
BAB I. PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Keberhasilan pembangunan suatu bangsa ditentukan oleh ketersediaan sumberdaya manusia (SDM) yang berkualitas, yaitu SDM yang memiliki fisik yang tangguh, mental yang kuat, kesehatan yang prima, serta cerdas. Bukti empiris menunjukkan bahwa hal ini sangat ditentukan oleh status gizi yang baik, dan status gizi yang baik ditentukan oleh jumlah asupan pangan yang dikonsumsi. Masalah gizi kurang dan buruk dipengaruhi langsung oleh faktor konsumsi pangan dan penyakit infeksi. Secara tidak langsung dipengaruhi oleh pola asuh, ketersediaan pangan, faktor sosial-ekonomi, budaya dan politik (Unicef, 1990). Apabila gizi kurang dan gizi buruk terus terjadi dapat menjadi faktor penghambat dalam pembangunan nasional.

Saat ini diperkirakan sekitar 50 persen penduduk Indonesia atau lebih dari 100 juta jiwa mengalami beraneka masalah kekurangan gizi, yaitu gizi kurang dan gizi lebih. Masalah gizi kurang sering luput dari penglihatan atau pengamatan biasa dan seringkali tidak cepat ditanggulangi, padahal dapat memunculkan masalah besar. Selain gizi kurang, secara bersamaan Indonesia juga mulai menghadapi masalah gizi lebih dengan kecenderungan yang semakin meningkat dari waktu ke waktu. Dengan kata lain saat ini Indonesia tengah menghadapi masalah gizi ganda. Secara perlahan kekurangan gizi akan berdampak pada tingginya angka kematian ibu, bayi, dan balita, serta rendahnya umur harapan hidup. Selain itu, dampak kekurangan gizi terlihat juga pada rendahnya partisipasi sekolah, rendahnya pendidikan, serta lambatnya pertumbuhan ekonomi

Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB) mengungkapkan pentingnya penanggulangan kekurangan gizi dalam kaitannya dengan upaya peningkatan SDM pada seluruh kelompok umur sesuai siklus kehidupan (Januari, 2000)¹. Investasi di sektor sosial menjadi sangat penting dalam peningkatan SDM karena akan berdampak pada pertumbuhan ekonomi negara. Investasi gizi juga berperan penting untuk memutuskan lingkaran setan kemiskinan dan kurang gizi sebagai upaya peningkatan SDM. Beberapa dampak buruk kurang gizi adalah: (i) rendahnya produktivitas kerja; (ii) kehilangan kesempatan sekolah; dan (iii) kehilangan sumberdaya karena biaya kesehatan yang tinggi (World Bank, 2006). Untuk menjaga agar individu tidak kekurangan gizi maka akses setiap individu terhadap pangan harus dijamin. Akses pangan setiap individu ini sangat tergantung pada ketersediaan pangan dan kemampuan untuk mengaksesnya secara kontinyu (spasial dan waktu). Kemampuan mengakses pangan ini dipengaruhi oleh daya beli, yang berkaitan dengan tingkat pendapatan dan kemiskinan seseorang.

Dalam sistem ketatanegaraan kita, upaya peningkatan SDM diatur dalam UUD 1945 pasal 28 H ayat (1) yang menyatakan bahwa setiap individu berhak hidup

¹ *Nutrition throughout life cycle. 4th report on The World Nutrition Situation, January 2000.*

sejahtera, dan pelayanan kesehatan adalah salah satu hak asasi manusia. Dengan demikian pemenuhan pangan dan gizi untuk kesehatan warga negara merupakan investasi untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia. Sementara itu, pengaturan tentang pangan tertuang dalam Undang-undang No.7 Tahun 1996 tentang Pangan, yang menyatakan juga bahwa pangan merupakan kebutuhan dasar manusia yang pemenuhannya menjadi hak asasi setiap rakyat. Pemenuhan hak

atas pangan dicerminkan pada definisi ketahanan pangan yaitu : “kondisi terpenuhinya pangan bagi rumah tangga yang tercermin dari tersedianya pangan yang cukup, baik jumlah maupun mutunya, aman, merata dan terjangkau”. Kecukupan pangan yang baik mendukung tercapainya status gizi yang baik sehingga akan memperlancar penerapan Program Wajib Belajar 9 Tahun sesuai dengan amanat UU No 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional. Dengan demikian akan dapat dihasilkan generasi muda yang berkualitas.

Upaya-upaya untuk menjamin kecukupan pangan dan gizi serta kesempatan pendidikan tersebut akan mendukung komitmen pencapaian *Millennium Development Goals* (MDGs), terutama pada sasaran-sasaran: (1) menanggulangi kemiskinan dan kelaparan; (2) mencapai pendidikan dasar untuk semua; (3) menurunkan angka kematian anak; dan (4) meningkatkan kesehatan ibu pada tahun 2015. Komitmen global lain sebagai landasan pembangunan pangan dan gizi adalah: *The Global Strategy for Health for All 1981, The World Summit for Children 1990, The Forty-eight World Health Assembly 1995, World Food Summit 1996* dan *Health for All in the Twenty-first Century 1998*.

Pada tingkat nasional, pembangunan pangan, kesehatan, dan pendidikan juga ditempatkan sebagai prioritas utama dalam RPJPN (Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional) 2005-2025 dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2004 -2009, yang dijabarkan dalam rencana strategis Departemen Pertanian, Departemen Kesehatan dan Departemen Pendidikan Nasional. Untuk menjabarkan kebijakan dan langkah terpadu di bidang pangan dan gizi serta dalam rangka mendukung pembangunan SDM berkualitas, perlu disusun Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2006-2010 (RANPG 2006-2010) sebagai kelanjutan dari Rencana Aksi Pangan dan Gizi Nasional (RAPGN) 2001-2005.

B. TUJUAN PENYUSUNAN

Tujuan Umum. Memberikan panduan dan arahan dalam pelaksanaan pembangunan pangan dan gizi bagi institusi pemerintah, masyarakat dan pelaku lain yang bergerak dalam perbaikan pangan dan gizi di Indonesia, baik pada tataran nasional, provinsi maupun kabupaten/kota.

Tujuan Khusus:

1. Meningkatkan pemahaman pentingnya peran pembangunan pangan dan gizi sebagai investasi untuk mewujudkan SDM Indonesia berkualitas.
2. Meningkatkan kemampuan menganalisis perkembangan situasi pangan dan gizi di setiap wilayah agar: (i) mampu menetapkan prioritas penanganan masalah pangan dan gizi; (ii) mampu memilih intervensi yang tepat dan *cost effective* sesuai kebutuhan lokal; (iii) mampu membangun dan memfungsikan lembaga pangan dan gizi; dan (iv) mampu memantau dan mengevaluasi pembangunan pangan dan gizi.
3. Meningkatkan koordinasi penanganan masalah pangan dan gizi secara terpadu.

C. RUANG LINGKUP

Rencana Aksi ini meliputi strategi dan langkah konkrit yang akan dilakukan dalam perbaikan pangan dan gizi untuk mewujudkan ketahanan pangan dan meningkatkan status gizi masyarakat, yang tercermin pada tercukupinya kebutuhan pangan baik jumlah, keamanan, dan kualitas gizi yang seimbang di tingkat rumah tangga. Rencana aksi ini mengacu pada RPJM 2004-2009, komitmen pencapaian MDGs, serta dokumen-dokumen kebijakan pembangunan nasional lain di bidang pangan dan gizi².

Dokumen rencana aksi ini diawali dengan uraian mengenai peran pangan dan gizi sebagai investasi pembangunan yang disajikan pada Bab II. Pada Bab III dijabarkan analisis situasi pangan dan gizi lima tahun lalu sebagai cerminan hasil pelaksanaan RANPG 2001-2005 dan sasaran yang belum sepenuhnya tercapai yang masih relevan untuk dilanjutkan dalam RANPG 2006-2010. Dalam bab ini disajikan pula langkah-langkah untuk mengatasi tantangan baru sesuai dinamika yang terjadi pada tingkat nasional dan global, khususnya yang terkait dengan empat pilar pembangunan pangan dan gizi yaitu: akses terhadap pangan, keamanan pangan, status gizi, dan pola hidup sehat. Kemudian pada Bab IV diuraikan isu strategis pembangunan pangan dan gizi dan tujuan yang akan dicapai melalui RANPG 2006-2010. Selain itu, pada bab ini dijabarkan pula kebijakan, sasaran dan strategi penguatan ketahanan pangan dan perbaikan gizi periode 2006-2010, yang diuraikan lebih lanjut pada Bab V dalam bentuk matriks rencana aksi yang mencakup kebijakan, strategi, kegiatan pokok, indikator, program dan instansi penanggung jawab. Dengan demikian, setiap kegiatan akan dapat dijabarkan oleh pemerintah provinsi, kabupaten/kota serta pengguna lainnya sesuai dengan kondisi di wilayah masing-masing. Indikator yang terdapat dalam RANPG ini akan menjadi dasar bagi pemantauan dan evaluasi program serta perkembangan status pangan dan gizi baik pada tingkat rumah tangga, wilayah kabupaten/kota, provinsi, maupun nasional.

D. PROSES PENYUSUNAN

Penyusunan RANPG diawali dengan pertemuan lintas sektor yang menyepakati empat pilar pembangunan pangan dan gizi hasil *WHO-FAO Inter-country Workshop for Updating and Implementing Inter-sectoral Food and Nutrition Plans and Policies* di Hyderabad, India tahun 2005 sebagai acuan. Selanjutnya, dibentuk Kelompok Kerja yang secara paralel melakukan analisis dan diskusi untuk menyusun kebijakan, strategi dan rencana aksi untuk masing-masing pilar. Proses penyusunan melibatkan konsultasi dengan para pakar, pelaku usaha dan pemangku kepentingan lain dari perguruan tinggi, LSM dan organisasi profesi. Jabaran rencana aksi atas empat konsep pilar pembangunan pangan dan gizi tersebut kemudian dituangkan secara terpadu dalam RANPG 2006-2010.

E. PENGGUNA

RANPG ini merupakan dokumen operasional yang secara terpadu menyatukan pembangunan pangan dan gizi dalam rangka mewujudkan SDM berkualitas sebagai modal sosial pembangunan bangsa dan negara. Dokumen RANPG disusun sebagai acuan pelaksanaan program ketahanan pangan dan perbaikan gizi bagi semua pihak, termasuk pemerintah dan masyarakat, yang memiliki tanggung jawab melakukan upaya perbaikan pangan, gizi dan kesehatan.

BAB II. PANGAN DAN GIZI SEBAGAI INVESTASI PEMBANGUNAN

A. PANGAN DAN GIZI SEBAGAI PENENTU KUALITAS SUMBER DAYA MANUSIA

Pembangunan suatu bangsa bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan setiap warga negara. Peningkatan kemajuan dan kesejahteraan bangsa sangat tergantung pada kemampuan dan kualitas sumberdaya manusianya. Ukuran kualitas sumberdaya manusia dapat dilihat pada Indeks Pembangunan Manusia (IPM), sedangkan ukuran kesejahteraan masyarakat antara lain dapat dilihat pada tingkat kemiskinan dan status gizi masyarakat.

IPM merupakan ukuran agregat yang dipengaruhi oleh tingkat ekonomi, pendidikan dan kesehatan. Kualitas SDM Indonesia saat ini masih tertinggal dibandingkan negara lain. Hal ini ditunjukkan oleh posisi IPM Indonesia yang berada pada urutan ke-108 dari 177 negara. Posisi IPM negara ASEAN lainnya lebih baik dibanding Indonesia, seperti Malaysia pada urutan ke-56, Filipina 77, Thailand 67, Singapura 22, dan Brunai 25. Persentase penduduk miskin juga menjadi faktor penting penentu IPM. Pada tahun 2006 tingkat kemiskinan di Indonesia masih mencapai 17,8 persen yang berarti sekitar 40 juta jiwa masih berada di bawah garis kemiskinan.

Salah satu akibat kemiskinan adalah ketidakmampuan rumah tangga untuk memenuhi kebutuhan pangan dalam jumlah dan kualitas yang baik; lebih dari 10 persen penduduk di setiap provinsi mengalami rawan pangan, kecuali di Provinsi Sumatera Barat, Bali, dan Nusa Tenggara Barat. Hal ini berakibat pada kekurangan gizi, baik zat gizi makro maupun mikro, yang dapat diindikasikan dari status gizi anak balita dan wanita hamil. Implikasi dari masalah gizi pada kedua kelompok tersebut sangat luas, antara lain:

- a. Tingginya prevalensi Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) akibat tingginya prevalensi Kurang Energi Kronik (KEK) pada ibu hamil. BBLR dapat meningkatkan angka kematian bayi dan balita, gangguan pertumbuhan fisik dan mental anak, serta penurunan kecerdasan. Anak bergizi buruk (*pendek/stunted*) mempunyai resiko kehilangan IQ 10-15 poin. Gangguan kurang yodium pada saat janin atau gagal dalam pertumbuhan anak sampai usia dua tahun dapat berdampak buruk pada kecerdasan secara permanen.
- b. Kurang zat besi (anemia gizi besi) pada ibu hamil dapat meningkatkan resiko kematian waktu melahirkan, meningkatkan resiko bayi yang dilahirkan kurang zat besi, dan berdampak buruk pada pertumbuhan sel-sel otak anak, sehingga secara

konsisten dapat mengurangi kecerdasan anak. Pada orang dewasa dapat menurunkan produktivitas sebesar 20-30 persen.

- c. Kurang vitamin A pada anak balita dapat menurunkan daya tahan tubuh, meningkatkan resiko kebutaan, dan meningkatkan resiko kematian akibat infeksi.
- d. Meluasnya kekurangan gizi pada anak balita dan wanita hamil akan meningkatkan pengeluaran rumah tangga maupun pemerintah untuk biaya kesehatan karena banyak warga yang mudah jatuh sakit akibat kurang gizi. Di samping itu, hal ini juga menyebabkan menurunnya produktivitas.

Dari uraian di atas tampak bahwa ketidakmampuan memenuhi kebutuhan pangan dalam rumah tangga terutama pada ibu hamil dan anak balita akan berakibat pada kekurangan gizi yang berdampak pada lahirnya generasi muda yang tidak berkualitas. Dalam jangka pendek, Indonesia akan sulit meningkatkan IPM. Apabila masalah ini tidak diatasi maka dalam jangka menengah dan panjang akan terjadi "kehilangan generasi" yang dapat mengganggu kelangsungan kepentingan bangsa dan negara.

B. INVESTASI PANGAN DAN GIZI DALAM PEMBANGUNAN SUMBER DAYA MANUSIA

Kecukupan pangan dalam jumlah dan mutu yang baik di tingkat rumah tangga merupakan mandat untuk mewujudkan ketahanan pangan sesuai Undang-undang No.7 Tahun 1996. Pemerintah selalu menempatkan ketahanan pangan dalam program pembangunan. Berbagai program pemerintah untuk meningkatkan produksi dan ketersediaan pangan secara kontinyu melalui penghimpunan stok yang mencukupi masih terus dilakukan. Investasi besar pada pembangunan dan pemeliharaan jaringan irigasi, jalan produksi, serta peningkatan produksi pupuk dilakukan untuk mendukung produksi pangan dalam negeri. Efisiensi sistem distribusi pangan terus ditingkatkan agar harga pangan terjangkau oleh masyarakat. Bantuan dan subsidi pangan juga diberikan pada rumah tangga miskin yang tidak dapat menjangkau harga pangan yang terjadi di pasar. Selain itu, pangan lokal juga terus dikembangkan mengingat beragamnya pola pangan dan wilayah kepulauan yang dimiliki Indonesia untuk membantu daerah-daerah rawan pangan dan daerah-daerah yang jauh dari jangkauan distribusi nasional. Hal penting yang juga dilakukan adalah upaya peningkatan pendapatan masyarakat, terutama petani dan masyarakat perdesaan yang tingkat kemiskinannya tinggi sehingga daya beli dan kemampuan mereka untuk mengakses pangan semakin meningkat.

Selanjutnya sesuai Bank Dunia (2006), perbaikan gizi merupakan suatu investasi yang sangat menguntungkan. Setidaknya ada tiga alasan suatu negara perlu melakukan intervensi di bidang gizi. Pertama, perbaikan gizi memiliki keuntungan ekonomi

(*economic returns*) yang tinggi; kedua, intervensi gizi terbukti mendorong pertumbuhan ekonomi; dan ketiga, perbaikan gizi membantu menurunkan tingkat kemiskinan melalui perbaikan produktivitas kerja, pengurangan hari sakit, dan pengurangan biaya pengobatan. Pada kondisi gizi buruk, penurunan produktivitas perorangan diperkirakan lebih dari 10 persen dari potensi pendapatan seumur hidup; dan secara agregat menyebabkan kehilangan PDB antara 2-3 persen. Konferensi para ekonom di Copenhagen tahun 2005 (Konsensus Copenhagen) menyatakan bahwa intervensi gizi menghasilkan keuntungan ekonomi tinggi dan merupakan salah satu yang terbaik dari 17 alternatif investasi pembangunan lainnya. Konsensus ini menilai bahwa perbaikan gizi, khususnya intervensi melalui program suplementasi dan fortifikasi zat gizi mikro (memperbaiki kekurangan zat besi, vitamin A, yodium, dan seng) memiliki keuntungan ekonomi yang sama tingginya dengan investasi di bidang liberalisasi perdagangan, penanggulangan malaria dan HIV, serta air bersih dan sanitasi. Behman, Alderman dan Hoddinot (2004) dalam Bank Dunia (2006) mengungkapkan bahwa Rasio Manfaat-Biaya (*benefit-cost ratio/BC-Ratio*) berbagai program gizi, khususnya program suplementasi dan fortifikasi adalah sangat tinggi, berkisar antara 4 hingga 520 (**Tabel 1**).

Selama ini para ahli ekonomi berpendapat bahwa investasi ekonomi merupakan prasyarat utama untuk memperbaiki keadaan gizi masyarakat. Dari analisis hubungan timbal balik antara kurang gizi dan kemiskinan, serta analisis ekonomi terhadap keuntungan investasi gizi, diketahui bahwa perbaikan gizi dapat dilakukan tanpa harus menunggu tercapainya tingkat perbaikan ekonomi tertentu. Perkembangan iptek pada dasawarsa terakhir memungkinkan perbaikan gizi dengan lebih cepat tanpa harus menunggu perbaikan ekonomi. Studi yang dilakukan IFPRI di 15 negara menunjukkan bahwa pertumbuhan pendapatan sebesar 5 persen per tahun saja tanpa didukung perbaikan infrastruktur penunjang seperti akses air bersih dan program-program gizi ternyata tidak mampu membawa negara-negara tersebut untuk mengurangi setengah masalah gizi kurangnya pada tahun 2020.

Beberapa negara dengan PDB yang sama ternyata mempunyai angka prevalensi gizi-kurang pada anak balita yang berbeda-beda. Zimbabwe yang memiliki PDB lebih rendah dari Namibia ternyata memiliki status gizi anak balita yang lebih baik. Demikian halnya dengan Cina, PDB per kapita negara ini relatif lebih rendah dibanding negara-negara Asia lainnya namun memiliki prevalensi balita gizi kurang paling rendah.

Sampai 1970-an banyak ahli ekonomi dan ahli perencanaan pembangunan, termasuk Bank Dunia, mengartikan investasi dalam arti sempit. Investasi pembangunan ekonomi lebih diartikan sebagai penanaman modal untuk membangun industri barang dan jasa dalam rangka menciptakan lapangan kerja. Titik berat investasi adalah untuk membangun prasarana ekonomi seperti jalan, jembatan dan transportasi. Pada waktu itu jarang sekali para perencana pembangunan memasukkan perbaikan gizi, kesehatan dan pendidikan sebagai bagian suatu investasi ekonomi.

Memasuki periode 1990-an keadaan ini mulai berubah. Pada 1992 Bank Dunia menyatakan bahwa perbaikan gizi merupakan suatu investasi pembangunan. Investasi di bidang ini menjadi salah satu prioritas Bank Dunia dalam pemberian pinjaman kepada negara berkembang. Keterkaitan upaya perbaikan gizi dengan pembangunan ekonomi juga dikemukakan oleh Sekretaris Jenderal PBB, Kofi Annan, yang menyatakan bahwa gizi yang baik dapat merubah kehidupan anak, meningkatkan pertumbuhan fisik dan perkembangan mental, melindungi kesehatannya, dan meletakkan fondasi untuk masa depan produktivitas anak.

