



# Indonesia Health Sector Review

## Indonesia: Menghadapi Beban Ganda Malnutrisi

### Beban Ganda Malnutrisi dan Akibatnya

Beban Ganda Malnutrisi atau DBM (*double burden of malnutrition*) adalah suatu konsep yang pertama kali disajikan sekitar satu dekade yang lalu yang artinya ko-eksistensi kekurangan gizi dan kelebihan gizi makronutrien maupun mikronutrien di sepanjang kehidupan pada populasi, masyarakat, keluarga dan bahkan individu yang sama. Yang mengkhawatirkan adalah dimensi DBM di sepanjang kehidupan, atau keterkaitan antara gizi buruk pada ibu hamil dan janin dengan meningkatnya kerentanan terhadap kelebihan gizi dan pola makan yang terkait penyakit tidak menular di kemudian hari.

DBM adalah permasalahan global yang mempengaruhi negara-negara kaya maupun miskin: 25% populasi dunia mengalami kelebihan berat badan, 17% anak-anak pra-sekolah kekurangan berat badan dan 28,5%

mengalami *stunting* (pendek), 40% wanita usia subur menderita anemia, dan sepertiga populasi global masih menderita kekurangan yodium. Sebagian besar negara berpenghasilan rendah hingga menengah akan terpengaruh oleh DBM, dengan jumlah populasi kelebihan berat badan meningkat lebih cepat daripada penurunan jumlah populasi yang kekurangan berat badan. Obesitas meningkat dua kali lipat secara global dalam tiga dekade terakhir, tetapi pada negara-negara berpenghasilan rendah hingga menengah, peningkatannya terjadi tiga kali lipat hanya dalam dua dekade.

Dampak DBM sangatlah serius dan manifestasinya dapat dilihat di sepanjang kehidupan seseorang. Dengan pembangunan pada umumnya, ketersediaan air bersih dan praktek sanitasi yang lebih baik, serta peningkatan cakupan imunisasi, lebih banyak anak-anak yang menderita kekurangan gizi berpeluang untuk bertahan hidup di dua tahun pertama kehidupannya. Namun, bagi mereka yang bertahan hidup di periode

Laporan singkat ini merangkum temuan dan rekomendasi kebijakan dari peninjauan teknis tentang masalah DBM di Indonesia yang dilaksanakan oleh Roger Shrimpton (Ahli / Konsultan Gizi Internasional) dan Claudia Roxk (Spesialis Kesehatan Utama, Bank Dunia) dengan kontribusi dari Grup Kerja SUN Indonesia Leslie Elder (Ahli Gizi Senior, Bank Dunia), Puti Marzoeqi (Spesialis Kesehatan Senior, Bank Dunia), Darren Dorkin (Spesialis Operasional Senior, Bank Dunia), Rebekah Pinto (Spesialis Pengembangan Manusia, Bank Dunia) dan Eko Pambudi (Analisis Penelitian, Bank Dunia). Tinjauan teknis tersebut didasarkan pada wawancara dengan berbagai pelaku penting masalah gizi di Jakarta dan Yogyakarta pada akhir 2011, dan pada laporan *Landscape Analysis Country Assessment (LACA)* Pemerintah Indonesia tahun 2010 yang mempelajari situasi gizi di Indonesia dan menawarkan berbagai kebijakan untuk membantu mencegah dan meredakan masalah DBM di sepanjang kehidupan. Laporan ini telah dipelajari oleh para pemangku kepentingan di Indonesia (pembuat kebijakan dan akademisi) pada bulan Maret 2012. Ucapan terima kasih disampaikan secara khusus kepada UNICEF atas masukan teknis yang berharga, Dana DeRuiter (Konsultan Kebijakan Kesehatan) untuk keahliannya dalam merangkum laporan penilaian teknis menjadi laporan singkat ini, dan Megha Kapoor (Analisis Penelitian, Bank Dunia) yang telah membantu selama proses produksi. Laporan singkat ini mendapat dukungan dana dari Millennium Challenge Corporation.

Tinjauan teknis tambahan, yang isinya dirangkum di sini serta penilaian yang lebih umum mengenai DBM, tersedia di [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org). Untuk informasi lebih lanjut, silakan menghubungi Darren Dorkin di [ddorkin@worldbank.org](mailto:ddorkin@worldbank.org).

kritis ini, kerusakan yang diakibatkan gizi buruk di fase awal akan berdampak seumur hidup. Ketika hambatan pertumbuhan tinggi badan di usia dini diikuti oleh pertumbuhan berat badan yang cepat, terjadilah peningkatan risiko obesitas dan penyakit tidak menular (*non communicable diseases* - NCD) yang terkait dengan pola makan, seperti diabetes tipe 2 dan penyakit kardiovaskular di masa depan. Penyakit tidak menular merupakan penyebab sebagian besar kematian di seluruh dunia, dan angkanya sangat tinggi di negara berpenghasilan rendah hingga menengah, di mana hampir 80% dari semua kematian akibat penyakit tidak menular ini terjadi.

