 3. Penguatan manajemen rantai pasokan untuk memastikan ketersediaan dan distribusi produk. 4. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam pencegahan dan tatalaksana diare pada anak. 5. Penguatan kapasitas kerja fasilitas kesehatan dan Posyandu. 6. Kampanye dan konseling perubahan perilaku antar pribadi mengenai konsumsi makanan B2SA dan pola hidup bersih sehat (PHBS). 7. Pemantauan cakupan program dan evaluasi dampak.
	Manajemen terpadu balita sakit (MTBS)*	Suatu pendekatan mengenai penanganan terpadu / komprehensif pada balita sakit yang bertujuan untuk mengurangi kematian, beratnya penyakit dan kecacatan, serta meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anak. [43]	1. Penguatan regulasi dan kebijakan untuk mengoptimalkan implementasi MTBS. 2. Peningkatan pemahaman dan kapasitas tenaga kesehatan. 3. Penguatan sistem pelayanan kesehatan di berbagai tingkatan dalam implementasi MTBS yang didukung oleh sistem deteksi dini dan rujukan yang cepat dan akurat. 4. Pengembangan MTBS berbasis masyarakat untuk dapat menjangkau balita sakit di daerah yang sulit akses terhadap pelayanan kesehatan. 5. Pemantauan dan evaluasi pelaksanaan MTBS.

[42] Kemenkes. (2011). Buku Saku Petugas Kesehatan Lintas Diare (Lima Langkah Tuntaskan Diare).
[43] Kemenkes. (2015). Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).

No	Intervensi Gizi	Definisi dan Standar	Prasyarat Keberhasilan Intervensi
3	Kelompok Sasaran Penting: Remaja Putri dan Wanita Usia Subur		
	Pencegahan kecacingan pada anak*	Pemberian obat cacing berupa: [44] • Satu dosis albendazole (200 mg) atau mebendazole (500 mg) dua kali setahun untuk anak usia 12-24 bulan atau albendazole (400 mg) dan mebendazole (500 mg) untuk anak usia ≥ 2 tahun yang tinggal di daerah dengan prevalensi kecacingan ≥ 50%; • Satu dosis albendazole (200 mg) atau mebendazole (500 mg) untuk anak usia 12-24 bulan satu kali setahun, albendazole (400 mg) atau mebendazole (500 mg) untuk anak usia ≥ 2 tahun yang tinggal di daerah dengan prevalensi kecacingan ≥ 20 namun < 50%.	1. Penguatan surveilans epidemiologi infeksi kecacingan. 2. Alokasi anggaran yang memadai baik di pusat maupun daerah. 3. Penguatan manajemen rantai pasokan untuk memastikan ketersediaan dan distribusi produk. 4. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam promosi kesehatan dan penanggulangan infeksi kecacingan. 5. Penguatan fasilitas kesehatan dan Posyandu melalui pengintegrasian program penanggulangan infeksi kecacingan dengan program lainnya seperti air bersih, sanitasi, dan penanggulangan filariasis. 6. Kampanye dan konseling perubahan perilaku antar pribadi mengenai konsumsi makanan B2SA dan pola hidup bersih sehat (PHBS). 7. Penguatan koordinasi lintas sektor dan pelibatan keluarga, sekolah, pendidikan anak usia dini (PAUD) dan masyarakat. 8. Pemantauan cakupan program dan evaluasi dampak.

[44] Kemenkes. Peraturan Menteri Kesehatan No.15 Tahun 2017 tentang Penanggulangan Cacingan. 2017.

No	Intervensi Gizi	Definisi dan Standar	Prasyarat Keberhasilan Intervensi
4	Intervensi Gizi Spesifik: Remaja Putri dan Wanita Usia Subur		
	Pemberian Suplementasi tablet tambah darah (TTD)	Pemberian TTD dengan kandungan 60 mg Fe (setara dengan 300 mg ferrous sulfate heptahydrate, 180 mg ferrous fumarate atau 500 mg ferrous gluconate) dan 0,4 mg asam folat untuk semua remaja putri dan wanita usia subur. [45]	1. Penentuan jumlah sasaran dengan akurat. 2. Alokasi anggaran yang memadai baik di pusat maupun daerah. 3. Penguatan manajemen rantai pasokan untuk memastikan ketersediaan dan distribusi produk. 4. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan, petugas KUA/ institusi agama lainnya, dan guru Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dalam pencegahan dan tata laksana anemia pada remaja dan wanita usia subur. 5. Edukasi dan konseling gizi, termasuk mengenai efek samping suplementasi. 6. Pemantauan cakupan program, kepatuhan konsumsi TTD, dan evaluasi dampak. 7. Penguatan koordinasi lintas sektoral

[45] Kemenkes. Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Anemia pada Remaja Putri dan Wanita Usia Subur (WUS). 2016.

