



2 Tahun

20 Tahun

## SEMINAR NASIONAL

Bayi

Balita  
(5 Tahun)

Anak Pertengahan  
(5-9 Tahun)

Remaja Awal  
(10-14 Tahun)

Remaja Akhir  
(15-19 Tahun)

Pemuda  
(20 Tahun)

# STUNTING & 8000 HARI PERTAMA KELAHIRAN (HPK)

Dr. Mufdlilah, S.Pd., S.SiT., M.Sc

Ketua AIPKEMA Indonesia

270 Hari 1000 hari

8000 hari

Lahir

2 Tahun

20 Tahun

Bayi

Balita  
(5 Tahun)

Anak Pertengahan  
(5-9 Tahun)

Remaja Awal  
(10-14 Tahun)

Remaja Akhir  
(15-19 Tahun)

Pemuda  
(20 Tahun)



270 Hari

1000 hari

8000 hari



**Stunting dapat di cegah dengan 8000 HPK**



**8000 HPK investasi Pada Kesehatan Anak dan Remaja**



# Kenapa 8000 HPK ?



**Apakah ada sudah mengenal 1000 HPK?  
Apa yang anda pahami...?**

**1000 HPK**  **8000 HPK**

- **1000 HPK** sebagai prioritas dalam pembangunan – **hal ini tidak cukup**
- **1000 HPK tidak cukup untuk sebuah investasi.**
- **Dibutuhkan** sebuah **upaya yang sistematis dan intervensi yang tepat**
- Perlunya **perhatian khusus pada 7000 HPK selanjutnya**
- Intervensi 7000 hari dari masa kanak-kanak ke remaja sering diabaikan
- Intervensi kesehatan dirancang dengan baik di masa kanak-kanak dan remaja



**8000 HPK**

- 8000 HPK merupakan **lanjutan dari konsep 1000 HPK.**
- Perlu memberikan **perhatian penuh pada anak dan remaja**

Tahun 2017, Bundy., et al memperkenalkan konsep 8000 HPK "Investment in child and adolescent health and development: Key messages from Disease Control Priorities , 3rd Edition"

Investment in child and adolescent health and development: key messages from *Disease Control Priorities*, 3rd Edition

Donald A P Bundy, Nirmithi de Silva, Susan Horton, George C Patton, Linda Schultz, Dean F Jamison, for the Disease Control Priorities-3 Child and Adolescent Health and Development Authors Group\*

The realisation of human potential for development requires age-specific investment throughout the 8000 days of childhood and adolescence. Focus on the first 1000 days is an essential but insufficient investment. Intervention is also required in three later phases: the middle childhood growth and consolidation phase (5–9 years), when infection and malnutrition constrain growth, and mortality is higher than previously recognised; the adolescent growth spurt (10–14 years), when substantial changes place commensurate demands on good diet and health; and the adolescent phase of growth and consolidation (15–19 years), when new responses are needed to support brain maturation, intense social engagement, and emotional control. Two cost-efficient packages, one delivered through schools and one focusing on later adolescence, would provide phase-specific support across the life cycle, securing the gains of investment in the first 1000 days, enabling substantial catch-up from early growth failure, and leveraging improved learning from concomitant education investments.

Introduction

Society and the common legal definition seem to have defined maturity correctly: it takes around 18–21 years for a human being to reach adulthood. The evidence shows a need to invest in the crucial development period from conception to 2 years (the first 1000 days) and during important phases over the next 7000 days. Similar to the fact that babies are not merely small people (ie, they need special and different types of care), growing children and adolescents are also not merely short adults—they too have crucial phases of development that require specific interventions. To ensure that life's journey begins right is essential, but provision of support to guide development during the next 7000 days is also essential to achieving full potential as an adult. Our thesis is that research and action on child health and development should evolve from a narrow emphasis on the first 1000 days (an age-specific approach) to holistic concern over the first 8000 days (an approach that embraces the needs across the lifecycle).

We present an overview of the analysis from volume 8 of *Disease Control Priorities* 3rd edition, published by the World Bank, entitled *Child and Adolescent Health and Development*.<sup>1</sup> This volume identifies cost-effective, scalable health interventions during middle childhood (5–9 years) and adolescence (10–19 years) that can promote physical, cognitive, and intellectual development. In 30 chapters, the volume explores the health and developmental needs of individuals in middle childhood and adolescence and presents evidence for a package of investments to address priority health needs, expanding on other work in this area, such as the *Lawson Commission on adolescent health and wellbeing*.<sup>2</sup> The analyses suggest that modest health investments are essential to attain maximum benefits from investments in schooling for individuals aged 5–19 years, such as those proposed by the *International Commission on Financing Global Education Opportunity*.<sup>3</sup> Volume 8 shares contributors to both Commissions, and complements volume 2 in the DCP3 series, entitled *Reproductive, Maternal, Newborn*

and *Child Health*,<sup>4</sup> which focuses on health in children under 5 years. Figure 1 sets out the sequential phases of development and proposes a standardised age nomenclature; the current absence of which serves to emphasise the neglect of some age groups.

This Review summarises the main conclusions of volume 8 and is intended to map the evidence and analyses published in detail in the 30 chapters. The analysis

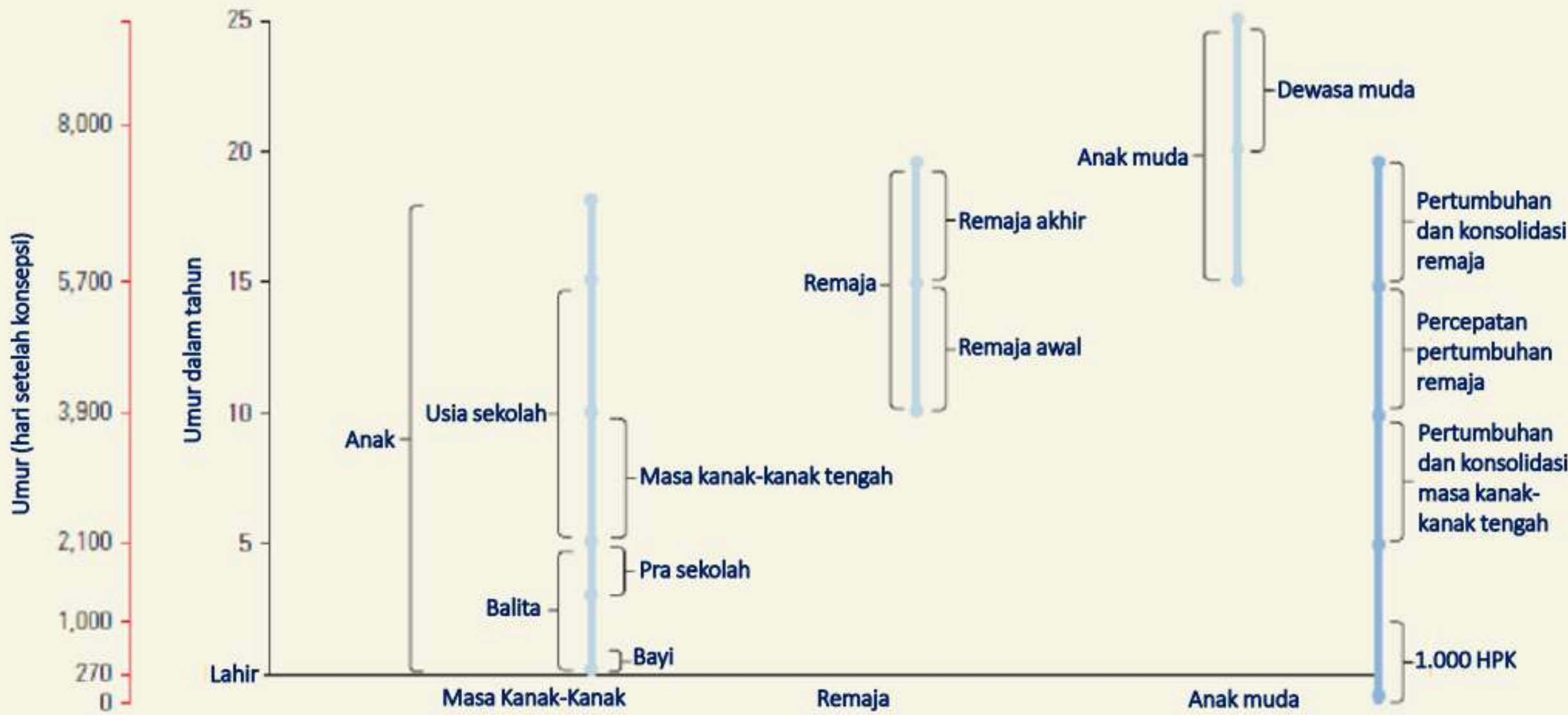
Published online November 26, 2017  
 DOI:10.1016/S2468-2667(17)30147-9  
 \*Members listed in appendix  
 Bill & Melinda Gates Foundation, London, UK (Prof D A P Bundy), University of KwaZulu-Natal, Pietermaritzburg, Pietermaritzburg, South Africa (Prof N de Silva), University of Waterloo, Waterloo, Canada (Prof S Horton PhD), The March of Dimes's Research Institute, University of Rochester, Rochester, NY, Associated Prof C Horton PhD, Health, Nutrition and Population, World Bank, Washington, DC, USA (L Schultz MPH), and University of California, San Francisco, CA, USA (Prof D F Jamison PhD)