## Masalah DBM di Indonesia sangat mendesak

Adanya kasus kelebihan dan kekurangan berat badan di kalangan anak-anak menunjukkan bahwa DBM di Indonesia sudah memprihatinkan. *Stunting* adalah masalah gizi utama, dan makin mengkhawatirkan mengingat terdapatnya hubungan antara *stunting* dan

risiko penyakit tidak menular di kemudian hari, yang saat ini menjadi mayoritas beban penyakit di Indonesia. Kaitan antara *stunting* dan penyakit tidak menular belum sepenuhnya dipahami atau ditangani dengan baik oleh petugas kesehatan dan pembuat kebijakan.

Indonesia memberikan prioritas pada masalah kekurangan gizi dengan perhatian khusus pada "Gizi Buruk" dalam menentukan situasi gizi nasional. Dengan demikian tampaknya sebagian besar masalah gizi telah dapat diatasi mengingat prevalensi gizi buruk di kalangan balita hanya 5.4%. Padahal masalah yang lebih besar adalah kenyataan bahwa 36% balita mengalami *stunting* berikut konsekuensinya yang seumur hidup (lihat Tabel 1).

Survei Kehidupan Rumah Tangga Indonesia (IFLS), yang mewakili 85% populasi, menunjukkan bahwa selama periode lima belas tahun, proporsi laki-laki dan perempuan kurus mengalami penurunan yang signifikan sedangkan proporsi laki-laki dan perempuan gemuk (berat badan lebih) naik hampir dua kali lipat. Hal ini menunjukkan penurunan jumlah

### PESAN KUNCI

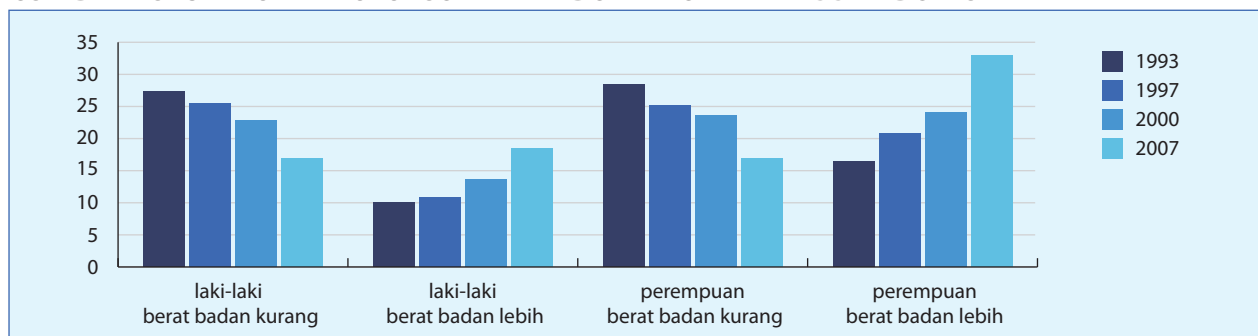
- DBM di Indonesia sudah terdapat di tingkat populasi dan berkembang pesat gizi tidak disertai dengan penurunan jumlah anak yang pendek terhadap umurnya (*stunting*), dan hal ini menjadi salah satu alasan meningkatnya jumlah anak yang kelebihan berat badan.
- Mengatasi DBM pada awal kehidupan akan menyelamatkan banyak nyawa dan sumber daya yang besar di kemudian hari

TABEL 1 : PREVALENSI MALNUTRISI (%) DI INDONESIA DALAM KELOMPOK USIA

Kategori Gizi Buruk	Kelompok Usia				
	< 5 Tahun	6 - 12 Tahun	13 - 15 Tahun	16 - 18 Tahun	> 18 Tahun
Pendek ( <i>Stunting</i> )	35.6	35.5	35.1	31.2	
Kurus ( <i>Wasting</i> )	13.3	12.2	10.1	8.9	12.6
Gemuk	14.0	9.2	2.5	1.4	21.7

Sumber: Riskesdas 2010

GAMBAR 1 : PERSENTASE LAKI-LAKI DAN PEREMPUAN YANG KELEBIHAN DAN KEKURANGAN BERAT BADAN USIA DI ATAS 45 TAHUN MENURUT SURVEI KEHIDUPAN RUMAH TANGGA INDONESIA



orang kurus dan peningkatan jumlah orang gemuk di kalangan dewasa Indonesia, sama seperti yang terjadi pada anak-anak Indonesia. Jumlah anak-anak lebih muda (<5 tahun) yang gemuk lebih besar dari pada jumlah anak-anak lebih tua (6-12 tahun) yang gemuk, sementara dalam dua dekade terakhir, jumlah anak pra-sekolah yang berberat badan kurang menurun sebanyak dua kali lipat dibandingkan jumlah mereka yang mengalami *stunting*. Kecenderungan ini serupa dengan yang terlihat pada kebanyakan negara berpenghasilan rendah hingga menengah lainnya. Kekurangan gizi pada ibu hamil dan defisiensi mikronutrien juga berkontribusi pada situasi malnutrisi di Indonesia (lihat Gambar 1).

