

Kajian Kebijakan dan Penanggulangan Masalah Gizi *Stunting* di Indonesia

POLICY ANALYSIS ON STUNTING PREVENTION IN INDONESIA

Ni Ketut Aryastami¹, dan Ingan Tarigan²

¹Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan, ²Puslitbang Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan, Badan Litbang Kementerian Kesehatan RI
Jl. Percetakan Negara 29 Jakarta 10560, Indonesia
E-mail: aryastami@hotmail.com

Submitted : 25-8-2017, Revised : 11-9-2017, Revised : 19-9-2017, Accepted : 23-10-2017

Abstract

Stunting prevalence in Indonesia has been almost stagnant at 37% from year 2007 to 2013. With the cut-off point greater than 20%, WHO classified Indonesia has a public health problem. The purpose of this review is to analyze policy related problems and gaps that could be filled as a policy option. Policy analysis was conducted through searching and analyzing legal documents, policy as well as programs following the policy formulation. Finally, round table discussion inviting experts was conducted to construct a recommendation. Stunting prevalence has barely reducing within the last ten year which was only 4% from 1992 to 2013, though programs and budget allocation has been made, even scaling up nutrition is mentioned in Presidential Regulation no.42/2013 through National Movement of First Thousand Days of Life. Stunting has a long term effect that bring about non communicable diseases causing economic burden, although stunting can be corrected. Serious integrated effort should be taken into account at all levels as a policy recommendation. Mothers or future brides should be given information of healthy pregnancy and nutrition. Exclusive breast feeding should be done mandatory to healthy delivery mothers. In addition, proper complementary feeding should be well understood by mothers and health workers.

Keywords: stunting, policy analysis, Indonesia

Abstrak

Prevalensi *stunting* di Indonesia memiliki angka cukup stagnan dari tahun 2007 hingga 2013. WHO menetapkan batasan masalah gizi tidak lebih dari 20%, sehingga dengan demikian Indonesia termasuk dalam negara yang memiliki masalah kesehatan masyarakat. Tujuan kajian ini adalah untuk mengkaji kebijakan dan kesenjangan yang dapat dipecahkan melalui opsi kebijakan melalui analisis dokumen legal dan literatur lainnya serta program yang telah dikembangkan. Kemudian dilakukan forum diskusi dengan melibatkan pakar dalam menyusun hasil sebagai opsi kebijakan. Penurunan angka *stunting* hanya mencapai 4% antara tahun 1992 hingga 2013. Perpres no. 42/2013 telah menetapkan Gerakan Nasional Seribu Hari Pertama Kehidupan dalam upaya meningkatkan status gizi balita yang diikuti oleh pengembangan program termasuk anggarannya. *Stunting* memiliki risiko panjang yakni PTM pada usia dewasa, walaupun masih dapat dikoreksi pada usia dini. Upaya penurunan masalah gizi harus ditangani secara lintas sektoral di semua lini. Ibu dan calon pengantin harus dibekali dengan pengetahuan cukup tentang gizi dan kehamilan, ASI Eksklusif pada ibu bersalin yang sehat. Selanjutnya MPASI harus dipahami oleh para ibu dan tenaga kesehatan secara optimal.

Kata kunci: *stunting*, policy analysis, Indonesia

PENDAHULUAN

Stunting merupakan masalah gizi kronis yang disebabkan oleh multi-faktorial dan bersifat antar generasi. Di Indonesia masyarakat sering menganggap tumbuh pendek sebagai faktor keturunan. Persepsi yang salah di masyarakat membuat masalah ini tidak mudah diturunkan dan membutuhkan upaya besar dari pemerintah dan berbagai sektor terkait. Hasil studi membuktikan bahwa pengaruh faktor keturunan hanya berkontribusi sebesar 15%, sementara unsur terbesar adalah terkait masalah asupan zat gizi, hormon pertumbuhan dan terjadinya penyakit infeksi berulang.^{1,2} Variabel lain dalam pertumbuhan stunting yang belum banyak disebut adalah pengaruh paparan asap rokok maupun polusi asap juga berpengaruh terhadap pertumbuhan stunting.³

Periode 1000 hari pertama kehidupan (1000 HPK) merupakan simpul kritis sebagai awal terjadinya pertumbuhan *Stunting*, yang sebaliknya berdampak jangka panjang hingga berulang dalam siklus kehidupan. Kurang gizi sebagai penyebab langsung, khususnya pada balita berdampak jangka pendek meningkatnya morbiditas. Bila masalah ini bersifat kronis, maka akan mempengaruhi fungsi kognitif yakni tingkat kecerdasan yang rendah dan berdampak pada kualitas sumberdaya manusia. Pada kondisi berulang (dalam siklus kehidupan) maka anak yang mengalami kurang gizi diawal kehidupan (periode 1000 HPK) memiliki risiko penyakit tidak menular pada usia dewasa.^{4,5}

