

ANALISIS KEBIJAKAN GIZI DALAM UPAYA PENANGANAN MASALAH GIZI DI PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR

Analysis of Nutrition Policy in Addressing Nutritional Problem in East Nusa Tenggara

Elisabet Bre Boli

bre.elisachan@gmail.com

ABSTRAK

Nusa Tenggara Timur (NTT) merupakan salah satu provinsi di Indonesia dengan prevalensi kurang gizi yang tinggi. Kurangnya prioritas dalam kebijakan gizi diidentifikasi sebagai salah satu penyebab rendahnya perhatian dalam penanganan masalah gizi. Tujuan penelitian adalah mengeksplorasi proses kebijakan gizi dalam menangani masalah gizi di Provinsi NTT. Jenis penelitian ini adalah deskriptif eksploratif dengan pendekatan kualitatif menggunakan data primer dan sekunder. Data primer dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan kuesioner terhadap informan kunci. Hasil penelitian menunjukkan perumusan kebijakan gizi sudah sesuai dengan peraturan yang mengatur. Tahapan implementasi menunjukkan adanya kekonsistensian antara program gizi dan kegiatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Manggarai dan Sikka dan pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) di kedua kabupaten dengan Dinas Kesehatan Provinsi. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa 3 indikator dari 9 indikator proses telah mencapai target dan prevalensi *underweight* berfluktuasi, tetapi mencapai target yang direncanakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi NTT.

Kata kunci : Kebijakan gizi, perumusan, implementasi, evaluasi, NTT

ABSTRACT

East Nusa Tenggara is one of the regions in Indonesia with highest prevalence of malnutrition. Lack of priority on nutrition policy had been identified as a reason of the low attention to handling nutrition problem. This study aims to explore the formulation, implementation, and evaluation of nutrition policy in East Nusa Tenggara to address nutritional problem. This research is a descriptive with qualitative approach using primary and secondary data. Primary data collected using questionnaire through in-depth interview to key informants. Results showed that nutrition policy formulation had been in line with the regulating legislation. Implementation stage showed the consistency between the nutrition programs and activities at the District Health Offices of Manggarai and Sikka and the public health center in both district to the Provincial Health Office. The results of the evaluation showed that 3 indicators of 9 process indicators that had reached the target and the prevalence of *underweight* fluctuated, but achieved the target planned by NTT Provincial Health Office.

Keywords : Nutrition Policy, Evaluation, Formulation, Implementation, East Nusa Tenggara

PENDAHULUAN

Persoalan kurang gizi dalam pembangunan manusia masih dianggap sebagai masalah utama dalam tatanan masyarakat dunia. Data riset kesehatan dasar (Rskesdas) tahun 2013 menunjukkan prevalensi *underweight* pada balita sebesar 19.6%, *stunting* pada balita mencapai 37%, dan *wasting* sebesar 12.1% (1). Menurut standar WHO, situasi masalah gizi di Indonesia sudah melampaui ambang batas normal, yaitu *underweight* <10%, *stunting* <20%, dan *wasting* <5%. Provinsi NTT merupakan provinsi dengan prevalensi kurang gizi pada balita tertinggi di

antara 33 provinsi di Indonesia pada tahun 2013, dengan rincian prevalensi *underweight* 33% (tinggi), *stunting* 51.7% (serius), dan *wasting* 15.5% (tinggi).

Masalah gizi disebabkan oleh berbagai faktor yaitu asupan gizi dan penyakit infeksi, sanitasi lingkungan (2), akses dan peranfaatan pelayanan kesehatan (3), konsumsi tablet tambah darah, tingkat kemiskinan, imunisasi yang tidak lengkap (4). Selain itu, ketidakstabilan politik dan pertumbuhan ekonomi yang lambat turut berkontribusi dalam peningkatan masalah kurang gizi (5). Acosta dan Haddad menyatakan bahwa koordinasi penyelenggaraan kebijakan yang baik dapat membantu menyuksekan penurunan masalah gizi pada balita (6).

Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 49 ayat (1) dan Pasal 50 ayat (1) mengatur bahwa Pemerintah Daerah bertanggungjawab atas penyelenggaraan, meningkatkan, dan mengembangkan upaya kesehatan. Kebijakan gizi yang direncanakan tercantum dalam dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMN) tahun 2015-2019, dengan sasaran meningkatnya status gizi masyarakat dan target penurunan prevalensi *underweight* menjadi 17%, *stunting* menjadi 28 %, dan *wasting* menjadi 9.5% pada balita tahun 2019. Kebijakan gizi Pemerintah Daerah Provinsi NTT tercantum dalam dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dengan fokus sasaran menurunnya kasus balita gizi kurang menjadi 7.64% dan gizi buruk menjadi 0.76% tahun 2018 dengan Dinas Kesehatan Provinsi NTT sebagai organisasi yang membantu Gubernur di bidang kesehatan. Namun target ini pada tahun 2017 justru meningkat terutama *underweight* (28.3%) dan *stunting* (40.3%) berdasarkan data Pemantauan Status Gizi (PSG).

Pentingnya kebijakan gizi dalam penanganan masalah gizi belum menjadi perhatian terutama daerah-daerah dengan tingkat masalah gizi yang tinggi (7). Pengetahuan dan dasar masalah, politik dan pemerintahan, serta kapasitas dan sumber daya daerah merupakan faktor-faktor dalam manajemen dan proses kebijakan gizi yang berperan dalam membentuk lingkungan gizi yang baik dengan tingkat masalah gizi yang tinggi, cenderung kurang memperhatikan proses kebijakan yang dilaksanakan (8). Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis proses kebijakan gizi Provinsi NTT yang berfokus berdasarkan tiga proses kebijakan, perumusan, implementasi, dan evaluasi dalam upaya penanganan masalah gizi.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kebijakan dengan pendekatan deskriptif kualitatif yang menggunakan data primer dan sekunder. Penelitian kebijakan ini terdiri dari tiga cakupan yaitu perumusan, implementasi, dan evaluasi kebijakan (9) dengan model retrospektif yang berorientasi pada aplikasi (10) dengan berfokus pada sektor kesehatan sebagai pengelola intervensi spesifik sebagai objek penelitian, yang dilaksanakan pada tahun 2017.

Lokasi penelitian tahap implementasi ditentukan secara *purposive* menggunakan teknik stratifikasi dengan membedakan kabupaten/kota berdasarkan keberhasilan penurunan kasus gizi kurang, yaitu Kabupaten Manggarai dan Sikka. Kemudian dari kedua kabupaten dipilih puskesmas sebagai lokasi penelitian.

Jenis data dalam penelitian ini terdiri dari data primer dan sekunder. Data primer dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan kuesioner. Kriteria informan yaitu pihak yang terlibat dalam penyusunan kebijakan gizi di Provinsi NTT, terdiri dari 4 staf Dinas Kesehatan Provinsi NTT, 2 staf Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda) Provinsi NTT, dan 1 anggota komisi V DPRD Provinsi NTT.

Data sekunder berupa isi kebijakan, indikator sasaran, program, kegiatan, dan hasil realisasi indikator kebijakan gizi. Data dikumpulkan melalui studi dokumen terhadap dokumen RPJMN 2015-2019, RPJMD Provinsi NTT 2013-2018, Rencana straetgis (Renstra) Dinas Kesehatan Provinsi NTT 2013-2018, program puskesmas, Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Manggarai dan Sikka, Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) 2014-2016, Profil

Kesehatan Provinsi NTT 2014-2016, Laporan Pemantauan Status Gizi (PSG) Kementerian Kesehatan RI 2015-2016, Rencana Kerja (Renja) Dinas Kesehatan Provinsi NTT 2014-2016.

Analisis data menggunakan analisis isi untuk mengetahui proses perumusan dan implementasi kebijakan gizi. Analisis isi adalah sebuah teknik ilmiah untuk memaknai teks atau konten (11). Analisis isi dilakukan terhadap hasil wawancara dan dokumen kebijakan serta laporan hasil pencapaian dan kinerja. Analisis terhadap indikator evaluasi kebijakan gizi menggunakan analisis kesenjangan untuk mengetahui capaian realisasi terhadap target.

HASIL

Tahapan perencanaan dan penyusunan kebijakan gizi pada Dinas Kesehatan Provinsi NTT 2013-2018 di atas menunjukkan bahwa perencanaan kebijakan gizi dalam lingkup Dinas Kesehatan Provinsi NTT sudah dilaksanakan sesuai dengan tahap-tahap yang diatur dalam Permendagri Nomor 54 Tahun 2010. Penyusunan renstra Dinas Kesehatan Provinsi NTT menggunakan pendekatan teknokratis, politis, partisipatif, *top-down* dan *bottom-up*.