Namun, meskipun bukti-bukti menunjukkan bahwa kegemukan (obesitas) terus meningkat, persepsi yang salah telah mengaburkan betapa mendesaknya masalah tersebut. Misalnya, banyak kalangan berasumsi bahwa obesitas merupakan masalah eksklusif orang kaya. Hal itu tidak benar. Meskipun obesitas meningkat seiring dengan meningkatnya pendapatan, volume terbesar obesitas justru terkonsentrasi di segmen ekonomi yang lebih bawah, dan dikondisikan dengan meningkatnya lingkungan perkotaan yang menyebabkan obesitas (*obesogenic*).<sup>1,2</sup> Yang paling rentan di lingkungan ini adalah orang-orang dewasa yang paling miskin dan juga paling mengalami *stunting*.

Persepsi salah lainnya menyangkut sifat fisik obesitas, karena sering mengingatkan kita pada seseorang yang “gemuk.” Padahal, kegemukan adalah masalah tersembunyi. Di Indonesia, bahkan mereka yang tidak terlihat “gemuk” memiliki sejumlah besar lemak dalam tubuhnya - sebanyak dua kali jumlah lemak tubuh orang Kaukasia yang memiliki bentuk tubuh yang sama. Salah satu alasannya adalah terjadinya hambatan pertumbuhan pada 1.000 hari pertama kehidupan yang diikuti pertumbuhan pesat selama masa kanak-kanak, yang didorong oleh gaya hidup perkotaan. Selain itu, bagi masyarakat Indonesia, risiko kesehatan yang terkait dengan kelebihan lemak tubuh berawal

dari Indeks Massa Tubuh (BMI) yang lebih rendah dibandingkan dengan negara-negara lain di Asia, dan tentunya lebih rendah daripada standar internasional.<sup>3</sup> Kelebihan lemak tubuh yang tidak selalu terlihat secara fisik, membuat masalah ini dianggap remeh di kalangan masyarakat yang bergaya hidup urban.

Secara geografis, angka rata-rata nasional mengaburkan keragaman yang besar di seluruh negeri. Selanjutnya, tingkat kegemukan yang tinggi di pulau-pulau terluar dengan tingkat kekurangan gizi ibu dan anak tertinggi memberikan bukti nyata akan hubungan antara pertumbuhan awal dan peningkatan berat badan di sepanjang hidup. Misalnya, di tiga provinsi (Riau, Bengkulu, dan Sulawesi Tenggara) baik tingkat anak yang kurus maupun yang gemuk angkanya lebih dari 15%. Kegemukan di kalangan dewasa angkanya lebih dari 15% di semua provinsi kecuali NTT dan lebih dari 25% di delapan provinsi (Sumatera Barat, Bangka Belitung, Kepulauan Riau, Kalimantan Timur, Sulawesi Utara, Gorontalo, Maluku, dan Maluku Utara). Secara keseluruhan, meskipun kegemukan terkonsentrasi di Jawa karena populasinya yang besar, masalah DBM sebetulnya lebih besar di pulau-pulau terluar.

## Menilai Penyebab DBM di Indonesia

Meskipun penyebab DBM bersifat kompleks, tinjauan ini menganalisis DBM di Indonesia dengan menggunakan peta sistem obesitas yang dikembangkan Proyek Foresight di Inggris, yang mengelompokkan lebih dari 100 variabel ke dalam empat bidang tematis:

1. **Lingkungan kesehatan dan biologis.** Indonesia sedang mengalami transisi demografis. Umur Harapan Hidup telah meningkat dan karena Indonesia memberikan prioritas terhadap layanan kesehatan primer, makin banyak masyarakat yang memiliki akses terhadap layanan kesehatan primer, pengeluaran untuk kesehatan juga meningkat, dan serangkaian

<b>Lingkungan Kesehatan dan Biologis</b>	Pengaruh penyakit dan genetika
<b>Lingkungan Ekonomi dan Pangan</b>	Pengaruh ketersediaan dan kualitas makanan di dekat rumah, akses ekonomi terhadap pangan yang mempengaruhi konsumsi
<b>Lingkungan Fisik/Bangun</b>	Pengaruh perilaku kegiatan individu
<b>Lingkungan Sosial Budaya</b>	Pengaruh media pendidikan, tekanan teman sebaya dan budaya

1 Lingkungan Obesogenik mengacu pada peran faktor lingkungan yang menyebabkan obesitas baik karena frekuensi berolahraga yang menurun dan / atau asupan energi yang meningkat. Lingkungan Obesogenik didefinisikan sebagai “jumlah pengaruh lingkungan sekitar, kesempatan, atau kondisi kehidupan yang menyebabkan obesitas pada individu dan populasi”. Swinburn, B. dan Figger, G. 2002 *Preventive Strategies against Weight Gain and Obesity*. *Obesity Reviews*, 3:289-301.

2 Walaupun obesitas meningkat seiring dengan pendapatan, yang tertinggi sebesar 23,2% pada kelompok dengan status kesejahteraan tinggi kelompok dengan status kesejahteraan rendah juga terpengaruh (antara 15 - 19,9%). Perbedaan tingkat obesitas di keempat kelompok dengan status kesejahteraan yang lebih bawah hanya sedikit maka volume terbesar obesitas berada di segmen penduduk yang lebih miskin. *The Double Burden of Malnutrition in Indonesia*, Roger Shrimpton, 2011. Data dari Riskesdas 2007.

