

InfODATIN

PUSAT DATA DAN INFORMASI KEMENTERIAN KESEHATAN RI



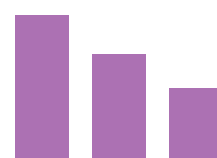
Hari
Anak-Anak Balita
8 April



SITUASI

BALITA

PENDEK



BALITA PENDEK

Pembangunan kesehatan dalam periode tahun 2015-2019 difokuskan pada empat program prioritas yaitu penurunan angka kematian ibu dan bayi, penurunan prevalensi balita pendek (*stunting*), pengendalian penyakit menular dan pengendalian penyakit tidak menular. Upaya peningkatan status gizi masyarakat termasuk penurunan prevalensi balita pendek menjadi salah satu prioritas pembangunan nasional yang tercantum di dalam sasaran pokok Rencana Pembangunan jangka Menengah Tahun 2015 – 2019. Target penurunan prevalensi *stunting* (pendek dan sangat pendek) pada anak baduta (dibawah 2 tahun) adalah menjadi 28% (RPJMN, 2015 – 2019). Oleh karenanya Infodatin yang disusun dalam rangka Hari Anak-anak Balita tanggal 8 April ini mengangkat data yang terkait dengan upaya penurunan prevalensi balita pendek.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak, pengertian pendek dan sangat pendek adalah status gizi yang didasarkan pada indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) yang merupakan padanan istilah *stunted* (pendek) dan *severely stunted* (sangat pendek). Balita pendek (*stunting*) dapat diketahui bila seorang balita sudah diukur panjang atau tinggi badannya, lalu dibandingkan dengan standar, dan hasilnya berada di bawah normal. Balita pendek adalah balita dengan status gizi yang berdasarkan panjang atau tinggi badan menurut umurnya bila dibandingkan dengan standar baku WHO-MGRS (*Multicentre Growth Reference Study*) tahun 2005, nilai z-scorenya kurang dari -2SD dan dikategorikan sangat pendek jika nilai z-scorenya kurang dari -3SD.

Masalah balita pendek menggambarkan adanya masalah gizi kronis, dipengaruhi dari kondisi ibu/calon ibu, masa janin, dan masa bayi/balita, termasuk penyakit yang diderita selama masa balita. Seperti masalah gizi lainnya, tidak hanya terkait masalah kesehatan, namun juga dipengaruhi berbagai kondisi lain yang secara tidak langsung mempengaruhi kesehatan.

Oleh karenanya upaya perbaikan harus meliputi upaya untuk mencegah dan mengurangi gangguan secara langsung (intervensi gizi spesifik) dan upaya untuk mencegah dan mengurangi gangguan secara tidak langsung (intervensi gizi sensitif). Intervensi gizi spesifik umumnya dilakukan di sektor kesehatan, namun hanya berkontribusi 30%, sedangkan 70% nya merupakan kontribusi intervensi gizi sensitif yang melibatkan berbagai sektor seperti ketahanan pangan, ketersediaan air bersih dan sanitasi, penanggulangan kemiskinan, pendidikan, sosial, dan sebagainya.

Upaya intervensi gizi spesifik untuk balita pendek difokuskan pada kelompok 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu Ibu Hamil, Ibu Menyusui, dan Anak 0-23 bulan, karena penanggulangan balita pendek yang paling efektif dilakukan pada 1.000 HPK. Periode 1.000 HPK meliputi yang 270 hari



selama kehamilan dan 730 hari pertama setelah bayi yang dilahirkan telah dibuktikan secara ilmiah merupakan periode yang menentukan kualitas kehidupan. Oleh karena itu periode ini ada yang menyebutnya sebagai "periode emas", "periode kritis", dan Bank Dunia (2006) menyebutnya sebagai "*window of opportunity*". Dampak buruk yang dapat ditimbulkan oleh masalah gizi pada periode tersebut, dalam jangka pendek adalah terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh. Sedangkan dalam jangka panjang akibat buruk yang dapat ditimbulkan adalah menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, dan risiko tinggi untuk munculnya penyakit diabetes, kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker, stroke, dan disabilitas pada usia tua, serta kualitas kerja yang tidak kompetitif yang berakibat pada rendahnya produktivitas ekonomi.

Upaya intervensi tersebut meliputi:

1. Pada ibu hamil

- Memperbaiki gizi dan kesehatan Ibu hamil merupakan cara terbaik dalam mengatasi *stunting*. Ibu hamil perlu mendapat makanan yang baik, sehingga apabila ibu hamil dalam keadaan sangat kurus atau telah mengalami Kurang Energi Kronis (KEK), maka perlu diberikan makanan tambahan kepada ibu hamil tersebut.
- Setiap ibu hamil perlu mendapat tablet tambah darah, minimal 90 tablet selama kehamilan.
- Kesehatan ibu harus tetap dijaga agar ibu tidak mengalami sakit

2. Pada saat bayi lahir

- Persalinan ditolong oleh bidan atau dokter terlatih dan begitu bayi lahir melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
- Bayi sampai dengan usia 6 bulan diberi Air Susu Ibu (ASI) saja (ASI Eksklusif)

3. Bayi berusia 6 bulan sampai dengan 2 tahun

- Mulai usia 6 bulan, selain ASI bayi diberi Makanan Pendamping ASI (MP-ASI). Pemberian ASI terus dilakukan sampai bayi berumur 2 tahun atau lebih.
- Bayi dan anak memperoleh kapsul vitamin A, imunisasi dasar lengkap.

4. Memantau pertumbuhan Balita di posyandu merupakan upaya yang sangat strategis untuk mendeteksi dini terjadinya gangguan pertumbuhan

5. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) harus diupayakan oleh setiap rumah tangga termasuk meningkatkan akses terhadap air bersih dan fasilitas sanitasi, serta menjaga kebersihan lingkungan. PHBS menurunkan kejadian sakit terutama penyakit infeksi yang dapat membuat energi untuk pertumbuhan teralihkan kepada perlawanan tubuh menghadapi infeksi, gizi sulit diserap oleh tubuh dan terhambatnya pertumbuhan.