Stunting merupakan masalah kesehatan masyarakat yang harus ditangani secara serius. Hasil-hasil Riskesdas menunjukkan, besaran masalah *Stunting* yang relatif stagnan sekitar 37% sejak tahun 2007 hingga 2013. Dari 33 provinsi yang ada di Indonesia, lebih dari separuhnya memiliki angka prevalensi diatas rata-rata nasional. Kesenjangan prevalens *Stunting* antar provinsi yang masih lebar antara DIY (22,5%) dan NTT (58,4%) menunjukkan adanya ketimpangan dan pembangunan yang tidak merata.⁶

Prevalensi BBLR menurut Riskesdas 11,1% (2010) dan 10,2% (2013); Proporsi lahir pendek (<48 cm) sebesar 20,2% (2013). Proporsi pemberian ASI secara eksklusif selama enam bulan masih rendah (15,3%). Dari penelitian terdahulu dinyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan kejadian stunting dengan berat badan lahir⁷ dan pemberian ASI serta pemberian makanan

pendamping ASI yang tidak optimal.^{8,9}

Pertumbuhan *Stunting* yang terjadi pada usia dini dapat berlanjut dan berisiko untuk tumbuh pendek pada usia remaja. Anak yang tumbuh pendek pada usia dini (0-2 tahun) dan tetap pendek pada usia 4-6 tahun memiliki risiko 27 kali untuk tetap pendek sebelum memasuki usia pubertas; sebaliknya anak yang tumbuh normal pada usia dini dapat mengalami *growth faltering* pada usia 4-6 tahun memiliki risiko 14 kali tumbuh pendek pada usia pra-pubertas.¹⁰ Oleh karena itu, intervensi untuk mencegah pertumbuhan *Stunting* masih tetap dibutuhkan bahkan setelah melampaui 1000 HPK.

Fenomena tersebut diatas menarik untuk dikaji mengingat masalah *Stunting* memiliki dampak yang cukup serius; antara lain, jangka pendek terkait dengan morbiditas dan mortalitas pada bayi/Balita, jangka menengah terkait dengan intelektualitas dan kemampuan kognitif yang rendah, dan jangka panjang terkait dengan kualitas sumberdaya manusia dan masalah penyakit degeneratif di usia dewasa.

BAHAN DAN METODE

Analisis kajian dilakukan melalui *review literatur* terkait masalah gizi, pertumbuhan dan *outcomenya* yakni tumbuh dibawah kurva standar antropometri WHO (<-2 standar deviasi). Kecenderungan pertumbuhan stunting (pendek) dipelajari dari berbagai literatur dan hasil-hasil studi sebelumnya yang terkompilasi dari berbagai survey sejak tahun 1992 (Survey Vitamin A) hingga Riskesdas 2013.

Literatur review dilakukan dari berbagai sudut pandang; teori dan jurnal untuk mempelajari determinan dan faktor risiko terkait variabel outcome (*stunting*). Kajian hasil analisis data Riskesdas 2013 merupakan salah satu informasi berbasis masyarakat yang digunakan dalam menganalisis determinan terkait kejadian . Informasi terkait kebijakan dan program diperoleh dari sektor-sektor terkait antara lain Bappenas dan Kementerian Kesehatan. Kebijakan global terkait gizi diperoleh dengan cara mengunduh dari situs-situs dunia (WHO, Unicef, dll) melalui teknologi internet.

Penyusunan draft kajian dilakukan bersama team peneliti melalui berbagai diskusi, presentasi, konsultasi dengan pakar. Hasil kajian selanjutnya dipresentasikan dan didiskusikan melalui seminar terbuka di Badan Litbangkes dengan melibatkan

pembahas dari Universitas Indonesia, Direktorat Bina Gizi Kementerian Kesehatan, Bappenas, wartawan. Seminar juga dihadiri oleh mahasiswa, peneliti dan organisasi lainnya yang bergerak dibidang penanggulangan masalah gizi.

Round Table Discussion (RTD) dilakukan untuk memaparkan hasil studi dan mendapatkan pandangan dari para *stake holders* dan pakar terkait solusi dan rekomendasi yang mungkin dikembangkan untuk perencanaan dimasa yang akan datang.

HASIL

Kebijakan Penanggulangan *Stunting*

Upaya percepatan perbaikan gizi merupakan upaya Global, tidak saja untuk Indonesia, melainkan semua negara yang memiliki masalah gizi *stunting*. Upaya ini diinisiasi oleh *World Health Assembly* 2012.¹¹ Adapun target yang telah ditetapkan dalam upaya penurunan prevalensi *stunting* antara lain: menurunnya prevalensi *stunting*, *wasting* dan mencegah terjadinya *overweight* pada balita, menurunkan prevalensi anemia pada wanita usia subur, menurunkan prevalensi bayi berat lahir rendah (BBLR), meningkatkan cakupan ASI eksklusif. Sebagai negara anggota PBB dengan prevalensi *stunting* yang tinggi turut berupaya dan berkomitmen dalam upaya percepatan perbaikan gizi '*scaling up nutrition* (SUN)' masyarakat. Upaya tersebut tidak terlepas dari rencana jangka panjang, menengah dan jangka pendek dengan mengacu kepada undang-undang yang telah ditetapkan oleh Badan Legislatif.