Key messages

- It takes some 8000 days for a child to develop into an adult. Sensitive phases shape development throughout this period, and age-appropriate and condition-specific support is required throughout if a child is to achieve full potential as an adult.
- Investment in health during the first 1000 days is widely recognised as a high priority, but investments are often neglected in the following 7000 days of middle childhood and adolescence. This neglect is also reflected in the investment in research in these age groups.
- At least three phases are crucial to health and development during the next 7000 days, each requiring a condition-specific and age-specific response: middle childhood growth and consolidation phase (5–9 years) when infection and malnutrition remain key constraints on development, and mortality rates are higher than previously realised; adolescent growth spurt (10–14 years) when body mass increases rapidly and substantial physiological and behavioural changes associated with puberty occur; and adolescent growth and consolidation phase (15–19 years), which brings further brain restructuring, linked with exploration, experimentation, and initiation of behaviours that are leading determinants of health.
- Ensuring that investment in human development to include scalable interventions during the next 7000 days can be achieved cost-effectively, two essential packages were identified. The first package addresses the needs in middle childhood and early adolescence through a school-based approach; the second focuses on older adolescents (15–19 years) through a mixed approach also involving the community, media and health systems. Both packages offer high cost-effectiveness and benefit-cost ratios.
- Well-designed health interventions in middle childhood and adolescence can leverage the current substantial investment in education, and improved design of educational programmes can improve health. The potential synergy between health and education is undervalued and the return on co-investment is rarely optimised.



# Nomenclature concerning age and four key phases of child and adolescent development



Bundy, et al. (2018). Investment in child and adolescent health and development: Key messages from Disease Control Priorities , 3rd Edition. The Lancet, 391(10121), 687–699.

### 3 fase kehidupan setelah 1000 HPK:

- 1000 hari pertama kehidupan sebagai prioritas
- Tidak memadai

**1** Fase pertumbuhan dan konsolidasi anak usia menengah (5-9 th)  
Infeksi dan kekurangan gizi menjadi kendala utama

**2** Percepatan pertumbuhan remaja (10-14 th)  
Terjadi perubahan fisiologis dan perilaku (pubertas)

**3** Fase pertumbuhan konsolidasi remaja (15-19 th)  
restrukturisasi otak lebih lanjut sebagai penenti kesehatan seumur hidup

1000 HPK

7000 HPK



270 hari



730 hari



5 tahun



5-9 th



10-14 th



15-19 th



20 th

8000 HPK

Lahir

2 Tahun

20 Tahun

Bayi

Balita  
(5 Tahun)

Anak Pertengahan  
(5-9 Tahun)

Remaja Awal  
(10-14 Tahun)

Remaja Akhir  
(15-19 Tahun)

Pemuda  
(20 Tahun)



**Perhatikan permasalahan  
setiap fase**

270 Hari

1000 hari

8000 hari

- Pemberian obat cacing
- Promosi PHBS
- Imunisasi tetanus toxoid & HPV
- Kesehatan gizi dan mulut
- Skrining gangguan penglihatan dan pemberian kaca mata
- Suplementasi zat gizi makro
- Fortifikasi makanan
- School feeding

5-9 th

- Promosi PHBS
- Pelayanan kesehatan ramah anak/remaja
- Promosi kesehatan reproduksi
- Edukasi dan konseling gizi
- Edukasi dan konseling kesehatan mental

10-19 th



Dibutuhkan 8000 hari bagi anak untuk berkembang menjadi dewasa. Ini merupakan fase-fase sensitif.



**Dua paket terpenting** yang diidentifikasi selama masa intervensi pengembangan 7000 HPK:

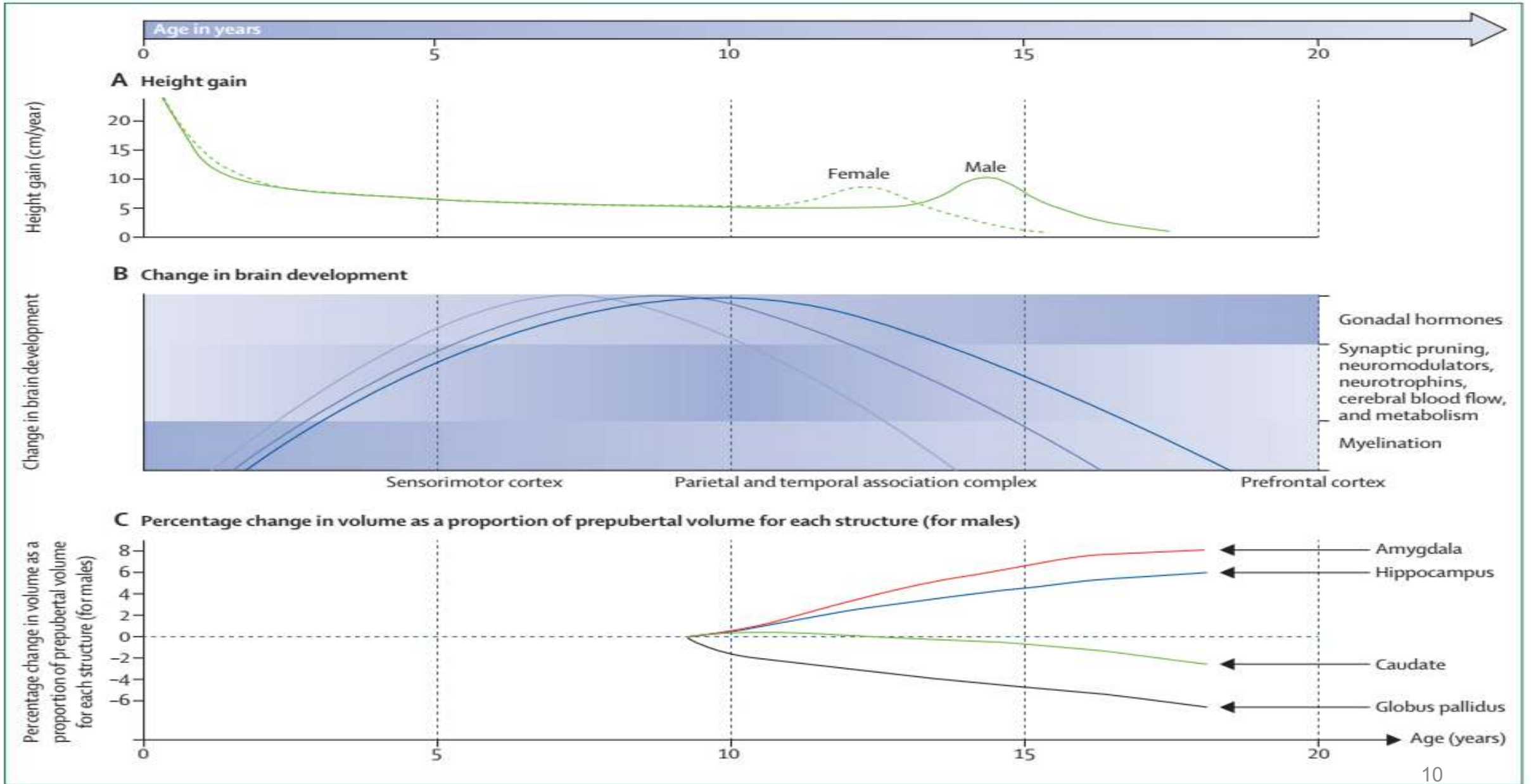
- Membahas kebutuhan di masa kanak-kanak dan remaja awal
- Terfokus pada usia 15-19 tahun (melibatkan masyarakat, media, sistem kesehatan)

