

## **BAB 9**      **Pencapai Target Global Untuk Stunting, Anemia, Pemberian ASI dan Wasting: Kerangka Kerja Investasi dan Implikasi Riset**

---

---

### **Pesan Kunci**

- Dunia membutuhkan \$70 miliar selama 10 tahun untuk berinvestasi dalam intervensi khusus nutrisi berdampak tinggi di negara-negara yang memiliki beban stunting, anemia, dan wasting tertinggi, serta tingkat menyusui terendah. Ini merupakan tambahan dari pengeluaran saat ini dan diterjemahkan menjadi lebih dari \$10 per tahun per anak di bawah usia lima tahun.
- Meskipun perkiraan tentang apa yang diperlukan untuk mencapai target nutrisi global didasarkan pada asumsi peningkatan yang ambisius, beberapa negara telah menunjukkan bahwa peningkatan intervensi nutrisi yang cepat dapat dicapai dan dapat menyebabkan penurunan stunting dan bentuk lain dari stunting, malnutrisi. Penurunan cepat stunting telah dicapai baru-baru ini di Bangladesh, Ethiopia, Ghana, Malawi, Peru, Senegal, Tanzania, dan Vietnam, di antara negara-negara lain. Faktanya, analisis tersebut menunjukkan bahwa setidaknya salah satu target—target untuk menyusui—memiliki ruang lingkup yang jauh lebih ambisius.
- Manfaat dari pencapaian target ini akan sangat besar. Akan ada 65 juta lebih sedikit kasus stunting dan 265 juta lebih sedikit kasus anemia pada wanita pada tahun 2025 dibandingkan dengan baseline tahun 2015. Selain itu, sedikitnya 91 juta anak lagi akan dirawat karena wasting parah dan 105 juta bayi tambahan akan disusui secara eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan selama 10 tahun. Secara keseluruhan, berinvestasi dalam intervensi untuk mencapai target ini juga akan menghasilkan setidaknya 3,7 juta kematian anak dapat dicegah. Selain itu, analisis ini menunjukkan bahwa investasi yang signifikan baik dalam intervensi utama maupun upaya kesehatan dan pengentasan kemiskinan lainnya diperlukan untuk mencapai target.
- Dalam lingkungan sumber daya yang terbatas, laporan ini menjabarkan dua investasi alternatif paket, dengan peringatan kuat bahwa berinvestasi dalam rangkaian intervensi ini tidak akan mencapai beberapa target global. Sebuah “paket prioritas” berupa intervensi yang segera siap diskalakan akan membutuhkan \$23 miliar selama 10 tahun ke depan, \$2,3 miliar per tahun, atau lebih dari \$4 per anak. Sebuah “paket kemajuan katalisator” akan meningkatkan paket prioritas ditambah dengan perluasan yang lebih bertahap dari beberapa intervensi lain untuk memperkuat mekanisme pemberian layanan, dukungan untuk penelitian dan implementasi program, dan berinvestasi dalam teknologi yang lebih baik, yang membutuhkan tambahan \$37 miliar selama 10 tahun ke depan, \$3,7 miliar per tahun, atau sedikit di atas \$5 per anak. Investasi lebih lanjut akan dibutuhkan dari waktu ke waktu untuk membangun dan memperluas paket lengkap.

- Analisis tersebut juga mengidentifikasi bidang penelitian penting yang perlu diprioritaskan oleh komunitas global, termasuk menentukan strategi terukur untuk memberikan intervensi berdampak tinggi, mengembangkan alat baru untuk membantu negara-negara memprioritaskan intervensi yang paling hemat biaya, dan memahami cara efektif mencegah wasting pada anak-anak. Data yang lebih baik tentang pembiayaan bantuan pembangunan domestik dan resmi (ODA) tahunan juga akan sangat memudahkan pelacakan kemajuan di masa depan.
- Stunting dan bentuk malnutrisi lainnya dapat menjadi hukuman seumur hidup, tetapi tidak boleh diterima sebagai “kenormalan baru”. Meskipun komitmen politik berkembang pesat untuk berinvestasi dalam jendela peluang 1.000 hari, dibutuhkan lebih banyak untuk memindahkan agenda ini dari tujuan hewan peliharaan ke tujuan bersama, dan dari kepentingan politik ke kepentingan ekonomi.
- Mengingat investasi yang tepat dalam “infrastruktur materi abu-abu” pada waktu yang tepat, setiap anak dapat mencapai potensi penuhnya. Dan hasil dari investasi ini tahan lama, tidak dapat dicabut, dan portabel. Pemahaman mendalam tentang investasi nutrisi saat ini dan dampaknya, kebutuhan masa depan, dan cara untuk memobilisasi pembiayaan yang diperlukan yang disajikan di sini akan membuka jalan untuk bertindak.

## Alasan untuk Berinvestasi dalam Nutrisi

Kurangnya investasi kronis di bidang gizi selama puluhan tahun telah menyebabkan kemajuan yang lambat dan tidak merata. Kurangnya investasi ini adalah alasan utama mengapa malnutrisi tetap menjadi penyebab mendasar dari hampir setengah dari semua kematian anak di bawah usia lima tahun, pendorong kematian ibu, dan penghalang untuk pembangunan ekonomi yang lebih cepat dan pengentasan kemiskinan di banyak negara di seluruh dunia. Saat ini, semua bentuk malnutrisi (kurang gizi, defisiensi mikronutrien, dan kelebihan berat badan) merugikan ekonomi global sekitar \$3,5 triliun per tahun, atau \$500 per individu, menciptakan hambatan besar bagi pemerintah negara untuk mengurangi kemiskinan dan menciptakan masyarakat yang berkembang dan produktif (Panel Global 2016). Tidak seperti investasi dalam infrastruktur fisik, investasi untuk mempromosikan nutrisi yang optimal menghasilkan manfaat yang tahan lama, tidak dapat dicabut, dan portabel. Mengapa demikian? Memastikan nutrisi yang optimal—terutama di awal kehidupan—dapat secara permanen mengubah lintasan perkembangan individu dan memaksimalkan potensi produktifnya. Jika jendela kesempatan ini terlewatkan, itu akan terlewatkan seumur hidup.

Pada tahun 2015, hampir 159 juta anak tetap terhambat pertumbuhannya di dunia, merampas potensi penuh individu dan modal manusia ekonomi untuk mendorong pertumbuhan ekonomi (UNICEF, WHO, dan Bank Dunia 2015). Selain itu, hampir 50 juta anak terbuang sia-sia, membuat mereka rentan terhadap kematian dini dan kecacatan (UNICEF, WHO, dan Bank Dunia 2015); 36,3 juta anak tidak disusui secara eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan mereka, menghilangkan potensi kognitif, kesehatan, dan peluang ekonomi di masa depan (Victora et al. 2016); dan 524 juta wanita usia subur dan wanita hamil tetap mengalami anemia setiap tahun, membuat mereka berisiko kematian perinatal serta membuat mereka mengalami penurunan

kapasitas kerja dan produktivitas yang lebih rendah (WHO 2008).

*Rencanakan Gizi Ibu, Bayi, dan Balita* (WHO 2014a), termasuk target nutrisi global pertama (lihat tabel 1.1). Target-target ini bertujuan untuk meningkatkan investasi dalam intervensi yang hemat biaya dan mengkatalisasi kemajuan menuju penurunan malnutrisi dan defisiensi mikronutrien. Untuk mempertahankan momentum tersebut, para pemimpin dunia mengabadikan beberapa target Majelis Kesehatan Dunia dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDG) 2.2, berkomitmen untuk mengakhiri malnutrisi dalam segala bentuknya pada tahun 2030. Dengan pemikiran tersebut, laporan ini bertujuan untuk mengidentifikasi pembiayaan kebutuhan untuk mencapai empat dari enam target World Health Assembly: stunting, anemia, menyusui, dan wasting. Ini juga menjabarkan skenario pembiayaan yang dapat menghasilkan sumber daya—dari pemerintah domestik, ODA, dan sumber pembiayaan inovatif—yang diperlukan untuk tujuan ini.

