

Pertemuan XII

Topik : Gerakan 1000 HPK

Dosen: Nadiyah, S.Gz, M.Si, CSRS

Prodi : Ilmu Gizi/FIKES

A. Visi, Misi dan Sasaran

A.1 Visi

Terpenuhinya kebutuhan pangan dan gizi untuk memenuhi hak dan berkembangnya potensi ibu dan anak.

A.2 Misi:

1. Menjamin kerjasama antarberbagai pemangku kepentingan untuk memenuhi kebutuhan pangan dan gizi setiap ibu dan anak.
2. Menjamin dilakukannya pendidikan gizi secara tepat dan benar untuk meningkatkan kualitas asuhan gizi ibu dan anak.

A.3 Sasaran

Sasaran yang ingin dicapai pada akhir tahun 2025 disepakati sebagai berikut:

1. Menurunkan proporsi anak balita yang stunting sebesar 40 persen.
2. Menurunkan proporsi anak balita yang menderita kurus (wasting) kurang dari 5 persen.
3. Menurunkan anak yang lahir berat badan rendah sebesar 30 persen.
4. Tidak ada kenaikan proporsi anak yang mengalami gizi lebih.
5. Menurunkan proporsi ibu usia subur yang menderita anemia sebanyak 50 persen.
6. Meningkatkan prosentase ibu yang memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan paling kurang 50 persen.

A.4 Hasil yang Diharapkan

1. Meningkatnya kerjasama multisektor dalam pelaksanaan program gizi sensitif untuk mengatasi kekurangan gizi
2. Terlaksananya intervensi gizi spesifik yang *cost effective*, yang merata dan cakupan tinggi, dengan cara:
 - a. Memperkuat kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan dalam upaya perbaikan gizi meliputi perencanaan, pelaksanaan dan monitoring.
 - b. Memperkuat kerjasama pemangku kepentingan untuk menjamin hak dan kesetaraan dalam perumusan strategi dan pelaksanaan.
 - c. Meningkatkan tanggung jawab para politisi dan pengambil keputusan dalam merumuskan peraturan perundang-undangan untuk mengurangi kekurangan gizi.
 - d. Meningkatkan tanggung jawab bersama dari setiap pemangku kepentingan untuk mengatasi penyebab dasar dari kekurangan gizi.
 - e. Berbagai pengalaman berdasarkan bukti.

- f. Mobilisasi sumber daya untuk perbaikan gizi baik yang berasal dari pemerintah, dunia usaha, mitra pembangunan dan masyarakat.

A.5 Organisasi 1000 HPK

1. Tingkat Nasional:

- a. Dibentuk gugus tugas Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi melalui Perpres nomor 42 tahun 2013.
- b. Gugus tugas berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Presiden.
- c. Gugus tugas dipimpin oleh Menkokesra dengan anggota menteri terkait.
- d. Gugus tugas dalam pelaksanaan tugasnya dibantu oleh tim teknis.

2. Tingkat Daerah:

- a. Pemerintah Daerah Provinsi dan kabupaten dan kota membentuk gugus tugas.
- b. Gugus tugas di tingkat daerah menyusun rencana dan program kerja dengan mengacu pada kebijakan nasional.
- c. Anggota gugus tugas daerah terdiri dari Pemerintah, Perguruan Tinggi, Organisasi Profesi, Organisasi Kemasyarakatan, Organisasi Keagamaan, dunia usaha, dan anggota masyarakat.

B. Tahapan Gerakan

B.1 Tahap Satu: Analisa Kondisi saat ini

1. Komitmen politik untuk upaya perbaikan gizi masyarakat cukup kuat baik dalam bentuk Undang-Undang (UU), Peraturan Pemerintah (PP), Peraturan Presiden (Perpres), Peraturan Menteri (Permen), dan Peraturan Daerah (Perda).
2. Program perbaikan gizi secara nyata sudah dilaksanakan oleh Kementerian/Lembaga (K/L) sesuai dengan tugas pokok misalnya oleh Kementerian Kesehatan, Kementerian Pertanian, Kementerian Perindustrian,

Kementerian dalam Negeri, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Kementerian Sosial. Namun demikian upaya dari setiap K/L tersebut masih terfragmentasi, belum diarahkan kepada *goals* yang disepakati. Untuk meningkatkan kerjasama antar K/L sejak tahun 2000 telah disusun Rencana Aksi Pangan dan Gizi Nasional (RAPGN) untuk setiap 5 tahun. Di tingkat daerah telah pula disusun Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi (RADPG) mulai tahun 2011.

