

MELANGKAH MAJU: INISIATIF LOKAL DALAM MENURUNKAN STUNTING DI INDONESIA





© 2021 International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank 1818 H Street NW
Washington DC 20433
Telepon: 202-473-1000
Internet: www.worldbank.org

Buku ini adalah produk staf Bank Dunia dengan kontribusi dari pihak eksternal. Temuan, interpretasi, dan kesimpulan yang diungkapkan dalam buku ini tidak selalu mencerminkan pandangan Bank Dunia, Dewan Direktur Eksekutifnya, atau pemerintah yang diwakilinya.

Bank Dunia tidak menjamin keakuratan data yang disertakan dalam buku ini. Batas, warna, denominasi, dan informasi lain yang ditampilkan pada peta mana pun dalam buku ini tidak menyiratkan penilaian apa pun dari pihak Bank Dunia mengenai status hukum suatu wilayah atau pengesahan atau penerimaan batas-batas tersebut.

Materi dalam buku ini dilindungi hak cipta. Karena Bank Dunia mendorong penyebaran pengetahuan di dalamnya, buku ini dapat direproduksi, seluruhnya atau sebagian, untuk tujuan nonkomersial sepanjang disertai keterangan lengkap bahwa buku ini sebagai rujukan.

Setiap pertanyaan tentang hak dan izin, termasuk hak turunan, dapat ditujukan kepada World Bank Publications, The World Bank Group, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA;

fax: 202-522-2625; e-mail: pubrights@worldbank.org



The background of the entire page is a faded, grayscale photograph of a community setting. On the left, a woman wearing a hijab is looking towards the camera. In the center and foreground, several children are visible, some sitting on the floor. One child in the foreground is holding a piece of paper with a drawing of a cartoon character. The overall atmosphere is one of a community gathering or a health check-up session.

MELANGKAH MAJU:

**INISIATIF LOKAL DALAM
MENURUNKAN STUNTING
DI INDONESIA**

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	II
DAFTAR GAMBAR, BOX DAN TABEL	IV
APA YANG DIJELASKAN DALAM BUKU INI?	VI
KATA PENGANTAR	VIII
UCAPAN TERIMA KASIH	X
SINGKATAN DAN AKRONIM	XII
GAMBARAN SINGKAT	XVI
BAB 1	
PENGHARGAAN BAGI PEJUANG LOKAL DALAM MENANGANI STUNTING DI INDONESIA	XVIII
BAB 2	
PRAKTIK TERBAIK: CERITA DARI LAPANGAN	8
» SAMARINDA: PESUT MAHAKAM, PENDEKATAN KLASSTER UNTUK MENYELAMATKAN IBU DAN ANAK	9
» SURABAYA: MENGUBAH HATI, PIKIRAN, DAN PERILAKU MAKAN MELALUI PERMAINAN DAN LAGU	17
» NGANJUK: MEMBERDAYAKAN MASYARAKAT DESA UNTUK MENINGKATKAN KESEHATAN DAN KESEJAHTERAAN	23
» LOMBOK BARAT: KOORDINASI IDEAL DALAM PERJUANGAN MELAWAN STUNTING	31
» NUSA TENGGARA TIMUR: BERKEJARAN DENGAN WAKTU DALAM MENGATASI WASTING	41
» NUSA TENGGARA TIMUR DAN JAWA TIMUR: PENGUATAN KEMITRAAN DAN INTEGRASI PROGRAM UNTUK MENINGKATKAN KESEHATAN IBU DAN ANAK	51

»	SUMBAWA BARAT: PETUGAS KESEHATAN TERAMPIL MENGOPTIMALKAN PEMENUHAN GIZI IBU DAN ANAK	61
»	TIMOR TENGAH SELATAN: MEMBINA KETERAMPILAN BERTANI KELUARGA UNTUK POLA MAKAN YANG LEBIH BAIK	69
»	BANGGAI: AKADEMISI DAN PIMPINAN DAERAH BERKOLABORASI UNTUK MEMBAWA PERUBAHAN	77
»	YOGYAKARTA: PERAIH PENGHARGAAN SANITASI, BERSIHKAN TEPI SUNGAI KOTA	81
BAB 3		
SEKILAS CERITA: PEMBELAJARAN DARI IMPLEMENTASI		88
»	KEMITRAAN PUBLIK-SWASTA: PIONIR KONVERGENSI DI WILAYAH RAWAN PANGAN YANG TERPENCIL	89
»	MINAPADI: BUDIDAYA IKAN DI PERSAWAHAN	97
»	STRAKOM: MENGUBAH PERILAKU MELALUI KOMUNIKASI YANG EFEKTIF	107
»	MENGURANGI ANGKA STUNTING MELALUI PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH)	110
»	TIKAR PERTUMBUHAN: SARANA PENDIDIKAN YANG MUDAH UNTUK MENINGKATKAN KESADARAN TENTANG STUNTING	111
BAB 4		
INDONESIA MELANGKAH MAJU		116
DAFTAR PUSTAKA		119
LAMPIRAN 1: PROYEKSI STUNTING UNTUK INDONESIA		125
LAMPIRAN 2: KRITERIA SELEKSI		139

DAFTAR GAMBAR, BOX, DAN TABEL

GAMBAR

Gambar 1:	Perbandingan angka stunting pada balita, berdasarkan kabupaten/kota	2
Gambar 2:	Pesan perubahan perilaku baduta	19
Gambar 3:	Contoh alat peraga emo-demo	20
Gambar 4:	Langkah-langkah utama untuk memulai dan menjalankan gerakan Gemadazi	37
Gambar 5:	Alur pendekatan CMAM di Kabupaten Kupang	44
Gambar 6:	Kegiatan utama proyek CMAM	46
Gambar 7:	Tahapan proyek MITRA.....	53
Gambar 8:	Kartu kepatuhan TTD program MITRA.....	55
Gambar 9:	Model Pencerah Nusantara	63
Gambar 10:	Puskesmas menunjukkan peningkatan standar pelayanan setelah intervensi Pencerah Nusantara	65
Gambar 11:	Perubahan indikator penilaian kesiapan Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan setelah intervensi selama 3 tahun	66
Gambar 12:	Program Pencerah Nusantara meningkatkan penilaian potensi keberlanjutan program gizi di Puskesmas Poto Tano	68
Gambar 13:	Kerangka konseptual hubungan antara strategi produksi pangan keluarga dengan kesehatan dan gizi	71
Gambar 14:	Kalender tanam hortikultura.....	74
Gambar 15:	Sampul buku resep dan contoh resep	75
Gambar 16:	Prevalensi stunting dan <i>wasting</i> di Kabupaten TTS dibandingkan dengan data nasional dan Provinsi NTT	90
Gambar 17:	Prototipe <i>Project Laser Beam</i> untuk mendukung tanggapan Pemerintah Indonesia terhadap penyebab langsung dan penyebab tidak langsung dari kekurangan gizi	91
Gambar 18:	Contoh materi komunikasi perubahan perilaku <i>Project Laser Beam</i>	93
Gambar 19:	Mekanisme bantuan Pemerintah	101
Gambar 20:	Jadwal waktu pengembangan StraKom.....	108
Gambar 21:	Angka stunting di Indonesia dibandingkan dengan negara lain	126
Gambar 22:	Proyeksi stunting nasional untuk Indonesia	137
Gambar 23:	Proyeksi stunting untuk Timor Tengah Selatan	138

BOX

Box 1: Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting	4
Box 2: Bagaimana cerita sukses dipilih.....	6
Box 3: Meramu ide-ide baru.....	11
Box 4: Tim kesehatan yang merawat kelompok ibu dan anak	12
Box 5: Langkah-langkah untuk memulai Program Pesut Mahakam.....	16
Box 6: Kriteria Taman Posyandu	25
Box 7: Ketika desa berinovasi	27
Box 8: Tata kelola dan manajemen Taman Posyandu di Kabupaten Nganjuk.....	29
Box 9: Perbedaan antara intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif	31
Box 10: Peraturan daerah utama yang membahas stunting di Lombok Barat	39
Box 11: Hubungan antara <i>wasting</i> dan stunting	42
Box 12: Tujuan dan penerima manfaat program MITRA	52
Box 13: MITRA <i>Youth</i> - Memberdayakan remaja dengan perbaikan kesehatan & gizi.....	59
Box 14: Yogyakarta - Tuan rumah inisiatif sanitasi.....	85
Box 15: Apa itu <i>Project Laser Beam</i> ?.....	90
Box 16: Desain model baru Minapadi	99
Box 17: Tantangan teknis juga ditemukan pada program Minapadi	103
Box 18: Definisi pertanian dan sistem pangan yang gizi sensitif	105

TABEL

Tabel 1: Jumlah rumah tangga yang dijangkau melalui RANTAI	72
Tabel 2: Indikator program Posyandu Prakonsepsi, 2015 - 2018.....	78
Tabel 3: Siklus program Minapadi.....	102
Tabel 4: Perhitungan penurunan stunting untuk skenario <i>Business as Usual</i>	127
Tabel 5: Intervensi yang diidentifikasi untuk model dan cakupan saat ini	128

APA YANG DIJELASKAN DALAM BUKU INI?

Buku ini terdiri dari beberapa bagian: pendahuluan di Bab 1, berbagai cerita praktik terbaik dari lapangan di Bab 2, dan pelajaran yang dipetik dari pelaksanaan program gizi di Bab 3. Kami menutup buku ini dengan bab yang menyoroti hal-hal penting yang dipelajari dari praktik terbaik dan pembelajaran. Pembahasan teknis tentang proyeksi stunting di tingkat nasional dan kabupaten diberikan dalam bentuk lampiran. Bab dua dan tiga menampilkan sejumlah cerita yang berdiri sendiri tentang praktik terbaik atau pembelajaran dari program gizi di Indonesia. Pembaca dapat berpindah dari satu cerita ke cerita yang lain sesuai urutan yang diinginkannya.

Cerita-cerita pada Bab 2 menampilkan beragam proyek di provinsi Kalimantan Timur, Jawa Tengah, Jawa Timur, Nusa Tenggara Barat, dan Nusa Tenggara Timur.

Di Kota Samarinda, Provinsi Kalimantan Timur, kami belajar tentang metode kluster (*clustering*) inovatif dari **Program Pesut Mahakam**, yang digagas kepala Puskesmas setempat, yang memungkinkan para kader, bidan, dan ahli gizi untuk memberikan perawatan kesehatan ibu dan anak yang efektif dan berkelanjutan secara terpadu.

Di Kota Surabaya, Provinsi Jawa Timur, kami menyaksikan dorongan dan tekad seorang perempuan yang memastikan tidak ada Posyandu yang tertinggal dalam mengakses berbagai permainan dan lagu yang menyenangkan serta dibawa melalui peragaan penuh penjiwaan, dikenal dengan nama *emotional demonstration* (demonstrasi emosional) – **Emo-Demo** – berfungsi untuk mengubah perilaku kesehatan dan pengasuhan ibu hamil dan keluarga muda.

Di Kabupaten Nganjuk, Provinsi Jawa Timur, terdapat cerita tentang upaya pemberdayaan masyarakat oleh seorang bidan yang mendorong keberhasilan

kabupaten dalam memanfaatkan **Program Taman Posyandu** yang memadukan layanan sosial dasar di Posyandu.

Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Kabupaten Lombok Barat telah menunjukkan kepada Indonesia dan belahan dunia lain bahwa **efektivitas kepemimpinan dan koordinasi serta kolaborasi multisektor** dapat mengubah kondisi sehingga angka stunting menurun.

Di Indonesia Timur, khususnya provinsi Nusa Tenggara Timur, kami belajar bahwa keterlibatan masyarakat adalah kunci dalam penanganan berkelanjutan terhadap kekurangan gizi akut atau gizi buruk. Kegigihan dan keterlibatan masyarakat yang berkelanjutan membuat program yang didanai donor – **Community Management of Acute Malnutrition (CMAM)** – dapat dikembangkan dan diintegrasikan dengan program nasional. Sebagai replikasi dari CMAM berikutnya, **Penanganan Gizi Buruk Terintegrasi (PGBT)** saat ini sedang dikembangkan hingga ke seluruh Indonesia.

Sedangkan di sebagian daerah di Nusa Tenggara Timur dan Jawa Timur, perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan terpadu program gizi ibu – yang selama ini dikelola secara terpisah – adalah kunci untuk mengatasi kekurangan zat gizi mikro dan mengobati diare pada ibu hamil dan anak-anak, yang dibuktikan dengan **Program Suplementasi Zat Gizi Mikro untuk Penurunan Mortalitas dan Morbiditas (MITRA)**.

Di Kabupaten Sumbawa Barat, Nusa Tenggara Barat, melalui **Program Pencerah Nusantara**, yang telah meraih penghargaan, kami menemukan bahwa revitalisasi Puskesmas dengan tim profesional kesehatan muda yang terlatih dapat membuat perbedaan dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat desa, termasuk ibu hamil dan anak-anak.

Di Kabupaten Timor Tengah Selatan di Nusa Tenggara Timur, yakni salah satu daerah dengan tingkat rawan pangan yang tertinggi di Indonesia, keterampilan bertani dan beternak yang diajarkan kepada keluarga, terutama dengan kepala keluarga perempuan, terbukti sangat penting dalam menjamin akses dan konsumsi makanan kaya zat gizi mikro berkelanjutan. Program tersebut, yang dikenal dengan **Rapid Action on Nutrition and Agriculture Initiatives** atau **Aksi Cepat Inisiatif Gizi dan Pertanian (RANTAI)**, adalah bagian **Project Laser Beam** multisektor, yang dijelaskan dalam Bab 3.

Sebagai lokasi percontohan **program pendampingan** yang baru tetapi sangat krusial, Pemerintah Kabupaten Banggai, Provinsi Sulawesi Tengah, menerima pendampingan dan pengawasan teknis kesehatan ibu dan anak dari Universitas Hasanuddin (UNHAS), melalui kerja sama antara pemerintah daerah dan pakar dari Institut Gizi Indonesia (IGI).

Kembali ke Pulau Jawa, khususnya Daerah Istimewa Yogyakarta, kami belajar bagaimana pemerintah daerah bekerja sama dengan masyarakat untuk berhasil menerapkan strategi **Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)**, yang memperoleh penghargaan dari Pemerintah Pusat selama pelaksanaannya. Peran Sultan Yogyakarta dapat dibaca lebih lanjut dalam cerita.

Dalam Bab 3, kami beralih dari cerita ke berbagai pembelajaran dari inisiatif gizi yang dilaksanakan pemerintah pusat, organisasi non-pemerintah, mitra pembangunan, dan sektor swasta.

Di Provinsi Nusa Tenggara Timur, suatu inisiatif multimitra memperkenalkan proyek multisektor bernama **Project Laser Beam**, ke Kabupaten Timor Tengah Selatan. Proyek ini berfokus pada inisiatif gizi spesifik dan gizi sensitif untuk menurunkan angka kekurangan gizi pada anak.

Di Daerah Istimewa Yogyakarta, suatu metode inovatif yang menggabungkan budidaya ikan dengan budidaya padi (**Minapadi**), terbukti berhasil meningkatkan tidak hanya pendapatan keluarga, tetapi juga keragaman pola makan masyarakat dan hal ini dilakukan dengan cara yang ramah lingkungan dan berkelanjutan.

Mengubah perilaku kesehatan dan praktik pengasuhan pada rumah tangga 1.000 hari pertama kehidupan (1.000 HPK), serta meningkatkan kesadaran masyarakat tentang stunting telah diidentifikasi sebagai langkah-langkah penting untuk mengatasi stunting di Indonesia. Kementerian Kesehatan mengembangkan **Strategi Komunikasi Perubahan Perilaku Nasional (Strategi Komunikasi/StraKom)** untuk pencegahan stunting dan cerita ini menggambarkan proses pengembangan StraKom tersebut.

Program Keluarga Harapan (PKH), suatu program bantuan tunai bersyarat yang diprakarsai Pemerintah Indonesia, mampu mendorong investasi kesehatan dan pendidikan pada anak-anak. Pengurangan angka stunting yang signifikan juga terlihat pada anak-anak penerima manfaat PKH.

Tikar pertumbuhan merupakan alat penting untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang stunting. Rangkuman dari **evaluasi penggunaan tikar pertumbuhan** disajikan dan rekomendasi tentang cara-cara untuk mengoptimalkan dan meningkatkan penggunaan tikar pertumbuhan juga diberikan.

Terakhir, sesuai dengan struktur seri ini, proyeksi stunting terbaru untuk tingkat nasional dan proyeksi stunting yang baru dikembangkan untuk tingkat kabupaten dijelaskan dalam Lampiran 1 buku ini. Model ini memungkinkan estimasi angka stunting, berdasarkan data gizi sensitif dan spesifik.

KATA PENGANTAR



K.H. Ma'ruf Amin

**WAKIL
PRESIDEN
REPUBLIK
INDONESIA**

Modal manusia adalah kunci masa depan Indonesia. Dengan berinvestasi pada manusia, Indonesia berpotensi berhasil mencapai tujuannya untuk mempercepat pertumbuhan ekonomi dan mengurangi kemiskinan dan ketimpangan.

Indonesia sudah berkomitmen untuk menginvestasikan sumber daya yang signifikan untuk meningkatkan modal manusianya, dan telah melaksanakan program untuk meningkatkan kesehatan, pendidikan, dan perlindungan sosial, termasuk Strategi Nasional untuk Percepatan Pencegahan Stunting (StraNas Stunting).

Kita tahu bahwa masa 1.000 hari pertama kehidupan seseorang sangat penting dan akan memengaruhi mereka selama hidupnya. Anak-anak yang mengonsumsi makanan bergizi yang memadai, memiliki akses ke kesehatan, air bersih dan sanitasi yang baik, serta dibesarkan dengan layak menghadapi risiko stunting yang jauh lebih rendah dan peluang yang lebih tinggi untuk mencapai potensi mereka.

Dengan dipandu Kerangka Kerja StraNas Stunting yang terdiri dari lima pilar bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang stunting, dan telah mendapatkan komitmen nasional untuk mengurangi stunting, serta mengelola, mengimplementasikan, dan mengkonvergensi penyediaan intervensi gizi prioritas di ketiga tingkat pemerintahan, saat ini Indonesia berada pada jalur percepatan menuju pencegahan stunting. Kami percaya bahwa dengan komitmen kuat dan pendekatan multisektor, kita dapat mengurangi angka stunting (pada balita) menjadi 14% pada tahun 2024 – sebuah target yang ambisius, namun dapat dicapai.

Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia memimpin kerja koordinasi berbagai sektor dan pemangku kepentingan yang terlibat dalam upaya Indonesia melawan stunting. Dengan dukungan lembaga pelaksana di tingkat daerah, intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif diterapkan di provinsi, kabupaten, dan desa di seluruh Indonesia.

Hingga tahun 2024, kami menargetkan untuk menjangkau semua kabupaten/kota di Indonesia yang berjumlah 514. Upaya ini akan melibatkan pendekatan “segenap pemerintah” dan “segenap masyarakat” untuk

mencegah stunting. Semua pihak, dari tingkat nasional hingga daerah, langsung ditugaskan untuk bekerja bersama – mulai dari kementerian dengan kementerian, sektor dengan sektor, dan dinas dengan dinas, dan di antara semua pihak tersebut – karena terbukti bahwa mengatasi permasalahan stunting membutuhkan tim multisektor yang bekerja sama dengan baik.

Buku ini, yang menampilkan sejumlah inisiatif daerah yang paling menjanjikan dan unggul dari kabupaten, diterbitkan pada saat Indonesia berjuang memerangi pandemi COVID-19. Pandemi COVID-19 selain berpotensi menghambat kemajuan penanganan stunting yang telah dicapai Indonesia sejak StraNas Stunting diluncurkan pada tahun 2018, juga mengancam tujuan ambisius dalam menurunkan angka stunting menjadi 14% pada tahun 2024.

Namun, terlepas dari tantangan dan kemunduran yang ditimbulkan pandemi COVID-19, program pencegahan stunting telah menunjukkan ketahanan yang luar biasa. Mereka yang bertugas di garis terdepan dalam memberikan intervensi telah menunjukkan kekuatan dan komitmen luar biasa, sehingga memastikan layanan gizi utama terus diberikan di tengah pandemi.

Semangat para pekerja yang berada di garis terdepan inilah, yang didukung kepemimpinan dan komitmen kepala dinas dan pemimpin kabupaten/kota setempat, yang membuat buku ini menarik untuk dibaca. Selama masa-masa sulit ini, semangat mereka mengingatkan kita pada hal-hal yang telah dicapai, serta mendorong kita semua untuk terus beradaptasi dengan kondisi-kondisi yang dihadirkan oleh pandemi.

Semoga buku ini dapat menjadi inspirasi bagi semua pelaku dan mitra dalam menurunkan angka stunting di seluruh tingkatan, dan memungkinkan kita untuk belajar dari satu sama lain seiring dengan perjuangan kita melawan stunting.

Jakarta, September 2021



K.H. Ma'ruf Amin
Wakil Presiden Republik Indonesia

KATA PENGANTAR



Satu Kahkonen

KEPALA
PERWAKILAN
BANK DUNIA
UNTUK
INDONESIA &
TIMOR LESTE

Modal manusia adalah kunci untuk mencapai tujuan pembangunan Indonesia, yaitu percepatan pertumbuhan ekonomi dan pengurangan kemiskinan dan ketimpangan. Menyadari hal ini, Indonesia telah mencapai kemajuan luar biasa dalam upayanya meningkatkan kualitas modal manusia. Sejak tahun 2018, Indonesia telah berupaya meningkatkan investasinya pada modal manusia serta meningkatkan pemanfaatan dan hasil dari belanja negara pada sektor kesehatan, pendidikan, dan bantuan sosial. Selain itu, meskipun dihadapkan pada tantangan yang belum pernah terjadi sebelumnya akibat pandemi COVID-19, Indonesia terus berinvestasi pada masyarakatnya.

Upaya Indonesia telah membuahkan hasil. Setelah periode stagnasi yang lama, angka stunting nasional berhasil turun sebesar 3,1 poin persentase antara 2018 dan 2019, dan hal ini belum pernah terjadi sebelumnya. Indonesia menargetkan pengurangan lebih lanjut hingga 2024.

Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting (StraNas Stunting) Pemerintah Indonesia telah mendorong pencapaian luar biasa ini dalam pengurangan dan pencegahan stunting. Strategi ini menggunakan pendekatan konvergensi multisektor untuk pencegahan stunting, yang melibatkan 23 kementerian/lembaga dan dana pemerintah sebesar hampir US\$4 miliar per tahun untuk komitmen penyelenggaraan intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif. Ketika strategi ini diterapkan sepenuhnya di 514 kabupaten/kota di Indonesia, semua keluarga dengan ibu hamil dan/atau anak di bawah usia dua tahun akan dapat memperoleh akses ke

intervensi gizi spesifik dan sensitif secara bersamaan, mulai dari kesehatan hingga pendidikan, perlindungan sosial, air dan sanitasi, serta masih banyak lagi. Intervensi ini akan memberikan awal yang terbaik pada kehidupan jutaan anak Indonesia, sehingga memberikan kesempatan pada mereka untuk hidup dengan mewujudkan potensi mereka sepenuhnya.

Bank Dunia berkomitmen untuk bekerja sama dengan Pemerintah Indonesia dalam meningkatkan modal manusianya, mengatasi stunting, dan terus memfasilitasi pertukaran pengetahuan antara Indonesia dan negara-negara lain. Sebagai mitra dan rekan setia Indonesia dalam upaya penting ini, Bank Dunia mendukung Pemerintah Indonesia untuk mencapai ambisinya dengan memberikan saran kebijakan dan teknis, analisis dan evaluasi, teknologi inovatif, serta pembiayaan berbasis hasil melalui Program *Investing in Nutrition and Early Years Program* (INEY) "Investasi pada Gizi dan Usia Awal Kehidupan".

Buku ini menampilkan praktik terbaik dari berbagai kabupaten dan kecamatan di seluruh Indonesia dan memberikan inspirasi bagi Indonesia untuk terus berjuang melawan stunting. Semangat dan komitmen yang ditunjukkan oleh individu, organisasi, dan pemerintah daerah dalam cerita yang ditampilkan dalam buku ini mengingatkan kita bahwa meskipun terdapat berbagai tantangan dalam meningkatkan hasil modal manusia dan mengurangi angka stunting, Indonesia memiliki hal-hal yang diperlukan untuk mengatasi stunting dan menjalankan setiap langkah yang diperlukan dengan sepenuh hati.

UCAPAN TERIMA KASIH

Buku ini adalah kumpulan cerita dari seluruh Indonesia. Buku ini bersumber dari banyak orang, dan ditulis oleh Elvina Karyadi, Melissa Chew, Claudia Rokx, Yurdhina Meilissa, Elviyanti Martini, Akim Dharmawan, dan Pratiwi Ayuningtyas. Model proyeksi dan Lampiran 1 ditulis oleh Lubina Qureshy.

Buku ini diedit oleh Paul Gallagher.

Buku ini diterjemahkan dari Bahasa Inggris ke Bahasa Indonesia oleh Nike Sinta Karina dan diedit oleh Elvina Karyadi, Pratiwi Ayuningtyas, Elviyanti Martini, Melissa Chew, Akim Dharmawan and Yurdhina Meilissa.

Buku ini tidak akan mungkin terwujud tanpa bantuan banyak kader, petugas kesehatan, pemerintah baik pusat maupun kabupaten/kota, mitra pembangunan, organisasi masyarakat madani, pembuat kebijakan, serta akademisi yang dengan murah hati berbagi cerita dengan kami. Mereka telah berbagi dengan tulus dan murah hati tentang apa yang dilakukan, bagaimana melakukannya, serta pelajaran penting yang dapat dipetik, dan hal tersebut adalah kontribusi berharga pada buku ini yang menampilkan sejumlah upaya pengurangan stunting multisektor terbaik di Indonesia.

Secara khusus, kami ingin mengucapkan terima kasih kepada individu-individu berikut atas kontribusinya:

Achmad Noeroel Cholis, Agnes Mallipu, Airin Roshita, Andi Sari Bunga Untung, Anjali Bhardwaj, Blandina Rosalina Bait, Christa Rader, Dhanie Nugroho, Dian Nurcahyati Hadihardjono, Dian Sukmawan, Egi Abdul Wahid, Elan

Satriawan, Endang Pamungkas Siwi, Erna Yuniarsih, Frans Hero Making, Gatot Suarman, Gwyneth Cotes, H. Rachman Sahnun Putra, Hanna Herawati, Hj. Ni Made Ambaryati, Jee Hyun Rah, Jenna Juwono, Jigyasa Nawani, Julia Suryantan, Lanny Yusnita, Marcia Griffiths, Mardewi, Marlina BR Ginting Manik, Mohammad Abdullah, Nunuk Supraptinah, Payal Gupta, Pembayun Setyaning Astutie, Prof. Abdul Razak Thaha, Prof. Em. Soekirman, Ratih Wijaya, Ravi Menon, Rika Ratna Puspita, Saskia de Pee, Siska Verawati, Siti Nur Hayah Isfandiari, Sri Kusyuniati, Sri Sukotjo, Susmita Das, Tutut Sri Purwanti, Widyana Perdhani, Yenuarizki, Yohana Sussie Emissa, Yudhie Suryanto, Zakiyah.

Kami berterima kasih kepada pemerintah kabupaten dan kota berikut yang telah memfasilitasi kunjungan kami: Kota Samarinda, Kota Surabaya, Kabupaten Nganjuk, Kabupaten Lombok Barat, Kabupaten Sumbawa Barat, dan Daerah Istimewa Yogyakarta. Pada kunjungan tersebut, kami mengamati bagaimana program dilaksanakan dan juga kami mendapatkan wawasan berharga tentang seberapa efektif koordinasi multisektor yang dilakukan dalam rangka pengurangan stunting.

Kami juga ingin mengucapkan terima kasih kepada mitra pembangunan, di tingkat nasional dan internasional serta organisasi masyarakat madani dan organisasi profesi. Di antara inisiatif gizi spesifik dan sensitif yang paling berkelanjutan, terukur, dan penting di Indonesia, kami belajar dan memanfaatkan hasil karya mereka dalam buku ini, yaitu Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN), United Nations Children's Fund (UNICEF), Nutrition International (NI), Center for Indonesia's

Strategic Development Initiatives (CISDI), World Food Programme (WFP), Institut Gizi Indonesia (IGI), dan Helen Keller International.

Kami berterima kasih atas kontribusi pemerintah pusat, termasuk Kementerian Kesehatan dan Kementerian Kelautan dan Perikanan.

Kami berterima kasih kepada sejawat yang telah menelaah buku ini, Ali Subandoro, Noriko Toyoda, Hugo Brousset Chaman dan Profesor Fasli Jalal. Mereka memberi ulasan, komentar, dan saran yang luar biasa sehingga kami semakin menyempurnakan cerita dan alur buku ini.

Kami juga mengucapkan terima kasih kepada rekan-rekan kami atas masukan dan umpan balik yang sangat membantu: Samuel Clark, Gerda Gulo, Rini Mintarsih, Deviarandy Setiawan, Indira Sari, Eko Pambudi, Pandu Harimurti, Inge Sutardi Tan, Sadwanto Purnomo, and Rosfita Roesli. Kami berterima kasih kepada tim PforR *Investing in Nutrition and Early Years* “Investasi pada Gizi dan Usia Awal Kehidupan” (INEY) karena mengizinkan kami memanfaatkan keahliannya.

Kami berterima kasih kepada manajemen kami – Satu Kahkonen (*Country Director*), Bolormaa Amgaabazar (*Operations Manager*), Aparnaa Somanathan (*Practice Manager*), Achim Schmillen (*Practice Leader for Human Development*), dan Somil Nagpal (*Health Cluster Lead*) untuk bimbingan dan dukungannya.

Kami juga ingin mengucapkan terima kasih kepada semua organisasi yang telah mengirimkan cerita dan informasi tentang praktik terbaik mereka kepada kami. Karena berbagai pertimbangan, penulis merasa menyesal tidak dapat

memasukkan semua cerita yang sudah dikirimkan, meskipun tetap berharap dapat melakukannya di masa mendatang.

Buku ini menerima kontribusi luar biasa dari guru gizi di Indonesia, yang memberi saran untuk menampilkan cerita dari berbagai daerah, sehingga menginspirasi kami untuk memulai perjalanan penulisan buku ini. Selain kepada kontributor kami Prof. Em. Soekirman dan Prof. Abdul Razak Thaha, kami juga mengucapkan terima kasih kepada Nina Sardjunani, Dhian Probhoyekti, Riskiyana Sukandhi Putra, Atmarita, Prof. Endang L. Achadi, Prof. Fasli Jalal, Minarto Noto Sudarjo, dan Sugeng Eko Irianto atas masukan yang berharga.

Sumber foto/gambar: Atet Dwi Pramadia, CISDI, Pemerintah Kabupaten Lombok Barat, GAIN/Andrew Suryono, Helen Keller International, Melissa Chew, Nutrition International, Rika Ratna Puspita, UNICEF, dan WFP.

Kami berterima kasih kepada Abdillah Kusumajati, Aditya P. Nugraha, beserta tim atas kesabarannya dan desain buku ini.

Dukungan keuangan untuk penyusunan buku ini berasal dari Australian Department of Foreign Affairs and Trade (DFAT), Global Financing Facility (GFF), serta Bill and Melinda Gates Foundation dan Tanoto Foundation melalui *Multi-donor Trust Fund* (MDTF) untuk *Indonesia Human Capital Acceleration* (IHCA).

Buku ini didedikasikan untuk mereka yang berada di garis terdepan penanganan gizi dan kesehatan di Indonesia, yang tak kenal lelah bekerja di tengah pandemi, dan membuat Indonesia terus maju dalam memerangi stunting.



SINGKATAN DAN AKRONIM

1.000 HPK = 1.000 Hari Pertama Kehidupan

ACF = *Action Contre la Faim* (Aksi Melawan Kelaparan)

AKKOPSI = Aliansi Kabupaten dan Kota Peduli Sanitasi

ANC = Pelayanan antenatal

APBD = Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah

APBN = Anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional

ASI = Air Susu Ibu

ASI Eksklusif = Air Susu Ibu Eksklusif

ATIKA = Hati ayam, telur, ikan

BABS = Buang Air Besar Sembarangan

Baduta = Bawah dua tahun

Balita = Bawah lima tahun

Balitbangkes = Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Bappeda = Badan Perencanaan Pembangunan Daerah

Bappenas = Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional

BAU = *Business as usual* - Bisnis seperti biasa

BBLR = Berat Badan Lahir Rendah

BCD = *Behavior-Centered Design* - Desain yang Berpusat pada Perilaku

BCI = *Behaviour Change Interventions* - Intervensi Perubahan Perilaku

BKB = Bina Keluarga Balita

BOK = Bantuan Operasional Kesehatan

BPNT = Bantuan Pangan Non-Tunai

BPS = Badan Pusat Statistik

BTB = Bantuan Tunai Bersyarat

CISDI = *Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives*

CMAM = *Community-Based Management of Acute Malnutrition* - Pemulihan anak balita gizi buruk berbasis masyarakat

CNP = *Cambodian Nutrition Project* - Proyek Gizi Kamboja

D/S = Jumlah balita yang datang dan ditimbang/Jumlah balita sasaran

DAK = Dana Alokasi Khusus

DEWATS = *Decentralized Wastewater Treatment Systems* - Sistem Pengolahan Air Limbah Terdesentralisasi

Dinas PPK = Dinas Perikanan, Pertanian, dan Kehutanan

SINGKATAN DAN AKRONIM

Dinkes Kabupaten = Dinas Kesehatan Kabupaten

Dinkes Provinsi = Dinas Kesehatan Provinsi

Disperdagin = Dinas Perdagangan dan Perindustrian

DIY = Daerah Istimewa Yogyakarta

DKP = Dewan Ketahanan Pangan

EHFP = *Enhanced Homestead Food Production* – Produksi Pangan Rumah dan Pekarangan yang ditingkatkan

Emo-demo = Demonstrasi - emosional

FAO = *Food and Agriculture Organization* - Organisasi Pangan dan Pertanian

FCS = *Food Consumption Score* - Skor Konsumsi Makanan

FG = *Family Guide* - Pembina Keluarga

Forsidas = Forum Komunikasi Daerah Aliran Sungai

GAIN = *Global Alliance for Improved Nutrition* - Aliansi Global untuk Peningkatan Gizi

GAMAK = Gerakan Anti Merarik Kodek

Gemadazi = Gerakan Masyarakat Sadar Gizi

GSC Program = Program Generasi Sehat dan Cerdas

HFIAS = *Household Food Insecurity Access Scale* - Skala Kerentanan Pangan Rumah Tangga

HIV/AIDS = *Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome*

HKI = Helen Keller International

IAARD = *Indonesian Agency for Agricultural Research and Development* - Badan Penelitian dan Pengembangan Pertanian

IGI = Institut Gizi Indonesia

INEY = *Investing in Nutrition and Early Years*- Program Investasi pada Gizi dan Usia Awal Kehidupan

IPM = Indeks Pembangunan Manusia

J-PAL SEA = Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab

Jampersal = Program Jaminan Persalinan

Jatim = Jawa Timur

JKN = Jaminan Kesehatan Nasional

KAP = Komunikasi Antar Pribadi

KEK = Kekurangan Energi Kronik

Kemendes = Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi

Kemenkes = Kementerian Kesehatan

KIA = Kesehatan Ibu dan Anak

SINGKATAN DAN AKRONIM

KIP = *Kampung Improvement Program* - Program Perbaikan Kampung

KKN = Kuliah Kerja Nyata

KKP = Kementerian Kelautan dan Perikanan

KMS = Kartu Menuju Sehat

KPM = Kader Pembangunan Manusia

KPP = Komunikasi Perubahan Perilaku

KPPS = Komunikasi Perubahan Perilaku Sosial

KRPL = Kawasan Rumah Pangan Lestari

LFBSM = *Local Food Based School Meals* - Makanan Sekolah Berbasis Pangan Lokal

LILA = Lingkaran Lengan Atas

LNS = *Lipid Nutrients Supplements* - Suplemen Gizi Lipid

LO-ORS = *Low-Osmolarity Oral Rehydration Salts* - Garam Rehidrasi Oral dengan Osmolaritas Rendah

Lombar = Lombok Barat

LROA = Layanan Rehidrasi Oral Aktif

LSHTM = *London School of Hygiene and Tropical Medicine*

LSM = Lembaga Swadaya Masyarakat

M&E = Monitoring dan Evaluasi

MAM = *Moderate Acute Malnutrition* - Kekurangan Gizi Akut Sedang

MDG = *Millennium Development Goal* - Tujuan Pembangunan Milenium

MITRA = *Micronutrient Supplementation for Reducing Mortality and Morbidity in Indonesia* - Suplementasi Zat Gizi Mikro untuk Menurunkan Mortalitas dan Morbiditas di Indonesia

MNP = *Micronutrient Powder* - Bubuk Tabur Gizi

MoU = *Memorandum of Understanding* - Nota Kesepahaman

MP-ASI = Makanan Pendamping Air Susu Ibu

MTBS = Manajemen Terpadu Balita Sakit

NAD = Nanggroe Aceh Darussalam

NI = Nutrition International

NTT = Nusa Tenggara Timur

OKI = Ogan Komering Ilir

OPD = Organisasi Perangkat Daerah

ORS = Larutan rehidrasi oral/garam

PAMMASKARTA = Paguyupan Air Minum Masyarakat Yogyakarta

SINGKATAN DAN AKRONIM

PAMSIMAS = Proyek Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat

PAUD = Pendidikan Anak Usia Dini

PDB = Produk Domestik Bruto

PGBT = Penanganan Gizi Buruk Terintegrasi

PIS-PK = Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga

PKH = Program Keluarga Harapan

PKK = Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga

PLB = *Project Laser Beam*

PMBA = Pemberian Makan Bayi dan Anak

PMD = Pemberdayaan Masyarakat dan Desa

PMT = Pemberian Makanan Tambahan

PoA = *Plan of Action* – Rencana Aksi

Poskesdes = Pos Kesehatan Desa

Polindes = Pos Bersalin Desa

Posyandu = Pos Pelayanan Terpadu

POZISI = Pondok Gizi Terintegrasi ASI Eksklusif dan Perilaku Hidup Bersih Sehat

PUPR = Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat

Pustu = Puskesmas Pembantu

PPAUD = Pendidikan dan Pengembangan Anak Usia Dini

PPP = Promosi dan Pemantauan Pertumbuhan

PPSP = Percepatan Pembangunan Sanitasi Permukiman

PSA = *Potential Sustainability Assessment* - Penilaian Potensi Keberlanjutan

PTT = Pegawai Tidak Tetap

GAMBARAN SINGKAT

PRAKTIK TERBAIK: CERITA DARI LAPANGAN

- » Samarinda: Pesut Mahakam, pendekatan klaster untuk menyelamatkan ibu dan anak
- » Surabaya: Mengubah hati, pikiran, dan perilaku makan anak melalui permainan dan lagu
- » Nganjuk: Memberdayakan masyarakat desa untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan
- » Lombok Barat: Koordinasi ideal dalam perjuangan melawan stunting
- » Nusa Tenggara Timur: Berkejaran dengan waktu dalam mengatasi *wasting*
- » Nusa Tenggara Timur dan Jawa Timur: Penguatan kemitraan dan integrasi program untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak
- » Sumbawa Barat: Petugas kesehatan terampil mengoptimalkan pemenuhan gizi ibu dan anak
- » Timor Tengah Selatan: Membina keterampilan bertani keluarga untuk pola makan yang lebih baik
- » Banggai: Akademisi dan pimpinan daerah berkolaborasi untuk membawa perubahan
- » Yogyakarta: Peraih penghargaan sanitasi, bersihkan tepi sungai kota

SEKILAS CERITA: PEMBELAJARAN DARI IMPLEMENTASI

- » Kemitraan publik-swasta: Pionir konvergensi di wilayah rawan pangan yang terpencil
- » Minapadi: Budidaya ikan di persawahan
- » StraKom: Mengubah perilaku melalui komunikasi yang efektif
- » Menurunkan stunting melalui Program Keluarga Harapan (PKH)
- » Tikar Pertumbuhan: Sarana pendidikan yang mudah untuk meningkatkan kesadaran tentang stunting

SAMARINDA

Pesut Mahakam, pendekatan klaster untuk menyelamatkan ibu dan anak

SURABAYA

Mengubah hati, pikiran, dan perilaku makan anak melalui permainan dan lagu

NGANJUK

Memberdayakan masyarakat desa untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan

STRAKOM, PKH, TIKAR PERTUMBUHAN

YOGYAKARTA

Peraih penghargaan sanitasi, bersihkan tepi sungai kota

Minapadi: Budidaya ikan di persawahan

BANGGAI

Akademisi dan pimpinan daerah berkolaborasi untuk membawa perubahan

LOMBOK BARAT

Contoh ideal tentang koordinasi perjuangan melawan stunting

SUMBAWA BARAT

Petugas kesehatan terampil mengoptimalkan pemenuhan gizi ibu dan anak

TIMOR TENGAH SELATAN

Membina keterampilan bertani keluarga untuk pola makan yang lebih baik

NUSA TENGGARA TIMUR

Berkejaran dengan waktu dalam mengatasi *wasting*

Kemitraan publik-swasta:

Pionir konvergensi di wilayah rawan pangan yang terpencil

NUSA TENGGARA TIMUR DAN JAWA TIMUR

Penguatan kemitraan dan integrasi program untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak

A photograph of a baby lying in a hospital bed, looking up with one hand raised. The image is partially covered by a teal and orange graphic overlay in the top right corner.

01

BAB 1

PENGHARGAAN BAGI PEJUANG LOKAL DALAM MENANGANI STUNTING DI INDONESIA



Buku ini disusun sebagai bentuk penghargaan bagi pahlawan lokal dalam perjuangan menurunkan angka stunting pada anak-anak di Indonesia.

Buku ini merayakan semangat, kasih sayang, dan inovasi para kader, bidan, ahli gizi, petugas kesehatan masyarakat, pejabat pemerintah, dan kegiatan usaha lokal.

Buku ini merayakan keberhasilan kerja sama yang dicurahkan demi mengatasi kekurangan gizi kronis pada anak-anak. Nyatanya, buku ini lebih dari sekadar merayakan keberhasilan mereka.

Buku ini menyoroti bagaimana keberhasilan kecil dapat direplikasi dalam skala yang lebih besar untuk membuat perbedaan yang signifikan dalam upaya Indonesia mengurangi kekurangan gizi kronis pada anak-anak.

Buku ini memperlihatkan hal-hal yang dapat dicapai ketika para ibu, ayah, keluarga, dan masyarakat tidak hanya fokus pada kebutuhan kesehatan dan gizi yang lebih baik, tetapi juga secara aktif turun ke desa-desa hingga di pelosok negeri dalam upaya mendidik dan memberdayakan warga untuk membantu mengatasi dan mencegah stunting.

Indonesia telah menempuh perjalanan panjang dalam mengatasi stunting. Pada tahun 2000 sekitar

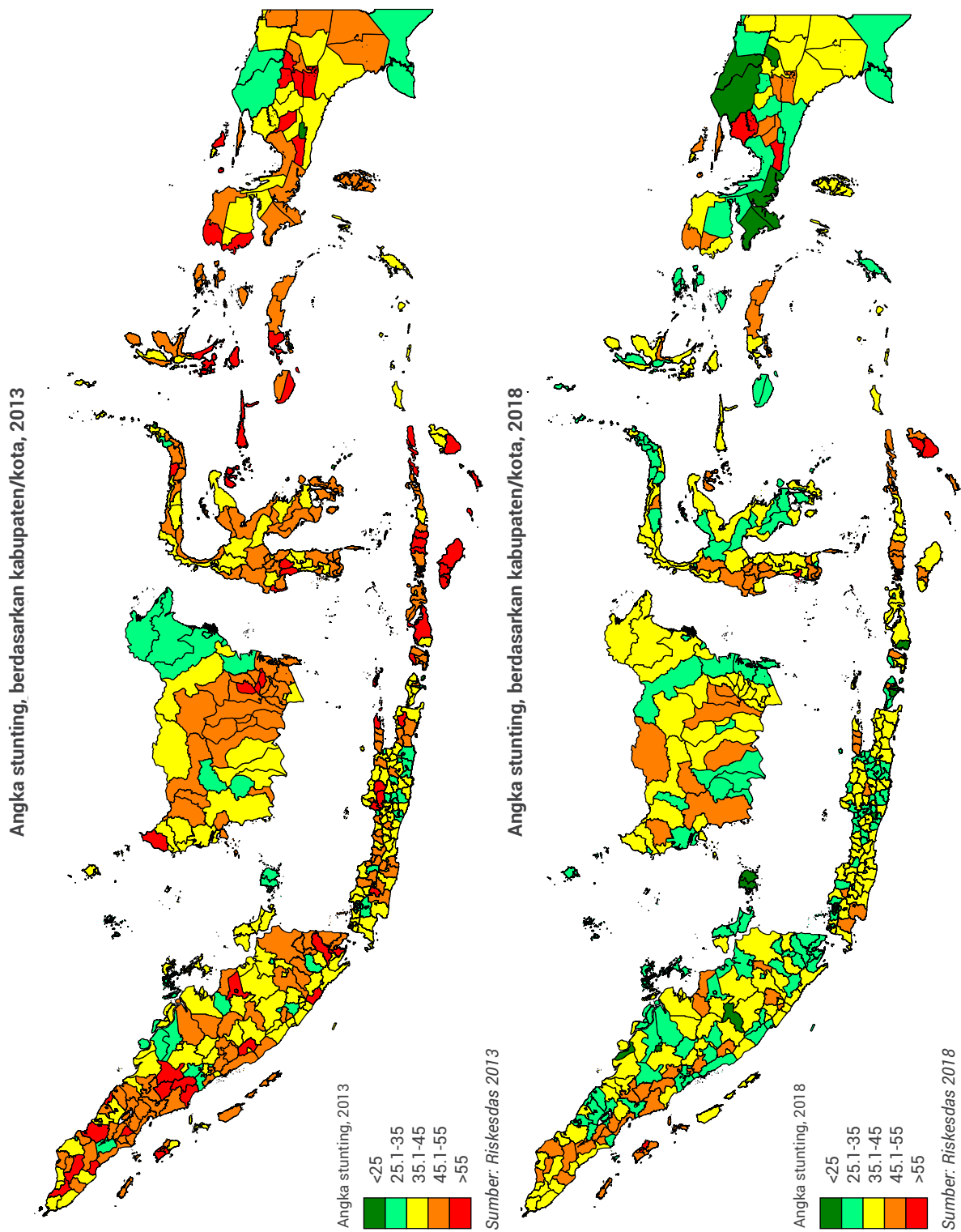
40% anak di Indonesia mengalami stunting. Pada tahun 2018, angka tersebut turun menjadi lebih dari 30% dan pada tahun 2019, Kementerian Kesehatan melaporkan angka tersebut sekitar 27% (Frankenberg & Thomas, 2000; Balitbangkes, 2013, 2018, 2019).

Penurunan kasus stunting tersebut salah satunya adalah berkat dorongan dan tekad negara untuk mengatasi stunting yang menghambat kehidupan jutaan anak.

Buku ini mengambil inspirasi dari *Aiming High: Indonesia's Ambition to Reduce Stunting* (Menggapai Lebih Tinggi: Ambisi Indonesia Menurunkan Stunting), yang menceritakan tentang gizi di Indonesia dan rencana ke depannya yang bertekad kuat untuk menghapus kekurangan gizi kronis pada anak-anak. Dengan menggunakan pendekatan multisektor dan mengambil pelajaran dari penanganan stunting selama beberapa dekade terakhir, Indonesia berada di jalur yang ambisius untuk mempercepat penurunan angka stunting melalui Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting (StraNas Stunting).

Keragaman Indonesia selama ini telah tercermin pada beragam cerita keberhasilan dan kegagalan dalam menurunkan angka stunting di berbagai kabupaten/kota (Gambar 1).

Gambar 1: Perbandingan angka stunting pada balita, berdasarkan kabupaten/kota



Antara tahun 2007-2013, sejumlah kabupaten mencatat penurunan dua digit pada angka stunting. Sedangkan sejumlah kabupaten/kota lainnya mengalami kenaikan angka stunting sebesar dua digit.

Secara keseluruhan, keragaman ini mengakibatkan angka stunting tetap stagnan antara tahun 2007 dan 2013 sekitar 36%.¹ Banyak hal telah menjadi lebih baik dan banyak perbaikan yang nyata sejak saat itu.

Hingga tahun 2018, angka stunting nasional dapat turun karena semakin banyak kabupaten yang berhasil menurunkan angka stunting. Jumlah titik merah pada peta Indonesia (Gambar 1), menandakan kabupaten dengan stunting memengaruhi lebih dari setengah jumlah balita di daerah itu, sudah menjadi jauh lebih sedikit.

Misalnya, di Sumatra, pada tahun 2013, ada 15 kabupaten/kota dengan angka stunting balita di atas 55%. Pada tahun 2018, hanya ada satu kabupaten yang memiliki angka setinggi itu. Di tingkat nasional, 31 dari 496 kabupaten/kota pada tahun 2013 mencatat angka stunting di atas 55%. Pada tahun 2018, hanya empat dari 514 kabupaten/kota yang melaporkan angka stunting di atas 55%.

Indonesia bergerak menuju ke arah yang tepat meskipun perjalanan menuju angka stunting yang sangat kecil masih jauh.

Buku ini merupakan bagian dari rangkaian publikasi yang dimulai dengan Buku *Menggapai Lebih Tinggi: Ambisi Indonesia Menurunkan Stunting*. Buku ini menampilkan beberapa inisiatif lokal terbaik dan menjanjikan yang telah membantu mengubah keadaan.

Inisiatif-inisiatif ini sudah membuat perbedaan di tingkat lokal dan dapat membuat perbedaan secara nasional di masa depan jika direplikasi pada skala yang lebih besar, serta disesuaikan dengan kondisi juga keadaan setempat.

Sebagian besar cerita yang ditampilkan dalam buku ini adalah tentang intervensi lokal dengan skala kecil yang telah menghasilkan kesuksesan dari satu kabupaten ke kabupaten lainnya.

Kami berharap cerita sukses ini memiliki resonansi nasional sehingga dapat menginspirasi, menambah wawasan, dan memengaruhi StraNas Stunting.

Sejak pertama kali diluncurkan pada tahun 2017, StraNas Stunting telah diselenggarakan di 260 kabupaten/kota di 34 provinsi dan diharapkan untuk diperluas dengan menambahkan 100 kabupaten/kota pada tahun 2021 (lihat Box 1 untuk informasi lebih lanjut tentang StraNas Stunting).

Pada tahun 2020, sebanyak 253 kepala daerah telah berkomitmen untuk mempercepat pencegahan stunting di kabupaten mereka.

StraNas ini telah mengerahkan lebih dari 73.200 Kader Pembangunan Manusia (KPM) di desa-desa di seluruh Indonesia dalam memanfaatkan Dana Desa untuk pencegahan stunting. KPM hadir di 98% kabupaten sasaran. Sebanyak 32.000 KPM saat ini aktif menggunakan aplikasi e-HDW untuk melakukan pemetaan sosial dan mengukur konvergensi desa.²

Selain itu, strategi ini telah melacak pengeluaran pemerintah untuk penanganan stunting hingga di 20 kementerian/lembaga.

Inisiatif-inisiatif lokal yang berhasil mengurangi stunting dan meningkatkan gizi ibu dan anak dapat menginspirasi serta memberikan dorongan untuk memicu berbagi pengetahuan juga pertukaran 'pengetahuan teknis' di kalangan pemimpin nasional dan daerah.

Sayangnya, banyak pengalaman lokal yang tidak didokumentasikan atau belum didokumentasikan dengan cara yang kondusif untuk pembelajaran yang efektif.

1 Memang benar, angka stunting di Indonesia turun - pada tahun 2000 kekurangan gizi kronis mencapai 40% (Frankenberg & Thomas, 2000), dan berdasarkan Riskesdas, pada tahun 2007 angka tersebut turun menjadi 36,8%, pada tahun 2013 sebesar 37,2%, dan pada tahun 2018 sebesar 30,8%. Data SSGBI-SUSENAS terbaru tahun 2019 melaporkan prevalensi stunting nasional sebesar 27,7% (Balitbangkes, 2007, 2013, 2018, 2019).

2 KPM mengukur konvergensi desa melalui kartu skor yang berfokus pada intervensi gizi utama di sektor kesehatan dan gizi; air, sanitasi, dan kebersihan (WASH); perlindungan sosial; serta Pendidikan dan Pengembangan Anak Usia Dini (PPAUD).

Buku ini bertujuan untuk memperbaiki keadaan tersebut.

Buku ini menampilkan sejumlah inisiatif lokal yang sukses, contoh praktik terbaik dan memberikan pedoman “bagaimana” menurunkan angka stunting di tingkat lokal sehingga mengurangi stunting secara nasional.

Sejumlah cerita dipilih untuk menginspirasi, memberikan wawasan, dan memengaruhi banyak pihak lain untuk ikut serta dalam upaya bersama menuju penurunan stunting di Indonesia (Lihat Box 2 tentang proses seleksi cerita-cerita yang ditampilkan).

Mereka menginspirasi kami. Kami berharap mereka juga menginspirasi Anda.

Box 1: Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting

Di Indonesia, prevalensi stunting (yang dialami hampir 7 juta anak balita) perlahan berkurang selama satu dasawarsa terakhir. Namun, upaya pencegahan stunting yang sudah dilaksanakan selama bertahun-tahun masih belum efektif. Selain itu, perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, dan monitoring dan evaluasi intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif belum sepenuhnya terkoordinasi di semua tingkat. Hal ini telah diakui sebagai tantangan utama dalam upaya mengatasi dan mencegah stunting. Minimnya kapasitas lokal di tingkat kabupaten, kecamatan, dan desa juga menjadi kendala yang masih perlu dibenahi (Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia, 2019).

Menyadari perlunya mengatasi stunting, Indonesia meluncurkan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting (StraNas Stunting) pada bulan Agustus 2017. Upaya ini juga diamanatkan dalam Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting. StraNas Stunting terdiri dari lima pilar: 1) Komitmen dan visi pemimpin tertinggi negara dan daerah; 2) Kampanye nasional yang berfokus pada perubahan perilaku; 3) Konvergensi, koordinasi, dan konsolidasi; 4) Kebijakan ketahanan pangan, dan 5) Monitoring dan evaluasi.

Untuk meningkatkan konvergensi intervensi multisektor untuk pencegahan stunting, rencana yang berfokus secara geografis telah dirancang untuk menciptakan kesadaran dan komitmen pada pelaksanaan StraNas Stunting di 100 kabupaten/kota pada tahun 2018. Kabupaten/kota tersebut dipilih berdasarkan beberapa kriteria yang meliputi jumlah balita, prevalensi stunting dan

wasting pada balita, serta prevalensi kemiskinan. Jumlah Kabupaten/kota akan ditambahkan secara bertahap setiap tahun untuk mencapai 514 kabupaten/kota pada tahun 2022. Pada tahun 2019 dan 2020, strategi mulai diterapkan di 160 dan 260 kabupaten/kota. Pada tahun 2021 StraNas Stunting dilaksanakan di 360 kabupaten/kota.

StraNas Stunting bertujuan untuk mendorong konvergensi program pencegahan stunting di tingkat nasional, kabupaten, dan desa. Hal ini juga bertujuan untuk memastikan koordinasi yang lebih baik dan alokasi anggaran yang lebih baik untuk program pencegahan stunting. Selain itu, StraNas Stunting mendukung kegiatan intervensi gizi prioritas, khususnya yang berkaitan dengan peningkatan cakupan dan kualitas pemberian layanan gizi pada rumah tangga 1.000 HPK. StraNas Stunting menyatukan kementerian/ lembaga, organisasi profesi, akademisi, organisasi masyarakat madani, dan sektor swasta dalam upaya mengatasi stunting.

Serangkaian Aksi Konvergensi telah ditetapkan untuk meningkatkan keterpaduan intervensi gizi (baik intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif maupun lintas tingkatan administrasi) dan untuk menyelaraskan seluruh sumber daya yang tersedia. Aksi Konvergensi terdiri dari delapan kegiatan:

AKSI #1

Identifikasi dan analisis situasi saat ini

AKSI #2

Merencanakan kegiatan untuk meningkatkan intervensi gizi terpadu

AKSI #3

Rembuk stunting di tingkat kabupaten/kota

AKSI #4

Peraturan Bupati/Walikota tentang peran desa dalam intervensi gizi terpadu

AKSI #5

Pembinaan Kader Pembangunan Manusia (KPM)

AKSI #6

Sistem manajemen data stunting

AKSI #7

Pengukuran dan publikasi stunting di tingkat kabupaten/kota

AKSI #8

Tinjauan kinerja tahunan

Melalui instrumen fiskal baru seperti Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), StraNas Stunting memungkinkan pemerintah untuk memberi insentif kepada kabupaten untuk melaksanakan program multisektor. Setiap tahun, Bappenas melakukan koordinasi dengan Kementerian Keuangan untuk melacak belanja dalam rangka penurunan stunting hingga di 20 kementerian/ lembaga. Selain itu, pemerintah melakukan evaluasi kinerja anggaran dan pembangunan dalam penurunan stunting.

StraNas Stunting juga bertujuan untuk memperkuat keterlibatan warga dan memberdayakan desa untuk meminta pertanggungjawaban dari kementerian dan kantor kabupaten terkait penyelenggaraan intervensi gizi. StraNas Stunting memberikan insentif untuk memperkenalkan dan menggunakan alat inovatif seperti Kartu Skor Konvergensi Desa untuk melacak pemberian intervensi gizi prioritas di garis depan.



Box 2: Bagaimana cerita sukses dipilih

Cerita sukses yang ditampilkan dalam buku ini diambil dari suatu daftar pendek hasil seleksi sebelumnya. Kementerian di tingkat pusat, serta 73 pemerintah daerah terpilih diundang untuk berbagi contoh praktik terbaik, termasuk kabupaten di mana prevalensi stunting telah membaik.³ Konsultasi juga dilakukan dengan lebih dari dua puluh akademisi, LSM, organisasi masyarakat madani, sektor swasta, dan mitra pembangunan.

Selain itu, berdasarkan diskusi dengan pakar di lapangan dan sektor-sektor di dalam dan di luar Bank Dunia, sejumlah pemangku kepentingan atau kabupaten terpilih diundang untuk mengajukan praktik terbaik untuk dipertimbangkan.

Penentuan kriteria⁴ untuk pengumpulan dan permintaan pengajuan cerita berlangsung antara September hingga November 2018. Tim menerima lebih dari 40 pengajuan inisiatif lokal dari November 2018 hingga Februari 2019.

Cerita terpilih ditinjau lebih lanjut, yang diikuti dengan permintaan data tambahan dan

wawancara. Untuk sebagian besar cerita, tim melakukan kunjungan lapangan untuk mengamati inisiatif dan kegiatan, serta mewawancarai pelaksana inisiatif dan penerima manfaat. Tim mengunjungi Kota Samarinda, Kota Surabaya, Kabupaten Nganjuk, Kabupaten Lombok Barat, Kabupaten Sumbawa Barat, dan Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) antara Januari hingga April 2019.

Sebanyak 15 cerita yang mengisahkan inisiatif sukses dari berbagai sektor dipilih untuk ditampilkan dalam buku ini. Meskipun sejumlah praktik terbaik dan pembelajaran terpilih dimulai bertepatan dengan penerapan *StraNas Stunting* Pemerintah Indonesia, sebagian besar cerita-cerita dalam buku ini sudah ada sebelum *StraNas Stunting*. Setelah draf awal lengkap selesai, lokakarya penulis diadakan pada bulan Desember 2019 untuk menyelesaikan draf tulisan.

Sebagian besar cerita yang ditampilkan, ditulis sebelum pandemi COVID-19 terjadi dan oleh karena itu, tidak mencerminkan kondisi pelaksanaan selama pandemi COVID-19.

Author's Notes 1: Mengatasi stunting selama pandemi global

Sama seperti negara-negara lain di dunia, pandemi COVID-19 telah berdampak signifikan pada Indonesia dan mengganggu penyelenggaraan berbagai layanan termasuk kesehatan, air, sanitasi, dan kebersihan (WASH), serta pendidikan dan stimulasi anak usia dini.

Riset Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) menemukan kontinuitas layanan kesehatan dasar terganggu selama pandemi COVID-19, termasuk upaya kesehatan masyarakat di Puskesmas.⁵

Sekitar 73% Puskesmas tetap membuka layanan dengan jam yang sama seperti sebelum pandemi, tetapi kunjungan pasien berkurang. Hampir 84% Puskesmas melaporkan penurunan jumlah kunjungan pasien.