## Kerangka Investasi untuk Nutrisi

Analisis pada bab-bab sebelumnya menunjukkan bahwa investasi tambahan sebesar \$70 miliar akan memungkinkan dunia untuk mencapai target global untuk stunting, anemia, dan menyusui, dan untuk meningkatkan pengobatan malnutrisi akut yang parah untuk anak-anak. Investasi ini mencakup \$62,4 miliar untuk biaya pengiriman layanan langsung dan tambahan \$7,5 miliar untuk penguatan kapasitas, pemantauan dan evaluasi, serta pengembangan kebijakan.

Manfaat dari pencapaian target ini akan sangat besar (gambar 9.1). Enam puluh lima juta kasus stunting dan 265 juta kasus anemia pada wanita akan dapat dicegah pada tahun 2025 dibandingkan dengan baseline tahun 2015. Selain itu, sedikitnya 91 juta anak lagi akan dirawat karena wasting parah dan 105 juta bayi tambahan akan disusui secara eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan selama 10 tahun.

**Gambar 9.1 Manfaat investasi dalam Target Gizi Global**

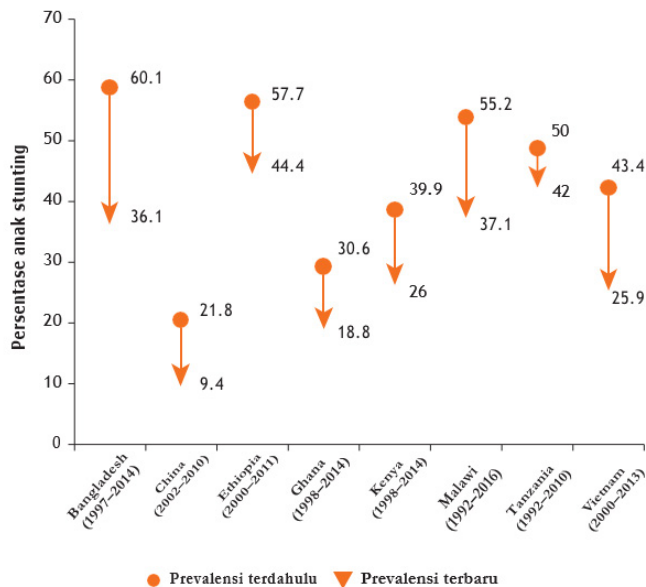


Secara keseluruhan, berinvestasi pada target-target ini juga akan menghasilkan setidaknya 3,7 juta kematian anak. Estimasi yang disajikan pada bab-bab sebelumnya berfokus pada tindakan khusus gizi. Namun, analisis menunjukkan bahwa investasi yang signifikan baik dalam intervensi khusus nutrisi dan tindakan sensitif nutrisi di bidang pertanian, air dan sanitasi, dan lingkungan pendukung diperlukan untuk mencapai target stunting, menyusui, dan anemia (dan mungkin target wasting sebagai Sehat).

Analisis menegaskan bahwa manfaat berinvestasi dalam mencegah kekurangan gizi pada anak-anak dan perempuan jauh lebih besar daripada biayanya. Rasio manfaat-biaya yang disajikan untuk paket stunting, anemia, dan menyusui semuanya jauh lebih besar dari satu, titik impas, dan ini berlaku di banyak konteks yang berbeda.

Meskipun perkiraan tentang apa yang diperlukan untuk mencapai target gizi global didasarkan pada tingkat peningkatan yang ambisius, beberapa negara telah menunjukkan bahwa peningkatan intervensi gizi yang cepat dapat dicapai dan dapat menyebabkan penurunan tingkat stunting dengan cepat. Penurunan yang cepat pada stunting telah dicapai baru-baru ini di Bangladesh, Cina, Ethiopia, Ghana, Kenya, Malawi, Tanzania, dan Vietnam, di antara negara-negara lain (gambar 9.2).

**Gambar 9.2 Penurunan Prevalensi Stunting, Beberapa Negara**



Source: DHS Program 2016; World Bank 2016b; (for Vietnam only) Viet Nam National Institute of Nutrition, UNICEF, Alive & Thrive 2014.

Pengalaman dari dua lainnya negara-negara yang telah mencapai kemajuan luar biasa, Peru dan Senegal, dijelaskan secara rinci masing-masing dalam kotak 9.1 dan 9.2. Bukti dari Vietnam menunjukkan bahwa intervensi untuk mempromosikan pemberian ASI dan untuk mengurangi anemia pada wanita bisa efektif (Kotak 9.3).

Pengalaman global tentang suplementasi Vitamin A adalah contoh lain yang menunjukkan bahwa hasil gizi dapat dicapai dengan komitmen, pembiayaan, dan peningkatan kapasitas untuk melaksanakan dan mempertahankan program dalam skala besar (Kotak 9.4).

---

### **Kotak 9.1 Keberhasilan Peru Mengurangi Stunting**

Jika ada yang meragukan bahwa angka stunting dapat dikurangi setengahnya hanya dalam satu dekade, mereka hanya perlu melihat ke Peru. Pada tahun 2000, satu dari tiga anak Peru mengalami kekurangan gizi kronis. Pada tahun 2005—lima tahun dan jutaan dolar kemudian—jumlahnya hampir tidak berubah pada 28 persen anak-anak yang mengalami stunting. Namun, pada tahun 2014, sesuatu yang luar biasa telah terjadi. Stunting turun menjadi hanya 14 persen, yang menimbulkan pertanyaan: Bagaimana Peru melakukannya? Bagian mana dari pengalaman Peru yang dapat ditiru di tempat lain?

Pada tahun 2010, negara ini dilanda krisis kekurangan gizi anak yang mendesak. Pejabat politik tingkat tinggi mendukung upaya yang dikenal sebagai “5x5x5”— yang bertujuan untuk mengurangi stunting pada anak di bawah 5 tahun sebesar 5 poin persentase dalam 5 tahun dan untuk mengurangi ketidaksetaraan sumber daya dan akses kesehatan antara daerah pedesaan dan perkotaan. Dengan basis pengetahuan baru tentang faktor-faktor yang mempengaruhi hasil gizi, praktik komunitas yang melibatkan pemerintah dan pemangku kepentingan membuka jalan untuk menargetkan dan meningkatkan program gizi. Kampanye media besar-besaran menunjukkan kekurangan gizi di setiap rumah dan pusat kesehatan melalui radio dan televisi serta video, seperti Masa Depanmu dalam Lima Sentimeter Pertamaku. Upaya media tersebut juga mempromosikan pentingnya layanan kesehatan dan gizi yang esensial, termasuk promosi pertumbuhan anak dan sesi perkembangan anak sejak dini. Untuk mendukung penyediaan dan perluasan layanan berkualitas tinggi, sistem pemantauan yang kuat dikaitkan dengan mekanisme insentif kinerja di Kementerian Keuangan untuk mengalihkan sumber daya ke area yang paling membutuhkannya dan untuk menghargai peningkatan cakupan dan penyampaian layanan tersebut yang dinilai sebagai yang paling hemat biaya dalam meningkatkan gizi anak. Upaya multisektoral, yang dipelopori oleh Kementerian Keuangan dan kantor Perdana Menteri, memperkuat hubungan antara program transfer tunai bersyarat JUNTOS dan penyediaan layanan kesehatan dan gizi. Hal ini berkontribusi pada lebih dari dua kali lipat serapan pemeriksaan kesehatan dan gizi anak secara teratur di daerah pedesaan—dari 20 persen pada tahun 2008 menjadi 58 persen pada tahun 2013. Upaya multisektoral, yang dipelopori oleh Kementerian Keuangan dan kantor Perdana Menteri, memperkuat hubungan antara program transfer tunai bersyarat JUNTOS dan penyediaan layanan kesehatan dan nutrisi. Hal ini berkontribusi pada lebih dari dua kali lipat serapan pemeriksaan kesehatan dan gizi anak secara teratur di daerah pedesaan—dari 20 persen pada tahun 2008 menjadi 58 persen pada tahun 2013.