Undang-Undang nomor 17/2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang (2005-2025) menyebutkan, pembangunan pangan dan perbaikan gizi dilaksanakan secara lintas sektor meliputi produksi, pengolahan, distribusi, hingga konsumsi pangan dengan kandungan gizi yang cukup, seimbang, serta terjamin keamanannya. Selanjutnya, Undang-Undang Kesehatan nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan, arah perbaikan gizi adalah meningkatnya mutu gizi perorangan dan masyarakat melalui, perbaikan pola konsumsi makanan yang sesuai dengan gizi seimbang; perbaikan perilaku sadar gizi, aktivitas fisik, dan kesehatan; peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi yang sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi; dan peningkatan sistem kewaspadaan pangan dan gizi. Sejalan dengan kedua undang-undang tersebut, terbit Undang-

Undang tentang Pangan nomor 18 tahun 2012 yang menetapkan kebijakan di bidang pangan untuk perbaikan status gizi masyarakat. Pemerintah dan Pemerintah Daerah menyusun Rencana Aksi Pangan dan Gizi setiap 5 (lima) tahun.

Dari ketiga undang-undang tersebut selanjutnya diterbitkan Perpres N0. 5/ 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah (2010-2014) menyebutkan, arah Pembangunan Pangan dan Gizi yaitu meningkatkan ketahanan pangan dan status kesehatan dan gizi masyarakat. Selanjutnya, Inpres No. 3/2010 menegaskan tentang penyusunan Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG) 2011-2015 dan Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi (RAD-PG) 2011-2015 di 33 provinsi.

Peraturan Presiden nomor 42/2013 tentang Gerakan Nasional Perbaikan Gizi diterbitkan untuk mendukung upaya penggalangan partisipasi dan kepedulian pemangku kepentingan secara terencana dan terkoordinir untuk percepatan perbaikan gizi dalam 1000 hari pertama kehidupan (1000 HPK). Dengan demikian, instrumen pendukung kebijakan dalam percepatan perbaikan gizi sudah cukup lengkap, dan membutuhkan upaya implementasi yang terorganisir dan dapat diterapkan disetiap tingkatan oleh setiap elemen yang terlibat. Dengan terbitnya Perpres ini, dibutuhkan upaya yang lebih konkrit, fokus pada 1000 HPK dan integrasi kegiatan secara lintas program (upaya spesifik) maupun lintas sektoral (upaya sensitif) oleh semua *stake holders*.

Masalah Balita *Stunting* di Indonesia

Prevalensi Balita *stunting* di Indonesia cukup tinggi. Distribusinyapun tidak merata, antara desa kota maupun antar provinsi. Hasil-hasil survey yang pernah dilakukan di Indonesia dari tahun 1992 hingga 2013, atau selama sekitar 20 tahun, penurunan prevalensi *stunting* hanya sebesar 4%. Bahkan proporsi sekitar 37% tampak stagnan dari tahun 2006 hingga 2013. Tabel 1 memberikan gambaran prevalensi secara lebih spesifik berdasarkan hasil survey.

Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar 2013, kesenjangan antar provinsi tampak cukup lebar, yakni proporsi 20% (Yogyakarta) hingga 48% (NTT). *Stunting* sebagai masalah gizi yang bersifat kronis tidak dapat dipisahkan dengan masalah gizi kurang secara umum. Masalah gizi kurang (BB/U <-2 SD) menurut data Riskesdas menunjukkan proporsi yang cukup stagnan, yaitu 18,4% (2007); 17,9% (2010); dan 19,6% (2013). Masalah *stunting*

tidak hanya terkait dengan faktor asupan gizi, tetapi faktor lain seperti pola asuh, penyakit infeksi dan kesehatan lingkungan.

Keterlambatan pertumbuhan fisik (*growth faltering*) bayi di Indonesia sudah mulai tampak pada usia 3-6 bulan¹²). Pertumbuhan bayi lahir hingga usia 3 bulan tampak sesuai dengan kurva pertumbuhan WHO-Anthro. Meskipun tampak ada penurunan prevalensi stunting sebesar 5% antara tahun 1989 dan 2005, hasil-hasil Riskesdas menunjukkan, prevalensinya tampak hampir stagnan sebesar 37% hingga tahun 2013.

