



KESEHATAN

Menghentikan MBG, Memperkuat Pembangunan SDM

Menata Ulang Prioritas Gizi Indonesia

PENULIS

Theddeus O.H. Prasetyono dan Rina Agustina

Kesehatan | Menghentikan MBG, Memperkuat Pembangunan SDM: Menata Ulang Prioritas Gizi Indonesia

Penulis : Theddeus O.H. Prasetyono, Rina Agustina¹

RINGKASAN EKSEKUTIF

Program Makan Bergizi Gratis (MBG) merupakan salah satu intervensi sosial terbesar dalam sejarah Indonesia, dengan sekitar 61,9 juta penerima manfaat melalui lebih dari 28.000 Satuan Pelayanan Pemenuhan Gizi (SPPG) dan target 82,9 juta penerima secara nasional. Dengan skala tersebut, MBG memiliki implikasi luas terhadap sistem pangan, kesehatan, pendidikan, perlindungan sosial, dan pembangunan sumber daya manusia (SDM). Namun, program ini dilaksanakan di tengah persoalan gizi dan kesehatan yang kompleks, termasuk *stunting*, defisiensi mikronutrien, obesitas, penyakit infeksi, rendahnya cakupan imunisasi, dan tingginya beban Tuberkulosis (TB). Karena itu, pembangunan gizi dan SDM tidak dapat ditangani melalui distribusi makanan semata, tetapi membutuhkan intervensi yang terintegrasi dengan sistem kesehatan dan pembangunan manusia.

Kajian ini menemukan bahwa persoalan MBG bukan semata-mata kelemahan implementasi, tetapi ketidaksesuaian antara desain program dan persoalan gizi serta kesehatan yang hendak diatasi. Lima temuan utama mendasari kesimpulan tersebut. Pertama, ketidaktepatan sasaran intervensi: meskipun MBG mencakup ibu hamil, ibu menyusui, dan balita, sebagian besar penerima manfaat merupakan anak usia sekolah, sementara periode paling kritis untuk pencegahan *stunting* berada pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Kedua, orientasi program yang berbasis distribusi: keberhasilan MBG lebih menonjolkan jumlah penerima, porsi makanan, SPPG, dan tenaga kerja, sementara perubahan outcome kesehatan dan gizi belum menjadi ukuran utama keberhasilan. Ketiga, kualitas gizi dan penggunaan *ultra-processed food* (UPF): penggunaan pangan ultra-proses serta perhatian yang belum memadai terhadap kualitas dan keragaman pangan berpotensi bertentangan dengan tujuan perbaikan kualitas gizi jangka panjang. Keempat, risiko keamanan pangan: ekspansi SPPG yang sangat cepat belum sepenuhnya diikuti kesiapan sistem keamanan pangan, sebagaimana terlihat dari kejadian keracunan, kesenjangan kepemilikan Sertifikat Laik Higiene Sanitasi (SLHS), dan penghentian sementara sejumlah SPPG. Kelima, lemahnya integrasi dengan sistem kesehatan: MBG belum terintegrasi secara memadai dengan imunisasi, skrining anemia, pemantauan pertumbuhan, pelayanan kesehatan ibu dan anak, surveilans penyakit infeksi, dan deteksi TB anak.

Kelima temuan tersebut menunjukkan bahwa keberhasilan MBG tidak dapat dinilai dari besarnya cakupan dan kapasitas distribusi, tetapi harus dibuktikan melalui perubahan status gizi dan kesehatan, termasuk penurunan *stunting* dan anemia, perbaikan kualitas diet, penurunan

¹ Draft awal tulisan ini disiapkan berdasarkan diskusi panel yang dilakukan pada tanggal 13 April di Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, yang dihadiri oleh Damayanti Sjarief, Johan C. Mose, Aidah Juliaty A. Baso, Alexandra F. Chandra, dan Adi Basuki.

penyakit infeksi, peningkatan cakupan imunisasi, serta perbaikan perkembangan anak. Dalam konteks penggunaan sumber daya negara yang sangat besar, ketidaksesuaian antara skala program dan bukti dampak tersebut menimbulkan persoalan mendasar mengenai efektivitas dan prioritas kebijakan pembangunan SDM.

Dalam konteks penggunaan sumber daya negara yang sangat besar, ketidaksesuaian antara skala program dan bukti dampak tersebut menimbulkan pertanyaan mendasar mengenai efektivitas dan prioritas kebijakan pembangunan SDM. Atas dasar temuan tersebut, Dewan Guru Besar FKUI bersama Forum Intelektual Antar Disiplin (FIAD) merekomendasikan agar MBG dalam desain dan mekanisme pelaksanaannya saat ini dibatalkan. Penghentian program perlu disertai audit menyeluruh dan independen terhadap desain, sasaran, penggunaan anggaran, keamanan pangan, kualitas gizi, tata kelola, serta dampaknya terhadap kesehatan dan pembangunan SDM. Sumber daya yang selama ini dialokasikan untuk MBG perlu dialihkan secara bertahap kepada intervensi yang lebih tepat sasaran dan berbasis bukti, terutama pencegahan *stunting* pada 1000 HPK, penguatan layanan kesehatan primer dan imunisasi, pendidikan, serta perlindungan sosial bagi kelompok miskin dan rentan.

Pembatalan MBG dalam bentuk yang berjalan saat ini bukan berarti menghentikan intervensi gizi, melainkan mengubah arah kebijakan dari program distribusi makanan berskala besar menuju sistem intervensi yang terintegrasi, berbasis data, dan berorientasi pada outcome. Prioritas perlu diberikan kepada ibu hamil dan menyusui, bayi, balita, anak dengan risiko gizi tinggi, serta kelompok miskin dan rentan, sementara dukungan pangan bagi anak usia sekolah dapat diberikan secara lebih selektif, terutama di wilayah 3T (tertinggal, terdepan, dan terluar) dan kelompok dengan kebutuhan terbesar. Dengan pendekatan tersebut, sumber daya publik dapat diarahkan untuk memperkuat kesehatan, pendidikan, perlindungan sosial, dan kualitas manusia sebagai fondasi Indonesia Emas 2045.

PENDAHULUAN

Pembangunan sumber daya manusia (SDM) merupakan fondasi kemajuan bangsa dan prasyarat Indonesia Emas 2045. Namun, prioritas pembangunan manusia bergeser dari pilar pertama dalam visi Indonesia 2045 pada periode 2020–2024 menjadi sasaran keempat pada periode 2025–2029 (Kementerian PPN/Bappenas, 2024), ketika Indonesia masih menghadapi persoalan serius dalam gizi dan kesehatan sejak awal kehidupan.

Indonesia menghadapi triple burden of malnutrition: *stunting*, defisiensi mikronutrien, dan obesitas (Black dkk, 2013; Hawkes dkk, 2020). Prevalensi *stunting* balita mencapai 19,8 persen pada 2024, turun dari 21,5 persen pada 2023, tetapi masih di atas target 14,2 persen pada 2029 dan 5 persen pada 2045 (BKPK Kemenkes RI, 2025a). Indonesia juga tercatat sebagai negara dengan prevalensi *stunting* balita tertinggi ketiga di ASEAN, sebesar 22 persen. Data Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2024 menunjukkan prevalensi tertinggi pada kelompok ekonomi termiskin, yaitu 29,8 persen, dan meningkat pada kelompok usia 12–36 bulan (Kemenko PMK, 2025). Sekitar 8,6 juta keluarga juga tergolong berisiko *stunting* (Kurniawan, 2024).

Stunting bukan semata akibat kekurangan makanan, melainkan hasil interaksi antara status gizi ibu, pertumbuhan janin, pemberian ASI, infeksi, dan kondisi lingkungan (Black dkk, 2013; Prendergast & Humphrey, 2014). Kondisi ini mengakibatkan masa pertumbuhan linear paling

cepat terhambat pada awal kehidupan dan pemulihannya setelah periode tersebut cenderung terbatas, terutama pada anak yang lahir dengan tinggi badan rendah (Benjamin-Chung dkk, 2023). Karena itu, pencegahan perlu dimulai sejak sebelum kehamilan hingga 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), melalui perbaikan gizi remaja dan ibu, dukungan menyusui, imunisasi, layanan kesehatan primer, sanitasi, dan intervensi gizi (Bhutta dkk, 2013; Ruel & Alderman, 2013). WHO (2013) dan Bhutta dkk (2013) menempatkan 1000 HPK sebagai salah satu jendela intervensi yang paling cost-effective.

Persoalan gizi tidak terpisahkan dari ketahanan kesehatan. *Triple burden of disease*—penyakit infeksi, penyakit tidak menular, dan malnutrisi—saling memperkuat (Hawkes dkk, 2020). Infeksi berulang dapat mengganggu penyerapan nutrisi dan meningkatkan risiko *stunting*, sementara malnutrisi meningkatkan kerentanan terhadap infeksi seperti tuberkulosis (TB) (Ockenga dkk, 2023; Ozer & Gündoğan, 2024; Franco dkk, 2024). Tantangan ini diperburuk oleh hampir 929.000 zero-dose children, ketimpangan cakupan imunisasi, lemahnya integrasi data kesehatan, tingginya beban TB, dan tingginya kematian ibu (BKPK Kemenkes RI, 2026; World Health Organization, 2025; Tobing dkk, 2026; World Health Organization, 2026).