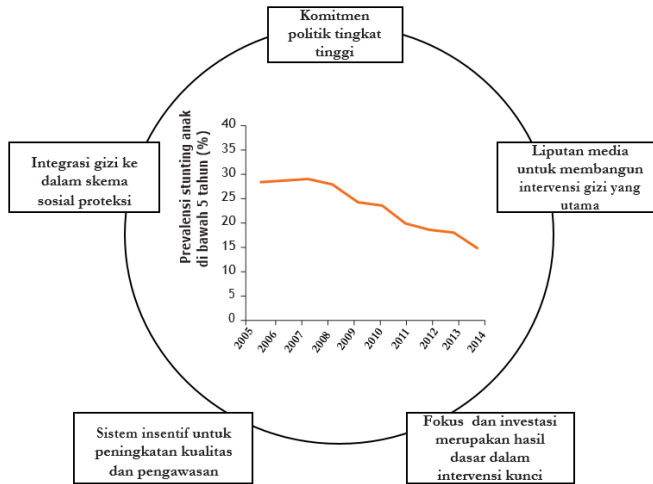
Elemen luar biasa lainnya dari kesuksesan Peru adalah pentingnya memiliki data tahunan tentang stunting. Kekuatan pengumpulan dan penggunaan data reguler tidak dapat diremehkan dalam hal kontribusinya untuk mempertahankan dukungan politik. Sebagai hasil dari kebijakan nutrisi yang komprehensif dan trifecta pasokan, permintaan, dan akuntabilitas, stunting di antara populasi pedesaan yang rentan turun dari 44 persen pada tahun 2008 menjadi 28 persen pada tahun 2014 (INEI 2015) (gambar B9.1.1).

---

*kotak berlanjut halaman berikutnya*

**Kotak 9.1 Keberhasilan Peru Kurang Stunting (lanjutan)**

**Gambar B9.1.1 Faktor Kunci Keberhasilan Peru Menurunkan Stunting**



Source: INEI 2015.

Meskipun rata-rata pertumbuhan ekonomi selama periode ini, Peru menunjukkan upaya luar biasa tidak hanya untuk menekan angka stunting tetapi juga untuk menciptakan komitmen dan kolaborasi yang kuat lintas sektor untuk mengintegrasikan nutrisi ke dalam program perlindungan sosial dan, sebagai keuntungan, menyelamatkan jutaan nyawa.

*Disumbangkan oleh Alessandra Marini dan Omar Arias, Bank Dunia*

**Kotak 9.2 Proses Pengembangan Kebijakan Gizi Senegal: Pekerjaan yang Sedang Berlangsung**

Senegal telah lama dilanda malnutrisi yang merajalela. Namun, sebelum tahun 2000, negara-negara coba perhatiandifokuskan terutama pada pemberian bantuan kemanusiaan setelah terjadi guncangan atau krisis. Pada tahun 2001, Senegal mengakui bahwa masalah pengerdilan yang mendesak secara signifikan mengurangi perkembangan kognitif dan potensi pertumbuhan sebanyak 30 persen anak-anak bangsa di bawah usia lima tahun. Tiga faktor utama berkontribusi pada upaya proaktif negara untuk mengurangi stunting: komitmen politik tingkat tinggi, strategi multisektoral, dan pembiayaan nutrisi langsung dan sebagian besar didorong oleh pemerintah. Di bawah pilar ini, pemerintah melakukan pergeseran dari mitigasi krisis ke pencegahan dan promosi, memotong biaya program secara dramatis dengan menggunakan sumber daya lokal dan menciptakan pengaturan kelembagaan khusus untuk menurunkan malnutrisi, memperbaiki gizi kurang merupakan salah satu bagian penting dari investasi jangka Panjang. Penggunaan program berbasis bukti mengarah pada pendekatan inovatif untuk mobilisasi masyarakat, partisipasi, dan, pada akhirnya, rasa memiliki atas perbaikan program gizi.

*kotak berlanjut halaman berikutnya*

**Kotak 9.2 Proses Pengembangan Kebijakan Gizi Senegal: Pekerjaan yang Sedang Berlangsung (lanjutan)**

Hasil pergeseran prioritas ini sangat mengesankan. Program ditingkatkan untuk menjangkau 50 persen anak di bawah usia lima tahun pada tahun 2010 dengan layanan penjangkauan vital yang mencakup promosi pemberian ASI eksklusif, suplementasi vitamin A, dan pemanfaatan layanan. Hanya dalam tiga tahun setelah peningkatan ini, prevalensi stunting pada anak balita turun 26,5 persen menjadi 18,7 persen (ANSD dan ICF International 2012, 2015). Senegal sekarang memiliki salah satu tingkat stunting terendah di Afrika Sub-Sahara. Hebatnya, nutrisi di Senegal membaik meskipun ekonomi menunjukkan pertumbuhan yang lemah dan tidak merata, yang rata-rata berkisar antara 1 hingga 2 persen.

*Disumbangkan oleh Menno Mulder Sibanda dan Michelle Mehta, Bank Dunia*

---

**Kotak 9.3 Pengalaman Vietnam: Berinvestasi dalam Promosi Menyusui dan Pengurangan Anemia**

Vietnam saat ini berada di jalur yang tepat untuk memenuhi setidaknya dua target global: peningkatan eksklusif menyusui dan mengurangi anemia pada tahun 2025. Negara ini telah membuktikan bahwa berinvestasi dalam kebijakan dan strategi yang tepat dapat meningkatkan indikator secara signifikan. Pada tahun 2010 di Vietnam, hampir sepertiga anak di bawah usia lima tahun mengalami stunting dan kurang dari 20 persen bayi di bawah usia enam bulan disusui secara eksklusif. Tantangan utama termasuk persepsi umum bahwa wanita tidak dapat menghasilkan ASI yang cukup, praktik umum pemberian makanan pra-lakteal kepada bayi baru lahir, pengenalan awal air dan makanan lain, pemasaran yang agresif dan ketersediaan susu formula yang meluas, kurangnya dukungan masyarakat dan tempat kerja, dan terbatasnya komitmen dan keterampilan petugas kesehatan untuk mendukung ibu menyusui.

Selama ini, model waralaba sosial berhasil diterapkan untuk meningkatkan konseling menyusui bagi para ibu, pemerintah memperpanjang cuti melahirkan dari empat menjadi enam bulan dan memperluas larangan pemasaran pengganti ASI, dan integrasi pro-menyusui kampanye komunikasi massa diluncurkan—menjangkau 85 persen ibu di seluruh negeri. Strategi komprehensif ini mengubah persepsi, praktik, kebijakan, dan layanan menuju masyarakat yang lebih ramah menyusui (Alive & Thrive 2013). Model waralaba sosial, yang mencakup lebih dari 500.000 perempuan di 15 dari 58 provinsi, menaikkan angka pemberian ASI eksklusif (pada anak usia 0–5 bulan) dibandingkan dengan angka di lokasi kontrol sebesar 28,3 persen selama periode 2010–14.

Intervensi yang ditargetkan untuk mengatasi defisiensi mikronutrien—termasuk suplementasi, diversifikasi diet, dan fortifikasi makanan—juga menghasilkan hasil yang menjanjikan dan pengurangan defisiensi yang stabil, terutama anemia di kalangan wanita. Dalam dua dekade terakhir, pemerintah Vietnam telah memprioritaskan pengendalian dan pencegahan defisiensi zat gizi mikro melalui kebijakan dan strategi nasional, termasuk kebijakan khusus tentang pencegahan defisiensi zat besi. Sejak saat itu, Vietnam mengalami penurunan yang stabil pada tingkat anemia di kalangan wanita usia subur hingga prevalensi saat ini sebesar 14 persen (Stevens et al. 2013).

