



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**

Technical Brief

**Standar Pelayanan Minimal - Gizi:
Informasi untuk Tenaga Kesehatan Kabupaten**

Mei 2017

Penyusunan *Technical brief* ini didukung oleh rakyat Amerika melalui Biro Kesehatan Global, Bidang Kesehatan, Penyakit Infeksi, dan Gizi (*Office of Health, Infectious Diseases, and Nutrition, Bureau for Global Health*), U.S. Agency for International Development (USAID) Biro Asia, dengan perjanjian nomor AID-OAA-A-12-00005, Proyek *Food and Nutrition Technical Assistance III* (FANTA), yang dikelola oleh *Family Health International* (FHI) 360.

Isi *Technical Brief* ini adalah tanggung jawab dari FHI 360, bukan mencerminkan pendapat dari USAID maupun pemerintah Amerika Serikat.

Rekomendasi Penulisan Pustaka

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2017. *Technical Brief – Standar Pelayanan Minimal* bidang Gizi: Informasi untuk Tenaga Kesehatan Kabupaten. Washington, DC: *FHI 360/Food and Nutrition Technical Assistance III Project*.

Kontak:

Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA)
FHI 360
1825 Connecticut Avenue, NW
Washington, DC 20009-5721
T 202-884-8000
F 202-884-8432
fantamail@fhi360.org
www.fantaproject.org



Daftar Isi

1	Pendahuluan	1
2	Kebijakan, Strategi, dan Rencana Kerja Pemerintah dalam bidang Gizi	3
3	Keadaan Gizi di Indonesia.....	7
4	Hubungan antara Gizi, Infeksi, dan Kematian	10
5	Saran untuk Standar Pelayanan Minimal bidang Gizi	15
	Indikator 1: Ibu Hamil	15
	Indikator 2: Ibu Bersalin	15
	Indikator 3: Bayi Baru lahir (hingga usia 28 hari).....	17
	Indikator 4: Anak usia di bawah 5 tahun (balita).....	17
	Indikator 5: Wanita Usia Subur (15-49 tahun)	22
6	Kesimpulan	25
	Daftar Pustaka	26
	Lampiran 1. Indikator Pemberian ASI dan Makanan Anak menurut Propinsi	29

1 Pendahuluan

Pemerintah telah memperbarui peraturan Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan tingkat kabupaten/kota melalui Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 43 tahun 2016. Peraturan ini menggantikan peraturan sebelumnya yang telah dikeluarkan pada tahun 2008 dan 2009. SPM Kesehatan merupakan satu dari enam pelayanan dasar yang wajib dipenuhi oleh pemerintah daerah. Kelima pelayanan lainnya adalah Pendidikan, Pekerjaan Umum dan Penataan Ruang, Perumahan Rakyat dan Kawasan Pemukiman, Ketentraman dan Ketertiban Umum serta Perlindungan Masyarakat, dan Sosial.

SPM Kesehatan merupakan acuan bagi pemerintah daerah kabupaten/kota dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal pada pelayanan kesehatan primer maupun sekunder. Pemerintah daerah bertanggung jawab atas penyediaan alat, sumberdaya manusia, serta biaya untuk dapat mencapai 100% pelayanan dasar yang standar bagi 12 jenis pelayanan seperti yang tercantum pada Boks 1. Selain itu, petugas kesehatan perlu bekerjasama dengan pelayanan swasta serta memantau pelaporan dan rekam medis.

Perbaikan gizi merupakan hal kunci dalam upaya mencapai target indikator SPM kesehatan. Indonesia terus menerus mengalami masalah gizi yang mendera dan mempengaruhi berbagai kelompok populasi terutama remaja, ibu, dan anak. Hal ini tentu saja menghambat target pencapaian bidang kesehatan dan juga pertumbuhan ekonomi. Oleh karena itu aspek gizi dan kesehatan harus ditanggulangi secara bersamaan yang pada akhirnya akan mendorong Indonesia untuk mampu mencapai target nasional di kedua bidang tersebut.

Technical brief ini bertujuan untuk membahas beberapa hal seperti berikut:

- Mengapa aspek gizi penting dalam pencapaian SPM Kesehatan kabupaten,
- Keadaan gizi di Indonesia,
- Intervensi dan pelayanan gizi seperti apa yang dibutuhkan untuk memperbaiki gizi dan kesehatan di Indonesia dan untuk mencapai target indikator SPM kabupaten/kota.

Jenis pelayanan yang ada di dalam *Technical brief* ini terutama ditujukan untuk:

- Ibu hamil
- Ibu bersalin
- Bayi baru lahir (neonatal) hingga 28 hari
- Anak usia di bawah 5 tahun (balita – bawah lima tahun)
- Wanita Usia Subur - WUS (15–49 tahun)

Petugas kesehatan di kabupaten/kota mempunyai peran penting dalam memperbaiki keadaan gizi, diantaranya dalam:

- Menyusun Rencana Aksi Pangan dan Gizi di tingkat kabupaten/kota

Boks 1. Standar Pelayanan Minimal

1. Ibu hamil
2. Ibu bersalin
3. Bayi baru lahir (hingga 28 hari)
4. Anak dibawah usia lima tahun
5. Anak pada usia pendidikan dasar
6. Warga negara usia 15–49 tahun
7. Warga negara usia 60 tahun ke atas
8. Penderita hipertensi
9. Penderita Diabetes Melitus
10. Orang dengan gangguan jiwa
11. Orang dengan tuberkulosis
12. Orang berisiko terinfeksi HIV

- Memastikan kecukupan permintaan dana tahunan serta dana yang akan dialokasikan untuk gizi
- Memastikan sumberdaya manusia yang mencukupi untuk pelayanan gizi, termasuk SPM
- Meningkatkan kapasitas dan kompetensi staf bidang gizi, termasuk mendefinisikan dengan jelas tanggung jawab serta deskripsi pekerjaan mereka
- Memberikan pelatihan bagi staf Puskesmas dan kader untuk meningkatkan kualitas pelayanan
- Memastikan pemberian pelayanan yang baik dan konsisten
- Menguatkan sistem supervisi, pemantauan, dan evaluasi kegiatan gizi untuk memastikan pelayanan yang sesuai dengan standar dan protokol.
- Memastikan bahwa target SPM-gizi tercapai.

2 Kebijakan, Strategi, dan Rencana Kerja Pemerintah dalam Bidang Gizi

Kebijakan, strategi, dan rencana kerja yang dikeluarkan pemerintah dalam beberapa tahun terakhir ini telah mendukung penerapan SPM-Gizi. Daftar kebijakan yang dimaksud berikut relevansinya terhadap SPM Gizi dapat dilihat pada Tabel 1 di bawah ini.

Table 1. Kebijakan, strategi, dan rencana kerja pemerintah yang berhubungan dengan gizi dan relevansinya pada SPM		
Judul	Rangkuman	Relevansi dengan SPM
Undang-Undang (UU) Kesehatan No. 36 tahun 2009	UU ini menetapkan target pencapaian bidang gizi untuk memperbaiki status gizi perorangan maupun komunitas.	Kepatuhan terhadap UU ini dapat dicapai melalui SPM bidang Kesehatan, yaitu perbaikan pola konsumsi dengan gizi seimbang, kesadaran tentang gizi, aktivitas fisik, Pola Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), dan akses terhadap pelayanan gizi.
Peraturan Presiden No. 42 tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi	Di tahun 2011, Indonesia menjadi salah satu negara yang memberikan komitmennya pada gerakan <i>Scaling Up Nutrition</i> (SUN) di tingkat global. Dalam upaya mendukung gerakan tersebut, di tingkat nasional, telah diluncurkan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi melalui Peraturan Presiden (Perpres) yang berfokus pada 1000 HPK (Hari Pertama Kehidupan). Lebih jauh lagi, Indonesia telah menetapkan target pencapaian bidang gizi tahun 2025 sesuai dengan kesepakatan <i>World Health Assembly</i> (lihat Tabel 2). Perpres ini memayungi Bappenas untuk melakukan koordinasi gerakan SUN di Indonesia dan menyusun struktur koordinasi yang mencakup para pemangku kepentingan baik itu di tingkat nasional maupun daerah.	Dokumen Kerangka kebijakan 1000 HPK telah menentukan 6 indikator pencapaian yang mencakup indikator pendek (<i>stunting</i>), kurus (<i>wasting</i>), berat badan lebih, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), dan Air Susu Ibu (ASI) eksklusif. Namun, program yang ada saat ini masih kurang dalam menyentuh langsung indikator-indikator yang memiliki peran penting dalam penurunan <i>stunting</i> , <i>wasting</i> , berat badan lebih dan BBLR. Faktor-faktor yang menjadi fokus pelayanan SPM Kesehatan antara lain: pemberian makan untuk bayi dan anak, status gizi dan kesehatan remaja, gizi ibu, serta perilaku terkait penggunaan air bersih, sanitasi, dan higiene.
Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG 2015-2019)	Rencana Aksi ini berisi pemaparan tentang kegiatan di bidang pangan dan gizi, diantaranya kegiatan untuk	Program gizi pada tingkat komunitas dilaksanakan melalui Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu). Masing-masing propinsi juga diharapkan menyusun

Table 1. Kebijakan, strategi, dan rencana kerja pemerintah yang berhubungan dengan gizi dan relevansinya pada SPM

Judul	Rangkuman	Relevansi dengan SPM
	<p>memperbaiki status gizi ibu hamil dan anak usia dibawah 2 tahun (baduta), termasuk intervensi gizi yang dilakukan melalui pelayanan kesehatan. Indikator di bidang gizi bertujuan menurunkan <i>stunting</i> baduta, menurunkan <i>wasting</i> dan kurang gizi balita; menurunkan jumlah penderita anemia ibu hamil; serta meningkatkan jumlah ASI eksklusif. Aksi ini juga mencakup target di bidang air bersih dan sanitasi. Kebijakan ini bersifat lintas sektor, yang mencakup sektor pertanian, kesejahteraan sosial, dan pekerjaan umum.</p>	<p>rencana aksi pangan dan gizi tingkat propinsi, sesuai pedoman yang dikeluarkan oleh Bappenas. Indikator rencana aksi ini dapat digunakan untuk mengukur status gizi, akses terhadap pangan, higiene dan sanitasi, serta penguatan institusi pangan dan gizi. Walaupun pengembangan rencana aksi pangan dan gizi tingkat kabupaten belum bersifat wajib, tetapi hal ini dapat membantu kabupaten dalam memastikan intervensi dan pelayanan gizi yang lebih terencana, dialokasikan dalam anggaran dan dapat dilaksanakan.</p>
<p>Undang-undang No. 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah</p>	<p>Di dalam UU ini tercantum bahwa pelayanan kesehatan dasar bersifat wajib dan merupakan tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah.</p>	<p>UU ini juga menyebutkan perlunya revisi paket SPM pelayanan kesehatan di tingkat kabupaten. Dalam hal ini, pemerintah lokal bertanggung jawab atas penyediaan infrastruktur, perlengkapan, sumber daya manusia, dan anggaran untuk memenuhi target yang telah ditetapkan SPM. Peraturan ini juga menyatakan bahwa gubernur atau bupati yang tidak memenuhi paket SPM akan dikenai sanksi yang bervariasi mulai dari sanksi administratif, pemindahan kantor sementara, hingga pemindahan permanen.</p>
<p>Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang Kesehatan</p>	<p>SPM bidang Kesehatan merupakan acuan bagi pemerintah daerah kabupaten/kota dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Peraturan ini mengatur tentang target, menjabarkan langkah-langkah kegiatan, sistem pemantauan dan evaluasi, serta sumber daya</p>	<p>Terdapat 12 pelayanan yang relevan dengan SPM, diantaranya mencakup kesehatan ibu dan anak, masyarakat dengan penyakit khusus ataupun masyarakat secara umum. Pemerintah daerah wajib melakukan pelayanan kesehatan sebagai evaluasi kinerja.</p>

Table 1. Kebijakan, strategi, dan rencana kerja pemerintah yang berhubungan dengan gizi dan relevansinya pada SPM

Judul	Rangkuman	Relevansi dengan SPM
	manusia yang diperlukan untuk memenuhi pelayanan.	
Keputusan Kementerian Kesehatan No. 852 tahun 2008 tentang Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)	Dokumen ini berisi 5 pilar, yaitu: (1) stop Buang Air Besar Sembarangan (Stop BABS), (2) cuci tangan dengan sabun, (3) perbaikan manajemen air minum dan pangan tingkat rumah tangga, (4) memperbaiki manajemen sampah rumah tangga, dan (5) memperbaiki manajemen limbah cair rumah tangga. Meskipun demikian, penerapan strategi ini pada tingkat kabupaten masih belum diwajibkan.	Strategi ini telah memasukkan tiga kondisi yang terbukti diperlukan dalam menurunkan kasus diare termasuk meningkatkan akses masyarakat terhadap sanitasi dasar, promosi cuci tangan dengan sabun, dan perbaikan manajemen rumah tangga dalam pengelolaan air minum yang aman. Kesemua hal tersebut termasuk dalam pelayanan dan intervensi yang tertuang dalam Kepmen ini sebagai upaya dalam mencapai indikator SPM .
Peraturan Pemerintah No. 33 tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif	Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif adalah ASI yang diberikan kepada bayi sejak dilahirkan sampai usia 6 bulan, tanpa menambahkan dan/atau menggantinya dengan makanan atau minuman lain. Peraturan ini menjabarkan tanggung jawab berbagai pihak dalam melaksanakan ASI eksklusif, termasuk pemerintah, orang tua, produsen susu, dan masyarakat.	Pemerintah propinsi dan daerah mempunyai tanggung jawab dalam keberhasilan ASI eksklusif di daerahnya masing-masing. Beberapa hal yang perlu dilakukan oleh pemerintah daerah adalah advokasi, sosialisasi, pelatihan, serta pemantauan dan evaluasi.

