



SEKRETARIAT WAKIL PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA



KEMENTERIAN KOORDINATOR
BIDANG PEMBANGUNAN MANUSIA DAN KEBUDAYAAN



STRATEGI NASIONAL PERCEPATAN PENCEGAHAN ANAK KERDIL (STUNTING)

PERIODE 2018 - 2024



Kementerian PPN/
Bappenas

TNP2K
TIM NASIONAL
PERCEPATAN PENANGGULANGAN KEMISKINAN

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



SEKRETARIAT WAKIL PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA



KEMENTERIAN KOORDINATOR
BIDANG PEMBANGUNAN MANUSIA DAN KEBUDAYAAN



KEMENTERIAN KEUANGAN
REPUBLIK INDONESIA



Kementerian PPN/
Bappenas



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



KEMENTERIAN SOSIAL
REPUBLIK INDONESIA



KEMENTERIAN
PERDAGANGAN
REPUBLIK INDONESIA
MINISTRY OF TRADE



Kementerian
Perindustrian
REPUBLIK INDONESIA



SEKRETARIAT KABINET
REPUBLIK INDONESIA



Bkkbn



KEMENTERIAN
PEMBERDAYAAN PEREMPUAN
DAN PERLINDUNGAN ANAK
REPUBLIK INDONESIA



KEMENTERIAN NEGARA KOPERASI
DAN USAHA KECIL DAN MENENGAH
REPUBLIK INDONESIA



TNP2K
TIM NASIONAL
PERCEPATAN PENANGGULANGAN KEMISKINAN



BADAN PUSAT STATISTIK



BADAN POM



WAKIL PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA

KATA PENGANTAR

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

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

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

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

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

Jakarta, November 2018
WAKIL PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA

M. JUSUF KALLA

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	1
Daftar Isi	5
Daftar Singkatan	8
1. Pendahuluan	10
1.1. Definisi dan Konteks <i>Stunting</i> di Indonesia	10
1.2. Kerangka Hukum, Kebijakan, dan Kendala Implementasi	12
1.3. Komitmen Nasional Pencegahan <i>Stunting</i>	15
1.4. Kerangka Penyebab dan Pendekatan	16
2. Tujuan dan Prioritas	18
2.1. Tujuan	18
2.2. Sasaran	20
2.3. Intervensi Gizi Spesifik	21
2.4. Intervensi Gizi Sensitif	23
2.5. Kabupaten/Kota Prioritas	24
3. Strategi Nasional Percepatan Pencegahan <i>Stunting</i>	26
3.1. Pilar 1: Komitmen dan Visi Kepemimpinan	28
3.1.1. Tujuan	28
3.1.2. Strategi Pencapaian	28
3.1.3. Instrumen Pelaksanaan	29
3.2. Pilar 2: Kampanye Nasional dan Komunikasi Perubahan Perilaku	30
3.2.1. Tujuan	30
3.2.2. Strategi Pencapaian	31
3.2.3. Instrumen Pelaksanaan	31
3.3. Pilar 3: Konvergensi Program Pusat, Daerah, dan Desa	33
3.3.1. Tujuan	33
3.3.2. Strategi Pencapaian	33
3.3.3. Instrumen Pelaksanaan	35
3.4. Pilar 4: Ketahanan Pangan dan Gizi	37
3.4.1. Tujuan	37
3.4.2. Strategi Pelaksanaan	37
3.4.3. Instrumen Pelaksanaan	38

3.5. Pilar 5: Pemantauan dan Evaluasi	39
3.5.1. Tujuan	39
3.5.2. Kerangka Hasil	40
3.5.3. Indikator Kinerja dan Capaian	42
3.5.4. Laporan Percepatan Pencegahan <i>Stunting</i> Nasional	43
3.5.5. Strategi Pencapaian	43
3.5.6. Instrumen Pelaksanaan	46
4. Pelaksanaan Koordinasi dan Peran Para Pihak	48
4.1. Pelaksanaan Koordinasi	48
4.2. Peran Para Pihak	53
5. Kerangka Pembiayaan	56
5.1. Sumber Pembiayaan	56
5.2. Masalah Pembiayaan	60
5.3. Strategi Pencapaian	60
5.4. Mekanisme Pembiayaan untuk Aksi Konvergensi/Aksi Integrasi	61
Lampiran	64
Lampiran 1: Matriks Standar Intervensi Gizi	67
Lampiran 2: Matriks Bukti Intervensi Gizi	75
Lampiran 3: Kerangka Pemantauan dan Evaluasi Strategi Nasional	84

Daftar Gambar

Gambar 1.1. Kerangka Penyebab <i>Stunting</i> di Indonesia	17
Gambar 2.1. Distribusi Geografis Prevalensi <i>Stunting</i> menurut Provinsi	24
Gambar 2.2. Lokasi Intervensi dan Strategi Perluasan	25
Gambar 3.5.1. Kerangka Pemantauan Percepatan Pencegahan <i>Stunting</i>	40
Gambar 3.5.2. Kerangka Hasil Percepatan Penurunan <i>Stunting</i>	41
Gambar 3.5.3. Siklus Kinerja dan Akuntabilitas Pemantauan dan Evaluasi	44
Gambar 5.1. Sumber Pembiayaan Pemerintah untuk Pencegahan <i>Stunting</i>	58
Gambar 5.2. Belanja Daerah Kabupaten/Kota	62
Gambar 5.3. Belanja Pusat untuk Daerah/Desa	63

Daftar Tabel

Tabel 1.1. Akses Terhadap Pelayanan Gizi Konvergen Pada Anak 0-23 Bulan	13
Tabel 2.1. Intervensi Gizi Spesifik Percepatan Pencegahan <i>Stunting</i>	22
Tabel 2.2. Intervensi Gizi Sensitif Percepatan Pencegahan <i>Stunting</i>	23

Daftar Kotak

Kotak 1.1. Kendala dalam Penyelenggaraan Percepatan Pencegahan <i>Stunting</i>	14
Kotak 5.1. Sumber Pembiayaan Pencegahan <i>Stunting</i>	59

DAFTAR SINGKATAN

ADD	: Alokasi Dana Desa
APBD	: Anggaran Pendapatan Belanja Daerah
APBDesa	: Anggaran Pendapatan Belanja Desa
APBN	: Anggaran Pendapatan Belanja Negara
ASI	: Air Susu Ibu
Bappeda	: Badan Perencanaan Pembangunan Daerah
Bappenas	: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
BKB	: Bina Keluarga Balita
BKKBN	: Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
BPNT	: Bantuan Pangan Non Tunai
BPOM	: Badan Pengawasan Obat dan Makanan
DAK	: Dana Alokasi Khusus
Gernas	: Gerakan Nasional
HPK	: Hari Pertama Kehidupan
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
KB	: Keluarga Berencana
KEK	: Kekurangan Energi Kronis
KPM	: Kader Pembangunan Manusia
KRPL	: Kawasan Rumah Pangan Lestari
KUA	: Kebijakan Umum Anggaran
Menko PMK	: Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan
MTBS	: Manajemen Terpadu Balita Sakit
NSPK	: Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria
OPD	: Organisasi Perangkat Daerah
PAUD	: Pendidikan Anak Usia Dini
PDB	: Produk Domestik Bruto
PKH	: Program Keluarga Harapan
PPAS	: Prioritas dan Pagu Anggaran Sementara
PPG	: Percepatan Perbaikan Gizi
PMBA	: Pemberian Makan Bayi dan Anak
PMK	: Pembangunan Manusia dan Kebudayaan
PSG	: Pemantauan Status Gizi
RAPG	: Rencana Aksi Pangan dan Gizi
RKA-K/L	: Rencana Kerja dan Anggaran - Kementerian/Lembaga
RKP	: Rencana Kerja Pemerintah
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar

RPJMN	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
SDGs	: <i>Sustainable Development Goals</i>
SPM	: Standar Pelayanan Minimal
Setda	: Sekretariat Daerah
Setwapres	: Sekretariat Wakil Presiden
Stranas Stunting	: Strategi Nasional Percepatan Pencegahan <i>Stunting</i>
SUN	: <i>Scaling Up Nutrition</i>
TA Pool	: <i>Technical Assistant Pool</i>
TKPKD	: Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Daerah
TNP2K	: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan
TP	: Tugas Perbantuan
TPB	: Tujuan Pembangunan Berkelanjutan
TTD	: Tablet Tambah Darah
UKBM	: Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat
WHA	: <i>World Health Assembly</i>

BAB 1

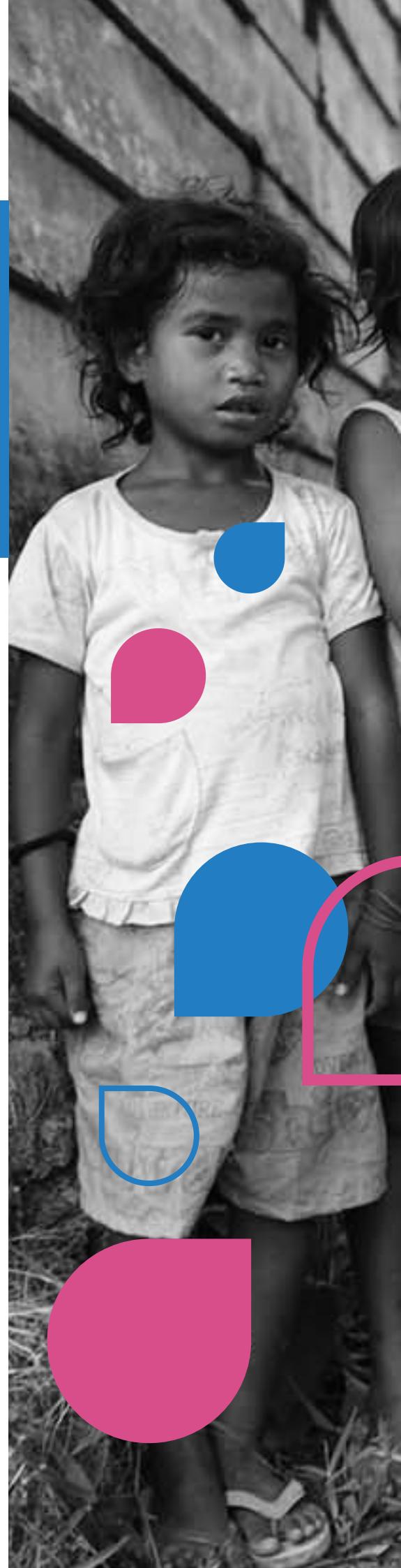
PENDAHULUAN

1.1. Definisi dan Konteks *Stunting* di Indonesia

1. *Stunting* atau sering disebut kerdil atau pendek adalah kondisi gagal tumbuh pada anak berusia di bawah lima tahun (balita) **akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang** terutama pada periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu dari janin hingga anak berusia 23 bulan. Anak tergolong *stunting* apabila panjang atau tinggi badannya berada di bawah minus dua standar deviasi panjang atau tinggi anak seumurnya.
2. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan penurunan prevalensi *stunting* di tingkat nasional sebesar 6,4% selama periode 5 tahun, yaitu dari 37,2% (2013) menjadi 30,8% (2018). Sedangkan untuk balita berstatus normal terjadi peningkatan dari 48,6% (2013) menjadi 57,8% (2018). Adapun sisanya mengalami masalah gizi lain.
3. *Global Nutrition Report* 2016 mencatat bahwa prevalensi *stunting* di Indonesia berada pada peringkat 108 dari 132 negara. Dalam laporan sebelumnya, Indonesia tercatat sebagai salah satu dari 17 negara yang mengalami beban ganda gizi, baik kelebihan maupun kekurangan gizi.¹ Di kawasan Asia Tenggara, prevalensi *stunting* di Indonesia merupakan tertinggi kedua, setelah Cambodia.²

¹ International Food Policy Research Institute. (2014). *The 2014 Global Nutrition Report*. IFPRI: Washington DC.

² International Food Policy Research Institute. (2016). *The 2016 Global Nutrition Report*. IFPRI: Washington DC.





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

1.2. Kerangka Hukum, Kebijakan, dan Kendala Implementasi

5. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang mengatur penyelenggaraan upaya perbaikan gizi masyarakat meliputi: arah, tujuan, dan strategi perbaikan gizi masyarakat. Tujuan perbaikan gizi adalah meningkatkan mutu gizi perorangan dan masyarakat. Terdapat empat strategi perbaikan gizi masyarakat, yaitu: 1) Perbaikan pola konsumsi makanan yang sesuai dengan gizi seimbang; 2) Perbaikan perilaku sadar gizi, aktivitas fisik, dan kesehatan; 3) Peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi yang sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi; dan 4) Peningkatan sistem kewaspadaan pangan dan gizi.⁴ Undang-Undang No. 18 tahun 2012 tentang Pangan menyebutkan bahwa status gizi masyarakat merupakan salah satu pertimbangan dalam pembangunan pangan dan mewajibkan pemerintah pusat dan pemerintah daerah menyusun Rencana Aksi Pangan dan Gizi (RAPG) setiap lima tahun.⁵
6. Untuk mencegah dan menurunkan *stunting*, pemerintah telah menetapkan beberapa kebijakan dan program. Komitmen dan inisiatif pemerintah untuk mencegah *stunting* diawali dengan bergabungnya Indonesia ke dalam gerakan *Global Scaling Up Nutrition* (SUN) 2011. Hal ini ditandai dengan penyampaian surat keikutsertaan Indonesia oleh Menteri Kesehatan kepada Sekretaris Jenderal Perserikatan Bangsa-Bangsa. Gerakan ini diluncurkan tahun 2010 dengan prinsip dasar bahwa semua warga negara memiliki hak untuk mendapatkan akses terhadap makanan yang memadai dan bergizi.
7. Pencegahan *stunting* memerlukan intervensi gizi yang terpadu, mencakup intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif. Pengalaman global menunjukkan bahwa penyelenggaraan intervensi yang terpadu untuk menyalurkan kelompok prioritas di lokasi prioritas merupakan kunci keberhasilan perbaikan gizi, tumbuh kembang anak, dan pencegahan *stunting*.⁶ Sejalan dengan inisiatif Percepatan Pencegahan *Stunting*, pemerintah meluncurkan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi (Gernas PPG) yang ditetapkan melalui Peraturan Presiden No. 42 tahun 2013 tentang Gernas PPG dalam kerangka 1.000 HPK. Gernas PPG dikoordinasikan oleh Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan (Menko PMK) sebagai Ketua Gugus Tugas.⁷ Sebagai bagian dari Gernas PPG, pemerintah menerbitkan Kerangka Kebijakan⁸

³ World Bank. (2014). *Better Growth Through Improved Sanitation and Hygiene Practices*. WB: Indonesia.

⁴ Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan

⁵ Undang-Undang No. 18 tahun 2012 tentang Pangan

⁶ Levinson, F.J., and Y. Balarajan. (2013). *Addressing malnutrition multisectorally: what have we learned from recent international experience*, UNICEF Nutrition Working Paper, UNICEF and MDG Achievement Fund, New York.

⁷ Peraturan Presiden No 42 tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi

⁸ Kerangka Kebijakan Gernas 1.000 HPK, 2013

dan Panduan Perencanaan dan Penganggaran Gernas 1.000 HPK.⁹ Pada tataran kebijakan, pemerintah memberikan perhatian besar terhadap pencegahan *stunting*. Indikator dan target pencegahan *stunting* telah dimasukkan sebagai sasaran pembangunan nasional dan tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019.¹⁰

8. Berbagai program terkait pencegahan *stunting* telah diselenggarakan, namun belum efektif dan belum terjadi dalam skala yang memadai (lihat Kotak-1.1). Kajian Bank Dunia dan Kementerian Kesehatan¹¹ menemukan bahwa sebagian besar ibu hamil dan anak berusia di bawah dua tahun (baduta) tidak memiliki akses memadai terhadap layanan dasar, sementara tumbuh kembang anak sangat tergantung pada akses terhadap intervensi gizi spesifik dan sensitif, terutama selama 1.000 HPK. Hanya 28,7% baduta yang memiliki empat akses layanan dasar secara simultan, umumnya mencakup akses terhadap akta kelahiran, air minum, sanitasi, dan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif. Sementara yang memiliki akses ke delapan layanan (semua) kurang dari 0,1% (lihat Tabel-1.1). Kajian tersebut menyimpulkan bahwa pendekatan gizi yang terpadu atau konvergen sangat penting dilakukan untuk mencegah *stunting* dan masalah gizi.

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

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

Sumber: Kajian Bank Dunia dan Kementerian Kesehatan, 2017

⁹ Pedoman Perencanaan dan Penganggaran Gernas 1.000 HPK, 2013

¹⁰ Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015-2019.

¹¹ World Bank dan Kementerian Kesehatan. (2017). *Operationalizing A Multisectoral Approach for the Reduction of Stunting in Indonesia*, 2017.

Kotak 1.1. Kendala dalam Penyelenggaraan Percepatan Pencegahan *Stunting*



Penyelenggaraan intervensi gizi spesifik dan sensitif masih belum terpadu, baik dari proses perencanaan dan penganggaran, pelaksanaan, pemantauan, maupun evaluasi.



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



Pengalokasian dan pemanfaatan sumber daya dan sumber dana belum efektif dan efisien. Belum ada kepastian pemenuhan kebutuhan sumber dana untuk pencegahan *stunting* di tingkat kabupaten/kota. Potensi sumber daya dan sumber dana tersedia dari berbagai sumber, namun belum diidentifikasi dan dimobilisasi secara optimal.



Terdapat keterbatasan kapasitas penyelenggara program, ketersediaan, kualitas, dan pemanfaatan data untuk mengembangkan kebijakan. Program advokasi, sosialisasi, kampanye *stunting*, kegiatan konseling, dan keterlibatan masyarakat masih sangat terbatas.¹²



Di tingkat lapangan (desa) berbagai kegiatan yang terkait dengan *stunting* belum terpadu, baik dalam penetapan sasaran, perencanaan kegiatan, peran dan tugas antarpihak. Akibatnya cakupan dan kualitas berbagai pelayanan kurang optimal.



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

¹² *Institutional Capacity Assessment for Nutrition*, UNICEF 2018

1.3. Komitmen Nasional Pencegahan Stunting

9. Presiden memiliki komitmen yang tinggi dalam pencegahan *stunting*. Dalam rapat terbatas tanggal 5 April 2018 tentang pencegahan *stunting*, Presiden memberikan arahan kepada Menteri Koordinator Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, Menteri Kesehatan, dan para pimpinan K/L untuk menangani permasalahan *stunting* secara terintegrasi
10. Wakil Presiden Republik Indonesia memimpin Rapat Koordinasi Tingkat Menteri untuk pencegahan *stunting* pada tanggal 12 Juli 2017. Rapat tersebut memutuskan bahwa pencegahan *stunting* penting dilakukan dengan pendekatan multi-sektor melalui sinkronisasi program-program nasional, lokal, dan masyarakat di tingkat pusat maupun daerah.
11. Pada Rapat Koordinasi Tingkat Menteri berikutnya tanggal 9 Agustus 2017, memutuskan Lima Pilar Pencegahan *Stunting*, yaitu: 1) Komitmen dan visi kepemimpinan; 2) Kampanye nasional dan komunikasi perubahan perilaku; 3) Konvergensi, koordinasi, dan konsolidasi program pusat, daerah, dan desa; 4) Gizi dan ketahanan pangan; dan 5) Pemantauan dan evaluasi, menetapkan Kementerian/Lembaga penanggung jawab upaya percepatan pencegahan *stunting*, menetapkan wilayah prioritas dan strategi percepatan pencegahan *stunting*, dan menyiapkan strategi kampanye nasional *stunting*.
12. Selain itu, pemerintah telah menetapkan Peraturan Presiden Nomor 59 tahun 2017 tentang Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB). Upaya percepatan perbaikan gizi merupakan bagian dari TPB tujuan dua yaitu mengakhiri kelaparan, mencapai ketahanan pangan dan nutrisi yang lebih baik dan mendukung pertanian berkelanjutan. *Stunting* telah ditetapkan sebagai prioritas nasional dalam dokumen perencanaan dan TPB. Adapun strategi percepatan perbaikan gizi dalam dokumen perencanaan RPJMN 2015-2019 adalah sebagai berikut:
 - a. Peningkatan surveilans gizi termasuk pemantauan pertumbuhan
 - b. Peningkatan akses dan mutu paket pelayanan kesehatan dan gizi dengan fokus utama pada 1.000 hari pertama kehidupan (ibu hamil hingga anak usia 23 bulan), balita, remaja, dan calon pengantin
 - c. Peningkatan promosi perilaku masyarakat tentang kesehatan, gizi, sanitasi, higiene, dan pengasuhan
 - d. Peningkatan peran masyarakat dalam perbaikan gizi termasuk melalui Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat/UKBM (Posyandu dan Pos PAUD)
 - e. Penguatan pelaksanaan, dan pengawasan regulasi dan standar gizi
 - f. Pengembangan fortifikasi pangan
 - g. Penguatan peran lintas sektor dalam rangka intervensi sensitif dan spesifik yang didukung oleh peningkatan kapasitas pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten/kota dalam pelaksanaan rencana aksi pangan dan gizi

13. Sasaran pokok dan arah kebijakan RPJMN 2015-2019 tersebut di atas selanjutnya telah diterjemahkan ke dalam perencanaan dan penganggaran tahunan (Rencana Kerja Pemerintah/RKP) dimana percepatan perbaikan gizi masyarakat telah menjadi agenda prioritas dalam mulai RKP tahun 2015, 2016, 2017, dan 2018.
14. Pencegahan *stunting* ditetapkan sebagai program prioritas nasional yang harus dimasukkan ke dalam Rencana Kerja Pemerintah (RKP) tahun 2018 dan setidaknya hingga 2021. Program pencegahan *stunting* diselenggarakan untuk menyalurkan kelompok sasaran prioritas, di lokasi prioritas, dan melalui intervensi prioritas.