Dalam konteks tersebut, Program Makan Bergizi Gratis (MBG) hadir sebagai salah satu intervensi sosial terbesar dalam sejarah Indonesia (Al Farisi & Akbar, 2026; Dirawan & Sukriadi, 2026). Namun, meskipun *stunting* kerap dikaitkan dengan tujuan program, desain dan pelaksanaannya belum sepenuhnya menunjukkan keterkaitan yang kuat dengan kebutuhan pencegahan *stunting*. Peraturan Presiden Nomor 115 Tahun 2025 tentang Tata Kelola Penyelenggaraan Program MBG baru ditetapkan pada 17 November 2025, hampir satu tahun setelah program berjalan (CELIOS, 2025). Perencanaan program juga belum menunjukkan kajian ilmiah yang memadai mengenai faktor penyebab *stunting*, kelompok yang paling terdampak, dan bentuk intervensi yang paling sesuai (Victora dkk, 2010; Benjamin-Chung dkk, 2023).

Kesenjangan antara kebutuhan intervensi dan desain program semakin penting mengingat skala sumber daya MBG. Anggarannya mencapai Rp71 triliun pada 2025 dan meningkat menjadi Rp268 triliun pada 2026 (Badan Gizi Nasional [BGN], 2025a), sementara CELIOS (2025) memperkirakan kebutuhan mencapai Rp335 triliun. Pada awal 2026, program telah ditopang 19.188 Satuan Pelayanan Pemenuhan Gizi (SPPG), dengan anggaran yang juga mencakup bahan makanan, pembangunan dapur, kendaraan, tempat makanan (ompreng), dan tenaga kerja. Skala ini menimbulkan persoalan *opportunity cost*, terutama ketika pemerintah juga menghadapi kebutuhan besar di sektor pendidikan dan kesehatan (Bhutta dkk, 2013). Perdebatan mengenai alokasi anggaran pendidikan bahkan berujung pada putusan Mahkamah Konstitusi yang mengharuskan dana pendidikan dipisahkan dari dana MBG, meskipun pemberlakuannya ditunda hingga 2028 (Mahkamah Konstitusi, 2026).

Persoalan ini perlu dilihat dalam konteks pembangunan SDM yang lebih luas. Kualitas SDM tidak hanya ditentukan oleh asupan makanan, tetapi juga pendidikan, kesehatan, imunisasi, dan akses terhadap layanan dasar (Victora dkk, 2008; Ruel & Alderman, 2013). Tantangan pendidikan Indonesia masih tercermin dalam capaian PISA serta persoalan insentif guru, fasilitas pendidikan, dan akses ekonomi terhadap pendidikan tinggi (OECD, 2023). Karena itu, alokasi MBG perlu dinilai tidak hanya dari skala distribusinya, tetapi juga kontribusinya terhadap keseluruhan agenda pembangunan manusia (Verguet dkk, 2020).

Pada tingkat implementasi, persoalan terlihat dalam ketepatan sasaran, kualitas dan komposisi menu, penggunaan *ultra-processed food* (UPF), keamanan pangan, integrasi dengan layanan kesehatan primer dan imunisasi, serta sistem monitoring dan evaluasi yang lebih menekankan distribusi daripada health outcomes (Lane dkk, 2024; Cupertino dkk, 2022; Salam dkk, 2019). Belum jelas pula kerangka perubahan yang menghubungkan intervensi MBG dengan perbaikan status gizi dan kesehatan secara terukur dan berkelanjutan (Ruel & Alderman, 2013; Wang dkk, 2021).

Atas dasar tersebut, tulisan ini mengajukan pertanyaan pokok: apakah MBG, sebagaimana dirancang dan dijalankan saat ini, mampu secara struktural menjawab persoalan *stunting* dan memperkuat ketahanan kesehatan nasional, atau berjalan dengan logika yang berbeda dari kebutuhan pencegahan *stunting*? Pertanyaan ini penting karena *stunting* terutama berakar pada periode 1000 HPK (Victora dkk, 2010; Benjamin-Chung dkk, 2023), sementara MBG memiliki cakupan intervensi yang luas dan menyerap sumber daya negara dalam skala besar (Al Farisi & Akbar, 2026). Bagian Temuan dan Analisis selanjutnya menguraikan enam argumen untuk menjawab pertanyaan tersebut dan menjadi dasar bagi rekomendasi kebijakan.

TEMUAN DAN ANALISIS

Temuan 1. Ketidaktepatan Sasaran Intervensi

Meskipun MBG secara formal mencakup ibu hamil, ibu menyusui, dan balita, skala program tetap sangat besar pada kelompok peserta didik. Pada 2026, MBG ditargetkan menjangkau 82,9 juta penerima manfaat yang mencakup peserta didik, ibu hamil, ibu menyusui, dan balita (Al Farisi & Akbar, 2026; BGN, 2026a). BGN juga menegaskan dua titik kritis program, yaitu 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dan usia 8–18 tahun (BGN, 2026f). Persoalannya bukan semata apakah kelompok 1000 HPK tercakup, melainkan apakah kelompok tersebut memperoleh intensitas, jenis intervensi, dan integrasi layanan yang sesuai dengan kebutuhan biologis dan sosialnya (Bhutta dkk, 2013; Ruel & Alderman, 2013; Salam dkk, 2019).

Hal ini penting karena *stunting* terutama terbentuk sebelum anak mencapai usia sekolah (Victora dkk, 2010; Benjamin-Chung dkk, 2023). Data Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2024 menunjukkan prevalensi *stunting* meningkat pada kelompok usia 12–36 bulan, sementara pada kelompok ekonomi termiskin mencapai 29,8 persen (Kemenko PMK, 2025). Ketika anak memasuki sekolah dasar, sebagian besar periode paling kritis untuk mencegah gangguan pertumbuhan telah terlewati (Prendergast & Humphrey, 2014; Prentice dkk, 2013). Intervensi pada usia sekolah tetap penting bagi pemenuhan gizi dan kesehatan, tetapi tidak dapat menggantikan intervensi sejak kehamilan dan awal kehidupan (Wang dkk, 2021; Bhutta dkk, 2013).

Tantangan tersebut telah terlihat sejak awal kehidupan. Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 mencatat ASI eksklusif pada bayi usia 0–5 bulan sebesar 68,6 persen, tetapi yang mencapai enam bulan hanya 55,5 persen (BKPK Kemenkes RI, 2024). Cakupan di beberapa provinsi bahkan jauh lebih rendah, yakni 33,4 persen di Papua Selatan, 35,9 persen di Papua Barat, dan 37,6 persen di Gorontalo (BKPK Kemenkes RI, 2024). Karena itu, intervensi gizi tidak cukup dimulai ketika anak memasuki usia sekolah, tetapi perlu mencakup kehamilan, kelahiran, pemberian ASI,

dan masa pemberian makanan pendamping ASI (Victora dkk, 2016; Bhutta dkk, 2013; World Health Organization, 2013).

Pembuatan kebijakan perlu dibedakan menurut fase kehidupan dan kebutuhan intervensinya. Pada periode 1000 HPK, prioritas perlu diarahkan kepada ibu hamil dan menyusui, bayi, serta anak usia bawah tiga tahun melalui layanan yang terintegrasi dengan pelayanan kesehatan primer (Salam dkk, 2019; World Health Organization, 2013). Untuk bayi 0–6 bulan, misalnya, BGN menegaskan bahwa MBG tidak menyediakan formula bayi dan tetap mengacu pada perlindungan ASI eksklusif (BGN, 2026g). Ini menunjukkan bahwa intervensi pada kelompok tersebut tidak dapat diperlakukan sekadar sebagai pemberian makanan, tetapi harus ditempatkan dalam kerangka pelayanan gizi dan kesehatan ibu-anak (Victora dkk, 2016; Ruel & Alderman, 2013).

Pada anak usia sekolah, sementara itu, prioritas dapat diberikan kepada anak dari keluarga miskin dan wilayah 3T (Ruel & Alderman, 2013; Locke dkk, 2025). BGN sendiri menyatakan bahwa penetapan wilayah prioritas mempertimbangkan kerawanan pangan, kemiskinan, dan prevalensi masalah gizi (BGN, 2026d). Penajaman sasaran berdasarkan fase kehidupan, kondisi sosial-ekonomi, dan wilayah akan membuat intervensi lebih sesuai dengan pola risiko *stunting* dan ketimpangan gizi (Wang dkk, 2021; Victora dkk, 2021).

Penajaman sasaran juga membuka ruang untuk meninjau kembali alokasi fiskal MBG dan distribusinya di antara kebutuhan pembangunan manusia. Dengan menempatkan 1000 HPK sebagai prioritas utama pencegahan *stunting*, sementara intervensi anak sekolah difokuskan pada kelompok miskin dan wilayah dengan kerentanan tinggi, sumber daya dapat dialokasikan lebih tepat sekaligus memberi ruang fiskal bagi penguatan kesehatan dan pendidikan (Bhutta dkk, 2013). MBG dengan demikian sebaiknya tidak diposisikan sebagai satu-satunya instrumen pembangunan SDM, melainkan sebagai bagian dari strategi yang lebih luas dan terintegrasi antara gizi, kesehatan, dan pendidikan (Ruel & Alderman, 2013; Hawkes dkk, 2020; Irizarry dkk, 2025).

