



Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/
Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS)

RENCANA AKSI NASIONAL PANGAN DAN GIZI 2011-2015

ISBN 978-979-3764-68-9



2011



**Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional /
Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional**

KATA PENGANTAR

Kadaan gizi masyarakat telah menunjukkan kecenderungan yang semakin membaik, hal ini ditunjukkan dengan menurunnya prevalensi kekurangan gizi pada anak balita atau balita dengan berat badan rendah. Kasus kekurangan gizi pada anak balita yang diukur dengan prevalensi anak balita gizi kurang dan gizi buruk digunakan sebagai indikator kelaparan, karena mempunyai keterkaitan yang erat dengan kondisi kerawanan pangan di masyarakat. Indikator kelaparan lainnya adalah tingkat konsumsi rata-rata energi penduduk di bawah 70 persen dari angka kecukupan gizi. Kondisi ini berdampak nyata terhadap pencapaian tujuan MDGs lainnya, seperti angka kematian anak dan akses terhadap pendidikan.

Dalam penanganan masalah gizi, beberapa faktor yang mempengaruhi, antara lain, adalah masih tingginya angka kemiskinan; rendahnya kesehatan lingkungan; belum optimalnya kerjasama lintas sektor dan lintas program, melemahnya partisipasi masyarakat; terbatasnya aksesibilitas pangan pada tingkat keluarga terutama pada keluarga miskin; masih tingginya penyakit infeksi; belum memadainya pola asuh ibu; dan rendahnya akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan dasar.

Undang-Undang No. 17 tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional tahun 2005-2025 menegaskan bahwa “Pembangunan dan perbaikan gizi dilaksanakan secara lintas sektor meliputi produksi, pengolahan, distribusi, hingga konsumsi pangan dengan kandungan gizi yang cukup, seimbang, serta terjamin keamanannya”. Ketahanan pangan merupakan salah satu prioritas dalam Rencana Pembangunan Nasional Jangka Menengah Tahun 2010-2014 yang ditetapkan melalui Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 5 Tahun 2010. Instruksi Presiden No. 3 Tahun 2010 menginstruksikan perlunya disusun Rencana Aksi Pangan dan

Gizi Nasional dan Rencana Aksi Pangan dan Gizi di tingkat provinsi yang dalam proses penyusunannya melibatkan kabupaten dan kota. Rencana Aksi Pangan dan Gizi disusun dalam program berorientasi aksi yang terstruktur dan terintegratif dalam lima pilar rencana aksi yaitu perbaikan gizi masyarakat, peningkatan aksesibilitas pangan, peningkatan pengawasan mutu dan keamanan pangan, peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat, serta penguatan kelembagaan pangan dan gizi.

Rencana aksi ini disusun sebagai panduan dan arahan dalam pelaksanaan pembangunan bidang pangan dan gizi di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten dan kota, baik bagi institusi pemerintah maupun masyarakat dan pihak-pihak lain yang terkait dalam perbaikan pangan dan gizi. Sebagai pendamping dari rencana aksi ini, akan disusun pedoman rencana aksi daerah agar dapat dihasilkan produk dokumen rencana aksi daerah yang jelas, operasional dan selaras dengan kebijakan nasional.

Kami harapkan Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2011-2015 ini dapat bermanfaat untuk mengatasi masalah pangan dan gizi di Indonesia.

Akhir kata ucapan terimakasih kepada wakil-wakil dari Kementerian Kesehatan, Kementerian Pertanian, Kementerian Dalam Negeri, Badan Pengawas Obat dan Makanan, pakar dari Institut Pertanian Bogor, Universitas Indonesia, organisasi profesi, antara lain Persatuan Ahli Gizi Indonesia (Persagi) dan Perhimpunan Gizi dan Pangan (Pergizi Pangan) Indonesia, Perhimpunan Dokter Gizi Medik Indonesia (PDGMI), UNICEF, WHO, dan WFP serta berbagai lembaga swadaya masyarakat yang telah memberikan pemikiran dan kerja kerasnya dalam penyusunan dokumen ini.

Jakarta, Desember 2010

**Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional /
Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional**



Prof. DR. Armida S. Alisjahbana, SE, MA

Pada tahun 2007 prevalensi anak balita yang mengalami gizi kurang dan pendek masing-masing 18,4 persen dan 36,8 persen sehingga Indonesia termasuk di antara 36 negara di dunia yang memberi 90 persen kontribusi masalah gizi dunia (UN-SC *on Nutrition* 2008). Walaupun pada tahun 2010 prevalensi gizi kurang dan pendek menurun menjadi masing-masing 17,9 persen dan 35,6 persen, tetapi masih terjadi disparitas antar provinsi yang perlu mendapat penanganan masalah yang sifatnya spesifik di wilayah rawan (Riskesdas 2010).