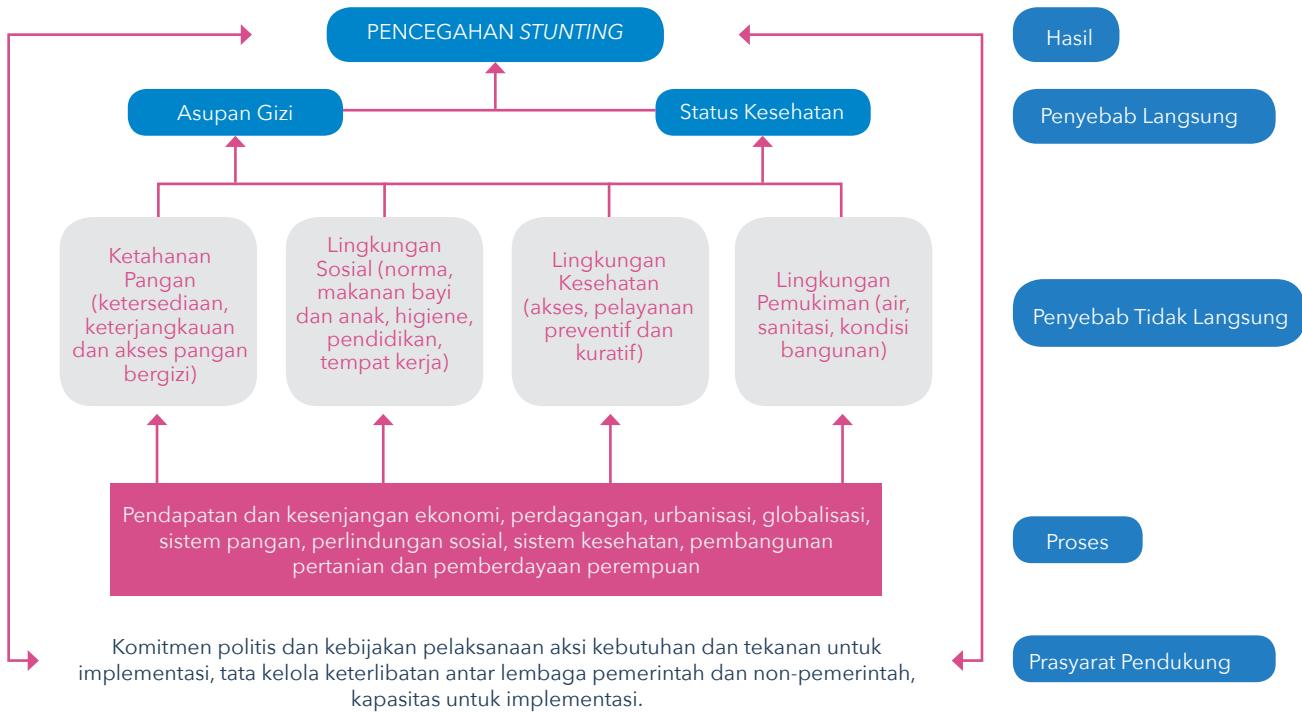
1.4. Kerangka Penyebab dan Pendekatan

15. Stranas *Stunting* mengadopsi kerangka penyebab masalah gizi, yaitu "*The Conceptual Framework of the Determinants of Child Undernutrition*"¹³, "*The Underlying Drivers of Malnutrition*"¹⁴, dan "Faktor Penyebab Masalah Gizi Konteks Indonesia".¹⁵ Pencegahan *stunting* menitikberatkan pada penanganan penyebab masalah gizi, yaitu faktor yang berhubungan dengan ketahanan pangan khususnya akses terhadap pangan bergizi (makanan), lingkungan sosial yang terkait dengan praktik pemberian makanan bayi dan anak (pengasuhan), akses terhadap pelayanan kesehatan untuk pencegahan dan pengobatan (kesehatan), serta kesehatan lingkungan yang meliputi tersedianya sarana air bersih dan sanitasi (lingkungan). Keempat faktor tersebut secara tidak langsung mempengaruhi asupan gizi dan status kesehatan ibu dan anak. Intervensi terhadap keempat faktor tersebut diharapkan dapat mencegah malnutrisi, baik kekurangan maupun kelebihan gizi.
16. Penyebab tidak langsung masalah *stunting* dipengaruhi oleh berbagai faktor, meliputi pendapatan dan kesenjangan ekonomi, perdagangan, urbanisasi, globalisasi, sistem pangan, jaminan sosial, sistem kesehatan, pembangunan pertanian, dan pemberdayaan perempuan. Untuk mengatasi penyebab *stunting*, diperlukan prasyarat pendukung yang mencakup: (a) Komitmen politik dan kebijakan untuk pelaksanaan; (b) Keterlibatan pemerintah dan lintas sektor; dan (c) Kapasitas untuk melaksanakan. Gambar 1-1 menunjukkan bahwa pencegahan *stunting* memerlukan pendekatan yang menyeluruh, yang harus dimulai dari pemenuhan prasyarat pendukung.

¹³ UNICEF. (2013). *Improving Child Nutrition, The Achievable Imperative for Global Progress*. UNICEF: New York.

¹⁴ International Food Policy Research Institute. (2016). *From Promise to Impact Ending malnutrition by 2030*. IFPRI: Washington DC.

¹⁵ Bappenas. (2018). Rencana Aksi Nasional Dalam Rangka Penurunan *Stunting*. Rembuk *Stunting*: Jakarta.

Gambar 1.1. Kerangka Penyebab *Stunting* di Indonesia

Sumber: UNICEF 1997; IFPRI, 2016; BAPPENAS 2018, disesuaikan dengan konteks Indonesia

17. Berdasarkan kerangka penyebab masalah *stunting*, Stranas *Stunting* mengembangkan kerangka hasil percepatan pencegahan *stunting* (lihat Gambar 8.2). Di dalam kerangka tersebut, pencegahan *stunting* diawali dengan penyiapan faktor pendukung, yang dituangkan dalam lima pilar. Implementasi dari lima pilar diharapkan dapat meningkatkan cakupan layanan gizi spesifik dan sensitif pada sasaran prioritas, yang pada akhirnya diharapkan dapat menurunkan prevalensi *stunting*.

BAB 2

TUJUAN DAN PRIORITAS

2.1. Tujuan

18. Tujuan umum Stranas *Stunting* adalah mempercepat pencegahan *stunting* dalam kerangka kebijakan dan institusi yang ada. Tujuan tersebut akan dicapai melalui lima tujuan khusus sebagai berikut:
- a. Memastikan pencegahan *stunting* menjadi prioritas pemerintah dan masyarakat di semua tingkatan;
 - b. Meningkatkan kesadaran publik dan perubahan perilaku masyarakat untuk mencegah *stunting*;
 - c. Memperkuat konvergensi melalui koordinasi dan konsolidasi program dan kegiatan pusat, daerah, dan desa;
 - d. Meningkatkan akses terhadap makanan bergizi dan mendorong ketahanan pangan; dan
 - e. Meningkatkan pemantauan dan evaluasi sebagai dasar untuk memastikan pemberian layanan yang bermutu, peningkatan akuntabilitas, dan percepatan pembelajaran.





GOODS //ORG. 1986

NYC ORIGINAL DESIGNS
URBAN STREET STYLE WEAR
MADE FOR COOL OUTLOOK
COMFORT & ENDURANCE

INDIGO
UNITED

AUTH

Fly
Emirates

SURF

19. Untuk memastikan tercapainya target prevalensi *stunting* World Health Assembly (WHA) yaitu menurunkan angka *stunting* sebanyak 40% dari prevalensi 2013 yaitu 22% pada tahun 2025 dan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB) yaitu eliminasi semua bentuk kekurangan gizi pada tahun 2030, perlu diupayakan percepatan penurunan *stunting* dari kondisi saat ini. Melihat pada tren penurunan *stunting* dari penyebab langsung yaitu berat badan lahir rendah (BBLR), asupan gizi ibu hamil (mikronutrisi antenatal), dan angka diare. Terdapat tiga skenario permodelan pencegahan *stunting* untuk anak berusia dibawah dua tahun (baduta) hingga 2024. Skenario pertama (pesimis): dengan upaya yang dilakukan saat ini, angka *stunting* pada baduta akan turun sekitar 1-1,5% per tahun. Skenario kedua (moderat): dengan peningkatan upaya, angka *stunting* pada baduta akan turun sebesar 1,5-2% per tahun dan dapat mencapai target WHA dan TPB. Skenario ketiga (optimis): dengan peningkatan upaya yang lebih optimis, angka *stunting* pada baduta akan turun sekitar 2-2,5% per tahun.¹⁶

2.2. Sasaran

20. Sasaran prioritas Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting* adalah ibu hamil dan anak berusia 0-23 bulan atau rumah tangga 1.000 HPK.
21. 1.000 HPK merupakan masa yang paling kritis dalam tumbuh kembang anak.¹⁷ Di Indonesia, gangguan pertumbuhan terbesar terjadi pada periode ini. Sebanyak 48,9% ibu hamil menderita anemia dan sebagian lainnya mengalami gangguan Kurang Energi Kronis (KEK). Akibatnya, prevalensi bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) masih tinggi, yaitu sekitar 6,2%. BBLR merupakan salah satu penyebab utama *stunting*. Pemberian ASI, makanan, dan pola asuh pada periode 0-23 bulan yang tidak tepat mengganggu tumbuh kembang anak. Riskesdas (2013) mencatat bahwa penurunan tumbuh kembang anak merupakan akibat dari buruknya pola makan bayi dan anak. Hal ini menyebabkan peningkatan prevalensi *stunting* dari 29% (0-6 bulan), ke 39% (6-11 bulan), dan menjadi 42% (usia 24-35 bulan). Namun, *stunting* tidak hanya dipengaruhi oleh status gizi ibu hamil dan anak selama 1.000 HPK, tetapi juga dipengaruhi oleh gizi ibu pada periode sebelumnya, terutama pada periode pra konsepsi yaitu wanita usia subur dan remaja.¹⁸
22. Selain kategori sasaran prioritas pencegahan *stunting*, yaitu ibu hamil, ibu menyusui, dan anak 0-23 bulan, terdapat kategori sasaran penting, yaitu anak usia 24-59 bulan, wanita usia subur (WUS), dan remaja putri. Sasaran penting ini perlu diintervensi apabila semua sasaran prioritas telah terlayani secara optimal.

¹⁶ Rokx, C., Subandoro, A., Gallaghe, P. (2018). *Aiming high, Indonesia's ambition to reduce stunting*. World Bank.

¹⁷ Karakochuk, C.D. (2018). *The biology of the first 1,000 days*.

¹⁸ Tyler Vaivada, et al. (2017). Evidence-based intervention for improvement of maternal and child nutrition in low income settings: What's new?. www.co-clinicalnutrition.com Vol. 20 No. 3 May 2017.

2.3. Intervensi Gizi Spesifik

23. Intervensi gizi spesifik menyangkut penyebab *stunting* yang meliputi: 1) Kecukupan asupan makanan dan gizi; 2) Pemberian makan, perawatan dan pola asuh; dan 3) Pengobatan infeksi/penyakit.

24. Terdapat tiga kelompok intervensi gizi spesifik:

- a. **Intervensi prioritas**, yaitu intervensi yang diidentifikasi memiliki dampak paling besar pada pencegahan *stunting* dan ditujukan untuk menjangkau semua sasaran prioritas
- b. **Intervensi pendukung**, yaitu intervensi yang berdampak pada masalah gizi dan kesehatan lain yang terkait *stunting* dan diprioritaskan setelah intervensi prioritas dilakukan.
- c. **Intervensi prioritas sesuai kondisi tertentu**, yaitu intervensi yang diperlukan sesuai dengan kondisi tertentu, termasuk saat darurat bencana (program gizi darurat).¹⁹

Pembagian kelompok ini dimaksudkan sebagai panduan bagi pelaksana program apabila terdapat keterbatasan sumber daya.

Intervensi gizi spesifik pencegahan *stunting* dijelaskan secara ringkas dalam tabel 2-1. Untuk penjelasan lebih lengkap terkait standar dan bukti intervensi gizi dapat dilihat pada lampiran 1 dan 2.

¹⁹ Program gizi darurat mencakup kesiapan dan respon bencana, surveilans, dan intervensi sesuai kebutuhan sasaran.

Tabel 2 1. Intervensi Gizi Spesifik Percepatan Pencegahan *Stunting*

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Intervensi Pendukung	Intervensi Prioritas Sesuai Kondisi Tertentu
Kelompok Sasaran 1.000 HPK			
Ibu hamil	<ul style="list-style-type: none"> Pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil dari kelompok miskin/ Kurang Energi Kronik (KEK) Suplementasi tablet tambah darah 	<ul style="list-style-type: none"> Suplementasi kalsium Pemeriksaan kehamilan 	<ul style="list-style-type: none"> Perlindungan dari malaria Pencegahan HIV
Ibu menyusui dan anak 0-23 bulan	<ul style="list-style-type: none"> Promosi dan konseling menyusui Promosi dan konseling pemberian makan bayi dan anak (PMBA) Tata laksana gizi buruk Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak kurus Pemantauan dan promosi pertumbuhan 	<ul style="list-style-type: none"> Suplementasi kapsul vitamin A Suplementasi taburia Imunisasi Suplementasi zinc untuk pengobatan diare Manajemen terpadu balita sakit (MTBS) 	<ul style="list-style-type: none"> Pencegahan kecacingan
Kelompok Sasaran Usia Lainnya			
Remaja putri dan wanita usia subur	<ul style="list-style-type: none"> Suplementasi tablet tambah darah 		
Anak 24-59 bulan	<ul style="list-style-type: none"> Tata laksana gizi buruk Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak kurus Pemantauan dan promosi pertumbuhan 	<ul style="list-style-type: none"> Suplementasi kapsul vitamin A Suplementasi taburia Suplementasi zinc untuk pengobatan diare Manajemen terpadu balita sakit (MTBS) 	<ul style="list-style-type: none"> Pencegahan kecacingan

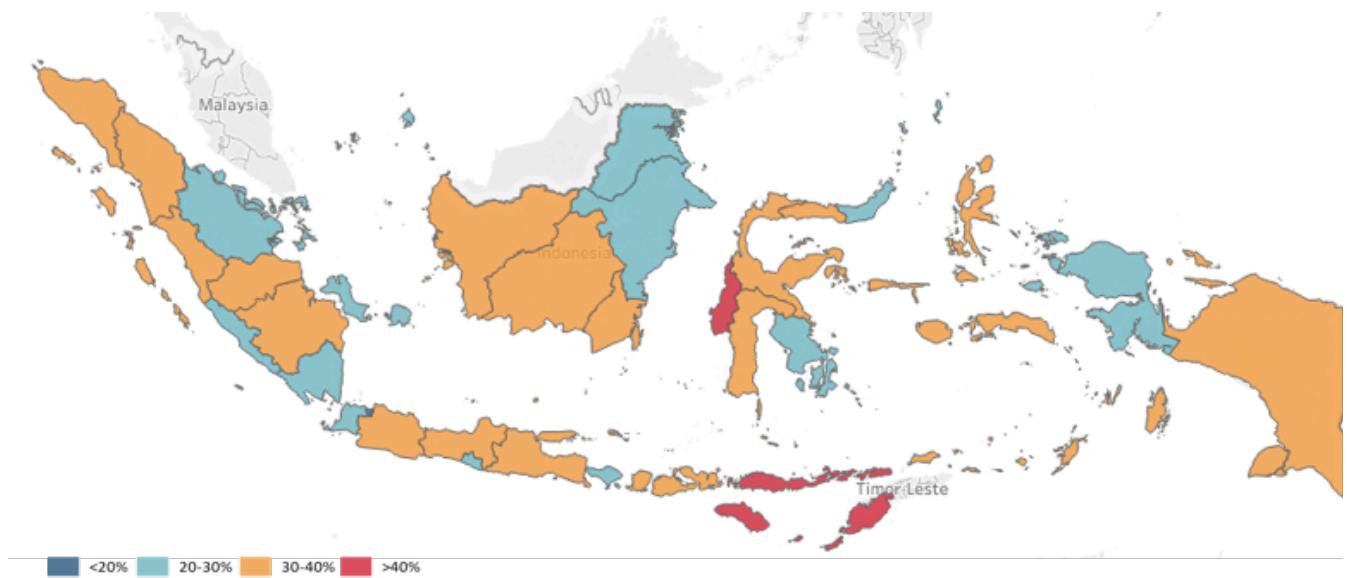
2.4. Intervensi Gizi Sensitif

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

Tabel 2.2. Intervensi Gizi Sensitif Percepatan Pencegahan Stunting

JENIS INTERVENSI	PROGRAM/KEGIATAN INTERVENSI
 Peningkatan penyediaan air minum dan sanitasi	<ul style="list-style-type: none"> Akses air minum yang aman Akses sanitasi yang layak
 Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> Akses pelayanan Keluarga Berencana (KB) Akses Jaminan Kesehatan (JKN) Akses bantuan uang tunai untuk keluarga kurang mampu (PKH)
 Peningkatan kesadaran, komitmen, dan praktik pengasuhan dan gizi ibu dan anak	<ul style="list-style-type: none"> Penyebarluasan informasi melalui berbagai media Penyediaan konseling perubahan perilaku antar pribadi Penyediaan konseling pengasuhan untuk orang tua Penyediaan akses Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), promosi stimulasi anak usia dini, dan pemantauan tumbuh-kembang anak Penyediaan konseling kesehatan dan reproduksi untuk remaja Pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak
 Peningkatan akses pangan bergizi	<ul style="list-style-type: none"> Akses bantuan pangan non tunai (BPNT) untuk keluarga kurang mampu Akses fortifikasi bahan pangan utama (garam, tepung terigu, minyak goreng) Akses kegiatan Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL) Penguatan regulasi mengenai label dan iklan pangan

Gambar 2.1. Distribusi Geografis Prevalensi *Stunting* menurut Provinsi



Sumber: Riset Kesehatan Dasar Kementerian Kesehatan, 2018.

2.5. Kabupaten/Kota Prioritas

26. Berdasarkan Riskesdas 2018 (Gambar 2.1.), sebanyak 2 provinsi mempunyai prevalensi *stunting* di atas 40%, yang tergolong sangat tinggi; 18 provinsi mempunyai prevalensi *stunting* antara 30-40 % yang tergolong tinggi. Hanya Provinsi DKI Jakarta yang mempunyai prevalensi *stunting* di bawah 20%, yang tergolong sedang dan rendah. Selain *stunting*, prevalensi kurus (wasting) di beberapa kabupaten/kota juga sangat tinggi, yaitu di atas 15% (Riskesdas 2013). Hal ini mengindikasikan besarnya kasus kekurangan gizi akut, dengan risiko kematian yang sangat tinggi, yaitu 11 kali lebih besar dibandingkan dengan anak normal.
27. Percepatan pencegahan *stunting* diselenggarakan di seluruh kabupaten/kota secara bertahap. Pentahapan perluasan kabupaten/kota didasarkan pada prevalensi *stunting* dan jumlah penduduk miskin di setiap kabupaten. Penetapan kabupaten/kota prioritas dilakukan melalui Rapat Tingkat Menteri yang dipimpin oleh Wakil Presiden pada bulan Agustus 2017.