Penyusunan diawali dengan pembentukan tim berdasarkan kompetensi dan pengalaman dari setiap anggota terkait kesehatan dan manajemen, yang tidak hanya berasal dari Dinas Kesehatan Provinsi NTT tetapi juga Bappeda dan akademisi kesehatan. Tim penyusun kemudian meninjau masalah melalui studi dokumen seperti LAKIP Dinas Kesehatan Provinsi NTT, Profil Kesehatan Provinsi NTT, laporan-laporannya yang berkaitan dengan faktor-faktor yang dapat menyebabkan masalah gizi dan studi terhadap isu-isu gizi terbaru yang dikeluarkan oleh Pemerintah dan organisasi-organisasi internasional. Peninjauan ini dilakukan bertujuan mengidentifikasi masalah yang ada di dalam masyarakat dan tren masalah gizi secara global. Permasalahan gizi yang diangkat dalam kebijakan gizi renstra tahun 2013-2018 adalah kasus gizi kurang dan gizi buruk (*underweight*) pada balita sebesar 14.18%. Permasalahan gizi ini kemudian ditetapkan menjadi isu strategis yaitu masih tingginya prevalensi balita gizi kurang dan gizi buruk, melalui analisis semua data perkembangan kinerja pelayanan kesehatan selama kurang lebih lima tahun terakhir, kemudian dilakukan lokakarya dengan tim pakar bidang kesehatan selama tiga hari efektif.

Perumusan visi, misi, dan tujuan disesuaikan dengan RPJMD Provinsi NTT dan ditetapkan dengan pendekatan teknokratis. Tahap selanjutnya adalah penetapan target sasaran gizi dilakukan oleh kepala bidang kesehatan masyarakat dan target kegiatan oleh kepala seksi kesehatan keluarga gizi dan keluarga berencana. Target ditentukan dengan memberikan peningkatan target setiap tahunnya yang disesuaikan dengan ketersediaan sumber daya. Namun jika dilihat dari ketersediaan sumber daya, peningkatan target belum layak dilakukan. Penetapan indikator dan target kinerja mempertimbangkan hasil analisis kinerja pelayanan Dinas Kesehatan Provinsi NTT, alokasi anggaran tahun sebelumnya, kondisi ketenagaan yang ada, dan dipilih dari Standar Pelayanan Minimum (SPM) atau indikator kinerja kunci Dinas Kesehatan daerah (Permendagri Nomor 54 Tahun 2010).

Program peningkatan gizi yang direncanakan oleh Dinas Kesehatan berfokus pada penyediaan dan peningkatan kapasitas sumber daya serta kerjasama lintas sektor dengan kegiatan prioritas ditentukan berdasarkan kriteria konsistensi, *evidence based*, dan mampu laksana melalui diskusi. Program tersebut disesuaikan dengan program yang direncanakan oleh dinas kesehatan dari daerah yang lebih mikro, yaitu kabupaten/kota dengan maksud agar adanya kesinergian antar daerah dalam pembangunan gizi. Kegiatan-kegiatan dalam program gizi dilengkapi dengan target yang hendak dicapai.

Perencanaan anggaran oleh Dinas Kesehatan Provinsi NTT berupa pagu indikatif untuk bidang kesehatan tidak mencapai 5 dari APBD. Hal ini tidak sesuai dengan UU Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 yang menstandarkan anggaran kesehatan minimal 10% dari APBD di luar gaji.

Kurangnya anggaran ini diduga dapat mempengaruhi kinerja Dinas Kesehatan dalam penyelesaian masalah kesehatan di Provinsi NTT. Harmana dan Adisasmoro (2006) menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pembiayaan kesehatan di daerah adalah komitmen daerah, kemampuan advokasi, prioritas masalah kesehatan dan pemilihan intervensi program, informasi alur pembiayaan kesehatan, kemampuan perencanaan, pendapatan asli daerah (PAD), dan lain-lain pendapatan sah.