---

*kotak berlanjut halaman berikutnya*

**Kotak 9.3 Pengalaman Vietnam: Berinvestasi dalam Promosi Menyusui dan Pengurangan Anemia (lanjutan)**

Pengalaman Vietnam dengan jelas menunjukkan bahwa memprioritaskan investasi dalam kebijakan dan strategi untuk mengurangi malnutrisi melalui peningkatan angka menyusui dan pengurangan anemia prevalensi menempatkan pencapaian, dan bahkan mungkin melebihi, target global dalam jangkauan.

*Disumbangkan oleh Dylan Walters dan Michelle Mehta, Bank Dunia*

---

**Kotak 9.4 Mencapai Cakupan Tinggi dari Intervensi Khusus Gizi: Pelajaran dari Suplementasi Vitamin A**

Suplementasi vitamin A memberikan contoh yang menonjol dari potensi untuk mencapai program nutrisi berbasis bukti yang berkelanjutan dan cakupan yang tinggi. Lebih dari 95 juta anak di bawah usia lima tahun secara global telah kehilangan kekebalan akibat kekurangan vitamin A. Pemberian kapsul vitamin A setengah tahunan merupakan cara yang efektif untuk mengurangi defisiensi vitamin A dan kekurangannya terkait morbiditas dan mortalitas.

Suplementasi vitamin dapat diberikan melalui kontak rutin dengan fasilitas kesehatan (misalnya, kunjungan anak yang sehat dan imunisasi untuk anak di bawah usia lima tahun). Namun, karena kemacetan dalam penyediaan layanan kesehatan masyarakat (penggunaan yang rendah, rantai pasokan yang terputus, layanan kesehatan berkualitas rendah, dan sebagainya), mekanisme non tradisional diperlukan untuk menjangkau populasi yang rentan. Kampanye vitamin A berfungsi sebagai sarana yang efektif untuk mencapai cakupan suplementasi vitamin A populasi yang tinggi dan merata. Kampanye vitamin A berfungsi untuk menjembatani kesenjangan antara kebutuhan yang kurang terlayani dan sektor kesehatan formal.

Suplementasi vitamin memiliki sejumlah fitur yang membuatnya layak untuk mencapai cakupan populasi yang tinggi, bahkan di negara-negara yang kekurangan sumber daya dan kesehatan berkapasitas tinggi sistem:

- **Bukti yang jelas dan kuat tentang dampak positif terhadap kesehatan dan efektivitas biaya:** Bukti kuat telah memfasilitasi dukungan politik. Uji coba komunitas dan meta-analisis telah menunjukkan hubungan positif antara suplementasi dan penurunan angka kematian (Imdad et al.2010), sementara para ahli secara rutin menyebut suplementasi vitamin A sebagai salah satu intervensi nutrisi yang paling hemat biaya (Horton, Alderman, dan Rivera 2008). Analisis dalam laporan ini mendukung efektivitas biaya suplementasi vitamin A (lihat tabel 7.4).
- **Populasi target yang jelas dan jadwal pengiriman rutin:** Untuk negara dengan angka kematian balita yang tinggi, di mana kekurangan vitamin A didefinisikan sebagai masalah kesehatan masyarakat atau yang memiliki riwayat program distribusi vitamin A, pemberian vitamin A kepada semua anak usia 6–59 bulan secara teratur, dua kali setahun.

---

*kotak berlanjut halaman berikutnya*

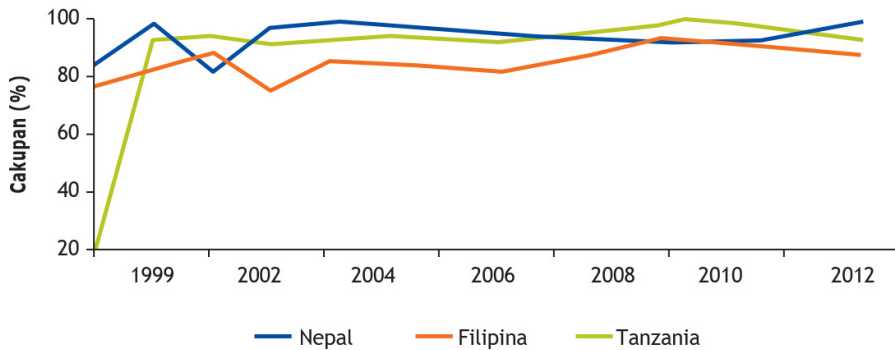


**Kotak9.4 Mencapai Cakupan Tinggi Intervensi Khusus Nutrisi: Pelajaran dari Suplementasi Vitamin A(lanjutan)**

- **Kesederhanaan intervensi:** Relawan kesehatan masyarakat dapat dengan aman, efektif, dan mudah memberikan suplementasi vitamin A tanpa pelatihan intensif dan melalui kampanye dua kali setahun.

Melalui integrasi dengan kampanye vaksinasi anak atau hari/minggu kesehatan ibu dan anak, sejumlah negara telah berhasil melembagakan pemberian suplemen vitamin A dan mencapai cakupan yang tinggi dan berkelanjutan (gambar B9.4.1). Negara-negara ini menunjukkan bahwa akses yang hampir universal terhadap intervensi gizi esensial ini dapat dilakukan.

**Gambar B9.4.1 Cakupan Suplementasi Vitamin A pada Anak Usia 6–59 bulan, Negara Terpilih, 1999–2013**



Source: World Bank 2015.

Contributed by Anne Marie Provo, World Bank

## Diskusi

Meskipun investasi tambahan sebesar hampir \$70 miliar selama 10 tahun ke depan merupakan label harga yang besar secara absolut, ini adalah investasi yang sangat kecil secara relatif jika dibandingkan dengan isu-isu lain yang menjadi perhatian dunia. Misalnya, dunia menghabiskan hampir \$1,5 miliar per hari (sekitar \$500 miliar per tahun) untuk subsidi pertanian yang tidak ditargetkan dan seringkali tidak produktif (Potter 2014) selain \$543 miliar per tahun (sekitar \$1,5 miliar per hari) untuk subsidi bahan bakar fosil (IEA 2014). Dengan komitmen politik yang tepat dan keharusan ekonomi, penyaluran sumber daya menuju investasi produktif seperti nutrisi dapat dilakukan dan dapat menghasilkan manfaat yang signifikan bagi ekonomi global dan nasional.

Selain itu, bahkan dalam bidang kesehatan, sebuah preseden instruktif untuk membangun “gerakan” pembiayaan nutrisi yang sukses tersedia dari sejarah pembiayaan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) baru-baru ini. Pada tahun 1998, ketika epidemi *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) sedang merajalela, rendah dan negara berpenghasilan menengah menghabiskan sekitar \$500 juta per tahun untuk melawan HIV. Lima belas tahun kemudian, dengandorongan kuat dari organisasi masyarakat

sipil yang mewakili kelompok yang terkena dampak serta pemerintah, hampir \$20 miliar dihabiskan setiap tahun di negara-negara ini untuk pengendalian HIV, lebih dari setengahnya berasal dari pemerintah negara berpenghasilan rendah dan menengah (UNAIDS 2013). Pendekatan pembiayaan yang diusulkan untuk gizi agak berbeda dan harus disesuaikan dengan konteks gizi, karena anak kecil tidak memiliki suara yang sama dengan kelompok yang terkena dampak HIV. Tetapi argumen untuk berinvestasi pada tahun-tahun awal anak-anak berkembang pesat, dengan dukungan dari para pemimpin dunia, termasuk presiden Bank Dunia, inisiatif Pemimpin Nutrisi Afrika yang didukung oleh Bank Pembangunan Afrika, dan menteri keuangan dan kepala negara dari beberapa negara dengan beban utang tinggi. Oleh karena itu, skenario “solidaritas global” yang dikembangkan dalam Bab 8 mengasumsikan pembiayaan ODA akan memulai upaya tersebut dengan lonjakan pembiayaan (3,5 kali lipat dari investasi saat ini) selama lima tahun pertama, diikuti dengan peningkatan yang lebih lambat namun lebih berkesinambungan dari sumber daya dalam negeri selama lima tahun kedua.