1000 HPK

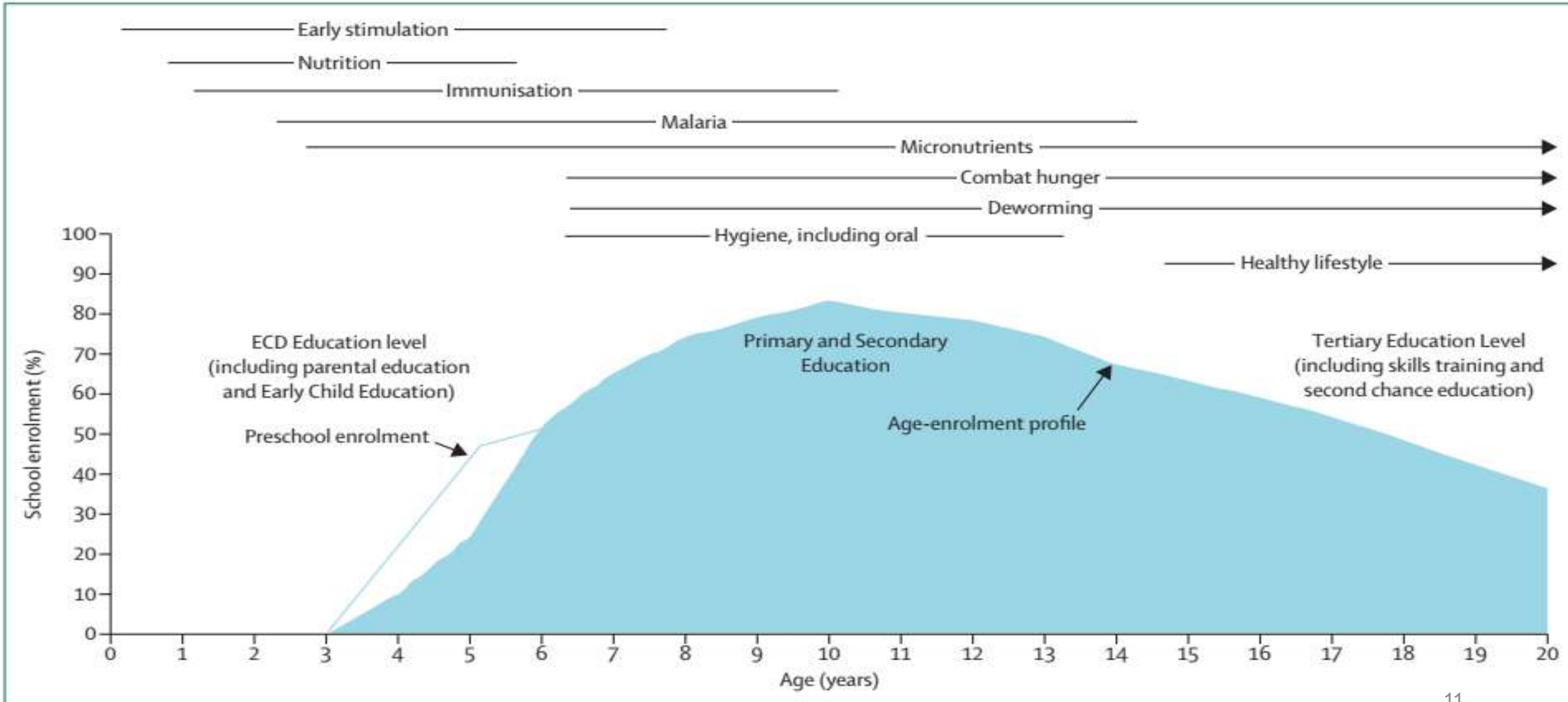
7000 HPK



# Human Development to 2 years



# Indicative rate of school enrolment in low-income and lower-middle-income countries (LLMICs)



# Saatnya Memperhitungkan Populasi Anak Usia Sekolah dan Remaja sebagai Aset Penting Bangsa

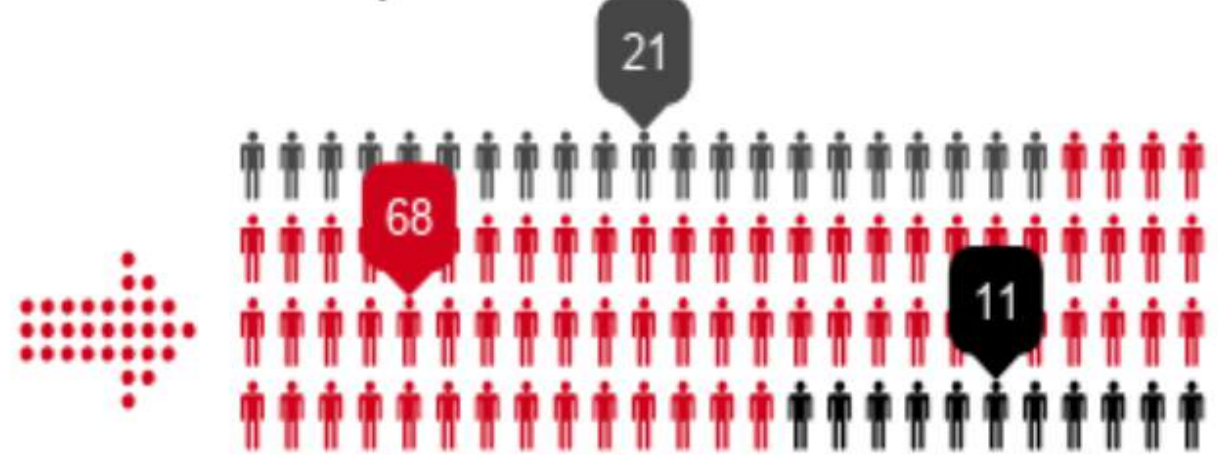
Populasi Penduduk Indonesia Tahun 2018



■ Bayi Balita (11%) ■ Anak Sekolah dan Remaja (23%)

■ Dewasa (42%) ■ Lansia (24%)

Populasi Penduduk Indonesia Tahun 2035



■ Belum Produktif (0-14 tahun) (21%)

■ Usia Produktif (68%) ■ Tidak Produktif >65 (11%)

**23% dari penduduk Indonesia merupakan anak usia sekolah dan remaja. Jumlah yang besar tersebut akan menjadi bagian kelompok usia produktif pada tahun 2035. Jika kita tidak menciptakan remaja yang sehat, maka dimasa mendatang akan mempengaruhi kualitas kelompok produktif Indonesia untuk dapat bersaing dengan global**

BPS, 2013



# Bagaimana Kondisi Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja saat ini ?



## Status Gizi



## Penyakit Lain



## Perkawinan



Riskesdas, 2013

Kondisi kesehatan anak usia sekolah dan remaja sangat terkait dengan perilaku / kebiasaan. Perilaku berisiko remaja terhadap kesehatan :



- \* 2 dari 3 remaja tidak sarapan
- \* 4 dari 5 remaja kurang makan sayur dan buah



- \* 1 dari 2 remaja makan makanan siap saji  $\geq 1$  kali/hari
- \* 1 dari 4 remaja makan makanan berpenyedap setiap hari



- \* 1 dari 4 remaja konsumsi minuman bersoda  $\geq 1$  kali/hari
- \* 4 dari 5 remaja kurang aktifitas fisik



- \* 3 dari 5 remaja tidak cuci tangan dengan benar
- \* 2 dari 5 remaja tidak sikat gigi habis makan / sebelum tidur



- \* 1 dari 4 remaja pernah merokok
- \* 1 dari 25 remaja pernah konsumsi alkohol



- \* 2 dari 3 remaja merasa orang tua tidak mengerti
- \* 1 dari 5 remaja merasa pernah di bully
- \* 1 dari 20 remaja pernah merasa ingin bunuh diri



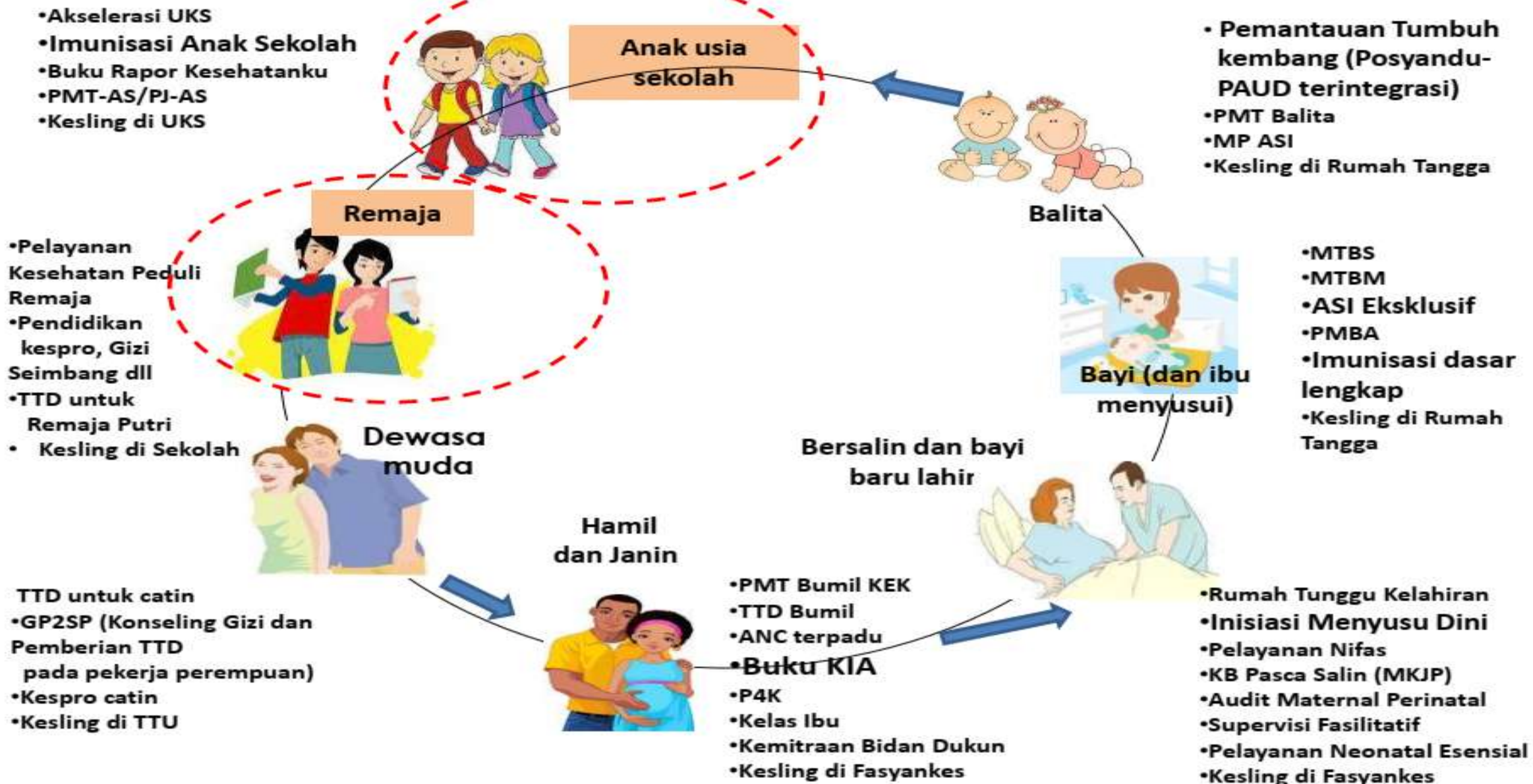
- \* 1 dari 20 remaja pernah melakukan hubungan seksual
- \* 1 dari 19 diantaranya melakukan hubungan seksual karena dipaksa