Table 2. Target Penurunan Prevalensi Status Gizi				
Indikator	Target pada 2025 ⁱ	Prevalensi saat ini ⁱⁱ	Target Prevalensi pada 2019 ⁱⁱⁱ	Target Prevalensi pada 2025
Pendek (<i>stunting</i>) pada balita	Menurunkan proporsi anak balita yang <i>stunting</i> sebesar 40%	37%	28%*	22%
Kurus (<i>wasting</i>) pada balita	Menurunkan proporsi anak balita yang menderita <i>wasting</i> kurang dari 5%	12%	9.5%	≤ 5%
Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)	Menurunkan anak yang lahir dengan berat badan rendah sebesar 30%	10%	8%	7%
Kelebihan berat badan pada balita	Tidak ada kenaikan proporsi anak yang mengalami gizi lebih	12%	Tidak menjadi target**	≤ 12%
Anemia pada Wanita Usia Subur (WUS)	Menurunkan proporsi WUS yang menderita anemia sebanyak 50%	37%	28%***	19%
ASI eksklusif	Meningkatkan persentase ibu yang memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan paling kurang 50%	37% ⁱⁱⁱ	50%	≥ 50%

ⁱ Target di atas telah disesuaikan dengan World Health Assembly Nutrition Targets (WHO 2014). Diambil dari Pedoman Perencanaan Program Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dalam Rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1000 HPK), Republik Indonesia 2013.

ⁱⁱ Kemenkes 2013 (Riskesdas)

ⁱⁱⁱ RANPG 2015-2019

*target adalah anak dibawah umur 2 tahun

** target adalah 15.4% prevalensi berat badan lebih dan obesitas pada penduduk usia >18 tahun

*** target adalah ibu hamil

3 Keadaan Gizi di Indonesia

Kematian Neonatal dan Bayi

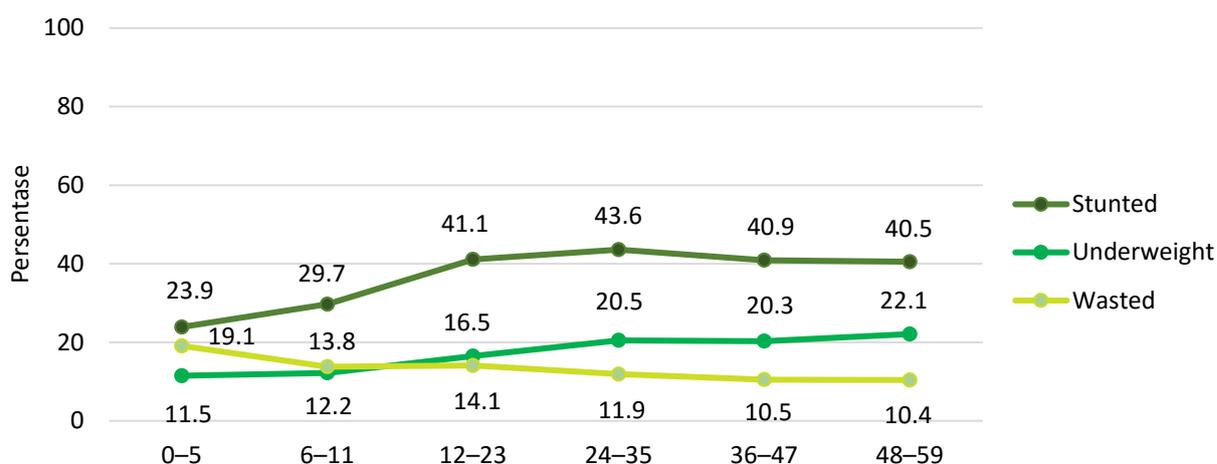
Survei Dasar Kependudukan Indonesia (SDKI) 2012 melaporkan jumlah kematian neonatal (dihitung per 1000 lahir hidup) di Indonesia sebesar 19 dan angka kematian bayi sebesar 32 (BPS, 2013). Angka tersebut masih tidak berubah sejak tahun 2002. Hampir 45% kematian anak terkait dengan kurang gizi, sehingga perbaikan status gizi akan berdampak nyata pada penurunan angka kematian neonatal dan bayi. Penyebab utama kematian neonatal terkait status gizi adalah kehamilan remaja, ibu yang anemia karena kekurangan zat besi, penundaan mulainya ASI eksklusif pada 1 jam pertama kelahiran, dan pengenalan dini makanan pre-lakteal. Kematian neonatal tertinggi terjadi pada ibu di bawah 20 tahun (angka kematian neonatal 34). Untuk angka kematian bayi, penyebab utama kematian adalah rendahnya ASI eksklusif dan pemberian makanan pendamping ASI yang tidak tepat, sanitasi dan higiene yang tidak baik sehingga terkena infeksi berulang, dan cakupan imunisasi dan vitamin A yang rendah. Angka kematian bayi adalah 50 untuk ibu dibawah usia 20 tahun. Angka kematian bayi pada kelompok usia 40-49 tahun adalah 58. Status gizi yang berbeda akan berakibat pada perbedaan risiko kematian, dimana anak yang mengalami gizi buruk atau kurus akan memiliki risiko kematian yang lebih besar.

Kurang gizi akut atau *wasting* disebabkan oleh kurangnya asupan makanan dan/atau penyakit yang menyebabkan bengkak pada tubuh atau turunnya berat badan secara tiba-tiba. Keadaan ini ditandai dengan adanya pembengkakan (bilateral pitting edema) atau *wasting* (ukuran lingkaran lengan atas-LILA yang sangat rendah atau berat menurut tinggi badan rendah). Kurang gizi kronis atau *stunting* diukur dari z-skor tinggi badan menurut umur yang terletak 2 SD (standar deviasi) dibawah median standar WHO. *Stunting* merupakan hasil dari kurang gizi yang lama dan berulang, yang dapat dimulai sejak dalam kandungan (FANTA 2014).

Anak kurang gizi

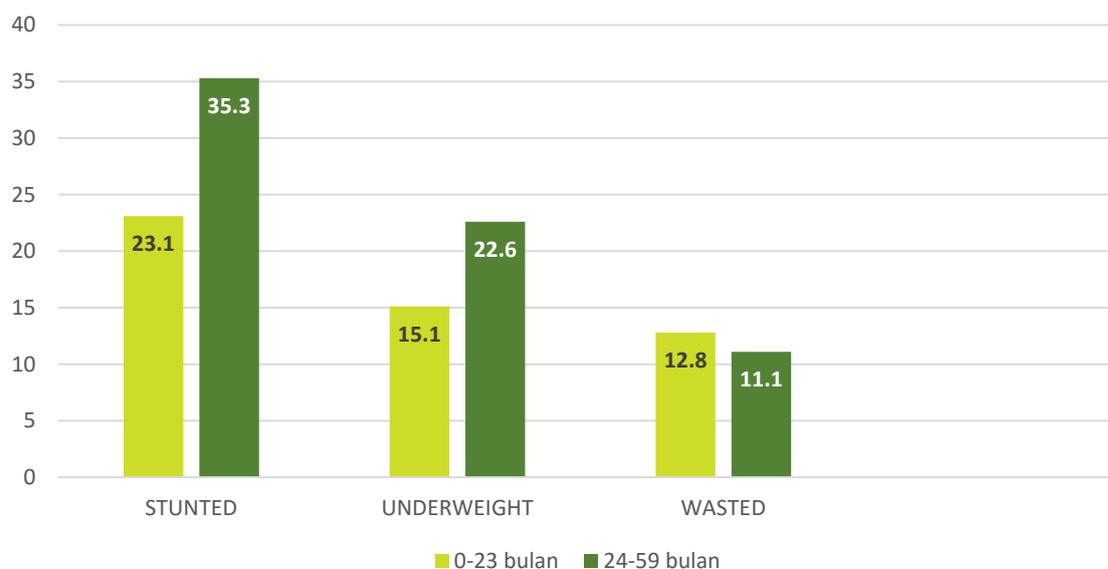
Di Indonesia, kurang gizi banyak ditemukan sejak bayi. Diantara anak-anak di bawah 6 bulan, hampir seperempat nya menderita kurang gizi kronik (*stunting* atau tinggi badan menurut umurnya rendah) dan hampir 20% menderita kurang gizi akut (*wasting* atau berat menurut tingginya rendah) (Kemenkes 2013). Risiko kematian terbesar adalah pada anak-anak kurang gizi akut sangat berat. Seperti terlihat pada Gambar 1, meskipun *wasting* mulai menurun setelah anak usia 6 bulan, *stunting* mulai meningkat seiring dengan meningkatnya umur anak, hingga lebih dari 40% pada umur 5 tahun. *Stunting* tertinggi pada anak umur 24-35 bulan. Prevalensi *stunting* tetap tinggi di tahun 2015 (Gambar 2). Selain itu, di beberapa daerah, BBLR mencapai lebih dari 25% (Dickey et. al. 2010). BBLR menurut Riskesdas 2013 adalah 10%. Data tersebut menunjukkan bahwa di Indonesia, *wasting* dan *stunting* dipengaruhi oleh faktor sebelum lahir serta diperberat oleh tingginya angka kesakitan, infrastruktur air dan sanitasi yang buruk, juga praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) yang tidak tepat, misalnya menunda pemberian ASI dan rendahnya ASI eksklusif (Statistics Indonesia et. al. 2013). Konsekuensi *stunting* lebih besar dari apa yang kita sadari saat ini. *Stunting* bukan hanya menyebabkan kematian, tetapi juga meningkatkan kerentanan terhadap infeksi yang berulang, mempengaruhi perkembangan kognitif anak sehingga tidak dapat berprestasi di sekolah serta memiliki pendapatan dan produktifitas ekonomi yang rendah di kemudian hari (Black et al. 2013; Chaparro et al. 2014).

