



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

Technical Brief

**Standar Pelayanan Minimal - Gizi:
Informasi untuk Gubernur dan Bupati/Walikota**

Mei 2017

Pembuatan *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 FHI 360 (Family Health International).

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: untuk Gubernur dan Bupati/Walikota. 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	Latar Belakang.....	1
2	Keadaan Gizi di Indonesia.....	3
3	Saran untuk Standar Pelayanan Minimal bidang Gizi	5
	Kategori 1: Ibu Hamil.....	5
	Kategori 2: Ibu bersalin	6
	Kategori 3: Bayi baru lahir (hingga 28 hari)	6
	Kategori 4: Anak usia di bawah lima tahun	7
	Kategori 5: Wanita Usia Subur (15–49 tahun)	12
4	Kesimpulan	15
5	Daftar Pustaka.....	16

1 Latar Belakang

Pemerintah Indonesia telah memperbarui peraturan Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan tingkat kabupaten/kota melalui Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) no. 43 tahun 2016. SPM Kesehatan merupakan acuan bagi pemerintah daerah propinsi serta kabupaten/kota dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal pada pelayanan kesehatan primer dan 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.

Tujuan penyusunan *Technical brief* dan Peran Gubernur dan Bupati/Walikota

Technical brief disusun untuk dijadikan salah satu acuan bagi gubernur serta bupati/walikota yang mempunyai tanggung jawab atas pelayanan kesehatan, dalam hal:

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

Technical brief ini fokus pada 5 jenis pelayanan sebagai bagian dari 12 pelayanan yang terdapat pada boks 1, yaitu pada:

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

Box 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 tuberculosis
12. Orang berisiko terinfeksi HIV

Gubernur dan Bupati/Walikota berperan penting dalam perbaikan gizi karena memiliki tanggung jawab dalam memantau kinerja dinas kesehatan dan pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya antara lain dalam hal:

- Memastikan 100% indikator yang berkaitan dengan gizi dapat tercapai
- Memastikan dinas kesehatan memberikan pelayanan gizi yang baik
- Memastikan kecukupan permintaan dana tahunan yang akan dialokasikan untuk gizi, termasuk memastikan dana untuk pelatihan bidan, Tenaga Petugas Gizi (TPG) dalam hal pemantauan pertumbuhan, Pemberian Makan Bayi dan Anak, (PMBA), dan konseling ASI (Air Susu Ibu) di tingkat kabupaten dan desa
- Memastikan sumber daya manusia yang memadai untuk pelayanan gizi di tingkat Puskesmas dan Posyandu, serta memastikan bahwa semua kader menerima kompensasi atas tenaga yang telah dikeluarkannya
- Meningkatkan kapasitas dan kompetensi staf yang bertanggung jawab di bidang gizi di tingkat Puskesmas dan Posyandu, termasuk mendefinisikan dengan jelas tanggung jawab dan pekerjaan mereka
- Memperkuat supervisi, pemantauan, dan evaluasi kegiatan gizi di tingkat Puskesmas dan Posyandu, termasuk praktik swasta, untuk memastikan pelayanan yang sesuai dengan standar dan protokol.

2 Keadaan Gizi di Indonesia

Lebih dari 9 juta balita di Indonesia mengalami gizi kurang. Di Indonesia, gizi kurang ditemukan dalam berbagai bentuk, seperti pendek (*stunting*), yaitu anak dengan tinggi badan lebih pendek dari anak seusianya, kurang gizi (*underweight*), yaitu anak dengan berat badan yang rendah dibanding umurnya, kurus (*wasting*) atau berat badan yang kurang dibanding tingginya, anemia, defisiensi vitamin A, dan berat badan lahir rendah <2.5 kg (BBLR), (Statistics Indonesia, 2013). Hampir seperempat anak dibawah usia 6 bulan sudah mengalami *stunting* dan hampir 20% nya kurus (Kemenkes, 2013). BBLR mencapai lebih dari 25% pada beberapa area (Dickey et al. 2010). Ditemukannya anak *wasting* dan *stunting* pada usia awal kehidupan menunjukkan bahwa kedua hal tersebut dipengaruhi oleh faktor sebelum lahir, dan diperberat oleh tingginya angka kesakitan, infrastruktur air dan sanitasi yang buruk, juga praktik PMBA yang tidak tepat, seperti penundaan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan rendahnya praktik pemberian ASI eksklusif. 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.

Mengapa hal ini menjadi penting?