Tabel 1. Prevalensi Balita Pendek / Stunted di Indonesia

SURVEI	STUNTING ($\leq -2SD$)
Suvita (Survei Nasional Vit. A), Tahun 1992 (15 Provinsi)	41,4
IBT (Indonesia Bagian Timur), Tahun 1991 (4 Provinsi)	44,5
SKIA (Survei Kesehatan Ibu dan Anak) Nasional Tahun 1995	45,9
JPS (Jaring Pengaman Sosial)	43,8
Survei masalah gizi di 7 Provinsi (Puslitbang gizi 2006)	36,3
Riskesdas 2007 (Badan Litbangkes)	36,8
Riskesdas 2010 (Badan Litbangkes)	35,6
Riskesdas 2013 (Badan Litbangkes)	37

Hasil analisis mendalam terhadap data Riskesdas dan hasil studi kohort di Kota Bogor untuk pertumbuhan anak hingga usia 24 bulan ditunjukkan dalam tabel 2.

Tabel 2. Proporsi Pertumbuhan *Stunting* pada Usia Dini

USIA	PROPORSI (%)	SUMBER DATA
6 bulan	22,4	
1 tahun	27,3	Studi Kohort Tumbuh Kembang Bogor, 2015 (n=220)
2 tahun	36,1	
3 tahun	40,9	
0-11 bulan	20,2	Riskesdas 2013 (n=14.956)
12-23 bulan	40,4	Riskesdas 2010 (n=3.024)
0-23 bulan	32,9	Riskesdas 2013 (n=30.933)

Terdapat hubungan pertumbuhan *stunting* dengan bayi berat lahir rendah (BBLR). *Stunting* berhubungan dengan pengaruh gizi dalam siklus kehidupan yang berulang dari generasi ke generasi. Hasil Riskesdas menunjukkan, prevalensi BBLR

di Indonesia yang cukup tinggi, yaitu 10,2% (2010) dan 11,1% (2013). Riskesdas 2013 juga menunjukkan tingginya proporsi dan kesenjangan bayi yang lahir pendek (<48 cm), yaitu 28,7% (NTT) dan 9,6% (Bali), dengan rata-rata nasional sebesar 20,2%. Selanjutnya proporsi bayi yang lahir BBLR (<2500 gram) dan pendek (<48 cm) nasional sebesar 4,3%, dan tertinggi di Papua (7,6%).

Masalah efek sisa dalam pertumbuhan

Hasil penelitian longitudinal data *Indonesian Family Life Survey* (IFLS) menunjukkan perubahan Z-score pertumbuhan pada usia dini hingga usia pra-pubertas; pendek pada usia dini dan tidak berhasil mengejar (*catch up*) pertumbuhannya pada usia Balita sebanyak 77% akan tetap pendek pada usia pra-pubertas. Sebaliknya, anak yang pendek pada usia dini dan berhasil mengejar pertumbuhannya pada usia Balita, sebanyak 84% akan tumbuh normal pada usia pra-pubertas (Aryastami, 2015). Oleh karena itu upaya perbaikan dan intervensi untuk mencegah stunting tetap dibutuhkan pada usia balita. Untuk lebih jelasnya, perubahan pertumbuhan (pengukuran melalui Z-score pertumbuhan) pada usia dini hingga usia pra-pubertas tampak seperti dalam tabel 3.

Tabel 3. Perubahan Z-score Pertumbuhan Anak Usia Dini hingga Usia Pra-opubertas

Karakteristik Pertumbuhan (n=301)	Persen TB/U (Z-score) Usia 7-9 tahun		
	<-2 SD (%)	$\geq -2 SD$ (%)	Total
02N – 46N	10,1	89,9	138
02P – 46P	77,1	22,9	70
02N – 46P	59,5	40,5	42
02P – 46N	15,7	84,3	51
TOTAL	33,6	66,4	301

Keterangan:

- 02 dan 46 = kelompok umur usia 0-2 dan 4-6 tahun
- N = pertumbuhan normal P = pertumbuhan pendek

Gangguan pertumbuhan dapat berawal dari dalam kandungan. Janin yang tumbuh dalam kandungan ibu yang mengalami kurang gizi kronis (KEK) akan beradaptasi dengan lingkungannya. Penyesuaian pertumbuhan janin tersebut menyebabkan pertumbuhan yang tidak optimal atau retardasi yang dikenal dengan istilah *intra uterine growth retardation* (IUGR).¹³