Untuk menyediakan dana sebesar \$70 miliar yang dibutuhkan untuk mencapai target stunting, anemia, dan pemberian ASI serta mengurangi dampak wasting, pemerintah nasional perlu memobilisasi rata-rata \$4 miliar lebih banyak sumber daya domestik per tahun, dan ODA perlu memobilisasi tambahan \$2,6 miliar per tahun selama 10 tahun ke depan (tabel 9.1).

Pembiayaan tambahan yang diperlukan di bawah skenario solidaritas global yang diusulkan (lihat bab 8) untuk mencapai target global akan membutuhkan upaya besar dari semua pemangku kepentingan. Bagi pemerintah di negara-negara dengan beban tinggi, akan menjadi tantangan untuk mengalokasikan, rata-rata, hampir 2,9 persen dari anggaran kesehatan mereka untuk gizi, meningkat dari rata-rata saat ini yang hanya 1 persen. Meskipun tingkat pengeluaran domestik ini ambisius, banyak negara telah menunjukkan bahwa hal itu dapat dicapai. Untuk mengusulkan skenario pembiayaan yang berkelanjutan, rencananya adalah negara-negara dengan beban tinggi untuk secara bertahap meningkatkan bagian anggaran domestik mereka selama 10 tahun. Jika mereka memulai lebih awal dan mempertahankan upaya mereka, dan jika komitmen politik diterjemahkan ke dalam anggaran, tingkat kenaikan dari tahun ke tahun dapat dilakukan. Negara-negara seperti Ethiopia, India, Malawi, dan Pakistan sudah bergerak ke arah ini.

Bagi penyandang dana eksternal, memenuhi bagian mereka dalam skenario solidaritas global melalui ODA akan mengharuskan mereka untuk secara substansial meningkatkan bagian mereka dalam bantuan pembangunan untuk kesehatan yang dikhususkan untuk pengurangan stunting dan peningkatan hasil gizi secara keseluruhan pada fase awal.

**Tabel 9.1 Kebutuhan Pembiayaan Tambahan untuk Mencapai Keempat Target, Tahun Tertentu**

US\$, jutaan

Sumber	Pada tahun 2016	Pada tahun 2021	Pada tahun 2025	Selesai total 10 tahun
Pemerintah negara	707	4.519	7.104	39.676
ODA	622	3.940	2.063	25.628
Sumber lain <sup>a</sup>	203	570	590	4.608
Total				69.912

Note: ODA = official development assistance.

a. *Other sources* includes innovative financing mechanisms, financing of intermittent presumptive treatment of malaria in pregnancy in malaria-endemic areas (from malaria budgets), and household contribution toward appropriate interventions.

Bagi beberapa donor seperti Kanada, yang telah menyumbang lebih dari 11 persen ODA kesehatan untuk nutrisi dasar, tantangannya akan lebih mudah dipenuhi. Saat ini, 13 negara anggota *Organization for Economic Co-operation and Development* (OECD) masing-masing memberikan kurang dari \$1 juta dalam bentuk bantuan langsung untuk gizi (OECD 2016); mereka berpotensi didorong oleh bukti yang disajikan dalam laporan ini untuk mengubah kebijakan mereka untuk memprioritaskan gizi. Sumber pembiayaan eksternal yang baru dan inovatif, termasuk Fasilitas Pembiayaan Global untuk mendukung Setiap Wanita, Setiap Anak, dan Kekuatan Nutrisi, yang memanfaatkan pembiayaan tradisional untuk mengakses pendanaan filantropi dan swasta baru, juga akan sangat penting untuk membantu mengisi kesenjangan tersebut.<sup>1</sup>

Dalam lingkungan sumber daya terbatas, jika dunia tidak mampu memberikan \$70 miliar diperlukan untuk mencapai target, tetapi alih-alih hanya dapat berinvestasi dalam sebagian intervensi, ia harus menetapkan prioritas. Dalam konteks ini, laporan ini menjabarkan dua paket alternatif untuk dipertimbangkan. Skenario ini akan mencakup peningkatan intervensi dengan tingkat pengembalian tertinggi dan intervensi yang dapat diskalakan sekarang (yaitu, intervensi yang memaksimalkan efisiensi teknis dan alokatif), dengan peringatan kuat bahwa peningkatan serangkaian intervensi yang lebih kecil tidak akan mencapai beberapa skala global target pada tahun 2025. Pembiayaan “paket prioritas” intervensi yang segera siap untuk ditingkatkan akan membutuhkan investasi tambahan sebesar \$23 miliar selama 10 tahun ke depan, atau \$2,3 miliar per tahun. Bila dikombinasikan dengan upaya kesehatan dan pengentasan kemiskinan lainnya, paket prioritas ini akan memberikan hasil yang signifikan: diperkirakan 2,3 juta nyawa akan diselamatkan, dan kasus stunting akan berkurang 50 juta pada tahun 2025 dibandingkan pada tahun 2015. Paket investasi yang sedikit lebih ambisius, yang disebut “paket kemajuan katalisasi” akan meningkatkan paket prioritas plus dan lebih bertahap. perluasan intervensi lain untuk memperkuat mekanisme penyampaian dan mendukung penelitian dan implementasi program. Diasumsikan bahwa, untuk rangkaian intervensi terakhir, selama 5 tahun pertama, penekanan akan ditempatkan pada penetapan pedoman global dan penelitian operasional untuk mengembangkan platform penyampaian yang efektif, atau untuk mengembangkan produk yang lebih murah atau teknologi yang lebih hemat biaya (seperti untuk fortifikasi beras). Paket kemajuan katalis ini akan membutuhkan tambahan \$37 miliar selama 10 tahun ke depan, atau \$3,7 miliar per tahun.

Selain itu, kunci pembiayaan berkelanjutan untuk nutrisi terletak pada menteri keuangan di negara-negara yang terkena dampak, dan pembiayaan dalam negeri akan tetap menjadi prioritas tertinggi seperti yang disepakati pada pertemuan Pembiayaan untuk Pembangunan Addis Ababa pada tahun 2015.

## **Keterbatasan dan Kendala**

Beberapa keterbatasan penting dari analisis yang disajikan dalam laporan ini harus dipertimbangkan.

Data biaya unit hanya tersedia untuk sejumlah negara dan wilayah yang terbatas, sehingga beberapa analisis didasarkan pada biaya unit yang diekstrapolasi. Selain itu, data biaya satuan seringkali didasarkan pada program regional atau lokal (misalnya, Puett et al. 2013). Diasumsikan bahwa unit cost untuk program nasional berskala besar akan sama, tetapi belum tentu demikian. Akhirnya, analisis mengasumsikan biaya unit tetap konstan dari waktu ke waktu (dengan pengecualian biaya pengobatan malnutrisi akut yang parah; lihat bab 6 untuk detailnya). Sangat mungkin bahwa biaya unit sebenarnya akan berubah dari waktu ke waktu sebagai akibat dari perluasan skala (skala ekonomi dan ruang lingkup), pematangan program dan peningkatan efisiensi dalam penyampaian program, perubahan protokol, dan faktor lainnya. Sayangnya, saat ini tidak ada penilaian empiris perubahan biaya unit program gizi dari waktu ke waktu baik dalam literatur peer-review atau abu-abu. Ini diidentifikasi sebagai area untuk pekerjaan masa depan.