Pagu anggaran untuk program peningkatan gizi sebesar sebesar Rp 3,637,000,000.- pada tahun 2013 menjadi Rp 762,000,000.- di tahun 2014, Rp 877,000,000,- di tahun 2015, sebesar Rp 1,008,000,000,- di tahun 2016, Rp 1,159,000,000,- di tahun 2017, dan Rp 1,333,000,000,- di tahun 2018. Perencanaan anggaran untuk program peningkatan gizi menggunakan pendekatan anggaran berbasis kinerja yang memfokuskan pada pencapaian kinerja yang maksimal dengan menggunakan anggaran secara efektif dan efisien.

Rancangan kebijakan yang telah selesai dirumuskan kemudian diserahkan kepada Kepala Bappeda Provinsi NTT untuk ditinjau kembali kesesuaianya dengan perencanaan pembangunan Pemerintah Daerah Provinsi NTT dalam RPJMD. Batas waktu peninjauan kembali rancangan adalah satu bulan. Tahap berikutnya adalah penetapan kebijakan. Tahap ini dilakukan dalam persidangan penetapan anggaran oleh DPRD Provinsi NTT. Sidang ini akan memutuskan apakah anggaran disetujui atau tidak oleh DPRD. DPRD juga melihat kesesuaian antara setiap rancangan kebijakan tersebut dengan visi dan misi Kepala Daerah. Jika telah disetujui, maka disahkan oleh Gubernur dan ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi NTT.

Tahapan implementasi menujukkan program yang dijalankan Dinas Kesehatan Provinsi NTT, Dinas Kesehatan Kabupaten Manggarai dan Sikka hingga tingkat puskesmas (Reo dan Paga) sudah sinkron dan terintegrasi yaitu program peningkatan gizi. Tahap implementasi pada setiap kabupaten disesuaikan juga dengan kebutuhan daerah namun tetap merujuk pada kebijakan gizi Pemerintah Daerah Provinsi NTT.

Program peningkatan gizi daerah kabupaten dan puskesmas memiliki kegiatan-kegiatan yang konsisten dengan tingkat provinsi. Program peningkatan gizi di tingkat provinsi terdiri dari 3 kegiatan yaitu penyelenggaraan dan pengembangan surveilans gizi, penanggulangan masalah kurang energi protein (KEP), dan pendidikan gizi. Pengembangan surveilans gizi mencakup diseminasi informasi hasil surveilans gizi dan situasi gizi masyarakat dengan indikator kinerja terlaksananya pertemuan diseminasi informasi hasil surveilans gizi tingkat provinsi dengan peserta Anggota Dewan Komisi V, lintas sektor, dan lintas program. Kegiatan ini dilaksanakan oleh Dinas Kabupaten Manggarai dan Sikka berupa surveilans gizi dan di tingkat puskesmas berupa monitoring pertumbuhan setiap bulan pada balita.

Kegiatan penanggulangan masalah KEP mencakup monitoring dan evaluasi (monev) kegiatan PMT pemulihan, monev penanganan Kejadian Luar Biasa (KLB) gizi buruk, pada tingkat Kabupaten Manggarai dan Sikka berupa penanggulangan secara langsung masalah gizi melalui suplementasi gizi mikro dan adanya kegiatan PMT pemulihan bagi balita gizi buruk dan gizi kurang. Kegiatan ini dilaksanakan hingga tingkat Puskesmas Reo dan Paga dengan pemberian makanan tambahan bagi balita dengan masalah gizi, terutama gizi kurang dan buruk. Selain itu adanya kegiatan pemberian TTD bagi ibu hamil selama 90 hari.

Kegiatan pendidikan gizi di tingkat provinsi mencakup pembuatan buku tulis pesan gizi dan revolusi KIA, pembuatan kemasan tablet besi dengan pesan gizi, dan penyelenggaraan pembinaan pola makan seimbang keluarga. Kegiatan yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Manggarai berupa bimbingan teknis program gizi, pelatihan ASI E dan MP-ASI, konseling gizi di tingkat posyandu, dan Kabupaten Sikka berupa Advokasi, sosialisasi, dan KIE gizi seimbang untuk perwujudan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi). Tingkat Puskesmas melaksanakan kegiatan ini berupa penyuluhan. Penyuluhan ini merupakan bagian dari PMT penyuluhan. Puskesmas Reo melaksanakan program ini dalam bentuk demo masak dan

Puskesmas Paga dalam bentuk konseling gizi tatap muka saat monitoring pertumbuhan di posyandu-posyandu setiap bulannya.