3 BMI dihitung berdasarkan berat badan seseorang dan tingginya, yang memberikan indikasi akan lemak tubuh seseorang.

kebijakan kesehatan di tahun delapan puluhan dan sembilan puluhan telah berdampak pada distribusi fasilitas kesehatan yang lebih baik di seluruh Indonesia. Populasi yang semakin menua selanjutnya mempengaruhi transisi epidemiologi, dan struktur usia yang berubah telah memberikan kontribusi pada pergeseran beban penyakit dari penyakit menular ke penyakit tidak menular. Dewasa ini, penyakit tidak menular menjadi penyebab utama disabilitas dan kematian (60%) di Indonesia. Penyakit kardiovaskular menjadi penyebab utama kematian (30% dari semua kematian akibat penyakit tidak menular), diikuti kanker, penyakit paru obstruktif kronik, dan diabetes (lihat Gambar 2).

Di lain pihak, kecepatan peningkatan cakupan sanitasi belum sejalan dan parasit gastrointestinal masih sangat umum didapatkan, sehingga berpeluang menyebabkan anemia pada ibu. Selanjutnya, meskipun akses pada layanan primer meningkat, pada umumnya sistem kesehatan tidak seluruhnya siap untuk menerapkan berbagai intervensi gizi, antara lain karena petugas kesehatan belum memiliki persepsi bahwa *stunting* dan obesitas/kegemukan adalah suatu masalah.

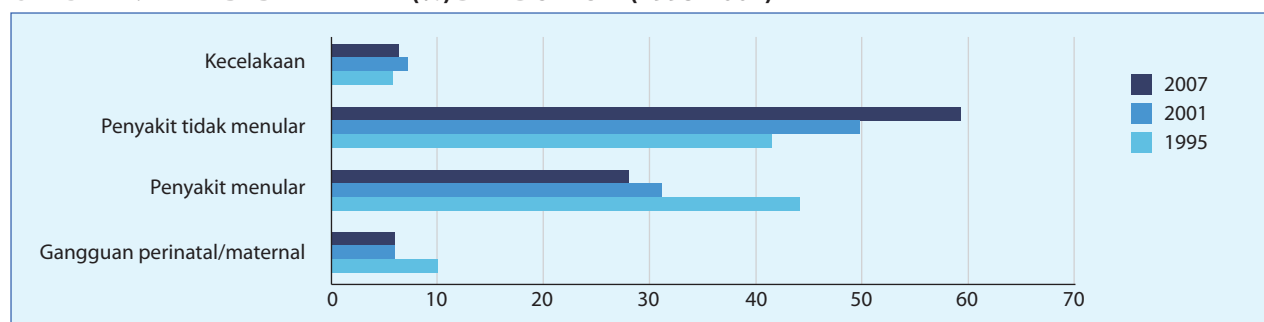
Tingginya kasus penyakit kardiovaskular tercermin pada analisis darah yang menunjukkan tekanan darah yang tinggi dan kadar kolesterol yang tinggi, dengan tingkat kolesterol HDL yang rendah, padahal kolesterol HDL bersifat melindungi terhadap penyakit kardiovaskular. Prevalensi hipertensi yang tinggi, lebih banyak terjadi pada wanita dan meningkat seiring usia. Setengah dari orang dewasa

kemungkinan terkena hipertensi. Tidak ada bukti di Indonesia bahwa faktor genetika adalah salah satu penyebab semakin meningkatnya masalah obesitas (lihat Gambar 3).

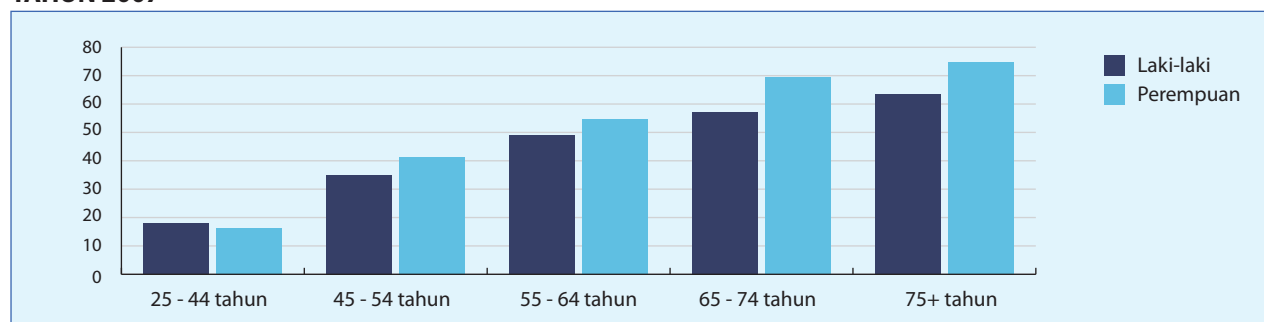
2. **Lingkungan ekonomi dan pangan.** Peningkatan kekayaan negara telah disertai dengan penurunan kemiskinan dan peningkatan ketersediaan pangan sebagai energi per kapita, yang sebagian besar berasal dari penggandaan lemak. Ketersediaan beras umumnya stabil sementara energi yang berasal dari daging dan ikan meningkat dua kali lipat, energi dari susu meningkat tiga kali lipat, dan dari gandum meningkat enam kali lipat. Secara bersamaan, peningkatan perdagangan pangan global telah menyebabkan meningkatnya impor makanan olahan ke negara berpenghasilan rendah hingga menengah, yang terutama didistribusikan melalui jaringan supermarket dan perusahaan makanan cepat saji multinasional yang terus berkembang. Outlet komersial jenis baru ini terutama mempengaruhi daerah urban.