Perubahan kebijakan pinjaman Bank Dunia dan perhatian PBB terhadap pembangunan perbaikan gizi dibuktikan dengan meningkatnya alokasi pinjaman Bank

Tabel 1. Biaya per Unit dan Manfaat Ekonomi berbagai Program Pangan dan Gizi

Jenis Intervensi	Biaya Per Unit Dan Lokasi		Manfaat Ekonomi Per 1 US\$ Investasi (BC-Ratio)
	Biaya per Unit (US\$/target)	Negara & Tahun Kajian	
Intervensi Pangan dan Gizi Di Masyarakat			
1. Subsidi Pangan *	-	Indonesia, 2004	0,9
2. Program Intervensi Gizi Berbasis Masyarakat Sebagai Bagian Dari Pelayanan Kesehatan Dasar	8.01	Indonesia, 2004	2.6
3. Pendidikan Gizi	0.37	Indonesia, 2004	32.3
4. Promosi ASI di rumah sakit	-	-	5-67
5. Program Pelayanan Anak Terpadu	-	-	9-16
Intervensi Zat Gizi Mikro			
6. Suntikan Iodium	0.49 0.14 0.21	Peru, 1978 Zaire, 1977 Indonesia, 1986	-
7. Iodinasi Air	0.04	Italia, 1986	-
8. Iodisasi Garam	0.04	India, 1987	28.0
9. Suplementasi Iodium pada Wanita	-	-	15-520
10. Suplementasi Vitamin A pada balita	0.46-0.68	-	4 -50.0
11. Fortifikasi Vitamin A Pada Gula	0.14	Guatemala, 1976	16.0
12. Suplementasi Tablet Besi Pada Ibu Hamil	2.65-4.44	Tidak Disebut, 1980	24.7
13. Fortifikasi Besi Pada Garam	0.10	India, 1980	
14. Fortifikasi Besi Pada Gula	0.10 0.80	Guatemala, 1980 Tidak Disebut, 1980	-
15. Fortifikasi zat besi	-	-	176-200
16. Fortifikasi Besi Pada Pangan Pokok (Terigu)	-	-	84.1
Pemberian Makanan Tambahan			
17. PMT Pada Anak Balita	3.99	Indonesia, 2004	1.4

Sumber: Soekirman dkk (2003). *Situational Analysis of Nutrition Problems in Indonesia: Its Policy, Programs and Prospective Development*. Direktorat Gizi dan Bank Dunia (Diolah dari berbagai sumber).

* Behrman, Alderman, and Hoddinott (2004) dalam Bank Dunia (2006)

Dunia untuk proyek-proyek perbaikan gizi di negara berkembang yang meningkat 18 kali lipat dari hanya US\$ 50 juta pada 1980-an menjadi US\$ 900 juta pada 1990-an. Sejalan dengan itu, alokasi anggaran pembangunan untuk perbaikan gizi di Indonesia juga meningkat secara signifikan dari Rp 61 Milyar pada tahun 2000 menjadi Rp 179 Milyar pada tahun 2005, atau meningkat hampir tiga kali lipat dalam jangka waktu lima tahun. Meskipun peningkatan anggaran cukup tinggi namun jumlah tersebut dinilai masih belum memadai, sehingga perlu dipilih intervensi pemerintah yang benar-benar “*cost-effective*”. Bank Dunia (1996) merekomendasikan bentuk intervensi yang dianggap *cost-effective* untuk berbagai situasi. Sementara Soekirman dkk (2003), berdasarkan data dari berbagai sumber juga menyajikan informasi tentang unit *cost* dan *cost-effectiveness* berbagai program gizi hasil studi di berbagai negara (**Tabel 1**).

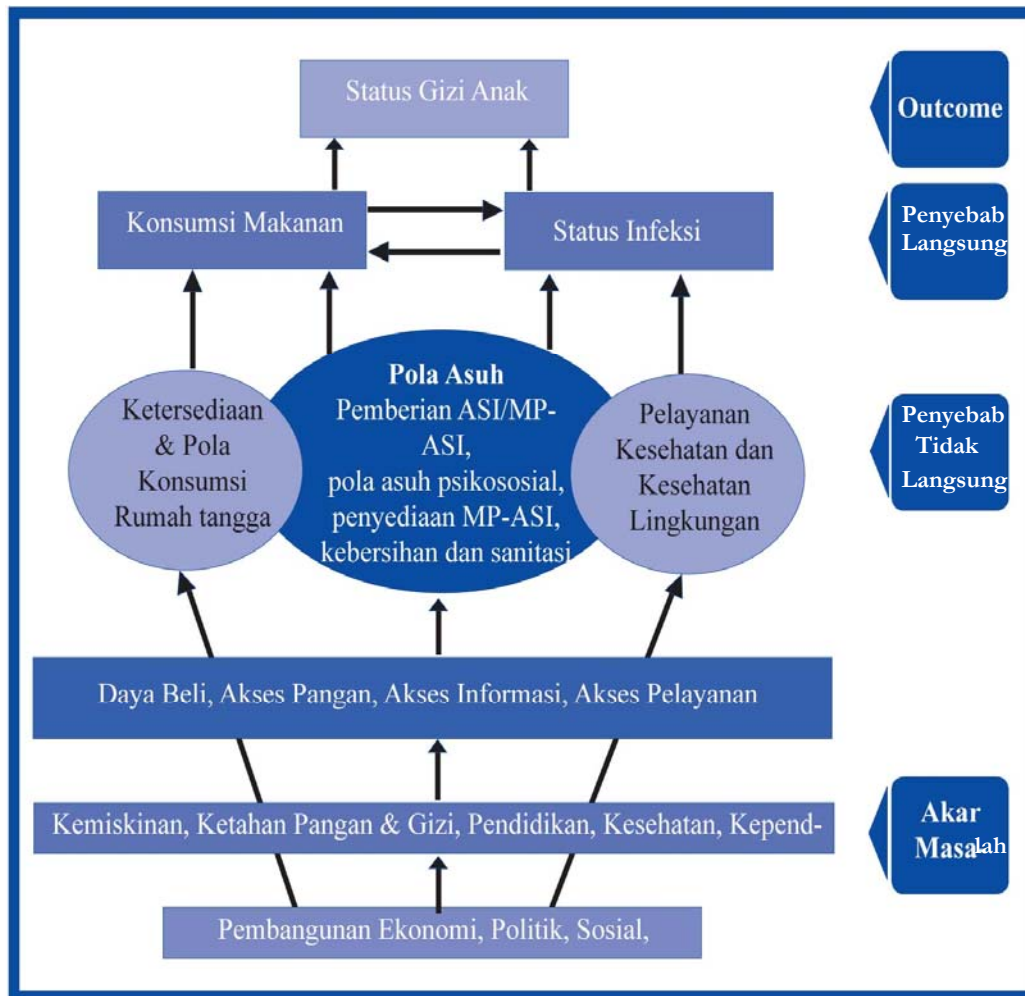
C. PENYEBAB MASALAH PANGAN DAN GIZI

1. Kerangka Penyebab Masalah Pangan dan Gizi

Terdapat dua faktor langsung penyebab gizi kurang pada anak balita, yaitu faktor makanan dan penyakit infeksi dan keduanya saling mendorong. Sebagai contoh, anak balita yang tidak mendapat cukup makanan bergizi seimbang memiliki daya tahan yang rendah terhadap penyakit sehingga mudah terserang infeksi. Sebaliknya penyakit infeksi seperti diare dan infeksi saluran pernapasan atas (ISPA) dapat mengakibatkan asupan gizi tidak dapat diserap tubuh dengan baik sehingga berakibat pada gizi buruk. Oleh karena itu, mencegah terjadinya infeksi juga dapat mengurangi kejadian gizi kurang dan gizi buruk. Berbagai faktor penyebab langsung dan tidak langsung terjadinya gizi kurang digambarkan dalam kerangka pikir UNICEF (1990) (**Gambar 1**).

Faktor penyebab langsung pertama adalah makanan yang dikonsumsi, harus memenuhi jumlah dan komposisi zat gizi yang memenuhi syarat gizi seimbang. Konsumsi pangan dipengaruhi oleh ketersediaan pangan, yang pada tingkat makro ditunjukkan oleh tingkat produksi nasional dan cadangan pangan yang mencukupi; dan pada tingkat regional dan lokal ditunjukkan oleh tingkat produksi dan distribusi pangan. Ketersediaan pangan sepanjang waktu, dalam jumlah yang cukup dan harga terjangkau sangat menentukan tingkat konsumsi pangan di tingkat rumah tangga. Selanjutnya pola konsumsi pangan rumah tangga akan berpengaruh pada komposisi konsumsi pangan.

Makanan lengkap bergizi seimbang bagi bayi sampai usia enam bulan adalah air susu ibu (ASI), yang dilanjutkan dengan tambahan makanan pendamping ASI (MP-ASI) bagi bayi usia 6 bulan sampai 2 tahun. Data menunjukkan masih rendahnya persentase ibu yang memberikan ASI, dan MP-ASI yang belum memenuhi gizi seimbang oleh karena berbagai sebab. Faktor penyebab langsung yang kedua adalah infeksi yang



Sumber : UNICEF 1990, disesuaikan dengan kondisi Indonesia

berkaitan dengan tingginya prevalensi dan kejadian penyakit infeksi terutama diare, ISPA, TBC, malaria, demam berdarah dan HIV/AIDS. Infeksi ini dapat mengganggu penyerapan asupan gizi sehingga mendorong terjadinya gizi kurang dan gizi buruk. Sebaliknya, gizi kurang melemahkan daya tahan anak sehingga mudah sakit. Kedua faktor penyebab langsung gizi kurang itu memerlukan perhatian dalam kebijakan ketahanan pangan dan program perbaikan gizi serta peningkatan kesehatan masyarakat.

Kedua faktor penyebab langsung tersebut dapat ditimbulkan oleh tiga faktor penyebab tidak langsung, yaitu: (i) ketersediaan dan pola konsumsi pangan dalam rumah tangga, (ii) pola pengasuhan anak, dan (iii) jangkauan dan mutu pelayanan

kesehatan masyarakat. Ketiganya dapat berpengaruh pada kualitas konsumsi makanan anak dan frekuensi penyakit infeksi. Apabila kondisi ketiganya kurang baik menyebabkan gizi kurang. Rendahnya kualitas konsumsi pangan dipengaruhi oleh kurangnya akses rumah tangga dan masyarakat terhadap pangan, baik akses pangan karena masalah ketersediaan maupun tingkat pendapatan yang mempengaruhi daya beli rumah tangga terhadap pangan. Pola asuh, pelayanan kesehatan dan sanitasi lingkungan dipengaruhi oleh pendidikan, pelayanan kesehatan, informasi, pelayanan keluarga berencana, serta kelembagaan sosial masyarakat untuk pemberdayaan masyarakat khususnya perempuan.

Ketidakstabilan ekonomi, politik dan sosial, dapat berakibat pada rendahnya tingkat kesejahteraan rakyat yang antara lain tercermin pada maraknya masalah gizi kurang dan gizi buruk di masyarakat. Upaya mengatasi masalah ini bertumpu pada pembangunan ekonomi, politik dan sosial yang harus dapat menurunkan tingkat kemiskinan setiap rumah tangga untuk dapat mewujudkan ketahanan pangan dan gizi serta memberikan akses kepada pendidikan dan pelayanan kesehatan.

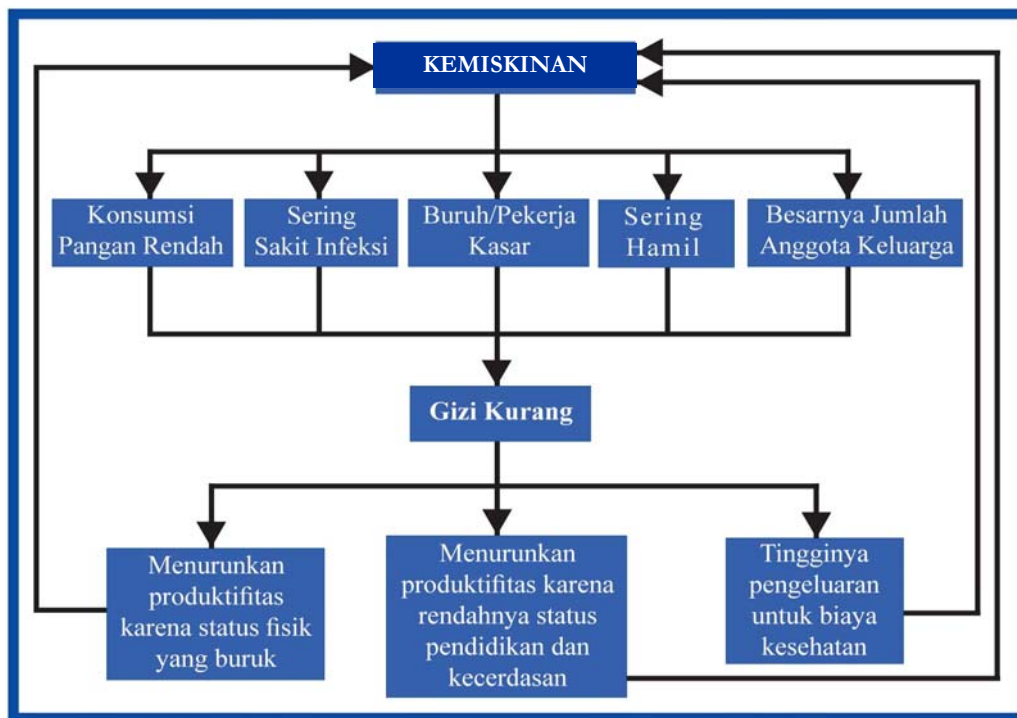
2. Kemiskinan dan Masalah Gizi

Dari berbagai faktor penyebab masalah gizi, kemiskinan dinilai memiliki peranan penting dan bersifat timbal balik, artinya kemiskinan akan menyebabkan kurang gizi dan individu yang kurang gizi akan berakibat atau melahirkan kemiskinan. Masalah kurang gizi memperlambat pertumbuhan ekonomi dan mendorong proses pemiskinan melalui tiga cara. Pertama, kurang gizi secara langsung menyebabkan hilangnya produktivitas karena kelemahan fisik. Kedua, kurang gizi secara tidak langsung menurunkan kemampuan fungsi kognitif dan berakibat pada rendahnya tingkat pendidikan. Ketiga, kurang gizi dapat menurunkan tingkat ekonomi keluarga karena meningkatnya pengeluaran untuk berobat. Ketiga hal tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut (**Gambar 2**).

Tingkat dan kualitas konsumsi makanan anggota rumah tangga miskin tidak memenuhi kecukupan gizi sesuai kebutuhan. Dengan asupan makanan yang tidak mencukupi, anggota rumah tangga, termasuk anak balitanya menjadi lebih rentan terhadap infeksi sehingga sering menderita sakit. Keluarga miskin dicerminkan oleh profesi/mata pencaharian yang biasanya adalah buruh/pekerja kasar yang berpendidikan rendah sehingga tingkat pengetahuan pangan dan pola asuh keluarga juga kurang berkualitas. Keluarga miskin juga ditandai dengan tingkat kehamilan tinggi karena kurangnya pengetahuan tentang keluarga berencana dan adanya anggapan bahwa anak dapat menjadi tenaga kerja yang memberi tambahan pendapatan keluarga. Namun demikian, banyaknya anak justru mengakibatkan besarnya beban anggota keluarga dalam sebuah rumah tangga miskin.

Keseluruhan faktor ini dapat menyebabkan kekurangan gizi pada setiap anggota rumah tangga miskin yang dapat berakibat pada: (i) menurunnya produktivitas individu karena kondisi fisik yang buruk serta tingkat kecerdasan dan pendidikan yang rendah; (ii) tingginya pengeluaran untuk memelihara kesehatan karena sering sakit. Sebaliknya, kedua hal ini pun menyebabkan kemiskinan pada individu tersebut.

Adanya hubungan kemiskinan dan kekurangan gizi sering diartikan bahwa upaya penanggulangan masalah kekurangan gizi hanya dapat dilaksanakan dengan efektif apabila keadaan ekonomi membaik dan kemiskinan dapat dikurangi. Pendapat ini tidak seluruhnya benar. Secara empirik sudah dibuktikan bahwa mencegah dan menanggulangi masalah gizi kurang tidak harus menunggu sampai masalah kemiskinan dituntaskan. Banyak cara memperbaiki gizi masyarakat dapat dilakukan justru pada saat masih miskin. Dengan diperbaiki gizinya, produktivitas masyarakat miskin dapat ditingkatkan sebagai modal untuk memperbaiki ekonominya dan mengentaskan diri dari lingkaran kemiskinan- kekurangan gizi - kemiskinan. Semakin banyak rakyat miskin yang diperbaiki gizinya, akan semakin berkurang jumlah rakyat miskin. Perlu disadari bahwa investasi pembangunan di bidang gizi tidak mudah dan tidak cepat, sebagaimana



Sumber: *Repositioning Nutrition as Central Development* (Bank Dunia, 2006)

Gambar 2. Keterkaitan Kemiskinan dan Status Gizi

membangun gedung dan prasarana fisik. Perbaikan gizi memerlukan konsistensi dan kesinambungan program dalam jangka pendek dan jangka panjang.

Pada tahun 2006, tingkat kemiskinan penduduk di Indonesia sekitar 17,8 persen atau sekitar 40 juta jiwa. Dari jumlah penduduk miskin tersebut, sekitar 68 persen tinggal di pedesaan, dan umumnya bekerja pada sektor pertanian atau berbasis pertanian. Data tersebut tidak jauh berbeda dengan data di tingkat dunia, yaitu setengah dari kelompok miskin ini adalah petani kecil, dan seperlima dari kaum miskin tersebut adalah para buruh tani yang tidak mampu memproduksi bahan pangan untuk kebutuhan keluarganya sendiri. Kelompok miskin inilah yang seharusnya menjadi fokus perhatian dalam pembangunan di bidang ketahanan pangan dan perbaikan gizi.

Banyak intervensi gizi telah dilakukan dengan sasaran utama masyarakat miskin dan gizi kurang, terutama anak-anak, Wanita Usia Subur (WUS), dan ibu hamil. Mereka mendapatkan pendidikan dan penyuluhan gizi seimbang, termasuk pentingnya Air Susu Ibu (ASI) bagi bayi; penyuluhan tentang pengasuhan bayi dan kebersihan; dan layanan penimbangan berat badan bayi dan anak secara teratur setiap bulan di Posyandu. Di samping itu juga mendapatkan suplemen berupa: zat besi untuk ibu hamil, Vitamin A untuk anak balita dan ibu nifas, Makanan Pendamping – Air Susu Ibu (MP-ASI) untuk anak 6 - 24 bulan, dan makanan untuk ibu hamil yang kurus. Secara terintegrasi intervensi gizi tersebut ditunjang dengan pelayanan kesehatan dasar seperti imunisasi, pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, serta pelayanan kesehatan lainnya di Puskesmas.

Apabila dipadukan dengan upaya-upaya penanggulangan kemiskinan yang dapat meningkatkan ketahanan pangan rumah tangga, intervensi gizi untuk orang miskin akan mempunyai daya ungkit yang besar dalam meningkatkan kesehatan, kecerdasan, dan produktivitas. Upaya tersebut dapat meningkatkan akses rumah tangga miskin kepada pangan yang bergizi seimbang, pendidikan terutama pendidikan perempuan, air bersih, dan sarana kebersihan lingkungan. Untuk mengantisipasi terjadinya fluktuasi ketahanan pangan rumah tangga yang berpotensi menimbulkan kerawanan pangan, dilakukan pemantauan terus menerus terhadap situasi pangan masyarakat dan rumah tangga, serta perkembangan penyakit dan status gizi anak dan ibu hamil yang dikenal sebagai Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG).

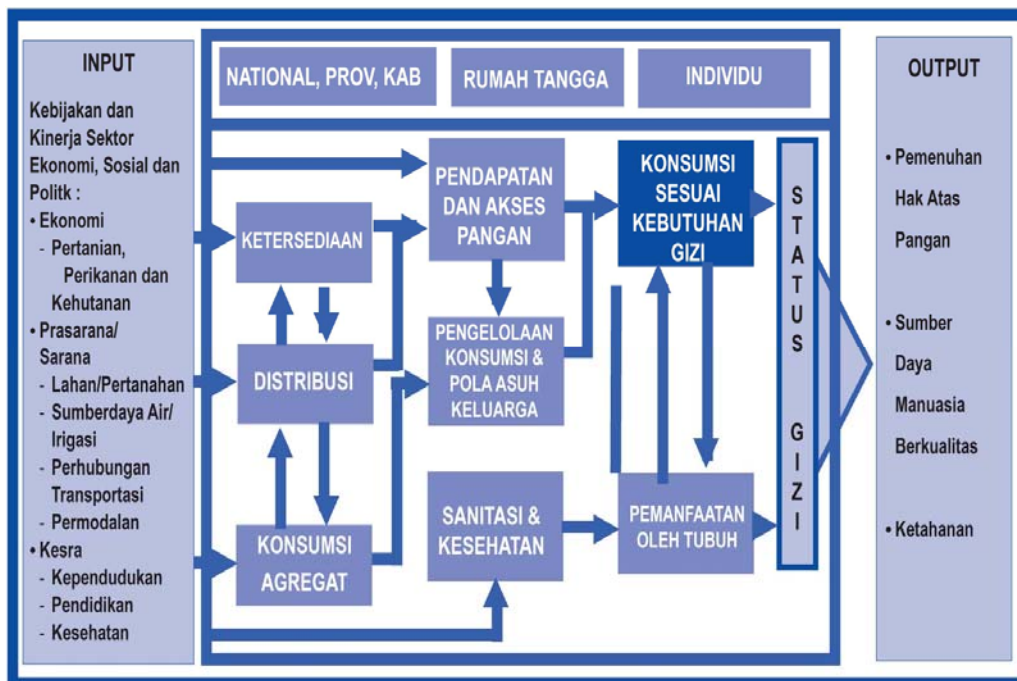
D. KERANGKA PIKIR KETAHANAN PANGAN DAN GIZI

Sistem ketahanan pangan dan gizi secara komprehensif meliputi empat sub-sistem, yaitu: (i) ketersediaan pangan dalam jumlah dan jenis yang cukup untuk seluruh penduduk, (ii) distribusi pangan yang lancar dan merata, (iii) konsumsi pangan setiap individu yang memenuhi kecukupan gizi seimbang, yang berdampak pada (iv) status gizi masyarakat (**Gambar 3**). Dengan demikian, sistem ketahanan pangan dan gizi tidak hanya menyangkut soal produksi, distribusi, dan penyediaan pangan ditingkat makro

(nasional dan regional), tetapi juga menyangkut aspek mikro, yaitu akses pangan di tingkat rumah tangga dan individu serta status gizi anggota rumah tangga, terutama anak dan ibu hamil dari rumah tangga miskin. Meskipun secara konseptual pengertian ketahanan pangan meliputi aspek mikro, namun dalam pelaksanaan sehari-hari masih sering ditekankan pada aspek makro yaitu ketersediaan pangan. Agar aspek mikro tidak terabaikan, maka dalam dokumen ini digunakan istilah ketahanan pangan dan gizi.