Masalah gizi sangat terkait dengan ketersediaan dan aksesibilitas pangan penduduk. Berdasarkan data BPS, pada tahun 2009 jumlah penduduk sangat rawan pangan (asupan kalori <1.400 Kkal/orang/hari) mencapai 14,47 persen, meningkat dibandingkan dengan kondisi tahun 2008, yaitu 11,07 persen. Rendahnya aksesibilitas pangan (kemampuan rumah tangga untuk selalu memenuhi kebutuhan pangan anggotanya) mengancam penurunan konsumsi makanan yang beragam, bergizi-seimbang, dan aman di tingkat rumah tangga. Pada akhirnya akan berdampak pada semakin beratnya masalah kurang gizi masyarakat, terutama pada kelompok rentan yaitu ibu, bayi dan anak.

Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014 secara tegas telah memberikan arah Pembangunan Pangan dan Gizi yaitu meningkatkan ketahanan pangan dan status kesehatan dan gizi masyarakat. Selanjutnya dalam Instruksi Presiden No. 3 tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan yang terkait dengan Rencana Tindak Upaya Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs), ditegaskan perlunya disusun dokumen Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG) 2011-2015 dan Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi (RAD-PG) 2011-2015 di 33 provinsi.

Keluaran rencana aksi diharapkan dapat menjembatani pencapaian MDGs yang telah disepakati dalam RPJMN 2010-2014 yaitu menurunnya prevalensi gizi kurang anak balita menjadi 15,5 persen, menurunnya prevalensi pendek pada anak balita menjadi 32 persen, dan tercapainya konsumsi pangan dengan asupan kalori 2.000 Kkal/orang/hari.

Dalam rencana aksi ini kebijakan pangan dan gizi disusun melalui pendekatan lima pilar pembangunan pangan dan gizi yang meliputi (1) perbaikan gizi masyarakat; (2) aksesibilitas pangan; (3) mutu dan

keamanan pangan; (4) perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), dan (5) kelembagaan pangan dan gizi. Kebijakan tersebut adalah peningkatan status gizi masyarakat terutama ibu dan anak melalui ketersediaan, akses, konsumsi dan keamanan pangan, perilaku hidup bersih dan sehat termasuk sadar gizi, sejalan dengan penguatan mekanisme koordinasi lintas bidang dan lintas program serta kemitraan.

Sedangkan, strategi nasional yang menjabarkan kebijakan diatas meliputi: (1) **Perbaikan gizi masyarakat**, terutama pada ibu pra-hamil, ibu hamil, dan anak melalui peningkatan ketersediaan dan jangkauan pelayanan kesehatan berkelanjutan difokuskan pada intervensi gizi efektif pada ibu pra-hamil, ibu hamil, bayi, dan anak baduta; (2) **Peningkatan aksesibilitas pangan** yang beragam melalui peningkatan ketersediaan dan aksesibilitas pangan yang difokuskan pada keluarga rawan pangan dan miskin; (3) **Peningkatan pengawasan mutu dan keamanan pangan** melalui peningkatan pengawasan keamanan pangan yang difokuskan pada makanan jajanan yang memenuhi syarat dan produk industri rumah tangga (PIRT) tersertifikasi; (4) **Peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)** melalui peningkatan pemberdayaan masyarakat dan peran pimpinan formal serta non formal, terutama dalam perubahan perilaku atau budaya konsumsi pangan yang difokuskan pada penganeekaragaman konsumsi pangan berbasis sumber daya lokal, perilaku hidup bersih dan sehat, serta merevitalisasi posyandu; dan (5) **Penguatan kelembagaan pangan dan gizi** melalui penguatan kelembagaan pangan dan gizi di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten dan kota yang mempunyai kewenangan merumuskan kebijakan dan program bidang pangan dan gizi, termasuk sumber daya serta penelitian dan pengembangan.

