



KAJIAN PROGRAM GIZI NASIONAL INDONESIA 2018–2024

Ringkasan Utama

Ucapan Terima Kasih

Publikasi ini disusun oleh UNICEF Indonesia sebagai dukungan dan atas permintaan Kementerian Kesehatan

Kajian ini dirancang dan dilaksanakan secara independen oleh tim konsultan (Ali Maclean, Endang Laksminingsih, Felix Phiri, Khoirunurrofik, Pulung Hendyarto, Purnawati Hustina Rachman, Yessi Crosita), dengan arahan teknis menyeluruh dari UNICEF Indonesia. Berbagai masukan dan umpan balik berharga telah diberikan oleh para anggota dan pakar *Technical Advisory Group (TAG)*: Abdul Razak Thaha, Anung Sugihantono, Budi Setiawan, Evy Damayanthi, Iing Mursalin, Iskari Ngadiarti, Minarto, Nia Novita Wirawan, Rimbawan, dan Siswanto.

Kami juga menyampaikan penghargaan kepada tim Kementerian Kesehatan: Maria Endang Sumiwi (Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Primer dan Kesehatan Masyarakat), Lovely Daisy (Direktur Kesehatan Keluarga), beserta seluruh tim atas masukan dan arahan yang sangat berarti.

Kajian ini memperoleh dukungan pendanaan dari *Child Nutrition Fund (CNF)*.

Isi laporan ini tidak selalu mencerminkan kebijakan atau pandangan UNICEF.

Photo cover: © UNICEF/2024/Wilander

© United Nations Children's Fund (UNICEF)

National Nutrition Review (NNR) dimulai di tahun 2024 atas prakarsa Kementerian Kesehatan untuk mengkaji kinerja program gizi spesifik di Indonesia. Kajian ini menelaah kemajuan, kesenjangan, dan tantangan implementasi di berbagai area. Ringkasan ini merangkum temuan utama NNR 2018-2024.

Desember 2025

Penerbitan ulang sebagian atau seluruh isi dokumen ini diizinkan hanya untuk tujuan penelitian, advokasi, dan pendidikan selama tidak diubah dan kredit yang sesuai diberikan (UNICEF). Publikasi ini tidak boleh diterbitkan ulang untuk tujuan lain tanpa izin tertulis sebelumnya dari UNICEF.



Latar Belakang

Indonesia menghadapi situasi gizi yang kompleks, yang ditandai dengan tiga beban masalah gizi, yaitu kekurangan gizi, defisiensi zat gizi mikro, serta kelebihan gizi (overweight dan obesitas). Riskesdas 2018 mencatat bahwa hampir sepertiga anak balita mengalami stunting, lebih dari 10 persen berada dalam kondisi wasting, dan hampir setengah ibu hamil mengalami anemia. Overweight dan obesitas juga ditemukan pada hampir 10 persen anak, 30 persen laki-laki dewasa, dan lebih dari 40 persen perempuan. Perubahan berbagai indikator gizi dalam periode 2013–2018 menunjukkan pola yang beragam. Beberapa indikator menunjukkan penurunan, sementara indikator lainnya mengalami peningkatan. Misalnya, prevalensi stunting menurun dari 37,2 persen menjadi 30,8 persen; wasting menurun dari 12,1 persen menjadi 10,2 persen; anemia pada ibu hamil meningkat dari 37,1 persen menjadi 48,9 persen; sementara overweight dan obesitas pada anak balita menurun dari 11,9 persen menjadi 8 persen, tetapi pada orang dewasa meningkat dari 28,9 persen menjadi 35,4 persen.

Sebagai respons terhadap permasalahan gizi yang semakin mengemuka, Pemerintah Indonesia mengambil sejumlah langkah strategis pada periode 2011–2018

untuk memperkuat kebijakan dan menciptakan lingkungan yang mendukung perbaikan gizi. Upaya penguatan tersebut tercermin dalam integrasi isu gizi ke dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2005–2025 dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2019–2024. Sebagai bagian dari komitmen global, Indonesia kemudian bergabung dalam Gerakan *Scaling Up Nutrition* (SUN) pada 2011. Langkah kebijakan berikutnya adalah penerbitan Peraturan Presiden No. 42/2013 yang meluncurkan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi (GERMAS PPG). Penguatan lebih lanjut dilakukan pada 2018, ketika Pemerintah mengembangkan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting (STRANAS) 2018–2024.

Merujuk pada berbagai inisiatif tersebut—serta mempertimbangkan kemajuan dan tantangan yang masih ada—Kementerian Kesehatan, dengan dukungan UNICEF, melaksanakan Kajian Program Gizi Nasional untuk melihat capaian dan hambatan dalam pelaksanaan program gizi sepanjang tahun 2018–2024. Kajian ini menyediakan rekomendasi berbasis bukti guna memperkuat arah kebijakan dan memperkaya agenda gizi Indonesia pada periode pembangunan berikutnya.

01. Tujuan dan Ruang Lingkup

Tujuan utama kajian ini adalah melakukan penilaian berbasis bukti terhadap situasi gizi, serta intervensi gizi spesifik di Indonesia, untuk meningkatkan kinerja dan hasil program pada periode 2018–2024. Kajian ini

bertujuan menghasilkan wawasan yang dapat langsung ditindaklanjuti (*actionable insights*) guna mendukung strategi berkelanjutan dalam upaya menurunkan seluruh bentuk malnutrisi sepanjang siklus kehidupan.

Gambar 1: Ruang Lingkup Kajian



02. Metodologi

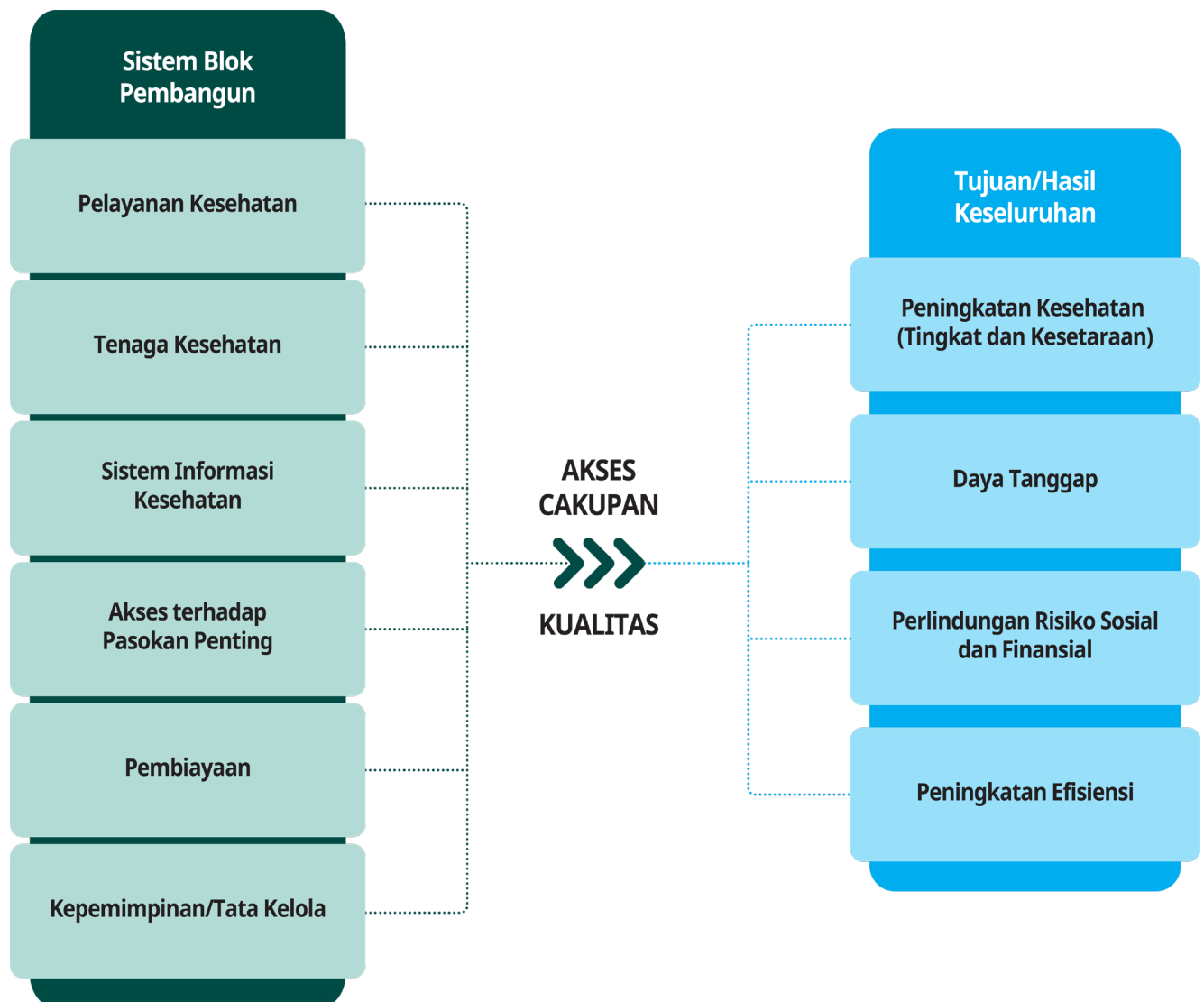


Kerangka Analisis

Sesuai dengan tujuan kajian ini, kerangka WHO Six Building Blocks for Health System Strengthening digunakan untuk melakukan analisis hambatan (*bottleneck analysis*). Pendekatan terstruktur ini memungkinkan penilaian yang menyeluruh terhadap kekuatan dan tantangan dalam perancangan, pelaksanaan, dan keberlanjutan intervensi gizi spesifik di Indonesia.