Walaupun remaja putri secara eksplisit tidak disebutkan dalam 1.000 HPK, namun status gizi remaja putri atau pra nikah memiliki kontribusi besar pada kesehatan dan keselamatan kehamilan dan kelahiran, apabila remaja putri menjadi ibu.

PERSENTASE BALITA PENDEK

Diperkirakan terdapat 162 juta balita pendek pada tahun 2012, jika tren berlanjut tanpa upaya penurunan, diproyeksikan akan menjadi 127 juta pada tahun 2025. Sebanyak 56% anak pendek hidup di Asia dan 36% di Afrika (www.who.int).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) mengenai prevalensi balita pendek di Indonesia adalah seperti pada Gambar 1 berikut.

Gambar 1
 Persentase Balita Pendek di Indonesia Tahun 2007, 2010 dan 2013

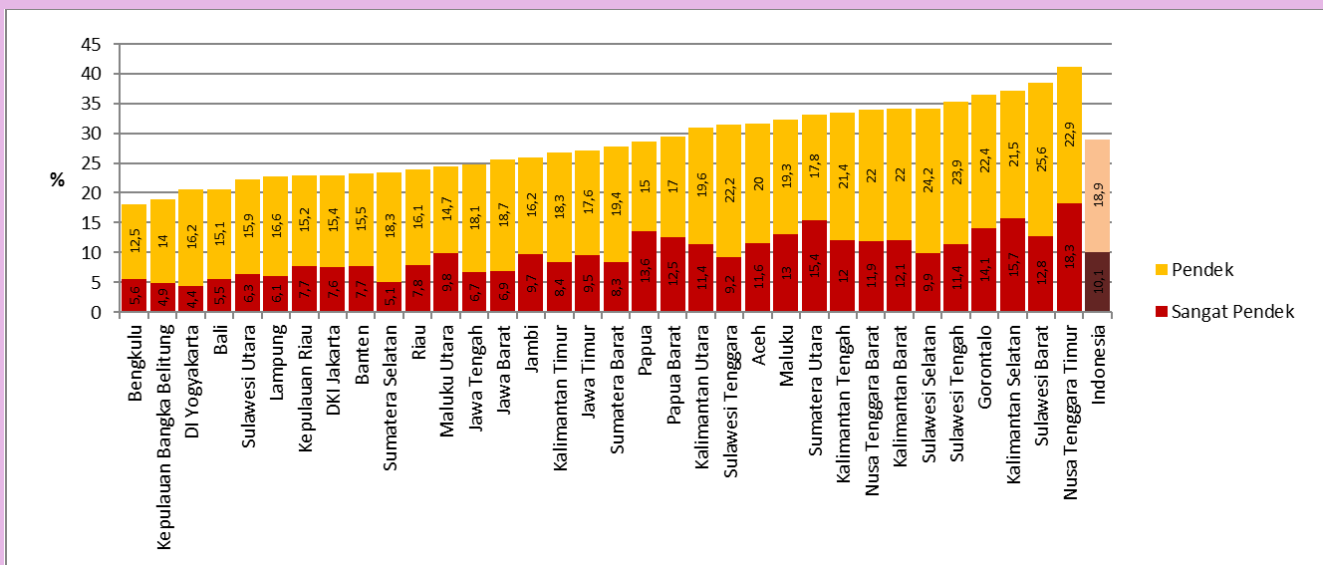


Sumber: Riskesdas 2007, 2010,2013, Kemenkes RI

Gambar di atas memperlihatkan persentase status gizi balita pendek (pendek dan sangat pendek) di Indonesia Tahun 2013 adalah 37,2%, jika dibandingkan tahun 2010 (35,6%) dan tahun 2007 (36,8%) tidak menunjukkan penurunan/ perbaikan yang signifikan. Persentase tertinggi pada tahun 2013 adalah di Provinsi Nusa Tenggara Timur (51,7%), Sulawesi Barat (48,0%) dan Nusa Tenggara Barat (45,3%) sedangkan persentase terendah adalah Provinsi Kepulauan Riau (26,3%), DI Yogyakarta (27,2%) dan DKI Jakarta (27,5%).

Pada tahun 2015 Kementerian Kesehatan melaksanakan Pemantauan Status Gizi (PSG) yang merupakan studi potong lintang dengan sampel dari rumah tangga yang mempunyai balita di Indonesia. Hasil mengenai persentase balita pendek adalah sebagai berikut.

Gambar 2
 Persentase Balita Pendek di Indonesia Tahun 2015



Sumber: PSG 2015, Kemenkes RI

Menurut hasil PSG 2015, sebesar 29% balita Indonesia termasuk kategori pendek, dengan persentase tertinggi juga di Provinsi Nusa Tenggara Timur dan Sulawesi Barat.

Menurut WHO, prevalensi balita pendek menjadi masalah kesehatan masyarakat jika prevalensinya 20% atau lebih. Karenanya persentase balita pendek di Indonesia masih tinggi dan merupakan masalah kesehatan yang harus ditanggulangi. Dibandingkan beberapa negara tetangga, prevalensi balita pendek di Indonesia juga tertinggi dibandingkan Myanmar (35%), Vietnam (23%), Malaysia (17%), Thailand

(16%) dan Singapura (4%)(UNSD, 2014). *Global Nutrition Report* tahun 2014 menunjukkan Indonesia termasuk dalam 17 negara, di antara 117 negara, yang mempunyai tiga masalah gizi yaitu *stunting*, *wasting* dan *overweight* pada balita.