Gizi kurang pada anak akan berdampak pada kualitas sumber daya manusia di kehidupan berikutnya, mempengaruhi produktifitas ekonomi, dan kemajuan sebuah negara secara umum (Black et al. 2013 dan Chaparro et al. 2014). Hasil penelitian besar lain terkait dengan akibat gizi kurang pada anak diantaranya adalah sebagai berikut:

- Anak yang kurang gizi akan cenderung mengalami penyakit yang berulang maupun infeksi, yang akan menyebabkan beban ekonomi yang signifikan, terutama pada keluarga miskin (Black et al. 2013).
- Kurang gizi pada anak akan menaikkan risiko untuk terkena penyakit kronik pada usia dewasa, seperti seperti penyakit jantung atau Penyakit Tidak Menular (PTM) lainnya (Black et al. 2013).
- Kurang gizi pada masa kanak-kanak juga akan menghambat pertumbuhan fisik, motorik, dan perkembangan mental, yang berarti merusak potensi belajar anak (Black et al. 2013, Grantham-McGregor et al. 2007, Grantham-McGregor et al. 2005, Kulkarni et al. 2012, Miller et al. 2015, Mendez dan Adair 1999, and Walker et al. 2007).
- Anak *stunting* akan belajar duduk, merangkak, berdiri, dan berjalan lebih lama dari anak yang sehat (Kulkarni et al. 2012 dan Gibson et al. 2009).
- Anak *stunting* mendapatkan nilai yang lebih rendah di sekolah dan cenderung mengulang kelas, lebih sering tidak masuk sekolah karena sakit, dan putus sekolah dibandingkan dengan anak yang sehat (Grantham-McGregor et al. 2007, Grantham-McGregor et al. 2005, dan Mendez dan Adair 1999).
- Pada saat dewasa, anak yang dulunya mengalami kurang gizi akan mempunyai pendapatan yang lebih rendah dibanding anak yang yang sehat dan berpendidikan (Grantham-McGregor et al. 2007 dan Grantham-McGregor et al. 2005).

Upaya perbaikan gizi memiliki banyak keuntungan, termasuk keuntungan yang diperoleh secara tidak langsung dalam jangka panjang (Black et al. 2013, Chaparro et al. 2014, Grantham-McGregor et al. 2007, Grantham-McGregor et al. 2005, dan Mendez dan Adair 1999). Dari berbagai penelitian yang telah dilakukan di banyak negara, upaya perbaikan gizi terbukti mampu:

- Menyelamatkan nyawa ibu dan anak

- Memperbaiki perkembangan kognitif dan pertumbuhan fisik
- Membuat anak masuk sekolah lebih awal, akan bersekolah lebih lama, dan berprestasi
- Meningkatkan keuntungan ekonomi melalui peningkatan produktifitas

‘Investasi gizi’ merupakan investasi yang cerdas: Untuk setiap US\$ 1 yang dikeluarkan untuk program gizi, terbukti mampu mengembalikan keuntungan US\$ 16 dalam bentuk kesehatan dan ekonomi (*International Food Policy Research Institute, 2015*).

3 Saran untuk Standar Pelayanan Minimal bidang Gizi

Gizi merupakan komponen penting dalam indikator SPM kesehatan. Pokok bahasan dalam *technical brief* ini akan mengacu pada 5 indikator utama yang telah disebutkan sebelumnya, yang akan dikaitkan dengan permasalahan gizi, pentingnya memperbaiki gizi 5 kelompok tersebut, serta intervensi apa yang perlu dilakukan di setiap kabupaten untuk mencapai target nasional. Peran Gubernur serta Bupati/Walikota sangatlah penting dalam proses ini untuk memastikan bahwa staf Dinas Kesehatan (Dinkes) mendapatkan pelatihan yang sesuai dan pelayanan gizi dapat dipertanggungjawabkan oleh Puskesmas dan Posyandu. Tambahan informasi mengenai jenis pelayanan yang diperlukan dapat dipelajari dalam buku Kesehatan Ibu dan Anak, Kemkes 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.

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 1) 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 untuk wanita gemuk. Rumus menghitung Indeks Masa Tubuh (IMT) adalah $BB (kg)/TB (M)^2$ (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013).

Perbaikan perilaku penggunaan air bersih, sanitasi, dan higiene (*WASH-Water, Sanitation and Hygiene*) sangat diperlukan, terutama pada saat hamil (Gambar 1). 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.

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 mengonsumsi 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 Menyusui 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 (*pre-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).

Kategori 4: Anak usia di bawah lima tahun

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 memberikan ASI secara eksklusif (Statistics Indonesia et al. 2013). 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

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 1) bersama dengan pengasuh dan keluarga bayi.

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, Statistics Indonesia et al. 2013 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%.

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. 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 (diukur dengan tinggi badan menurut umur-TB/U) (Lin et al. 2013). Analisa dari tiga kajian sistematis menemukan bahwa risiko diare dapat menurun 48% dengan 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).

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 penyiapan 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 1 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 1 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 1 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

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 pemberian 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 dan 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.

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 dapat mengurangi konsumsi 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.

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; dan 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).