Konsep ketahanan pangan yang sempit meninjau sistem ketahanan pangan dari aspek masukan yaitu produksi dan penyediaan pangan. Seperti banyak diketahui, baik secara nasional maupun global, ketersediaan pangan yang melimpah melebihi kebutuhan pangan penduduk tidak menjamin bahwa seluruh penduduk terbebas dari kelaparan dan gizi kurang. Konsep ketahanan pangan yang luas bertolak pada tujuan akhir dari ketahanan pangan yaitu tingkat kesejahteraan manusia. Oleh karena itu, sasaran pertama *Millenium Development Goals* (MDGs) bukanlah tercapainya produksi atau penyediaan pangan, tetapi menurunkan kemiskinan dan kelaparan sebagai indikator kesejahteraan masyarakat. MDGs menggunakan pendekatan dampak bukan masukan.

United Nation Development Programme (UNDP) sebagai lembaga PBB yang berkompeten memantau pelaksanaan MDGs telah menetapkan dua ukuran kelaparan, yaitu jumlah konsumsi energi (kalori) rata-rata anggota rumah tangga di bawah



Gambar 3. Kerangka Sistem Ketahanan Pangan dan Gizi

kebutuhan hidup sehat dan proporsi anak balita yang menderita gizi kurang. Ukuran tersebut menunjukkan bahwa MDGs lebih menekankan dampak daripada masukan. Oleh karena itu, analisis situasi ketahanan pangan harus dimulai dari evaluasi status gizi masyarakat diikuti dengan tingkat konsumsi, persediaan dan produksi pangan; bukan sebaliknya. Status gizi masyarakat yang baik ditunjukkan oleh keadaan tidak adanya masyarakat yang menderita kelaparan dan gizi kurang. Keadaan ini secara tidak langsung menggambarkan akses pangan dan pelayanan sosial yang merata dan cukup baik. Sebaliknya, produksi dan persediaan pangan yang melebihi kebutuhannya, tidak menjamin masyarakat terbebas dari kelaparan dan gizi kurang.

E. TINJAUAN STRATEGI PERBAIKAN PANGAN DAN GIZI JANGKA PENDEK DAN JANGKA PANJANG

Masalah gizi kurang maupun gizi lebih tidak dapat ditangani hanya dengan kebijakan dan program jangka pendek sektoral yang tidak terintegrasi. Pengalaman negara berkembang yang berhasil mengatasi masalah gizi secara tuntas dan berkelanjutan, seperti Thailand, Cina dan Malaysia, menunjukkan perlunya strategi kebijakan jangka pendek dan jangka panjang. Untuk itu diperlukan adanya kebijakan pembangunan bidang ekonomi, pangan dan gizi, kesehatan, pendidikan, dan keluarga berencana yang saling terkait dan terintegrasi untuk meningkatkan status gizi masyarakat (*World Bank*, 2006).

1. Strategi Jangka Pendek

Kebijakan yang mendorong ketersediaan pelayanan meliputi: (i) Pelayanan gizi dan kesehatan yang berbasis masyarakat seperti upaya perbaikan gizi keluarga (UPGK) yang dilaksanakan 1970 sampai 1990-an, penimbangan anak balita di Posyandu yang dicatat dalam KMS; (ii) pemberian suplemen zat gizi mikro seperti tablet zat besi kepada ibu hamil, kapsul Vitamin A kepada anak balita dan ibu nifas; (iii) bantuan pangan kepada anak kurang gizi dari keluarga miskin; (iv) fortifikasi bahan pangan seperti fortifikasi garam dengan yodium, fortifikasi terigu dengan zat besi, seng, asam folat, vitamin B1 dan B2; dan (v) biofortifikasi, suatu teknologi budidaya tanaman pangan yang dapat menemukan varietas padi yang mengandung kadar zat besi tinggi dengan nilai biologi tinggi pula, varietas singkong yang mengandung karoten dan sebagainya.

Kebijakan yang meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan, meliputi: (i) Bantuan Langsung Tunai (BLT) bersyarat bagi keluarga miskin; (ii) Kredit mikro untuk pengusaha kecil dan menengah; (iii) Pemberian makanan, khususnya pada waktu

darurat; (iv) Pemberian suplemen zat gizi mikro, khususnya zat besi, Vitamin A dan zat yodium; (v) Bantuan pangan langsung kepada keluarga miskin; dan (vi) Pemberian kartu miskin untuk keperluan berobat dan membeli makanan dengan harga subsidi, seperti beras untuk orang miskin (Raskin) dan MP-ASI untuk balita keluarga miskin.

Kebijakan yang mendorong perubahan ke arah perilaku hidup sehat dan sadar gizi dilakukan melalui pendidikan gizi dan kesehatan. Pendidikan ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan anggota keluarga khususnya kaum perempuan tentang gizi seimbang, termasuk pentingnya ASI eksklusif, MP-ASI yang baik dan benar; memantau berat badan bayi dan anak sampai usia 2 tahun; pengasuhan bayi dan anak yang baik dan benar: air bersih dan kebersihan diri serta lingkungan; dan pola hidup sehat lainnya seperti berolah raga, tidak merokok, makan sayur dan buah setiap hari.

2. Strategi Jangka Panjang

Kebijakan yang mendorong penyediaan pelayanan meliputi: (i) Pelayanan kesehatan dasar termasuk keluarga berencana dan pemberantasan penyakit menular; (ii) Penyediaan air bersih dan sanitasi; (iii) Kebijakan pengaturan pemasaran susu formula; (iv) Kebijakan pertanian pangan untuk menjamin ketahanan pangan ditingkat keluarga dan perorangan, dengan persediaan dan akses pangan yang cukup, bergizi seimbang, dan aman, termasuk komoditi sayuran dan buah-buahan; (v) Kebijakan pengembangan industri pangan yang mendorong pemasaran produk industri pangan yang sehat dan menghambat pemasaran produk industri pangan yang tidak sehat; dan (vi) Memperbanyak fasilitas olah raga bagi masyarakat.

Kebijakan yang mendorong terpenuhinya permintaan atau kebutuhan pangan dan gizi, seperti: (i) Pembangunan ekonomi yang meningkatkan pendapatan rakyat miskin; (ii) Pembangunan ekonomi dan sosial yang melibatkan dan memberdayakan masyarakat miskin; (iii) Pembangunan yang menciptakan lapangan kerja sehingga mengurangi pengangguran; (iv) Kebijakan fiskal dan harga pangan yang meningkatkan daya beli masyarakat miskin untuk memenuhi kebutuhan pangan yang bergizi seimbang; dan (v) Pengaturan pemasaran pangan yang tidak sehat dan tidak aman.

Kebijakan yang mendorong perubahan perilaku yang mendorong hidup sehat dan gizi baik bagi anggota keluarga: (i) Meningkatkan kesetaraan gender; (ii) Mengurangi beban kerja wanita terutama pada waktu hamil; dan (iii) Meningkatkan pendidikan wanita baik pendidikan sekolah maupun di luar sekolah.

BAB III. ANALISIS SITUASI PANGAN DAN GIZI

A. STATUS GIZI MASYARAKAT

Salah satu tolok ukur status gizi seseorang adalah ukuran berat badan dan tinggi badan menurut umur. Tolok ukur ini juga dapat mencerminkan kondisi gizi masyarakat. Selain itu, keadaan gizi masyarakat juga dapat ditunjukkan oleh data Kurang Vitamin A (KVA), Gangguan Akibat Kurang Yodium (GAKY), Anemia Gizi Besi (AGB), dan gangguan pertumbuhan. Uraian berikut menyajikan analisis masalah gizi sesuai siklus kehidupan, dimulai dari bayi, anak balita, anak usia sekolah hingga usia produktif.

1. Gizi Bayi dan Balita

Kondisi gizi bayi dapat ditunjukkan dengan BBLR. Kejadian BBLR ini erat kaitannya dengan kondisi gizi kurang pada masa sebelum dan selama kehamilan dan berpengaruh pada angka kematian bayi. Indonesia belum mempunyai data BBLR yang diperoleh melalui survei nasional. Selama ini, angka BBLR merupakan estimasi yang sifatnya sangat kasar yang diperoleh dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) serta dari berbagai studi. Hasil SDKI dan berbagai studi tersebut menunjukkan bahwa selama periode 1986-1999³ proporsi BBLR berkisar antara 7–16 persen. Setiap tahun diperkirakan sebanyak 355-710 ribu dari lima juta bayi lahir dengan kondisi BBLR.

Kondisi gizi balita secara umum mengalami perbaikan yang ditunjukkan dengan menurunnya prevalensi gizi kurang. Pada tahun 1978-1998, prevalensi gizi kurang balita menurun dari 46,3 persen menjadi 37,5 persen atau rata-rata 0,85 persen per tahun. Prevalensi ini terus menurun menjadi 28,0 persen pada tahun 2005.

Masalah gizi kurang pada balita ditunjukkan oleh tingginya prevalensi anak balita yang pendek (stunting < -2SD). Dari beberapa survei, prevalensi anak balita stunting sekitar 40 persen (**Tabel 2**). Tinggi badan rata-rata anak balita ini umumnya mendekati kondisi normal hanya sampai 5 - 6 bulan, setelah usia enam bulan rata-rata tinggi badan anak balita lebih rendah dari kondisi normal.

Pada tahun 1995 prevalensi stunting pada anak laki-laki menurut survei SKIA adalah 46,5 persen. Data tahun 2001 menunjukkan bahwa prevalensi anak perempuan

Tabel 2. Prevalensi Pendek/ *Stunting* Anak Balita \leq - 2SD dari Berbagai Jenis Survei

Survei	Stunting \leq - 2SD
Suvita (Survei Nasional Vit. A), Tahun 1992 (15 Provinsi)	41,4
IBT (Indonesia Bagian Timur), Tahun 1991 (4 Provinsi)	44,5
SKIA (Survei Kesehatan Ibu dan Anak), Tahun 1995 Nasional	45,9
JPS (Jaring Pengaman Sosial)	43,8
Survei masalah gizi di 7 Provinsi (Puslitbang gizi 2006)	36,3

sebesar 45,2 persen. Berdasarkan survey NSS prevalensi anak laki-laki dan perempuan baik di perdesaan dan perkotaan sebesar 45,6 persen.

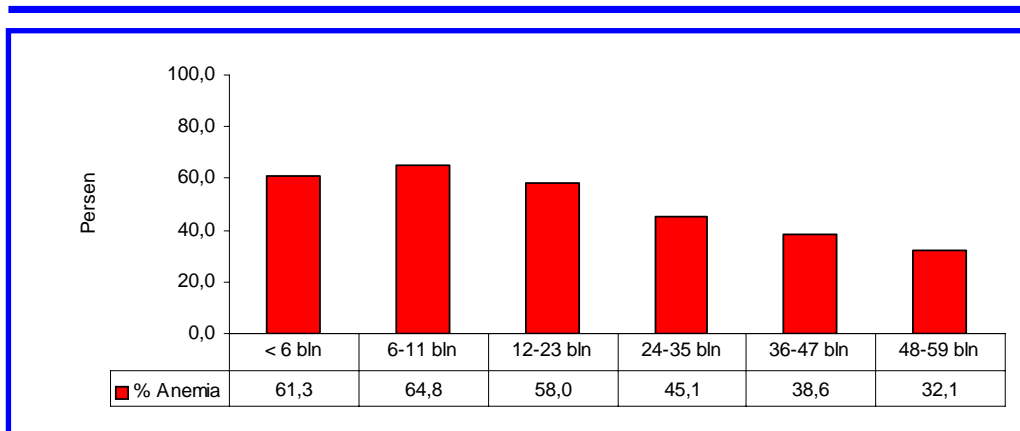
Pada tahun 1992, Indonesia telah dinyatakan bebas dari xerophthalmia, namun masih dijumpai 50 persen balita mempunyai serum retinol kurang dari 20 $\mu\text{g}/100\text{ ml}$, sebagai pertanda Kurang Vitamin A Sub-Klinik. Kejadian tersebut diduga diakibatkan kurang berhasilnya penyuluhan untuk mengkonsumsi sumber vitamin A alami (SUVITAL) dan rendahnya cakupan distribusi kapsul Vitamin A (< 80 persen). Pada tahun 2000, dilaporkan dari Nusa Tenggara Barat adanya kasus baru *xerophthalmia*. Hal serupa bisa terjadi di provinsi lain jika cakupan distribusi kapsul Vitamin A di wilayah tersebut kurang dari 80 persen.

Berdasarkan SKRT 2001, prevalensi anemia anak balita masih cukup tinggi. Semakin muda usia bayi semakin tinggi prevalensinya; pada bayi kurang dari 6 bulan (61,3 persen), bayi 6-11 bulan (64,8 persen), dan anak usia 12-23 bulan (58 persen). Selanjutnya prevalensi menurun untuk anak usia 2 - 5 tahun (**Gambar 4**).

2. Gizi Anak Usia Sekolah

Gangguan pertumbuhan dari usia balita berlanjut pada saat anak masuk sekolah. Selama kurun waktu lima tahun terjadi peningkatan status gizi anak sekolah yang diukur dengan tinggi badan menurut umur (TB/U). Pada tahun 1994 jumlah anak sekolah yang pendek sekitar 40 persen dan turun menjadi 36,4 persen pada tahun 1999.

Masalah gizi lain yang juga menjadi masalah pada usia sekolah adalah adanya gangguan pertumbuhan. Anak usia sekolah juga mengalami GAKY, walaupun prevalensinya telah menurun secara berarti. Pada tahun 1980, prevalensi GAKY pada anak usia sekolah yang diukur dengan pembesaran kelenjar gondok (*Total Goiter Rate/TGR*) adalah 30 persen. Angka ini menurun menjadi 27,9 persen pada tahun 1990,



Gambar 4. Prevalensi Anemia pada Anak Balita (SKRT 2001)

dan menjadi 11,1 persen pada tahun 2003. Walaupun prevalensi GAKY pada anak sekolah telah menurun, ternyata masih terdapat 14 kabupaten yang tergolong daerah endemik berat. Gambaran klasifikasi kabupaten menurut endemisitas GAKY dapat dilihat pada **Tabel 3**.

Secara internasional, perhitungan proporsi penduduk yang menderita gondok sebagai indikator GAKY sudah tidak dianjurkan lagi karena secara statistik dianggap kurang sah. Di samping itu, indikator tersebut baru timbul pada tingkat akhir sebagai akumulasi terjadinya kekurangan yodium untuk waktu lama sehingga dianggap terlambat jika dipakai sebagai dasar tindak pencegahan. Indikator GAKY yang dianjurkan WHO adalah (i) kadar yodium dalam urine (EYU= Eksresi Yodium Urine), yaitu proporsi EYU dibawah 100 µg/L harus kurang dari 50 persen dan proporsi EYU dibawah 50 µg/L harus kurang dari 20 persen; dan (ii) konsumsi garam beryodium oleh rumah tangga, yaitu 90 persen rumah tangga menggunakan garam mengandung cukup

Tabel 3. Total Goitre Rate (TGR) pada Survei 1996/1998 dan 2003

		Klasifikasi kabupaten menurut TGR tahun 1998				Total kabupaten
		Non Endemik	Endemik Ringan	Endemik Sedang	Endemik Berat	
Klasifikasi kab menurut TGR tahun 2003	Non Endemik	86	26	2	1	115
	Endemik Ringan	28	52	13	3	96
	Endemik Sedang	5	18	7	5	35
	Endemik Berat	3	8	6	5	22
	Total kabupaten	122	104	28	14	268
	Tidak berubah	150				
	Memburuk	68				
	Membaik	50				

Sumber: *National IDD Survey 1998, and National IDD Evaluation Survey 2003*

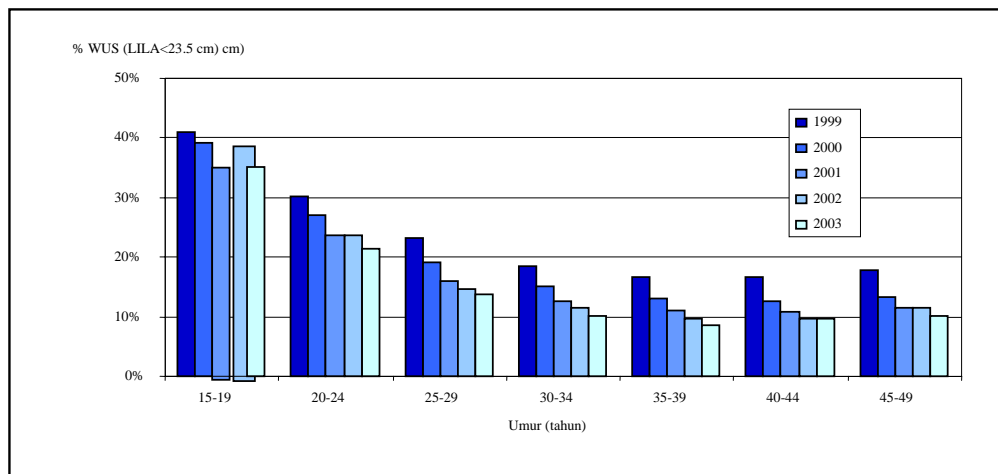
yodium. Kedua indikator tersebut sudah dapat dilihat pada tahap awal, saat tingkat kekurangan yodium masih ringan. Oleh karena itu, kedua indikator itu dapat digunakan sebagai dasar tindak pencegahan sebelum timbul gondok atau akibat lain yang lebih parah seperti kerdil dan cacat mental.

Pada tahun 2003 median EYU anak sekolah di Indonesia adalah 22,9 µg/L, sedangkan data proporsi EYU sudah mencapai 16,7 persen dari proporsi 100 µg/L. Berdasarkan hasil survei Puslitbang Gizi tahun 2006, cakupan konsumsi garam beryodium secara nasional meningkat dari 68,5 persen di tahun 2002 menjadi 72,8 persen di tahun 2005 (Susenas 2005). Hal ini menunjukkan masih besarnya potensi terjadinya GAKY pada masyarakat. Kekurangan yodium tingkat awal pada anak terbukti dapat menurunkan kecerdasan atau IQ. Anak yang kekurangan yodium memiliki IQ 10-15 poin lebih rendah dari anak sehat.

3. Gizi Usia Produktif

Masalah gizi kurang juga dapat terjadi pada kelompok usia produktif, yang dapat diukur dengan Lingkar Lengan Atas kurang dari 23,5 cm (LILA < 23,5 cm). Ukuran ini merupakan indikator yang menggambarkan resiko Kekurangan Energi Kronis (KEK). Secara nasional, proporsi LILA < 23,5 cm menurun dari 24,9 persen pada 1999 menjadi 16,7 persen pada 2003. Pada umumnya WUS kelompok usia muda memiliki prevalensi KEK lebih tinggi dibandingkan kelompok usia lebih tua. WUS dengan resiko KEK mempunyai resiko melahirkan bayi BBLR (**Gambar 5**).

Selain KEK, pada kelompok usia produktif juga terdapat masalah kegemukan (IMT>25) dan obesitas (IMT>27). Kedua masalah gizi ini juga terjadi di wilayah kumbuh



Gambar 5. Proporsi WUS Beresiko KEK (LILA < 23.5 cm) 1999-2003

perkotaan maupun perdesaan. Hasil survey NSS-HKI tahun 2001 di empat kota (Jakarta, Semarang, Makassar, Surabaya) menunjukkan bahwa prevalensi kegemukan pada wanita usia produktif daerah kumuh perkotaan berkisar antara 18-25 persen, yang justru lebih besar daripada prevalensi kurus (11-14 persen). Demikian juga, di wilayah perdesaan provinsi Jawa Barat, Banten, Jawa Tengah, Jawa Timur, Lampung, Sumatera Barat, Nusa Tenggara Barat, dan Sulawesi Selatan, prevalensi kegemukan berkisar 10-21 persen, sementara prevalensi kurus antara 10-14 persen.

