

Pertemuan VIII

Topik : Kebijakan Perbaikan Gizi Indonesia: Program-program sensitif

Dosen: Nadiyah, S.Gz, M.Si, CSRS

Prodi : Ilmu Gizi/FIKES

1. Penyediaan Air Bersih dan Sanitasi

Telah diuraikan sebelumnya bahwa salah satu faktor penyebab kurang gizi termasuk anak pendek adalah infeksi, terutama diare (Lancet, 2010, 376: 9734, pp 63-67). Tiap tahun 20 persen kematian balita disebabkan karena diare yang disebabkan oleh air minum yang tercemar bakteri. Data dari *Water Sanitation Program* (WSP) World Bank tahun 2008 menunjukkan bahwa masih tingginya angka kematian bayi dan balita, serta kurang gizi sangat terkait dengan masalah kelangkaan air bersih dan sanitasi. Banyak cara sederhana dapat dilakukan untuk mengurangi resiko diare, diantaranya dengan cuci tangan dengan air bersih dan sabun. Telah dibuktikan bahwa cuci tangan dengan air bersih dan sabun mengurangi kejadian diare 42—47 persen (Lancet Infect. Dis 2003, May 3 (5)). Dengan demikian program air bersih dan sanitasi tidak diragukan sangat sensitif terhadap pengurangan resiko infeksi.

Masalahnya akses rumah tangga terhadap air minum layak baru sebesar 44,2 persen (Susenas 2010) masih dibawah target MDGs 2015 sebesar 68,87 persen. Masalah yang sama juga pada masalah sanitasi. Akses sanitasi yang layak baru 55,54 persen (Susenas 2010), sedang target MDGs 2015 sebesar 76,8 persen. Rendahnya akses air bersih dan sanitasi diperparah dengan masih rendahnya perilaku hidup bersih. Dengan demikian untuk mencapai sasaran MDGs 2015 baik untuk akses air minum maupun sanitasi yang layak diperlukan upaya yang lebih keras.

Kebijakan dan Sasaran : Perlu adanya peningkatan investasi pembangunan infrastruktur air bersih tidak hanya di perkotaan tetapi juga di perdesaan dan perkampungan kumuh, agar dapat dicapai sasaran MDGs 76,8 persen. Investasi tersebut perlu diprioritaskan di wilayah yang frekuensi kejadian diare tinggi yang dapat dipastikan terkait dengan prevalensi anak kurus dan anak pendek yang juga tinggi. Perlu ada rencana dan tindakan khusus mencegah terjadinya wabah diare

pada saat terjadi bencana banjir. Prioritas pembangunan di perdesaan dan perkampungan kumuh akan memberikan dampak yang lebih sensitif terhadap penurunan kejadian infeksi dan kurang gizi khususnya pada kelompok 1000 HPK.

2. Ketahanan Pangan dan Gizi

Definisi ketahanan pangan mengatakan bahwa setiap orang harus memiliki akses terhadap pangan yang cukup jumlah dan mutunya untuk memenuhi kebutuhan gizi. Ukuran pemenuhan kebutuhan gizi yang dipakai sampai saat ini terbatas pada kecukupan energi diatas 70 persen kebutuhan. Dibawah itu tergolong rawan pangan. Ukuran ini adalah ukuran rata-rata penduduk dalam keadaan kelaparan sebagaimana sasaran MDG 1: kelaparan dan kemiskinan. Ukuran kemiskinan dalam MDGs tidak terbatas pada pendapatan per orang perhari, tetapi juga pada banyaknya anak yang kurang gizi dengan indikator anak kurus, pendek, dan kurus-pendek. (World Bank, 2006) (Bappenas, 2010,RAN/RAD-PG). Pengertian ketahanan pangan yang terbatas pada pemenuhan energi, sensitivitasnya terhadap masalah Gerakan 1000 HPK minimal oleh karena masalahnya tidak hanya kekurangan energi tetapi juga zat-zat gizi yang lain.