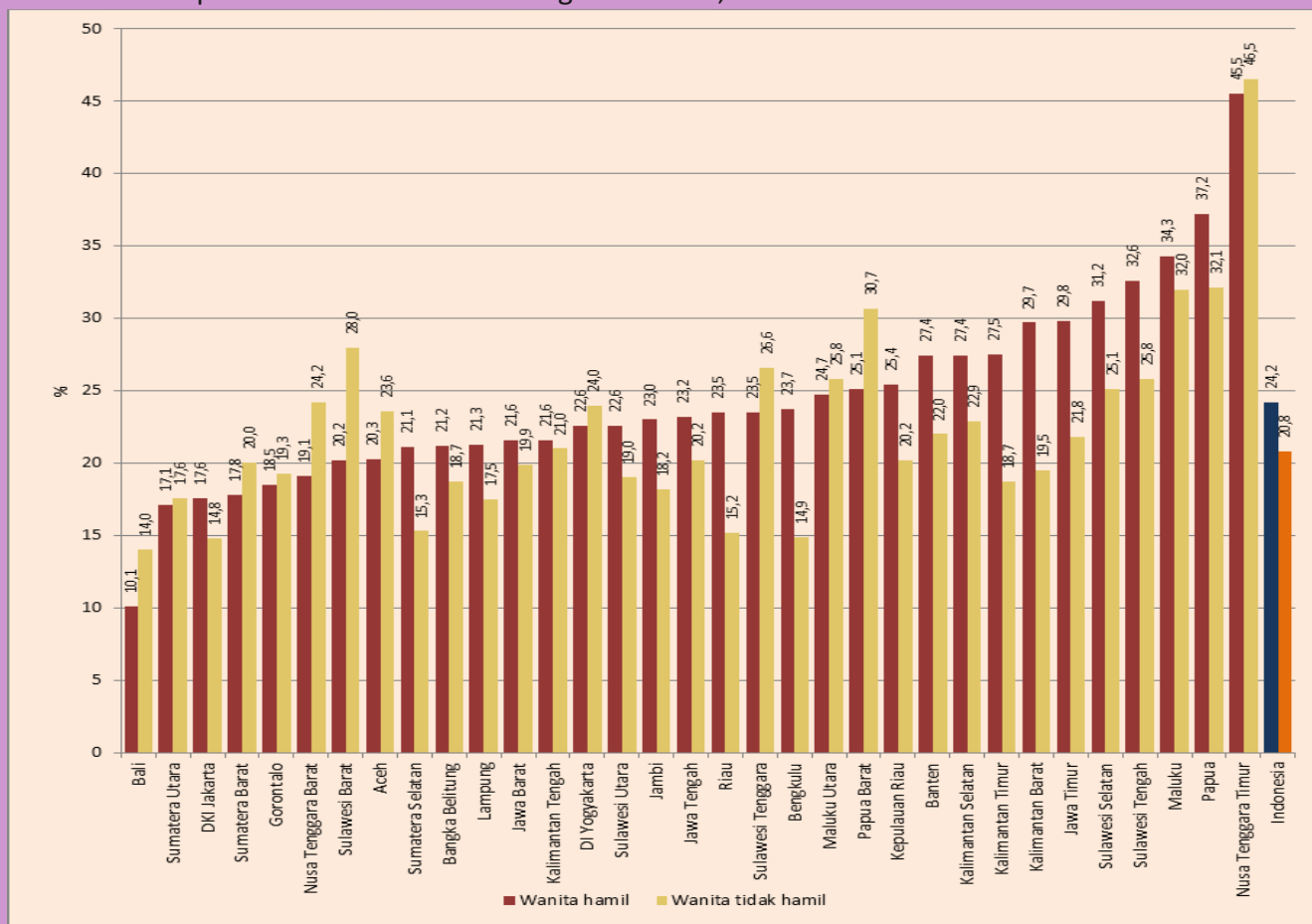
SITUASI IBU/CALON IBU

Gizi janin bergantung sepenuhnya kepada ibu. Oleh karena itu kecukupan gizi ibu sangat mempengaruhi janin yang dikandungnya.

Wanita Usia Subur dengan LILA < 23,5 cm

Asupan energi dan protein yang tidak mencukupi pada ibu hamil dapat menyebabkan Kurang Energi Kronis (KEK). Wanita hamil berisiko mengalami KEK jika memiliki Lingkar Lengan Atas (LILA) <23,5cm. Ibu hamil dengan KEK berisiko melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR) yang jika tidak segera ditangani dengan baik akan berisiko mengalami *stunting*. Proporsi Wanita Usia Subur (WUS) 15-49 tahun yang sedang hamil maupun tidak hamil, dengan LILA<23,5cm di Indonesia adalah sebagai berikut.