Masalah gizi juga dapat ditunjukkan oleh prevalensi anemia. Survei nasional tahun 2001 menunjukkan prevalensi anemia pada WUS kawin, WUS tidak kawin, dan ibu hamil masing-masing sebesar 26,9 persen, 24,5 persen dan 40 persen. Masalah gizi mikro lain yang perlu mendapat perhatian adalah kurang seng (*Zinc*) pada ibu hamil. Kekurangan seng (kandungan seng <7 mg/dl serum darah) dapat menyebabkan tingginya resiko komplikasi kehamilan dan bibir sumbing pada bayi yang dilahirkan. Sebuah penelitian di Nusa Tenggara Timur (1996) menunjukkan, sekitar 71 persen wanita hamil menderita kurang seng. Pada tahun 1999, di Jawa Tengah prevalensi kurang seng pada wanita hamil cukup tinggi yaitu antara 70 sampai 90 persen. Penelitian skala kecil di Jawa Barat, Jawa Tengah dan NTB (1997-1999), menunjukkan prevalensi kurang seng pada bayi sekitar 6 sampai 39 persen. Sedangkan besarnya masalah kurang zat gizi mikro lainnya seperti asam folat, selenium, kalsium, vitamin C, dan vitamin B1 sampai kini belum diketahui.

B. KONSUMSI PANGAN

1. Tingkat dan Pola Konsumsi Pangan

Persyaratan kecukupan untuk mencapai keberlanjutan konsumsi pangan adalah adanya aksesibilitas fisik dan ekonomi terhadap pangan. Aksesibilitas ini tercermin dari jumlah dan jenis pangan yang dikonsumsi oleh rumah tangga. Dengan demikian data konsumsi pangan secara riil dapat menunjukkan kemampuan rumah tangga dalam mengakses pangan dan menggambarkan tingkat kecukupan pangan dalam rumah tangga. Perkembangan tingkat konsumsi pangan tersebut secara implisit juga merefleksikan tingkat pendapatan atau daya beli masyarakat terhadap pangan.

Pada tahun 1999 tingkat konsumsi hampir semua jenis pangan menurun akibat krisis ekonomi yang berlangsung sejak 1997. Konsumsi beras menurun sekitar 6 persen, sedangkan konsumsi jagung dan ubi kayu sedikit meningkat. Pada masa pemulihan ekonomi (2002-2005), konsumsi beras dan jagung menurun, sedangkan konsumsi ubi

jalar dan ubi kayu meningkat. Peningkatan terbesar terjadi pada konsumsi ubi kayu yang mencapai 17,2 persen (Tabel 4).

Tabel 4. Konsumsi Pangan Sumber Karbohidrat (Kg/kap/th)

Tahun	Beras	Jagung	Ubikayu	Ubijalar
1996	124,5	3,1	11,7	3,0
1999	116,5	3,4	13,4	3,0
2002	114,5	3,4	12,8	2,8
2005	105,2	3,3	15,0	4,0
Laju 1996-1999 (%/th)	-6,4	9,7	14,5	0,0
Laju 2002-2005 (%/th)	-8,1	-2,9	17,2	4,3

Sumber : Susenas 1996, 1999, 2002, 2005 (diolah)

Konsumsi pangan sumber protein baik daging, telur, susu maupun ikan menurun selama masa krisis. Konsumsi pangan protein tersebut kembali meningkat pada 2002-2005, meskipun konsumsi daging ruminansia belum mencapai tingkat konsumsi sebelum krisis (Tabel 5).

Tabel 5. Konsumsi Pangan Sumber Protein (Kg/kap/th)

Tahun	Daging ruminansia	Daging unggas	Telur	Susu	Ikan	Kacang-kacangan
1996	3,0	3,6	5,1	1,1	16,5	18,0
1999	1,3	1,9	3,5	0,8	14,1	6,8
2002	1,7	3,6	5,6	1,3	16,8	8,9
2005	1,8	4,1	6,1	1,4	18,6	9,3
Laju 1996-1999 (%/th)	-23,3	-47,2	-31,4	-27,3	-14,5	-15,0
Laju 2002-2005 (%/th)	5,9	13,9	8,9	7,7	10,7	4,5

Sumber : Susenas 1996,1999, 2002, 2005 (diolah)

Demikian pula pada konsumsi pangan sumber lemak, vitamin dan mineral menurun pada masa krisis, terutama konsumsi buah dan sayuran yang mencapai lebih dari 20 persen. Pada masa pemulihan ekonomi, peningkatan konsumsi pangan sumber lemak relatif stagnan, walaupun untuk minyak goreng masih bernilai negatif. Sedangkan untuk pangan sumber vitamin/mineral telah meningkat di atas lima persen (Tabel 6).

Kondisi di atas menggambarkan bahwa pada masa krisis, terjadi penyesuaian strategi pemenuhan kebutuhan pangan di tingkat rumah tangga. Dengan daya beli yang menurun, masyarakat mengurangi jenis pangan yang harganya mahal dan mensubstitusinya dengan jenis pangan yang relatif murah. Konsumsi beras sebagian digantikan dengan jagung dan umbi-umbian. Sedangkan konsumsi protein hewani dikurangi. Dengan demikian, pemenuhan pangan lebih mengutamakan konsep 'kenyang' tanpa memperhatikan kandungan gizinya.

**Tabel 6. Konsumsi Pangan Sumber Lemak dan Vitamin/Mineral
(Kg/kap/th)**

Tahun	Sumber Lemak		Sumber Vit/Mineral	
	Minyak goreng	Buah/biji berminyak	Sayuran	Buah
1996	7,2	4,1	67,5	24,6
1999	7,0	2,7	40,7	18,5
2002	8,3	3,4	47,5	27,2
2005	8,2	3,4	50,8	31,7
Laju 1996-1999 (%/th)	-2,8	-4,1	-39,7	-24,8
Laju 2002-2005 (%/th)	-1,2	0,0	6,9	16,5

Sumber : Susenas 1996, 1999, 2002, 2005 (diolah)

Upaya pemulihan ekonomi yang dilakukan pemerintah berdampak positif terhadap peningkatan konsumsi pangan masyarakat. Konsumsi pangan hewani, sayuran, dan buah-buahan meningkat. Namun demikian, konsumsi pangan hewani harus terus ditingkatkan untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia agar mampu bersaing di era globalisasi. Pada saat ini konsumsi pangan hewani penduduk Indonesia baru mencapai 6,2 kg/kapita/tahun. Tingkat konsumsi ini lebih rendah dibanding Malaysia dan Filipina yang masing-masing mencapai 48 kg/kap/tahun dan 18 kg/kapita/tahun. Hal ini erat kaitannya dengan tingkat pendapatan per kapita penduduk Indonesia yang lebih rendah dibanding dengan negara-negara tersebut diatas.

Perkembangan menarik dalam konsumsi pangan sumber karbohidrat adalah kecenderungan menurunnya konsumsi beras dan tepung terigu yang merupakan pangan pokok, meskipun tingkat konsumsinya masih tetap tinggi dibanding sumber pangan karbohidrat lainnya. Saat ini, konsumsi produk olahan terigu seperti mie instant dan aneka kue cenderung meningkat. Perkembangan menarik lainnya adalah kecenderungan berubahnya pola konsumsi pangan pokok kelompok masyarakat berpendapatan rendah, terutama di pedesaan, yang mengarah kepada beras dan bahan pangan berbasis tepung terigu, termasuk mie kering, mie basah, mie instan (**Tabel 7**). Perubahan ini perlu diwaspadai karena gandum adalah komoditas impor dan belum diproduksi di Indonesia, sehingga arah perubahan pola konsumsi itu dapat menimbulkan ketergantungan pangan pada impor.

2. Konsumsi Energi dan Protein

Tercukupinya kebutuhan pangan antara lain dapat diindikasikan dari pemenuhan kebutuhan energi dan protein. Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII (WNPNG) tahun 2004 menganjurkan konsumsi energi dan protein penduduk Indonesia masing-masing adalah 2000 kkal/kapita/hari dan 52 gram/kapita/hari.

**Tabel 7. Pola Konsumsi Pangan Pokok
Menurut Wilayah dan Kelompok Pengeluaran**

Golongan pengeluaran (Rp/kap/bl)	2002	2003	2004	2005
Kota+Desa				
< 60.000	B,J,UK	B,J,UK	B,T	B,T
60.000-79.999	B,J,UK,T	B,J,T,UK	B,T	B,T
80.000-99.999	B,T,UK	B,T,UK	B,T	B,T
100.000-149.999	B,T	B,T	B,T	B,T
150.000-199.999	B,T	B,T	B,T	B,T
200.000-299.999	B,T	B,T	B,T	B,T
300.000-499.999	B,T	B,T	B,T	B,T
>500.000	B,T	B,T	B,T	B,T
Kota				
< 60.000	B,T	B	B,T	B,T
60.000-79.999	B,T	B,T,J	B,T	B,T
80.000-99.999	B,T	B,T	B,T	B,T
100.000-149.999	B,T	B,T	B,T	B,T
150.000-199.999	B,T	B,T	B,T	B,T
200.000-299.999	B,T	B,T	B,T	B,T
300.000-499.999	B,T	B,T	B,T	B,T
>500.000	B,T	B,T	B,T	B,T
Desa				
< 60.000	B,J,UK	B,J,UJ	B,T	B,T
60.000-79.999	B,J,UK	B,J,UK,T	B,T	B,T
80.000-99.999	B,J,T,UK	B,T,UK	B,T	B,T
100.000-149.999	B,T	B,T	B,T	B,T
150.000-199.999	B,T	B,T	B,T	B,T
200.000-299.999	B,T	B,T	B,T	B,T
300.000-499.999	B,T	B,T	B,T	B,T
>500.000	B,T	B,T	B,T	B,T

Sumber ; Susenas 2002, 2003, 2004, 2005 (diolah)

Keterangan: B = Beras, J = Jagung, UK = Ubi Kayu, T = terigu

Secara agregat, konsumsi energi pada tahun 1996 mencapai 2.019 kkal /kapita/hari, sudah lebih tinggi dari yang dianjurkan. Krisis ekonomi yang terjadi pada pertengahan tahun 1997 telah menurunkan tingkat konsumsi energi menjadi 1.849 kkal /kapita/hari pada tahun 1999 atau hanya mencapai 92,5 persen dari tingkat yang dianjurkan. Namun demikian setelah krisis berakhir, konsumsi energi masyarakat berangsur pulih, meskipun pada masyarakat perkotaan tingkat konsumsinya belum membaik kembali. Hal ini mengakibatkan tingkat konsumsi energi rata-rata masyarakat secara nasional masih di bawah anjuran. Tingkat konsumsi protein pada masa krisis mengalami perkembangan yang sama namun setelah masa krisis sudah membaik dan bahkan pada tahun 2005 sudah melebihi tingkat sebelum krisis (**Tabel 8**).

Tabel 8. Perkembangan Konsumsi Energi dan Protein Menurut Wilayah

No.	Uraian	1996	1999	2002	2003*	2004*	2005
1.	Energi (Kal/kap/hari)						
	Kota	1.983	1.802	1.945	1.951	1.941	1.923
	Desa	2.040	1.879	2.011	2.018	2.018	2.060
	Kota+Desa	2.019	1.849	1.986	1.991	1.986	1.996
2	Protein(Gram/kap/hari)						
	Kota	55,9	49,3	56,0	56,7	55,9	55,3
	Desa	53,7	48,2	53,2	54,4	53,7	55,3
	Kota+Desa	54,5	48,7	54,4	55,4	54,7	55,23

* Data modul

Sumber : Susenas berbagai tahun (diolah)

Keterangan: Rekomendasi WNPG 2004 :AKE=2000 kkal/kap/hr dan AKP=52 g/kap/hr

3. Kualitas Konsumsi Pangan

Untuk menganalisis perkembangan konsumsi pangan, selain diperlukan informasi tentang kuantitas konsumsi pangan perlu pula diketahui tingkat kualitasnya. Kualitas atau mutu konsumsi pangan dilihat dengan menggunakan nilai/skor Pola Pangan Harapan (PPH). Nilai/skor mutu PPH ini dapat memberikan informasi mengenai pencapaian kuantitas dan kualitas konsumsi, yang menggambarkan pencapaian ragam (diversifikasi) konsumsi pangan. Semakin besar skor PPH maka kualitas konsumsi pangan dinilai semakin baik. Kualitas konsumsi pangan yang dianggap sempurna diberikan pada angka kecukupan gizi dengan skor PPH mencapai 100.

Upaya pemulihan ekonomi telah meningkatkan kualitas konsumsi pangan yang ditunjukkan dengan peningkatan skor PPH dari 66,3 pada tahun 1999 menjadi 72,6 pada tahun 2002 (**Tabel 9**). Kualitas konsumsi terus meningkat dan pada tahun 2005 mencapai 79,1 yang berarti terjadi peningkatan sebesar 9,0 persen selama 4 tahun. Laju peningkatan skor PPH yang lebih tinggi dibandingkan peningkatan konsumsi energi dan protein mengindikasikan bahwa telah terjadi perubahan dalam pola konsumsi pangan.

Kualitas konsumsi pangan (**Tabel 9**) merupakan perwujudan dari kuantitas dan keragaman konsumsi aktual (**Tabel 10**). Sesuai kondisi ideal (PPH=100) konsumsi padi-padian yang dianjurkan adalah sebesar 1.000 Kkal/kapita/hari. Namun demikian, baik pada masa krisis maupun saat ini, konsumsi padi-padian aktual sudah lebih dari anjuran, dan masih cenderung meningkat. Sementara itu, konsumsi kelompok pangan lain masih di bawah tingkat anjuran terutama umbi-umbian, pangan hewani, serta sayur dan

Tabel 9. Perkembangan Kualitas Konsumsi Pangan Berdasarkan PPH

Wilayah	1999	2002	2003*	2004*	2005
Kota	68,5	80,1	81,9	80,0	81,0
Desa	64,4	72,5	75,1	74,0	77,6
Kota+Desa	66,3	72,6	77,5	76,9	79,1

Sumber : Susenas berbagai tahun (diolah)

*Data Modul

buah. Tingkat konsumsi minyak dan lemak serta gula sudah mendekati tingkat anjuran. Dengan pola kuantitas dan keragaman konsumsi seperti ini, tingkat PPH baru mencapai skor 79.

Tabel 10. Perbandingan Konsumsi Pangan Anjuran dan Aktual Tahun 1999-2005

(kkal/kapita/hari)

No	Kelompok Pangan	Anjuran	Konsumsi Aktual				
			1999	2002	2003*	2004*	2005
1	Padi-padian	1000	1240	1253	1252	1248	1241
2	Umbi-umbian	120	69	70	66	77	73
3	Pangan hewani	240	88	117	138	134	139
4	Minyak+Lemak	200	171	205	195	195	199
5	Buah/biji berminyak	60	41	52	56	47	51
6	Kacang2an	100	54	62	62	64	67
7	Gula	100	92	96	101	101	99
8	Sayur+buah	120	70	78	90	87	93
9	Lain-lain	60	26	53	32	33	35
	TOTAL	2000	1851	1986	1992	1986	1997
	Skor PPH	100	66,3	72,6	77,5	76,9	79,1

Sumber: Susenas(diolah)

* Data modul

C. AKSES RUMAH TANGGA TERHADAP PANGAN

1. Ketersediaan Pangan per Wilayah

Beras merupakan bahan pangan pokok yang dikonsumsi oleh hampir seluruh masyarakat Indonesia. Oleh karena itu produksi beras menjadi indikator yang sangat penting untuk diperhatikan pencapaiannya. Selama periode 2001-2005 ketersediaan padi yang berasal dari produksi dalam negeri mengalami peningkatan rata-rata sebesar

1,8 persen per tahun, yaitu meningkat dari 50,46 juta ton gabah kering giling (GKG) pada tahun 2001 menjadi 54,15 juta ton pada 2005. Dengan memperhitungkan jumlah penduduk, maka tingkat produksi padi tersebut setara dengan ketersediaan beras per kapita sebesar 137 kg/tahun. Ditinjau dari penyebaran wilayahnya, produksi padi masih terkonsentrasi di Pulau Jawa dengan proporsi sebesar 55 persen. Pulau Sumatera memiliki proporsi produksi padi sebesar 23 persen, Sulawesi sebesar 10 persen, Kalimantan 6 persen, serta Bali dan Kepulauan Nusa Tenggara 5 persen. (Tabel 11).

Tabel 11 . Persebaran Produksi Padi Menurut Wilayah Pulau (Ribu Ton GKG)

Pulau/Tahun	2001	2002	2003	2004	2005
J a w a	28.312	28.608	28.167	29.636	29.764
Sumatera	11.287	11.542	12.136	12.666	12.675
Bali & Nusa Tenggara	2.696	2.647	2.725	2.807	2.616
Kalimantan	3.074	3.169	3.358	3.657	3.614
Sulawesi	4.983	5.438	5.602	5.171	5.301
Maluku & Papua	109	85	149	151	181
Indonesia	50.461	51.489	52.137	54.088	54.151

Sumber: BPS

Sementara itu produksi jagung dan komoditas pangan lainnya juga meningkat. Produksi jagung mengalami peningkatan tertinggi dibandingkan dengan komoditas pangan lainnya. Dalam kurun waktu tersebut, produksi jagung meningkat dengan rata-rata pertumbuhan 7,7 persen; ubi kayu 3,3 persen; dan ubi jalar 1,7 persen per tahun. Dengan perkembangan produksi tersebut, maka ketersediaan per kapita komoditas jagung, ubi kayu, dan ubi jalar pada 2005 masing-masing mencapai 57 kg, 88 kg, dan 8,4 kg (Tabel 12).

Tabel 12. Ketersediaan Beras dan Palawija Per Kapita (kg)

Tahun	Beras	Jagung	Ubi Kayu	Ubi Jalar
2001	135,4	44,8	81,7	8,4
2002	136,4	45,7	80,0	8,4
2003	136,3	50,8	86,5	9,3
2004	139,5	51,7	89,5	8,8
2005	137,9	57,0	87,9	8,4

Bahan pangan sumber protein yang terutama adalah daging dan telur. Pemenuhan kebutuhan konsumsi daging nasional sebesar 65 persen berasal dari daging unggas dan sebesar 19 persen daging sapi. Untuk daging unggas proporsi terbesar diperoleh dari ayam pedaging (broiler) yang mencapai 70 persen, sedangkan 24 persen dari daging ayam buras. (Tabel 13).

Tabel 13. Perkembangan Produksi Daging (ribu ton)

No	Jenis	2001	2002	2003	2004	2005
1	Sapi	338,69	330,29	369,71	447,57	358,70
2	Kerbau	43,64	42,30	40,64	40,24	38,10
3	Kambing	48,70	58,17	63,86	57,13	50,60
4	Domba	44,78	68,71	80,64	66,06	47,30
5	Babi	160,15	164,49	177,09	194,68	173,70
6	Kuda	1,09	1,06	1,60	1,57	1,60
7	Ayam Buras	275,14	288,34	298,52	296,42	301,40
8	Ayam Ras Petelur	88,30	42,78	48,15	48,38	45,20
9	Ayam Ras Pedaging	536,95	751,93	771,12	846,10	779,10
10	Itik	23,12	21,78	21,25	22,21	21,40
	Jumlah	1.560,56	1.769,85	1.871,53	2.020,36	1.817,10

Sumber : Ditjen Peternakan, 2006

Produksi telur yang pada tahun 2001 sebesar 850 ribu ton meningkat menjadi 1.149 ton pada 2005 (**Tabel 14**). Tingkat produksi telur ini telah mencukupi kebutuhan konsumsi dalam negeri. Sebagaimana padi, produksi telur juga terkonsentrasi di Pulau Jawa dan Sumatera, dan propinsi penghasil utama telur adalah Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat dan Sumatera Utara.

Pangan hewani yang juga penting peranannya adalah susu. Pemenuhan konsumsi susu saat ini masih mengandalkan dari pasokan susu impor. Ketersediaan susu dari produksi dalam negeri masih terbatas, dan perkembangan produksinya pun cenderung menurun. Pada tahun 2003 produksi susu mencapai 553 ribu ton, menurun menjadi 550 ribu ton pada 2004, dan 536 ribu ton pada 2005.

Tabel 14. Perkembangan Produksi Telur (ribu ton)

Wilayah	2001	2002	2003	2004	2005
Jawa	433,2	476,6	484,0	596,6	607,3
Bali dan Nusa Tenggara	25,7	26,1	37,1	44,2	44,8
Sumatera	280,7	287,7	309,2	324,3	341,3
Kalimantan	44,2	48,5	68,0	68,8	71,5
Sulawesi	63,9	67,0	71,0	68,2	78,4
Maluku dan Papua	2,6	2,9	4,2	5,4	5,6
Luar Jawa	417,1	432,3	489,6	510,8	541,6
Indonesia	850,3	908,9	973,6	1.107,4	1.148,9

Sumber : Deptan

2. Kerawanan Pangan

Ketersediaan pangan secara makro tidak sepenuhnya menjamin ketersediaan pada tingkat mikro. Masalah produksi yang hanya terjadi di wilayah tertentu dan pada waktu-waktu tertentu mengakibatkan konsentrasi ketersediaan di sentra-sentra produksi dan pada masa-masa panen. Pola konsumsi yang relatif sama antar-individu, antar-waktu, dan antar-daerah mengakibatkan adanya masa-masa defisit dan lokasi-lokasi defisit pangan. Dengan demikian, mekanisme pasar dan distribusi pangan antar lokasi serta antar waktu dengan mengandalkan 'stok' akan berpengaruh pada keseimbangan antara ketersediaan dan konsumsi serta pada harga yang terjadi di pasar. Faktor keseimbangan yang terefleksi pada harga sangat berkaitan dengan daya beli rumah tangga terhadap pangan. Dengan demikian, meskipun komoditas pangan tersedia di pasar namun apabila harga terlalu tinggi dan tidak terjangkau daya beli rumah tangga, maka rumah tangga tidak akan dapat mengakses pangan yang tersedia. Kondisi seperti ini dapat menyebabkan kerawanan pangan.