Anemia ibu hamil juga sering dihubungkan dengan kelahiran prematur dan BBLR. Selain pengaruh KEK pada kehamilan, hasil Riskesdas 2013 menunjukkan proporsi ibu hamil dengan anemia di Indonesia mencapai 37,1%. Kondisi ini tentunya akan memperparah resiko BBLR dan pertumbuhan stunting pasca lahir. Berbagai program telah dikembangkan untuk menjaga kesehatan ibu hamil dan janin, diantaranya adalah pemberian tablet tambah darah (TTD). Sayangnya, hasil Riskesdas 2013 kembali menunjukkan bahwa cakupan konsumsi TTD pada ibu hamil hanya mencapai 33,2%, atau dengan kata lain, hanya 1 dari 3 ibu hamil mengkonsumsi cukup tablet tambah darah. Hasil studi kohort di Bogor menunjukkan, penambahan berat badan ibu selama kehamilan <9,1 kg mencapai 22,7%. Studi ini juga menunjukkan, pada ibu hamil dengan usia kurang dari 20 tahun proporsi penambahan berat badannya semakin rendah pada usia kehamilan yang semakin tua; artinya, terjadi perebutan zat gizi antara ibu dan janin yang dikandungnya, sehingga bayi akan mengalah dan tumbuh tidak optimal.

Hasil-hasil Riskesdas menunjukkan, status kesehatan reproduksi di Indonesia masih rendah. Bila hal ini dihubungkan dengan masalah gizi dalam lingkaran kehidupan, maka sangat beralasan bila masalah stunting sulit untuk diturunkan dan stagnan selama periode 2007 hingga 2013. Pendek merupakan kondisi yang tidak dapat diperbaiki lagi ketika usia sudah dewasa. Pertumbuhan mengalami puncak pertumbuhannya pada usia remaja (pada wanita usia 10-12 tahun pada laki-laki usia 12-14 tahun). Pertumbuhan setelah usia tersebut masih terjadi, tetapi melambat dan hampir terhenti setelah melampaui usia 20 tahun. Tinggi badan kurang dari 150 cm pada ibu hamil berisiko untuk melahirkan anak BBLR terkait plasenta dan pinggul ibu yang kecil.

Selanjutnya, kurang energi kronik tampak sudah memiliki proporsi tinggi pada WUS yang tidak hamil; sementara pada ibu hamil proporsinya hampir mencapai 40%. Demikian juga dengan proporsi anemia (Tabel 4).

Tabel 4. Status Kesehatan Reproduksi di Indonesia (Riskesdas 2013)

Karakteristik	Ibu Hamil (%)	Wanita Usia Subur (%)
Pendek (< 150 cm)	31,3	NA
KEK (IMT <18,5)	38,5	46,6
Risiko KEK (LILA <23,5 cm)	24,2	20,8
Anemia	37,1	19

Masalah *retain effect* (efek sisa) dapat berlanjut dari dalam kandungan hingga posnatal, bahkan hingga usia dewasa. Hipotesis Barker tentang fetal programming menyatakan, konsekuensi masalah gizi didalam kandungan dapat berlanjut hingga dewasa, yang dapat menjadi faktor risiko penyakit .

degeneratif.¹⁴ Penelitian melalui hewan coba menunjukkan, resistensi insulin sebagai pre-disposing faktor terjadinya penyakit degeneratif akibat gangguan pertumbuhan sel organ yang belum mencapai puncaknya ketika lahir.¹⁵

Efek sisa pertumbuhan anak pada usia dini terbawa hingga usia pra-pubertas. Peluang kejar tumbuh melampaui usia dini masih ada meskipun kecil. Ada hubungan kondisi pertumbuhan (berat badan lahir, status sosial ekonomi) usia dini terhadap pertumbuhan pada anak usia 9 tahun.¹⁶ Anak yang tumbuh normal dan mampu mengejar pertumbuhannya setelah usia dini 80% tumbuh normal pada usia pra-pubertas.

Tingginya masalah *stunting* di Indonesia tidak semata-mata karena faktor BBLR yang memiliki prevalensi sebesar 10,2%, tetapi panjang badan lahir yang tidak optimal (<48 cm) yang mencapai 20,2%. Pendek pada usia dini berisiko 4,5 kali stunting pada usia 4-6 tahun dan 3,8 kali pada usia pra-pubertas.

Tabel 5. Efek Sisa Pertumbuhan Usia Dini terhadap Usia Pra-pubertas

TB/U (Z-score) Usia 0-2 tahun (n=301)	TB/U (Z-score) <-2 SD	
	Usia 4-6 tahun	Usia 7-9 tahun
	Usia 4-6 tahun	Usia 7-9 tahun
• Pendek	62,5	61,4
• Normal	26,9	29,5
OR	4,51	3,79
95% CI	(2,74-7,43)	(2,29-6,28)
p	0,000	0,000

Sumber : Aryastami, 2015

Selanjutnya, dibandingkan dengan mereka yang tumbuh normal pada usia dini hingga usia pra-pubertas, risiko pertumbuhan pendek pada usia dini dan tetap pendek pada usia 4-6 tahun berisiko 27 kali untuk tumbuh pendek pada usia pra-pubertas dan pertumbuhan normal pada usia dini dan pendek pada usia 4-6 tahun berisiko 14 kali pendek pada usia pra-pubertas. Bila pencegahan *stunting* pada periode emas tidak terkejar, maka

pengecahan *stunting* pra-pubertas tetap harus dioptimalkan hingga usia 5 tahun.