Semakin banyak bukti yang menunjukkan bahwa pola konsumsi pangan di awal kehidupan akan mempengaruhi sisa hidup seseorang. Sayangnya, praktek pemberian makan pada bayi dan anak di Indonesia masih jauh dari memadai dan berkontribusi pada kekurangan gizi di awal kehidupan serta meningkatkan risiko kelebihan gizi di kemudian hari. Kebiasaan yang merugikan tersebut mencakup menurunnya pemberian ASI eksklusif dan pemberian makanan pendamping yang terlalu dini. Meskipun

**GAMBAR 2 : PENYEBAB KEMATIAN (% DI INDONESIA (1995-2007)**



**GAMBAR 3 : HIPERTENSI PADA ORANG DEWASA DARI SURVEI KEHIDUPAN RUMAH TANGGAI INDONESIA TAHUN 2007**



pemerintah telah berupaya untuk mendorong pemberian ASI eksklusif, upaya pemberian ASI terus menurun. Hanya 15% bayi mendapatkan ASI eksklusif selama 6 bulan seperti yang dilaporkan pada tahun 2010 atau setengah dari angka 32% yang dilaporkan pada tahun 2007, dan jauh lebih sedikit dari angka 40% yang dilaporkan pada tahun 2002.

Pola konsumsi pangan selama hidup lebih sulit untuk dievaluasi, tetapi data yang ada menunjukkan peningkatan asupan pangan, terutama daging, ikan, telur, dan makanan olahan. Hal ini menunjukkan bahwa konsumsi pangan tidak hanya meningkat secara kuantitatif, tapi bahannya juga lebih mahal seperti daging dan makanan yang dikonsumsi di luar rumah. Konsumsi sayuran dan buah-buahan tetap stabil dan rendah. Selain kuantitas, penelitian lebih lanjut perlu dilakukan untuk lebih memahami kualitas pola makan.

Peningkatan konsumsi makanan "Grup 3" (Tabel 2) dibandingkan dengan konsumsi makanan yang tingkat pengolahannya lebih rendah secara lebih proporsional dan seimbang kemungkinan besar menjadi penyumbang masalah obesitas di Indonesia dan di seluruh dunia. Makanan grup 3 yang padat energi dan penuh dengan biji-bijian, gula dan lemak refnasi, telah dikenal sebagai pilihan termurah bagi konsumen. Contohnya dalam konteks Indonesia adalah mie instan.

3. **Lingkungan fisik/bangun.** Penilaian terhadap lingkungan fisik di Indonesia menunjukkan lingkungan urban yang tidak nyaman untuk aktivitas fisik berjalan kaki. Akses pada makanan sehat yang terbatas di lingkungan urban

menyebabkan mereka yang pergi ke atau pulang dari sekolah dan tempat kerja mempunyai pilihan yang terbatas selain makanan siap saji di luar rumah. Karena saat ini kesadaran masyarakat terhadap masalah DBM masih rendah, sekolah belum bisa menjadi tempat bagi pencegahan kegemukan pada anak. Walaupun tempat anak-anak membeli makanan tidak jelas, kemungkinan sekitar 35% berasal dari pedagang kaki lima. Peraturan atas hal ini yang dapat memastikan agar anak-anak makan lebih sehat, merupakan tantangan yang harus ditangani dengan lebih baik.

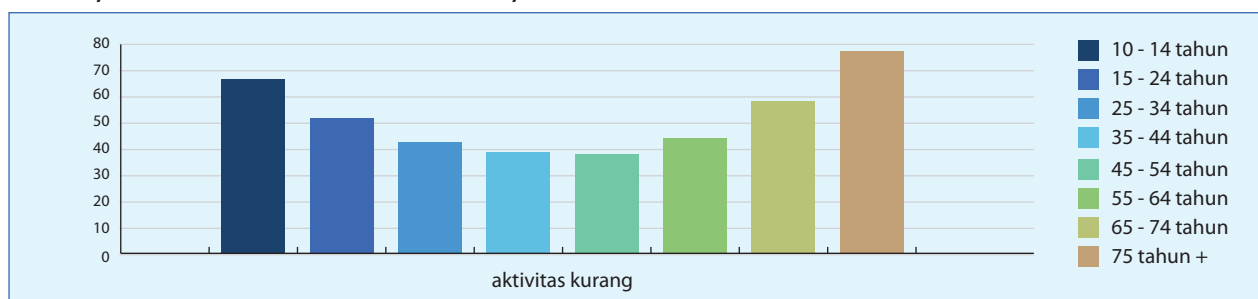
Perencanaan tata kota dan pemerintah daerah berperan penting dalam memberikan lebih banyak pilihan untuk aktivitas fisik berjalan kaki karena sebagian besar penduduk tidak cukup berolahraga untuk membantu mencegah penyakit kardiovaskular. Data Riskesdas tahun 2007 menunjukkan anak usia sekolah merupakan salah satu kelompok usia yang paling tidak aktif (lihat Gambar 4).<sup>4</sup>