Penduduk rawan pangan didefinisikan sebagai mereka yang rata-rata tingkat konsumsi energinya antara 71–89 persen dari norma kecukupan energi. Sedangkan penduduk sangat rawan pangan hanya mengkonsumsi energi kurang dari 70 persen dari kecukupan energi.

Banyaknya penduduk rawan pangan masih terjadi di semua propinsi dengan besaran yang berbeda. Berdasarkan data SUSENAS yang tertuang dalam *Nutrition Map of Indonesia* tahun 2006, jumlah penduduk rawan pangan terendah ada di propinsi Bali yaitu sebesar 4,8 persen, dan tertinggi di DIY yaitu mencapai 20,0 persen (**Tabel 15**). Proporsi penduduk rawan pangan di semua provinsi masih diatas 10 persen, kecuali di provinsi Sumbar, Bali dan NTB. Bahkan di semua provinsi yang merupakan sentra produksi pangan seperti provinsi Jawa Timur, Jawa Tengah, Sumatera Selatan, Jawa Barat dan Sulawesi Selatan proporsi penduduk rawan pangannya cukup tinggi.

Demikian pula, jumlah anak balita dengan status gizi buruk dan gizi kurang di daerah-daerah tersebut juga masih tinggi. Tingginya proporsi rumah tangga rawan pangan dan anak balita kurang gizi menunjukkan bahwa ketahanan pangan pada tingkat nasional atau wilayah tidak selalu berarti bahwa tingkat ketahanan pangan di rumah tangga dan individu juga terpenuhi. Masalah-masalah distribusi dan mekanisme pasar yang berpengaruh terhadap harga, daya beli rumah tangga yang berkaitan dengan kemiskinan dan pendapatan rumah tangga, dan tingkat pengetahuan tentang pangan dan gizi sangat berpengaruh kepada konsumsi dan kecukupan pangan dan gizi rumah tangga.

Tabel 15. Jumlah Penduduk Rawan Pangan Menurut Propinsi

No.	Propinsi	Jumlah Penduduk Rawan Pangan	
		(Ribu Orang)	(%)
1	NAD	295	17,1
2	Sumatera Utara	1.162	11,0
3	Sumatera Barat	305	7,2
4	Riau	621	13,1
5	Jambi	290	12,1
6	Sumatera Selatan	1.182	17,1
7	Bengkulu	221	13,9
8	Lampung	919	13,8
9	Kep. Bangka Belitung	122	13,6
10	DKI Jakarta	1.404	16,9
11	Jawa Barat	6.224	17,5
12	Jawa Tengah	5.089	18,8
13	DI.Yogyakarta	621	20,0
14	Jawa Timur	6.684	19,3
15	Banten	690	10,2
16	Bali	144	4,8
17	Nusa Tenggara Barat	295	7,7
18	Nusa Tenggara Timur	565	14,9
19	Kalimantan Barat	614	16,5
20	Kalimantan Tengah	119	6,6
21	Kalimantan Selatan	299	11,8
22	Kalimantan Timur	342	18,2
23	Sulawesi Utara	225	11,4
24	Sulawesi Tengah	210	10,5
25	Sulawesi Selatan	1.185	15,2
26	Sulawesi Tenggara	227	12,8
27	Gorontalo	98	11,8
28	Maluku	161	15,3
29	Maluku Utara	113	16,9
30	Papua	335	19,1

*) Tidak dilakukan survey total

Sumber : Gizi dalam Angka (2005) dan *Nutrition Map of Indonesia*, 2006

3. Peningkatan Akses Terhadap Pangan

Setiap rumah tangga memiliki kemampuan yang berbeda dalam mencukupi kebutuhan pangan secara kuantitas maupun kualitas untuk memenuhi kecukupan gizi. Berkaitan dengan itu, pemerintah menerapkan berbagai kebijakan untuk menjamin agar

rumah tangga dan individu memiliki akses terhadap pangan yang tersedia. Upaya atau kebijakan umum yang diterapkan adalah stabilisasi harga pangan pokok agar mekanisme pasar dan distribusi yang ada dapat menyediakan pangan pokok dengan harga yang terjangkau. Salah satu instrumen kebijakan untuk stabilisasi harga adalah cadangan pangan yang dimiliki pemerintah.

Kebijakan lainnya adalah subsidi/bantuan pangan berupa beras untuk rumah tangga yang berpendapatan di bawah garis kemiskinan. Mengingat beras adalah bahan pangan pokok yang paling banyak dikonsumsi, maka prioritas utama pemerintah adalah untuk menjamin masyarakat agar dapat mengakses beras dalam jumlah yang mencukupi.

i. Stabilitas Harga Pangan

Stabilitas harga beras diukur berdasarkan perkembangan harga rata-rata dan koefisien variasinya dan dimonitor terus menerus. Selama kurun tahun 2000 – 2004, perkembangan harga beras di Jawa dan Bali cenderung stabil yang ditandai dengan koefisien variasi harga yang rendah.

Kebijakan pengendalian harga memiliki dua sisi yang diatur dalam Inpres No. 13 Tahun 2005. Pada satu sisi, pemerintah menerapkan kebijakan Harga Pembelian Pemerintah (HPP) untuk memberikan harga produsen yang mencukupi kepada petani agar petani tidak menerima harga lebih rendah dibanding biaya produksi. Pada sisi lainnya, gabah hasil pembelian dari petani digunakan untuk operasional program Raskin dan sebagai cadangan beras pemerintah untuk menstabilkan harga pada tingkat konsumen.

Hasil penerapan insentif harga untuk petani tercermin pada perkembangan harga Gabah Kering Panen (GKP) yang menunjukkan bahwa kebijakan HPP memberikan manfaat yang cukup kepada petani. Perkembangan harga transaksi yang terjadi pada umumnya lebih tinggi daripada HPP, kecuali di daerah yang sulit dijangkau (terisolasi) atau yang komoditas produknya tidak memenuhi syarat pembelian.

Di tingkat konsumen selama 2000-2004, harga eceran rata-rata bulanan untuk beras medium juga tidak mengalami gejolak yang berarti. Perdagangan antar daerah dan antara pulau dapat mempertahankan stabilitas harga. Pada saat di daerah-daerah tertentu terjadi lonjakan harga yang besar, pemerintah menggunakan cadangan beras yang dimiliki untuk menstabilkan harga melalui kegiatan operasi pasar.

ii. Beras Untuk Keluarga Miskin (Raskin)

Selain melalui mekanisme pasar dan bantuan pangan saat bencana, pemerintah juga memiliki subsidi pangan dalam bentuk beras untuk rumah tangga miskin. Beras untuk rumah tangga miskin (Raskin), pada awalnya disebut Operasi Pasar Khusus (OPK), diluncurkan sejak bulan Juli 1998. Program ini diterapkan sebagai salah satu upaya untuk menanggulangi kekuarangan pangan pada rumah tangga miskin yang pada masa krisis ekonomi paling menderita. Melalui program ini pemerintah mendistribusikan beras dengan harga bersubsidi sehingga masyarakat miskin yang daya belinya sangat terbatas bisa mendapatkan bahan pangan pokok yaitu beras.

Besarnya volume beras yang didistribusikan dalam program Raskin terus meningkat dari tahun ke tahun. Pada tahun 2000 jumlahnya mencapai sebesar 1,35 juta ton, meningkat menjadi 1,48 juta ton pada tahun 2001, dan 2,24 juta ton pada tahun 2002. Pada tahun-tahun berikutnya volume distribusi beras Raskin relatif stabil pada kisaran 2,0 juta ton.

Secara volume, beras yang didistribusikan dalam program Raskin memang cukup besar, namun belum dapat memenuhi seluruh kebutuhan sesuai norma sebanyak 20 kg per bulan dan seluruh rumah tangga miskin. Sampai saat ini persentase keluarga miskin yang dapat dijangkau sekitar 65 persen (**Tabel 16**).

Besaran volume beras Raskin yang tidak mencukupi kebutuhan sesuai norma sebesar 20 kg/KK/bulan menjadi salah satu kendala dalam pelaksanaan di tingkat lapangan. Kendala tersebut diselesaikan di tingkat masyarakat melalui musyawarah desa. Namun demikian sebagai akibatnya beras dibagi kepada tiap keluarga miskin dalam jumlah kurang dari 20 kg. Survei evaluasi yang dilaksanakan oleh 35 perguruan tinggi pada tahun 2003 menemukan bahwa rata-rata penerimaan beras Raskin adalah 13,3 kg/KK/bulan. Kendala pelaksanaan lainnya adalah adanya kesalahan sasaran. Jumlah penerima yang memang keluarga miskin "dianggap berhak" diperkirakan sebesar 84 persen. Ini berarti terdapat 16 persen distribusi Raskin yang tidak tepat sasaran. Beberapa penyebabnya adalah rasa solidaritas sehingga harus dibagi merata ke seluruh penduduk, namun ada pula yang disebabkan penyimpangan oleh para pelaksana. Terlepas dari adanya kelemahan dalam penentuan penerima manfaat, program Raskin dinilai telah memberikan kontribusi dalam mengurangi tingkat kemiskinan dengan beberapa alasan, yaitu: (1) program Raskin telah mempersempit celah kemiskinan sekitar 20 persen; (2) tingkat konsumsi kalori keluarga miskin penerima Raskin lebih tinggi antara 17-50 kkal per hari dibandingkan mereka yang tidak memperoleh Raskin; (3) memberikan stimulasi tidak langsung terhadap permintaan agregat karena adanya efek pengganda dari transfer pendapatan yang meningkatkan daya beli penerima Raskin (Tabor dan Sawit, 2005).

Tabel 16. Volume Beras dan Jumlah Keluarga Sasaran Program Raskin

Tahun	KK Miskin (Ribu KK)	Rencana Distribusi		Realisasi Penyaluran		Persen thd KK miskin	
		Beras (ton)	(Ribu KK)	Beras (ton)	(Ribu KK)	Rencana	Realisasi
2000	14.782,4	1.350.000	9.674,9	1.353.248	10.934,9	65,45	73,97
2001	15.135,6	1.501.274	9.835,4	1.482.030	8.316,2	64,98	54,94
2002	15.135,6	2.349.600	9.029,6	2.235.137	12.333,9	59,66	81,49
2003	15.746,8	2.057.438	8.574,9	2.023.864	11.832,9	54,45	75,14
2004	15.820,5	2.061.793	8.590,8	2.059.707	11.546,0	54,30	72,98
2005	15.790,0	1.992.000	8.300,0	1.991.131	11.207,9	52,56	70,98

Sumber: Perum BULOG

iii. Cadangan Pangan

Selain digunakan untuk operasi pasar dalam rangka stabilisasi harga, Cadangan Beras Pemerintah (CBP) juga digunakan untuk mengatasi kekurangan pangan yang terjadi sebagai akibat bencana alam. Di tingkat yang lebih tinggi CBP juga digunakan untuk memenuhi komitmen Pemerintah Indonesia dalam menyediakan cadangan beras dalam kerangka kerjasama ASEAN *Emergency Rice Reserve*.

Untuk memenuhi kekurangan pangan akibat bencana, Gubernur dan Bupati/Walikota mempunyai kewenangan untuk meminta CBP secara langsung dengan batas maksimum masing-masing sebesar 200 ton dan 100 ton dalam setahun. Dengan adanya CBP dan kewenangan yang dimiliki oleh kepala daerah tersebut, masyarakat yang terkena dampak bencana akan dapat terpenuhi kebutuhan konsumsi pangan pokoknya.

Sampai saat ini cadangan pangan untuk keperluan tanggap darurat hanya berupa beras. Dalam kondisi darurat pada saat bencana, masyarakat mengalami kesulitan pula untuk mendapatkan bahan bakar, air bersih, serta peralatan masak. Dengan demikian, bantuan pangan dalam bentuk beras seringkali tidak dapat mengatasi kekurangan pangan secara cepat. Perlu dipikirkan penyediaan cadangan pangan siap konsumsi untuk keperluan darurat, terutama pangan yang disukai masyarakat setempat. Untuk itu cadangan pangan yang siap digunakan oleh daerah dan cocok dengan pola konsumsi daerah sangat penting untuk dikembangkan. Mandat Peraturan Pemerintah Nomor 68 Tahun 2002 tentang Ketahanan Pangan untuk pengembangan cadangan pangan daerah (pemda dan masyarakat) sampai saat ini belum dikembangkan sehingga menyebabkan langkah-langkah untuk mengatasi masalah pangan sebagian besar masih bertumpu pada pemerintah pusat.

D. KEAMANAN PANGAN

Isu tentang keamanan pangan merupakan masalah penting karena diperkirakan lebih dari 90 persen masalah kesehatan manusia terkait dengan makanan. Berdasarkan data WHO (2000) diketahui penyakit karena pangan (*foodborne disease*) merupakan penyebab 70 persen dari sekitar 1,5 milyar kejadian penyakit diare, dan setiap tahunnya menyebabkan 3 juta kematian anak berusia dibawah 5 tahun.

Untuk menekan terjadinya penyakit karena pangan dilakukan pengawasan terhadap keamanan pangan antara lain dengan pengawasan produk pangan terdaftar dan pemeriksaan produk pangan beredar. Hal ini sejalan dengan pembangunan keamanan pangan sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang No.7 tahun 1996 tentang Pangan dan Peraturan Pemerintah No. 28 Tahun 2004 tentang Keamanan, Mutu, dan Gizi Pangan. Dalam peraturan tersebut keamanan pangan didefinisikan sebagai kondisi dan upaya yang diperlukan untuk mencegah pangan dari kemungkinan cemaran biologis, kimia dan benda lain yang dapat mengganggu, merugikan, dan membahayakan kesehatan manusia.

Selain itu penguatan produksi pangan juga didukung dengan penerapan berbagai praktek dan pengolahan pangan seperti: Cara Budidaya yang Baik, Cara Produksi Pangan Segar yang Baik, Cara Produksi Pangan Olahan yang Baik, Cara Distribusi Pangan yang Baik, Cara Ritel Pangan yang Baik, dan Cara Produksi Pangan Siap Saji yang Baik. Upaya lain adalah melalui penguatan kelembagaan, membangun jejaring keamanan pangan baik dalam negeri maupun luar negeri serta penguatan peran sumber daya manusia (pengawas pangan, produsen dan konsumen). Dalam aspek legislasi, beberapa tanggung jawab yang terkait dengan kegiatan keamanan pangan adalah penyiapan ketentuan tentang standar dan batasan keamanan pangan misal jenis dan cara penggunaan pestisida yang aman, teknologi dan cara pengolahan, penyimpanan dan penanganan pangan, jenis dan batas maksimum penggunaan BTP (Bahan Tambahan Pangan), cara-cara pengujian dan batas maksimum cemaran mikroba, kimia dan bahan-bahan lain yang mempengaruhi keamanan pangan.

Untuk menjamin kualitas pangan, peran produsen dalam mengaplikasikan berbagai teknologi dan prinsip-prinsip pengolahan pangan, sangat penting, termasuk didalamnya pelabelan kemasan. Dengan jumlah pengolah pangan besar dan menengah sejumlah kurang lebih 5900 dan 1 (satu) juta industri kecil dan industri rumah tangga ditambah dengan importir dan distributor, angka tersebut merupakan potensi sekaligus tantangan dalam menghasilkan pangan yang aman.

Lahan pertanian, pabrik, tempat distribusi dan penjualan produk pangan merupakan bagian dari sistem rantai pangan yang dilalui produk pangan. Seluruh sarana dan prasarana yang berada pada area tersebut serta perlakuan yang diterima oleh produk pangan berpotensi besar mempengaruhi keamanan pangan. Oleh karena itu kondisi pabrik, tempat distribusi dan penjualan produk pangan secara tidak langsung merupakan salah satu indikator keamanan pangan. Indikator ini secara tidak langsung juga dapat menggambarkan pengetahuan dan kesadaran produsen akan keamanan pangan.

1. Pengawasan Pangan sebelum Beredar

Untuk menghasilkan produk pangan yang bermutu baik dari aspek kesehatan, mutu dan gizinya, industri pangan seharusnya menerapkan prinsip-prinsip cara produksi pangan yang baik. Pemeriksaan sarana produksi pangan dilakukan secara rutin oleh tenaga pengawas pangan dalam rangka mengevaluasi penerapan higienitas dan sanitasi sarana produksi atau Cara Produksi Makanan yang Baik (CPMB) serta penerapan Cara Produksi Pangan Siap Saji yang Baik.

Pemeriksaan dilakukan baik untuk industri yang telah memiliki nomor pendaftaran MD (Makanan, industri rumah tangga yang telah memiliki nomor pendaftaran SP/P-IRT (Sertifikat Penyuluhan/Produk-Industri Rumah Tangga) maupun industri rumah tangga yang tidak terdaftar. Hasil penilaian sarana produksi pangan dikelompokkan menjadi 3 (tiga) kategori yaitu baik (B), cukup (C), dan kurang (D). Hasil pemeriksaan sarana produksi untuk industri pangan menengah ke atas (telah mendapat nomor MD) selama kurun waktu 2000-2005 dapat dilihat pada **Tabel 17**.

Tabel 17. Hasil Pemeriksaan Sarana Produksi Industri Menengah ke Atas

Tahun	Jumlah Sampel	Hasil Pemeriksaan					
		Baik		Cukup		Kurang	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
2000	278	54	19.4	184	66.2	40	14.4
2001	229	56	24.5	143	62.4	30	13.1
2002	339	55	16.2	209	61.7	75	22.1
2003	741	105	26.1	236	58.7	61	15.2
2004	602	327	54.3	229	38.0	46	7.6
2005	570	91	16.0	390	68.4	89	15.6

Dari Tabel 17 tersebut terlihat bahwa sebagian besar industri menegah ke atas berpredikat cukup dalam penerapan CPMB. Terjadi peningkatan yang cukup signifikan untuk persentase sarana produksi yang berpredikat baik dari tahun 2000 (19,4 persen) ke tahun 2004 (54,3 persen), namun pada tahun 2005 terjadi penurunan lagi, menjadi 16 persen.

Hasil pemeriksaan sarana produksi untuk industri rumah tangga selama kurun waktu 2000-2005 dapat dilihat pada Tabel 18 di bawah ini.

Tabel 18. Hasil Pemeriksaan Sarana Produksi Industri Pangan Rumah Tangga

Tahun	Jumlah Sampel	Hasil Pemeriksaan					
		Baik		Cukup		Kurang	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
2000	1632	83	5.1	810	49.6	739	45.3
2001	1649	52	3.2	668	40.5	929	56.3
2002	2104	66	3.1	903	42.9	1135	53.9
2003	1536	157	10.2	512	33.3	867	56.4
2004	3951	337	8.5	1921	48.6	1693	42.8
2005	2555	101	4.0	1287	50.4	1167	45.7

Dari tabel diatas terlihat bahwa sebagian besar industri rumah tangga masih dinilai kurang dalam penerapan CPMB. Sekitar separuh dari industri rumah tangga masih dinilai kurang dalam penerapan CPMB, yaitu berturut-turut dari tahun 2000, 2001, 2002, 2003, 2004 dan 2005 adalah 45 persen, 56 persen, 53 persen, 56 persen, 42 persen, dan 45 persen.

Faktor penyebab utama industri produk pangan dinilai kurang dalam penerapan CPMB adalah masih rendahnya penerapan higienitas perorangan; kurangnya kesadaran dalam pengolahan lingkungan seperti pembuangan sampah; fasilitas pabrik dan kebersihan yang tidak memadai; fasilitas produksi belum terbebas dari binatang serangga; serta peralatan dan suplai air bersih kurang memadai.

Sarana distribusi pangan yang tidak memenuhi syarat (TMS) meliputi sarana yang menjual produk kedaluwarsa, tidak terdaftar, rusak, TMS label, TMS tanda khusus, dan sarana yang menjual produk yang TMS seperti penempatan produk pangan yang mengandung babi tidak terpisah dengan produk lain, dan produk pangan yang bercampur dengan produk non pangan. Pada hasil pemeriksanaan sarana distribusi tersebut, dalam satu sarana distribusi bisa melakukan beberapa jenis pelanggaran. Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa sebagian besar sarana distribusi sudah menerapkan CPMB dan persentase sarana distribusi yang memenuhi syarat (MS) terus meningkat dari tahun ke tahun, yaitu berturut-turut dari tahun 2000, 2001, 2002, 2003, 2004 dan 2005 adalah 80 persen, 80 persen, 74 persen, 88 persen, 72 persen, dan 71 persen.