Sebagai contoh, ketahanan pangan menjadi perhatian apabila oleh karena sesuatu hal terjadi penurunan produksi dan kelangkaan persediaan pangan di pasar, yang berdampak pada kenaikan harga pangan terutama yang berkaitan komoditi pangan pokok seperti beras. Jarang dianalisa dampak kenaikan harga komoditi tertentu (misalnya kedele, sayur, telur dan lain-lain) terhadap keadaan gizi anak balita dan ibu hamil dari masyarakat miskin seperti yang secara berkala terjadi di Indonesia.

Pada tahun 1997/1998 dan 2008/2009, di Indonesia terjadi krisis harga pangan. Dampaknya tidak hanya pada penurunan konsumsi energi, tetapi juga penurunan konsumsi zat gizi mikro (vitamin dan mineral), yang sangat diperlukan oleh anak-anak dan ibu hamil. Akibatnya prevalensi anak kurus yang dikenal sebagai gizi buruk dan prevalensi ibu hamil yang anemia meningkat dengan mencolok (Soekirman, 2001, JAPCN)(HKI, 2011). Namun yang tercatat dalam laporan BPS hanya banyaknya penduduk mengkonsumsi rata-rata kurang dari 1,400 Kkal atau kurang dari 70 persen kebutuhan per hari. Data BPS tahun 2008, mencatat ada 11,1 persen penduduk rawan pangan. Sementara itu Bulletin Badan Ketahanan Pangan NTT pada waktu itu mencatat ada 26 persen penduduk rawan

pangan dan 26 persen mendekati rawan pangan. Di Jawa Timur pada waktu yang sama hanya ada 2 persen penduduk rawan pangan, 36 persen mendekati rawan pangan, sisanya 62 persen cukup pangan. Angka-angka ini tidak memberi gambaran apa yang terjadi pada ibu hamil dan anak-anak, terutama dari keluarga miskin, akibat krisis pangan tersebut.

Kebijakan dan Sasaran : Sudah saatnya memperluas konsep Ketahanan Pangan yang hanya berorientasi komoditi pangan, menjadi Ketahanan Pangan dan Gizi, yang tidak hanya berorientasi komoditi pangan tetapi juga pada kesejahteraan penduduk dengan keadaan gizi dan kesehatannya. Secara global kebijakan itu sejalan dengan kebijakan Ketahanan Pangan dan Gizi yang digariskan oleh Sekretaris Jenderal PBB (UN- *The high level Task Force on Global Food and Nutrition Security*, 2010).

Kebijakan Ketahanan Pangan dan Gizi: a). menjamin akses pangan yang memenuhi kebutuhan gizi kelompok rawan pangan khususnya ibu hamil, ibu menyusui dan anak-anak, b).menjamin pemanfaatan optimal dan berkesinambungan (*sustainability*) pangan yang tersedia bagi semua golongan penduduk, dan c). memberi perhatian pada petani kecil, nelayan, dan kesetaraan gender.

B.2.3 Keluarga Berencana

Keterpaduan antara program perbaikan gizi dengan keluarga berencana telah berlangsung lama di berbagai negara baik negara maju maupun berkembang (Sandra Huffman, 1992). Di Indonesia keterpaduan tersebut telah berlangsung selama kurang lebih 20 tahun dalam kegiatan Gizi-KB dari program Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK), Repelita III—VI (1980—1990an). Ada hubungan erat antara jumlah anak, jarak kehamilan dan kelahiran, ASI-Eksklusif, dengan prevalensi anak pendek dan anak kurus karena kekurangan gizi (Rae Golloway, 2011)

Keterpaduan Gizi – KB di Indonesia terputus sejak akhir 1990, sejalan dengan perubahan kebijakan pembangunan di bidang keluarga berencana dan program perbaikan gizi selama kurun waktu 15 tahun terakhir. Dengan adanya pengakuan dunia bahwa KB Indonesia berhasil menurunkan angka kelahiran dari 5,6 persen tahun 1970 ke 2,1 persen tahun 2011 (Antara News 13 Juli 2012), berarti program KB sudah dapat dikatakan berpotensi menjadi program yang sensitif

terhadap 1000 HPK di Indonesia. Pengalaman kerjasama dan sinergi Gizi-KB di UPGK dapat menjadi bahan pembelajaran.

Kebijakan dalam setiap kegiatan pendidikan atau KIE Gizi dicantumkan pesan tentang pentingnya KB dan sebaliknya.