Untuk pelaksanaan kebijakan dan strategi di tingkat provinsi, maka provinsi dikelompokkan menjadi empat strata berdasarkan proporsi penduduk sangat rawan pangan (*cut off point* 14,47 persen) dan persentase pendek pada anak balita (*cut off point* 32 persen). Pembagian strata adalah sebagai berikut: (1) **Strata 1:** Provinsi dengan Prevalensi Pendek pada Anak Balita ≤ 32 persen dan Proporsi Jumlah Penduduk dengan Rata-rata Asupan Kalori > 1.400 Kkal/orang/hari sebesar $\geq 14,47$ persen; (2) **Strata 2:** Provinsi dengan Prevalensi Pendek pada Anak Balita ≤ 32 persen dan Proporsi Jumlah Penduduk dengan Rata-rata Asupan Kalori > 1.400 Kkal/orang/hari sebesar $< 14,47$ persen; (3) **Strata 3:** Provinsi dengan Prevalensi Pendek pada Anak Balita ≤ 32 persen dan Proporsi Jumlah Penduduk dengan Rata-rata Asupan Kalori > 1.400 Kkal/orang/hari sebesar $\geq 14,47$ persen; dan (4) **Strata 4:** Provinsi dengan

Prevalensi Pendek pada Anak Balita ≤ 32 persen dan Proporsi Jumlah Penduduk dengan Rata-rata Asupan Kalori > 1.400 Kkal/orang/hari sebesar $< 14,47$ persen.

Rencana aksi ini bertujuan untuk menjadi panduan dalam melaksanakan pembangunan pangan dan gizi bagi institusi pemerintah, organisasi non pemerintah, institusi swasta, masyarakat dan pelaku lain, baik pada tataran nasional, provinsi, maupun kabupaten dan kota.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	ii
RINGKASAN EKSEKUTIF.....	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR SINGKATAN.....	viii
DAFTAR ISTILAH.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR TABEL.....	xv
SAMBUTAN:	
– DIREKTUR JENDERAL BINA GIZI DAN KESEHATAN IBU DAN ANAK, KEMENTERIAN KESEHATAN.....	xvi
– KEPALA BADAN KETAHANAN PANGAN, KEMENTERIAN PERTANIAN.....	xviii
– KEPALA BADAN PENGAWAS OBAT DAN MAKANAN	xx
– DIREKTUR JENDERAL PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DAN DESA, KEMENTERIAN DALAM NEGERI	xxii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan RAN-PG.....	4
C. Prakarsa Baru dalam Percepatan Pencapaian Indikator yang Terkait MDGs.....	4
BAB II PANGAN DAN GIZI SEBAGAI INVESTASI PEMBANGUNAN....	9
A. Pangan dan Gizi untuk Pertumbuhan dan Kecerdasan.....	9
B. Pangan dan Gizi untuk Kesehatan dan Produktivitas.....	12
C. Pangan dan Gizi sebagai Penentu Daya Saing Bangsa.....	13
BAB III ANALISIS SITUASI PANGAN DAN GIZI DI INDONESIA.....	15
A. Analisis Nasional.....	15
B. Analisis Regional.....	32
BAB IV RENCANA AKSI	39
A. Tujuan	39
B. Kebijakan dan Strategi Pangan dan Gizi Nasional.....	40
C. Kebijakan dan Strategi Pangan dan Gizi Provinsi.....	41
BAB V MATRIKS RENCANA AKSI NASIONAL PANGAN DAN GIZI...	47
DAFTAR PUSTAKA	56
LAMPIRAN	

DAFTAR SINGKATAN

AGB	=	Anemia Gizi Besi
AKG	=	Angka Kecukupan Gizi
ASI	=	Air Susu Ibu
ASEAN	=	<i>Association of South East Asian Nations</i>
Baduta	=	Bawah Dua Tahun
BBLR	=	Bayi Berat Lahir Rendah
BB/TB	=	Berat Badan menurut Tinggi Badan
BB/U	=	Berat Badan menurut Umur
BKP	=	Badan Ketahanan Pangan
BTP	=	Bahan Tambahan Pangan
BPS	=	Badan Pusat Statistik
BPOM	=	Badan Pengawas Obat dan Makanan
D3	=	Diploma Tiga
D/S	=	Jumlah anak yang ditimbang terhadap jumlah seluruh anak di wilayah penimbangan tersebut.
GAKY	=	Gangguan Akibat Kurang Yodium
GMP	=	<i>Good Manufacturing Practice</i>
GRP	=	<i>Good Retailing Practice</i>
GDP	=	<i>Good Distribution Practice</i>
HAM	=	Hak Asasi Manusia
HDI	=	<i>Human Development Index</i>
HDR	=	<i>Human Development Report</i>
IMT	=	Indeks Massa Tubuh
IPM	=	Indeks Pembangunan Manusia
IQ	=	<i>Intelligence Quotient</i>
KEK	=	Kurang Energi Kronis
K4	=	Kunjungan Ke-4
KEP	=	Kurang Energi Protein
Kemendagri	=	Kementerian Dalam Negeri
Kemendiknas	=	Kementerian Pendidikan Nasional
Kemenkes	=	Kementerian Kesehatan
Kemenperin	=	Kemnterian Perindustrian
Kementan	=	Kementerian Pertanian
Kkal	=	Kilo Kalori
KLB	=	Kejadian Luar Biasa
KN	=	Kunjungan Neonatal
KN1	=	Kunjungan Pertama Neonatal
KVA	=	Kurang Vitamin A