3. Sampai dengan tahun 2012 upaya perbaikan gizi masyarakat diarahkan terhadap semua kelompok umur dengan sasaran utama mengatasi masalah kekurangan gizi baik gizi kurang maupun gizi buruk. Sejak adanya Gerakan 1000 HPK dilakukan reorientasi penajaman sasaran yaitu fokus terhadap ibu hamil, ibu menyusui dan anak dibawah dua tahun terutama untuk mengatasi masalah stunting. Hal ini didasarkan atas hasil Riskesdas 2007 dan 2010 yang menunjukkan bahwa prevalensi stunting adalah 36,8 persen dan 35,6 persen. Data lain dari Riskesdas 2010 menunjukkan bahwa persentase BBLR 8,8 persen, *wasting* 13,3 persen, anemia pada wanita usia subur, ASI eksklusif 15,3 persen (2010).
4. Untuk mengatasi masalah gizi pada dasarnya telah dilaksanakan program gizi yang bersifat spesifik maupun program yang bersifat sensitif. Namun demikian ada beberapa kegiatan gizi spesifik yang belum dilaksanakan yaitu antara lain pemberian Kalsium pada ibu hamil dan pemberian Zink pada anak, selain itu cakupan dari kegiatan program spesifik masih rendah. Kegiatan gizi yang bersifat sensitif pada dasarnya sudah dilaksanakan sejak lama sejak UPGK, namun masih perlu ditingkatkan koordinasi perencanaan, pelaksanaan dan monitoring evaluasi di berbagai tingkat administrasi.
5. Dukungan sumber daya keuangan untuk pelaksanaan perbaikan gizi masih terbatas, baik dalam APBN maupun dalam APBD. Walaupun terdapat kecenderungan peningkatan anggaran setiap tahunnya terutama dalam APBN.

B.2 Tahap Dua: Penyiapan Gerakan

1. Komitmen politik untuk meningkatkan upaya perbaikan gizi cukup tinggi, hal ini dibuktikan dengan diterbitkannya Perpres nomor 42 tahun 2013 tentang

Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi yang berisikan tentang tujuan, strategi, sasaran, kegiatan dan pelaksanaan perbaikan gizi baik ditingkat nasional maupun tingkat daerah. Semua K/L yang mempunyai peranan penting dalam upaya perbaikan gizi telah ditetapkan sebagai anggota yang dipimpin oleh Menkokesra yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden.

2. Untuk memperkuat *platform* kerjasama antar pemangku kepentingan dalam upaya perbaikan gizi telah dirumuskan Kerangka Kebijakan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dalam rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1000 HPK) dan Pedoman Perencanaan Program Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dalam rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1000 HPK). Diharapkan dengan adanya *platform* ini maka setiap pemangku kepentingan mempunyai persepsi dan langkah – langkah yang sama untuk mempercepat pencapaian upaya perbaikan gizi.
3. Kegiatan intervensi gizi yang bersifat spesifik telah disepakati dan akan ditingkatkan pelaksanaannya dengan dukungan kerjasama lintas program dan lintas sektor yang terkait.
4. Peningkatan mobilisasi pembiayaan untuk mendukung pelaksanaan program perbaikan gizi baik melalui APBN dan terutama di daerah melalui peningkatan APBD provinsi maupun kabupaten dan kota.

B.3 Tahap Tiga : Pelaksanaan dan Pengorganisasian Gerakan

1. Pada tataran eksekutif akan ditetapkan ketua gugus tugas Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi yang dipimpin oleh Menkokesra. Untuk membantu tugas gugus tugas ini dibentuk tim teknis yang dipimpin oleh Deputi Bidang SDM dan Kebudayaan Bappenas. Pada tataran legislatif telah dibentuk Kaukus Kesehatan yang tugas utamanya untuk meningkatkan kesadaran dan dukungan politik dan anggaran dari anggota legeslatif untuk program-program kesehatan dan perbaikan gizi.
2. Berfungsinya gugus tugas Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi yang tugas pokoknya mengkoordinasikan dan mensinkronkan penyusunan rencana dan program kerja pada K/L dengan melaksanakan rapat koordinasi secara reguler.