Dalam rangka pengawasan sebelum beredar, dilakukan penilaian terhadap keamanan, mutu dan gizi produk pangan dan bila sesuai dengan persyaratan yang ditentukan maka dikeluarkan nomor pendaftaran. Data produk pangan yang terdaftar selama tahun 2001–2005 berdasarkan pengelompokan jenis pangan dapat dilihat pada **Tabel 19** di bawah ini. Dari data tersebut terlihat bahwa terdapat kecenderungan kenaikan jumlah produk pangan olahan dengan industri menengah–besar yang terdaftar dan diedarkan di Indonesia.

Tabel 19. Pengeluaran Nomor Pendaftaran Produk Pangan Skala Besar Dan Menengah

Tahun	Jumlah	
	Makanan Dalam Negeri	Makanan Luar Negeri
2001	2539	765
2002	2227	1397
2003	1768	1735
2004	2793	1258
2005	5377	1843

Sumber: BPOM, 2006

2. Pengawasan Produk Pangan Beredar

Pemeriksaan (sampling dan pengujian) terhadap pangan yang beredar dilakukan secara berkala pada pangan yang terdaftar dengan nomor MD/ML dan SP/P-IRT, untuk memastikan kesesuaiannya dengan data dan informasi yang disetujui pada proses pendaftaran. Hasil pengujian selama tahun 2001–2005 dapat dilihat pada **Tabel 20** dibawah ini.

Tabel 20. Hasil pengujian produk pangan beredar

	2001	2002	2003	2004	2005
Memenuhi Syarat	3.817	16.542	19.289	29.564	23.372
Tidak Memenuhi Syarat	1.399	1.396	1.258	3.176	3.934

Sumber: BPOM, 2006

Dari hasil pemeriksaan tersebut diketahui bahwa sebagian besar produk pangan yang beredar telah memenuhi syarat dengan persentase selama tahun 2001, 2002, 2003, 2004, dan 2005 berturut-turut adalah 73 persen, 92 persen, 94 persen, 90 persen dan 86 persen.

i. Produk Pangan Tidak Memenuhi Syarat (TMS)

Terdapat beberapa parameter yang menentukan suatu produk pangan dikategorikan sebagai produk yang tidak memenuhi syarat, antara lain menggunakan bahan tambahan pangan yang dilarang, menggunakan bahan tambahan pangan melebihi batas maksimum yang diizinkan serta mengandung cemaran melebihi batas maksimum yang diizinkan. Dalam satu produk pangan mungkin ditemukan lebih dari satu kriteria TMS.

Selama tahun 2002 – 2005, pelanggaran yang paling banyak ditemukan adalah produk pangan yang menggunakan pemanis buatan yang tidak sesuai dengan ketentuan. Kriteria lain-lain meliputi bobot tuntas, label, kadar dan penggunaan bahan tambahan pangan yang tidak termasuk diizinkan maupun yang dilarang. Pada **Tabel 21** terlihat persentase hasil pengawasan selama tahun 2001 – 2005.

Tabel 21. Persentase Pelanggaran Produk Pangan

HASIL PEMERIKSAAN	2001		2002		2003		2004		2005	
	Jumlah Sampel	%	Jumlah Sampel	%	Jumlah Sampel	%	Jumlah Sampel	%	Jumlah Sampel	%
Jumlah sampel	5216		17938		20547		32740		27306	
A. Jumlah sampel yang memenuhi syarat	3817	73,18	16542	92,22	19289	93,88	29564	90,30	23372	85,59
B. Jumlah sampel TMS :	1399	26,82	1396	7,78	1258	6,12	3176	9,70	3934	14,41
- Pemanis buatan TMS	219	15,65	645	46,20	326	25,91	-		844	21,45
- Pengawet TMS	229	16,37	170	12,18	52	4,13	372	11,71	216	5,49
- Formalin			137	9,81	82	6,52	213	6,71	282	7,17
- Boraks			127	9,10	106	8,43	538	16,94	307	7,80
- Pewarna bukan untuk makanan			190	13,61	204	16,22	967	30,45	445	11,31
- Cemaran mikroba TMS	79	5,65	-		33	2,62	748	23,55	225	5,72
- Lain-lain	811	57,97	-		475	37,76	338	10,64	1605	40,80

Sumber: BPOM, 2006

Ket: Jumlah sampel merupakan hasil penjumlahan A dan B.

Selama periode 2002–2005, telah dilakukan pengawasan terhadap produk pangan jajanan anak sekolah. **Tabel 22** menunjukkan data hasil pemeriksaan produk pangan jajanan anak sekolah tahun 2002 - 2005.

Tabel 22. Persentase hasil pengawasan makanan jajanan anak sekolah

HASIL PEMERIKSAAN	2002		2003		2004		2005	
	Jumlah Sampel	%	Jumlah Sampel	%	Jumlah Sampel	%	Jumlah Sampel	%
Sampel Memenuhi Syarat	913	56,12	393	59,91	390	42,81	517	60,05
Sampel Tidak Memenuhi Syarat	714	43,88	263	40,09	521	57,19	344	39,95

Sumber: BPOM, 2006

Dari hasil pemeriksaan terlihat bahwa kriteria tidak memenuhi syarat ditemukan karena pelanggaran penggunaan pengawet yang melebihi batas maksimum, penggunaan bahan berbahaya formalin, boraks, rhodamin-B, penyalahgunaan pemanis buatan dan pangan tercemar mikroba melebihi batas maksimum. Dalam satu sampel produk pangan mungkin ditemukan lebih dari satu kriteria TMS. **Tabel 23** berikut menunjukkan data hasil pemeriksaan produk pangan jajanan anak sekolah yang tidak memenuhi syarat dari tahun 2002-2005:

Tabel 23. Pelanggaran pada Berbagai Kriteria Tidak Memenuhi Syarat

Kriteria Tidak Memenuhi Syarat (TMS)	Jumlah Pelanggaran pada Tahun			
	2002	2003	2004	2005
Pemanis buatan melebihi batas persyaratan	282	154	402	122
Pengawet melebihi batas	86	8	19	10
Pewarna yang dilarang (<i>Rhodamin-B, Methanyl yellow, Amarantl</i>)	133	63	147	90
Formalin	139	9	1	7
Boraks	74	20	38	34
Cemaran mikroba	Tidak ada data	9	198	198

Sumber: BPOM, 2006

ii. Produk Pangan Mengandung Bahan Berbahaya

Dari hasil pemeriksaan selama kurun waktu tahun 2002 sampai dengan 2005, ditemukan pelanggaran penggunaan bahan berbahaya dalam produk pangan. Bahan berbahaya yang ditemukan terdapat dalam produk pangan meliputi bahan yang dilarang digunakan dalam produksi pangan seperti *Formalin, Boraks, Rhodamin B* dan *Methanyl Yellow* (**Tabel 24**). Pemakaian bahan berbahaya ini dapat dikarenakan keterbatasan pengetahuan produsen perihal ketentuan larangan penggunaannya dalam produksi pangan ataupun kurangnya kepedulian terhadap masalah keamanan produk pangan yang dapat berakibat buruk terhadap kesehatan.

Tabel 24. Temuan Bahan Berbahaya dalam Produk Pangan

Tahun	Total Sampel	Temuan Bahan Berbahaya **)	
		Jumlah	%
2002	19078	454	2
2003	20547	392	2
2004	32740	1718	5
2005*)	26990	935	3

Sumber: BPOM, 2006

**) Meliputi Formalin, Boraks, Rhodamin B, dan Methanyl Yellow

Comment [AH1]: Apa catatan utk bintang ini?

Tabel 25 menunjukkan temuan formalin dalam produk pangan periode tahun 2002 sampai dengan 2005. Dari tabel tersebut terlihat bahwa sejak tahun 2002 formalin sudah ditemukan dalam produk pangan, dan persentase produk pangan yang mengandung formalin sejak tahun 2002 sampai tahun 2005 mengalami penurunan.

Tabel 25. Temuan Formalin dalam Produk Pangan

Tahun	Total Sampel	Temuan Produk Pangan yang Mengandung Formalin	
		Jumlah	%
2002	248	139	56
2003	180	73	41
2004	786	274	35
2005 ^{*)}	1160	177	15

Sumber: BPOM, 2006

*) Data sampai Bulan November 2005

Lebih jauh lagi pemeriksaan terhadap jenis pangan tertentu yang mengandung formalin dilakukan per 6 Januari 2006. Pemantauan dilakukan terhadap produk mie basah, tahu dan ikan di beberapa propinsi di Indonesia. **Tabel 26** berikut menunjukkan hasil pemantauan produk mie basah, tahu dan ikan di 6 (enam) propinsi terhadap pemakaian formalin.

Tabel 26. Hasil Pemantauan Produk Mi Basah, Tahu, dan Ikan di Enam Propinsi

Pengambil Sampel	Jumlah Sampel	Memenuhi Syarat		Mengandung Formalin	
		Sampel	%	Sampel	%
BBPOM Makasar	40	38	95	2	5
BPOM Jambi	50	48	96	2	4
BBPOM Manado	55	36	65	19	35
BBPOM Yogyakarta	41	41	100	0	0
BBPOM Jakarta	116	91	78	25	61
BBPOM Semarang	107	99	93	8	7
Jumlah	409	353		56	14

Sumber: BPOM, 2006

Kondisi keamanan produk pangan juga dapat dilihat dari besarnya kasus penolakan pangan yang diekspor ke negara lain. Berbagai faktor yang menentukan diterima atau tidaknya pangan tersebut antara lain faktor keamanan (cemaran kimia, cemaran mikroba, cemaran fisik), faktor mutu, faktor pelabelan, produsen dan lain-lain.

Gambar 6 menggambarkan alasan penolakan produk pangan dari Indonesia oleh *Food and Drug Administration* (FDA), Amerika Serikat.



Sumber : Food Drug Administration, 2006

Gambar 6 . Jumlah Kasus Penolakan Impor Pangan Indonesia Oleh FDA

Besarnya kasus penolakan dengan alasan keamanan pangan menunjukkan masih rendahnya tingkat keamanan produk pangan, yang mungkin bersumber pada bahan baku pangan yang digunakan tidak memenuhi syarat atau belum diterapkannya prinsip-prinsip penanganan, pengolahan, pengemasan atau distribusi yang baik.

Produk perikanan lebih banyak ditolak daripada produk lain. Hal ini karena produk perikanan tergolong pada kelompok pangan resiko tinggi dan merupakan komoditas ekspor utama bila dibandingkan dengan produk pangan lain. Dari data yang dikeluarkan oleh FDA (2006) terlihat bahwa selama tahun 2005 sebagian besar pangan yang ditolak adalah hasil perikanan dengan alasan penolakannya diantaranya kebersihan produk, cemaran *Salmonella*, cemaran nitrofurantoin, cemaran histamin, cemaran obat paku, pelabelan, mengandung racun, dan kloramfenikol. Sedangkan untuk jenis pangan olahan selain produk perikanan alasan penolakannya adalah kesalahan pelabelan, penggunaan pewarna yang tidak aman, dan produsen yang tidak terdaftar. Total penolakan dari Februari 2005 – Januari 2006 adalah 235 kasus.

iii. Kasus Keracunan Makanan

Parameter utama yang paling mudah dilihat untuk menunjukkan tingkat keamanan pangan di suatu negara adalah jumlah kasus keracunan yang terjadi akibat pangan. Data yang diperoleh berdasarkan pelaporan yang diterima mencakup jumlah Kejadian Luar Biasa (KLB) keracunan pangan, jumlah orang yang sakit, dan jumlah orang yang meninggal.

Tabel 27 menunjukkan, dalam kurun waktu 5 tahun (2001-2005) jumlah KLB keracunan serta orang yang terpapar, sakit, dan meninggal akibat keracunan cenderung meningkat; demikian pula dengan *Case Fatality Rate* (CFR) dan *Incident Rate* (IR). Selama 2 tahun terakhir nilai IR terbesar terjadi di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Namun, hal ini tidak mengindikasikan KLB keracunan pangan di DI Yogyakarta lebih buruk dibandingkan daerah lain. Tingginya nilai IR di DI Yogyakarta kemungkinan disebabkan kesadaran yang baik dari petugas kesehatan setempat untuk melaporkan KLB keracunan pangan di daerahnya. Diduga masih banyak KLB keracunan pangan yang belum dilaporkan di Indonesia.

Tabel 27. Jumlah Kasus Keracunan Tahun 2001 - 2005

Tahun	KLB	Terpapar	Sakit	Meninggal	CFR*)	IR**)
2001	26	1965	1183	16	1.35	0.54
2002	43	6543	3635	10	0.28	1.67
2003	34	8651	1843	12	0.65	0.84
2004	164	22297	7366	51	0.69	3.37
2005	184	23864	8949	49	0.55	4.11

*) *Case Fatality Rate* (CFR): perbandingan antara jumlah yang meninggal dengan yang sakit dikalikan 100.

***) *Incident Rate* (IR) adalah angka kejadian per 100.000 penduduk.

Sumber: BPOM, 2006

Ditinjau dari etiologinya, penyebab KLB keracunan pangan yang dilaporkan pada tahun 2005 diketahui sebesar 5.43 persen terkonfirmasi, 18.48 persen *suspect* dan 76.09 persen tidak diketahui penyebabnya. Penyebab keracunan pangan mikrobiologi yang sering timbul antara lain *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus*, *Salmonella sp*, dan *E.coli patogen*. Sementara penyebab keracunan pangan kimia antara lain *nitrit*, *histamin*, *formalin*, *sianida*, *methanol*, serta *tetradotoksin*.

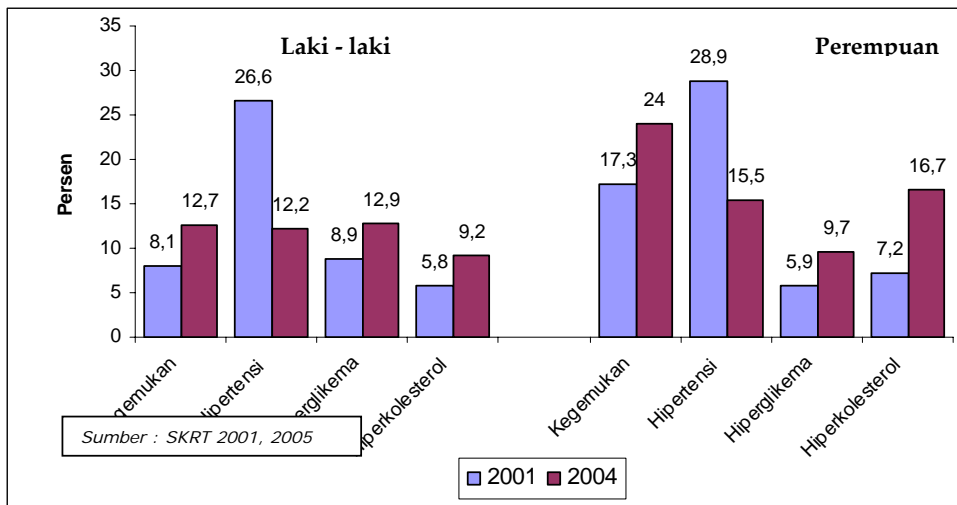
Sumber pangan penyebab keracunan pangan untuk tahun 2004 adalah: pangan rumah tangga (53,7 persen), pangan olahan (15,2 persen), pangan jasa boga (15,2 persen), pangan jajanan (12,2 persen), serta tidak dilaporkan (3,7 persen); sedangkan pada tahun 2005 adalah pangan rumah tangga (42,4 persen), pangan olahan (15,2 persen), pangan jasa boga (21,2 persen), pangan jajanan (17,9 persen), dan lain-lain (3,3 persen).

E. POLA HIDUP SEHAT DAN AKTIVITAS FISIK

Sebagai negara berkembang Indonesia banyak mengalami permasalahan pada penyakit menular. Tetapi, prevalensi penyakit tidak menular menunjukkan kecenderungan peningkatan sebagai penyebab kematian. Hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) menunjukkan, kematian yang disebabkan oleh penyakit degeneratif meningkat dari 15,4 persen (1980) menjadi 48,5 persen (2001). Penyakit kardiovaskuler meningkat dari 9,1 persen (1986) menjadi 26,4 persen (2001). Penyakit kardiovaskuler menjadi penyebab kematian ke 11 pada tahun 1972, tetapi kemudian terus meningkat menjadi urutan ke 3 tahun 1986 dan penyebab kematian pertama pada tahun 1992, 1995 dan 2001.

Prevalensi penyakit hipertensi atau tekanan darah tinggi di Indonesia cukup tinggi, yaitu 83 per 1.000 anggota rumah tangga tahun 1995. Pada tahun 2001, pada kalangan penduduk umur 25 tahun keatas sebanyak 27 persen laki-laki dan 29 persen wanita menderita hipertensi, 0,3 persen mengalami penyakit jantung iskemik, dan stroke, 1,2 persen mengalami diabetes dan 1,3 persen laki-laki dan 4,6 persen wanita mengalami kelebihan berat badan. Penyakit kanker merupakan penyebab 6 persen kematian di Indonesia.

Gambar 7, memperlihatkan peningkatan kegemukan (IMT e" 25) pada laki-laki dan perempuan. Demikian juga dengan hiperglikemia sebagai akibat asupan lemak yang tinggi serta hiperkolesterol.



Gambar 7. Prevalensi Penderita Penyakit Degeneratif Tahun 2001 dan 2004

Peningkatan prevalensi penyakit tidak menular seperti kardiovaskular, hipertensi, kanker dan lain-lain menunjukkan adanya perubahan pola hidup, terutama kebiasaan makan yang tidak baik dan aktivitas fisik yang berkurang.

Bukti-bukti ilmiah menunjukkan bahwa kebiasaan makan yang sehat dan aktivitas fisik dapat menurunkan resiko perkembangan diabetes sebanyak 58 persen, hipertensi 66 persen, serta serangan jantung dan stroke 40-60 persen. Selain itu, sepertiga jenis kanker dapat dihindari dengan menerapkan pola hidup sehat, meningkatkan aktivitas fisik dan menurunkan jumlah asupan lemak jenuh.

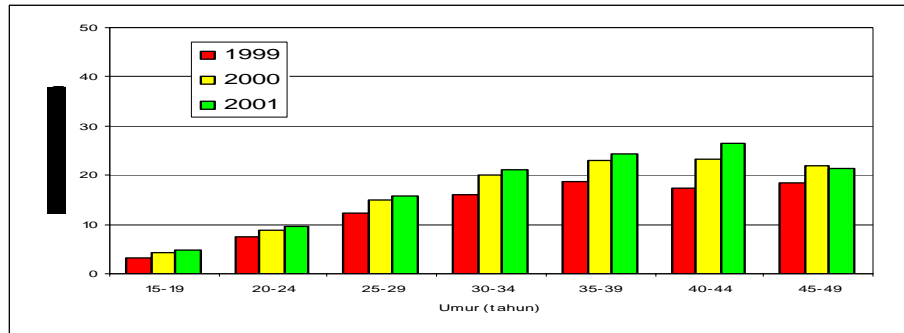
Di banyak negara, termasuk Indonesia, faktor resiko penyebab kesakitan dan kematian meliputi hipertensi, hiperkolesterol, konsumsi buah dan sayur yang kurang, kegemukan dan obesitas, aktivitas fisik yang rendah, serta konsumsi tembakau. Semua faktor resiko ini merupakan penyebab timbulnya penyakit tidak menular (*The World Health Report 2002*). Dengan demikian pola makan dan aktivitas fisik merupakan bagian dari penyebab utama penyakit tidak menular, seperti diabetes, kardiovaskular, kanker, saries gigi dan osteoporosis. Merokok juga meningkatkan resiko terhadap serangan penyakit-penyakit tidak menular ini.

1. Pola Makan yang Tidak Sehat

Pola makan yang tidak sehat dapat menyebabkan berbagai penyakit. Misalnya konsumsi buah dan sayur yang rendah diperkirakan menyebabkan 31 persen panyakit jantung iskemik, 11 persen stroke dan 19 persen kanker gastrointestinal (WHO 2005). Pola makan yang tidak sehat antara lain meliputi makan secara berlebihan, rendahnya konsumsi buah dan sayur, tingginya konsumsi garam, gula dan lemak.

Peningkatan industrialisasi, urbanisasi dan mekanisasi dapat menyebabkan terjadinya perubahan pola makan, yaitu makanan yang lebih kaya akan lemak dan energi sementara aktivitas fisik semakin berkurang. Di banyak negara, termasuk Indonesia, permasalahan gizi lebih terjadi secara bersamaan dengan kurang gizi dan gizi buruk pada populasi, bahkan keluarga yang sama.

Meningkatnya kejadian gizi lebih tidak hanya terjadi pada penduduk dengan penghasilan yang cukup untuk membeli makanan, tetapi juga pada masyarakat miskin di perkotaan dan perdesaan serta pada laki-laki dan perempuan. Data HKI menunjukkan bahwa prevalensi gizi lebih (IMT>25) pada perempuan di daerah perdesaan dari tahun 1991-2001 memperlihatkan kecenderungan meningkat pada semua kelompok umur dengan kecenderungan kegemukan terjadi pada usia setengah baya (**Gambar 8**). Namun kejadian gizi lebih juga terjadi pada anak-anak dengan prevalensi yang lebih kecil.