Gambar 1. Status Gizi Anak menurut Umur (bulan) (%) 2010



Sumber: Riskesdas 2010

Gambar 2. Status Gizi Anak menurut Umur (bulan) (%) 2015



Sumber: Kemkes 2016 (dari Pemantauan Status Gizi (PSG) 2015)

Penderita gizi lebih pada anak balita juga meningkat. Menurut data Kemkes tahun 2015, prevalensi gizi lebih pada baduta sebesar 5.6% dan 4.9% pada kelompok anak usia 23-59 bulan. Untuk menurunkan *stunting* dan juga kelebihan berat badan/obesitas yang prevalensinya sedang meningkat di Indonesia, intervensi sebaiknya fokus pada pencegahan salah gizi (*malnutrition*) pada 1000 hari pertama kehidupan (1000 HPK), yaitu periode sejak kehamilan hingga anak umur 2 tahun, dan pada remaja putri karena tingginya kehamilan pada remaja. Aspek yang difokuskan sebaiknya mencakup menurunkan dan mencegah anemia pada remaja putri dan wanita usia subur, memastikan gizi yang cukup pada saat hamil, menurunkan jumlah bayi lahir dengan berat badan rendah, dan memperbaiki PMBA. Selain itu, penguatan pelayanan kesehatan perlu dilakukan secara menyeluruh di seluruh Indonesia. Untuk anak-anak, fokus intervensi dapat ditambah dengan

penyediaan air dan sanitasi, promosi praktik higiene yang baik, peningkatan cakupan imunisasi serta suplementasi vitamin A. Semua hal tersebut diharapkan dapat memperbaiki gizi mereka, sehingga kematian anak dapat ditekan. Pemberian obat cacing setiap 6 bulan sebagai pencegahan, dapat menurunkan infestasi cacing dan kurang zat besi. Meningkatkan cakupan dan akses pada oral rehydration solution (ORS) yang diikuti dengan suplementasi, dapat menurunkan berat dan lama diare. Promosi ASI eksklusif dan MPASI dapat menurunkan kematian pada anak.

Kematian ibu

Rasio kematian ibu antara tahun 2007 dan 2012, yang diukur dengan jumlah kematian per 100,000 kelahiran, meningkat dari 280 menjadi 359 pada SDKI 2012. Kenaikan AKI tersebut merefleksikan kurangnya akses terhadap pelayanan melahirkan yang aman dan pelayanan *emergency* obstetrik serta rendahnya asupan gizi. Intervensi yang dapat menurunkan rasio kematian ibu secara substantif adalah pencegahan kehamilan pada remaja, promosi berat badan yang optimum sebelum hamil dan pertambahan berat badan selama hamil, memperbaiki status zat besi wanita usia subur dengan suplementasi zat besi dan asam folat serta pemberian obat cacing, serta mempertimbangkan suplementasi kalsium bagi wanita hamil. Dengan melakukan hal-hal tersebut, umur kehamilan akan optimum dan perbaikan zat gizi dapat mencegah komplikasi, menurunkan risiko pendarahan setelah bersalin, dan pre-eklampsia.

Masalah gizi pada wanita usia subur

Kurang gizi pada ibu masih merupakan masalah serius di Indonesia jika dilihat dari persentase WUS yang tergolong kurus (21%) dan prevalensinya yang mencapai 48% di Nusa Tenggara Timur (Kemkes 2013). Kejadian kurang gizi pada remaja putri juga tinggi. Menurut data Riskesdas 2013, 39% remaja putri yang hamil dan 47% remaja putri yang tidak hamil umur 15-19 tahun menderita kurang gizi (LILA <23.5 cm). Sementara itu, pada kelompok usia 30-34 tahun, kurang gizi terjadi pada 21% wanita hamil dan 14% wanita yang tidak hamil. Lebih dari sepertiga wanita hamil (37%) menderita anemia, namun hanya 33% yang mengonsumsi tablet tambah darah paling sedikitnya 90 hari sesuai rekomendasi pemerintah (Kemkes 2013; Statistics Indonesia et al. 2013). Prevalensi anemia di kota dan desa ditemukan hampir serupa, yaitu 36% pada wanita hamil dan 22% pada yang tidak hamil di perkotaan, serta 38% pada wanita hamil dan 23% pada yang tidak hamil di perdesaan. (Kemkes 2013). Walaupun belum ada hasil survei yang bersifat nasional mengenai asupan kalsium, wanita Indonesia cenderung mengalami kekurangan kalsium karena konsumsinya yang jauh dibawah rekomendasi, yaitu 1000 mg per hari (Hartriyanti et al. 2012). Pada tahun 2013, sekitar 33% wanita umur 35-49 tahun mengalami kelebihan berat badan atau *obese* (IMT¹ lebih besar dari 25), atau meningkat 18% dari tahun 2007 (Kemkes,2013).

¹ Rumus menghitung Indeks Masa Tubuh (IMT) adalah $BB \text{ (kg)}/TB \text{ (m)}^2$

4 Hubungan antara Gizi, Infeksi, dan Kematian

Berbagai hasil penelitian yang telah dilakukan berpuluh-puluh tahun yang lalu telah mengungkapkan hubungan antara gizi, infeksi, dan kematian (Gambar 3). Implikasi dari hubungan ini adalah bahwa untuk memperoleh dampak yang besar dari program penanggulangan kematian anak, intervensi yang perlu dilakukan adalah intervensi yang bertujuan menurunkan dan mencegah adanya kurang gizi dan infeksi secara sekaligus. Tanpa sinergi program, upaya penurunan kematian tidak akan dapat dipertahankan.

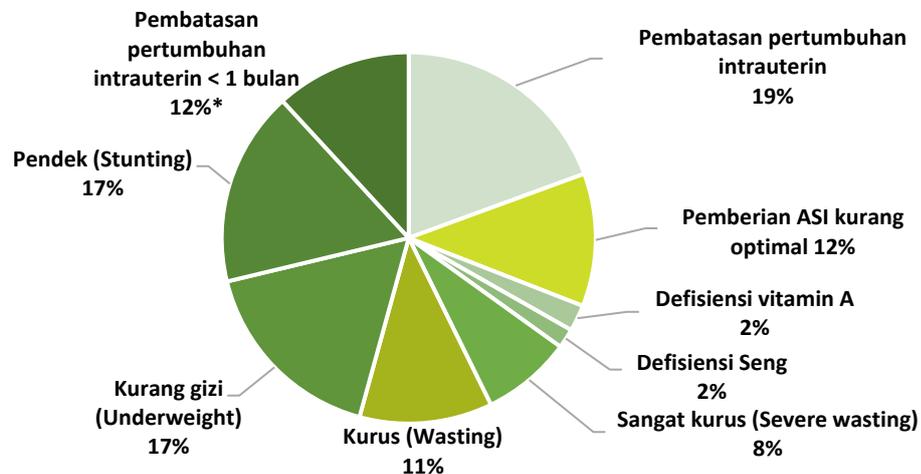
Gambar 3. Interaksi antara Gizi dan Infeksi serta dampaknya pada kesakitan anak



Adaptasi dari: United Nations University 1984

Lancet series 2013 yang mengupas tentang masalah kurang gizi ibu dan anak menyebutkan bahwa hampir 45% kematian anak di bawah umur 5 tahun disebabkan oleh berbagai masalah kurang gizi. Penyebab utama kematian mereka adalah pendek (*stunting*), kurus (*wasting*), kurang gizi (*underweight*), dan praktik pemberian ASI yang salah (Gambar 4) (Black et al. 2013). Selain itu, suplementasi vitamin A telah diketahui dapat menurunkan kematian dari berbagai sebab (all-cause mortality) pada anak 6-59 bulan hingga 24% dan kematian yang disebabkan oleh diare hingga 28%. Suplementasi seng dapat menurunkan kematian karena berbagai sebab pada anak 12-59 bulan hingga 18%, kejadian diare 13%, dan kejadian pneumonia 19% (Black et al. 2013).

Gambar 4. Kematian balita yang disebabkan oleh kurang gizi (%)



Sumber: Black et al. 2013

*Intra-uterine growth restriction

Infeksi dan kurang gizi biasanya ditemukan secara bersamaan karena keduanya saling mempengaruhi. Status gizi yang buruk menurunkan kekebalan tubuh terhadap infeksi, sehingga dapat meningkatkan keparahan dan lamanya infeksi. Infeksi menyebabkan hilangnya nafsu makan dan menurunnya absorpsi zat gizi oleh tubuh, sehingga dapat menyebabkan penurunan berat badan secara terus menerus dan meningkatkan keparahan kurang gizi. Dengan kejadian yang berulang, perkembangan tubuh anak menjadi terhambat, status gizi bertambah buruk, serta meningkatkan risiko kematian.

Salah satu penyebab infeksi berulang pada anak adalah patogen lingkungan yang disebabkan oleh buruknya kebersihan dan sanitasi. Akses yang buruk terhadap fasilitas sanitasi dan air bersih serta buruknya praktik kebersihan dapat mempengaruhi pertumbuhan anak melalui infeksi dan kesakitan (misalnya diare), tetapi dapat juga melalui penurunan absorpsi zat gizi karena pembengkakan kronik pada usus. Bukti dari penelitian global menunjukkan bahwa disfungsi enterik lingkungan (*environmental enteric dysfunction*), yang merupakan kelainan subklinis pada usus kecil yang menyebabkan kebengkakan pada usus dan menurunkan penyerapan zat gizi, merupakan salah satu penyebab penting terjadinya *stunting* (Prendergast and Humphrey 2014). Disfungsi enterik lingkungan disebabkan oleh bakteri yang bersumber dari kotoran manusia. Bakteri ini dapat masuk ke dalam perut anak yang hidup pada lingkungan yang buruk (Humphrey 2009). Gambar 5 menggambarkan bagaimana sanitasi dan higiene yang buruk, enteropati tropis, serta kurang gizi pada anak dapat berdampak pada perkembangan dan keberlangsungan hidup anak. Seperti terlihat pada gambar, hubungan ini sangatlah rumit. Untuk memutuskan tali rantai tersebut, intervensi harus dilakukan pada beberapa titik kritis. Hasil penelitian di Bangladesh menunjukkan bahwa anak-anak desa yang memiliki akses pada air yang lebih bersih, toilet yang lebih baik, dan kelengkapan cuci tangan, lebih jarang terkena enteropati lingkungan (*environmental enteropathy*) dan memiliki pertumbuhan linear yang lebih baik (Tinggi Badan menurut Umur-TB/U) (Lin et al. 2013). Analisa dari tiga kajian sistematis menemukan bahwa risiko diare dapat menurun 48% dengan perilaku mencuci tangan dengan sabun, 17% dengan memperbaiki kualitas air, dan 36% dengan pembuangan kotoran manusia yang baik (catatan: persentase hasil temuan tidak dapat dijumlahkan) (Cairncross 2010).

Beberapa intervensi gizi merupakan hal kunci dalam menurunkan kematian ibu dan neonatal. Kehamilan pada saat remaja dapat meningkatkan kematian 17-28% dibandingkan pada umur yang lebih tua. Pemberian suplementasi zat besi dan asam folat dapat menurunkan risiko kematian ibu, neonatal, dan anak. Suplementasi kalsium dapat menurunkan kematian ibu yang disebabkan oleh pre-eklampsia (Nove 2014; Blanc et al. 2013; Dibley et al. 2011; Imdad and Bhutta 2012). Kematian neonatal dapat dikurangi dengan mempraktikkan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) 1 jam setelah lahir (Begum and Dewey 2010).

Rangkuman intervensi yang berkaitan dengan gizi dan yang berdampak pada penurunan risiko kematian ibu, neonatal, bayi, dan anak dapat dilihat pada Table 3. Program yang bertujuan untuk menurunkan kematian perlu difokuskan tidak hanya pada perbaikan gizi yang efektif, namun juga pada perbaikan akses terhadap kesehatan, air, dan sanitasi.