Temuan 2. Orientasi Program Berbasis Distribusi

Permasalahan utama MBG bukan hanya terletak pada implementasi, tetapi juga pada orientasi dasarnya. Keberhasilan program sejauh ini terutama ditunjukkan melalui perluasan cakupan layanan, distribusi makanan, pembangunan Satuan Pelayanan Pemenuhan Gizi (SPPG), serta penciptaan lapangan kerja dan penguatan rantai pasok kekayaan alam (BGN, 2025e; Hanasi dkk, 2025). Pada awal 2025, MBG baru dijalankan melalui 190 SPPG dengan sekitar 570 ribu penerima manfaat (Kementerian Keuangan, 2025; BGN, 2026b). Pada awal 2026, jumlah tersebut meningkat menjadi 19.188 SPPG yang siap melayani sekitar 55,1 juta penerima manfaat (BGN, 2026b), dan pada 20 Januari 2026 mencapai 21.102 SPPG dengan sekitar 59,86 juta penerima manfaat termasuk tenaga pendidik (BGN, 2026a). Ekspansi ini juga diposisikan sebagai instrumen ekonomi: pada Juli 2025, BGN menyebut satu SPPG dapat menyerap sekitar 50 tenaga kerja langsung dan melibatkan sedikitnya 15 pemasok bahan pangan; saat itu sekitar 2.391 SPPG disebut telah menyerap sekitar 94.000 tenaga kerja (BGN, 2025e).

Besarnya capaian distribusi menunjukkan kapasitas MBG membangun infrastruktur penyediaan makanan dalam waktu relatif singkat. Namun, jumlah penerima, porsi makanan, dan SPPG merupakan indikator input dan output, bukan bukti perubahan kesehatan (Ruel & Alderman,

2013; Wang dkk, 2021). Petunjuk teknis BGN sendiri membedakan indikator program menjadi input, output, dan outcome: input mencakup jumlah makanan bergizi dan sesi edukasi; output mencakup distribusi makanan dan peserta edukasi; sedangkan outcome mencakup perubahan status gizi penerima manfaat dan peningkatan kesadaran gizi (BGN, 2025c). Karena itu, peningkatan jumlah penerima dan makanan yang didistribusikan tidak dapat dengan sendirinya menunjukkan keberhasilan MBG dalam menurunkan *stunting*, anemia, penyakit infeksi, atau meningkatkan perkembangan anak (Bhutta dkk, 2013; Locke dkk, 2025).

Kesenjangan antara ekspansi dan pembuktian dampak penting karena pembangunan gizi tidak berhenti pada penyediaan makanan (Ruel & Alderman, 2013). Menurut WHO, intervensi pangan di sekolah perlu ditempatkan dalam kerangka yang lebih luas, mencakup lingkungan pangan sekolah, pendidikan gizi, kapasitas komunitas sekolah, serta layanan kesehatan dan gizi (World Health Organization, 2021). Tinjauan WHO terhadap 117 review menunjukkan bahwa intervensi berbasis sekolah perlu dinilai tidak hanya dari penyediaan makanan, tetapi juga keterkaitannya dengan berbagai komponen promosi kesehatan dan gizi (World Health Organization, 2021).

Dalam konteks Indonesia, pergeseran ukuran keberhasilan dari distribusi menuju *outcome* semakin penting karena persoalan gizi bersifat multidimensional (Black dkk, 2013; Hawkes dkk, 2020). Penurunan *stunting*, misalnya, tidak hanya bergantung pada asupan makanan, tetapi juga kesehatan ibu, praktik menyusui dan pemberian makanan pendamping, imunisasi, penyakit infeksi, sanitasi, akses pelayanan kesehatan, serta kondisi sosial-ekonomi rumah tangga (Benjamin-Chung dkk, 2023; Victora dkk, 2016; Bhutta dkk, 2013). Hal yang sama berlaku untuk anemia, kualitas diet, penyakit infeksi, dan perkembangan kognitif (Hawkes dkk, 2020). Penyediaan makanan dalam jumlah besar tidak dengan sendirinya membuktikan bahwa kualitas diet membaik, anemia dan infeksi menurun, atau perkembangan kognitif meningkat (Wang dkk, 2021; Locke dkk, 2025).

Pembuktian dampak karena itu memerlukan sistem *monitoring and evaluation* yang menghubungkan penerima manfaat dengan data kesehatan dan gizi secara longitudinal, sehingga perubahan status gizi dan kesehatan dapat diukur dari waktu ke waktu dan, sejauh mungkin, dibedakan dari perubahan akibat faktor lain (Salam dkk, 2019; Ruel & Alderman, 2013). Kebutuhan ini semakin mendesak karena skala MBG berkembang sangat cepat: dari 570 ribu penerima manfaat pada awal 2025 menjadi hampir 60 juta pada Januari 2026 (Kementerian Keuangan, 2025; BGN, 2026a). Ekspansi tersebut berlangsung jauh lebih cepat daripada tersedianya bukti mengenai dampak jangka panjang program. Pada Mei 2026, BGN juga melaporkan bahwa 4.581 SPPG telah dihentikan sementara sejak awal 2025 untuk peningkatan kualitas dan penyesuaian standar (3.429 di antaranya telah kembali beroperasi), yang menunjukkan bahwa perluasan skala turut menghadirkan tantangan dalam menjaga konsistensi mutu pelaksanaan (BGN, 2026j).

Dengan demikian, persoalan mendasar MBG bukan sekadar apakah negara mampu mendistribusikan makanan dalam skala besar, melainkan apakah distribusi tersebut menghasilkan perubahan kesehatan dan gizi yang menjadi tujuan pembangunan sumber daya manusia (Dirawan & Sukriadi, 2026). Orientasi program perlu bergeser dari berapa banyak makanan yang dibagikan dan berapa banyak penerima yang dilayani menuju perubahan pada status gizi, kesehatan, dan perkembangan penerima manfaat (Ruel & Alderman, 2013; World Health Organization, 2021). Indikator keberhasilan perlu mencakup penurunan *stunting* dan

anemia, perbaikan kualitas dan keragaman diet, penurunan penyakit infeksi, serta perbaikan indikator perkembangan anak, disertai sistem pemantauan yang mampu mengukur perubahan tersebut secara berkala dan berkelanjutan (Bhutta dkk, 2013; Victora dkk, 2021; Irizarry dkk, 2025).

Temuan 3. Kualitas Gizi dan *Ultra-Processed Food*

Kualitas makanan dalam MBG tidak hanya ditentukan oleh kecukupan kalori dan zat gizi makro, tetapi juga oleh jenis dan tingkat pengolahan pangan (Monteiro dkk, 2019). Persoalan ini muncul ketika produk *ultra-processed food* (UPF) ditemukan dalam menu MBG. Pada Maret 2025, Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives (CISDI) mencatat produk seperti sereal instan, biskuit kering, dan susu kemasan berperisa dalam menu MBG di sejumlah sekolah (CISDI, 2025). CISDI menilai penggunaan pangan ultra-proses yang tinggi gula, garam, dan lemak berpotensi kontraproduktif terhadap tujuan peningkatan status gizi anak (CISDI, 2025).

Pemerintah kemudian merespons persoalan tersebut. Pada September 2025, BGN mengumumkan larangan makanan kemasan pabrik atau UPF dalam MBG dan menekankan penggunaan produk lokal (BGN, 2025b). Namun, beberapa hari kemudian BGN menjelaskan bahwa larangan tidak berlaku untuk seluruh UPF; produk tertentu yang dinilai berkualitas dan tidak mengandung gula berlebihan, seperti susu UHT plain, masih dapat digunakan (Nugraheny, 2025). Pada Februari 2026, BGN kembali menegaskan bahwa selama Ramadan tidak boleh terdapat produk UPF dalam menu MBG (BGN, 2026c). Perubahan kebijakan ini menunjukkan bahwa komposisi dan penggunaan UPF masih menjadi persoalan dalam desain dan pelaksanaan menu MBG (Aprillia & Azzahra, 2025).

Kekhawatiran tersebut memiliki dasar dalam literatur ilmiah. Juul dkk. (2025), melalui tinjauan bukti epidemiologis, ekologis, dan mekanistik, menyimpulkan bahwa pola makan tinggi UPF mendorong konsumsi berlebihan dan meningkatkan risiko *overweight* dan obesitas. Tinjauan sistematis yang digunakan dalam proses *Dietary Guidelines* Amerika Serikat juga menemukan bahwa pada anak dan remaja, proporsi UPF yang lebih tinggi berkaitan dengan adipositas dan risiko *overweight* yang lebih besar, meskipun kepastian buktinya masih terbatas (Dietary Guidelines Advisory Committee, 2024). Dengan demikian, UPF perlu dipandang sebagai faktor risiko berbasis bukti, bukan sebagai klaim bahwa setiap produk UPF secara individual pasti menyebabkan obesitas (Lane dkk, 2024; Aramburu dkk, 2024).

Persoalan ini relevan bagi Indonesia yang menghadapi beban ganda malnutrisi, termasuk kekurangan gizi sekaligus kelebihan berat badan dan obesitas (Black dkk, 2013; Hawkes dkk, 2020). Program pangan nasional yang diberikan secara rutin kepada anak karena itu tidak cukup memastikan kecukupan energi dan protein, tetapi juga perlu menjamin kualitas dan keragaman pangan serta membatasi gula, garam, dan lemak (World Health Organization, 2021). Penggunaan UPF secara berulang berpotensi menggeser tujuan MBG dari perbaikan kualitas pola makan menjadi sekadar pemenuhan kalori (Juul dkk, 2025; Ruel & Alderman, 2013).

Evaluasi menu karenanya perlu mencakup lebih dari kandungan zat gizi per porsi, termasuk tingkat pengolahan pangan, keragaman bahan, kandungan gula tambahan, garam, dan lemak, serta proporsi pangan segar dan minim proses (Monteiro dkk, 2019; World Health Organization, 2021). Pendekatan ini juga sejalan dengan potensi pangan berbasis komunitas. BGN menyatakan bahwa menu MBG seharusnya disesuaikan dengan potensi pangan daerah, seperti ikan di

Maluku, sagu di Papua, jagung di Nusa Tenggara Timur, serta berbagai pangan berbasis komunitas lainnya (BGN, 2025d). Penguatan pangan segar dan minim proses sekaligus dapat mendukung keterlibatan petani, nelayan, dan Usaha Mikro, Kecil, dan Menengah (UMKM) dalam rantai pasok MBG (Ruel & Alderman, 2013; Hanasi dkk, 2025).