28. Percepatan pencegahan *stunting* dilakukan dalam beberapa tahapan. Tahap pertama (2018), pemerintah menyelenggarakan intervensi ke 1.000 desa fokus di 100 kabupaten/kota dengan mengarusutamakan pendekatan konvergensi multi-sektor. Tahap kedua (2019), kegiatan intervensi diperluas ke 1.600 desa fokus di 160 kabupaten/kota. Tahap ketiga (2020-2024), kegiatan akan diperluas ke seluruh kabupaten/kota secara bertahap (gambar 2.2). Penetapan lokasi ini akan dilakukan secara tahunan dalam Rencana Kerja Pemerintah (RKP).

Gambar 2.2. Lokasi Intervensi dan Strategi Perluasan



BAB 3

STRATEGI NASIONAL PERCEPATAN PENCEGAHAN **STUNTING**

29. Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting* (Stranas *Stunting*) disusun melalui proses penilaian dan diagnosis pencegahan *stunting*, termasuk identifikasi prioritas kegiatan. Tujuannya adalah untuk memastikan agar semua sumber daya diarahkan dan dialokasikan untuk mendukung dan membiayai kegiatan-kegiatan prioritas, terutama untuk meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan gizi pada kelompok ibu hamil dan anak berusia 0-23 bulan atau rumah tangga 1.000 HPK.

30. Stranas *Stunting* disusun agar semua pihak di berbagai tingkatan dapat bekerja sama untuk mempercepat pencegahan *stunting*. Penyusunan Stranas *Stunting* melibatkan berbagai pihak terkait, yaitu Kementerian/Lembaga, akademisi dan organisasi profesi, organisasi masyarakat madani, serta dunia usaha. Dalam penyusunannya, Stranas *Stunting* juga memperhatikan keberhasilan negara-negara lain dalam pencegahan *stunting* dan memastikan adanya keberpihakan pada kesetaraan gender dan disabilitas.





31. Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting* terdiri dari lima pilar, yaitu: 1) Komitmen dan visi kepemimpinan; 2) Kampanye nasional dan komunikasi perubahan perilaku; 3) Konvergensi program pusat, daerah, dan desa; 4) ketahanan pangan dan gizi; dan 5) Pemantauan dan evaluasi. Strategi ini diselenggarakan di semua tingkatan pemerintah dengan melibatkan berbagai institusi pemerintah yang terkait dan institusi non-pemerintah, seperti swasta, masyarakat madani, dan komunitas. Strategi ini digunakan untuk menyangkut kelompok prioritas rumah tangga 1.000 HPK dan masyarakat umum di lokasi prioritas.

3.1. Pilar 1: Komitmen dan Visi Kepemimpinan

3.1.1. Tujuan

32. Pilar 1 (satu) bertujuan memastikan pencegahan *stunting* menjadi prioritas pemerintah dan masyarakat di semua tingkatan.

33. Pilar ini menjaga dan menindaklanjuti komitmen dan visi Presiden dan Wakil Presiden terhadap Percepatan Pencegahan *Stunting* dengan mengarahkan, mengkoordinasikan, dan memperkuat strategi, kebijakan, dan target pencegahan *stunting*. Penyelenggarannya dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, pemerintah desa, kelompok-kelompok masyarakat, hingga rumah tangga. Penetapan strategi dan kebijakan percepatan pencegahan *stunting* diselaraskan dengan sasaran RPJMN 2015-2019, target *World Health Assembly* 2025, dan agenda kedua dari Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals/SDGs 2030*).²⁰

34. Kegiatan-kegiatan dalam Pilar Satu dikoordinasikan oleh Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia (Setwapres RI)/Sekretariat Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K).

3.1.2. Strategi Pencapaian

Strategi pencapaian tujuan Pilar 1 (satu) adalah:

35. **Kepemimpinan Presiden untuk pencegahan *stunting***, dengan memastikan bahwa visi, arahan, dan dukungan Presiden dan Wakil Presiden untuk pencegahan *stunting* tersosialisasi dengan baik dan diterjemahkan ke dalam kebijakan dan distribusi sumber daya yang tepat sasaran dan memadai untuk penyelenggaraan pencegahan *stunting* di semua tingkatan pemerintah dan masyarakat.

36. **Kepemimpinan Pemerintah Daerah untuk pencegahan *stunting***, dengan menciptakan lingkungan kebijakan yang mendukung bagi penyelenggaraan kegiatan pencegahan *stunting* yang konvergen dan berbasis pencapaian hasil.

²⁰ Agenda kedua SDGs 2030, yaitu menghentikan kelaparan, meningkatkan ketahanan pangan dan nutrisi, dan mempromosikan pertanian berkelanjutan.

37. **Kepemimpinan Pemerintah Desa untuk pencegahan stunting**, dengan menciptakan lingkungan kebijakan yang mendukung bagi penyelenggaraan kegiatan pencegahan *stunting* secara konvergen di tingkat desa.
38. **Pelibatan swasta, masyarakat madani, dan komunitas**, dengan memastikan keterlibatan mereka secara aktif dalam percepatan pencegahan *stunting* di kalangan masyarakat.

3.1.3. Instrumen Pelaksanaan

39. **Penyusunan Kebijakan tentang Pencegahan Stunting.** Kebijakan ini disusun untuk memastikan efektifitas dan efisiensi penggunaan sumber daya di semua tingkatan pemerintah untuk pencegahan *stunting*. Alat yang digunakan untuk melaksanakan aksi ini adalah:
- Komite Percepatan Pencegahan *Stunting* yang terdiri dari Komite Pengarah, Komite Pengendali, dan Tim Teknis. Komite Pengarah dipimpin oleh Wakil Presiden dengan Menteri Koordinator Pembangunan Manusia dan Kebudayaan sebagai Wakil Ketua (Lihat Bab 4.1 tentang Pelaksanaan Koordinasi).
 - Peraturan atau Kebijakan di tingkat Daerah (Provinsi dan/atau Kabupaten/Kota), untuk mendukung penyelenggaraan aksi konvergensi/integrasi²¹ pencegahan *stunting* secara efektif dan efisien sesuai dengan kewenangan dan sumber daya Pemerintah Daerah dan Desa.
40. **Pembuatan Makalah Kebijakan Singkat (Policy Brief).** Dokumen ini disampaikan secara berkala kepada pimpinan tertinggi pemerintahan (Presiden, Wakil Presiden, Gubernur, Wakil Gubernur, Bupati/Walikota, Wakil Bupati/Walikota) dan diterjemahkan ke dalam berbagai bentuk media komunikasi sesuai dengan kebutuhan. Alat yang digunakan untuk melaksanakan aksi ini adalah:
- Materi makalah kebijakan singkat mencakup pembaruan data dan informasi terkait *stunting* secara berkala, yang dibutuhkan para pimpinan pemerintah untuk menentukan kebijakan, membuat penganggaran, dan mengkoordinasikan penyelenggaraan percepatan pencegahan *stunting* lintas sektor secara efektif, efisien, dan terukur.
 - Kegiatan ini dikelola oleh Setwapres/Sekretariat TNP2K melibatkan Kementerian/Lembaga (K/L) terkait untuk tingkat pusat, dan Bappeda atau Organisasi Perangkat Daerah (OPD) lain yang sesuai di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.
41. **Pelaksanaan Rembuk Stunting Tingkat Nasional.** Ini adalah forum tahunan yang dilakukan di tingkat nasional dengan mengundang perwakilan institusi pemerintah (K/L dan pemerintah daerah) dan non-pemerintah (swasta, mitra pembangunan, masyarakat madani, dan komunitas). Tujuannya adalah untuk: (a) Memastikan komitmen semua pihak terhadap pencegahan *stunting*;

²¹ Konvergensi dan Aksi Konvergensi, lihat Pilar 3.

(b) Mengadvokasi pemimpin daerah, swasta, dan masyarakat madani untuk mendukung percepatan pencegahan *stunting*; (c) Mengurai hambatan dan masalah yang muncul; (d) Menyampaikan kemajuan penyelenggaraan kegiatan pencegahan *stunting*; (e) Mengapresiasi kinerja pemerintah dan organisasi non-pemerintah dalam pencegahan *stunting*; dan (f) Berbagi pembelajaran untuk pelaksanaan Aksi Konvergensi/Integrasi Pencegahan *Stunting* yang lebih efektif dan efisien. Alat yang digunakan untuk melaksanakan aksi ini adalah:

- a. Rancangan dan materi Rembuk *Stunting* Nasional; rancangan kegiatan yang partisipatif untuk memastikan komitmen dan visi yang sama untuk mencegah *stunting*. Rancangan ini dilengkapi dengan materi-materi terbaru terkait dengan penyelenggaraan pencegahan *stunting* yang mencakup antara lain kebijakan, anggaran, pemutakhiran data *stunting* dan cakupan intervensi, ulasan kinerja, diagnosis masalah *stunting*, pembelajaran dari lapangan, dan temuan-temuan ilmiah terbaru.
- b. Kegiatan ini dikoordinir oleh Setwapres/Sekretariat TNP2K bersama dengan Bappenas untuk Rembuk *Stunting* di tingkat nasional, dan Sekretariat Daerah (Setda) bersama dengan Bappeda di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

42. Penyusunan strategi untuk melibatkan swasta, masyarakat madani, dan komunitas.

Setwapres/Sekretariat TNP2K bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan pelibatan dan kerja sama antara institusi pemerintah, swasta, masyarakat madani, dan komunitas untuk percepatan pencegahan *stunting*. **Lihat Pedoman teknis Strategi Pelibatan Swasta dan Masyarakat Madani** untuk penjelasan lebih lengkap.

3.2. Pilar 2: Kampanye Nasional dan Komunikasi Perubahan Perilaku

3.2.1. Tujuan

43. Pilar 2 (dua) bertujuan untuk meningkatkan kesadaran publik dan perubahan perilaku masyarakat untuk mencegah *stunting*.
44. Pilar ini meliputi: (a) Advokasi secara berkelanjutan kepada para pembuat keputusan di berbagai tingkatan pemerintah, (b) Kampanye nasional dan sosialisasi kepada pengelola program menggunakan berbagai bentuk media dan kegiatan-kegiatan masyarakat, serta (c) Komunikasi antar pribadi untuk mempercepat perubahan perilaku di tingkat rumah tangga dalam mendukung ibu hamil dan mengasuh anak 0-23 bulan.
45. Pilar 2 (dua) dikoordinasikan oleh Kementerian Kesehatan dan Kementerian Komunikasi dan Informatika.

3.2.2. Strategi Pencapaian

Strategi pencapaian tujuan Pilar 2 (dua) adalah:

46. **Kampanye perubahan perilaku bagi masyarakat umum yang konsisten dan berkelanjutan**, dengan memastikan pengembangan pesan, pemilihan saluran komunikasi, dan pengukuran dampak komunikasi yang efektif, efisien, tepat sasaran, konsisten, dan berkelanjutan.
47. **Komunikasi antar pribadi sesuai konteks sasaran**, dengan memastikan pengembangan pesan sesuai dengan kebutuhan kelompok sasaran seperti Posyandu, kunjungan rumah, konseling pernikahan, konseling reproduksi remaja, dan sebagainya.
48. **Advokasi berkelanjutan kepada pengambil keputusan**, dengan memastikan terselenggaranya penjangkauan yang sistematis terhadap para pengambil keputusan untuk mendukung percepatan pencegahan *stunting* melalui penyediaan alat bantu, dan pengembangan kapasitas penyelenggara kampanye dan komunikasi perubahan perilaku.
49. **Pengembangan kapasitas pengelola program**, dengan memberikan pengetahuan dan pelatihan bagi penyelenggara kampanye dan komunikasi perubahan perilaku yang efektif dan efisien.

3.2.3. Instrumen Pelaksanaan

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

spesifik. Untuk mendukung kegiatan ini, diperlukan kebijakan seperti Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) dari Kementerian Kesehatan atau Peraturan Bupati/Walikota atau Peraturan/Kebijakan di Daerah. Hal ini dimaksudkan agar komunikasi antar pribadi dapat disesuaikan menurut konteks sosial budaya kelompok sasaran. Strategi ini diterapkan melalui kegiatan konseling, kunjungan rumah, ataupun pertemuan dengan kelompok kecil. Penerapan strategi ini membutuhkan sumber daya manusia yang memahami konsep secara memadai dan terlatih. Alat yang digunakan untuk melaksanakan aksi ini adalah:

- a. Rancangan komunikasi antar pribadi untuk mendorong perubahan perilaku masyarakat; disusun dengan pesan khusus sesuai kebutuhan dan konteks sosial budaya kelompok sasaran, berbasis fakta, memiliki dampak yang dapat diukur, dan dilengkapi dengan panduan dan alat bantu penyelenggaraan seperti buku panduan kampanye, mekanisme koordinasi, anggaran, dan sumber daya yang memadai. Perubahan perilaku kelompok sasaran ini dapat dipantau dan diukur melalui keterlibatan mereka untuk mencegah *stunting* dan kemauan melakukan pemeriksaan/pengobatan lanjutan bagi yang didiagnosa perlu mendapatkan pelayanan kesehatan dan gizi.
- b. Kegiatan ini dikelola oleh Kementerian Kesehatan untuk tingkat pusat dan Dinas Kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

52. Advokasi berkelanjutan kepada pengambil keputusan. Aksi ini diwujudkan dengan melakukan penjangkauan yang sistematis kepada para pengambil keputusan, baik dari unsur pemerintah maupun non-pemerintah. Komitmen dukungan mereka terhadap pencegahan *stunting* harus sejalan dengan strategi komunikasi dan perubahan perilaku yang sudah dirancang. Alat yang digunakan untuk melaksanakan aksi ini adalah:

- a. Panduan advokasi yang mencakup perencanaan, pembagian tugas dan tanggung jawab, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi, dan diseminasi hasil untuk perbaikan penyelenggaraan berikutnya.
- b. Dukungan kebijakan, pengembangan kapasitas, dan sumber daya dari pembuat keputusan, seperti penetapan strategi komunikasi perubahan perilaku dalam Peraturan Bupati/Walikota atau kebijakan daerah, penetapan anggaran dalam APBD, penyisipan materi-materi kampanye dan komunikasi perubahan perilaku dalam kurikulum pendidikan dan pelatihan.
- c. Kegiatan ini dikoordinasikan oleh Kementerian Kesehatan dan Kementerian Komunikasi dan Informatika di tingkat pusat dan Pemerintah Daerah di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

53. Pengembangan kapasitas pengelola program dilakukan dengan mengoptimalkan mekanisme yang telah ada untuk memberikan pengetahuan dan pelatihan bagi penyelenggara kampanye dan komunikasi perubahan perilaku secara efektif dan efisien. Alat yang digunakan untuk melaksanakan aksi ini adalah:

- a. Penyediaan materi-materi komunikasi, informasi, dan edukasi yang dibutuhkan oleh penyelenggara kampanye dan komunikasi perubahan perilaku. Penyediaan informasi dilakukan melalui berbagai media, yaitu cetak dan elektronik.
- b. Pelatihan; meningkatkan kapasitas penyelenggara baik dari institusi pemerintah maupun masyarakat madani (misalnya kader Posyandu, Kader Pembangunan Manusia (KPM)²², perwakilan organisasi keagamaan) untuk menerapkan strategi kampanye dan komunikasi perubahan perilaku dan mencapai hasil yang diharapkan.
- c. Pemantauan dan Evaluasi; untuk memberikan umpan balik dan peningkatan kualitas penyelenggaraan kampanye dan komunikasi perubahan perilaku yang efektif dan efisien kepada kelompok sasaran.
- d. Kegiatan ini dikoordinasikan oleh Kementerian Kesehatan bersama Kementerian Komunikasi dan Informatika untuk tingkat pusat dan Dinas Kesehatan dan Dinas Komunikasi dan Informasi untuk tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

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

3.3.1. Tujuan

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

3.3.2. Strategi Pencapaian

57. Strategi pencapaian tujuan Pilar 3 (tiga) adalah:

- a. Memperkuat konvergensi dalam perencanaan dan penganggaran program dan kegiatan untuk meningkatkan cakupan dan kualitas intervensi gizi prioritas melalui pengembangan kapasitas pemerintah kabupaten/kota.
- b. Memperbaiki pengelolaan layanan program untuk memastikan sasaran prioritas (Rumah Tangga 1.000 HPK) memperoleh dan memanfaatkan paket intervensi yang disediakan.
- c. Memperkuat koordinasi lintas sektor dan antar tingkatan pemerintah, sampai dengan desa untuk memastikan keselarasan penyediaan dan penyelenggaraan pelaksanaan program.

²² Kader Pembangunan Manusia (KPM) dapat berasal dari kader posyandu, kader PAUD, maupun kader lain yang ada di masyarakat untuk menjalankan fungsi mempercepat pencegahan *stunting*.

58. Membagi kewenangan dan tanggung jawab pemerintah di semua tingkatan untuk menyelenggarakan konvergensi, seperti dijelaskan di bawah ini:

Di Tingkat Pusat:

- a. Bappenas mengkoordinasikan pelibatan institusi pemerintah dan institusi/lembaga non-pemerintah untuk mendukung konvergensi percepatan pencegahan *stunting*.
- b. Bappenas dan Kementerian Keuangan memastikan perencanaan dan penganggaran untuk mendukung kegiatan prioritas pencegahan *stunting* di Kementerian/Lembaga dan mengevaluasi efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran.
- c. Kementerian Kesehatan melakukan penguatan intervensi gizi spesifik, dengan memastikan tersedianya sumber daya manusia yang berkapasitas, sumber dana yang memadai, dan petunjuk teknis pelaksanaan intervensi gizi spesifik.
- d. Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi berkoordinasi untuk memprioritaskan pengembangan kapasitas penyelenggaraan konvergensi di tingkat provinsi, kabupaten/kota, dan desa dan memastikan dukungan teknisnya.
- e. Kementerian/Lembaga Teknis lain yang mendukung penyelenggaraan intervensi gizi spesifik dan sensitif memprioritaskan pencegahan *stunting* dalam perencanaan dan penganggaran tahunan, menyediakan dukungan pengembangan kapasitas, dukungan teknis, dan dukungan lain yang tepat.

Di Tingkat Provinsi:

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

Di Tingkat Kabupaten/Kota:

- a. Pemerintah kabupaten/kota memastikan perencanaan dan penganggaran program/kegiatan untuk intervensi prioritas, khususnya di lokasi dengan prevalensi *stunting* tinggi dan/atau kesenjangan cakupan pelayanan yang tinggi.
- b. Pemerintah kabupaten/kota memperbaiki pengelolaan layanan untuk intervensi gizi prioritas dan memastikan bahwa sasaran prioritas memperoleh dan memanfaatkan paket intervensi yang disediakan.

- c. Pemerintah kabupaten/kota mengkoordinir dan melakukan pembinaan kepada kecamatan dan pemerintah desa dalam menyelenggarakan intervensi prioritas, termasuk dalam mengoptimalkan sumber daya, sumber dana, dan pemutakhiran data.

Di Tingkat Desa:

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

3.3.3. Instrumen Pelaksanaan

59. Perencanaan dan penganggaran berbasis data, dilakukan melalui:

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

60. Pelaksanaan konvergensi program dan kegiatan di tingkat Pusat dan daerah, dilakukan melalui:

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

61. Pengembangan kapasitas pemerintah daerah. Pemerintah Pusat melalui Direktorat Jenderal Bina Pembangunan Daerah, Kementerian Dalam Negeri menyediakan dukungan pengembangan kapasitas bagi pemerintah kabupaten/kota untuk melaksanakan Aksi Konvergensi/Aksi Integrasi.

Dukungan pengembangan kapasitas ini dilakukan oleh tim konsultan pusat dan daerah dengan berbagai kelompok keahlian yang akan memberikan dukungan teknis terkait:

- a. Advokasi dan penguatan komitmen pemerintah daerah melalui pengembangan visi daerah untuk pencegahan *stunting*.
- b. Pengembangan kapasitas dalam merancang dan melaksanakan Aksi Konvergensi/Aksi Integrasi.
- c. Penyediaan rujukan yang relevan untuk pencegahan *stunting*.
- d. Distribusi format dan/atau *template* yang dapat dimanfaatkan daerah untuk mempermudah pelaksanaan dan pendokumentasian Aksi Konvergensi/Aksi Integrasi.