- \* 3 dari 5 remaja tidak mengetahui risiko kehamilan walaupun hanya 1 kali hubungan seksual
- \* 94% remaja telah terpapar pornografi

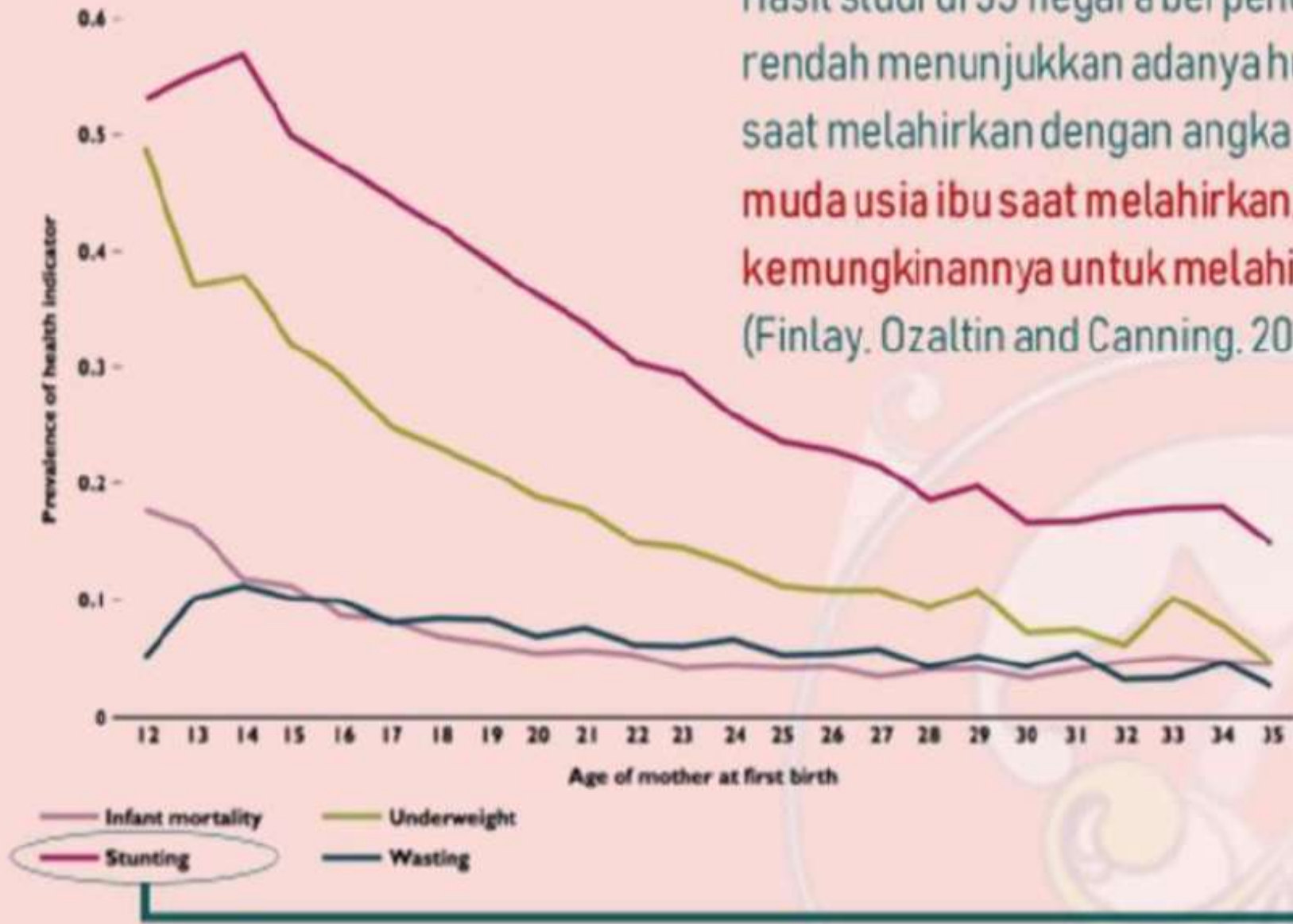
SSHS, 2015 ; SDKI 2012, Kemendikbud 2017

# CONTINUUM OF CARE





Hasil studi di 55 negara berpendapatan menengah dan rendah menunjukkan adanya hubungan antara usia ibu saat melahirkan dengan angka kejadian *stunting*. **makin muda usia ibu saat melahirkan, makin besar kemungkinannya untuk melahirkan anak yang *stunting*** (Finlay, Ozaltin and Canning, 2011).



## 5 pokok perkembangan remaja

- 01 fisik (hormonal dan perkembangan)
- 02 kognitif (perubahan fungsi kerja otak)
- 03 emosi
- 04 sosial
- 05 moral dan nilai





- Sebesar 37.91% pernikahan dibawah usia 16 tahun (Profil Kesehatan Anak Indonesia, 2018)
- 1 dari 4 perempuan di Indonesia menikah sebelum usia 18 tahun (BPS, UNICEF)
- kaum muda rentan terhadap permasalahan sexual and reproductive health and rights (SRHR)
- 7 dari 20 remaja perempuan menikah dan bercerai dibawah usia 15 tahun mengalami kehamilan
- Remaja memiliki hak berpartisipasi dan mengakses informasi berkaitan dengan proses pengambilan keputusan yang mempengaruhi kehidupannya.

## Remaja berhak mendapatkan pendidikan seksual komprehensif



- 198 remaja sudah mendapatkan pendidikan seksual yang komprehensif pada tahun 2018
- 555 petugas kesehatan dilatih dalam layanan kesehatan ramah remaja
- Kampanye di media sosial terkait permasalahan kesehatan seksual dan reproduksi sudah dijangkau 7.732.369 orang





- Dinas Kesehatan **Kota Yogyakarta** telah menyelesaikan rancangan perwal tentang **Rencana Aksi Daerah (RAD) 8000 HPK**.
- **Konsep 8000 HPK sudah diperkenalkan** di Kota Yogyakarta tepatnya Kelurahan Wirogunan, Mergangsan Kota Yogyakarta.
- **Belum semua daerah di Indonesia** memperkenalkan konsep 8000 HPK dan masih mengacu pada 1000 HPK

## Konsep 8000 HPK di Yogyakarta



- Dimulai sejak anak dalam kandungan
- Ibu minimal melakukan pemeriksaan ANC 4 kali
- Melakukan IMD dan ASI eksklusif (sesuai perda no. 1 tahun 2014)
- Pada usia sekolah, pastikan anak mendapatkan makanan yang bergizi seimbang
- Pola asuh dirumah
- Melakukan Imunisasi dari bayi, balita, dan anak.
- Pemberian tablet Fe untuk mencegah anemia pada remaja
- Remaja yang merupakan calon pengantin wajib mengikuti pelatihan kesehatan reproduksi
- Harus mendapatkan sertifikat pelatihan
- Mengapa hal ini dilakukan ? calon pengantin diharapkan pada saat hamil dan melahirkan sudah dapat memahami tentang tumbuh kembang anak.