Posyandu, sebagai penyedia layanan kesehatan masyarakat yang lebih kecil di bawah pengawasan Puskesmas, merupakan tulang punggung sistem pelayanan kesehatan primer di Indonesia untuk ibu hamil, ibu, dan anak. Posyandu adalah titik akses pertama, dan dalam banyak kasus, satu-satunya titik

3 Ditentukan dengan membandingkan prevalensi stunting tahun 2007 dan 2013 dari data Riskesdas. Untuk metodologi perbandingan terperinci, lihat (World Bank, 2017b).

4 Untuk daftar lengkap kriteria pengajuan, silakan lihat Lampiran 2.

5 Dengan menggunakan desain survei cepat, kualitatif, dan *cross-sectional*, peneliti mengambil sampel lebih dari 4.798 Puskesmas antara bulan April dan Mei 2020 (Musadad, 2020)

akses ke layanan kesehatan bagi sebagian besar desa di Indonesia.

COVID-19 sangat menghambat pelayanan Posyandu. Hampir separuh (43,5%) Puskesmas menghentikan layanan Posyandu dan sekitar 37% mengurangi kegiatan Posyandu di daerah pengawasannya. Implikasinya sangat mengerikan dalam hal layanan utama seperti imunisasi, pemantauan pertumbuhan, suplementasi zat gizi mikro, dan perawatan antenatal – yang sebagian besar diberikan melalui Posyandu.

Indonesia sudah merasakan dampak buruk dari penyelenggaraan layanan kesehatan esensial yang mengalami gangguan. Lebih dari separuh (57%) Puskesmas melaporkan penurunan cakupan imunisasi. Sekitar sepertiga Puskesmas menanggukun kunjungan rumah ke keluarga dengan anak yang mengalami stunting atau masalah gizi. Sepertiga Puskesmas lainnya melaporkan tidak mengunjungi ibu hamil.

Riset menunjukkan bahwa akses ke layanan gizi spesifik dan gizi sensitif, yang ternyata banyak di antaranya menghadapi gangguan, sangat penting untuk keberhasilan perjuangan melawan stunting (Lancet, 2013).

Berdasarkan kerangka kerja Stranas Stunting, pandemi COVID-19 dapat memengaruhi stunting melalui empat saluran: hilangnya pendapatan, kenaikan harga pangan, keterbatasan kemampuan memberikan layanan kesehatan, dan penurunan dana untuk pengeluaran non-COVID-19 untuk penyediaan layanan dasar (Publikasi mendatang).

Secara khusus, dampak utama hilangnya pendapatan dan kenaikan harga dapat menurunkan ketahanan pangan, yang pada akhirnya memengaruhi kuantitas dan kualitas pangan yang dikonsumsi dan prevalensi stunting.

Pemberian layanan di garis terdepan, khususnya melalui Posyandu dan Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), telah terganggu oleh karantina wilayah (*lockdown*), dan hal ini secara langsung berdampak pada penyelenggaraan layanan kesehatan utama dan pendidikan.

Pemotongan anggaran untuk air, sanitasi, dan kebersihan (WASH), yang merupakan intervensi gizi sensitif, juga terjadi karena pengalihan sumber daya untuk mengatasi COVID-19.

Strategi awal mitigasi COVID-19 Pemerintah Indonesia mencakup langkah-langkah gizi sensitif seperti meningkatkan jumlah penerima bantuan pangan dan program bantuan sosial (Bank Dunia, 2020a). Namun, hanya meningkatkan jumlah penerima manfaat mungkin tidak akan signifikan dalam mitigasi dampak COVID-19 pada stunting.

Penurunan stunting memerlukan upaya yang konvergen baik melalui intervensi penyelenggaraan layanan maupun intervensi seperti bantuan tunai bersyarat.

Seiring berkembangnya situasi pandemi, kemampuan layanan kesehatan utama untuk kembali normal seperti sebelum pandemi menghadapi ketidakpastian yang besar.

Terlepas adanya tantangan-tantangan tersebut, sejumlah Puskesmas menemukan cara-cara baru untuk memastikan penyelenggaraan layanan yang berkelanjutan di tengah pandemi.

Kelas ibu hamil diadakan melalui *platform* Zoom.

Jam kunjungan Puskesmas diatur sedemikian upaya untuk dapat mengakomodasi imunisasi anak-anak yang terkena dampak penutupan Posyandu.

Dan di Kota Samarinda, format kluster inovatif (lihat “Samarinda: Pesut Mahakam, pendekatan kluster untuk menyelamatkan ibu dan anak”) memungkinkan bidan untuk terus memantau dan berkomunikasi dengan ibu hamil di kluster mereka melalui *platform* seperti WhatsApp. Kunjungan perawatan antenatal tetap dilakukan, tetapi dengan perjanjian untuk menjaga jarak.

Dampak COVID-19 sangat besar pada mata pencaharian sebagian besar masyarakat Indonesia. Bagi rumah tangga 1.000 HPK, dampak COVID-19 lebih dari kehilangan pendapatan dan ketahanan pangan. Dampak COVID-19 memengaruhi tinggi badan dan mental dari generasi berikutnya.



SAMARINDA: PESUT MAHAKAM, PENDEKATAN KLASER UNTUK MENYELAMATKAN IBU DAN ANAK



Di antara persawahan, toko-toko pinggir jalan yang ramai, dan rumah-rumah di Kota Samarinda, Anda akan menemukan masyarakat Bukuan yang penuh semangat. Dengan banyak buruh, pedagang, dan penambang, Bukuan memiliki masyarakat yang beragam dalam hal budaya, pola makan, dan kebiasaan. Terlepas dari perbedaan yang ada, mereka menghadapi masalah yang sama: banyak dari anak-anak mereka menderita stunting. Tak hanya itu, dana untuk mengatasi kekurangan gizi kronis ini pun sangat terbatas.

Menghadapi pemotongan anggaran pada tahun 2016, kepala dinas kesehatan setempat memutuskan bahwa sudah waktunya untuk melakukan perubahan. Saat itulah satwa endemik yang dikenal bernama Pesut Mahakam dan merupakan simbol Provinsi Kalimantan Timur muncul, lalu menginspirasi penamaan inisiatif lokal ini. Pesut Mahakam menggabungkan program kesehatan ibu dan program gizi untuk mengatasi stunting. Hasilnya adalah satu inisiatif dengan tujuan yang sama: meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak melalui layanan dan staf terpadu.

Inisiatif ini merupakan gagasan drg. Rika Ratna Puspita, Kepala Puskesmas setempat, yang melihat cara untuk berbuat lebih banyak dengan sumber daya terbatas.



"Kami menghadapi pemotongan anggaran yang signifikan selama tiga tahun terakhir. Oleh karena itu, kota diberi mandat untuk berinovasi untuk memastikan layanan yang berkelanjutan", kata Endang Liansyah, Asisten Sekretaris Kota Samarinda.

Drg. Rika Ratna Puspita menjawab himbuan pemerintah kota untuk berinovasi.





MENGGABUNGKAN KEBUTUHAN IBU DAN ANAK

Pertama, ia menggabungkan dua program kesehatan ibu dan gizi yang sebelumnya terpisah, menjadi satu program (Lihat Box 3).

Kemudian ia membentuk tim yang beranggotakan bidan, ahli gizi, dan kader kesehatan masyarakat untuk bekerja sama menjaga kesehatan dan kebutuhan gizi sekelompok ibu hamil, ibu, dan anaknya di suatu wilayah tertentu (Lihat Box 4).

Mereka bekerja bersama dan merencanakan bersama, berkoordinasi untuk memastikan pendekatan efisien dan efektif untuk melacak, memberikan saran, serta mendukung ibu dan anak mereka dalam hal kesehatan dan gizi. Tujuannya adalah untuk melacak anak-anak secara intensif selama 1.000 hari pertama yang paling penting dalam hidup mereka ketika mereka berada pada risiko terbesar mengalami stunting. Program ini kemudian dilanjutkan dengan memantau anak-anak melalui Posyandu hingga mereka berusia 5 tahun.⁶



“Dengan sistem klaster ini, kami bisa lebih efisien dalam berkoordinasi dengan bidan, ahli gizi, dan kader lain dan menyampaikan informasi penting. Misalnya, ada kasus anak stunting yang orang tuanya sering berpindah-pindah karena pekerjaan. Namun, dengan sistem klaster, kami dapat

melacaknya dan ahli gizi dari klaster baru dapat melanjutkan kunjungan rumah dan memastikan praktik perawatan yang baik terus berjalan,” kata dr. Siti Wulandari, dokter di Puskesmas Bukuan.

Ikatan yang lebih erat antara bidan, ahli gizi, dan kader kesehatan masyarakat yang diciptakan program gabungan ini terbukti penting, yang salah satunya adalah kader memperoleh wawasan dan keahlian yang berharga melalui kerja bersama tenaga kesehatan profesional. Selain itu, mereka bekerja sama erat untuk melacak dan mendukung ibu dan anak-anak dengan risiko terbesar.



“Sebelum Program Pesut Mahakam dimulai, kami menghadapi tantangan dalam menjangkau masyarakat dan membuat masyarakat datang kepada kami, penyedia layanan kesehatan,” menurut drg. Rika Ratna Puspita.

“Selain itu, pengetahuan dan kesadaran tentang stunting di kalangan kader dan masyarakat masih terbatas. Kader tidak mengetahui pentingnya seribu hari pertama dalam hidup seseorang, dan sama sekali tidak tahu cara meningkatkan gizi ibu dan anak di masyarakat.”

Rahasia keberhasilan program baru ini juga terletak pada pendekatan “siklus hidup”, yaitu tetap berhubungan dengan ibu dan anak di berbagai tahap perkembangan.

⁶ Lihat Kotak 5 di akhir cerita ini untuk pedoman langkah demi langkah memulai Program Pesut Mahakam.



Box 3: Meramu ide-ide baru

Program Pesut Mahakam memadukan dua program terpisah – program kesehatan ibu bernama Bidadari Ramah⁷ dan program gizi bernama POZISI “Pondok Gizi Terintegrasi ASI Eksklusif dan Perilaku Hidup Bersih Sehat”.

Program ini bertujuan untuk mengurangi tingginya insiden kematian ibu dan masalah gizi, termasuk prevalensi stunting.

Program Bidadari Ramah memberikan pelayanan antenatal dan postnatal, selain edukasi dan konseling kehamilan.

Program ini menjadwalkan kunjungan rumah ke ibu hamil, termasuk ibu hamil yang sulit dijangkau, atau tidak terdaftar.

Sedangkan Program POZISI memberikan layanan konseling tentang pemberian ASI eksklusif, Inisiasi Menyusu Dini (IMD), Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA), serta pola hidup bersih dan sehat.

Program Pesut Mahakam mengadakan pertemuan setiap tiga bulan di ruang yang memungkinkan anak-anak bermain dengan aman dalam jangkauan ibu mereka, dengan mainan yang disediakan Pondok Gizi, sementara para ibu belajar tentang ASI eksklusif dan MPASI dari ahli gizi Puskesmas. Di ruangan lain, ibu hamil berkumpul untuk belajar beragam topik di antaranya tentang kehamilan, pola makan sehat, kebutuhan gizi tambahan selama kehamilan, dan inisiasi menyusu dini. Saat di satu ruang terdengar suara gelak tawa anak-anak dan ibu-ibu, bagi sebagian besar ibu yang hadir, acara utamanya adalah pelajaran memasak di mana mereka belajar menyiapkan makanan pendamping yang sehat menggunakan bahan pangan yang tersedia di sekitar mereka. Selama demo masak, para kader membagikan resep juara mereka, dan senyum balita menjadi bukti tanpa kata-kata bahwa resep tersebut menghasilkan makanan yang lezat.

⁷ Bidadari Ramah adalah akronim dari “Bidan dari desa mandiri rajin periksa mama hamil”.



Box 4: Tim kesehatan yang merawat kelompok ibu dan anak

Keberhasilan program terletak pada format “klaster” yang inovatif. Bahkan, Program Pesut Mahakam adalah program pertama yang menggunakan pendekatan ini, di mana bidan dan ahli gizi bertugas menangani suatu klaster ibu hamil, ibu, dan anak. Berbeda dengan klaster berdasarkan fungsi administratif, format klaster dalam program ini mempertimbangkan karakteristik lokal wilayah, jangkauan geografis, dan pendukung eksternal potensial seperti perusahaan swasta. Hasilnya, klaster-klaster tersebut dikelompokkan menurut cakupan wilayah (*catchment area*) Posyandu, dan satu klaster terdiri dari empat Posyandu untuk balita. Format klaster ini memungkinkan bidan dan ahli gizi untuk memastikan penjangkauan program di wilayah yang luas serta memungkinkan mereka untuk mengakses keluarga dengan ibu hamil dan anak kecil yang sulit dijangkau dan memberikan konseling individu yang disesuaikan selama 1.000 HPK. Klaster juga mempererat ikatan persaudaraan antara bidan dan ahli gizi dari Posyandu yang berbeda.

Khususnya, pengelompokan berdasarkan klaster digunakan sesuai dengan bagian program. Untuk bagian kesehatan ibu (Program Bidadari Ramah), wilayah pinggiran kota dibagi menjadi delapan klaster, dengan satu bidan atau ahli gizi ditugaskan untuk setiap klaster; satu klaster dapat terdiri dari 150 hingga 300 rumah tangga. Untuk bagian program gizi (POZISI), wilayah pinggiran kota dibagi menjadi 3 klaster, dengan satu bidan atau ahli gizi ditugaskan untuk setiap klaster. Dengan model klaster ini, bidan atau ahli gizi melakukan pengawasan atas klaster mereka sendiri sementara sebelumnya, bidan koordinator melakukan pengawasan atas seluruh wilayah. Sistem klaster juga memberikan keuntungan dalam bentuk pengumpulan data yang sistematis. Selama periode pengumpulan data Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), Puskesmas Bukaan menyelesaikan pendataan dalam waktu tiga bulan yang dinilai sangat singkat, sementara puskesmas lain membutuhkan satu hingga dua tahun. Puskesmas Bukaan menjadi lokasi percontohan aplikasi Indeks Keluarga Sehat⁸, yang memvisualisasikan data PIS-PK untuk Kota Samarinda.

8 Indeks Keluarga Sehat adalah aplikasi berbasis seluler yang membantu petugas enumerator melakukan pendataan Program PIS-PK atau Program Indonesia Sehat melalui Pendekatan Keluarga. Program PIS-PK merupakan intervensi utama Kemenkes yang dikembangkan dengan tiga tujuan utama: (i) meningkatkan akses keluarga ke paket kesehatan komprehensif yang meliputi layanan pencegahan, promosi kesehatan, perawatan pengobatan dasar, dan rehabilitasi; (ii) mendukung pemerintah daerah untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal (SPM) dengan meningkatkan akses ke layanan kesehatan dan pemeriksaan kesehatan; dan (iii) meningkatkan kesadaran masyarakat untuk menjadi anggota JKN. Langkah awal penerapan PIS-PK adalah kunjungan staf Puskesmas ke setiap keluarga untuk mengembangkan database 12 indikator kesehatan semua keluarga di wilayah pengawasannya. Analisis data akan menghasilkan Indeks Keluarga Sehat untuk tingkat desa, kecamatan, kabupaten, provinsi, dan pusat/nasional. Puskesmas akan merencanakan dan melakukan kunjungan rumah sebagai tindak lanjut untuk menangani risiko yang teridentifikasi melalui komunikasi perubahan perilaku dan dengan memfasilitasi perawatan klinis yang tepat, sesuai kebutuhan.

MELACAK, MENDUKUNG, DAN MEMBERIKAN KONSELING

Pertama, program ini melacak ibu hamil, memberikan konseling kelompok, kunjungan rumah, dan makanan tambahan bagi mereka yang mengalami kekurangan energi kronik.

Kedua, setiap kehamilan berisiko tinggi dilacak dengan lebih intensif dan ibu hamil menerima kunjungan rumah dari bidan dan kader.

Ketiga, ibu hamil diberi informasi nama dan nomor kontak bidan yang ditugaskan dan dapat dihubungi jika terjadi keadaan darurat.

Keempat, tumbuh kembang bayi yang lahir dengan berat badan lahir rendah dipantau dengan lebih teratur dan lebih saksama. Promosi dan edukasi tentang tumbuh kembang juga diberikan selama konseling kelompok.

Terakhir, ibu-ibu diundang ke acara kursus memasak dan pendidikan tentang air, sanitasi, dan kebersihan. Pemberian makanan tambahan, menggunakan bahan makanan yang tersedia secara lokal, juga diberikan untuk anak-anak yang kekurangan gizi.

HASIL YANG MENJANJIKAN

Investasi waktu dan usaha yang signifikan telah memberikan hasil yang menjanjikan.

Di awal program pada tahun 2016, terdapat 13 anak yang mengalami kekurangan gizi akut. Setelah tindak lanjut selama hampir satu tahun, 12 anak mencapai berat badan normal.

Ketika fokus pada kekurangan gizi akut mulai beralih ke kekurangan gizi kronis, sebagian karena Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting (StraNas Stunting), program mulai fokus pada pemantauan tinggi badan.

Sebanyak 24 anak usia 1 sampai 5 tahun ditemukan pendek menurut usia mereka (skor-Z tinggi badan-menurut-usia ≤ -2 Standar Deviasi (SD)) pada awal 2018. Hingga Oktober 2018, 14 dari anak-anak tersebut mengalami peningkatan tinggi badan dan telah keluar dari zona berisiko tinggi.

Fokus program pada peningkatan status gizi ibu hamil yang mengalami Kurang Energi Kronik (KEK) juga menunjukkan hasil yang mengesankan.



Pada tahun 2016, terdapat 34 ibu yang mengalami kekurangan energi kronik. Tiga dari anak yang dilahirkan dilaporkan sebagai bayi dengan berat badan lahir rendah oleh bidan yang memantau ibu melalui program ini. Bayi-bayi ini ditindaklanjuti melalui program gizi, dan ketiga bayi tersebut mengalami peningkatan berat badan.

Pada tahun 2017 sebanyak 38 ibu hamil mengalami KEK, tetapi berkat intervensi yang diberikan melalui program ini, tidak ada satupun bayi lahir dilaporkan memiliki berat badan lahir rendah.

Banyak faktor berkontribusi pada keberhasilan program Pesut Mahakam: pemerintahan daerah yang kuat di tingkat Kelurahan dan Kecamatan; Dinas Kesehatan yang mendukung, kepala dan staf Puskesmas yang berkomitmen termasuk ahli gizi, bidan, dan kader yang proaktif serta berdedikasi dalam melakukan mobilisasi masyarakat yang sangat dibutuhkan.



“Terkadang saya menghadapi tantangan dalam mengajak anak-anak kembali mengikuti sesi di POZISI atau Posyandu ketika ibu mereka merasa putus asa saat mengetahui anak-anak mereka kekurangan gizi. Tetapi saya tetap gigih dan melakukan kunjungan rumah, untuk memastikan anak-anak terus mendapatkan perawatan yang mereka butuhkan”, jelas Sukinah, kader di Kelurahan Bukuan yang baru saja ditunjuk sebagai anggota Forum Peduli Kesehatan Anak di Kota Samarinda.



MEMBERDAYAKAN KADER

Komitmen dan motivasi para kader juga ditegaskan kembali oleh dr. Siti Wulandari. Menurut dr. Siti Wulandari, para kaderlah yang pertama kali mendatangi Puskesmas dan bidan untuk meminta izin melakukan kunjungan rumah ketika mereka menemukan anak-anak yang tidak lagi mengikuti program Posyandu.

Sekarang, dengan semakin meningkatnya pemahaman para kader tentang kesehatan dan gizi ibu dan anak setelah pelaksanaan program ini, mereka menjadi lebih percaya diri dalam menjalankan tugasnya selama kegiatan Posyandu.

Pemberdayaan para kader juga telah memberikan dukungan kesehatan yang sangat diperlukan kawasan pinggiran kota – beberapa kader telah menjadi duta bagi upaya pengembangan kesehatan masyarakat setempat, dan sebagian kader lain menjadi katalis di masyarakat dalam pemberian ASI eksklusif dan berlanjut hingga 2 tahun. Kemampuan para kader untuk melakukan penjangkauan efektif sangat bermanfaat bagi Puskesmas, dalam membantu survei PIS-PK.

Program Pesut Mahakam juga memperlihatkan kerja sama pemerintah-swasta yang kuat. Setiap klaster mendapat dukungan dari perusahaan swasta lokal. Sebagai bagian dari program tanggung jawab sosialnya (*Corporate Social Responsibility* - CSR), perusahaan-perusahaan ini menyediakan ruang atau dana awal untuk pembentukan program. Banyak perusahaan terus terlibat aktif dalam program, dengan mengikuti rapat koordinasi yang diadakan secara berkala.

Selain kemitraan sektor pemerintah-swasta yang aktif berkontribusi pada keberlanjutan program di Kelurahan Bukuan, program ini terus membutuhkan pendanaan dan pengawasan pemerintah daerah untuk memastikan keberlanjutan jangka panjang.

Puskesmas, bidan, ahli gizi, dan ahli sanitasi juga terus membutuhkan pengawasan dari Dinas Kesehatan – misalnya dalam hal analisis data sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan di tingkat lokal. Advokasi yang kuat mengenai pentingnya intervensi gizi – baik gizi

spesifik maupun gizi sensitif – sangat penting untuk memastikan alokasi anggaran daerah yang berkelanjutan untuk program-program inovatif seperti Program Pesut Mahakam.

Dengan hasil yang menjanjikan dan intervensi yang disesuaikan dengan kebutuhan lokal, Program Pesut Mahakam dapat dikembangkan lebih lanjut untuk mengatasi masalah kesehatan dan gizi ibu dan anak di Kota Samarinda dan kabupaten sekitarnya.

Untuk melakukan hal ini, dan melakukannya dengan baik, diperlukan *platform* multisektor di tingkat kota yang menangani pencegahan stunting. Di sinilah dukungan StraNas Stunting Pemerintah Indonesia dapat memberikan kontribusi penting (lihat Box 1 untuk informasi lebih lanjut tentang StraNas Stunting).

Meskipun program ini sangat didorong oleh sektor kesehatan, koordinasi lintas sektor dilakukan dengan beberapa Dinas setempat seperti Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak dan Dinas Kependudukan dan Keluarga Berencana. Koordinasi lintas sektor yang lebih luas yang melibatkan pemerintah kota dan sektor lain seperti Pekerjaan Umum misalnya, masih sangat dibutuhkan untuk peningkatan lebih lanjut.

KESIMPULAN

Program ini rencananya akan terus diperkuat dengan cara memperluas jangkauan dan dampaknya. Saat ini, program Pesut Mahakam berharap dapat menjangkau setiap anak selama 1.000 HPK mereka.

Untuk sementara, karena alasan anggaran, program ini membatasi hanya pada pelacakan ibu yang mengalami KEK dan bayi dengan berat badan lahir rendah.

Tetapi masih ada ambisi untuk berbuat lebih banyak lagi untuk menurunkan angka stunting.

Lebih banyak dukungan dari pemerintah kota, provinsi, dan koordinasi yang lebih baik antara pemerintah daerah dan tim kesehatan yang membantu kelompok ibu dan anak dapat mengubah ambisi itu dari visi menjadi kenyataan.

Seperti halnya ikan pesut yang menjadi sumber inspirasi dari nama programnya, Pesut Mahakam berenang lebih mudah mengikuti arus daripada melawan arus.



Box 5: Langkah-langkah untuk memulai Program Pesut Mahakam

- 1) Membangun kemauan politik setempat atau masyarakat
 - a) Mengidentifikasi pihak yang diunggulkan untuk melakukan advokasi gizi dan mengembangkan visi
 - b) Menetapkan tujuan dan sasaran program
 - c) Menyalurkan sumber daya dan membangun komitmen untuk program
 - d) Mengadakan musyawarah desa atau masyarakat untuk:
 - i) Melakukan advokasi tujuan dan sasaran program dan menegaskan visi
 - ii) Menciptakan kesadaran tentang masalah kesehatan dan risiko kesehatan
 - iii) Musyawarah desa atau masyarakat harus melibatkan Kepala Desa/Lurah, aparat Pemerintah Desa/Kelurahan dan sektor lain (misalnya Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Kependudukan dan Keluarga Berencana)
 - e) Menetapkan komitmen lokal, mengidentifikasi peran masing-masing pemangku kepentingan dengan jelas
 - f) Melakukan tindak lanjut musyawarah awal dengan perencanaan program tertentu (bagaimana, mengapa, apa, kapan, di mana, siapa)
- 2) Menghubungi pembuat kebijakan yang lebih tinggi di wilayah tersebut: Camat
 - a) Menginformasikan hasil musyawarah desa atau masyarakat
 - b) Mengajukan permohonan dukungan (misalnya keuangan, hukum, administrasi)
- 3) Menghubungi perusahaan lokal atau perusahaan swasta di daerah tersebut
 - a) Menjelaskan maksud dan tujuan program dan bidang bantuan
 - b) Mendorong keterlibatan perusahaan lokal atau swasta dalam program
 - c) Mempertimbangkan peran kemitraan pemerintah-swasta dan kontribusi perusahaan lokal/perusahaan swasta pada program ini
- 4) Mengembangkan dan memperkuat pengetahuan dan keterampilan kader
 - a) Mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan kader
 - b) Memberikan peningkatan kapasitas bagi kader, khususnya pengetahuan dan keterampilan yang terkait dengan program
- 5) Melaksanakan program
 - a) Mengidentifikasi penerima manfaat untuk bagian kesehatan ibu dan gizi
 - b) Mengidentifikasi klaster
 - c) Menugaskan bidan, ahli gizi, dan kader untuk setiap klaster
 - d) Melacak penerima manfaat, melakukan kunjungan rumah, dan konseling antarpribadi yang disesuaikan, memantau kemajuan setiap bulan
 - e) Mengadakan acara Posyandu Balita sebulan sekali dan Pondok Gizi dan pertemuan klaster bidan setiap tiga bulan sekali (termasuk sesi demo/peragaan memasak, dan sesi konseling)
 - f) Melakukan pertemuan bidan sebulan sekali (memberikan penyuluhan, informasi tentang inisiasi menyusui dini, dan lain-lain)
- 6) Monitoring dan evaluasi program
 - a) Memonitor pelaksanaan program
 - b) Memeriksa kelangsungan program dan kegiatan
 - c) Mengadakan pertemuan kader setiap enam bulan sebagai mekanisme umpan balik
 - d) Meningkatkan program
 - e) Membuat laporan bulanan
- 7) Berbagi kemajuan program
 - a) Berbagi kemajuan program ke semua sektor yang berkontribusi, termasuk Camat dan Lurah, perusahaan swasta
 - b) Berbagi hasil program. Mendorong dukungan berkelanjutan semua sektor yang berkontribusi pada keberlanjutan program dan pengembangan kesehatan masyarakat

SURABAYA: MENGUBAH HATI, PIKIRAN, DAN PERILAKU MAKAN MELALUI PERMAINAN DAN LAGU



Ide hebat membutuhkan *champion* yang hebat.

Di kota pelabuhan Surabaya yang ramai di Pulau Jawa, Ketua Gerakan Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga setempat, Siti Nuriyah Zam-Zam Sigit Sugiharsono, 60, menemukan suatu ide yang sangat bagus sehingga ia berkeinginan untuk membagikannya kepada semua orang.

Ide tersebut, yang berakar pada psikologi evolusioner dan lingkungan, adalah untuk menginspirasi ibu hamil dan ibu lainnya melalui permainan dan lagu di Posyandu di Kota Surabaya agar mereka mengonsumsi makanan sehat, menyusui, dan

memberi anak-anak mereka makanan dengan gizi seimbang. Idennya sederhana: untuk membuat ibu merasa senang mengubah perilaku mereka untuk meningkatkan kesehatan mereka dan anak-anak mereka.

Ide ini didasarkan pada konsep yang pertama kali diperkenalkan salah satu sekolah kesehatan masyarakat paling terkenal di dunia, The London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM).

Pendekatan ini, yang dikenal sebagai Desain yang Berpusat pada Perilaku atau *Behavior-Centered Design* (BCD), menggabungkan psikologi evolusioner dan lingkungan dan praktik pemasaran terbaik untuk merancang dan menguji kegiatan imajinatif dan provokatif untuk mendorong perubahan perilaku.

Ide ini dipromosikan di Jawa sebagai bagian dari program Baduta, yang dilaksanakan The Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN), suatu yayasan yang berkantor pusat di Swiss, Siti Nuriyah Zam-Zam Sigit Sugiharsono melihat potensi kegiatan ini.

Rahasia keberhasilan pendekatan ini adalah membuat kegiatan relevan, mudah dipahami, menyenangkan, dan positif.

Petugas kesehatan dan kader melakukan permainan, yang dirancang khusus untuk mendorong perubahan perilaku, dengan para ibu, termasuk ibu hamil di Posyandu.

Selain setiap permainan tersebut bersifat edukasi, yang menjadi tujuan utama dari permainan, yang dikenal sebagai “demonstrasi emosional atau emo-demo”, adalah untuk menciptakan kebiasaan yang sehat. Sasarannya adalah memicu peserta untuk mengingat atau mengasosiasikan emosi atau minat tertentu dengan perilaku yang diinginkan atau yang tidak diinginkan.

Potensi emo-demo sangat besar sebagai bagian Program Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) inovatif diluncurkan sebagai bagian program GAIN Baduta.

Program ini menjangkau sekitar 50.000 orang setiap bulan dan mengubah kesehatan dan kesejahteraan keluarga di seluruh kota.

Program Baduta bertujuan untuk meningkatkan pertumbuhan anak dengan memperbaiki gizi ibu hamil dan anak di bawah usia dua tahun. Program ini juga bertujuan untuk mengurangi prevalensi penyakit menular. Program telah digulirkan di lima kabupaten/kota di Jawa Timur: Bondowoso, Jember, Probolinggo, Trenggalek, dan Surabaya (Keats et al., 2019). “Emo-demo” adalah inti dari program tersebut.

Dijalankan di sekurang-kurangnya 1.600 Posyandu, emo-demo telah terbukti sukses sejak diluncurkan di kota Surabaya pada tahun 2018.

Satu-satunya masalah, pada awalnya, adalah emo-demo hanya mencakup setengah wilayah Kota Surabaya.

Kondisi ini membuat Siti Nuriyah Zam-Zam Sigit Sugiharsono menghadapi kesulitan.⁹

Setelah mempelajari emo-demo untuk pertama kalinya ketika GAIN memperkenalkan program ini di Kota Surabaya pada Juni 2018, ia menerima pelatihan dan kemudian melatih orang-orang lain.

Ia pun segera memperjuangkan misinya, karena terpacu untuk bisa melihat semua ibu di kota memiliki akses ke emo-demo.



“Saya ini seperti ibu dari anak-anak di 31 kecamatan di Surabaya. Tujuh belas di antaranya sudah menerima emo-demo, sementara yang lain belum. Program ini bagus, jadi saya merasa sedih bila mereka belum menerima emo-demo”, katanya.

Ia kemudian bertekad untuk melakukan sesuatu.

Oleh karena itu, ia mengusulkan kepada Dinas Kesehatan Kota agar menggunakan APBD kota untuk melatih kader kesehatan dari daerah non intervensi. Sebagai daerah non-intervensi, 14 kecamatan pada awalnya tidak memenuhi syarat untuk perangkat emo-demo.

BANTUAN DALAM BENTUK BAHAN YANG DITULIS TANGAN

Siti Nuriyah Zam-Zam Sigit Sugiharsono tidak membiarkan kondisi tersebut menghentikannya.

Ia meyakinkan para kader untuk membuat perangkat emo-demo menggunakan sumber daya mereka sendiri. Ia mendorong mereka untuk membuat alat dengan tangan, tanpa menggunakan printer. Antusiasmenya menular, sehingga para kader termotivasi untuk menjalankan program di daerah mereka.

Semua kecamatan yang berjumlah 31 sekarang menawarkan program emo-demo, tetapi 14 di antaranya menggunakan bahan buatan mereka sendiri dan didukung anggaran dinas kesehatan kota.

⁹ Cerita Siti Nuriyah Zam-Zam Sigit Sugiharsono pertama kali ditampilkan di seri cerita tentang perubahan paling signifikan yang diterbitkan GAIN.

Berkat usahanya yang tak kenal lelah, Posyandu Kenanga II di Kecamatan Simokerto menjadi salah satu Posyandu di daerah non-intervensi yang akhirnya berhasil menyelenggarakan emo-demo. Menurut para kader, kegiatan di Posyandu menjadi lebih hidup dengan diperkenalkannya emo-demo, karena semakin banyak ibu yang ingin menghadiri acara bulanan tersebut.

MENGUBAH HATI DAN PIKIRAN

Mengubah hati dan pikiran memang tidak mudah, karena mengharuskan seseorang untuk mengubah kebiasaannya padahal kebiasaan lama sulit dihilangkan.

Riset pada tahun 2013 menunjukkan bahwa status sosial dan reputasi adalah pendorong kuat pengasuhan anak di antara populasi target. Pengetahuan ini memengaruhi strategi perubahan perilaku dalam program ini dan tercermin pada pesan-pesan yang menargetkan para ibu di TV dan media sosial. Hal ini kemudian diperkuat dengan permainan dan lagu pada saat emo-demo di Posyandu.

Rumpi Sehat sebagai identitas brand dari strategi ini menjadikan empat perilaku sasaran utama sebagai fokusnya.

Pertama, memperbaiki perilaku makan ibu hamil agar meningkatkan asupan protein hewani sehari-hari mereka, seperti hati ayam, telur, atau ikan (ATIKA).

Kedua, mendorong pemberian ASI eksklusif hingga 6 bulan dan mengurangi pemberian susu formula.

Ketiga, meningkatkan keragaman jenis MPASI buatan sendiri untuk bayi usia 6-23 bulan.

Keempat, mengurangi jajanan tidak sehat yang diberikan kepada anak melalui promosi jajanan sehat alternatif.

Pesan sederhana dikembangkan (Gambar 2) dan disebarluaskan melalui media sosial, SMS, komunikasi antarpribadi, dan empat iklan TV nasional.

Gambar 2: Pesan perubahan perilaku baduta




Sumber: Keats et al., 2019

Pesan-pesan perubahan perilaku tersebut semakin diperkuat di masyarakat melalui kegiatan emo-demo yang dilakukan di Posyandu.

Memasukkan emo-demo ke dalam waktu tunggu ibu-ibu di Posyandu terbukti menjadi strategi yang sangat efektif, dan memaksimalkan pemaparan pesan-pesan kunci kepada khalayak sasaran. Emo-demo juga menumbuhkan minat lebih banyak orang untuk datang ke Posyandu karena ada kegiatan yang menyenangkan, lagu dan frase yang menarik, sehingga semakin meningkatkan jangkauan program.

Gambar 3 menunjukkan contoh lembar petunjuk untuk melakukan emo-demo.

 *"Meskipun pendidikan kesehatan tradisional bersifat informatif, sifatnya pasif sehingga peserta cenderung mengabaikannya dengan cepat. Sebaliknya, emo-demo sangat partisipatif. Emo-demo melibatkan hal-hal yang menarik perhatian dan tentu saja stimulasi emosi atau perasaan. Karakteristik ini membuat emo-demo sangat berkesan dan pesan yang disampaikan lebih nyata sehingga peserta cenderung mengingat dan mencoba perilaku-perilaku baru,"* kata Ravi Menon, Country Director GAIN Indonesia sebelumnya.

MENJANGKAU LEBIH BANYAK IBU DI SELURUH KOTA

GAIN berhasil mencapai target cakupan emo-demo dalam waktu satu tahun saja, meskipun pada awalnya ditetapkan target dua tahun untuk menyampaikan emo-demo di seluruh Posyandu di setengah wilayah Surabaya.

Ini berarti emo-demo sudah diselenggarakan di 1.616 Posyandu yang mencakup 86 desa dan 17 kecamatan, dan pesan-pesan perubahan perilaku utama disampaikan kepada 50.000 ibu atau pengasuh anak di Posyandu setiap bulan selama tahun pertama pelaksanaan program.

Sebanyak 3.375 set alat peraga emo-demo didistribusikan ke Posyandu di 33 Puskesmas dan 558 pelatih emo-demo, yang terdiri dari petugas kesehatan, perwakilan pemerintah, dan akademisi diberi pelatihan untuk membekali kader desa dengan keterampilan penyampaian emo-demo (Pamungkas, 2019).

Menyadari pentingnya pesan-pesan yang dibawa oleh emo-demo kepada mereka yang menjadi sasaran program, Pemerintah Kota Surabaya, termasuk Dinas Kesehatan Kabupaten Surabaya, mengalokasikan sumber daya untuk menyelenggarakan emo-demo di daerah non-intervensi.

Gambar 3: Contoh alat peraga emo-demo



Sumber: Keats et al., 2019

Para kader melengkapi dukungan pemerintah kota dengan menyediakan alat emo-demo buatan mereka sendiri dan bersama-sama, pemerintah daerah dan tokoh masyarakat bekerja bahu-membahu untuk memastikan tidak ada Posyandu – dan masyarakat – yang tidak mendapatkan manfaat dari emo-demo.

Sejak Mei 2018, emo-demo telah diperluas implementasinya di hampir 4.500 Posyandu di lima kabupaten intervensi yakni Bondowoso, Jember, Probolinggo, Trenggalek, dan Surabaya. Hingga akhir Oktober 2018, GAIN telah memberikan pelatihan kepada 163 pelatih emo-demo PMBA di tingkat kabupaten, memfasilitasi pelatihan untuk 1.594 pelatih tingkat desa dan 9.065 kader Posyandu. GAIN juga berhasil mendistribusikan bantuan emo-demo berupa tiga modul emo-demo PMBA ke seluruh Posyandu di wilayah intervensi.

Perluasan implementasi (*scale-up*) program ini merupakan tantangan tersendiri mengingat biaya pelatihan yang tinggi.

Dibutuhkan sekitar Rp 50 juta (sekitar USD 3.500) untuk memberikan pelatihan bagi 50 orang per modul dan per Puskesmas. Selain itu, pelatihan penyegaran juga diperlukan.

Mengingat popularitas program ini, GAIN sering menerima permintaan pelatihan dari kabupaten non-intervensi lain. Karena biaya pelatihan terbukti menjadi penghalang untuk upaya perluasan lebih lanjut, GAIN secara aktif mendorong pemerintah daerah untuk mengadopsi dan melakukan perluasan program di kabupaten mereka sendiri.

Sementara itu, GAIN menggunakan video tutorial *online* - yang pada awalnya disiapkan sebagai pelengkap pelatihan - untuk melakukan pelatihan penyegaran. Menurut GAIN, uji acak terkontrol (*randomized controlled trials*) telah menunjukkan bahwa pemutaran video sebanyak tiga kali membantu peserta untuk mengingat bahan seperti ketika peserta hadir pada pelatihan tatap muka.

Saat ini, semua modul emo-demo PMBA sebanyak 12 telah disesuaikan dengan pedoman Posyandu Jawa Timur dan bahan ajar gizi dan promosi

kesehatan untuk 15 universitas dan perguruan tinggi di Indonesia. Pada tahun 2017, GAIN memfasilitasi proses ini melalui serangkaian lokakarya dan bantuan teknis. Pada tahun 2019, GAIN mengadakan kompetisi pengembangan konten modul baru dan sebanyak 12 modul dipilih dari peserta yang berasal dari institusi akademik dan Puskesmas.

Program-program inovatif, efektif dan terukur seperti emo-demo dapat sangat mendukung Pilar 2 StraNas Stunting Pemerintah Indonesia, yang berfokus pada Komunikasi Perubahan Perilaku (KPP).

PERUBAHAN PADA KESEHATAN IBU DAN ANAK

Evaluasi Program Baduta menunjukkan bahwa program ini, yang di dalamnya terdapat emo-demo, telah membuahkan hasil.

Terjadi peningkatan signifikan pada tingkat pemberian ASI eksklusif dan pengurangan pemberian makanan prelakteal.

Terjadi peningkatan substansial pada proporsi anak-anak usia 6 hingga 23 bulan yang mengonsumsi makanan kaya zat besi.

Terjadi peningkatan nyata pada anak-anak usia 6 sampai 23 bulan yang mengonsumsi kelompok makanan dalam jumlah yang cukup.

Semakin banyak ibu yang memiliki pengetahuan yang lebih baik tentang manfaat ASI eksklusif (Keats et al., 2019).

Hasil tersebut membuktikan kesuksesan program ini.

Hasil lain terlihat pada semangat, canda tawa, dan keakraban ibu-ibu yang bertepuk tangan dan bernyanyi selama emo-demo.

Emo-demo tidak hanya mengubah hati dan pikiran. Emo-demo juga membantu mengubah kesehatan ibu dan anak-anak mereka untuk selamanya.

Hal ini tak lepas dari salah satu tokoh penggerak mereka: Siti Nuriyah Zam-Zam Sigit Sugiharsono.



NGANJUK: MEMBERDAYAKAN MASYARAKAT DESA UNTUK MENINGKATKAN KESEHATAN DAN KESEJAHTERAAN



Berada di antara gunung berapi, hutan lebat, dan sawah, desa-desa di Jawa Timur mungkin terasa terpencil. Banyak dari desa-desa ini dapat dicapai dengan berkendara selama satu hari penuh dari ibu kota Jakarta. Di antaranya, ada suatu desa yang walaupun seperti kebanyakan desa lainnya, tetapi ada perbedaan yang mencolok dari desa ini. Desa ini menjadi desa model pemberdayaan masyarakat dalam upaya Indonesia untuk mengurangi angka stunting pada anak.

Desa Jati Kalen, di Kabupaten Nganjuk, sangat dikenal ketika berbicara tentang pemberdayaan masyarakat dalam upaya Indonesia meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Pemberdayaan masyarakat ini awalnya dicetuskan bidan desa bernama Sri Murti.

Pada tahun 2006, kehadiran dan partisipasi ibu hamil dan para ibu lainnya pada kegiatan di Posyandu setempat masih sangat sporadis.

Tingkat partisipasi aktif masyarakat sangat rendah. Kebanyakan ibu pergi ke Posyandu hanya agar anak-anak mereka ditimbang atau untuk diimunisasi.

Ada pemahaman yang diyakni masyarakat bahwa Posyandu adalah milik kader dan bidan, bukan milik warga sendiri.

Para relawan melakukan segala hal yang mereka bisa untuk mendorong para ibu dan pengasuh untuk membawa anak-anak mereka ke Posyandu. Mereka melakukan kunjungan rumah bagi anak-anak yang melewatkan sesi Posyandu untuk ditimbang dan diukur.

Tingkat kehadiran¹⁰ meningkat tetapi partisipasi mereka pada sesi-sesi Posyandu sebagian besar masih bersifat pasif.

Para ibu pulang ke rumah setelah anak-anak ditimbang dan tidak mengikuti sesi konseling.

Kunjungan juga menurun drastis setelah bulan Agustus ketika sebagian besar acara seperti pemberian vitamin A dan perayaan hari besar nasional selesai diadakan.

10 Persentase anak yang ditimbang (dari semua anak di cakupan lingkup wilayah) rata-rata sebanyak 88%, dibandingkan dengan 71% pada tahun sebelumnya.



Pada tahun 2010, bidan Sri Murti, bersama relawan kesehatan masyarakat di desa, memutuskan bahwa mereka harus melakukan sesuatu.

Sudah saatnya masyarakat memberikan suara, menyuarakan pendapat, dan memiliki peran dalam menjalankan kegiatan untuk mempromosikan kesehatan ibu dan anak. Sejak saat itu, desa terus melangkah ke depan.

Selama tiga tahun berikutnya, mereka bekerja dengan para perempuan dan ibu di desa untuk mulai merencanakan kegiatan Posyandu untuk tahun depan. Pertama, mereka berbicara dengan para ibu setempat untuk mengetahui kegiatan dan topik yang menarik minat mereka.

Kemudian, mereka mendorong perempuan dan para ibu setempat untuk berpartisipasi lebih aktif dalam diskusi, membuat komitmen dan memecahkan masalah sebagai sebuah komunitas. Diskusi juga memberikan kesempatan bagi petugas kesehatan dan relawan untuk mengingatkan mereka mengenai pentingnya kehadiran rutin pada sesi-sesi posyandu bagi kesehatan anak-anak mereka.

Hasilnya, ketika konsep Taman Posyandu diperkenalkan di Kabupaten Nganjuk pada 2012, Posyandu di

Desa Jati Kalen sudah siap menghadapi tantangan tersebut secara langsung.

Idenya sederhana: memberdayakan masyarakat setempat untuk membuat acara dan kegiatan dengan cara yang memenuhi kebutuhan mereka. Yang menjadi kuncinya adalah memastikan acara tersebut menyenangkan dan bermanfaat.

Penekanannya adalah pada aktivitas dan antar kegiatan.

Anak-anak yang telah menyelesaikan imunisasi dasar diberi sertifikat dan akan mengikuti semacam upacara 'wisuda' pada acara Taman Posyandu.

Ibu-ibu yang terlambat datang diminta untuk menari di depan umum. 'Hukuman' ringan ini menjadi hiburan bagi masyarakat, sehingga meningkatkan angka kehadiran Taman Posyandu.

Konsep ini semakin kuat ketika perempuan dan para ibu setempat mengambil peran membantu kader dalam mendokumentasikan dan mempersiapkan makanan pendamping dari bahan lokal.

KONVERGENSI LAYANAN SOSIAL DASAR

Taman Posyandu Nganjuk mulai diadopsi pada tahun 2012 setelah pemerintah pusat dan provinsi mendorong untuk menyediakan layanan sosial dasar bagi semua orang.¹¹

Taman Posyandu menyelenggarakan tiga layanan sosial dasar: kesehatan dan gizi, perkembangan anak usia dini dan kelas pengasuhan anak (*parenting classes*). Box 6 menjelaskan kriteria pendirian Taman Posyandu.

Layanan kesehatan dan gizi diselenggarakan melalui fungsi Posyandu. Layanan pengembangan anak usia dini diberikan melalui program Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) dan kelas pengasuhan diselenggarakan melalui program Bina Keluarga Balita (BKB).

Setiap satu bulan sekali, semua layanan diberikan selama tiga hingga empat jam di pagi hari.¹² Sesi Taman Posyandu di Kabupaten Nganjuk umumnya dimulai dengan pendaftaran, latihan kelompok, dan dilanjutkan dengan sesi emo-demo (lihat “Surabaya: Mengubah hati, pikiran, dan perilaku makan melalui permainan dan lagu” untuk informasi lebih lanjut). Setelah itu, para ibu mengikuti kelas pengasuhan yang dibawakan oleh kader BKB sedangkan balita mengikuti sesi dengan kader PAUD pada kegiatan pendidikan dan pengembangan anak usia dini. Terakhir, anak-anak dan perempuan mendapatkan pelayanan kesehatan dengan sistem Lima Meja di Posyandu.¹³

Ketiga layanan ini diberikan pada lokasi yang sama, biasanya di tempat Posyandu digelar. Namun, Taman Posyandu juga dapat diselenggarakan di balai desa, balai kelurahan, dan rumah warga.

Dengan menyatukan layanan di satu lokasi, program ini sangat meningkatkan aksesibilitas dan daya tarik terhadap ketiga layanan tersebut bagi kalangan ibu dan anak di masyarakat.



Box 6: Kriteria Taman Posyandu

Taman Posyandu harus terlebih dahulu memenuhi kriteria sebagai Posyandu Purnama atau Posyandu Mandiri. Posyandu juga harus menawarkan satu atau lebih layanan tambahan, selain sistem Lima Meja biasa.

Taman Posyandu juga harus menawarkan layanan pendidikan dan pengembangan anak usia dini, yang juga dikenal sebagai Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD). PAUD bertujuan untuk memberikan stimulasi dini bagi anak-anak antara usia nol hingga enam tahun untuk mendorong perkembangan kognitif, fisik, dan spiritual.

Persyaratan ketiga untuk Taman Posyandu adalah kelas pengasuhan anak atau dikenal sebagai Program Bina Keluarga Balita (BKB). Kelas ini bertujuan untuk meningkatkan keterampilan, pengetahuan, dan kesadaran orang tua dan pengasuh anak dalam mengembangkan pertumbuhan kognitif, sosial emosional, fisik dan motorik anak melalui interaksi orang tua-anak. Kelas biasanya diselenggarakan oleh kader BKB dan orang tua atau pengasuh anak dikelompokkan menurut usia anak mereka.

11 Secara nasional, integrasi layanan sosial di Posyandu dimulai pada tahun 2011 ketika Kementerian Dalam Negeri mengeluarkan peraturan yang mendukung integrasi layanan sosial dasar di Posyandu (Permendagri No. 19 Tahun 2011 Tentang Pedoman Pengintegrasian Layanan Sosial Dasar di Posyandu). Layanan tersebut meliputi layanan kesehatan dan gizi, layanan pendidikan dan perkembangan anak, upaya peningkatan ekonomi keluarga, ketahanan pangan, dan layanan sosial. Pada tahun yang sama, Pemerintah Provinsi Jawa Timur mengeluarkan peraturan tentang Pengembangan Anak Usia Dini Holistik Integratif Provinsi Jawa Timur (Peraturan Gubernur Jawa Timur No. 63 Tahun 2011 tentang Pengembangan Anak Usia Dini Holistik Integratif Provinsi Jawa Timur). Bersama dengan dukungan dan kemitraan Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga (PKK) di Jawa Timur, Pemerintah Provinsi mengembangkan dan merencanakan Program Taman Posyandu untuk Provinsi Jawa Timur.

12 Hanya acara PAUD yang diadakan beberapa kali sepanjang minggu.

13 Sistem lima meja mengacu pada pengaturan di Posyandu, di mana meja mewakili kegiatan utama yang dilakukan selama acara di Posyandu, misalnya, Meja 1 untuk pendaftaran; Meja 2 untuk pemantauan pertumbuhan; Meja 3 untuk pencatatan; Meja 4 untuk penyuluhan; dan Meja 5 untuk pelayanan kesehatan.



HASIL PEMBERDAYAAN

Program Taman Posyandu Nganjuk berhasil meningkatkan partisipasi dan, yang lebih penting, meningkatkan pemahaman masyarakat tentang informasi yang disampaikan kader. Rata-rata, 93% anak (dari semua anak di daerah pengawasan Puskesmas terkait) ditimbang setiap bulan pada tahun 2019, dibandingkan dengan hanya 71% pada tahun 2006.



"Ibu-ibu saat ini mengisi Buku KIA dan KMS (Kartu Menuju Sehat) bersama kader. Mereka mendiskusikan hasilnya saat itu juga. Mereka dengan cepat menunjukkan kesalahan data yang dimasukkan oleh kader," jelas Bidan Sri Murti.

Inovasi, komitmen, dan praktik yang baik di Taman Posyandu Melati di Desa Jati Kalen kemudian dikenal para petugas di Dinkes Kabupaten Nganjuk. Dalam kunjungannya ke Taman Posyandu Melati, para petugas ini terkesan dengan tanggapan di Taman Posyandu.



"Anak-anak dan ibu-ibu duduk dengan tenang dan sabar di ruang sempit. Tak satu pun dari mereka terburu-buru untuk pulang, justru sebaliknya, mereka berpartisipasi aktif dan terlibat penuh. Ada rasa memiliki, ada rasa bahwa Taman

Posyandu ini milik komunitas saya dan milik saya," kata Yudhie Suryanto, Kepala Seksi Promosi Kesehatan Dinkes Kabupaten Nganjuk. Para petugas di Dinkes Kabupaten dengan cepat menyadari bahwa hal tersebut adalah sebuah kunci kemenangan.

MEREPLIKASI KUNCI KEMENANGAN

Berharap dapat menabur dan menyebarkan benih pemberdayaan masyarakat di seluruh kabupaten dengan model Jati Kalen, para petugas kabupaten mengadakan sesi magang dari kecamatan dan desa lain ke Desa Jati Kalen.

Awalnya, hanya kader desa lain yang ditugaskan untuk magang. Namun, kemudian Dinkes Kabupaten menyadari bahwa tim lintas sektor yang lebih besar diperlukan untuk penyerapan dan implementasi model yang efektif di kecamatan dan desa lain. Maka, mereka mengirimkan tim yang terdiri dari anggota PKK desa dan kecamatan, tenaga promosi kesehatan Puskesmas, bidan desa, bidan koordinator, dan kader (kelimanya) ke Desa Jati Kalen untuk magang.

Di sana, tim belajar tentang koordinasi lintas sektor, pengambilan keputusan bersama bagi warga desa, dan pemberdayaan masyarakat.

Yang terpenting, mereka mengamati secara langsung bagaimana tindakan sederhana melibatkan masyarakat dalam perencanaan dan pengambilan keputusan dapat membuat perbedaan besar dalam partisipasi dan keterlibatan ibu dan anak di Taman Posyandu.

Dinkes Kabupaten pada awalnya mendukung sesi magang dengan menyediakan transportasi dan tunjangan makan untuk tim yang ditugaskan menggunakan dana dari APBD. Namun saat ini, Dinkes Kabupaten menemukan bahwa beberapa kepala desa telah berinisiatif untuk mulai mengusulkan kegiatan magang, dan juga mendanai sesi magang menggunakan dana desa. Dana desa saat ini sudah semakin umum untuk digunakan dalam program pencegahan stunting, berkat StraNas Stunting Pemerintah Indonesia.

Dalam kunjungan belajar, tim magang juga ditantang oleh para kader di Desa Jati Kalen, jelas Bidan Sri Murti.



"Kader saya pernah bertanya kepada kader lain, kalau kami saja bisa, kenapa Anda tidak bisa?" kata Bidan Sri Murti.

Hal ini menciptakan persaingan sehat di antara para kader, karena masing-masing berusaha untuk melakukan yang terbaik. Hal ini juga menghasilkan inovasi lokal di setiap Taman Posyandu (lihat Box 7 "Ketika desa berinovasi"), yang mendorong partisipasi lebih banyak masyarakat.

Pada tahun 2012, 145 Taman Posyandu pertama didirikan di Nganjuk.

Pada tahun 2018, angka tersebut meningkat hampir dua kali lipat menjadi 287 Taman Posyandu, di mana 175 atau sekitar 61% Taman Posyandu memiliki kinerja optimal.¹⁵

Pada tahun 2019, paling sedikit satu Taman Posyandu telah didirikan di setiap desa.

Box 7: Ketika desa berinovasi

Di Taman Posyandu Flamboyan, Desa Gondang, inovasi CERIA SEHAT (Cerdaskan Ibu Anak Sehat) menonjol dengan fokusnya pada praktik pemberian MPASI yang tepat. Melalui inovasi tersebut, ibu dan ibu hamil diundang untuk membawa bekal makan siang untuk anak-anak mereka dan mereka sendiri untuk acara makan bersama setelah kegiatan Taman Posyandu berlangsung. Hal ini menciptakan peluang bagi ahli gizi, bidan, dan kader untuk menilai kelayakan makanan mereka. Lebih penting lagi, kegiatan ini memberikan *platform* untuk belajar dan mempraktikkan Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) yang baik. Sebagai hadiah, akan dipilih makan siang yang terbaik dan ditampilkan¹⁴ kepada lainnya dan ibu atau ibu hamil yang menang akan menerima hadiah kecil, sehingga mendorong ibu dan ibu hamil untuk melakukan yang terbaik untuk acara CERIA SEHAT berikutnya.

Inovasi lain yang menonjol adalah donasi telur di Taman Posyandu Bugenville, Kelurahan Kapas. Di lokasi ini, ibu-ibu dianjurkan untuk menyumbangkan telur mentah untuk acara tersebut. Telur hasil donasi tersebut kemudian dibagikan kepada peserta Taman Posyandu melalui pengundian secara acak. Di satu acara, sebanyak lima ibu bisa mendapatkan hingga 20 butir telur yang kemudian dapat digunakan untuk memasak untuk keluarganya. Camat Tri Basuki Widodo menilai aksi donasi telur merupakan cara praktis bagi mereka untuk berkontribusi dalam memerangi stunting. "Murah, ekonomis, mudah didapat, dan bergizi, –inilah cara kami meningkatkan gizi balita di desa," tambah dr. I. Made Dharmayukti, Kepala Puskesmas Sukomoro. Dan ini sudah dilakukan bahkan sebelum penelitian internasional mengkonfirmasi nilai 'sebutir telur sehari' (Lutter et al., 2018).

14 Bekal makan siang terbaik memiliki keragaman bahan makanan yang memadai dan meliputi daging yang kaya zat besi dan produk susu, karbohidrat, kacang-kacangan dan biji-bijian, buah serta sayur.

15 Taman Posyandu dinilai berdasarkan empat indikator: kondisi dan keragaman fasilitas; kinerja kader, pelatihan dan kehadiran; frekuensi pelayanan; dan keteraturan pembangunan (termasuk pembangunan lintas sektor). Indikator untuk tiga komponen Taman Posyandu (Posyandu, PAUD, dan BKB) dinilai berdasarkan kriteria, yaitu kurang atau satu centang (✓), baik atau dua centang (✓✓) atau sangat baik atau tiga centang (✓✓✓). Taman Posyandu dikatakan optimal apabila memperoleh minimal delapan tanda centang (✓) dan tidak memperoleh nilai kurang atau satu centang (✓).

KOMITMEN DAN KOORDINASI ADALAH HAL YANG SANGAT PENTING

Komitmen, koordinasi erat, dan struktur tata kelola yang baik adalah hal yang sangat penting untuk keberhasilan penerapan Program Taman Posyandu di seluruh kabupaten Nganjuk, mengingat banyak pemangku kepentingan yang terlibat (Box 8).

Di tingkat kabupaten, Dinas Kesehatan Kabupaten, Dinas Pendidikan Kabupaten, dan Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak, dan Kependudukan Kabupaten memberikan supervisi, pelatihan, dan pengawasan terhadap pelayanan yang diberikan. Pemangku kepentingan lain termasuk Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Daerah (BKKBD), Dinas Pemberdayaan Masyarakat Desa Kabupaten, Dinas Sosial Kabupaten, dan Biro Kesejahteraan Sosial juga terlibat dalam pengembangan Taman Posyandu di Kabupaten Nganjuk.

Kepemimpinan yang kuat dari pimpinan di tingkat provinsi dan kabupaten memungkinkan koordinasi erat dan konvergensi seluruh pemangku kepentingan yang beragam tersebut.

Program Taman Posyandu di Kabupaten Nganjuk telah menemukan berbagai sumber pendanaan inovatif untuk operasional dan kegiatannya. Sumber ini termasuk pendanaan dari pemerintah daerah melalui APBD dan pendanaan dari pemerintah provinsi.

Namun, pada beberapa tahun terakhir, berkat gerakan pemberdayaan masyarakat luar biasa yang membangkitkan dukungan penting para pemimpin dan masyarakat setempat, Taman Posyandu menerima dana lebih banyak dari alokasi dana desa, program tanggung jawab sosial perusahaan (*Corporate Social Responsibility* - CSR), dan yang paling penting, sumbangan warga desa sendiri.

Beberapa kegiatan Taman Posyandu, seperti bank daur ulang, di mana barang-barang daur ulang dikumpulkan dan dijual, juga menghasilkan dana untuk Taman Posyandu. Kontribusi penduduk desa digunakan untuk membeli hadiah kecil dan pernak-pernik untuk anak-anak dan ibu-ibu untuk mendorong dan meningkatkan partisipasi masyarakat.



Box 8: Tata kelola dan manajemen Taman Posyandu di Kabupaten Nganjuk

Sekretariat dibentuk di kabupaten, kecamatan, dan desa untuk membantu pengelolaan dan operasional Taman Posyandu. Dibiayai dengan dana desa atau kelurahan dan didukung oleh peraturan daerah, setiap sekretariat dipimpin oleh ketua PKK masing-masing.

Secara rutin, PKK di desa, bersama bidan desa, memimpin evaluasi untuk membahas masalah dan tantangan, dan berbagi pelajaran setelah setiap sesi Taman Posyandu.

Selain itu, beberapa rapat koordinasi utama diadakan sepanjang tahun untuk mengoptimalkan operasional Taman Posyandu. Yang pertama adalah rapat koordinasi Sekretariat Taman Posyandu yang melibatkan pemangku kepentingan lintas sektor, yang diadakan setiap tiga bulan sekali untuk membahas hasil evaluasi Taman Posyandu dan memutuskan langkah-langkah selanjutnya. Rapat utama lainnya adalah rapat evaluasi yang diadakan minimal setahun sekali, dan kembali melibatkan seluruh pemangku kepentingan terkait. Selain itu, evaluasi tahunan multisektor Tim Pokjanel Posyandu di tingkat kecamatan juga mencakup penilaian kegiatan Taman Posyandu.

Optimalisasi operasional Taman Posyandu juga berarti bahwa pelatihan harus dilakukan untuk semua pelaku Program Taman Posyandu, termasuk tim pengelola di tingkat kabupaten, kecamatan, dan desa. Pelatihan tentang manajemen di tingkat kabupaten dan kecamatan diberikan kepada Staf Promosi Kesehatan dari Puskesmas, bidan koordinator, bidan desa, dan ketua PKK di tingkat kabupaten dan kecamatan. Di desa, Pemimpin PKK di tingkat desa dan dua kader Posyandu dipilih untuk mengikuti pelatihan tentang manajemen Taman Posyandu tingkat desa setiap tahun. Selain itu, sesi pelatihan tahunan berbasis konten juga diadakan untuk kader terpilih, dan pelatihan ini mencakup topik-topik Bina Keluarga Balita (BKB); Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK); Bimbingan Taman Posyandu; dan emodemo.