Keenam *building blocks* tersebut telah disesuaikan dengan konteks gizi, sehingga memberikan perspektif sistem yang komprehensif untuk mengidentifikasi kendala utama, menentukan faktor pendukung, serta merumuskan langkah-langkah praktis guna memperkuat sistem gizi di tingkat nasional maupun daerah, dan mempercepat penurunan semua bentuk malnutrisi.

Gambar 2: Kerangka Sistem Kesehatan WHO: Enam Blok Pembangun Sistem Kesehatan





Desain, Lini-masa, dan Metode Sampling

Kajian ini menggunakan pendekatan metode campuran (*mixed-methods*) untuk menghasilkan pemahaman yang komprehensif mengenai status, kemajuan, dan kesenjangan implementasi dalam penanganan malnutrisi pada ibu hamil, anak balita, anak usia sekolah, dan remaja. Pelaksanaan kajian berlangsung dari bulan Maret hingga Agustus 2025. Dengan mempertimbangkan luasnya wilayah Indonesia serta keterbatasan waktu dan sumber daya, kajian ini menggunakan *non-probabilistic sampling*, melalui kombinasi metode *purposive* dan *convenience sampling*. Wawancara mendalam dengan informan kunci di tingkat nasional dilakukan untuk menjangkau para pemangku kepentingan dari, baik dari sektor gizi maupun sektor terkait lainnya.

Data di tingkat sub nasional mencakup provinsi, kabupaten/kota, dan Puskesmas. Enam provinsi dipilih secara purposif berdasarkan sejumlah kriteria, antara lain prevalensi tiga bentuk masalah gizi (*triple burden malnutrition*) seperti prevalensi overweight/obesitas pada anak usia sekolah dan remaja, besaran investasi stunting, risiko bencana, status ketahanan pangan (diukur melalui prevalensi kekurangan asupan pangan/PoU), Indeks Khusus Percepatan Penurunan Stunting (IKPS), serta variasi geografis. Di setiap provinsi terpilih, dua kabupaten/kota ditetapkan (ibukota provinsi dan satu kabupaten/kota terdekat dengan karakteristik kontras). Selanjutnya, satu Puskesmas di masing-masing kabupaten/kota dipilih bersama pemerintah daerah.



Pengumpulan dan Analisis Data

Pengumpulan data dilakukan melalui kombinasi studi literatur (*desk review*), wawancara mendalam (baik individu maupun kelompok), serta diskusi kelompok terarah (FGD). Studi literatur yang dilaksanakan pada Maret 2025 mencakup telaah kebijakan nasional, pedoman teknis, data survei (BPS, SSGI, Riskesdas), data rutin administrasi, serta berbagai dokumen program.

Pengumpulan data primer melalui wawancara informan kunci dan FGD dimulai pada April 2025 dan dilanjutkan dengan kunjungan lapangan pada 14–30 Mei 2025. Wawancara dilaksanakan di tingkat nasional, provinsi, kabupaten/kota, dan di tingkat layanan, dan melibatkan pembuat kebijakan, manajer program, dan mitra pelaksana. Sementara itu, FGD melibatkan tenaga di lini terdepan layanan seperti nutrisionis, bidan, dan kader Posyandu; serta penerima manfaat seperti ibu hamil, ibu balita, dan anak sekolah, untuk menggali pengalaman

pelayanan dan faktor-faktor yang memengaruhi perilaku. Validasi lapangan dan pengumpulan data primer berlangsung antara bulan Mei dan Juni 2025 di enam provinsi, dua belas kabupaten/kota, dan dua belas Puskesmas/Posyandu, dengan melibatkan sekitar 600 informan.

Analisis data menggabungkan analisis sekunder dari survei nasional dan data rutin Kementerian Kesehatan (2018–2024), telaah kebijakan, serta analisis tematik dari wawancara informan kunci dan FGD. Proses analisis menggunakan kerangka WHO Six Building Blocks untuk mengidentifikasi pola kuantitatif sekaligus menggali wawasan kualitatif. Triangulasi dilakukan untuk memastikan konsistensi dan ketepatan interpretasi, termasuk dengan menghubungkan temuan kebijakan, observasi lapangan, dan perspektif para pemangku kepentingan.

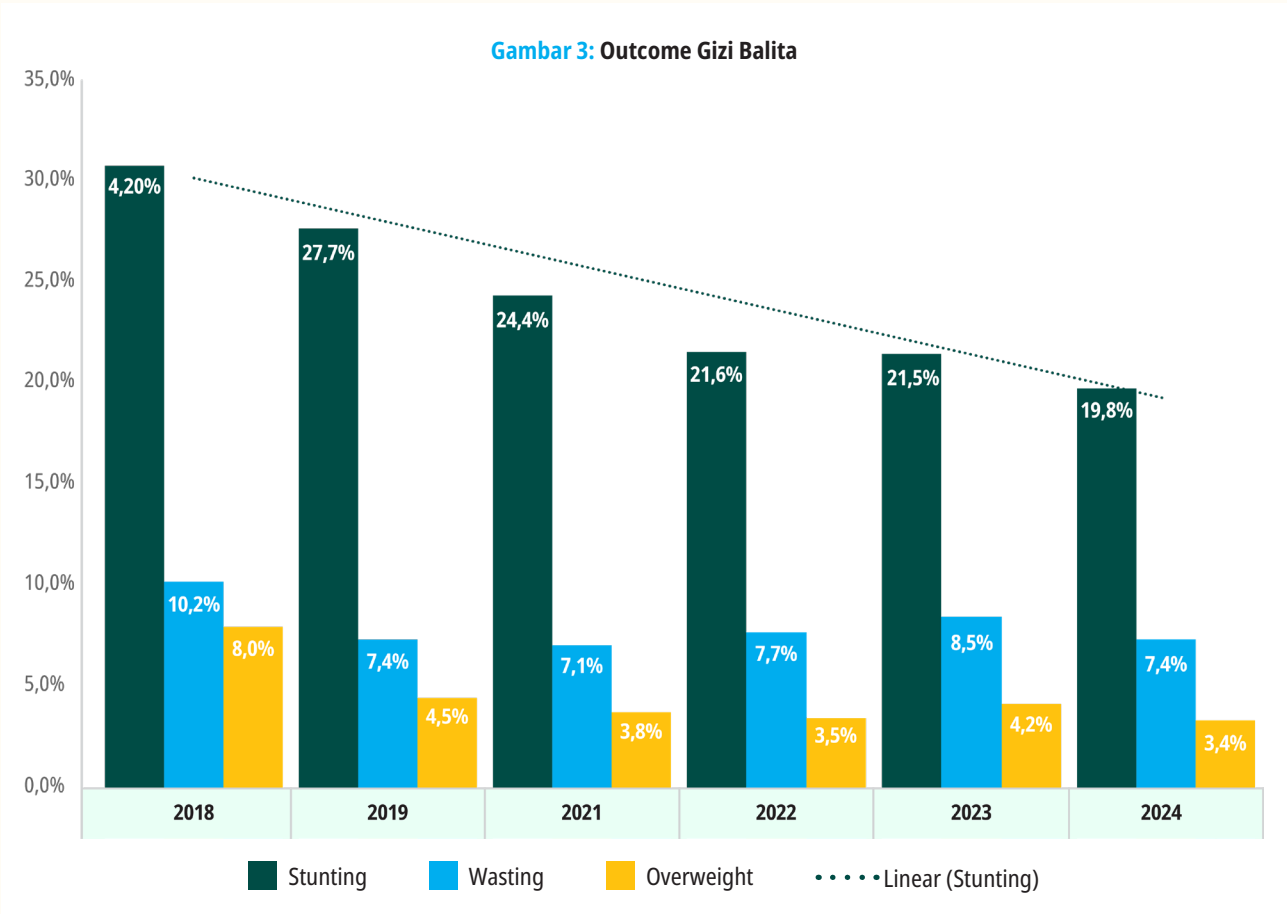
03. Temuan Utama Kajian

1. Perkembangan Indikator Hasil Gizi

A. CAPAIAN GIZI ANAK BALITA

Indonesia menunjukkan tingkat kemajuan yang beragam dalam penurunan malnutrisi pada anak balita, ibu hamil, serta anak usia sekolah dan remaja. Antara tahun 2018 dan 2024, prevalensi stunting pada anak balita menurun dari 30,8 persen menjadi 19,8 persen (SSGI 2024), atau berkurang sebesar 35,7 persen. Penurunan ini mencerminkan adanya komitmen politik yang kuat serta aksi multisektor yang berkelanjutan. Namun, target nasional di bawah 14 persen pada 2024 belum tercapai.

Ketimpangan antar wilayah masih terlihat. Provinsi seperti Nusa Tenggara Timur, Papua, dan Sulawesi Barat mencatat prevalensi stunting dan wasting yang jauh lebih tinggi dibandingkan rata-rata nasional. Sementara itu, provinsi di Pulau Jawa memiliki prevalensi yang lebih rendah tetapi menyumbang angka absolut stunting tertinggi karena jumlah penduduk yang besar. Kondisi ini menimbulkan dua tantangan sekaligus: mengurangi prevalensi yang tinggi di provinsi tertentu serta menurunkan beban absolut di provinsi dengan populasi besar.