## Penting untuk di ketahui!



Dibutuhkan 8000 hari bagi anak untuk mencapai dewasa



Setiap fase kehidupan anak dimulai dalam kandungan sampai dewasa sangat penting dan memiliki permasalahan tersendiri



1000 HPK menjadi faktor penting bagi pembangunan namun bagaimana saat anak dewasa? apakah bisa menjadi sebuah investasi hanya pada 1000 HPK?



Masa kanak-kanak dan remaja menjadi faktor penting untuk meningkatkan investasi dan pembangunan bangsa



Pemantauan kesehatan harus dilakukan secara terus menerus sejak anak dalam kandungan sampai anak dewasa

# Harapan dari 8000 HPK



Indonesia memiliki sumber daya manusia dengan perkembangan fisik, kognitif, dan intelektual yang baik.



Mampu menghasilkan sumber daya manusia yang tangguh dan produktif



Diharapkan dengan konsep 8000 HPK dapat mengurangi bahkan mencegah terjadinya stunting pada anak



8000 HPK diharapkan dapat menekan angka anemia pada remaja

*Pentingnya investasi pada sumber daya manusia untuk meningkatkan potensi manusia dalam pembangunan*



# STUNTING





Stunting – hanya terfokus pada 1000 HPK (7000 HK?)



Ancaman yang serius



Ancaman terhadap kemampuan daya saing bangsa



Ancaman utama terhadap kualitas manusia Indonesia



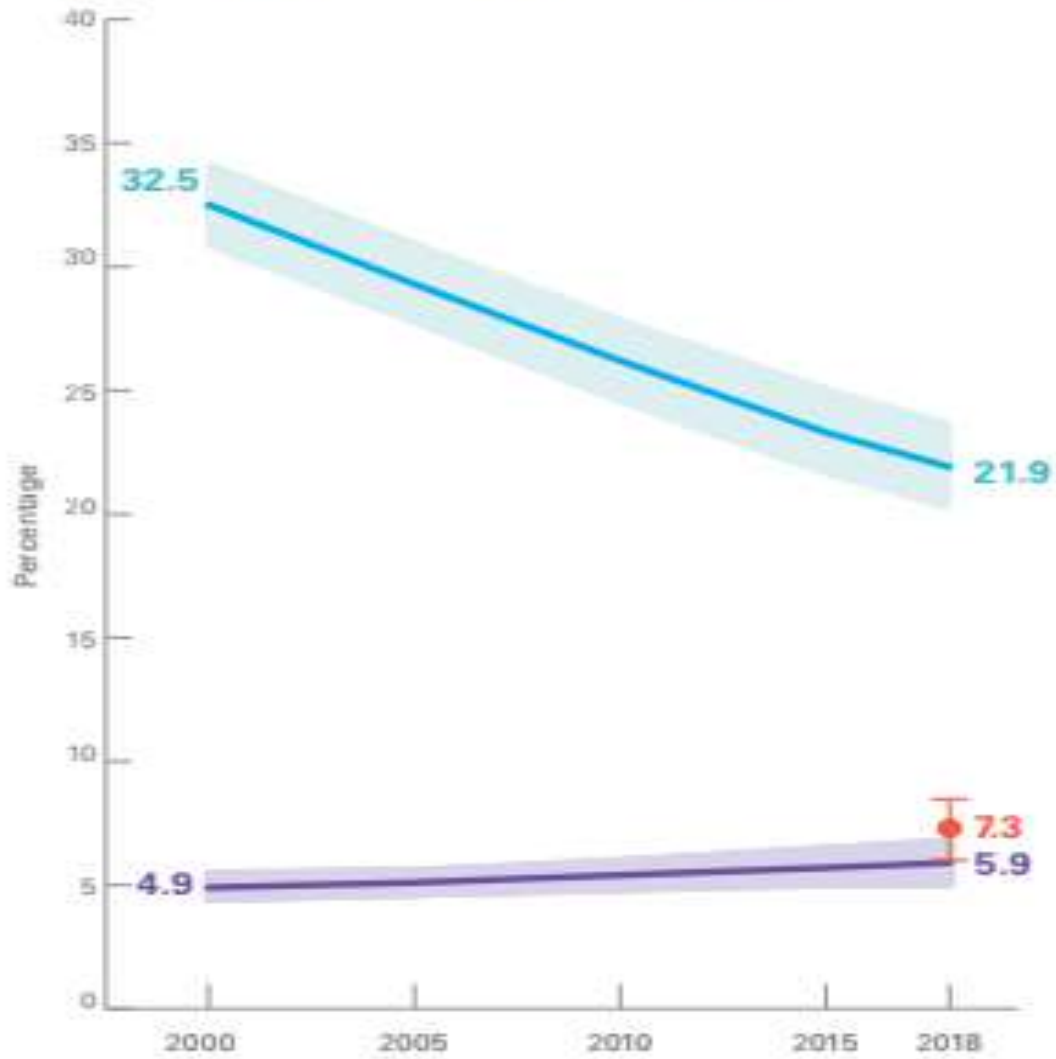
Stunting bukan hanya terganggu pada pertumbuhan fisik melainkan terganggu perkembangan otak.