Kabupaten juga secara rutin melakukan kunjungan lapangan perbandingan antara Taman Posyandu untuk meningkatkan kualitas operasional Taman Posyandu.

RELAWAN YANG BERKOMITMEN

Di desa, anggota PKK bertugas mengelola Program Taman Posyandu, sedangkan kader terlatih (biasanya kader Posyandu, kader BKB, atau kader PAUD) menjalankan operasional Program Taman Posyandu sehari-hari.

Rasa memiliki di antara PKK dan kader sangat penting dalam pencapaian keberhasilan pelaksanaan dan kelangsungan Program Taman Posyandu.

Dengan tingkat pergantian yang rendah yakni sekitar 10% per pergantian kepemimpinan desa, para kader di Kabupaten Nganjuk dikenal telah mengabdikan sebagai kader selama lebih dari 20 tahun.

MEMBANGUN RASA MEMILIKI MASYARAKAT MENINGKATKAN KESEHATAN DAN KESEJAHTERAAN

Taman Posyandu saat ini mencakup layanan kesehatan dasar, gizi, Pendidikan dan Pengembangan Anak Usia Dini (PPAUD), ketahanan pangan, dan bantuan sosial.

Kunci suksesnya adalah fleksibilitas. Masyarakat, seperti penduduk Desa Jati Kalen, didorong untuk menyumbangkan inovasi mereka sendiri, sebagai program berbasis masyarakat dengan kepemilikan lokal yang kuat.

Apa yang berhasil di Desa Jati Kalen telah direplikasi di seluruh desa di Kabupaten Nganjuk.

Jumlah Taman Posyandu meningkat dua kali lipat.

Ide-ide baru pun muncul, termasuk pendirian bank daur ulang masyarakat untuk mengumpulkan uang guna menyelenggarakan acara pertemuan dan kompetisi membuat bekal makan siang yang sehat bagi ibu, anak-anak, dan ibu hamil.

Yang membedakan Nganjuk adalah mereka menerapkan ide, melihatnya berhasil, dan mereplikasinya di seluruh kabupaten.

Partisipasi bulanan di Posyandu mereka sangat baik, dan ini adalah kunci penurunan stunting.

Model Jati Kalen, dengan dukungan pemerintah daerah, telah direplikasi secara luas.

Desa ini mungkin sama seperti kebanyakan desa lain. Tapi desa ini punya pembeda. Ini adalah desa yang memutuskan untuk melakukan hal nyata sehingga menciptakan dampak signifikan dalam memerangi stunting.



LOMBOK BARAT: KOORDINASI IDEAL DALAM PERJUANGAN MELAWAN STUNTING



Berlokasi di tengah-tengah hamparan kaki bukit yang subur di suatu gunung berapi aktif dan diapit Laut Bali yang berkilauan, Kabupaten Lombok Barat menarik pengunjung yang datang dari berbagai penjuru. Baik yang datang sebagai wisatawan maupun untuk tujuan lainnya. Lombok Barat adalah daerah luar biasa, selain tentu memiliki pemandangan yang indah, Lombok Barat juga memiliki rekam jejak yang membanggakan dalam mengurangi tingkat kekurangan gizi kronis pada balita secara signifikan. Pejabat-pejabat dari kawasan Asia-Pasifik kini datang ke Lombok Barat untuk belajar dari kesuksesan ini.

Pada tahun 2013, sekitar separuh balita (47%) di Lombok Barat mengalami stunting. Angka ini merupakan salah satu yang tertinggi di Indonesia. Pada tahun 2018 angka ini telah turun menjadi hanya sekitar satu dari tiga anak (34%). Lombok Barat menjadi banyak dibicarakan terkait praktik terbaik dalam upaya terkoordinasi melawan stunting, sehingga menarik perhatian delegasi pemerintah dari Timor-Leste, Kamboja, India, Sri Lanka, Nepal, dan Bhutan.

Apa rahasia kesuksesan Lombok Barat? Tidak ada solusi tunggal. Faktanya, Lombok Barat adalah contoh nyata pentingnya koordinasi dalam menciptakan keberhasilan yang signifikan dalam menurunkan

stunting. Lombok Barat telah menjadi contoh ideal dalam hal koordinasi dan kolaborasi, dalam rangka konvergensi multisektor untuk menurunkan stunting.

Pada tahun 2007, karena sangat khawatir dengan tingginya jumlah anak yang mengalami stunting di Lombok Barat, Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat menyadari bahwa harus segera diambil langkah-langkah untuk mengatasi stunting, secara koheren dan terkoordinasi.

Selama dasawarsa berikutnya Lombok Barat memperkuat pendekatan multisektornya, mengupayakan sinergi yang lebih besar, integrasi, dan saling melengkapi antara dan lintas sektor serta program. Hal ini berjalan seiring dengan berbagai inisiatif baru untuk meningkatkan penggunaan teknologi, pendidikan, konseling, dan keterlibatan masyarakat untuk menurunkan angka stunting.

Dengan penurunan prevalensi stunting sebesar 13,3 poin persentase selama periode lima tahun, dari 2013 hingga 2018 (Balitbangkes, 2013, 2018)¹⁶, pencapaian Lombok Barat sebagian besar karena faktor implementasi simultan intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif yang efektif – mulai dari tingkat kabupaten, hingga ke tingkat akar rumput (Box 9).

¹⁶ Berdasarkan Riskesdas, pada tahun 2013, Lombok Barat melaporkan angka stunting sebesar 46,9% pada anak balita. Pada 2018, angka ini turun menjadi 33,6%.



Box 9: Perbedaan antara intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif

Tindakan yang dilakukan untuk meningkatkan kualitas gizi ibu dan anak secara umum dapat disebut sebagai intervensi **gizi spesifik**, seperti pola makan yang baik, sehat dan beragam (termasuk pemberian ASI), suplementasi zat gizi mikro, dan praktik pemberian makan anak yang tepat.

Tindakan yang dilakukan untuk meningkatkan lingkungan yang mendukung sehingga dapat berdampak pada gizi dapat dikategorikan secara luas sebagai intervensi **gizi sensitif**, misalnya akses ke perawatan kesehatan yang baik untuk ibu dan bayi, ketahanan dan keamanan pangan, pertanian, jaring pengaman sosial, sekolah, air, sanitasi, dan kebersihan (Lancet, 2013).

Implementasi efektif dapat terjadi berkat adanya koordinasi lintas sektoral yang kuat di lingkungan pemerintah kabupaten. Pengurangan stunting sebesar 2 poin persentase setiap tahun mendekati pencapaian program-program yang paling sukses. Keberhasilan Lombok Barat telah terbukti menjadi panutan bagi Stranas Stunting dan inspirasi bagi pihak lain (lihat Box 1 untuk informasi lebih lanjut tentang Stranas Stunting Pemerintah Indonesia).

Pada tahun 2019, delegasi dari Timor-Leste, Kamboja, India, Sri Lanka, Nepal, dan Bhutan berkunjung untuk mempelajari bagaimana Lombok Barat mencapai konvergensi dalam upaya pemerintah untuk menargetkan dan mengurangi angka stunting yang tinggi.

Sedangkan dari dalam negeri, pejabat dari Kemenkes, Setwapres, Kemendes, dan Kementerian Pendidikan juga telah berkunjung ke desa-desa di Lombok Barat untuk menyaksikan langsung keberhasilan ini.



"Ini adalah kesempatan besar bagi tim kami untuk secara mendalam mempelajari kebijakan dan koordinasi, hingga ke akar rumput. Ada banyak pelajaran dan banyak pengalaman yang bisa kami ambil untuk diterapkan pada program kami di Kamboja di masa depan," kata H.E. Ny Kimsan, Wakil Direktur dari National Committee for Sub-National Democratic Development Secretariat (NCDDS) dan Direktur Cambodian Nutrition Project (CNP).

Keberhasilan dalam memerangi stunting membutuhkan waktu.

Intervensi awal yang hanya berfokus pada kesehatan menunjukkan harapan yang terbatas, dengan angka stunting yang tetap tinggi di Lombok Barat.

Penelitian internasional menunjukkan bahwa intervensi gizi spesifik terbaik sekali pun memiliki dampak yang terbatas: hanya berhasil menurunkan angka prevalensi stunting sebanyak 20% (Lancet, 2013).

Hasil yang lebih signifikan bergantung pada intervensi multisektor: memperkuat mata rantai mulai dari air dan sanitasi hingga imunisasi, pemberian ASI, dan meningkatkan akses ke makanan yang terjangkau dan bergizi untuk ibu dan bayi.

Lombok Barat berusaha memastikan semua intervensi saling terkait untuk menjamin keberhasilan.



SISTEM TEKNOLOGI *CLOUD* UNTUK MENGATASI STUNTING

Upaya Lombok Barat untuk mengatasi kekurangan gizi kronis difokuskan pada program kesehatan yang sifatnya rutin dan inovatif. Data terbukti sangat penting dalam perjuangan memerangi stunting.

Dinkes Kabupaten memprioritaskan data, dengan melakukan sensus balita di seluruh kabupaten selama Bulan Promosi dan Pemantauan Pertumbuhan serta Imunisasi.¹⁷

Melalui sensus, Dinkes Kabupaten mendapatkan gambaran yang lebih lengkap tentang gizi anak di kabupaten tersebut, serta dapat memetakan lokasi anak berdasarkan nama dan alamat. Langkah ini menciptakan peluang intervensi yang lebih tepat sasaran dan efektif.

Berbekal data yang sangat berharga ini, Lombok Barat mampu membuat database berbasis *cloud* untuk digunakan dalam memerangi stunting.

Sistem informasi kesehatan elektronik berbasis *cloud* ini mencatat, melaporkan dan memantau status kesehatan dan gizi bayi dan anak melalui aplikasi e-Puskesmas, e-Pustu/Poskesdes dan e-Posyandu yang dikembangkan Dinkes Kabupaten setempat.



*"Pencatatan dan pelaporan elektronik dimulai pada tahun 2008. Namun, dengan diluncurkannya aplikasi dan program berbasis *cloud* pada tahun 2017, kami sekarang dapat menyediakan pemantauan *real time* dan penerapan intervensi yang tepat waktu berdasarkan data aktual,"* kata Drs. H. Rachman Sahnun Putra, mantan Kepala Dinkes Kabupaten Lombok Barat.

Hingga saat ini, 900 Posyandu telah menggunakan aplikasi e-Posyandu. Informasi terkini tentang status gizi dan kesehatan anak-anak di Lombok Barat ini terbukti sangat penting dalam upaya mengurangi stunting.



¹⁷ Bulan Promosi dan Pemantauan Pertumbuhan (PPP) serta Imunisasi biasanya dilakukan sekali atau dua kali setahun. Kegiatan ini berbeda dengan kegiatan PPP dan imunisasi bulanan karena pada bulan PPP dan Imunisasi terjadi peningkatan kehadiran di Posyandu dan Puskesmas mengingat promosi intensif dan upaya penyisiran yang dilakukan untuk menjangkau setiap keluarga. Di kabupaten lain, Bulan PPP bisa bertepatan dengan Bulan Vitamin A.

KOORDINASI LINTAS SEKTOR STRATEGIS

Data saja tidak cukup untuk membawa dampak yang signifikan. Kuncinya adalah koordinasi lintas sektor.

Keberhasilan koordinasi lintas sektor di Lombok Barat, dengan porsi yang tidak sedikit, adalah berkat kepemimpinan Bupati Lombok Barat, H. Fauzan Khalid, S.Ag, M.Si.

Pemahamannya yang kuat tentang gizi dan kondisi lokal, bahkan desa-desa yang paling terpencil, terbukti sangat berharga dalam mengarahkan kolaborasi, koordinasi, dan konvergensi yang lebih besar dengan bantuan tim Bappeda dan Kepala Dinas.



"Stunting bukan hanya tanggung jawab Dinas Kesehatan. Kenyataannya, [untuk mengurangi stunting] kebanyakan orang berkonsentrasi pada 1.000 hari pertama kehidupan dan intervensi gizi, padahal upaya tersebut perlu dimulai lebih awal," katanya.



"Setiap orang - dari Dinas Kesehatan, dinas non-kesehatan, sektor swasta dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) – perlu bekerja sama untuk membawa dampak yang signifikan," katanya.

Melalui pemikiran strategis inilah Lombok Barat dapat memanfaatkan serangkaian intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif, termasuk intervensi untuk mengatasi kekurangan gizi dan stunting sejak dini. Kuncinya adalah memastikan semua orang di setiap komunitas terlibat.

Mulai dari perkawinan usia anak dan kesehatan remaja hingga gizi untuk ibu dan sanitasi, setiap mata rantai ini sangat penting dalam memperkuat upaya daerah ini untuk menurunkan stunting.

KESEHATAN REMAJA DI SEKOLAH

Salah satu intervensi yang dimaksud adalah Program Aksi Bergizi untuk remaja SMP dan SMA. Dengan dukungan teknis UNICEF dan dilaksanakan melalui kerja sama Dinas Kesehatan dan Pendidikan, Aksi Bergizi memberikan sarapan dan suplemen zat besi kepada siswa seminggu sekali. Selain itu, guru mengajar kelas literasi kesehatan dan gizi. Hingga Agustus 2019, 48 sekolah di Lombok Barat telah menjalankan program tersebut.

MENCIPTAKAN DAMPAK YANG SIGNIFIKAN MELALUI KONSELING PERKAWINAN

Intervensi dini lain dalam mencegah stunting adalah melalui Program Konseling Calon Pengantin. Kerja sama antara Kantor Urusan Agama dan Dinas Kesehatan, program ini memberikan informasi dan konseling tentang kesehatan, pembinaan rumah tangga, dan pencegahan kekerasan terhadap perempuan dan anak. Selain itu, peserta juga diberikan pemeriksaan kesehatan, termasuk HIV/AIDS dan penyakit menular seksual.

Dengan sejarah angka perkawinan usia anak yang tinggi, Lombok Barat juga telah menerapkan intervensi untuk mengatasi perkawinan usia anak di kalangan remaja, yang menjadi salah satu faktor risiko stunting.¹⁸

Salah satu intervensi yang dimaksud adalah Gerakan Anti Merarik Kodek (GAMAK) yang bertujuan untuk mencegah perkawinan usia anak di kalangan pemuda di Lombok Barat. Dengan dukungan tokoh masyarakat, agama, desa dan budaya, gerakan ini berusaha untuk mengubah persepsi dan perilaku masyarakat tentang perkawinan usia anak.

18 Pada tahun 2016, suatu studi *baseline* menemukan prevalensi perkawinan usia anak menjadi 25% di Lombok Barat (Hidayana et al., 2016).

Upaya ini didukung dengan diterbitkannya Peraturan Bupati Lombok Barat No. 30 Tahun 2018 tentang Pencegahan Perkawinan Usia Anak.

Dilaksanakan oleh Dinas Pengendalian Penduduk, Keluarga Berencana, Pemberdayaan Perempuan, dan Perlindungan Anak, serta didukung lembaga swadaya masyarakat termasuk Yes I Do, GAMAK membantu menciptakan konsensus di masyarakat, budaya, dan agama di desa tentang pentingnya pencegahan perkawinan usia anak.

Sebagai praktik budaya, jika konsensus ini dilanggar, sanksi budaya dapat dijatuhkan. Konsensus informal masyarakat ini terbukti lebih efektif mencegah perkawinan usia anak dibandingkan dengan peraturan desa, menurut Bupati H. Fauzan.

Selain intervensi untuk mengatasi stunting sejak dini, Kabupaten Lombok Barat juga telah menerapkan sejumlah intervensi yang ditujukan untuk mengatasi faktor risiko pada 1.000 HPK.

GIZI DAN KESEHATAN DI DESA

Intervensi 1.000 HPK ini meliputi pelayanan kesehatan rutin bagi ibu hamil, seperti pemeriksaan kehamilan, suplementasi zat besi dan asam folat (Tablet Tambah Darah - TTD), pemberian makanan tambahan untuk defisiensi energi kronis, skrining hipotiroid kongenital, dan jaminan persalinan (Jampersal) di fasilitas kesehatan.

Intervensi pada bayi dan anak di bawah usia dua tahun meliputi pemantauan dan promosi pertumbuhan di Posyandu, pemberian MPASI pada balita dengan berat badan kurang dan penyuluhan Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBIA). Melalui inisiatif Dinkes Kabupaten, ahli gizi kini ditugaskan di desa-desa (dengan perbandingan, 1 ahli gizi untuk 2 desa) untuk memperkuat pemberian layanan gizi, termasuk konseling.

Selain itu, Pusat Pemulihan Gizi telah didirikan di empat Puskesmas untuk mengatasi gizi buruk (*Severe Acute Malnutrition* – SAM) atau *wasting* di

masyarakat (lihat “Nusa Tenggara Timur – Tidak boleh ada waktu yang terbuang sia-sia dalam memerangi *wasting*” untuk informasi lebih lanjut tentang inisiatif untuk mengatasi SAM atau *wasting* di Indonesia).

Pada November 2016, Kabupaten Lombok Barat meluncurkan gerakan inovatif yang diberi nama Gerakan Masyarakat Sadar Gizi (Gemadazi) untuk mengatasi masalah gizi di kabupaten tersebut. Meski program penanggulangan masalah gizi ini telah lama dijalankan di Lombok Barat, Gemadazi berbeda dari lainnya berkat kemampuannya mengatasi masalah gizi secara terpadu dan lintas sektor.

Gerakan ini terintegrasi dengan seluruh program pencegahan dan perawatan gizi yang dilaksanakan di kabupaten dan melibatkan masyarakat setempat serta pemangku kepentingan di setiap tingkat (kabupaten, kecamatan, dan kelurahan/desa) untuk memaksimalkan sumber daya dan peluang yang ada di setiap kecamatan.

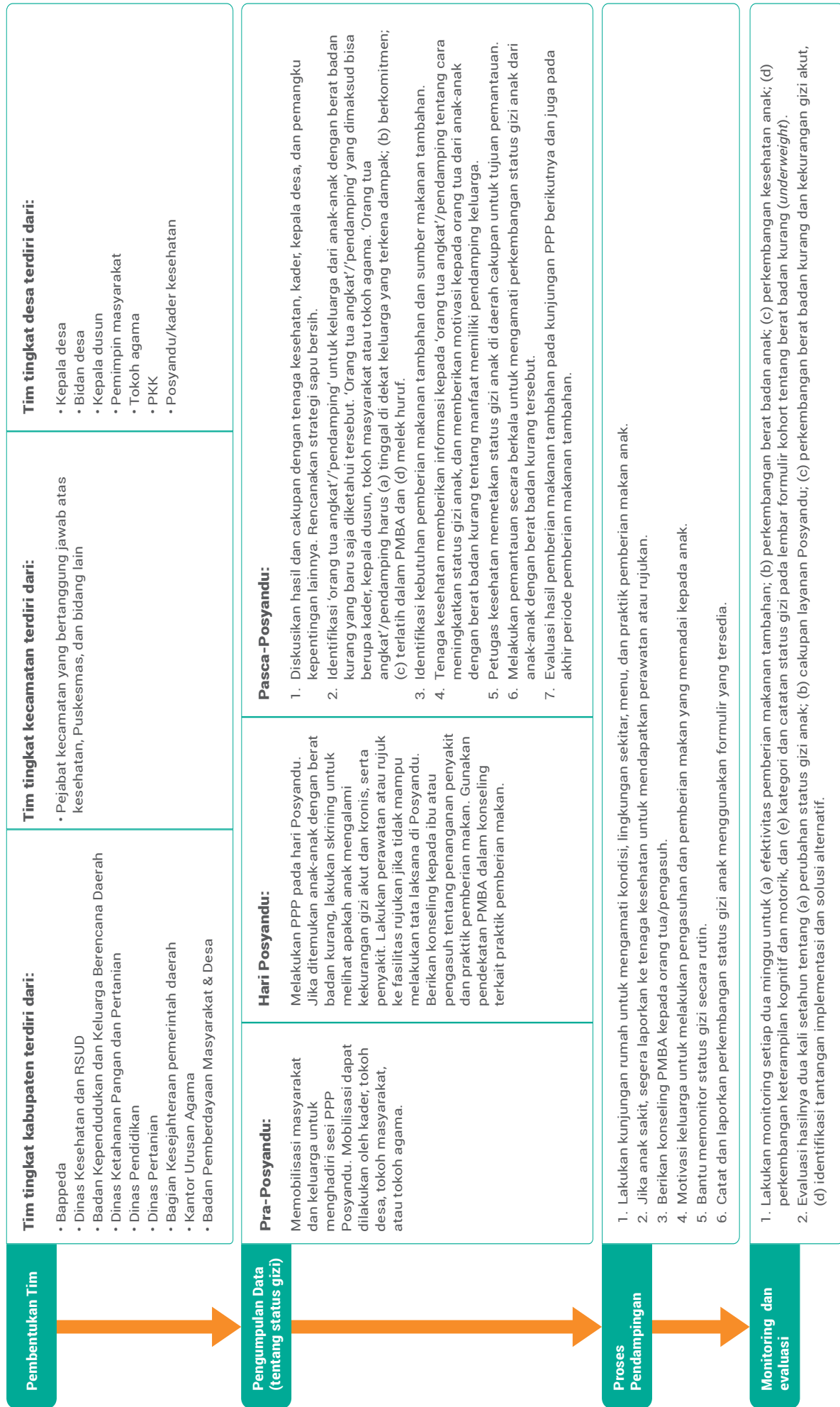
PENDAMPING UNTUK GIZI DAN KESEHATAN YANG LEBIH BAIK

Aspek inovatif lain dari gerakan Gemadazi adalah penunjukan ‘orang tua angkat’ atau ‘pendamping’ untuk keluarga dengan anak dengan berat badan kurang. ‘Orang tua angkat’ atau ‘pendamping’ ini memainkan peran yang penting dalam memotivasi orang tua dan pengasuh agar mendapatkan perawatan dan bantuan yang tepat untuk anak-anak mereka yang mengalami berat badan kurang, melalui konseling, pemantauan, dan kunjungan rumah. Peraturan telah disampaikan ke desa-desa dan menguraikan tugas ‘orang tua angkat’ atau ‘pendamping’ untuk memastikan keberhasilannya.

Gambar 4 di bawah mengilustrasikan langkah-langkah utama untuk memulai dan mengimplementasikan gerakan Gemadazi.

Lombok Barat juga telah membuat kemajuan yang signifikan pada intervensi gizi sensitif, yang berkontribusi pada penurunan prevalensi stunting.

Gambar 4: Langkah-langkah utama untuk memulai dan menjalankan gerakan Gemadazi



Sumber: Buku Pedoman Gemadazi, Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat

AIR BERSIH DAN SANITASI YANG LEBIH BAIK

Dengan koordinasi lintas sektor yang erat antara Dinas PUPR, Dinas PMD, Dinkes Kabupaten, dan Bappeda, pencapaian besar telah diraih dalam hal akses air bersih dan sanitasi yang lebih baik di kabupaten ini.

Pada tahun 2014, sekitar 83% rumah tangga di kabupaten tersebut memiliki akses air bersih dan hanya 62,5% yang memiliki akses jamban sehat. Sekitar 12% desa sudah bebas dari perilaku Buang Air Besar Sembarangan (BABS).

Hingga tahun 2020, 97,5% rumah tangga dapat mengakses air bersih dan jamban sehat. Selain itu, 87,7% desa kini sudah bebas dari perilaku BABS, suatu pencapaian yang sangat membanggakan (Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat, 2020).

Gerakan lokal yang inovatif seperti Gerakan BERPIJAK (Beriuk Piak Jamban Keluarga) Sehat juga mendorong masyarakat untuk berkontribusi dalam membangun jamban sehat di desa untuk meningkatkan cakupan stop BABS.

Sebagai salah satu lokasi percontohan konsep Kader Pembangunan Manusia (KPM), Lombok Barat juga mengalami peningkatan dalam hal keterlibatan Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Desa (PMD), tokoh desa, dan masyarakat dalam mengatasi stunting.¹⁹

KETERLIBATAN MASYARAKAT SEMAKIN BERTUMBUH

Aplikasi e-HDW yang membantu KPM melakukan pemetaan sosial dengan lebih efisien juga diujicobakan di kabupaten tersebut dengan keberhasilan yang signifikan.

Meskipun pelatihan saat ini sedang berlangsung untuk KPM di kabupaten, masih tetap ada tantangan-tantangan bagi KPM, termasuk beban kerja yang berat, dan koordinasi berbagi data yang lebih lancar dengan Dinas Kesehatan dan Dinas Sosial. Namun, karena kabupaten terus berupaya memperlancar penerapan konsep KPM, alat-alat seperti Tikar Pertumbuhan membantu meningkatkan kesadaran masyarakat di

Lombok Barat mengenai stunting dan pentingnya pemantauan pertumbuhan yang konsisten (lihat Tikar Pertumbuhan: alat edukasi yang mudah untuk meningkatkan kesadaran tentang stunting).

Lombok Barat juga berhasil memanfaatkan jaringan tokoh agama untuk meningkatkan kesadaran tentang masalah kesehatan, termasuk stunting, di antara masyarakat di kabupaten tersebut. Dengan latar belakang pendidikan agama, Bupati H. Fauzan mampu memimpin metode inovatif untuk menjangkau masyarakat. Hingga saat ini, hampir 50 tokoh agama setempat telah diberi pelatihan tentang program kesehatan. Para tokoh agama ini, yang disebut Dai' Kesehatan, dapat menyampaikan pesan dan pengingat kesehatan kepada jamaahnya dengan efektif.

KEPEMIMPINAN DAN KOORDINASI SANGAT PENTING

Pada akhirnya, penurunan prevalensi stunting yang mengesankan di Lombok Barat sebagian besar dihasilkan dari komitmen dan kepemimpinan kuat dari bupati, dan kerja sama lintas sektor yang erat dari berbagai instansi pemerintah daerah.

Dukungan teknis yang kuat dari Dinkes juga membantu instansi pemerintah daerah untuk memahami pentingnya mengatasi stunting. Dari Rembuk Stunting nasional pertama pada November 2017, hingga Rembuk Stunting kabupaten pertama yang diadakan pada Mei 2019, semua upaya telah dilakukan untuk memastikan program dan peraturan berjalan. Hal ini tercermin dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) untuk tahun 2019, di mana stunting termasuk dalam salah satu dari 19 indikator kinerja kabupaten.

Pada tahun 2019, sebanyak Rp 256,3 juta (sekitar USD 18.100) dialokasikan Bappeda untuk program lintas sektor di kabupaten untuk mengatasi stunting, jumlah ini naik secara signifikan dari anggaran Rp 20 juta (sekitar USD 1.400) pada tahun 2018. Selain itu, peraturan daerah yang penting telah diperbarui, atau diberlakukan dalam beberapa tahun terakhir untuk memastikan sumber daya dan komitmen untuk mengatasi stunting terjamin dan berkelanjutan. Peraturan lokal utama tercantum dalam Box 10.

19 Dimulai oleh Program Generasi dari Kemendes bersama StraNas Stunting, KPM mendukung konvergensi intervensi prioritas di tingkat desa. Untuk informasi lebih lanjut tentang KPM, silakan merujuk pada buku *Menggapai Lebih Tinggi: Ambisi Indonesia Menurunkan Stunting*, Box 5: Kader Pembangunan Manusia.

Box 10: Peraturan daerah utama yang membahas stunting di Lombok Barat

1. Peraturan Bupati Lombok Barat No. 25 Tahun 2018 Tentang 3 Program Utama: Pencegahan Stunting, Penanggulangan TB Paru, dan Peningkatan Cakupan dan Mutu Imunisasi. (Peraturan ini mencakup peraturan tentang Komunikasi Perubahan Perilaku (KPP), pelatihan KPP kepada petugas kesehatan Puskesmas, dan pelaksanaan KPP di kabupaten.)
2. Peraturan Bupati Lombok Barat No. 16 Tahun 2018 Tentang Alokasi Dana Desa dan Dana Desa Untuk Mendukung Upaya Kesehatan dan Keluarga Berencana. (Peraturan ini merupakan pembaruan dari peraturan tahun 2014 untuk memasukkan stunting.)



Namun, tidak semuanya berjalan mulus bagi Lombok Barat, dan para kepala daerah mengaku telah melakukan kesalahan dan menghadapi tantangan dalam memerangi stunting.



"Kesalahan terbesar kami adalah melupakan Posyandu," kata Bupati H. Fauzan. "Karena itu, kami kehilangan hubungan kami dengan masyarakat," tambahnya.

Saat ini Kabupaten Lombok Barat masih dalam proses revitalisasi Posyandu, dengan jambore tahunan untuk meningkatkan semangat masyarakat dan para kader. Peraturan daerah juga telah dibuat untuk memungkinkan alokasi dana desa untuk kegiatan Posyandu (Lihat Box 10). Ada juga rencana untuk melaksanakan Program Bunda Posyandu, yang mirip dengan kelompok perempuan PKK kecuali bahwa tugas Bunda Posyandu hanya akan difokuskan pada Posyandu.

Meskipun koordinasi lintas sektor sudah baik, tetap ada tantangan dalam koordinasi antar sektor, pelaku, dan program.

Kabupaten Lombok Barat berharap untuk mengatasi hal ini melalui perencanaan strategi dan program yang lebih baik dan dengan membangun sinergi lintas sektor yang lebih baik di awal tahap perencanaan, misalnya melalui bantuan Musrembang di semua tingkat seperti kabupaten, kecamatan, dan kelurahan/desa. Komitmen kepala desa juga penting untuk memastikan keberhasilan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting (StraNas Stunting).

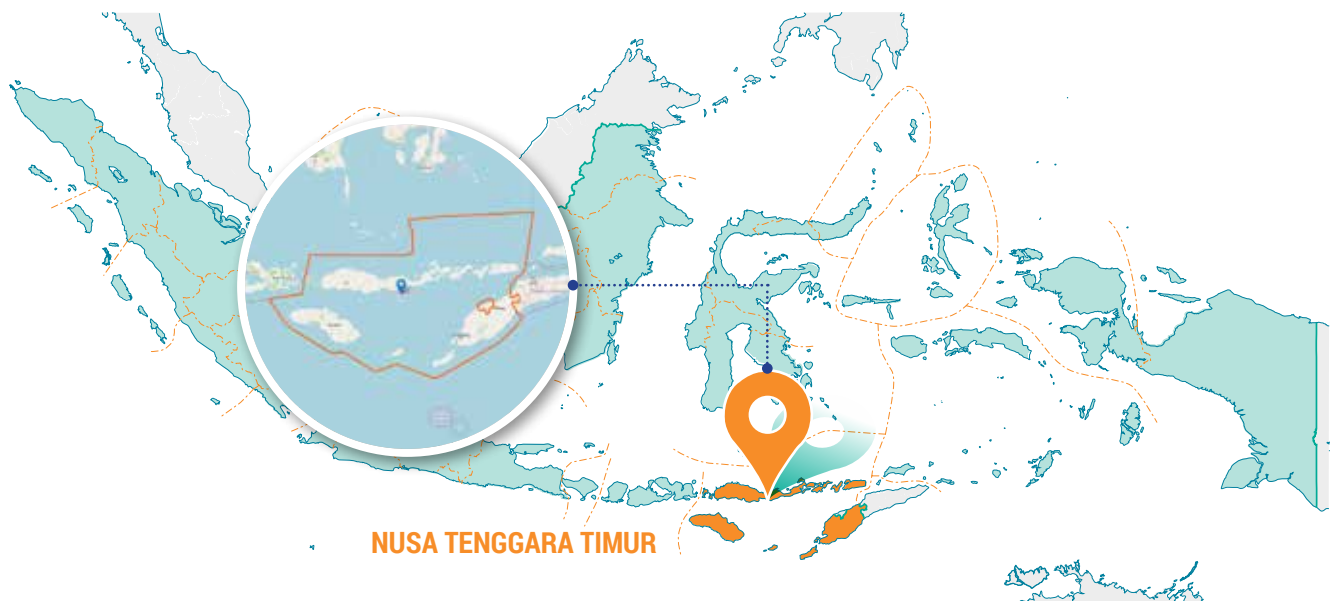
Terkadang tidak semua kepala desa berkomitmen menggunakan dana desa untuk pencegahan stunting. Kabupaten Lombok Barat melakukan langkah-langkah untuk mengatasi stunting melalui peraturan daerah dan dengan meningkatkan kesadaran kepala desa tentang pentingnya mengatasi stunting.

Lombok Barat telah menunjukkan kepada dunia bahwa perang melawan stunting bukanlah tentang suatu solusi tunggal.

Keseluruhan selalu lebih baik dibandingkan dengan penjumlahan dari masing-masing bagian yang terpisah.



NUSA TENGGARA TIMUR: BERKEJARAN DENGAN WAKTU DALAM MENGATASI *WASTING*



Ketika seorang anak usia 18 bulan sakit parah dengan gizi buruk (*severe acute malnutrition* - SAM), juga dikenal sebagai *wasting* yang parah, di desa Poto di provinsi paling selatan Indonesia di Nusa Tenggara Timur, tidak ada waktu yang boleh terbuang sia-sia untuk menyelamatkan hidupnya.

Bidan Christine, segera merujuk Marthen ke rumah sakit terdekat agar ia mendapatkan perawatan komplikasi medis akibat kondisi *wasting* yang parah (gizi buruk).

Setelah keluar dari rumah sakit, Marthen menjalani rawat jalan di Puskesmas setempat. Dengan perawatan yang tepat, dan konseling yang tepat untuk orang tuanya, ia pulih sepenuhnya dan kembali ke status gizi normalnya. Akses perawatan berbasis masyarakat tidak hanya membantu mempercepat pemulihan anak, tetapi juga memungkinkan orang tua terus bekerja dan mendukung putranya yang berangsur membaik kondisinya.

Cerita Marthen²⁰ ini menyoroti peran penting yang harus dijalankan masyarakat dalam mendeteksi,

mengobati, dan mengurangi angka *wasting*, dan stunting, di Indonesia.

Wasting parah menghambat kemampuan anak-anak untuk tumbuh secara optimal, sehingga meningkatkan risiko gagal tumbuh lebih dari tiga kali lipat. Selain itu, *wasting*, dan stunting memiliki risiko yang sama, seperti infeksi dan pola makan yang tidak memadai (lihat Box 11 untuk hubungan antara *wasting* dan stunting). Keduanya juga meningkatkan risiko kematian anak. Bukti menunjukkan bahwa penanganan keduanya harus berjalan beriringan dengan pendekatan yang memadukan aspek kesehatan, gizi, dan pengasuhan dengan keterlibatan dan pemberdayaan masyarakat yang signifikan untuk mencapai keberhasilan.

StraNas Stunting Pemerintah Indonesia (lihat Box 1) memberikan *platform* untuk langkah-langkah tersebut dan sangat penting untuk diketahui bahwa program mengatasi *wasting* pada anak-anak memanfaatkan infrastruktur yang tersedia.

20 Cerita Marthen pertama kali ditampilkan di blog UNICEF Indonesia pada 31 Oktober 2016 (UNICEF, 2016).

Box 11: Hubungan antara *wasting* dan stunting

Meskipun mekanisme pastinya tidak begitu jelas, *wasting* dan stunting dapat terjadi, dan sering ditemukan, pada anak yang sama. Namun, sejauh mana kondisi keduanya terjadi bersama-sama, sebagian besar tidak dilaporkan. Kenaikan berat badan dan tinggi badan sering terjadi pada waktu yang berbeda dalam suatu tahun dan tampaknya terkait dengan cara yang konsisten. Bukti menunjukkan perlambatan penambahan tinggi badan memuncak dua hingga tiga bulan setelah tingkat *wasting* mencapai puncaknya.

Pengukuran hubungan antara *wasting* dan stunting pada tingkat populasi merupakan tantangan tersendiri. Hal ini karena sebagian besar pengukuran stunting dan *wasting* menggunakan survei *cross-sectional*, sedangkan karena sifat dan kerentanan musimannya, *wasting* memiliki durasi yang relatif lebih pendek. Tergantung periode dan metode pengumpulan data yang digunakan, perkiraan yang dibuat mengenai beban *wasting* tahunan berpotensi terlalu rendah (*underestimated*) jika dibandingkan dengan stunting.

Wasting dan stunting memiliki banyak faktor risiko yang sama, seperti infeksi dan pola makan yang

tidak memadai (baik pada ibu dan anak). *Wasting* dan stunting juga berkontribusi pada peningkatan angka kematian – pada *wasting* parah angkanya 11,6 kali dibandingkan anak yang tidak mengalami *wasting*, sedangkan pada stunting parah angkanya 5,5 kali dibandingkan dengan anak yang tidak mengalami stunting. Namun, bila stunting dan *wasting* terjadi bersamaan, anak tersebut memiliki risiko kematian 12,3 kali dibandingkan dengan anak yang tidak mengalami keduanya.

Deteksi dini dan tata laksana *wasting* anak tidak diragukan lagi merupakan salah satu tindakan penting untuk mencegah stunting dan dampak negatifnya. Sebagian besar kebijakan dan program gizi memiliki pendekatan terpisah untuk *wasting* dan stunting, dan praktik ini telah meningkat dalam beberapa tahun terakhir. Namun, bukti menunjukkan terdapat kebutuhan untuk mengatasi kekurangan gizi akut dan kronis secara terpadu karena tumpang tindihnya jalur dan hubungan antara pertumbuhan ponderal (berat) dan linier. Ada kebutuhan untuk menjembatani kebijakan dan program, selain menyiapkan kerangka kerja bersama untuk kebijakan *wasting* dan stunting, pemrograman, dan penelitian.

Sumber: Diadaptasi dari (Khara & Dolan, 2014)

Kasus Marthen bukan hal yang jarang ditemukan. Di banyak provinsi, masyarakat berjuang keras untuk mengakses makanan bergizi dan perawatan kesehatan. Banyak di antara mereka juga mempraktikkan kepercayaan budaya mereka terkait dengan makanan, penyakit, dan perawatan. Keluarga Marthen awalnya beralih ke dukun spiritual untuk menyembuhkannya ketika ia pertama kali sakit batuk dan demam. Seringnya keterlambatan dalam mencari layanan kesehatan selama enam bulan setelah ia pertama kali jatuh sakit menyebabkan penurunan kesehatan yang cepat.

Bidan kemudian turun tangan selama kunjungan vaksinasi rutin.

Ini adalah salah satu contoh terbaik kekuatan pendekatan berbasis komunitas yang menyelamatkan jiwa untuk merawat anak-anak dengan *wasting* parah.

Pada tahun 2007, UNICEF, WHO, WFP, dan the United Nations Standing Committee on Nutrition (SCN) memperkenalkan pendekatan Pemulihan anak balita gizi buruk Berbasis Masyarakat (*Community-Based Management of Acute Malnutrition* - CMAM) untuk merawat anak-anak dengan gizi buruk atau *wasting* parah.

Dengan menggunakan pendekatan ini, hanya anak dengan *wasting* parah dengan komplikasi medis yang dirawat di fasilitas rawat inap, sedangkan untuk

kasus *wasting* parah tanpa komplikasi dengan nafsu makan yang baik dapat dilakukan rawat jalan dengan dukungan program berbasis masyarakat.

Sebelum pengenalan pendekatan CMAM, penanganan kasus gizi buruk atau *wasting* parah hanya mengandalkan perawatan di fasilitas rawat inap, dan banyak pusat perawatan menghadapi tantangan dalam menemukan dan memperhatikan anak-anak dengan *wasting* parah sampai mereka benar-benar sembuh total.

Kekambuhan juga sering terjadi karena pasien pulang lebih awal, menghentikan perawatan, atau praktik perawatan yang buruk.

Hubungan pendekatan CMAM tersebut dengan layanan kesehatan dan gizi lain, seperti Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dan konseling Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA), hampir tidak ada.

Perawatan kasus *wasting* telah menjadi komponen standar layanan kesehatan di Indonesia selama bertahun-tahun. Rawat inap untuk anak-anak dengan *wasting* parah telah disediakan di rumah sakit kabupaten dan provinsi, beberapa pusat kesehatan, dan pusat pemulihan gizi. Namun, cakupan dan kualitas pengasuhan serta perawatan anak dengan *wasting* parah di Indonesia masih rendah.



Kementerian Kesehatan (Kemenkes) melaporkan bahwa setiap tahun sekitar 20.000 anak dengan *wasting* parah dirawat, di mana angka ini diperkirakan kurang dari satu persen dari seluruh anak dengan *wasting* parah.

LIMA LANGKAH UNTUK MENGATASI WASTING PARAH

Perubahan diperlukan dan masyarakat memiliki peran penting dalam hal ini.

Pendekatan CMAM mengidentifikasi lima langkah, yang berakar pada masyarakat lokal, untuk menangani *wasting* parah dengan lebih efektif (Gambar 5).

Langkah pertama adalah kader kesehatan masyarakat melakukan skrining untuk menemukan anak-anak dengan *wasting* parah di Posyandu dan di acara-acara masyarakat. Langkah kedua adalah mengonfirmasi kasus. Setelah kasus dikonfirmasi, ada pendekatan dua arah untuk perawatannya, termasuk rawat inap dan rawat jalan.

Langkah ketiga adalah merawat anak-anak dengan gizi buruk atau *wasting* parah tanpa komplikasi medis yang memiliki nafsu makan baik dengan makanan terapi siap santap (*Ready to Use-Therapeutic Food* - RUTF) selama rawat jalan.

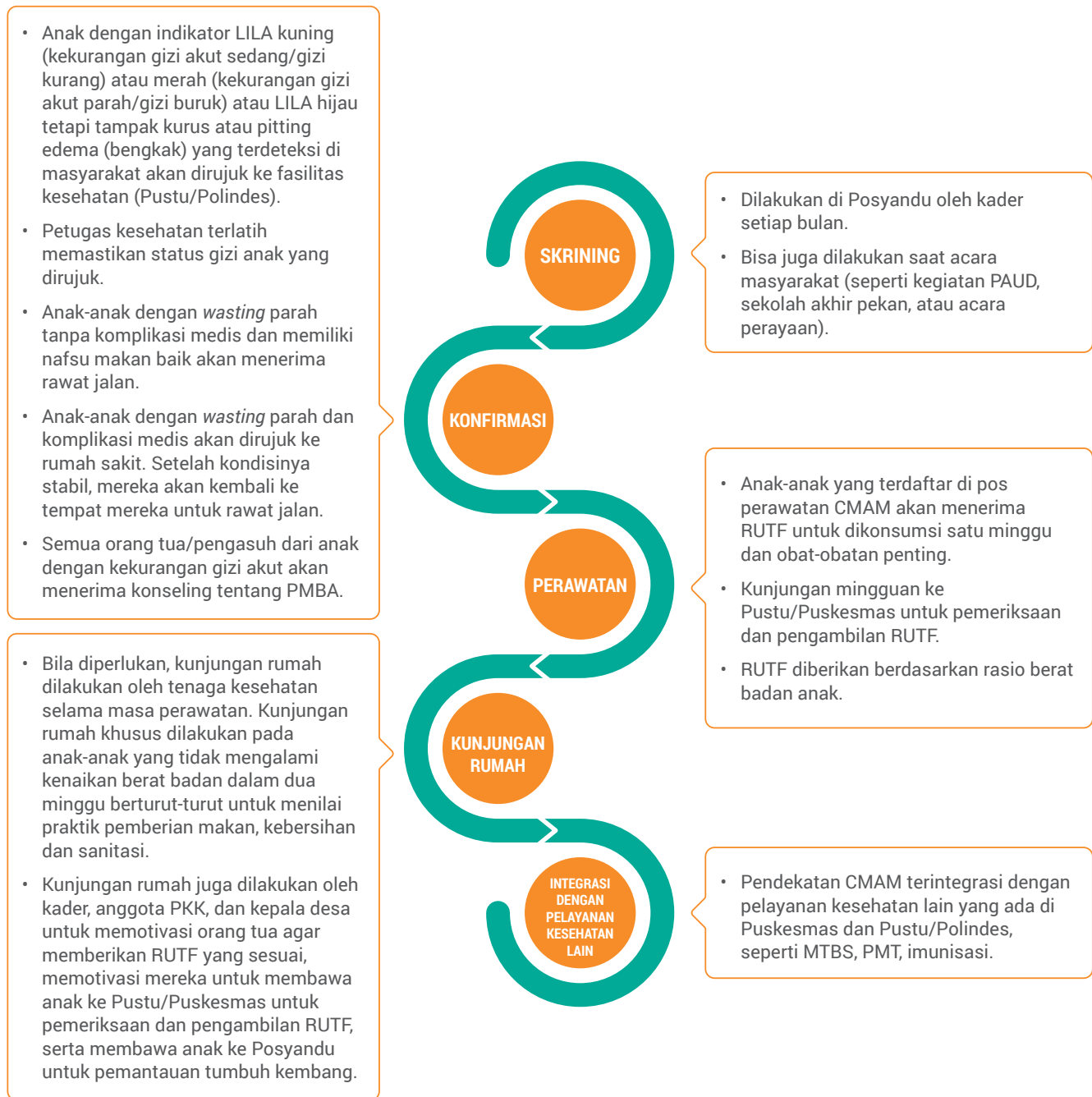
Kemampuan untuk merawat anak-anak secara lokal ini sangat penting di masyarakat terpencil dan kurang beruntung dengan akses yang buruk ke layanan kesehatan yang jauh.

Anak-anak dengan komplikasi medis akan dirawat di rumah sakit hingga kondisi mereka stabil dan selanjutnya mereka akan menjalani rawat jalan.

Selanjutnya, kunjungan rumah mendukung pemulihan dan gizi anak, seperti melalui konseling untuk memastikan bahwa orang tua memberikan perawatan yang baik dan mempraktikkan Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) yang tepat dan juga terus mengakses RUTF dengan datang ke Puskesmas setiap minggu.

Terakhir, CMAM diintegrasikan ke dalam layanan kesehatan dan gizi yang lebih luas di masyarakat lokal di Nusa Tenggara Timur.

Gambar 5: Alur pendekatan CMAM di Kabupaten Kupang



Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang

Pendekatan CMAM dirancang untuk mengatasi tantangan, misalnya tingkat cakupan yang rendah dan tingkat kekambuhan yang tinggi, dengan fokus kuat pada mobilisasi masyarakat²¹ dan penemuan kasus aktif²² untuk memastikan semua anak dengan *wasting* parah di masyarakat diidentifikasi pada tahap awal dan dirujuk untuk perawatan.

Selain itu, pendekatan ini membantu keluarga mengurangi waktu dan menghemat biaya perawatan karena kebanyakan anak dapat tinggal di rumah selama perawatan.

21 Mobilisasi masyarakat mencakup berbagai kegiatan yang membantu petugas kesehatan di garis depan dan kader dalam membangun hubungan dengan masyarakat dan mendorong anggota masyarakat untuk memanfaatkan, dalam hal ini, layanan CMAM.

22 Penemuan kasus aktif adalah pendekatan unik di mana petugas kesehatan di garis depan dan kader secara aktif mencari anak-anak yang sakit dan memiliki permasalahan gizi di rumah tangga dan fasilitas kesehatan sekitar.



RESPON PASCA TSUNAMI

Di Indonesia, dorongan untuk memperkenalkan CMAM dimulai pada tahun 2005 selama periode tanggap darurat tsunami di Aceh. Pada saat itu RUTF didistribusikan sebagai makanan terapi untuk anak-anak dengan gizi kurang atau gizi buruk dalam situasi darurat.

Pada tahun 2007–2015, CMAM juga dijalankan di tingkat kabupaten seperti Lombok di Provinsi Nusa Tenggara Barat, serta Sikka dan Belu di Provinsi Nusa Tenggara Timur. Namun, upaya sebelum ini berakhir sebagai percontohan saja, tanpa dilakukan perluasan penerapan yang berhasil.

Pada tahun 2015, bersama dengan Kementerian Kesehatan dan Action Contre la Faim (ACF atau Aksi Melawan Kelaparan), UNICEF melakukan percontohan CMAM di enam kecamatan di Kabupaten Kupang di Provinsi Nusa Tenggara Timur, di mana angka *wasting* parah sangat tinggi.²³

Proyek ini bertujuan untuk mengurangi angka kematian dan meningkatkan pemulihan anak-anak dengan *wasting* parah. Secara khusus, proyek ini berusaha untuk memastikan anak-anak menerima perawatan yang tepat melalui CMAM. Ambisi utamanya adalah agar proyek-proyek yang seperti ini memungkinkan model penanganan yang dapat dikembangkan di daerah lain di Indonesia.

Selama tiga tahun dilakukannya percontohan, pemerintah daerah Kabupaten Kupang dan Provinsi Nusa Tenggara Timur melibatkan masyarakat, meningkatkan kualitas layanan kesehatan, dan mencatat pembelajaran penting untuk dibagikan kepada pihak-pihak lain.

Kegiatan utama Proyek CMAM termasuk pelatihan petugas kesehatan di garis depan tentang perawatan *wasting* parah, gizi ibu, MTBS, PMBA, dan praktik mencuci tangan. Proyek ini juga melakukan pembangunan kapasitas bagi masyarakat, termasuk kader, dalam mobilisasi masyarakat dan penemuan kasus aktif termasuk cara mengukur lingkaran lengan atas (LILA)²⁴ anak menggunakan pita LILA berwarna sederhana untuk deteksi dini gizi buruk (lihat Gambar 6 untuk perincian kegiatan).

Manajemen rantai pasokan untuk peralatan dan obat-obatan, seperti pita lingkaran lengan atas (LILA), alat antropometri, makanan terapeutik siap saji (RUTF), dan pengobatan rutin lain diperkuat. Selain itu, pemerintah Kabupaten Kupang juga melakukan monitoring dan evaluasi terhadap proyek tersebut. Hasilnya digunakan untuk berbagi pelajaran kepada pihak-pihak yang datang dari daerah lain di Indonesia untuk menerapkan pendekatan ini.

23 Berdasarkan data survei Riskesdas, prevalensi kekurangan gizi akut pada balita di Kabupaten Kupang sebesar 33,4% pada tahun 2013 (Balitbangkes, 2013).

24 Lingkaran Lengan Atas (LILA) adalah cara sederhana untuk skrining gizi buruk atau badan kurus pada anak usia enam bulan sampai lima tahun di masyarakat - alternatif dari rasio berat badan-menurut-tinggi badan. (Kementerian Kesehatan RI.2019).

Gambar 6: Kegiatan utama proyek CMAM

Participation of the community Pelibatan masyarakat yang aktif	Health service provision Penyediaan layanan kesehatan	Documentation Dokumentasi
<ul style="list-style-type: none"> ■ Melatih pemangku kepentingan desa tentang mobilisasi masyarakat dan penemuan kasus aktif (menemukan kasus <i>wasting</i> melalui skrining). ■ Melatih kader tentang konseling Gizi Ibu dan PMBA serta promosi praktik cuci tangan. ■ Melakukan mobilisasi masyarakat untuk meningkatkan permintaan anggota masyarakat akan layanan CMAM. ■ Melakukan skrining secara berkala terhadap balita yang mengalami <i>wasting</i> dengan melibatkan kader/PKK, tokoh agama, dan tokoh masyarakat lain. ■ Memberikan informasi dan konseling kepada ibu dan pengasuh anak tentang gizi ibu dan PMBA. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Melatih ahli gizi dan petugas kesehatan tentang penanganan <i>wasting</i> parah, termasuk mobilisasi masyarakat, skrining, diagnosis, pengobatan, manajemen pasokan, supervisi suportif, pemantauan, dan pelaporan. ■ Melatih ahli gizi, petugas kesehatan, dan petugas kebersihan lingkungan tentang Konseling Gizi Ibu dan PMBA, termasuk praktik cuci tangan menggunakan sabun serta tentang air minum yang aman. ■ Pengadaan pasokan dan peralatan untuk layanan CMAM. ■ Memperkuat fasilitas dan praktik WASH di fasilitas Kesehatan. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Monitor dan evaluasi proyek untuk menentukan dampak pendekatan baru pada perawatan <i>wasting</i> parah. ■ Mendokumentasikan dan menyebarluaskan pembelajaran sehingga memberikan bukti untuk perluasan penerapan ke kabupaten/provinsi lain.

Sumber: UNICEF



TANTANGAN YANG DIHADAPI DAN BERHASIL DIATASI

Pada tahun pertama, proyek percontohan menghadapi tantangan rendahnya cakupan proyek CMAM, tingginya tingkat perawatan yang terhenti, dan periode pemulihan yang lambat untuk anak-anak dengan *wasting* parah di enam kecamatan.

Oleh karena itu, pada tahun 2016, UNICEF melakukan evaluasi semikuantitatif di beberapa kecamatan terpilih untuk memahami alasan-alasan di balik rendahnya cakupan dan kinerja Proyek CMAM yang mengecewakan.

Mereka menemukan rendahnya tingkat pengetahuan masyarakat mengenai kekurangan gizi akut.

Ada juga masalah terkait masyarakat yang harus melakukan perjalanan jauh dari rumah untuk mencari pengobatan.

Pengetahuan teknis petugas kesehatan dan kader tentang *wasting* parah dan CMAM juga masih jauh dari memadai.

Skrining anak-anak di Posyandu gagal mengidentifikasi secara signifikan sebagian besar anak-anak dengan *wasting* parah karena hanya 14% balita yang terdaftar di Posyandu. Selain itu, tindak lanjut anak-anak dengan *wasting* parah yang teridentifikasi tergolong rendah (sekitar 25%) dan hanya 44% dari anak-anak yang dirawat yang sembuh. Hampir 50% anak perawatannya terhenti (Bait et al., 2019).

Hasil dari evaluasi ini digunakan untuk memperbaiki program.

Semua ini menyebabkan rendahnya kehadiran orang tua di Posyandu dan rendahnya minat masyarakat terhadap program CMAM (Bait et al., 2019).

Dalam upaya mengatasi tantangan tersebut, UNICEF, ACF, dan pemerintah daerah Kabupaten Kupang mengintensifkan upaya untuk meningkatkan cakupan dan kualitas program dengan memperkuat keterlibatan masyarakat, meningkatkan penemuan kasus aktif dan meningkatkan kapasitas petugas kesehatan dan kader antara Januari 2017 dan Februari 2018.

Keterlibatan masyarakat ditingkatkan dengan cara membahas dengan orang tua, pejabat pemerintah, tokoh agama, dan tokoh masyarakat tentang *wasting* parah, pentingnya skrining kesehatan dan pemantauan pertumbuhan.

Kader melakukan kunjungan rumah dan mendorong kehadiran di Posyandu.

Masyarakat dilibatkan secara intensif dalam mengatasi masalah tersebut, antara lain melalui skrining kesehatan, mendapat dukungan tokoh agama setempat, dan anggota PKK.

Untuk meningkatkan pencarian anak-anak yang membutuhkan bantuan, kader melakukan kunjungan rumah dengan anak-anak yang melewati sesi Posyandu. Skrining untuk deteksi *wasting* parah dilakukan kepada anak-anak ini, yang diikuti dengan pemberian dukungan kepada anak-anak yang dicurigai mengalami *wasting* parah dan layanan rujukan untuk mereka yang menerima konfirmasi diagnosis *wasting* parah. Selain itu, dalam meningkatkan kepatuhan perawatan, kader melakukan beberapa kali kunjungan rumah ke keluarga yang sama untuk mendorong agar orang tua dan pengasuh membawa anak-anak ke pusat perawatan; kadang-kadang, upaya ini juga termasuk membantu transportasi ke pusat perawatan untuk mencegah terhentinya perawatan. Pada saat yang sama, Kemenkes dan Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang memberikan dukungan dengan meningkatkan upaya untuk mengintegrasikan CMAM ke dalam layanan kesehatan yang ada (Bait et al., 2019).

Upaya-upaya ini membuahkan hasil. Dalam setahun, kabupaten berhasil meningkatkan keterlibatan masyarakat dalam mengurangi prevalensi *wasting* parah, meningkatkan tingkat deteksi, skrining, dan perawatan.

Tingkat skrining *wasting* parah meningkat dari 17% menjadi 66% antara Oktober 2015 dan Maret 2018.

Kehadiran di posyandu meningkat dari sekitar 50% menjadi 79%.



Persentase anak-anak dengan dugaan *wasting* parah yang datang ke pusat perawatan meningkat dari nol (pada Oktober 2015) menjadi 70% (pada Maret 2018).

Pada tahun 2017, program ini memenuhi tiga dari empat indikator kinerja Proyek Sphere²⁵: 79% (256/326) anak berhasil sembuh dan hanya 10% (34/326) yang perawatannya terhenti. Kurang dari satu persen (2/326) meninggal dunia (Bait et al., 2019).

Satu keberhasilan melahirkan keberhasilan lainnya.

Pemerintah kabupaten dan provinsi setempat berjanji menyediakan dana dan sumber daya mereka sendiri untuk perluasan penerapan CMAM ke 18 kecamatan non-percontohan di Kabupaten Kupang dan 21 kabupaten di Provinsi Nusa Tenggara Timur.

CMAM telah berkembang pesat. Kementerian Kesehatan meningkatkan peran yang dimainkan

oleh CMAM dengan program Penanganan Gizi Buruk Terintegrasi (PGBT).

Pada tahun 2019, protokol nasional untuk perawatan *wasting* parah diperbarui untuk memasukkan CMAM untuk pertama kalinya, selain pengobatan berbasis fasilitas di bawah program PGBT.

Dan pada tahun 2020, 22 kabupaten/kota di Nusa Tenggara Timur berhasil memperkenalkan dan menerapkan pendekatan PGBT, dengan demikian memobilisasi anggaran dan sumber daya pemerintah daerah. Rencana untuk menjalankan PGBT di 260 kabupaten/kota di Indonesia sedang berlangsung.

Dengan mengutamakan masyarakat, program untuk mengatasi bencana *wasting* parah saat ini bergerak menuju masa depan yang lebih cerah bagi anak laki-laki dan perempuan seperti Marthen di seluruh Indonesia.

25 Proyek Sphere memberikan standar dan indikator utama untuk perencanaan, pelaksanaan, monitoring, dan evaluasi tanggapan kemanusiaan baik untuk situasi lambat dan cepat setelah bencana alam atau konflik. Standar minimum Sphere adalah persentase hasil program yang dianggap berhasil.



NUSA TENGGARA TIMUR DAN JAWA TIMUR: PENGUATAN KEMITRAAN DAN INTEGRASI PROGRAM UNTUK MENINGKATKAN KESEHATAN IBU DAN ANAK



Mengajak pihak-pihak berkepentingan berdiskusi dan berkoordinasi di satu meja dapat membawa dampak yang signifikan.

Bukan hal yang mudah untuk mengumpulkan pemangku kepentingan di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) dan Jawa Timur (Jatim) untuk bersama-sama mengurangi anemia pada ibu hamil dan meningkatkan kesehatan anak.

Selama bertahun-tahun, berbagai departemen di dinas kesehatan provinsi dan kabupaten—gizi, promosi kesehatan, kesehatan ibu dan anak, dan farmasi—telah bekerja sendiri-sendiri, dengan hampir tidak ada koordinasi lintas departemen.

Keadaan ini berubah ketika suatu LSM internasional yang terkemuka, Nutrition International (NI), membantu menghadirkan semua pemangku kepentingan di satu meja untuk perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan terpadu program gizi ibu yang bertujuan memberikan intervensi gizi berbasis bukti kepada masyarakat yang membutuhkan, melalui bantuan teknis.

Nutrition International (NI), bekerja sama dengan Pemerintah Indonesia, Australia dan Kanada memberikan dukungan kepada Kementerian

Kesehatan (Kemenkes), dan pemerintah provinsi dan kabupaten untuk mengatasi kekurangan zat gizi mikro pada ibu hamil dan anak-anak, serta pengobatan diare, secara terpadu.

Hal ini mendorong pembentukan program Suplementasi Zat Gizi Mikro untuk Menurunkan Angka Mortalitas dan Morbiditas (*Micronutrient Supplementation for Reducing Mortality and Morbidity* - MITRA) di Indonesia pada tahun 2015. Program MITRA merupakan suplementasi zat gizi mikro terpadu (vitamin A, zat besi dan asam folat, zink, dan Larutan Rehidrasi Oral Osmolaritas Rendah [LO-ORS]) yang dilaksanakan di 20 kabupaten/kota di Provinsi Jawa Timur dan Nusa Tenggara Timur (Box 12).

Suplementasi zat gizi mikro adalah intervensi gizi spesifik dan dapat berkontribusi untuk penurunan angka stunting.