4. **Lingkungan sosial budaya.** Meskipun terbenam dalam segala bentuk media modern, Indonesia tetap terus mempertahankan sebagian besar kebudayaannya. Kebiasaan tradisional mempengaruhi kekurangan gizi pada ibu hamil dan anak usia dini, dan norma-norma sosial mendorong banyak perempuan untuk menikah pada saat mereka masih anak-anak: 25% wanita usia subur menikah sebelum berusia 18 tahun, bahkan 10% sebelum berusia 16 tahun, yang dengan demikian berkontribusi terhadap tingginya angka kelahiran, terutama di pulau-pulau terluar. Pada saat yang sama, anak-anak menonton televisi sekitar 4 jam perhari,

TABEL 2 : GRUP MAKANAN YANG DIDEFINISIKAN BERDASARKAN TINGKAT PENGOLAHAN

<b>Group 1</b>	Makanan yang belum diolah atau makanan olahan minimal, seperti buah-buahan dan sayuran
<b>Group 2</b>	Olahan kuliner atau bahan industri makanan, seperti minyak sayur, mentega, tepung, dan pasta mentah
<b>Group 3</b>	Makanan dengan tingkat pengolahan tinggi, yang dikenal sebagai "makanan mudah" yang memerlukan sedikit persiapan, yang paling cocok untuk mengemil.

GAMBAR 4 : PREVALENSI AKTIFITAS KURANG PADA PENDUDUK INDONESIA YANG BERUSIA DI ATAS 10 TAHUN, BERDASARKAN KELOMPOK UMUR, 2007



Sumber: Riskesdas 2007

4 Riskesdas 2007 melaporkan jumlah aktivitas fisik di kalangan penduduk berusia sepuluh tahun dan lebih tua, seperti yang ditunjukkan pada Gambar 4. Aktivitas fisik dinyatakan kurang bila aktivitas sedang (jalan cepat) waktunya kurang dari 30 menit perhari selama setidaknya lima hari seminggu.

sedangkan iklan makanan olahan mendominasi media, dengan iklan-iklan yang ditargetkan kepada anak-anak. Mayoritas orang tua melaporkan bahwa apa yang mereka beli dipengaruhi oleh pilihan anak-anaknya dibandingkan oleh pengaruh iklan. Hal ini menunjukkan perlunya mengurangi pengaruh luar, seperti yang telah dilakukan oleh beberapa negara lain.

## Mengatasi DBM di Indonesia

Berbagai aksi untuk memperkuat respons terhadap masalah gizi telah dituangkan dalam gerakan *Scaling Up Nutrition* (SUN) yang telah diikuti oleh Indonesia sejak bulan September 2012. SUN yang fokusnya pada kekurangan gizi ibu hamil dan anak, perlu mengadopsi masalah DBM seiring dengan upaya negara dalam meningkatkan respons terhadap masalah DBM, khususnya karena upaya untuk mengatasi masalah kekurangan gizi ibu hamil dan anak usia dini adalah langkah pertama yang diperlukan untuk mencegah DBM di tahapan kehidupan selanjutnya.

Meskipun Indonesia telah menunjukkan kemajuan dalam mikronutrien, dan telah mulai menggalakkan praktek gizi yang baik seperti ASI eksklusif dan rumah sakit sayang bayi, masih ada ruang untuk perbaikan koordinasi lintas sektor di segala tingkatan pemerintahan. Sebuah kerangka kebijakan DBM yang menyeluruh di tingkat nasional seperti tertuang di bawah ini, mencakup berbagai aksi yang perlu diterapkan oleh beberapa kementerian dan mencakup empat pilar: ketahanan pangan, keamanan pangan, gaya hidup sehat, dan gizi.

Selanjutnya, usulan kerangka program untuk DBM termasuk intervensi yang dapat berkontribusi pada pencegahan dan pengobatan DBM selama kehidupan. Kerangka ini dibangun berdasarkan tabel yang dikembangkan oleh Gillespie dan Haddad pada tahun 2001 untuk menurunkan DBM di Asia dan mengacu pada *Lancet Nutritional Series* dan tinjauan terbaru lainnya mengenai berbagai bukti untuk mengatasi kegemukan dan obesitas.