Dengan demikian, persoalan UPF bukan sekadar pilihan menu, tetapi menyangkut definisi "bergizi" dalam program pangan nasional (Monteiro dkk, 2019). Keberhasilan MBG perlu diukur bukan hanya dari pemenuhan kalori dan zat gizi tertentu, tetapi juga dari kemampuannya membentuk pola makan sehat dalam jangka panjang (Hawkes dkk, 2020; Locke dkk, 2025). Standar menu perlu menjadikan pangan segar dan minim proses sebagai dasar, membatasi UPF serta gula, garam, dan lemak berlebihan, dan memastikan pemenuhan kebutuhan gizi tidak mengorbankan kualitas pola makan anak (World Health Organization, 2021; Bhutta dkk, 2013)

Temuan 4. Risiko Keamanan Pangan

Dari sisi keamanan pangan, persoalan MBG tidak dapat lagi dipandang sebagai rangkaian insiden individual (Aprillia & Azzahra, 2025). Berdasarkan pemantauan Jaringan Pemantau Pendidikan Indonesia (JPPI), sejak awal pelaksanaan MBG pada Januari 2025 hingga April 2026, sedikitnya 33.626 pelajar di 31 provinsi dilaporkan mengalami keracunan yang diduga berkaitan dengan makanan MBG: 28.103 korban sepanjang 2025 dan 5.523 korban pada Januari–7 April 2026 (JPPI, dalam Lopes, 2026). Data JPPI yang dikutip Universitas Gadjah Mada juga menunjukkan bahwa kejadian keracunan terjadi hampir setiap bulan sepanjang 2025 (Universitas Gadjah Mada, 2026).

Persoalan ini perlu dibaca dalam konteks ekspansi MBG yang sangat cepat. Dari sekitar 190 SPPG dan 570 ribu penerima manfaat pada awal 2025, jumlah SPPG meningkat menjadi 19.188 dengan sekitar 55,1 juta penerima manfaat pada awal 2026 (BGN, 2026b), dan mencapai sekitar 25.925 unit pada April 2026 (BGN, 2026h). Namun, per 15 April 2026, data Kementerian Kesehatan menunjukkan baru 13.576 SPPG atau 52,37 persen yang memiliki Sertifikat Laik Higiene Sanitasi (SLHS) (BGN, 2026h). Hampir separuh SPPG yang telah beroperasi karenanya belum memiliki sertifikasi tersebut.

Kesenjangan ini juga terlihat di tingkat wilayah. Pada Maret 2026, dari 4.219 SPPG di Wilayah III, hanya 2.138 yang telah memiliki SLHS, sementara 1.364 masih dalam proses dan 717 belum mendaftarkan sertifikasi (BGN, 2026k). BGN menyatakan 717 SPPG tersebut akan disuspend (BGN, 2026k), sementara di Sumatera 492 SPPG juga disuspend karena belum mendaftarkan SLHS (BGN, 2026i). Secara nasional, BGN mencatat bahwa sejak awal program hingga Mei 2026 sebanyak 4.581 SPPG pernah dihentikan sementara untuk peningkatan kualitas dan penyesuaian standar, dengan 1.152 masih berstatus suspend per 25 Mei 2026 (BGN, 2026j). Data ini menunjukkan bahwa keamanan dan kelayakan operasional merupakan tantangan sistemik dalam ekspansi MBG, bukan masalah pada beberapa dapur tertentu.

Kondisi tersebut penting karena BGN sendiri telah menetapkan keamanan pangan berbasis risiko melalui SLHS dan penerapan Hazard Analysis and Critical Control Point (HACCP) untuk mengidentifikasi dan mengendalikan risiko kontaminasi pada setiap tahapan pengelolaan makanan (BGN, 2025c; Codex Alimentarius Commission, 2020). BGN juga menegaskan pada Januari 2026 bahwa SPPG baru wajib memperoleh SLHS paling lambat satu bulan setelah

beroperasi (BGN, 2026e). Dengan demikian, persoalannya bukan ketiadaan standar, melainkan kesenjangan antara standar yang ditetapkan dan kapasitas implementasinya di tengah ekspansi yang sangat cepat (Salam dkk, 2019).

Kesenjangan tersebut juga berkaitan dengan kapasitas produksi masing-masing SPPG. Guru Besar Teknologi Pangan dan Hasil Pertanian Universitas Gadjah Mada, Sri Raharjo, menilai target produksi sekitar 3.000 porsi per SPPG dapat melampaui kapasitas dapur apabila tidak didukung fasilitas, sumber daya manusia, dan sistem pengendalian keamanan pangan yang memadai (Universitas Gadjah Mada, 2026). Frekuensi kejadian keracunan yang muncul hampir setiap bulan sepanjang 2025 semakin menunjukkan perlunya melihat kapasitas tersebut sebagai persoalan sistem, bukan sekadar kesalahan individual (Universitas Gadjah Mada, 2026).

Dalam program yang menyediakan makanan secara rutin kepada puluhan juta penerima, keamanan pangan merupakan bagian fundamental dari tata kelola kesehatan masyarakat (World Health Organization, 2015). Makanan yang dimaksudkan untuk memenuhi kebutuhan gizi justru dapat menjadi sumber risiko apabila pengadaan bahan baku, penyimpanan, pengolahan, pengemasan, distribusi, dan pengawasan tidak memenuhi standar (Codex Alimentarius Commission, 2020; World Health Organization, 2015).

Karena itu, keberhasilan MBG tidak cukup diukur dari jumlah makanan yang diproduksi dan didistribusikan, tetapi juga dari kemampuan memastikan bahwa setiap makanan aman, memenuhi standar yang konsisten, dapat ditelusuri, dan berada dalam sistem pengendalian risiko yang dapat diaudit (Codex Alimentarius Commission, 2020; Ruel & Alderman, 2013). Penguatan HACCP, percepatan pemenuhan SLHS, pengawasan rantai pasok, pelaporan insiden yang transparan, serta penghentian sementara SPPG yang tidak memenuhi standar perlu menjadi bagian integral dari tata kelola MBG (Salam dkk, 2019; Codex Alimentarius Commission, 2020). Tanpa penguatan tersebut, keamanan pangan dapat menjadi titik lemah yang secara langsung menggerus tujuan program untuk meningkatkan status gizi dan kesehatan masyarakat (World Health Organization, 2021; Bhutta dkk, 2013).

Temuan 5. Lemahnya Integrasi dengan Sistem Kesehatan

Dari perspektif tata kelola, implementasi MBG masih menunjukkan fragmentasi lintas sektor, dengan integrasi yang terbatas antara sektor kesehatan, pendidikan, dan pangan (Ruel & Alderman, 2013). Padahal, persoalan gizi anak berlangsung dalam sistem kesehatan yang menghadapi berbagai persoalan lain yang saling berkaitan (Salam dkk, 2019). Survei Kesehatan Indonesia 2023 menunjukkan bahwa hanya 35,8 persen anak usia 12–23 bulan yang memperoleh imunisasi dasar lengkap sesuai petunjuk teknis terbaru (BKPK Kemenkes RI, 2024). Capaian tersebut bahkan hanya 3,9 persen di Aceh, 4 persen di Papua Pegunungan, dan 10,3 persen di Papua Tengah (BKPK Kemenkes RI, 2024). Meskipun cakupan imunisasi dasar lengkap meningkat menjadi 80,2 persen pada 2025, masih terdapat hampir 929.000 anak yang belum pernah menerima satu pun imunisasi dasar (*zero-dose*) (BKPK Kemenkes RI, 2026), yang menunjukkan bahwa ketimpangan akses terhadap pelayanan kesehatan primer masih besar (World Health Organization, 2026).

Persoalan yang sama terlihat pada pengendalian penyakit infeksi. Indonesia masih menghadapi beban Tuberkulosis (TB) yang sangat tinggi, dengan sekitar 1,09 juta kasus dan 125 ribu

kematian per tahun berdasarkan estimasi Global TB Report 2024 (Kementerian Kesehatan RI, 2025a). Pada 2024, sekitar 889 ribu kasus TB telah dinotifikasi (Kementerian Kesehatan RI, 2025a), termasuk sekitar 135 ribu kasus pada anak usia 0–14 tahun (Kementerian Kesehatan RI, 2025b). Kementerian Kesehatan juga mencatat bahwa under-reporting TB pada anak di bawah 15 tahun masih mencapai 23,5 persen, yang menunjukkan bahwa beban TB anak belum sepenuhnya terdeteksi dan tercatat dalam sistem kesehatan (Tobing dkk, 2026; BKPK Kemenkes RI, 2025b).

Data tersebut menunjukkan bahwa intervensi gizi tidak dapat dipisahkan dari pelayanan kesehatan primer (Salam dkk, 2019; Bhutta dkk, 2013). Hubungan antara infeksi dan malnutrisi juga bersifat dua arah: infeksi berulang dapat meningkatkan risiko malnutrisi, sementara malnutrisi meningkatkan kerentanan terhadap penyakit infeksi (Morales dkk, 2024; Ockenga dkk, 2023; Ozer & Gündoğan, 2024; Franco dkk, 2024). Karena itu, MBG perlu terintegrasi dengan imunisasi, skrining anemia, pemantauan pertumbuhan, pelayanan kesehatan ibu dan anak, surveilans penyakit infeksi, deteksi TB anak, serta layanan promotif dan preventif di fasilitas kesehatan primer (World Health Organization, 2021; Irizarry dkk, 2025). Integrasi tersebut memungkinkan anak yang menerima makanan tetapi memiliki masalah kesehatan lain untuk tetap teridentifikasi dan memperoleh intervensi yang sesuai (Salam dkk, 2019).