3. Terlaksananya pemantauan dan evaluasi berbagai kebijakan lintas sektor dalam upaya perbaikan gizi baik di tingkat nasional maupun tingkat daerah dengan cara memantau secara reguler pelaksanaan RANPG, RADPG dan Kerangka Kebijakan Gerakan 1000 HPK.
4. Terlaksananya program gizi sensitif oleh berbagai K/L terkait untuk mendukung pelaksanaan program gizi yang spesifik.
5. Menganalisis kesenjangan kebutuhan dana untuk pelaksanaan program perbaikan gizi dan secara bertahap memenuhi kesenjangan tersebut baik dalam anggaran APBN maupun APBD.

B.4 Tahap Empat: Memelihara Kestinambungan Gerakan

1. Menjaga kelangsungan kepemimpinan untuk peningkatan program perbaikan gizi secara terus menerus sesuai dengan penugasan dalam Perpres.
2. Memperkuat kinerja gugus tugas baik ditingkat nasional maupun di tingkat provinsi dan kabupaten dan kota.
3. Memperkuat pelaksanaan kerjasama antarsektor melalui sinkronisasi kebijakan antarsektor baik di nasional maupun daerah.
4. Memperluas dan meningkatkan kegiatan gizi spesifik dan kegiatan gizi sensitif sehingga menjangkau seluruh sasaran program.
5. Menjamin ketersediaan anggaran yang memadai baik APBN maupun APBD untuk program perbaikan gizi dengan cara meningkatkan pemahaman bersama antara eksekutif dan legeslatif.

C. Strategi Gerakan

Terdapat tiga tahap dalam strategi nasional Gerakan 1000 HPK yaitu:

C.1 Strategi Nasional

Tahap pertama: Membangun komitmen dan kerjasama antarpemangku kepentingan.

Tahap kedua: Mempercepat pelaksanaan Gerakan 1000 HPK, meningkatkan efektifitas dan meningkatkan sumber pembiayaan.

Tahap ketiga: Memperluas pelaksanaan program, meningkatkan kualitas pelaksanaan dan memelihara kestinambungan kegiatan untuk mencapai indikator hasil yang sudah disepakati.

C.2 Strategi Pelaksanaan

1. Meningkatkan kapasitas kerjasama antar pemangku kepentingan untuk percepatan kegiatan perbaikan gizi berdasarkan bukti.
2. Meningkatkan kapasitas untuk memfasilitasi kerjasama antar pemangku kepentingan.
3. Meningkatkan kapasitas untuk melaksanakan kerjasama yang saling menguntungkan antar berbagai pemangku kepentingan.
4. Meningkatkan kapasitas untuk pemantauan dan evaluasi kinerja bersama dalam rangka pencapaian sasaran perbaikan gizi.
5. Meningkatkan kapasitas untuk identifikasi dengan berbagi pengalaman atau model-model intervensi terkait untuk meningkatkan pemahaman dalam pencapaian sasaran.
6. Meningkatkan kapasitas untuk advokasi dalam rangka peningkatan komitmen politik dan mobilisasi sumberdana dan bantuan teknis.

C.3 Strategi Mobilisasi Sumber Daya

1. Menghitung kebutuhan anggaran untuk program perbaikan gizi.
2. Menghitung kesenjangan anggaran antara kebutuhan dan ketersediaan saat ini.
3. Membuktikan bahwa kegiatan yang dilakukan secara terpadu baik dalam penganggaran untuk intervensi gizi spesifik maupun intervensi gizi sensitif jauh lebih efektif jika dibandingkan bila dilaksanakan secara terpisah.
4. Mengkoordinasikan kegiatan advokasi secara nasional dan global untuk mengurangi kesenjangan penganggaran dan untuk mobilisasi sumber daya.