Kedua provinsi tersebut melaporkan angka stunting anak yang sangat tinggi: pada tahun 2013, NTT dan Jatim masing-masing melaporkan prevalensi stunting pada anak balita sebesar 51,7% dan 35,8% (Balitbangkes, 2013). Pada tahun 2018, prevalensi ini sedikit berkurang menjadi 42,6% dan 32,7% (Balitbangkes, 2018). Bukti menunjukkan bahwa

stunting dapat dicegah dengan tindakan terpadu yang menargetkan faktor penyebabnya selama 1.000 HPK (sejak pembuahan hingga ulang tahun anak yang kedua) (Black et al., 2013). Oleh karena itu, sangat penting untuk memperkenalkan inisiatif lokal, seperti MITRA, di wilayah-wilayah ini untuk berkontribusi tidak hanya pada penurunan angka mortalitas dan morbiditas, tetapi juga untuk mengurangi kasus stunting.

Yang membedakan program MITRA adalah fokusnya pada integrasi, penguatan sistem kesehatan, dan perubahan perilaku untuk meningkatkan gizi ibu dan anak (Gambar 7).



"Sebagian besar dinas kesehatan provinsi dan kabupaten, karena mandat mereka, biasanya bekerja secara mandiri. Misalnya, di Dinas

Kesehatan, Departemen Penyakit Menular menangani pencegahan diare pada anak, sedangkan Departemen Kesehatan Masyarakat mengelola kesehatan keluarga dan promosi kesehatan. Namun, di tingkat desa, kedua program ini dilaksanakan oleh bidan desa. Masalah gizi terkait erat dengan semua program ini," kata Mardewi, mantan Koordinator Program untuk Program Kesehatan Ibu dan Anak di Nutrition International (NI), Indonesia.

Kurangnya integrasi dan koordinasi menyebabkan ketidakpastian, terutama mengingat sasaran penerima manfaat dua program ini adalah orang yang sama: ibu hamil dan anak balita.

Meskipun berbeda, intervensi-intervensi ini membutuhkan tugas yang serupa. Misalnya, semua intervensi untuk mengatasi anemia pada ibu hamil dan sakit pada anak melibatkan proses pengelolaan rantai pasokan zat gizi mikro. Semua intervensi membutuhkan advokasi untuk meningkatkan pengetahuan di antara petugas kesehatan dan konseling oleh petugas kesehatan untuk meningkatkan kepatuhan populasi sasaran.

Box 12: Tujuan dan penerima manfaat program MITRA

Program MITRA diterapkan di kedua provinsi ini (NTT dan Jatim) dengan tujuan untuk meningkatkan akses layanan kesehatan bagi ibu hamil dan pengasuh anak balita, untuk mencapai kesehatan yang lebih baik. Program ini juga bertujuan untuk meningkatkan penanganan dan pencegahan diare pada anak melalui penggunaan zink dan Larutan Rehidrasi Oral Osmolaritas Rendah (LO-ORS), mengatasi defisiensi vitamin A pada anak melalui suplementasi vitamin A, dan mencegah dan mengurangi anemia pada ibu hamil melalui suplementasi zat besi dan asam folat (TTD).

Sejak pembentukannya pada tahun 2015, di NTT dan Jatim, program MITRA telah mencapai:



211.000 ibu hamil diberi suplemen zat besi dan asam folat

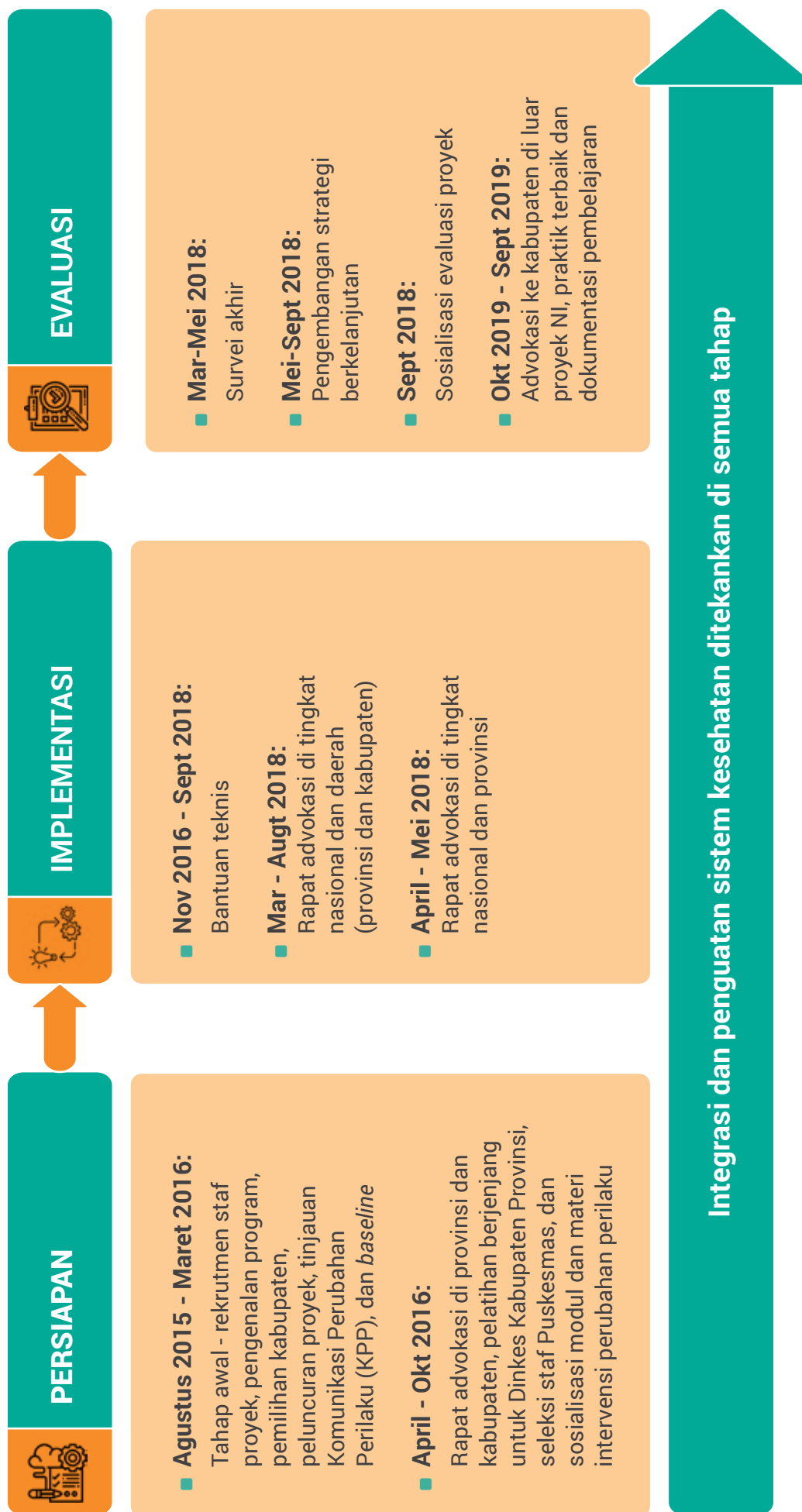


720.000 anak (usia 6-59 bulan) diberi suplementasi vitamin A



64.000 anak yang menderita diare ditangani dengan pemberian zink dan Larutan Rehidrasi Oral Osmolaritas Rendah (LO-ORS)

Gambar 7: Tahapan proyek MITRA





BERBAGI PERAN DAN PERAWATAN TERPADU

Selama tahap persiapan, rapat advokasi lintas departemen dan sesi pelatihan diadakan dengan dinas kesehatan provinsi dan kabupaten. Tujuan pertemuan ini adalah untuk mengkonsolidasikan upaya dan meningkatkan kesadaran akan tanggung jawab bersama.

Selain itu, tujuannya adalah untuk memastikan populasi sasaran menerima perawatan terpadu, dan untuk mendorong pencatatan dan pelaporan data yang kuat.

Sesi-sesi terpadu ini menghadirkan departemen-departemen yang berbeda (misalnya Farmasi, Gizi, dan Kesehatan Keluarga) dan terbukti penting dalam mengatasi hambatan dan meningkatkan efisiensi layanan. Misalnya, perencanaan terpadu dengan fokus pada penguatan sistem kesehatan yang membantu meningkatkan perkiraan logistik suplemen zat gizi mikro untuk memastikan pemberian layanan yang berkelanjutan. Sesi-sesi pelatihan terpadu memberikan pengetahuan dan kesadaran kepada petugas kesehatan untuk mengelola, meresepkan, dan memberikan konseling secara efektif tentang zat besi dan asam folat (TTD), LO-ORS, zink, dan vitamin A.

Nutrition International (NI) juga mendukung Kemenkes untuk menyelenggarakan rapat tahunan terpadu dan menyelenggarakan pelatihan berjenjang yang komprehensif untuk dinas kesehatan provinsi dan kabupaten. Hal ini terbukti menjadi pendekatan yang efektif, meminimalisasi intensitas dan biaya, tetapi berdampak besar.

Pelatihan berjenjang dimulai dengan pelatihan untuk pelatih (ToT) untuk Dinkes Provinsi, yang diikuti oleh staf Dinkes Kabupaten, dan selanjutnya, Puskesmas terpilih. Pelatihan menekankan pendekatan multidisiplin

dan multitingkat yang terpadu. Pelatihan Dinkes Provinsi dan Dinkes Kabupaten melibatkan peserta dari departemen Gizi, Farmasi, KIA, Penyakit Menular, dan Promosi Kesehatan. Sedangkan pelatihan Puskesmas dihadiri oleh Petugas Gizi, Bidan Koordinator, Petugas Penanganan Diare, Petugas Farmasi, Dokter dan/atau Kepala Puskesmas. Modul pelatihan yang komprehensif dikembangkan sebagai sarana pembelajaran bagi semua peserta tentang manfaat suplementasi zat gizi mikro. Selain itu, setiap Puskesmas diberi 4-6 set materi tentang Intervensi Perubahan Perilaku (*Behaviour Change Interventions* - BCI) yang dapat diterapkan di masyarakat.



"Kami ingin memperkuat program suplementasi zat gizi mikro dan dukungan Nutrition International sejak awal sangat membantu, sehingga kami dapat membangun lebih banyak komitmen, melatih staf kami, dan juga menyatukan berbagai aspek dari program," kata Ngurah Suarnawa, Kepala Bidang Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Kota Kupang, Provinsi Nusa Tenggara Timur.

"Hal ini memungkinkan kami untuk membuat program-program menjadi lebih efisien, terutama dalam hal manajemen rantai pasokan untuk memastikan ketersediaan TTD dan vitamin A secara berkala. Dukungan ini memungkinkan kami untuk memadukan pembelajaran dari program MITRA dengan sangat baik di Puskesmas," lanjutnya.

Pada Oktober 2016, pelatihan manajemen zat gizi mikro terpadu selesai diselenggarakan, dan Dinkes Kabupaten dan Puskesmas mulai menerapkan pendekatan terpadu di lapangan. Namun, pencanangan program ini mengalami sejumlah halangan.

MENGATASI TANTANGAN

Program tersebut mengalami masa kekurangan suplemen zat besi dan asam folat berupa Tablet Tambah Darah (TTD) di NTT dan Jatim pada tahun 2016, dan di NTT pada tahun 2017. Kekurangan tersebut terjadi karena adanya perubahan formulasi dan kemasan suplemen TTD, sehingga mengakibatkan keterlambatan pengadaan dan kekurangan stok. Namun, Nutrition International mendorong beberapa kabupaten untuk mengatasi tantangan jangka pendek ini dengan membeli pasokan TTD mereka sendiri menggunakan dana dari APBD.

Rendahnya prioritas penggunaan zink pada penanganan diare menimbulkan tantangan tersendiri, karena program zink nasional relatif baru pada tahun 2015. Banyak dokter belum mengetahui program tersebut dan sering meresepkan antibiotik untuk pengobatan diare alih-alih terapi ORS-Zink yang direkomendasikan WHO. Selain itu, ada hambatan berupa terbatasnya alokasi anggaran Dinkes Kabupaten dan Dinkes Provinsi untuk kegiatan program penting seperti pelatihan dan rapat teknis karena dianggap sebagai prioritas yang lebih rendah. Untuk mengatasi tantangan ini, Nutrition International mendorong Kemenkes untuk memberikan bantuan teknis

kepada kabupaten yang menghasilkan alokasi anggaran dan personel untuk peningkatan pengetahuan tentang zink sebagai pengobatan tambahan untuk diare melalui rapat kabupaten dan kunjungan lapangan ke Puskesmas.

Kepatuhan (konsumsi harian) suplemen TTD selama kehamilan merupakan hambatan lain yang harus diatasi. Program TTD secara tradisional memprioritaskan perluasan dan memastikan cakupan, ketika pada saat yang sama kurang fokus pada peningkatan konsumsi TTD. Oleh karena itu, Nutrition International memperkenalkan kartu kepatuhan suplemen TTD untuk mencatat penerimaan dan konsumsi TTD oleh ibu hamil (Gambar 8). Kartu ini tidak hanya membantu ibu hamil dalam mencatat konsumsi tablet, tetapi juga berfungsi sebagai pengingat bagi ibu hamil dan anggota keluarga mereka untuk memastikan mereka tidak lupa mengonsumsi TTD. Selain itu, kartu ini menjadi alat pemantauan yang berguna bagi petugas kesehatan di fasilitas kesehatan dan masyarakat. Kartu kepatuhan TTD, yang dimulai selama pelaksanaan program MITRA, telah menjadi alat yang signifikan dalam meningkatkan pemantauan program suplementasi TTD di NTT dan Jatim.

Gambar 8: Kartu kepatuhan TTD program MITRA

Kotak Kontrol Minum TTD pada Ibu Hamil			Kotak Kontrol Konsumsi PMT pada Ibu Hamil		
Nama: Usia: tahun			Nama: Usia: tahun		
Bulan ke-1	Bulan ke-2	Bulan ke-3	Bulan ke-1	Bulan ke-2	Bulan ke-3
Bulan ke-4	Bulan ke-5	Bulan ke-6	Bulan ke-4	Bulan ke-5	Bulan ke-6
Bulan ke-7	Bulan ke-8	Bulan ke-9	Bulan ke-7	Bulan ke-8	Bulan ke-9
Berikan tanda (V) pada kotak bila sudah minum			Berikan tanda (V) pada kotak bila sudah mengonsumsi		



KARTU SUPLEMENTASI GIZI UNTUK IBU HAMIL



Apa itu Tablet Tambah Darah (TTD)?

TTD adalah suplemen zat gizi yang mengandung zat besi dan asam folat.

Mengapa harus minum TTD secara teratur?

Minum TTD secara teratur sangat bermanfaat bagi ibu hamil, karena TTD dapat:

- Mengatasi 5 L: Lesu, Letih, Lemah, Lelah, Lalai dan wajah pucat
- Meningkatkan daya tahan tubuh, sehingga ibu hamil dan janin dalam keadaan sehat
- Mengurangi risiko pendarahan pada waktu persalinan, kelahiran prematur dan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR)

Apa itu Pemberian Makanan Tambahan (PMT)?

DPMT adalah makanan tambahan yang diberikan kepada ibu hamil, terutama ibu hamil yang kurus yang dapat berupa:

- Pangan lokal
- Pabrikasi
- Minuman padat gizi

Contoh:

- **PMT pangan lokal/daerah setempat seperti:** Pempek, siomay, bubur kacang hijau, lontong/arem-arem, kroket kentang, kolak pisang
- **PMT pabrikasi:** PMT yang diberikan oleh Pemerintah untuk 90 hari, berupa biskuit lapis
- **Minuman padat gizi:** kacang + telur + gula + minyak

Bagaimana aturan minum TTD yang benar?

- Diminum 1 tablet setiap hari selama kehamilan
- Diminum saat sebelum tidur pada malam hari
- Sebaiknya diminum bersama dengan air putih atau jus buah
- Jangan diminum bersama dengan air teh, kopi atau susu

Hal-hal yang perlu diperhatikan Ibu Hamil dalam mengatur pola makan:

- Bagi ibu yang terlalu gemuk, kurangi porsi makanan sumber energi dari lemak dan karbohidrat
- Bila ibu terlalu kurus, tambahkan porsi makanan sumber energi dan protein
- Usahakan konsumsi makanan dengan porsi kecil tapi sering
- Untuk menghindari penimbunan cairan, perhatikan penggunaan garam dalam makanan dan minuman

INTERVENSI PERUBAHAN PERILAKU MEMBAWA DAMPAK SIGNIFIKAN

Program MITRA sangat berfokus pada inisiatif perubahan perilaku untuk meningkatkan perilaku mengupayakan kesehatan dan kepatuhan terhadap zat gizi mikro. Nutrition International mendukung pengembangan materi Intervensi Perubahan Perilaku (BCI) yang memudahkan petugas kesehatan dalam menyampaikan pesan yang relevan dan kontekstual secara efektif kepada penerima manfaat yang menjadi sasaran. Petugas kesehatan maupun penerima manfaat berpendapat bahwa materi BCI tersebut efektif.



Jeni, Bidan Koordinator, Puskesmas Kota Kupang mengatakan: *"Materi BCI yang diberikan Nutrition International sangat membantu, terutama lembar balik tentang zat besi dan asam folat (TTD). Setiap kali kami memberikan TTD kepada ibu hamil, kami menggunakan lembar balik tersebut sehingga ibu hamil memahami dengan jelas bahwa meminum TTD penting untuknya dan juga janinnya, serta belajar tentang efek samping anemia. Kartu monitoring suplementasi mereka juga membantu kami memantau konsumsi TTD."*



"Sekarang bidan menjelaskan manfaat TTD kepada kami dengan menggunakan lembar balik bergambar. Saya jadi lebih paham karena bukunya berisi gambar besar yang menurut saya menarik dan mudah diingat," kata Kholifah, ibu hamil berusia 27 tahun di Provinsi NTT.

Peningkatan kesadaran dan pengetahuan tentang pengelolaan zat gizi mikro telah memberdayakan petugas kesehatan dari lokasi proyek untuk merancang cara-cara inovatif dalam memberikan zat gizi mikro dan menyediakan layanan kesehatan. Mencontoh Nutrition International, dinas kesehatan provinsi dan kabupaten juga memberikan dukungan penuh mereka untuk mengembangkan dan

mereplikasi materi BCI untuk digunakan sebagai alat pembelajaran bagi target penerima manfaat dan seluruh masyarakat.

Puskesmas di Alor dan Manggarai Barat di NTT, serta Sampang, Ponorogo, dan Bondowoso di Jatim didorong untuk mengembangkan materi BCI yang sesuai dengan konteks mereka sendiri seperti lembar balik, kartu kepatuhan, poster, dan kalender.

Selain itu, Kabupaten Sumba Barat Daya di Provinsi NTT dan Bangkalan, Kabupaten Pacitan di Provinsi Jawa Timur membuat Layanan Rehidrasi Oral Aktif (LROA) untuk pemberian zink di tempat, memberikan penyuluhan tentang kepatuhan zink, dan mengajarkan ibu untuk menyiapkan dan memberikan zink dan LO-ORS. Inisiatif ini memperkuat penggunaan zink dan ORS untuk penanganan diare dengan cara memfasilitasi rapat, pelatihan, dan alokasi anggaran yang lebih sering oleh Dinkes Kabupaten.

Melalui kerja sama erat antara Departemen Gizi dan Departemen Farmasi, beberapa kabupaten (Provinsi Jatim: Jember, Banyuwangi, Sampang, Bondowoso, Lumajang dan Provinsi NTT: Kota Kupang, Alor, Ende, Sumba Tengah, Manggarai Barat) mengadakan TTD menggunakan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), Atau Alokasi Anggaran Pemerintah Provinsi/Kabupaten, untuk menjamin keberlanjutan pasokan TTD bagi ibu hamil.

Tenaga kesehatan di Bangkalan, Pacitan, Bondowoso (Provinsi Jatim), dan Sumba Barat Daya, Nagekeo (Provinsi NTT) melakukan kunjungan rumah untuk memastikan kepatuhan konsumsi zink dan memberikan konseling kepada pengasuh yang mengurus anak yang sedang diare.



PERBAIKAN GIZI IBU DAN ANAK

Evaluasi Proyek MITRA²⁶ dengan 10 kabupaten pembanding di Provinsi Sulawesi Selatan menunjukkan perbaikan pada indikator gizi utama.

Konsumsi 90 TTD atau lebih selama kehamilan meningkat di kabupaten intervensi dan pembanding. Prevalensi anemia pada ibu hamil menurun dan kadar hemoglobin serum menunjukkan peningkatan di NTT dan Jatim.

Hasil yang baik diperoleh untuk indikator kesehatan dan gizi anak – suplementasi vitamin A pada anak (usia 6-59 bulan) meningkat dari 70% pada tahun 2016 menjadi 76% pada tahun 2018; prevalensi diare pada anak usia 6-59 bulan menurun setengahnya di Jawa Timur (dari 11,1% pada 2016 menjadi 4,7% pada 2018) dan Nusa Tenggara Timur (dari 7,1% pada 2016 menjadi 2,6% pada 2018) dengan peningkatan penggunaan zink dan LO-ORS untuk pengobatan diare.

MEMASTIKAN LAYANAN TANPA GANGGUAN

Mulai dari tingkat kabupaten, program MITRA mendukung pembagian tanggung jawab dan anggaran lintas departemen yang terpadu untuk program suplementasi zat gizi mikro. Melalui advokasi berkelanjutan di antara pemangku kepentingan pemerintah, program ini menghasilkan peningkatan investasi pada program-program gizi dan kesehatan di NTT dan Jatim. Peningkatan sebesar 30-60% alokasi anggaran terjadi pada berbagai komponen program pemerintah untuk kesehatan ibu dan anak.

Program MITRA menunjukkan bagaimana kolaborasi dan integrasi dapat membawa dampak yang signifikan bagi kesehatan ibu dan anak.

Fokus pada penguatan sistem kesehatan dan mendorong perubahan perilaku menghasilkan perbaikan yang signifikan pada kesehatan dan gizi ibu hamil dan anak balita.

26 Proyek MITRA dievaluasi menggunakan desain studi pra-intervensi dan pasca-intervensi, 2016 hingga 2018. Survei *cross-sectional* dua putaran dilakukan di 20 kabupaten intervensi di NTT dan Jatim serta 10 kabupaten pembanding di Sulawesi Selatan (Sulsel). Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *multi-stage cluster sampling*, dan kluster terpilih menggunakan *Probability Proportional to Size* (PPS).



Dengan memanfaatkan sumber daya lokal, suplementasi zat gizi mikro terpadu ini berpotensi dapat direplikasi dan dikembangkan untuk diterapkan di provinsi-provinsi lain untuk mencapai keberhasilan.

Umpan balik dari pemerintah daerah dan kesaksian di lapangan menunjukkan bahwa program MITRA berpotensi meningkatkan kesehatan ibu dan anak secara lebih luas di seluruh Indonesia.



"Sebelum ini, diare sama sekali tidak dijadikan prioritas dalam pelaksanaan dan penganggaran program di semua tingkat. MITRA berperan penting dalam meningkatkan kesadaran tentang program ini di lingkungan Dinkes Kabupaten dan Puskesmas, sehingga menjadikan penanganan diare sebagai prioritas mereka," kata Agus Handito dari Subdit Hepatitis dan Infeksi Saluran Pencernaan Kemenkes. *"Sekarang, pengobatan diare menggunakan zink dan LO-ORS diakui sebagai salah satu intervensi*

gizi spesifik dalam rangka pencegahan stunting. Hal ini penting mengingat diare pada anak memengaruhi penyerapan gizi dan oleh karenanya meningkatkan risiko kurang gizi."

Yosafat Laka, Kepala Seksi Promosi Kesehatan, Dinkes Alor, Provinsi NTT, mengatakan proyek ini membawa perubahan nyata.



"Proyek MITRA meningkatkan pemahaman kami tentang intervensi suplementasi TTD. Sebelumnya kami biasa memberikan satu tablet TTD per hari untuk setiap ibu hamil. Namun, melalui MITRA kami mengetahui bahwa jika ibu hamil mengalami anemia, sebaiknya diberikan dua tablet per hari. Bahkan setelah proyek MITRA selesai, kegiatan edukasi dan prinsip memadukan berbagai program ini akan terus berlanjut. Sebagai contohnya adalah materi Intervensi Perubahan Perilaku (BCI) yang dibutuhkan untuk promosi kesehatan," kata Yosafat Laka.



"Sebelumnya, pada tahap perencanaan, materi BCI tersebut diabaikan. Nutrition International mendukung kami dengan paket materi BCI. Melihat pentingnya materi tersebut dalam mendukung program kesehatan ibu dan anak, pada tahun 2017, Departemen Promosi Kesehatan berhasil mengalokasikan anggaran untuk mencetak ulang dan mendistribusikan kartu dialog pencegahan anemia, poster pengobatan diare, dan poster anemia pada ibu hamil ke semua Puskesmas kecamatan, Puskesmas Pembantu (Pustu), Pos Bersalin Desa (Polindes), dan Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) di Alor. Iklan radio tentang TTD yang menggunakan bahasa asli Alor juga dikembangkan, dan berhasil menyosialisasikan pesan ke masyarakat."

MITRA kini telah memperluas program untuk memasukkan remaja melalui Proyek MITRA Youth (Box 13).

LANGKAH SELANJUTNYA

Penurunan prevalensi stunting menjadi prioritas pemerintah Indonesia.

Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting (StraNas Stunting) merupakan langkah penting untuk memastikan bahwa semua rumah tangga dengan ibu hamil atau anak di bawah usia dua tahun mendapatkan akses ke paket lengkap layanan kesehatan dasar yang penting untuk mencegah stunting.

Program MITRA dari Nutrition International telah berkontribusi pada bidang prioritas pemerintah dan telah berhasil memperkenalkan pendekatan, kegiatan, dan alat inovatif untuk meningkatkan kesehatan dan gizi di kalangan ibu dan anak.

Program ini telah menunjukkan manfaat membangun jembatan antara pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten. Program ini juga telah menunjukkan betapa pentingnya perawatan yang terpadu dan terkoordinasi kepada ibu hamil dan balita untuk mengatasi stunting dengan sukses.

Program ini telah menunjukkan bahwa mendorong semua orang berdiskusi dan berkoordinasi di satu meja yang sama membawa dampak nyata dalam memerangi stunting.

Box 13: MITRA Youth - Memberdayakan remaja dengan perbaikan kesehatan & gizi

Memanfaatkan strategi kerja sama multisektor MITRA yang sukses, Nutrition International telah memprakarsai program MITRA Youth untuk remaja putri di Indonesia.

MITRA Youth (Suplementasi Zat Besi dan Asam Folat/TTD Mingguan untuk Pencegahan dan Pengurangan Anemia pada Siswa Remaja Putri) merupakan rangkaian kegiatan gizi terpadu (termasuk suplementasi zat gizi mikro) yang dilaksanakan di 20 kabupaten/kota terpilih di Provinsi Jawa Timur dan Nusa Tenggara Timur. Selain mempertegas intensitas upaya meningkatkan pendidikan gizi dan memastikan keragaman pola makan, MITRA Youth adalah bagian dari tujuan yang lebih besar dari Nutrition International untuk mengatasi masalah gizi pada remaja putri guna mempercepat peningkatan kesehatan dan kesejahteraan di kalangan remaja putri dan memutus siklus permasalahan gizi antargenerasi.

Tujuan umum dari MITRA Youth adalah untuk meningkatkan gizi remaja putri usia sekolah (15-18 tahun) melalui peningkatan akses informasi gizi yang dibarengi dengan konsumsi suplemen zat besi dan asam folat (TTD) setiap minggu. Kegiatan ini dilaksanakan untuk mengembalikan fokus pemerintah pada kebutuhan remaja putri untuk meningkatkan hasil kesehatan dan pendidikan melalui advokasi berbasis bukti kepada pemerintah kabupaten, provinsi, dan pusat.

(lihat "Lombok Barat: Koordinasi ideal dalam perjuangan melawan stunting" sebagai contoh lain intervensi gizi untuk mengatasi anemia di kalangan remaja)



SUMBAWA BARAT: PETUGAS KESEHATAN TERAMPIL MENGOPTIMALKAN PEMENUHAN GIZI IBU DAN ANAK



Terkadang ide lama membutuhkan pendekatan baru.

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), sebagai suatu sistem yang sudah ada sejak zaman dahulu di Indonesia, selama beberapa dasawarsa telah menyediakan pelayanan kesehatan primer di seluruh nusantara terbentang dari Sabang sampai Merauke yang panjangnya setara dengan seperdelapan keliling bumi.

Puskesmas berada di garis terdepan dalam memerangi stunting di Indonesia.

Relawan memainkan peran penting dalam memastikan seluruh masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan.

Pencerah Nusantara, suatu program pemenang penghargaan yang mengarahkan tim, termasuk dokter muda, bidan, perawat, spesialis kesehatan masyarakat, dan ahli gizi, ke pusat kesehatan masyarakat telah memainkan peran penting dalam meningkatkan kesehatan ibu dan anak sejak program ini dimulai pada tahun 2012.

Pencerah Nusantara melakukannya dengan meningkatkan keterampilan dan pengetahuan relawan tenaga kesehatan yang disebut kader serta pengetahuan dan keterlibatan masyarakat setempat dalam peningkatan gizi dan kesehatan ibu hamil, ibu, dan anak.

Penguatan keterampilan adalah inti keberhasilan program. Pendekatan ini juga sejalan dengan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting (StraNas Stunting) dengan berfokus pada pendekatan “atas ke bawah” dan “bawah ke atas”.

Memastikan pusat kesehatan masyarakat memiliki staf yang memadai dan staf mereka diberi bekal yang lengkap merupakan hal yang penting untuk mengatasi stunting dengan cara yang strategis dan berkelanjutan.

Setelah pertama kali diluncurkan di tujuh wilayah sebagai program percontohan selama tiga tahun keberhasilan ini membuka jalan untuk replikasi program di seluruh Indonesia pada tahun 2015.



“28 Oktober 2012, adalah hari pertama saya berdiri di depan sekelompok anak muda. Mereka semua berusia di bawah 30 tahun, lulusan dengan latar belakang kesehatan. Mereka bilang mereka ingin mengabdikan pada Indonesia. Mereka tidak tahu pada tahap itu ke mana mereka akan ditempatkan. Tapi mereka tahu bahwa mereka akan tinggal di tempat terpencil selama satu tahun. Mereka menyatakan kesiapan mereka untuk melayani. Sekarang kami berada di tahun ke-7 dalam petualangan kami, semua orang telah kembali dengan selamat, terima kasih Tuhan... Dan saya melihat filosofi mengembangkan sistem pelayanan kesehatan dari bawah ke atas tetap ada di dalam diri mereka dan bisa menjadi pedoman untuk masa depan mereka,” ujar Diah Saminarsih, pendiri Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives (CISDI) yang menginisiasi Pencerah Nusantara.



AKSI LOKAL UNTUK MENGATASI MASALAH NASIONAL

Pencerah Nusantara merevitalisasi pelayanan kesehatan pedesaan dengan mengirimkan tim tenaga kesehatan profesional ke tengah masyarakat untuk meningkatkan kesehatan, menambahkan keterampilan tenaga kesehatan dan kader setempat serta memberdayakan masyarakat. Program ini berbeda dengan program Pegawai Tidak Tetap (PTT),²⁷ yang memberi kontrak bagi dokter dan perawat untuk bekerja di lokasi terpencil setelah mereka lulus untuk memberikan perawatan pengobatan kepada pasien.

Pencerah Nusantara memanfaatkan profesional muda dengan latar belakang kesehatan dan bidang terkait lainnya. Tim dipilih dengan cermat dan terdiri dari dokter muda, bidan, perawat, ahli gizi, dan spesialis kesehatan masyarakat yang akan bekerja sukarela di tengah masyarakat selama satu tahun.

Para relawan dipilih dengan cermat oleh CISDI, dengan dukungan dari mitra mereka dari pemerintah daerah, lembaga akademis, sektor swasta, filantropi,

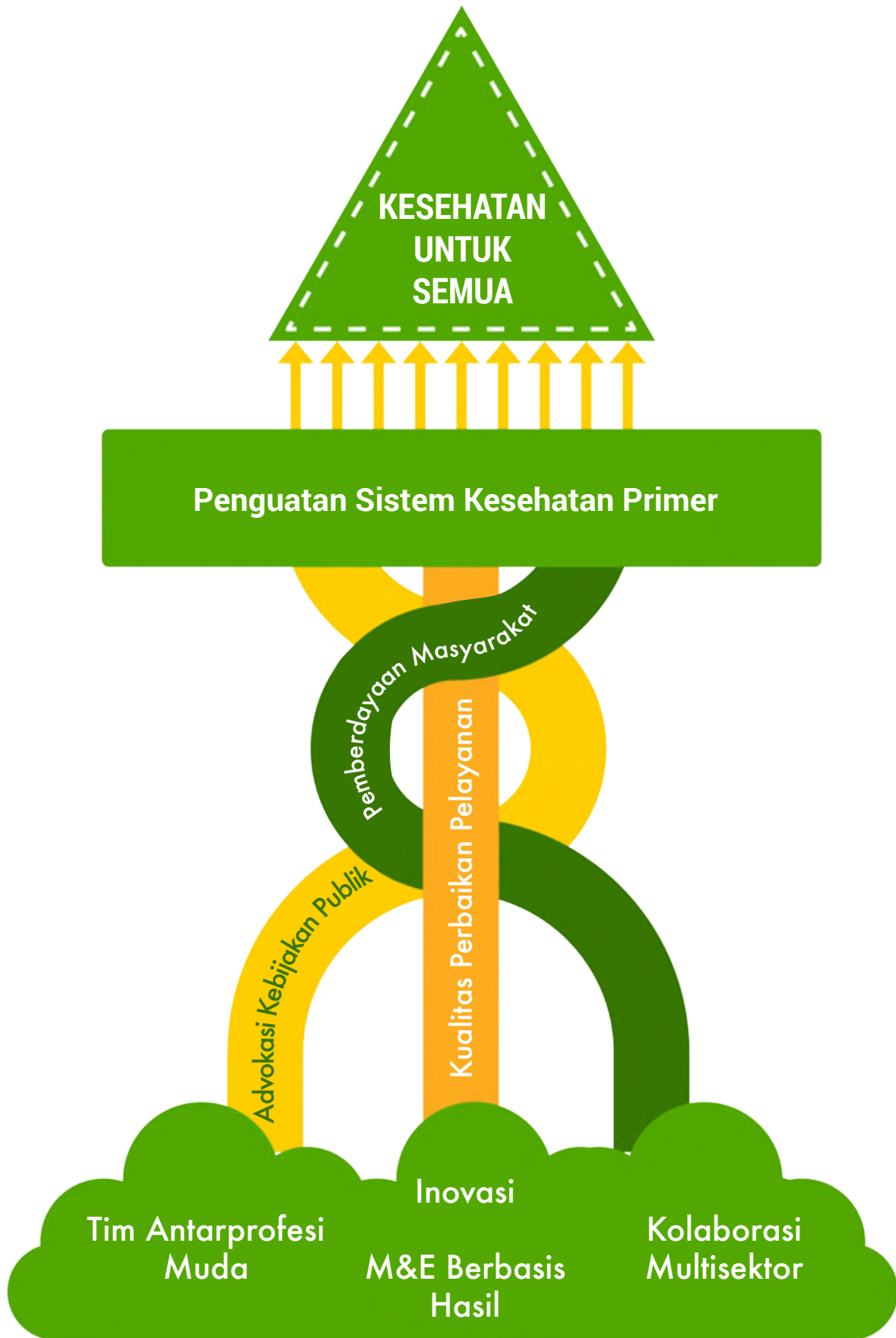
dan masyarakat sipil. Anggota tim dipilih berdasarkan prioritas di setiap komunitas. Seringkali ada fokus yang kuat pada peningkatan kesehatan ibu dan anak dan gizi masyarakat.

Pencerah Nusantara mendorong kolaborasi antar berbagai profesi, suatu pendekatan yang terbukti meningkatkan efektivitas pemberian layanan kesehatan (D'Amour et al., 2005). Hal ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas tenaga kesehatan, pembagian tugas, kombinasi keterampilan, dan kolaborasi lintas sektor (Saminarsih et al., 2014). Tenaga kerja dengan kombinasi keterampilan dari profesi klinis dan non-klinis memberikan pendekatan yang komprehensif dalam pelayanan preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif.

Pencerah Nusantara sangat meyakini bahwa sumber daya manusia yang berkualitas merupakan investasi pertama dan utama dalam penguatan pelayanan kesehatan dasar, sebagaimana terlihat dalam model Pencerah Nusantara (Lihat Gambar 9).

²⁷ Program Pegawai Tidak Tetap (PTT) diperkenalkan pada tahun 1992. Dalam program ini, dokter/perawat yang baru lulus dikontrak selama 1-2 tahun sebagai "pegawai tidak tetap" di Puskesmas terpencil (Rokx et al., 2010).

Gambar 9: Model Pencerah Nusantara



MEMBEKALI TIM DENGAN KETERAMPILAN YANG MEMBAWA DAMPAK YANG SIGNIFIKAN

Menjelang penempatan, setiap anggota tim Pencerah Nusantara menjalani pelatihan selama tujuh minggu. Mereka menerima pelatihan yang disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan khusus dari populasi target mereka.

Tim dibekali dengan pengetahuan dan keterampilan medis, kepemimpinan, dan manajerial. Pembekalan ini memungkinkan mereka untuk membangun kapasitas penyedia layanan kesehatan lokal, membantu menjalankan kegiatan operasional Puskesmas secara lebih efektif, dan menjadi pusat informasi bagi masyarakat.

Mereka diberi pelatihan keterampilan komunikasi, advokasi, dan kolaborasi lintas sektor. Pelatihan ini membantu untuk meningkatkan keterampilan, efisiensi dan kerja sama, termasuk dengan Dinas Pendidikan, Bappeda, dan lain-lain. Keterlibatan lintas sektor memperkuat posisi dan peran strategis Puskesmas sebagai penggerak utama pembangunan kesehatan daerah.

Tim juga dibekali dengan keterampilan dalam hal adaptasi budaya dan advokasi, serta pencegahan kelelahan dan pengelolaan stres. Keterampilan tersebut meningkatkan potensi petugas kesehatan diterima oleh masyarakat (World Health Organization, 2018).

Satu Puskesmas menerima tiga tim Pencerah Nusantara selama tiga tahun dengan tim yang bertugas secara bergiliran setiap tahun. Program juga fokus pada perencanaan, akuntabilitas, pemantauan, dan evaluasi.

Pencerah Nusantara menggunakan berbagai alat untuk mengidentifikasi dan memecahkan masalah kesehatan masyarakat. Survei Kesehatan Masyarakat mengumpulkan data terkait kesehatan (misalnya keadaan sanitasi dan gizi, pengetahuan tentang layanan saat ini dan kualitasnya, dll.) di tingkat kecamatan dengan melibatkan penduduk setempat. Pendekatan partisipatif ini membangun rasa memiliki dan membuat masyarakat cenderung menerima temuan survei dengan lebih baik.

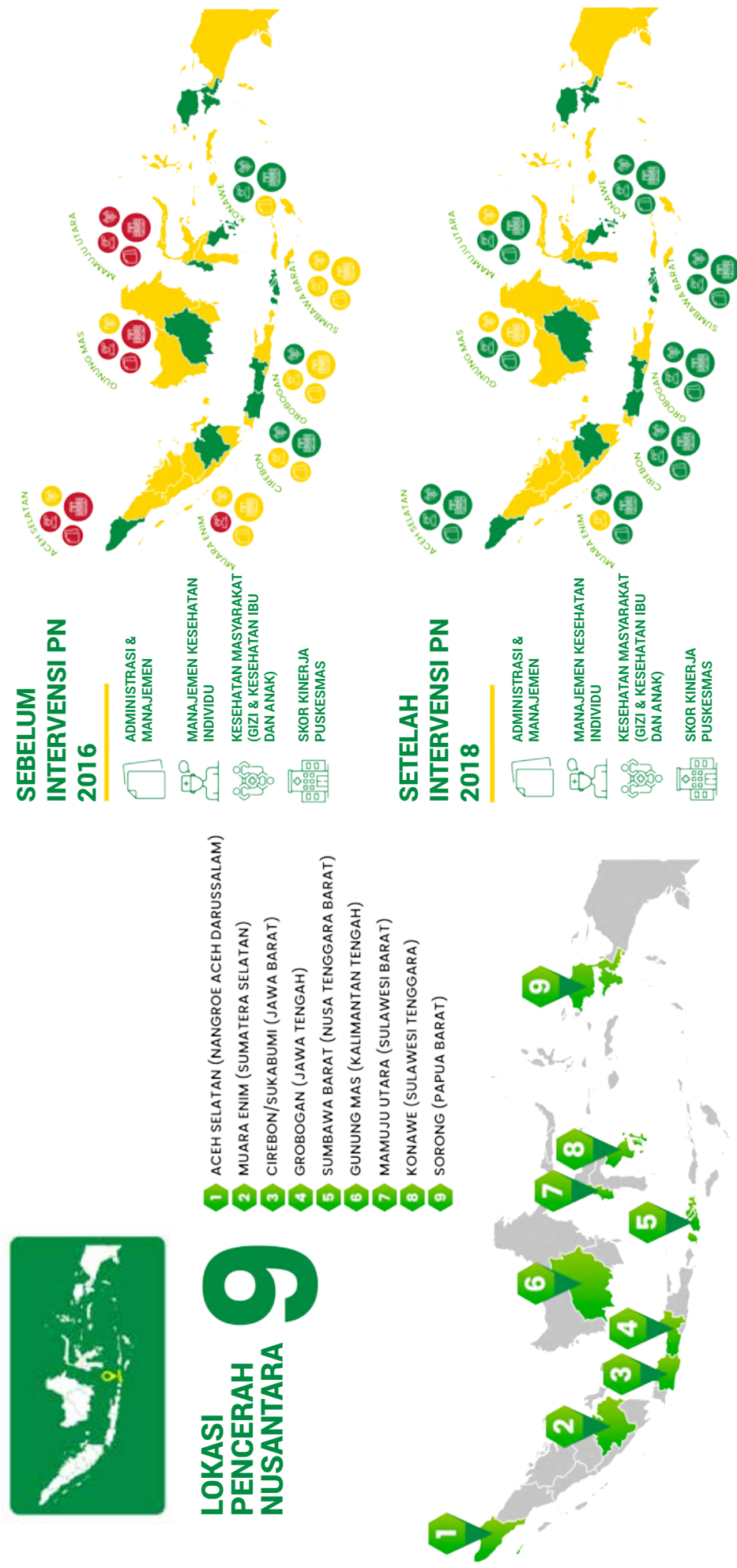
Setelah data dianalisis, survei lain bernama Survei Mawas Diri (SMD) akan menilai pendapat tentang tanggung jawab bersama atas status kesehatan dan kondisi layanan. Musyawarah Masyarakat Desa kemudian diadakan untuk menentukan masalah yang menjadi prioritas, strategi rancangan solusi dan rencana aksi yang masuk akan disusun dengan mengidentifikasi dan memobilisasi sumber daya lokal yang tersedia.

Setiap Puskesmas membina Badan Penyantun Puskesmas, yang berfungsi sebagai pengawas, dan bertindak sebagai duta kesehatan dan perpanjangan tangan petugas kesehatan dalam mensosialisasikan pesan promosi kesehatan kepada masyarakat.

Program ini telah berhasil meningkatkan Standar Pelayanan Minimal²⁸ bagi Puskesmas yang bergabung dalam program Pencerah Nusantara (Gambar 10).

28 Standar Pelayanan Minimal (SPM) merupakan tolok ukur kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan Puskesmas yang akan diterapkan pemerintah kabupaten. Standar ini meliputi pelayanan wajib Puskesmas: pengelolaan Puskesmas, kegiatan promosi kesehatan, intervensi kesehatan lingkungan, intervensi kesehatan ibu dan anak, upaya perbaikan gizi, upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, dan pengobatan dasar (lihat Peraturan Menteri Kesehatan No. 741 Tahun 2008 untuk rinciannya).

Gambar 10: Puskesmas menunjukkan peningkatan standar pelayanan setelah intervensi Pencerah Nusantara



Pelatihan sebelum bertugas (*pre-service training*) dan pengalaman langsung di tempat kerja (*on-the-job*) yang diberikan Program Pencerah Nusantara juga telah berhasil meningkatkan kesiapan tenaga kesehatan yang diukur melalui alat Penilaian Kesiapan Masyarakat atau *Community Readiness Assessment* (CRA) (Gambar 11).

Sejak awal, Pencerah Nusantara dirancang sebagai suatu percontohan yang kemudian akan direplikasi di tingkat nasional. Lokasi penempatan tim mewakili keragaman yang ada di Indonesia. Pedoman replikasi²⁹ Pencerah Nusantara menguraikan langkah-langkah dan menyediakan alat dan sumber daya sehingga organisasi lain dapat mengembangkan versi program yang disesuaikan.

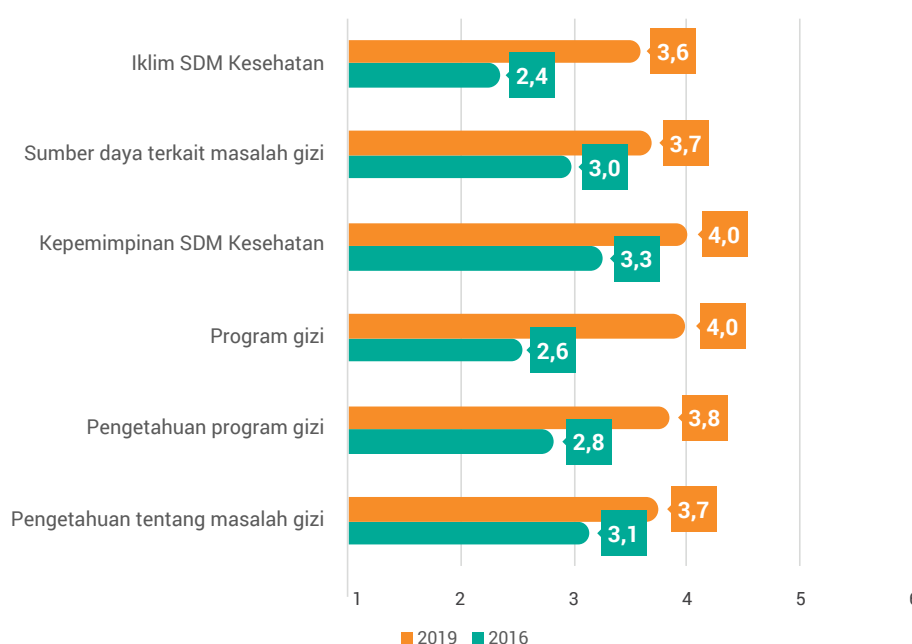
Pada tahun 2015, Kementerian Kesehatan memperluas Pencerah Nusantara untuk dilaksanakan secara nasional sebagai program Nusantara Sehat. Program ini diluncurkan oleh Presiden dan diawasi langsung oleh Kantor Staf Presiden. Saat diluncurkan pada tahun 2015, sebanyak 120 Puskesmas di 44 kabupaten di daerah terpencil, perbatasan, dan tertinggal dipilih sebagai lokasi penempatan.³⁰

Transparansi, akuntabilitas, dan kepekaan dalam rancangan dan pelayanan membuat Pencerah Nusantara menerima *Open Government Awards* pada tahun 2015. Hingga saat ini, Pencerah Nusantara tetap menjadi *platform* untuk menguji ide-ide baru untuk memperkuat layanan kesehatan dasar secara lokal tanpa pendanaan yang besar.

Hingga tahun 2019 program Pencerah Nusantara telah mengirim sebanyak 222 tenaga kesehatan muda ke 16 lokasi sasaran dengan lebih dari 262.000 penerima manfaat. Berbagai program kesehatan berbasis masyarakat kini tersedia di setiap desa di lokasi yang berpartisipasi, dengan dukungan penuh dari penduduk setempat.

Berdasarkan pengalaman, CISDI kini telah memodifikasi program Pencerah Nusantara dengan misi khusus untuk membatasi penularan COVID-19, merawat mereka yang tertular, dan mempertahankan layanan kesehatan esensial selama pandemi. Tim Pencerah Nusantara kini bekerja sama dengan delapan Puskesmas di zona merah COVID-19 di Jakarta Utara dan Bandung.

Gambar 11: Perubahan indikator penilaian kesiapan Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan setelah intervensi selama 3 tahun



29 Pedoman replikasi Pencerah Nusantara dapat diminta kepada CISDI.

30 Pada tahun 2017, program Nusantara Sehat diperluas dengan memasukkan skema kontrak individu, untuk mengakomodasi beberapa Puskesmas yang mungkin membutuhkan kurang dari lima tenaga kesehatan tersebut. Para peserta akan bertugas di tempat penempatan selama dua tahun dan kembali setelah menyelesaikan kontrak penempatan. Antara tahun 2015-2018 sebanyak 3.380 peserta tim Nusantara Sehat dikirimkan ke 162 kabupaten/kota. Pada tahun 2017-2018 sebanyak 3.997 peserta individu Nusantara Sehat dikirimkan ke 225 kabupaten/kota di 29 provinsi.



MENINGKATKAN GIZI IBU DI KECAMATAN POTO TANO

Salah satu cerita sukses dari program ini adalah dorongan untuk meningkatkan gizi ibu dan ibu hamil melalui pembekalan petugas kesehatan dengan keterampilan teknis dan dukungan yang mereka butuhkan untuk membuat perubahan di Poto Tano.

Hal ini dicapai dengan memberikan pelatihan yang berisi kombinasi kemampuan teknis (*hard skill*) dan kemampuan non-teknis (*soft skill*).

Pelatihan ini termasuk membantu ahli gizi untuk belajar cara menggunakan perangkat lunak dan membantu staf untuk merencanakan, membuat anggaran, serta memonitor dan mengevaluasi program kesehatan. Pencatatan yang akurat dan penggunaan alat untuk memantau kesehatan dan pertumbuhan anak juga menjadi prioritas.



"Materi kelas gizi disesuaikan dengan permasalahan yang ada di Kecamatan Poto Tano, seperti adanya pantangan makanan dan potensi bahan pangan lokal, seperti kelor yang dapat dikembangkan menjadi bahan pemberian makanan tambahan (PMT) dalam program PMT Penyuluhan dan makanan sehat untuk anak," ujar Laily, Ahli Gizi Puskesmas Poto Tano.

"Pencerah Nusantara mengajari saya untuk menganalisis tren cakupan. Saya juga belajar berkolaborasi lintas program di Puskesmas dan melakukan advokasi lintas sektor. Saya merasa memiliki lebih banyak pengetahuan tentang program gizi," lanjutnya.

Inovasi lain Pencerah Nusantara adalah meningkatkan partisipasi masyarakat setempat pada kegiatan kesehatan bersama Puskesmas.

Salah satu inisiatif yang terbukti populer dan berhasil adalah mendorong masyarakat setempat untuk memperbaiki gizi dengan menggunakan kelor, yakni tanaman bergizi tinggi, yang kaya kalsium, zat besi, dan vitamin, untuk meningkatkan gizi.

Program ini mengundang ahli gizi dan kader Puskesmas untuk membuat makanan ringan dari daun kelor, antara lain puding dan *nugget* dari daun kelor. Pelajaran memasak sukses diadakan di setiap desa di Kecamatan Poto Tano.

Hasilnya, diterbitkan peraturan untuk pelestarian pohon kelor: Perbup No. 80 tahun 2017 tentang Gerakan Menanam dan Melestarikan Kelor (Gemari Kelor). Selain itu, Dinas Kesehatan Kabupaten Sumbawa Barat bekerja sama dengan industri pangan untuk memproduksi bahan pangan berbahan dasar kelor.

Program Pencerah Nusantara telah memberikan dampak yang lestari terhadap program gizi Puskesmas di Kecamatan Poto Tano. Hal ini dinilai melalui Penilaian Potensi Keberlanjutan atau *Potential Sustainability Assessment* (PSA), di mana tim menilai perubahan pada Puskesmas dan masyarakat setempat dalam hal program perbaikan gizi.³¹ Setelah intervensi selama tiga tahun, terjadi peningkatan skor keberlanjutan program gizi secara keseluruhan - dari 2,7 pada tahun 2016 menjadi 4,2 (maksimal 5) pada tahun 2019. Hal ini menunjukkan adanya perubahan menyeluruh pada semua aspek keberlanjutan program gizi (Gambar 12).

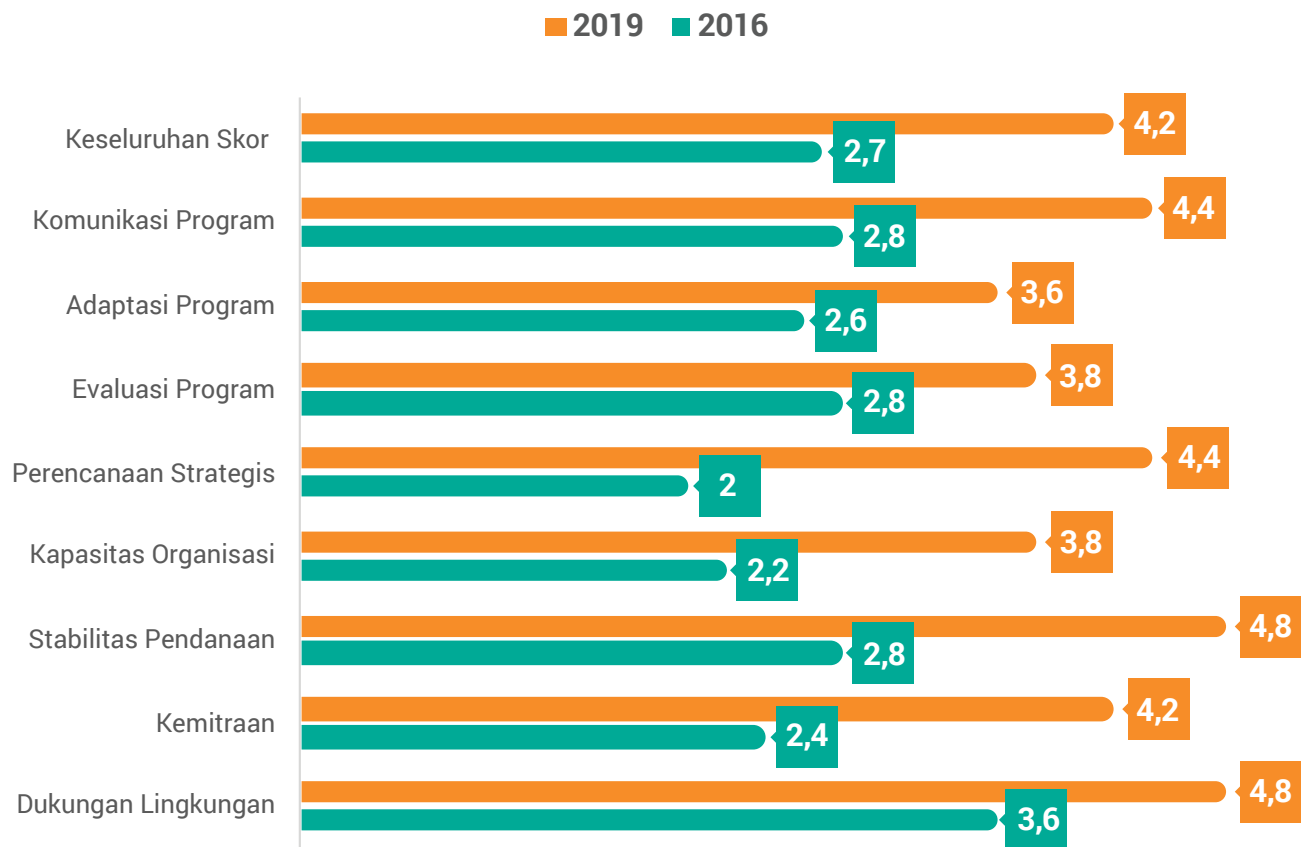
Keterampilan, skala, dan keberlanjutan dengan melibatkan masyarakat dan pemimpin lokal telah menjadi inti dari keberhasilan program.

Terkadang ide lama membutuhkan pendekatan baru.

Terkadang diperlukan juga keterampilan baru untuk mengatasi masalah stunting yang sudah lama terjadi.

31 Penilaian Potensi Keberlanjutan atau *Program Sustainability Assessment* (PSA): alat untuk mendorong penilaian mandiri organisasi dilihat dari delapan domain keberlanjutan: dukungan lingkungan, stabilitas pendanaan, kemitraan, kapasitas organisasi, evaluasi program, adaptasi program, komunikasi program, dan perencanaan strategis. Penilaian ini dapat dijadikan alat untuk menilai domain dan mengembangkan rencana aksi untuk meningkatkan potensi keberlanjutan.

Gambar 12: Program Pencerah Nusantara meningkatkan penilaian potensi keberlanjutan program gizi di Puskesmas Poto Tano*



*Penilaian Potensi Keberlanjutan (PSA) program gizi di Puskesmas Poto Tano pada 2016, 2019.



TIMOR TENGAH SELATAN: MEMBINA KETERAMPILAN BERTANI KELUARGA UNTUK POLA MAKAN YANG LEBIH BAIK



Makanan dan pertanian adalah hal penting. Demikian halnya di provinsi paling selatan Indonesia: Nusa Tenggara Timur. Makanan yang tepat pada waktu yang tepat sering kali menjadi hal yang langka di tempat ini.

Akibatnya, stunting dan permasalahan terkait gizi lain menjadi masalah kesehatan masyarakat yang utama. Namun, suatu program untuk mendorong keterampilan bertani bapak-bapak dan ibu-ibu di 4.000 keluarga miskin di tempat ini telah terbukti berhasil meningkatkan gizi, kebersihan, dan pendapatan.

Benih dan dukungan merupakan inti dari program yang akan membantu keluarga miskin, terutama di mana ibu membesarkan keluarganya tanpa pasangan, menanam hingga enam jenis sayuran dan buah-buahan yang berbeda di kebun mereka sepanjang tahun agar makanan keluarga beraneka ragam. Dari sawi hijau, bayam, selada, kacang panjang, kacang hijau, dan tomat hingga terung, singkong, ubi jalar, labu, dan pepaya, program ini mendorong gizi yang lebih baik dengan pendekatan langsung. Para ibu juga didukung dalam memelihara ayam, membangun kandang ayam dan mengembangkan keterampilan memasak yang sehat untuk meningkatkan konsumsi makanan kaya gizi. Bagian dari partisipasinya, para petani menggunakan alat pertanian mereka seperti sekop, dan ember air sebagai kontribusi dalam bentuk barang.

Kekurangan gizi yang akut dan kronis sudah menjadi masalah di wilayah ini sejak lama. Provinsi Nusa Tenggara Timur merupakan salah satu daerah di Indonesia yang sangat rentan, dari segi ketahanan pangan maupun gizi. Provinsi ini mengalami angka stunting dan *wasting* tertinggi pada anak balita di Indonesia, masing-masing mencapai hampir 52% dan 15% pada tahun 2013 (Balitbangkes, 2013).

Prevalensi stunting di daerah ini tidak berubah dalam 11 tahun terakhir, sementara angka nasional telah turun dari 48% pada tahun 1995 menjadi 37% pada tahun 2013 (Badan Pusat Statistik, et al., 1996; Balitbangkes, 2013). Kabupaten Timor Tengah Selatan (TTS) adalah salah satu kabupaten terburuk di provinsi ini dalam hal ketahanan pangan dan kekurangan gizi: 70% anak menderita stunting dan 14% menderita *wasting* (Balitbangkes, 2013).

Helen Keller International, sebagai bagian dari *Project Laser Beam* (yang dijelaskan dalam “Nusa Tenggara Timur: *Project Laser Beam* membantu ibu dan anak-anak di daerah terpencil yang rawan pangan”) dengan dukungan dari sektor swasta, Mondelēz International Foundation, meluncurkan program *Enhanced Homestead Food Production* (EHFP), suatu pendekatan pertanian gizi sensitif untuk meningkatkan gizi dan akses pangan yang berkelanjutan di kabupaten TTS antara tahun 2012 hingga 2015.



Program EHFP adalah pendekatan berbasis pangan untuk memerangi kekurangan gizi, yang dirancang untuk membawa perbaikan berkelanjutan pada kesehatan dan gizi anggota keluarga yang rentan, terutama ibu dan anak (Girard et al., 2012).

Meningkatkan keterampilan pertanian petani perempuan dan memperkuat pengetahuan mereka tentang gizi adalah senjata ampuh dalam memerangi stunting. Hal ini telah terbukti di kawasan Asia-Pasifik sejak Helen Keller pertama kali meluncurkan konsep EHFP di Bangladesh pada tahun 1991.

Manfaat program EHFP antara lain:

- Meningkatkan akses dan konsumsi makanan kaya zat gizi mikro sepanjang tahun
- Mendorong aksi terkait gizi dan kebersihan yang penting
- Meningkatkan pendapatan dan mata pencaharian keluarga

Melalui pelatihan dan konseling gizi, keluarga sasaran didorong untuk meningkatkan produksi dan konsumsi pangan kaya gizi seperti sayur-sayuran, buah-buahan, telur, dan daging. Pendapatan dari penjualan kelebihan produk biasanya digunakan untuk membeli makanan kaya zat gizi mikro dan

untuk membayar pengeluaran keluarga, seperti perawatan kesehatan dan pendidikan anak-anak (Haselow et al., 2016).