PEMBAHASAN

Di Indonesia, kebijakan *Scaling up Nutrition* telah diterjemahkan kedalam Gerakan Nasional Seribu Hari Pertama Kehidupan. Mengingat masalah gizi merupakan masalah yang memiliki variabel multi faktorial, maka implementasinya pun membutuhkan keterlibatan lintas sektor. Studi mengenai keberhasilan implementasi kebijakan penurunan masalah gizi melalui berbagai metode (*sistematik review*, kuantitatif riset, semi kualitatif interview, analisis pohon masalah) menunjukkan bahwa implementasi kebijakan penurunan masalah gizi secara global tidak mudah. Setidaknya terdapat delapan kelemahan variabel yang masih menjadi kendala, antara lain: masalah koordinasi yang sulit, strategi yang tidak cukup kuat, minat yang kurang dari *stake holders*, jaringan antar *stake holders* yang tidak kuat, masih lemahnya *power* dalam merikat kebijakan, struktur dalam kolaborasi yang tidak sama, sumberdaya manusia yang terbatas, tidak terjaminnya ketersediaan anggaran.¹⁷

Sebagai negara anggota Perserikatan Bangsa-Bangsa, Indonesia telah berkomitmen untuk turut menurunkan prevalensi *stunting* yang masih menjadi masalah dalam kesehatan Masyarakat. Terbitnya Perpres no. 42/2013 merupakan salah satu strategi dalam SUN dengan melibatkan lintas sektor. Perpres ini menjadi penting seperti telah disebutkan dalam berbagai dokumen dan penelitian bahwa *stunting* berhubungan dengan kemiskinan, pendidikan rendah, beban penyakit, pemberdayaan perempuan yang masih rendah.^{18,19}

Prevalensi *stunting* yang cukup stagnan selama lebih dari lima tahun di Indonesia tidak sejalan dengan pertumbuhan ekonomi dan pembangunan yang semakin membaik. Secara teoritis kemiskinan ditunjukkan sebagai penyebab mendasar masalah gizi.²⁰ Studi di Bangladesh menunjukkan hubungan kemiskinan dengan masalah gizi kurang dan buruk ditemukan pada ibu yang buta huruf, pendapatan rumah tangga yang rendah, memiliki saudara kandung yang lebih banyak, memiliki akses pada media yang lebih rendah, asupan gizi yang lebih buruk, serta sanitasi dan kesehatan lingkungan yang lebih rendah.²¹ Namun demikian, kesenjangan pembangunan antar wilayah di Indonesia tampaknya berpengaruh terhadap disparitas prevalensi *stunting* yang

cukup lebar. Hasil studi di Ghana menyebutkan, kemiskinan dan karakteristik wilayah sebagai penyebab kesenjangan dalam masalah gizi pada anak balita.²² Namun demikian, hasil studi dari negara-negara miskin dan sedang berkembang membuktikan bahwa tidak ada hubungan antara laju pertumbuhan ekonomi dengan masalah gizi kurang pada usia dini.²³ Dengan demikian dibutuhkan upaya yang serius dalam penanganan masalah gizi *stunting* pada usia dini bahkan dalam 1000 hari pertama kehidupan sebagai periode emas dalam pencegahan pertumbuhan *stunting*.^{24,25}

Pertumbuhan tidak optimal dalam masa janin dan atau selama periode 1000 HPK memiliki dampak jangka panjang. Bila faktor eksternal (setelah lahir) tidak mendukung, pertumbuhan *stunting* dapat menjadi permanen sebagai remaja pendek. Hasil-hasil penelitian menunjukkan bahwa mereka yang memiliki ukuran lebih kecil atau *stunting* ketika lahir, secara biologis memiliki ukuran yang berbeda dari mereka yang lahir dengan ukuran lebih besar.²⁶⁻²⁸ Masalah pertumbuhan *stunting* sering tidak disadari oleh masyarakat karena tidak adanya indikasi 'instan' seperti penyakit. Tumbuh pendek seringkali dianggap sebagai pengaruh genetik, padahal faktor genetik hanya menjelaskan 15% variasi dibandingkan faktor gizi.²⁹ Efek sisa pertumbuhan dapat menjadi predisposing terjadinya penyakit kronik pada usia dewasa; upaya memperbaiki lingkungan pertumbuhan masa janin dapat sekaligus mengurangi risiko penyakit degeneratif di usia dewasa.^{30,31} Oleh karena itu, penanggulangan masalah *stunting* harus dimulai jauh sebelum seorang anak dilahirkan (periode 100 HPK) dan bahkan sejak masa remaja untuk dapat memutus rantai *stunting* dalam siklus kehidupan.