B.2.4 Jaminan Kesehatan Masyarakat

Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) bertujuan untuk membantu masyarakat miskin atau tidak mampu, di luar propinsi DKI Jakarta, untuk mendapatkan haknya dalam pelayanan kesehatan. Program ini dilaksanakan dengan semangat 'pro rakyat' untuk meningkatkan tingkat kesehatan masyarakat tidak mampu. Manfaat yang diterima oleh penduduk miskin dalam Jamkesmas bersifat komprehensif (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) sesuai kebutuhan medis dan pelayanan kesehatannya bersifat perseorangan.

Permasalahan di lapangan terutama tingkat kejangkauan program masih belum melayani semua kelompok miskin. Ini terutama disebabkan kurang akuratnya data terutama di tingkat desa. Ketidak-akuratan data jumlah penduduk miskin, baik di tingkat daerah dan pusat, berdampak pada pembiayaan. Berbagai laporan menunjukkan adanya beberapa kabupaten yang tidak dapat menyerap dana Jamkesmas yang disediakan oleh Kementerian Kesehatan. Sementara di kabupaten lain terpaksa menunggak tagihan rumah sakit daerah karena kekurangan dana yang disediakan dari Pusat.

Kebijakan dan Sasaran: Program ini harus tetap dilanjutkan karena banyak masyarakat yang tidak mampu tertolong dan tingkat partisipasinya cukup tinggi. Diupayakan agar program ini dapat menjangkau seluruh anggota masyarakat tidak mampu sehingga derajat kesehatan masyarakat meningkat.

B.2.5 Jaminan Persalinan Universal

Kesehatan ibu dan anak merupakan indikator penting dalam pembangunan kesehatan, selain menunjukkan kinerja pelayanan kesehatan nasional. Upaya yang dilakukan untuk peningkatan kesehatan ibu dan anak adalah melalui Program Jaminan Persalinan Universal (Jampersal) bagi keluarga tidak mampu. Jampersal dilaksanakan untuk ibu hamil dalam mendapatkan pelayanan antenatal care,

persalinan, dan post natal care pada fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan program dan pembiayaannya di tanggung pemerintah. Penyelenggaraan Jampersal terintegrasi dengan program Jamkesmas. Jampersal adalah jaminan pembiayaan pelayanan persalinan yang meliputi pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan nifas termasuk pelayanan KB pascapersalinan dan pelayanan bayi baru lahir oleh tenaga kesehatan yang kompeten. Seperti halnya dengan Jamkesmas, permasalahan pendanaan harus menjadi perhatian.

Kebijakan dan Sasaran: Program ini harus tetap dilanjutkan karena banyak ibu hamil yang tidak mampu dapat tertolong dan tingkat partisipasinya cukup tinggi. Diupayakan agar program ini dapat menjangkau seluruh ibu hamil tidak mampu yang berdomisili di perdesaan sehingga derajat kesehatan ibu dan bayi yang dilahirkan meningkat yang diukur dengan menurunnya Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi baru lahir.

B.2.6. Fortifikasi Pangan

Secara global telah diakui bahwa Fortifikasi Pangan adalah bentuk intervensi gizi yang "*cost effective*" (Copenhagen Declaration 2011). Oleh karena itu dapat dianggap sensitif terhadap pencegahan dan penanggulangan masalah gizi 1000 HPK. Di bagian terdahulu peran fortifikasi pangan untuk 1000 HPK telah diuraikan sebagai bagian dari program perlindungan ibu hamil dan anak-anak terhadap kekurangan gizi. Fortifikasi yang dimaksud adalah: Fortifikasi pangan untuk mengatasi masalah kekurangan zat gizi mikro, khususnya zat besi, iodium, seng, asam folat dan vitamin A yaitu fortifikasi wajib pada bahan pangan pokok seperti tepung terigu, garam, dan minyak goreng, dan menggunakan fortifikan sesuai dengan masalah gizi yang ada termasuk masalah kelompok 1000 HPK, yaitu zat iodium, zat besi, seng, asam folat, dan vitamin A. Fortifikasi garam dengan iodium telah berlangsung sejak tahun 1994. Namun demikian sampai tahun 2011 baru 62,3 persen penduduk menggunakan garam yang beriodium, berarti masih ada cukup banyak penduduk termasuk yang masih rawan terhadap kekurangan iodium. Fortifikasi wajib tepung terigu dengan zat besi, asam folat, seng, vitamin B1 dan B2, yang dapat melindungi kehamilan dan kecacatan bayi. (WHO, 2006) (WHO, 2009). Demikian juga fortifikasi vitamin A pada minyak goreng yang sedang dalam awal