Table 3. Bukti global intervensi gizi untuk menurunkan risiko kematian ibu, neonatal, bayi dan anak	
Intervensi gizi untuk menurunkan kematian ibu dan memperbaiki hasil kelahiran	
Intervensi	Bukti global
Remaja	
<ul style="list-style-type: none"> Mencegah kehamilan remaja 	<ul style="list-style-type: none"> Remaja putri umur 15-19 tahun yang hamil memiliki risiko kematian 17-18% lebih tinggi jika dibandingkan dengan wanita umur 20-24 tahun (Nove et al. 2014; Blanc et al. 2013). Kehamilan pada remaja meningkatkan risiko kematian bayi saat lahir (stillbirth) dan kematian neonatal (neonatal death) sebanyak 50% dan meningkatkan risiko BBLR, dan kelahiran prematur (premature birth), asfiksia, serta kematian ibu (Bhutta et al. 2013).
Kehamilan	
<ul style="list-style-type: none"> Menurunkan kurang gizi pada wanita hamil dan anemia karena kekurangan zat besi Memperbaiki status kalsium 	<ul style="list-style-type: none"> Kurang gizi pada saat hamil dan anemia karena kekurangan zat besi meningkatkan risiko kematian ibu pada saat melahirkan, yang merupakan penyebab setidaknya 20% dari kematian ibu (Black et al. 2008). Hasil dari 15 percobaan acak terkontrol (RCT-randomized controlled trial) menunjukkan bahwa suplementasi kalsium pada saat hamil dapat menurunkan kejadian pre-eklampsia hingga 52%, penurunan kejadian kelahiran dini (preterm birth) hingga 24%, dan meningkatkan berat lahir hingga 85 g (Imdad and Bhutta 2012).
Neonatal	
<ul style="list-style-type: none"> Suplementasi zat besi/asam folat sewaktu hamil Inisiasi menyusui dini Suplementasi vitamin A pada periode neonatal 	<ul style="list-style-type: none"> Suplementasi zat besi/asam folat menurunkan risiko kematian balita hingga 34% (13% pada masa neonatal) (Dibley et al. 2011). Hasil kajian sistematis menemukan bahwa inisiasi menyusui dini dalam waktu 24 jam dapat menurunkan 44-45% semua penyebab kematian neonatal dan kematian neonatal yang disebabkan oleh infeksi (Debes et al. 2013). Penelitian di Nepal dan Ghana menunjukkan bahwa inisiasi menyusui dini 1 jam setelah lahir dapat mencegah 20% kematian neonatal (Begum and Dewey 2010). Penelitian dari 3 negara di Asia Selatan membuktikan bahwa bayi baru lahir yang diberi vitamin A segera setelah lahir dapat menurunkan angka kematian bayi hingga 21% (Bhutta et al. 2008).

Table 3. Bukti global intervensi gizi untuk menurunkan risiko kematian ibu, neonatal, bayi dan anak	
Intervensi gizi untuk menurunkan kematian ibu dan memperbaiki hasil kelahiran	
Intervensi	Bukti global
Anak dibawah umur 2 tahun (baduta)	
<ul style="list-style-type: none"> Mencegah anak pendek (<i>stunting</i>) dan anak kurus (<i>wasting</i>) ASI eksklusif Makanan Tambahan yang tepat 	<ul style="list-style-type: none"> Hampir 45% kematian pada anak berhubungan dengan kurang gizi, 17% kematian balita berhubungan dengan <i>stunting</i> dan kurang gizi (<i>underweight</i>), dan 19% dengan <i>wasting</i> (baik moderat maupun buruk) (Black et al. 2013). Sekitar 45% kematian neonatal karena infeksi, 30% kematian karena diare, dan 18% kematian balita karena masalah pernapasan, disebabkan oleh praktik menyusui yang tidak optimal (<i>suboptimal breastfeeding</i>) (WHO 2009). Kematian karena semua sebab lebih tinggi 14 kali pada bayi umur 0-5 bulan yang tidak diberi ASI dibandingkan dengan anak yang diberi ASI eksklusif (Lambarti et al. 2011). Risiko relatif (relative risk; RR) kematian bayi umur 0-5 bulan karena diare lebih tinggi secara signifikan pada anak yang kadang-kadang diberi ASI (<i>partially breastfed</i>) (RR: 4,62) dan tidak diberi ASI (RR: 10,52), dibandingkan dengan anak yang diberi ASI eksklusif (Lambarti et al. 2011). Sekitar 6% kematian anak disebabkan oleh praktik pemberian makanan tambahan yang kurang bersih (Jones et al. 2003).
<ul style="list-style-type: none"> Suplementasi vitamin A untuk anak 6–59 bulan Suplementasi Seng 	<ul style="list-style-type: none"> Hasil Cochrane review memperlihatkan bahwa suplementasi vitamin A dapat menurunkan kematian karena berbagai sebab (<i>all caused mortality</i>) hingga 24% dan kematian karena diare hingga 28% pada anak 6-59 tahun (Imdad et al. 2010). Suplementasi Seng dapat menurunkan kematian karena berbagai sebab hingga 18% pada anak umur 12–59 bulan (Imdad et al. 2010).

5 Saran untuk Standar Pelayanan Minimal bidang Gizi

Dalam SPM Kesehatan, terdapat lima kategori dimana gizi berperan penting, yaitu pada:

1. Ibu hamil,
2. Ibu bersalin,
3. Bayi baru lahir,
4. Anak di bawah usia 5 tahun (balita), dan
5. Wanita Usia Subur (WUS) 15-49 tahun.

Penjelasan berikutnya akan berisi penjabaran kelima kelompok umur di atas, yang meliputi:

1. Keterkaitannya dengan gizi,
2. Pentingnya memperbaiki gizi mereka,
3. Intervensi yang perlu dilakukan di tingkat kabupaten untuk mencapai target nasional.

Informasi tambahan mengenai pelayanan bagi ibu dan anak dapat ditemukan pada Buku Kesehatan Ibu dan Anak, Kementerian Kesehatan 2015.

Kategori 1: Ibu Hamil

Bayi lahir dengan berat badan rendah sebagai salah satu faktor risiko kematian neonatal, masih banyak ditemui di Indonesia. Di Papua dan Papua Barat, BBLR mencapai 24-27% kelahiran (Dickey et al. 2010). Penurunan kematian balita secara umum antara tahun 1997 dan 2012 jauh melebihi penurunan kematian neonatal. BBLR di Indonesia bukan hanya disebabkan oleh kehamilan pada usia muda (*young maternal age*) dan status gizi sebelum hamil yang buruk, tetapi juga jarak antar kelahiran yang pendek (*poor birth spacing*), asupan makanan yang kurang dari segi kualitas, kuantitas, dan keragaman, kurangnya peningkatan berat badan saat hamil, beban kerja yang tinggi, dan istirahat yang kurang pada masa kehamilan. Selain itu, perbaikan gizi pada saat hamil dapat memperbaiki keadaan bayi saat lahir (*birth outcomes*) dan menurunkan prevalensi BBLR.

Perbaikan sanitasi, higiene, dan perilaku keamanan pangan juga dapat mempengaruhi gizi. Perilaku hidup bersih perlu dipraktikkan secara konsisten setiap hari, sehingga dapat menurunkan risiko infeksi dan mendukung kesehatan bayi dan anak paling kecil. Sangatlah penting untuk mengkomunikasikan pesan tentang perilaku yang sehat menyangkut air bersih, sanitasi, dan higiene selama kehamilan, sehingga orang tua maupun anggota keluarga lainnya mempunyai kesempatan untuk mempraktikkan perilaku ini secara baik sebelum kelahiran bayi.

Untuk memperbaiki gizi ibu sewaktu hamil, tenaga kesehatan di tingkat Puskesmas dan Posyandu, termasuk praktik swasta, sebaiknya diberikan pelatihan rutin tentang pelayanan ibu hamil. Pelayanan ibu hamil (Antenatal Care-ANC) yang dilakukan sebanyak 4 kali dapat berisi hal-hal sebagai berikut:

- Memperbaiki asupan makanan pada saat hamil, dengan penekanan pada peningkatan kuantitas, perbaikan kualitas, serta penganekaragaman makanan untuk meningkatkan berat badan selama hamil.
- Memberikan konseling mengenai kenaikan berat badan optimal berdasarkan berat ibu sebelum hamil*, dan mencatat kenaikan berat badan saat hamil
- Memberi obat cacing pada ibu hamil
- Memperbaiki status zat besi dan folat pada saat hamil dengan mengkonsumsi suplementasi zat besi dan asam folat
- Mempromosikan istirahat yang cukup dan menurunkan beban kerja pada saat hamil

- Menurunkan defisiensi kalsium pada saat hamil untuk menurunkan risiko pre-eklampsia
- Mempromosikan perilaku bersih dan konsumsi makanan yang aman (lihat Gambar 6) sewaktu hamil, sehingga ibu dan keluarga mempunyai waktu yang cukup untuk berlatih sebelum kelahiran bayi
- Mempromosikan inisiasi menyusui dini (IMD) dalam waktu 1 jam setelah melahirkan dan ASI eksklusif sampai 6 bulan
- Melibatkan suami dan keluarga untuk menjamin ibu mendapat cukup perawatan saat hamil.

*Pertambahan berat badan optimal hingga akhir kehamilan adalah sebagai berikut: (1) 11,3-15,9 kg untuk wanita dengan berat badan normal sebelum hamil (IMT 18,5-24,9); (2) 12,7-18,1 kg untuk wanita kurus (IMT kurang dari 18,5); (3) 6,8-11,3 kg untuk wanita dengan kelebihan berat badan (IMT 25-29,9); dan (4) 5,0-9,1 kg untuk wanita gemuk (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013).

Kategori 2: Ibu Bersalin

Pelayanan standar harus mencakup konseling pada ibu bersalin, mengenai inisiasi menyusui dini (IMD), ASI eksklusif sampai 6 bulan, gizi setelah bersalin, keluarga berencana, dan jarak antar kelahiran yang baik (*healthy birth spacing*). Status gizi ibu setelah bersalin sangat penting untuk mendukung pemberian ASI secara optimal dan mengembalikan gizi ibu yang banyak hilang saat hamil dan menyusui.

Keluarga berencana yang dilakukan dengan mengatur jarak antar kelahiran, telah terbukti dapat menurunkan risiko berat badan bayi lahir rendah (BBLR), *stunting*, dan kematian ibu. Dengan meningkatnya berat badan bayi saat lahir, maka status gizi akan membaik, dan kematian akan menurun. Seiring dengan meningkatnya status gizi anak, perkembangan kognitif dan prestasi mereka di sekolah juga akan meningkat, sehingga akan mencapai pendidikan yang lebih tinggi dan kesempatan mendapatkan penghasilan yang lebih tinggi pada usia dewasa. Mereka yang mempunyai pendidikan tinggi cenderung akan lebih menerapkan keluarga berencana, menikah pada umur yang lebih tua, dan menunda kehamilan, begitu seterusnya.

Konseling mengenai keluarga berencana pada ibu yang lebih tua dapat mencakup perbaikan status gizi remaja putri dan penundaan kehamilan pertama setelah usia 19 tahun. Hal ini akan berdampak besar pada perbaikan gizi dan kelangsungan hidup anak.

Untuk memperbaiki gizi ibu setelah melahirkan dan menurunkan kematian ibu dan anak, tenaga kesehatan di tingkat Puskesmas dan Posyandu, termasuk praktik swasta, perlu diberi pelatihan secara rutin dan memfasilitasi hal-hal berikut:

- Memastikan bahwa memberikan pelayanan standar yang mencakup konseling untuk mendukung IMD, ASI eksklusif, gizi setelah melahirkan, keluarga berencana, dan jarak antar kelahiran yang sehat (*healthy birth spacing*)
- Memperbaiki asupan makanan setelah melahirkan, dengan penekanan pada peningkatan kuantitas, perbaikan kualitas, dan penganekaragaman makanan untuk mendukung pemberian ASI yang optimal
- Memperbaiki status zat besi dan asam folat setelah melahirkan dengan mengkonsumsi suplementasi zat besi dan asam folat
- Mempromosikan istirahat yang cukup dan menurunkan beban kerja pada saat setelah melahirkan
- Mempromosikan jarak antar kelahiran yang tepat melalui penggunaan kontrasepsi
- Melibatkan suami dan keluarga untuk memastikan bahwa ibu mendapatkan pelayanan dan perawatan pasca melahirkan yang tepat.