Prevalensi wasting menurun dari 10,2 persen menjadi 7,4 persen pada periode 2018–2024. Meskipun menunjukkan perbaikan, angka tersebut masih berada di atas target World Health Assembly (WHA) di bawah 5 persen. Fluktuasi beberapa tahun terakhir

juga menunjukkan masih adanya kesenjangan dalam deteksi dini, rujukan, dan penanganan wasting. Sementara itu, prevalensi kegemukan/*overweight* pada balita menurun cukup signifikan, dari 8 persen menjadi 3,4 persen pada periode yang sama.

Defisiensi gizi mikro (*hidden hunger*) tetap menjadi tantangan bagi tumbuh kembang anak. Meskipun demikian, telah terjadi kemajuan, seperti penurunan anemia pada anak balita dari 38,5 persen (2018) menjadi 23,8 persen (2023). Tingginya angka anemia tersebut utamanya dipengaruhi oleh rendahnya kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi Tablet Tambah Darah pada

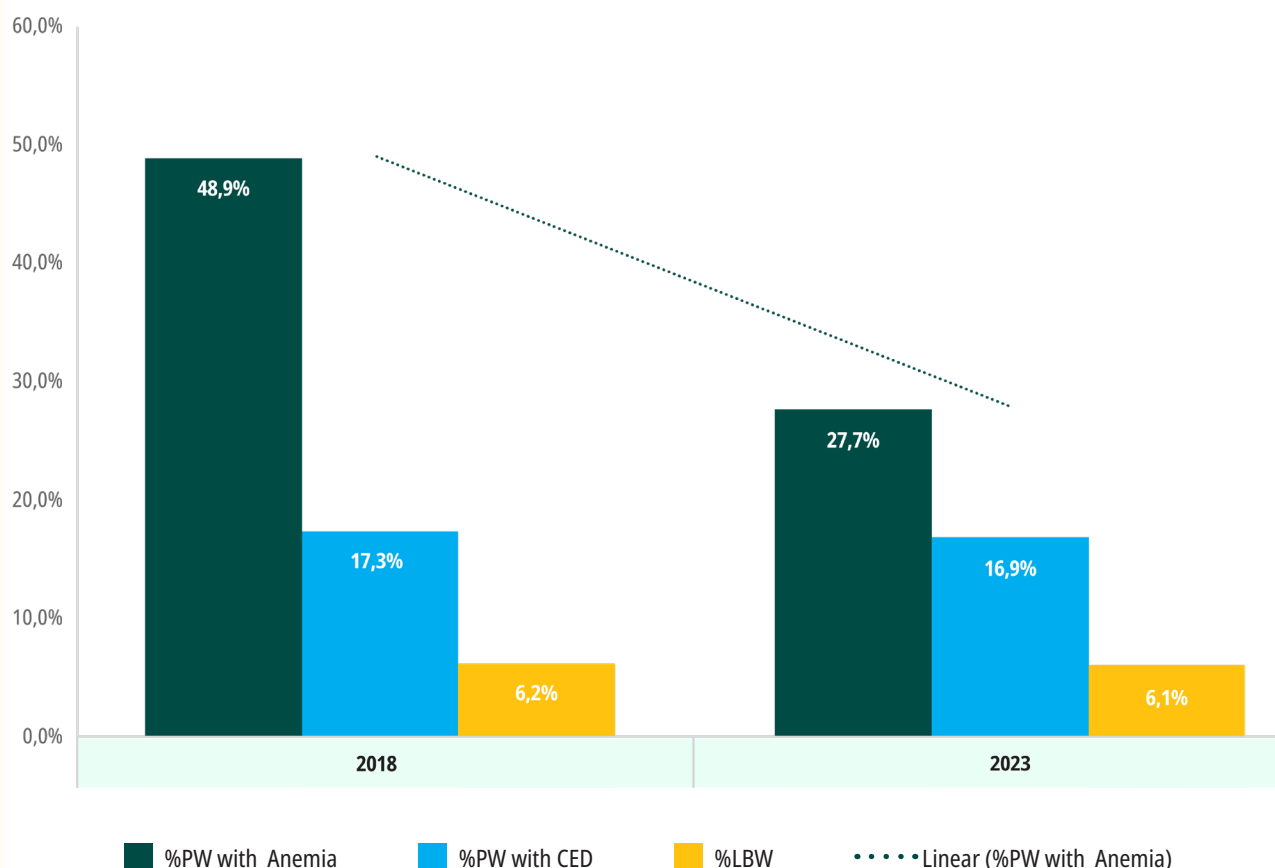
ibu hamil, serta praktik pemberian makan yang belum optimal. Selain itu, deteksi dini dan penatalaksanaan anemia masih terbatas, terutama di wilayah dengan beban kasus yang tinggi. Sementara itu program suplementasi Tabur Gizi Taburia/*Multiple Micronutrient Powder* (MNP) walaupun telah tersedia secara nasional, tetapi cakupannya masih rendah.

B. HASIL GIZI IBU HAMIL DAN PEREMPUAN USIA REPRODUKSI

Beberapa indikator gizi ibu menunjukkan perbaikan, meskipun kemajuannya tidak selalu merata. Prevalensi Kekurangan Energi Kronis (KEK) menurun dari 17,3 persen pada 2018 menjadi 16,9 persen pada 2023. Anemia pada ibu hamil juga turun cukup signifikan, dari 48,9 persen pada 2018 menjadi 27,7 persen pada 2023—meskipun angka tersebut masih berada dalam kategori masalah kesehatan masyarakat tingkat sedang menurut klasifikasi WHO. Rendahnya keragaman konsumsi pangan serta cakupan suplementasi Tablet Tambah Darah (TTD) yang belum optimal diduga berkontribusi terhadap tingginya anemia dan terbatasnya perbaikan pada indikator berat badan lahir rendah (BBLR), yang hanya menurun dari 6,2 persen pada 2018 menjadi 6,1 persen pada 2024.

Kajian ini juga menemukan bahwa prevalensi overweight dan obesitas pada populasi dewasa meningkat dari 35,5 persen menjadi 37,8 persen antara 2018 dan 2023; dengan obesitas meningkat dari 21,8 persen menjadi 23,4 persen. Riskesdas 2018 menunjukkan perbedaan yang cukup jelas antara perempuan dan laki-laki, dengan prevalensi overweight dan obesitas masing-masing sebesar 44,4 persen dan 26,6 persen. Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 mengonfirmasi bahwa tren peningkatan masih berlanjut, namun data terpilah berdasarkan jenis kelamin tidak tersedia. Selain itu, belum terdapat data terbaru untuk perempuan usia reproduksi dan ibu hamil, sehingga menimbulkan kesenjangan dalam pemantauan status gizi kelompok tersebut.