Gambar 3
Proporsi WUS 15-49 Tahun dengan LILA<23,5cm Menurut Provinsi Tahun 2013



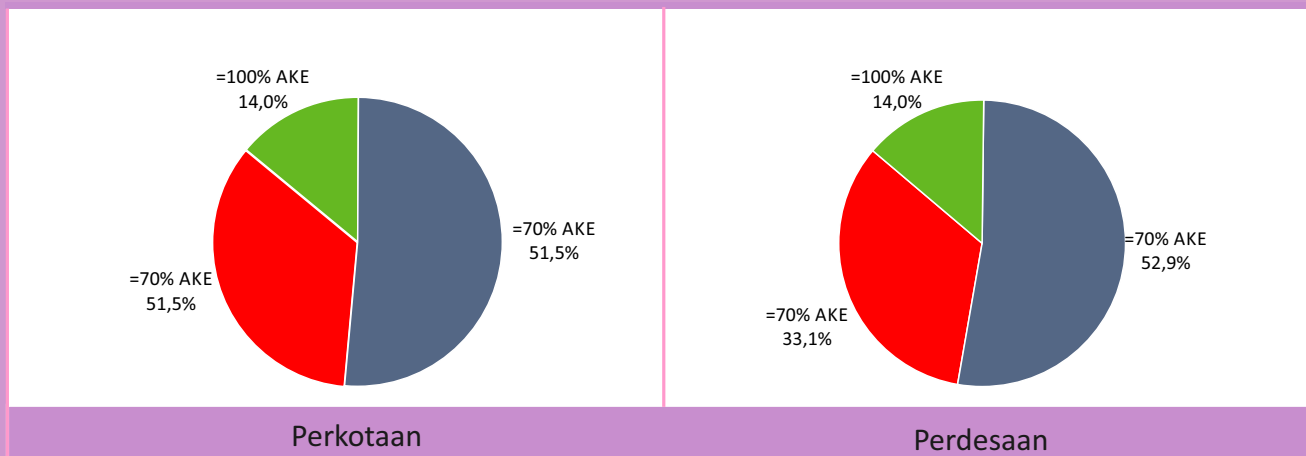
Sumber: *Risikesdas 2013, Kemenkes RI*

Dari grafik di atas proporsi WUS dengan risiko KEK masih tinggi yaitu 24,2% pada wanita hamil dan 20,8% pada wanita tidak hamil. Proporsi tertinggi di Provinsi Nusa Tenggara Timur yaitu sebesar 45,5% pada wanita hamil dan 46,5% pada wanita tidak hamil. Proporsi terendah di Provinsi Bali yaitu sebesar 10,1% pada wanita hamil dan 14% pada wanita tidak hamil.

Kecukupan Energi Ibu Hamil

Kecukupan energi ibu hamil di Indonesia berdasarkan Angka Kecukupan Energi (AKE) hasil Studi Diet Total (SDT) Tahun 2014 adalah sebagai berikut.

Gambar 4
Proporsi Tingkat Kecukupan Energi Ibu Hamil di Indonesia Tahun 2014



Sumber: SDT 2014, Kemenkes RI

Hasil SDT 2014 mendapatkan bahwa ternyata lebih dari 50% ibu hamil baik di perkotaan maupun di perdesaan, asupan energinya $\leq 70\%$ AKE (sangat kurang).

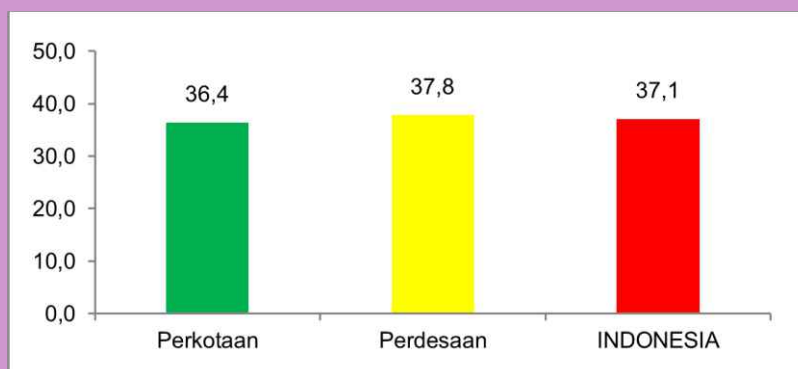
Anemia pada Ibu Hamil

Kondisi lain yang banyak terjadi pada ibu hamil adalah anemia, terutama anemia defisiensi besi. Hal ini dapat mempengaruhi pertumbuhan dan berkembang janin/bayi saat kehamilan maupun setelahnya. Diperkirakan 41,8% ibu hamil di seluruh dunia mengalami anemia. Paling tidak setengahnya disebabkan kekurangan zat besi. Ibu hamil dinyatakan anemia jika hemoglobin kurang dari 11mg/L.

Riskesdas 2013 mendapatkan anemia terjadi pada 37,1% ibu hamil di Indonesia, 36,4% ibu hamil di perkotaan dan 37,8% ibu hamil di perdesaan.

Gambar 5
Proporsi Anemia pada Ibu Hamil Menurut Tempat Tinggal Tahun 2013

Dari beberapa kondisi di samping terlihat bahwa kondisi gizi ibu hamil di Indonesia perlu diperbaiki, proporsi yang tinggi dari WUS dengan LILA $<23,5$ cm, proporsi ibu hamil dengan anemia dan proporsi ibu hamil dengan asupan energi $\leq 70\%$ AKE (sangat kurang).