Lampiran 2: Matriks Bukti Intervensi Gizi

	Intervensi Prioritas	Bukti Ilmiah	Latar Belakang Bukti Ilmiah
		Intervensi Gizi Spesifik	
Ibu hamil	Pemberian Makanan Tambahan (PMT) bagi ibu hamil dari kelompok miskin / Kurang Energi Kronik (KEK).	1. *Systematic review* terhadap 12 uji acak terkendali (RCT). 2. Efek yang signifikan: penurunan angka kejadian bayi lahir mati (RR 0.60, 95% CI 0.39-0.94), berat badan lahir bayi rendah/BBLR (MD +40.96g, 95% CI 4.66-77.26), dan berat badan bayi kecil untuk masa kehamilan (RR 0.79, 95% CI 0.69-0.90). 3. Efek yang tidak signifikan: kelahiran prematur, kematian neonatal, dan kenaikan berat badan kehamilan per minggu.	6705 ibu hamil dari negara berpendapatan rendah hingga tinggi.
	Pemberian Suplementasi tablet tambah darah (TTD)	1. *Systematic review* terhadap 61 uji acak terkendali dan quasi-randomised (44 studi diikutkan dalam analisis) [46] 2. Suplementasi besi harian: a. Efek yang signifikan: penurunan angka ibu hamil aterm dengan anemia (RR 0.30, 95% CI 0.19-0.46), ibu hamil aterm dengan defisiensi besi (RR 0.43, 95% CI 0.27-0.66), dan ibu hamil aterm dengan anemia defisiensi besi (RR 0,33, 95% CI 0,16-0,69), b. Efek yang tidak signifikan: perubahan berat bayi lahir, BBLR, kelahiran prematur, kematian neonatal, cacat lahir, kematian ibu, anemia berat pada ibu hamil di trimester dua dan tiga, infeksi selama kehamilan, dan efek samping. 3. Suplementasi besi-folat harian a. Efek yang signifikan: peningkatan berat bayi lahir (MD 55.73, 95% CI 7.66-107.79), penurunan angka kejadian ibu hamil aterm dengan anemia (RR 0.34, 95% CI 0.21-0.54), ibu hamil aterm dengan defisiensi besi (RR 0.24, 95% CI 0.06-0.99), serta anemia berat pada ibu hamil trimester dua dan tiga (RR 0,12, 95% CI 0,02-0.63), b. Efek yang tidak signifikan: BBLR, kelahiran prematur, kematian neonatal, cacat lahir, infeksi selama kehamilan, dan efek samping suplementasi.	43.274 ibu hamil (yang terlibat dalam 44 studi) dari negara maju dan berkembang. Intervensi diberikan melalui rumah sakit, komunitas, atau klinik pemeriksaan antenatal.

[46] Ota, E., Hori, H., Mori, R., Tobe-Gai, R., & Farrar, D. Antenatal dietary education and supplementation to increase energy and protein intake. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015. (6).

[47] Peña-Rosas, J. P., De Regil, L. M., Garcia-Casal, M. N., & Dowswell, T. Daily oral iron supplementation during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015. (7).

	Intervensi Prioritas	Bukti Ilmiah	Latar Belakang Bukti Ilmiah
		Intervensi Gizi Spesifik	
	Pemberian Suplementasi kalsium	1. *Systematic review* terhadap 24 studi. Suplementasi kalsium dosis tinggi (≥ 1 gram/hari): a. Efek yang signifikan: penurunan risiko hipertensi (RR 0.65, 95% CI 0.53-0.81), preeklamsia (RR 0.45, 95% CI 0.31-0.65), luaran komposit untuk risiko morbiditas berat dan kematian ibu (RR 0.80, 95% CI 0.65-0.97), serta kelahiran prematur (RR 0.76, 95% CI 0.60-0.97). b. Efek yang tidak signifikan: peningkatan risiko kebutuhan perawatan neonatal intensif, kematian ibu, dan bayi lahir mati. c. Interpretasi terhadap hasil telaah ini perlu mempertimbangkan potensi bias publikasi dan bias yang bersumber dari penelitian dengan jumlah sampel terbatas (*small-study effects*). d. Ditemukan peningkatan risiko efek samping suplementasi berupa sindrom HELLP (hemolisis, peningkatan enzim hati dan nilai platelet rendah), namun karena angka absolut risiko ini rendah, maka kebermaknaan suplementasi kalsium dinilai lebih tinggi daripada risiko efek samping yang ada. 2. *Systematic review* terhadap 23 uji acak terkendali (RCT) yang membandingkan efek suplementasi kalsium terhadap luaran kehamilan dengan kelompok placebo. a. Efek yang signifikan: peningkatan berat badan lahir bayi (rata-rata peningkatan berat badan pada kelompok intervensi 56.40 gram, 95% CI 13.55-99.25; 21 studi, 9202 subjek). b. Efek yang signifikan melalui uji sensitivitas: penurunan risiko kelahiran prematur < 37 minggu (RR 0.80, 95% CI 0.65-0.99; 11 studi, 15379 subjek). c. Efek yang tidak signifikan: penurunan risiko kelahiran prematur dan BBLR.	1. 15730 ibu hamil dari 13 studi suplementasi kalsium dosis tinggi dan 2234 ibu hamil dari 10 studi suplementasi kalsium dosis rendah. Populasi studi berasal dari negara maju dan berkembang. 2. 18857 ibu hamil di negara maju dan berkembang.

[48] Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah ÁN, Duley L, and Torloni MR. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014. (6).

Kelompok Sasar	Intervensi Prioritas	Bukti Ilmiah	Latar Belakang Bukti Ilmiah
		Intervensi Gizi Spesifik	
	Pemeriksaan kehamilan	1. *Systematic review* dengan meta analisis terhadap 4 studi acak terkendali (RCT) dan 10 studi observasional membandingkan antara efek pemeriksaan kehamilan berkelompok dengan konvensional. 2. Efek yang signifikan atas pelaksanaan pemeriksaan kehamilan berkelompok: penurunan risiko BBLR (9 studi, RR 0.81; 95% CI 0.69–0.96), namun efek ini tidak ditemukan pada analisa subset atas studi acak terkendali saja. 3. Efek yang tidak signifikan atas pelaksanaan pemeriksaan kehamilan berkelompok: kelahiran prematur, admisi ke perawatan neonatal intensif dan inisiasi menyusu dini.	4. 10321 ibu hamil di Amerika Serikat, Kanada dan Iran
	Perlindungan dari malaria	5. *Systematic review* terhadap 33 uji yang terdiri dari 15 uji acak terkendali (RCT) dan 18 studi observasional. Hasil RCT menunjukkan bahwa pencegahan malaria, terutama pada ibu hamil *primigravida* (kehamilan pertama), melalui pemberian *sulfadoxine/pyrimethamin* (SP) secara berselang dan/atau pemberian kelambu berinsektisida (insecticide-treated net / ITN) dapat menurunkan risiko BBLR dan anemia ibu hamil. Namun, temuan ini tidak konsisten pada studi observasional. 6. *Systematic review* terhadap 162 studi observasional dan eksperimental mengenai pencegahan malaria melalui penggunaan kelambu berinsektisida, penggunaan insektisida di dalam rumah, konsumsi obat anti malaria dan/atau kombinasi atas berbagai intervensi yang ada. Hasil telaah menunjukkan efek protektif obat anti malaria terhadap kejadian infeksi baru (median 43.0, IQR 7.0–78.5%) dan luaran kehamilan seperti berat badan lahir bayi (median 53.5, IQR 33.3–66.2%)	1. Negara-negara di regional Sub Sahara Afrika 2. Negara - negara endemis malaria

[49] Buppasiri P, Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Ngamjarus C, Laopaiboon M, and Medley N. (2015). Calcium supplementation (other than for preventing or treating hypertension) for improving pregnancy and infant outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. (2).