Kategori 3: Bayi baru lahir (hingga 28 hari)

Praktik Inisiasi Menyusu Dini (IMD) satu jam setelah lahir dapat menyelamatkan bayi dari kematian. Namun praktik IMD di Indonesia masih tergolong rendah. Hanya setengah dari bayi lahir yang diletakkan pada dada ibu satu jam setelah lahir (Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 dan Pemantauan Status Gizi (PSG) 2015) dan sekitar 44% bayi baru lahir diberikan minuman lain (pra-lacteal) sebelum mendapatkan ASI (Riskesdas 2013). Lebih dari 66% ibu memberikan ASI dalam waktu 1 hari setelah melahirkan, tetapi praktik ini mempunyai risiko kematian neonatal yang tinggi.

Menunda pemberian ASI serta pemberian cairan lain sebelum umur 6 bulan (termasuk makanan pre-lacteal) meningkatkan risiko terhadap penyakit dan kematian. Penelitian menunjukkan bahwa menunda IMD hingga lebih dari 24 jam dapat meningkatkan kematian hingga 78% (Garcia et al. 2011). Hal penting lainnya adalah, praktik pemberian ASI dapat melindungi anak dari obesitas (kegemukan) hingga 22%. Hasil *meta analysis* yang dilakukan pada tahun 2014 menemukan bahwa risiko kegemukan pada anak yang diberi ASI lebih kecil 22% daripada anak yang tidak pernah diberi ASI (Yan et al.).

Anak yang lahir dengan berat badan rendah memiliki risiko yang lebih besar untuk meninggal pada saat bayi atau mengalami kesakitan. Penelitian membuktikan bahwa kontak kulit antara ibu dan anak (metode kanguru) efektif dalam mengontrol suhu, kegiatan menyusui dan kedekatan antara ibu dan bayi. Hal ini ditemui pada semua bayi, dan tidak dipengaruhi oleh perbedaan lokasi penelitian, berat badan, umur lahir dan kondisi klinis (WHO,2003).

Untuk memperbaiki gizi neonatal dan menurunkan kematian anak, tenaga kesehatan di tingkat Puskesmas dan Posyandu, termasuk praktik swasta perlu diberi pelatihan secara rutin serta memfasilitasi hal-hal berikut:

- Mempromosikan inisiatif *Baby-Friendly Hospital* di seluruh Indonesia
- Mempromosikan inisiasi ASI eksklusif dalam waktu 1 jam setelah lahir
- Pemberian dukungan yang terus menerus pada ibu untuk mencapai 6 bulan ASI eksklusif
- Pencegahan pemberian minuman lain (pre-lakteal) pada bayi baru lahir sebelum mendapat ASI
- Mempromosikan metode kanguru (mendekap bayi di dada ibu/ayah dengan kulit bayi menempel kulit ibu), sejak dini dan berkesinambungan, dimulai pada saat di fasilitas kesehatan dan diteruskan hingga di rumah
- Mempromosikan kebersihan, sanitasi, dan perilaku keamanan pangan yang optimal (Gambar 6) bersama dengan pengasuh dan keluarga bayi.

Lebih dari setengah ibu-ibu di Indonesia tidak memberikan ASI dalam 1 jam pertama setelah melahirkan. Praktik ini kemungkinan besar berkontribusi pada kematian neonatal. Penelitian menemukan bahwa IMD dapat mencegah sekitar 20% kematian neonatal (Begum and Dewey 2010).

Kategori 4: Anak usia di bawah 5 tahun (Balita)

Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA)

Praktik pemberian makanan yang tepat pada saat bayi sangat penting dalam menentukan status gizi anak pada 2 tahun pertama kehidupannya, mencegah *stunting* serta dampak jangka panjang dari *stunting*. ASI mengandung zat gizi, zat kekebalan (zat imun), dan memberikan keunggulan kognitif (*cognitive benefits*). Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) merekomendasikan ASI eksklusif sampai umur 6 bulan, pemberian makanan pendamping ASI/MPASI yang sesuai bagi anak 6-23 bulan,

termasuk meneruskan pemberian ASI hingga 2 tahun atau lebih, pemberian makanan tambahan padat/semi-padat sesuai umur dan jumlah per harinya, pemberian makanan dengan minimum jumlah grup makanan per harinya, meneruskan pemberian makanan selama dan setelah sakit, pemberian makanan dengan jumlah yang sesuai, pemberian makanan dengan konsistensi /tingkat kelunakan yang sesuai, dan pemberian makanan yang padat zat gizi (Pan American Health Organization 2003). Hampir setiap anak di Indonesia pernah diberi ASI (96%), namun setelah 3 bulan, hanya 1 dari 4 ibu melakukan ASI eksklusif (SDKI 2012). Pemantauan Status Gizi tahun 2015 melaporkan hanya 65% bayi usia kurang dari 6 bulan memperoleh ASI eksklusif. Kondisi seperti ini cukup mengkhawatirkan mengingat ASI mempunyai keunggulan dalam menurunkan risiko terkena infeksi, memperbaiki pertumbuhan, serta mengurangi risiko kegemukan pada anak.

Masa dimana anak menerima makanan pendamping ASI adalah masa yang sangat rentan untuk terkena kurang gizi dan penyakit, karena pada masa ini anak menerima makanan dan minuman baru. Masih banyak masalah yang ditemukan di Indonesia mengenai praktik pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI), seperti: waktu memulai pemberian makanan padat/semi-padat, frekuensi pemberian makanan, pemilihan makanan, dan pengolahan makanan. Walaupun kebanyakan bayi di Indonesia telah mendapat makanan tambahan pada umur 6-8 bulan, SDKI 2012 mengindikasikan bahwa hanya 58% anak umur 6-23 bulan mengkonsumsi makanan yang bervariasi (dengan kriteria variasi minimum atau *minimum dietary diversity*), dan 37% menerima makanan yang sesuai (*minimal acceptable diets*). Yang termasuk makanan yang sesuai adalah yang termasuk didalamnya: ASI, susu formula atau susu lainnya; makanan dari empat sumber golongan makanan atau lebih; dan frekuensi makanan yang sesuai menurut umur dan status ASI. Anak yang tinggal di desa dan berasal dari keluarga dengan sosio-ekonomi kuintil terendah akan lebih jarang mengkonsumsi makanan yang beraneka ragam dan memenuhi makanan yang sesuai dibandingkan dengan anak yang tinggal di kota dan dari sosio-ekonomi yang lebih tinggi. Pencapaian praktik pemberian makanan bayi di Indonesia sangat bervariasi. Di Papua Barat hanya 14% anak umur 6-23 bulan yang menerima ASI, dan mengkonsumsi makanan yang sesuai, sedangkan di Sumatera Barat jumlahnya 45% (lihat Lampiran 1 untuk informasi lanjut mengenai indikator makanan anak per propinsi).

Kebersihan, Sanitasi, dan Keamanan Pangan yang Optimal

Salah satu penyebab infeksi berulang pada anak adalah melalui patogen lingkungan (*environmental pathogens*) yang disebabkan oleh kurangnya kebersihan dan sanitasi. Akses dan penggunaan fasilitas sanitasi yang kurang baik serta praktik penggunaan air bersih dan higiene yang kurang baik dapat berdampak pada pertumbuhan anak, melalui infeksi yang berulang dan kesakitan (misalnya diare) dan melalui penurunan absorpsi zat gizi dikarenakan pembengkakan yang kronis pada usus. Bukti global mengindikasikan bahwa disfungsi lingkungan (*environmental enteric dysfunction-EED*), yaitu sebuah kelainan sub-klinis pada usus kecil yang menyebabkan pembengkakan pada usus dan menurunkan absorpsi zat gizi, adalah kontributor penting pada stunting (Prendergast and Humphrey 2014). EED disebabkan oleh bakteri yang bersumber dari kotoran manusia, yang masuk ke dalam usus anak yang tinggal pada keadaan sanitasi dan higiene yang jelek. Diperlukan intervensi pada titik-titik kritis untuk dapat memutus lingkaran berikut: sanitasi dan higiene yang jelek - enteropati tropis - dampak status gizi anak yang buruk pada perkembangan dan kelangsungan hidup anak.

Suplementasi zat besi dan asam folat, Konsumsi makanan kaya zat besi/makanan fortifikasi, Pengobatan Kecacingan, dan Suplementasi Vitamin A

Pencegahan anemia besi sangat penting pada anak-anak. Hal ini dapat dilakukan melalui konsumsi makanan yang kaya zat besi dan asam folat dan/atau suplementasi berbagai zat gizi mikro (termasuk bubuk *multiple micronutrient* (MMN) seperti "sprinkle" (FANTA 2016). Untuk daerah tertentu dengan prevalensi anemia anak dibawah umur 2 tahun atau 5 tahunnya 20% atau lebih, WHO

merekomendasikan diberikannya fortifikasi di tingkat rumah tangga dengan bubuk MMN untuk meningkatkan status zat besi dan menurunkan anemia pada bayi dan anak umur 6-23 bulan (WHO 2011). Memberikan obat cacing setiap 6 bulan pada anak dapat mencegah infestasi cacing dan anemia besi. Suplementasi Vitamin A dapat menurunkan kematian karena berbagai sebab sebanyak 24% pada anak 6-59 bulan dan menurunkan kematian yang disebabkan oleh diare sebanyak 28% (Imdad et al. 2010).

Pemantauan Pertumbuhan dan Promosi yang fokus pada anak dibawah umur 2 tahun hingga anak dibawah umur 5 tahun

Pemantauan dan Promosi Pertumbuhan (*Growth Monitoring and Promotion* atau GMP) adalah suatu proses pencatatan pertumbuhan dari seorang anak dibandingkan dengan standar, melalui pengukuran antropometri secara berkala, diikuti dengan pemberian konseling dan pemecahan masalah bersama dengan pengasuh anak berdasarkan hasil pengukuran tersebut. Anak yang kurang gizi atau sakit akan lebih lambat dalam meningkatkan berat badannya dibandingkan anak dengan status gizi baik dan sehat. Dengan deteksi dini, keterlambatan pertumbuhan dapat lebih cepat diperbaiki sebelum anak menjadi kurang gizi.

Berdasarkan hasil pengukuran yang didapat, tenaga kesehatan dapat memotivasi pengasuh untuk mempraktikkan pola asuh yang baik. Selain itu, tenaga kesehatan dapat membantu mengidentifikasi masalah yang berhubungan dengan pertumbuhan, merekomendasikan kegiatan yang sebaiknya dilakukan oleh pengasuh, serta melakukan negosiasi kegiatan mana yang akan dilakukan. Tenaga kesehatan dapat mendorong partisipasi masyarakat dalam kegiatan gizi dan kesehatan di komunitas masing-masing. Mereka juga dapat mengingatkan masyarakat untuk tidak malu bertanya kepada petugas kesehatan untuk mendapatkan informasi-informasi yang tepat. Pemantauan pertumbuhan dapat juga dilakukan untuk memantau kasus kurang gizi di tingkat masyarakat, sehingga mobilisasi masyarakat untuk melakukan aksi sosial dapat digalakkan. Partisipasi masyarakat dalam pemantauan pertumbuhan mempunyai potensi meningkatkan kesadaran bersama akan faktor-faktor yang berdampak negatif pada gizi dan kesehatan anak. Hal ini dapat membuahkan kerjasama untuk mengatasi penyebab-penyebabnya. Kegiatan yang menyangkut pemantauan pertumbuhan dapat dijadikan titik awal pelayanan preventif maupun kuratif, dan dapat diintegrasikan dengan program-program lainnya yang dapat menurunkan angka kurang gizi dan kematian (Ashworth et al 2008).