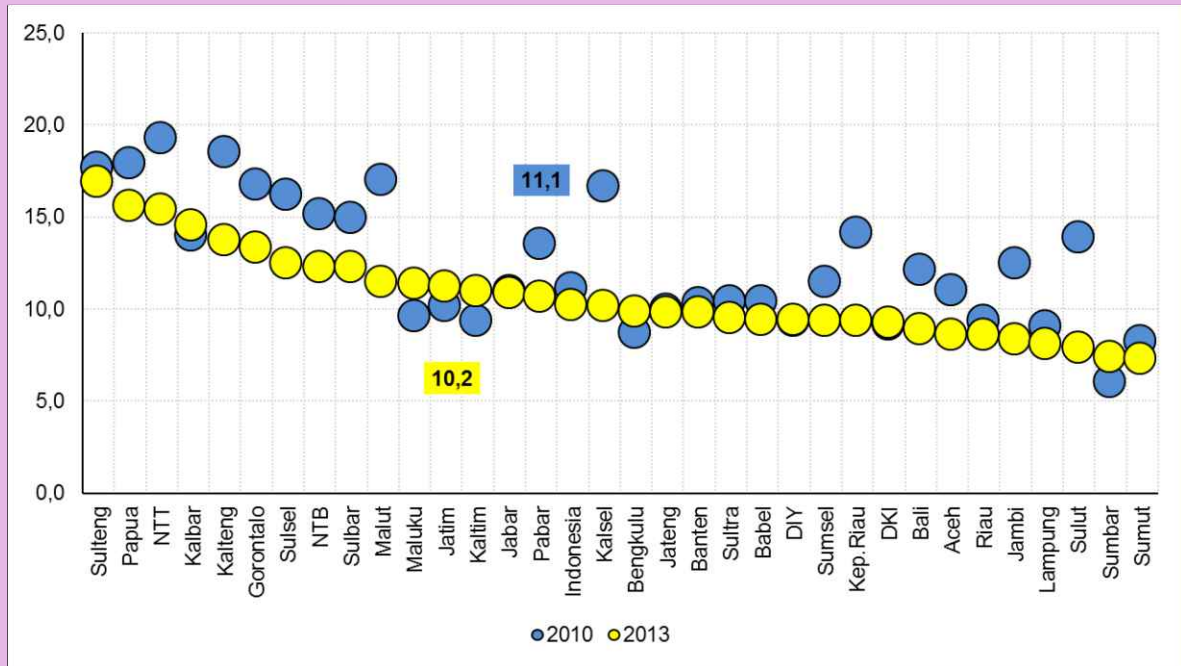
Sumber: Riskesdas 2013, Kemenkes RI

SITUASI BALITA

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

BBLR, yaitu berat bayi lahir kurang dari 2.500 gram akan membawa risiko kematian, gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak, termasuk dapat berisiko menjadi pendek jika tidak tertangani dengan baik.

Gambar 6
 Persentase Anak Usia 0-59 Bulan dengan Berat Lahir Kurang dari 2.500 Gram (BBLR)
 menurut Provinsi di Indonesia Tahun 2010 dan 2013



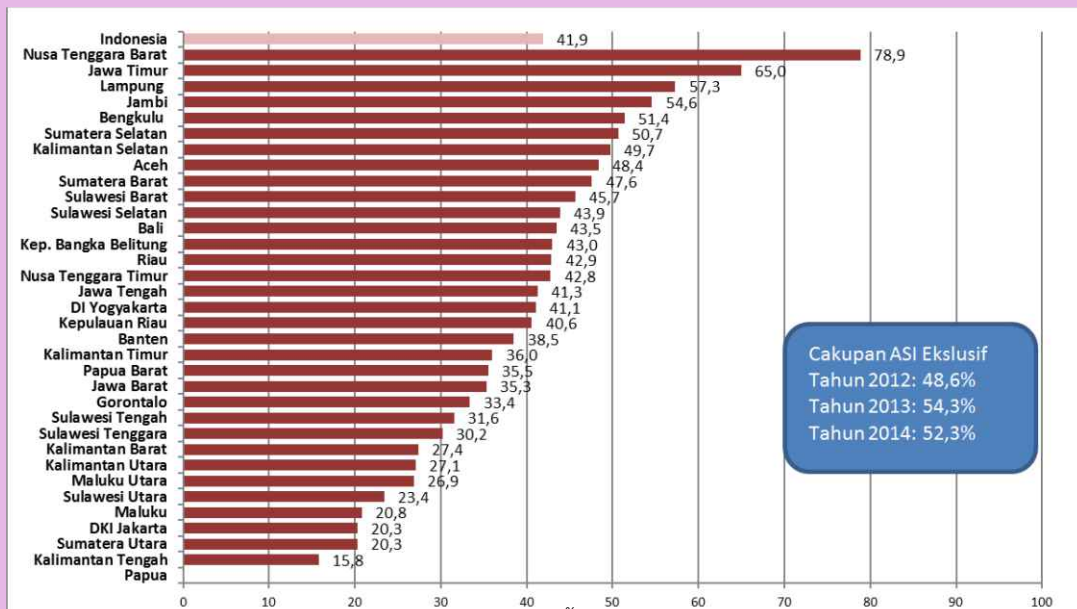
Sumber: Riskesdas 2010,2013, Kemenkes RI

Persentase anak usia 0-59 bulan dengan berat lahir kurang dari 2.500 Gram (BBLR) di Indonesia pada tahun 2010 sebesar 11,1% dan terjadi sedikit penurunan di tahun 2013 menjadi sebesar 10,2%. Persentase BBLR tertinggi pada tahun 2013 terdapat di Provinsi Sulawesi Tengah (16,9%), Papua (15,5%) dan Nusa Tenggara Timur (15,4%).

ASI Eksklusif

Pada bayi, ASI sangat berperan dalam pemenuhan nutrisinya. Konsumsi ASI juga meningkatkan kekebalan tubuh bayi sehingga menurunkan risiko penyakit infeksi. Sampai usia 6 bulan, bayi direkomendasikan hanya mengonsumsi Air Susu Ibu (ASI) eksklusif. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012, ASI eksklusif adalah ASI yang diberikan kepada bayi sejak dilahirkan selama enam bulan, tanpa menambahkan dan/atau mengganti dengan makanan atau minuman lain (kecuali obat, vitamin dan mineral). Setelah usia 6 bulan, di samping ASI diberikan makanan tambahan.

Gambar 7
 Cakupan Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi 0-6 Bulan Tahun 2015