[50] Carter EB, Temming LA, Akin J, Fowler S, Macones GA, Colditz GA, and Tuuli MG. (2016). Group prenatal care compared with traditional prenatal care: a systematic review and meta-analysis. Obstetrics and Gynecology. 128(3), 551-561.

[51] McClure EM, Goldenberg RL, Dent AE, and Meshnick SR. (2013). A systematic review of the impact of malaria prevention in pregnancy on low birth weight and maternal anemia. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 121(2), 103-109.

[52] Kesteman T, Randrianarivelojosia M, and Rogier C. (2017). The protective effectiveness of control interventions for malaria prevention: a systematic review of the literature. F1000Research 2017, 6:1932.

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Bukti Ilmiah	Latar Belakang Bukti Ilmiah
		Intervensi Gizi Spesifik	
	Pencegahan HIV	1. *Systematic review* dengan meta analisis terhadap 113 studi. Efek signifikan ditemukan dari implementasi program PMTCT (*prevention mother to child transmission*) terhadap penurunan risiko penularan HIV secara vertikal dari 31.8% (rentang 25.7%-38.6%) menjadi 2.3% (rentang 1.4%-3.8%). 2. *Systematic review* dengan meta analisis terhadap 11 studi acak terkendali dan observasional mengenai efek pemberian terapi *antiretroviral* (ART) pada ibu menyusui dengan HIV terhadap transmisi HIV kepada anak. Telaah ini menemukan bahwa risiko penularan paska persalinan menurun pada ibu menyusui yang mendapat ART, namun risiko penularan ini meningkat apabila pemberian ART sesuai dengan protokol PMTCT dihentikan setelah bayi berusia 6 bulan.	1. Ibu hamil di Cina 2. Ibu menyusui dengan HIV di negara-negara regional Sub Sahara Afrika dan India

[53] Zeng H, Chow EPF, Zhao Y, Wang Y, Tang M, Li L, Tang X, Liu X, Zhong Y, Wang A, Lo Y, and Zhang L. (2015). Prevention of mother-to-child HIV transmission cascade in China: a systematic review and meta-analysis. Sex Transm Infect 2016; 92:116–123.

[54] Bispo S, Chikhungu L, Rollins N, Siegfried N, and Newell M. (2017). Postnatal HIV transmission in breastfed infants of HIV-infected women on ART: a systematic review and meta-analysis. J Int AIDS Soc. 2017; 20(1): 21251. ansmission cascade in China: a systematic review and meta-analysis. Sex Transm Infect 2016; 92:116–123.

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Bukti Ilmiah	Latar Belakang Bukti Ilmiah
		Intervensi Gizi Spesifik	
Ibu menyusui dan anak 0-23 bulan	Promosi dan konseling menyusui	1. *Systematic review* terhadap 110 uji acak terkendali (RCT) dan kuasi-eksperimental. 2. Efek yang signifikan: edukasi atau konseling gizi meningkatkan pemberian ASI eksklusif sebesar 43% (95% CI 9-87) pada hari pertama, sebesar 30% (95% CI 19-42) pada usia 0-1 bulan, dan 90% (95% CI 54-134) pada usia 1-6 bulan. Proporsi ibu tidak menyusui bayinya sama sekali juga menurun secara signifikan yaitu sebesar 32% (95% CI 13-46) pada hari pertama, sebesar 30% (95% CI 20–38) pada usia 0–1 bulan, dan 18% (95% CI 11–23) selama 1-6 bulan. 3. Efek yang tidak signifikan: pemberian ASI predominan (bayi tidak hanya menerima ASI, tetapi juga minuman lainnya) dan parsial (bayi menerima ASI dan makanan atau minuman seperti susu dan sereal).	76 negara maju dan 34 negara berkembang. Intervensi dilakukan di komunitas, fasilitas kesehatan dan fasilitas lainnya di masyarakat.
	Promosi dan konseling pemberian makan bayi dan anak (PMBA)	1. *Systematic review* terhadap 16 studi.[55] 2. Secara keseluruhan, edukasi gizi dapat meningkatkan TB/U secara signifikan (SMD 0.23, 95% CI 0.09-0.36), BB/U (SMD 0.16 95% CI 0.05-0.27), dan mengurangi risiko *stunting* (RR 0.71, 95% CI 0.56-0.91). Namun, intervensi ini tidak berdampak signifikan pada peningkatan panjang badan dan penambahan berat badan. 3. Efek edukasi gizi pada populasi yang aman pangan: 4. Efek yang signifikan: peningkatan tinggi badan (SMD 0.35, 95% CI 0.08–0.62), TB/U (SMD 0.22, 95% CI 0.01–0.43), dan berat badan (SMD 0.40, 95% CI 0.02–0.78). 5. Efek yang tidak signifikan: BB/U dan *stunting* 6. Efek edukasi gizi pada populasi yang rawan pangan: 7. Efek yang signifikan: peningkatan TB/U (SMD 0.25, 95% CI 0.09-0.42), BB/U (SMD 0.26, 95% CI 0.12-0.41), dan penurunan risiko *stunting* (RR 0.68, 95% CI 0.60-0.76). 8. Efek yang tidak signifikan: peningkatan tinggi badan dan penambahan berat badan.	Negara berpendapatan rendah hingga menengah.

[55] Haroon, S., Das, J. K., Salam, R. A., Imdad, A., & Bhutta, Z. A. (2013). Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. BMC public health, 13(3), S20.

[56] Lassi, Z. S., Das, J. K., Zahid, G., Imdad, A., & Bhutta, Z. A. (2013). Impact of education and provision of complementary feeding on growth and morbidity in children less than 2 years of age in developing countries: a systematic review. BMC public health, 13(3), S13.