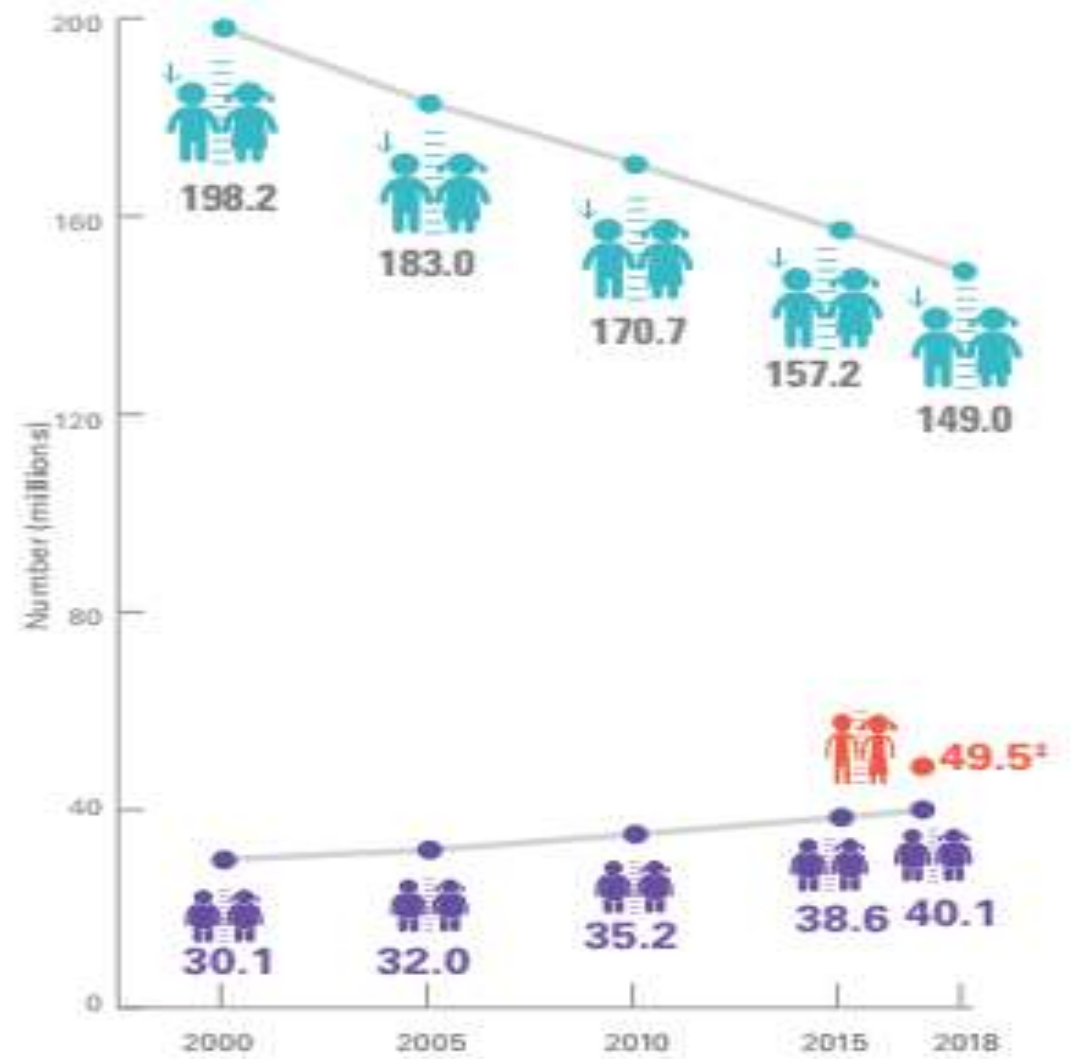




 stunting
  wasting
  overweight
  95% confidence interval



Percentage of stunted, overweight and wasted children under 5, global, 2000–2018

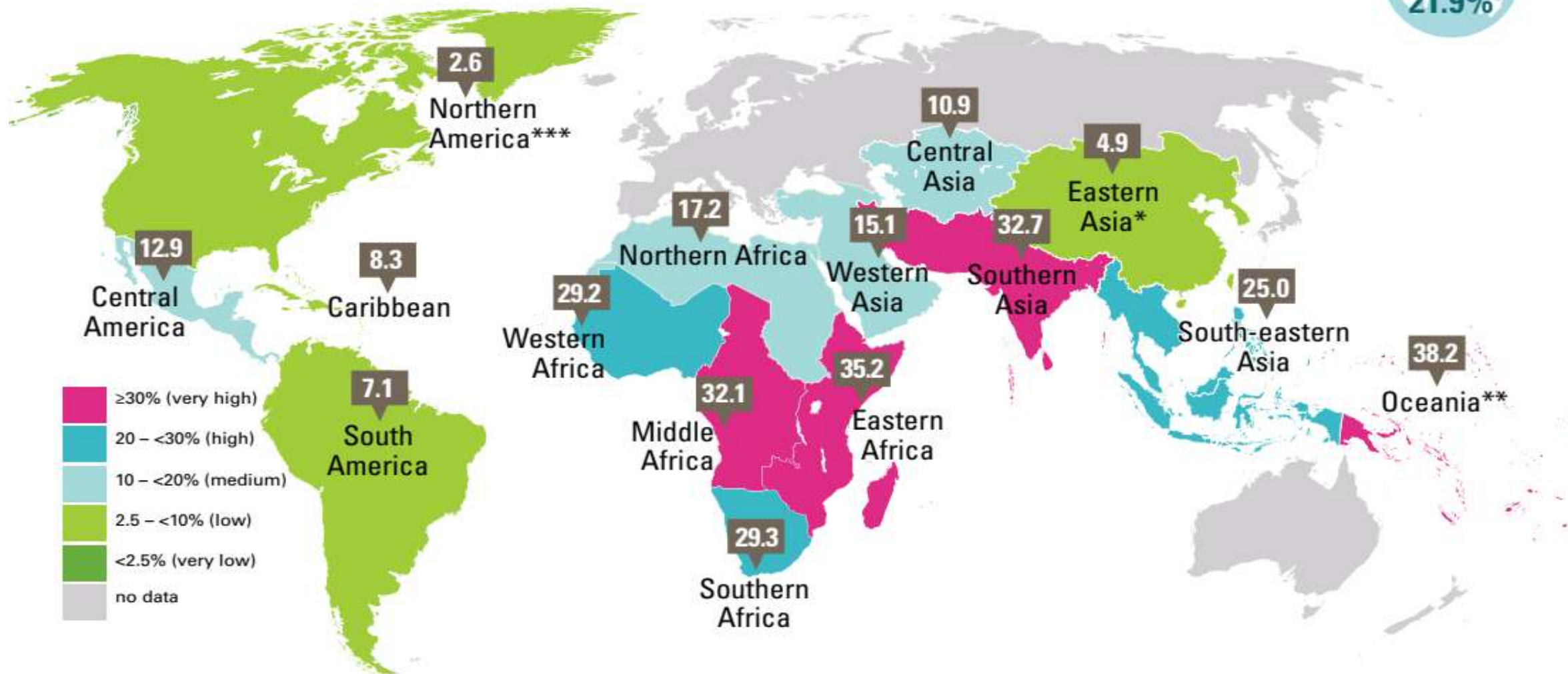


Number (millions) of stunted, overweight and wasted children under 5, global, 2000–2018

# In 7 sub-regions, at least one in every four children under 5 is stunted

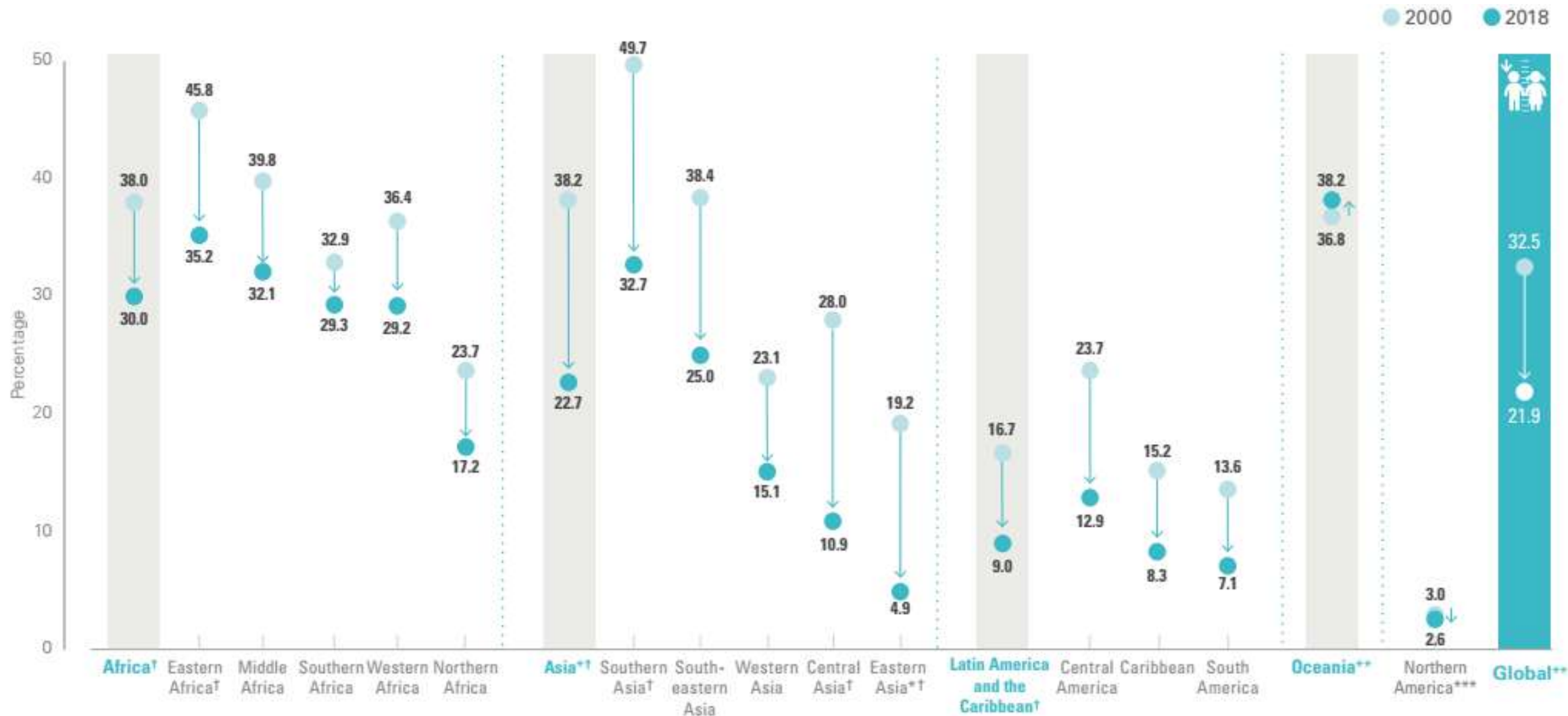
Percentage of stunted children under 5, by United Nations sub-region, 2018

GLOBAL  
21.9%



Source: UNICEF, WHO, World Bank Group joint malnutrition estimates, 2019 edition. Note: \*Eastern Asia excluding Japan; \*\*Oceania excluding Australia and New Zealand; \*\*\*Northern America sub-regional average based on United States data. There is no estimate available for the sub-regions of Europe or Australia and New Zealand due to insufficient population coverage. These maps are stylized and not to scale and do not reflect a position by UNICEF, WHO or World Bank Group on the legal status of any country or territory or the delimitation of any frontiers.





Source: UNICEF, WHO, World Bank Group joint malnutrition estimates, 2019 edition. Note: \*Asia and Eastern Asia excluding Japan; \*\*Oceania excluding Australia and New Zealand; \*\*\*Northern America sub-regional average based on United States data only. There is no estimate available for the More Developed Region or for sub-regions of Europe or Australia and New Zealand due to insufficient population coverage. †represents regions/subregions where the change has been statistically significant; see page 12 for the 95% confidence intervals for graphed estimates.