LiLA	=	Lingkar Lengan Atas
LSM	=	Lembaga Swadaya Masyarakat
Lb	=	Lumbung
MD	=	Makanan Dalam
MDGs	=	<i>Millenium Development Goals</i>
MP-ASI	=	Makanan Pendamping Air Susu Ibu
NTB	=	Nusa Tenggara Barat
NTT	=	Nusa Tenggara Timur
PAUD	=	Pendidikan Anak Usia Dini
PDB	=	Produk Domestik Bruto
PHBS	=	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PHC	=	<i>Primary Health Care</i>
PIRT	=	Produksi Industri Rumah Tangga
PMT	=	Pemberian Makanan Tambahan
Posyandu	=	Pos Pelayanan Terpadu
PPH	=	Pola Pangan Harapan
PPL	=	Penyuluh Pertanian Lapangan
Ppm	=	<i>Part Per Million</i>
Puskesmas	=	Pusat Kesehatan Masyarakat
P2KP	=	Percepatan Penganekaragaman Konsumsi Pangan
RAD-PG	=	Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi
RAN-PG	=	Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi
Riskesdas	=	Riset Kesehatan Dasar
RPJMN	=	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RPJPN	=	Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional
RPJMD	=	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah
SCN	=	<i>Standing Committee on Nutrition</i>
SDM	=	Sumber Daya Manusia
SDKI	=	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SKPD	=	Satuan Kerja Perangkat Daerah
SNI	=	Standar Nasional Indonesia
Susenas	=	Survei Sosial Ekonomi Nasional
SPM	=	Standar Pelayanan Minimal
TBC	=	<i>Tuberculosis</i>
TMS	=	Tidak Memenuhi Syarat
TGR	=	<i>Total Goiter Rate</i>
TB/U	=	Tinggi Badan/Umur
UNDP	=	<i>United Nation Development Program</i>

UNICEF	=	<i>United Nation Children's Fund</i>
WB	=	<i>Bank Dunia</i>
WUS	=	<i>Wanita Usia Subur</i>
WFP	=	<i>World Food Programme</i>
WHO	=	<i>World Health Organization</i>

DAFTAR ISTILAH

Anemia	Rendahnya kadar hemoglobin dalam darah, 50 persen kejadian anemia disebabkan kekurangan zat besi.
BBLR	Bayi lahir dengan berat badan rendah (kurang dari 2.500 gram).
Diversifikasi Pangan	Penganekaragaman pangan atau diversifikasi pangan adalah upaya peningkatan konsumsi anekaragam pangan dengan prinsip gizi seimbang.
Gizi Kurang	Gangguan akibat kekurangan atau ketidakseimbangan zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan. Indikator yang digunakan untuk mengukur gizi kurang pada anak adalah tinggi berat menurut umur (TB/U), berat badan menurut umur (BB/U) dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB), dan untuk dewasa berdasarkan IMT.
Gizi Lebih	Kelebihan berat badan dibandingkan tinggi badan, pada anak diukur berdasarkan berat badan per tinggi badan dengan menggunakan referensi internasional <i>z-score</i> ; untuk dewasa diukur berdasarkan IMT.
IMT	Indeks Massa Tubuh, yaitu berat badan dalam kilogram dibagi dengan kuadrat dari tinggi badan dalam meter (kg/m^2)
Keamanan Pangan	Kondisi dan upaya yang diperlukan untuk mencegah pangan dari kemungkinan cemaran biologis, kimia dan benda lain yang dapat mengganggu, merugikan dan membahayakan kesehatan manusia.
Ketahanan Pangan	Kondisi terpenuhinya pangan bagi rumah tangga yang tercermin dari tersedianya