pelaksanaan akan memberikan peningkatan imunitas ibu hamil, bayi dan anak terhadap infeksi. (Martianto, 2005)

Masalah yang dirasakan saat ini kurangnya monitoring mutu fortifikasi, baik pada garam maupun tepung terigu. Hal ini menjadi masalah karena masih adanya laporan tentang pemalsuan label fortifikasi terutama garam beriodium, dan adanya tepung terigu yang berkualitas rendah tanpa fortifikasi beredar dipasaran. Masalah lain, masih ada sekelompok masyarakat yang meragukan efektivitas fortifikasi sehingga menimbulkan kebijakan pemerintah yang kurang tepat seperti terjadi pencabutan sementara SNI wajib fortifikasi tepung terigu tahun 2008. Beberapa pemerintah daerah tidak menyadari pentingnya yodisasi garam untuk melindungi ibu hamil dan bayi, seperti ditandai dengan kurangnya perhatian terhadap program yodisasi garam, sehingga peraturan daerah yang sudah dikeluarkan tidak efektif.

Kebijakan dan Sasaran: Perlu ada upaya untuk meningkatkan pemahaman masyarakat termasuk pelaku program tentang pentingnya fortifikasi pangan, khususnya fortifikasi wajib, sebagai bagian dari kebijakan penanggulangan kemiskinan, dan penyelamatan 1000 HPK. Dengan demikian sasaran fortifikasi wajib yaitu sebagian besar (80—90 persen) penduduk menikmati produk pangan yang difortifikasi.

B. 2.7. Pendidikan Gizi Masyarakat

Pendidikan Gizi Masyarakat atau dalam bahasa operasionalnya disebut KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) Gizi, bertujuan untuk menciptakan pemahaman yang sama tentang pengertian gizi, masalah gizi, faktor penyebab gizi, dan kebijakan dan program perbaikan gizi kepada masyarakat termasuk semua pelaku program. Bagi masyarakat umum, Pendidikan Gizi untuk memberikan pengetahuan, menumbuhkan sikap dan menciptakan perilaku hidup sehat dengan Gizi Seimbang. Dalam gizi seimbang tidak hanya mendidik soal makanan dan keseimbangan komposisi zat gizi dan kebutuhan tubuh akan zat gizi (karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral, dan air), tetapi juga keseimbangan dengan pola hidup bersih untuk mencegah kontaminasi makanan dan infeksi.

Dalam upaya pencegahan kegemukan dan PTM, dalam gizi seimbang juga ada pendidikan tentang perlunya pola hidup aktif bergerak dan olah raga. Untuk menilai apakah pola hidup dan pola makan kita sudah baik, gizi seimbang juga

mengajarkan pentingnya menjaga berat badan ideal dengan memperhatikan indeks masa tubuh (IMT) yaitu rasio keseimbangan antara tinggi dan berat badan. Dengan demikian pendidikan Gizi Seimbang meliputi 4 prinsip pola hidup sehat, yaitu pendidikan tentang: 1. kebiasaan makan beraneka ragam dan sesuai kebutuhan tubuh termasuk kebutuhan akan air, 2. menjaga kebersihan dan keamanan makanan, 3. kebiasaan hidup aktif bergerak dan olah raga, dan 4. menjaga berat badan ideal dengan memperhatikan keseimbangan berat dan tinggi badan dengan Indeks Massa Tubuh (IMT).