TABEL 3 : EMPAT PILAR DALAM KERANGKA KEBIJAKAN GIZI DBM

Sektor	Pilar Kebijakan Gizi			
	Keamanan Pangan yang Berkelanjutan	Keamanan Pangan	Pola Hidup Sehat	Gizi
Kesehatan		<ul style="list-style-type: none"> <li>Peraturan terkait keamanan pangan dan hygiene</li> <li>Inspeksi Makanan</li> <li>Standar Pangan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promosi makan sehat</li> <li>Promosi olahraga</li> <li>Pengendalian Infeksi</li> <li>KB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suplementasi mikronutrien</li> <li>Pendidikan Gizi</li> <li>Pedoman Pola Makan</li> <li>Kewaspadaan Gizi</li> </ul>
Pekerjaan Umum dan perencanaan urban	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jalan desa</li> <li>Irigasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Air bersih dan Sanitasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jalur sepeda perkotaan</li> <li>Jalur pejalan kaki</li> </ul>	
Pertanian	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ketersediaan Pangan (produksi pangan)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Standar pangan</li> </ul>		
Pendidikan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kebun sekolah</li> <li>Makanan sekolah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pendidikan hygiene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Olahraga</li> <li>Pendidikan Keterampilan hidup dan seks.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pendidikan Gizi</li> <li>Pengendalian Anemia</li> </ul>
Kesejahteraan/ Jaminan Sosial	<ul style="list-style-type: none"> <li>Akses Pangan (Bantuan Dana Tunai)</li> </ul>			
Industri dan Perdagangan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ketersediaan pangan (produksi dan pemasaran)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Standar Pangan</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortifikasi Pangan</li> </ul>
Informasi Publik			<ul style="list-style-type: none"> <li>Pemasaran makanan pada anak-anak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peraturan tentang pemasaran pengganti ASI</li> </ul>
Keuangan/ ekonomi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Subsidi Pangan</li> <li>Pembatasan Impor/ Ekspor</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>Pajak pangan</li> </ul>



Banyak intervensi di atas yang sudah dilaksanakan di Indonesia. Meskipun terdapat kemajuan pada beberapa bidang, masih ada kesenjangan pada bidang-bidang lainnya. Misalnya, penerapan intervensi langsung di awal kehidupan, terutama pemberian ASI, masih perlu ditingkatkan. Demikian pula, meskipun telah dicapai kemajuan fortifikasi pangan dengan mikronutrien, masalah anemia pada ibu hamil masih membutuhkan perhatian. Akhirnya, program kesejahteraan sosial telah membantu menjamin keamanan pangan di antara mereka yang termiskin dari yang miskin, tetapi perlu ada penekanan yang lebih besar pada kualitas maupun kuantitas pangan. Sekolah adalah tempat yang sangat penting untuk membangun gaya hidup sehat yang akan membantu mengurangi dampak DBM, tetapi sayangnya belum banyak dimanfaatkan untuk tujuan ini. Tenaga kesehatan perlu diberi pelatihan yang lebih baik sehingga obesitas/kegemukan dan *stunting* dianggap sebagai masalah yang harus ditangani.

## Aksi kebijakan untuk dipertimbangkan di Indonesia

Aksi kebijakan berikut ini dikelompokkan berdasarkan wilayah fungsional, tahapan kehidupan, dan jenis kegiatan, yang perlu dipertimbangkan, didiskusikan secara mendalam, dan segera ditindak lanjuti dan diuji cobakan:

### Kebijakan dan Rencana Gizi

- Memastikan seawal dan sepraktis mungkin bahwa program gizi di Indonesia berorientasi menangani DBM, menyadari bahwa prioritas pertama untuk melakukannya adalah dengan menangani masalah *stunting* melalui peningkatan gizi ibu hamil dan anak usia dini, terutama dengan menerapkan paket intervensi gizi langsung dari *Lancet Nutrition Series*.
- Memastikan bahwa rencana untuk dewan/forum gizi nasional tingkat tinggi pada akhirnya mencakup rencana

TABEL 4 : INTERVENSI PROGRAM UNTUK MENGATASI BEBAN GANDA MASALAH GIZI DI SEPANJANG KEHIDUPAN

Tahapan Kehidupan	Intervensi Spesifik	Intervensi Peka
Pembua- han hingga Kelahiran	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suplemen mikronutrien (Besi/ folat)</li> <li>• Suplemen energi protein yang seimbang*</li> <li>• Pencegahan kecacingan (<i>deworming</i>)</li> <li>• Pengurangan asap rumah tangga/ rokok</li> <li>• Pengobatan radikal presumtif untuk malaria *</li> <li>• Kelambu yang diberi insektisida *</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mencegah pernikahan anak dan kehamilan remaja</li> <li>• Program Bantuan Tunai Bersyarat (dengan pendidikan gizi)</li> </ul>
Balita (0-5 tahun)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promosi pemberian ASI eksklusif,</li> <li>• Promosi pemberian makanan tambahan</li> <li>• Cuci tangan dan intervensi <i>hygiene</i></li> <li>• Pemberian suplemen pada balita berupa vitamin A dan seng, dan mikronutrien lain nya sesuai kebutuhan</li> <li>• Penanganan gizi buruk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peraturan pemasaran susu pengganti ASI</li> <li>• Program Bantuan Tunai Bersyarat (dengan pendidikan gizi)</li> </ul>
Anak (5-18 tahun)	<p><b>Berbasis Sekolah;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• penyediaan makanan yang sehat</li> <li>• promosi dan penyelenggaraan olahraga setiap hari</li> <li>• suplemen zat besi mingguan/ <i>deworming</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Larangan mesin penjual makanan dan penjualan makanan nirnutrisi (<i>junk food</i>) di sekolah</li> <li>• Larangan iklan makanan yang ditujukan pada anak-anak</li> <li>• Adaptasi kurikulum</li> </ul>
Dewasa (18+ tahun)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konseling penyedia layanan medis tentang pola makan sehat</li> <li>• Menggalakkan olahraga dan makanan sehat di tempat kerja</li> <li>• Melakukan olahraga secara teratur</li> </ul>	<p><b>Pelabelan makanan;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kandungan Nutrisi (<i>signposting</i>)</li> <li>• Pengendalian klaim makanan</li> </ul>