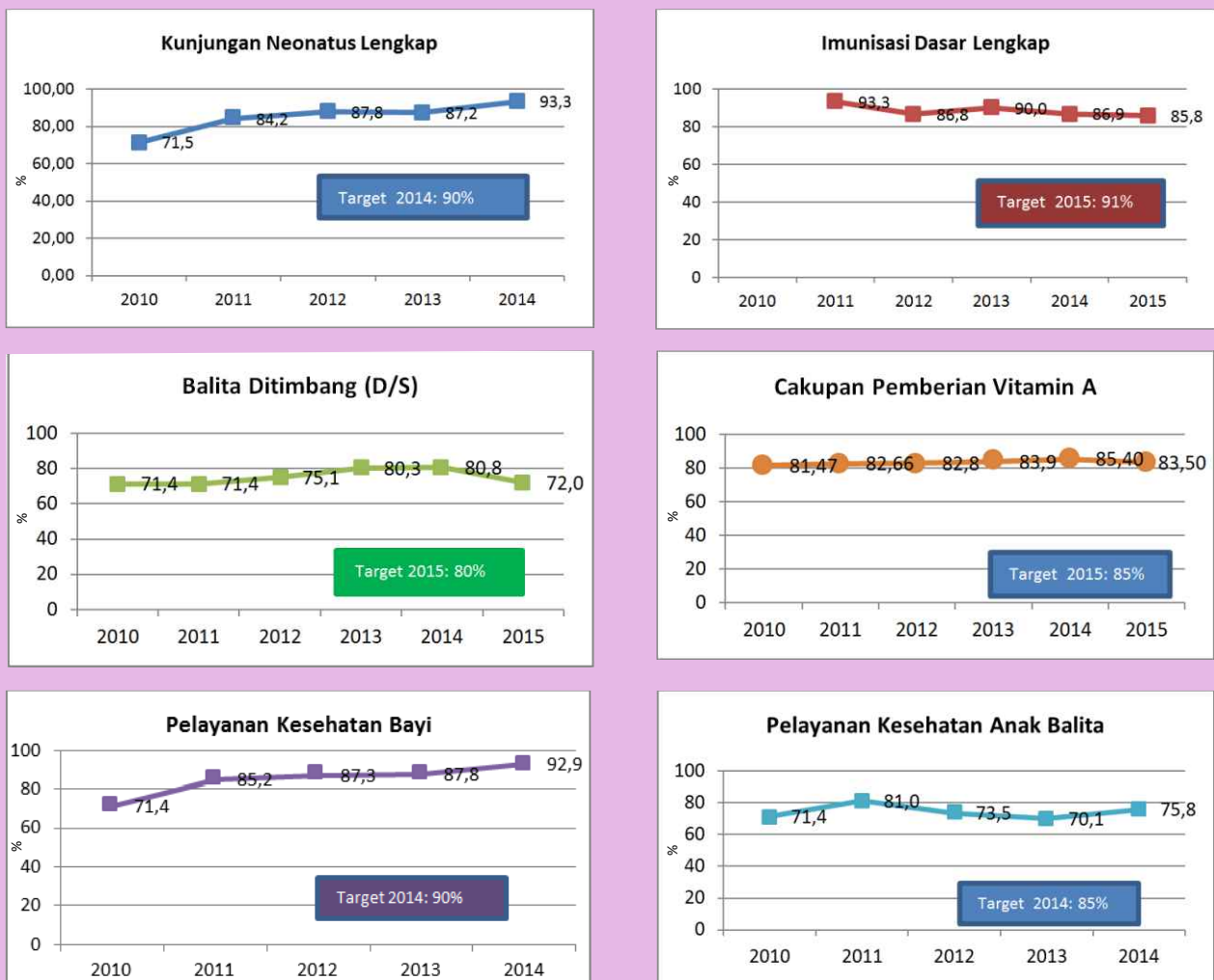
Sumber: Ditjen Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI

Cakupan Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi 0-6 Bulan tahun 2015 di Indonesia hanya sebesar 41,9%. Tiga provinsi dengan capaian tertinggi adalah Nusa Tenggara Barat (78,9%), Jawa Timur (65%) dan Lampung (57,3%) sedangkan tiga provinsi terendah adalah Kalimantan Tengah (15,8%), Sumatera Utara (20,3%) dan DKI Jakarta (20,3%), sedangkan Papua data belum tersedia.

Pelayanan Kesehatan Balita

Pelayanan kesehatan yang baik pada balita akan meningkatkan kualitas pertumbuhan dan perkembangan balita, baik pelayanan kesehatan ketika sehat maupun saat dalam kondisi sakit. Dalam program kesehatan anak, yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan bayi adalah pelayanan kesehatan pada bayi minimal 4 kali yaitu satu kali pada umur 29 hari-2 bulan, 1 kali pada umur 3-5 bulan, 1 kali pada umur 6-8 bulan, dan 1 kali pada umur 9-11 bulan. Pelayanan Kesehatan tersebut meliputi pemberian imunisasi dasar (BCG, DPT/HB1-3, Polio 1-4, Campak), pemantauan pertumbuhan, Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK), pemberian vitamin A pada bayi umur 6-11 bulan, penyuluhan pemberian ASI eksklusif dan Makanan Pendamping ASI (MP ASI). Sedangkan pelayanan kesehatan anak balita adalah pelayanan kesehatan bagi anak umur 12 - 59 bulan yang memperoleh pelayanan sesuai standar, meliputi pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali setahun, pemantauan perkembangan minimal 2 kali setahun, pemberian vitamin A 2 kali setahun. Gambaran cakupan pelayanan kesehatan pada balita di Indonesia adalah sebagai berikut.

Gambar 8
Cakupan Pelayanan Kesehatan pada Balita di Indonesia Tahun 2010-2015



Sumber: Ditjen Bina Gizi dan KIA/Kesehatan Masyarakat, Ditjen PP dan PL/P2P, Kemenkes RI

Cakupan kunjungan neonatus (KN) lengkap dan pelayanan kesehatan bayi secara nasional telah mencapai target, sedangkan cakupan imunisasi dasar lengkap, balita ditimbang, pemberian vitamin A, dan pelayanan kesehatan balita belum mencapai target nasional. Dari hasil tersebut tampak kecenderungan penurunan cakupan pelayanan setelah usia 1 tahun/bayi, sehingga masih dibutuhkan upaya peningkatan pelayanan kesehatan Balita dalam rangka penguatan 1000 HPK.