Upaya promotif dan preventif di Indonesia sesungguhnya telah menjadi bagian dari strategi perbaikan kesehatan dan gizi. Sebagai contoh, pendidikan gizi yang kompleks pernah dilaksanakan dan menjadi dasar utama program perbaikan gizi masyarakat yang secara internasional dikenal sebagai Usaha Perbaikan Gizi Keluarga atau UPGK ("*Family Nutrition Improvement Program*"). Pendidikan gizi waktu itu merupakan kegiatan dasar dan utama dari program perbaikan gizi masyarakat. Secara sistematis, pengetahuan dasar gizi dan program gizi di dari pusat sampai daerah disampaikan pada kegiatan pendidikan gizi dan pelatihan-pelatihan program gizi secara berjenjang dari tingkat pimpinan sampai pelaksana. Pendidikan Gizi juga dilaksanakan melalui pendidikan formal di sekolah-sekolah dan tidak formal di masyarakat melalui LSM dan kelompok-kelompok dan lembaga-lembaga masyarakat di desa masyarakat seperti PKK, Posyandu, kelompok pengajian, wanita tani, dan sebagainya. Semua media massa modern dan tradisional dimanfaatkan untuk melakukan pendidikan gizi.

Sejak akhir tahun 1990-an kegiatan pendidikan gizi diganti dengan penyuluhan gizi yang jauh berbeda dengan prinsip dan tujuan pendidikan gizi. Dampaknya sampai saat ini terdapat kerancuan pemahaman tentang gizi dan istilah gizi. Demikian juga kerancuan tentang apa yang dimaksud dengan masalah gizi masyarakat, dan cara penanggulangannya. Keadaan ini apabila tidak diluruskan akan menjadi kendala bagi efektivitas program gizi pada umumnya dan secara khusus terhadap perbaikan gizi pada 1000 HPK.

Berbagai indikasi belum tercapainya target perbaikan status gizi dan kesehatan secara nasional juga dapat diakibatkan oleh perilaku persepsi yang salah tentang gizi dan kesehatan baik oleh masyarakat maupun oleh petugas kesehatan. Keadaan tersebut diperkirakan karena tidak efektifnya program KIE gizi dan kesehatan. Agar KIE gizi dapat efektif menanamkan pengetahuan, menanamkan

sikap dan merubah perilaku ke arah pola hidup sehat dengan gizi seimbang diperlukan kajian ilmiah tentang pola hidup khususnya yang terkait dengan permasalahan 1000 HPK, dan penyusun program yang direncanakan dengan baik atas dasar ilmu pengetahuan (Contento, IR, 2007).

Untuk itu direkomendasikan untuk dibentuk pusat pengembangan KIE Gizi yang dikelola oleh tenaga profesional di bidang gizi, kesehatan masyarakat, teknologi informasi, dan bidang-bidang lain yang terkait, dengan tugas untuk :

- 1) Mendokumentasikan dan menyediakan informasi gizi dan kesehatan terkini
- 2) Melakukan studi dasar pengetahuan, sikap dan perilaku (PSP) hidup sehat dengan gizi seimbang dan memonitor perkembangan PSP dari waktu ke waktu, termasuk pemahaman dan persepsi tentang gizi, masalah gizi masyarakat, dan upaya penanggulangnya oleh berbagai golongan masyarakat.
- 3) Menyusun rencana dan strategi KIE gizi, terutama tentang 1000 HPK, bagi berbagai sasaran di masyarakat mulai dari tingkat pengambil keputusan dan pelaksanaan di pusat dan daerah sampai ke masyarakat umum di perdesaan.
- 4) Melakukan pelatihan tenaga KIE Gizi terutama pada tenaga profesi gizi, kesehatan dan bidang-bidang lain terkait gizi, termasuk para jurnalis.
- 5) Mengembangkan berbagai sarana KIE gizi seperti buku pedoman, buku pengetahuan dasar tentang gizi, gizi dan 1000 HPK, media komunikasi termasuk media sosial (web, facebook, twitter dan sebagainya).
- 6) Menyusun dan mempublikasikan laporan kegiatan KIE dan hasilnya dalam menunjang akselerasi program 1000 HPK secara periodik untuk masyarakat umum.
- 7) Mendukung kelembagaan program pangan dan gizi yang terpadu, baik nasional maupun daerah, apabila lembaga tersebut dibentuk.