C.4 Prinsip-prinsip keterlibatan dalam Gerakan 1000 HPK

1. Transparan: semua pemangku kepentingan menunjukkan hasil dari aksi bersama secara transparan dan jujur.
2. Inklusif: melalui kerjasama kemitraan antarpemangku kepentingan untuk meningkatkan intervensi dan hasil yang diinginkan

3. Berbasis hak: bertindak sejalan dengan komitmen menegakkan keadilan dan hak bagi semua perempuan, laki-laki, dan anak-anak.
4. Kemauan untuk bernegosiasi: saat konflik muncul, secara bersama bertekad untuk menyelesaikan konflik dan menuju arah yang lebih baik.
5. Tanggung jawab bersama: semua pemangku kepentingan memiliki rasa tanggung jawab bersama dalam menyelenggarakan kegiatan secara kolektif sebagai bukti komitmen bersama.
6. Cost-effectif: menyusun beberapa prioritas berdasarkan analisis berbasis bukti dan menetapkan prioritas yang mempunyai daya ungkit paling besar dalam pencapaian target namun dengan dana yang paling minimal.
7. Komunikasi terus menerus: komunikasi melalui berbagi pengalaman secara rutin antar pemangku kepentingan termasuk hal yang berhasil dan yang gagal.

Pertemuan selanjutnya akan dilanjutkan dengan Kemitraan dalam Gerakan

DAFTAR PUSTAKA

1. Cesar G Victora, Linda Adair, Caroline Fall, Pedro C Hallal, Reynaldo Martorell, Linda Richter, Harshpal Singh Sachdev, and for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet* 2008. Published online Jan 26. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61692-4
2. Barker DJP. Developmental Origins of Chronic Disease. *Public Health* 126 (2012) 185-9
3. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, et al for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet* 2008. Published online Jan 17. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61690-0.
4. Eriksson JG, Forsén TJ, Kajantie E, Osmond C, Barker DJP (2007) Childhood growth and hypertension in later life. *Hypertension* 49:1415-1421.
5. M. T. Ruel (2008) Addressing the underlying determinants of undernutrition: Examples of successful integration of nutrition in poverty-reduction and agriculture strategies, 21-29. In **SCN News No.36**.
6. UNICEF (United Nations Children's Fund) (1990) *Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries*. Policy Review paper E/ICEF/1990/1.6, UNICEF:New York.
7. Department for International Development (2011) *Scaling up Nutrition: The UK's position paper on under-nutrition*, UKAID, London.
8. Ministry of Health, Indonesia, 2007, "RISKESDAS." National Health Survey

9. Dewey, K.G., and K.H .Brown, 2003, "Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs," *Food and Nutrition Bulletin*, 24: 5–28.
10. Kosuke Kawai , Donna Spiegelman , Anuraj H Shankar & Wafaie W Fawzi. Maternal multiple micronutrient supplementation and pregnancy outcomes in developing countries: meta-analysis and meta-regression, *Bulletin of the World Health Organization* 2011;89:402-411B. doi: 10.2471/BLT.10.083758
11. Meera Shekar, Repositioning Nutrition as Central to Development: A Strategy for Large-Scale Action. World Bank, 2006, Washington D.C
12. Usha Ramakrishnan and Ray Yip Experiences and Challenges in Industrialized Countries: Control of Iron Deficiency in Industrialized Countries. *J. Nutr.* 132: 820S–824S, 2002
13. Mathuram Santosham, Aruna Chandran, Sean Fitzwater, Christa Fischer-Walker, Abdullah H Baqui, Robert Black. Progress and barriers for the control of diarrhoeal disease. *Lancet* 2010; 376: 63–67
14. Soekirman, 2001, JAPCN)(HKI, 2011, *The Global Food Price Crisi and HKI's Response*
15. Sandra Huffman, 1992, *Nutrition and Family Planning Linkages : What More Can be Done*, Center for Childhood Malnutrition, Bethesda, USA, www.unsystem.org/scn/archives/npp11/ch06.htm)
16. Rae Golloway, 2011, *Integrating Family Planning and Councelling on Nutrition for Children 6-23 months*, in *FP-MNCH-Nutrition Integration Technical Consultation March 30,2011*, USAID Washington
17. WHO , 2006, *Guideline for Food Fortification*)
18. WHO,2009, *Recommendation for Flour Fortification*, Manila Technical Meeting
19. Martianto, 2005, *Report On Cooking oil Fortification with Vitamin A, a Pilot in Makassar*, KFI Publication
20. Keputusan Presiden RI No.69 Tahun 1994 tentang Pengadaan Garam Beriodium
21. Contento, IR, 2007, *Nutrition Education : Lingking research, theory, and practice*, Teacher College, University of Colombia, New York.
22. IFPRI, 2000, *The Life Cycle of Malnutrition : Eradicating Malnutrition and Income Growth*, IFPRI, Washington