Identifikasi dan Pengobatan Kurang Gizi Akut pada Anak di Area yang Berisiko Tinggi

Rawat inap bagi anak yang mengalami gizi buruk akut (*severe acute malnutrition-SAM*) dengan komplikasi medis, pendekatan berbasis komunitas (*community-based approaches*) untuk mengidentifikasi dan mengobati anak kurang gizi moderat dan akut (*moderate acute malnutrition-MAM*) serta anak gizi buruk akut tanpa komplikasi, telah terbukti efektif. Makanan lokal berikut ini telah terbukti efektif dalam penanggulangan MAM: makanan lokal yang terdiri dari campuran jagung dan kedelai dalam bentuk tepung yang telah terfortifikasi atau suplementasi zat gizi yang mengandung lemak. Pemberian makanan terapi yang langsung dapat digunakan (*ready-to-use-therapeutic food-RUTF*) telah terbukti dapat mengobati SAM. Hal-hal yang perlu dipertimbangan dalam pemilihan makanan bagi anak penderita kurang gizi akut adalah komposisi zat gizinya, tipe makanan (siap saji atau tidak), serta makanan yang mempunyai risiko minimal sebagai pembawa infeksi. Infeksi dapat meningkatkan risiko kematian pada anak yang sangat kurus. Oleh karena itu, makanan siap saji yang diproduksi oleh pabrik banyak digunakan untuk mengobati anak sangat kurus. Kurangnya kebersihan dan sanitasi di rumah tangga, terutama dalam penyediaan makanan, adalah faktor risiko umum penyebab kurang gizi akut. Selain itu, anak yang sangat kurus kurang dapat mengabsorpsi makanan rumahan, karena kemampuan fisiologisnya yang rusak (FANTA 2014).

Upaya Promosi mengenai Pengasuhan Gizi Anak Sakit yang Optimal

Pengasuhan gizi yang baik bagi anak sakit meliputi: meneruskan pemberian makanan selama sakit, meningkatkan pemberian minuman pada saat sakit; meningkatkan pemberian makanan setelah sakit; dan pengobatan yang efektif bagi penderita diare akut. Pengobatan mencakup pemberian terapi rehidrasi secara oral (*oral rehydration therapy-ORT*) menggunakan garam rehidrasi/oralit berkonsentrasi rendah (*low concentration oral rehydration salt*), dan pemberian suplementasi seng secara rutin selama 10-14 hari dengan dosis 20 mg per hari untuk anak di atas 6 tahun dan 10 mg per hari untuk anak usia kurang dari 6 bulan (WHO 2004). Rehidrasi oral adalah cara pengobatan yang mudah dan populer untuk mengatasi diare akut dengan mencegah dehidrasi (Cash et al. 1970). Suplementasi besi dapat menurunkan lama dan keparahan diare dan menurunkan kemungkinan terkena diare kembali dalam jangka waktu 2-3 bulan ke depan (Bhutta et al. 2000). Seng adalah zat gizi mikro yang penting untuk pertumbuhan dan perkembangan anak secara normal karena berperan dalam pembentukan sel, fungsi kekebalan, dan pengangkutan air dan elektrolit pada usus. Anak yang kekurangan seng akan lebih berisiko terkena infeksi usus dan dampak negatif dari gangguan struktur dan fungsi saluran pencernaan tersebut, serta mempunyai gangguan fungsi kekebalan tubuh (WHO 2004). Suplementasi seng dapat menurunkan kematian karena berbagai sebab hingga 18% pada anak 12-59 bulan, kejadian (*incidence*) diare sebanyak 13%, dan kejadian pneumonia sebanyak 19% (Imdad et al. 2010). Menurut SDKI 2012, 65% pengasuh anak memberikan pengobatan pada anak balita yang mengalami diare. Namun, hanya 47% menggunakan terapi rehidrasi oral dan hanya 1.1% yang memberikan suplementasi besi. Kedua praktik ini perlu terus ditingkatkan.

Perkembangan Anak Usia Dini (*Early Childhood Development-ECD*)

Bukti terbaru menunjukkan bahwa program yang mengintegrasikan gizi dan perkembangan anak usia dini dapat memperbaiki status gizi anak maupun perkembangannya. Hal ini merupakan pondasi yang terbaik bagi anak untuk dapat mencapai potensi maksimalnya saat dewasa nanti. Namun, belum banyak program yang mengintegrasikan intervensi perkembangan anak usia dini ke dalam pelayanan gizi dan kesehatan untuk anak baduta. Selain gizi, anak juga membutuhkan stimulasi lingkungan dan interaksi yang baik dengan pengasuhnya untuk dapat mengembangkan keempat domain perkembangan anak usia dini, yaitu fisik, sosial, emosional, dan kognitif (FANTA 2016).

Untuk memperbaiki kesehatan, terutama gizi anak balita, tenaga kesehatan di Puskesmas dan Posyandu, serta praktik swasta perlu dilatih secara rutin dan memfasilitasi hal-hal sebagai berikut:

Pemberian Makan Bayi dan Anak (*Infant and Young Child Feeding*)

- Mempromosikan ASI eksklusif dan menyusui menurut keinginan anak sampai anak berumur 6 bulan
- Tidak menyarankan pemberian cairan lain sebelum anak berumur 6 bulan
- Mempromosikan asupan makanan yang cukup bagi ibu menyusui, dengan menitikberatkan pada peningkatan kuantitas, perbaikan kualitas, serta penganekaragaman makanan untuk mendukung pemberian ASI yang optimal
- Mempromosikan pemberian makanan pendamping ASI (MPASI) yang sesuai mulai dari 6 bulan, menitikberatkan pada penganekaragaman makanan, kualitas, kuantitas, dan frekuensi; misalnya, anak umur 6-8 bulan sebaiknya diberi makan 2-3 kali sehari dengan 1-2 kali cemilan yang bergizi; anak umur 9-24 bulan sebaiknya makan 3-4 kali sehari dengan 1-2 kali cemilan bergizi (lihat Gambar 6 untuk rincinya).

- Mempromosikan pemberian makan secara responsif (*responsive feeding*), dengan meminimalkan gangguan di waktu makan, menemani anak makan hingga selesai, dan memberi makan hingga mereka tidak berminat lagi (lihat Gambar 6 untuk rincinya)
- Melibatkan laki-laki dan keluarga untuk bersama-sama bertanggung jawab dalam urusan gizi anak di tingkat rumah tangga dan masyarakat.
- Mempromosikan dukungan keluarga terhadap ibu, sehingga ia dapat memiliki waktu dan sumberdaya yang cukup untuk anak.

Higiene, Sanitasi, dan Keamanan Pangan yang Optimal

- Mempromosikan praktik kebersihan (higiene), sanitasi, dan keamanan pangan yang optimal (lihat Gambar 6 untuk rincinya)

Suplementasi zat besi-asam folat, Konsumsi Makanan Kaya Zat Besi/terfortifikasi Zat Besi, Pemberian Obat Cacing, dan Suplementasi Vitamin A

- Mempromosikan konsumsi makanan kaya zat besi dan suplementasi zat besi – asam folat dan/atau berbagai zat gizi (MMN, termasuk bubuk tabur) pada balita
- Memberikan obat cacing pada anak setiap 6 bulan sebagai pencegahan kecacingan dan anemia zat besi
- Memberikan suplementasi vitamin A bagi anak balita untuk menurunkan kematian karena berbagai sebab dan kematian karena diare.

Pemantauan dan Promosi Pertumbuhan dengan Fokus pada Anak Baduta Hingga Balita

- Pemantauan pertumbuhan secara rutin (setiap bulan untuk anak usia di bawah 2 tahun dan beberapa bulan sekali pada anak usia 2-5 tahun) bagi yang gizi kurang maupun gizi lebih
- Konseling untuk ibu and keluarga mengenai praktik pemberian makanan bayi yang optimal

Identifikasi dan Pengobatan pada Anak Kurang Gizi Akut di Tempat yang Berisiko Tinggi

- Memberlakukan rawat jalan bagi anak yang menderita SAM dengan komplikasi medis dan menggunakan pendekatan komunitas (*community-based approaches*) untuk mengidentifikasi dan mengobati MAM dan kasus SAM tanpa komplikasi medis
- Memberikan RUTF pada pengobatan SAM untuk anak balita
- Memberikan makanan khusus berbentuk tepung yang berisi campuran jagung dan kedelai, dan suplementasi zat gizi mengandung lemak (*lipid-based nutrient supplements*) untuk mengobati MAM pada balita.

Promosi Penanganan Gizi Anak Sakit yang Optimal

- Meneruskan pemberian makanan dan meningkatkan pemberian cairan pada saat anak sakit; meningkatkan pemberian makan setelah sembuh; dan perlakuan yang sesuai seperti pembeiran ORT dan seng saat diare.

Perkembangan Anak Usia Dini

- Mengintegrasikan program gizi dan perkembangan anak usia dini yang dapat memantau pertumbuhan hingga anak umur 2 tahun.

Kategori 5: Wanita Usia Subur 15-49 tahun

Kehamilan pada remaja diasosiasikan dengan kenaikan risiko lahir mati dan kematian neonatal sebanyak 50%, peningkatan risiko BBLR, lahir prematur, dan asfiksia (Bhutta et al. 2013). Kehamilan pada saat remaja juga meningkatkan risiko kematian 17-18% (Nove et al. 2014; Blanc et al. 2013). Hal ini disebabkan karena remaja putri yang kurang gizi, pada saat memasuki masa kehamilan akan mengalami kurang gizi secara terus menerus sehingga hasil dari kehamilan tidak akan optimal. Ia akan melahirkan anak yang BBLR dan kurang gizi pula. Perjuangan remaja putri untuk memenuhi pengasuhan anak yang optimum lebih berat dibandingkan wanita dengan usia yang lebih tua. Mereka cenderung membutuhkan dukungan yang lebih dari keluarga. Kesempatan bersekolah hingga tingkat SMA memberikan beberapa manfaat, diantaranya menunda pernikahan dan kehamilan pertama, memastikan mereka berada pada status gizi yang baik pada saat mulai hamil, dan menurunkan keadaan kurang gizi pada anak-anak mereka melalui peningkatan pengetahuan, kemampuan, dan pola asuh.

Suplementasi zat besi dan asam folat selama kehamilan (untuk semua umur) dan pemberian obat cacing dapat menurunkan risiko kematian ibu, neonatal, dan anak, melalui penurunan prevalensi anemia. Anemia adalah penyebab utama dari kematian ibu, yang seharusnya dapat dicegah. Selain itu, pemberian suplementasi kalsium dapat menurunkan risiko kematian ibu karena pre-eklampsia (Nove 2014; Blanc et al. 2013; Dibley et al. 2011; Imdad and Bhutta 2012). Jarak antar kelahiran yang dekat juga berkontribusi terhadap kematian dan kurang gizi pada anak balita. Anak dari kehamilan yang terjadi sebelum 24 bulan dari kelahiran kakaknya (anak sebelumnya), mempunyai risiko yang lebih besar untuk meninggal dan mengalami kurang gizi (Rutstein 2008). Dengan jumlah paritas (kelahiran) yang banyak, berarti ibu akan memiliki waktu dan sumberdaya yang lebih sedikit untuk pengasuhan dan pemberian makan anak baduta. Hal ini dapat menyebabkan anak *stunting*.

Keluarga berencana yang dilakukan dengan pengaturan jarak kelahiran yang tepat dan pembatasan jumlah anggota keluarga, telah terbukti dapat menurunkan risiko BBLR, *stunting*, serta kematian ibu dan bayi. Pada suatu populasi, dengan bertambahnya berat badan saat lahir, maka status gizi akan membaik, dan kematian akan menurun. Seiring dengan perbaikan status gizi, perkembangan kognitif dan prestasi anak di sekolah juga akan meningkat. Dengan meningkatnya pencapaian pendidikan, pendapatan di saat dewasa nanti juga akan meningkat. Mereka yang mempunyai pendidikan lebih tinggi cenderung akan menggunakan keluarga berencana serta menunda pernikahan dan memiliki anak, demikian seterusnya.

Wanita dengan berat badan lebih atau *obese*, namun mampu menurunkan berat badan sebelum hamil, telah terbukti dapat mengurangi kejadian diabetes mellitus pada saat hamil, pre-eklampsia, kematian ibu dan komplikasi sewaktu melahirkan. Selain itu, kondisi tersebut juga dapat mengurangi kematian neonatus dan bayi, serta menekan risiko kegemukan pada anak yang dapat berlanjut hingga remaja ataupun dewasa (Torlini et al. 2009; Sohlberg et al. 2012; Aviram et al. 2011; Norman et al. 2011; Chen et al. 2009; McGuire et al. 2010; and Catalano et al. 2003). Membatasi konsumsi karbohidrat, gula, garam, dan lemak, serta mempertahankan berat badan optimal dapat menurunkan risiko penyakit tidak menular seperti diabetes dan penyakit jantung (WHO 2016).