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Bukti Ilmiah	Latar Belakang Bukti Ilmiah
		Intervensi Gizi Spesifik	
	Promosi dan konseling pemberian makan bayi dan anak (PMBA)	1. Pengaruh penyediaan MP-ASI dengan atau tanpa pendidikan pada populasi yang rawan pangan. a. Efek yang signifikan: peningkatan indeks TB/U (SMD 0.39, 95% CI 0.05-0.73) dan BB/U (SMD 0.26, 95% CI 0.04-0.48) b. Efek yang tidak signifikan: peningkatan tinggi badan, penambahan berat badan, dan kejadian *stunting*	Negara berpendapatan rendah hingga menengah.
	Tata laksana gizi buruk	1. *Systematic review* terhadap 14 uji acak terkendali (RCT) dan kuasi-eksperimental.[56] 2. Tata laksana gizi buruk akut berbasis masyarakat meliputi pemberian makanan terapeutik berupa makanan-terapeutik-siap-saji (*ready to use therapeutic food* = RUTF) dibandingkan dengan terapi standar, seperti rawat inap dan pemberian *corn-soy blend* (CSB). a. Efek yang signifikan: penyembuhan lebih cepat pada anak yang menerima RUTF (RR 1.51, 95% CI 1.04-2.20), peningkatan tinggi badan (MD 0.14, 95% CI 0.05-0.22), berat badan (MD 1.27, 95% CI 0.16-2.38), dan ukuran LILA (MD 0.11, 95% CI 0.05-0.18). b. Efek yang tidak signifikan: penurunan risiko kematian anak. 3. Tata laksana gizi buruk akut berbasis fasilitas meliputi implementasi protokol WHO untuk tata laksana rawat inap anak dengan gizi buruk akut dibandingkan dengan terapi standar. Efek yang ditemukan yaitu *case fatality rate* (CFR) pada tata laksana rawat inap anak dengan gizi buruk akut menggunakan protokol WHO bervariasi antara 3.4% hingga 35%.	Semua uji dilakukan di daerah rawan pangan berkepanjangan.

[56] Lenters, L. M., Wazny, K., Webb, P., Ahmed, T., & Bhutta, Z. A. (2013). *Treatment of severe and moderate acute malnutrition in low-and middle-income settings: a systematic review, meta-analysis and Delphi process.* BMC Public Health, 13(3), S23.

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Bukti Ilmiah	Latar Belakang Bukti Ilmiah
		Intervensi Gizi Spesifik	
	Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak kurus*	1. *Systematic review* atas 8 uji acak terkendali (RCT). [57] 2. Pemberian makanan yang diformulasikan secara khusus dibandingkan dengan pelayanan standar (pelayanan medis dan konseling tanpa pemberian makan): a. Efek yang signifikan: pemulihan lebih cepat pada anak yang menerima PMT (RR 1.29, 95% CI 1.20-1.38), penurunan jumlah drop out (RR 0.30, 95% CI 0.22-0.39), dan peningkatan indeks BB/TB (MD 0.20 *Z-score*, 95% CI 0.03-0,37). b. Efek yang tidak signifikan: penurunan risiko kematian anak. 3. Pemberian suplementasi gizi berbasis lemak (*lipid-based nutrient supplement/* LNS) dibandingkan dengan bahan makanan campuran/BMC (*blended food*) yang merupakan formulasi pangan kering tanpa kandungan lemak yang tinggi. a. Efek yang signifikan: pemulihan lebih cepat pada anak yang menerima LNS (RR 1.10, 95% CI 1.04-1.16), penurunan jumlah anak yang tidak pulih (RR 0.53, 95% CI 0.40-0.69), dan peningkatan status gizi pada anak yang pulih. b. Efek yang tidak signifikan:kematian anak, gizi buruk, dan jumlah anak yang *drop out* dari program gizi. c. Kejadian anak mengalami muntah lebih banyak pada grup yang diberikan LNS dibandingkan BMC (RR 1.43, 95% CI 1.11-1.85) 4. Tidak ditermukan beda efek antara suplementasi gizi berbasis lemak (LNS) dengan BMC dengan jenis yang spesifik (*corn-soy blended food/* CSB++)	10037 balita; mayoritas studi dilakukan di Afrika (7 RCT).

[57] Lazzerini, M., Rubert, L., & Pani, P. (2013). *Specially formulated foods for treating children with moderate acute malnutrition in low-and middle-income countries. Cochrane Database* Syst Rev, 6(6).

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Bukti Ilmiah	Latar Belakang Bukti Ilmiah
		Intervensi Gizi Spesifik	
	Pemantauan dan promosi pertumbuhan	1. *Systematic review* atas 18 studi [58] 2. Pemantauan dan promosi pertumbuhan memiliki rata-rata tingkat penurunan tahunan (*average annual rate of reduction*/AARR) terhadap *stunting* ≥ 3%. Suatu program dianggap efektif menurunkan kejadian *stunting* bila AARR ≥3%.	Negara berpendapatan rendah sampai menengah.
	Pemberian Suplementasi kapsul vitamin A*	1. Systematic review terhadap 47 uji acak terkendali (RCT). 2. Efek yang signifikan: penurunan risiko mortalitas secara umum (RR 0.88, 95% CI 0.83-0.93), mortalitas akibat diare (RR 0.88, 95% CI 0.79-0.98), insidensi diare (RR 0.85, 95% CI 0.82-0.87), dan campak (RR 0.50, 95% CI 0.37-0.67). 3. Efek yang tidak signifikan: mortalitas akibat campak, gangguan pernapasan, dan meningitis, insidensi gangguan pernapasan serta risiko perawatan di rumah sakit akibat diare atau *pneumonia*. 4. Efek samping yang ditemukan berupa peningkatan risiko muntah dalam 48 jam pertama setelah pemberian suplementasi vitamin A (RR 1.97, 95% CI 1.44-2.69)	1,223,856 anak berusia 6 bulan - 5 tahun di 19 negara (30 studi di Asia, 8 studi di Afrika, 7 studi di Amerika Latin, dan 2 studi di Australia).