Gambar 8. Prevalensi Gizi Lebih pada Perempuan Dewasa (Perdesaan, NSS-HKI 1999-2001)

Kebiasaan makan yang terkait dengan kegemukan dan obesitas antara lain adalah kebiasaan makan makanan ringan (*snack*) dan makan di restoran. Bayi yang tidak mendapatkan ASI eksklusif juga beresiko mengalami kegemukan. Pengaruh lingkungan seperti iklan dan promosi memberikan kontribusi bagi peningkatan konsumsi makanan dengan densitas energi yang tinggi lemak dan karbohidrat. Faktor lain yang ikut mendorong kegemukan dan obesitas antara lain adalah peningkatan restoran siap saji, meningkatkan konsumsi minuman bergula dan jus buah.

i. Kurang Konsumsi Buah dan Sayur

Buah dan sayur merupakan bagian penting dari pola makan yang sehat. Buah dan sayur yang dikonsumsi dengan cukup dapat membantu mencegah penyakit kardiovaskular dan kanker. Menurut *The World Health Report 2002*, asupan buah dan sayur yang masih rendah diperkirakan menjadi penyebab 31 persen penyakit jantung iskemik dan 11 persen stroke. Diseluruh dunia 2,7 juta nyawa dapat diselamatkan setiap tahun jika konsumsi buah dan sayur dapat ditingkatkan.

Joint FAO/WHO Expert Consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases merekomendasikan asupan minimum 400 gram buah dan sayur per hari (tidak termasuk kentang dan umbi-umbian yang mengandung pati) untuk pencegahan penyakit kronis seperti jantung, kanker, diabetes dan obesitas, sekaligus sebagai upaya pencegahan kekurangan zat gizi mikro. Jumlah konsumsi buah dan sayur yang cukup akan memberikan asupan yang cukup bagi serat ke dalam tubuh.

Menurut data Susenas 2004, persentase pengeluaran untuk buah dan sayur pada tingkat rumah tangga cenderung mengalami penurunan. Pada tahun 2002, pengeluaran untuk sayur dan buah masing-masing 2,84 persen dan 4,73 persen; kemudian turun menjadi 2,61 persen dan 4,33 persen pada tahun 2004. Penurunan pengeluaran untuk buah dan sayur menyebabkan penurunan rata-rata konsumsi buah dan sayur di Indonesia. Pada tahun 1999, konsumsi sayur dan buah sebesar 309 gram per kapita per hari; angka ini turun pada tahun 2004 menjadi 221 gram per kapita per hari (Susenas 1999 dan 2004). Rendahnya konsumsi buah dan sayur ini berkontribusi pada rendahnya konsumsi serat yang baru mencapai rata-rata 10 gr/hari, jauh lebih rendah dari kecukupan sebesar 30 gr/hr (Jahari AB, 2000).

Upaya peningkatan kebiasaan konsumsi buah dan sayur sebagai salah satu gaya hidup sehat sebenarnya telah didukung dengan ketersediaan buah dan sayur yang cukup melimpah. Produksi sayur-sayuran dan buah-buahan menunjukkan pola yang meningkat. Pada tahun 2004 tingkat produksi sayur-sayuran mencapai 9,1 juta ton dan menjadi 9,2 juta ton tahun 2006 atau mengalami peningkatan 0,54 persen per tahun. Produksi buah-buahan juga meningkat dari 14,3 juta ton tahun 2004 menjadi 15,5 juta ton tahun 2006, atau meningkat 3,91 persen per tahun.

ii. Konsumsi garam, gula, dan lemak yang berlebihan

Konsumsi garam, gula, dan lemak yang berlebihan juga merupakan salah satu ciri dari kebiasaan makan yang tidak sehat. Konsumsi yang berlebih pada bahan makanan tersebut dapat meningkatkan resiko serangan penyakit hipertensi, diabetes, kardiovaskular, stroke, dan penyakit-penyakit kronis lainnya. Oleh karena itu peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kebiasaan makan terkait dengan garam, gula dan lemak perlu terus ditingkatkan.

Konsumsi garam oleh penduduk di Indonesia pada tahun 1999 mencapai 5,6 gram per kapita per hari, dan pada tahun 2004 meningkat menjadi 6,3 gram per kapita per hari. Menurut Standar Nasional Indonesia (SNI) kadar Natrium klorida dalam garam minilan adalah 97,1 persen (kelas I) dan 94,7 persen (kelas II). Selain itu SNI mewajibkan iodisasi pada garam konsumsi guna meningkatkan kadar yodium, dengan kadar minimal *Kalium Iodat* sebesar 30-80 mg/kg.

WHO Technical Report on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Disease merekomendasikan penurunan asupan garam sebagai bagian kebiasaan makan yang sehat untuk mengurangi resiko serangan penyakit kronis tidak menular. Namun upaya untuk mengurangi konsumsi garam, hingga saat ini belum menjadi kebijakan nasional karena adanya beberapa tantangan seperti upaya untuk mencapai konsumsi garam beryodium untuk semua (*Universal Salt Iodization* atau USI).

Tingkat konsumsi garam beryodium yang cukup baru mencapai 72,81 persen pada tahun 2005 (Susenas 2005). Karena gangguan akibat kurang yodium (GAKY) masih menjadi masalah utama di Indonesia, maka pemerintah menetapkan kebijakan untuk meningkatkan cakupan konsumsi garam beryodium. Salah satu pesan utama yang disampaikan dari 13 Pesan Umum Gizi Seimbang (PUGS), adalah “gunakan hanya garam beryodium”. Dengan demikian, tidak terdapat pesan khusus untuk mengurangi konsumsi garam, sebagaimana rekomendasi Laporan Teknis WHO tersebut di atas.

Mengingat keberadaan dua masalah yang terjadi secara bersamaan (*co-exist*) yaitu GAKY yang menuntut peningkatan konsumsi garam beryodium, dan berkembangnya penyakit tidak menular yang merekomendasikan pengurangan konsumsi garam, maka perlu dipikirkan langkah strategis dalam penetapan kebijakan konsumsi garam sehingga manfaatnya dapat dirasakan secara maksimal.

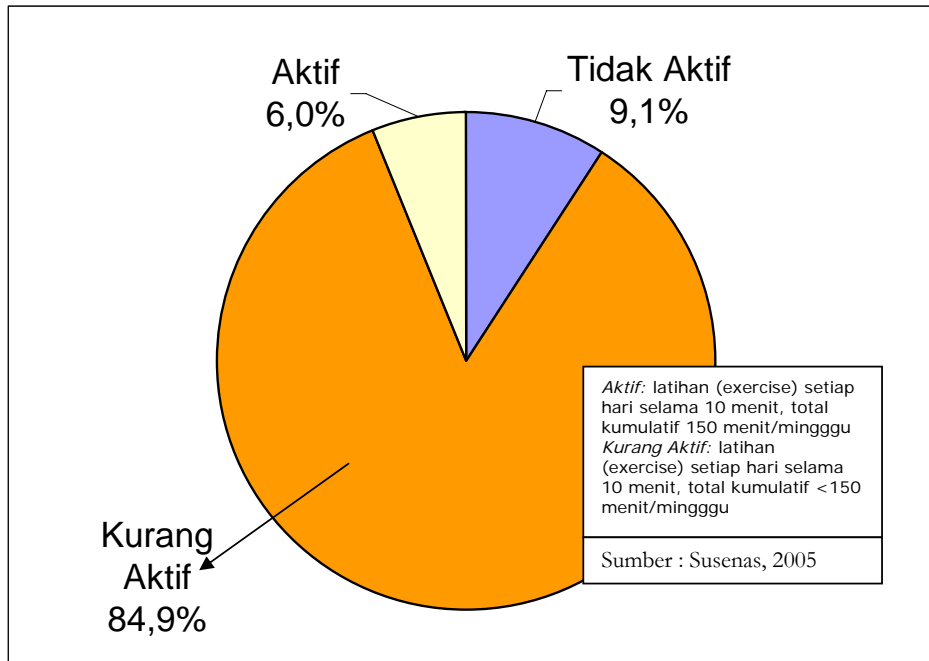
Konsumsi makanan dengan densitas energi yang tinggi ikut berkontribusi pada meningkatnya kegemukan dan obesitas yang pada akhirnya meningkatkan kejadian diabetes. Salah satu jenis makanan yang mempunyai densitas energi tinggi adalah gula. Data konsumsi rumah tangga menunjukkan konsumsi gula pasir di Indonesia meningkat dari rata-rata 22,6 gram per kapita per hari (tahun 1999) menjadi 24,4 gram per kapita per hari (tahun 2004).

Selain garam dan gula, konsumsi lemak yang berlebih, terutama lemak jenuh, juga dapat meningkatkan resiko berbagai jenis penyakit kronis. Perubahan pola konsumsi kepada jenis makanan yang banyak mengandung lemak antara lain dipengaruhi oleh globalisasi sehingga jenis-jenis makanan berlemak makin mudah di dapat, perubahan gaya hidup dengan meningkatnya konsumsi makanan siap saji dan lain-lain. Resiko serangan penyakit akan lebih tinggi, apabila konsumsi lemak, garam dan gula tidak diikuti dengan aktivitas fisik yang cukup.

2. Kurangnya Aktivitas Fisik

Ketiadaan atau rendahnya aktivitas fisik dan pola konsumsi yang tidak seimbang diperkirakan secara global menyebabkan meningkatnya prevalensi kegemukan dan menyebabkan terjadinya 22 persen penyakit jantung iskemik, 10-16 persen kanker payudara, kanker usus dan kanker rektal serta diabetes mellitus. Secara keseluruhan terdapat 1,9 juta kematian yang disebabkan oleh rendahnya aktivitas fisik. Makanan dan aktivitas fisik dapat mempengaruhi kesehatan baik secara bersama-sama maupun sendiri-sendiri. Efek dari pola makan dan aktivitas fisik saling berinteraksi, terutama dalam kaitannya dengan obesitas. Selain berfungsi untuk membantu mencegah obesitas, aktivitas fisik merupakan cara yang utama dalam meningkatkan kesehatan fisik dan mental individu.

Hasil SKRT tahun 2004 menunjukkan sebagian besar (lebih dari 84 persen) dari kelompok umur 15 tahun ke atas kurang aktif melakukan aktivitas fisik, sebesar 9,1 persen bahkan tidak aktif, dan hanya 6 persen yang melakukan aktivitas fisik secara aktif (**Gambar 9**).



Gambar 9. Tingkat aktivitas penduduk usia diatas 15 tahun (2004)

Pola hidup generasi dewasa muda saat ini mengalami perubahan karena pengaruh lingkungan, infrastruktur dan gaya hidup. Kebiasaan berjalan kaki, misalnya digantikan dengan keberadaan alat transportasi dan fasilitas infrastruktur yang lebih baik. Selain itu, terbatasnya fasilitas untuk aktivitas fisik di sekolah dan fasilitas umum menyebabkan makin berkurangnya aktivitas fisik yang dilakukan. Berbagai macam hiburan, pertemuan dan kegiatan-kegiatan lain seringkali menuntut fisik untuk tidak aktif, seperti menonton televisi, film, pertunjukkan dan lain sebagainya.

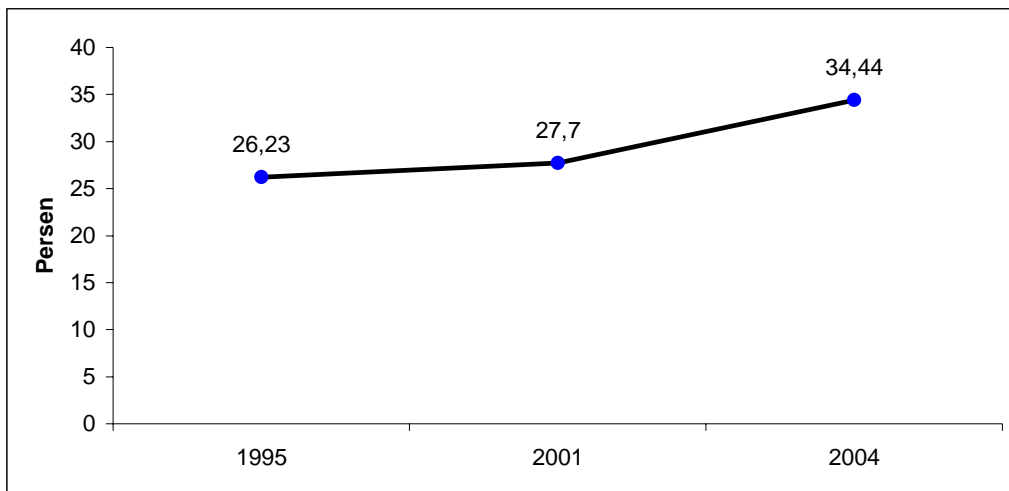
Pertambahan penduduk menyebabkan makin berkurangnya ruang terbuka dan fasilitas umum serta fasilitas olahraga. Dengan ketiadaan fasilitas olahraga yang nyaman dan memadai ditambah dengan pengetahuan, kesadaran dan motivasi yang kurang menyebabkan frekuensi untuk berolahraga sebagai salah satu bentuk aktivitas fisik juga semakin menurun.

3. Kebiasaan merokok

Tembakau, rokok, dan asapnya mengandung *nikotin* dan bahan kimia lain yang menyebabkan ketagihan serta gangguan kesehatan. Terdapat kurang lebih 4.000 bahan kimia yang dikandung dalam sebatang rokok, 60 di antaranya bersifat karsinogen yang dapat menyebabkan terjadinya kanker. Orang yang terpapar bahan kimia tersebut, baik perokok aktif maupun pasif, mempunyai resiko yang lebih besar terserang berbagai penyakit kanker, penyakit jantung, stroke, *emfisia* dan penyakit lainnya.

Selain dampak terhadap kesehatan, merokok juga mempunyai dampak langsung terhadap status gizi, diantaranya menurunkan kadar vitamin dan mineral dalam tubuh, menurunkan kadar vitamin C dari jaringan tubuh dan darah serta menurunkan tingkat vitamin D dalam tubuh. Sebuah penelitian menunjukkan adanya perbedaan pola konsumsi antara perokok dan bukan perokok. Perokok mengkonsumsi lebih tinggi: energi, total lemak, lemak jenuh, kolesterol dan alkohol; namun mengkonsumsi lebih rendah lemak tak jenuh ganda, serat, vitamin C, Vitamin E, dan beta karoten. Pola konsumsi perokok seperti ini meningkatkan efek buruk merokok seperti kanker dan serangan jantung.

Penggunaan tembakau merupakan salah satu penyumbang utama dari kesakitan di antara penduduk termiskin di Indonesia. Pada tahun 2004, sekitar 34 persen penduduk berumur 15 tahun ke atas merokok, dengan prevalensi lebih tinggi di daerah pedesaan (36,6 persen), dibanding perkotaan (31,7 persen), **Tabel 28**. Angka ini meningkat dari 27,7 persen di tahun 2001 (**Gambar 10**).



Gambar 10. Persentase Penduduk Berumur 10 Tahun ke Atas Yang Merokok Dalam Satu Bulan Terakhir (Untuk 2005: 15 Tahun Ke Atas)

Sekitar 77,9 persen dari perokok tersebut mulai merokok sebelum usia 19 tahun, yaitu pada saat mereka mungkin belum bisa memahami resiko merokok dan sifat nikotin yang sangat adiktif. Karena sebagian besar (91,8 persen) perokok yang berumur 10 tahun ke atas merokok di dalam rumah ketika bersama dengan anggota keluarga lainnya, diperkirakan jumlah perokok pasif anak-anak adalah 43 juta orang

Tabel 28. Persentase Penduduk Usia 15 Tahun Ke Atas Yang Merokok Dalam Satu Bulan Terakhir Per Propinsi Menurut Wilayah Tahun 2004

Propinsi	Kota	Desa	Total	Propinsi	Kota	Desa	Total
NAD	32.50	36.57	35.4	Bali	25.05	23.53	24.30
Sumatra Utara	34.07	34.36	34.23	NTB	31.63	33.23	32.62
Sumatra Barat	32.64	34.95	34.22	NTT	24.75	27.81	27.28
Riau	34.60	40.62	37.86	Kalimantan Barat	30.27	40.30	37.44
Jambi	32.44	39.51	37.42	Kalimantan Tengah	29.35	39.29	36.29
Sumatra Selatan	32.02	44.04	39.76	Kalimantan Selatan	24.02	29.47	27.36
Bengkulu	31.88	41.62	38.75	Kalimantan Timur	26.80	33.20	29.64
Lampung	39.53	39.41	39.44	Sulawesi Utara	29.49	41.98	37.14
Bangka Belitung	32.10	31.47	31.74	Sulawesi Tengah	23.08	37.20	34.19
DKI Jakarta	31.21	-	31.21	Sulawesi Selatan	25.32	30.67	29.02
Jawa Barat	36.87	41.19	38.91	Sulawesi Tenggara	25.78	33.26	31.53
Jawa Tengah	29.10	35.14	32.62	Gorontalo	34.37	41.32	39.39
DI Yogyakarta	27.17	31.07	28.76	Maluku	28.83	33.69	32.22
Jawa Timur	28.74	35.20	32.48	Maluku Utara	35.60	44.41	41.90
Banten	36.17	41.09	38.31	Papua	30.77	40.93	38.38
Indonesia	31.72	36.60	34.44				

Di Indonesia, penggunaan tembakau berkontribusi cukup besar pada beban kesehatan. Satu dari dua perokok jangka panjang, meninggal karena kebiasaan tersebut, dan separuh kematian terjadi dalam usia produktif ekonomi. Merokok bukan hanya berpengaruh pada biaya-biaya perawatan kesehatan, namun juga menurunkan produktivitas kerja. Kelompok miskin adalah yang paling dirugikan karena penggunaan tembakau. Pada 2001, penduduk termiskin menggunakan 9,1 persen dari pengeluaran bulanan untuk tembakau, dibandingkan 7,5 persen pada kelompok kaya. Persentase pengeluaran untuk tembakau pada kelompok penduduk miskin melebihi pengeluaran untuk kesehatan dan pendidikan yang hanya sebesar 2,5 persen (perdesaan) dan 5,9 persen (perkotaan). Pengeluaran untuk rokok, seharusnya bisa digunakan untuk mencukupi asupan gizi keluarga. Belanja produk tembakau yang lebih banyak daripada pengeluaran untuk makanan mempunyai dampak yang sangat besar pada kesehatan dan gizi keluarga miskin.

Beberapa langkah yang dianjurkan untuk dapat menurunkan permintaan terhadap rokok antara lainnya adalah penerapan harga dan pajak yang tinggi, proteksi terhadap paparan asap tembakau, pengaturan kadar nikotin, pengaturan kemasan dan label, edukasi, pelarangan iklan dan promosi rokok, penindakan tegas perdagangan gelap, pelarangan penjualan kepada anak-anak dan penyediaan kegiatan alternatif secara ekonomis bagi petani dan karyawan pabrik tembakau.

BAB IV. RENCANA AKSI

A. ISU STRATEGIS

Berdasarkan analisis situasi pangan dan gizi pada bab terdahulu diperoleh beberapa isu strategis yang masih perlu mendapatkan perhatian dan penanganan lebih lanjut dalam Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2006-2010. Isu-isu strategis tersebut dapat dibagi ke dalam lima kelompok berkaitan dengan: (i) aksesibilitas terhadap pangan, (ii) gizi, (iii) keamanan pangan, (iv) perilaku hidup sehat, dan (v) kelembagaan.

1. Isu Strategis Berkaitan dengan Pangan adalah sebagai berikut:

- i. Terbatasnya kapasitas produksi beras dan pangan lokal sumber karbohidrat serta terbatasnya produksi pangan asal hewan.
- ii. Ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga masih terus menjadi masalah dan berpengaruh pada tingkat kecukupan asupan gizi meskipun secara nasional ketersediaan pangan di pasar mencukupi. Masalah utamanya adalah peningkatan efektivitas dan efisiensi distribusi pangan antar daerah dan antar waktu serta daya beli rumah tangga sehingga mampu mengakses pangan.
- iii. Pola konsumsi pangan masih didominasi oleh kelompok padi-padian terutama beras, konsumsi sayuran dan buah sebagai sumber vitamin dan mineral serta protein hewani masih rendah.

2. Isu Strategis Berkaitan dengan Gizi adalah sebagai berikut:

- i. Masih tingginya prevalensi kurang gizi pada balita erat hubungannya dengan masalah KEK pada WUS dan berkurangnya kebiasaan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan, khususnya oleh perempuan perkotaan dan pekerja.
- ii. Masih kurangnya kesadaran terhadap masalah gizi karena rendahnya tingkat pendidikan dan kurangnya pengetahuan mengenai masa paling kritis dalam peningkatan gizi (*Window of Opportunity*), yaitu ibu hamil, bayi, dan anak sampai usia 2 tahun menjadi penghambat upaya perbaikan gizi.
- iii. Masih rendahnya derajat kesehatan masyarakat miskin disebabkan rendahnya akses terhadap pelayanan kesehatan dasar, rendahnya mutu layanan kesehatan dasar, kurangnya pemahaman terhadap perilaku hidup sehat, dan kurangnya layanan reproduksi
- iv. Meningkatnya masalah gizi lebih karena tingginya konsumsi makanan yang kaya karbohidrat, lemak, garam, rendah serat, kebiasaan merokok dan berkurangnya aktifitas fisik mengakibatkan gizi lebih merupakan salah satu penyebab penyakit degeneratif (tidak menular).