Evaluasi pelaksanaan kebijakan gizi dilakukan terhadap indikator sasaran dan indikator hasil. Evaluasi indikator sasaran (Lampiran 1) yang terdiri dari indikator spesifik dan sensitif merupakan indikator sasaran dari penurunan kasus gizi kurang pada balita oleh Dinas Kesehatan Provinsi NTT. Hasil penelitian menunjukkan sebanyak tiga indikator pada tahun 2016 mengalami peningkatan realisasi dan memiliki capaian 100%, yaitu indikator penanganan balita gizi buruk, balita yang ditimbang di posyandu (D/S), balita 6-59 bulan yang mendapat vitamin A, dan rumah tangga yang berperilaku hidup bersih (PHBS).

Evaluasi pelaksanaan kebijakan gizi terhadap indikator hasil dilihat dari kecenderungan prevalensi *underweight* pada balita (0-59) di Provinsi NTT (Lampiran 2). Prevalensi *underweight* pada balita di Provinsi NTT berfluktuasi dari tahun 2013 hingga tahun 2016, namun target yang direncanakan sudah tercapai.

PEMBAHASAN

Proses perumusan kebijakan gizi renstra Dinas Kesehatan Provinsi NTT terdiri dari enam tahap yang telah disesuaikan dengan aturan dari Permendagri Nomor 54 Tahun 2010. Perencanaan kebijakan gizi ini bersinergi dengan beberapa kebijakan gizi lain seperti kebijakan gizi dalam RPJMN, RPJMD, RKPD, dan Renstra Dinas Kesehatan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota. Pentingnya kesinergian perencanaan kebijakan ini diatur juga dalam UU No. 25 Tahun 2004 dengan tujuan menjamin terciptanya integrasi, sinkronisasi, dan sinergi antar daerah pemerintah pusat dan daerah, serta menjamin tercapainya penggunaan sumber daya secara efektif, efisien, berkeadilan, dan berkelanjutan.

Namun jika ditinjau berdasarkan isi, kebijakan gizi renstra Dinas Kesehatan belum mencakup semua kebutuhan dan permasalahan gizi pada balita yang ada. Berdasarkan laporan survei gizi di NTT masih banyak terdapat masalah gizi lain, yaitu *stunting* dan *wasting* pada balita. Tingginya permasalahan *stunting* dan *wasting* ini seharusnya juga ditinjau sebagai permasalahan gizi yang harus diselesaikan dan dijadikan indikator *outcome* yang hendak dicapai.

Perencanaan menjadi bagian penting dalam mewujudkan suatu program yang baik dengan didukung oleh partisipasi dan kekohesifan demi mewujudkan program yang terintegrasi (11). Program yang direncanakan dalam kebijakan gizi berupa peningkatan gizi yang merupakan program yang fokus pada penyediaan dan peningkatan kapasitas sumber daya serta kerjasama lintas sektor. Peningkatan kapasitas ini dimaksudkan untuk menambah pengetahuan dan keterampilan tenaga gizi dan tenaga kesehatan. Pentingnya peningkatan kapasitas tenaga gizi dan kesehatan dinilai sangat penting untuk mengakhiri masalah gizi (12,13).

Pengembangan kemitraan untuk pemberdayaan masyarakat merupakan kegiatan yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi NTT dengan tujuan meningkatkan pemberdayaan masyarakat, hal ini mencakup faktor-faktor tidak langsung yang dapat menyebabkan terjadinya masalah gizi, seperti pendapatan, sanitasi, dan akses pelayanan kesehatan. Pemberdayaan masyarakat erat kaitannya dengan status kesehatan yang baik (14), semakin masyarakat diberdayakan maka setiap program yang diimplementasikan dapat berjalan dengan baik.

Kekonsistensian dari program dan kegiatan yang dilaksanakan oleh puskesmas dalam mencapai indikator sangat penting dalam implementasi kebijakan gizi. Konsistensi isi dalam dokumen kebijakan gizi dan konsistensi antar dokumen perencanaan dan penganggaran terutama penetapan indikator kinerja pada tingkat kabupaten hingga puskesmas penting untuk diperhatikan. Penetapan indikator kinerja *output* dan *outcome* secara tepat dan konsisten yang sangat berpengaruh terhadap capaian dari visi, misi, tujuan, sasaran dan kebijakan yang telah direncanakan dalam dokumen perencanaan (15).