## Two out of five stunted children in the world live in Southern Asia

Number (millions) of stunted children under 5, by United Nations sub-region, 2018

GLOBAL  
149.0  
million

Latin America and Caribbean  
4.8 million

Central America

2.1

South America

2.3

Caribbean

0.3

0.6

Northern America\*\*\*

Africa  
58.8 million

4.9

Northern Africa

18.5

Western Africa

2.0

Southern Africa

9.4

Middle Africa

24.0

Eastern Africa

Central Asia

0.8

Western Asia

4.2

57.9

Southern Asia

4.4

Eastern Asia\*

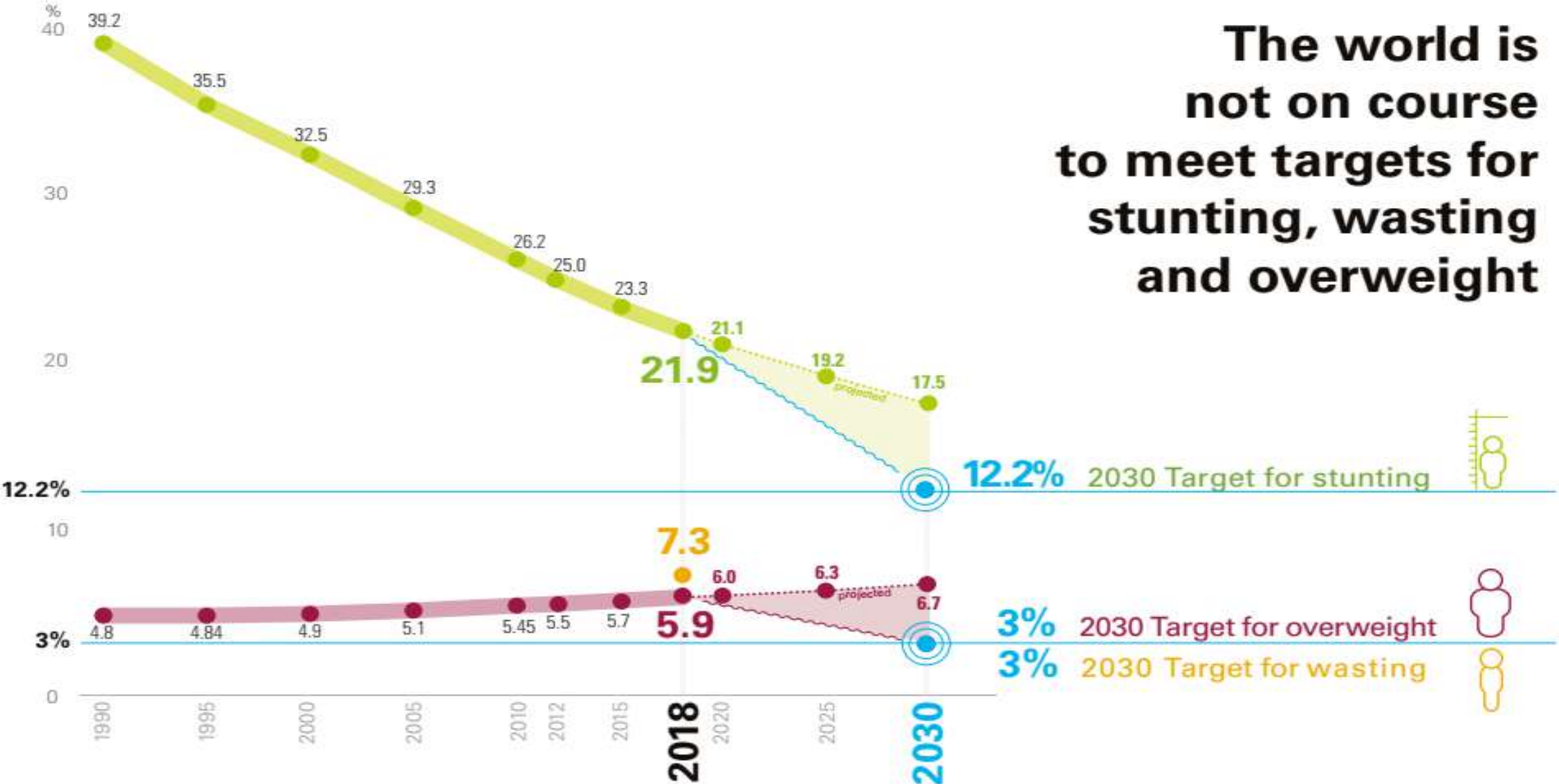
14.4

South-eastern Asia

Oceania\*\*  
0.5 million

Source: UNICEF, WHO, World Bank Group joint malnutrition estimates, 2019 edition. Note: \*Eastern Asia excluding Japan; \*\*Oceania excluding Australia and New Zealand; \*\*\*The Northern America sub-regional average based on United States data. There is no estimate available for the More Developed Region or for sub-regions of Europe or Australia and New Zealand due to insufficient population coverage. Aggregates may not add up due to rounding and/or lack of estimates for the More Developed Region.

# The world is not on course to meet targets for stunting, wasting and overweight





Secara global, 1 dari 3 anak dibawah usia 5 tahun tidak tumbuh dengan baik : stunting, kurus, overweight

Secara global target penurunan stunting pada anak dibawah usia 5 tahun sebesar 40% pada tahun 2025

Kementerian kesehatan menyatakan bahwa data kementerian kesehatan tahun 2018 mencatat sebanyak tiga dari 10 anak Indonesia bertubuh pendek. Secara global ada 15-17% kejadian stunting

# Ciri-Ciri Stunting

01

Pertumbuhan melambat

02

Wajah tampak lebih muda dari usianya

03

Tanda pubertas terlambat

04

Performa buruk pada tes perhatian dan memori belajar

05

Pertumbuhan gigi terlambat

06

Anak lebih pendiam dan tidak banyak melakukan eye contact saat usia 8-10 tahun

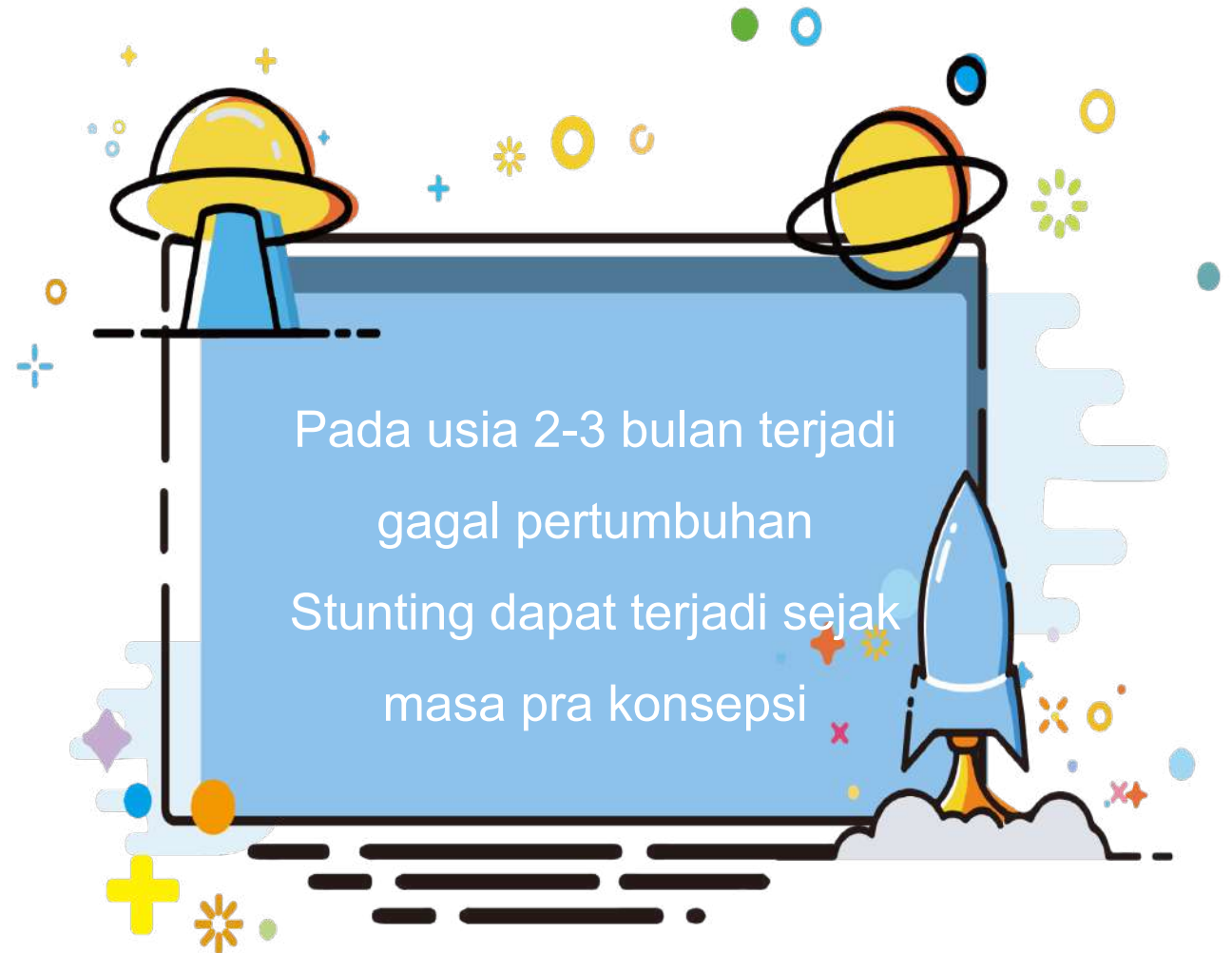


# Bagaimana terjadinya stunting?

01 Kurang gizi dan anemia pada ibu hamil terutama pada ibu usia remaja

02 Gizi tidak mencukupi kebutuhan

02 Sanitasi kurang memadai



## Kemungkinan stunting terjadi pada anak usia 2 tahun

1

Ibu dengan perawakan pendek

2

Anemia berat selama hamil

3

Selama hamil kenaikan berat badan ibu < 8 kg

4

Melahirkan bayi dengan BB < 2 kg

5

Tidak menerima suplemen vitamin A



Stunting = bagian dari  
intervensi 1000 HPK.