-
- v. Masih tingginya angka penyakit infeksi pada balita yang menyebabkan penurunan status gizi, terutama berkaitan dengan status air minum dan sanitasi lingkungan yang masih memprihatinkan, serta pelayanan kesehatan yang tidak memadai. Berbagai infeksi dengan tingkat kejadian yang tinggi antara lain adalah demam berdarah dengue, diare dan ISPA.–

3. Isu Strategis Berkaitan dengan Keamanan Pangan adalah sebagai berikut:

- i. Kesadaran keamanan pangan baik pada produsen dan konsumen masih perlu ditingkatkan karena kesadaran akan keamanan pangan, merupakan awal dari upaya menciptakan produk pangan yang aman untuk dikonsumsi.
- ii. Ketersediaan tenaga pengawas yang masih terbatas, kesadaran produsen dan konsumen yang masih rendah, serta ketersediaan bahan-bahan uji pangan yang masih terbatas masih menjadi kendala dalam penerapan standar keamanan pangan secara konsisten.
- iii. Masih maraknya penggunaan bahan tambahan makanan berbahaya, terutama pada industri pangan menengah kecil dan rumah tangga. Upaya untuk menekan dan menghindari penggunaan bahan tambahan pangan berbahaya menjadi lebih sulit karena keterbatasan tenaga pengawas dan penegak hukum serta rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat, baik konsumen maupun industri pangan.
- iv. Belum berkembangnya alternatif produk bahan tambahan makanan yang aman dan terjangkau merupakan salah satu faktor masih banyaknya penggunaan bahan tambahan makanan berbahaya dalam industri pangan.

4. Isu Strategis Berkaitan dengan Pola Hidup Sehat adalah sebagai berikut:

- i. Masih kurangnya upaya advokasi dan edukasi tentang pentingnya aktivitas fisik bagi kesehatan yang memerlukan dukungan dan komitmen serta kesepakatan sektor lain terutama dalam penyediaan sarana olahraga dan tempat-tempat terbuka untuk beraktivitas fisik serta upaya peningkatan pengetahuan dan kesadaran masyarakat
- ii. Saat ini masalah gizi kurang, baik makro dan mikro, terjadi secara bersamaan (*co-exist*) dengan kelebihan gizi dan penyakit kronis, namun belum ada strategi dan metode yang komprehensif dalam upaya penanggulangan gizi kurang, yang pada saat yang sama juga menanggulangi masalah gizi lebih dan penyakit kronis. Sebagai contoh, upaya peningkatan konsumsi energi dapat berdampak pada peningkatan konsumsi lemak dan upaya peningkatan konsumsi yodium dapat

berakibat pada konsumsi garam yang berlebih karena pemberian yodium dilakukan melalui fortifikasi pada garam.

- iii. Masih rendahnya kesadaran masyarakat dalam menerapkan kebiasaan untuk mengkonsumsi sayur dan buah sebagai salah satu gaya hidup sehat. Padahal ketersediaan sayur dan buah cukup melimpah, ditunjukkan dengan data produksi yang meningkat.
- iv. Belum optimalnya upaya untuk mengurangi kebiasaan merokok, terlihat dari kecenderungan meningkatnya prevalensi merokok pada penduduk serta meningkatnya prevalensi penyakit kronis akibat tembakau. Hal ini terkait antara lain dengan kebiasaan dan budaya, kesadaran, sumber keuangan negara dan sumber kehidupan petani tembakau.

5. Isu Strategis Berkaitan dengan Kelembagaan adalah sebagai berikut:

- i. Saat ini penanganan masalah gizi masih terpecah-pecah dalam berbagai sektor seperti kesehatan dan pertanian, namun Rencana Pembangunan Jangka Panjang 2005-2025 telah mengarahkan bahwa masalah gizi harus ditangani secara lintas sektor. Dengan tidak adanya satu lembaga tersendiri yang khusus menangani masalah gizi, maka perlu suatu upaya untuk penanganan gizi yang terintegrasi dan memerlukan kepemimpinan yang kuat.
- ii. Indikator pembangunan pangan dan gizi saat ini tersedia dan secara umum merupakan salah satu indikator yang datanya dapat diperoleh secara sistematis sampai tingkat daerah. Perlunya ditingkatkan penggunaan data-data ini sebagai indikator yang dapat digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan untuk intervensi yang sesuai dan tepat waktu dalam menilai ketahanan pangan dan gizi. Oleh karenanya pengembangan indikator ketahanan pangan dan gizi yang sensitif baik ditingkat lokal maupun nasional menjadi isu yang perlu ditangani dengan baik.
- iii. Masih belum optimalnya upaya untuk meningkatkan kepedulian masyarakat dalam memerangi masalah kerawanan pangan dan kekurangan gizi dikarenakan belum adanya pendampingan dan pemberdayaan masyarakat termasuk LSM dan swasta.
- iv. Ketersediaan tenaga di bidang pangan dan gizi masih menjadi kendala. Karena penyediaan tenaga di bidang pangan dan gizi memerlukan investasi yang cukup lama dan menyangkut pendidikan, sistem kepegawaian, dan profesi, maka upaya pemenuhan ketenagaan pangan dan gizi tidaklah mudah. Untuk itu perlu upaya yang ekstra dalam upaya peningkatan ketersediaan tenaga terampil di bidang pangan dan gizi.

B. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Mewujudkan keadaan gizi masyarakat yang baik sebagai dasar untuk mencapai masyarakat yang sehat, cerdas, dan produktif melalui pemantapan ketahanan pangan dan gizi nasional dan daerah pada tahun 2010.

2. Tujuan Khusus

- i. Meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku hidup sehat dengan kesadaran gizi yang tinggi kepada masyarakat sebagai bagian dari upaya perbaikan gizi masyarakat.
- ii. Meningkatkan kemampuan masyarakat dan individu untuk mengakses pangan untuk memenuhi kebutuhan konsumsi pangan dengan gizi seimbang yang diperlukan bagi kehidupan yang sehat, yang tercermin dari ketersediaan pangan yang cukup, baik dalam jumlah maupun mutu gizinya, aman, merata dan terjangkau.
- iii. Meningkatkan kemampuan masyarakat dan individu untuk mengakses pelayanan gizi dan kesehatan secara merata, terjangkau dan berkualitas serta *cost-effective*.
- iv. Meningkatkan akses keluarga terhadap informasi gizi dan kesehatan untuk membentuk perilaku sadar pangan dan gizi serta hidup sehat.
- v. Mendukung kebijakan dan upaya penanggulangan kemiskinan melalui pelayanan gizi khusus kepada masyarakat miskin sehingga diwujudkan perbaikan gizi masyarakat sebagai modal untuk mengurangi kemiskinan.
- vi. Meningkatkan keamanan pangan beredar melalui peningkatan partisipasi produsen pangan dan pelaksanaan pengawasan yang efektif dan efisien.

C. SASARAN

1. Menurunkan prevalensi berbagai bentuk kekurangan gizi yaitu gizi kurang, kurang zat besi, kurang vitamin A, dan kurang yodium, pada tahun 2010 sekurang-kurangnya menjadi 50 persen dari prevalensi tahun 2005, serta mencegah terjadinya peningkatan prevalensi kegemukan akibat kelebihan gizi.

-
2. Meningkatkan konsumsi pangan perkapita untuk memenuhi kebutuhan zat gizi seimbang dengan kecukupan energi minimal 2.000 kkal/hari dan protein sebesar 52 gram/hari dan cukup zat gizi mikro, serta meningkatkan keragaman konsumsi pangan dengan skor Pola Pangan Harapan (PPH) minimal 85, sehingga konsumsi beras turun sebesar 1 persen per tahun, umbi-umbian naik 1-2 persen per tahun, sayuran naik 4,5 persen per tahun, buah-buahan naik 5 persen per tahun, pangan hewani naik 2 persen per tahun.
 3. Menurunkan jumlah penduduk yang mengalami kerawanan dalam konsumsi pangan dengan mengefektifkan sistem distribusi pangan dan meningkatkan kemudahan/kemampuan masyarakat untuk mengakses pangan, termasuk pangan yang difortifikasi.
 4. Mempertahankan ketersediaan energi perkapita minimal 2.200 kkal/hari, dan penyediaan protein perkapita minimal 57 gram/hari, terutama protein hewani serta meningkatkan konsumsi sayur dan buah.
 5. Meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan gizi pada masyarakat terutama kelompok rentan dengan sasaran sebagai berikut :
 - i. Meningkatnya pemberian ASI eksklusif pada bayi sampai usia 6 bulan.
 - ii. Meningkatnya persentase anak usia 6 - 24 bulan memperoleh Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP - ASI) yang tepat.
 - iii. Menurunnya prevalensi anemia pada ibu hamil dan Wanita Usia Subur.
 - iv. Meningkatnya efektifitas surveilen dan intervensi pada WUS, ibu Hamil dan remaja putri yang beresiko Kurang Energi Kronis (LILA < 23,5 cm).
 - v. Menurunkan prevalensi *xerophthalmia*.
 6. Meningkatnya pengetahuan dan kemampuan keluarga untuk menerapkan pola hidup sehat dan perilaku sadar pangan dan gizi, yang ditunjukkan dengan peningkatan akses pelayanan gizi dan konsumsi pangan keluarga.
 7. Meningkatkan keamanan, mutu dan higiene pangan yang dikonsumsi masyarakat dengan menekan pelanggaran terhadap ketentuan keamanan pangan sampai 90 persen dan meningkatkan penelitian untuk menemukan zat pengawet yang aman dan terjangkau masyarakat miskin.

D. KEBIJAKAN

1. **Pemantapan ketahanan pangan.** Arah kebijakan: (a) menjamin ketersediaan pangan, terutama dari produksi dalam negeri, dalam jumlah dan keragaman untuk mendukung konsumsi pangan sesuai kaidah kesehatan dan gizi seimbang; (b) mengembangkan kemampuan dalam pemupukan dan pengelolaan cadangan pangan pemerintah dan masyarakat; (c) meningkatkan kapasitas produksi pangan nasional melalui penetapan lahan abadi untuk produksi pangan dalam rencana tata ruang wilayah dan meningkatkan kualitas lingkungan serta sumberdaya lahan dan air.
2. **Peningkatan kemudahan dan kemampuan mengakses pangan.** Arah kebijakan: (a) meningkatkan daya beli dan mengurangi jumlah penduduk yang miskin; (b) meningkatkan efektivitas dan efisiensi distribusi dan perdagangan pangan melalui pengembangan sarana dan prasarana distribusi dan menghilangkan hambatan distribusi pangan antar daerah; (c) mengembangkan teknologi dan kelembagaan pengolahan dan pemasaran pangan untuk menjaga kualitas produk pangan dan mendorong peningkatan nilai tambah; (d) meningkatkan dan memperbaiki infrastruktur dan kelembagaan ekonomi perdesaan dalam rangka mengembangkan skema distribusi pangan kepada kelompok masyarakat tertentu yang mengalami kerawanan pangan.
3. **Peningkatan kuantitas dan kualitas konsumsi pangan menuju gizi seimbang.** Arah kebijakan: (a) menjamin pemenuhan asupan pangan bagi setiap anggota rumah tangga dalam jumlah dan mutu yang memadai, aman dan halal dikonsumsi dan bergizi seimbang; (b) mendorong, mengembangkan dan membangun, serta memfasilitasi peran serta masyarakat dalam pemenuhan pangan sebagai implementasi pemenuhan hak atas pangan; (c) mengembangkan program perbaikan gizi yang *cost effective*, diantaranya melalui peningkatan dan penguatan program fortifikasi pangan dan program suplementasi zat gizi mikro khususnya zat besi dan vitamin A; (d) mengembangkan jaringan antar lembaga masyarakat untuk pemenuhan hak atas pangan dan gizi; dan (e) meningkatkan efisiensi dan efektivitas intervensi bantuan pangan/pangan bersubsidi kepada masyarakat golongan miskin terutama anak-anak dan ibu hamil yang bergizi kurang.
4. **Peningkatan status gizi masyarakat.** Arah kebijakan: (a) mengutamakan upaya preventif, promotif dan pelayanan gizi dan kesehatan kepada masyarakat miskin dalam rangka mengurangi jumlah penderita gizi kurang, termasuk kurang gizi mikro (kurang vitamin dan mineral); (b) memprioritaskan pada kelompok penentu masa depan anak, yaitu, ibu hamil dan calon ibu hamil/remaja putri, ibu nifas dan menyusui, bayi sampai usia dua tahun tanpa mengabaikan kelompok usia lainnya; (c) meningkatkan upaya preventif, promotif dan pelayanan gizi dan

kesehatan pada kelompok masyarakat dewasa dan usia lanjut dalam rangka mengurangi laju peningkatan (tren) prevalensi penyakit bukan infeksi yang terkait dengan gizi yaitu kegemukan, tekanan darah tinggi, diabetes, dan kanker; serta penyakit degeneratif lainnya; (d) meningkatkan kemampuan riset di bidang pangan dan gizi untuk menunjang upaya penyusunan kebijakan dan program, monitoring, surveilan gizi, dan evaluasi program pangan dan gizi, berdasarkan bukti (*evidence-based*); (e) meningkatkan profesionalisme tenaga gizi dari berbagai tingkatan melalui pendidikan dan pelatihan yang teratur dan berkelanjutan dan memperbaiki distribusi penempatan tenaga gizi tersebut; (f) meningkatkan efektivitas fungsi koordinasi lembaga-lembaga pemerintah dan swasta di pusat dan daerah, dibidang pangan dan gizi sehingga terjamin adanya keterpaduan kebijakan, program dan kegiatan antar sektor di pusat dan daerah, khususnya dengan sektor kesehatan, pertanian dan ketahanan pangan, industri, perdagangan, pendidikan, agama, pengentasan kemiskinan, serta pemerintahan daerah.

5. **Peningkatan mutu dan keamanan pangan.** Arah kebijakan: (a) meningkatkan pengawasan keamanan pangan; (b) melengkapi perangkat peraturan perundang-undangan di bidang mutu dan keamanan pangan; (c) meningkatkan kesadaran produsen, importir, distributor dan ritel terhadap keamanan pangan; (d) meningkatkan kesadaran konsumen terhadap keamanan pangan, dan (e) mengembangkan teknologi pengawet dan pewarna makanan yang aman dan memenuhi syarat kesehatan serta terjangkau oleh usaha kecil dan menengah produsen makanan dan jajanan.
6. **Perbaiki pola hidup sehat.** Arah kebijakan: (a) mendukung akses edukasi dan pelayanan yang seluas-luasnya pada masyarakat dalam melaksanakan pola hidup sehat; (b) meningkatkan komitmen dan peran serta pemangku kepentingan dalam mendukung program pola hidup sehat; (c) meningkatkan fungsi dan kapasitas sektor-sektor terkait dalam pengembangan pola hidup sehat baik di Pusat maupun di daerah; (d) melibatkan secara optimal peran serta media dalam upaya sosialisasi program dan kebijakan program pola hidup sehat; (e) memastikan adanya keterlibatan semua lapisan masyarakat secara aktif baik dalam program maupun kebijakan pelaksanaan program pola hidup sehat; (f) meningkatkan kapasitas dalam administrasi data dan informasi sehingga terbentuk data yang akurat; (g) mengembangkan program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS); (h) mengembangkan program pendidikan kecakapan hidup (*Life Skills Education*).

E. STRATEGI

Aksesibilitas Pangan:

1. Pengembangan program diversifikasi pangan ditingkatkan melalui pengkajian berbagai teknologi tepat guna dan terjangkau mengenai pengolahan pangan berbasis tepung, untuk: (a) mempertahankan pola konsumsi pangan lokal yang didaerah dan kelompok masyarakat tertentu telah beragam terutama untuk makanan pokok, dan (b) pengembangan aspek kuliner dan daya terima konsumen, melalui berbagai pendidikan gizi, penyuluhan, dan kampanye gizi untuk meningkatkan citra pangan lokal, serta peningkatan pendapatan dan pendidikan umum.
2. Penyusunan kebijakan pembangunan di bidang pangan dan gizi yang bersifat lintas sektor, sehingga mendorong komitmen dan investasi di bidang pangan dan gizi dalam pembangunan nasional dan daerah.
3. Peningkatan kemampuan pemerintah setempat dan masyarakat dalam mengembangkan dan memanfaatkan sistem kewaspadaan pangan dan gizi untuk deteksi dini kemungkinan terjadinya bencana kerawanan pangan, kelaparan dan gizi kurang, serta tindakan cepat yang harus dilakukan oleh masyarakat dan pemerintah setempat.
4. Peningkatan kegiatan dan sasaran ketahanan pangan tidak hanya pada aspek persediaan pangan di tingkat makro, tetapi juga pada aspek akses pangan yang menjamin konsumsi pangan dengan gizi seimbang bagi keluarga dan perorangan, serta dampaknya pada status gizi.

Status Gizi :

1. Pengutamaan sasaran program gizi kepada kelompok sangat rentan yaitu: remaja putri usia subur, ibu hamil, ibu menyusui, dan bayi sampai usia 2 tahun dalam rangka memperkuat dasar pencapaian program pengembangan anak usia dini (PAUD) dalam menentukan masa depan kualitas SDM.
2. Peningkatan program pencegahan dan penanggulangan masalah kurang gizi mikro, melalui suplementasi dan fortifikasi vitamin dan mineral khususnya untuk zat besi, zat yodium, dan vitamin A dalam rangka peningkatan kualitas SDM.
3. Peningkatan keluarga dan masyarakat sadar gizi melalui komunikasi, informasi dan edukasi untuk mencegah gangguan.

-
4. Pengutamaan sasaran program gizi kepada masyarakat miskin melalui upaya penanggulangan kemiskinan yang disebabkan bukan karena pendapatan (“*non-income poverty*”) dalam rangka pengembangan sumber daya manusia.
 5. Peningkatan kualitas pelayanan pada penderita gizi lebih melalui pemantauan secara berkala berat badan dan tinggi badan, manajemen terpadu penanganan kasus gizi lebih dan peningkatan KIE.
 6. Peningkatan upaya penanggulangan penyakit infeksi khususnya pada balita melalui pencegahan dan penanggulangan faktor resiko, peningkatan surveilen dan epidemiologi, imunisasi serta KIE.

Keamanan Pangan :

1. Peningkatan kesadaran tentang keamanan pangan dan gizi melalui upaya pencegahan dini dan penegakan hukum dalam rangka menjaga mutu mutu keamanan pangan.
2. Peningkatan keamanan pangan melalui penguatan peraturan, pemantauan dan penegakan hukum, perlindungan konsumen dalam rangka melindungi status kesehatan masyarakat.

Pola Hidup Sehat :

1. Meningkatkan aktivitas fisik masyarakat melalui peningkatan promosi, peningkatan penyediaan sarana dan prasarana olah raga dan ruang terbuka, dalam rangka menumbuhkan dan menciptakan kesadaran seluruh lapisan masyarakat
2. Peningkatan promosi untuk konsumsi sayur dan buah melalui pola makan gizi seimbang dalam rangka pencegahan penyakit degeneratif
3. Peningkatan promosi pola makan rendah lemak, garam dan gula terutama pada kelompok-kelompok tertentu yang beresiko tinggi melalui penyusunan regulasi yang mengatur tentang iklan-iklan makanan dan minuman untuk mengurangi kejadian timbulnya penyakit degeneratif di kalangan muda.
4. Peningkatan promosi tentang bahaya merokok melalui regulasi penertiban iklan rokok, kebijakan penurunan permintaan suplai rokok dalam rangka mencegah penyakit kronis.

Kelembagaan:

1. Peningkatan kerjasama lintas sektor melalui penyusunan program-program pangan dan gizi yang terkoordinasi dalam rangka pembangunan di bidang pangan dan gizi.
2. Revitalisasi SKPG untuk meningkatkan ketersediaan data pangan dan gizi di daerah
3. Memantapkan kerjasama antara pemerintah dan masyarakat dalam pelaksanaan program pangan dan gizi
4. Menggali dan memanfaatkan potensi sumber daya dari masyarakat untuk menanggulangi masalah pangan dan gizi
5. Peningkatan kemampuan dan kualitas penelitian dan pengembangan pangan dan gizi melalui lembaga penelitian, perguruan tinggi, dan masyarakat, dalam rangka menghasilkan data dan informasi yang lebih dapat di percaya.
6. Peningkatan kemampuan tenaga administrasi dan profesional melalui koordinasi perencanaan dan pengelolaan program pangan dan gizi dalam rangka memaksimalkan efektivitas program perbaikan gizi masyarakat.
7. Peningkatan pendidikan dan pemanfaatan tenaga profesional di bidang gizi di berbagai tingkat pemerintahan pusat dan daerah, serta di masyarakat, guna memaksimalkan peran tenaga profesional dalam program gizi.