Kebijakan dan Sasaran: Untuk menyamakan konsep dan pola pikir tentang masalah gizi (apa, mengapa, dan bagaimana) diantara para pelaku program gizi, kegiatan Pendidikan Gizi harus menjadi dasar perbaikan gizi masyarakat umumnya, dan secara khusus untuk tujuan 1000 HPK. Untuk itu diperlukan tersedianya data dasar tentang pengetahuan, sikap dan perilaku tentang gizi yang benar diberbagai kalangan masyarakat. Diperlukan adanya suatu lembaga KIE yang mengelola KIE

1000 HPK. Disediakan anggaran yang cukup untuk kegiatan pendidikan gizi masyarakat.

B.2.8. Remaja Perempuan

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa masalah keselamatan dan kesehatan janin, BBLR dan anak pendek terkait dengan kesehatan dan status gizi remaja perempuan yang akan menjadi ibu. Remaja perempuan yang menikah usia muda, anemi dan kurus, apabila hamil akan beresiko melahirkan BBLR dengan berbagai masalahnya. Dalam rangka menyelamatkan 1000 HPK, perlu ada kebijakan yang mencegah usia muda menikah, remaja perempuan calon pengantin harus sehat dalam status gizi baik, tidak kurus dan tidak anemi atau kekurangan gizi lainnya. Perlu adanya kebijakan sinkronisasi antara Undang-undang No. 1 tahun 1974 dan Undang-undang No. 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, sehingga usia minimal menikah perempuan dapat ditingkatkan menjadi 18 tahun.

B.2.9. Pengentasan Kemiskinan

Kekurangan gizi disebabkan oleh rendahnya asupan makanan, akibat ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga tidak memadai, hal ini terkait dengan kemampuan rumah tangga untuk menyediakan pangan yang ditentukan oleh faktor ekonomi. Tingginya angka prevalensi *underweight* dan *stunting* akibat kekurangan gizi erat kaitannya dengan masalah kemiskinan. Kemiskinan dapat menjadi penyebab penting kekurangan gizi. Sebaliknya kekurangan gizi dapat memiskinkan, anak kurus dan pendek karena kurang gizi mudah sakit, kurang cerdas, dan tidak produktif. Keadaan ini berdampak rendahnya daya saing kerja, tingkat kerja dengan pendapatan rendah yang dapat memiskinkan. Salah satu ciri kemiskinan adalah ketidakmampuan untuk memperoleh makanan yang bergizi seimbang sehingga rentan terhadap berbagai kekurangan gizi. Oleh karena itu mengatasi masalah gizi dalam gerakan SUN dianggap sebagai bagian dari upaya penanggulangan kemiskinan.

Seiring dengan hal tersebut pemerintah mengeluarkan beberapa program terkait pengentasan kemiskinan antara lain Program Beras Miskin dan Program Keluarga Harapan. Program Beras Miskin (Raskin) merupakan penyaluran beras bersubsidi bagi kelompok masyarakat miskin yang bertujuan untuk mengurangi beban pengeluaran para Rumah Tangga Sasaran Penerima Manfaat (RTS-PM)

dalam memenuhi kebutuhan pangan. Selain itu juga untuk meningkatkan akses masyarakat miskin dalam pemenuhan kebutuhan pangan pokok, sebagai salah satu hak dasarnya.

Program Keluarga Harapan (PKH) adalah bantuan tunai bersyarat kepada RTSM dengan mewajibkan RTSM tersebut mengikuti persyaratan yang ditetapkan program, yaitu (i) menyekolahkan anaknya di satuan pendidikan dan menghadiri kelas minimal 85% hari sekolah/tatap muka dalam sebulan selama tahun ajaran berlangsung, dan (ii) melakukan kunjungan rutin ke fasilitas kesehatan bagi anak usia 0 – 6 tahun, ibu hamil, dan ibu nifas.

Kebijakan dan Sasaran: Program Beras Miskin dan Program Keluarga Harapan harus tetap dilanjutkan karena banyak masyarakat yang tidak mampu. Diupayakan agar program ini dapat menjangkau seluruh anggota masyarakat tidak mampu sehingga secara tidak langsung dapat menanggulangi kemiskinan.