Kebutuhan integrasi tersebut menjadi semakin penting karena MBG sendiri menjangkau kelompok usia yang sebagian besar sudah berada dalam sistem pendidikan, sementara sebagian persoalan kesehatan yang paling mendasar justru muncul pada periode sebelum usia sekolah (Victora dkk, 2010; Benjamin-Chung dkk, 2023). Tanpa hubungan yang sistematis antara data penerima MBG dan sistem informasi kesehatan, program akan sulit mengidentifikasi apakah anak yang menerima makanan mengalami anemia, gangguan pertumbuhan, belum memperoleh imunisasi lengkap, atau memiliki risiko penyakit infeksi (Salam dkk, 2019; Victora dkk, 2021). Akibatnya, MBG berisiko berjalan sebagai program pemberian makanan yang berdiri sendiri, bukan sebagai bagian dari sistem intervensi gizi dan kesehatan anak yang terpadu (Ruel & Alderman, 2013; Irizarry dkk, 2025).

Dengan demikian, integrasi MBG dengan sistem kesehatan primer bukan sekadar persoalan koordinasi administratif, tetapi merupakan prasyarat agar makanan yang diberikan dapat menghasilkan health outcome (Salam dkk, 2019; World Health Organization, 2021). Pemberian makanan perlu disertai identifikasi masalah kesehatan, rujukan, pemantauan pertumbuhan, imunisasi, pencegahan penyakit infeksi, dan intervensi kesehatan lainnya (Bhutta dkk, 2013; Irizarry dkk, 2025). Tanpa integrasi tersebut, keberhasilan MBG akan lebih mudah diukur dari jumlah makanan yang didistribusikan daripada perubahan status kesehatan anak (Ruel & Alderman, 2013; Wang dkk, 2021).

Temuan 6. Deviasi Tujuan Program dari Pemaknaan Kritis Peningkatan SDM

Dampak ekonomi MBG belum dapat secara meyakinkan dikategorikan sebagai dampak positif bersih (Ruel & Alderman, 2013). Penelitian Departemen Ilmu Kesejahteraan Sosial FISIP UI di Jakarta Timur, Depok, dan Tangerang Selatan menunjukkan perubahan pada pendapatan dan pengeluaran keluarga serta keterlibatan masyarakat dalam pelaksanaan program (Nugroho dkk, 2026). Namun, temuan tersebut lebih menunjukkan aktivitas ekonomi di sekitar MBG daripada peningkatan kesejahteraan ekonomi secara keseluruhan (Ruel & Alderman, 2013). Penelitian

yang sama juga mengidentifikasi persoalan pengelolaan sisa makanan yang menimbulkan biaya dan inefisiensi (Nugroho dkk, 2026).

Manfaat ekonomi MBG karena itu tidak dapat dinilai hanya dari jumlah tenaga kerja, SPPG, UMKM, atau pemasok yang terlibat, tetapi perlu dibandingkan dengan biaya fiskal, efisiensi anggaran, ketepatan sasaran, dan manfaat yang diterima kelompok yang paling membutuhkan (Verguet dkk, 2020; Bhutta dkk, 2013). Riset Labsosio FISIP UI di 30 sekolah dengan 1.267 responden di lima daerah menunjukkan bahwa akurasi sasaran, desain program, dan tata kelola masih menjadi persoalan (Labsosio FISIP UI, 2026). Studi tersebut juga menunjukkan bahwa MBG cenderung lebih sesuai bagi siswa dari kelompok sosial ekonomi menengah ke bawah. Kajian CELIOS memperkirakan inclusion error sebesar 34,2 persen (CELIOS, 2025), meskipun angka ini merupakan estimasi kajian, bukan data administratif pemerintah.

Efisiensi program juga dipengaruhi oleh makanan yang tidak dikonsumsi. Penelitian antropologi FISIP UI di lima sekolah dasar di Jakarta menemukan mayoritas siswa yang diamati tidak menghabiskan makanan MBG, sehingga menimbulkan risiko *food waste* (FISIP UI, 2026). CELIOS memperkirakan bahwa jika MBG mencapai 82,9 juta penerima, makanan terbuang dapat mencapai 86–175 juta porsi per minggu, dengan potensi nilai pemborosan Rp861 miliar–Rp1,75 triliun per minggu (CELIOS, 2026). Angka tersebut merupakan skenario estimasi, bukan kerugian negara yang terverifikasi.

Dengan demikian, pembentukan SPPG, penyerapan tenaga kerja, dan keterlibatan UMKM lebih tepat dipandang sebagai efek ekonomi pelaksanaan MBG, bukan bukti dampak ekonomi positif secara keseluruhan (Ruel & Alderman, 2013). Pembuktian dampak positif memerlukan perbandingan antara manfaat ekonomi dan biaya fiskal, biaya peluang, inclusion error, serta inefisiensi dan pemborosan program (Bhutta dkk, 2013; Verguet dkk, 2020). Pada akhirnya, manfaat ekonomi tersebut merupakan efek tambahan; keberhasilan MBG sebagai kebijakan pembangunan SDM tetap harus dibuktikan melalui perbaikan status gizi, kesehatan, perkembangan anak, kualitas diet, dan capaian pendidikan (Wang dkk, 2021; Locke dkk, 2025; Victora dkk, 2021).

VISI

Indonesia yang dicita-citakan adalah negara yang memiliki sistem kesehatan yang berkeadilan yang berbasis promosi dan pencegahan, yang memanfaatkan ilmu pengetahuan dan data terkini dengan menjadikan pembangunan sumber daya manusia sebagai prioritas utama melalui kebijakan gizi, kesehatan, dan perlindungan sosial yang terintegrasi.

REKOMENDASI KEBIJAKAN

Temuan-temuan di atas menunjukkan bahwa persoalan MBG bukan semata-mata terletak pada kelemahan implementasi, tetapi pada ketidaksesuaian antara desain program, sasaran intervensi, kebutuhan pembangunan kesehatan dan gizi, serta besarnya sumber daya publik yang digunakan. Program yang berorientasi pada distribusi makanan dalam skala besar tidak dengan sendirinya menghasilkan perbaikan *stunting*, status kesehatan, kualitas diet, maupun kualitas sumber daya manusia. Pada saat yang sama, pelaksanaan MBG masih menghadapi persoalan ketepatan

sasaran, keamanan pangan, integrasi dengan layanan kesehatan, kualitas menu, serta efisiensi penggunaan anggaran.

Karena itu, **MBG dalam bentuk dan skala yang berjalan saat ini perlu dibatalkan.** Pembatalan tersebut tidak berarti menghentikan upaya pemenuhan gizi anak atau dukungan terhadap masyarakat miskin dan rentan, tetapi mengakhiri desain program yang terlalu luas dan menggantikannya dengan intervensi yang lebih tepat sasaran, berbasis bukti, terintegrasi dengan sistem kesehatan dan pendidikan, serta memiliki *outcome* yang dapat diukur. Sumber daya fiskal yang selama ini dialokasikan untuk MBG perlu direalokasikan kepada intervensi yang memiliki dampak lebih langsung terhadap pembangunan sumber daya manusia, terutama pencegahan *stunting* pada 1000 HPK, penguatan layanan kesehatan primer, imunisasi, pendidikan, dan perlindungan sosial.

Rekomendasi 1. Membatalkan MBG dan Mengalihkan Sumber Daya ke Intervensi Pembangunan SDM yang Lebih Tepat Sasaran

Pemerintah perlu membatalkan pelaksanaan MBG dalam desain nasional yang berjalan saat ini dan melakukan evaluasi menyeluruh terhadap penggunaan anggaran, sasaran penerima, mekanisme pelaksanaan, serta dampaknya terhadap kesehatan dan pembangunan sumber daya manusia. Anggaran yang tersedia perlu dialihkan kepada intervensi yang memiliki dasar bukti dan sasaran yang lebih jelas, terutama pada periode 1000 Hari Pertama Kehidupan, layanan kesehatan primer, imunisasi, pencegahan dan penanganan *stunting*, pendidikan, serta perlindungan sosial bagi kelompok miskin dan rentan.

Pembatalan MBG juga perlu diikuti dengan penghentian pembangunan dan perluasan infrastruktur yang hanya diperlukan untuk mempertahankan desain program tersebut. Fungsi pemenuhan gizi tetap perlu dijalankan, tetapi melalui mekanisme yang terintegrasi dengan sistem kesehatan, pendidikan, pangan berbasis komunitas, dan perlindungan sosial yang telah tersedia.

Rekomendasi 2. Memusatkan Intervensi pada 1000 HPK dan Kelompok dengan Risiko Tertinggi

Intervensi gizi perlu direorientasikan kepada kelompok yang memiliki kebutuhan biologis dan sosial terbesar, terutama ibu hamil dan menyusui, bayi, balita, dan anak pada periode 1000 HPK. Penajaman sasaran juga perlu mencakup anak dengan *stunting*, keluarga miskin dan rentan, wilayah dengan beban penyakit infeksi tinggi, serta daerah dengan cakupan imunisasi rendah.