Gambar 4: Outcome Gizi Ibu Hamil

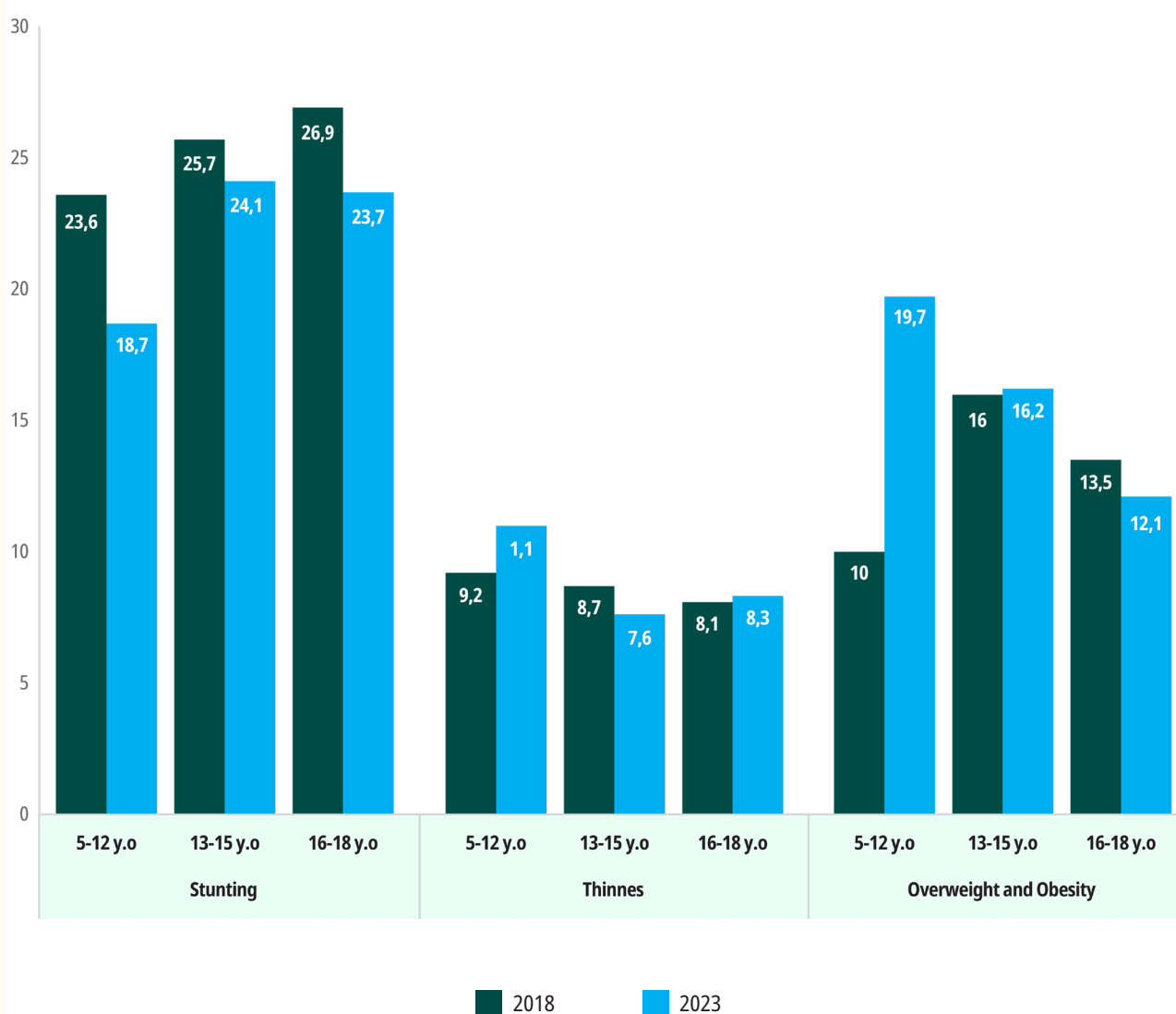


C. HASIL GIZI ANAK USIA SEKOLAH DAN REMAJA

Prevalensi stunting menurun secara bertahap pada seluruh kelompok usia anak sekolah dan remaja (5–12, 13–15, dan 16–18 tahun) antara 2018 dan 2023. Pola ini sejalan dengan perbaikan yang sebelumnya terlihat pada usia dini. Namun, prevalensi *thinness* meningkat pada kelompok usia 5–12 tahun dan 16–18 tahun. Sementara itu, prevalensi overweight dan obesitas meningkat hampir dua kali lipat pada kelompok usia 5–12 tahun, dan relatif stabil pada kelompok usia yang lebih tua. Analisis lanskap UNICEF menunjukkan

bahwa pada 2018, satu dari lima anak usia sekolah dan satu dari tujuh remaja mengalami overweight atau obesitas; temuan SKI 2023 mengonfirmasi pola tersebut. Indikator anemia juga menunjukkan perbaikan. Pada anak usia sekolah dan remaja muda (5–14 tahun), prevalensi anemia menurun dari 26,8 persen pada 2018 menjadi 16,3 persen pada 2023. Pada remaja dan pemuda usia 15–24 tahun, prevalensi anemia menurun dari 32 persen menjadi 15,5 persen pada periode yang sama.

Gambar 5: Outcome Gizi Anak Sekolah dan Remaja



2. Tata Kelola dan Kepemimpinan dalam Bidang Gizi

Pemerintah Indonesia telah membangun lingkungan kebijakan gizi yang komprehensif sepanjang periode kajian (2018–2024), yang diperkuat oleh RPJPN 2005–2025 dan RPJMN 2019–2024, masing-masing menetapkan target penurunan stunting menjadi 14 persen dan wasting menjadi 7 persen pada 2024. Kerangka kebijakan utama untuk mencapai target tersebut mencakup Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting (STRANAS) 2018–2024, Perpres 72/2021, serta regulasi Rencana Aksi Nasional Percepatan Penurunan Angka Stunting Indonesia 2021–2024 (RAN PASTI) yang memperkuat mekanisme koordinasi nasional dalam upaya percepatan pencegahan stunting. Pemerintah juga mengembangkan Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2021–2024 (RANPG). Meskipun demikian, masih terdapat sejumlah kesenjangan dalam aspek kepemimpinan dan tata kelola yang berdampak pada implementasi strategi gizi yang belum sepenuhnya terpadu.

Kementerian Kesehatan telah menyusun berbagai pedoman teknis program, seperti pedoman suplementasi TTD dan *Multiple Micronutrient Supplement (MMS)*, *Integrated Management of Acute Malnutrition (IMAM)*, serta suplementasi vitamin A, sebagai acuan nasional untuk standarisasi layanan. Namun, kebijakan dan pedoman yang ada belum sepenuhnya konsisten maupun selaras dengan rekomendasi global sepanjang siklus kehidupan. Beberapa pedoman nasional masih belum sesuai dengan rekomendasi WHO dan *The Lancet*, termasuk berlanjutnya suplementasi vitamin A untuk ibu nifas paska persalinan, belum adanya suplementasi TTD paska persalinan, serta belum adanya suplementasi kalsium untuk ibu hamil. Selain itu, walaupun terdapat Permenkes No. 15/2017 tentang pemberian obat cacing, hingga kini belum tersedia strategi atau pedoman nasional terkait pemberian obat cacing untuk ibu hamil.

Beban anemia pada anak balita yang masih tinggi juga belum diimbangi dengan adanya program pencegahan dan penanggulangan anemia berskala nasional, sehingga menyisakan kesenjangan signifikan dalam pengendalian salah satu bentuk kekurangan gizi yang umum terjadi di Indonesia. Pada saat yang sama, Keputusan Menteri Kesehatan tahun 2022 tentang Penanggulangan Stunting menggunakan istilah “pengobatan stunting,” yang berpotensi menempatkan isu preventif dalam kerangka medis dan mengalihkan fokus dari intervensi penting pada 1.000 HPK. Sementara itu, kebijakan terkait kegemukan dan obesitas masih terbatas. Implementasi strategi WHO *best-buys* untuk pencegahan penyakit tidak menular (PTM)—seperti pajak minuman berpemanis (SSB tax), pelabelan gizi di bagian depan kemasan, dan pembatasan pemasaran makanan tidak sehat, terutama di lingkungan sekolah—juga belum optimal.

Perpres 72/2021 tentang STRANAS telah menyediakan kerangka konvergensi yang kuat lintas sektor dan berbagai tingkat di pemerintahan. Regulasi ini menempatkan percepatan penurunan stunting sebagai prioritas pembangunan nasional, dengan lima pilar koordinasi sebagai landasan. Implementasi kelima pilar tersebut telah meningkatkan koordinasi lintas sektor, menghubungkan kebijakan, perencanaan, dan pendanaan. Inisiatif seperti *budget tagging* memperkuat transparansi dan akuntabilitas, sementara forum Rembuk Stunting di tingkat kabupaten/kota mendorong konvergensi lokal dan keterlibatan masyarakat. Momentum nasional terhadap isu stunting juga menghasilkan dashboard, target, dan alokasi anggaran lintas sektor. Namun, koordinasi masih bervariasi di berbagai tingkatan pemerintah. Temuan lapangan menunjukkan bahwa pertemuan koordinasi tidak selalu berlangsung secara rutin, tindak lanjut antar-sektor masih terbatas, dan platform koordinasi di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota cenderung berfokus pada stunting, bukan keseluruhan agenda gizi.

Selain itu, tidak tersedianya kerangka pemantauan multisektor dengan indikator bersama, membuat pelaporan capaian dilakukan sesuai mandat masing-masing kementerian/lembaga dan pemerintah daerah, sehingga akuntabilitas kolektif belum dapat terbangun secara optimal. Bappenas, meskipun berperan sebagai pengampu koordinasi, memiliki kewenangan terbatas untuk memastikan keselarasan lintas kementerian, sehingga konvergensi yang tercipta masih parsial—dengan beberapa wilayah mengalami duplikasi intervensi, sementara wilayah lain belum terjangkau secara memadai. Tantangan serupa terlihat di tingkat daerah, di mana pemangku kepentingan menunjukkan adanya kerumitan dalam menghadapi berbagai jalur komando dan prioritas yang saling tumpang tindih.

Kemitraan di bawah SUN Movement tetap aktif, melibatkan pemerintah, akademisi, organisasi masyarakat sipil (OMS), mitra pembangunan, dan sektor swasta. Akademisi berperan dalam pengembangan kapasitas dan penelitian, sementara OMS dan mitra pembangunan memberikan dukungan implementasi dan advokasi. Namun, kolaborasi masih cenderung terfragmentasi dan lebih bersifat individual daripada kelembagaan. Mekanisme koordinasi formal maupun *Memorandum of Understanding (MoU)* masih terbatas, dan kegiatan *Corporate Social Responsibility (CSR)* belum terkoordinasi secara sistematis dengan prioritas nasional. Sementara itu, efektivitas platform SUN lebih menonjol di tingkat nasional dibandingkan pada tingkat provinsi atau kabupaten/kota, menunjukkan adanya kesenjangan koordinasi dan kapasitas di tingkat daerah, padahal pencapaian indikator gizi sangat bergantung pada implementasi di tingkat tersebut.

Di Kementerian Kesehatan, program gizi menunjukkan keselarasan kebijakan yang kuat, namun tantangan implementasi masih muncul pada berbagai tingkatan. Pembaruan pedoman atau petunjuk teknis—misalnya terkait pemberian makanan tambahan—sering kali berlangsung lebih cepat daripada kapasitas sistem untuk melakukan diseminasi, supervisi, dan pelatihan. Sejumlah daerah melaporkan bahwa pedoman baru belum tersosialisasi secara memadai, sehingga tenaga layanan belum memiliki panduan operasional yang diperlukan untuk mendukung pelaksanaan di lapangan.

Agenda Transformasi Sistem Kesehatan (HSTA) yang diluncurkan pada 2022 bertujuan memperkuat sistem kesehatan pascapandemi melalui enam pilar: pelayanan primer, pelayanan rujukan, ketahanan kesehatan, SDM, pembiayaan, dan teknologi. Gizi memang disebut dalam pilar Pelayanan Kesehatan Primer dan masuk dalam target RPJMN, namun belum tercermin kuat dalam rencana operasional HSTA. Tidak adanya rencana aksi berbiaya (*costed action*

plan) serta tidak tercantumnya indikator gizi dalam kerangka pemantauan membatasi integrasi dan akuntabilitas. Secara struktural, program gizi berada di bawah Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer dan beririsan dengan unit promosi kesehatan, UKS, serta PTM. Posisi ini membuka peluang sinergi, tetapi pada saat yang sama membatasi visibilitas dan kewenangan pengambilan keputusan untuk program gizi. Tidak adanya Paket Layanan Gizi Esensial (*Essential Nutrition Package/ENP*) dan standar kompetensi layanan gizi menyebabkan implementasi yang terfragmentasi dan akuntabilitas yang lemah.