62. Penilaian Kinerja Kabupaten dalam Konvergensi Intervensi. Ditjen Bina Bangda Kementerian

Dalam Negeri, melalui Pemerintah Provinsi secara periodik akan melakukan penilaian kinerja kabupaten/kota dalam pelaksanaan konvergensi program intervensi. Pada tahun pertama dan kedua (2019-2020) penilaian kinerja dilakukan terhadap kualitas pelaksanaan Aksi Konvergensi/Aksi Integrasi. Sementara mulai tahun 2021 dan seterusnya penilaian kinerja dilakukan terhadap hasil akhir yaitu meningkatnya akses rumah tangga 1000 HPK kepada intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif, termasuk yang dikumpulkan melalui kartu penilaian desa (*village score card*).

63. Mobilisasi Kader Pembangunan Manusia (KPM). Kementerian Desa, Pembangunan Daerah

Tertinggal, dan Transmigrasi memastikan semua desa fokus memiliki seorang kader yang berfungsi sebagai KPM untuk memastikan terselenggaranya intervensi pencegahan *stunting* di tingkat desa dan melakukan pendataan dan pelaporan secara berkala.

64. Penguatan pelayanan gizi spesifik; dengan memastikan ketersediaan sumber daya, panduan,

dan standar yang dibutuhkan. Kementerian Kesehatan mengelola penguatan pelayanan gizi dengan menggunakan alat sebagai berikut:

- a. Petunjuk Teknis SPM (Standar Pelayanan Minimal) yang telah direvisi, dengan memasukkan intervensi gizi spesifik ke dalam SPM tersebut.
- b. Tenaga kesehatan di Puskesmas dan desa fokus yang kompeten dan mampu memberikan pelayanan sesuai standar dan mampu memberikan dukungan fasilitasi proses pemberdayaan masyarakat desa.
- c. Alokasi dana, sarana, dan obat program yang memadai untuk intervensi gizi prioritas.
- d. Instrumen untuk mengukur kesiapan Puskesmas dalam melaksanakan intervensi gizi spesifik.

3.4. Pilar 4: Ketahanan Pangan dan Gizi

3.4.1. Tujuan

65. Pilar 4 (empat) bertujuan meningkatkan akses terhadap makanan bergizi dan mendorong ketahanan pangan.
66. Pilar ini meliputi penguatan kebijakan pemenuhan kebutuhan gizi dan pangan masyarakat, mencakup pemenuhan kebutuhan pangan dan gizi keluarga, pemberian bantuan pangan dan makanan tambahan, investasi dan inovasi pengembangan produk, dan keamanan pangan sejalan dengan amanat Undang-Undang No. 36/2009 tentang Kesehatan dan Undang-Undang No. 18/2012 tentang Pangan.
67. Pilar 4 (empat) dikoordinasikan oleh Kementerian Pertanian dan Kementerian Kesehatan, dengan melibatkan kementerian teknis terkait pemerintah daerah maupun desa. Kementerian Sosial melalui pemberian bantuan tunai, seperti Program Keluarga Harapan (PKH) dan Bantuan Sosial Pangan, termasuk Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) memastikan agar semua keluarga miskin dapat memenuhi kebutuhan pangan. Kementerian Kesehatan menjamin tersedianya makanan tambahan khusus untuk ibu hamil dan anak yang menderita kekurangan gizi terutama dari keluarga miskin.

3.4.2. Strategi Pelaksanaan

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

3.4.3. Instrumen Pelaksanaan

69. **Pemenuhan kebutuhan pangan dan gizi keluarga;** dengan memastikan terpenuhinya kebutuhan tersebut melalui dukungan kebijakan dan mekanisme pemerintah dan peran masyarakat. Alat yang digunakan untuk melaksanakan aksi ini adalah:

- a. Diversifikasi pangan berbasis sumber daya pangan pangan lokal;
- b. Pengembangan Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL) yang menjangkau seluruh lokasi (desa), terutama desa fokus pencegahan *stunting*, pengembangan kelembagaan kebun bibit Desa, unit pengolahan, dan pemasaran untuk menjaga keberlanjutan KRPL;
- c. Peningkatkan konsumsi pangan hewani, sayur, dan buah terutama bagi kelompok sasaran dan kelompok rawan gizi lainnya melalui sosialisasi kepada ibu hamil dan anak sekolah;
- d. Instrumen ini dikelola oleh Kementerian Kesehatan dan Kementerian Pertanian untuk tingkat pusat dan Dinas Kesehatan dan Dinas Pertanian dan/atau Dinas Ketahanan Pangan bekerja sama dengan Puskesmas dan lembaga masyarakat lainnya untuk tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

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

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

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

72. **Pengawasan Keamanan Pangan.** Alat yang digunakan untuk melaksanakan aksi ini adalah:

- a. Penguatan koordinasi kelembagaan, otoritas kompetensi bidang keamanan dan mutu pangan baik pangan segar maupun olahan, dan penegakan hukum terkait dengan label (kehalaan, komposisi bahan, tanggal kadaluwarsa, dan sebagainya) dan iklan pangan.
- b. Instrumen ini dikelola oleh Badan Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM) bekerja sama dengan Kementerian/Lembaga terkait di tingkat pusat, seperti Kementerian Komunikasi dan Informasi, Badan Penyelenggara Jaminan Produk Halal Kementerian Agama, dan institusi vertikal BPOM dan Kementerian Agama di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

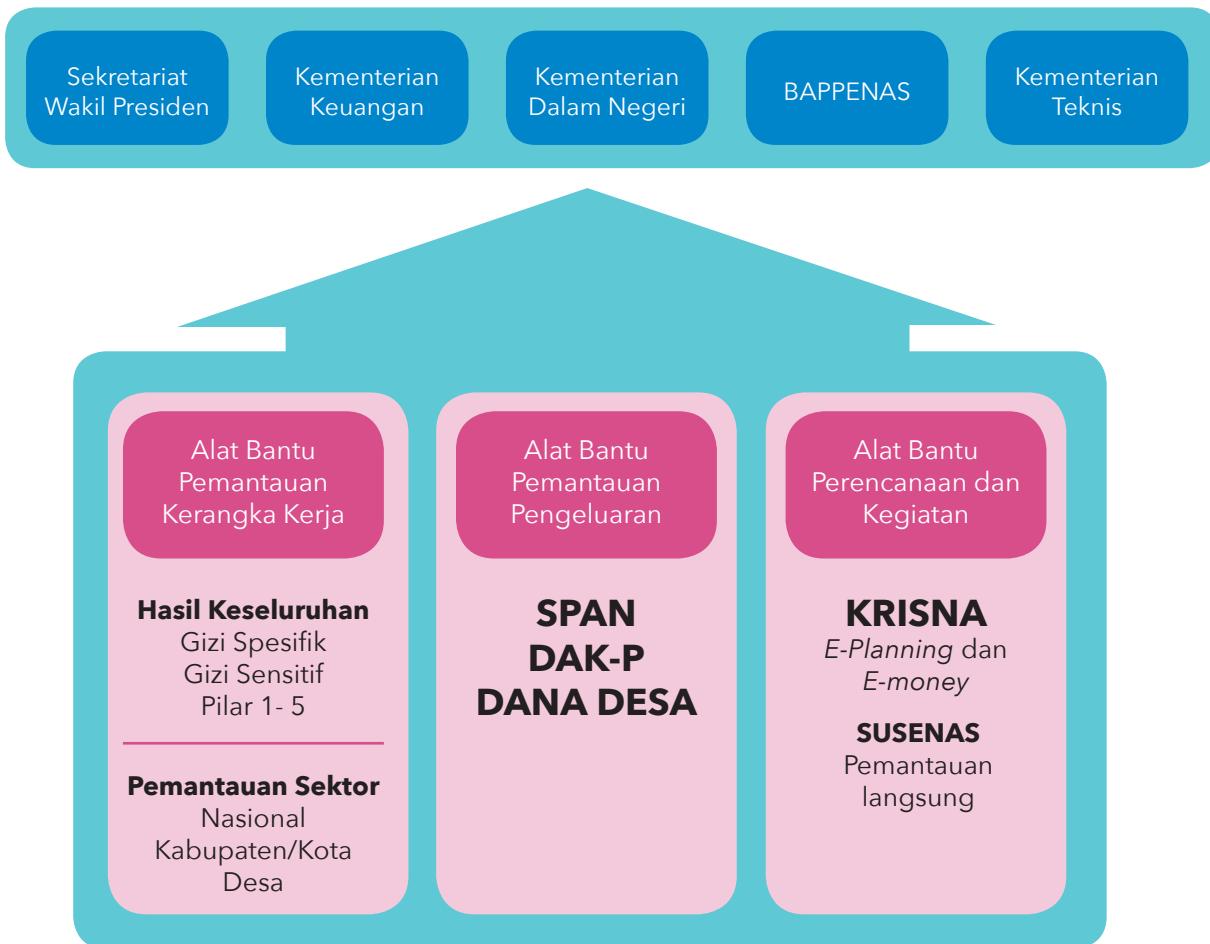
3.5. Pilar 5: Pemantauan dan Evaluasi

3.5.1. Tujuan

73. Pilar 5 (lima) bertujuan untuk meningkatkan pemantauan dan evaluasi sebagai dasar untuk memastikan pemberian layanan yang bermutu, peningkatan akuntabilitas, dan percepatan pembelajaran. Pemantauan dan evaluasi akan menitikberatkan pada: (a) Dampak dan capaian program; (b) *Output kunci*; dan (c) Faktor-faktor yang mendukung percepatan pencegahan *stunting*.
74. Sistem pemantauan dan evaluasi berbasis hasil dapat membantu pemerintah untuk membangun basis pengetahuan yang kuat dan mendorong perubahan cara menyelenggarakan program, peningkatan kinerja, akuntabilitas, transparansi, pengetahuan dan mempercepat pembelajaran. Untuk memastikan keberlanjutannya, sistem pemantauan dan evaluasi berbasis hasil ini perlu mendapat perhatian, dukungan sumber daya, dan komitmen politik secara terus menerus.²³
75. Pemantauan akan memanfaatkan sistem pengumpulan dan pelaporan data yang telah ada, termasuk data BPS, data Kementerian/Lembaga, sistem anggaran nasional dan daerah, sistem perencanaan dan pemantauan elektronik pemerintah (KRISNA, E-Monev, OM-SPAN, dan SMART) (lihat Gambar 3.5.1). Sistem yang telah dikembangkan tersebut dapat disempurnakan untuk menjawab kebutuhan penilaian pencapaian dan dampak program di tingkat nasional dan kabupaten/kota. Kegiatan pemantauan langsung akan dilakukan untuk melakukan verifikasi data ke daerah dan mengumpulkan informasi yang tidak tercakup dalam sistem pendataan yang ada.

²³ Kusek J., and Rist R. (2004). *Ten steps to a results-based monitoring and evaluation system*. World Bank, Washington, D.C.

Gambar 3.5.1. Kerangka Pemantauan Percepatan Pencegahan *Stunting*

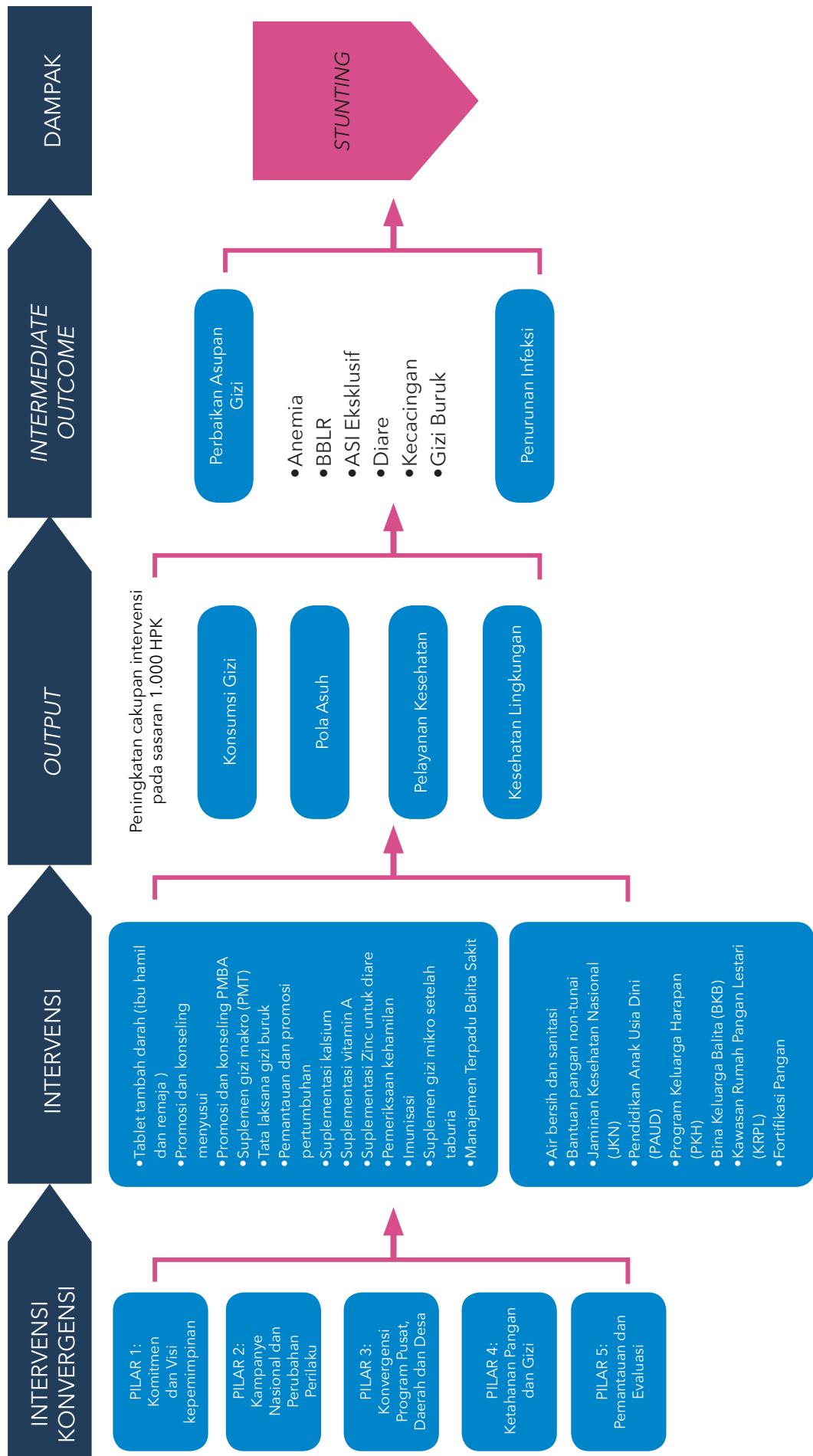


Pelaksanaan pemantauan dan evaluasi program pencegahan *stunting* akan dikoordinasikan oleh Bappenas dan Setwapres/Sekretariat TNP2K.

3.5.2 Kerangka Hasil

76. Kerangka hasil berguna untuk memantau pencapaian dan melakukan sejumlah penyesuaian dalam pelaksanaan strategi jika diperlukan. Kerangka hasil fokus pada hasil antara dan hasil strategi percepatan penurunan *stunting*, seperti gambar berikut ini.

Gambar 3.5.2. Kerangka Hasil Percepatan Penurunan Stunting



3.5.3. Indikator Kinerja dan Capaian

Operasionalisasi kerangka hasil dapat dilihat dalam tabel capaian dan indikator kinerja berikut ini:

Capaian	Indikator Kinerja
Dampak	<ul style="list-style-type: none"> Penurunan prevalensi <i>stunting</i> pada rumah tangga 1.000 HPK di tingkat nasional dan kabupaten/kota prioritas Jumlah kabupaten/kota prioritas yang berhasil menurunkan prevalensi <i>stunting</i> bertambah setiap tahun Jumlah kasus <i>stunting</i> yang berhasil dicegah setiap tahunnya
Intermediate Outcome	<ul style="list-style-type: none"> Insidens diare Insidens Kecacingan Prevalensi Gizi Buruk Prevalensi anemia pada ibu hamil Prevalensi BBLR Cakupan ASI Eksklusif
Output	<ul style="list-style-type: none"> Cakupan hasil intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif di kabupaten/kota prioritas Cakupan intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif pada sasaran prioritas (1.000 HPK)
Hasil Pilar Satu	<ul style="list-style-type: none"> Rembuk <i>stunting</i> tahunan di tingkat nasional Nota kesepakatan (<i>Memo of Agreement</i>) pencegahan <i>stunting</i> yang ditandatangi oleh pimpinan daerah di kabupaten/kota prioritas Rembuk <i>Stunting</i> tahunan di tingkat kabupaten/kota prioritas dan desa
Hasil Pilar Dua	<ul style="list-style-type: none"> Persentase masyarakat yang menilai <i>stunting</i> sebagai 10 masalah penting dalam gizi dan kesehatan anak Pelaksanaan kampanye perubahan perilaku yang konsisten dan berkelanjutan di tingkat pusat dan daerah Terbitnya kebijakan daerah yang memuat kampanye publik dan komunikasi perubahan perilaku
Hasil Pilar Tiga	<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan konvergensi program/kegiatan nasional untuk pencegahan <i>stunting</i> pada kabupaten/kota prioritas Kinerja pelaksanaan program/kegiatan di tingkat kabupaten/kota prioritas untuk pencegahan <i>stunting</i> Jumlah kabupaten/kota prioritas yang melaksanakan Aksi Konvergensi/Aksi Integrasi Persentase pemanfaatan Dana Desa untuk kegiatan intervensi gizi prioritas

Hasil Pilar Empat	<ul style="list-style-type: none"> • Persentase sasaran prioritas yang mendapat Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) dan/atau bantuan pangan lainnya di kabupaten/kota prioritas • Kebijakan terkait peningkatan fortifikasi pangan • Akses sasaran prioritas kepada pangan bergizi
Hasil Pilar Lima	<ul style="list-style-type: none"> • Publikasi tahunan angka penurunan <i>stunting</i> pada tingkat nasional dan kabupaten/kota • Kajian anggaran dan belanja pemerintah untuk pencegahan <i>stunting</i> • Pemanfaatan dan perbaikan sistem pendataan, termasuk <i>dashboard</i> • Pelaksanaan dan pelaporan hasil pemantauan dan evaluasi secara berkala

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

3.5.4. Laporan Percepatan Pencegahan *Stunting* Nasional

77. Laporan Percepatan Pencegahan *Stunting* nasional akan disusun setiap semester. Kedua laporan ini disusun berdasarkan hasil pemantauan dan evaluasi dan dokumen relevan lainnya. Laporan ini disiapkan oleh Setwapres/Sekretariat TNP2K yang bekerja sama dengan Bappenas, Kementerian Keuangan, Kementerian Dalam Negeri, dan Kementerian/Lembaga terkait. Laporan Percepatan Pencegahan *Stunting* semester berisi tentang kemajuan upaya pencegahan *stunting* di tingkat pusat dan daerah. Laporan semester ini akan disampaikan oleh Sekretariat Wakil Presiden kepada Wakil Presiden untuk menjadi salah satu materi yang disampaikan dalam rapat terbatas dengan para Menteri.