KONDISI SANITASI DAN AKSES AIR MINUM

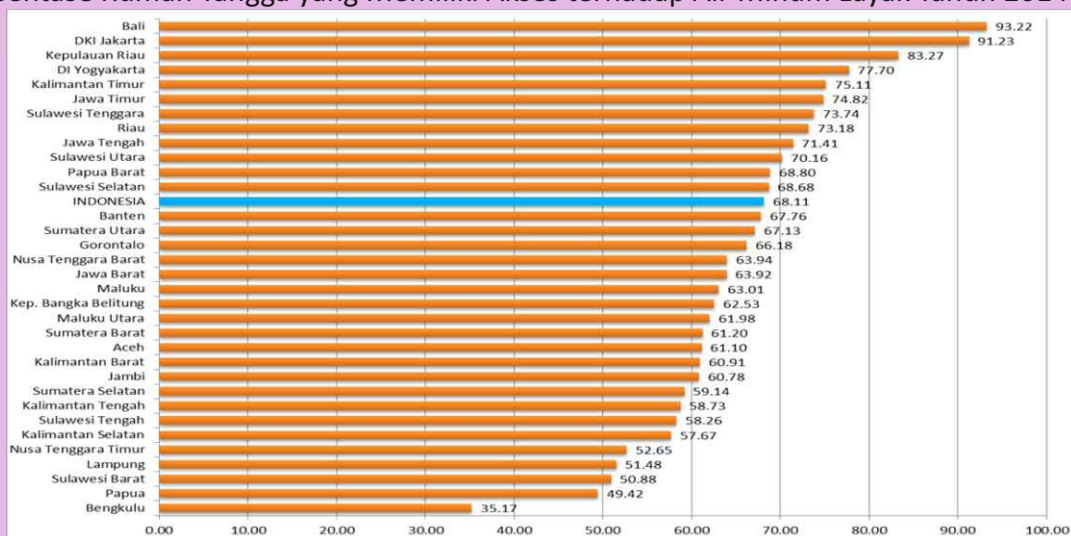
Akses terhadap air bersih dan fasilitas sanitasi yang buruk dapat meningkatkan kejadian penyakit infeksi yang dapat membuat energi untuk pertumbuhan teralihkan kepada perlawanan tubuh menghadapi infeksi, gizi sulit diserap oleh tubuh dan terhambatnya pertumbuhan.

Berdasarkan konsep dan definisi MDGs, rumah tangga memiliki akses sanitasi layak apabila fasilitas sanitasi yang digunakan memenuhi syarat kesehatan antara lain dilengkapi dengan leher angsa, tanki septik (*septic tank*) /Sistem Pengolahan Air Limbah (SPAL), yang digunakan sendiri atau bersama.

Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Tahun 2014, mendapatkan data persentase rumah tangga yang memiliki akses terhadap air minum layak dan sanitasi layak sebagai berikut.

Gambar 9

Persentase Rumah Tangga yang Memiliki Akses terhadap Air Minum Layak Tahun 2014

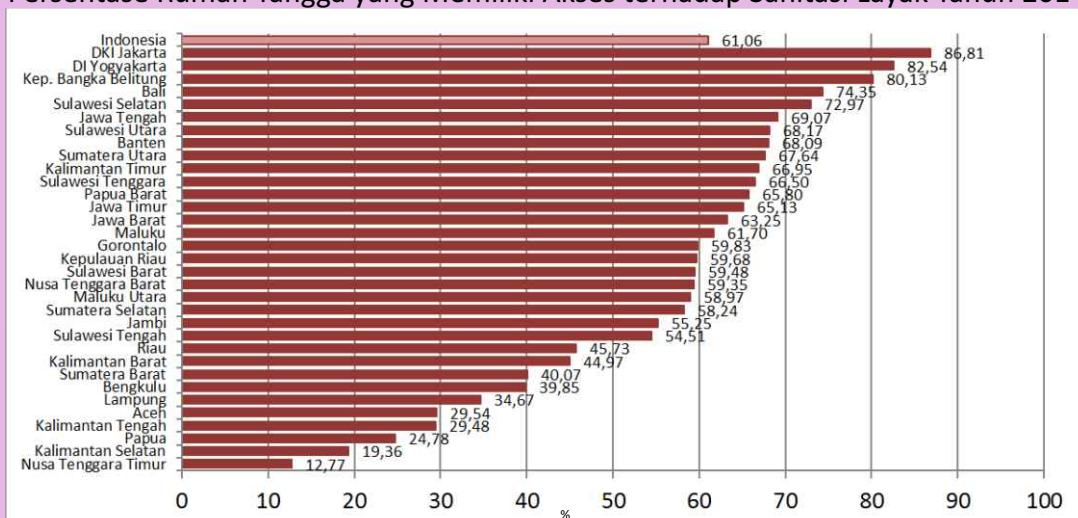


Sumber: Susenas 2014, Badan Pusat Statistik

Secara nasional persentase penduduk yang memiliki akses terhadap air minum layak sebesar 68,11% dan sudah melebihi target Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2014 yaitu sebesar 67%, namun masih terdapat 19 provinsi yang belum mencapai 67%. Provinsi dengan persentase rumah tangga yang memiliki akses air minum layak tertinggi yaitu Bali sebesar 93,22%, diikuti oleh DKI Jakarta dengan persentase sebesar 91,23% dan Kepulauan Riau dengan persentase sebesar 83,27%. Sedangkan provinsi dengan persentase rumah tangga yang memiliki akses air minum layak terendah yaitu Bengkulu sebesar 35,17%, diikuti Papua sebesar 49,42% dan Sulawesi Barat sebesar 50,88%.