[58] Hossain, M., Choudhury, N., Abdullah, K. A. B., Mondal, P., Jackson, A. A., Walson, J., & Ahmed, T. (2017). Evidence-based approaches to childhood *stunting* in low and middle income countries: a systematic review. Archives of disease in childhood, archdischild-2016.

[59] Imdad A, Mayo-Wilson E, Herzer K, and Bhutta ZA. (2017). Vitamin A supplementation for preventing morbidity and mortality in children from six months to five years of age. Cochrane Database of Systematic Reviews, (3).

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Bukti Ilmiah	Latar Belakang Bukti Ilmiah
		Intervensi Gizi Spesifik	
	Pemberian suplementasi tabur gizi, seperti Taburia atau *micronutrient powders* (MNP)*	1. *Systematic review* terhadap 17 uji acak terkendali (RCT). 2. Efek yang signifikan: penurunan risiko anemia (RR 0.66, 95% CI 0.57–0.77), anemia defisiensi besi (RR 0.43, 95% CI 0.35-0.52), defisiensi retinol (RR 0.79, 95% CI 0.64-0.98), dan peningkatan level hemoglobin (SMD 0.98, 95% CI 0.55-1.40). 3. Efek yang tidak signifikan: pada antropometri meliputi perubahan indeks TB/U, BB/U, BB/TB, *stunting*, *wasting*, *underweight*, walaupun tren perubahan menunjukkan hasil yang positif. Efek yang tidak signifikan juga ditemukan atas perubahan serum *ferritin*, defisiensi seng, demam, dan infeksi saluran pernapasan atas (ISPA). 4. Ditemukan efek samping berupa peningkatan insiden diare (RR 1.04, 95% CI 1.01-1.06)	Negara berkembang
	Pemberian Imunisasi*	1. *Systematic review* terhadap 24 uji acak terkendali (RCT) dengan meta analisis terhadap 19 RCT. 2. Kelompok yang mendapat MMRV (kombinasi vaksin campak-gondong-rubella-cacar air) mengalami peningkatan respon imun terhadap campak dengan rasio GMT (*geometric mean titers*) 1.66 (95% CI 1.48-1.86) dibandingkan kelompok yang mendapat kombinasi vaksin MMR (campak-gondong-rubella) dan 1.62 (95% CI 1.51-1.70) dibandingkan kelompok yang mendapat kombinasi vaksin MMR+V (campak-gondong-rubella+cacar air). Respon imun terhadap rubella pada kelompok MMRV mengalami sedikit penurunan dengan rasio GMT 0.81 (95% CI 0.78-0.85) dibandingkan kelompok MMR+V dan 0.79 (95% CI 0.76-0.83) dibandingkan kelompok MMR. Tidak terdapat perbedaan respon imun yang signifikan terhadap gondong dan cacar air antar kelompok. 3. Imunisasi memiliki profil keamanan yang dapat ditoleransi dengan baik kecuali adanya insiden demam yang lebih tinggi (RR 1.12-1.60) dan ruam campak/rubella (RR 1.44-1.45) pada kelompok MMRV.	Negara berpendapatan rendah hingga tinggi.

[60] Salam RA, MacPhail C, Das JK, and Bhutta ZA. (2013). Effectiveness of Micronutrient Powders (MNP) in women and children. BMC Public Health, 13(Suppl 3), S22.

[61] Ma SJ, Li X, Xiong YQ, Yao AL, and Chen Q. (2015). Combination measles-mumps-rubella-varicella vaccine in healthy children: a systematic review and meta-analysis of immunogenicity and safety. Medicine, 94(44)

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Bukti Ilmiah	Latar Belakang Bukti Ilmiah
		Intervensi Gizi Spesifik	
	Pemberian suplementasi *zinc* untuk pengobatan diare*	1. *Systematic review* terhadap 33 uji acak terkendali (RCT). a. Kasus diare akut: pada anak usia lebih dari 6 bulan, suplementasi *zinc* dapat mengurasi rata-rata durasi diare (MD −11.46 jam, 95% CI (−19.72)–(−3.19)) dan mengurangi jumlah kasus diare hingga hari ke tujuh (RR 0.73, 95% CI 0.61-0.88), efek suplementasi ini lebih besar pada anak yang mengalami tanda-tanda malnutrisi (MD −26.39 jam, 95% CI (−36.54)–(−16.23)). Tidak ditemukan efek suplementasi yang signifikan pada anak usia kurang dari 6 bulan. b. Kasus diare persisten: suplementasi *zinc* mengurangi rata-rata durasi diare (MD −15.84 jam, 95% CI ((−25.43)– (−6.24)). c. Ditemukan efek samping berupa peningkatan risiko muntah. 2. *Systematic review* terhadap 80 uji acak terkendali (RCT) a. Efek yang signifikan: penurunan morbiditas akibat diare dan insidensi diare (RR 0.87, 95% CI 0.85-0.89) serta peningkatan tinggi badan (SMD 0.09, -0.09, 95% CI (-0.13)-(-0.06) b. Efek yang tidak signifikan: risiko mortalitas secara umum, risiko mortalitas akibat diare, infeksi saluran pernapasan bawah, dan malaria c. Suplementasi *zinc* meningkatkan jumlah partisipan mengalami setidaknya satu kali episode muntah (RR 1.29, 95% CI 1.14-1.46). Suplementasi memiliki efek negatif pada status tembaga.	1. 10.841 anak yang sebagian besar berasal dari negara di Asia. 2. 205.401 anak (91% berasal dari negara

[62] Lazzerini M and Wanzira H. (2016). Oral *zinc* for treating diarrhoea in children. Cochrane Database of Systematic Reviews, (12).