Selain itu, struktur organisasi Kementerian Kesehatan tidak sepenuhnya tercermin di tingkat provinsi dan kabupaten/kota, sehingga menimbulkan tumpang tindih mandat dan hambatan koordinasi antara berbagai tingkatan pemerintahan. Penguatan struktur kelembagaan di daerah menjadi penting untuk memastikan kepemimpinan gizi yang lebih kuat serta integrasi yang berkelanjutan dalam sistem kesehatan yang terdesentralisasi.



© UNICEF/2024/Ijazah

3. Penyelenggaraan Layanan Gizi

Layanan gizi di Indonesia diselenggarakan melalui beragam platform yang secara kolektif meningkatkan aksesibilitas dan cakupan layanan bagi seluruh populasi. Puskesmas berfungsi sebagai pusat utama layanan berbasis fasilitas kesehatan, menyediakan layanan antenatal dan postnatal, pemantauan pertumbuhan, suplementasi gizi mikro, penanganan gizi buruk, serta edukasi gizi. Layanan tersebut diberikan oleh dokter, bidan, perawat, nutrisionis, apoteker, dan tenaga kesehatan lainnya, didukung oleh staf teknis dan administratif. Sementara itu, Posyandu, yang dikelola di tingkat masyarakat oleh kader kesehatan dengan dukungan bidan dan nutrisionis, menyediakan layanan rutin setiap bulan bagi ibu, bayi, dan anak. Layanan mencakup pemantauan pertumbuhan, imunisasi, dan konseling. Untuk menjangkau populasi yang sulit terlayani, kegiatan *outreach* dilakukan oleh tenaga kesehatan dan kader, memperluas akses ke wilayah terpencil atau sulit dijangkau.

Penyelenggaraan layanan gizi bagi anak usia sekolah dan remaja terutama dilakukan melalui sekolah, dan diperkuat oleh berbagai inisiatif berbasis masyarakat yang menyediakan edukasi gizi, skrining kesehatan berkala, serta suplementasi TTD. Program ini berlandaskan Usaha Kesehatan Sekolah/Madrasah (UKS/M)—sebuah program lintas kementerian yang melibatkan sektor pendidikan, kesehatan, dan agama. Implementasinya diperkuat melalui Gerakan Sekolah Sehat (GSS), yang mendorong lingkungan sekolah yang bersih, aman, dan mendukung kesehatan; serta program Aksi Bergizi, yang mencakup sarapan bersama, pemberian TTD mingguan yang diawasi, edukasi gizi, dan aktivitas fisik rutin, terutama untuk tingkat SMP dan SMA.

Sejak 2023, program Petualangan Bergizi—yang dilaksanakan oleh Kementerian Pendidikan, Kementerian Kesehatan, dan Kementerian Agama dengan dukungan teknis UNICEF—memperluas intervensi ini ke tingkat sekolah dasar. Program ini tidak hanya memperkuat edukasi gizi dan aktivitas fisik, tetapi juga mendorong perbaikan lingkungan pangan sekolah, peningkatan kapasitas tenaga kesehatan untuk pencegahan obesitas, serta penguatan mekanisme deteksi dini dan rujukan melalui koordinasi yang lebih baik antara sekolah dan Puskesmas.

Pendekatan multi-platform memungkinkan Indonesia menyediakan intervensi gizi spesifik sepanjang siklus kehidupan—dari masa kehamilan hingga remaja—serta meningkatkan pemerataan

akses layanan. Peran Puskesmas, Posyandu, dan layanan *outreach* yang saling melengkapi memastikan pelaksanaan program rutin maupun kampanye berskala besar, sekaligus memungkinkan penyesuaian terhadap konteks lokal dan kebutuhan populasi di wilayah sulit dijangkau.

Selama pandemi COVID-19, penyelenggaraan layanan pada berbagai platform tersebut sangat terdampak oleh pembatasan mobilitas dan penutupan Posyandu, sehingga menimbulkan kesenjangan besar dalam pelaksanaan intervensi rutin. Sebagai respon, Kemenkes mengeluarkan serangkaian pedoman dan surat edaran untuk memastikan layanan gizi esensial tetap berjalan dalam kondisi pandemi. Pedoman tersebut mencakup protokol pemberian kapsul vitamin A yang aman melalui kunjungan rumah, panduan pelaksanaan pemantauan pertumbuhan menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) di rumah atau dalam kelompok kecil, serta instruksi mengenai kelanjutan distribusi TTD pada remaja putri melalui sekolah atau mekanisme alternatif lain ketika pembelajaran tatap muka dihentikan.

Beberapa intervensi gizi esensial telah mencapai cakupan yang mendekati universal. Berdasarkan SSGI 2024, 74,7 persen ibu menerima konseling menyusui eksklusif; 87,4 persen anak ditimbang berat badannya; 85,2 persen anak memperoleh suplementasi vitamin A; 83,3 persen ibu hamil mengakses pemeriksaan antenatal pertama pada trimester pertama; dan 86,6 persen ibu hamil menerima suplementasi TTD. Transisi menuju suplementasi MMS dimulai pada 2024 sesuai standar dan petunjuk teknis Kementerian Kesehatan, yang membuka peluang untuk memperkuat aspek-aspek lemah dalam program suplementasi TTD. Cakupan pemberian makanan tambahan (PMT) bagi ibu hamil kurang gizi juga meningkat dari 25,2 persen pada 2018 menjadi 89,7 persen pada 2023, dan diyakini berkontribusi terhadap peningkatan kenaikan berat badan ibu serta penurunan risiko BBLR. Selain itu, sedang berlangsung transisi dalam program PMT Pemulihan dari biskuit fortifikasi menuju PMT berbasis pangan lokal, meskipun cakupan pangan lokal masih relatif rendah dan tidak merata.

Meskipun cakupan intervensi gizi spesifik terus meningkat, perbedaan capaian antarwilayah masih terlihat sehingga kesenjangan antar daerah tetap ada. Tantangan yang muncul antara lain layanan yang masih mengandalkan daftar tilik (*checklist*) dan belum sepenuhnya menyesuaikan dengan kebutuhan individu. Koordinasi antara layanan berbasis fasilitas

dan komunitas juga masih perlu diperkuat. Selain itu, pelaksanaan program seperti pemberian obat cacing, Program terkait Makanan Pendamping -ASI (MP ASI), pemantauan pertumbuhan dan perkembangan, IMAM, dan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) anak balita masih memerlukan konsistensi teknis dan pemantauan yang lebih baik. Lebih lanjut, sejumlah pedoman teknis belum selaras dengan standar global, atau diperbarui lebih cepat daripada kemampuan sistem untuk mendiseminasi dan mengawasi penerapannya. Kesenjangan layanan antarplatform—dari komunitas ke layanan primer, layanan rujukan, hingga kembali ke komunitas—juga masih perlu diperkuat, terutama dalam tata laksana wasting.

Pedoman Layanan Gizi pada Saat Bencana diterbitkan pada 2021, dan pelatihan telah dilaksanakan di 35 provinsi. Kapasitas layanan gizi dalam keadaan darurat menunjukkan peningkatan, meskipun belum merata. Contoh implementasi di lapangan adalah aktivasi dapur PMBA di Sulawesi Tengah pascagempa 2018; berfungsinya layanan terpadu gizi selama erupsi Merapi di Yogyakarta; serta percepatan pemulihan layanan oleh kader terlatih setelah banjir di Jawa Timur. Namun, berbagai kendala masih ditemukan. Banyak kabupaten/kota belum memiliki SOP Gizi Bencana; asesmen cepat belum dilakukan secara sistematis; dan kapasitas *surge* masih terbatas. Dukungan Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) dan PMBA-Bencana (*IYCF-E*) juga belum konsisten: jumlah konselor menyusui masih kurang, fasilitas ruang laktasi terbatas, dan masih ditemukan distribusi pangan yang tidak sesuai pedoman, seperti susu kental manis. Kepatuhan terhadap Kode Etik Pemasaran Pengganti ASI juga masih rendah, terutama dalam pengelolaan donasi yang tidak diminta. Layanan berbasis komunitas—termasuk Posyandu dan dapur PMBA—sangat penting pada masa pemulihan, namun sering terganggu ketika terjadi pengungsian jangka panjang. Selain itu, koordinasi lintas klaster—seperti air, sanitasi, logistik, dan perlindungan sosial—belum berjalan optimal.



© UNICEF/2023/Natalia

4. Tenaga Kerja Gizi (*Nutrition Workforce*)

Indonesia telah melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan kapasitas tenaga penyedia layanan gizi dengan memperkuat sumber daya manusia melalui implementasi dan pemanfaatan platform digital pemetaan SDM kesehatan (*Human Resources for Health/HRH*), seperti Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SISDMK) dan Dashboard Health and Medical Personnel (DREAMS). Platform ini memungkinkan perencanaan berbasis bukti, mendukung pemerataan distribusi tenaga, serta memfasilitasi pelatihan terarah bagi tenaga gizi. Upaya ini juga memastikan penguatan posisi profesi gizi dalam kebijakan SDM kesehatan nasional, regulasi kepegawaian, dan mekanisme penempatan.