Gambar 10

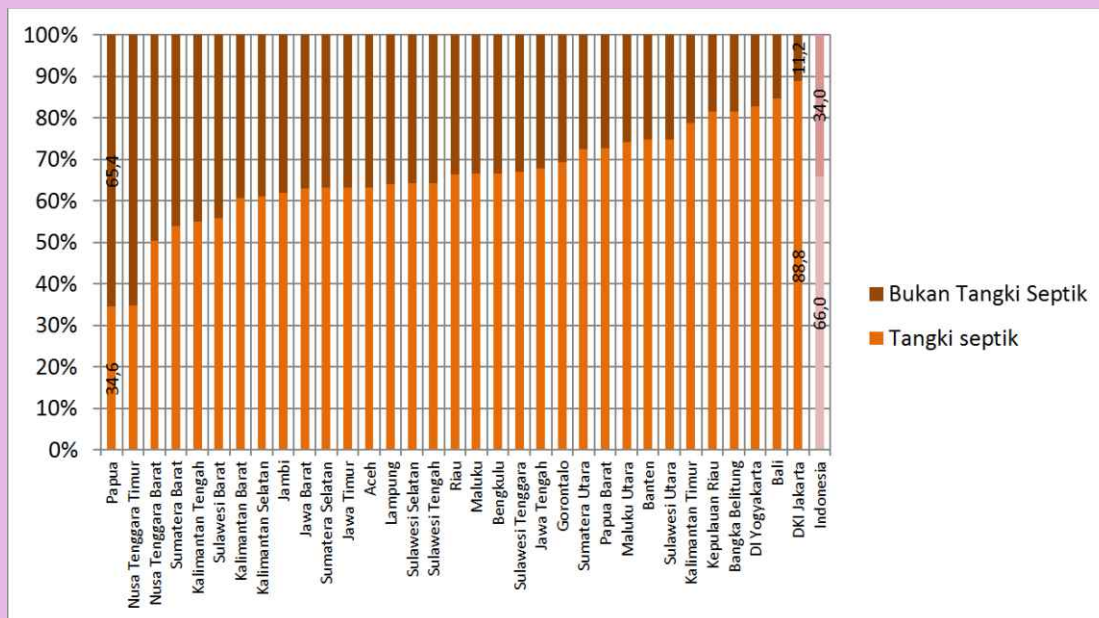
Persentase Rumah Tangga yang Memiliki Akses terhadap Sanitasi Layak Tahun 2014



Sumber: Susenas 2014, Badan Pusat Statistik

Secara nasional persentase rumah tangga yang memiliki akses terhadap sanitasi layak sebesar 61,06%, belum mencapai target Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2014 yaitu 75%. Provinsi dengan persentase rumah tangga yang memiliki akses sanitasi layak terendah yaitu Nusa Tenggara Timur sebesar 12,77%, Kalimantan Selatan 19,36% dan Papua 24,78%.

Gambar 11
Proporsi Rumah Tangga berdasarkan Tempat Pembuangan Akhir Tinja menurut Provinsi, Indonesia 2013



Sumber: Riskesdas 2013, Kemenkes RI

Mengenai tempat pembuangan akhir tinja rumah tangga di Indonesia, berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013, menunjukkan bahwa pembuangan tinja sebagian besar menggunakan tangki septik (66,0%) namun masih terdapat rumah tangga dengan pembuangan akhir tinja tidak ke tangki septik (SPAL, kolam/sawah, langsung ke sungai/danau/laut, langsung ke lubang tanah, atau ke pantai/kebun). Lima provinsi dengan proporsi pembuangan akhir tinja tidak ke tangki septik tertinggi adalah Papua (65,4%), Nusa Tenggara Timur (65,3%), Nusa Tenggara Barat (49,7%), Sumatera barat (46,1%), Kalimantan tengah (44,9%), dan Sulawesi Barat (44,1%).



STUNTING

Pengkerdilan

Sasaran pada tahun 2025 ,
mengurangi 40 % jumlah balita
pendek

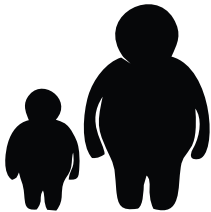
KENAPA PENTING



Stunting adalah hasil sebagian besar nutrisi yang tidak memadai dan serangan infeksi berulang pada **1000 hari** pertama kehidupan anak.



stunting memiliki efek jangka panjang, termasuk: berkurang kognitif dan perkembangan fisik, mengurangi kapasitas **kesehatan yang buruk**



anak terhambat memiliki peningkatan **Kelebihan berat badan atau obesitas di kemudian hari**



mengurangi hasil kehadiran sekolah dalam kapasitas produktif berkurang: rata-rata kehilangan 22% dari pendapatan tahunan di masa dewasa



REKOMENDASI

SKALA PENCEGAHAN

APA? Meningkatkan cakupan kegiatan pencegahan stunting

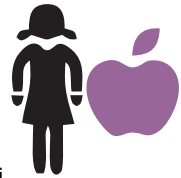
BAGAIMANA? Meningkatkan identifikasi, pengukuran dan pemahaman mengenai



GIZI IBU

APA? Meningkatkan gizi pada wanita usia reproduksi

BAGAIMANA? Menetapkan kebijakan dan/atau memperkuat intervensi untuk meningkatkan gizi dan kesehatan ibu, dimulai dari gadis remaja.



DUKUNGAN MENYUSUI

APA? mendukung praktek pemberian ASI optimal

BAGAIMANA? menerapkan intervensi untuk meningkatkan pemberian ASI eksklusif dan praktik pemberian makanan tambahan



DUKUNGAN MASYARAKAT

APA? Memberikan strategi berbasis masyarakat untuk mencegah infeksi terkait penyebab stunting

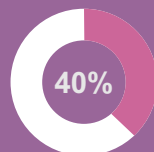
BAGAIMANA? memperkuat intervensi berbasis masyarakat , termasuk memperbaiki air, sanitasi dan kebersihan



Di seluruh dunia, sekitar **162 juta balita** terkena stunting

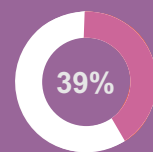
RUANG LINGKUP MASALAH

3 dari 4 anak stunting di dunia berada di Sub-Sahara Afrika dan Asia



Sub-Sahara Afrika

40 persen balita terkena stunting



Asia Selatan

39 persen balita terkena stunting

Kementerian Kesehatan RI
Pusat Data dan Informasi
Jl. HR Rasuna Said Blok X5 Kav. 4-9 Lantai 6 Blok C
Jakarta Selatan

2016

ISSN 2442-7659



9 772442 765007