KESIMPULAN

Untuk mencegah masalah *stunting* dibutuhkan upaya yang bersifat holistik dan saling terintegrasi. Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 harus disikapi dengan koordinasi yang kuat di tingkat pusat dan aturan main dan teknis yang jelas di tingkat provinsi, kabupaten/kota, hingga pelaksana ujung tombak. Diseminasi informasi dan advocacy perlu dilakukan oleh unit teknis kepada *stake holders* lintas sektor dan pemangku kepentingan lain pada tingkatan yang sama. Untuk jajaran struktural kebawahnya perlu dilakukan *knowledge transfer* dan edukasi agar mampu

menjelaskan dan melakukan pemberdayaan dalam meningkatkan status gizi masyarakat.

Selanjutnya, perlu penguatan sistem agar 1000 HPK dapat menjadi bagian dari budaya dan kehidupan sosial di masyarakat (misal: ibu merasa malu bila tidak memberikan ASI secara eksklusif kepada bayinya). Selanjutnya, informasi mengenai ASI eksklusif, untung-ruginya menyusui bayi sendiri hingga menjadi donor ASI dapat dikembangkan melalui kelas ibu hamil. Dengan demikian, motivasi ibu untuk menyusui bayinya muncul karena kesadaran, bukan karena dipaksa.

Pengetahuan ibu sebelum kehamilan atau sebelum menjadi pengantin (calon pengantin) merupakan target strategis yang paling memungkinkan untuk memberikan daya ungkit. Kursus singkat menjelang perkawinan harus dijadikan prasyarat untuk memperoleh surat nikah. Intervensi ini dapat menjadi bekal ibu sebelum hamil agar menjaga kehamilannya sejak dini, dimana tumbuh kembang kognitif janin terbentuk pada trimester pertama kehamilan. Status gizi dan kesehatan ibu hamil yang optimal akan melahirkan bayi yang sehat. Bayi yang lahir sehat dan dirawat dengan benar melalui pemberian ASI eksklusif, pola asuh sehat dengan memberikan imunisasi yang lengkap, mendapatkan makanan pendamping ASI (MPASI) yang berkualitas dengan kuantitas yang cukup dan periode yang tepat.

Generasi yang tumbuh optimal alias tidak *stunting* memiliki tingkat kecerdasan yang lebih baik, akan memberikan daya saing yang baik dibidang pembangunan dan ekonomi. Disamping itu, pertumbuhan optimal dapat mengurangi beban terhadap risiko penyakit degeneratif sebagai dampak sisa yang terbawa dari dalam kandungan. Penyakit degeneratif seperti diabetes, hipertensi, jantung, ginjal merupakan penyakit yang membutuhkan biaya pengobatan tinggi. Dengan demikian, bila pertumbuhan stunting dapat dicegah, maka diharapkan pertumbuhan ekonomi bisa lebih baik, tanpa dibebani oleh biaya-biaya pengobatan terhadap penyakit degeneratif.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terimakasih disampaikan kepada Pusat Humaniora dan Manajemen Kesehatan, Badan Litbang Kesehatan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan kajian ini. Terimakasih kepada Prof. dr. Endang L. Achadi, MPH, Dr.PH dan Dr. Triono, MSc

selaku team pakar. Akhirnya, terimakasih kepada Dr. Atmarita, MPH sebagai tim peneliti yang telah memberikan banyak masukan dalam penulisan kajian ini.

DAFTAR RUJUKAN

1. Harding J. Nutritional basis for the fetal origins of adult diseases (in) Fetal nutrition and adult disease: programming of chronic disease through fetal exposure to undernutrition. Langley-Evans S, editor. Oxfordshire, UK: CABI Publishing; 2004.
2. Sari M, de Pee, S., Bloem, M.W., Sun, K., Thorne-Lyman, A.L., Moench-Pfanner, R., Akhter, N., Kraemer, K., Semba, R.D. Higher Household Expenditure on Animal-Source and Nongrain Foods Lowers the Risk of Stunting among Children 0–59 Months Old in Indonesia: Implications of Rising Food Prices. *The Journal of Nutrition*. 2010;J. Nutr. (140):195S-200S.
3. Kyu HH, Georgiades, K., Boyle, M.H. Maternal smoking, biofuel smoke exposure and child height-for-age in seven developing countries. *International Journal of Epidemiology* 2009;38:1342–50.
4. Black RE, Allen, L.H., Bhutta, Z.A., Caulfield, L.E., de Onis, M., Ezzati, M., Mathers, C., Rivera, J. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*. 2008;371:243-60.
5. Osmond C, Barker DJP. Fetal, Infant, and Childhood Growth Are Predictors of Coronary Heart Disease, Diabetes, and Hypertension in Adult Men and Women. *Environmental Health Perspectives* 2000;108(Supplement 3):545-53.
6. Badan Litbang Kementerian Kesehatan RI. Laporan Riset Kesehatan Dasar 2013. Jakarta: Badan Litbang Kementerian Kesehatan RI; 2013.
7. Mbuya M, Chideme, M., Chasekwa, B., Mishra, V. Biological, Social, and Environmental Determinants of Low Birth Weight and Stunting among Infants and Young Children in Zimbabwe. Zimbabwe working paper No 7. Calverton, Maryland, USA: ICF Macro; 2010.
8. WHO. Infant and young child feeding : model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals.: Geneva: WHO Press; 2009.
9. Kanoa BJ, Zabut, B.M., Hamed, A.T. Nutritional Status Compared with Nutritional History of