	pangan yang cukup, baik jumlah maupun mutunya, aman, merata dan terjangkau.
Konsumsi Energi	Besarnya energi dari pangan yang dikonsumsi penduduk yang dinyatakan dalam satuan kilo kalori (Kkal).
Konsumsi Pangan	Jumlah makanan dan minuman yang dimakan atau diminum penduduk/seseorang dalam satuan gram per kapita per hari.
Konsumsi Protein	Jumlah protein dari pangan, baik hewani maupun nabati, yang dikonsumsi, dinyatakan dalam satuan gram per kapita per hari.
Kurang Gizi	Meliputi kurang gizi makro dan kurang gizi mikro. Kurang gizi makro dulu disebut kurang kalori protein (KKP atau KEP). Sekarang KKP tidak dipakai lagi diganti dengan gizi kurang ($z\text{-score BB/U} < -2 \text{ SD}$) dan gizi buruk ($z\text{-score BB/U} < -3 \text{ SD}$) jadi gizi kurang pasangan dari gizi buruk, tidak lagi disebut KKP atau KEP karena tidak semata-mata karena kurang kalori dan protein tetapi juga kekurangan zat gizi mikro.
Gizi Seimbang	Anjuran susunan makanan yang sesuai kebutuhan gizi seseorang/kelompok orang untuk hidup sehat, cerdas dan produktif, berdasarkan Pedoman Umum Gizi Seimbang.
Angka Kecukupan Gizi (AKG)	Sejumlah zat gizi/energi yang diperlukan oleh seseorang dalam suatu populasi untuk hidup sehat.
Pangan	Segala sesuatu yang berasal dari sumber hayati dan air, baik yang diolah maupun tidak diolah, yang diperuntukkan sebagai makanan dan minuman bagi konsumsi manusia termasuk bahan tambahan pangan, bahan baku pangan, dan bahan

lain yang digunakan dalam proses penyiapan, pengolahan dari atau pembuatan makanan dan minuman.

Pangan Pokok

Pangan sumber karbohidrat yang sering dikonsumsi atau dikonsumsi secara teratur sebagai makanan utama, selingan, sebagai sarapan atau sebagai makanan pembuka atau penutup.

Pola Konsumsi Pangan

Susunan makanan yang biasa dimakan mencakup jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi/dimakan seseorang atau kelompok orang penduduk dalam frekuensi dan jangka waktu tertentu.

Pola Pangan Harapan

Susunan jumlah pangan menurut 9 kelompok pangan yang didasarkan pada kontribusi energi yang memenuhi kebutuhan gizi secara kuantitas, kualitas maupun keragaman dengan mempertimbangkan aspek sosial, ekonomi, budaya, agama dan cita rasa.

Stunting

Kegagalan untuk mencapai pertumbuhan yang optimal, diukur berdasarkan TB/U (tinggi badan menurut umur)

Wasting

Kegagalan untuk mencapai pertumbuhan yang optimal, diukur berdasarkan BB/U (berat badan menurut umur)

Xerophthalmia

Gangguan kekurangan vitamin A pada mata yang mengakibatkan kelainan anatomi bola mata dan gangguan fungsi retina yang berakibat kebutaan

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.	Kerangka Konsep Implementasi Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2011-2015.....	7
Gambar 2.	Kerangka Pikir Penyebab Masalah Gizi.....	15
Gambar 3.	Kecenderungan Prevalensi Kurang Gizi pada Anak 0-59 Bulan.....	18
Gambar 4.	Persentase Penduduk Miskin menurut Provinsi, 2010.....	21
Gambar 5.	Perkembangan Rata-rata Ketersediaan Energi dan Protein per Kapita	23
Gambar 6.	Kecenderungan Skor PPH di Perdesaan dan Perkotaan, Tahun 2002-2009.....	25
Gambar 7.	Angka Prevalensi Kekurangan Gizi pada Balita Per Provinsi Tahun 2010.....	33
Gambar 8.	Prevalensi Pendek (TB/U) pada Anak 0-59 Bulan menurut Kabupaten dan Kota, 2007.....	33
Gambar 9.	Prevalensi Pendek (TB/U) pada Anak 0-59 Bulan menurut Provinsi, 2010.....	34
Gambar 10.	Persentase Bayi yang Melakukan Kunjungan Neonatus 6-48 Jam (KN1) Menurut Provinsi, 2010.....	34
Gambar 11.	Disparitas Penduduk Sangat Rawan Pangan menurut Provinsi, 2009.....	37