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Bukti Ilmiah	Latar Belakang Bukti Ilmiah
		Intervensi Gizi Spesifik	
	Manajemen terpadu balita sakit (MTBS)*	1. *Systematic review* terhadap 2 uji acak terkendali (RCT) dan 2 studi kuasi eksperimental 2. Efek yang signifikan: penurunan angka kematian bayi dan anak (RR 0.85, 95% CI 0.78-0.93). 3. Jumlah studi yang menguji efek MTBS dalam telaah ini masih terbatas, sehingga belum ditemukan bukti yang mendukung efek positif penerapan MTBS terhadap peningkatan status gizi anak, cakupan vaksinasi, perilaku hidup sehat ibu dan pemberian ASI eksklusif.	Tanzania, Bangladesh, dan India
	Pencegahan kecacingan pada anak*	1. *Systematic review* atas 21 uji acak terkendali (RCT) dan kuasi-eksperimental. 2. Suplementasi zat besi berselang (hanya zat besi saja atau dengan mineral dan vitamin lainnya selama 1-3 kali per minggu tidak berturut-turut) efektif dilakukan pada daerah dimana suplementasi harian gagal atau tidak mungkin dilakukan. 3. Suplementasi zat besi berselang menurunkan risiko terjadinya anemia (RR 0.73, 95% CI 0.56-0.95), meningkatkan konsentrasi hemoglobin (MD 4.58 g/L, 95% CI 2.56-6.59) dan cadangan zat besi (MD 8.32 µg/L, 95% CI 4.97-11.66). 4. Dibandingkan dengan suplementasi harian, wanita yang menerima suplementasi zat besi secara berselang cenderung lebih sering terkena anemia (RR 1.26; 95% CI 1.04-1.51). 5. Informasi mengenai pengaruh suplementasi terhadap morbiditas (termasuk terhadap malaria), efek samping, kinerja, produktivitas dan depresi, serta kepatuhan terhadap intervensi masih belum diketahui dengan jelas.	

[63] Mayo-Wilson E, Junior JA, Imdad A, Dean S, Chan XHS, Chan ES, Jaswal A, Bhutta ZA. (2014). *Zinc* supplementation for preventing mortality, morbidity, and growth failure in children aged 6 months to 12 years of age. Cochrane Database of Systematic Reviews, (5).

[64] Gera T, Shah D, Garner P, Richardson M, Sachdev HS. (2016). Integrated management of childhood illness (IMCI) strategy for children under five. Cochrane Database of Systematic Reviews, (6).

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Bukti Ilmiah	
Intervensi Gizi Spesifik			
Remaja dan wanita usia subur.	Pemberian Suplementasi tablet tambah darah (TTD)	1. *Systematic review* atas 21 uji acak terkendali (RCT) dan quasi-randomised. [65] 2. Suplementasi zat besi berselang (hanya zat besi saja atau dengan mineral dan vitamin lainnya dan dikonsumsi satu, dua, atau tiga kali per minggu tidak berturut-turut) adalah intervensi yang efektif dilakukan di daerah di mana suplementasi harian gagal atau tidak mungkin dilakukan. 3. Suplementasi zat besi berselang menurunkan risiko terjadinya anemia (RR 0.73; 95% CI 0.56-0.95), meningkatkan konsentrasi hemoglobin (MD 4.58 g/L; 95% CI 2.56-6.59) dan cadangan besi (MD 8.32 µg/L; 95% CI 4.97-11.66). 4. Dibandingkan dengan suplementasi harian, wanita yang menerima suplementasi zat besi secara berselang cenderung lebih sering terkena anemia (RR 1.26; 95% CI 1.04-1.51). 5. Informasi mengenai pengaruh suplementasi terhadap morbiditas (termasuk terhadap malaria), efek samping, kinerja, produktivitas ekonomi, depresi, dan kepatuhan terhadap intervensi masih belum jelas.	10.258 wanita usia subur yang berasal dari 15 negara berbeda di Amerika Latin, Afrika, Asia, dan Eropa. Partisipan adalah wanita yang tidak hamil atau menyusui dan tidak memiliki kondisi yang mempengaruhi periode menstruasi.

[65] Hossain M, Choudhury N, Abdullah KAB, Mondal P, Jackson AA, Walson J, and Ahmed T. (2017). Evidence-based approaches to childhood *stunting* in low- and middle-income countries: a systematic review. Archives of Disease in Childhood, 102, 903-909.

[66] Fernández-Gaxiola AC and De-Regil LM. (2011). Intermittent iron supplementation for reducing anaemia and its associated impairments in menstruating women. Cochrane Database of Systematic Reviews.

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Bukti Ilmiah	Latar Belakang Bukti Ilmiah
		Intervensi Gizi Spesifik	
Keluarga 1000 HPK dan umum.	Peningkatan penyediaan akses air bersih dan sanitasi	1. Telaah mengenai pengaruh kondisi air, sanitasi, dan higiene individu (WASH) terhadap pencegahan *stunting*. 2. Kondisi air, sanitasi, dan *hygiene* individu yang buruk mempunyai efek yang merugikan pada pertumbuhan dan perkembangan anak yang disebabkan oleh paparan berkelanjutan dari patogen enterik. Intervensi WASH saja belum dapat untuk mencegah *stunting*, namun intervensi gizi yang juga melibatkan aspek WASH lebih efektif untuk mempercepat upaya pencegahan *stunting* .	68 siswa SD kelas 4 di pedesaan Jawa Barat.
	Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan	1. *Systematic review* atas 18 studi mengenai pentingnya peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan terhadap kesehatan ibu dan anak , 2. Peningkatan akses dan kualitas terhadap pelayanan kesehatan mendukung keberhasilan program gizi sensitif dan spesifik lainnya dan kombinasi program tersebut mendukung kesehatan ibu dan anak. Peningkatan akses dan kualitas terhadap pelayanan kesehatan jika dikombinasikan dengan program gizi sensitif dan spesifik lainnya memiliki rata-rata tingkat penurunan tahunan (*average annual rate of reduction*/AARR) terhadap *stunting* ≥3%. Suatu program dianggap efektif menurunkan kejadian *stunting* bila AARR ≥3%.	Negara berpendapatan rendah hingga menengah.

[67] Cumming O and Cairncross S. (2016). Can water, sanitation and hygiene help eliminate *stunting*? Current evidence and policy implications. Maternal & Child Nutrition, 12, 91-105.

[68] Ruel MT, Alderman H, and Maternal and Child Nutrition Study Group. (2013). Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? The Lancet, 382(9891), 536-551.