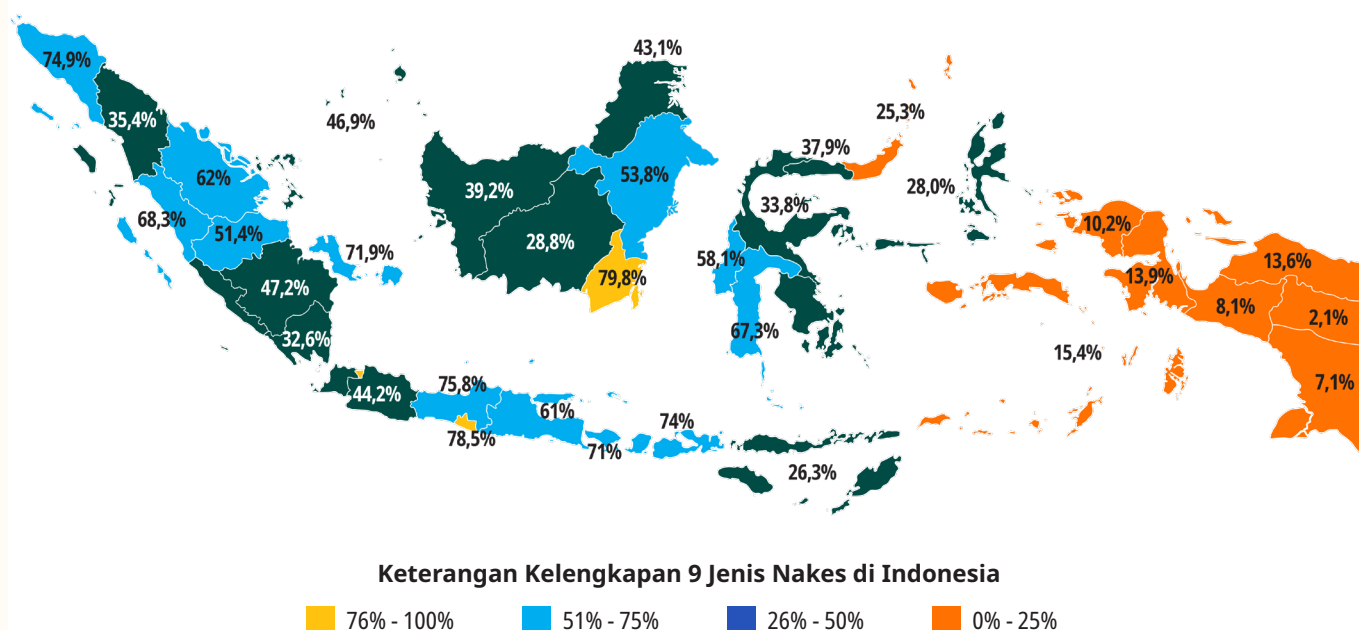
Pemerintah juga terus mendorong peningkatan kapasitas melalui pengembangan berbagai platform pelatihan nasional, termasuk e-learning dan pelatihan terstruktur seperti Plataran Sehat yang terintegrasi dengan Satu Sehat. Platform tersebut menyediakan kesempatan untuk penguatan kompetensi berbasis kebutuhan, pemantauan sertifikasi, dan pendidikan profesi berkelanjutan bagi tenaga kesehatan lini depan di bidang gizi (termasuk pelatihan seperti PMBA/IYCF di Plataran Sehat). Selain itu, layanan gizi berbasis komunitas didukung oleh kader Posyandu terlatih, yang berperan penting dalam layanan *outreach*, pemberdayaan masyarakat, dan penyediaan layanan sepanjang *continuum of care*.

Meskipun terdapat kemajuan penting, sejumlah hambatan sistemik tetap membatasi kinerja tenaga kerja gizi. Kajian ini menelaah hambatan pada lima dimensi pengembangan tenaga kerja: ketersediaan dan distribusi, kompetensi teknis, kompetensi manajemen program, beban kerja serta kejelasan peran dan supervisi, serta insentif dan retensi. Permasalahan ini menggambarkan kesenjangan struktural yang masih perlu diperkuat untuk meningkatkan efektivitas layanan gizi.

Data Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa pada tahun 2023, hanya 56,2 persen Puskesmas yang memiliki minimal satu tenaga dari masing-masing sembilan kategori tenaga kesehatan esensial, termasuk nutrisionis dan bidan. Terdapat disparitas antarprovinsi: DKI Jakarta, Kalimantan Selatan, dan DI Yogyakarta mencapai lebih dari 88 persen, sedangkan Maluku, Papua Barat, dan Papua mencatat kurang dari 25 persen.

Tenaga nutrisionis khususnya masih sangat terbatas. Pada 2024, terdapat hanya 0,09 nutrisionis berizin per 1.000 penduduk—jauh lebih rendah dibandingkan 0,99 bidan per 1.000 penduduk, dan sedikit di bawah rekomendasi global yaitu 0,1 nutrisionis per 1.000 penduduk. Antara 2019 dan 2023, jumlah bidan meningkat sekitar 70.000, sedangkan tenaga nutrisionis hanya bertambah sekitar 5.000,

Gambar 6: Distribusi Puskesmas dengan 9 Tenaga Kesehatan





© UNICEF/2019/Ijazah

menunjukkan ketidakseimbangan yang berkelanjutan dalam distribusi SDM kesehatan. Indonesia telah memperluas kesempatan pendidikan prajabatan melalui universitas dan politeknik. Sejumlah *Center of Excellence* telah mengintegrasikan pelatihan IMAM dan konseling PMBA ke dalam kurikulum mereka, seperti Universitas Hasanuddin (Sulawesi Selatan), Universitas Brawijaya (Jawa Timur), dan Poltekkes Kemenkes Kupang (NTT). Integrasi ini merupakan langkah strategis untuk meningkatkan kapasitas teknis tenaga kesehatan masa depan dalam menangani wasting dan isu gizi lainnya. Namun, kompetensi lulusan dalam program gizi lain, seperti gizi remaja, pencegahan obesitas, dan komunikasi perubahan perilaku, masih menjadi tantangan. Di banyak daerah, orientasi gizi bagi tenaga baru belum terstandarisasi, dan pelatihan penyegaran jarang dilakukan serta banyak bergantung pada dukungan donor. Misalnya, pejabat dinas di Bali melaporkan bahwa nutrisionis lebih percaya diri dalam program TTD tetapi kurang familiar dengan protokol MMS yang baru.

Kapasitas terkait Gizi Bencana menunjukkan beberapa kemajuan. Modul pelatihan dan kurikulum telah dikembangkan, termasuk versi e-learning, tetapi proses institusionalisasi masih belum optimal. Sekitar 3.000 konselor PMBA telah dilatih—jauh di bawah target nasional 10.000. Pelatihan umumnya dilakukan satu kali tanpa tindak lanjut atau simulasi. Banyak staf Puskesmas mempelajari praktik pemberian respon gizi secara informal saat terjadi krisis. Upaya pelatihan oleh organisasi non pemerintah masih bersifat ad hoc. Tingginya pergantian staf juga mengurangi kesiapsiagaan karena tenaga terlatih dipindahtugaskan. Beberapa daerah memiliki inovasi seperti pembentukan *Rapid Response Teams*, namun belum diadopsi secara luas. Relawan di tingkat masyarakat—termasuk kader dan anak muda—mendukung kapasitas *surge*, tetapi belum ditugaskan secara formal ataupun dilatih sesuai standar. Penetapan peran, standar kompetensi, dan mekanisme supervisi yang lebih jelas diperlukan untuk memperkuat ketahanan tenaga kerja.

Kompetensi manajemen program di tingkat kabupaten/kota dan provinsi merupakan faktor kunci yang memengaruhi kualitas layanan gizi. Namun, kajian menunjukkan bahwa banyak staf harus menangani beberapa portofolio sekaligus, sehingga ruang untuk perencanaan, penganggaran, pemantauan, dan supervisi program gizi menjadi sangat terbatas. Tingginya frekuensi pergantian pejabat juga menambah tantangan; sebagai ilustrasi, salah satu kabupaten di NTT mengganti kepala seksi gizi sebanyak tiga kali dalam dua tahun, yang berdampak pada kesinambungan pelaksanaan layanan.

Berbagai *tools* digital telah diperkenalkan untuk mendukung proses ini. SISDMK membantu pemetaan tenaga kerja, DREAMS memfasilitasi pemantauan penempatan, dan Plataran Sehat digunakan untuk memantau kompetensi. Namun, tingkat pemanfaatannya masih terbatas. Di Maluku, misalnya, staf melaporkan bahwa pengisian data dilakukan “karena diwajibkan”, bukan sebagai dasar untuk proses perencanaan. Aspek penting lainnya berkaitan dengan kapasitas rantai pasok. Sebagian besar instalasi farmasi kabupaten memiliki apoteker, tetapi hanya sekitar sepertiga yang pernah menerima pelatihan terstruktur dalam manajemen rantai pasok. Temuan lapangan juga menunjukkan adanya praktik yang belum sesuai standar, seperti pembagian MMS ke dalam kantong plastic kecil alih-alih menggunakan botol aslinya.