Gambar 1. 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		LANJUTKAN ASI SAMPAI USIA 2 TAHUN LEBIH			
ASI EKSKLUSIF SESUAI PERMINTAAN BAYI 0-5 BULAN		MAKANAN PENDAMPING ASI			
<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 menyusu 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 		Frekuensi 2-3 kali makan/hari, bisa lebih jika anak minta tambah, berikan 1-2 kali kudapan bergizi	3-4 kali makan/hari, bisa lebih jika anak minta tambah, berikan kudapan bergizi 1-2 kali		
		Kelengkapan/tektur makanan Bubur kental/makanan keluarga yang dihaluskan	Bubur kental yang tidak tetap menempel pada sendok jika dimiringkan Makanan keluarga yang dicacah halus/makanan yang dapat digenggam bayi/potongan makanan	Potongan Makanan dari makanan keluarga	
		Jumlah Mulai dengan 2-3 sendok makan setiap kali makan, bertahap meningkat sampai 1/2 dari mangkuk 250 ml (tambahan 200 kkal perhari)	Tawarkan macam-macam makanan—1/2 dari 250 ml mangkuk untuk tiap kali makan (tambahan 330 kkal per hari)	Tawarkan macam-macam makanan—3/4 dari 250 ml mangkuk untuk tiap kali makan (tambahan 550 kkal per hari)	
		Pemberian Makan yang responsif 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.	Menjelang usia 9 bulan, bayi akan: <ul style="list-style-type: none"> Meletakkan segala sesuatu di mulutnya Minum dari cangkir Mengambil sesuatu misalnya buncis dengan ibu jari dan telunjuk Berikan makan bayi: <ul style="list-style-type: none"> Dengan sendok, atau jika anak sudah bisa mengambil potongan makanan lunak, maka biarkan anak menyuapi dirinya sendiri 		
		<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 			
PRAKTIK HIGIENE BERKELANJUTAN (jangka panjang)					
Jaga kebersihan <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 			
Keamanan Pangan <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 penyajian 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					

4 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.

5 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.
- 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. 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.
- 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.
- Food and Nutrition Technical Assistance III Project (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.

- Gibson, R. et al. 2009. "Inadequate Feeding Practices and Impaired Growth among Children from Subsistence Farming Households in Sidama, Southern Ethiopia." *Maternal and Child Nutrition*. Vol. 5, No. 3, pp. 260–75.
- Grantham-McGregor, S. et al. 2005. "Review of the Evidence Linking Protein and Energy to Mental Development." *Public Health Nutrition*. Vol. 8, No. 7A, pp. 1191–201.
- Grantham-McGregor, S. et al. 2007. "Developmental Potential in the First 5 Years for Children in Developing Countries." *The Lancet*. Vol. 369: pp. 60–70.
- 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.
- 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.
- International Food Policy Research Institute (IFPRI). 2015. *Global Nutrition Report 2015: Actions and Accountability to Advance Nutrition and Sustainable Development*. Washington, DC: IFPRI.
- Kementerian Kesehatan. 2013. Riset Kesehatan Dasar (*Riskesdas*) 2013. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta.
- . 2016. Buku Pemantauan Status Gizi dan Indikator Kinerja Gizi tahun 2015. Direktorat Gizi Masyarakat, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat. Jakarta.
- . 2016. Peraturan Kementerian Kesehatan (Permenkes) no. 43 tentang Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan. Jakarta.
- Kulkarni, S. et al. 2012. "Greater Length-for-Age Increases the Odds of Attaining Motor Milestones in Vietnamese Children Aged 5–18 Months." *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. Vol. 21, No. 2, pp. 241–246.
- 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.
- Mendez, M. and Adair, L. 1999. "Severity and Timing of Stunting in the First Two Years of Life Affect Performance on Cognitive Tests in Late Childhood." *The Journal of Nutrition*. Vol. 129, No. 8, pp. 1555–1562.
- Miller, A. et al. 2015. "How Consistent Are Associations between Stunting and Child Development? Evidence from a Meta-Analysis of Associations between Stunting and Multidimensional Child Development in Fifteen Low- and Middle-Income Countries." *Public Health Nutrition*. Vol. 1, pp. 1–9.
- Norman J.E. and Reynolds R.M. 2011. "The consequences of obesity and excess weight gain in pregnancy." *Proceedings of the Nutrition Society*. Vol. 70, pp. 450–56.
- 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.

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.

Walker, S. et al. 2007. "Child Development: Risk Factors for Adverse Outcomes in Developing Countries." *The Lancet*. Vol. 369, No. 9556, pp. 145–157.

World Health Organization (WHO). 2003. *Kangaroo Mother Care: A Practical Guide*. Geneva: World Health Organization.

———. 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/)

———. 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.

———. 2016. "Report of the Commission on Ending Childhood Obesity." Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf.

Yan, J. et al. 2014. "The Association between Breastfeeding and Childhood Obesity: A Meta-Analysis." *BMC Public Health*. Vol. 14, p. 1267.