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

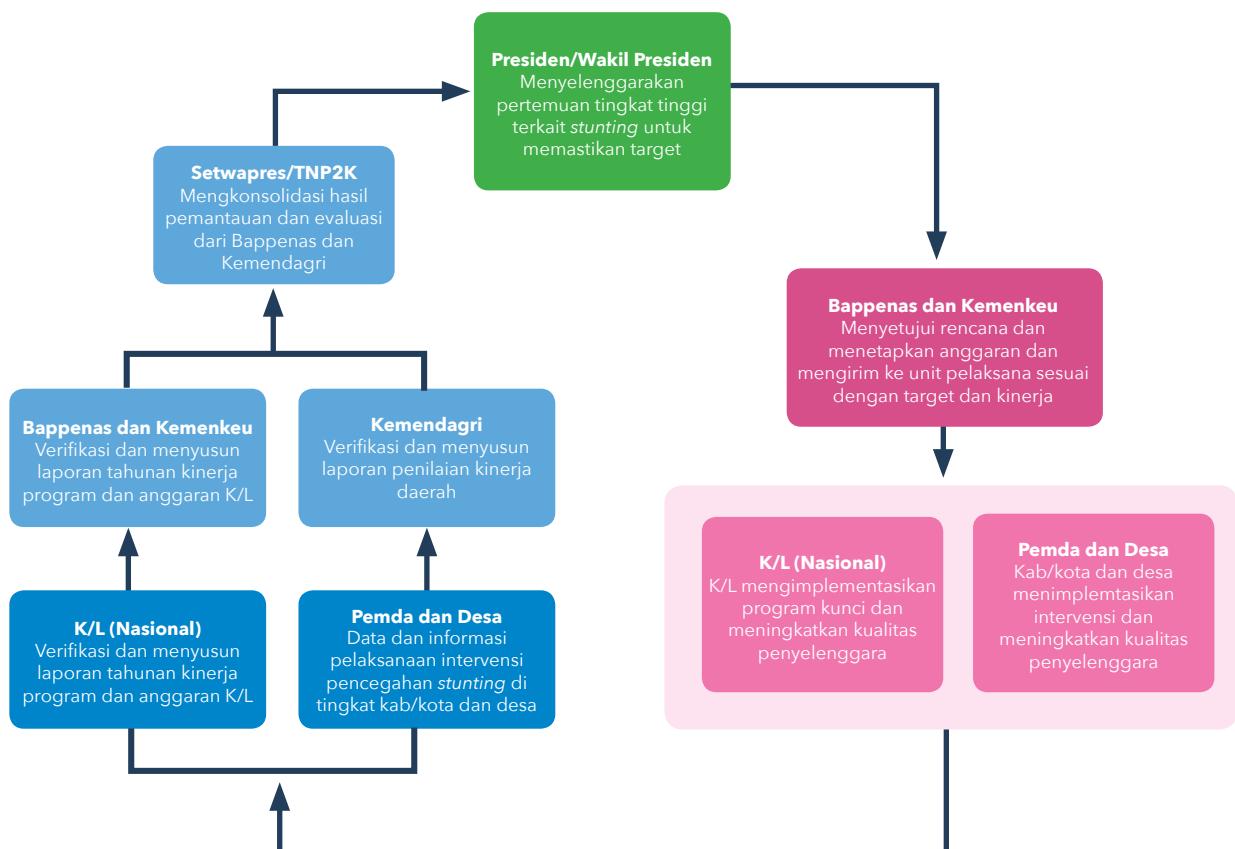
3.5.5. Strategi Pencapaian

79. Untuk mencapai tujuan Pilar 5 (lima) diperlukan serangkaian strategi yang mencakup:

- a. Peningkatan sistem pendataan yang dapat memantau secara akurat dan berkala data prevalensi *stunting* di tingkat nasional dan kabupaten/kota. Sistem pendataan yang lebih baik juga memudahkan pemerintah menelusuri program-program prioritas dan penganggaran mulai dari tingkat Kementerian/Lembaga hingga desa serta capaian *output* dari setiap program. Peningkatan sistem pendataan meliputi tiga aspek, yaitu masukan (*input*), pengolahan, dan keluaran (*output*). Ketiga aspek tersebut saling berhubungan dan saling mempengaruhi.

- b. Penggunaan data dalam perencanaan dan penganggaran berbasis hasil. Data yang tersedia harus mudah diakses dan dipahami, sehingga dapat digunakan oleh pemerintah pusat maupun daerah dalam menyusun perencanaan dan penganggaran berbasis hasil pada tahun anggaran berikutnya.
 - c. Percepatan siklus pembelajaran dan berbagi inovasi dan praktik-praktik baik, secara lokal maupun global. Informasi terkait inovasi dan praktik-praktik baik perlu diketahui dan bisa dipelajari oleh pihak-pihak yang berperan dalam percepatan pencegahan *stunting*. Strategi ini diharapkan berpengaruh pada pelaksanaan program yang lebih dapat dipertanggungjawabkan, transparan, dan berkelanjutan.
80. Strategi siklus kinerja dan akuntabilitas pemantauan dan evaluasi dapat terlihat pada gambar 3.5.3. Diawali dengan pertemuan di tingkat nasional untuk menentukan target yang ditindaklanjuti dengan persetujuan perencanaan dan penetapan anggaran, penyelenggaraan dan peningkatan kualitas penyelenggaraan baik di tingkat Kementerian/Lembaga maupun pemerintah daerah dan desa. Hasilnya akan dipantau dan dilaporkan untuk menjadi bahan masukan pada pertemuan tingkat nasional di tahun berikutnya.

Gambar 3.5.3. Siklus Kinerja dan Akuntabilitas Pemantauan dan Evaluasi



3.5.6. Instrumen Pelaksanaan

81. **Tim pemantauan dan evaluasi yang dikoordinir oleh Bappenas dan Setwapres/Sekretariat TNP2K.** Tim ini akan bertanggungjawab pada keseluruhan kegiatan pengumpulan data, pengolahan, dan penyusunan laporan yang bisa digunakan sebagai salah satu bahan penilaian dampak dan capaian program²⁴. Tim ini juga diharapkan dapat memberi masukan dalam hal peningkatan sistem pendataan, penggunaan data, dan percepatan siklus pembelajaran.
82. **Survei stunting tahunan melalui Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) oleh BPS bersama Kementerian Kesehatan.** Mulai 2019, SUSENAS akan memasukkan variabel yang dapat mengukur prevalensi *stunting* di tingkat nasional dan kabupaten/kota. Data ini akan ditampilkan dalam pertemuan *stunting* tahunan nasional, sehingga pimpinan daerah dapat melihat kabupaten/kota yang memiliki kinerja tertinggi dan terendah. Selain itu, survei berkala juga dapat dilakukan oleh kementerian terkait, antara lain Pemantauan Status Gizi (PSG) yang dilakukan setiap tahun dan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang diselenggarakan setiap lima tahun oleh Kementerian Kesehatan.
83. **Rembuk *Stunting* Tahunan.** Pemerintah di semua tingkatan, dari pusat hingga desa menelaah capaian dan penyelenggaraan program. Jika penyelenggaraan program tidak sesuai maka diperlukan adanya tindakan-tindakan perbaikan. Kegiatan ini dapat digunakan untuk menyepakati dan mencatat keputusan bersama terkait dengan tindakan-tindakan perbaikan yang akan diambil di tingkat pusat dan daerah dalam batas waktu yang ditetapkan.
84. **Forum inovasi dan praktik baik tahunan di tingkat nasional.** Forum ini merupakan bagian dari rembuk *stunting* tingkat nasional yang dihadiri oleh para pimpinan daerah. Di dalam forum tersebut, pimpinan daerah dapat berbagi inovasi dan praktik baik yang terjadi di wilayahnya. Hal ini diharapkan dapat memotivasi pimpinan daerah lain untuk melakukan inovasi dan memastikan penyelenggaraan berjalan dengan baik.
85. **Dashboard pencegahan *stunting*** yang dapat menyediakan data dan informasi bagi pemerintah pusat dan daerah. *Dashboard* ini memanfaatkan sistem data yang telah ada dan juga dapat dijadikan rujukan untuk menyelesaikan masalah penyelenggaraan pencegahan *stunting*. *Dashboard* akan dikoordinasikan oleh Setwapres/Sekretariat TNP2K.
86. **Kartu skor konvergensi desa** yang memberikan fokus pada konvergensi lima paket layanan, yaitu: (a) Layanan kesehatan dan gizi ibu-anak; (b) Layanan konseling kesehatan dan gizi; (c) Layanan air bersih dan sanitasi; (d) Layanan jaminan sosial dan kesehatan; dan (e) Layanan Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD). Terdapat indikator pokok yang dipantau melalui kartu skor konvergensi desa. Kartu ini selain berguna untuk perencanaan program pencegahan *stunting* di tingkat desa, juga akan dimasukkan dalam laporan tahunan Dana Desa oleh Kementerian Keuangan dan Pemerintah Kabupaten/Kota.

²⁴ Merujuk ke lampiran 3

87. **Kelompok pakar** terdiri dari para pakar yang melakukan penelitian atau kajian tentang pelaksanaan pencegahan *stunting* dan evaluasi terhadap dampak dan efektivitas program di tingkat lokal maupun global, termasuk pemecahan masalah. Kelompok pakar juga dapat melakukan uji coba terhadap berbagai intervensi baru. Hasilnya dapat digunakan untuk menentukan arah perbaikan yang diperlukan. Kelompok ini bermanfaat untuk mempercepat proses pembelajaran dan memberikan masukan kritis terhadap berbagai upaya percepatan pencegahan *stunting*.
88. **Pembelajaran horizontal (*peer-to-peer learning* dan **knowledge hub**)**, dikoordinir oleh Ditjen Bina Pembangunan Daerah, Kementerian Dalam Negeri melalui pengembangan sistem daring dan pertemuan-pertemuan untuk mempercepat proses pembelajaran dan memperkuat kapasitas pemerintah daerah untuk melakukan Aksi Konvergensi/Aksi Integrasi. Dalam pertemuan ini, peserta dari lintas sektor lain termasuk masyarakat madani dapat dilibatkan.
89. Pelaksanaan pemantauan langsung ke kabupaten/kota prioritas. Pemantauan lintas sektor yang dikoordinasikan oleh Setwapres/Sekretariat TNP2K dan Bappenas ini berguna untuk memverifikasi data yang terkumpul melalui sistem data, mengidentifikasi kendala yang muncul dalam pencegahan *stunting* di kabupaten/kota, dan melengkapi informasi yang tidak tercakup di dalam sistem pendataan yang ada.
90. Laporan pemantauan dan evaluasi berkala. Setwapres/Sekretariat TNP2K secara berkala mengeluarkan laporan hasil pemantauan dan evaluasi terhadap upaya pencegahan *stunting* di semua tingkatan. Laporan ini menjadi salah satu bahan evaluasi kinerja pelaksanaan pencegahan *stunting* nasional.



BAB 4

PELAKSANAAN KOORDINASI DAN PERAN PARA PIHK

4.1. Pelaksanaan Koordinasi

91. Tujuan koordinasi adalah untuk meningkatkan efektivitas pencegahan *stunting* melalui sinkronisasi, penyerasan, dan pemaduan antara berbagai kegiatan prioritas pencegahan *stunting*. Penguatan koordinasi dilakukan di setiap tingkat administrasi mulai tingkat pusat sampai tingkat desa, dengan peran dan fungsi yang spesifik.
92. Tingkat nasional; di tingkat ini dibentuk Komite Percepatan Pencegahan *Stunting*, yang terdiri dari Komite Pengarah, Komite Pengendali, dan Tim Teknis sebagai masukan dalam rencana revisi Gugus Tugas Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi pada Peraturan Presiden No. 42 Tahun 2013.



Komite Pengarah

93. Komite Pengarah dipimpin oleh Wakil Presiden sebagai ketua dan Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan (Menko PMK) sebagai wakil ketua. Anggota Komite Pengarah adalah Menteri dan Ketua Lembaga terkait seperti disajikan berikut:

Kementerian/Lembaga Negara dalam Program Percepatan Pencegahan <i>Stunting</i>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan 2. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas) 3. Kementerian Dalam Negeri 4. Kementerian Keuangan 5. Kementerian Kesehatan 6. Kementerian Pertanian 7. Kementerian Kelautan dan Perikanan 8. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan 9. Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat 10. Kementerian Komunikasi dan Informatika 11. Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi 12. Kementerian Agama 	<ol style="list-style-type: none"> 13. Kementerian Sosial 14. Kementerian Perindustrian 15. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak 16. Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi 17. Kementerian Perdagangan 18. Kementerian Koperasi dan UKM 19. Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) 20. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) 21. Badan Pusat Statistik 22. Sekretaris Kabinet 23. Kementerian Sekretariat Negara (Sekretariat Wakil Presiden)

94. **Wakil Presiden** memimpin pertemuan minimal enam bulan sekali atau sewaktu-waktu jika diperlukan untuk menetapkan arah kebijakan dan strategi nasional Percepatan Pencegahan *Stunting*, menetapkan target nasional, mengurai hambatan dan masalah yang muncul, mengapresiasi kinerja pemerintah daerah yang berhasil menurunkan prevalensi *stunting*, dan berbagi praktik cerdas. Untuk memastikan komitmen daerah, Setwapres/Sekretariat TNP2K akan mengkoordinir forum tahunan (Rembuk *Stunting* tingkat nasional), yang diikuti oleh Bupati dan Walikota.

95. Dalam menjalankan tugasnya, Komite Pengarah dibantu oleh Setwapres/Sekretariat TNP2K.

Komite Pengendali

96. Komite Pengendali diketuai oleh Deputi Bidang Dukungan Kebijakan Pembangunan Manusia dan Pemerataan Pembangunan, Sekretariat Wakil Presiden, Deputi Bidang Koordinasi Peningkatan Kesehatan, Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, Deputi Bidang Pembangunan Manusia, Masyarakat, dan Kebudayaan, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas. Anggota Komite Pengendali terdiri dari pejabat Eselon-1 dari Kementerian/Lembaga terkait, yang ditentukan oleh masing-masing Menteri dan Ketua Lembaga.
97. Tugas Komite Pengendali:
- Menyusun dan mengarusutamakan kebijakan tingkat atas;
 - Memandu pelaksanaan program dengan menyelenggarakan kajian pelaksanaan program setengah tahunan;
 - Membantu menyelesaikan isu-isu yang muncul; dan
 - Memberikan arahan terkait dukungan dari seluruh pemangku kepentingan.
98. Komite Pengendali mengadakan pertemuan berkala minimal tiga-bulanan, untuk memantau kemajuan pelaksanaan pencegahan *stunting*, memberikan umpan balik terkait pelaksanaan di berbagai Kementerian/Lembaga, serta menyiapkan hasil kajian dan laporan untuk dibahas di dalam Komite Pengarah.
99. Dalam menjalankan tugasnya, Komite Pengendali dibantu oleh Sekretariat Bersama Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi (Setber Gernas PPG).

Tim Teknis

100. Tim Teknis diketuai oleh Direktur Kesehatan dan Gizi Masyarakat Bappenas, Direktur Gizi Masyarakat Kementerian Kesehatan, dan Direktur SUPD III Kementerian Dalam Negeri. Tim Teknis beranggotakan pejabat setara Eselon-2 dari Kementerian/Lembaga terkait, yang ditentukan oleh masing-masing Kementerian/Lembaga.
101. Tim Teknis bertugas dan bertanggung jawab untuk mengembangkan perencanaan dan penganggaran nasional yang terkonvergen melalui pertemuan rutin sekurang-kurangnya setiap tiga bulan, melakukan pemantauan pelaksanaan Aksi Konvergen/Integrasi, mengembangkan standar program pengembangan kapasitas, menetapkan norma, standar, prosedur, dan kriteria (NSPK), menyusun strategi kampanye, melakukan pembinaan bagi K/L teknis dan daerah, serta menyusun laporan secara berkala. Tim Teknis juga melakukan kerjasama kemitraan dengan berbagai pihak.
102. Tim Teknis didukung oleh Sekretariat Bersama Gernas PPG.

103. Sekretariat Bersama Gernas PPG akan membantu Komite Pengarah dan Tim Teknis dalam menyiapkan laporan kemajuan, isu-isu terkait dengan pelaksanaan pencegahan *stunting*, dan mengusulkan tindak lanjut sesuai dengan kebutuhan, yang dilakukan melalui pertemuan rutin setiap bulan.
104. **Tingkat Provinsi;** pelaksanaan koordinasi di tingkat provinsi dilakukan melalui pertemuan berkala tiga bulanan untuk membahas pelaksanaan pencegahan *stunting*, di antaranya penyelarasan kebijakan, target provinsi dengan kebijakan nasional, melakukan advokasi/sosialisasi, kampanye melalui berbagai saluran, merealokasikan sumber daya, seperti SDM, anggaran, peningkatan kapasitas, kemitraan sesuai dengan kebutuhan pelayanan gizi yang konvergen, serta melakukan pembinaan dan pendampingan kabupaten/kota. Pelaksanaan koordinasi di tingkat provinsi menggunakan forum koordinasi yang ada, seperti Tim Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi (RAD PG) atau Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Daerah (TKPKD) atau tim lainnya yang dinilai efektif untuk mengkoordinasikan pelaksanaan intervensi penurunan *stunting* terintegrasi di tingkat provinsi.
105. **Tingkat Kabupaten/Kota;** di tingkat kabupaten/kota peran koordinasi sangat penting dalam pencegahan *stunting*. Fungsi koordinasi diantaranya diharapkan bisa menciptakan lingkungan kebijakan daerah yang mendukung kebijakan intervensi gizi yang konvergen, dengan menyesuaikan kebijakan daerah dengan kebijakan pusat dan kondisi daerah. Fungsi koordinasi tingkat kabupaten/kota diharapkan memastikan dipenuhinya sumber daya untuk intervensi gizi yang konvergen melalui proses perencanaan dan penganggaran, meliputi kapasitas SDM, anggaran, dukungan logistik, dan kemitraan. Kabupaten/kota juga diharapkan melakukan pembinaan dan pendampingan pelaksanaan intervensi gizi prioritas yang konvergen (terpadu) di tingkat kecamatan dan desa. Kabupaten/kota melakukan pemantauan melalui pertemuan bulanan untuk membahas pelaporan dan kemajuan pelaksanaan pencegahan *stunting*, termasuk menyusun rencana pembinaan. Pelaksanaan koordinasi di tingkat kabupaten/kota menggunakan forum koordinasi yang ada, seperti Tim Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi (RAD PG) atau Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Daerah (TKPKD) atau tim lainnya yang dinilai efektif untuk mengkoordinasikan pelaksanaan intervensi penurunan *stunting* terintegrasi di tingkat kabupaten/kota.
106. **Tingkat Kecamatan;** Di tingkat kecamatan, koordinasi intervensi pencegahan *stunting* dipimpin oleh Camat, selaku koordinator wilayah kecamatan. Pelaksanaan koordinasi dilakukan dengan melakukan pertemuan secara berkala dengan aparat tingkat kecamatan, tingkat desa, dan masyarakat untuk membahas kemajuan program pencegahan *stunting*, termasuk dalam menyediakan dukungan untuk mencegah *stunting*, mendukung proses perencanaan dan penyelenggaraan berbasis data, melakukan pemantauan dan verifikasi data dan melakukan pendampingan pelaksanaan kegiatan di tingkat desa.

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

4.2. Peran Para Pihak

108. **Dunia Usaha:** berperan dalam pengembangan, kendali mutu, distribusi, serta pemasaran makanan bergizi yang memadai sejalan dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku. Selain itu, dunia usaha juga berperan dalam implementasi *work force nutrition* (gizi untuk pekerja) melalui penerapan pola hidup sehat di lingkungan kerja dan pemberdayaan masyarakat melalui implementasi intervensi gizi spesifik dan sensitif.
109. **Mitra Pembangunan:** mendukung program dan kegiatan pemerintah dalam upaya percepatan perbaikan gizi, terutama dalam perencanaan, pengembangan, dan pelaksanaan kebijakan dengan mengembangkan model yang telah mengalami penyempurnaan untuk mendukung percepatan peningkatan intervensi gizi sensitif dan spesifik.
110. **Organisasi Masyarakat Madani:** melakukan advokasi, komunikasi perubahan perilaku, dan pemberdayaan masyarakat terkait *stunting*, memberikan dukungan teknis maupun finansial kepada pemerintah daerah untuk mengembangkan kapasitas serta manajemen kegiatan-kegiatan terkait gizi, dan juga melakukan pemantauan sosial.
111. **Universitas, Akademisi, dan Organisasi Profesi:** memberikan masukan dalam pengembangan dan perencanaan program percepatan perbaikan gizi. Akademisi dan organisasi dapat memberikan masukan berdasarkan kajian dan penelitian ilmiah seputar *stunting* sehingga intervensi yang dikembangkan oleh pemerintah senantiasa berbasis bukti dan sesuai dengan konteks di Indonesia.
112. **Media:** melakukan advokasi, sosialisasi, kampanye, dan komunikasi kepada masyarakat dan pemangku kepentingan di tingkat pusat dan daerah.

113. Dalam pelaksanaan percepatan pencegahan *stunting*, adanya peningkatan peran swasta, peran mitra pembangunan, dan peran masyarakat madani dilandasi tujuan untuk menggalang dukungan para pihak. Strategi peningkatan peran swasta, mitra pembangunan, masyarakat madani, akademisi, dan media massa adalah sebagai berikut:

- a. Meningkatkan pemahaman dan komitmen dunia usaha tentang strategi percepatan pencegahan *stunting* serta peran penting dunia usaha dalam pencegahan *stunting*.
- b. Menyusun pemetaan kebutuhan intervensi prioritas pencegahan *stunting*, baik gizi spesifik maupun gizi sensitif serta kesenjangan pemenuhan sumber daya.
- c. Melibatkan Perguruan Tinggi dan Organisasi Profesi dalam percepatan pencegahan *stunting*, khususnya di dalam proses penilaian dan diagnosis permasalahan *stunting*, dan dalam penyusunan rencana tindak lanjut serta riset.
- d. Melibatkan mitra pembangunan dalam pembahasan intervensi pencegahan *stunting*, untuk mendapatkan masukan-masukan terkait dengan strategi pencegahan *stunting*.
- e. Menyebarluaskan laporan kemajuan pencegahan *stunting* secara berkala.