Demikian pula, meskipun data tentang cakupan dasar beberapa intervensi (seperti suplementasi vitamin A untuk anak-anak) mudah tersedia, untuk intervensi lain—termasuk konseling gizi bayi dan anak kecil, pengobatan malnutrisi akut parah, dan fortifikasi makanan pokok—datanya jarang. Data tentang konseling menyusui dan pemberian makanan pendamping tidak dikumpulkan secara rutin oleh survei utama (misalnya, Survei Demografi dan Kesehatan, DHS). Oleh karena itu, tindakan proksi (seperti prevalensi pemberian ASI eksklusif) harus digunakan. Data tentang pengobatan malnutrisi akut parah tidak dikumpulkan sama sekali di DHS atau instrumen survei standar lainnya, meskipun pengobatan rawat jalan untuk malnutrisi akut parah telah direkomendasikan sebagai standar emas selama hampir satu dekade (WHO et al. 2007). Seperti dicatat dalam bab 6, ekstrapolasi data cakupan dari jaringan pemantauan cakupan mungkin melebih-lebihkan cakupan saat ini dan, akibatnya, menyebabkan perkiraan yang terlalu rendah terhadap kebutuhan keuangan.

Data yang kuat tentang pembiayaan domestik untuk nutrisi tetap terbatas meskipun ada upaya baru-baru ini, dengan data yang saat ini hanya tersedia untuk 31 negara, dan data ini terutama berasal dari rencana atau anggaran aspirasional daripada pengeluaran aktual. Selain itu, karena estimasi pembiayaan pemerintah domestik dan ODA jarang dipisahkan ke tingkat intervensi, angka yang disajikan di sini merupakan estimasi terbaik.

Keterbatasan lain adalah bahwa perkiraan dampak intervensi didasarkan terutama pada hasil dari uji klinis dalam pengaturan eksperimental, bukan pada implementasi intervensi dunia nyata skala besar. Oleh karena itu, mereka mungkin melebih-lebihkan

dampak peningkatan intervensi terhadap hasil gizi, morbiditas, dan mortalitas. Ini adalah batasan umum dari studi yang menggunakan pemodelan matematika dalam konteks kesehatan masyarakat. Namun, jelas bahwa diperlukan lebih banyak bukti efektivitas dari program skala besar untuk menginformasikan perencanaan dan pengelolaan program gizi.

Bukti mengenai pencegahan wasting sangat terbatas (lihat bab6 untuk pembahasan lebih mendalam). Akibatnya, tidak mungkin memperkirakan biaya untuk mencapai target pemborosan. Sebaliknya, perkiraan yang disajikan termasuk biaya untuk mengobati malnutrisi akut yang parah (*wasting*). Ini adalah intervensi yang mahal (sekitar \$110 per episode per anak di Afrika Sub-Sahara dan \$90 di Asia Selatan).

Selain itu, pengobatan wasting mewakili lebih dari 50 persen ODA nutrisi saat ini. Ada kemungkinan intervensi pencegahan wasting yang efektif ternyata lebih hemat biaya daripada pengobatan. Ini sangat mungkin mengingat bukti yang muncul dari efek kesehatan dan perkembangan yang bertahan lama dari wasting pada anak usia dini (WHO 2014b). Namun, keadaan bukti saat ini tidak cukup untuk menentukan apakah ini benar-benar terjadi. Sebagaimana dibahas dalam Bab 6, data kematian terkait wasting juga terbatas. Pendekatan yang digunakan di sini—berdasarkan McDonald et al. (2013) analisis *wasting* sebagai faktor risiko yang meningkatkan kematian akibat pneumonia, sepsis, campak, dan kondisi lainnya—tampaknya meremehkan dampak wasting terhadap kematian. Estimasi alternatif, di sisi lain, tampaknya meningkatkan kematian akibat pemborosan. Data yang lebih tepat, baru-baru ini, dan dapat digeneralisasikan (di luar Afrika Sub-Sahara) mengenai dampak *wasting* terhadap mortalitas dan morbiditas diperlukan untuk secara akurat menilai efektivitas biaya dan rasio manfaat-biaya pencegahan wasting dan intervensi pengobatan.

Estimasi global yang disajikan dalam laporan ini didasarkan pada asumsi yang mungkin atau mungkin tidak berlaku sama untuk setiap konteks regional/negara atau untuk pengaturan yang rentan dan terkena dampak konflik. Oleh karena itu, kesimpulan dan rekomendasi selanjutnya disimpan di tingkat global, dengan beberapa indikasi untuk tingkat regional. Mengikuti studi biaya nutrisi global sebelumnya (Horton et al. 2010), asumsi dibuat bahwa biaya program akan mencapai tambahan 12 persen dari total biaya pemberian layanan. Ada kemungkinan bahwa ini merupakan perkiraan yang terlalu rendah dari biaya program yang sebenarnya. Misalnya, studi terbaru dari Kenya menunjukkan bahwa biaya pengelolaan program (peningkatan kapasitas, pemantauan dan evaluasi, biaya umum program, advokasi) mencapai 60 persen dari biaya penyampaian layanan langsung (UNICEF 2015). Namun, pada saat yang sama, biaya program mungkin lebih rendah di wilayah lain di mana sistem kesehatan yang lebih kuat dan lebih efisien membutuhkan lebih sedikit investasi dalam pengembangan kapasitas, pengawasan, pemantauan, dan biaya program lainnya daripada yang dibutuhkan di Afrika Sub-Sahara. Pemeriksaan sistematis dari biaya program gizi aktual dalam berbagai konteks sangat dibutuhkan. Keterbatasan lebih lanjut termasuk hambatan untuk peningkatan langsung dari dua intervensi yang paling mahal—suplemen seng profilaksis untuk anak-anak dan penyediaan makanan pendamping untuk anak-anak oleh publik—yang mencapai 43 persen dari total biaya intervensi. Selain itu, pemberian suplemen zat besi dan asam folat untuk wanita tidak hamil usia 15–49 tahun di luar sekolah dan suplemen energi-

protein seimbang untuk wanita hamil juga merupakan bagian yang besar dari total kebutuhan pembiayaan (sekitar 11 persen). Namun, sampai saat ini hanya ada sedikit pengalaman dalam meningkatkan intervensi ini, dan pedoman Organisasi Kesehatan Dunia tentang pelaksanaannya belum dikeluarkan. Karena intervensi ini sangat efektif dan diperlukan untuk mencapai target global, pengembangan pedoman tersebut harus diprioritaskan. Masalah terkait adalah kebutuhan yang kuat untuk mengeksplorasi mekanisme baru untuk pemberian layanan pada skala yang meningkatkan efisiensi alokatif—yaitu, untuk mengarahkan sumber daya ke intervensi yang paling hemat biaya dan intervensi yang berkontribusi pada berbagai target. Sangat penting bahwa pengembangan pedoman tersebut diprioritaskan. Masalah terkait adalah kebutuhan yang kuat untuk mengeksplorasi mekanisme baru untuk pemberian layanan pada skala yang meningkatkan efisiensi alokatif—yaitu, untuk mengarahkan sumber daya ke intervensi yang paling hemat biaya dan intervensi yang berkontribusi pada berbagai target.

Analisis yang disajikan dalam laporan ini menunjukkan bahwa pencapaian target stunting dan anemia akan mungkin terjadi hanya jika perbaikan pada faktor penentu yang mendasari malnutrisi menyertai investasi khusus nutrisi yang diidentifikasi dalam laporan tersebut. Perbaikan dalam faktor-faktor penentu yang mendasari ini mungkin berasal dari apa yang disebut sebagai tindakan sensitif nutrisi yang bukti biaya dan manfaatnya sangat terbatas, dan oleh karena itu tidak disertakan dalam laporan. Satu pengecualian adalah intervensi air, sanitasi, dan kebersihan (WASH) dimasukkan dalam analisis pengerdilan (lihat bab 3). Intervensi didefinisikan dengan baik (dengan pengecualian pembuangan tinja anak yang higienis) dan dampaknya terhadap hasil gizi (melalui kejadian diare) didokumentasikan dengan baik. Namun, intervensi WASH tidak termasuk dalam estimasi biaya dan manfaat-biaya, karena diharapkan akan dibiayai melalui mekanisme pembiayaan terpisah yang bertujuan untuk mencapai target SDG WASH.