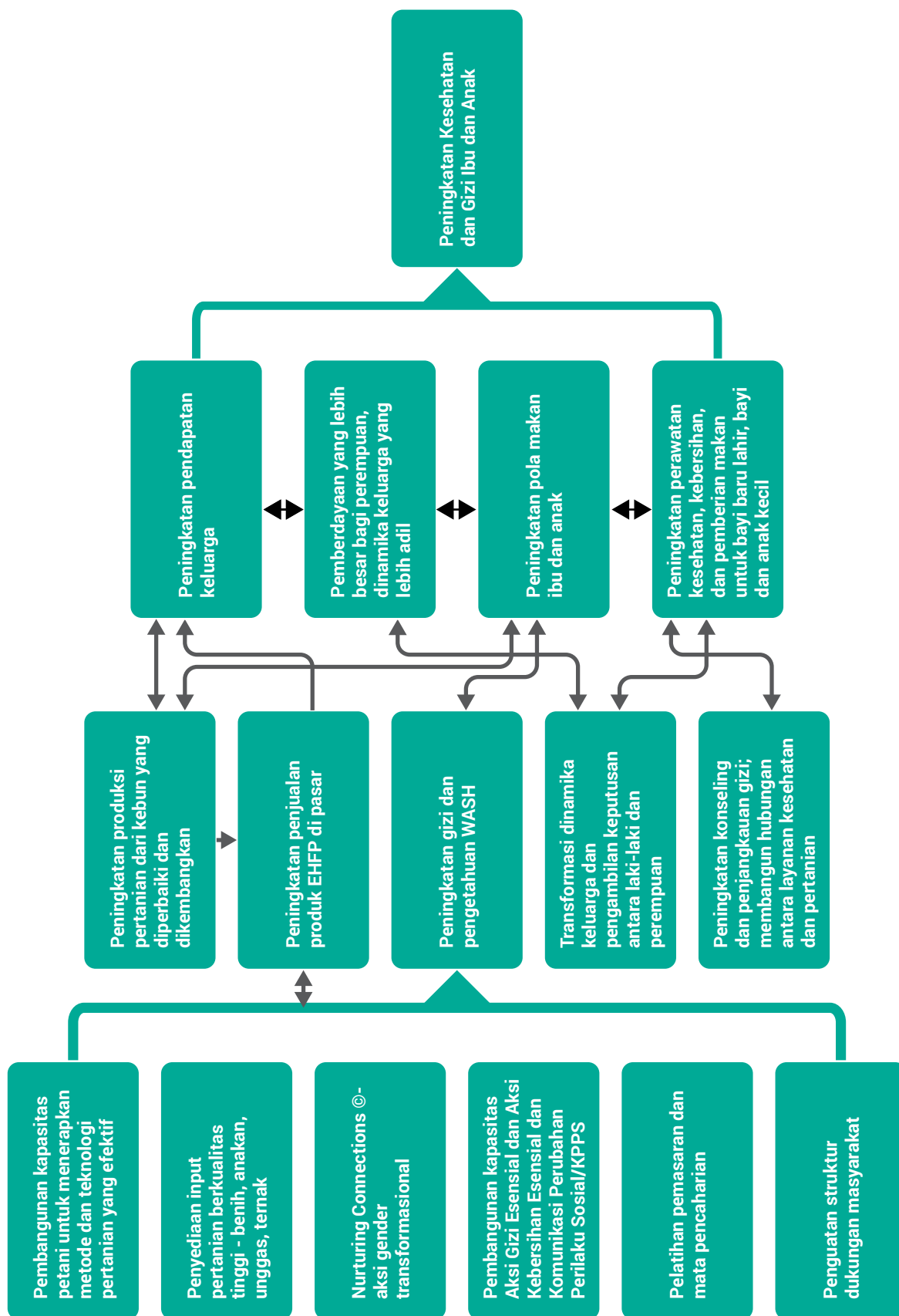


"Helen Keller, melalui program EHFP di desa kami, telah memperbaiki kehidupan keluarga saya karena kami sekarang menanam sayuran organik dan memelihara unggas, serta lele di kebun kami," kata Margarita (Rita) Manes, penduduk desa. "Produksi sayur-sayuran, ayam, dan lele ini sangat bagus sehingga saya bisa menjual sebagian ke pasar dan dengan begitu kondisi ekonomi kami meningkat sekaligus kami dapat memenuhi kebutuhan pokok keluarga ... Saya yakin hasil kegiatan ini akan membantu saya untuk menyediakan uang yang cukup untuk membayar biaya sekolah anak-anak saya. Saya sangat berharap pemerintah terus mendukung kegiatan ini," tambahnya.

Di Kamboja, Vietnam, dan Bangladesh, yang merupakan lokasi lain dari proyek EHFP, program ini mengalami kesuksesan yang sama. Banyak keluarga di negara-negara tersebut yang menikmati peningkatan ketahanan pangan dan pendapatan (Khetran, 2012; Olney et al., 2013).

Gambar 13 mengilustrasikan kerangka konseptual hubungan antara strategi produksi pangan keluarga dengan kesehatan dan gizi.

Gambar 13: Kerangka konseptual hubungan antara strategi produksi pangan keluarga dengan kesehatan dan gizi



Sumber: Standar program minimal EHFP (Helen Keller International, 2018)



Program EHFP di Kabupaten TTS adalah *Rapid Action on Nutrition and Agriculture Initiatives* (RANTAI).

Proyek ini menargetkan keluarga miskin dan keluarga dengan anak balita, dengan fokus pada peningkatan gizi pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (1.000 HPK), yakni masa perkembangan anak sejak pembuahan hingga usia dua tahun. Stranas Stunting Pemerintah Indonesia bertujuan untuk memastikan bahwa sumber daya diarahkan dan dialokasikan untuk mendukung dan membiayai kegiatan gizi prioritas yang berkualitas, khususnya pada rumah tangga 1.000 HPK.

Tujuan utama dari program EHFP/RANTAI adalah:

1. Meningkatkan keragaman dan produksi buah dan sayuran sepanjang tahun
2. Meningkatkan produksi makanan sumber hewani sepanjang tahun
3. Meningkatkan konsumsi makanan kaya zat gizi mikro, terutama di kalangan ibu dan anak-anak, melalui peningkatan produksi dan edukasi terkait gizi
4. Meningkatkan kesehatan dan gizi ibu dan anak di keluarga peserta

RANTAI bertujuan untuk meningkatkan ketahanan pangan dan gizi bagi sekitar 4.000 keluarga rentan

terpencil dan anggota keluarganya. Untuk mencapai tujuan ini, Helen Keller membagi implementasi program menjadi dua tahap seperti yang tercantum dalam Tabel 1. Tahap pertama berfungsi sebagai percontohan untuk menguji substansi kegiatan dan cara penyampaian program sebelum pelaksanaan diperluas. Model ini memanfaatkan struktur dan sistem masyarakat yang ada untuk membuat kebun percontohan untuk mendukung keluarga penerima manfaat. Dua ratus kebun percontohan dibuat di Kabupaten TTS untuk menjadi sumber pengetahuan dan informasi yang berkelanjutan bagi para peserta.

Tabel 1: Jumlah rumah tangga yang dijangkau melalui RANTAI

Target	Tahap 1	Tahap 2	Total
Keluarga	1,601	2,400	4,001
Kebun percontohan	80	120	200
Desa	40	34	74
Kecamatan	13	4	17

RANTAI memilih keluarga sebagai peserta berdasarkan kriteria berikut ini:

- Kriteria utama: keluarga miskin dengan anak kecil dan/atau ibu hamil atau menyusui, yang ditentukan secara lokal oleh pemangku kepentingan desa utama
- Kriteria sekunder: keluarga miskin dengan orang tua laki-laki yang tidak berada di desa atau tidak lagi bersama keluarga (tanpa memandang apakah ada anak)

RANTAI memetakan desa-desa untuk mendapatkan pemahaman mendalam tentang masyarakat sasaran dan sumber daya yang tersedia.

Selama pemetaan desa, anggota masyarakat memberikan informasi tentang total penduduk, sumber daya pertanian (misalnya, air, input pertanian, serta aset keluarga dan masyarakat), input peternakan, aset, dan praktik saat ini.

Staf Helen Keller juga belajar tentang ketersediaan dan akses ke layanan kesehatan di tingkat desa dan

dusun melalui latihan pemetaan.

Pemetaan desa melibatkan semua pemangku kepentingan di desa, seperti kepala desa dan kepala dusun, bidan desa, kader kesehatan masyarakat, serta tokoh masyarakat dan tokoh agama. Kriteria keluarga miskin dibahas dan disepakati semua pemangku kepentingan; keluarga yang memenuhi kriteria dipilih dan staf proyek kemudian melakukan kunjungan pemantauan untuk memverifikasi keluarga terpilih. Selama kunjungan, staf Helen Keller menjelaskan tujuan proyek, peran dan tanggung jawab yang diharapkan dari setiap keluarga, dan menegaskan komitmen keluarga untuk berpartisipasi dalam proyek RANTAI. Keluarga terpilih menandatangani surat komitmen dan partisipasi. Kemudian, keluarga yang berpartisipasi membentuk kelompok dan memilih satu orang untuk menjadi ketua kebun percontohan.

Jumlah keluarga yang berpartisipasi dan jumlah kebun percontohan meningkat lebih dari dua kali lipat pada dua tahap program.



KEBUN PERCONTOHAN BERBAGI BENIH DAN PUPUK

Peran ketua kebun percontohan sangat penting karena ketua adalah narasumber utama di masyarakat yang akan menunjukkan berbagai aspek RANTAI, menghubungkan keluarga dengan penyedia layanan kesehatan dan pertanian, dan menjaga komunikasi dengan staf Helen Keller dan keluarga peserta bila diperlukan.

Ketua kebun percontohan berperan sebagai penyedia bantuan teknis bagi keluarga lain (baik peserta maupun non-peserta) dan mendistribusikan input pertanian – seperti benih buah dan sayuran serta pupuk. Proyek ini menyediakan benih untuk berbagai makanan kaya zat gizi mikro, dengan memprioritaskan komoditas yang bergizi dan dapat dijual di pasar lokal.

Benih ini menghasilkan sayuran lokal dari kabupaten. Tujuannya adalah agar setiap kebun menanam empat hingga enam jenis sayuran yang berbeda sepanjang tahun agar pola makan mereka beragam. Proyek ini juga mengajarkan keluarga cara memanen air hujan untuk irigasi.

Guna membantu merencanakan apa yang akan ditanam di kebun, setiap peserta menerima kalender tanam untuk mengidentifikasi waktu terbaik menanam setiap sayuran berdasarkan bulan seperti yang ditunjukkan pada Gambar 14. Kalender tanam ini, biasanya digantung di dinding rumah peserta, juga digunakan sebagai alat pengajaran selama pertemuan penyegaran.

Helen Keller mengadakan pertemuan penyegaran secara berkala selama program berjalan agar para peserta mendapatkan informasi terbaru tentang kegiatan di kebun percontohan, belajar cara mengelola dan mengisi formulir pemantauan, berbagi cerita sukses dan tantangan, dan merevisi rencana kerja setiap kebun percontohan berdasarkan hasil diskusi dan berbagi.

RANTAI mempromosikan penggunaan benih lokal berdasarkan hasil uji perkecambahan yang dilakukan oleh staf proyek, dan melatih peserta untuk menggunakan sumber bahan berbiaya rendah yang tersedia di komunitas mereka untuk meningkatkan keberlanjutan.

Gambar 14: Kalender tanam hortikultura



BETERNAK AYAM PETELUR DAN PEDAGING

RANTAI juga mendorong kegiatan beternak ayam karena telur dan dagingnya dapat menjadi sumber protein hewani bagi keluarga dan memberikan pendapatan dari penjualan kelebihan telur dan daging.

RANTAI membagikan anak ayam (umur 10-12 minggu) kepada para peserta untuk dipelihara. Ketua kebun percontohan menerima 20 ekor ayam (15 betina dan 5 jantan) dan anggota kelompok peternak contoh menerima 6 ekor ayam (5 betina dan 1 jantan). Helen Keller International membeli ayam-ayam dari peternak lokal di desa, dan memberikan pelatihan beternak ayam termasuk memproduksi pakan unggas dengan menggunakan bahan-bahan yang tersedia secara lokal seperti jagung, beras, kacang hijau, ikan, dan kelapa. Proyek ini juga mengajari keluarga cara membuat kandang ayam, dan tentang nilai gizi ayam, telur, lele, serta sumber protein hewani lain. Dengan bantuan Dinas Peternakan Kabupaten, ketua kebun percontohan memvaksinasi ayam untuk mencegah penyakit umum dan mengurangi kematian.

MEMASUKKAN PENDIDIKAN GIZI KE DALAM GAYA HIDUP

Pada awal proyek, Helen Keller melakukan penelitian untuk mengadaptasi program RANTAI secara lokal. Hasil penelitian menunjukkan bahwa masyarakat memperoleh informasi tentang gizi dari berbagai sumber antara lain dari anggota keluarga, masyarakat, dan tokoh agama. Gereja memiliki hubungan yang kuat dengan masyarakat hingga ke tingkat desa. Staf Helen Keller secara rutin bertemu dengan tokoh agama utama di masyarakat untuk membahas bagaimana mereka dapat membantu memberikan pendidikan gizi kepada jemaat mereka di daerah-daerah yang didukung RANTAI. Temuan penting lain adalah peran ibu mertua: pengaruh mereka besar pada praktik pemberian makan bayi dan anak serta pemberian makan keluarga. Oleh karena itu, mereka didorong untuk berperan aktif dalam pelatihan dan pertemuan tentang pendidikan gizi (Mardewi, 2013).

Memasukkan pendidikan gizi ke dalam proyek pertanian berpotensi meningkatkan konsumsi dan gizi (FAO, 2016). RANTAI memberikan pelatihan pendidikan gizi kepada ketua kebun percontohan, yang memfasilitasi sesi pendidikan gizi kepada

anggota termasuk ibu dan ibu mertua untuk mendorong keluarga memanfaatkan buah, sayuran, dan sumber protein hewani yang kaya zat gizi mikro untuk konsumsi sendiri. Mereka juga mendorong penggunaan garam beryodium, konsumsi makanan yang beragam, keamanan pangan, praktik mencuci tangan, dan partisipasi dalam pelayanan kesehatan dan gizi.

Untuk membantu keluarga menyiapkan makanan sehat dan lezat untuk anak-anak, Helen Keller menyelenggarakan acara demo masak yang banyak disukai dan membuat buku resep keluarga untuk memandu ibu-ibu tentang cara menyiapkan makanan bergizi dengan biaya rendah (Gambar 15). Buku ini berisi resep khusus untuk berbagai kelompok umur, kandungan gizi makanan dengan biayanya, serta tips dan trik memasak makanan sehat menggunakan bahan-bahan yang tersedia secara lokal, dengan fokus pada makanan yang akrab bagi keluarga peserta. Materi yang disusun yaitu termasuk deskripsi bergambar untuk membantu mereka yang berpendidikan rendah.

Gambar 15: Sampul buku resep dan contoh resep



MEMPERBAIKI POLA MAKAN MENGUNAKAN BAHAN PANGAN LOKAL

Helen Keller mengumpulkan data di awal dan akhir proyek sebagai bagian dari studi awal dan akhir. Studi ini menemukan perubahan yang signifikan pada keluarga yang terlibat dalam proyek, terkait perbaikan gizi dan praktik kesehatan. Data studi akhir menunjukkan bahwa jumlah keluarga dengan pola makan yang baik, seperti yang ditunjukkan dalam Skor Konsumsi Makanan (*Food Consumption Score/FCS*) – perkiraan jumlah makanan berkualitas yang dimakan suatu keluarga meningkat pesat dari 34% menjadi 67% ($p < .0001$) di tahap 1.

Pada tahap 2 keluarga juga mengalami peningkatan FCS dari 47% menjadi 59% pada akhir proyek. Namun, perbedaan ini tidak signifikan secara statistik.

Keluarga yang berpartisipasi di tahap 1 cenderung memiliki pola makan yang baik (FCS) lebih rendah pada studi awal dibandingkan dengan keluarga di tahap 2 pada studi awal. Sehingga, perubahan pola makan ditemukan lebih tinggi di keluarga tahap 1 karena mereka melaksanakan program satu tahun lebih lama dibandingkan dengan keluarga di tahap 2. Selain itu, jumlah sampel studi akhir tahap 2 mungkin tidak cukup untuk mendeteksi perbedaan yang signifikan secara statistik.

Kerawanan pangan keluarga, yang dinilai menggunakan Skala Akses Kerawanan Pangan Keluarga (*Household Food Insecurity Access Scale/HFIAS*) juga meningkat secara signifikan. Hampir 30% keluarga di tahap 1 pada studi awal sangat rawan pangan. Angka ini turun menjadi kurang dari 10% pada akhir proyek ($p < 0,05$). Demikian pula, lebih dari 30% keluarga di tahap 2 pada awalnya sangat rawan pangan. Angka tersebut turun secara signifikan menjadi 18% di akhir proyek.

Data juga menunjukkan bahwa anak-anak di keluarga pada dua tahap ini mengonsumsi lebih banyak sayuran, daging, dan telur di akhir proyek, meskipun untuk daging dan telur, perubahan ini hanya signifikan secara statistik di rumah tangga tahap 2 ($p < 0,05$) (Helen Keller International, 2016).



Model EHFP HKI melengkapi model Kementerian Pertanian untuk ketahanan pangan: Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL). Keduanya meningkatkan ketahanan pangan dan pendapatan keluarga. Namun, model EHFP lebih menekankan pada peningkatan kesehatan dan gizi untuk anak-anak dan ibu hamil dan menyusui.

Kementerian Pertanian bermaksud untuk meningkatkan penerapan model KRPL di seluruh Indonesia. HKI telah membagikan materi proyek dan pembelajaran dari EHFP kepada Kementerian Pertanian untuk potensi kolaborasi dan replikasi. Selain itu, HKI akan terus membagikan data ini kepada pemangku kepentingan terkait untuk menginformasikan kebijakan dan program nasional ketahanan pangan dan gizi. Perwakilan pemerintah daerah juga dilibatkan dan diberi informasi tentang hasil proyek dan mengakui manfaat proyek RANTAI bagi masyarakat.



"Kelompok petani yang terbentuk di Desa Tune sangat terbantu dalam beternak ayam untuk konsumsi telur dan dagingnya. Mereka juga sangat terbantu dengan menanam sayuran, sehingga masyarakat yang biasa berbelanja di pasar di kota kini bisa mengambilnya dari pekarangan mereka sendiri. Pemerintah desa bersedia membantu pengelolaan dan pendistribusian hasil produksi untuk meningkatkan pendapatan rumah tangga," kata Arid Oematan, Kepala Bagian Keuangan Desa Tune.

Program pertanian gizi sensitif berbasis masyarakat dapat membantu memperbaiki kerawanan pangan dan meningkatkan asupan makanan, bahkan di masyarakat termiskin dan paling terpencil sekalipun. Periode percontohan memungkinkan proyek untuk menguji modalitasnya dan menyesuaikan pelaksanaannya sebelum diperluas ke masyarakat yang lebih besar. Model berkelanjutan telah menunjukkan hasil yang signifikan secara statistik.

BANGGAI: AKADEMISI DAN PIMPINAN DAERAH BERKOLABORASI UNTUK MEMBAWA PERUBAHAN



Universitas lebih dari sekadar tentang pengetahuan, keterampilan, dan pembelajaran. Universitas adalah mercusuar harapan bagi masyarakat yang mengalami angka kematian ibu dan stunting anak yang tinggi.

Ada semakin banyak universitas di Indonesia memainkan peran penting sebagai pendamping pejabat pemerintah daerah yang berusaha mengoptimalkan langkah-langkah Indonesia untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Di Sulawesi Tengah, para ahli dari dua lembaga - Universitas Hasanuddin (UNHAS) dan Institut Gizi Indonesia (IGI) - telah berbagi pengetahuan, keterampilan dan pembelajaran kepada pejabat pemerintah daerah sejak tahun 2014 dalam program yang dirancang berdasarkan pendampingan dan pengawasan lokakarya, satuan tugas, dan kelompok kerja yang berupaya meningkatkan kesehatan ibu dan anak di Kabupaten Banggai.

Didukung Kementerian Kesehatan dan Pemerintah Kabupaten Banggai, program ini merupakan awal kerja sama kesehatan yang lebih teruji antara pemerintah daerah dan universitas. Fokusnya

adalah pada dukungan, fasilitasi, dan pendampingan dengan pemerintah daerah yang bertindak sebagai pemimpin, yang melakukan semua kegiatan secara langsung.

Salah satu inisiatifnya adalah memberikan pemeriksaan kesehatan dan konseling kesehatan dan gizi kepada semua wanita usia subur di Kabupaten Banggai, dan ini terbukti sangat berhasil dalam meningkatkan kesehatan ibu dan anak selama 1.000 HPK.

Posyandu Prakonsepsi dibentuk pada tahun 2015 setelah pembahasan antara pejabat daerah dan mitra akademik mereka.

Dengan angka kematian ibu sebesar 267 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2014, akar penyebab kematian ibu di Kabupaten Banggai diduga terkait dengan kekurangan gizi pada ibu hamil (Dinas Kesehatan Kabupaten Banggai, 2019). Kemudian menjadi jelas bahwa intervensi dini (sebelum pembuahan) sangat penting untuk kesehatan ibu dan kesehatan anak.

Meskipun sudah ada program untuk mengatasi kekurangan gizi pada ibu hamil, seperti suplementasi TTD (zat besi dan asam folat) dan program gizi keluarga, prevalensi anemia dan kekurangan gizi pada ibu hamil tetap tinggi. Hal ini dapat dikaitkan dengan kontak yang terlambat untuk kunjungan perawatan antenatal (ANC) pertama, yang biasanya dilakukan pada trimester kedua. Prevalensi anemia yang tinggi juga ditemukan di kalangan remaja putri. Hubungan antara ibu hamil, bidan atau petugas kesehatan tidak terbangun dengan kokoh.

Pada Maret 2015, diluncurkan Posyandu Prakonsepsi di kecamatan dan desa

Program ini menggalang banyak dukungan, termasuk anggota PKK, pejabat Kantor Urusan Agama dan pemerintah kecamatan dan desa.

Hingga akhir tahun 2015, seluruh Puskesmas di Kabupaten Banggai telah berhasil meluncurkan Posyandu Prakonsepsi.

Wanita usia subur diberi pemeriksaan kesehatan dan konseling gizi, ketika mereka mendaftar di kursus pra-nikah melalui Kantor Urusan Agama atau ketika mereka dikunjungi oleh petugas untuk pendataan atau identifikasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK).

Semua peserta menerima layanan pengukuran antropometri, termasuk pengukuran lingkaran lengan atas dan lingkaran pinggul, pengukuran dan pemantauan tekanan darah, pengujian proteinuria, pengujian hemoglobin, dan suplementasi TTD atau vitamin zat gizi mikro. Peserta juga diminta untuk menghadiri kelas konseling prakonsepsi.

HASIL AWAL YANG POSITIF DARI PROGRAM POSYANDU PRAKONSEPSI

Peraturan daerah³² membantu memastikan keberlanjutan program. Program memberikan hasil awal yang positif, dengan tingkat anemia dan kematian ibu menurun drastis hanya dalam satu tahun (Tabel 2).

Tabel 2: Indikator program Posyandu Prakonsepsi, 2015 - 2018

Indikator	2015	2016	2017	2018
ANC pertama (Rata-rata minggu kehamilan)	16	4,2	2,6	1,8
Prevalensi Anemia (persentase)	46	18	12	10,4
AKI (per 100.000 kelahiran hidup)	206	180	154	143
AKB (per 100.000 kelahiran hidup)	13	11	8	7
Prevalensi stunting (persentase)	35,6 (Riskesdas, 2013)	Tidak tersedia	Tidak tersedia	31,2 (Riskesdas, 2018)

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Banggai, n.d

32 Peraturan Bupati Banggai No. 33 Tahun 2015 tentang Pelayanan Terpadu Wanita Prakonsepsi Kabupaten Banggai; Keputusan Bupati Banggai No. 440/230/Dinas Kesehatan Tentang Pembentukan Tim Satgas Gerakan 1.000 HPK di Kabupaten Banggai.

Komitmen yang mendalam terhadap konvergensi multisektor untuk mengelola permasalahan gizi dan stunting diterjemahkan ke dalam langkah-langkah nyata yang diambil di tingkat kabupaten, kecamatan dan desa.

Hal ini dicapai dengan membentuk Gugus Tugas 1.000 HPK, yang bertemu setiap tiga bulan untuk memberikan pemahaman yang lebih mendalam tentang langkah-langkah pencegahan stunting. Forum stunting juga diadakan di tingkat kecamatan setiap tiga bulan sekali. Kelompok kerja stunting juga dibentuk di desa-desa. IGI dan UNHAS menyediakan penasehat untuk kegiatan ini.



“Kunci sukses kepemimpinan gizi di Kabupaten Banggai terletak pada kepemimpinan dan kompetensi teknis para pemimpinnya – mulai dari Bupati hingga Kepala Bappeda, sehingga mereka dapat menghadapi tantangan baik dari aspek program maupun anggaran,” tambah Prof.(Em) Soekirman.

Meskipun inisiatif tersebut sudah dicanangkan sebelum Stranas Stunting, langkah-langkah yang dilakukan sangat mendukung aksi konvergensi Stunting Stranas Pemerintah Indonesia.

Keterlibatan akar rumput adalah kunci. Kepala desa, bidan, dan camat diundang ke rapat gugus tugas. Rencana disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing desa, yang didukung oleh staf akademik.

Pemerintah kecamatan berfungsi sebagai pengawas dan verifikator, sedangkan pemerintah desa berfungsi sebagai perencana, pelaksana, dan pemantau kegiatan penanggulangan stunting di daerahnya. Riset mahasiswa UNHAS di bawah bimbingan IGI telah membantu memberikan

wawasan kebijakan dan perencanaan, termasuk penganggaran, di kecamatan dan di desa.

Di tingkat desa, digunakan model pembinaan keluarga dalam PIS-PK. Dalam program tersebut, setiap Pembina Keluarga (PK) memberikan pembinaan dan pemantauan kepada 100 keluarga.

Para PK ini direkrut dari sekelompok petugas kesehatan. Setiap PK dibantu 10 kader Dasawisma³³ yang membawahi 10 keluarga. Evaluasi hasil dilakukan melalui Jambore kader. Pendataan ini sudah dilakukan sejak Juni 2019.³⁴

“Model pendampingan” di Kabupaten Banggai telah terbukti menjadi inspirasi bagi pihak lain. Hal ini telah direplikasi di kabupaten lain. Pada November 2019, kesepakatan implementasi model pendampingan ditandatangani oleh Rektor Universitas Hasanuddin serta empat kabupaten dan satu kota: Majene, Mamasa, Polewali Mandar di Provinsi Sulawesi Barat, Pidie di Provinsi NAD dan Kota Pare-pare di Provinsi Sulawesi Selatan. Pada tahun 2020, daerah lain di Sulawesi juga berkomitmen untuk mereplikasi model ini.

Kementerian Kesehatan kini mendukung rencana untuk meluncurkan model tersebut di 16 universitas di seluruh Indonesia. Rencana ini dikoordinasikan oleh IGI. Kementerian Kesehatan menyediakan Rp 500 juta (sekitar USD 35.000) kepada setiap Universitas untuk mendampingi setiap kabupaten. Universitas Hasanuddin menerima jumlah yang sama untuk melanjutkan pendampingan di kecamatan, desa, dan keluarga di Banggai.

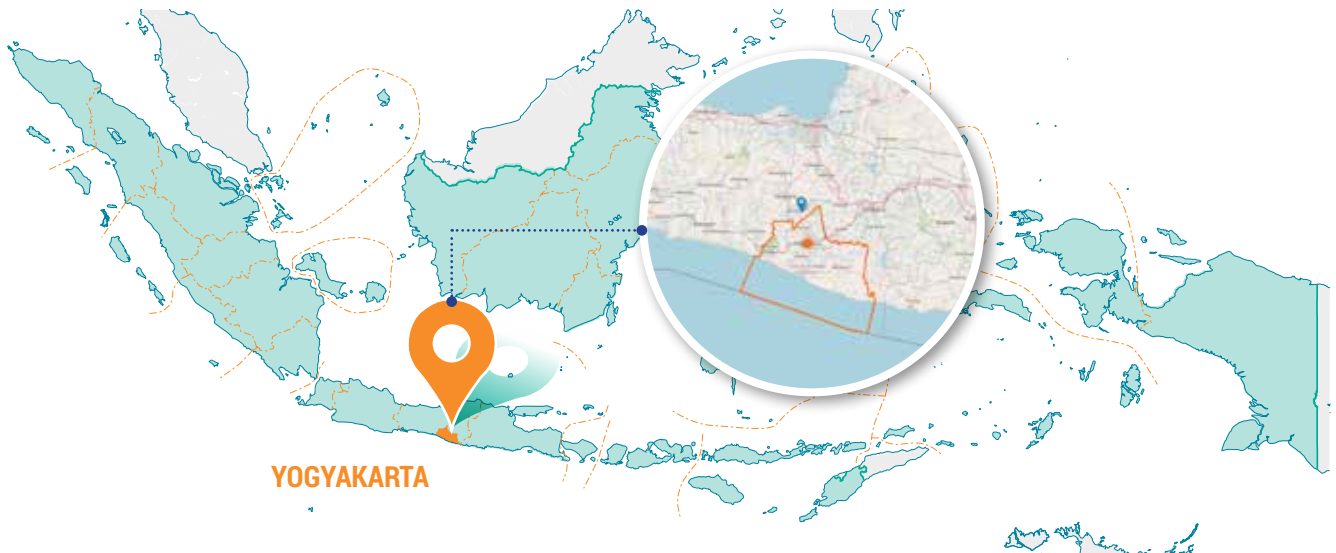
Pendampingan, bagi pejabat setempat, membawa dampak yang signifikan bagi kesehatan dan kesejahteraan.

33 Dasawisma, artinya suatu blok yang terdiri dari 10 rumah. Ini adalah konsep lama PKK yang difungsikan kembali untuk menjangkau semua keluarga di suatu daerah.

34 Jambore Kader adalah pertemuan di tingkat Puskesmas, di mana dilakukan monitoring dan evaluasi pemutakhiran data, serta surveilans untuk menyelesaikan permasalahan yang dihadapi. Peserta Jambore meliputi kader Posyandu, PK, dan kader Dasawisma. Moderator Jambore adalah Bupati/Wakil Bupati.



YOGYAKARTA: PERAIH PENGHARGAAN SANITASI, BERSIHKAN TEPI SUNGAI KOTA



Yogyakarta tidak dikenal sebagai kota sungai. Sungai yang mengalir di Yogyakarta tidak lantas membuatnya menjadi tempat seperti London yang dikenal dengan Sungai Thames, Paris dengan Sungai Seine, atau Bangkok dengan Sungai Chao Phraya.

Tiga sungai utama mengalir melalui daerah perkotaan Yogyakarta: Sungai Winongo, Code, dan Gajahwong. Hamparan air payau ini jarang terlihat oleh sebagian besar pengunjung yang lebih tertarik berbelanja di Jalan Malioboro atau melihat-lihat candi Hindu yang tersebar di kota ini.

Sungai Gajahwong berada di wilayah paling timur di antara ketiga sungai kota ini. Berada di dekat permukiman informal, di sepanjang tepi sungai, suatu kampanye yang dipimpin masyarakat telah berhasil membantu memerangi diare dan penyakit lain yang terkait dengan kesehatan anak yang buruk dan stunting.

Meskipun kampanye dipimpin oleh masyarakat, masyarakat yang tinggal di sepanjang sungai

Gajahwong bergotong royong dengan pemerintah setempat dan pemangku kepentingan lain dalam kampanye kesehatan dan sanitasi.

Pencetus perubahan ini adalah acara masyarakat dimana diperlihatkan kepada masyarakat umum bagaimana kontaminasi menyebar dari tinja ke lingkungan tempat tinggal, makanan dan air minum mereka.

Pada acara-acara tersebut, peta kota digambar di tanah dan masyarakat diminta untuk menunjukkan di mana mereka tinggal, di mana mereka buang air besar, dan rute mereka saat menuju ke tempat tersebut dan kembali ke tempat tinggal mereka. Kemudian, digambarkan bahwa setiap orang rupanya telah saling terpapar tinja satu sama lain. Rasa kaget dan jijik membuat penduduk setempat menyatakan kawasan tersebut sebagai stop Buang Air Besar Sembarangan (BABS) dan setelah itu, upaya membersihkan tepi sungai kota segera dimulai.

MENGUBAH KEBIASAAN MASYARAKAT MELALUI PERUBAHAN PERILAKU

Dinas Kesehatan Kabupaten memimpin perubahan melalui pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM), yang mendorong masyarakat untuk mendiskusikan konsekuensi negatif dari kebiasaan sanitasi yang ada. Langkah ini dipilih bukan hanya sekedar mengadopsi pendekatan yang lebih tradisional seperti menyediakan fasilitas sanitasi atau subsidi untuk membangunnya. Tujuannya adalah untuk mencapai akses universal terhadap air bersih, sanitasi yang lebih baik, dan penghapusan permukiman kumuh (program 100-0-100).

Daripada hanya mengandalkan pemerintah untuk menyediakan fasilitas sanitasi yang lebih baik, masyarakat setempat menyepakati lima langkah untuk meningkatkan sanitasi di masyarakat. Langkah pertama adalah membuat BABS sebagai kebiasaan yang tidak dapat diterima secara sosial. Langkah kedua adalah mendorong praktik cuci tangan menggunakan sabun dan langkah ketiga mendorong pengolahan air yang aman dan praktik penanganan makanan yang aman di rumah. Langkah keempat adalah pembuangan dan pengelolaan limbah padat yang aman. Langkah kelima adalah pengelolaan air limbah yang aman oleh rumah tangga.

Perilaku masyarakat berubah, sehingga mengurangi risiko kontaminasi bakteri *Escherichia coli* (E. coli) yang menyebabkan penyakit diare. Pertemuan di balai kota dan acara yang digelar untuk masyarakat umum mendorong mereka untuk tidak lagi membuang sampah ke sungai. Dipasang tanda peringatan tentang bahaya tidak menjaga kebersihan sungai. Program ini difokuskan pada mobilisasi masyarakat untuk menghentikan kebiasaan BABS. Fokus pemerintah juga bergeser dari membangun fasilitas pengolahan ke mendorong masyarakat untuk mengelola limbahnya sendiri dengan mengosongkan tangki septik, mendaur ulang lumpur yang telah diolah, dan mengganti lubang penampung yang bocor dengan tangki septik standar.

Pendekatan berbasis masyarakat dibangun di atas pola organisasi sosial, nilai, dan tradisi lokal yang ada. Misalnya, masjid setempat membuat pengumuman bahwa di rumah kotoran harus dibuang setiap minggu – bukan ke sungai – tetapi ke tangki septik.



“Kami mengamati penurunan toleransi masyarakat terhadap kebiasaan BABS. Program STBM yang memenangkan penghargaan dikaitkan dengan penurunan infeksi cacing gelang. Dalam beberapa tahun terakhir kami mulai melihat ini berdampak signifikan pada asupan gizi dan sebagai cerminan dari penurunan angka anemia serta penambahan berat badan atau tinggi badan,” kata bidan Puskesmas setempat.

Kampung yang berada di tepi sungai ini berada di garis depan perjuangan mencapai sanitasi yang lebih baik selama beberapa dasawarsa. Di sinilah ancaman sanitasi buruk paling terasa. Perumahan padat, sanitasi buruk, dan kebiasaan BABS merupakan hal-hal yang merusak kesehatan masyarakat setempat secara turun-temurun (Kumorotomo et al., 1995). Penduduk tepi sungai cenderung merupakan pendatang yang bekerja di sektor informal di Yogyakarta. Mereka berasal dari daerah sekitar Yogyakarta seperti Klaten, Wonogiri, Magelang, Purworejo, dan bahkan beberapa kota di Jawa Barat.



“Pada tahun 1970-an, meskipun sangat dekat dengan sungai, masyarakat tidak memiliki akses ke air bersih yang mengalir. Sebaliknya mereka harus menimba dari sumur setiap kali mereka ingin mandi atau mencuci pakaian. Untuk semua kegiatan di sepanjang tepi sungai, airnya sendiri justru sangat buruk. Sungai juga pernah digunakan sebagai jamban umum sekaligus tempat pembuangan sampah. Masyarakat terus membuang sampah ke sungai, yang pada akhirnya memberikan peluang bagi masyarakat kurang mampu untuk mencari sampah yang memiliki nilai jual,” kata Sukanto yang tinggal di sekitar Lembah Gajahwong.



REMBESAN TANGKI SEPTIK BERHUBUNGAN DENGAN RISIKO STUNTING

Sebagian besar keluarga mengandalkan tangki septik yang terletak di bawah atau dekat rumah mereka, tetapi banyak tangki yang tidak kedap air. Bahkan ada kesalahpahaman yang populer di Indonesia bahwa tangki septik yang baik adalah yang bocor, karena tidak perlu dikosongkan. Akibatnya, hanya beberapa keluarga yang meminta tangki septik mereka dikosongkan secara berkala dengan menghubungi penyedia layanan publik atau swasta.



"Kebanyakan tetangga saya punya tangki septik di rumah. Sumur umum terletak di dekat beberapa tangki septik tersebut, jadi saya tahu airnya tercemar," kata Teti, seorang ibu rumah tangga. Ia juga menyadari konsekuensinya. *"Bakteri dari tangki septik berbahaya bagi kesehatan keluarga saya, terutama anak-anak saya. Mereka bisa terkena diare atau tidak tumbuh seperti anak-anak lain seusianya,"* ujarnya.

Kebiasaan BABS, air limbah yang tidak diolah, dan air yang terkontaminasi memudahkan penyebaran penyakit yang ditularkan melalui tinja.

Dua dari empat penyebab utama kematian balita di Indonesia (diare dan tifus) adalah penyakit yang ditularkan melalui tinja yang terkait langsung dengan masalah pasokan air, sanitasi, dan kebersihan yang buruk. Sekitar 11% anak Indonesia mengalami diare setiap periode dua minggu dan diperkirakan lebih dari 33.000 anak meninggal setiap tahun karena diare (Balitbangkes, 2018). StraNas Stunting bertujuan untuk mengatasi tantangan dalam hal air, sanitasi, dan kebersihan melalui pendekatan multisektor.

Penyakit diare dan cacingan juga merupakan penyebab signifikan dari kekurangan gizi – karena mengurangi konsumsi makanan normal dan penyerapan gizi. Hal ini dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan fisik, penurunan daya tahan terhadap infeksi, dan gangguan saluran pencernaan jangka panjang.

Yogyakarta tidak sendiri. Saat ini, sekitar setengah dari penduduk Indonesia tinggal di daerah perkotaan. Diperkirakan angka tersebut akan naik menjadi sekitar 68% pada tahun 2025. Pendekatan progresif terhadap sanitasi perkotaan telah menyebabkan jutaan masyarakat Indonesia mendapatkan akses ke layanan yang lebih baik selama dasawarsa terakhir, tetapi ketimpangan masih tetap ada. Saat ini, dari 29,6% keluarga perkotaan yang memiliki akses ke air PAM, 40% terbawah hanya mencapai 7,5%, sedangkan 60% teratas mencapai 22,1%. Meskipun sebagian besar keluarga di daerah perkotaan menggunakan toilet yang terhubung ke sistem septik atau saluran air limbah (78%), kurang dari dua persen dari mereka terhubung ke saluran air limbah (World Bank, 2017a).

Selain itu, terdapat kesenjangan yang tidak kunjung diatasi dalam hal kualitas yang menjadi tantangan utama yang dihadapi Indonesia dalam upayanya mencapai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs), bukan masalah akses. Meskipun sebagian besar keluarga memperoleh akses ke air PAM dan sanitasi karena urbanisasi yang cepat dan standar hidup yang meningkat, tidak semua orang mendapatkan manfaat dari kualitas layanan yang sama.

SANITASI BURUK MERUSAK KESEHATAN DAN EKONOMI

Terlepas dari perbaikan kondisi, diperkirakan 95% limbah tinja masih mencemari lingkungan sekitar akibat kualitas tangki septik yang buruk. Selain itu, karena kurangnya frekuensi pengosongan dan pembuangan yang memadai, atau pengolahan air limbah yang tidak berfungsi dengan baik.

Kondisi ini meningkatkan biaya pengolahan air, dan menyebabkan degradasi lingkungan, risiko penyakit yang lebih besar, kesehatan anak yang buruk dan stunting.

Masyarakat miskin di perkotaan Indonesia selain cenderung tidak memiliki sanitasi yang memadai juga umumnya tinggal di daerah yang tetangganya tidak memiliki sanitasi yang baik. Kegagalan mengatasi kondisi sanitasi penduduk perkotaan, terutama mereka yang tinggal di permukiman liar, dapat memperburuk kesenjangan, dan merupakan salah satu ancaman terbesar bagi pertumbuhan inklusif dan keberlanjutan di kota-kota di Indonesia (World Bank, 2017a).

Dari sudut pandang pemerintah, wilayah tepi sungai tidak ideal untuk permukiman karena rentan terhadap perubahan iklim dan bencana alam, seperti banjir.

Dampak ekonomi dari sanitasi buruk di Indonesia cukup signifikan.

Suatu studi yang dilakukan Program Air dan Sanitasi Bank Dunia memperkirakan bahwa Indonesia mengalami kerugian sebesar Rp 56 triliun (sekitar USD 6,3 miliar) pada tahun 2007 karena sanitasi dan kebersihan yang buruk, setara karena sanitasi dan kebersihan yang buruk. Hal ini setara dengan sekitar 2,3% dari Produk Domestik Bruto (PDB) Indonesia (World Bank, 2013).

Minimnya investasi pada infrastruktur dan perencanaan kota yang memadai membatasi potensi pertumbuhan ekonomi dan manfaat pembangunan dari kota-kota yang sedang berkembang serta berkontribusi pada melebarnya kesenjangan. Selama dasawarsa terakhir, untuk setiap satu persen peningkatan urbanisasi, Indonesia hanya mencapai pertumbuhan PDB sebesar dua persen. Angka ini di bawah capaian negara-negara Asia lain seperti Tiongkok, Vietnam, dan Thailand, yang diuntungkan secara signifikan dari ekonomi aglomerasi.

Yogyakarta telah menjadi tuan rumah bagi banyak inisiatif yang bertujuan untuk meningkatkan infrastruktur dan praktik air, sanitasi, dan kebersihan (Box 14).



Box 14: Yogyakarta - Tuan rumah inisiatif sanitasi

Pada tahun 1984/1985 pemerintah Yogyakarta meluncurkan Program Perbaikan Kampung (*Kampung Improvement Program* - KIP) yang pertama. Program ini bertujuan untuk mengatasi kerusakan kampung lebih lanjut dengan memperbaiki lingkungan fisik dan sanitasi mereka (BAPPENAS & UNICEF, 2015). Trotoar, saluran air, jamban keluarga, fasilitas air bersih, dan sistem pembuangan air limbah dibangun dengan dana KIP. Kondisi kampung membaik di beberapa bagian permukiman kumuh. Namun dengan bertambahnya orang yang tinggal di permukiman kumuh berarti permukiman ini terus berkembang.

Mulai tahun 2000, pemerintah pusat, yang dikoordinasikan oleh Bappenas, memulai serangkaian inisiatif untuk mereformasi kebijakan penyediaan air dan sanitasi. Reformasi ini sejalan dengan desentralisasi yang menyerahkan tanggung jawab sanitasi kepada pemerintah daerah. Percepatan Pembangunan Sanitasi Permukiman (PPSP) didirikan untuk membantu pemerintah daerah dalam perencanaan sanitasi kota yang komprehensif melalui penyusunan Strategi Sanitasi Kabupaten (SSK).

Yogyakarta menyadari bahwa untuk ditetapkan sebagai daerah dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) tinggi, Yogyakarta harus dapat melanjutkan kebijakan lingkungan sehatnya dan menerapkan program inovatif yang sederhana untuk ditiru masyarakat.

Kota Yogyakarta mengeluarkan rencana strategis pertamanya pada tahun 2007 (Pemerintah Kota Yogyakarta, 2007) dan bergabung dengan Aliansi Kabupaten dan Kota Peduli Sanitasi (AKKOPSI) di Indonesia pada tahun 2010, yang mengalokasikan setidaknya dua persen dari APBD untuk sanitasi. Selain itu, Gubernur Yogyakarta Sri Sultan Hamengku Buwono X meluncurkan Yogya Sadar Sehat pada 2010.

Gubernur mengatakan kesadaran akan kesehatan harus dimulai dari perilaku dan lingkungan yang sehat. Kebijakannya saat itu diwujudkan dengan

penyelesaian program penataan sanitasi dengan mengajak warga memisahkan kandang ternak dari rumah mereka, menyediakan WC umum bagi masyarakat yang tidak memiliki WC sehat di rumah. Rumah harus dibangun jauh dari tepi sungai ("mindur") dan di daerah yang lebih tinggi ("munggah"), ruang tamu harus dibuat menghadap sungai ("madhep"), dan memberikan legalitas untuk sumber air masyarakat yang dikelola masyarakat yang disebut Sistem Penyediaan Air Minum Desa (SPAMDES). Selanjutnya berkembang menjadi Paguyuban Air Minum Masyarakat Yogyakarta (PAMMASKARTA). Forum Komunikasi Daerah Aliran Sungai (Forsidas) dibentuk dan dibina oleh pemerintah.

Bank Pembangunan Asia juga membantu Kabupaten Yogyakarta, Sleman, dan Bantul (aglomerasi yang dikenal sebagai Kartamantul) untuk merehabilitasi dan memperluas fasilitas sanitasi melalui Proyek Manajemen dan Kesehatan Sanitasi Metropolitan. Proyek ini dilaksanakan Dinas Pekerjaan Umum, Perumahan, dan Sumber Energi Mineral Daerah Istimewa Yogyakarta. Proyek ini membangun fasilitas sanitasi umum di daerah miskin dan memberikan dukungan untuk memobilisasi keterlibatan masyarakat dalam perencanaan, pengoperasian, dan pemeliharaan fasilitas tersebut. Proyek ini juga membangun fasilitas pengolahan air limbah dan merehabilitasi serta memperluas sistem pembuangan limbah untuk permukiman di sepanjang sungai dan di daerah banjir (Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat, n.d.).

Pendanaan lain untuk infrastruktur sanitasi di Yogyakarta adalah Proyek Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Masyarakat (PAMSIMAS). Yogyakarta telah menerima dana PAMSIMAS dari tahun 2014-2019. Proyek PAMSIMAS mendukung lebih dari 190 desa: 55 desa di Kabupaten Bantul, 52 desa di Kabupaten Kulonprogo, 50 desa di Kabupaten Gunungkidul dan 40 desa di Kabupaten Sleman. Fasilitas yang dibangun antara lain jamban umum dan fasilitas air minum umum. Proyek ini juga mencakup peningkatan fasilitas sanitasi lainnya.



Di Yogyakarta, sejumlah tindakan nyata dilakukan untuk mengatasi keadaan. Berkat pengarahan dan bimbingan dari Gubernur yang juga Sultan Yogyakarta, pemerintah daerah menerapkan kebijakan dan program untuk meningkatkan kesehatan dan sanitasi masyarakat yang tinggal di sepanjang bantaran sungai. Permukiman di sepanjang sungai dirapikan dan dibangun ruang publik, sehingga masyarakat memiliki ruang yang bersih dan nyaman untuk melakukan interaksi sosial.



"Sebelumnya, kami akan mengangkut lumpur dari satu tempat ke tempat lain. Pada dasarnya, hanya memindahkan masalah ke lokasi baru," kata Kepala Pengolahan Air Limbah Domestik di Kampung Gambiran. "Dengan instalasi pengolahan baru, masalah ini dapat diselesaikan dengan mudah."

Instalasi pengolahan dengan desain yang lebih baik kini bekerja dengan baik.

Masyarakat memimpin kegiatan pembersihan.

Kawasan tepi sungai mulai berkembang seiring dengan perubahan perilaku.

Sempadan di sepanjang sungai telah berubah menjadi jalur yang dipenuhi bunga dan pohon buah-buahan.

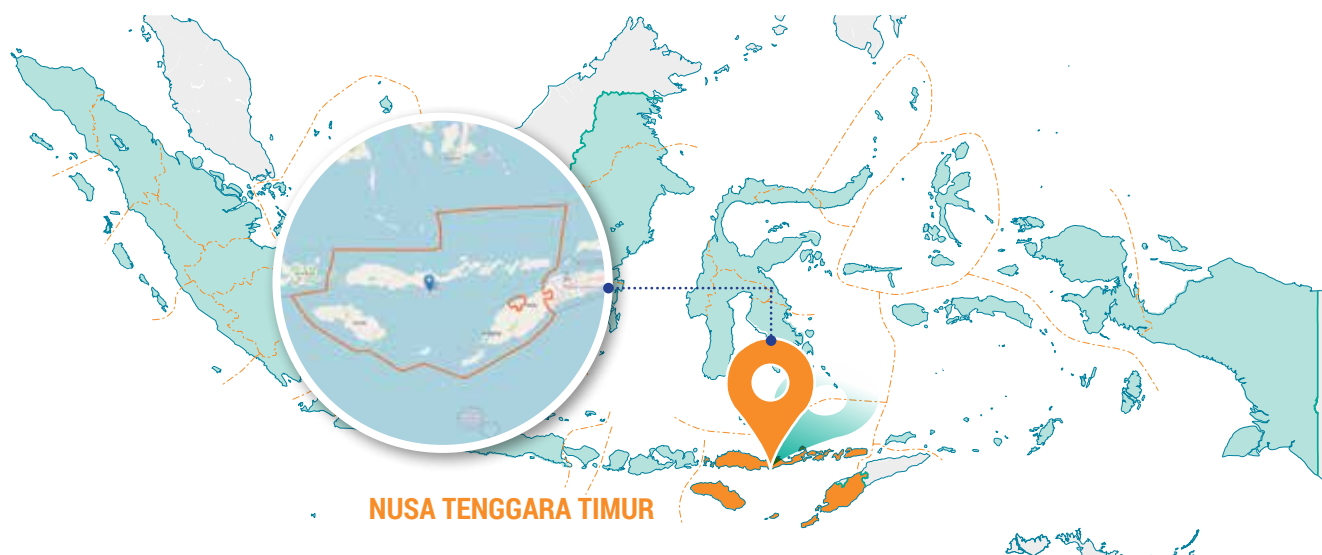
Hal ini telah memberikan insentif bagi penduduk setempat sehingga mereka memindahkan pintu mereka menghadap ke tepi sungai.

Ketika mereka membuka pintu, mereka merasa aman karena mengetahui bahwa sanitasi di lingkungan mereka telah berubah, berubah untuk selamanya.



BAB 3**SEKILAS CERITA: PEMBELAJARAN
DARI IMPLEMENTASI**

KEMITRAAN PUBLIK-SWASTA: PIONIR KONVERGENSI DI WILAYAH RAWAN PANGAN YANG TERPENCIL



Pada tahun 2011, tujuh tahun sebelum dimulainya Stranas Stunting, Kabupaten Timor Tengah Selatan (TTS) di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) adalah lokasi proyek salah satu pemrakarsa awal pendekatan multisektor untuk mengatasi kekurangan gizi pada anak, yakni *Project Laser Beam* (PLB).

Sudah lebih maju dibandingkan zamannya, saat itu *Project Laser Beam* sudah berfokus pada penanganan kekurangan gizi pada anak secara holistik. Proyek ini membahas penyebab langsung dan penyebab tidak langsung dari masalah kekurangan gizi sepanjang siklus hidup seorang anak (Box 15).

Pada tahun 2009, ini adalah konsep baru.

Konsep ini mengikuti bukti dari seri Lancet tentang gizi, yang pada tahun 2008, telah menetapkan informasi baru di sejumlah bidang seperti prioritas yang lebih besar untuk program gizi nasional, pendekatan multisektor, peningkatan koordinasi dalam sistem gizi, dan menyoroti pentingnya fokus program 1.000 HPK pada anak serta menggunakan pendekatan terpadu untuk meningkatkan perkembangan anak (Lancet, 2008).

Ide kemitraan multisektor pertama kali digagas pada Forum Ekonomi Dunia di Davos pada Januari 2009. Setelah diluncurkan pada September 2009, lima organisasi besar - World Food Programme (WFP), Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN), dan mitra sektor swasta Unilever, Mondelēz International Foundation (sebelumnya Kraft Foods Foundation), dan kelompok ilmu hayati Royal DSM yang berasal dari Belanda berkomitmen pada kemitraan publik-swasta selama lima tahun. Kemitraan ini bertujuan untuk menciptakan model program yang dapat diukur, dapat direplikasi, dan berkelanjutan untuk mengurangi kekurangan gizi anak secara signifikan, berkontribusi pada pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium (MDG) pertama dalam pengentasan kemiskinan dan kelaparan (WFP et al., 2015).

Di Indonesia, kolaborasi ini diperluas dengan melibatkan Indofood dan Garudafood Indonesia – keduanya merupakan pemain utama dalam industri makanan lokal. Mitra lainnya termasuk Pemerintah Indonesia, Helen Keller dan Yayasan Kegizian untuk Pengembangan Fortifikasi Pangan Indonesia.

Box 15: Apa itu *Project Laser Beam*?

Tujuan *Project Laser Beam* adalah untuk menciptakan solusi yang berkelanjutan, terukur, dan dapat direplikasi untuk mengurangi kekurangan gizi anak secara signifikan.

Project Laser Beam menangani kekurangan gizi pada anak melalui intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif. Secara khusus, hal ini dilakukan melalui empat pilar program.

Pertama, proyek ini secara langsung menyediakan makanan dan zat gizi mikro melalui Pilar Pangan dan Zat Gizi Mikro.

Kedua, proyek ini menyediakan sarana air minum dan sanitasi melalui Pilar Air dan Sanitasi.

Ketiga, melalui Pilar Kesehatan dan Kebersihan, proyek ini menangani penyebab langsung dan penyebab tidak langsung dari kekurangan gizi terkait dengan kurangnya perawatan kesehatan/kebersihan dasar dan kekurangan gizi.

Terakhir, proyek ini memberikan peluang berkelanjutan bagi masyarakat untuk mengatasi penyebab tidak langsung dari kekurangan gizi melalui Pilar Ketahanan Pangan dan Peningkatan Pendapatan.

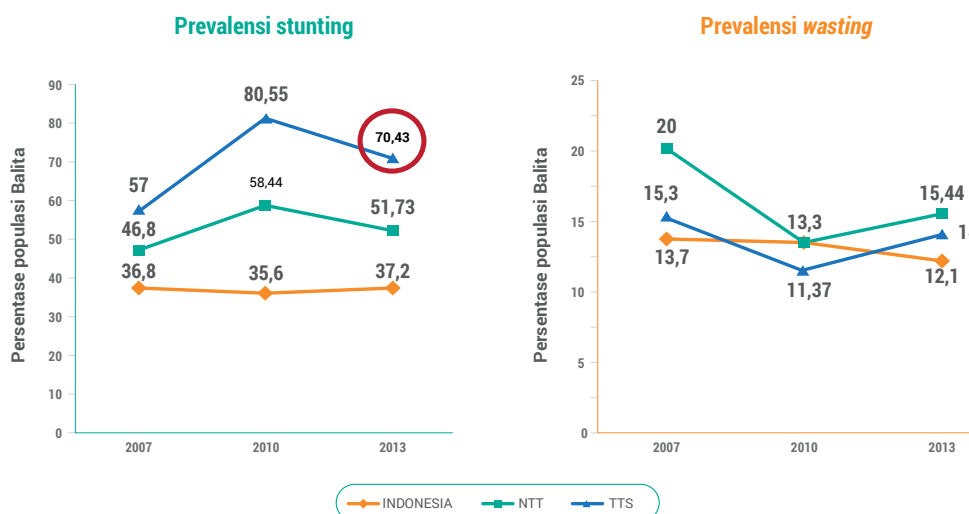
FOKUS DI TIMOR TENGAH SELATAN (TTS)

Seperti namanya, kemitraan ini memiliki fokus “*laser beam* atau sinar laser” pada negara dan wilayah terpilih, yaitu Bangladesh dan Indonesia, untuk memaksimalkan dampak kolektif intervensi di bidang-bidang yang sangat membutuhkan intervensi. Kedua negara tersebut memiliki angka stunting dan *wasting* yang tinggi pada anak balita (UNICEF, 2013).

Pada tahun 2010, *Project Laser Beam* membawa pendekatan multisektor untuk mengatasi kekurangan gizi anak di TTS. Proyek ini bertujuan untuk memperbaiki situasi gizi dan ketahanan pangan di kabupaten TTS.

TTS adalah salah satu dari 22 kabupaten/kota di NTT yang menduduki peringkat tertinggi dalam hal kerawanan pangan di NTT dan terus menghadapi kombinasi kerawanan pangan akut dan kronis karena masalah akses dan pemanfaatan pangan (WFP, 2009). Kondisi ini berkontribusi pada kekurangan gizi yang parah di antara penduduknya. Pada anak balita angka *wasting* mencapai 14% dan angka stunting mencapai 70% pada tahun 2013 (lihat Gambar 16). Dan tidak hanya pada anak-anak, satu dari empat wanita usia subur terlalu kurus dan kekurangan zat gizi mikro, sehingga menjadi kekhawatiran, baik pada dewasa dan anak-anak. Situasi di TTS sangat mengkhawatirkan.³⁵

Gambar 16: Prevalensi stunting dan *wasting* di Kabupaten TTS dibandingkan dengan data nasional dan Provinsi NTT



Sumber: *Risikesdas* dari masing-masing tahun (Balitbangkes, 2007, 2010, 2013)

35 Populasi TTS adalah 440.470 dengan 110.070 kepala keluarga di 32 kecamatan pada tahun 2010 (BPS, 2010).

MENANGANI KEBUTUHAN LOKAL

Persiapan untuk *Project Laser Beam* dimulai pada tahun 2010, dan mitra multisektor yang terdiri dari WFP, Kementerian Kesejahteraan Rakyat, Kementerian Pembangunan dan Perencanaan, Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan, Kantor Utusan Khusus MDG, Unilever, DSM, GAIN, Mondelēz International Foundation, Indofood, dan Garudafood, menilai lokasi proyek pada 2011.

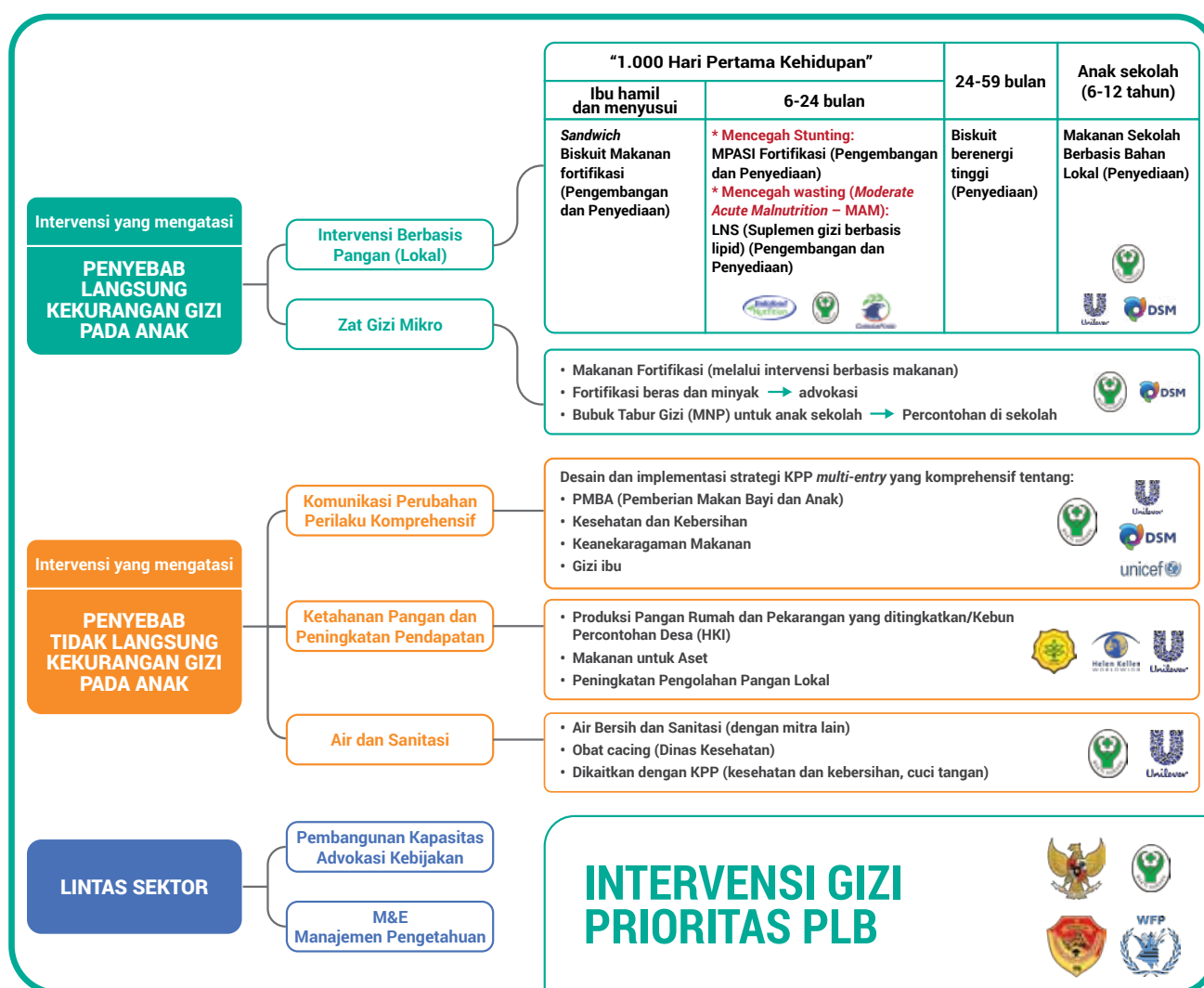
Jelas bagi mereka bahwa TTS, dan kabupaten lain di NTT, menghadapi masalah ketahanan pangan yang serius. Aksesibilitas makanan buruk, dan daya beli lokal rendah.