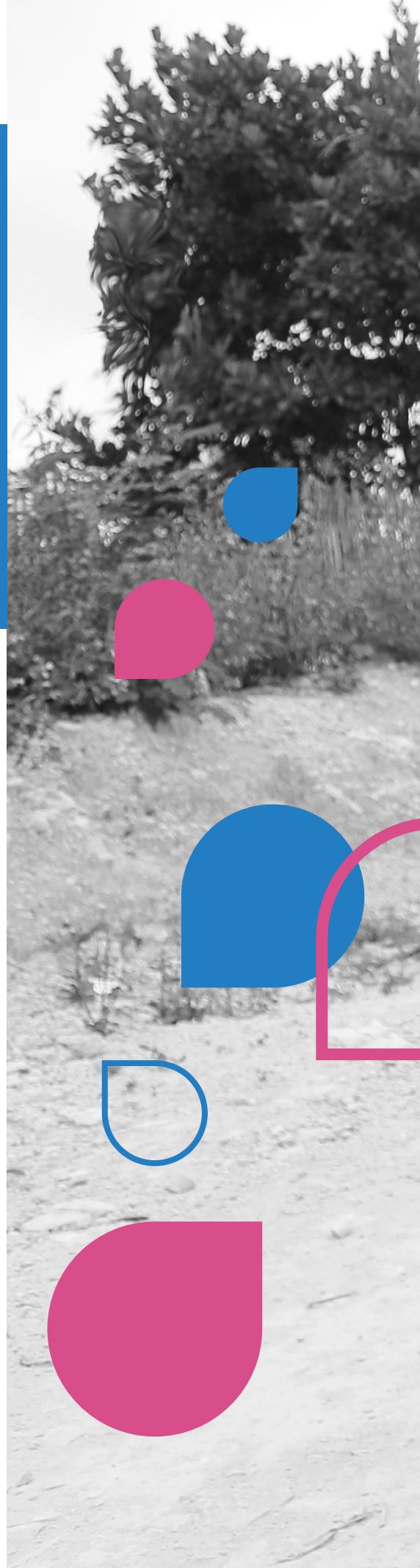


BAB 5

KERANGKA PEMBIAYAAN

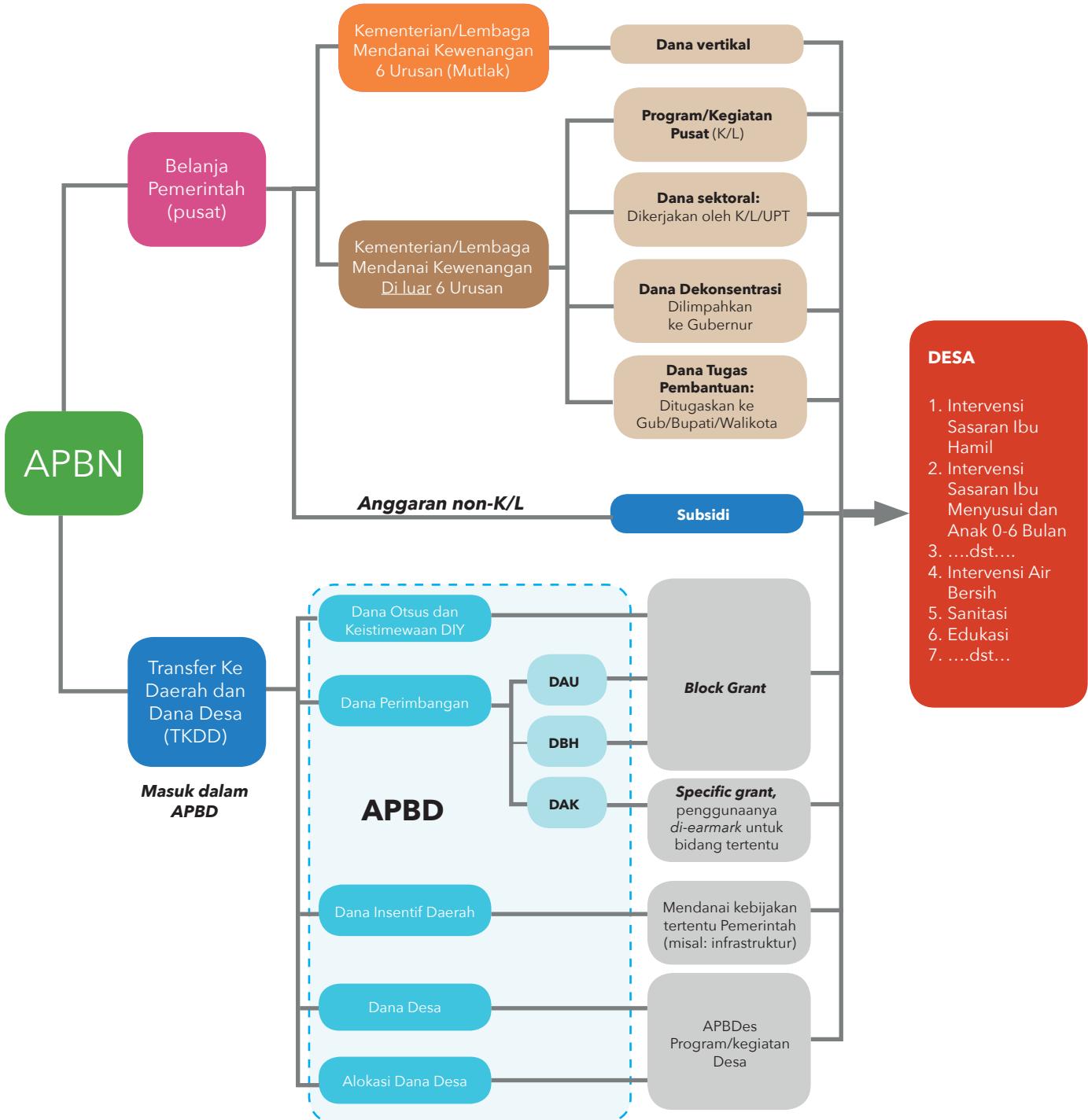
5.1. Sumber Pembiayaan

114. Sumber pembiayaan dalam upaya pencegahan *stunting* mengikuti skema pembiayaan pemerintah yang sudah ada, baik berasal dari dana desa (APBDesa), dana kabupaten/kota (APBD kabupaten/kota), Dana Alokasi Khusus (DAK), dana provinsi (APBD provinsi), dana kementerian/lembaga (APBN), maupun pendapatan lainnya yang sah. Secara umum skema pembiayaan pencegahan *stunting* dapat dilihat pada Gambar 5.1. di bawah ini dengan penjelasan pada Kotak 5.1.





Gambar 5.1. Sumber Pembiayaan Pemerintah untuk Pencegahan Stunting



Kotak 5 1. Sumber Pembiayaan Pencegahan *Stunting*

- a. Dana Transfer dari Pemerintah kepada pemerintah daerah dan Desa, merupakan bagian dari belanja Negara dalam rangka mendanai pelaksanaan desentralisasi fiskal berupa dana perimbangan, dana otonomi khusus, dana keistimewaan Yogyakarta, dana Desa dan dana Transfer lainnya. Dana transfer lainnya adalah dana yang dialokasikan untuk membantu daerah dalam rangka pelaksanaan kebijakan tertentu sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
 - b. Sedangkan Tugas Pembantuan (TP) dari Pemerintah kepada pemerintah daerah adalah penugasan dari Pemerintah kepada daerah dan/atau desa, dari pemerintah provinsi kepada kabupaten, atau kota dan/atau desa, serta dari pemerintah kabupaten, atau kota kepada desa untuk melaksanakan tugas tertentu dengan kewajiban melaporkan dan mempertanggungjawabkan pelaksanaannya kepada yang menugaskan.
 - c. Untuk Dana Alokasi Khusus yang selanjutnya disebut DAK, adalah dana yang bersumber dari APBN yang dialokasikan kepada daerah tertentu dengan tujuan untuk membantu mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan daerah dan sesuai dengan prioritas nasional.
 - d. Di samping itu ada juga sumber pembiayaan yang berupa bantuan keuangan dari pemerintah daerah kepada pemerintah daerah lainnya, di mana bantuan keuangan tersebut digunakan untuk menganggarkan bantuan keuangan yang bersifat umum atau khusus dari provinsi kepada kabupaten/kota, pemerintah desa, dan kepada pemerintah daerah lainnya atau dari pemerintah kabupaten/kota kepada pemerintah desa dan pemerintah daerah lainnya dalam rangka pemerataan dan/atau peningkatan kemampuan keuangan.
 - e. Sumber pendapatan lainnya yang sah sebagai sumber pendanaan untuk pencegahan *stunting* dapat diperoleh dari pinjaman, bantuan, dan atau hasil penjualan aset pemerintah yang prosedurnya berdasarkan peraturan perundangan.
115. Selain pembiayaan bersumber dari pemerintah, pencegahan *stunting* dapat menggali sumber-sumber dana lain yang berasal dari:
- a. Badan hukum/dunia usaha; berdasarkan Peraturan Pemerintah No. 47 Tahun 2012 Tentang Tanggung Jawab Sosial dan Lingkungan Perseroan Terbatas, Badan hukum/dunia usaha diwajibkan untuk melaksanakan tanggung jawab sosial dan lingkungan untuk mewujudkan pembangunan ekonomi berkelanjutan serta meningkatkan kualitas kehidupan dan lingkungan yang bermanfaat bagi komunitas setempat dan masyarakat pada umumnya.

- b. Donor yang berminat dapat berkontribusi pada upaya percepatan pencegahan *stunting* di suatu daerah dengan mekanisme yang sesuai dengan peraturan perundangan.
- c. Individu, kelompok orang, maupun masyarakat hukum adat dalam upaya percepatan pencegahan *stunting* dapat berpartisipasi dalam bentuk bantuan dana (*in-cash*) dan bantuan non uang (*in-kind*) seperti tenaga, barang, lahan, dan sebagainya.

5.2 Masalah Pembiayaan

116. Permasalahan pembiayaan dalam upaya percepatan pencegahan *stunting*, secara umum dapat dilihat sebagai berikut:

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

5.3 Strategi Pencapaian

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

- a. Bappenas, Kementerian Keuangan, dan Kementerian/Lembaga (K/L) yang terkait dengan percepatan pencegahan *stunting*, melakukan konvergensi penganggaran dalam penyusunan Dokumen Penggunaan Anggaran (DPA) K/L, agar lokasi kegiatan berada pada kabupaten/kota prioritas sesuai kewenangan.
- b. Pemerintah memberikan dana kepada daerah-daerah yang mempunyai kemampuan keuangan terbatas melalui mekanisme Dana Alokasi Khusus (DAK) Fisik dan Non-Fisik untuk dukungan pelaksanaan program pencegahan *stunting*. Pemerintah menyusun pedoman tentang penggunaan Dana Transfer/DAK untuk mendukung konvergensi.
- c. Pemerintah provinsi melakukan konvergensi penganggaran dalam penyusunan DPA OPD yang terkait dengan percepatan pencegahan *stunting* dan diselaraskan dengan kegiatan yang akan dilaksanakan oleh K/L yang berlokasi pada kabupaten/kota prioritas sesuai kewenangan.

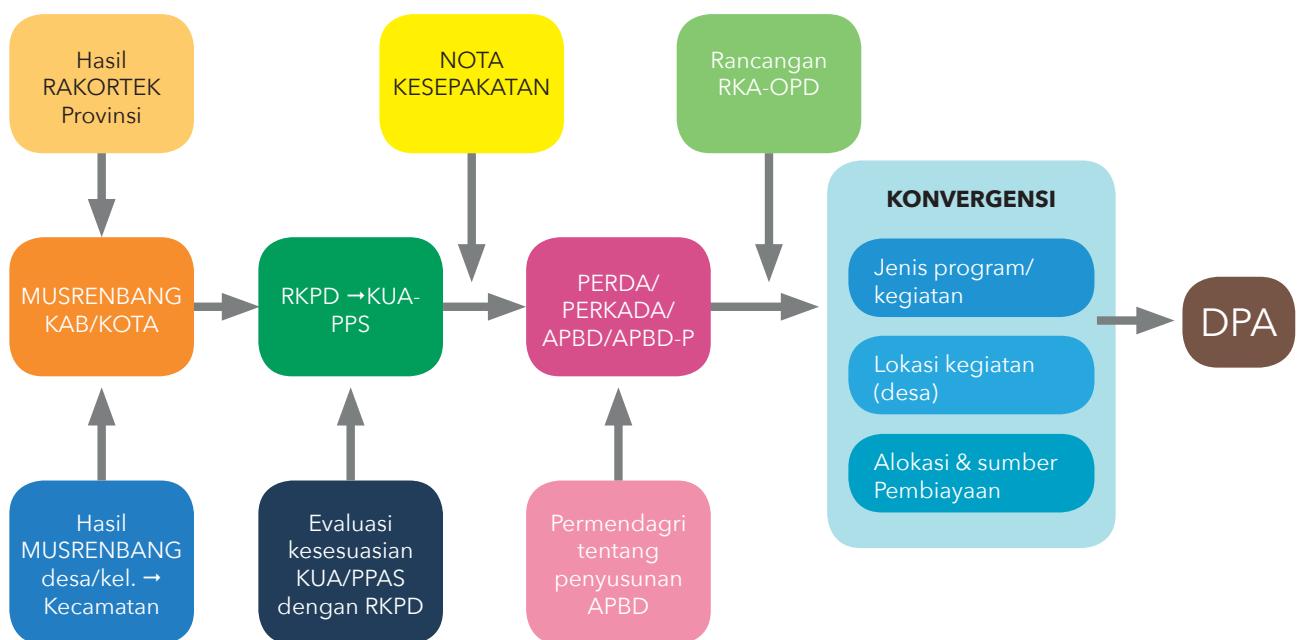
- d. Pemerintah provinsi dapat memberikan bantuan pendanaan kepada daerah kabupaten/kota maupun desa melalui belanja bantuan khusus, di mana bantuan tersebut diarahkan untuk percepatan pencegahan *stunting* melalui intervensi gizi dan sasaran prioritas.
 - e. Pemerintah kabupaten/kota melakukan konvergensi penganggaran dalam penyusunan DPA OPD yang terkait dengan percepatan pencegahan *stunting* dan diselaraskan dengan kegiatan yang akan dilaksanakan oleh K/L, provinsi, kabupaten/kota, dan desa sesuai kewenangan. Pemerintah kabupaten/kota merencanakan, menganggarkan, dan melaksanakan Dana Alokasi Khusus secara konvergen dengan mengikuti pedoman yang dikeluarkan oleh Kementerian Keuangan.
 - f. Pemerintah kabupaten/kota dapat memberikan bantuan pendanaan kepada desa melalui belanja bantuan khusus, di mana bantuan tersebut diarahkan untuk percepatan pencegahan *stunting* melalui intervensi gizi dan sasaran prioritas.
 - g. Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi menugaskan Bupati/Walikota agar memanfaatkan Dana Desa untuk percepatan pencegahan *stunting* dalam Permendesa tentang Penetapan Prioritas Tahunan Usulan Kegiatan Desa yang Bersumber dari Dana Desa.
 - h. Menteri Dalam Negeri menginstruksikan Pemda kabupaten/kota untuk mengacu kepada Permendagri No. 20/2018 agar menyusun Peraturan Bupati/Walikota tentang Pedoman Penggunaan Alokasi Dana Desa (ADD) yang mencakup peran desa dan prioritas pemanfaatan ADD untuk pencegahan *stunting* di desa.
118. Apabila pendanaan dari APBN, APBD, DAK, dan Dana Desa untuk pembiayaan percepatan pencegahan *stunting* tidak mencukupi, maka langkah yang dapat dilakukan, antara lain:
- a. Realokasi kegiatan sesuai dengan intervensi, sasaran, dan lokasi prioritas;
 - b. Mendorong pembiayaan dari sumber non-pemerintah, termasuk pihak swasta/dunia usaha untuk berkontribusi dalam program pencegahan *stunting*;
 - c. Melakukan kerjasama dengan mitra pembangunan untuk membantu Pemerintah, pemerintah daerah, maupun pemerintah desa berdasarkan konsep berbasis hasil dan/atau bantuan teknis sesuai dengan peraturan perundangan.

5.4. Mekanisme Pembiayaan untuk Aksi Konvergensi/Aksi Integrasi

119. Mekanisme konvergensi pembiayaan untuk menyelenggarakan intervensi gizi prioritas di tingkat kabupaten/kota adalah sebagai berikut:
- a. Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) ditetapkan dengan peraturan kepala daerah, merupakan pedoman dalam penyusunan Kebijakan Umum Anggaran (KUA), Prioritas dan Pagu Anggaran Sementara (PPAS), dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD). Penyusunan RKPD dilakukan dengan memperhatikan masukan dari rencana kegiatan yang disusun berdasarkan hasil analisis situasi program penurunan *stunting*.

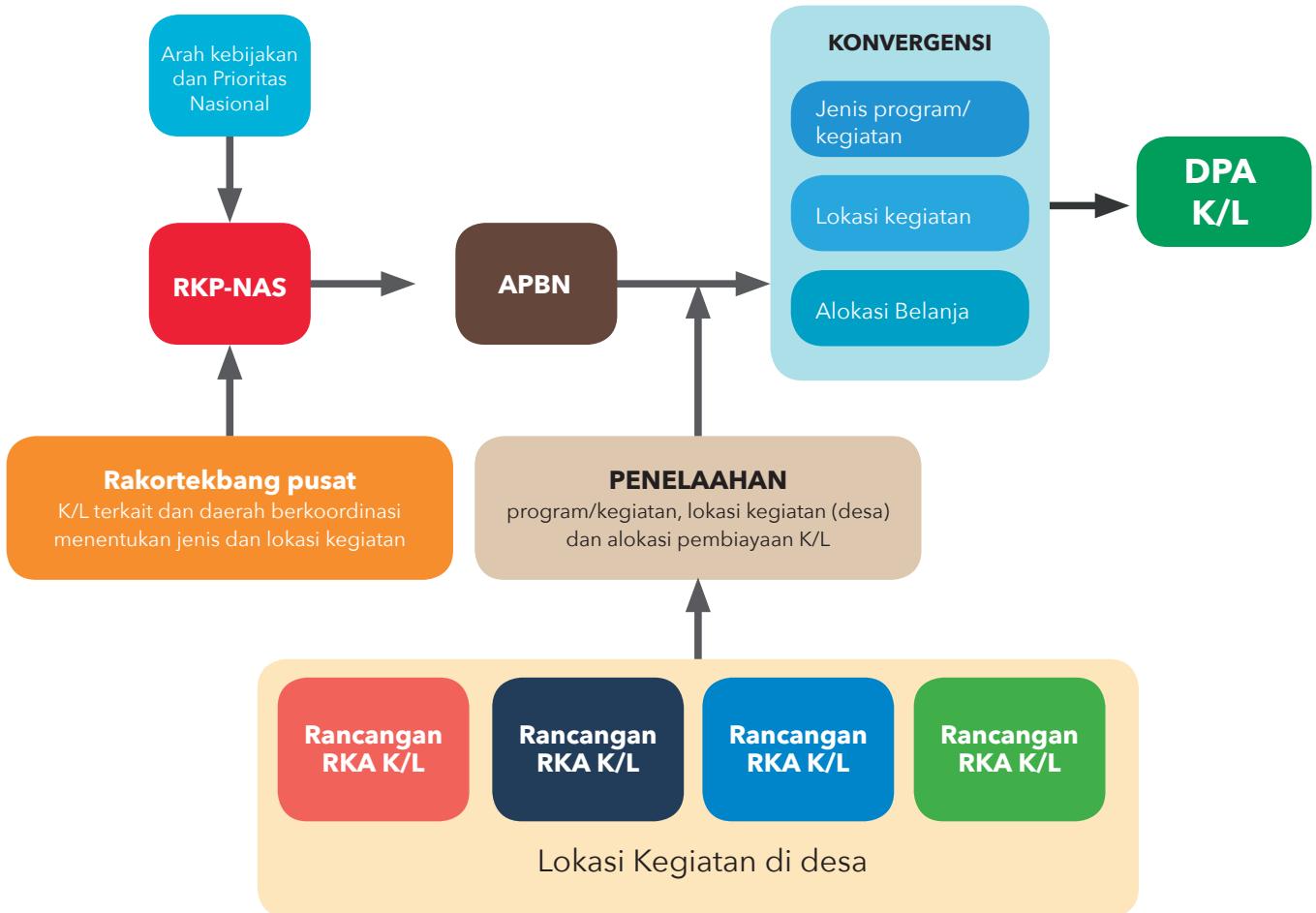
- b. Agar terwujud sinergi antara kegiatan dan penganggaran dengan prinsip efisien dan efektif berdasarkan kewenangan masing-masing tingkat pemerintahan dan untuk menghindari tumpang tindih pendanaan maupun kegiatan pada satu lokasi, ataupun adanya lokasi-lokasi yang tidak mendapatkan cakupan intervensi yang cukup, perlu dilakukan konvergensi. Untuk meningkatkan konvergensi program/kegiatan tersebut, pemerintah kabupaten/kota diminta melaksanakan 8 Aksi Konvergensi/Aksi Integrasi. Sementara itu, mekanisme konvergensi perencanaan dan penganggaran pada tingkat pemerintahan kabupaten/kota dapat dilihat pada Gambar 5.2 di bawah ini.