## Implikasi dan Rekomendasi Kebijakan

Tiga rekomendasi kebijakan utama mengalir dari laporan ini:

1. Dunia membutuhkan \$70 miliar selama 10 tahun untuk berinvestasi dalam intervensi khusus gizi berdampak tinggi guna mencapai target global untuk stunting, anemia, dan menyusui serta untuk meningkatkan pengobatan wasting parah. Ini berarti lebih dari \$10 per anak.

Investasi ini diharapkan dapat memberikan manfaat yang besar: 65 juta kasus stunting dan 265 juta kasus anemia pada wanita dapat dicegah pada tahun 2025 dibandingkan dengan baseline tahun 2015. Selain itu, sedikitnya 91 juta anak lagi akan dirawat karena wasting parah dan 105 juta bayi tambahan akan disusui secara eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan selama 10 tahun. Secara keseluruhan, mencapai target ini akan mencegah setidaknya 3,7 juta kematian anak. Dan, yang terpenting, setiap dolar yang diinvestasikan dalam paket intervensi ini akan menghasilkan keuntungan ekonomi sebesar \$10 (antara \$4 dan \$35). Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyarankan pengembalian sebesar \$18 (Hoddinott et al. 2013).

Dalam lingkungan dengan sumber daya terbatas, prioritas dapat diberikan untuk peningkatan paket yang lebih kecil dari intervensi yang sangat efektif, segera siap untuk skala. Oleh karena itu, laporan ini menjabarkan dua paket alternatif untuk dipertimbangkan, dengan peringatan kuat bahwa berinvestasi dalam rangkaian intervensi yang lebih kecil akan gagal mencapai beberapa target global pada tahun 2025. Pembiayaan “paket prioritas” intervensi segera siap untuk skala akan membutuhkan investasi tambahan sebesar \$23 miliar selama 10 tahun ke depan, \$2,3 miliar per tahun, atau lebih dari \$4 per anak. Paket investasi yang sedikit lebih ambisius, yang disebut paket “mengkatalisasi kemajuan” akan meningkatkan paket prioritas ditambah perluasan intervensi lain yang lebih bertahap untuk meningkatkan mekanisme pengiriman dan implementasi program, yang membutuhkan tambahan \$37 miliar untuk 10 tahun ke depan, \$3,7 miliar per tahun, atau lebih dari \$5 per anak. Bila digabungkan dengan upaya kesehatan dan pengentasan kemiskinan lainnya, paket intervensi ini masih akan memberikan hasil yang signifikan: untuk paket prioritas, diperkirakan 2,3 juta nyawa akan hilang akan diselamatkan dan akan ada 50 juta lebih sedikit kasus stunting pada tahun 2025 dibandingkan tahun 2015, dan untuk paket kemajuan katalis, diperkirakan 2,6 juta jiwa akan diselamatkan dan akan ada 58 juta lebih sedikit kasus stunting pada tahun 2025 dibandingkan tahun 2015.

2. Meskipun beberapa target, terutama untuk mengurangi stunting dan anemia pada wanita, bersifat ambisius dan akan membutuhkan upaya bersama dalam pendanaan, peningkatan, dan komitmen berkelanjutan, pengalaman terkini dari beberapa negara menunjukkan bahwa hal tersebut dapat dilakukan. Di sisi lain, target pemberian ASI memiliki cakupan yang jauh lebih ambisius.
3. Beberapa bidang penelitian perlu diprioritaskan:
  - (a) *Lebih banyak penelitian tentang strategi terukur untuk memberikan intervensi berdampak tinggi* adalah kritis. Ini termasuk menentukan cara mengatasi hambatan untuk meningkatkan, misalnya melalui pendekatan penganggaran berbasis hasil, atau cara lain untuk memberi insentif pada hasil (Bank Dunia 2016a). Riset implementasi semacam itu tidak hanya akan memfasilitasi peningkatan yang lebih cepat tetapi juga berpotensi meningkatkan efisiensi teknis dan biaya pengiriman untuk intervensi ini, sehingga mengurangi kebutuhan pembiayaan global di masa depan.
  - (b) Bidang kritis lain untuk penelitian masa depan adalah penilaian efisiensi alokatif—yaitu, mengidentifikasi alokasi dana optimal di antara berbagai intervensi, atau alokasi yang memaksimalkan dampak di bawah keterbatasan anggaran. Analisis saat ini menunjukkan biaya per hasil, hanya memungkinkan perbandingan terbatas dari efektivitas biaya di antara berbagai intervensi untuk target yang sama.
  - (c) *Riset untuk meningkatkan efisiensi teknis pengeluaran gizi* juga sangat dibutuhkan. Ini termasuk penelitian tentang strategi baru untuk mengatasi masalah gizi yang kompleks seperti stunting dan anemia, serta teknologi yang lebih baik untuk membantu solusi ini ditingkatkan lebih cepat dan dengan harga yang lebih murah (misalnya, untuk fortifikasi beras). Karena sifat anemia yang multifaktorial, penelitian sedang dilakukan untuk mendapatkan kejelasan

tentang bagian mana dari masalah yang dapat diatasi dengan intervensi nutrisi; perkiraan ini mungkin perlu direvisi setelah hasilnya tersedia. Selain itu, beberapa defisiensi mikronutrien utama tidak disertakan dalam analisis ini (yaitu, yodium), karena ini tidak termasuk dalam target global, meskipun berdampak signifikan pada morbiditas, mortalitas, dan produktivitas ekonomi.

- (d) Upaya khusus untuk memahami intervensi mana yang mencegah pemborosan sangat dibutuhkan. Penting juga untuk mempelajari lebih lanjut tentang strategi hemat biaya untuk mengelola malnutrisi akut sedang, dan apakah ini dapat berkontribusi terhadap pencegahan wasting atau tidak.
- (e) *Penguatan kualitas data pengawasan, dan membangun sistem pengumpulan data yang lebih kuat untuk memperkirakan investasi saat ini* (dari pemerintah dalam negeri dan ODA) dalam nutrisi sangat penting. Perbaikan tidak hanya diperlukan untuk melacak pengeluaran tingkat nasional untuk nutrisi dengan lebih baik, tetapi juga pengeluaran harus dipantau secara ketat untuk melacak kemajuan, memastikan akuntabilitas, dan mengidentifikasi area untuk peningkatan efisiensi lebih lanjut, termasuk efisiensi alokatif.
- (f) *Memperbaiki data biaya satuan untuk intervensi dalam konteks negara yang berbeda.* Lebih jauh diperlukan pada biaya intervensi seperti cuti melahirkan untuk mendukung perempuan dalam angkatan kerja untuk mendorong mereka untuk menyusui bayi secara eksklusif selama enam bulan pertama.
- (g) *Lebih banyak bukti diperlukan pada biaya dan dampak intervensi yang sensitif terhadap nutrisi*—yaitu investasi untuk perbaikan gizi melalui pertanian, perlindungan sosial, dan sektor air dan sanitasi, antara lain. Ternyata stunting, seperti halnya anemia, bersifat multifaktorial dan dapat diperbaiki dengan meningkatkan kualitas, keragaman, dan keterjangkauan pangan; dengan memperluas kontrol pendapatan oleh petani perempuan; dan juga dengan mengurangi paparan terhadap patogen tinja melalui praktik WASH yang lebih baik. Namun, sebagian kecil dari beban yang dapat diatasi oleh intervensi ini tidak diketahui. Lima tahun terakhir telah terlihat banyaknya studi untuk meningkatkan kejelasan tentang isu-isu ini, serta tentang penggunaan program sosial sebagai platform untuk menjangkau yang paling rentan. Pekerjaan di masa depan di bidang ini harus mempertimbangkan bukti baru seperti penelitian yang diterbitkan.