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Bukti Ilmiah	Latar Belakang Bukti Ilmiah
		Intervensi Gizi Spesifik	
	Penyediaan akses pada layanan kesehatan dan pelayanan keluarga berencana	1. Analisis data dari 205 survei demografi dan kesehatan yang dilakukan pada rentang 1985-2013 2. Negara yang memiliki peningkatan angka pemakaian kontrasepsi modern (MCPR) mengalami penurunan terbesar dalam hal prevalensi kelahiran dengan risiko tinggi akibat interval kelahiran yang pendek (<24 bulan), kelahiran paritas tinggi (urutan kelahiran >3), dan usia ibu hamil >35 tahun. Peningkatan MCPR tidak berpengaruh signifikan pada kelompok ibu hamil <18 tahun. Hasil analisis menunjukkan bahwa 63% dari peningkatan MCPR disebabkan oleh adanya program keluarga berencana, 21% karena pembangunan ekonomi, dan 17% karena peningkatan sosial melalui pendidikan pada perempuan. Hal ini menunjukkan bahwa program keluarga berencana adalah pendorong utama adanya peningkatan MCPR yang berpengaruh pada penurunan kelahiran risiko tinggi.	57 negara berkembang

[69] Hossain M, Choudhury N, Abdullah KAB, Mondal P, Jackson AA, Walson J, and Ahmed T. (2017). Evidence-based approaches to childhood *stunting* in low- and middle-income countries: a systematic review. Archives of Disease in Childhood, 102, 903-909.

[70] Brown W, Ahmed S, Roche N, Sonneveldt E, and Darmstadt G L. (2015). Impact of family planning programs in reducing high-risk births due to younger and older maternal age, short birth intervals, and high parity. In Seminars in Perinatology, 39(5), 338-344.

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Bukti Ilmiah	Latar Belakang Bukti Ilmiah
		Intervensi Gizi Spesifik	
	Penyediaan akses bantuan uang tunai bersyarat untuk keluarga kurang mampu, seperti Program Keluarga Harapan (PKH)	1. *Systematic review* dan meta analisis atas 25 studi mengenai dampak pemberian bantuan uang tunai terhadap pemanfaatan lima intervensi kesehatan bagi balita yaitu pemberian ASI, vaksinasi, penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan, tatalaksana diare, dan intervensi kesehatan lainnya yang bersifat preventif seperti suplementasi zat besi, vitamin A, *zinc*, dan pencegahan kecacingan. 2. Pemberian program bantuan uang tunai bagi keluarga miskin menunjukkan dampak positif pada praktik pemberian kolostrum, inisiasi menyusu dini, ASI eksklusif, dan durasi pemberian ASI eksklusif. Selain itu, bantuan uang tunai bersyarat menunjukkan dampak positif terhadap pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (RD 0.14, 95% CI 0.03–0.26) terkait dengan penghapusan biaya pelayanan kesehatan pada layanan kuratif (RD 0.62; 95% CI 0.41-0.82). 3. Belum ditemukan bukti yang mendukung efek program ini terhadap peningkatan cakupan imunisasi, tatalaksana diare, dan intervensi kesehatan lainnya yang bersifat preventif	Balita dari negara-negara di Amerika Selatan, Kepulauan Karibia, Afrika, dan Asia Tenggara
	Peningkatan kesadaran, komitmen, dan praktik pengasuhan dan gizi ibu dan anak.	1. *Systematic review* atas 18 studi. 2. Peningkatan kesadaran, komitmen, dan praktik pengasuhan dan gizi ibu dan anak melalui edukasi dan konseling gizi serta dikombinasikan dengan program gizi spesifik lainnya memiliki rata-rata tingkat penurunan tahunan (*average annual rate of reduction/* AARR) terhadap *stunting* ≥3%. Suatu program dianggap efektif menurunkan kejadian *stunting* bila AARR ≥3%.	Negara berpendapatan rendah hingga menengah.

[71] Bassani DG, Arora P, Wazny K, Gaffey MF, Lenters L, and Bhutta ZA. (2013). Financial incentives and coverage of child health interventions: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health, 13(3), S30.

[72] Bassani DG, Arora P, Wazny K, Gaffey MF, Lenters L, and Bhutta ZA. (2013). Financial incentives and coverage of child health interventions: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health, 13(3), S30.

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Bukti Ilmiah	Latar Belakang Bukti Ilmiah
		Intervensi Gizi Spesifik	
	Penyediaan akses pendidikan seperti PAUD, promosi stimulasi anak usia dini dan pemantauan tumbuh kembang	1. Meta analisis yang mengevaluasi efek intervensi pendidikan usia dini terhadap peningkatan status kognitif dan kesehatan anak. 2. Efek yang signifikan: peningkatan standar nilai tes (MD 0.29 SD, 95% CI 0.23-0.34), tingkat kelulusan sekolah menengah (MD 0.20 SD, 95% CI 0.07-0.33), dan kontrol diri atau emosi (MD 0.21 SD, 95% CI 0.14-0.28). Efek ini juga bertahan dalam jangka panjang.	Kelompok masyarakat berpendapatan rendah dan etnis minoritas di Amerika Serikat
	Penyediaan akses pendidikan seperti PAUD, promosi stimulasi anak usia dini dan pemantauan tumbuh kembang Peningkatan akses pangan bergizi.	1. Meta analisis yang mengevaluasi efek intervensi pendidikan usia dini terhadap peningkatan status kognitif dan kesehatan anak. 2. Efek yang signifikan: peningkatan standar nilai tes (MD 0.29 SD, 95% CI 0.23-0.34), tingkat kelulusan sekolah menengah (MD 0.20 SD, 95% CI 0.07-0.33), dan kontrol diri atau emosi (MD 0.21 SD, 95% CI 0.14-0.28). Efek ini juga bertahan dalam jangka panjang. 3. Kajian mengenai pengaruh intervensi gizi sensitif yang berkaitan dengan pertanian terhadap kesehatan ibu dan anak. 4. Program pertanian terfokus (*targeted agricultural program*) adalah suatu pendekatan yang dapat melengkapi upaya peningkatan produktivitas pertanian dan pasokan pangan yang bertujuan untuk meningkatkan pendapatan rumah tangga miskin, akses terhadap makanan berkualitas tinggi, dan mendorong pemberdayaan perempuan. Program ini difokuskan dalam bentuk program sistem produksi pangan rumah tangga dan biofortifikasi makanan pokok.	Kelompok masyarakat berpendapatan rendah dan etnis minoritas di Amerika Serikat

[73] Hahn RA, Barnett WS, Knopf JA, Truman BI, Johnson RL, Fielding JE, and Community Preventive Services Task Force. (2016). Early childhood education to promote health equity: a community guide systematic review. Journal of Public Health Management and Practice: JPHMP, 22(5), E1-8.