DAFTAR TABEL

Tabel 1.	Kontribusi Energi per Kelompok Pangan dalam Pola Makan Rata-rata (Kalori/Kapita/Hari), tahun 2004-2008.....	22
Tabel 2.	Stratifikasi Provinsi Berdasarkan Tingkat Prevalensi Anak Balita Pendek dan Proporsi Penduduk Sangat Rawan Pangan.....	38
Tabel 3.	Keterkaitan Intervensi Strategi 5 Pilar dengan Stratifikasi Provinsi.....	42



**KEMENTERIAN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

**SAMBUTAN
DIREKTUR JENDERAL BINA GIZI DAN KESEHATAN IBU DAN ANAK**

Perbaikan gizi memiliki kaitan yang sangat erat dengan kemampuan menyediakan makanan di tingkat keluarga dan adanya penyakit terutama penyakit menular. Kedua faktor ini berhubungan dengan pendapatan, pelayanan kesehatan, pengetahuan dan pola asuh yang diterapkan keluarga. Mengingat luasnya dimensi yang mempengaruhi faktor gizi, maka penanggulangan masalah gizi harus dilakukan dengan multi disiplin ilmu serta secara lintas kementerian/lembaga dengan melibatkan organisasi profesi, perguruan tinggi, organisasi kemasyarakatan, dan masyarakat itu sendiri.

Dalam rangka harmonisasi seluruh kegiatan lintas institusi tersebut, diperlukan koordinasi sejak perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi kegiatan. Dengan begitu, seluruh pelayanan di bidang pangan dan gizi terbagi habis dikerjakan oleh semua kementerian/lembaga sesuai dengan tugas dan fungsinya. Untuk itu diperlukan dokumen terintegrasi dalam bentuk Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG). Oleh karena itu kami sangat menghargai dan menyambut baik, prakarsa Badan Perencanaan Pembangunan Nasional untuk secara bersama-sama menyusun Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG) 2011 – 2015.

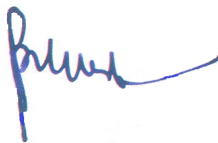
Melalui rencana aksi pangan dan gizi, diharapkan pencapaian delapan tujuan pembangunan milenium terutama tujuan pertama yaitu menurunkan angka kemiskinan pada tahun 2015 menjadi setengah dari keadaan tahun 1990 lebih cepat dicapai dan melebihi target yang ditetapkan. Selanjutnya keberadaan Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG) 2011 – 2015 hendaknya juga turut mendorong percepatan pencapaian Visi Kementerian Kesehatan yaitu “Masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan”.

Kepada para penyusun buku, baik dari kalangan Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Kementerian Kesehatan, Kementerian Dalam

Negeri, Kementerian Pertanian, Badan Pengawas Obat dan Makanan, serta Badan Internasional, NGO/LSM yang telah mencurahkan ilmu dan pengalamannya sampai selesainya buku ini, saya turut menyampaikan ucapan terima kasih.

Semoga penerbitan Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG) 2011 – 2015 ini, bermanfaat untuk kesejahteraan bangsa dan memperoleh berkah dari Tuhan Yang Maha Kuasa.

**DIREKTUR JENDERAL BINA GIZI DAN
KESEHATAN IBU DAN ANAK**



Dr. BUDI HARDJA, DTM&H, MPH



**KEMENTERIAN PERTANIAN
REPUBLIK INDONESIA**

**SAMBUTAN
KEPALA BADAN KETAHANAN PANGAN**

Pangan merupakan sumberdaya kemanusiaan yang unik. Setiap individu memiliki hak bebas dari rasa lapar dan kelaparan. Pangan memiliki dimensi yang sangat kompleks, tidak saja dari sisi kehidupan dan kesehatan, tetapi juga dari sisi sosial, budaya dan politik. Oleh karena itu, perwujudan ketahanan pangan dan gizi tidak dapat dilepaskan dari upaya-upaya untuk meningkatkan kualitas kesehatan individu dan masyarakat, peningkatan daya saing SDM, yang selanjutnya menjadi daya saing bangsa. Pangan dapat dikatakan sebagai produk budaya, karena pangan merupakan hasil adaptasi aktif antara manusia/masyarakat dengan lingkungannya, sehingga perwujudan ketahanan pangan harus bertumpu pada sumberdaya dan kearifan lokal, sehingga ia dapat menjadi media dalam mengembangkan budaya dan peradaban bangsa.