Saat dunia berdiri di puncak SDGs baru, dengan tingkat kemiskinan global telah menurun hingga kurang dari 10 persen untuk pertama kalinya dalam sejarah, ada peluang yang belum pernah terjadi sebelumnya untuk menyelamatkan nyawa anak-anak, membangun sumber daya manusia dan infrastruktur materi abu-abu di masa depan, dan memberikan kesempatan yang sama bagi semua anak untuk mendorong pertumbuhan ekonomi yang lebih cepat. Investasi dalam nutrisi ini tidak dapat dicabut dan dapat dipindahkan serta akan memberikan keuntungan seumur hidup—tidak hanya untuk anak-anak yang terkena dampak langsung tetapi juga untuk kita semua dalam bentuk masyarakat yang lebih kuat—yang akan mendorong ekonomi masa depan. Apa yang terjadi dalam 1.000 hari pertama masa kanak-kanak akan tetap bersama anak-anak seumur hidup mereka.



Meskipun \$7 miliar per tahun tampaknya merupakan investasi besar, itu tidak berarti jika dibandingkan dengan \$500 miliar per tahun (hampir \$1,5 miliar/hari) yang dihabiskan untuk subsidi pertanian (Potter 2014) dan \$543 miliar per tahun (lebih dari \$1,5 miliar/hari) dihabiskan untuk subsidi bahan bakar fosil (IEA 2014).

Stunting dan bentuk lainnya malnutrisi bisa menjadi hukuman seumur hidup, tetapi tidak boleh diterima sebagai “normal baru”. Meskipun komitmen politik tumbuh cepat untuk berinvestasi dalam jendela peluang 1.000 hari, diperlukan lebih banyak upaya untuk memindahkan agenda ini dari tujuan hewan peliharaan ke tujuan bersama, dan dari keharusan politik menjadi keharusan ekonomi.

### Gambar 9.3 Ajakan tindakan

Berdasarkan banyak sekali bukti yang disajikan dalam laporan ini, waktu telah datang berlalu untuk memindahkan investasi dalam nutrisi dari penyebab hewan peliharaan ke penyebab umum ... dari keharusan politik ke keharusan ekonomi.

### Catatan

1. Lihat kotak 1.3 di bab 1 untuk informasi lebih lanjut tentang Kekuatan Nutrisi dan Fasilitas Pembiayaan Global dalam mendukung Setiap Wanita Setiap Anak.

### Referensi

- ANSD (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie) [Senegal] and ICF International. 2012. *Senegal Demographic and Health and Multiple Indicator Cluster Survey (EDS-MICS) 2010–2011*. Calverton, MA: ANSD and ICF International.
- . 2015. *Sénégal: Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS Continue 2012–14), Rapport Régional*. Calverton, MA: ANSD and ICF International.
- DHS Program. 2016. StatCompiler (BETA): The DHS Program (database), USAID, Washington, DC (accessed June 2016), <http://beta.statcompiler.com/>
- Global Panel (Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition). 2016. *The Cost of Malnutrition. Why Policy Action Is Urgent*. London: Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition.
- Hoddinott, J. H. Alderman, J. R. Behrman, L. Haddad, and S. Horton. 2013. “The Economic Rationale for Investing in Stunting Reduction.” *Maternal and Child Nutrition* 9 (Suppl. 2): 69–82.
- Horton, S., H. Alderman, and J. Rivera. 2008. *Hunger and Malnutrition*. Copenhagen Consensus 2008: Malnutrition and Hunger. [http://www.copenhagenconsensus.com/sites/default/files/CP\\_Malnutrition\\_and\\_Hunger\\_-\\_Horton.pdf](http://www.copenhagenconsensus.com/sites/default/files/CP_Malnutrition_and_Hunger_-_Horton.pdf)
- Horton, S., M. Shekar, C. McDonald, A. Mahal, and J. Krystene Brooks. 2010. *Scaling Up Nutrition: What Will It Cost?* Directions in Development Series, Washington, DC: World Bank.
- IEA (International Energy Agency). 2014. *World Energy Outlook 2014*. Paris: IEA. <http://www.worldenergyoutlook.org/weo2014/>

- Imdad, A.K. Herzer, E. Mayo-Wilson, M. Y. Yakoob, and Z. A. Bhutta. 2010. "Vitamin A Supplementation for Preventing Morbidity and Mortality in Children from 6 Months to 5 Years of Age." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 12 (CD008524).
- INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática). 2015. *Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos, 2007–2014*. Lima, Peru: INEI.
- McDonald, C. M., I. Olofin, S. Flaxman, W. W. Fawzi, D. Spiegelman, L. E. Caulfield, R. E. Black, M. Ezzati, and G. Danaei. 2013. "The Effect of Multiple Anthropometric Deficits on Child Mortality: Meta-Analysis of Individual Data in 10 Prospective Studies from Developing Countries." *American Journal of Clinical Nutrition* 97 (4): 896–901.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2016. *OECD Statistical Database* (accessed 2016), <http://stats.oecd.org/>.
- Potter, G. 2014. "Agricultural Subsidies Remain a Staple in the Industrial World." *Vitalsigns* February 2014. Washington DC: World Watch Institute. <http://Vitalsigns.Worldwatch.Org/Vs-Trend/Agricultural-Subsidies-Remain-Staple-Industrial-World>
- Puett, C. K. Sadler, H. Alderman, J. Coates, J. L. Fiedler, and M. Myatt. 2013. "Cost- Effectiveness of the Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition by Community Health Workers in Southern Bangladesh." *Health Policy and Planning* 28 (4): 386–99.
- Stevens, G. A., M. M. Finucane, L. M. De-Regil, C. J. Paciorek, S. R. Flaxman, F. Branca, J. P. Peña-Rosas, Z. A. Bhutta, and M. Ezzati. 2013. "Global, Regional, and National Trends in Hemoglobin Concentration and Prevalence of Total and Severe Anemia in Children and Pregnant and Nonpregnant Women for 1995–2011: A Systematic Analysis of Population-Representative Data." *The Lancet Global Health Blog* 1 (1): e16–e25.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2015. *Costing of Kenya High Impact Nutrition Intervention*. Reference report. Nairobi, Kenya: UNICEF Kenya office.
- UNICEF, WHO, and World Bank (United Nations Children's Fund, World Health Organization, and World Bank). 2015. *Joint Child Malnutrition Estimates: Levels and Trends*. Global Database on Child Growth and Malnutrition, <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates2014/en/>.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2013. *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013*. Geneva: UNAIDS.
- Victora, C., R. Bahl, A. Barros, G. V. A. França, S. Horton, J. Krasevec, S. Murch, M. J. Sankar, N. Walker, and N. C. Rollins. 2016. "Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms and Lifelong Effect." *The Lancet* 387 (10017): 475–90.
- Viet Nam National Institute of Nutrition, UNICEF (United Nations Children's Fund), Alive & Thrive, 2014. *Nutrition Surveillance Profiles 2013*. Ha Noi, Viet Nam.
- WHO (World Health Organization). 2008. *Worldwide Prevalence of Anaemia 1993–2005: WHO Global Database on Anaemia*. Geneva: WHO. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43894/1/9789241596657\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43894/1/9789241596657_eng.pdf).
- . 2014a. *Comprehensive Implementation Plan on Maternal, Infant, and Young Child Nutrition*. Geneva: WHO.
- . 2014b. *Global Nutrition Targets 2025: Wasting Policy Brief*. [http://www.who.int/nutrition/topics/globaltargets\\_wasting\\_policybrief.pdf](http://www.who.int/nutrition/topics/globaltargets_wasting_policybrief.pdf).
- WHO, WFP, UNSSCN, and UNICEF (World Health Organization, World Food Programme, United Nations System Standing Committee on Nutrition, United Nations Children's Fund). 2007. Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition. A Joint Statement by the World Health Organization, the World Food Programme, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and the United Nations Children's Fund.
- World Bank. 2015. World Development Indicators (database), World Bank, Washington, DC (accessed 2015), <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

- . 2016a. *Incentivizing Nutrition: Incentive Mechanisms to Accelerate improved Nutrition Outcomes*. Washington, DC: World Bank.
- . 2016b. *World Development Indicators* (database), (accessed June 2016), <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