untuk menangani DBM, dengan mengembangkan inisiatif yang ada saat ini melalui SUN.

- Memastikan bahwa Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) dan Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RANPG) mempertimbangkan DBM dengan memadai.

### Gizi Ibu Hamil, Bayi dan Balita

- Memperkuat mekanisme yang sudah ada dan memastikan dilaksanakannya Peraturan Pemasaran Susu Pengganti ASI, sehingga bayi tidak lagi diberi susu pengganti ASI oleh pekerja kesehatan, terutama pada saat kelahiran
- Memperkuat upaya untuk memperbaiki pola makan anak melalui fortifikasi di rumah, fortifikasi makanan pendamping, dan/atau sumber makanan hewani sesuai kebutuhan.
- Memperkuat semua upaya untuk mengendalikan defisiensi mikronutrien ganda yang terus dialami ibu dan balita khususnya, melalui fortifikasi dan/atau pemberian suplemen. Sebagai tindakan jangka pendek sampai tingkat sanitasi membaik, perkenalkan pemberian obat cacing (*deworming*) selama kehamilan sesuai rekomendasi WHO untuk membantu mengendalikan anemia pada ibu hamil.

### Keamanan Pangan dan Gizi

- Memperkuat aspek kebijakan pertanian dalam rangka mempromosikan produksi sayuran dan buah-buahan melalui petani lokal berskala kecil, tidak hanya untuk meningkatkan kualitas ketersediaan pangan tetapi juga untuk meningkatkan pendapatan di kalangan miskin pedesaan, sehingga baik keamanan pangan maupun keamanan gizi terjamin.
- Memperkuat semua program kesejahteraan sosial bagi ibu dan balita dengan memastikan program bantuan tunai bersyarat termasuk keterkaitannya dengan promosi tanaman panen bernilai gizi tinggi seperti buah-buahan dan sayuran yang bisa/seharusnya disediakan oleh petani lokal berskala kecil melalui pasar petani lokal.

### Pendidikan Gizi dan Gaya Hidup Sehat

- Sebagai prioritas pertama untuk mengatasi masalah “*stunting*-obesitas-penyakit tidak menular”, adalah pengembangan pendidikan gizi yang luas dan efektif di seluruh Indonesia untuk mahasiswa, akademisi,

pejabat pemerintah, politisi, industri makanan, dan masyarakat umum

- Membuat rencana untuk menjadikan semua sekolah “ramah gizi” (termasuk adaptasi kurikulum), mulai tahun 2013 dengan inisiatif percontohan di sekurang-kurangnya lima provinsi, dengan mengembangkan upaya yang sudah ada melalui PMT-AS atau Penyediaan Makanan Tambahan Anak Sekolah.
- Memastikan semua upaya pembangunan kapasitas para profesional di bidang gizi serta petugas layanan kesehatan sepenuhnya memperhatikan masalah DBM.
- Memperkenalkan peraturan nasional untuk mengurangi dampak pemasaran makanan yang mengandung kadar tinggi lemak jenuh, asam lemak-trans, gula bebas, atau garam pada anak-anak, dalam fungsi rekomendasi kebijakan resolusi World Health Assembly WHA63.14. Mengiklankan makanan apapun untuk anak-anak melalui media apapun harus dilarang dan pelanggarannya diberikan hukuman.
- Mengambil tindakan untuk menjamin bahwa inisiatif perencanaan perkotaan masa depan lebih “menunjang olahraga” dengan membuat lebih banyak jalur sepeda, trotoar, daerah pejalan kaki dan taman.

### Penelitian

- Mengembangkan model untuk memperkirakan dampak ekonomi dan fiskal DBM di sepanjang kehidupan.
- Menjajaki potensi dan kemungkinan untuk memberlakukan pajak atas komoditas pangan impor yang menerima subsidi dari negara asalnya, serta pajak atas makanan cepat saji tertentu, misalnya minuman yang mengandung kadar gula tinggi, yang sangat bersifat obesogenik.
- Memeriksa kandungan lemak pada pola makanan nasional termasuk kualitas lemak (berapa banyak asam lemak jenuh dan berapa banyak asam lemak poli tak jenuh), serta jumlah dan sumber lemak trans yang dikonsumsi.
- Melakukan survei gizi tingkat nasional untuk memastikan status zat mikronutrien, terutama untuk anemia defisiensi besi, dan kekurangan yodium, vitamin A dan seng.