- Preschool Aged Children in Gaza Strip: Cross Sectional Stud. Pak J Nutr. 2011;10(3):282-90.
10. Aryastami NK. Pertumbuhan usia dini menentukan pertumbuhan usia pra-pubertas (studi longitudinal IFLS 1993-1997-2000) [Longitudinal study, secondary data analysis]. Jakarta: Universitas Indonesia; 2015.
 11. WHO. Global nutrition policy review: What does it take to scale up nutrition action. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2013.
 12. Atmarita. Nutrition problems in Indonesia, Jurnal Penelitian Gizi dan Makanan, 2005;28(2).
 13. Kramer M. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. Bulletin of the World Health Organization. 1987;65(5):663-737.
 14. Barker DJP, Clark PM. Fetal undernutrition and disease in later life. Journals of Reproduction and Fertility. 1997;2:105-12.
 15. Wu G, Bazer FW, Wallace JM, Spencer TE. BOARD-INVITED REVIEW: Intrauterine growth retardation: Implications for the animal sciences. J Anim Sci 2006;84:2316-37.
 16. McGovern ME. Still Unequal At Birth: Birth Weight, Socioeconomic Status, and Outcomes at Age 9. PGDA Working Paper No. 95; 2012.
 17. Morris SS, Cogill, B., Uauy, R. Effective international action against undernutrition: why has it proven so difficult and what can be done to accelerate progress? Maternal and Child Undernutrition 5. The Lancet, Published Online January 17, 2008.
 18. Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, Cousens S, Dewey K, Giugliani E, et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival: Maternal and Child Undernutrition 3. The Lancet. 2008;Published online January 17, 2008.
 19. WHO. World health statistics 2013. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2013.
 20. Unicef. Strategy for improved nutrition of children and women in developing countries: a Unicef policy review New York, USA: Unicef; 1990.
 21. Khan MM, Kraemer A. Factors associated with being underweight, overweight and obese among ever-married non-pregnant urban women in Bangladesh. Singapore medical journal 2009;50(8):804-13.
 22. Van de Poel E, Hosseinpoor, A.R., Jehu-Appiah, C., Vega, J., Speybroeck, N. Malnutrition and the disproportional burden on the poor: the case of Ghana. International Journal for Equity in Health. 2007;6(21):12.
 23. Vollmer S, Harttgen K, Subramanyam MA, Finlay J, Klasen S, Subramanian SV. Association between economic growth and early childhood undernutrition: evidence from 121 Demographic and Health Surveys from 36 low-income and middle-income countries. Lancet Glob Health. 2014;2:e225-34.
 24. de Onis M, Blossner, M., Borghi, E. Prevalence and trends of stunting among pre-school children, 1990-2020. Public Health Nutrition. 2011:1-7.
 25. Bhutta ZA. Early nutrition and adult outcomes: pieces of the puzzle. www.thelancet.com 2013;Published online March 28, 2013:2.
 26. McArdle JH, Wyness LA, Gambling L. Normal growth and development. In: Wyness L, Stanner S, Buttriss J, editors. Nutrition and development: Short- and Long-Term consequences for health. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell; 2013.
 27. Victora CG, Adair, L., Fall, C., Hallal, P.C., Martorell, R., Richter, L., Sachdev, H.S. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital: Maternal and Child Undernutrition 2. The Lancet, Published Online January 17, 2008. 2008:1-18.
 28. Araújo CLP, Hallal, P.C., Nader, G.A., Menezes, A.M.B., Victora, C.G. Size at birth and height in early adolescence: a prospective birth cohort study. Cad Saude Pública, Rio de Janeiro. 2008;24(4):8.
 29. Gluckman PD, Hanson, M.A. The Fetal Matrix: Evolution, Development and Disease. New York, United States: Cambridge University Press; 2005. Available from: www.cambridge.org Information on this title: www.cambridge.org/9780521834575.
 30. Abu-Saad K, Fraser, D. Maternal Nutrition and Birth Outcomes. Epidemiol Rev 2010;32:5-25.
 31. Wu G, Bazer, FW., Cudd, TA., Meininger, CJ., Spencer, TE. Maternal Nutrition and Fetal Development. J Nutr 2004;134:2169-72.