Masalah gizi yang ditunjukkan oleh prevalensi *underweight* pada balita di Provinsi NTT masih tergolong kategori tinggi menurut WHO (>30%). Masalah kurang gizi dapat disebabkan oleh banyak faktor yang saling berkaitan, sehingga dibutuhkan upaya penanganan masalah gizi membutuhkan penanganan serius sejak usia dini bahkan dalam masa periode 1000 hari pertama kehidupan (HPK) (16). Kerangka Kebijakan Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan menegaskan peran dalam perbaikan gizi dari sektor kesehatan sebesar 30% dan 70% dari sektor lainnya, seperti pertanian, pendidikan, dan kesejahteraan sosial. Oleh karena itu, penanganan masalah gizi harus dilakukan secara holistik dan terintegrasi antar sektor.

KESIMPULAN DAN SARAN

Proses perumusan kebijakan gizi resntra Dinas Kesehatan Provinsi NTT terdiri dari 6 tahap sesuai dengan aturan dari Permendagri Nomor 54 Tahun 2010. Walaupun demikian, perumusan kebijakan gizi belum memperhatikan permasalahan gizi yang terjadi dalam masyarakat. Penyelenggaraan kebijakan gizi dalam bentuk program dan kegiatan gizi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Manggarai dan Sikka serta unit pelaksana pelayanan dasar Puskesmas Reo dan Paga sudah disesuaikan dengan Dinas Kesehatan Provinsi NTT. Meskipun sudah sinkron, implementasi kebijakan gizi masih menemui beberapa kendala, yaitu keterbatasan anggaran dan Melalui kebijakan gizi tersebut, Provinsi NTT berhasil merealisasikan 3 target indikator dari 9 indikator proses. Namun, pencapaian indikator hasil masih rendah terlihat dari prevalensi *underweight* pada balita yang meningkat kembali di tahun 2016. Rendahnya alokasi anggaran dan sumber daya gizi lainnya dapat menjadi perhatian Pemerintah Daerah agar dapat mewujudkan ketersediaan sumber daya yang memadai demi tercapainya pelaksanaan upaya penanganan masalah gizi yang maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. Riset Kesehatan Dasar 2013. Jakarta.
2. Sukoco, N.E.W., Pambudi, J., and Herawari, M.H. 2015. Relationship between nutritional status of children under five with parents who work. *Buletin penelitian kesehatan*. 18(4): 387-397. Doi: 10.22435/hsr.v18i4.4572.387-397.
3. Aoun, N., Matsuda, H., and Sekiyama M. 2015. Geographical accessibility to healthcare and malnutrition in Rwanda. *Social science & medicine*. 130(1): 35-45. Doi: 10.1016/j.socscimed.2015.02.004.
4. Owoaje, E., Onifade, O., and Desmennu, A. 2014. Family and socioeconomic risk factors for undernutrition among children aged 6 to 23 Months in Ibadan, Nigeria. *Pan African Medical Journal*. 17(161): 1-7 doi:10.11604/pamj.2014.17.161.2389.
5. Blossner, M., and De Onis, M. 2005. Malnutrition: Quantifying the Tealth Impact at National and Local Levels. Enviromental Burden of Disease Series No. 12. Geneva (CH): World Health Organization.
6. Acosta, A.M. & Haddad, L. 2014. The politics of success in the fight against malnutrition in Peru. *Food policy*. 44 (2014): 26-35. Doi: 10.1016/j.fooopol.2013.10.009.
7. Heaver, R. 2005. Strengthening Country Commitment to Human Development: Lessons from Nutrition Directions in Development Series. Washington, DC: The World Bank.
8. Gillespie, S., Haddad, L., Mannar, V., Menon, P., and Nisbett, N. 2013. The politics of reducing