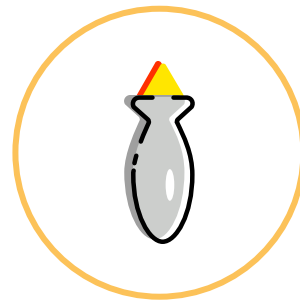
Tapi Kenapa masih  
terjadi ?

Bagaimana Konsep  
1000 HPK - 8000  
HPK?

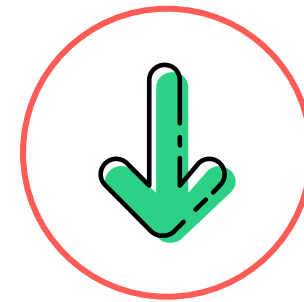
# Peran pemerintah dalam mengani stunting



Kegiatan intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif pada 1000 HPK sampai anak usia 6 tahun.



Pencegahan stunting dalam 1000 HPK tetap menjadi prioritas, pada masa remaja diberikan kesempatan kedua dalam peningkatan nutrisi



Nutrisi yang baik sangat penting dalam mendukung tuntutan biologis remaja.



# Stunting termasuk dalam permasalahan anak dan isu kesehatan di Indonesia

01

Upaya percepatan penurunan stunting menjadi prioritas nasional

04

Posyandu sebagai salah satu lembaga kemasyarakatan desa. Posyandu memegang peranan penting dalam upaya percepatan penurunan stunting

02

Sebagian besar masyarakat belum menyadari tentang stunting

05

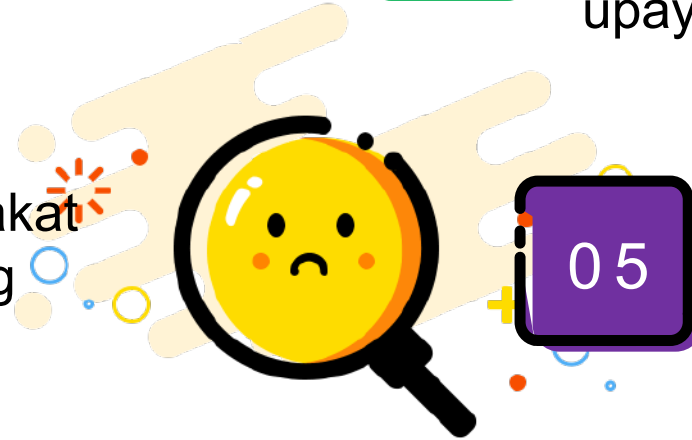
Perlu dukungan berbagai pihak dan kerjasama

03

Masih rendahnya pengetahuan masyarakat

04

Perlunya proses pembelajaran partisipatif kepada masyarakat untuk mengenali masalah. Dapat dilakukan melalui Pemberdayaan masyarakat





# PEMBERDAYAAN





proses untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, dan kemampuan individu, keluarga, serta masyarakat untuk berperan aktif dalam upaya kesehatan yang dilaksanakan dengan cara fasilitasi proses pemecahan masalah melalui pendekatan edukatif dan partisipatif serta memperhatikan kebutuhan potensi dan sosial budaya setempat.

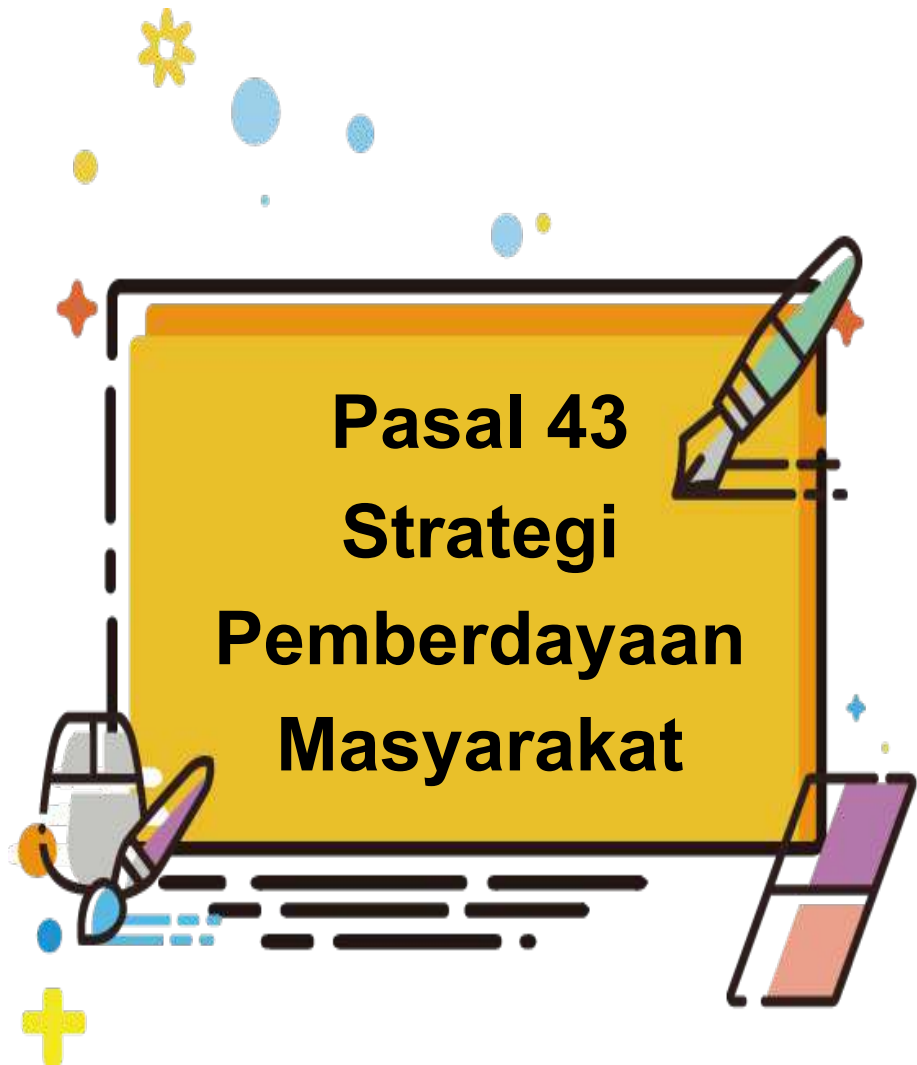
# Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan dilakukan melalui 6 tahapan







1. Kesehatan ibu, bayi, dan balita
2. Kesehatan anak usia sekolah dan remaja
3. Kesehatan usia reproduktif
4. Kesehatan lanjut usia
5. Kesehatan kerja
6. Perbaikan gizi masyarakat
7. Penyehatan lingkungan
8. Penanggulangan penyakit menular dan tidak menular
9. Kesehatan tradisional
10. Kesehatan jiwa
11. Kesiapsiagaan bencana dan krisis kesehatan
12. Kegiatan peningkatan kesehatan lainnya yang dibutuhkan oleh masyarakat setempat



1. Peningkatan pengetahuan dan kemampuan masyarakat dalam mengenali dan mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi
2. Peningkatan kesadaran masyarakat melalui penggerakan masyarakat
3. Pengembangan dan pengorganisasian masyarakat
4. Penguatan dan peningkatan advokasi kepada pemangku kepentingan
5. Peningkatan kemitraan dan partisipasi lintas sektor, lembaga kemasyarakatan, organisasi kemasyarakatan, dan swasta
6. Peningkatan pemanfaatan potensi dan sumber daya berbasis kearifan lokal
7. Penintegrasian program kegiatan dan / atau kelembagaan pemberdayaan masyarakat yang sudah ada sesuai dengan kebutuhan dan kesepakatan masyarakat

Mendidik dan memberdayakan ibu untuk perawatan sebelum, selama, dan setelah hamil sangat penting dalam upaya mengurangi stunting dalam 1000 HPK



Penelitian yang dilakukan di India dan Bangladesh, pemberdayaan (pendidikan ibu dan pengambilan keputusan) memiliki peranan penting untuk mengurangi stunting

Kebijakan pemberdayaan perlu dilakukan untuk meningkatkan status gizi dan kesehatan

pemberdayaan perempuan merupakan salah satu intervensi yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pertumbuhan anak

# Stratgei Pemberdayaan pada remaja

- Capacity Building
- Youth – Adult Partnership
- Youth-led Collaboration
- Youth involvement in advocacy







THANKS