Para mitra mengetahui bahwa untuk memperbaiki kekurangan gizi anak di TTS, intervensi harus mengatasi masalah ketahanan pangan, selain

mengatasi penyebab-penyebab utama lain dari kekurangan gizi pada anak.

Oleh karena itu, intervensi berbasis bahan pangan lokal dan suplementasi zat gizi mikro menjadi fokus utama PLB. Menyadari faktor penentu multisektor, kemitraan juga terus menangani penyebab langsung dan penyebab tidak langsung dari kekurangan gizi melalui Komunikasi Perubahan Perilaku (KPP) yang komprehensif, keragaman pola makan, dan kegiatan peningkatan pendapatan, serta perbaikan air dan sanitasi untuk menciptakan lingkungan yang bersih. Proyek ini juga memulai upaya lintas sektor seperti kebijakan dan advokasi, serta monitoring dan evaluasi di lokasi proyek (lihat Gambar 17 untuk informasi lebih lanjut).

Gambar 17: Prototipe *Project Laser Beam* untuk mendukung tanggapan Pemerintah Indonesia terhadap penyebab langsung dan penyebab tidak langsung dari kekurangan gizi



BERAGAM KEAHLIAN UNTUK MEMPERBAIKI KONDISI LOKAL

Kemitraan ini membawa beragam keahlian ke TTS. Setiap mitra memanfaatkan kekuatannya untuk memenuhi kebutuhan lokal, sehingga proyek ini mendapat manfaat dari kolaborasi dan sinergi.

Misalnya, bekerja sama dengan Pemerintah Indonesia, World Food Programme (WFP) melakukan intervensi berbasis pangan lokal dengan mendistribusikan biskuit fortifikasi energi tinggi untuk ibu hamil dan menyusui. WFP juga bekerja sama dengan Indofood dan DSM untuk mendistribusikan MPASI fortifikasi untuk anak usia 6-24 bulan melalui Posyandu.³⁶ WFP juga menjangkau 11.500 anak usia 6-23 bulan dan 6.000 ibu hamil dan menyusui di 442 Posyandu di TTS. Program ini mencakup semua penerima manfaat sasaran di separuh kabupaten TTS (17 dari 32 kecamatan).

Musim paceklik yang berkepanjangan sering terjadi di TTS, sehingga membutuhkan pendekatan jangka panjang.

WFP lebih lanjut membawa keahlian lokal dengan bekerja sama dengan Garuda Food dan DSM untuk mengembangkan dan menguji suplemen gizi berbasis lipid (LNS) kuantitas menengah bernama Kaziduta (Makanan Bergizi untuk Anak berusia Dua Tahun) untuk pencegahan *wasting* selama musim paceklik. LNS adalah makanan siap pakai yang mengandung berbagai vitamin dan mineral, serta energi, protein, dan asam lemak esensial untuk pencegahan kekurangan gizi.

Selain LNS, mitra juga bekerja sama dengan pemerintah daerah, PKK, dan Puskesmas untuk mendukung kegiatan Posyandu seperti pemantauan dan promosi pertumbuhan, suplementasi vitamin A, obat cacing untuk anak 1-5 tahun, imunisasi, dan pemberian TTD untuk ibu hamil.

Mondelêz dan Helen Keller meningkatkan ketahanan pangan dan pendapatan lokal dengan meningkatkan

keterampilan pertanian dan peternakan di kalangan perempuan dan keluarga melalui Proyek Perbaikan Produksi Pangan Keluarga (lihat “Timor Tengah Selatan: Membina keterampilan bertani keluarga untuk pola makan yang lebih baik”).

WFP, Unilever, dan DSM bekerja sama untuk menyediakan makanan sekolah berbasis bahan pangan lokal dan komunikasi perubahan perilaku tentang kesehatan dan gizi kepada anak-anak sekolah di kabupaten tersebut.

GAIN bekerja sama dengan Yayasan Kegizian untuk Pengembangan Fortifikasi Pangan Indonesia untuk fortifikasi minyak dengan vitamin A, yang merupakan zat gizi mikro esensial.

Pemerintah daerah TTS berupaya meningkatkan akses dan pemanfaatan air bersih dan jamban keluarga.

Unilever dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) setempat melengkapi peningkatan fasilitas air, sanitasi, dan kebersihan (WASH) pemerintah daerah dengan mendidik penerima manfaat tentang teknik mencuci tangan yang benar dan gaya hidup bersih dan sehat.³⁷

WFP, DSM, dan Unilever bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan untuk merancang strategi KPP yang komprehensif, termasuk strategi KPP untuk meningkatkan gizi ibu, Pemberian Makanan Tambahan (PMT), pola makan seimbang, dan keragaman pola makan, serta gaya hidup bersih dan sehat. Materi KPP disediakan di fasilitas kesehatan, Posyandu, dan tempat umum. Kader Posyandu memberikan pendidikan kesehatan dan gizi selama sesi Posyandu dan kunjungan rumah menggunakan materi pendidikan ini (Gambar 18).

Dan mereka semua berkoordinasi sehingga semua intervensi dilakukan bersamaan pada masyarakat

³⁶ Ibu hamil dan menyusui menerima 100 g biskuit energi tinggi fortifikasi per hari (atau 3 kg per bulan) selama kehamilan dan menyusui dalam 6 bulan pertama setelah melahirkan, yang memberikan 400 Kkal, 8 g protein, 10 g lemak, dan 14 vitamin dan mineral per hari. Semua anak (6-23 bulan) di daerah intervensi menerima tiga sachet makanan pendamping 20 g per hari (60 g/hari) setiap bulan. Makanan pendamping ini memberikan 240 Kkal, protein 9,1 g, lemak 3,7 g, serta 14 vitamin dan mineral per hari.

³⁷ Mempromosikan cuci tangan adalah bagian dari komitmen global Unilever, *Unilever Sustainability Living Plan*, yang bertujuan membantu lebih dari satu miliar orang dalam melakukan tindakan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan mereka.

yang sama, untuk memastikan konvergensi intervensi. Akses simultan ke informasi yang tepat, layanan kesehatan dan gizi utama, akses ke makanan yang beragam dan lingkungan yang bersih pada saat yang sama di tempat yang sama, menurunkan angka stunting.

Project Laser Beam juga berfokus pada pembangunan kapasitas petugas kesehatan dan kader setempat, terutama mengenai praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) untuk meningkatkan gizi ibu, praktik menyusui dan pemberian MPASI dari ibu yang mempunyai anak di bawah dua tahun. Dengan

menggunakan modul yang dikembangkan Kemenkes dan UNICEF, pelatihan PMBA sangat membantu staf kesehatan dan kader untuk membangun keterampilan mereka dalam komunikasi antar pribadi.

Penguatan kapasitas staf kesehatan dan kader sangat penting bagi keberhasilan PLB. Pelatihan konseling PMBA dan pengukuran antropometri dilakukan agar petugas kesehatan dan kader dapat memberikan layanan dan saran gizi yang lebih baik, memantau kemajuan dan melaporkan data yang akurat. Papan pengukur panjang/tinggi badan juga disediakan di Posyandu.

Gambar 18: Contoh materi komunikasi perubahan perilaku *Project Laser Beam*



HASIL

Beberapa bulan setelah kegiatan program berakhir, evaluasi akhir dilakukan oleh SEAMEO RECFON pada bulan Desember 2015 (SEAMEO-RECFON, 2016). Evaluasi ini membandingkan penerima manfaat di daerah intervensi *Project Laser Beam* dengan anak-anak di daerah yang tidak diberi intervensi.

Evaluasi menemukan prevalensi stunting yang lebih rendah (67,9%) pada anak penerima manfaat berusia 18-35 bulan dibandingkan dengan mereka yang tidak berada di wilayah program (74,8%). Mengenai sikap dan praktik pengetahuan gizi bayi dan anak, evaluasi menemukan bahwa hasil makanan dan gizi secara keseluruhan lebih baik di antara penerima manfaat program gizi ibu dan anak dari PLB. Kemungkinan perilaku ini telah berubah untuk jangka panjang, sehingga upaya ini tidak akan hilang setelah program itu selesai.

Pengetahuan, sikap, dan praktik gizi bayi dan anak-anak, secara keseluruhan lebih baik di antara penerima manfaat program gizi ibu dan anak dari PLB. Pengenalan makanan pendamping yang tepat waktu lebih tinggi ($p < 0,001$) di antara penerima manfaat (79,8% vs 68,7%).

Ketersediaan makanan dan akses ke makanan seringkali dilaporkan sebagai tantangan di lapangan, tetapi anak-anak penerima manfaat di wilayah program gizi ibu dan anak dari PLB memiliki proporsi makanan yang secara signifikan lebih tinggi yang memenuhi frekuensi makanan minimal, keragaman makanan minimal dan pola makan yang dapat diterima sangat sedikit ($p < 0,001$).

Makanan yang diperkaya dengan zat gizi mikro “sangat dihargai”, “sangat disukai”, dan “mudah dikonsumsi”. Cakupannya tinggi tetapi frekuensinya rendah; 86,4% ibu hamil dan menyusui menerima biskuit berenergi tinggi dan 98,3% anak usia 6–23 bulan menerima MPASI paling sedikit satu kali.

Paulina, ibu tiga anak dari Desa Oelbubuk, sekitar 12 km dari Soe, di Kabupaten Timur Tengah Selatan (TTS) mengatakan kedua anaknya bersemangat memakan MP-ASI fortifikasi, terutama putrinya Johana yang berusia 22 bulan. Ia sendiri juga menyadari pentingnya mendapatkan pengetahuan

dan pembelajaran baru tentang apa dan bagaimana menyiapkan makanan yang sehat untuk anak-anaknya, dirinya, dan seluruh keluarganya.



“MPASI SUN baik untuk Johana...terima kasih kepada PLB yang telah mendukung kami dengan makanan bergizi ini,” ujarnya.

Proporsi penerima program gizi ibu dan anak dari PLB yang memiliki Kartu Menuju Sehat (KMS) atau Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA Pink) lebih banyak dibandingkan dengan yang tidak mengikuti program ($p < 0,001$). Lebih dari 90% pengasuh program gizi ibu dan anak mengunjungi Posyandu dalam 3 bulan sebelumnya.

Pemberian makanan melalui sistem Posyandu lokal berkontribusi pada cakupan dan penerimaan yang tinggi. Namun, 66,3% pengasuh anak, yang menerima jatah makanan, melaporkan membagikan makanan tersebut, sebagian besar karena kebiasaan berbagi makanan, serta tingkat kerawanan pangan keluarga yang tinggi. MPASI yang ditujukan untuk anak-anak dibagikan dengan saudara kandung mereka (52,7%) dan biskuit untuk ibu hamil dan menyusui terkadang dibagikan kepada anggota keluarga lain (13,6%). Anggota tim program juga merasakan tekanan untuk memberikan jatah makanan kepada semua anak yang datang ke Posyandu, bukan hanya target penerima manfaat.

Meskipun program dinilai berhasil, angka stunting tetap sangat tinggi, di bidang-bidang intervensi maupun non-intervensi. Hal ini mencerminkan besarnya tantangan yang dihadapi keluarga di wilayah miskin ini dan masih banyak lagi upaya yang diperlukan untuk mengatasi masalah ini.

Salah satu faktor penting untuk mencapai keberhasilan adalah memastikan cakupan yang baik dari semua paket program selama 1.000 HPK.

Proyek ini juga menghadapi tantangan lemahnya kapasitas sistem kesehatan lokal. Akses yang memadai ke perawatan kesehatan merupakan pendorong penting pengurangan angka stunting. Penggunaan banyak relawan, terbatasnya anggaran, dan kurangnya staf terlatih, terutama ahli gizi

untuk memberikan bimbingan dan dukungan yang diperlukan merupakan tantangan lebih lanjut. Persoalan anggaran dan kapasitas juga menghambat produksi LNS lokal yang menyebabkan proyek menarik lebih banyak dukungan sektor swasta. Ini bukan solusi yang berkelanjutan. Di beberapa daerah, aspek transportasi sangat menantang sehingga produksi lokal adalah satu-satunya cara yang efisien untuk memproduksi LNS.

Meskipun pemerintah daerah sangat antusias untuk mengambil alih proyek, ada kendala anggaran yang menambah tantangan lain. Namun, pada setiap tantangan terdapat pembelajaran yang bisa dipetik. Proyek ini memanfaatkan sumber daya Kementerian Kesehatan dan kementerian lain di tingkat pusat dan mendorong perusahaan lokal untuk memproduksi makanan fortifikasi yang terjangkau untuk membantu mencegah kekurangan gizi di kabupaten terpencil dan miskin di TTS, suatu contoh baik dari kemitraan publik-swasta dan tanggung jawab perusahaan.

Kementerian Kesehatan mulai mendistribusikan makanan tambahan (biskuit fortifikasi berenergi tinggi) untuk balita dengan kekurangan gizi dan ibu hamil pada awal 2017, setelah berakhirnya PLB (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

KOLABORASI PUBLIK-SWASTA DAPAT MENGHASILKAN PERBAIKAN YANG LESTARI

Pada umumnya strategi WFP tidak dirancang untuk membuat program besar, melainkan bekerja sama dengan pemerintah untuk membuat prototipe yang dapat menghasilkan pembelajaran untuk diintegrasikan ke dalam program pemerintah yang lebih luas.

Meningkatkan produksi makanan secara lokal di seluruh kabupaten diidentifikasi sebagai langkah yang sangat penting. Makanan Sekolah Berbasis Pangan Lokal (*Local-food-based school meals*-LFBSM) direplikasi di kabupaten/kota lain oleh Kementerian Pendidikan dengan nama PROGAS (Program Anak Sekolah). GAIN mendukung percontohan pemberian minyak yang diperkaya vitamin A di provinsi lain.

Indofood kini menjual MPASI fortifikasi yang baru dan lebih baik dengan harga terjangkau di seluruh Indonesia.

Proyek ini juga menyoroti pentingnya gizi yang terjangkau.

Studi *Cost of Diet* yang dilakukan menunjukkan bahwa lebih dari 70% masyarakat tidak mampu membeli makanan yang gizi. Ketersediaan makanan yang terjangkau menjadi masalah di TTS (Baldi et al., 2013). Perlindungan sosial bagi warga miskin sangat penting. Perusahaan lokal memiliki peran penting dalam memastikan ketersediaan makanan bergizi berfortifikasi dengan harga terjangkau di pasar lokal.

Koordinasi dan keterlibatan dengan LSM lokal, PKK, akademisi, badan PBB lain juga penting. Jaringan *Scaling Up Nutrition* (SUN) Indonesia juga telah diperkuat untuk memberikan dukungan kepada pemerintah dan pemangku kepentingan lain di TTS. Jaringan SUN secara aktif mendukung gerakan SUN dan upaya pemerintah untuk mengurangi angka stunting melalui Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting (StraNas Stunting).

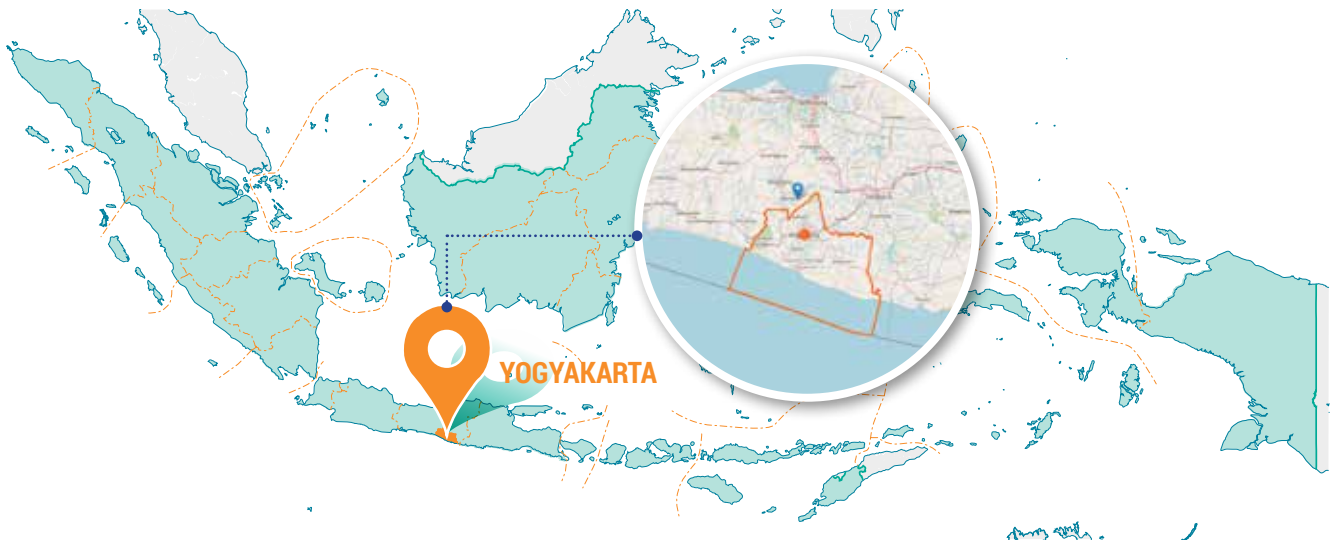


"Kerja sama antara pemerintah daerah dan WFP dimulai sebelum Project Laser Beam. Proyek ini telah meningkatkan berat badan, terutama di antara anak-anak kurang gizi dan ibu hamil dan menyusui. Tingkat kehadiran di Posyandu meningkat. Terjadi perubahan positif pada status kesehatan dan gizi anak dan ibu hamil. Semua pencapaian tersebut tidak lepas dari keterlibatan berbagai elemen, termasuk LSM lokal, masyarakat, dan pemerintah daerah. Kami berterima kasih kepada WFP yang telah melibatkan kami secara langsung dalam pelaksanaan program ini," ujar Ir. Paul V. R. Mella, Walikota TTS.

Project Laser Beam telah menunjukkan bahwa kemitraan publik-swasta dapat memainkan peran utama dalam mengurangi kekurangan gizi dan meningkatkan kesejahteraan warga yang paling rentan. Selain itu, proyek ini memberikan pembelajaran penting untuk StraNas Stunting Pemerintah Indonesia.



MINAPADI: BUDIDAYA IKAN DI PERSAWAHAN



Saat hujan gerimis mulai turun, ikan berenang di sekitar sawah di tanah vulkanik yang subur di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY), tampaknya tidak menyadari riak air yang diciptakan oleh hujan dan angin sepoi-sepoi.

Ikan kecil, atau biasa dikenal sebagai ikan nila, berukuran sekitar 10 cm, melesat di antara rumpun tanaman padi, yang dapat diakses dengan metode jarak tanam yang diterapkan petani untuk meningkatkan hasil panen. Di salah satu ujung sawah, ikan bergerak bebas di antara kolam dalam dan tanaman, memakan rumput liar dan organisme makanan alami.

Bagi Kabupaten Sleman, bertani dan memelihara ikan terbukti menjadi rumus unggulan dalam upaya meningkatkan gizi, kesehatan, dan pendapatan.

Budidaya padi-ikan dilakukan sebagai upaya meningkatkan produksi beras lokal. Praktik ini menghidupkan kembali metode kuno untuk meningkatkan panen padi. Ikan tidak hanya memakan rumput liar dan menyuburkan padi. Ikan juga merupakan sumber protein yang sangat bernilai bagi keluarga atau dapat dijual di pasar untuk menambah penghasilan.

Meskipun sederhana, ini adalah ide yang cemerlang. Budidaya padi-ikan dimulai dengan memanfaatkan sawah yang ada. Tata letak padi yang ditanam diubah untuk memungkinkan lebih banyak ruang dan

kedalaman di sekitar sawah untuk ikan. Ikan tumbuh lebih besar dan kotoran mereka menjadi pupuk alami untuk padi. Padi tumbuh lebih baik, sehingga produksi meningkat dan hasilnya dapat dijual dengan harga lebih tinggi karena kualitasnya lebih baik dan kandungan proteinnya lebih tinggi.

Budidaya padi-ikan membawa dampak positif bagi keluarga, baik untuk lingkungan dan baik untuk planet ini.

Hubungan antara perbaikan gizi melalui perbaikan pola makan dan budidaya padi-ikan cukup menjanjikan. Indonesia sedang menjajaki peluang untuk memanfaatkan metode inovatif ini untuk memperbaiki pola makan melalui program budidaya ikan di sawah.

Untuk saat ini, informasi mengenai dampak budidaya padi-ikan terhadap perbaikan gizi masih terbatas.

Namun, informasi kualitatif mengarah pada peningkatan ketersediaan dan aksesibilitas ikan dalam keluarga dan masyarakat.



"Oh ya, salah satu anggota kelompok petani kami bertanggung jawab untuk menjual ikan di pasar lokal. Keluarga kami sekarang juga bisa mengonsumsi ikan dengan mudah," jelas salah satu petani di Kabupaten Sleman, ketika ditanya tentang dampak budidaya padi-ikan terhadap pola makan mereka.

MENGHIDUPKAN KEMBALI TRADISI LAMA

Budidaya padi-ikan memiliki sejarah panjang di Asia. Asal usul pastinya tidak jelas, tetapi bukti arkeologis dan tertulis menunjukkan budidaya ini dilakukan di Tiongkok lebih dari 1.700 tahun yang lalu (Halwart & Gupta (eds), 2014).

Di Indonesia, budidaya padi-ikan diyakini telah dimulai di Kabupaten Ciamis di Jawa Barat, pada pertengahan tahun 1800-an (Ardiwinata, 1957). Selama bertahun-tahun, perubahan pada sistem kepemilikan tanah dan tata kelola menyebabkan beberapa metode budidaya padi-ikan diterapkan, biasanya dengan tanaman palawija dan sistem padi-ikan “Minapadi”. Pada awalnya, palawija merupakan metode budidaya padi-ikan yang disukai, dan pertama kali dipraktikkan sebagai sarana untuk meningkatkan pendapatan selama masa istirahat bertanam padi (Halwart & Gupta (eds), 2014). Dengan munculnya teknologi modern, teknik, dan pertukaran informasi, metode budidaya padi-ikan yang disukai di Indonesia akhir-akhir ini adalah minapadi, di mana ikan dan padi dibudidayakan secara bersamaan di lahan yang sama. Selain ikan, krustasea seperti udang juga bisa dibudidayakan dengan padi (yang dikenal sebagai ugadi). Namun, sejauh ini ternak yang paling banyak dibudidayakan dengan padi adalah ikan.

Ketertarikan pada budidaya padi-ikan di Indonesia telah mengalami pasang surut selama bertahun-tahun.

Kini budidaya padi-ikan kembali dilakukan berkat Kementerian Kelautan dan Perikanan (KKP), pemerintah daerah yang mendukung dan bantuan dari mitra pembangunan.

Pada tahun 2015, FAO di Indonesia memberikan dukungan katalis untuk meningkatkan jumlah Minapadi di Indonesia. Dengan dukungan dana awal sebesar Rp 2 miliar (setara dengan USD 149.254) pada tahun 2015 dari FAO, KKP merintis model baru pertanian Minapadi di Provinsi DIY (Kabupaten Sleman), dan Provinsi Sumatera Barat.

Percontohan yang dilakukan terbukti berhasil. Di Kabupaten Sleman, yang menjadi salah satu lokasi percontohan, model baru yang dikembangkan FAO dan KKP melalui bekerja sama dengan Dinas Kelautan dan Perikanan Provinsi DIY dan Kabupaten Sleman, dan dukungan TNI yang ditempatkan di Kabupaten Sleman, menunjukkan kelayakan implementasi dan perluasan penerapan. Lokasi percontohan telah menyediakan *business case* yang kokoh dan margin keuntungan yang sehat.



Lebih penting lagi, model tersebut – yang terbukti menguntungkan – menarik minat kelompok petani dan Pemerintah Provinsi Yogyakarta. Oleh karena itu, Gubernur DIY berkomitmen untuk mengembangkan sedikitnya 50 hektare lahan di Kecamatan Pakem dan Minggir untuk budidaya padi-ikan dan budidaya udang di sawah.

Program ini diperluas ke 30 kabupaten/kota pada tahun 2018 dan Kementerian Kelautan dan Perikanan (KKP) mengalokasikan anggaran untuk perluasan di 27 kabupaten/kota tambahan.

Keberhasilan luar biasa ini meyakinkan Pemerintah Indonesia tentang kelayakan memperluas penerapan model Minapadi di kabupaten/kota terpilih di Indonesia. Antara 2016 dan 2018, pemerintah mengalokasikan setidaknya Rp 18 miliar (sekitar USD 1,3 juta) dari APBN untuk memperluas Minapadi di setidaknya 580 hektar di 30 kabupaten/kota di Indonesia. Pada 2019, KKP mengalokasikan Rp 12 juta (sekitar USD 849.337) untuk mengembangkan Minapadi di total 400 hektare di 27 kabupaten/kota (KKP, 2019).

Model Minapadi yang baru berbeda dengan budidaya ikan tradisional dalam hal jarak tanam padi, desain lahan, termasuk parit ikan dan kolam dalam, dan pembentukan kelompok petani (Box 16).



Box 16: Desain model baru Minapadi

Disebut sebagai Minapadi Jajar Legowo, model Minapadi baru menggunakan jarak tanam padi 2 ke 1 atau 4 ke 1. Dengan kata lain, tanaman padi ditempatkan pada baris 2 (atau 4), dengan jarak satu baris yang tidak ditanami, sebelum ditempatkan pada baris 2 (atau 4) lagi (IAARD, 2016). Pengaturan ruang antar tanaman padi telah terbukti menghasilkan panen padi yang lebih tinggi: volume tanaman meningkat 33% per hektare dan produktivitas padi meningkat 12-22% (IAARD, 2016). Selain itu, riset yang dilakukan di Indonesia menunjukkan kandungan protein lebih tinggi ditemukan pada beras yang diproduksi menggunakan model Minapadi dibandingkan dengan sistem monokultur – sekitar 10% hingga 11% lebih tinggi (Sudiarta et al., 2016).

Desain parit ikan dan kolam dalam juga memainkan peran penting dalam meningkatkan aksesibilitas tanah bagi ikan, yang pada akhirnya memfasilitasi penyerapan gizi pada padi saat ikan melepaskan gizi dari tanah. Ini terjadi baik dengan mengusik bagian tanah yang terkena air atau dengan membuat tanah lebih berpori. Peningkatan aksesibilitas tanah juga membuat ikan dapat mengakses gulma dengan lebih baik, yang didaur ulang menjadi gizi ketika ikan memakannya. Secara keseluruhan, ikan berkontribusi pada ketersediaan mineral di sawah, seperti nitrogen dan fosfor, yang penting untuk pertumbuhan dan produksi tanaman padi (Halwart & Gupta (eds), 2014).

Salah satu fitur utama lain dari model Minapadi ini adalah konstruksi kolam dalam, dengan kedalaman 80 cm dan menggunakan maksimal 20% luas sawah. Meskipun kolam dalam mengambil luas sawah yang dapat digunakan untuk menanam padi, kolam dalam memiliki peran penting dalam budidaya ikan di sawah, termasuk memberikan perlindungan bagi ikan, meningkatkan akses ke sawah, memfasilitasi panen ikan, dan menampung ikan selama panen padi. Berkurangnya luas sawah karena digunakan untuk kolam diimbangi dengan peningkatan produktivitas padi.

PETANI MEMECAHKAN MASALAH YANG DIHADAPI

Ciri khas lain dari model baru Minapadi adalah pembentukan kelompok petani padi-ikan.

Sebenarnya inilah faktor utama keberhasilan program Minapadi yang baru. Dengan membentuk kelompok petani, para petani setempat dapat memaksimalkan tenaga mereka untuk memodifikasi sawah atau membangun sawah dengan spesifikasi yang dibutuhkan, bekerja sama untuk memecahkan masalah umum, memanfaatkan benih ikan, pakan ikan, peralatan dan pembelian lain, dan saling membantu selama periode penting di sepanjang siklus budidaya. Di Kabupaten Sleman, selain sekretariat utama kelompok petani (yang meliputi ketua, sekretaris, dan bendahara), terdapat satuan tugas yang bertanggung jawab atas tugas-tugas seperti pengairan, pengamanan lahan dan panen, pemasaran, serta keberlanjutan program. Pembentukan kelompok petani padi-ikan juga memungkinkan KKP dan Dinas Kelautan dan Perikanan setempat untuk menyalurkan bantuan dengan lebih efektif.

Program Minapadi KKP bertujuan untuk meningkatkan pendapatan petani melalui budidaya padi-ikan, dan meningkatkan konsumsi ikan di kalangan petani dan masyarakat. Sejak awal, KKP dan Dinas Kelautan dan Perikanan setempat telah memberikan dukungan kuat untuk memastikan keberhasilan program ini. Dukungan tersebut meliputi bantuan teknis, peningkatan kapasitas,

jejaring, monitoring dan evaluasi, dan pengawasan melalui bantuan petugas penyuluhan di lapangan.

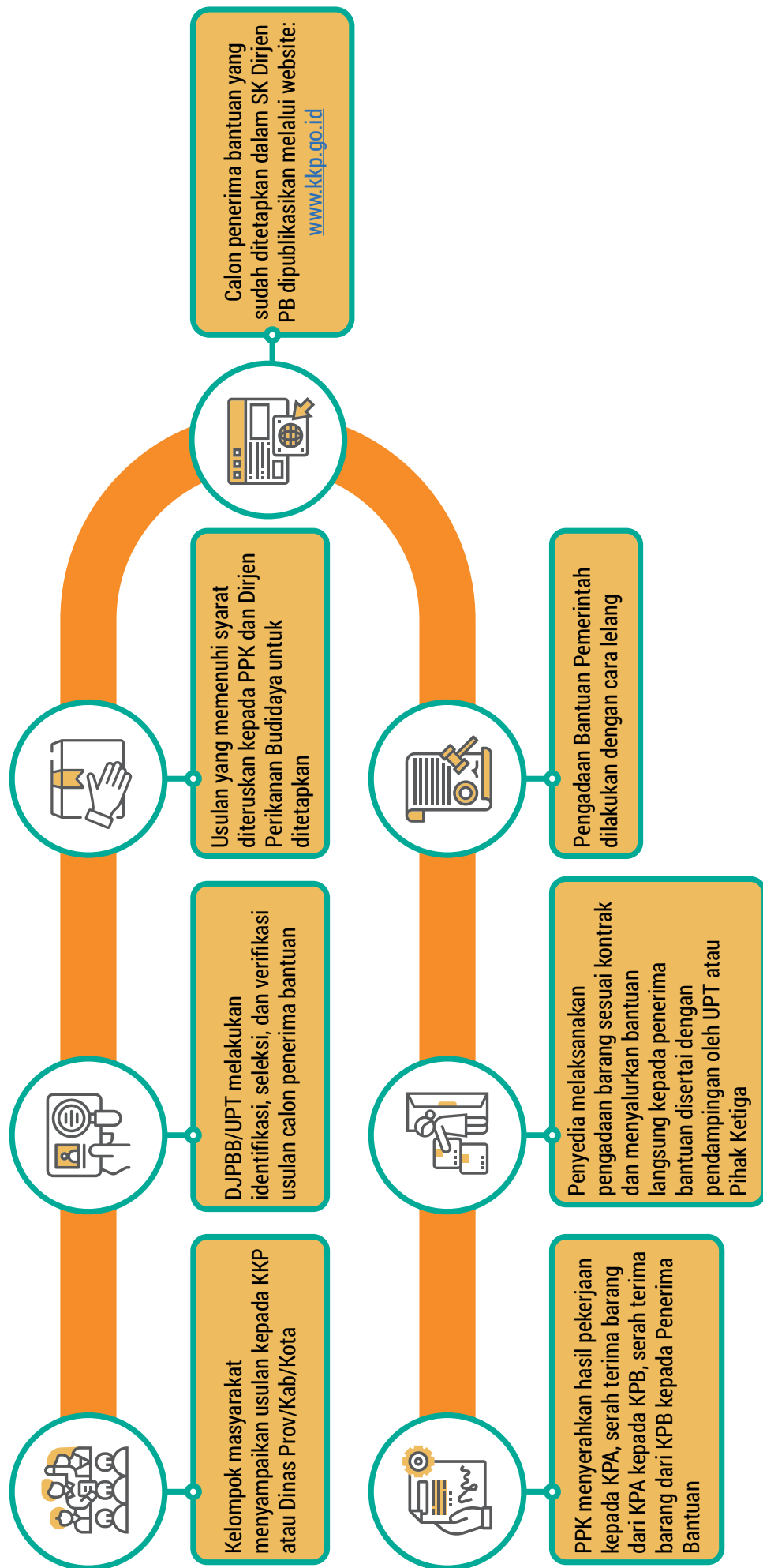
Menyadari bahwa biaya awal dan persyaratan pengetahuan teknis merupakan hambatan utama bagi sebagian besar petani, KKP mengembangkan skema bantuan pemerintah yang memudahkan kelompok petani untuk mendapatkan bantuan pemerintah (Gambar 19).

Selain itu, KKP dan FAO telah bekerja sama dengan Dinas Kelautan dan Perikanan setempat untuk membangun lahan contoh untuk percontohan budidaya padi-ikan di lokasi percontohan. Lahan contoh ini membantu kelompok petani di sepanjang siklus program (Tabel 3) untuk memberikan pengalaman langsung kepada petani budidaya ikan di sawah. Hingga saat ini, 685 hektar lahan contoh yang digunakan 96 petani telah dikembangkan. Ini termasuk di lokasi-lokasi seperti Kabupaten Sleman di Provinsi DIY, Kabupaten Tabanan di Provinsi Bali, dan Kabupaten Sukoharjo di Jawa Tengah.

Program bantuan Kementerian Kelautan dan Perikanan bertujuan untuk meningkatkan serapan Program Minapadi. Bantuan ini meliputi pengajuan usulan; identifikasi, seleksi dan verifikasi calon; pemilihan penerima manfaat; pengumpulan proses pengadaan, dan distribusi layanan, bantuan dan barang kepada penerima.



Gambar 19: Mekanisme bantuan Pemerintah



Tabel 3: Siklus program Minapadi

Tahap	Tahap persiapan	Tahap budidaya padi-ikan	Tahap pascapanen
Kegiatan utama	1. Pemilihan lokasi	1. Penanaman padi dengan metode jajar legowo	1. Monitoring dan evaluasi budidaya padi-ikan
	2. Pemilihan mitra pembudidaya ikan (terdiri dari pembudidaya tanpa pengalaman budidaya ikan sebelumnya) dan pembentukan kelompok kerja dan klaster	2. Pemupukan sawah, biasanya dilakukan satu hingga dua kali per siklus panen (pemupukan sawah tanpa budidaya ikan dilakukan dua hingga tiga kali per siklus panen)	2. Pemasaran produk
	3. Orientasi, rapat persiapan, dan diskusi	3. Pemasangan kawat, di pinggiran sawah dan di atas sawah untuk pencegahan predator	3. Pengelolaan keuangan untuk implementasi program yang berkelanjutan
	4. Pengadaan peralatan dan bahan yang diperlukan termasuk benih ikan, stok ikan dan pestisida yang sesuai	4. Penebaran benih ikan (biasanya 3-4 ekor/m ² , pada hari ke 7 - 10 setelah tanam padi)	
	5. Penyiapan lahan termasuk pembuatan kolam dalam dan parit, pemupukan lahan dan pengaturan irigasi sesuai pedoman teknis FAO	5. Panen (ikan kemudian padi, atau padi kemudian ikan)	

MENINGKATKAN PENDAPATAN PETANI

Program Minapadi yang baru telah meningkatkan pendapatan petani.

Di banyak lokasi hasil program menunjukkan budidaya padi-ikan mengarah pada peningkatan produktivitas padi dan peningkatan efisiensi pupuk.

Margin keuntungan dari penjualan padi juga lebih tinggi karena harga jual yang lebih tinggi – padi hasil budidaya lebih sehat karena penggunaan pestisida yang rendah. Bahkan dengan biaya keseluruhan yang lebih tinggi dari benih ikan dan pengadaan

pakan, petani Minapadi masih melaporkan pendapatan yang lebih tinggi dibandingkan dengan petani padi biasa karena ada pendapatan yang dihasilkan dari penjualan ikan. Misalnya, di desa Widodomartani, Wedomartani, dan Bimomartani Ngemplak di Provinsi DIY, keuntungan budidaya padi-ikan diperkirakan mencapai Rp 43 juta (sekitar USD 3.200) dalam satu siklus per hektare. Di desa-desa tetangga, keuntungan diperkirakan mencapai Rp 53 juta (sekitar USD 4.000) dalam satu siklus per hektar atau selama 3 hingga 4 bulan (Bidang Perikanan, 2016).



PERUBAHAN SIKAP

Meskipun dilakukan upaya terus-menerus untuk mempromosikan budidaya padi-ikan di Indonesia, terdapat hambatan program, perilaku dan teknis signifikan yang perlu diatasi.

Salah satu tantangan utama yang memengaruhi keberhasilan program adalah sulitnya menumbuhkan minat pada calon petani. Meskipun sebagian besar petani yang mencoba budidaya padi-ikan akhirnya percaya bahwa mereka benar-benar mengalami peningkatan pendapatan, masih sulit bagi calon petani yang tidak didorong untuk meninggalkan cara lama bertani padi.



"Ini tantangan besar yang harus diatasi. Sebagian besar petani padi tidak percaya bahwa membudidayakan ikan bersama dengan padi akan meningkatkan produksi padi, terutama karena sejumlah besar lahan harus dialokasikan untuk budidaya ikan. Sulit untuk mengubah persepsi ini, karena kebanyakan (petani) perlu melihat langsung sebelum mereka percaya", kata Dian Sukmawan, dari Direktorat Jenderal Perikanan Budidaya, KKP.

KKP berharap dapat mengatasi hal ini dengan mendirikan lahan contoh di tempat-tempat tertentu, tetapi menemukan bahwa lahan contoh tidak selalu berhasil meningkatkan minat masyarakat petani pada budidaya ikan di sawah. Salah satu potensi solusinya adalah memperkenalkan Minapadi sebagai program nasional dengan harapan akan mendapatkan dukungan dan minat yang lebih berkelanjutan.

Tantangan teknis program Minapadi dijelaskan pada Box 17.

Box 17: Tantangan teknis juga ditemukan pada program Minapadi

Tantangan ini termasuk memastikan spesifikasi parit ikan yang sesuai; pemilihan jenis dan kualitas padi yang tepat serta penggunaan pupuk yang sesuai; penggunaan benih ikan yang tepat dan berkualitas, termasuk keseragaman penyebaran benih dan melindungi padi dan ikan dari predator dan hama alamiah. Dengan bantuan penyuluh lapangan, KKP memberikan bimbingan dan pembangunan kapasitas bagi petani untuk mengatasi masalah teknis tersebut. KKP juga memainkan peran penting dalam menyediakan pakan ikan berkualitas dan membantu membentuk jaringan pemasok benih ikan yang memenuhi syarat seperti unit pelaksana teknis lokal untuk budidaya air tawar. Selain itu, KKP juga telah bekerja sama dengan Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat (Kementerian PUPR) untuk membuat kebijakan teknis irigasi untuk memberikan pedoman tentang irigasi dan pengelolaan air, dan dengan Kementerian Pertanian untuk menyediakan lahan pertanian potensial dan menghasilkan input yang lebih baik untuk Minapadi.

POTENSI GIZI BUDIDAYA PADI-IKAN

Perbaikan gizi melalui peningkatan konsumsi ikan di kalangan petani, keluarga, dan masyarakat tetap menjadi tantangan yang signifikan yang harus diatasi dalam program Minapadi.

Menurut persepsi umum, peningkatan ketersediaan dan aksesibilitas ikan menyebabkan peningkatan konsumsi ikan di keluarga dan masyarakat. Namun, persepsi ini tidak memperhitungkan bahwa pendorong utama petani melakukan budidaya padi-ikan adalah kesempatan untuk mendapatkan penghasilan tambahan. Harga pasar dapat menentukan bahwa semua ikan yang dapat dipasarkan akan dijual, tanpa ada yang dikonsumsi keluarga petani. Demikian pula, ikan yang dapat dipasarkan juga dapat dijual ke kota-kota di mana permintaan ikan, dan dengan demikian harga ikan, lebih tinggi. Tantangan ini tidak hanya terjadi pada program Minapadi dan Indonesia (Halwart & Gupta (ed), 2014). Menyadari tantangan signifikan ini, KKP berencana untuk menilai hubungan antara Minapadi dan perbaikan gizi dalam waktu dekat.

Menyadari kerumitan dalam upaya meningkatkan konsumsi ikan - dan gizi - adalah langkah pertama dalam mengatasi tantangan program ini. Berikutnya adalah memahami bahwa menangani gizi melalui budidaya padi-ikan akan melibatkan penciptaan sistem pertanian-budidaya yang lebih gizi sensitif (lihat Box 18 untuk definisi sistem pertanian dan pangan yang gizi sensitif).³⁸ Hal ini akan memungkinkan program Minapadi untuk berkontribusi pada perbaikan gizi dan kesehatan dengan lebih efisien. Beberapa cara untuk meningkatkan sensitivitas gizi dari program Minapadi antara lain:³⁹

1. **Memasukkan tujuan dan indikator gizi secara eksplisit ke dalam rancangan program.** Misalnya, memasukkan indikator yang menilai konsumsi ikan di keluarga dan masyarakat.
2. **Menilai konteks di tingkat lokal, untuk merancang kegiatan yang tepat guna dalam mengatasi jenis dan penyebab kekurangan gizi.** Misalnya, dengan

mempertimbangkan status gizi lokal ketika menentukan lokasi percontohan atau lokasi perluasan Minapadi.

3. **Menargetkan kelompok rentan dan meningkatkan kesetaraan melalui partisipasi, akses ke sumber daya dan pekerjaan yang layak.** Misalnya, memastikan mekanisme bantuan pemerintah untuk Minapadi dapat diakses keluarga yang termasuk rentan, atau rumah tangga 1.000 HPK.
4. **Berkolaborasi dengan sektor dan program lain.** Misalnya, kerja sama dengan sektor kesehatan untuk promosi dan pendidikan gizi, dan sektor pendidikan untuk memasukkan ikan ke dalam program pemberian makan di sekolah.
5. **Memberdayakan perempuan.** Misalnya dengan mengikutsertakan perempuan dalam program Minapadi sebagai petani ataupun peran lainnya. Riset menunjukkan bahwa pemberdayaan perempuan memiliki dampak positif pada gizi karena perempuan berpotensi besar untuk menggunakan sumber daya dan pendapatan untuk makanan, pendidikan, kesehatan, dan perawatan.
6. **Meningkatkan pengolahan, penyimpanan, dan pengawetan untuk mempertahankan nilai gizi dan keamanan pangan, untuk mengurangi kerugian musiman dan pascapanen, dan membuat makanan sehat yang mudah disiapkan.** Misalnya, dengan memastikan program Minapadi berkontribusi pada rantai pangan yang gizi sensitif.
7. **Memperluas akses pasar bagi kelompok rentan, khususnya untuk pemasaran makanan bergizi.** Misalnya, dengan memastikan rumah tangga 1.000 HPK, anak sekolah dan remaja putri di masyarakat memiliki akses ke ikan yang dapat dipasarkan.
8. **Memasukkan promosi dan pendidikan gizi.** Misalnya, melalui intervensi yang memastikan peningkatan produksi ikan dan padi dan/atau

³⁸ Intervensi gizi sensitif adalah intervensi yang menangani faktor penyebab tidak langsung status gizi dan perkembangan janin dan anak, yaitu ketahanan pangan; sumber daya pengasuhan yang memadai di tingkat ibu, keluarga, dan masyarakat; dan akses ke layanan kesehatan dan lingkungan yang aman dan higienis. Intervensi tersebut merupakan berbagai kegiatan di luar sektor kesehatan yang salah satu tujuannya yaitu meningkatkan gizi (Ruel & Alderman, 2013).

pendapatan dijabarkan ke dalam perbaikan pola makan dan perbaikan status gizi. Salah satu intervensi tersebut termasuk komunikasi antarpribadi dan kelas memasak yang memberdayakan ibu untuk menyiapkan makanan bergizi untuk seluruh keluarga dengan fokus khusus pada anak kecil, sambil mengatasi tabu dan kepercayaan terkait makanan yang memengaruhi pilihan dan distribusi makanan di keluarga.

Saat ini, program KKP Minapadi bekerja sama dengan Kementerian Pertanian, Kementerian PUPR, mitra donor dan juga Dinas Kelautan dan Perikanan setempat.

Program Minapadi dari KKP perlu bekerja sama dengan Kementerian Pertanian, terutama program budidaya padi-ikan milik Kementerian Pertanian sendiri.

Tujuannya adalah untuk menemukan lebih banyak sinergi termasuk dengan pemangku kepentingan lain seperti Kementerian Kesehatan dan Kementerian Pendidikan, serta mitra lokal mereka. Ini akan mengarah pada peningkatan ketersediaan, akses, dan konsumsi makanan kaya gizi dan berkualitas tinggi untuk rumah tangga 1.000 HPK, anak-anak sekolah, remaja dan populasi rentan.

StraNas Stunting menyediakan *platform* yang sempurna untuk mempercepat koordinasi.

Sementara perluasan program Minapadi KKP dapat menjadi tantangan, terdapat banyak potensi untuk mengatasi faktor-faktor penentu yang mendasari gizi anak, serta ketahanan pangan di Indonesia melalui program Minapadi.



"Indonesia perlu terus mengembangkan budidaya padi-ikan untuk mendukung ketahanan pangan nasional. Indonesia merupakan salah satu negara yang berhasil mengembangkan sistem budidaya padi-ikan di tingkat nasional," ujar Dr. Ir. Slamet Soebjakto, Direktur Jenderal Perikanan Budidaya, KKP. *"Melalui sistem ini banyak manfaat dan nilai positif yang didapat, seperti*

Box 18: Definisi pertanian dan sistem pangan yang gizi sensitif

Pertanian yang gizi sensitif adalah pendekatan yang berusaha memastikan produksi berbagai makanan yang terjangkau, bergizi, sesuai budaya dan aman dalam jumlah dan kualitas yang memadai untuk memenuhi kebutuhan makanan penduduk secara berkelanjutan. Menyadari bahwa penanganan gizi memerlukan tindakan di semua tahap rantai makanan - mulai dari produksi, pengolahan, ritel hingga konsumsi - telah mengarah pada fokus yang lebih luas yang mencakup keseluruhan sistem pangan.

Sumber: (FAO, 2017)

menyediakan sumber pangan yang berasal dari beras dan ikan, juga dapat menghasilkan beras organik yang bebas pestisida. Sedangkan dari sisi ekonomi, sistem ini dapat meningkatkan produksi ikan yang berdampak pada peningkatan pendapatan petani."

"Direktorat Jenderal Perikanan Budidaya akan terus mendukung kegiatan budidaya padi-ikan dengan mengalokasikan anggaran tambahan dari APBN dan bekerja sama dengan FAO, Kementerian Pertanian, Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat, industri perbankan, dll untuk mengembangkan program. Kedepannya diharapkan kegiatan budidaya padi-ikan di berbagai daerah di Indonesia semakin banyak, sehingga kebutuhan gizi nasional serta ketahanan pangan nasional dapat terjamin," ujarnya.

Satu hal yang pasti. Bagi petani dan keluarga mereka, ikan yang berenang di sawah mereka adalah tamu yang mereka sambut hangat.

Ikan tersebut bukan hanya membantu tanaman padi tumbuh kuat tetapi juga membantu anak-anak mereka. Dan dalam memerangi kekurangan gizi kronis, ini berarti program Minapadi berenang ke arah yang benar.



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



PEDOMAN STRATEGI KOMUNIKASI

PERUBAHAN PERILAKU DALAM
PERCEPATAN PENCEGAHAN
STUNTING DI INDONESIA

2018

STRAKOM: MENGUBAH PERILAKU MELALUI KOMUNIKASI YANG EFEKTIF

Presiden Joko Widodo, telah mengangkat isu pengurangan stunting menjadi prioritas nasional yang penting bagi pembangunan modal manusia Indonesia.⁴⁰ Indonesia mengembangkan paket resmi “Intervensi Gizi Terpadu untuk Pencegahan dan Pengurangan Stunting” pada akhir 2017. Kemudian, Presiden Joko Widodo meluncurkan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting (StraNas Stunting) pada 2018, dengan fokus awal pada 100 kabupaten/kota prioritas dengan tingkat prevalensi stunting tertinggi di Indonesia.

KONTRIBUSI STRAKOM PADA STRATEGI NASIONAL PENCEGAHAN STUNTING

Kurangnya kesadaran masyarakat tentang stunting dan konsekuensinya, ditambah kebijakan pencegahan stunting yang terpisah-pisah, terutama yang berfokus pada Komunikasi Perubahan Perilaku (KPP) dan Komunikasi Antar Pribadi (KAP), telah diakui sebagai salah satu penyebab utama stunting. Oleh karena itu, Strategi Komunikasi Perubahan Perilaku Nasional (StraKom) untuk pencegahan stunting diperkenalkan pada Oktober 2018 untuk mengatasi faktor-faktor tersebut. Dipimpin Kementerian Kesehatan dan Kementerian Komunikasi dan Informatika di tingkat nasional, StraKom dibangun berdasarkan Pilar 2 dari 5 Pilar StraNas pencegahan stunting.

StraKom bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat dan mengubah perilaku masyarakat terkait pencegahan stunting. StraKom mencakup strategi untuk: a) kampanye dan penjangkauan di tingkat nasional dan daerah, b) meningkatkan keterampilan Komunikasi Antar Pribadi (KAP) penyedia layanan kesehatan dan kader, c) melakukan advokasi kepada pengambil keputusan untuk memberikan prioritas tinggi pada pengurangan angka stunting dan untuk mengembangkan peraturan yang memadai untuk melaksanakan program pencegahan stunting dan strategi Komunikasi Perubahan Perilaku (KPP). StraKom dikoordinasikan bersama oleh Kementerian Kesehatan untuk komunikasi perubahan perilaku, dan Kementerian Komunikasi dan Informatika

untuk kampanye nasional pencegahan stunting. StraKom memberikan panduan kepada pemangku kepentingan terkait dalam mengembangkan strategi lokal untuk menerapkan komunikasi perubahan perilaku untuk mempercepat pencegahan stunting di tingkat provinsi, kabupaten/kota, dan desa. StraKom mendeskripsikan target penerima dan pesan yang terkait dengan perubahan perilaku, dan elemen teknis lainnya, seperti *platform* komunikasi antar pribadi, pilihan saluran komunikasi, dan kegiatan advokasi kebijakan.

PROSES PERENCANAAN STRATEGIS STRAKOM

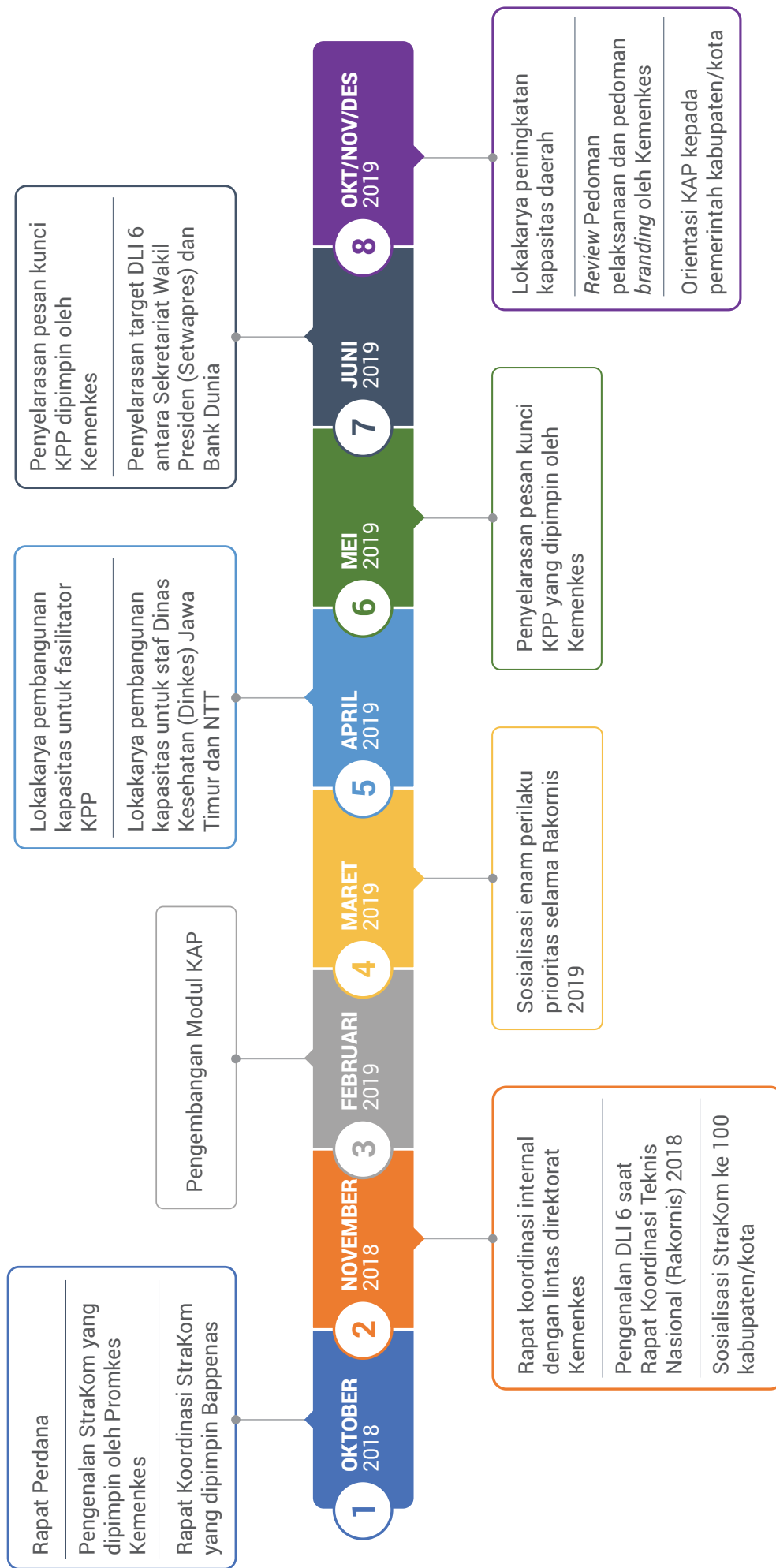
Proses perencanaan strategis dimulai dengan perencanaan bersama kolaboratif lintas sektor di tingkat nasional, yang diikuti tingkat provinsi dan kabupaten. Kementerian Kesehatan, khususnya Direktorat Promosi Kesehatan, bertanggung jawab memimpin koordinasi dan perencanaan strategi Komunikasi Perubahan Perilaku (KPP) baik di tingkat nasional maupun daerah. Sementara itu, Kementerian Komunikasi dan Informatika, bekerja sama dengan Kemenkes, bertanggung jawab atas kampanye massal nasional untuk meningkatkan kesadaran mengenai stunting. Langkah-langkah utama untuk mengembangkan strategi komunikasi perubahan perilaku meliputi: a) menganalisis situasi, b) menentukan kelompok sasaran, c) mendefinisikan pesan kunci, d) mengembangkan pendekatan komunikasi, e) mengelola saluran komunikasi, dan f) merancang materi komunikasi.

TONGGAK PENCAPAIAN

Lini masa pengembangan StraKom dijelaskan pada Gambar 20. StraKom diperkenalkan pada Oktober 2018, dipimpin Kementerian Kesehatan sebagai tindak lanjut dari StraNas Stunting. Pada November 2018, StraKom diperkenalkan di 100 kabupaten/kota prioritas dalam Rapat Koordinasi Teknis Nasional (Rakornis) Kesehatan. Kabupaten/kota prioritas ini diharapkan untuk mengesahkan peraturan daerah mereka untuk StraKom.

39 Diadaptasi (FAO, 2017).

Gambar 20: Jadwal waktu pengembangan StraKom



Di tingkat nasional, modul Komunikasi Antar pribadi (KAP) dikembangkan dan enam perilaku prioritas dipilih sebagai fokus utama pencegahan stunting. Perilaku tersebut antara lain: 1) konsumsi zat besi dan asam folat untuk ibu hamil, 2) kunjungan perawatan antenatal, 3) pemberian makanan yang tepat untuk bayi dan balita – Inisiasi Menyusu Dini (IMD), pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan, dan pemberian MPASI yang tepat mulai usia 6 bulan, 4) kehadiran di posyandu, 5) praktik cuci tangan yang benar, dan 6) penggunaan jamban sehat.

Lokakarya pembangunan kapasitas fasilitator KPP di tingkat nasional diadakan pada April 2019. Tujuan utama lokakarya adalah: 1) memperkuat kapasitas staf Kementerian Kesehatan dalam pengembangan StraKom kabupaten/kota dan meningkatkan kualitas pengawasan mendukung kepada kabupaten prioritas dan 2) secara kolaboratif merancang Pedoman Pelaksanaan KPP untuk strategi KPP tingkat kabupaten/kota. Lokakarya tingkat nasional ini dilanjutkan dengan lokakarya pembangunan kapasitas untuk Dinas Kesehatan Kabupaten di Jawa Timur dan Nusa Tenggara Timur yang dipimpin oleh fasilitator KPP nasional yang dilatih pada April 2019. Pelajaran penting yang dipetik dari lokakarya nasional dan kabupaten/kota, termasuk: 1) membangun pengetahuan dan kapasitas tim Kementerian Kesehatan untuk memahami KPP dan proses pengembangannya, 2) membangun pengetahuan dan kapasitas tim kabupaten untuk mengembangkan strategi KPP lokal, 3) menciptakan peluang potensi kolaborasi dengan banyak pemangku kepentingan untuk bekerja sama dalam strategi KPP lokal secara lebih terperinci, dan 4) mengidentifikasi kesenjangan utama dalam StraKom nasional untuk lebih diperkuat dan direvisi (yaitu perilaku prioritas utama, indikator perilaku, pesan kunci, indikator program/perilaku).

Pada Mei dan Juni 2019, Kementerian Kesehatan memulai proses penyelarasan pesan-pesan kunci KPP bersama dengan Setwapres, Kementerian Komunikasi dan Informatika, Bappenas, dan Kementerian Dalam Negeri. Enam pesan kunci terakhir saat ini sedang menjalani prapengujian. Tiga lokakarya pendampingan teknis daerah (Barat, Tengah, dan Timur) untuk mengembangkan peraturan perubahan perilaku kabupaten dilakukan pada kuartal terakhir tahun 2019. Secara umum, lokakarya

meningkatkan kesadaran dan pengetahuan tentang pentingnya KPP dan perlunya penguatan peraturan dan strategi KPP, dan peningkatan pemahaman bahwa implementasi KPP yang efektif hanya dapat terjadi jika dilakukan secara terpadu dengan lintas pemangku kepentingan. Sampai saat ini, pedoman implementasi untuk implementasi StraKom kabupaten dan pedoman branding kampanye telah disusun dan sedang ditinjau. Langkah ini dipimpin oleh Kementerian Kesehatan.

KESEMPATAN DAN TANTANGAN

Kesempatan meliputi pendampingan teknis daerah melalui grup WhatsApp (WA). Grup WA telah dibentuk setelah lokakarya daerah (Barat, Tengah, dan Timur). Grup WA bertujuan untuk koordinasi dengan kabupaten tentang pengembangan peraturan, StraKom kabupaten/kota, dan kegiatan KAP. Selain itu, grup WA juga digunakan untuk berbagi informasi, ide, praktik terbaik, dan pembelajaran. Grup WA ini dikelola oleh Direktorat Promosi Kesehatan di lingkungan Kementerian Kesehatan.