Gambar 5.2. Belanja Daerah Kabupaten/Kota



120. Mekanisme konvergensi *stunting* tingkat kementerian/lembaga terkait yang kegiatannya akan dilaksanakan di kabupaten/kota prioritas, dilakukan dengan tahapan sebagai berikut (Gambar 5.3):

Gambar 5.3. Belanja Pusat untuk Daerah/Desa



Skema pendanaan untuk kegiatan *stunting* yang bersumber dari pendanaan APBN merupakan kewenangan Pusat (Kementerian/Lembaga) dan diarahkan pada kabupaten/kota prioritas. Sedangkan skema pendanaan untuk kegiatan *stunting* yang sumber pendanaannya dari APBD merupakan kewenangan daerah, dapat menggunakan mekanisme DPA OPD dan atau Belanja Bantuan. Informasi detail terkait mekanisme konvergensi tercantum di dalam Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan *Stunting* Terintegrasi di Kabupaten/Kota.

LAMPIRAN





Lampiran 1: Matriks Standar Intervensi Gizi

No	Intervensi Gizi	Definisi dan Standar	Prasyarat Keberhasilan Intervensi
1	Intervensi Gizi Spesifik: Ibu Hamil		
	Pemberian makanan tambahan (PMT) bagi ibu hamil dari kelompok miskin/Kurang Energi Kronik (KEK)	<p>Penyediaan makanan tambahan dengan formulasi gizi tertentu dan difortifikasi dengan vitamin dan mineral, sesuai dengan ketentuan dalam Petunjuk Teknis PMT dari Kemenkes 2017.²⁵ Program ini utamanya ditujukan bagi ibu hamil dari kelompok miskin yang rentan terhadap kejadian kurang energi kronik (KEK).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penentuan kelompok sasaran dan jumlahnya dengan akurat. 2. Alokasi anggaran yang memadai baik di pusat maupun daerah. 3. Penguatan manajemen rantai pasokan untuk memastikan ketersediaan dan distribusi produk. 4. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam pencegahan dan tata laksana KEK pada ibu hamil. 5. Edukasi dan konseling gizi ibu hamil. 6. Pemantauan konsumsi PMT dan evaluasi dampak.
	Suplementasi tablet tambah darah (TTD)	<p>Pemberian 90 butir TTD dengan kandungan 60 mg Fe (setara dengan 300 mg <i>ferrous sulfate heptahydrate</i>, 180 mg <i>ferrous fumarate</i> atau 500 mg <i>ferrous gluconate</i>) dan 0,4 mg asam folat untuk semua ibu hamil.²⁶</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penentuan jumlah sasaran dengan akurat. 2. Alokasi anggaran yang memadai baik di pusat maupun daerah. 3. Penguatan manajemen rantai pasokan untuk memastikan ketersediaan dan distribusi produk. 4. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam pencegahan dan tata laksana anemia pada ibu hamil. 5. Edukasi dan konseling gizi, termasuk mengenai efek samping suplementasi. 6. Pemantauan cakupan program, kepatuhan konsumsi TTD, dan evaluasi dampak.

No	Intervensi Gizi	Definisi dan Standar	Prasyarat Keberhasilan Intervensi
2	Intervensi Gizi Spesifik: Ibu Menyusui dan Anak Usia 0-23 bulan		
	Promosi dan konseling menyusui	Intervensi ini meliputi upaya promosi inisiasi menyusu dini (IMD), pemberian kolostrum, dan ASI eksklusif dengan mengacu pada Pedoman Gizi Seimbang, Kemenkes 2014. ²⁷	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alokasi anggaran yang memadai baik di pusat maupun daerah. 2. Penguatan regulasi dan kebijakan untuk mengoptimalkan praktik menyusui. 3. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam promosi IMD, pemberian kolostrum, dan ASI eksklusif. 4. Penguatan kapasitas kerja fasilitas kesehatan dan Posyandu. 5. Kampanye dan kegiatan komunikasi, informasi, edukasi (KIE) serta konseling bagi ibu menyusui 6. Pemantauan cakupan IMD dan ASI eksklusif serta evaluasi dampak.
	Promosi dan konseling pemberian makan bayi dan anak (PMBA)	Kegiatan ini ditujukan pada anak usia 7-23 bulan meliputi promosi pemberian ASI lanjut dan makanan pendamping ASI (MP-ASI) serta konseling konsumsi makanan beragam, bergizi seimbang dan aman dengan mengacu pada Pedoman Gizi Seimbang, Kemenkes 2014.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alokasi anggaran yang memadai baik di pusat maupun daerah. 2. Pengembangan panduan dan alat promosi dan konseling PMBA. 3. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam promosi dan konseling PMBA. 4. Penguatan kapasitas kerja fasilitas kesehatan dan Posyandu. 5. Kampanye dan kegiatan komunikasi, informasi, edukasi (KIE) serta konseling PMBA. 6. Pemantauan cakupan kegiatan serta evaluasi dampak.

²⁷ Kemenkes. (2014). Pedoman Gizi Seimbang.

No	Intervensi Gizi	Definisi dan Standar	Prasyarat Keberhasilan Intervensi
2	Intervensi Gizi Spesifik: Ibu Menyusui dan Anak Usia 0-23 bulan		
	Tata laksana gizi buruk	Prosedur atau mekanisme pelayanan gizi yang dilakukan guna mendukung tata laksana tindakan perawatan pada anak gizi buruk akut mengacu pada Pedoman Tata laksana Anak Gizi Buruk, Kemenkes 2003. ²⁸	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistem surveilans disertai dengan sistem deteksi kasus dan rujukan yang akurat, cepat dan memadai. 2. Alokasi anggaran yang memadai baik di pusat maupun daerah. 3. Penguatan manajemen rantai pasokan untuk memastikan ketersediaan dan distribusi formula dan prasarana yang dibutuhkan. 4. Peningkatan kapasitas petugas serta fasilitas kesehatan dalam tata laksana gizi buruk akut. 5. Pemantauan kegiatan tata laksana gizi buruk akut dan evaluasi dampak.
	PMT pemulihan bagi anak kurus	Penyediaan suplementasi gizi dalam bentuk makanan tambahan dengan formulasi khusus dan difortifikasi dengan vitamin dan mineral, sesuai dengan ketentuan dalam Petunjuk Teknis PMT dari Kemenkes 2017. ²⁹ Program ini diperuntukkan bagi anak gizi kurang akut sebagai tambahan makanan untuk pemulihan status gizi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistem surveilans yang memadai disertai dengan sistem deteksi kasus dengan akurat. 2. Alokasi anggaran yang memadai baik di pusat maupun daerah. 3. Penguatan manajemen rantai pasokan untuk memastikan ketersediaan dan distribusi produk. 4. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam pencegahan dan tata laksana gizi kurang akut pada anak . 5. Penguatan layanan kesehatan dan Posyandu. 6. Edukasi dan konseling gizi pada anak. 7. Pemantauan distribusi dan konsumsi PMT, serta evaluasi dampak.

²⁸ Kemenkes. (2003). Tata Laksana Anak Gizi Buruk Buku I.

²⁹ Kemenkes. (2017). Petunjuk Teknis Pemberian Makanan Tambahan Balita, Anak Sekolah, dan Ibu Hamil.

No	Intervensi Gizi	Definisi dan Standar	Prasyarat Keberhasilan Intervensi
2	Intervensi Gizi Spesifik: Ibu Menyusui dan Anak Usia 0-23 bulan		
	Pemantauan pertumbuhan	<p>(1) Pemantauan berat-badan anak usia 0-6 tahun, dilakukan setiap bulan sejak bayi berusia 0-23 bulan, dan dilakukan setiap 6 bulan sekali sejak anak 24-59 bulan;</p> <p>(2) Pemantauan panjang/tinggi badan anak usia 0-23 bulan setiap 3 bulan dan dilakukan setiap 6 bulan pada anak 24-59 bulan, dan pengukuran lingkar kepala, dilakukan setiap 3 bulan pada anak 0-12 bulan, dan setiap 6 bulan hingga berusia 23 bulan, diikuti dengan pengukuran sekali setahun ketika berusia lebih dari 2 tahun.³⁰</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alokasi anggaran yang memadai baik di pusat maupun daerah untuk mendanai operasional kegiatan, insentif untuk tenaga termasuk kader, pembinaan, serta monitoring dan evaluasi. 2. Penyediaan sarana dan prasarana yang dibutuhkan untuk kegiatan pemantauan pertumbuhan. 3. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dan kader dalam pemantauan pertumbuhan anak. 4. Kampanye sosial dan edukasi masyarakat tentang urgensi pemantauan pertumbuhan anak secara rutin. 5. Pemantauan kegiatan pemantauan pertumbuhan dan evaluasi dampak. 6. Sistem rujukan dan penanganan kasus yang cepat, sederhana dan memadai. 7. Koordinasi antar dan lintas sektor yang memadai yang menaungi kegiatan Posyandu seperti sektor kesehatan, PKK, BKKBN, dinas pemberdayaan masyarakat dan desa serta seluruh perangkat desa.

³⁰ Kemenkes. (2014). Permenkes No. 66 Tahun 2014 tentang Pemantauan Pertumbuhan, Perkembangan dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak, Buku KIA.

No	Intervensi Gizi	Definisi dan Standar	Prasyarat Keberhasilan Intervensi
3	Kelompok Sasaran Penting: Remaja Putri dan Wanita Usia Subur		
	Suplementasi tablet tambah darah (TTD)	Pemberian TTD dengan kandungan 60 mg Fe (setara dengan 300 mg <i>ferrous sulfate heptahydrate</i> , 180 mg <i>ferrous fumarate</i> atau 500 mg <i>ferrous gluconate</i>) dan 0,4 mg <i>asam folat</i> untuk semua remaja putri dan wanita usia subur. ³¹	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penentuan jumlah sasaran dengan akurat. 2. Alokasi anggaran yang memadai baik di pusat maupun daerah. 3. Penguatan manajemen rantai pasokan untuk memastikan ketersediaan dan distribusi produk. 4. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan, petugas KUA/tempat ibadah lainnya, dan guru Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dalam pencegahan dan tata laksana anemia pada remaja dan wanita usia subur. 5. Penguatan kapasitas layanan kesehatan, KUA/tempat ibadah lainnya, dan UKS . 6. Edukasi dan konseling gizi, termasuk mengenai efek samping suplementasi. 7. Pemantauan cakupan program, kepatuhan konsumsi TTD, dan evaluasi dampak. 8. Koordinasi yang baik lintas sektoral

³¹ Kemenkes. (2016). Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Anemia pada Remaja Putri dan Wanita Usia Subur (WUS).

No	Intervensi Gizi	Definisi dan Standar	Prasyarat Keberhasilan Intervensi
4	Kelompok Sasaran Penting: Anak Usia 24-59 Bulan		
	Pemberian makanan tambahan	<p>Penyediaan makanan tambahan berupa krekers/biskuit dengan formulasi gizi tertentu dan difortifikasi dengan vitamin dan mineral, sesuai dengan ketentuan dalam Petunjuk Teknis PMT dari Kemenkes 2017.³² Program ini utamanya ditujukan bagi anak usia Sekolah Dasar/ Madrasah Ibtidaiyah (SD/MI) dengan kategori kurus untuk mencukupi kebutuhan gizi.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penentuan kelompok sasaran dan jumlahnya dengan akurat. 2. Alokasi anggaran yang memadai baik di pusat maupun daerah. 3. Penguatan manajemen rantai pasokan untuk memastikan ketersediaan dan distribusi produk. 4. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dan pihak sekolah dalam pencegahan dan tata laksana gizi kurang pada anak usia sekolah. 5. Edukasi dan konseling gizi pada anak sekolah. 6. Pemantauan distribusi dan konsumsi PMT, serta evaluasi dampak. 7. Koordinasi lintas sektoral yang baik.
	PMT pemulihan bagi anak kurus	<p>Penyediaan suplementasi gizi dalam bentuk makanan tambahan dengan formulasi khusus dan difortifikasi dengan vitamin dan mineral, sesuai dengan ketentuan dalam Petunjuk Teknis PMT dari Kemenkes 2017.³³ Program ini diperuntukkan bagi anak gizi kurang akut sebagai tambahan makanan untuk pemulihan status gizi.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistem surveilans yang memadai disertai dengan sistem deteksi kasus dengan akurat. 2. Alokasi anggaran yang memadai baik di pusat maupun daerah. 3. Penguatan manajemen rantai pasokan untuk memastikan ketersediaan dan distribusi produk. 4. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam pencegahan dan tata laksana gizi kurang akut pada anak . 5. Penguatan layanan kesehatan dan Posyandu. 6. Edukasi dan konseling gizi pada anak. 7. Pemantauan distribusi dan konsumsi PMT, serta evaluasi dampak.

³² Kemenkes. (2017). Petunjuk Teknis Pemberian Makanan Tambahan Balita, Anak Sekolah, dan Ibu Hamil.

³³ Kemenkes. (2017). Petunjuk Teknis Pemberian Makanan Tambahan Balita, Anak Sekolah, dan Ibu Hamil.

No	Intervensi Gizi	Definisi dan Standar	Prasyarat Keberhasilan Intervensi
4	Kelompok Sasaran Penting: Anak Usia 24-59 Bulan		
	Pemantauan pertumbuhan	<p>(1) Pemantauan berat-badan anak usia 0-6 tahun, dilakukan setiap bulan sejak bayi berusia 0-23 bulan, dan dilakukan setiap 6 bulan sekali sejak anak 24-59 bulan;</p> <p>(2) Pemantauan panjang/tinggi badan anak usia 0-23 bulan setiap 3 bulan dan dilakukan setiap 6 bulan pada anak 24-59 bulan, dan pengukuran lingkar kepala, dilakukan setiap 3 bulan pada anak 0-12 bulan, dan setiap 6 bulan hingga berusia 23 bulan, diikuti dengan pengukuran sekali setahun ketika berusia lebih dari 2 tahun.³⁴</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alokasi anggaran yang memadai baik di pusat maupun daerah untuk mendanai operasional kegiatan, insentif untuk tenaga termasuk kader, pembinaan, serta monitoring dan evaluasi. 2. Penyediaan sarana dan prasarana yang dibutuhkan untuk kegiatan pemantauan pertumbuhan. 3. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dan kader dalam pemantauan pertumbuhan anak. 4. Kampanye sosial dan edukasi masyarakat tentang urgensi pemantauan pertumbuhan anak secara rutin. 5. Pemantauan kegiatan pemantauan pertumbuhan dan evaluasi dampak. 6. Sistem rujukan dan penanganan kasus yang cepat, sederhana dan memadai. 7. Koordinasi antar dan lintas sektor yang memadai yang menaungi kegiatan Posyandu seperti sektor kesehatan, PKK, BKKBN, dinas pemberdayaan masyarakat dan desa serta seluruh perangkat desa.

³⁴ Kemenkes. (2014). Permenkes No. 66 Tahun 2014 tentang Pemantauan Pertumbuhan, Perkembangan dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak , Buku KIA.

Lampiran 2: Matriks Bukti Intervensi Gizi

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Bukti Ilmiah	Latar Belakang Bukti Ilmiah
Intervensi Gizi Spesifik			
Ibu hamil	PMT (pemberian makanan tambahan) bagi ibu hamil dari kelompok miskin/Kurang Energi Kronik (KEK)	<p>1. <i>Systematic review</i> terhadap 12 uji acak terkendali (RCT).³⁵</p> <p>2. Efek yang signifikan: penurunan angka kejadian bayi lahir mati (RR 0.60, 95% CI 0.39-0.94), berat bayi baru lahir rendah/BBLR (MD +40.96g, 95% CI 4.66-77.26), dan berat badan bayi kecil untuk masa kehamilan (RR 0.79, 95% CI 0.69-0.90).</p> <p>3. Efek yang tidak signifikan: kelahiran prematur, kematian neonatal, dan kenaikan berat badan kehamilan per minggu.</p>	6705 ibu hamil dari negara berpendapatan rendah hingga tinggi.
	Suplementasi tablet tambah darah (TTD)	<p>1. <i>Systematic review</i> terhadap 61 uji acak terkendali dan quasi-randomised (44 studi diikutkan dalam analisis)³⁶</p> <p>2. Suplementasi besi harian:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Efek yang signifikan: penurunan angka ibu hamil aterm dengan anemia (RR 0.30, 95% CI 0.19-0.46), ibu hamil aterm dengan defisiensi besi (RR 0.43, 95% CI 0.27-0.66), dan ibu hamil aterm dengan anemia defisiensi besi (RR 0.33, 95% CI 0.16-0.69), b. Efek yang tidak signifikan: perubahan berat bayi lahir, BBLR, kelahiran prematur, kematian neonatal, cacat lahir, kematian ibu, anemia berat pada ibu hamil di trimester dua dan tiga, infeksi selama kehamilan, dan efek samping. <p>3. Suplementasi besi-folat harian</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Efek yang signifikan: peningkatan berat bayi lahir (MD 55.73, 95% CI 7.66-107.79), penurunan angka ibu hamil aterm dengan anemia (RR 0.34, 95% CI 0.21-0.54), ibu hamil aterm dengan defisiensi besi (RR 0.24, 95% CI 0.06-0.99), serta anemia berat pada ibu hamil trimester dua dan tiga (RR 0.12, 95% CI 0.02-0.63), b. Efek yang tidak signifikan: BBLR, kelahiran prematur, kematian neonatal, cacat lahir, infeksi selama kehamilan, dan efek samping. 	43.274 ibu hamil (yang terlibat dalam 44 studi) dari negara maju dan berkembang. Intervensi diberikan melalui rumah sakit, komunitas, atau fasilitas klinik antenatal.

³⁵ Ota, E., Hori, H., Mori, R., Tobe-Gai, R., & Farrar, D. (2015). Antenatal dietary education and supplementation to increase energy and protein intake. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).

³⁶ Peña-Rosas, J. P., De Regil, L. M., García-Casal, M. N., & Dowswell, T. (2015). Daily oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Bukti Ilmiah	Latar Belakang Bukti Ilmiah
Intervensi Gizi Spesifik			
Ibu menyusui dan anak 0-23 bulan	Promosi dan konseling menyusui	<p>1. <i>Systematic review</i> terhadap 110 uji acak terkendali (RCT) dan kuasi-eksperimental.³⁷</p> <p>2. Efek yang signifikan: edukasi atau konseling gizi meningkatkan pemberian ASI eksklusif sebesar 43% (95% CI 9-87) pada hari pertama, sebesar 30% (19-42) pada 0-1 bulan, dan 90% (54-134) selama 1-6 bulan. Tingkat tidak menyusui (bayi tidak menerima ASI sama sekali) juga menurun secara signifikan yaitu sebesar 32% (13-46) pada hari pertama, sebesar 30% (20-38) pada 0-1 bulan, dan 18% (11-23) selama 1-6 bulan.</p> <p>3. Efek yang tidak signifikan: pemberian ASI predominan (bayi tidak hanya menerima ASI, tetapi juga minuman lainnya) dan parsial (bayi menerima ASI dan makanan atau minuman seperti susu dan sereal).</p>	76 negara maju dan 34 negara berkembang. Intervensi dilakukan di komunitas, fasilitas kesehatan dan fasilitas berbasis masyarakat.
	Promosi dan konseling pemberian makan bayi dan anak (PMBA)	<p>1. <i>Systematic review</i> terhadap 16 studi.³⁸</p> <p>2. Secara keseluruhan, edukasi gizi saja meningkatkan TB/U secara signifikan (SMD 0.23, 95% CI 0.09-0.36), BB/U (SMD 0.16 95% CI 0.05-0.27), dan secara signifikan mengurangi tingkat stunting (RR 0.71, 95% CI 0.56-0.91). Namun, tidak berdampak signifikan pada peningkatan panjang badan dan penambahan berat badan.</p> <p>3. Efek edukasi gizi pada populasi yang aman pangan:</p> <p>a. Efek yang signifikan: peningkatan tinggi badan (SMD 0.35, 95% CI 0.08-0.62), TB/U (SMD 0.22, 95% CI 0.01-0.43), dan penambahan berat badan (SMD 0.40, 95% CI 0.02-0.78).</p> <p>b. Efek yang tidak signifikan: BB/U dan <i>stunting</i></p> <p>4. Efek edukasi gizi pada populasi yang rawan pangan:</p> <p>a. Efek yang signifikan: peningkatan TB/U (SMD 0.25, 95% CI 0.09-0.42), BB/U (SMD 0.26, 95% CI 0.12-0.41), dan penurunan stunting (RR 0.68, 95% CI 0.60-0.76).</p> <p>b. Efek yang tidak signifikan: peningkatan tinggi badan dan penambahan berat badan.</p>	Negara berpendapatan rendah hingga menengah.