- malnutrition: Building commitment and accelerating progress. *The Lancet*. Doi: 10.1016/S0140-6736(13)60842-9.
- 9. Taufiqurokhman. 2014. *Kebijakan Publik*. Jakarta: FISIP Universitas Moestopo Beragama Pers.
 - 10. Dunn, W. N. 2003. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press. Terjemahan Public Policy Analysis: An Introduction, New Jersey: Pearson Education.
 - 11. Krippendorf, K. 2004. *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. London: SAGE Publications.
 - 12. Matturi, Kai and Pain Chris. 2016. Managing an integrated project : experiences from the Realigning Agriculture to Improve Nutrition project. Project Management Research and Practice 3. Online published UTS ePRESS <http://pmrp.epress.lib.uts.edu.au>. [25/05/2020]
 - 13. Mucha N, Tharaney M. 2013. Strengthening human capacity to scale up nutrition. <http://www.bread.org/event/gathering-2013/international-meeting/pdf/strengthening-humancapacity.pdf> [20/05/2020].
 - 14. Save the Children. 2013. Nursing nutrition. Why we must invest in health workers to end maternal and child malnutrition. Available from: http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Nursing_for_Nutrition.pdf [20/05/2020].
 - 15. Pokhrel S, Sauerborn R. 2004. Household decision-making on child health care in developing countries: the case of Nepal. *Health Policy Plan*. 19 (2004):218-33.
 - 16. Sanuari, A., Hafrizianda, Y., & Rofingatun, S. 2016. Analisis konsistensi perencanaan dan penganggaran di Kabupaten Pegunungan Bintang studi kasus pada Dinas Perhubungan, Komunikasi dan Informatika Tahun 2013-2015. *Jurnal Kajian Ekonomi dan Keuangan Daerah*. 2(2):1-17.
 - 17. Bhuta, ZA. 2013. Early nutrition and adult outcomes: pieces of the puzzle. The Lancet. Melalui [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60716-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60716-3/fulltext) [03/05/2020]

LAMPIRAN

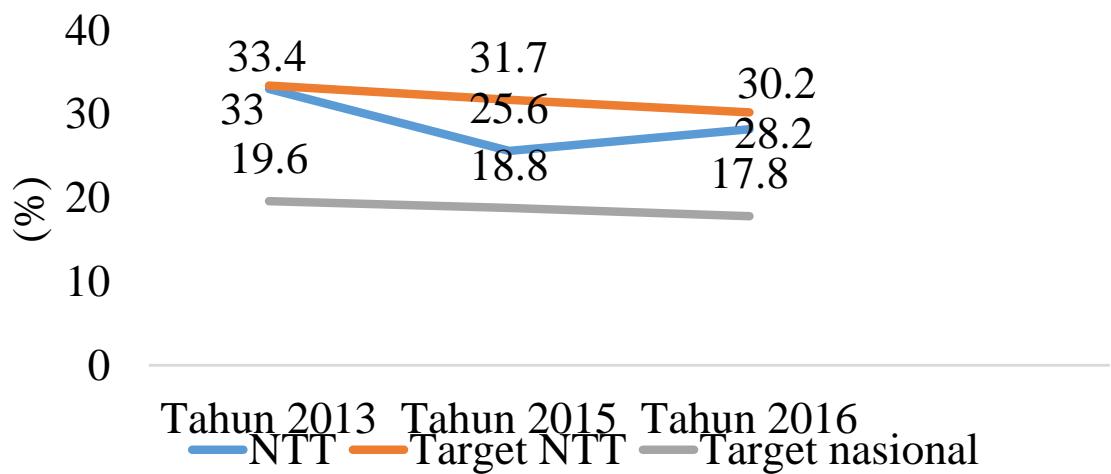
Lampiran 1 Hasil pencapaian kebijakan gizi Pemerintah Daerah Provinsi NTT

No.	Indikator	Capaian (%)		
		2014	2015	2016
1.	Kunjungan ibu hamil <i>antenatal care</i> (ANC) K4	104.9	84.6	77
2.	Ibu hamil yang mendapat tablet besi 90	99.3	91.6	56.7*
3.	Penanganan balita gizi buruk	100	100	100
4.	Bayi 0-6 bulan mendapat ASI eksklusif	97.4	101.3	95.3
5.	Balita yang ditimbang di posyandu (D/S)	101	67.8	93.2
6.	Balita 6-59 bulan yang mendapat vitamin A	63.6	100	100
7.	Desa yang mencapai <i>Universal Child Immunization</i>	95	70	50
8.	Rumah tangga ber-PHBS	99	105.2	113.8
9.	Desa dengan STBM	122	69	61.3

*data sampai Oktober 2016

Sumber: LAKIP dan Profil Kesehatan NTT

Lampiran 2



Gambar Prevalensi *underweight* pada balita (0-59) di Provinsi NTT, target provinsi NTT, dan target nasional tahun 2013, 2015, 2016