Kabupaten/kota dapat bekerja sama secara multisektor untuk mengembangkan strategi KPP lokal dan implementasinya. Namun, tantangan utama dalam koordinasi antara berbagai pemangku kepentingan, serta pengembangan dan implementasi KPP lokal, tetap ada.

Perlu adanya koherensi yang lebih besar antara pemangku kepentingan terkait, baik di tingkat nasional maupun daerah. Saat ini, koordinasi multisektor, baik di tingkat nasional maupun daerah, masih belum sepenuhnya selaras. Komunikasi berkelanjutan dari sektor utama (Kemenkes) masih perlu diperkuat. Meskipun telah ada upaya untuk memfasilitasi koordinasi antara pemangku kepentingan utama, beberapa masih beroperasi secara sendiri-sendiri.

Pengoperasian StraKom kabupaten/kota adalah tantangan besar berikutnya. Terdapat kebutuhan untuk meningkatkan kapasitas nasional dan daerah untuk mengembangkan intervensi KPP yang baik dan efektif untuk pencegahan stunting, serta keterampilan komunikasi (misalnya, komunikasi antar pribadi, konseling), untuk memastikan implementasi KPP yang memadai di tingkat nasional dan daerah.

MENGURANGI ANGKA STUNTING MELALUI PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH)

Pada tahun 2007, Program Keluarga Harapan (PKH) yang diprakarsai Pemerintah Indonesia, program bantuan tunai bersyarat (BTB), diluncurkan di tujuh provinsi, sebelum menjadi program nasional pada tahun 2013.

Pada awalnya PKH menasar keluarga termiskin, terutama yang di dalamnya terdapat ibu hamil dan menyusui, anak di bawah usia 6 tahun, dan anak usia sekolah hingga SMP. Namun, pada tahun 2014, pemerintah memperluas program untuk juga mengikutsertakan masyarakat tidak miskin termasuk penyandang disabilitas dan lansia, hingga mencapai sebanyak 10 juta keluarga pada tahun 2018.

Untuk mengakses manfaat, penerima manfaat harus memenuhi berbagai persyaratan kesehatan dan pendidikan, termasuk menghadiri pemeriksaan prakelahiran dan pascakelahiran, menjalani persalinan yang dibantu, membawa anak untuk memantau pertumbuhannya di Posyandu, mengimunisasi anak secara lengkap, dan mematuhi persyaratan pendaftaran dan kehadiran di sekolah. Fasilitator terlatih mengunjungi keluarga untuk memverifikasi bahwa mereka benar-benar memenuhi persyaratan.

Pada tahun 2009 Bank Dunia melakukan evaluasi dampak yang mungkin telah mengidentifikasi beberapa indikator perilaku insentif PKH untuk jangka pendek.

Namun, hasil kesehatan tertentu, termasuk stunting, mungkin mencerminkan dampak jangka panjang, yang memerlukan evaluasi lebih lanjut.

Hal ini memotivasi Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) untuk melakukan survei akhir pada tahun 2013 untuk mengidentifikasi dampak jangka panjang program

di mana enumerator mengunjungi kembali semua kecamatan dan mewawancarai ulang keluarga di sampel *baseline*, termasuk pecah kartu keluarga dan anggota rumah tangga baru. Untuk mengkaji potensi dampak jangka panjang dan kumulatif PKH terhadap kesehatan, pendidikan, dan modal manusia, tim peneliti dari TNP2K dan Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab (J-PAL SEA) menganalisis data tahun 2013 dari hampir 14.000 keluarga di 360 kecamatan di Indonesia. Mereka membandingkan hasilnya dengan data *baseline* yang dikumpulkan pada tahun 2007.

Survei *baseline* pada tahun 2007 dirancang sebagai evaluasi acak di tingkat kecamatan – yang menetapkan 360 kecamatan dengan pembagian yaitu 180 daerah diberi intervensi dan 180 daerah kontrol – di mana pemilihan kecamatan yang memenuhi syarat didasarkan pada karakteristik termasuk prevalensi kekurangan gizi, tingkat kemiskinan, putus sekolah, dan ketersediaan fasilitas kesehatan dan pendidikan.

Peneliti menemukan bahwa enam tahun setelah PKH diperkenalkan, PKH terus mempromosikan investasi kesehatan dan pendidikan pada anak-anak.

Anak-anak penerima manfaat PKH mengalami penurunan stunting yang signifikan, sebesar 9-11 poin persentase (23-27% penurunan kemungkinan mengalami stunting) dibandingkan dengan kelompok kontrol, di mana 39% di antaranya melaporkan kasus stunting. PKH juga mengurangi stunting yang parah sekitar 10 poin persentase (45%) dibandingkan dengan kelompok kontrol, di mana 18% keluarga melaporkan anak-anak dengan stunting parah. Dampaknya sedikit lebih besar di antara anak laki-laki daripada anak perempuan. Khususnya, dampak stunting ini tidak diamati dua tahun setelah program, tetapi hanya enam tahun setelah implementasi. Para peneliti berpendapat

bahwa dampak terhadap stunting didorong oleh perhatian yang lebih berkesinambungan terhadap berat badan dan gizi selama siklus 1.000 HPK anak-anak yang orang tuanya menerima bantuan tunai. Keluarga penerima bantuan tunai PKH juga meningkatkan pemanfaatan mereka atas sejumlah layanan kesehatan, lebih cenderung melakukan persalinan yang dibantu tenaga profesional terlatih dan untuk mengimunitisasikan anak-anak mereka secara penuh enam tahun setelah diperkenalkannya program PKH.

Ibu-ibu penerima PKH 13 sampai 17 poin persentase (18 sampai 24%) lebih cenderung melahirkan di klinik kesehatan dibandingkan dengan kelompok

pembanding, yang melahirkan di fasilitas kesehatan sebanyak 73% pada waktu yang sama.

Pada tahun 2018, PKH telah menjangkau lebih dari 10 juta keluarga. Namun, masih ada ruang untuk perbaikan, seperti memastikan organisasi pelaksana yang memadai, jumlah dan kualitas pendamping PKH yang memadai, serta fasilitas pendidikan dan kesehatan yang memadai di wilayah PKH.

Dengan perbaikan tersebut, PKH dapat semakin kuat tidak hanya dalam hal menanggulangi kemiskinan, tetapi juga dalam mempercepat upaya pengurangan stunting mendukung *StraNas Stunting*.

TIKAR PERTUMBUHAN: SARANA PENDIDIKAN YANG MUDAH UNTUK MENINGKATKAN KESADARAN TENTANG STUNTING⁴¹

Mengakhiri permasalahan gizi dalam segala bentuknya sangat penting. Stunting pada masa anak-anak - gejala kekurangan gizi kekurangan gizi dan perkembangan anak usia dini yang buruk, memiliki konsekuensi seumur hidup bagi kesehatan, produktivitas, dan kesejahteraan. Negara dengan beban stunting anak yang tinggi menghadapi dampak pada modal manusia dan pertumbuhan ekonomi (Victora et al., 2008).

Mengukur berat badan dan panjang/tinggi badan bayi dan anak, terutama sebelum ulang tahun kedua, sangat penting untuk deteksi dini kekurangan gizi.

Penilaian rutin terhadap tumbuh kembang anak yang dikombinasikan dengan konseling perubahan perilaku, yang dikenal sebagai pemantauan pertumbuhan dan perkembangan, dapat membantu mengidentifikasi dini perlambatan pertumbuhan atau kasus kelebihan berat badan.

Dengan tenaga kesehatan yang terlatih dan didukung secara memadai, pemantauan tumbuh kembang dapat membantu pengasuh anak memahami dan mengatasi penyebab mendasar dari pertumbuhan yang tidak sehat. Namun, banyak tantangan dalam melakukan pemantauan tumbuh kembang, antara lain:

1. Pengukuran dan pencatatan yang andal dan akurat seringkali masih rendah.
2. Pengukuran tidak selalu digunakan untuk memberikan konseling kepada pengasuh anak tentang pertumbuhan dan tindakan yang dapat mereka lakukan untuk menjamin pertumbuhan yang sehat atau memperbaiki pertumbuhan yang buruk.
3. Penggunaan data pemantauan tumbuh kembang untuk pengambilan keputusan di semua tingkat (dari pengasuh hingga tingkat nasional) untuk mendorong dilakukan tindakan dengan cepat tidak selalu diterapkan (World Bank Group, 2019).

40 Rapat Paripurna dengan DPR pada 16 Agustus 2016

41 Dirangkum dari laporan akhir *"Implementation of the Child Length Mat: Assessment and Recommendations"* (Griffiths, 2019)

Pada tahun 2017 Indonesia meluncurkan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting (StraNas Stunting).

Bank Dunia di bawah Proyek Modal Manusianya mendukung pemerintah dalam upayanya untuk meningkatkan pemberian layanan dan akuntabilitas di setiap tingkat implementasi strategi, berusaha untuk mencapai keterpaduan intervensi multisektor penting berbasis bukti yang diketahui dapat mengurangi masalah pertumbuhan dan perkembangan kronis pada anak-anak di seluruh Indonesia.

Pada Januari 2018, di bawah proyek percontohan yang dilaksanakan oleh Generasi Sehat dan Cerdas (GSC)/ *Human Capital Program*, Tikar Pertumbuhan dibagikan dan diterima oleh pemangku kepentingan di kantor Setwapres, Bappenas, Kemenkes, dan Kemendes sebagai alat yang murah dan mudah digunakan di masyarakat untuk membantu orang tua dan agen masyarakat memvisualisasikan pertumbuhan linier. Hal ini membantu dalam mengidentifikasi stunting pada balita sehingga dapat dilakukan upaya pencegahan stunting yang lebih baik.

Tikar Pertumbuhan dikembangkan The Manoff Group untuk membantu orang tua dan kader di masyarakat untuk memvisualisasikan pertumbuhan linier yang buruk dan stunting serta memicu tindakan untuk mencegah atau memperbaikinya pada anak di bawah usia dua tahun.

Tikar ini terbuat dari bahan polivinil dengan papan kepala dan memiliki sisi terpisah untuk anak laki-laki dan anak perempuan. Setiap negara akan menentukan periode pengukuran, tetapi umumnya anak-anak diukur setiap tiga bulan, mulai dari usia tiga bulan. Tikar ini dengan jelas menunjukkan apakah panjang anak, saat berbaring di tikar, <-2 Standar Deviasi (SD) dari standar WHO saat ini menurut usia anak. Validasi di Kamboja dan Guatemala menunjukkan sensitivitas dan spesifisitas yang tinggi dalam mengidentifikasi stunting dibandingkan dengan hasil ketika papan

tinggi digunakan. Menurut para pengguna, tikar lebih mudah untuk digunakan (NOURISH PROJECT, 2016; Nutri-Salud Project, 2018). Tikar Pertumbuhan saat ini digunakan di Bolivia, Kamboja, Guatemala, Indonesia, dan Rwanda. Di setiap negara, desain tikar, paket pelatihan, dan pedoman untuk tindakan keluarga dan masyarakat disesuaikan dengan konteks lokal. Layanan kesehatan, masyarakat, dan keluarga menemukan manfaat positif.

Dari Januari – April 2018, Tikar Pertumbuhan dikembangkan, diuji, dan direproduksi bersama dengan buku panduan dan kartu petunjuk konseling untuk konseling bagi Kader Pembangunan Manusia (KPM) di bawah Program Generasi (GSC).

Kartu skor desa yang dikelola KPM menambahkan suatu area untuk merangkum hasil Tikar Pertumbuhan untuk anak-anak di bawah usia 2 tahun untuk mendorong tindakan dan akuntabilitas bersama. Lebih dari 3.000 KPM dilatih untuk menggunakan Tikar Pertumbuhan dan 725 tikar dibagikan kepada KPM untuk dicoba untuk digunakan di desa mereka selama sesi Posyandu.

Pada Desember 2018, Program Generasi (GSC) berakhir. Namun, di sebagian besar wilayah, KPM terus bekerja dan menggunakan Tikar Pertumbuhan dengan dukungan dana dari pemerintah daerah. Hal ini menjadikan awal 2019 waktu yang tepat untuk menilai implementasi Tikar Pertumbuhan pada saat dilakukan uji coba.

Dari April hingga Mei 2019, Bank Dunia mendukung evaluasi implementasi Tikar Pertumbuhan untuk menentukan: 1) apakah penggunaan Tikar Pertumbuhan harus dilanjutkan, dan 2) jika demikian, dalam kondisi seperti apa. Mengingat Tikar Pertumbuhan adalah alat masyarakat yang dimaksudkan untuk digunakan sebagai bagian dari kegiatan Posyandu, kegiatan operasional umum Posyandu juga menjadi subyek dalam evaluasi ini.

Evaluasi dilakukan di tiga kabupaten (Bandung Barat, Lombok Tengah, dan Ogan Komering Ilir (OKI) dan diantara kabupaten tersebut, di 7 kecamatan dan 14 desa. Dari 14 desa, 11 telah diperkenalkan pada Tikar Pertumbuhan; tiga belum pernah melihat Tikar Pertumbuhan. Tiga belas desa memiliki KPM, sembilan dari program Generasi dan empat ditambahkan oleh pemerintah daerah sejak berakhirnya Generasi. Semua 11 desa dengan Tikar Pertumbuhan memiliki KPM.

TEMUAN DAN IMPLIKASI

Evaluasi uji coba Tikar Pertumbuhan ini begitu membuka mata. Evaluasi menunjukkan pentingnya melakukan pengamatan berkala dan mendalam pada kegiatan operasional untuk menangkap kebijakan atau prosedur yang perlu diselaraskan kembali dan untuk menyempurnakan implementasi. Mendengarkan mereka yang mengimplementasikan program, ditambah pengamatan langsung dan tinjauan yang terperinci, serta diskusi sangat penting untuk menangkap penilaian yang akurat. Yang paling penting untuk evaluasi ini adalah pemahaman antara semua pihak yang terlibat bahwa masalah atau kesalahan dipandang sebagai masukan untuk meningkatkan pelaksanaan program. Hal ini dapat memastikan pembelajaran dan membawa program dalam posisi yang lebih baik dalam menyediakan hal-hal yang dibutuhkan dalam konteks yang berbeda bagi anak-anak untuk tumbuh sesuai potensi mereka.

Evaluasi menemukan bahwa KPM mampu menggunakan Tikar Pertumbuhan dengan benar untuk mengidentifikasi gangguan pertumbuhan pada anak di bawah dua tahun.

Namun, cakupan dan penggunaannya masih terbatas.

Sementara sebagian besar KPM menggunakan Tikar Pertumbuhan secara konsisten di beberapa Posyandu, di dalam evaluasi ini tidak ada desa

di mana KPM menggunakan Tikar Pertumbuhan di semua Posyandu di satu desa. Hal ini dapat disebabkan oleh banyaknya jumlah Posyandu, terbatasnya jumlah tikar pertumbuhan yang tersedia (biasanya satu tikar pertumbuhan untuk satu desa) dan keterbatasan waktu untuk membawa tikar pertumbuhan ke setiap posyandu setiap bulan. Oleh karena itu, tidak ada KPM yang menggunakan tikar pertumbuhan pada semua anak di desa (3-24 bulan) selama periode uji coba. Sehingga, evaluasi tidak dapat melihat kemudahan dan dampak memiliki dan menyajikan informasi pertumbuhan setiap triwulan kepada pimpinan desa dan desa pada umumnya. Oleh karena itu, potensi penuh Tikar Pertumbuhan untuk menciptakan kesadaran yang lebih baik tentang stunting dan tindakan untuk mempromosikan pertumbuhan anak yang sehat oleh orang tua, pemimpin desa, dan kader belum dapat ditunjukkan.

Selain itu, tikar pertumbuhan tidak diperkenalkan dengan baik ke sektor kesehatan di setiap provinsi atau kecamatan, sehingga menimbulkan kesalahpahaman tentang penggunaannya.

Akibatnya, beberapa petugas kesehatan/tenaga gizi menyarankan kader dan KPM untuk berhenti menggunakannya. Dan, di sebagian besar wilayah, Tikar Pertumbuhan tidak dimasukkan dengan benar ke dalam kegiatan Posyandu, melainkan hanya merupakan kegiatan sampingan yang dilakukan KPM dengan sedikit keterlibatan kader atau tenaga gizi Puskesmas. KPM yang menerima pelatihan formal penggunaan Tikar Pertumbuhan seharusnya melatih kader agar mereka dapat membantu KPM atau menggunakan Tikar Pertumbuhan sendiri di Posyandu, tetapi hal ini tidak terjadi karena adanya hambatan dan minimnya dukungan dari Puskesmas.

Kegiatan operasional Posyandu secara keseluruhan masih di bawah standar minimal, sehingga menghambat upaya untuk menemukan dan memperbaiki pertumbuhan awal yang melambat.

Konseling oleh kader tidak dilakukan secara rutin atau mendalam. Bahkan ketika tenaga gizi Puskesmas datang di Posyandu, mereka tidak melakukan konseling.

KMS (Kartu Menuju Sehat) yang baru merupakan kemajuan dalam pelaksanaan Posyandu karena memperkuat dan memudahkan kader untuk mendeteksi gangguan pertumbuhan menggunakan penambahan berat badan, meskipun deteksi belum tentu mendorong tindakan. Informasi pertumbuhan anak, bahkan kecukupan penambahan berat badan, belum digunakan di Posyandu atau masyarakat untuk memecahkan masalah lokal atau membuat keputusan investasi.

REKOMENDASI DAN LANGKAH SELANJUTNYA

Evaluasi tersebut merekomendasikan hal-hal berikut:

1. Terus menggunakan Tikar Pertumbuhan sebagai sarana pendidikan masyarakat untuk mendorong tindakan di keluarga dan masyarakat untuk meningkatkan pertumbuhan anak usia dini. Namun, Tikar Pertumbuhan harus diperkenalkan dalam konteks operasional yang berbeda, melalui Kementerian Kesehatan sebagai bagian dari pelaksanaan Posyandu dengan dukungan Kementerian Desa. Kementerian Kesehatan akan mendukung revisi pedoman Tikar Pertumbuhan.
2. Menyepakati dan menetapkan integrasi penggunaan Tikar Pertumbuhan ke dalam kegiatan operasional Posyandu. Mengadakan pertemuan antara pelaku utama yang mendukung Posyandu dan mereka yang berpengalaman dengan Tikar Pertumbuhan. Setidaknya hal-hal berikut ini harus diperhatikan: satu Tikar Pertumbuhan per Posyandu, menetapkan standar (kualitas) Tikar Pertumbuhan menggunakan Dana Desa, mengintegrasikan Tikar Pertumbuhan dan hasil penambahan berat badan saat konseling keluarga, memberikan pelatihan dan alat bantu kepada KPM, Kader, dan staf kesehatan.
3. Memperkuat hubungan antara program konvergensi dan hasil pertumbuhan:
 - Membuat informasi stunting digunakan dalam proses pengambilan keputusan desa dan meningkatkan akuntabilitas kepala desa dan petugas kesehatan setempat. Membangun kepercayaan diri KPM untuk memimpin diskusi tentang tren angka stunting dan tindakan yang diperlukan untuk memastikan setiap anak mengalami pertumbuhan yang sehat.
 - Meninjau protokol kunjungan rumah dan memastikan hubungan yang erat antara KPM, kader, Posyandu dan bidan desa untuk memberikan dukungan bagi keluarga yang berjuang dengan masalah pemberian makan dan perawatan anak secara umum.



BAB 4

INDONESIA MELANGKAH MAJU



Indonesia melangkah maju! Sebagai negara kepulauan terbesar di dunia, dengan kekayaan keragamannya, Indonesia telah menunjukkan kesatuan tujuan dalam menanggulangi stunting. Selangkah demi selangkah, Indonesia, melangkah menuju target mengurangi angka stunting hingga setengah dalam waktu kurang dari satu dekade.

Bentang luas Indonesia, serta perpaduan tekad daerah, koordinasi multisektor di tingkat daerah dan kepemimpinan di tingkat pusat telah membuahkan hasil. Dari Kalimantan Timur, Jawa Tengah, dan Jawa Timur hingga Sulawesi, Nusa Tenggara Barat, dan Nusa Tenggara Timur, para pahlawan di daerah ini telah berperan dalam cerita sukses ini.

Mulai dari bidan dan pembudidaya ikan hingga ahli gizi dan tokoh masyarakat, pejuang di daerah dalam penanganan stunting ini telah berhasil mewujudkan cita-cita bangsa. Mereka datang dari semua lapisan masyarakat dan seluruh pelosok negeri serta menerapkan pendekatan yang berbeda-beda untuk mengatasi permasalahan yang sama.

Namun, buku ini lebih dari sekadar cerita sukses yang berdiri sendiri.

Keberhasilan perbaikan gizi, sanitasi, kesehatan, dan pendidikan yang lebih baik adalah bukti pencapaian yang diraih melalui kerja bersama. Upaya-upaya mereka ini memperlihatkan gambaran yang lebih besar tentang berbagai praktik terbaik dan pembelajaran dari program gizi di Indonesia. Buku ini selain merayakan prestasi mereka juga mengidentifikasi beberapa karakteristik umum yang telah berkontribusi pada keberhasilan di tingkat lokal, daerah, dan nasional:

- **Komitmen:** Indonesia mencurahkan waktu, tenaga, dan sumber daya yang signifikan dalam rangka meningkatkan kesehatan, pendidikan, dan perlindungan sosial, termasuk Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting

(StraNas Stunting). Seperti halnya di negara lain, misalnya Peru, komitmen politik untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak pada 1.000 hari pertama kehidupan mereka menjadi penentu keberhasilan. Anak-anak yang diberi makanan bergizi yang cukup, memiliki akses ke perawatan kesehatan yang baik, air bersih, dan sanitasi, dan mendapat pengasuhan tepat dan stimulasi dini akan menghadapi risiko stunting yang jauh lebih rendah dan memiliki peluang yang lebih tinggi untuk mewujudkan potensi mereka secara utuh. Ini berarti menjamin terwujudnya potensi setiap masyarakat dan sebagai suatu bangsa.

- **Kolaborasi:** Kunci keberhasilan dalam mengurangi angka stunting adalah koordinasi dan kolaborasi. Keberhasilan Indonesia sebagian besar adalah karena pendekatan multisektor. Indonesia menggunakan pendekatan semua pemerintah dan semua masyarakat untuk mencegah stunting. Dengan bantuan 23 kementerian/lembaga, pemerintah provinsi, pemerintah kabupaten dan kecamatan, akademisi, LSM, mitra pembangunan, dan sektor swasta, Indonesia memobilisasi seluruh bangsa, menyerukan kepada semua orang untuk bekerja sama di mana saja untuk mengurangi angka stunting.
- **Keberagaman:** Ada banyak dan beragam cara untuk mengatasi stunting. Keterbukaan terhadap pendekatan yang beragam ini menjanjikan kemajuan yang lebih cepat bagi negara yang kaya akan keberagaman seperti Indonesia. Ini menunjukkan bahwa inisiatif kecil dapat menciptakan dampak besar.
- **Lingkungan pendukung:** Buku ini menunjukkan apa yang dapat dicapai suatu negara yang memiliki kepercayaan diri untuk memberdayakan masyarakat lokal untuk menemukan solusi lokal untuk masalah nasional. Ini berarti menciptakan lingkungan yang memungkinkan

ide dan pendekatan baru untuk dicoba, diuji, dan menjadi berkembang. Ketika kota dan daerah diberi kebebasan, kepercayaan, dan sumber daya yang cukup, mereka dapat memberikan kontribusi sangat besar dalam pencapaian tujuan strategis nasional. Menunjukkan kepercayaan pada kemampuan masyarakat lokal untuk menemukan solusi lokal yang tepat dan efektif untuk mengatasi stunting adalah salah satu dari pembelajaran utama dari buku ini. Ketika lingkungan yang mendukung - termasuk peraturan daerah, sumber pendanaan, *platform* yang memadai, dan SDM yang terlatih untuk koordinasi, serta konvergensi - diciptakan, kabupaten berada pada posisi yang baik untuk menawarkan solusi lokal untuk mengatasi tantangan nasional.

- **Keberlanjutan, Dukungan, & Perluasan:** Inisiatif kecil hanya dapat berdampak besar jika didukung. Inisiatif harus didukung untuk mencapai keberlanjutan dan perluasan, termasuk oleh pemerintah pusat, mitra pembangunan, akademisi, organisasi masyarakat sipil, masyarakat setempat, dan dunia usaha. Inisiatif harus menjadi bagian pendekatan terpadu dan sistemik untuk membawa dampak yang signifikan dan berkelanjutan. Pada akhirnya, perluasan menjadi penting, terlepas tingkat keberhasilan setiap inisiatif tersebut di tingkat lokal.

Buku ini bercerita tentang pahlawan lokal, mulai dari bidan dan petugas kesehatan hingga pejabat pemerintah kabupaten dan pusat. Selain itu, buku ini adalah kisah suatu bangsa. Dengan ekonomi yang terbesar di Asia Tenggara, serta negara kepulauan yang beragam dengan lebih dari 300 suku

bangsa, Indonesia berhasil mencapai pertumbuhan ekonomi yang mengesankan sejak mengatasi krisis keuangan Asia pada akhir 1990-an. Indonesia saat ini adalah negara dengan jumlah penduduk terbesar ke-4 di dunia, ekonomi terbesar ke-10 di dunia dalam hal paritas daya beli, dan anggota G-20. Indonesia juga telah mencatatkan prestasi gemilang dalam hal pengurangan kemiskinan, setelah berhasil menurunkan angka kemiskinan lebih dari setengahnya sejak 1999, menjadi 9,78% pada 2020 (World Bank, 2021).

Sebelum pandemi COVID-19 melanda, Indonesia mampu mempertahankan pertumbuhan ekonomi yang konsisten, sehingga mampu mencapai tingkat pendapatan menengah atas pada periode Juli 2020 hingga Juni 2021. Meskipun kini terdapat tantangan terkait COVID-19, komitmen Indonesia untuk menurunkan angka stunting tetap tidak berkurang. Pada tahun 2000 sekitar 40% anak di Indonesia mengalami stunting. Padahal pada tahun 2019 angka tersebut turun menjadi sedikit di atas 27%. Saat ini tujuannya adalah mempercepat penurunan angka tersebut sebagaimana diamanatkan dalam Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting. Indonesia berambisi untuk menjangkau 514 kabupaten/kota hingga tahun 2022 melalui pendekatan konvergensi sebagai bagian dari upaya menangani stunting di tingkat provinsi, kabupaten, dan desa di seluruh Indonesia.

Indonesia melangkah maju. Selangkah demi langkah, Indonesia melangkah lebih dekat ke target penurunan angka stunting yang hampir tak terbayangkan satu dasawarsa lalu. Indonesia pasti bisa!

DAFTAR PUSTAKA

- Alderman, H., Behrman, J., & Puetz, C. (2017). Big Numbers about Small Children: Estimating the Economic Benefits of Addressing Undernutrition. *The World Bank Research Observer*, 32(1), 107–125. <https://doi.org/10.1093/wbro/lkw003>
- Ardiwinata, R. (1957). Fish culture in the rice fields in Indonesia. *Proc. Indo-Pacif. Fish. Coun.*, 7, 119–154.
- Bait, B. R., Rah, J. H., Roshita, A., Amaheka, R., Chrisnadarmay, V., & Lino, M. R. (2019). Community engagement to manage acute malnutrition: implementation research in Kupang district, Indonesia. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(9), 597–604.
- Baldi, G., Martini, E., Catharina, M., Muslimatun, S., Fahmida, U., Jahari, A. B. H., Frega, R., Geniez, P., Grede, N., Minarto, Bloem, M. W., & de Pee, S. (2013). Cost of the Diet Tool: First Results from Indonesia and Applications for Policy Discussions on Food and Nutrition Security. *Food and Nutrition Bulletin*, 34(2 Suppl), S35-42. <https://doi.org/10.1177/15648265130342s105>
- Balitbangkes. (2007). *Riset Kesehatan Dasar*.
- Balitbangkes. (2010). *Riset Kesehatan Dasar*.
- Balitbangkes. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*.
- Balitbangkes. (2016). *Survei Indikator Kesehatan Nasional*. <http://labdata.litbang.depkes.go.id/riset-badan-litbangkes/menu-risikesnas/menu-rikus/422-sirk-2016>
- Balitbangkes. (2018). *Riset Kesehatan Dasar*.
- Balitbangkes. (2019). *Integrasi Survei Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) - Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas)*.
- BAPPENAS, & UNICEF. (2015). *Ternyata Bisa Cerita Pembangunan Air Minum dan Sanitasi*. Sekretariat Kelompok Kerja AMPL. <http://www.ampl.or.id/ksan2017/publikasi/download/Pasta Book UnicefIndonesia.pdf>
- Baqui, A., Black, R., El Arifeen, S., Yunus, M., Chakraborty, J., Ahmed, S., & Vaughan, J. (2002). Effect of zinc supplementation started during diarrhoea on morbidity and mortality in Bangladeshi children: community randomised trial. *BMJ*, 325(7372).
- Bhutta, Z., Das, J., Rizvi, A., Gaffey, M., Walker, N., Horton, S., Webb, P., Lartey, A., & Black, R. (2013). Evidence based interventions for improving maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *The Lancet*, 382, 452–477.
- Bidang Perikanan. (2016). *Gerakan Pengembangan Mina Padi Kolam Dalam di Kab Sleman: Budaya Pertanian Masyarakat Selman [Presentasi Powerpoint]*.
- Black, R., Victora, C., Walker, S., Bhutta, Z., Christian, P., & De Onis, M. (2013). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 382(9890), 427–451. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X)
- BPS. (2010). *Sensus Penduduk*.
- BPS, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Kementerian Kesehatan (Kemenkes-MOH), & ICF International. (2017). *Indonesia Demographic and Health Survey*.
- Cahyadi, N., Hanna, R., & Benjamin, O. (2018). *Cumulative Impacts of Conditional Cash Transfer Programs: Experimental Evidence from Indonesia*.
- Central Bureau of Statistics., Ministry of Health., & UNICEF. (1996). *Report of the 1995 Mother and Child Health Survey*.

- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., Rodriguez, L. S. M., & Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Suppl), 116–131. <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>
- Diana, A., Haszard, J., Purnamasari, D., & Nurulazmi, I. . (2017). Iron, zinc, vitamin A and selenium status in a cohort of Indonesian infants after adjusting for inflammation using several different approaches. *British Journal of Nutrition*, 118, 830–839.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Banggai. (n.d.). *Posyandu Wanita Prakonsepsi Sebagai Inti Kegiatan 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) di Kabupaten Banggai*. Naskah yang tidak diterbitkan.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Banggai. (2019). *Model Pendampingan Perguruan Tinggi Dalam Pencegahan dan Penanggulangan Stunting di Kabupaten Banggai: Membumikan Kebijakan Nasional, Mempraktikkan Logika Akademik di Lapangan*.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat. (2020). Naskah yang tidak diterbitkan.
- FAO. (2016). Integrating agriculture and nutrition education for improved young child nutrition: Technical Meeting Report.
- FAO. (2017). *Nutrition-Sensitive Agriculture and Food Systems in Practice: Options for intervention*.
- Frankenberg, E., & Thomas, D. (2000). *The Indonesia Family Life Survey (IFLS): Study Design and Results from Waves 1 and 2*.
- Girard, A. W., Self, J. L., McAuliffe, C. ore., & Olude, O. (2012). The effects of household food production strategies on the health and nutrition outcomes of women and young children: a systematic review. *Paediatric and Perinatal Epidemiology, Suppl 1*, 205–222.
- Griffiths, M. (2019). *Final Report: Implementation of the Child Length Mat: Assessment and Recommendations*. Dokumen internal yang tidak diterbitkan.
- Halwart, M., & Gupta (eds), M. V. (2014). *Culture of fish in rice fields*.
- Haselow, N. J., Stormer, A., & Pries, A. (2016). Evidence-based evolution of an integrated nutrition-focused agriculture approach to address the underlying determinants of stunting. *Maternal & Child Nutrition*, 12(S1), 155–168.
- Helen Keller International. (2016). *Final Program Report Rapid Action on Nutrition and Agriculture Initiatives (RANTAI) project*.
- Helen Keller International. (2018). *EHFP minimum program standard*.
- Hidayana, I. M., Noor, Ida Ruwaida. Benedicta, Gabriel Devi. Prahara, H., AzZahro Fatimah., Kartikawati, R., Hana, F., Pebriansyah., & Kok, M. C. (2016). *Factors Influencing Child Marriage, Teenage Pregnancy and Female Genital Mutilation/Circumcision in Lombok Barat and Sukabumi Districts, Indonesia*. <https://www.kit.nl/wp-content/uploads/2018/10/Baseline-report-Indonesia-Yes-I-Do.pdf>
- Hoddinott, J., Alderman, H., Behrman, J., Haddad, L., & Horton, S. (2013). The economic rationale for investing in stunting reduction. *Maternal and Child Nutrition*, 9((Suppl.2)), 69–82.
- Horton, S., Shekar, M., McDonald, C., Mahal, A., & Krystene Brooks, J. (2010). *Scaling Up Nutrition : What Will it Cost? Directions in Development*. World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2685>
- IAARD. (2016). *Minapadi, Untung dari Padi dan Ikan*. <http://www.litbang.pertanian.go.id/info-teknologi/2489/>
- Iannotti, L., Lutter, C., Bunn, D., & Stewart, C. (2014). Eggs: the uncracked potential for improving maternal and young child. nutrition among the world's poor. *Nutr Rev*, 72(6), 355–368.

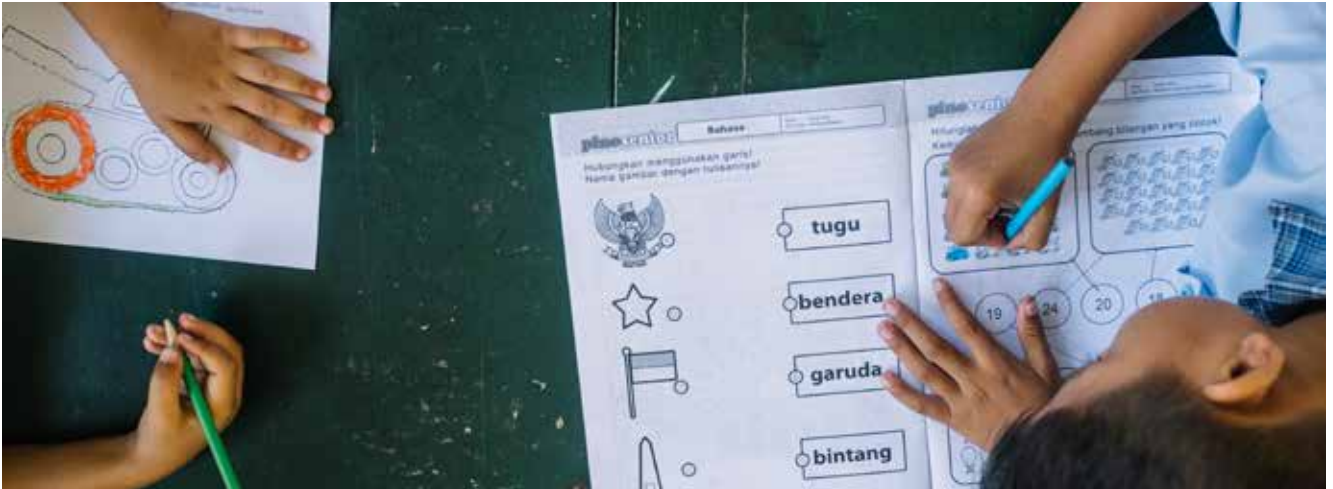
- Iannotti, L., Lutter, C., & Stewart, C. et al. (2017). Eggs in Early Complementary Feeding and Child Growth: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*, 140(1).
- Iannotti, L., Lutter, C., & Waters, W. et al. (2017). Eggs early in complementary feeding increase choline pathway biomarkers and DHA: a randomized controlled trial in Ecuador. *Am J Clin Nutr*, 106, 1482–1489.
- IHME. (2016). *Global Burden of Disease*.
- Ilman, A. S. (2019). *Effects of High Food Prices on Non-Cash Food Subsidies (BPNT) in Indonesia. Case Study in East Nusa Tenggara*. (No. 26).
- Keats, S., Mallipu, A., Menon, R., Poonawala, A., Sutrisna, A., & Tumilowicz, A. (2019). *The Baduta Programme in East Java, Indonesia: What works in communicating for better nutrition?* (Working Paper Series #1). <https://doi.org/10.36072/wp.1>
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Petunjuk Teknis Pemberian Makanan Tambahan (Balita, Anak Sekolah dan Ibu Hamil)*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Pedoman Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk pada Balita*. Kementerian Kesehatan RI.
- Khara, T., & Dolan, C. (2014). *Technical Briefing Paper: Associations between Wasting and Stunting, policy, programming and research implications*. <https://www.enonline.net/waststuntreview2014>
- Khetran, E. R. (2012). *Making markets work for women in Bangladesh*. *New Agriculturist*. <http://www.new-ag.info/en/research/innovationItem.php?a=2835>
- KKP. (2019). *Country report on Promote Scaling-Up of Rice-Fish Farming in Indonesia*. Unpublished document.
- Kumorotomo, W., Darwin, M., & Faturachman, F. (1995). The Implementation of Slum and Squatter Improvement Programs in the River Basin of Yogyakarta. *Populasi*. <https://doi.org/10.22146/jp.11457>
- Lamberti, L., Walker, C., Noiman, A., Victora, C., & Black, R. (2011). Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health*, 11((Suppl 3)), S15. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/S3/S15>
- Lancet. (2008). Maternal and Child Undernutrition, Special Series. *The Lancet*.
- Lancet. (2013). Maternal and Child Nutrition: Executive Summary of The Lancet Maternal and Child Nutrition Series. *The Lancet*.
- Larson, C., Roy, S., & Islam, A. et al. (2008). Zinc Treatment to Under-five Children: Applications to Improve Child Survival and Reduce Burden of Disease. *J Health Popul Nutr*, 26(3), 356–365.
- Lassi, Z., Das, J., Zahid, G., Imdad, A., & Bhutta, Z. (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((Suppl 3)), S13. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/S3/S13>
- Levinson, J., & Balarajan Y with Alessandra Marini for Peru. (2013). *Addressing malnutrition multisectorally: What have we learnt from recent international experience? Case studies from Peru, Brazil, and Bangladesh*.
- Lutter, C. K., Iannotti, L. L., & Stewart, C. P. (2018). The potential of a simple egg to improve maternal and child nutrition. *Maternal & Child Nutrition*, 4(23). <https://doi.org/10.1111/mcn.12678>
- Mardewi. (2013). *“Let’s All Care for Each Other” A Communication Strategy for Improving Nutrition and Child Feeding Practices in Timor Tengah Selatan*.
- Ministry of Sosial Affair. (2019). Family Hope Program (PKH). <https://pusdatin.kemensos.go.id/en/program-keluarga-harapan-pkh>

- Ministry of Public Works and Housing. (n.d.). *Metropolitan Sanitation Management and Health Project*. <http://ciptakarya.pu.go.id/msmhp/aboutus.html>
- Mu'minah, I., Sjaf, S., Pamungkas, W., & Kurdi, W. (2012). Monitoring system on nine primary commodities' price in Indonesia. *International Journal of Innovation, Management and Technology*, 3(3).
- Musadad, D. (2020). *Upaya Kesehatan Masyarakat di Puskesmas pada Era Pandemi COVID-19*.
- NOURISH PROJECT. (2016). *Validation of the Child Length Mat*.
- Nutri-Salud Project. (2018). *Nota Tecnica: La Manta de Crecimiento: Una herramienta comunitaria para la deteccion oportuna de la desnutricion cronica, Resultados de la Validacion en Guatemala*.
- Olney, D. K., Vicheka, S., Kro, M., Chakriya, C., Kroeun, H., Hoing, L. S., Talukder, A., Quinn, V., Iannotti, L., Becker, E., & Roopnaraine, T. (2013). Using program impact pathways to understand and improve program delivery, utilization, and potential for impact of Helen Keller International's homestead food production program in Cambodia. *Food and Nutrition Bulletin*, 34(2), 169–184. <https://doi.org/10.1177/156482651303400206>
- Pamungkas, N. (2019). *GAIN recognised as "nutrition hero" by Surabaya City Mayor*. <https://www.gainhealth.org/media/news/gain-recognised-nutrition-hero-surabaya-city-mayor>
- Pearson, R., Killedar, M., Petravic, J., Kakietek, J., & Scott, N. et al. (2018). Optima Nutrition: an allocative efficiency tool to reduce childhood stunting by better targeting of nutrition-related interventions. *BMC Public Health*, 18(384). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5294-z>
- Pemerintah Kota Yogyakarta. (2007). *Rencana Strategi Sanitasi Kota Yogyakarta Tahun 2007-2011*. Pemerintah Kota Yogyakarta. <http://www.ampl.or.id/digilib/read/rencana-strategi-sanitasi-kota-yogyakarta-tahun-2007-2011/2429>
- Peña-Rosas, J., De-Regil, L., Dowswell, T., & Viteri, F. (2012). Daily oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*, 12(CD004736).
- Rahman, M., Wahed, M., Fuchs, G., Baqui, A., & Alvarez, J. (2002). Synergistic effect of zinc and vitamin A on the biochemical indexes of vitamin A nutrition in children. *Am J Clin Nutr*, 75(1), 92–98.
- Rokx, C., Giles, J., Satriawan, E., Marzoeki. Puti., Harimurti, P., & Yavuz, E. (2010). *New Insights into the Provision of Health Services in Indonesia: A Health Workforce Study*. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/799111468038325818/pdf/538830PUB0Heal101Official0Use0Only1.pdf>
- Rokx, C., Subandoro, A. W., & Gallagher, P. (2018). *Aiming high: Indonesia's ambition to reduce stunting*. World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/913341532704260864/Aiming-high-Indonesias-ambition-to-reduce-stunting>
- Ruel, M. T., & Alderman, H. (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. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60843-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60843-0)
- Saminarsih, D., Sitepu, A., Meilissa, Y., & Herlinda, O. (2014). *Government led Innovation for Health: "Pencerah Nusantara" the case of Indonesia*.
- SEAMEO-RECFON. (2016). *Evaluation Final Report: AN Evaluation of the 2012-2015 Maternal and Child Nutrition (MCN) Program in Timor Tengah Selatan (TTS) district, Nusa Tenggara Timur Province*.
- Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia. (2019). Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stunting). <https://stunting.go.id/en/stranas-p2k-en/>.
- Sudiarta, I. M., Syam'un, E., & Rajuddin, S. (2016). The Growth and Production Paddy and Tilapia Production at Legowo Row Planting System. *J. Sains&Teknologi*, 16(1), 70–80.
- UNICEF. (2013). *The State of The World's Children*.

- UNICEF. (2016). *Seeking every opportunity to find children in need of urgent medical care*. <http://unicefindonesia.blogspot.com/2016/10/seeking-every-opportunity-to-find.html>
- Victora, C. G., Adair, L., Fall, C., Hallal, P. C., Martorell, R., Richter, L., Sachdev, H. S., & for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. (2008). Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *The Lancet*, 371(9609), 340–357. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61692-4)
- Waddington, H., & Snilstveit, B. (2009). Effectiveness and sustainability of water, sanitation, and hygiene interventions in combating diarrhea. *Journal of Development Effectiveness*, 1(3).
- Walker, C., & Black, R. (2010). Zinc for the treatment of diarrhoea: effect on diarrhoea morbidity, mortality and incidence of future episodes. *International Journal of Epidemiology*, 39, i63–i69.
- Walker, N., Tam, Y., & Friberg, I. (2013). Overview of the Lives Saved Tool (LiST). *BMC Public Health*, 13((Suppl 3)), S1.
- WFP, Unilever, Mondelēz International, DSM, & GAIN. (2015). *Project Laser Beam final conclusions: Lessons from five-years, global public-private partnership addressing child undernutrition*.
- Winfrey, W., McKinnon, R., & Stover, J. (2011). Methods used in the Lives Saved Tool (LiST). *BMC Public Health*, 11((Suppl 3):S32). <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/S3/S32>
- World Bank. (2013). *Urban Sanitation Review: Indonesia Country Study*.
- World Bank. (2017a). *Improving Service Levels and Impact on the Poor: A Diagnostic of Water Supply, Sanitation, Hygiene, and Poverty in Indonesia (WASH Pover)*.
- World Bank. (2017b). *Operationalizing a Multi-Sectoral Approach for the Reduction of Stunting in Indonesia: An Application Using the 2007 and 2013 Riskesdas*. World Bank.
- World Bank. (2018a). Human capital index and components. <https://www.worldbank.org/en/data/interactive/2018/10/18/human-capital-index-and-components-2018>
- World Bank. (2018b). *Indonesia Investing in Nutrition and Early Years* (Project Appraisal Document Report No. PAD2796).
- World Bank. (2019). *Prevalence of stunting, height for age (% of children under 5)*. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.STNT.ZS?locations=ID>
- World Bank. (2020a). *Indonesia Economic Prospects: The Long Road to Recovery*. The World Bank Indonesia Office. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/804791594826869284/pdf/Indonesia-Economic-Prospects-The-Long-Road-to-Recovery.pdf>
- World Bank. (2020b). *Spending better to reduce stunting in Indonesia: Findings from a public expenditure review*. The World Bank Indonesia Office.
- World Bank. (2021). Overview. The World Bank in Indonesia. <https://www.worldbank.org/en/country/indonesia/overview>
- World Bank Group. (2019). *Innovations and Tools in Child Growth Measurement and Data Visualization*.
- World Food Programme. (2009). *Food Security and Vulnerability Atlas 2009*.
- World Health Organization. (2004). *Clinical management of acute diarrhea* (WHO/UNICEF). World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *Building the primary health care workforce of the 21st century*.



LAMPIRAN 1: PROYEKSI STUNTING UNTUK INDONESIA



1. PENDAHULUAN

Investasi gizi di usia awal kehidupan adalah kunci untuk meningkatkan modal manusia. Investasi gizi khususnya dalam 1.000 hari pertama kehidupan anak tidak membutuhkan biaya besar dan menjanjikan keuntungan ekonomi yang tinggi. Stunting dianggap sebagai alat yang tepat untuk mengukur kekurangan gizi kumulatif yang dimulai sejak dalam kandungan. Angka stunting balita Indonesia sebesar 30,8% pada tahun 2018 relatif tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara pembanding di kawasan Asia dan berdasarkan pendapatan seperti yang digambarkan pada Gambar 21. Dalam hal pendapatan per kapita, kami memperkirakan tingkat stunting sekitar 15%, mendekati Sri Lanka dengan angka 13%. Hal ini juga tercermin dalam Indeks Modal Manusia atau *Human Capital Index* (HCI),⁴² yang merupakan representasi potensi produktivitas suatu negara. Skor HCI Indonesia sebesar 0,53 menunjukkan produktivitas tenaga kerja Indonesia di masa depan akan berada di atas 50% dari apa yang dapat diberikan input yang

tepat. Nilai ini di bawah HCI Vietnam dan Thailand masing-masing sebesar 0,67 dan 0,6 (Alderman et al., 2017; Hoddinott et al., 2013; Horton et al., 2010; World Bank, 2018a, 2020b).

Penurunan stunting merupakan prioritas utama Pemerintah Indonesia dan memotivasi peluncuran Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting (StraNas Stunting) Indonesia yang ambisius dengan pendekatan multisektor dan terkoordinasi di tingkat nasional, daerah, dan masyarakat. Bab ini menjelaskan metodologi yang digunakan dalam pemodelan proyeksi Stunting di Indonesia.⁴³ Perincian yang diberikan mengacu pada model tingkat nasional dan menambahkan referensi ke perhitungan di tingkat kabupaten/kota.⁴⁴ Model tingkat kabupaten berfungsi sebagai kasus hipotetis dan perhitungannya menggunakan asumsi tingkat nasional jika tidak ada data tingkat kabupaten/kota.⁴⁵

42 HCI menangkap lima indikator kesehatan dan pendidikan – probabilitas kelangsungan hidup anak hingga usia 5 tahun, perkiraan jumlah tahun belajar di sekolah, kualitas pembelajaran (nilai tes yang diselenggarakan dan jumlah tahun sekolah yang disesuaikan dengan pembelajaran), proporsi balita yang tidak mengalami stunting, dan tingkat kelangsungan hidup orang dewasa.

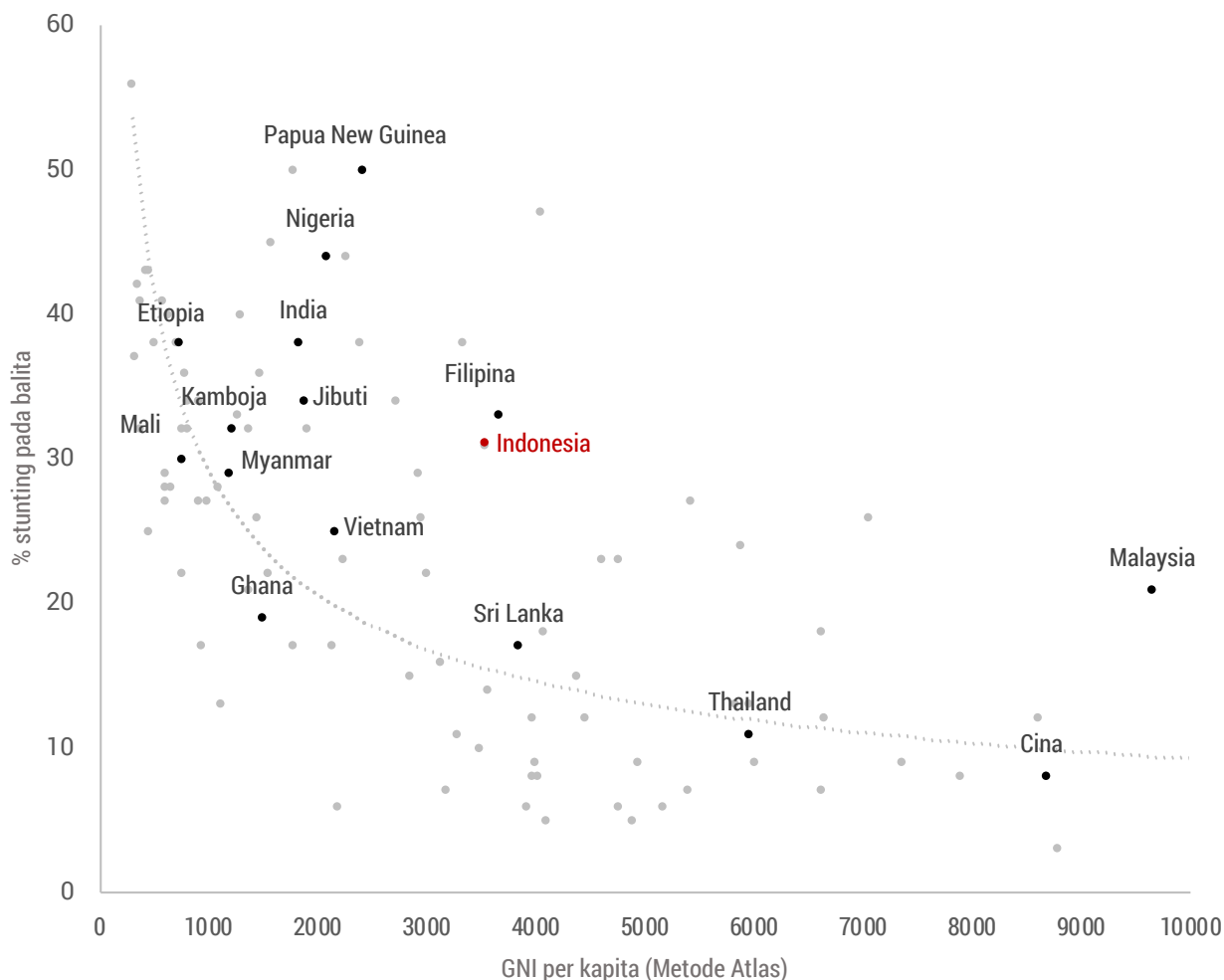
43 Versi model yang memasukkan dampak COVID-19 juga telah disiapkan dan saat ini sedang diperbarui. Bab ini disertai dengan *file excel* untuk pemodelan proyeksi nasional dan templat eksperimental untuk proyeksi kabupaten. Untuk informasi lebih lanjut mengenai *file* dan templat tersebut, silakan hubungi Kantor Bank Dunia Jakarta.

44 Model tingkat nasional dijelaskan dalam “Menggapai Lebih Tinggi: Ambisi Indonesia Menurunkan Stunting” (Rokx et al., 2018).

45 Kabupaten yang dipilih sebagai contoh adalah Kabupaten Timor Tengah Selatan (TTS) di Provinsi Nusa Tenggara Timur. Kabupaten ini memiliki angka stunting 58,7% pada balita pada tahun 2019 menurut data BPS terbaru yang diterbitkan pada tahun 2020 (data tentang stunting pada baduta tidak tersedia) dan populasi 465.477. Mengingat populasinya yang relatif besar, sampel keluarga dengan anak di bawah dua tahun yang tercakup dalam TTS dalam survei Riskesdas cukup untuk memberikan perkiraan yang dapat diandalkan secara statistik.

Gambar 21: Angka stunting di Indonesia dibandingkan dengan negara lain

Prevalensi stunting (%), data tahun terbaru yang tersedia vs GNI per kapita (USD) 2017



Sumber: World Bank, 2020b; Berdasarkan data World Development Indicators tahun 2019; Nilai Indonesia dari Riskesdas 2018 (Balitbangkes, 2018).

2. AREA TARGET DAN SKENARIO

Strategi Pemerintah Indonesia memprioritaskan 100 kabupaten/kota dengan angka stunting yang tinggi pada tahap pertama pada tahun 2018. Tahun dasar dari model ini adalah 2019 ketika jumlah kabupaten/kota yang ditargetkan ditambah menjadi 160 untuk mencapai cakupan nasional sebanyak 514 kabupaten/kota pada tahun 2022. Proyeksi model stunting adalah alat penting dalam melacak kemajuan dalam mencapai tujuan yang ditetapkan.

Angka stunting pada *baseline* yang digunakan adalah angka stunting anak di bawah dua tahun di tingkat nasional pada 2019, yakni sebesar 26,6% (Balitbangkes, 2018, 2019).⁴⁶ Perkiraan proyeksi stunting dihitung untuk periode 2020-2030⁴⁷ dengan fokus pada 1.000 HPK anak pada tiga skenario: *Baseline Business as Usual* (BAU *Baseline*), Strategi Nasional Realistis (StraNas Realistis) dan Strategi Nasional Optimis (StraNas Optimis)

46 Riskesdas 2018 melaporkan angka stunting anak di bawah dua tahun sebesar 29,9% dan anak balita sebesar 30,8%. SSGBI-SUSENAS 2019 melaporkan angka anak balita sebesar 27,7%. Tim kami menghitung angka stunting balita pada tahun 2019 sebesar 26,6% dengan menerapkan rasio angka balita dan baduta terhadap angka balita.

47 Proyeksi ini mempertimbangkan intervensi yang akan diterapkan pada tahun berikutnya. Dengan demikian, setiap intervensi yang diluncurkan pada tahun 2019 akan berlaku pada tahun 2020.

Skenario *Baseline* memproyeksikan stunting berdasarkan tren penurunan stunting dari tahun 2000 hingga 2018 rata-rata sebesar 1,52% per tahun (lihat Tabel 4).⁴⁸ Penurunan ini didasarkan pada asumsi bahwa Pemerintah tidak menggunakan intervensi tambahan atau meningkatkan cakupannya saat ini untuk menjangkau bagian populasi yang lebih besar. Skenario Realistis mengasumsikan cakupan tambahan sebesar 5% untuk serangkaian intervensi yang disebutkan pada Tabel 5.⁴⁹ Skenario Optimis mengasumsikan rangkaian intervensi yang sama dengan skenario Realistis dengan peningkatan cakupan sebesar 10%. Daftar lengkap intervensi disajikan pada Tabel 5.

3. INTERVENSI UNTUK MENURUNKAN STUNTING

Intervensi gizi spesifik meliputi satu intervensi antenatal – suplementasi zat besi dan asam folat dalam bentuk TTD – dengan fokus pada ibu hamil, dan empat intervensi untuk anak usia 0-2 tahun – konseling ASI eksklusif, zink sebagai terapi tambahan, suplementasi vitamin A, dan konseling pemberian MPASI. Intervensi gizi sensitif termasuk bantuan tunai bersyarat, bantuan makanan yang merujuk dampak konsumsi satu butir telur sehari terhadap stunting, dan perubahan perilaku dalam hal air kebersihan dan sanitasi.

Tabel 4: Perhitungan penurunan stunting untuk skenario *Business as Usual*

Angka stunting anak balita tahun 2000 ^a	42,4%
Angka stunting anak balita tahun 2007 ^b	36,8%
Angka stunting anak balita tahun 2013 ^b	37,2%
Angka stunting anak balita tahun 2018 ^b	30,8%
Jumlah tahun penurunan	18
Penurunan poin persentase dari tahun 2000-2018 = Angka stunting tahun 2018 - Angka stunting tahun 2000	11,6
Perubahan persentase dari tahun 2000 ke 2018 = Penurunan poin persentase dari tahun 2000 ke 2018/Angka stunting tahun 2000	27,4%
Penurunan stunting per tahun = Persentase perubahan stunting selama 2000-2018/jumlah tahun	1,52%

^aWorld Bank, 2019; ^bRiskesdas (Balitbangkes, 2007, 2013, 2018)

48 Kami menggunakan deret waktu untuk angka stunting nasional balita dan bukan baduta karena data baduta tidak tersedia. Namun, pola penurunan untuk kedua kelompok umur tersebut diperkirakan akan sama selama periode tersebut.

49 Terdapat peningkatan 15% pada cakupan zat besi dan asam folat selama dua tahun dari 33% pada 2016 (Balitbangkes, 2016) menjadi 38,1% pada 2018 (Balitbangkes, 2018). Kami mengambil pendekatan konservatif dan mengasumsikan peningkatan optimis sebesar 10% dan peningkatan realistis sebesar 5% untuk intervensi yang berbeda.

Tabel 5: Intervensi yang diidentifikasi untuk model dan cakupan saat ini

Intervensi	Dampak yang diidentifikasi dalam literatur	Cakupan saat ini
<i>Gizi-spesifik</i>		
90+ TTD, -9 hingga -6 bulan (kehamilan)	Penurunan stunting karena penurunan berat badan lahir rendah (Peña-Rosas et al., 2012)	38% (Balitbangkes, 2018)
Konseling ASI Eksklusif, 0-6 bulan	Penurunan stunting karena penurunan insiden diare (Black et al., 2013; Lamberti et al., 2011)	4% (World Bank, 2018b)
Zink sebagai terapi tambahan selama episode diare	Penurunan stunting karena penurunan episode diare berikutnya (Baqui et al., 2002; Black et al., 2013)	37% (BPS et al., 2017)
Suplementasi Vitamin A	Penurunan stunting karena penurunan insiden diare (Bhutta et al., 2013; Black et al., 2013)	76% (Balitbangkes, 2016)
Konseling pendidikan pemberian makanan tambahan	Penurunan stunting sebagai dampak langsung dari perbaikan gizi dari praktik pemberian makanan tambahan (Lassi et al., 2013)	36% (Bank Dunia, komunikasi internal)
<i>Gizi-sensitif</i>		
Bantuan tunai bersyarat	Penurunan stunting secara tidak langsung karena daya beli yang lebih baik (Cahyadi et al., 2018)	10% (Pemerintah Indonesia; Bank Dunia, komunikasi internal)
Satu butir telur sehari	Penurunan stunting karena efek langsung dari zat gizi mikro dalam telur (Iannotti, Lutter, & Stewart, 2017; Ilman, 2019)	25% termiskin dari populasi
Konseling perilaku terkait air, sanitasi, dan kebersihan	Penurunan stunting karena penurunan insiden diare (Black et al., 2013; Waddington & Snilstveit, 2009)	Diproksi oleh infrastruktur WASH

Kami berasumsi bahwa intervensi gizi spesifik bersifat eksklusif terhadap satu sama lain. Intervensi antenatal tidak tergantung pada semua intervensi lain karena periode intervensi yang berbeda. Dampak ASI eksklusif juga tidak bergantung pada dua dampak lain pada periode 0-2 tahun karena intervensi dibatasi pada periode 0-6 bulan, yang berbeda dengan suplementasi zink dan vitamin A, yang berdampak setelah usia 6 bulan.