Untuk kelompok usia sekolah, dukungan pangan tetap dapat diberikan secara lebih selektif kepada anak dari keluarga miskin dan rentan serta anak di wilayah 3T (tertinggal, terdepan, dan terluar). Dengan pendekatan tersebut, sumber daya publik tidak lagi didistribusikan secara seragam, tetapi diarahkan kepada kelompok yang memiliki kebutuhan dan potensi manfaat intervensi terbesar.

Rekomendasi 3. Mengintegrasikan Intervensi Gizi dengan Sistem Kesehatan Primer

Intervensi gizi harus ditempatkan sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan primer, bukan sebagai program yang berdiri sendiri. Layanan perlu mengintegrasikan skrining status gizi dan

anemia, pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anak, imunisasi, pelayanan kesehatan ibu dan anak, tatalaksana balita sakit, edukasi gizi keluarga, serta *active case finding* Tuberkulosis pada wilayah prioritas.

Di daerah dengan prevalensi *stunting* tinggi, pemantauan gizi, pertumbuhan, dan imunisasi perlu ditempatkan dalam satu paket layanan primer sehingga anak yang mengalami masalah gizi atau kesehatan dapat segera diidentifikasi dan memperoleh intervensi yang sesuai. Kapasitas tenaga kesehatan, termasuk dokter umum, dalam bidang gizi klinis dan kesehatan masyarakat juga perlu diperkuat.

Rekomendasi 4. Menempatkan Imunisasi dan Pencegahan Penyakit sebagai Prioritas Ketahanan Kesehatan

Penguatan imunisasi perlu menjadi bagian utama dari strategi pembangunan sumber daya manusia dan ketahanan kesehatan nasional. Rendahnya cakupan imunisasi dan masih tingginya jumlah *zero-dose children* menunjukkan perlunya memperkuat pelayanan imunisasi rutin, penjangkauan anak yang belum mendapatkan imunisasi, serta surveilans terhadap Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I).

Pada wilayah dengan cakupan imunisasi rendah, *dropout* imunisasi tinggi, atau riwayat kejadian luar biasa (KLB), surveilans penyakit menular perlu diperkuat secara lebih intensif. Pencegahan penyakit melalui imunisasi dan layanan primer juga perlu dipandang sebagai investasi pembangunan manusia karena mengurangi beban penyakit, komplikasi, dan pembiayaan kesehatan.

Rekomendasi 5. Meningkatkan Kualitas Gizi dan Keamanan Pangan melalui Sistem Pangan Berbasis Komunitas

Pemenuhan gizi perlu diarahkan pada pangan yang segar dan minim proses dengan membatasi penggunaan *ultra-processed food* (UPF), gula, garam, dan lemak berlebihan. Penggunaan pangan berbasis komunitas yang bergizi perlu diperkuat sesuai dengan karakteristik wilayah sekaligus mendukung petani, nelayan, produsen pangan berbasis komunitas, dan ekonomi daerah.

Setiap program penyediaan makanan yang menggunakan anggaran publik harus memenuhi standar keamanan pangan berbasis risiko. Penerapan HACCP, pemenuhan standar higiene dan sanitasi, pengawasan rantai pasok, serta sistem pelaporan dan penanganan kejadian keracunan perlu menjadi persyaratan dasar. Pemenuhan pangan tidak boleh menciptakan risiko kesehatan baru bagi penerima manfaat.

Rekomendasi 6. Membangun Sistem Data dan Evaluasi Berbasis *Outcome*

Kebijakan gizi dan kesehatan perlu didasarkan pada data yang terintegrasi dan dapat digunakan untuk mengukur perubahan secara berkala. Pemerintah perlu mengembangkan *dashboard* kabupaten/kota yang mengintegrasikan data status gizi, pertumbuhan anak, imunisasi, anemia, pendidikan, PD3I/KLB, TB anak, serta kondisi sosial-ekonomi kelompok rentan.

Keberhasilan pembangunan gizi tidak cukup diukur melalui jumlah makanan yang diberikan, jumlah penerima, atau jumlah tenaga kerja yang terserap. Indikator keberhasilan harus mencakup perubahan status gizi, *stunting*, anemia, kualitas dan keragaman diet, cakupan imunisasi, penyakit infeksi, perkembangan anak, serta indikator pendidikan. Dengan demikian, kebijakan dapat dievaluasi berdasarkan perubahan yang dihasilkan, bukan hanya berdasarkan besarnya kegiatan yang dilaksanakan.

Rekomendasi 7. Memperkuat Transparansi, Riset Independen, dan Akuntabilitas Publik

Setiap kebijakan pembangunan manusia dengan penggunaan anggaran publik dalam skala besar harus dapat diuji melalui penelitian dan evaluasi independen. Pemerintah perlu menyediakan pendanaan khusus untuk *implementation research*, evaluasi dampak, pengembangan sistem pemantauan, serta surveilans kesehatan secara *real-time*.

Data mengenai anggaran, penerima manfaat, distribusi, kualitas pangan, keamanan pangan, hasil pemantauan kesehatan, dan capaian *outcome* perlu dipublikasikan secara berkala agar dapat diawasi oleh masyarakat. Komunikasi publik mengenai gizi, imunisasi, dan kesehatan preventif juga perlu diperkuat dengan informasi berbasis bukti untuk mengurangi disinformasi dan meningkatkan kepercayaan masyarakat.

Rekomendasi 8. Mengembalikan Pembangunan SDM sebagai Prioritas Utama

Pembangunan sumber daya manusia perlu kembali ditempatkan sebagai prioritas utama pembangunan nasional. Anggaran negara harus diarahkan untuk memperkuat keseluruhan ekosistem yang menentukan kualitas manusia sejak awal kehidupan: kesehatan ibu dan anak, gizi dan imunisasi, pendidikan, kualitas guru, fasilitas pendidikan, perlindungan sosial, serta lingkungan yang mendukung tumbuh kembang anak.

Dengan demikian, pemenuhan gizi tidak diposisikan sebagai program tunggal yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari strategi pembangunan manusia yang lebih luas. Tujuan akhirnya bukan sekadar memastikan anak menerima makanan, tetapi memastikan anak tumbuh sehat, terlindungi dari penyakit, memperoleh pendidikan yang berkualitas, dan memiliki kapasitas untuk berkembang secara optimal menuju Indonesia Emas 2045.

PENUTUP

MBG perlu dihentikan karena desain, skala, dan orientasinya tidak sejalan dengan kebutuhan utama pembangunan gizi dan sumber daya manusia Indonesia. *Stunting* terutama berakar pada periode 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), sementara sebagian besar intervensi MBG berpusat pada anak usia sekolah. Program juga menghadapi persoalan ketepatan sasaran, kualitas dan keamanan pangan, penggunaan pangan ultra-proses, pemborosan, serta *monitoring* yang lebih berorientasi pada distribusi daripada *health outcomes*.

Dengan anggaran yang sangat besar, persoalan tersebut menciptakan *opportunity cost* terhadap kebutuhan kesehatan, pendidikan, imunisasi, dan layanan dasar lainnya. Penyerapan tenaga

kerja, keterlibatan UMKM, dan aktivitas ekonomi yang muncul dari MBG merupakan efek pelaksanaan, tetapi tidak membuktikan manfaat pembangunan manusia yang sebanding dengan biaya program.

Karena itu, sumber daya MBG perlu dialihkan kepada intervensi yang lebih tepat sasaran dan berbasis bukti, terutama 1000 HPK, gizi ibu dan anak, imunisasi, layanan kesehatan primer, sanitasi, dan pendidikan. MBG dalam bentuk dan skala saat ini perlu dihentikan; investasi negara harus diarahkan pada intervensi yang terbukti lebih efektif dalam meningkatkan kesehatan dan kualitas SDM.

DAFTAR RUJUKAN

- Al Farisi, B., & Akbar, N. A. (2026, 13 Mei). Bakom sebut 61,9 juta orang jadi penerima manfaat MBG, targetkan 82,9 juta. Kompas.com. <https://nasional.kompas.com/read/2026/05/13/16341611/bakom-sebut-619-juta-orang-jadi-penerima-manfaat-mbg-targetkan-829-juta>
- Aprillia, N. P., & Azzahra, M. U. D. (2025). Program Makan Bergizi Gratis (MBG): Antara legacy project dan solusi stunting. *Journal of Information Systems and Management (JISMA)*, 4(5), 19–22. <https://doi.org/10.4444/jisma.v4i5.1229>
- Aramburu, A., Alvarado-Gamarra, G., Cornejo, R., Curi-Quinto, K., Díaz-Parra, C. del P., Rojas-Limache, G., & Lanata, C. F. (2024). Ultra-processed foods consumption and health-related outcomes: A systematic review of randomized controlled trials. *Frontiers in Nutrition*, 11, 1421728. <https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1421728>
- Badan Gizi Nasional. (2025a, 15 September). BGN kantong Rp 268 triliun di 2026: Ini rincian penggunaannya. <https://www.bgn.go.id/news/siaran-pers/bgn-kantongi-rp-268-triliun-di-2026-ini-rincian-penggunaannya>
- Badan Gizi Nasional. (2025b, 27 September). BGN larang makanan ultra proses di MBG, wajib utamakan produk lokal. <https://www.bgn.go.id/news/berita/bgn-larang-makanan-ultra-proses-di-mbg-wajib-utamakan-produk-lokal>
- Badan Gizi Nasional. (2025c). Keputusan Kepala Badan Gizi Nasional Nomor 244 Tahun 2025 tentang Perubahan Ketiga atas Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Bantuan Pemerintah untuk Program Makan Bergizi Gratis Tahun Anggaran 2025.
- Badan Gizi Nasional. (2025d). Menu MBG disesuaikan dengan potensi pangan daerah. <https://bgn.go.id/news/berita/menu-mbg-disesuaikan-dengan-potensi-pangan-daerah>
- Badan Gizi Nasional. (2025e, 29 Juli). Tak hanya gizi, Program MBG juga tingkatkan ekonomi dan buka lapangan kerja. <https://www.bgn.go.id/news/siaran-pers/tak-hanya-gizi-program-mbg-juga-tingkatkan-ekonomi-dan-buka-lapangan-kerja>
- Badan Gizi Nasional. (2026a, 20 Januari). Awal 2026, Program MBG jangkau hampir 60 juta penerima manfaat. <https://www.bgn.go.id/news/siaran-pers/awal-2026-program-mbg-jangkau-hampir-60-juta-penerima-manfaat>
- Badan Gizi Nasional. (2026b, 1 Januari). Awal Januari 2026 BGN operasikan 19.188 SPPG. <https://www.bgn.go.id/news/siaran-pers/awal-januari-2026-bgn-operasikan-19188-sppg>
- Badan Gizi Nasional. (2026c, 14 Februari). BGN larang gunakan produk UPF dan cita rasa pedas dalam menu MBG selama Ramadan. <https://bgn.go.id/news/berita/bgn-larang-gunakan-produk-upf-dan-cita-rasa-pedas-dalam-menu-mbg-selama-ramadan>