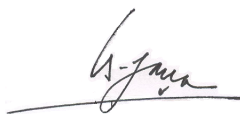
Indonesia telah berada dalam jalur yang benar untuk mencapai *Millenium Development Goals* (MDGs) No. 1, yaitu dalam mengurangi kemiskinan ekstrim dan kelaparan, yaitu sebesar 10,3 persen pada tahun 2015. Bahkan, upaya pengurangan tingkat kemiskinan ekstrem telah melampaui target MDGs No. 1, dimana pada tahun 2008 persentase penduduk dengan pendapatan kurang dari 1 USD per hari sebesar 5,9 persen. Demikian juga, angka prevalensi balita gizi buruk, meskipun tidak seperti angka kemiskinan ekstrem, tetapi telah menunjukkan penurunan yang signifikan, yaitu dari 31 persen pada tahun 1990 menjadi 18,4 persen pada tahun 2007, sedangkan target MDG pada tahun 2015 sebesar 15,50 persen. Salah satu yang masih harus diperhatikan adalah jumlah penduduk rawan pangan (dimana konsumsi energi kurang dari 1.400 Kkal/hari/kapita atau kurang dari 70 persen dari Angka Kecukupan Gizi) di Indonesia pada tahun 2009 sebesar 14,47 persen, sedangkan untuk target MDG tahun 2015 yaitu 8,5 persen, sehingga masih diperlukan kerja yang lebih keras untuk menurunkan jumlah penduduk rawan pangan tersebut.

Amanat Undang-Undang Nomor 7 Tahun 1996 tentang Pangan dengan tegas mengarahkan bahwa pembangunan ketahanan pangan diarahkan untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia. Pada sisi lain, juga ditegaskan cara-cara pencapaiannya, yaitu dengan cara yang memberikan manfaat yang adil dan merata berdasarkan kemandirian dan tidak bertentangan dengan keyakinan masyarakat. Kemandirian bukanlah konsepsi fisik-biologis, tetapi merupakan konsepsi psikologis-budaya, mind-set atau sikap mental, yaitu sikap berdikari menolak ketergantungan nasib-sendiri pada pihak lain, sikap menolak subordinasi, sikap menolak pengemisian. Upaya-upaya membangun kemandirian tersebut, juga ditegaskan dalam salah satu pasal UU No. 7/1996 yang menyatakan bahwa perwujudan ketahanan pangan merupakan tanggung jawab pemerintah bersama-sama masyarakat.

Penyusunan Buku Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG) telah melewati proses konsultasi dengan berbagai *stakeholder* termasuk kalangan industri. Peranan industri pangan dalam mewujudkan kemandirian pangan sangat penting. Pertama, industri pangan merupakan mesin penggerak untuk memanfaatkan kelimpahan alam Nusantara menjadi produk-produk pangan yang bernilai gizi dan sosial yang lebih tinggi. Kedua, industri pangan juga merupakan trend-setter dalam mengarahkan terwujudnya kemandirian pangan. Oleh karena itu, buku RAN-PG ini dapat digunakan sebagai pedoman seluruh *stakeholder* untuk bersama-sama mewujudkan kemandirian pangan.

Akhirnya saya menyampaikan penghargaan yang tinggi kepada Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional yang telah mampu memobilisasi seluruh sumberdaya nasional yang kita miliki sehingga dapat tersusun buku RAN-PG yang komprehensif ini.

KEPALA BADAN KETAHANAN PANGAN



Prof. DR. Ir. ACHMAD SURYANA, MS



**BADAN PENGAWAS OBAT DAN MAKANAN
REPUBLIK INDONESIA**

**SAMBUTAN
KEPALA BADAN PENGAWAS OBAT DAN MAKANAN**

Penanganan pangan dan gizi merupakan salah satu agenda penting dalam pembangunan nasional. Pangan dan gizi terkait langsung dengan kesehatan masyarakat. Data menunjukkan 14.47 persen penduduk Indonesia termasuk dalam kelompok sangat rawan pangan (asupan kalori <1.400 Kkal/orang/hari), 4,9 persen prevalensi gizi buruk (BPS, 2009). Selain itu informasi menunjukkan bahwa *foodborne disease* merupakan masalah kesehatan masyarakat yang utama.

Pangan juga terkait dengan roda perekonomian khususnya bidang pertanian, industri produksi dan pengolahan pangan serta kegiatan bisnis dan perdagangan pangan. Industri pangan tidak hanya ditangani oleh industri besar tetapi jutaan industri kecil, industri rumah tangga (sekurangnya tercatat 950.000 industri rumah tangga pangan (IRTP)), pedagang pangan (toko modern dan pasar tradisional). Gambaran tersebut menunjukkan penanganan pangan dan gizi memiliki tantangan dan masalah yang luas dan kompleks sehingga memerlukan keterlibatan berbagai pemangku kepentingan baik pemerintah pusat, pemerintah daerah, termasuk masyarakat/konsumen dari berbagai kelompok dan lapisan, serta dunia usaha dan industri lain yang terkait.