Kader dan guru memiliki peran penting dalam mendistribusikan berbagai produk gizi, seperti TTD, MMS, vitamin A, serta Buku KIA dan alat antropometri. Namun, mereka belum memperoleh pelatihan yang memadai dalam manajemen stok, tidak menerima insentif untuk tugas tambahan tersebut, dan supervisi masih terbatas. Temuan kunjungan lapangan menunjukkan bahwa banyak kader merasa kurang siap dalam mengelola logistik maupun pencatatan, yang pada akhirnya melemahkan akuntabilitas pelaksanaan di tingkat masyarakat.

5. Pasokan Esensial untuk Gizi

Indonesia telah mencapai kemajuan penting dalam memperluas akses terhadap berbagai komoditas gizi esensial, termasuk suplemen gizi mikro, obat cacing, makanan terapi untuk balita gizi buruk, serta komoditas dan alat bantu program seperti alat antropometri, alat pemeriksaan hemoglobin, dan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Pengadaan terpusat melalui e-katalog di tingkat nasional telah meningkatkan transparansi dan memungkinkan pembelian yang terstandarisasi di seluruh provinsi. Misalnya, pemberian kapsul vitamin A dua kali setahun telah menjangkau lebih dari 75 persen balita secara nasional, dan distribusi MMS di beberapa kabupaten, sebagai bagian dari uji coba, menunjukkan ketersediaan pasokan yang lebih baik sehingga cakupan TTD pada ibu hamil meningkat.

Meski terdapat kemajuan, sejumlah tantangan masih ditemukan. Banyak tablet TTD kedaluwarsa di kabupaten dengan prevalensi anemia tinggi. MMS baru tersedia di 10 dari 514 kabupaten/kota, sehingga aksesnya masih belum merata. Peralatan antropometri dan SDIDTK juga sering tidak lengkap atau dalam kondisi rusak, yang berdampak pada akurasi pemantauan tumbuh kembang balita. Sementara itu, beberapa materi komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) sudah tidak mutakhir, sedangkan Buku KIA tetap menjadi referensi yang andal bagi tenaga kesehatan dan keluarga.

Perencanaan rantai pasok gizi juga masih perlu penguatan. Di tingkat nasional, proyeksi kebutuhan banyak bergantung pada data demografi. Di tingkat kabupaten, perencanaan umumnya didasarkan pada data historis, yang kerap menimbulkan ketidaksesuaian antara permintaan dan suplai, sehingga berpotensi menyebabkan kelebihan stok, pemborosan, atau kekurangan. Sekitar 60 persen fasilitas penyimpanan di Puskesmas juga belum memenuhi standar minimum. Selain itu, ditemukan sejumlah praktik yang belum memenuhi kaidah keamanan, seperti pengemasan ulang MMS ke wadah non standar yang berisiko menurunkan mutu dan masa simpan. Distribusi pasokan pun sering mengalami keterlambatan selama 3–4 bulan, terutama di provinsi terpencil seperti Papua dan NTT, dan masalah tersebut semakin meningkat ketika terjadi bencana seperti banjir dan longsor musiman.

Indonesia memiliki *buffer stock* biskuit fortifikasi yang ditempatkan di 11 zona logistik BNPB, sehingga dapat digunakan untuk respon gizi segera saat darurat. Namun, sistem ini memiliki keterbatasan. Selain biskuit fortifikasi, belum ada komoditas gizi esensial lain yang diposisikan sebagai *buffer*

stock. Produk seperti Ready to Use Therapeutic Food (RUTF), produk susu terapeutik, bubuk mikronutrien, dan alat antropometri tidak tersedia sebagai *buffer stock* dan harus diadakan secara ad hoc atau melalui mitra, yang memperlambat respon bencana. Paket Gizi Bencana terstandar untuk bayi, ibu hamil dan menyusui, serta lansia belum tersedia. Pengawasan terhadap pembatasan donasi susu formula yang tidak tepat (*unsolicited donations*) masih lemah. Kapasitas rantai pasok bervariasi antar provinsi, memengaruhi kecepatan dan kualitas distribusi.

Indonesia telah mencatat kemajuan signifikan dalam pengembangan produksi lokal MMS dan makanan terapi balita gizi buruk (RUTF, F-75, F-100) guna memperkuat keberlanjutan pasokan jangka panjang. Untuk produksi lokal MMS, Kementerian Kesehatan telah mengesahkan kebijakan yang selaras dengan standar global UNIMMAP. UNICEF dan Vitamin Angels memberikan dukungan kepada produsen dalam negeri melalui *coaching clinic* serta studi *cost-effectiveness*. Kementerian Kesehatan juga telah menerbitkan spesifikasi untuk pengadaan pemerintah dan membantu produsen memenuhi standar mutu yang ditetapkan. Lebih lanjut, pengadaan MMS produksi lokal dijadwalkan dimulai pada 2026, yang mendorong industri dalam negeri untuk berinvestasi. Rencana transisi nasional dari TTD ke MMS juga meningkatkan permintaan dan memperkuat kesiapan pasar. Selain itu, paket materi komunikasi telah dikembangkan untuk mendukung tenaga kesehatan dan meningkatkan pemahaman masyarakat.

Untuk produksi lokal RUTF, studi kelayakan dilakukan pada 2021 oleh Kementerian Kesehatan dengan dukungan UNICEF. Hasil studi menunjukkan bahwa formulasi lokal efektif dan dapat diterima. Berdasarkan temuan tersebut, Kementerian Kesehatan kemudian menetapkan standar nasional untuk RUTF, F-75, dan F-100 yang selaras dengan rekomendasi global. Dua produsen dalam negeri telah menyatakan komitmennya untuk mulai memproduksi produk tersebut pada 2026–2027. UNICEF terus mendukung proses ini melalui jaminan mutu dan bantuan teknis.

Inisiatif produksi lokal MMS dan RUTF membuka peluang besar untuk mengurangi ketergantungan pada impor dan pengadaan dari donor, memperkuat rantai pasok gizi nasional, memperluas cakupan intervensi gizi, serta memposisikan Indonesia sebagai calon kontributor pada pasar regional maupun global.

6. Pembiayaan Gizi

Alokasi anggaran di tingkat nasional untuk gizi tahun 2024–2025 menunjukkan adanya komitmen politik yang kuat, namun besarnya anggaran masih relatif kecil dibandingkan total anggaran kesehatan. Intervensi gizi spesifik di bawah Kementerian Kesehatan hanya mencakup 6 hingga 9 persen dari total belanja kesehatan, sementara program gizi sensitif yang berada di sektor pertanian, pendidikan, perlindungan sosial, dan Dana Desa menyumbang lebih dari 80 persen dari total pengeluaran terkait stunting. *Budget tagging* tahun 2024 menunjukkan bahwa 58 persen output yang ditandai merupakan intervensi sensitif, 11 persen untuk kegiatan koordinasi, dan 31 persen untuk intervensi spesifik.

Pemerintah daerah sangat bergantung pada transfer pusat, terutama melalui DAK (Dana Alokasi Khusus), TKDD (Transfer ke Daerah dan Dana Desa), dan Dana Desa, yang secara keseluruhan menyumbang 80–85 persen dari total pembiayaan gizi di tingkat lokal. Antara 2022 dan 2024, anggaran nasional untuk gizi meningkat sekitar 15 persen, terutama didorong oleh peningkatan DAK Gizi dan Dana Desa. Namun, pertumbuhan ini tidak merata antarprovinsi. Provinsi besar seperti Jawa dan Sumatra menyerap porsi anggaran terbesar, sementara provinsi di kawasan timur yang memiliki prevalensi stunting lebih tinggi justru menerima porsi anggaran yang lebih kecil. Formula alokasi DAK saat ini belum sepenuhnya mencerminkan indikator beban gizi, sehingga terjadi ketidaksesuaian dalam distribusi sumber daya.

Pembiayaan gizi berasal dari berbagai sumber, antara lain APBN, APBD, Dana Desa, serta kontribusi mitra pembangunan dan inisiatif CSR. Pendanaan ini mendukung berbagai intervensi penting, seperti promosi menyusui, pemberian MP-ASI, dan suplementasi mikronutrien. Dana Desa khususnya telah menjadi mekanisme penting untuk revitalisasi Posyandu serta penguatan layanan gizi berbasis komunitas dan perkembangan anak usia dini.

Lebih dari sepuluh kementerian memiliki kode anggaran dan sistem pelaporan masing-masing, yang menyebabkan fragmentasi dan mengurangi efisiensi serta koordinasi pembiayaan gizi. Upaya STRANAS Stunting dalam *budget tagging* telah meningkatkan transparansi, namun penerapannya masih belum konsisten—hanya sekitar 62 persen output bertanda stunting pada 2024 yang memiliki informasi kinerja lengkap. Tidak adanya kerangka akuntansi gizi yang terpadu juga menghambat pelacakan pengeluaran serta penilaian efektivitas biaya.

Inisiatif sektor swasta dan CSR turut memperkaya lanskap pembiayaan gizi. Berbagai perusahaan



dan yayasan mendukung kegiatan pencegahan stunting, edukasi gizi, dan pelatihan kader. Namun, sebagian besar kegiatan bersifat jangka pendek, berbasis proyek, dan belum sepenuhnya terintegrasi dengan sistem pemerintah. Program *Investing in Nutrition and Early Years (INEY)* dari World Bank—yang berlangsung pada 2018–2024—menggerakkan hibah sebesar USD 24 juta dan pinjaman USD 400 juta yang terkait dengan indikator berbasis kinerja, sehingga mendorong konvergensi lintas sektor dan daerah dalam upaya penurunan stunting. Mitra pembangunan seperti UNICEF, WFP, dan WHO juga memberikan dukungan teknis dan pembiayaan program tertentu dalam skala lebih kecil.