- Badan Gizi Nasional. (2026d, 23 April). BGN pastikan Program MBG tepat sasaran melalui penetapan wilayah prioritas. <https://www.bgn.go.id/news/siaran-pers/bgn-pastikan-program-mbg-tepat-sasaran-melalui-penetapan-wilayah-prioritas>
- Badan Gizi Nasional. (2026e, 20 Januari). BGN tegas bakal stop operasional SPPG bila tak miliki SLHS dan IPAL. <https://www.bgn.go.id/news/siaran-pers/bgn-tegas-bakal-stop-operasional-sppg-bila-tak-miliki-slhs-dan-ipal>
- Badan Gizi Nasional. (2026f, 28 Februari). BGN tegaskan MBG fokus pada dua titik kritis tumbuh kembang anak. <https://www.bgn.go.id/news/siaran-pers/bgn-tegaskan-mbg-fokus-pada-dua-titik-kritis-tumbuh-kembang-anak>
- Badan Gizi Nasional. (2026g, 22 Mei). BGN tegaskan tidak ada intervensi formula bayi dalam Program MBG. <https://bgn.go.id/news/siaran-pers/bgn-tegaskan-tidak-ada-intervensi-formula-bayi-dalam-program-mbg>
- Badan Gizi Nasional. (2026h, 16 April). Capaian SPPG ber-SLHS meningkat tajam, Waka BGN: Agustus seluruh SPPG harus sudah bersertifikat. <https://www.bgn.go.id/news/siaran-pers/capaian-sppg-ber-slhs-meningkat-tajam-waka-bgn-agustus-seluruh-sppg-harus-sudah-bersertifikat>
- Badan Gizi Nasional. (2026i, 7 Maret). 492 SPPG di wilayah Sumatera yang belum mendaftar SLHS disuspend. <https://bgn.go.id/news/berita/492-sppg-di-wilayah-sumatera-yang-belum-mendaftar-slhs-disuspend>
- Badan Gizi Nasional. (2026j, 25 Mei). 1.152 SPPG masih disetop sementara dari total 4.581, Kepala BGN tegaskan tidak ada kompromi untuk standar MBG. <https://www.bgn.go.id/news/siaran-pers/1152-sppg-masih-disetop-sementara-dari-total-4581-kepala-bgn-tegaskan-tidak-ada-kompromi-untuk-standar-mbg>
- Badan Gizi Nasional. (2026k, 11 Maret). 717 SPPG di Indonesia Timur akan segera disuspend karena belum daftar SLHS. <https://www.bgn.go.id/news/berita/717-sppg-di-indonesia-timur-akan-segera-disuspend-karena-belum-daftar-slhs>
- Benjamin-Chung, J., Mertens, A., Colford, J. M., Jr., Hubbard, A. E., van der Laan, M. J., Coyle, J., Sofrygin, O., Cai, W., Nguyen, A., Pokpongkiet, N. N., Djajadi, S., Seth, A., Jilek, W., Jung, E., Chung, E. O., Rosete, S., Hejazi, N., Malenica, I., Li, H., ... Arnold, B. F. (2023). Early-childhood linear growth faltering in low- and middle-income countries. *Nature*, 621(7979), 550–557. <https://doi.org/10.1038/s41586-023-06418-5>
- Bhutta, Z. A., Das, J. K., Rizvi, A., Gaffey, M. F., Walker, N., Horton, S., Webb, P., Lartey, A., & Black, R. E. (2013). Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: What can be done and at what cost? *The Lancet*, 382(9890), 452–477. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60996-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60996-4)
- BKPK Kemenkes RI. (2024). Hasil utama SKI 2023. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. <https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/daftar-frequently-asked-question-seputar-hasil-utama-ski-2023/hasil-utama-ski-2023/>
- BKPK Kemenkes RI. (2025a). SSGI 2024: Prevalensi stunting nasional turun menjadi 19,8%. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. <https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/ssgi-2024-prevalensi-stunting-nasional-turun-menjadi-198/>
- BKPK Kemenkes RI. (2025b). TBC anak terabaikan: Tingginya tingkat underreporting pada usia di bawah 15 tahun [Policy brief]. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. <https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/6054/>

- BKPK Kemenkes RI. (2026, 10 Juli). Menjangkau anak zero-dose di Indonesia: Dari pendekatan layanan menuju transformasi sistem imunisasi. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. <https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/menjangkau-anak-zero-dose-di-indonesia-dari-pendekatan-layanan-menusju-t-ransformasi-sistem-imunisasi/>
- Black, R. E., Victora, C. G., Walker, S. P., Bhutta, Z. A., Christian, P., de Onis, M., Ezzati, M., Grantham-McGregor, S., Katz, J., Martorell, R., & Uauy, R. (2013). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 382(9890), 427–451. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X)
- CELIOS. (2025). Kajian Program Makan Bergizi Gratis. Center of Economic and Law Studies.
- CELIOS. (2026, Februari). Estimasi potensi pemborosan makanan Program Makan Bergizi Gratis. Center of Economic and Law Studies.
- CISDI. (2025, 18 Maret). Mengandung pangan ultra-proses, kelompok masyarakat sipil dan akademisi serukan menu Makan Bergizi Gratis segera dievaluasi ulang. Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives. <https://cisdi.org/siaran-pers/pangan-ultra-proses>
- Codex Alimentarius Commission. (2020). General principles of food hygiene (CXC 1-1969, Rev. 2020). Food and Agriculture Organization of the United Nations & World Health Organization.
- Cupertino, A., Ginani, V., Cupertino, A. P., & Botelho, R. B. A. (2022). School feeding programs: What happens globally? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2265. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042265>
- Dietary Guidelines Advisory Committee. (2024). Dietary patterns with ultra-processed foods and growth, body composition, and risk of obesity: A systematic review. USDA Nutrition Evidence Systematic Review. https://nesr.usda.gov/2025-dietary-guidelines-advisory-committee-systematic-reviews/dietary-patterns-ultraprocessed_growth-obesity
- Dirawan, G. D., & Sukriadi, A. (2026). Beyond school feeding: Makan Bergizi Gratis (MBG) as a life-course nutrition and human capital policy in Indonesia. *Pinisi Journal of Education*, 6(2), 99–114. <https://journal.unm.ac.id/index.php/PJE/article/view/11876>
- Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia. (2026, 3 Maret). Penelitian Antropologi FISIP UI temukan risiko food waste dalam implementasi Program MBG. <https://fisip.ui.ac.id/penelitian-antropologi-fisip-ui-temukan-risiko-food-waste-dalam-implementasi-program-mbg/>
- Franco, J. V. A., Bongaerts, B., Metzendorf, M.-I., Risso, A., Guo, Y., Peña Silva, L., Boeckmann, M., Schlesinger, S., Damen, J. A. A., Richter, B., Baddeley, A., Bastard, M., Carlqvist, A., Garcia-Casal, M. N., Hemmingsen, B., Mavhunga, F., Manne-Goehler, J., & Viney, K. (2024). Undernutrition as a risk factor for tuberculosis disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Article CD015890. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD015890.pub2>
- Hanasi, R. A., Akuba, I., Wahab, I. M., Monoarfa, C., Ahmad, M. R. M., & Pantooyo, A. P. (2025). Implementasi kebijakan Program Makan Bergizi Gratis sebagai pendorong pembangunan ekonomi lokal. *Jurnal Manajemen, Bisnis dan Kewirausahaan*, 6(1). <https://doi.org/10.55606/jumbiku.v6i1.6403>
- Hawkes, C., Ruel, M. T., Salm, L., Sinclair, B., & Branca, F. (2020). Double-duty actions: Seizing programme and policy opportunities to address malnutrition in all its forms. *The Lancet*, 395(10218), 142–155. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32506-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32506-1)