*** Jenis intervensi gizi spesifik yang juga diberikan kepada kelompok sasaran anak usia 24-59 bulan**

Lampiran 3: Kerangka Pemantauan dan Evaluasi Strategi Nasional

Tujuan	Indikator	Alat Verifikasi/ Sumber	Penanggungjawab
Dampak	• Penurunan prevalensi *stunting* pada Balita dan Baduta di tingkat nasional dan kabupaten/kota • Jumlah anak *stunting* yang berhasil dicegah setiap tahunnya • Jumlah kabupaten/kota yang berhasil menurunkan prevalensi *stunting* bertambah setiap tahun	• Data Riskesdas • Data Susenas	• BPS • Sekretariat PPG
Intermediate Outcome	• Penurunan prevalensi diare balita • Penurunan prevalensi kecacingan balita • Penurunan prevalensi gizi buruk (kurus dan sangat kurus) balita • Penurunan prevalensi anemia ibu hamil • Penurunan prevalensi bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) • Peningkatan cakupan ASI eksklusif • Penurunan prevalensi anemia remaja putri	• Data Riskesdas	• Kementerian Kesehatan
Output	• Cakupan intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif di kab/kota prioritas • Cakupan layanan intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif pada sasaran penerima manfaat rumah tangga prioritas 1.000 HPK • Indeks sasaran penerima layanan gizi mencakup 6 paket layanan minimal meningkat lebih cepat, yaitu: a) kesehatan dasar (imunisasi dan suplementasi TTD), b) kesehatan gizi (ASI eksklusif dan PMBA), c) Air minum aman dan sanitasi layak, d) PAUD, e) akte kelahiran, dan f) keamanan pangan	• Data Susenas • Village Score Card • Indeks Khusus Penanganan *Stunting*	• Sekretariat PPG • BPS

Tujuan	Indikator	Alat Verifikasi/Sumber	Penanggungjawab
Tujuan Pilar Satu (komitmen dan visi kepemimpinan nasional dan daerah)	• Rembuk *stunting* tahunan ditingkat nasional • Nota kesepakatan (*Memo of Agreement*) yang ditandatangani oleh pimpinan daerah di kabupaten/ kota prioritas • Rembuk *stunting* tahunan ditingkat kabupaten/ kota prioritas	• Laporan pelaksanaan kegiatan	• Setwapres/ Sekretariat PPG • Kemendagri/ Bangda
Tujuan Pilar Dua (Kampanye Nasional dan komunikasi perubahan perilaku)	• Persentase target sasaran komunikasi yang memiliki pemahaman yang memadai tentang *stunting* • Terbitnya kebijakan daerah yang memuat kampanye publik dan komunikasi perubahan perilaku • Pelaksanaan kampanye perubahan perilaku yang konsisten dan berkelanjutan di tingkat pusat dan daerah • Pelatihan komunikasi dan kampanye perubahan perilaku untuk pelaksana berjalan efektif dan efisien	• Laporan hasil survey persepsi • Laporan pelaksanaan kegiatan • Kebijakan daerah yang memuat kampanye dan komunikasi perubahan perilaku	• Setwapres/ Sekretariat PPG • Kementerian Kesehatan • Kementerian Komunikasi dan Informatika
Tujuan Pilar Tiga (Konvergensi, Program Pusat, Daerah, dan Desa)	• Pelaksanaan konvergensi program di tingkat nasional untuk percepatan pencegahan *stunting* • Pelaksanaan konvergensi program di tingkat kabupaten/kota untuk percepatan pencegahan *stunting* • Persentase pemanfaatan Dana Desa untuk kegiatan intervensi gizi prioritas • Jumlah kabupaten/kota prioritas yang melaksanakan Aksi Konvergensi/ Integrasi	• Laporan pelaksanaan kegiatan • Laporan Dana Desa • Laporan pelaksanaan kegiatan	• Bappenas • Kementerian Keuangan • Kementerian Dalam Negeri • Kementerian Desa PDTT

Tujuan	Indikator	Alat Verifikasi/ Sumber	Penanggungjawab
Tujuan Pilar Empat (Ketahanan Pangan dan Gizi):	• Persentase sasaran prioritas yang mendapat Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) dan/atau bantuan pangan lainnya di kabupaten/kota prioritas • Kebijakan terkait peningkatan fortifikasi pangan • Meningkatnya diversifikasi pangan di tingkat rumah tangga • Jumlah Kelompok baru penerima bantuan Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL)	• Data BPNT • Laporan kegiatan • Data Susenas • Data KRPL	• Kementerian Sosial • Kementerian Perindustrian • Sekretariat PPG • Kementerian Pertanian
Tujuan Pilar Lima (Pemantauan dan Evaluasi):	• Publikasi tahunan angka penurunan *stunting* pada tingkat nasional dan kabupaten/kota • Pelaksanaan forum inovasi dan praktik baik tahunan di tingkat nasional • Kajian anggaran dan belanja pemerintah untuk pencegahan *stunting* • Pemanfaatan dan perbaikan sistem pendataan, termasuk *dashboard* • Pelaksanaan dan pelaporan hasil pemantauan dan evaluasi secara berkala	• Laporan pelaksanaan kegiatan • Laporan *budget tagging*	• Sekretariat PPG • Bappenas/ Kementerian Keuangan • Setwapres

SEKRETARIAT WAKIL PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA
Jl. Kebon Sirih No. 14, Jakarta Pusat 10110
Telepon : (021) 3912812
Faksimili : (021) 3912511
www.wapresri.go.id