Untuk memperbaiki gizi WUS, terutama di usia remaja yang sangat kritis, petugas kesehatan di Puskesmas dan Posyandu, serta praktik swasta perlu diberi pelatihan secara rutin mengenai hal berikut:

- Memperbaiki berat badan dan status zat besi dan asam folat WUS, terutama remaja putri
- Pada WUS yang kelebihan berat badan, dapat disarankan untuk mengurangi berat badan menuju berat badan normal. Sekitar 35% dari WUS umur 35 hingga 49 tahun kelebihan berat

badan atau *obese* (Riskesdas 2013). Semua WUS disarankan untuk mengurangi konsumsi karbohidrat, gula, garam, dan lemak.

- Memberikan obat cacing dan suplementasi kalsium pada WUS, terutama remaja putri
- Menunda pernikahan dan kehamilan pertama diatas usia 19 tahun
- Mempromosikan sekolah hingga tamat SMA bagi perempuan dan laki-laki
- Meningkatkan penggunaan kontrasepsi pada pasangan suami istri, terutama pasangan usia remaja
- Meningkatkan pengetahuan terhadap metode kontrasepsi modern pada remaja putri yang belum dan telah menikah, serta keluarga mereka.

Gambar 6. Gizi, Air, Sanitasi, dan Higiene pada 1000 Hari Pertama Kehidupan

		DUKUNGAN DARI MASYARAKAT DAN KELUARGA			
KEHAMILAN	0-5 BULAN	6-8 BULAN	9-11 BULAN	12-23 BULAN	
PRAKTIK PEMBERIAN MAKAN BAYI SAMPAI DENGAN ANAK USIA 2 TAHUN (intensif dan jangka pendek)					
MENYUSUI					
<p>ASI EKSKLUSIF SESUAI PERMINTAAN BAYI 0-5 BULAN</p> <ul style="list-style-type: none"> Tunjukkan dan perbaiki pelekatan dan posisi menyusui yang benar Letakkan bayi pada dada ibu dalam 1 jam setelah persalinan Biarkan bayi menyusui ASI pertama / Kolostrum Jangan berikan cairan lain selain ASI (termasuk air, teh, jus dll) Dukung ibu secara intensif selama 2-3 bulan pertama untuk mencapai ASI eksklusif 		<p>LANJUTKAN ASI SAMPAI USIA 2 TAHUN LEBIH</p>			
		MAKANAN PENDAMPING ASI			
		<p>Frekuensi</p> <p>2–3 kali makan/hari, bisa lebih jika anak minta tambah, berikan 1-2 kali kudapan bergizi</p>	<p>3–4 kali makan/hari, bisa lebih jika anak minta tambah, berikan kudapan bergizi 1-2 kali</p>		
		<p>Kekelompokan/tekstur makanan</p> <p>Bubur kental/makanan keluarga yang dihaluskan</p>	<p>Bubur kental yang tidak tetap menempel pada sendok jika dimiringkan</p> <p>Makanan keluarga yang dicacah halus/makanan yang dapat digenggam bayi/potongan makanan</p>	<p>Potongan Makanan dari makanan keluarga</p>	
		<p>Jumlah</p> <p>Mulai dengan 2-3 sendok makan setiap kali makan, bertahap meningkat sampai 1/2 dari mangkuk 250 ml (tambahan 200 kkal perhari)</p>	<p>Tawarkan macam-macam makanan—1/2 dari 250 ml mangkuk untuk tiap kali makan (tambahan 330 kkal per hari)</p>	<p>Tawarkan macam-macam makanan—3/4 dari 250 ml mangkuk untuk tiap kali makan (tambahan 550 kkal per hari)</p>	
		<p>Pemberian Makanan yang responsif</p> <p>Beri makan anak sampai dia menunjukkan sudah tidak tertarik lagi untuk makan. Bayi sampai usia 6 bulan memiliki refleks lidah yang menjaga mereka dari tersedak. Ketika bertambah usia, refleks ini akan menurun sehingga lebih mudah memberi makan pada bayi.</p> <ul style="list-style-type: none"> Kurangi gangguan sehingga anak dapat fokus pada saat pemberian makan Beri makan anak dengan sendok kecil, perlahan dan sabar Kenalkan makanan baru selama 2-3 hari berturut-turut Coba berikan makanan baru; jika anak menolak makanan baru, coba berikan lagi beberapa kali supaya anak membiasakan diri dengan rasanya, Jangan memberi makan anak dengan paksaan Waktu pemberian makan adalah masa pembelajaran dan mengasahi; saat untuk menyatu dengan anak, bicara dan lakukan kontak mata dengan anak. Tetap bersama anak pada saat pemberian makan 			
		<p>Pemberian Makanan yang responsif</p> <p>Menjelang usia 9 bulan, bayi akan:</p> <ul style="list-style-type: none"> Meletakkan segala sesuatu di mulutnya Minum dari cangkir Mengambil sesuatu misalnya buncis dengan ibu jari dan telunjuk <p>Berikan makan bayi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dengan sendok, atau jika anak sudah bisa mengambil potongan makanan lunak, maka biarkan anak menyuapi dirinya sendiri 			
PRAKTIK HIGIENE BERKELANJUTAN (jangka panjang)					
<p>Jaga kebersihan</p> <ul style="list-style-type: none"> Sediakan tempat cuci tangan dekat WC dan dapur; dengan air bersih dan sabun Setelah selesai dari WC, dan setelah memandikan atau membersihkan kotoran (BAB-buang air besar) bayi, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir. Jaga kebersihan tempat bermain, tempat tidur, atau tempat makan anak dari kotoran hewan dan kotoran manusia 		<ul style="list-style-type: none"> Olah air lebih dulu sebelum memberikannya pada bayi atau memasak makanan bayi Panaskan makanan bayi dengan sempurna sampai mendidih sebelum dihidangkan. Periksa suhu dengan meneteskan sedikit makanan bayi pada pergelangan tangan bukan dengan memasukkan jari telunjuk pada makanan bayi 			
<p>Keamanan Pangan</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum dan selama mempersiapkan makanan Cuci dan sanitasi semua tempat penyimpanan, peralatan makan dan juga ruang penyiapan makanan Lindungi dapur dari binatang, hewan peliharaan, hama dan serangga Simpan daging, unggas, dan ikan terpisah dari makanan lain Gunakan wadah yang berbeda untuk menyimpan makanan matang dan mentah Gunakan perlengkapan, pisau dan peralatan masak yang berbeda untuk makanan matang dan mentah Masak makanan dengan matang, terutama untuk telur dan makanan hewani Simpan makanan pada suhu aman, hidangkan makanan sewaktu panas, dan jangan tinggalkan makanan pada suhu ruang lebih dari 2 jam. 					
DUKUNGAN DARI MASYARAKAT DAN KELUARGA					

6 Kesimpulan

Untuk mencapai 100% target pencapaian pelayanan SPM bagi ibu hamil, ibu bersalin, neonatal hingga bayi usia 28 hari, balita, dan WUS 15-49 tahun, gizi harus menjadi satu kesatuan dengan pelayanan kesehatan di tingkat Puskesmas dan Posyandu. Tenaga kesehatan yang bertanggung jawab atas penyampaian pelayanan kesehatan di tingkat lokal, memegang peranan penting dalam memperbaiki gizi dan harus bekerja sama dengan sektor swasta untuk mencapai target yang telah ditetapkan oleh pemerintah.

Daftar Pustaka

- American College of Obstetricians and Gynecologists. 2013. "Weight gain during pregnancy. Committee Opinion No. 548." *Obstetrics and Gynecology*. Vol. 121, pp. 210–2.
- Ashworth, A. et al. 2008. "Growth monitoring and promotion: review of evidence of impact." *Maternal and Child Nutrition*. Vol. 4, pp. 86–11.
- Aviram A., Hod M., Yogev Y. 2011. "Maternal obesity: implications for pregnancy outcome and long-term risks—a link to maternal nutrition." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Vol. 115 (suppl 1), pp. S6–10.
- Begum, K. and Dewey, K.G. 2010. "Impact of Early Initiation of Breastfeeding on Newborn Deaths." *Insight: A & T Technical Brief*. Issue 1. Available at http://aliveandthrive.org/wp-content/uploads/2014/11/Insight-Issue-1-Impact-of-early-initiation_English.pdf.
- Bhutta, Z.A., et al. 2008. "What Works? Interventions for Maternal and Child Undernutrition and Survival." *The Lancet*, Vol. 371, pp. 417–40.
- Bhutta Z.A. et al. 2000. "Therapeutic effects of oral zinc in acute and persistent diarrhea in children in developing countries: pooled analysis of randomized controlled trials." *American Journal of Clinical Nutrition*. Vol. 72, No. 6, pp. 1516–22.
- Bhutta, Z.A. et al. 2013. "Evidence-Based Interventions for Improvement of Maternal and Child Nutrition: What Can Be Done At What Cost?" *The Lancet*. Vol. 382, No. 9890, pp. 452–477.
- Black, R.E. et al. 2008. "Maternal and Child Undernutrition: Global and Regional Exposures and Health Consequences." *The Lancet*. Vol. 371, No. 9608, pp. 243–260.
- Black, R.E. et al. 2013. "Maternal and Child Undernutrition and Overweight in Low-Income and Middle-Income Countries." *The Lancet*. Vol. 382, No. 9890, pp. 427–451.
- Blanc, A.; Winfrey, W.; and Ross, J. 2013. "New Findings for Maternal Mortality Age Patterns: Aggregated Results for 38 Countries." *PLoS One*. doi: 10.1371/journal.pone.0059864.
- Cairncross, S. et al. 2010. "Water, Sanitation and Hygiene for the Prevention of Diarrhoea." *International Journal of Epidemiology*. Vol. 39 (suppl 1): i193–i205.
- Cash R.A. et al. 1970. "A clinical trial of oral therapy in a rural cholera-treatment center." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. Vol. 19, No. 4, pp. 653–6.
- Catalano P.M. 2003. "Obesity and pregnancy—the propagation of a viscous cycle?" *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. Vol. 88, pp. 3505–06.
- Chen A., Feresu S.A., Fernandez C., et al. 2009. "Maternal obesity and the risk of infant death in the United States." *Epidemiology*. Vol. 20, pp. 74–81.
- Chaparro, C.; Oot, L.; and Sethuraman, K. 2014. *Indonesia Nutrition Profile*. Washington, DC: FHI 360/FANTA.
- Debes, A.K. et al. 2013. "Time to Initiation of Breastfeeding and Neonatal Mortality and Morbidity: A Systematic Review." *BMC Public Health*. Vol. 13(Suppl 3): S19.
- Dibley, M.J.; Titaley, C.R.; D'Este, C.; and Agho, K.E. 2011. "Iron and Folic Acid Supplements in Pregnancy Improve Child Survival in Indonesia." *American Journal of Clinical Nutrition*. doi: 10.3945/ajcn.111.022699.
- Dickey, V.; Boedihardjo, S.; and Bardosono, T. 2010. *USAID/Indonesia Nutrition Assessment for 2010 New Project Design*. Washington, DC: USAID.

- Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA). 2014. *Managing Acute Malnutrition: A Review of the Evidence and Country Experiences in South Asia and a Recommended Approach for Bangladesh*. Washington, DC: FANTA.
- — —. 2016. *Technical Brief: Giving Children the Best Start in Life: Integrating Nutrition and Early Childhood Development Programming within the First 1,000 Days*. Washington, DC: FANTA.
- Garcia, S. et al. 2011. “Breast-Feeding Initiation Time and Neonatal Mortality Risk among Newborns in South India.” *Journal of Perinatology*. Vol. 31, pp. 397–403.
- Hartriyanti, Y. et al. 2012. “Nutrient Intake of Pregnant Women in Indonesia: A Review.” *Malaysian Journal of Nutrition*. Vol. 18, No. 1, pp. 113–24.
- Humphrey, Jean H. 2009. “Child Undernutrition, Tropical Enteropathy, Toilets, and Handwashing.” *The Lancet*. Vol. 374, pp. 1,032–35.
- Imdad, A. and Bhutta, Z.A. 2012. “Effects of Calcium Supplementation during Pregnancy on Maternal, Fetal and Birth Outcomes.” *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. Vol. 26 (suppl 1), pp. 138–52.
- Imdad, A. et al. 2010. “Vitamin A Supplementation for Preventing Morbidity and Mortality in Children from 6 Months to 5 Years of Age.” *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Vol. 12. doi: 10.1002/14651858.CD008524.pub2.
- Jones, G. et al. 2003. “How Many Child Deaths Can We Prevent This Year?” *The Lancet*. Vol 362, pp. 65–71.
- Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia. 2009. *Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan*. Jakarta.
- — —. 2011. *Undang-Undang Republik Indonesia No. 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*. Jakarta.
- — —. 2012. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 33 tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif*. Jakarta.
- — —. 2013. *Peraturan Presiden No. 42 tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi*. Jakarta.
- — —. 2014. *Peraturan Presiden No. 185 tahun 2014 tentang Percepatan Penyediaan Air Minum dan Sanitasi*. Jakarta.
- — —. 2015. *Peraturan Presiden No. 2 tahun 2015 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015-2019*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2008. *Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 852/Menkes/SK/IX/2008 tentang Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)*. Jakarta.
- — —. 2013. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*. Jakarta.
- — —. 2015. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019*. Jakarta.
- — —. 2016. *Buku Saku Pemantauan Status Gizi dan Indikator Kinerja Gizi tahun 2015*. Jakarta.
- Kementerian PPN/Bappenas. 2015. *Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RANPG) 2015-2019*. Jakarta.
- Lamberti, L.M. et al. 2011. “Breastfeeding and the Risk for Diarrhea Morbidity and Mortality.” *BMC Public Health*. Vol. 11 (Suppl 3), S15.
- Lin, A. et al. 2013. “Household Environmental Conditions are Associated with Enteropathy and Impaired Growth in Rural Bangladesh.” *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. Vol. 89, No. 1, pp. 130–137.

- McGuire W., Dyson L., and Renfrew M. 2010. "Maternal obesity: consequences for children, challenges for clinicians and carers." *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. Vol. 15, pp. 108–12.
- Ministry of Health. 2009. *Basic Health Survey, Riskesdas, 2007*. "Changes in malnutrition from 1989 to 2007 in Indonesia." Results to be presented at the ICN in Bangkok, October.
- . 2010. *National Report on Basic Health Research, Riskesdas, 2010*. Jakarta, Indonesia. As analyzed at http://www.who.int/nutgrowthdb/database/countries/who_standards/idn_dat.pdf?ua=1.
- Nove, A.; Matthews, Z.; Neal, S.; and Camacho, A.V. 2014. "Maternal Mortality in Adolescents Compared with Women of Other Ages: Evidence from 144 Countries." *Lancet Global Health*. Vol. 2, No. 3, e155–e164.
- Pan American Health Organization. 2003. *Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child*. Washington, DC: Pan American Health Organization and World Health Organization.
- Prendergast, A.J. and Humphrey, J.H. 2014. "The Stunting Syndrome in Developing Countries." *Paediatrics and International Child Health*. Vol. 34, No. 4, pp. 250–265.
- Rutstein, S.O. 2008. *Further evidence of the effects of preceding birth intervals on neonatal, infant, and under-five-years mortality and nutritional status in developing countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys Working Papers*.
- Sohlberg S., Stephansson O., Cnattingius S., et al. 2012. "Maternal body mass index, height, and risks of preeclampsia." *American Journal of Hypertension*. Vol. 25, pp. 120–25.
- Statistics Indonesia et al. 2013. *Indonesia Demographic and Health Survey 2012*. Jakarta, Indonesia: BPS, BKKBN, Kemenkes, and ICF International.
- Torloni M.R., Betran A.P., Horta B.L., et al. 2009. "Prepregnancy BMI and the risk of gestational diabetes: a systematic review of the literature with meta-analysis." *Obesity Review*. Vol. 10, pp. 194–203.
- United Nations University. 1984. *Methods for the Evaluation of the Impact of Food and Nutrition Programmes*.
- World Health Organization (WHO). 2003. *Kangaroo Mother Care: A Practical Guide*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). 2004. *Clinical management of acute diarrhoea*. Geneva/New York: World Health Organization/UNICEF.
(http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_fch_cah_04_7/en/)
- . 2009. "Global Health Risks Report." Part 2. Available at:
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_part2.pdf.
- . 2011. *Guideline: Use of multiple micronutrient powders for home fortification of foods consumed by infants and children 6–23 months of age*. Geneva: World Health Organization.
- . 2014. "Global Targets 2025 to Improve Maternal, Infant and Young Child Nutrition." Available at:
<http://www.who.int/nutrition/global-target-2025/en/>.
- . 2016. "Report of the Commission on Ending Childhood Obesity." Available at:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf.
- WHO and UNICEF. 2004. *Clinical management of acute diarrhoea*. Geneva/New York: World Health Organization/UNICEF.
(http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_fch_cah_04_7/en/)
- Yan, J. et al. 2014. "The Association between Breastfeeding and Childhood Obesity: A Meta-Analysis." *BMC Public Health*. Vol. 14, p. 1,267.

Lampiran 1. Indikator Pemberian ASI dan Makanan Anak per Propinsi

Lokasi	Praktik Menyusui			Pemberian MPASI untuk anak 6-23 bulan			Gizi mikro				
	% anak yang mulai menyusui 60 menit setelah bayi lahir ⁱ	% anak yang menerima makanan cair dan semi padat sebelum waktunya ⁱⁱ	Median lamanya ASI eksklusif (bulan)	% anak dengan keragaman makanan (4+ group)	% anak dengan frekuensi makan minimum	% jumlah anak dengan 3 praktik PMBA	% anak (6-23 bulan) makan makanan kaya vitamin A pada 24 jam kemarin	% anak (6-23 bulan) makan makanan kaya zat besi pada 24 jam kemarin	% anak (6-59 bulan) diberikan vitamin A dalam 6 bulan terakhir	% anak (6-59 bulan) diberikan suplemen selama 7 hari terakhir	% anak (6-59 bulan) diberi obat cacung pada 6 bulan terakhir
Sumatera											
Aceh	46.4	65.8	2.3	49.7	73.6	34.5	71.7	60.5	48.7	8.7	29.4
Sumatera Utara	17.1	77.7	0.6	55.4	63.7	33.8	82.9	73.1	42.1	9.5	30.2
Sumatera Barat	38.6	61.5	0.7	68.0	71.5	43.8	82.9	75.3	55.6	8.0	24.1
Riau	26.2	80.5	0.6	61.9	71.6	38.7	83.8	70.1	49.7	6.8	30.3
Jambi	35.7	81.2	2.0	59.1	76.9	42.3	76.4	66.9	50.3	8.1	32.5
Sumatera Selatan	35.9	69.3	0.5	57.3	63.7	33.4	82.4	72.7	49.0	7.8	31.3
Bengkulu	39.8	63.2	2.5	66.3	64.7	38.6	95.3	76.8	58.9	11.3	30.3
Lampung	43.9	62.2	0.5	68.2	71.5	46.9	88.9	76.3	60.6	11.7	34.8
Bangka Belitung	53.4	60.5	0.5	52.9	71.5	35.6	74.8	62.7	48.9	14.6	29.9
Kepulauan Riau	51.5	63.8	0.6	70.4	75.1	41.1	88.9	73.9	56.2	11.0	20.9
Jawa											
DKI Jakarta	60.1	55.1	0.6	74.4	74.1	46.5	87.9	78.3	61.0	25.9	33.7
Jawa Barat	56.7	58.2	1.1	55.4	54.6	29.1	82.6	61.8	65.7	15.4	28.7

Lokasi	Praktik Menyusui			Pemberian MPASI untuk anak 6-23 bulan			Gizi mikro				
	% anak yang mulai menyusui 60 menit setelah bayi lahir ⁱ	% anak yang menerima makanan cair dan semi padat sebelum waktunya ⁱⁱ	Median lamanya ASI eksklusif (bulan)	% anak dengan keragaman makanan (4+ group)	% anak dengan frekuensi makan minimum	% jumlah anak dengan 3 praktik PMBA	% anak (6-23 bulan) makan makanan kaya vitamin A pada 24 jam kemarin	% anak (6-23 bulan) makan makanan kaya zat besi pada 24 jam kemarin	% anak (6-59 bulan) diberikan vitamin A dalam 6 bulan terakhir	% anak (6-59 bulan) diberikan suplemen selama 7 hari terakhir	% anak (6-59 bulan) diberi obat cacing pada 6 bulan terakhir
Jawa Tengah	54.9	54.7	2.2	60.2	64.9	39.4	82.1	62.2	70.3	11.3	23.0
DI Yogyakarta	55.1	49.1	3.0	71.0	81.2	55.5	88.3	72.3	70.3	15.1	25.7
Jawa Timur	52.2	66.9	0.7	63.5	74.7	44.0	85.3	72.3	68.2	20.0	19.5
Banten	49.5	60.7	0.6	63.9	62.1	36.4	85.1	66.3	62.4	13.4	27.2
Bali dan Nusa Tenggara											
Bali	47.9	64.3	1.0	58.8	73.1	41.3	79.3	64.5	66.9	22.3	13.7
Nusa Tenggara Barat	73.7	29.0	4.2	42.8	60.7	29.5	82.9	61.4	74.7	12.3	18.1
Nusa Tenggara Timur	68.2	27.2	2.8	44.3	61.0	27.0	79.0	60.4	59.7	8.9	24.9
Kalimantan											
Kalimantan Barat	39.1	64.6	0.5	51.0	56.8	31.4	77.2	69.0	55.3	12.3	27.8
Kalimantan Tengah	42.6	68.0	1.6	55.2	76.9	39.3	77.8	67.3	48.8	8.2	26.0
Kalimantan Selatan	46.8	69.0	0.5	56.9	74.2	39.2	79.8	68.8	64.3	12.3	15.5
Kalimantan Timur	46.9	63.2	0.7	63.1	82.5	50.4	87.0	74.8	68.4	9.9	30.0

Sulawesi											
Sulawesi Utara	40.9	69.4	0.5	50.0	72.5	31.7	71.3	60.4	69.5	13.7	20.1
Sulawesi Tengah	38.9	65.2	1.7	59.9	70.1	36.4	85.0	77.3	65.3	11.7	23.5
Sulawesi Selatan	56.9	50.9	3.1	52.2	68.3	33.3	80.8	69.2	55.9	11.6	32.4
Sulawesi Tenggara	43.2	56.3	2.8	44.6	70.0	29.4	76.7	68.4	63.9	8.1	23.1
Gorontalo	36.7	71.5	0.6	44.8	81.4	33.2	77.2	67.5	60.5	16.3	6.6
Sulawesi Barat	56.7	47.0	1.7	26.8	65.7	16.3	74.5	50.8	32.0	4.6	17.2
Maluku dan Papua											
Maluku	35.1	54.2	1.1	45.7	57.1	19.4	79.8	62.6	58.1	13.8	24.7
Maluku Utara	47.6	44.0	1.8	41.7	60.5	24.5	64.3	57.9	57.5	14.4	28.2
Papua Barat	32.5	43.3	1.2	34.1	49.5	16.9	75.9	52.0	38.3	10.5	30.9
Papua	64.1	35.5	0.5	42.3	46.8	19.0	84.6	56.8	36.1	11.2	15.1
Nasional	49.3	60.3	0.7	58.2	66.1	36.6	82.7	67.5	61.1	13.6	25.9
Desa	50.0	57.7	1.3	51.5	61.6	30.7	80.4	65.4	58.7	10.8	26.1
Kota	48.6	63.0	0.7	65.1	70.6	42.6	85.0	69.5	63.7	16.4	25.7

Sumber: SDKI 2012

ⁱ anak terakhir yang lahir dalam 2 tahun terakhir

ⁱⁱ anak terakhir yang lahir dalam 2 tahun terakhir dan yang pernah diberi ASI.