- Irizarry, L. M., Tamagnan, M. E., Mejía, C., Kessler, H., Kohnstamm, S. G., & Baldi, G. (2025). Integrated health and nutrition approaches to school feeding: Maximising future human capital in Latin America and the Caribbean. *Frontiers in Public Health*, 12, 1415172. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1415172>
- Juul, F., Martinez-Steele, E., Parekh, N., & Monteiro, C. A. (2025). The role of ultra-processed food in obesity. *Nature Reviews Endocrinology*, 21, 672–685. <https://doi.org/10.1038/s41574-025-01143-7>
- Kemenko PMK. (2025, 2 Mei). Prevalensi stunting tahun 2024 turun jadi 19,8 persen, pemerintah terus dorong penguatan gizi nasional. Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan. <https://www.kemenkopmk.go.id/prevalensi-stunting-tahun-2024-turun-jadi-198-persen-pemerintah-terus-dorong-penguatan-gizi>
- Kementerian Kesehatan RI. (2025a, 24 Maret). Aksi nyata percepatan eliminasi tuberkulosis di Indonesia. <https://kemkes.go.id/id/47510>
- Kementerian Kesehatan RI. (2025b). Gerakan Indonesia akhiri TBC. <https://www.kemkes.go.id/id/indonesias-movement-to-end-tb>
- Kementerian Keuangan. (2025, 3 Februari). Menilik eksistensi Program MBG atau Makan Bergizi Gratis. *Media Keuangan*. <https://mediakeuangan.kemenkeu.go.id/article/show/menilik-eksistensi-program-mbg-atau-makan-bergizi-gratis>
- Kementerian PPN/Bappenas. (2024). Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional 2025–2045. <https://indonesia2045.go.id/>
- Kurniawan, H. (2024, 17 Oktober). BKKBN: 48,39 persen keluarga berisiko stunting dapat pendampingan. *ANTARA*. <https://www.antaranews.com/berita/4402005/bkkbn-4839-persen-keluarga-berisiko-stunting-dapat-pendampingan>
- Labosio FISIP UI. (2026). Dari dapur ke meja belajar: Evaluasi Program Makan Bergizi Gratis di lima daerah Indonesia. Pusat Kajian Sosiologi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Indonesia. <https://labsosio.ui.ac.id/temuan-utama-penelitian-dari-dapur-ke-meja-belajar-evaluasi-program-makan-bergizi-gratis-di-lima-daerah-indonesia/>
- Lane, M. M., Gamage, E., Du, S., Ashtree, D. N., McGuinness, A. J., Gauci, S., Baker, P., Lawrence, M., Rebholz, C. M., Srouf, B., Touvier, M., Jacka, F. N., O'Neil, A., Segasby, T., & Marx, W. (2024). Ultra-processed food exposure and adverse health outcomes: Umbrella review of epidemiological meta-analyses. *BMJ*, 384, e077310. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-077310>
- Locke, A., James, M., Jones, H., Davies, R., Williams, F., & Brophy, S. (2025). Impacts of global school feeding programmes on children's health and wellbeing outcomes: A scoping review. *BMJ Open*, 15, e093244. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-093244>
- Lopes, M. (2026, 9 April). Sejak 2025, sebanyak 33.626 pelajar jadi korban keracunan MBG. *Kompas.id*. <https://www.kompas.id/artikel/sejak-2025-sebanyak-33626-pelajar-jadi-korban-keracunan-mbg>
- Mahkamah Konstitusi. (2026, 30 Juli). Anggaran MBG harus dipisahkan dari anggaran pendidikan [Putusan Nomor 40/PUU-XXIV/2026]. <https://www.mkri.id/berita/anggaran-mbg-harus-dipisahkan-dari-anggaran-pendidikan-25496>
- Monteiro, C. A., Cannon, G., Levy, R. B., Moubarac, J.-C., Jaime, P. C., Martins, A. P., Canella, D., Louzada, M. L., & Parra, D. (2019). Ultra-processed foods: What they are and how to identify them. *Public Health Nutrition*, 22(5), 936–941. <https://doi.org/10.1017/S1368980018003762>

- Morales, F., Montserrat-de la Paz, S., Leon, M. J., & Rivero-Pino, F. (2024). Effects of malnutrition on the immune system and infection and the role of nutritional strategies regarding improvements in children's health status: A literature review. *Nutrients*, 16(1), Article 1. <https://doi.org/10.3390/nu16010001>
- Nugraheny, D. E. (2025, 2 Oktober). BGN izinkan produk UMKM lokal jadi menu MBG, contohnya susu UHT plain. *Kompas.com*. <https://money.kompas.com/read/2025/10/02/104000726/bgn-izinkan-produk-umkm-lokal-jadi-menu-mbg-contohnya-susu-uht-plain>
- Nugroho, F., Annisah, Nawangsari, A. S., Wibowo, A., & Irawati, S. T. (2026, 5 Maret). Kajian MBG: Dampak terhadap pendapatan dan pengeluaran keluarga [Paparan seminar riset]. Dies Natalis ke-58 FISIP Universitas Indonesia, Depok.
- Ockenga, J., Fuhse, K., Chatterjee, S., Malykh, R., Rippin, H., Pirlich, M., Yedilbayev, A., Wickramasinghe, K., & Barazzoni, R. (2023). Tuberculosis and malnutrition: The European perspective. *Clinical Nutrition*, 42(4), 486–492. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2023.01.016>
- OECD. (2023). PISA 2022 results (Volume I): The state of learning and equity in education. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/53f23881-en>
- Ozer, N. T., & Gündoğan, K. (2024). The vicious cycle of malnutrition and tuberculosis: A narrative review. *Journal of Clinical Practice and Research*, 46(5), 444–448. <https://doi.org/10.14744/cpr.2024.60895>
- Prendergast, A. J., & Humphrey, J. H. (2014). The stunting syndrome in developing countries. *Paediatrics and International Child Health*, 34(4), 250–265. <https://doi.org/10.1179/2046905514Y.00000000158>
- Prentice, A. M., Ward, K. A., Goldberg, G. R., Jarjou, L. M., Moore, S. E., Fulford, A. J., & Prentice, A. (2013). Critical windows for nutritional interventions against stunting. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 97(5), 911–918. <https://doi.org/10.3945/ajcn.112.052332>
- Ruel, M. T., & Alderman, H. (2013). Nutrition-sensitive interventions and programmes: How can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? *The Lancet*, 382(9891), 536–551. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60843-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60843-0)
- Salam, R. A., Das, J. K., & Bhutta, Z. A. (2019). Integrating nutrition into health systems: What the evidence advocates. *Maternal & Child Nutrition*, 15(S1), e12738. <https://doi.org/10.1111/mcn.12738>
- Tobing, K. L., Lolong, D. B., Lasut, D., Widiyanti, M., Senewe, F. P., Soerachman, R., Suriani, O., Yusniar, Aryati, R., & Farid, M. N. (2026). Under-reporting of childhood tuberculosis cases in Indonesia and associated factors. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 59(3), 289–297. <https://doi.org/10.3961/jpmph.25.894>
- Universitas Gadjah Mada. (2026, 25 April). 33 ribu pelajar keracunan MBG, target 3000 porsi per SPPG dinilai melebihi kapasitas. <https://ugm.ac.id/en/news/33000-students-affected-in-mbg-program-3000-meal-target-deemed-beyond-capacity/>
- Verguet, S., Limasalle, P., Chakrabarti, A., Husain, A., Burbano, C., Drake, L., & Bundy, D. A. P. (2020). The broader economic value of school feeding programs in low- and middle-income countries: Estimating the multi-sectoral returns to public health, human capital, social protection, and the local economy. *Frontiers in Public Health*, 8, 587046. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.587046>

- Victora, C. G., Adair, L., Fall, C., Hallal, P. C., Martorell, R., Richter, L., & Sachdev, H. S. (2008). Maternal and child undernutrition: Consequences for adult health and human capital. *The Lancet*, 371(9609), 340–357. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61692-4)
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., & Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475–490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Victora, C. G., Christian, P., Vidaletti, L. P., Gatica-Domínguez, G., Menon, P., & Black, R. E. (2021). Revisiting maternal and child undernutrition in low-income and middle-income countries: Variable progress towards an unfinished agenda. *The Lancet*, 397(10282), 1388–1399. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00394-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00394-9)
- Victora, C. G., de Onis, M., Hallal, P. C., Blössner, M., & Shrimpton, R. (2010). Worldwide timing of growth faltering: Revisiting implications for interventions. *Pediatrics*, 125(3), e473–e480. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1519>
- Wang, D., Shinde, S., Young, T., & Fawzi, W. W. (2021). Impacts of school feeding on educational and health outcomes of school-age children and adolescents in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*, 11, 04051. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.04051>
- World Health Organization. (2013). Essential nutrition actions: Improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/84409>
- World Health Organization. (2015). WHO estimates of the global burden of foodborne diseases: Foodborne disease burden epidemiology reference group 2007–2015. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565165>
- World Health Organization. (2021). Nutrition action in schools: A review of evidence related to the nutrition-friendly schools initiative. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025646>
- World Health Organization. (2025, 16 Januari). Tahun baru, kesempatan baru: Upaya Indonesia segera meningkatkan kesehatan reproduksi, ibu, bayi baru lahir, anak, dan remaja. <https://www.who.int/indonesia/id/news/detail/16-01-2025-new-year--new-opportunities--how-indonesia-aims-to-rapidly-improve-reproductive--maternal--newborn--child-and-adolescent-health>
- World Health Organization. (2026, 8 April). Strengthening immunization evidence and strategy in Indonesia. <https://www.who.int/indonesia/news/detail/08-04-2026-strengthening-immunization-evidence-and-strategy-in-indonesia>



Terima kasih telah membaca kajian ini.

FIAD terbuka bagi siapa saja yang memiliki kepedulian, pengetahuan, pengalaman, atau keahlian yang ingin dibagikan untuk kepentingan publik.

Gabung di bit.ly/GabungFIAD