Karena kami mempertimbangkan dampak zink pada diare sebagai terapi tambahan dalam pengobatan diare dan bukan sebagai suplemen biasa, kami tidak memasukkan dampak sinergis zink pada vitamin A. Defisiensi zink dapat membatasi ketersediaan hayati vitamin A, sehingga suplemen zink juga diberikan untuk membantu mengatasi defisiensi vitamin A (lihat, misalnya, (Rahman et al., 2002)). Jika zink digunakan sebagai suplemen biasa, hasilnya juga

akan memunculkan dampak sinergis zink pada vitamin A. Zink diberikan kepada anak-anak yang dirawat karena diare, sebagai tambahan dan tidak diberikan sebagai suplemen biasa di Indonesia. Perlu dicatat bahwa defisiensi zink di Indonesia dapat diabaikan karena tanah Indonesia kaya akan zink dan kemungkinan juga karena tepung terigu dan beberapa makanan lain sudah diperkaya dengan zink (Diana et al., 2017).

Dampak WASH terlihat pada saluran yang berbeda - air, sanitasi, dan kebersihan, terlepas dari saluran mana vitamin A dan ASI eksklusif diberikan. Namun, kami berasumsi (yang dimasukkan ke dalam perhitungan akhir pada model) bahwa karena implementasi simultan sejumlah intervensi, terdapat dampak 'konvergensi' dan penurunan stunting yang lebih besar di daerah dengan beberapa intervensi yang diberikan bersamaan (lihat, misalnya, (Levinson & Balarajan Y with Alessandra Marini for Peru, 2013; World Bank, 2017b)). Model LIST dan Optima mengurangi kemungkinan dampak tumpang tindih perhitungannya (lihat Pearson et al., 2018; N. Walker et al., 2013; Winfrey et al., 2011). Misalnya, mereka mengurangi kemungkinan dampak zink dan vitamin A, yang akan menjadi hasil dari penurunan stunting yang dikalikan dengan cakupan zink dan vitamin A.⁵⁰ Kami tidak mengurangi karena alasan yang diberikan di atas. Sebagai gantinya, kami menambahkan dampak pada penurunan stunting karena konvergensi, yang dijelaskan lebih lanjut di bawah ini.

3.1 SUPLEMENTASI ZAT BESI DAN ASAM FOLAT

Periode intervensi: -9 hingga 0 bulan

Asumsi dari literatur: Suplementasi zat besi selama kehamilan terbukti menurunkan kasus berat badan lahir rendah (BBLR) sebesar 19% dan hasilnya serupa

untuk suplementasi zat besi dan asam folat (Bhutta et al., 2013; Peña-Rosas et al., 2012), intervensi yang saat ini dilakukan di Indonesia.⁵¹ Mengikuti Black et al., 2013 kami berasumsi bahwa 20% dari semua stunting disebabkan oleh retardasi pertumbuhan janin, yang mengakibatkan berat lahir rendah atau ukuran bayi cenderung lebih kecil dibandingkan dengan yang normal menurut usia kehamilan. Ini adalah proporsi bayi yang berpotensi mengalami stunting terhambat sebelum intervensi. Kami menerapkan manfaat dari suplementasi zat besi dan asam folat untuk persentase ini, yang menghasilkan penurunan stunting sebesar 3,8%.

Cakupan efektif: Cakupan efektif ibu hamil yang mengonsumsi zat besi dan asam folat, tidak hanya menerimanya, adalah 38,1% (Balitbangkes, 2018). Dengan demikian, selisih cakupan efektif sebesar 62%. Dengan asumsi ada peningkatan 5% dalam cakupan di tahun pertama, kenaikannya adalah $5\% \times 62\% = 3,1\%$. Selisih cakupan akan menjadi $62\% - 3,1\% = 58,8\%$. Pada tahun berikutnya, dengan kehamilan baru, targetnya adalah untuk mengurangi selisih sebesar 5% lagi, sehingga membuat cakupan tambahan kumulatif sama dengan: $3,1\% + 58,8\% \times 5\% = 6\%$, dan seterusnya hingga tahun 2030, sehingga mencapai cakupan tambahan kumulatif sebesar 30,1%. Cakupan total akan menjadi 38,1% (dari sebelumnya) ditambah 30,1% atau sekitar 68% pada skenario realistis. Dengan asumsi peningkatan 10% pada skenario optimis dalam cakupan efektif akan menghasilkan total cakupan sebesar 84% pada tahun 2030. Kami membatasi cakupan maksimal sebesar 70% untuk skenario realistis dan 85% untuk skenario optimis. Batas ini tidak tercapai pada kedua skenario.

Menyesuaikan dengan cakupan tambahan, penurunan stunting untuk kelompok tambahan akan sebesar 3,1% (dihitung di atas) dikalikan cakupan tambahan kumulatif untuk setiap tahun. Dengan

50 Winfrey et al., 2011 menganggap dampak total R sebagai: $R = 1 - (1 - R_1) \times (1 - R_2)$. R₁, R₂ adalah dampak dari intervensi individu seperti zink atau vitamin A. 1-R₁, atau 2 adalah probabilitas tidak terjadinya peristiwa tersebut. 1 menunjukkan P(kejadian) + P(tidak terjadinya) dari semua kejadian, seluruh rangkaian. Hasil dari peristiwa 'R' yang tidak terjadi adalah tidak terjadinya segala sesuatu yang lain secara simultan. 1 dikurangi hasil ini adalah probabilitas kejadian R terjadi. Hasilnya kebetulan sama dengan $P(R_1) + P(R_2) - P(R_1 \text{ dan } R_2)$ untuk menghindari penghitungan ganda, memvisualisasikannya sebagai diagram Venn yang berpotongan. Namun, kami tidak perlu mengurangi $P(R_1 \text{ dan } R_2)$ jika kami menganggap kejadian ini eksklusif dari satu sama lain, seperti yang telah kami lakukan pada model kami.

51 Harap dicatat bahwa suplemen zat gizi mikro antenatal (termasuk zat besi dan asam folat dan zat gizi mikro lainnya termasuk vitamin A), di sisi lain, mengurangi kasus BBLR antara 11-13%. Kami dapat menggunakan perkiraan yang lebih rendah ini dibandingkan zat besi dan asam folat, tetapi karena program Indonesia menggunakan zat besi dan asam folat, kami telah menggunakan perkiraan untuk zat besi dan asam folat yang dilaporkan dalam ulasan Cochrane oleh Peña-Rosas et al., 2012.

demikian, pada tahun pertama, untuk kelompok tambahan dari target populasi penurunan stunting akan sebesar penurunan stunting yang dikaitkan dengan suplementasi zat besi dan asam folat sebesar 3,8% dikali 3,1% = 0,12%. Dengan asumsi populasi sasaran lain akan menerima manfaat yang sama seperti sebelumnya, kami mengasumsikan penurunan stunting pada angka yang sama dengan skenario BAU sebesar 1,52% per tahun. Kami berasumsi bahwa hanya 20% dari penurunan ini yang dikaitkan dengan intervensi pada tahap ini pada kehidupan anak. Dengan demikian, penurunan stunting adalah $38\% \times 1,52\% \times 20\% = 0,12\%$ untuk tahun pertama intervensi. Dengan menambahkan ini ke penurunan yang dikaitkan dengan cakupan tambahan, total penurunan sebesar $0,1\% + 0,1\% = 0,24\%$ untuk skenario realistis pada tahun pertama intervensi. Pada tahun kedua, angkanya sebesar 0,3% dan mencapai 1,3% pada tahun 2030 pada skenario realistis dan 2% pada skenario optimis dengan peningkatan cakupan.⁵²

Skala: Model ini dimulai dengan intervensi untuk kehamilan pada tahun 2019 dengan dampak yang terwujud pada tahun 2020. Jumlah anak yang lahir dengan stunting pada tahun 2020 akan menjadi hasil dari persentase stunting dan jumlah kehamilan *baseline*.

Di tingkat nasional dengan asumsi persentase stunting *baseline* sebesar 26,9% dan dengan target kehamilan sebanyak 1.636.259⁵³ pada tahun 2019, jumlah anak yang lahir dengan stunting pada kelompok target akan menjadi hasil dari kedua waktu tersebut, sebesar 440.154. Angka stunting di Timor Tengah Selatan (TTS) sebesar 58,7% dan terdapat 12.348 kehamilan baru. Kami berasumsi bahwa semua orang dijadikan target di kabupaten ini. Dengan demikian, jumlah kasus stunting pra-intervensi akan sebesar 7.242. Perkiraan penurunan persentase stunting menggunakan asumsi dari literatur (paragraf sebelumnya) adalah

0,2% pada skenario realistis, dengan demikian jumlah kasus stunting yang dicegah adalah jumlah kasus stunting pra-intervensi dikali penurunan stunting karena suplementasi zat besi dan asam folat. Di tingkat nasional untuk kelompok target adalah: $440.154 \times 0,2\%$ atau 1.027 kasus dan untuk kabupaten TTS sekitar 17 kasus. Jumlah kasus stunting pada akhir kehamilan kemudian dihitung sebagai selisih antara jumlah kasus stunting pra-intervensi dikurangi jumlah kasus stunting yang berhasil dicegah. Untuk kelompok target di tingkat nasional perkiraannya adalah $440.154 - 1.027 = 439.126$ dan untuk TTS adalah 7.255.

Selanjutnya, kami menghitung jumlah stunting pada populasi kehamilan non-target di tingkat nasional.⁵⁴ Ini adalah hasil dari total kehamilan non-target dikalikan dengan angka stunting awal atau 973.840. Dengan asumsi 20% dari penurunan BAU sebesar 1,52%, maka jumlah kasus stunting yang dapat dicegah adalah: Total kasus stunting pada populasi kehamilan non-target pada tahun 2018 *penurunan BAU*20% atau 2.960. Mengurangi jumlah ini dari total kasus stunting pada kelompok non-target menghasilkan jumlah total kasus stunting setelah intervensi. Menambahkan jumlah ini ke jumlah kasus stunting populasi kehamilan target, hasilnya adalah jumlah kasus stunting pada akhir periode, sebanyak 1.412.967. Pada tahun 2019, total kehamilan di tingkat nasional adalah 5.256.483. Persentase stunting dihitung sebagai total kasus stunting pada akhir periode/Total kehamilan nasional, yakni $1.581.351 / 5.291.143$ atau 26,8% pada skenario realistis, yang menunjukkan 0,02 poin persentase penurunan stunting pada akhir periode pertama karena intervensi zat besi dan asam folat antenatal.

Untuk tahun berikutnya, kami mengikuti proses yang sama, dengan asumsi stunting *baseline* sebesar 26,9% tetap tidak berubah alih-alih menggunakan stunting pada akhir tahun sebelumnya. Kami berasumsi bahwa kehamilan baru di tahun berikutnya tidak akan

52 Dapat dikatakan bahwa latihan ini dapat dilakukan hanya dengan menggunakan penurunan sekuler dan dengan asumsi peningkatan cakupan. Namun, hal ini tidak akan dapat memisahkan dampak intervensi yang berbeda dan dampak dan kontribusi setiap intervensi pada keseluruhannya seiring dengan peningkatan cakupan yang diperlukan untuk setiap intervensi.

53 Jumlah kehamilan dan jumlah anak usia 0-2 tahun menjadi target dihitung dengan menggunakan perkiraan laju pertumbuhan penduduk dari BPS.

54 Untuk model kabupaten, kami berasumsi bahwa semua perempuan hamil tercakup, sehingga bagian perhitungan ini tidak berlaku untuk contoh kabupaten. Namun, seperti yang disebutkan, model ini bersifat eksperimental dan hipotetis untuk tingkat kabupaten dan nilai sebenarnya dari cakupan dan skala operasi dalam hal penerima manfaat dapat dimasukkan ke dalam model saat data sudah tersedia.

memiliki eksternalitas positif dari intervensi di tahun sebelumnya. Namun, kami membuat asumsi ini tidak terlalu ketat pada jangka menengah pada tahun 2025 dan menggunakan persentase stunting dari akhir tahun sebelumnya. Pada tahun 2030, angka stunting adalah 25,1% yang menyiratkan penurunan sebesar 1,8 poin persentase dalam angka stunting relatif terhadap *baseline* 26,9% sebagai akibat dari suplementasi zat besi dan asam folat. Penurunan untuk skenario optimis adalah 2,7 poin persentase pada tahun 2030.

3.2 KONSELING PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF⁵⁵

Periode intervensi: 0 hingga 6 bulan

Asumsi dari literatur: Suatu meta-analisis baru-baru ini (Lamberti et al., 2011) menemukan bahwa bayi yang diberi ASI sebagian,⁵⁶ relatif terhadap mereka yang diberi ASI eksklusif, hingga usia 6 bulan memiliki risiko tambahan terkena diare yang dinyatakan sebagai rasio risiko relatif (RR) sebesar 1,68 atau 68% lebih tinggi. Dengan demikian, peralihan dari pemberian ASI sebagian ke pemberian ASI eksklusif akan mengurangi insiden diare sebesar 68%. Nilai RR untuk predomanan relatif terhadap ASI eksklusif lebih rendah yaitu 1,28. Kami menggunakan RR 1,68 untuk model kami, tetapi menurunkan sebesar 50% untuk Indonesia, sehingga mengasumsikan penurunan risiko diare sebesar 34% karena peralihan dari pemberian ASI sebagian ke pemberian ASI eksklusif.

Pertanyaan selanjutnya adalah bagaimana peralihan itu terjadi dan berapa persentase ibu menyusui yang dapat diharapkan untuk beralih ke pemberian ASI eksklusif dari ASI sebagian? Sinha dkk. (2015) meninjau studi tentang intervensi antenatal atau postnatal yang memengaruhi pemberian ASI pada latar yang berbeda termasuk dalam hal sistem dan layanan kesehatan; rumah dan keluarga (konseling secara individu melalui

kunjungan rumah atau melalui telepon) dan masyarakat (konseling berkelompok, pertemuan, mobilisasi sosial, media massa, atau media sosial). Kombinasi metode konseling memiliki dampak yang lebih tinggi pada peningkatan angka pemberian ASI eksklusif. Namun, kami menggunakan rasio risiko relatif 1,2 (95% CI 1,03-1,39) pada masyarakat. Pada kombinasi latar rumah dan masyarakat, dampaknya lebih tinggi sebesar 1,42 (95% CI 1,21-1,66). Dengan demikian, kami dapat memperkirakan peningkatan sebesar 20% pada angka pemberian ASI eksklusif setelah adanya konseling masyarakat. Saat ini, 41,7% bayi Indonesia di bawah usia 6 bulan diberi ASI eksklusif (Balitbangkes, 2013). Dengan demikian, 58,3% tidak diberi ASI eksklusif. Kami berasumsi bahwa semua bayi diberi ASI sebagian (meskipun beberapa mungkin juga diberi ASI secara dominan). Peningkatan sebesar 20% berarti persentase pemberian ASI eksklusif setelah intervensi adalah:

Persentase ASI eksklusif sebelum intervensi + (Persentase ASI non-eksklusif*peningkatan angka ASI eksklusif) = 41,7% + (58,3%*20%) = 53,4%.

Dengan demikian, penurunan poin persentase pada anak yang tidak diberi ASI eksklusif adalah 53,4% dikurangi 41,7% atau 12 poin persentase atau 12/41,7% = 28% perubahan.

Seperti disebutkan sebelumnya, dampak pemberian ASI pada stunting bekerja melalui dampaknya pada penurunan insiden diare. Dengan asumsi penurunan risiko diare sebesar 34% dan menerapkannya pada persentase peningkatan pemberian ASI eksklusif, hasilnya: 34%*28% = penurunan insiden diare sebesar 9,5%. Jumlah episode diare per bayi 0-6 bulan setiap tahun di Indonesia diperkirakan 2,6 (IHME, 2016; BPS et al., 2017).⁵⁷ Menerjemahkan penurunan diare ke dalam jumlah episode: Jumlah episode * Penurunan = 2,6*9,51% = 0,25. Rata-rata episode setelah intervensi adalah 2,6 – 0,25 = 2,35 per anak per tahun. Jumlah episode diare untuk TTS adalah 3,1 episode.

55 Pemberian ASI eksklusif berarti pemberian ASI saja tanpa ada cairan atau makanan padat lain kecuali obat-obatan.

56 Pemberian ASI sebagian berarti ASI dikonsumsi bersama dengan cairan atau makanan padat/semi padat lain termasuk susu dan produk non-susu. Pemberian ASI predomanan berbeda dengan eksklusif karena anak mengkonsumsi air dan minuman lain tetapi tidak termasuk makanan padat/semi padat atau cairan lain termasuk susu selain ASI.

57 Kami menggunakan insiden diare yang lebih rendah dari yang dilaporkan dalam Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 yaitu 3 episode per anak (11,6% anak di bawah 6 bulan mengalami diare dalam dua minggu terakhir, sehingga dalam 52 minggu (satu tahun) = 11,6%*52/2 = 11,6%*26 = 3 episode per anak per tahun. Global Burden of Disease melaporkan 1,6 episode per anak balita per tahun untuk Asia Tenggara. Oleh karena itu, kami menggunakan rata-rata dari dua angka, yaitu 2,6 episode per anak per tahun. Perhatikan bahwa semakin rendah perkiraan yang kami gunakan, semakin konservatif asumsi kami; semakin sedikit stunting yang harus diturunkan dan oleh karenanya penurunan stunting lebih rendah pada model.

Dua puluh lima persen stunting disebabkan oleh lima episode diare sebelumnya (Black et al. 2013). Dengan demikian, stunting yang disebabkan oleh diare pra-intervensi di tingkat nasional adalah $25\%/5 \times 2,6 = 13\%$ dan pasca-intervensi adalah: $25\%/5 \times 2,35 = 11,8\%$. Dengan demikian, penurunan poin persentase stunting akibat penurunan diare karena beralih ke pemberian ASI eksklusif adalah $13\% - 11,8\% = 1,2$ poin persentase.

Cakupan efektif: Cakupan konseling antar pribadi di Indonesia diperkirakan mencapai 4% (World Bank, 2018b). Dengan demikian, selisih cakupan adalah 96%. Kami mengasumsikan kenaikan 5% setiap tahun pada skenario realistis dan 10% pada skenario optimis dengan batas 70% pada total cakupan di skenario pertama dan 85% di skenario kedua. Dengan menggunakan asumsi ini, cakupan tambahan mencapai 47% pada tahun 2030 pada skenario realistis dan 72% pada skenario optimis. Penurunan stunting kemudian dihitung sebagai hasil cakupan efektif pada tahun tersebut dikalikan penurunan poin persentase. Untuk tahun pertama ketika cakupan tambahan adalah 4,8% ($96\% \times 5\%$) penurunan poin persentase adalah $1,24$ poin persentase $\times 4,8\% = 0,06$ poin persentase pada skenario realistis dan $0,12\%$ pada skenario optimis.

3.3 ZINK SEBAGAI TERAPI TAMBAHAN UNTUK DIARE

6-23 bulan

Asumsi dari literatur: Intervensi selanjutnya yang kami pertimbangkan adalah penggunaan zink sebagai terapi tambahan dalam pengobatan diare, bersama dengan Larutan Rehidrasi Oral atau *Oral Rehydration Salts* (ORS). WHO dan UNICEF (World Health Organization, 2004) merekomendasikan pemberian zink selama 10-14 hari untuk diare pada anak balita karena zink memperpendek episode diare, mengurangi keparahannya, serta risiko diare di masa depan. Pentingnya suplementasi zink selama dan setelah episode diare juga disadari karena hilangnya zink selama episode diare, sehingga membahayakan kekebalan tubuh anak lebih lanjut (Black et al., 2013; Larson et al., 2008). Suatu uji acak terkontrol (*randomized controlled trial*) di Bangladesh menemukan bahwa pemberian 20mg zink selama 14 hari untuk terapi pengobatan diare mengurangi diare

sebesar 15% (Baqui et al., 2002). Kami menggunakan perkiraan yang lebih rendah dari penurunan sebesar 19% pada prevalensi yang disebutkan oleh (Walker & Black, 2010) berdasarkan meta-analisis. Penggunaan penurunan 15% untuk jumlah episode diare dengan asumsi 2,6 per anak per tahun (lihat di atas), kami mendapatkan 2,21 episode pasca-intervensi. Karena seperempat dari semua stunting disebabkan lima episode diare sebelumnya, penurunan stunting dari penggunaan zink akan sebesar 2 poin persentase (lihat perincian perhitungan di bawah ASI eksklusif).

Cakupan efektif: Insiden diare pada anak usia 6-23 bulan diperkirakan sebesar 20%. Sebanyak 80% penderita diare melapor ke Puskesmas. Dari jumlah tersebut, hanya 37,3% yang menerima zink untuk pengobatan (BPS et al., 2017). Dengan demikian, cakupan saat ini dalam hal proporsi mereka yang menerima zink adalah $20\% \times 80\% \times 36\% = 6,1\%$. Namun, untuk menghitung selisih cakupannya, kami mengacu pada proporsi anak yang diberikan zink di Puskesmas saat ini yakni 37,3%. Cakupan tambahan pemberian zink kemudian dihitung sebagai tambahan pada persentase. Pada skenario realistis, kami mengasumsikan kenaikan 5% dan pada skenario optimis kenaikan 10% dengan batasan 70% dan 85% untuk masing-masing skenario. Perhitungan lain untuk penurunan stunting dengan yang menyederhanakan cakupan tetap sama seperti intervensi lain. Penurunan stunting sebesar 0,06 poin persentase pada tahun pertama dan mencapai 0,6% pada tahun 2030 pada skenario realistis dan 0,12 dan 0,88 poin persentase pada skenario optimis.

3.4 SUPLEMENTASI VITAMIN A

Periode intervensi: 6-23 bulan

Asumsi dari literatur: Suplementasi vitamin A pada kelompok usia 6-23 bulan mengurangi insiden diare sebesar 15% (Bhutta et al., 2013). Cakupan vitamin A di Indonesia saat ini adalah 76% (Balitbangkes, 2016). Kami mengasumsikan batas 85% pada skenario realistis dan 95% pada skenario optimis untuk vitamin A. Angka cakupan sudah tinggi dan kenaikan tambahan dapat diperlukan menargetkan mereka yang terpinggirkan. Perhitungan untuk mencapai penurunan stunting yang memasukkan

kenaikan tambahan pada cakupan sama seperti pada intervensi ASI eksklusif dan zink, yang hasilnya adalah penurunan stunting sebesar 0,02 poin persentase pada tahun pertama dan 0,18 persen poin pada tahun 2030 pada skenario realistis dan 0,05 persen poin pada skenario optimis pada tahun pertama dan 0,34 poin persentase pada tahun 2030.

Seperti disebutkan di atas, kami mempertimbangkan dampak tiga intervensi gizi spesifik yang memengaruhi stunting melalui insiden diare, konseling ASI eksklusif, zink, dan vitamin A, yang eksklusif dari satu sama lain dan, dengan demikian, menambahkan dampak stunting yang disesuaikan untuk cakupan tambahan tanpa mengurangi periode interaksi.⁵⁸

3.5 EDUKASI MAKANAN PENDAMPING ASI

Periode intervensi: 6-23 bulan

Asumsi dari literatur: Pendidikan makanan pendamping ASI (MPASI) membantu pengasuh anak untuk dapat memberikan makan makanan bergizi setelah periode pemberian ASI, bersamaan dengan mempromosikan pemberian ASI. Karena periode ini sangat penting untuk pertumbuhan anak, mendapatkan kualitas dan kuantitas makanan yang baik sangat penting untuk menyediakan kebutuhan gizi yang tinggi pada tahap ini. Suatu analisis gabungan dari lima studi terhadap populasi yang aman dan rawan pangan menemukan bahwa edukasi makanan pendamping ASI menghasilkan penurunan yang signifikan pada stunting dengan rasio risiko relatif 0,71 (95% CI: 0,60, 0,76) atau penurunan 29% pada stunting, dengan pengasuh yang memberikan makanan yang direkomendasikan kepada anak (Lassi et al., 2013). Kami menggunakan batas bawah *confidence interval* (CI) dan, hasilnya, 0,76 atau penurunan stunting sebesar 24%. Mengingat angka stunting pra-intervensi sebesar 26,9%, ini berarti penurunan 6,5 poin persentase. Kami berasumsi lebih lanjut bahwa hanya setengah yang direalisasikan

dalam konteks Indonesia, secara konservatif, sehingga terjadi penurunan 3,2 poin persentase. Saat ini 36% pengasuh anak menerima pendidikan pemberian MPASI (World Bank, 2018b). Kami berasumsi sekali lagi bahwa cakupan meningkat sebesar 5% setiap tahun pada skenario realistis dan 10% pada skenario optimis dengan batas 70% untuk skenario realistis dan 85% untuk skenario optimis. Penurunan poin persentase yang realistis pada stunting adalah 0,1 poin persentase untuk tahun pertama dan 1 poin persentase untuk tahun terakhir. Nilai untuk skenario optimis adalah 0,2 dan 1,5 poin persentase.

3.6 BANTUAN TUNAI BERSYARAT

Keluarga dengan anak usia 0-2 tahun

Cahyadi et al. (2018) menemukan bahwa setelah enam tahun pemberian bantuan tunai bersyarat melalui Program Keluarga Harapan (PKH) kepada keluarga miskin, terjadi penurunan stunting yang signifikan antara 9 dan 11 poin persentase. Program ini dimulai pada tahun 2007 dan memberikan bantuan tunai setiap tiga bulan kepada keluarga sangat miskin yang memiliki anak atau ibu hamil dan/atau menyusui. Bagian dari bantuan ini bersifat 'bersyarat' yang artinya harus memenuhi keputusan terkait kesehatan dan pendidikan tertentu.

Kami mengasumsikan penurunan 10 poin persentase pada stunting untuk model prakrisis yang realistis dan 11 poin persentase pada skenario optimis yang diberikan kepada 40% keluarga termiskin. Pemerintah Indonesia melaporkan bahwa total 9,2 juta orang penerima PKH adalah keluarga dengan ibu hamil atau menyusui atau anak dalam kelompok usia 0-2 tahun atau rumah tangga 1.000 HPK. Ini adalah 10% dari total populasi kelompok usia -9 hingga 24 bulan. Penurunan stunting per tahun dihitung sebagai rata-rata 10 poin persentase selama enam tahun atau 1,7 poin persentase pada skenario realistis. Mengalikan angka ini dengan cakupan 10% menghasilkan penurunan stunting sebesar 0,17 poin

58 Bagi mereka yang sudah tercakup dan termasuk ke dalam populasi target, kami menghitung penurunan sekuler. Kami berasumsi tiga intervensi untuk anak usia 0-2 tahun yang dipertimbangkan pada tahap ini berkontribusi pada seperempat dari total penurunan sekuler (sebesar 1,52%). Selanjutnya, kami berasumsi bahwa masing-masing intervensi ini memberikan kontribusi yang sama. Dengan demikian, dengan mempertimbangkan cakupan setiap komponen penurunan sekuler adalah: $(25\% \times 1/3 \times 1,52\%) \times \text{cakupan yang ada untuk intervensi tersebut}$. Hasilnya adalah penurunan persentase yang sangat rendah untuk setiap intervensi dan kami tidak memasukkannya ke dalam perhitungan akhir. Tidak dimasukkannya persentase tersebut juga menunjukkan penurunan yang lebih konservatif. Namun, kami menyertakan perhitungan yang dibuat untuk zat besi dan asam folat karena melibatkan asumsi yang lebih sedikit pada distribusi di seluruh intervensi untuk intervensi pada anak usia 0-2 tahun.

persentase setiap tahun pada skenario realistis dan menggunakan cakupan 15%, 0,18 poin persentase untuk skenario optimis.

3.7 SATU BUTIR TELUR PER HARI MELALUI BANTUAN MAKANAN

6-12 bulan

Memperkenalkan telur sejak dini sebagai MPASI dapat berkontribusi untuk meningkatkan gizi dan mengurangi stunting karena telur kaya kandungan zat gizi mikro, terutama kolin, betaine, vitamin B12, dan vitamin A. Meskipun sumber protein lain juga menyediakan zat gizi mikro utama, telur mudah diperoleh secara lokal, harganya terjangkau, dan mudah disimpan dan disiapkan. Suatu uji acak terkontrol (*randomized controlled trial*) memberikan satu telur per hari kepada anak-anak berusia 6-9 bulan di lima desa di Ekuador, dengan angka stunting awal 38%, memperlihatkan penurunan signifikan pada stunting sebesar 47%. Uji coba ini dipantau secara hati-hati dengan kunjungan mingguan ke 83 keluarga pada kelompok yang diberi intervensi selama periode 6 bulan untuk mendistribusikan dan memastikan asupan telur (Iannotti et al., 2014; Iannotti, Lutter, & Stewart, 2017; Iannotti, Lutter, & Peraïra, 2017).

Program Bantuan Pangan Non Tunai atau BPNT di Indonesia memberikan voucher makanan senilai Rp 110.000 kepada 25% keluarga termiskin, jumlah tersebut adalah sekitar 15% dari pendapatan bulanan mereka. Bantuan diberikan dengan tujuan untuk mendorong pembelian makanan bergizi khususnya beras dan telur. Kelompok makanan bergizi lain termasuk sayur-sayuran, kacang-kacangan, dan buah-buahan dimasukkan ke program pada tahun 2020. Program ini juga disebut sebagai BNPT Sembako (Sembilan Bahan Pokok) karena merujuk pada sembilan bahan makanan pokok: beras, jagung, gandum, kedelai, kacang tanah, daging, susu, gula, minyak goreng, dan garam beryodium. (Ilman, 2019; Mu'minah et al., 2012).

Suatu penelitian yang dilakukan di Pulau Sumba, Nusa Tenggara Timur menemukan rata-rata konsumsi keluarga sebesar 12,43 butir telur per kapita per bulan. Pemberian BPNT meningkatkan konsumsi sebesar 7,5 butir telur per orang per bulan atau 0,25 butir telur per orang per hari (Ilman, 2019). Kami mengasumsikan kenaikan ini pada skenario realistis dan tambahan 15% pada skenario optimis. Karena program berfokus pada 25% penduduk termiskin, kami berasumsi bahwa kenaikan hanya berlaku untuk sebagian kecil populasi ini dan akan menjadi $0,25 \times 25\% = 0,06$ per orang per hari pada skenario realistis dan 0,07 pada skenario optimis. Kami mengurangi penurunan angka stunting menjadi sebesar 13,7%⁵⁹ alih-alih 47% seperti pada riset di Ekuador dan menerapkannya pada peningkatan fraksional konsumsi telur yang dihitung untuk model ini dan hasilnya penurunan stunting sebesar $0,06 \times 47\% = 0,9$ persen poin pada skenario realistis dan 1 poin persentase pada skenario optimis.⁶⁰

3.8 KONSELING PERILAKU TERKAIT AIR, SANITASI, DAN KEBERSIHAN (WASH)

6-24 bulan

Suatu tinjauan evaluasi dampak yang mencakup 35 negara berpenghasilan rendah dan menengah menemukan penurunan 32% pada angka morbiditas diare karena intervensi perilaku terkait air, sanitasi, dan kebersihan (Waddington & Snilstveit, 2009). Dalam model kami, kami berasumsi bahwa penurunan karena perubahan perilaku adalah 50% dari penurunan yang dinyatakan pada skenario realistis dan 75% pada skenario optimis, sehingga penurunan morbiditas diare 16% dan 24% pada dua skenario. Dampaknya akan terlihat dalam hal penurunan jumlah episode diare per anak per tahun. Namun, kami berasumsi penurunan hanya akan terjadi jika infrastruktur 'WASH' tersedia. Saat ini, 74% anak Indonesia dalam kelompok usia 0-2 tahun memiliki akses ke air minum yang layak, 68% memiliki akses ke sanitasi yang lebih baik, dan 71%

59 Angka stunting *baseline* studi di Ekuador adalah 38% sedangkan angka stunting *baseline* di Indonesia sebesar 26,9% yaitu 29% lebih rendah. Kami mengasumsikan penurunan stunting secara proporsional lebih rendah untuk Indonesia atau $26,9\% \times 47\% = 13,7\%$. Perhatikan bahwa untuk model kabupaten/kota di mana kami menggunakan Timur Tengah Selatan sebagai contoh, angka stunting *baseline* sebesar 59% yaitu jauh lebih tinggi daripada di Ekuador. Oleh karena itu, kami tidak menerapkan pengurangan yang setara dengan selisih persentase pada angka stunting awal dan sebaliknya mengasumsikan setengah dari penurunan stunting pada studi di Ekuador mengikuti pendekatan konservatif karena studi di Ekuador dikontrol dengan hati-hati terkait asupan telur di antara pesertanya.

60 Pengurangan poin persentase stunting: [Angka stunting *baseline*] – [angka stunting pascaintervensi] di mana angka stunting pascaintervensi = [Angka stunting *baseline* – Penurunan persentase stunting].

tidak punya kebiasaan BABS (SUSENAS (2017) dan Balitbangkes (2013) dalam World Bank, 2018b)). Oleh karena itu, kami menghitung 'rata-rata' ini sebagai akses ke infrastruktur WASH, yaitu 71%. Angka penurunan diare dikurangi dengan persentase ini. Pada skenario realistis, angkanya menjadi $16\% \times 71\% = 11,4\%$ dan pada skenario optimis, $24\% \times 71\% = 17\%$. Dengan menggunakan penurunan ini, kami sampai pada jumlah episode diare pascaintervensi dan menghitung penurunan stunting pascaintervensi untuk intervensi vitamin A, zink, dan ASI eksklusif. Penurunan poin persentase yaitu sebesar 1,5 pada skenario realistis dan 2,2 pada skenario optimis selama periode tersebut karena kami tidak membuat asumsi tentang perubahan cakupan untuk intervensi gizi sensitif.

Penurunan akhir stunting karena seluruh rangkaian intervensi gizi spesifik untuk anak 0-2 tahun (empat intervensi – ASI eksklusif, zink, vitamin A, MPASI) dan intervensi gizi sensitif (Bantuan Tunai Bersyarat, Satu Telur per Hari, WASH) adalah jumlah total dari semua intervensi. Pada tahun pertama, penurunannya adalah 2,7 poin persentase pada skenario realistis dan 3,9 persen poin pada skenario optimis dan pada 2030, masing-masing 4,7 dan 6,9 persen poin.

Skala: Jumlah anak usia 0-2 tahun yang menjadi target pada tahun 2019 (realisasi hasil pada tahun 2020) adalah 4.392.482. Dengan penerapan *baseline* persentase stunting sebesar 26,6%, maka angka stunting pra-intervensi adalah 1.181.578. Dengan pengurangan 2,8 poin persentase yang dihitung pada skenario realistis dan stunting *baseline* sebesar 26,9%, stunting pascaintervensi akan menjadi 24,2% atau terjadi penurunan 10,2%. Dengan demikian, jumlah kasus stunting yang dapat dicegah pada populasi target adalah: Jumlah stunting pra-intervensi * Penurunan stunting = $1.181.578 \times 10,2\% = 120.696$. Jumlah stunting pascaintervensi selanjutnya adalah angka stunting pra-intervensi dikurangi jumlah stunting yang dicegah atau 1.060.882. Jumlah populasi anak usia 0-2 tahun pada tahun 2019 sebanyak 14.110.850. Total stunting dengan menggunakan angka stunting *baseline* adalah 3.795.819. Dari jumlah total, 9.718.368 tidak ditargetkan. Untuk sebagian penduduk usia 0-2 tahun ini, jumlah stunting dengan menggunakan angka stunting *baseline* adalah 2.614.241 dan stunting akan menurun hingga ke angka skenario BAU. Kami berasumsi bahwa 80%

penurunan berasal dari intervensi pada tahap ini (20% berasal dari intervensi zat besi dan asam folat antenatal) dan dihitung sebagai jumlah kasus stunting * Angka stunting pada BAU * 80% = 31.787. Jumlah kasus stunting pada kelompok non-target pada akhir tahun adalah $2.614.241 - 31.787 = 2.582.453$. Dengan demikian, total kasus stunting, target dan nontarget = $2.582.453 + 1.060.882 = 3.643.335$. Membagi jumlah ini dengan jumlah total anak usia 0-2 tahun akan menghasilkan angka stunting akhir tahun untuk seluruh populasi berusia 0-2 tahun sebesar 25,5%. Untuk perhitungan di tahun depan, kami sampai pada rata-rata tertimbang untuk tingkat stunting yang dijelaskan sekarang.

Seiring bertambahnya kabupaten baru di tahun-tahun berikutnya, kami menerapkan persentase stunting *baseline* sebesar 26,9% untuk sebagian kecil kabupaten baru. Dari kabupaten berulang, anak usia 1-2 tahun pada tahun berjalan akan menerima intervensi anak usia 0-1 tahun pada tahun sebelumnya. Juga, anak usia 0-1 tahun menerima intervensi antenatal pada periode sebelumnya. Dengan demikian, kami berasumsi bahwa dari kabupaten lama, mereka yang menerima intervensi -9 hingga 0 bulan pada tahun sebelumnya dan sekarang berusia 0-1 tahun akan memiliki eksternalitas dan anak-anak ini akan memperoleh angka stunting yang baru. Oleh karena itu, kami menggunakan angka stunting baru tetapi hanya sepertiga karena kelompok usia ini hanya sepertiga dari populasi target.⁶¹ Kami dapat berasumsi bahwa anak usia 0-1 tahun juga memperoleh angka stunting baru karena mereka telah menerima intervensi program selama satu tahun. Namun, kami menggunakan pendekatan konservatif dan menganggap bahwa kelompok ini masih memiliki stunting *baseline*. Dengan demikian, persentase stunting yang disesuaikan adalah:

$(\text{Stunting } \textit{baseline} \% \times \% \text{ kabupaten tidak berulang}) + (\text{Stunting tahun sebelumnya} \% \times \% \text{ kabupaten berulang} \times 1/3 \text{ untuk usia } -9 \text{ hingga } 0 \text{ bulan yang sekarang berusia } 0-1 \text{ tahun}) + (\text{Stunting } \textit{baseline} \% \times \% \text{ kabupaten berulang} \times 2/3)$

Jumlah stunting pra-intervensi yang dihitung dari tahun kedua hingga akhir periode akan menjadi: Jumlah target pada tahun itu * Persentase stunting yang disesuaikan.

61 Sepertiga karena kami mempertimbangkan tiga kelompok yang menerima intervensi: -9-0 bulan, 0-1 tahun, dan 1-2 tahun.

Total penurunan poin persentase stunting dari intervensi untuk anak 0-2 tahun yang diperoleh pada tahun pertama adalah 2,8%. Dari tahun kedua dan seterusnya, kami mengasumsikan penurunan stunting yang lebih rendah daripada yang dicapai. Beberapa kabupaten berulang dan di sini anak-anak usia 1-2 tahun telah menerima intervensi 1 tahun. Jadi, kami mengurangi dampak kelompok ini hingga setengahnya dengan penurunan stunting yang disesuaikan yang diberikan oleh: $(\text{Penurunan stunting} \times \text{Persentase kabupaten yang sebelumnya tidak menjadi target}) + (\text{Penurunan Stunting} \times \text{Persentase kabupaten yang berulang} \times 1/2)$

Persentase stunting pascaintervensi pada kelompok target adalah selisih persentase stunting yang disesuaikan dan penurunan poin persentase stunting karena intervensi pada anak usia 0-2 tahun.

Penurunan persentase stunting yang sesuai adalah rasio penurunan poin persentase stunting dan persentase stunting yang disesuaikan. Dengan demikian, jumlah kasus stunting yang dicegah pada kelompok target adalah hasil perkalian jumlah kasus stunting sebelum intervensi pada kelompok target dan penurunan persentase stunting. Kami kemudian sampai pada jumlah kasus stunting pascaintervensi pada populasi target sebagai selisih antara jumlah kasus stunting sebelum intervensi dan jumlah kasus stunting yang dicegah.

Kami menghitung penurunan stunting pada mereka yang tidak termasuk dalam kelompok target menggunakan persentase penurunan stunting BAU. Jumlah anak dengan stunting pada populasi non-target usia 0-2 tahun = Jumlah anak pada kelompok non-target * Persentase stunting *baseline*. Jumlah kasus stunting yang dicegah dihitung sebagai hasil dari jumlah kasus stunting * Penurunan stunting, yang dihitung sebagai angka sekuler penurunan stunting dikali 80% (karena kita mengasumsikan bahwa 80% penurunan terjadi pada tahap usia 0-2 tahun dan sisanya dari intervensi antenatal). Dengan demikian, jumlah kasus stunting pada usia 0-2 tahun non-target pada akhir tahun adalah jumlah kasus stunting pada awal tahun dikurangi jumlah kasus stunting yang dicegah. Menambahkan angka ini ke total kasus pada populasi target memberi hasil total populasi stunting pada anak usia 0-2 tahun pada tahun itu. Membagi angka ini dengan jumlah total anak usia 0-2 tahun pada tahun itu memberikan persentase

stunting di akhir tahun. Untuk tahun berikutnya, kami menghitung persentase stunting yang disesuaikan seperti dijelaskan di atas, berulang hingga tahun 2030.

Pada langkah terakhir, kami menggabungkan penurunan lebih lanjut dalam stunting karena efek sinergis dari berbagai intervensi seperti yang dijelaskan sekarang.

4. PENURUNAN STUNTING TAMBAHAN KARENA HASIL KONVERGENSI

Laporan Bank Dunia baru-baru ini (World Bank, 2017b) menyelidiki selisih angka stunting pada keluarga dengan akses ke setidaknya satu, dua, tiga atau empat variabel penyebab status gizi (*care, health, environment, and food security* - CHEF) atau pengasuhan, kesehatan, lingkungan, dan ketahanan pangan. Pengasuhan yang memadai dapat berupa tindakan seperti praktik pemberian ASI, pengetahuan ibu tentang kebiasaan cuci tangan, perilaku merokok dalam keluarga, dan praktik pemberian makanan tambahan. Kesehatan yang memadai mencakup akses dan penggunaan layanan kesehatan pada masa antenatal hingga pascapersalinan dan akan mencakup suplementasi zat besi dan asam folat untuk ibu hamil dan suplementasi vitamin A untuk anak-anak serta imunisasi. Dari sisi lingkungan, studi mencakup sanitasi yang lebih baik, air minum yang dikelola dengan aman, dan sanitasi di masyarakat.

Pada tahun 2013, 23% keluarga diketahui tidak memiliki akses ke salah satu variabel penyebab status gizi (CHEF). Selisih angka stunting antara keluarga yang memiliki akses ke setidaknya satu variabel penyebab status gizi dibandingkan dengan keluarga yang sama sekali tidak memiliki akses adalah 5,2 poin persentase. Demikian juga, mereka yang memiliki akses ke dua variabel dibandingkan dengan yang tidak memiliki akses sama sekali adalah 8,9 poin persentase lebih rendah dan 13,4 poin persentase pada mereka yang memiliki akses ke tiga variabel atau lebih. Dari 23% keluarga tanpa akses sama sekali, kami mengasumsikan peningkatan 15% setiap tahun pada akses ke dua variabel CHEF pada skenario realistis dan tiga pada skenario optimis.

Dengan asumsi peningkatan 15% pada akses ke variabel CHEF di antara 23% keluarga yang tidak

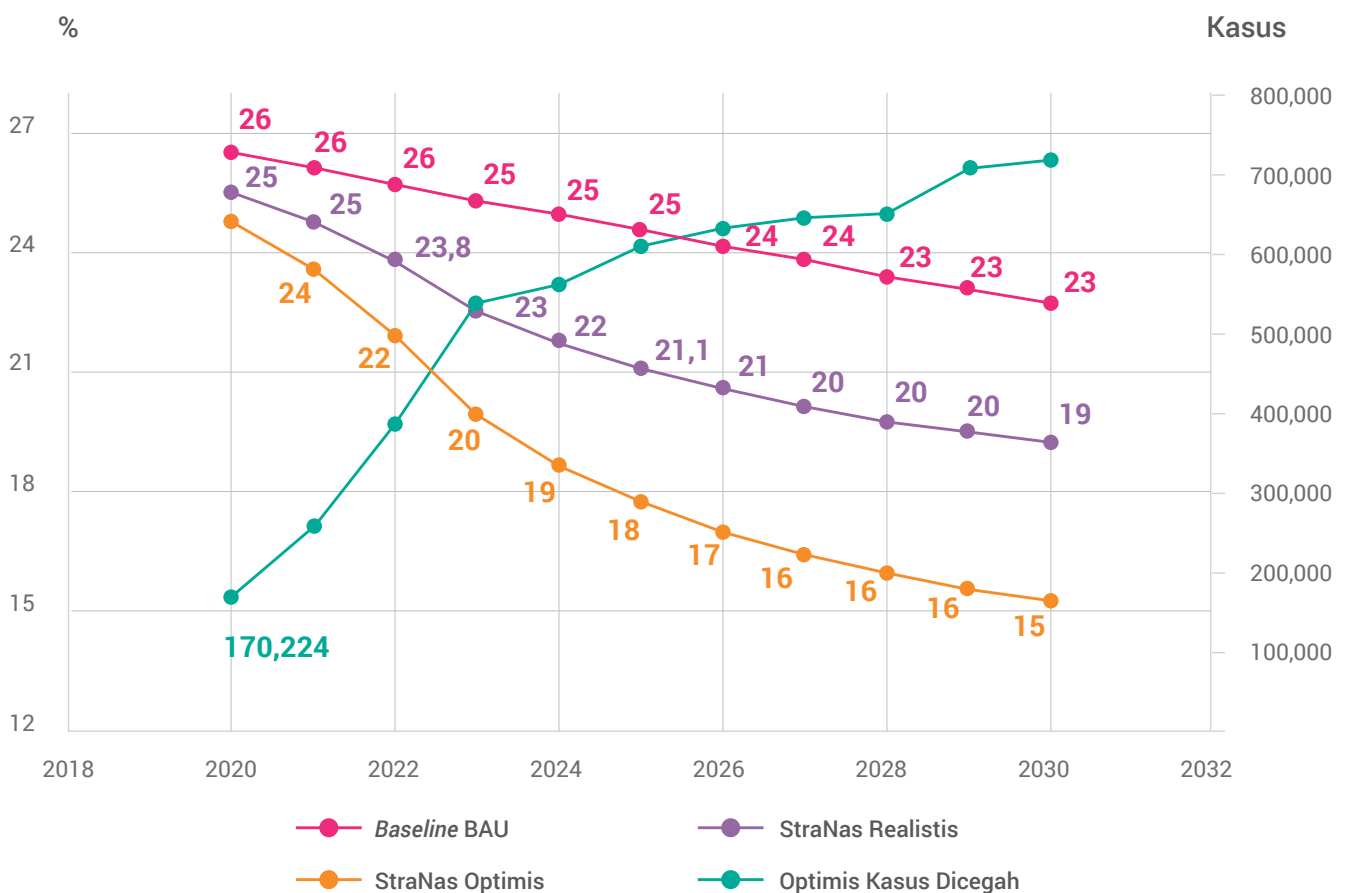
memiliki akses, hasilnya hampir 5% keluarga yang sebelumnya tidak memiliki akses ($15\% \times 23\% = 3,45\%$). Selisih akses sekarang: $23\% - 3,5\% = 19,5\%$. Pada tahun kedua selisih tersebut berkurang menjadi: $19,5\% - (19,5\% \times 15\%) = 16,6\%$. Peningkatan cakupan keluarga tanpa akses pada tahun pertama adalah 3,5%. Untuk tahun berikutnya kenaikan keluarga yang memiliki akses ke CHEF akan dihitung dari persentase keluarga tanpa akses yang tersisa. Jadi, pada tahun kedua, persentase kumulatif keluarga yang memiliki akses CHEF adalah: $3,5\% + (19,5\% \times 15\%) = 6,4\%$. Penurunan stunting setiap tahun merupakan hasil dari peningkatan kumulatif ini dan penurunan stunting. Untuk tahun pertama, pada skenario realistis penurunannya adalah $3,45\% \times 8,9 \text{ poin persentase} = 0,3 \text{ poin persentase}$. Untuk skenario optimis, penurunannya adalah $3,45\% \times 13,4 \text{ poin persentase} = 0,5 \text{ poin persentase}$. Penurunan untuk masing-masing skenario pada tahun 2030 adalah 1,8 dan 2,6 poin persentase.

Untuk mendapatkan penurunan akhir stunting, kami mengurangi penurunan ini karena konvergensi dari penurunan yang diperoleh dari intervensi yang dijelaskan di atas.

5. HASIL

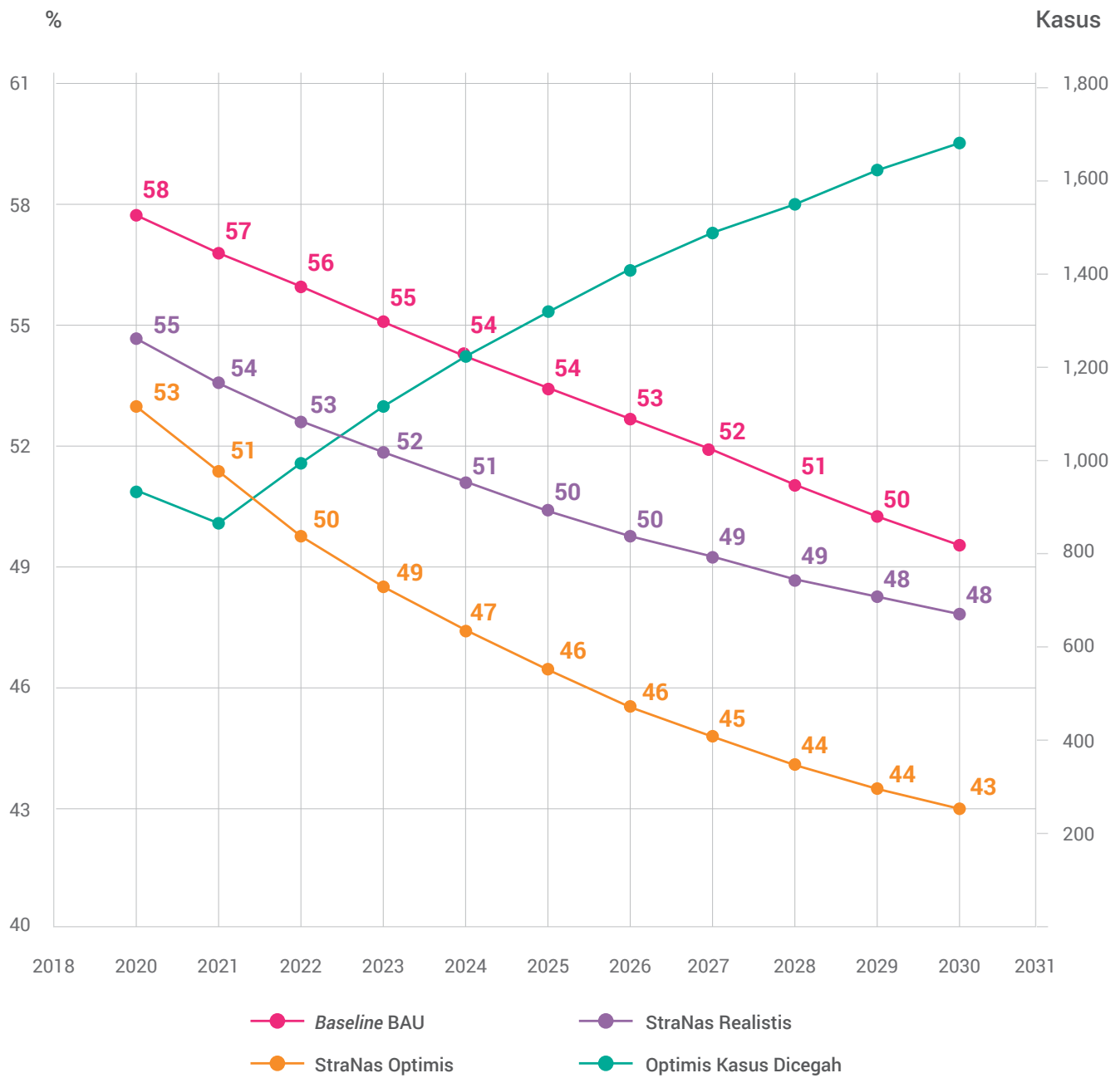
Gambar 22 menyajikan proyeksi nasional dan Gambar 23 menyajikan proyeksi kabupaten/kota.⁶² Dimulai dengan persentase stunting *baseline* sebesar 26,9%, Indonesia dapat menurunkan stunting menjadi 22% pada tahun 2022 pada skenario optimis dengan cakupan tambahan yang lebih tinggi rata-rata 10% dibandingkan dengan angka realistis 5% untuk semua intervensi. Berdasarkan skenario realistis, Indonesia mencapai angka stunting sebesar 22% pada tahun 2024. Pada tahun 2030 angka stunting diharapkan menjadi 19% pada angka proyeksi realistis dan 15% pada proyeksi optimis.

Gambar 22: Proyeksi stunting nasional untuk Indonesia



62 Kami menyajikan skenario optimis untuk proyeksi kabupaten/kota yang mengindikasikan penurunan yang dapat diharapkan. Namun, hal ini tidak mencerminkan penurunan sebenarnya yang diharapkan di Timor Tengah Selatan karena tingkat cakupan yang digunakan adalah untuk tingkat nasional dengan batas yang diterapkan di tingkat nasional. Tingkat cakupan sebenarnya kemungkinan jauh lebih rendah di TTS dan data perlu disediakan untuk mendapatkan angka penurunan stunting yang sebenarnya. Karena proyeksi berada pada tahap percobaan, kami juga tidak mempertimbangkan dampak COVID-19 pada proyeksi kabupaten/kota.

Gambar 23: Proyeksi stunting untuk Timor Tengah Selatan



LAMPIRAN 2: KRITERIA SELEKSI

UNDANGAN BERBAGI BUKTI KEBERHASILAN INISIATIF LOKAL DALAM MENGURANGI STUNTING

LATAR BELAKANG DAN DASAR PEMIKIRAN

Angka stunting dan kekurangan gizi pada anak di Indonesia berada pada tingkat yang mengkhawatirkan. Menurut Riset Kesehatan Dasar tingkat nasional (Riskesdas 2013), 37,2% anak balita Indonesia (hampir 9 juta anak) mengalami stunting, 19,6% berat badan kurang, 12,1% mengalami *wasting* (berdasarkan berat terhadap tinggi), dan 11,9% kelebihan berat badan atau obesitas. Prevalensi stunting di Indonesia hampir tidak berubah antara tahun 2007 dan 2013, tetapi analisis di tingkat kabupaten menunjukkan beberapa kabupaten secara signifikan berhasil menurunkan angka stunting (Rokx et al., 2018). Kami ingin belajar bagaimana mereka melakukannya.

Riset terbaru menyoroti perlunya pendekatan multisektor. Analisis data Riskesdas Indonesia 2007 dan 2013 menemukan bahwa akses yang bersamaan ke empat penyebab status gizi, yakni ketahanan pangan, akses lingkungan yang aman dan bersih, akses layanan kesehatan, dan pemberian pengasuhan yang memadai, berhubungan dengan potensi yang jauh lebih rendah untuk anak mengalami stunting dibandingkan dengan akses ke hanya satu atau dua faktor penyebab tersebut. Pada tahun 2013, sekitar 23% anak di bawah usia 3 tahun tidak memiliki akses yang memadai ke salah satu dari empat faktor penyebab status gizi di Indonesia; kurang dari 1% memiliki akses yang bersamaan ke empat faktor tersebut (World Bank, 2017b).

Pemerintah Indonesia sedang mengatasi krisis stunting dengan memulai strategi nasional yang ambisius yang akan memastikan komitmen tingkat tinggi, pengelolaan, dan akuntabilitas untuk memastikan intervensi dari sisi pasok dan permintaan (baik gizi spesifik maupun gizi sensitif) yang terbukti menurunkan stunting di Indonesia

secara efektif dikonvergensi, disampaikan, dan diimplementasikan.

Strategi dan tujuan ambisius Pemerintah Indonesia dituangkan dalam buku yang berjudul *Menggapai Lebih Tinggi: Ambisi Indonesia Menurunkan Stunting*. Buku tersebut juga menceritakan kisah keberhasilan, tantangan, dan ambisi gizi Indonesia untuk mengurangi stunting dari perspektif multisektor.

Saat Indonesia memulai agenda penting, pemimpin di tingkat pusat dan daerah semakin menyadari perlunya menerapkan strategi penurunan stunting dengan cara yang berbasis bukti dan dapat mengambil manfaat dari pembelajaran masyarakat setempat. Inisiatif lokal yang berhasil menurunkan stunting dan meningkatkan gizi ibu dan anak dapat menginspirasi dan memberikan dorongan untuk memicu berbagi pengetahuan dan pertukaran 'pengetahuan teknis' di antara pemimpin di tingkat pusat dan daerah. Namun, banyak pengalaman yang tetap tidak didokumentasikan atau belum didokumentasikan dengan cara yang kondusif untuk pembelajaran yang efektif.

Sebagai tindak lanjut dari *Menggapai Lebih Tinggi: Ambisi Indonesia Menurunkan Stunting*, Bank Dunia sedang menulis sebuah buku yang akan menampilkan inisiatif lokal yang berhasil dalam menurunkan stunting, dengan penekanan pada 'bagaimana caranya'. Oleh karena itu, Bank Dunia meminta informasi dan data dari semua mitra gizi (termasuk lembaga pemerintah, akademisi, LSM, organisasi masyarakat madani, sektor swasta, dan mitra pembangunan) tentang inisiatif lokal yang berskala atau terukur, dan terbukti berhasil menurunkan kekurangan gizi kronis atau stunting pada anak. Inisiatif yang diajukan harus berupa program yang sedang berjalan atau program yang diselesaikan dalam 2 tahun terakhir untuk memungkinkan verifikasi.

TUJUAN

Untuk mendokumentasikan inisiatif lokal yang berhasil dalam menurunkan angka stunting untuk berbagi pengetahuan dan untuk memberikan pembelajaran bagi operasionalisasi strategi pencegahan stunting di Indonesia.

BIDANG MINAT

Intervensi gizi spesifik, yang didefinisikan sebagai intervensi yang menangani penyebab langsung dari gizi dan perkembangan janin dan anak—makanan dan asupan gizi yang memadai, pemberian makan, praktik pengasuhan anak, dan beban penyakit menular yang rendah. Contohnya meliputi: remaja, prakonsepsi, serta kesehatan dan gizi ibu; suplementasi makanan atau zat gizi mikro untuk ibu; promosi pemberian ASI yang optimal; pemberian makanan tambahan dan praktik serta pemberian makan yang responsif dan stimulasi; suplementasi makanan; diversifikasi dan suplementasi zat gizi mikro atau fortifikasi untuk anak; penanganan gizi buruk; pencegahan dan penanganan penyakit; gizi dalam keadaan darurat (Bhutta et al., 2013).

Intervensi gizi sensitif, yang didefinisikan sebagai intervensi yang menangani penyebab dasar atau tidak langsung dari gizi dan perkembangan janin dan anak—ketahanan pangan; fortifikasi; sumber daya pengasuhan yang memadai di tingkat ibu, keluarga dan masyarakat; dan akses ke layanan kesehatan dan lingkungan yang aman dan higienis—dan memasukkan tujuan dan tindakan gizi spesifik. Contohnya meliputi: pertanian dan ketahanan pangan; jaring pengaman sosial; perkembangan anak usia dini; kesehatan mental ibu; pemberdayaan perempuan; perlindungan anak; sekolah; air, sanitasi, dan kebersihan; pelayanan kesehatan dan keluarga berencana (Ruel & Alderman, 2013).

PERTANYAAN PANDUAN

1. Apa nama program/proyek/intervensi Anda? Siapa yang memprakarsai program dan apa yang mendorong komitmen politik?
2. Apa maksud dan tujuan program/proyek/intervensi Anda?

3. Apa indikator terkait gizi pada program/proyek/intervensi Anda? Harap cantumkan semuanya (lihat contoh intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif yang tercantum di atas pada Bidang Minat).
4. Siapa yang menjadi penerima manfaat target dan berapa banyak penerima manfaat yang saat ini terdaftar pada program/proyek/intervensi?
5. Di mana lokasi program/proyek/intervensi dan mengapa lokasi tersebut dipilih? Seberapa besar cakupan wilayah program (yaitu, berapa desa, berapa kecamatan, kabupaten)?
6. Berikan gambaran singkat tentang metode/desain program dan strategi monitoring dan evaluasi, termasuk jangka waktu yang diharapkan untuk mencapai hasil yang menjadi target.
7. Apa tantangan yang Anda hadapi dalam pelaksanaan program? Bagaimana Anda mengatasi atau merencanakan untuk mengatasi tantangan program dan mencapai tujuan yang diinginkan?
8. Apa hasil program/proyek/intervensi Anda selama ini? Bagaimana Anda memastikan transparansi dan akuntabilitas? Apakah ada ruang untuk skalabilitas?
9. Berapa lama program telah dilaksanakan, dan jika Anda memiliki tanggal penyelesaian, kapan akan selesai? Seperti apa keberlanjutan program/proyek/intervensi?
10. Apakah ini bisa dilanjutkan oleh masyarakat lokal, pemerintah daerah atau pemerintah pusat? Pembelajaran apa yang dapat dipetik untuk replikasi?





© 2021 International Bank for
Reconstruction and Development/The World
Bank 1818 H Street NW
Washington DC 20433
Telepon: 202-473-1000
Internet: www.worldbank.org