³⁷ Haroon, S., Das, J. K., Salam, R. A., Imdad, A., & Bhutta, Z. A. (2013). Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. BMC public health, 13(3), S20.

³⁸ Lassi, Z. S., Das, J. K., Zahid, G., Imdad, A., & Bhutta, Z. A. (2013). Impact of education and provision of complementary feeding on growth and morbidity in children less than 2 years of age in developing countries: a systematic review. BMC public health, 13(3), S13.

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Bukti Ilmiah	Latar Belakang Bukti Ilmiah
Intervensi Gizi Spesifik			
	Promosi dan konseling pemberian makan bayi dan anak (PMBA)	<p>5. Pengaruh penyediaan MP-ASI dengan atau tanpa pendidikan pada populasi yang rawan pangan.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Efek yang signifikan: peningkatan TB/U (SMD 0.39, 95% CI 0.05-0.73) dan BB/U (SMD 0.26, 95% CI 0.04-0.48) b. Efek yang tidak signifikan: peningkatan tinggi badan, penambahan berat badan, dan <i>stunting</i> 	Negara berpendapatan rendah hingga menengah.
	Tata laksana gizi buruk	<p>1. <i>Systematic review</i> terhadap 14 uji acak terkendali (RCT) dan kuasi-eksperimental.³⁹</p> <p>2. Tata laksana gizi buruk akut berbasis masyarakat: pemberian makanan terapeutik berupa makanan-terapeutik-siap-saji (<i>ready to use therapeutic food</i> = RUTF) dibandingkan dengan terapi standar (rawat inap dan pemberian corn-soy blend (CSB).</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Efek yang signifikan: anak yang menerima RUTF 1,51 kali lebih cenderung untuk sembuh dibandingkan yang menerima terapi standar (RR 1.51, 95% 1.04-2,20), rata-rata peningkatan tinggi badan yang lebih besar (MD 0.14, 95% CI 0.05-0.22), rata-rata penambahan berat badan yang lebih besar (MD 1.27, 95% CI 0.16-2.38), dan kenaikan LILA (MD 0.11, 95% CI 0.05-0.18). b. Efek yang tidak signifikan: penurunan angka kematian anak. <p>3. Tata laksana gizi buruk akut berbasis fasilitas: protokol WHO untuk tata laksana rawat inap anak dengan gizi buruk akut dibandingkan dengan terapi standar. Efek yang ditemukan yaitu <i>case fatality rate</i> (CFR) pada tata laksana rawat inap anak dengan gizi buruk akut menggunakan protokol WHO bervariasi dari 3,4% sampai 35%.</p> <p>4. tata laksana gizi buruk akut berbasis masyarakat: pemberian makanan terapeutik berupa makanan-terapeutik-siap-saji (<i>ready to use therapeutic food</i> = RUTF) impor dibandingkan dengan RUTF lokal.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Efek yang tidak signifikan: penambahan berat badan. 	Semua uji dilakukan di daerah rawan pangan berkepanjangan.

³⁹ Lenters, L. M., Wazny, K., Webb, P., Ahmed, T., & Bhutta, Z. A. (2013). Treatment of severe and moderate acute malnutrition in low-and middle-income settings: a systematic review, meta-analysis and Delphi process. *BMC Public Health*, 13(3), S23.

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Bukti Ilmiah	Latar Belakang Bukti Ilmiah
Intervensi Gizi Spesifik			
	Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak kurus	<p>1. <i>Systematic review</i> atas 8 uji acak terkendali (RCT).⁴⁰</p> <p>2. Pemberian makanan yang diformulasikan secara khusus dibandingkan dengan pelayanan standar (pelayanan medis dan konseling tanpa pemberian makanan):</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Efek yang signifikan: peningkatan tingkat pemulihan gizi kurang akut sebesar 29% (RR 1.29, 95% CI 1.20-1.38), penurunan jumlah anak yang <i>drop out</i> dari program gizi sebesar 70% (RR 0.30, 95% CI 0.22-0.39), dan peningkatan indeks BB/TB (MD 0.20 Z-score, 95% CI 0.03-0,37). b. Efek yang tidak signifikan: penurunan angka kematian anak. <p>3. Pemberian suplementasi gizi berbasis lemak (<i>lipid-based nutrient supplement</i> atau LNS) dibandingkan dengan bahan makanan campuran/BMC (<i>blended food</i>) yang berbentuk campuran pangan kering dan tanpa kandungan lemak yang tinggi.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Efek yang signifikan: peningkatan jumlah anak yang pulih sebesar 10% (RR 1.10, 95% CI 1.04-1.16), penurunan jumlah anak yang tidak pulih (RR 0.53, 95% CI 0.40-0,69), dan peningkatan status gizi pada anak yang pulih b. Efek yang tidak signifikan: kematian anak, gizi buruk, dan jumlah anak yang <i>drop out</i> dari program gizi c. Anak yang muntah lebih banyak pada grup yang diberikan suplementasi gizi berbasis lemak dibandingkan BMC (RR 1.43, 95% CI 1.11-1.85) <p>4. Pemberian suplementasi gizi berbasis lemak (LNS) dibandingkan dengan BMC dengan jenis yang spesifik (<i>corn-soy blended food</i> atau CSB++)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Efek: LNS dan CSB++ memberikan efek yang serupa 	10.037 balita dan sebanyak tujuh uji dilakukan di Afrika.

⁴⁰ Lazzerini, M., Rubert, L., & Pani, P. (2013). Specially formulated foods for treating children with moderate acute malnutrition in low-and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*, 6(6).

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Bukti Ilmiah	Latar Belakang Bukti Ilmiah
Intervensi Gizi Spesifik			
	Pemantauan dan promosi pertumbuhan	<p>1. <i>Systematic review</i> atas 18 studi ⁴¹</p> <p>2. Pemantauan dan promosi pertumbuhan memiliki rata-rata tingkat penurunan tahunan (<i>average annual rate of reduction</i> atau AARR) terhadap <i>stunting</i> $\geq 3\%$. Suatu program</p>	Negara berpendapatan rendah sampai menengah.
Remaja dan wanita usia subur.	Suplementasi tablet tambah darah (TTD)	<p>1. <i>Systematic review</i> atas 21 uji acak terkendali (RCT) dan quasi-randomised. ⁴²</p> <p>2. Suplementasi zat besi berselang (hanya zat besi saja atau dengan mineral dan vitamin lainnya dan dikonsumsi satu, dua, atau tiga kali per minggu tidak berturut-turut) adalah intervensi yang efektif dilakukan di daerah di mana suplementasi harian gagal atau tidak mungkin dilakukan.</p> <p>3. Suplementasi zat besi berselang menurunkan risiko terjadinya anemia (RR 0.73; 95% CI 0.56-0.95), meningkatkan konsentrasi hemoglobin (MD 4.58 g/L; 95% CI 2.56-6.59) dan cadangan besi (MD 8.32 µg/L; 95% CI 4.97-11.66).</p> <p>4. Dibandingkan dengan suplementasi harian, wanita yang menerima suplementasi zat besi secara berselang cenderung lebih sering terkena anemia (RR 1.26; 95% CI 1.04-1.51).</p> <p>5. Informasi mengenai pengaruh suplementasi terhadap morbiditas (termasuk terhadap malaria), efek samping, kinerja, produktivitas ekonomi, depresi, dan kepatuhan terhadap intervensi masih belum jelas.</p>	<p>10.258 wanita usia subur yang berasal dari 15 negara berbeda di Amerika Latin, Afrika, Asia, dan Eropa.</p> <p>Partisipan adalah wanita yang tidak hamil atau menyusui dan tidak memiliki kondisi yang mempengaruhi periode menstruasi.</p>

⁴¹ Hossain, M., Choudhury, N., Abdullah, K. A. B., Mondal, P., Jackson, A. A., Watson, J., & Ahmed, T. (2017). Evidence-based approaches to childhood stunting in low and middle income countries: a systematic review. *Archives of disease in childhood, archdischild-2016*.

⁴² Fernández-Gaxiola, A. C., & De-Regil, L. M. (2011). Intermittent iron supplementation for reducing anaemia and its associated impairments in menstruating women. *The Cochrane Library*.

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Bukti Ilmiah	Latar Belakang Bukti Ilmiah
Intervensi Gizi Spesifik			
Anak usia sekolah (6-12 tahun).	Pemberian makanan tambahan	<p>1. Studi kuasi-eksperimental.⁴³</p> <p>2. Intervensi berupa pemberian makan siang di sekolah yang memenuhi 1/3 konsumsi energi harian selama satu bulan secara signifikan meningkatkan asupan gizi. Selain itu, setelah intervensi terjadi peningkatan kadar hemoglobin dan hematokrit yang signifikan dan perubahan lebih besar pada kelompok anemia. Indeks massa tubuh meningkat secara signifikan pada kelompok <i>underweight</i> dan normal.</p>	68 siswa SD kelas 4 di pedesaan Jawa Barat.
Keluarga 1000 HPK dan umum.	Peningkatan penyediaan akses air minum dan sanitasi	<p>1. Review mengenai pengaruh kondisi air, sanitasi, dan higienitas (WASH) terhadap penurunan <i>stunting</i>.⁴⁴</p> <p>2. Kondisi air, sanitasi, dan higienitas (WASH) yang buruk mempunyai efek yang merugikan pada pertumbuhan dan perkembangan anak yang disebabkan paparan berkelanjutan dari pathogen enterik dan juga melalui mekanisme sosial dan ekonomi yang luas. Intervensi WASH saja belum mampu untuk menghapuskan <i>stunting</i>, namun intervensi pada hal tersebut sebagai salah satu komponen yang kritis dalam pengembangan strategi yang komprehensif memiliki potensi untuk mempercepat penghapusan <i>stunting</i>.</p>	

⁴³ Sekiyama, M., Roosita, K., & Ohtsuka, R. (2017). Locally Sustainable School Lunch Intervention Improves Hemoglobin and Hematocrit Levels and Body Mass Index among Elementary Schoolchildren in Rural West Java, Indonesia. *Nutrients*, 9(8), 868.

⁴⁴ Cumming, O., & Cairncross, S. (2016). Can water, sanitation and hygiene help eliminate stunting? Current evidence and policy implications. *Maternal & child nutrition*, 12, 91-105.

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Bukti Ilmiah	Latar Belakang Bukti Ilmiah
Intervensi Gizi Spesifik			
	Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan	<p>1. <i>Systematic review</i> atas 18 studi dan review mengenai pentingnya peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan terhadap kesehatan ibu dan anak.^{45,46}</p> <p>2. Peningkatan akses dan kualitas terhadap pelayanan kesehatan mendukung keberhasilan program gizi sensitif dan spesifik lainnya dan kombinasi program tersebut mendukung kesehatan ibu dan anak. Peningkatan akses dan kualitas terhadap pelayanan kesehatan jika dikombinasikan dengan program gizi sensitif dan spesifik lainnya memiliki rata-rata tingkat penurunan tahunan (<i>average annual rate of reduction</i> atau AARR) terhadap <i>stunting</i> $\geq 3\%$. Suatu program dianggap efektif menurunkan kejadian <i>stunting</i> bila AARR $\geq 3\%$.</p>	Negara berpendapatan rendah hingga menengah.
	Peningkatan kesadaran, komitmen, dan praktik pengasuhan dan gizi ibu dan anak	<p>1. <i>Systematic review</i> atas 18 studi.⁴⁷</p> <p>2. Peningkatan kesadaran, komitmen, dan praktik pengasuhan dan gizi ibu dan anak melalui edukasi dan konseling gizi serta dikombinasikan dengan program gizi spesifik lainnya memiliki rata-rata tingkat penurunan tahunan (<i>average annual rate of reduction</i> atau AARR) terhadap <i>stunting</i> $\geq 3\%$. Suatu program dianggap efektif menurunkan kejadian <i>stunting</i> bila AARR $\geq 3\%$.</p>	Negara berpendapatan rendah sampai menengah.

⁴⁵ Ruel, M. T., Alderman, H., & Maternal and Child Nutrition Study Group. (2013). Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition?. *The Lancet*, 382(9891), 536-551.

⁴⁶ Hossain, M., Choudhury, N., Abdullah, K. A. B., Mondal, P., Jackson, A. A., Walson, J., & Ahmed, T. (2017). Evidence-based approaches to childhood stunting in low and middle income countries: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, archdischild-2016.

⁴⁷ Hossain, M., Choudhury, N., Abdullah, K. A. B., Mondal, P., Jackson, A. A., Walson, J., & Ahmed, T. (2017). Evidence-based approaches to childhood stunting in low and middle income countries: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, archdischild-2016.

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Bukti Ilmiah	Latar Belakang Bukti Ilmiah
Intervensi Gizi Spesifik			
	Peningkatan akses pangan bergizi	<p>1. Kajian mengenai pengaruh program berkaitan dengan pertanian terhadap kesehatan ibu dan anak.⁴⁸</p> <p>2. Program pertanian terfokus (<i>targeted agricultural program</i>) adalah suatu pendekatan yang dapat melengkapi upaya peningkatan produktivitas pertanian dan pasokan pangan dan bertujuan untuk meningkatkan pendapatan rumah tangga miskin, akses terhadap makanan berkualitas tinggi, dan mendorong pemberdayaan perempuan. Program ini difokuskan dalam bentuk program sistem produksi pangan rumah tangga dan biofortifikasi makanan pokok.</p>	Negara berpendapatan rendah hingga menengah.

⁴⁸Ruel, M. T., Alderman, H., & Maternal and Child Nutrition Study Group. (2013). Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition?. *The Lancet*, 382(9891), 536-551.

Lampiran 3: Kerangka Pemantauan dan Evaluasi Strategi Nasional

Tujuan	Indikator	Alat Verifikasi/Sumber	Penanggungjawab
Dampak	<ul style="list-style-type: none"> Prevalensi stunting pada rumah tangga 1.000 HPK di tingkat nasional dan kabupaten/kota prioritas Jumlah kasus <i>stunting</i> yang berhasil dicegah Jumlah kabupaten/kota yang berhasil menurunkan prevalensi <i>stunting</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Data Susenas 	BPS
Intermediate Outcome	<ul style="list-style-type: none"> Insidens diare Insidens kecacingan Prevalensi gizi buruk Prevalensi anemia pada ibu hamil Prevalensi BBLR Cakupan ASI Eksklusif 	<ul style="list-style-type: none"> Data Riskesdas 	Kementerian Kesehatan
Output	<ul style="list-style-type: none"> Cakupan hasil intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif di Kabupaten/Kota Prioritas Cakupan intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif pada Sasaran Prioritas (1.000 HPK). Indeks sasaran layanan gizi mencakup 6 paket layanan, yaitu: (a) Kesehatan dasar (imunisasi dan suplementasi TTD); (b) Kesehatan gizi (ASI ekslusif dan PMBA); (c) Air minum aman dan sanitasi layak; (d) PAUD; (e) Akta Kelahiran; dan (f) Keamanan pangan. 		BPS Setwapres/sekretariat TNP2K
Tujuan Pilar Satu (Komitmen dan Visi Kepemimpinan):	<ul style="list-style-type: none"> Rembuk <i>Stunting</i> tahunan di tingkat nasional Nota kesepakatan (MoA) tahunan yang ditandatangani antara Setwapres dan pimpinan daerah Rembuk <i>Stunting</i> tahunan di Kabupaten/kota yang dihadiri oleh Bupati/Walikota 	<ul style="list-style-type: none"> Laporan Rembuk <i>Stunting</i> tahunan di tingkat nasional dan Kabupaten/Kota Dokumen MoA yang ditandatangani 	Setwapres/sekretariat TNP2K

Tujuan	Indikator	Alat Verifikasi/Sumber	Penanggungjawab
Tujuan Pilar Dua (Kampanye Nasional dan	<ul style="list-style-type: none"> Persentase masyarakat yang menilai <i>stunting</i> sebagai 10 masalah penting pada gizi dan kesehatan Pelaksanaan kampanye publik perubahan perilaku bagi masyarakat umum yang konsisten dan berkelanjutan di tingkat pusat dan daerah Jumlah kabupaten/kota yang menerbitkan kebijakan daerah yang memuat kampanye publik dan komunikasi perubahan perilaku Pelaksanaan pelatihan bagi penyelenggara kampanye dan komunikasi perubahan perilaku yang efektif dan efisien 	<ul style="list-style-type: none"> Survei perubahan perilaku Materi kampanye nasional dan lokal yang sesuai dengan panduan kampanye Kebijakan daerah yang memuat kampanye dan komunikasi perubahan perilaku Laporan pelaksanaan pelatihan kampanye dan komunikasi perubahan perilaku 	Kementerian Kesehatan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Kementerian Dalam Negeri Kementerian Komunikasi dan Informatika
Tujuan Pilar Tiga (Konvergensi, Program Pusat, Daerah, dan Desa):	<ul style="list-style-type: none"> Konvergensi kegiatan nasional dan daerah untuk pencegahan <i>stunting</i>. Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan Aksi Konvergensi/Integrasi. Pemanfaatan Dana Desa untuk kegiatan intervensi gizi prioritas. Pelaksanaan intervensi gizi prioritas di tingkat desa yang terkoordinir. 	<ul style="list-style-type: none"> Laporan kajian kinerja dan penganggaran berkala yang dikeluarkan oleh Bappenas dan Kemenkeu. Laporan konsolidasi pencegahan <i>stunting</i> kabupaten/kota. Laporan kartu skor 	Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi Kementerian Keuangan

Tujuan	Indikator	Alat Verifikasi/Sumber	Penanggungjawab
Tujuan Pilar Empat (Ketahanan Pangan dan Gizi):	<ul style="list-style-type: none"> • Persentase sasaran prioritas yang mendapat Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT). • Kebijakan terkait fortifikasi pangan. • Akses sasaran prioritas terhadap pangan bergizi. • Jumlah Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL). 	<ul style="list-style-type: none"> • Laporan pelaksanaan BPNT. • Laporan hasil pengembangan KRPL. • Dokumen kebijakan terkait fortifikasi pangan. 	Kementerian Sosial Kementerian Perindustrian Kementerian Pertanian
Tujuan Pilar Lima (Pemantauan dan Evaluasi):	<ul style="list-style-type: none"> • Publikasi tahunan angka prevalensi <i>stunting</i> di tingkat nasional dan kabupaten/kota. • Kajian anggaran dan belanja pemerintah untuk pencegahan <i>stunting</i>. • Pelaksanaan forum kajian pencegahan <i>stunting</i>. • Pemanfaatan dan perbaikan sistem pendataan, termasuk <i>dashboard</i>. • Pelaksanaan dan pelaporan hasil pemantauan dan evaluasi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Susenas • Laporan kinerja dan penganggaran tahunan. • <i>Dashboard</i> pencegahan <i>stunting</i>. • Laporan hasil pemantauan dan evaluasi. 	BPS Bappenas Kementerian Keuangan Setwapres/sekretariat TNP2K



SEKRETARIAT WAKIL PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA

Jl. Kebon Sirih No. 14, Jakarta Pusat 10110

Telepon : (021) 3912812

Faksimili : (021) 3912511

www.wapresri.go.id