Rumah tangga juga menanggung sebagian biaya yang terkait dengan gizi, termasuk biaya makanan dan transportasi untuk kunjungan lanjutan ke Puskesmas bagi anak gizi buruk. Namun, data mengenai belanja langsung rumah tangga (*out-of-pocket spending*) masih terbatas, sehingga menyulitkan penilaian terhadap besaran maupun aspek keadilannya.

7. Sistem Informasi Gizi

Lanskap sistem informasi gizi di Indonesia telah berkembang secara signifikan. Berbagai survei berbasis populasi seperti Riskesdas (2018), SSGI (2021, 2022, 2024), dan SKI (2023) kini menyediakan estimasi nasional dan provinsi terkait stunting, wasting, dan overweight dengan frekuensi yang lebih tinggi dibandingkan sebelumnya. Survei pendukung seperti SUSENAS dan SUPAS turut menyediakan data sosial-ekonomi dan demografi yang memperkuat analisis gizi. Platform pelaporan rutin seperti e-PPGBM dan Si-Gizi Kesga juga menyediakan data yang dikumpulkan secara rutin terkait pemantauan pertumbuhan dan layanan kesehatan ibu-anak. Selain itu, Kementerian Kesehatan telah memperkenalkan telaah data triwulanan serta menambahkan indikator baru—seperti keragaman pangan (*dietary diversity*), *minimum acceptable diet*, asupan protein hewani, dan overweight anak—untuk memperoleh gambaran yang lebih komprehensif terkait beban ganda malnutrisi.

Meskipun cakupan data semakin luas, sistem pelaporan rutin masih menghadapi sejumlah tantangan. Akurasi dan kelengkapan data bervariasi, dan hasil kunjungan lapangan menunjukkan adanya ketidaksamaan dalam pengukuran antropometri karena kader tidak selalu mendapatkan pelatihan yang memadai atau tidak memiliki peralatan standar. Beberapa indikator konsumsi pangan juga dilaporkan berdasarkan estimasi, bukan melalui metode *recall* terstandar, sehingga mengurangi keterbandingan data. Indikator hasil penanganan wasting—seperti tingkat sembuh, kematian, dan putus pengobatan—belum tercatat secara sistematis, sehingga menyulitkan penilaian kinerja program. Perbedaan antara data survei nasional dan laporan rutin turut

menurunkan kepercayaan terhadap kualitas data dan memengaruhi pemanfaatan data dalam alokasi sumber daya maupun penyesuaian program.

Selain itu, peningkatan frekuensi survei nasional memang menambah ketersediaan data, tetapi menimbulkan pertanyaan efisiensi—misalnya, survei tahunan stunting memberikan nilai tambah yang terbatas bagi proses perencanaan mengingat perubahan stunting berlangsung lambat. Di sisi lain, indikator penting seperti status gizi mikro, konsumsi, serta status gizi remaja dan dewasa belum tercakup dengan ukuran sampel yang memadai dalam survei nasional, sehingga menyisakan peluang yang belum dimanfaatkan untuk memperkuat pemantauan gizi secara menyeluruh.

Sistem informasi gizi dalam situasi bencana juga masih terfragmentasi. SIGIZI merupakan platform nasional untuk data gizi, namun indikator terkait gizi bencana belum terintegrasi sepenuhnya. Sistem yang digunakan oleh Pusat Krisis Kesehatan Kemenkes dan BNPB juga belum saling kompatibel. Pelaporan di lapangan bersifat lambat dan hierarkis; staf Puskesmas sering menggunakan formulir ad hoc dan melapor melalui banyak jenjang administrasi. Tantangan lainnya meliputi kaji cepat yang belum konsisten, kapasitas staf yang terbatas dalam pengelolaan data saat bencana, serta pelaporan yang lebih berfokus pada output (misalnya jumlah anak yang diskринing) daripada outcome (misalnya angka pemulihan). Hal ini menunjukkan perlunya peningkatan interoperabilitas sistem, pengembangan *dashboard* bersama, serta penguatan kapasitas pengelolaan data dan pemetaan pada situasi bencana.



04. Kesimpulan dan Rekomendasi

Komitmen politik merupakan salah satu kekuatan utama dalam upaya perbaikan gizi di Indonesia. Perpres No. 72/2021 berhasil menginstitusionalisasikan konvergensi multisektor dalam Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting (STRANAS), sehingga memperkuat koordinasi serta *budget tagging* antar kementerian dan pemerintah daerah. Namun, meskipun telah terjadi banyak kemajuan, berbagai kebijakan terkait gizi di sepanjang siklus kehidupan masih menunjukkan ketidakonsistenan dan belum sepenuhnya selaras dengan rekomendasi global. Selain itu, fokus yang sangat terpusat pada stunting menyebabkan isu lain—seperti wasting, anemia, dan obesitas—mendapat perhatian yang lebih terbatas. Karena itu, koordinasi di semua tingkatan perlu diperkuat dengan memperluas agenda gizi di luar stunting. Upaya ini dapat didukung melalui kerangka pemantauan dan evaluasi bersama, dengan indikator yang dilaporkan secara lintas sektor. Sistem kesehatan Indonesia juga menunjukkan kemajuan dalam menginstitusionalisasikan program gizi melalui reformasi kebijakan, transformasi digital, dan koordinasi multisektor.

Gizi merupakan komponen penting dalam Agenda Transformasi Sistem Kesehatan. Namun, penanganan gizi masih tersebar di beberapa direktorat dalam Kementerian Kesehatan tanpa kepemimpinan atau mekanisme koordinasi yang jelas untuk mendorong konvergensi dan sinergi antarfungsi. Struktur ini membatasi visibilitas program dan kewenangan pengambilan keputusan. Tidak adanya Paket Layanan Gizi Esensial (*Essential Nutrition Package/ENP*) serta standar kompetensi layanan gizi menyebabkan implementasi menjadi terfragmentasi dan akuntabilitas melemah.

Kajian ini menyoroti berbagai hambatan sistemik pada seluruh enam *WHO building blocks*, yang membatasi kemajuan yang merata dan berkelanjutan dalam upaya menurunkan semua bentuk malnutrisi. Untuk beralih dari pemulihan dan percepatan pascapandemi menuju transformasi sistem yang sesungguhnya, Indonesia memerlukan peta jalan kebijakan dan program yang koheren—yang mengonsolidasikan capaian yang telah ada, menutup kesenjangan yang masih bertahan, serta menempatkan gizi sebagai pilar utama dalam agenda kesehatan dan pembangunan nasional.

Rekomendasi berikut disusun untuk mengatasi hambatan sistemik dan mendorong perubahan berkelanjutan dalam pengelolaan, implementasi, dan pelaporan program gizi:

1. **Memperbarui kebijakan gizi** agar selaras dengan rekomendasi global, namun tetap disesuaikan dengan konteks dan kapasitas implementasi Indonesia. Langkah ini penting untuk memastikan konsistensi antar platform dan keselarasan dengan standar WHO.
2. **Menyusun strategi gizi jangka menengah dengan pembiayaan terperinci** di bawah Kementerian Kesehatan untuk memandu perencanaan, penganggaran, dan pelaksanaan. Strategi ini akan meningkatkan prediktabilitas program, memfasilitasi pelacakan sumber daya, dan menyelaraskan pendanaan pemerintah, donor, dan CSR.
3. **Meninjau kembali kedudukan gizi dalam struktur sistem kesehatan** untuk memastikan adanya kepemimpinan yang jelas, konvergensi yang kuat, serta koordinasi yang efektif—baik di dalam Kemenkes maupun lintas sektor.
4. **Menetapkan Paket Layanan Gizi Esensial (ENP)** dan memperjelas peran serta tanggung jawab tiap platform layanan, memastikan pembiayaan yang berkelanjutan, jaminan rantai pasok, serta supervisi yang memadai. Integrasi kesiapsiagaan gizi dalam keadaan darurat (*NiE preparedness*) akan meningkatkan ketahanan sistem terhadap bencana.
5. **Berinvestasi dalam pengembangan kemampuan manajerial, analitis, dan kepemimpinan** bagi tenaga gizi di semua tingkatan. Kapasitas perencanaan, *costing*, supervisi, dan pemanfaatan data sangat penting untuk menerjemahkan sumber daya dan kebijakan menjadi hasil program yang efektif.
6. **Mengintegrasikan program gizi dengan agenda transformasi sistem pangan dan strategi adaptasi perubahan iklim** guna mendukung pola makan sehat. Pendekatan ini penting untuk menjaga kemajuan dalam penurunan stunting dan wasting, sekaligus menangani peningkatan obesitas dan risiko guncangan iklim.
7. **Meningkatkan profil dan pengelolaan program gizi di dalam Kementerian Kesehatan**, memperkuat koordinasi antarunit di dalam kementerian, serta menempatkan gizi sebagai komponen utama dalam Agenda Transformasi Sistem Kesehatan. Langkah ini akan memastikan bahwa gizi menjadi bagian inti dari reformasi sistem, dengan kepemimpinan, alokasi anggaran, dan akuntabilitas yang mencerminkan prioritas nasional.



Kemenkes

Kementerian Kesehatan

Jl. H.R. Rasuna Said Blok X-5 Kav. 4-9
Jakarta Selatan 12950
Email: kontak@kemkes.go.id
Website: www.kemkes.go.id



untuk setiap anak

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND

World Trade Centre 6, Lantai 10
Jl. Jend. Sudirman Kav. 29-31
Jakarta 12920, Indonesia
Email: jakarta@unicef.org
Website: www.unicef.or.id