Penyusunan Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2011-2015 yang merupakan kelanjutan RAN-PG 2006 -2010 menjadi penting artinya dalam rangka integrasi penanganan pangan dan gizi baik oleh pemerintah di tingkat pusat maupun di daerah. Sinergi dan keterpaduan pembangunan bidang pangan dan gizi akan menjadi kekuatan potensial dalam pelaksanaan Program Pembangunan yang Berkeadilan dalam mencapai Tujuan Pembangunan Milennium (MDGs) sebagaimana dituangkan oleh *World Food Summit* tahun 2009 bahwa ketahanan pangan terjadi ketika semua orang, setiap saat memiliki akses fisik, sosial dan ekonomi terhadap pangan yang cukup, aman dan bergizi untuk memenuhi kebutuhan makanan mereka dan diutamakan makanan untuk hidup aktif dan sehat. Sejalan dengan hal tersebut pilar peningkatan pengawasan mutu dan keamanan pangan penting sebagai bagian dari ketahanan pangan. Terkait

dengan Bidang Keamanan Pangan dalam dokumen ini dimuat berbagai isu keamanan pangan, analisis situasi keamanan pangan, aspek penting dalam keamanan pangan, potensi pembangunan keamanan pangan, indikator dan komponen pelaksanaan pembangunan keamanan pangan.

Disamping pengawasan pangan pada umumnya, rencana aksi ini ditekankan pada pengawasan keamanan jajanan khususnya jajanan anak sekolah dan produk Pangan Industri Rumah Tangga (PIRT). Hal ini mengingat bahwa anak merupakan aset bangsa sehingga diharapkan dengan pengamanan makanan jajanan anak sekolah, status gizi dapat meningkat. Kondisi higienis sanitasi PIRT juga menjadi perhatian sehingga perlu diambil langkah-langkah konkrit guna terjaminnya keamanan peredaran produk PIRT.

Selain itu pilar Pengawasan Mutu dan Keamanan Pangan mengusung pendekatan baru guna mencapai tujuan MDGs yaitu penerapan standar keamanan pangan berdasarkan kajian resiko, meneruskan teknologi inovatif yang tepat guna, memberdayakan Pemerintah Daerah dalam peningkatan pengawasan, kuantitas dan kualitas pengawas makanan dan mengembangkan *Indonesian Rapid Alert System for Food*.

Diharapkan dengan adanya dokumen RAN-PG ini, khususnya bidang Pengawasan Mutu dan Keamanan Pangan dapat menjadi acuan bagi Pemerintah Daerah dalam mengambil langkah konkrit yang akan dituangkan dalam Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi (RAD-PG) guna menjamin keamanan pangan untuk masyarakat.

Pada akhirnya kami ingin menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan kepada semua pihak atas kerjasama dan peran aktifnya sehingga dokumen ini dapat tersusun dengan baik. Kritik dan saran membangun masih diperlukan terhadap dokumen rencana aksi khususnya bidang mutu dan keamanan pangan agar lebih baik dimasa yang akan datang.

**KEPALA BADAN PENGAWAS OBAT DAN
MAKANAN**



Dra. KUSTANTINAH, Apt., M.App.Sc.



**KEMENTERIAN DALAM NEGERI
REPUBLIK INDONESIA**

**SAMBUTAN
DIREKTUR JENDERAL
PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DAN DESA**

Persoalan pangan bagi Indonesia masih memerlukan perhatian yang sungguh-sungguh. Banyak kasus kurang gizi bukan hanya disebabkan rendahnya pemahaman pola konsumsi yang sehat oleh masyarakat, melainkan adanya pola yang salah dalam mengelola kebijakan pangan dan pertanian. Struktur penguasaan tanah di Indonesia secara umum sangat timpang. Rata-rata petani hanya menguasai 0,3 hektar lahan pertanian, sementara perusahaan-perusahaan besar lewat Hak Guna Usaha (HGU) bisa menguasai ratusan ribu hektar sendirian. Akibatnya petani yang ingin memproduksi tanaman pangan tidak mempunyai akses terhadap tanah-tanah pertanian. Dan pada akhirnya, mereka hanya menjadi buruh upahan yang ketika harga-harga pangan melambung tinggi, petani yang berupah rendah tidak sanggup lagi memenuhi kebutuhan pangannya. Inilah yang menyebabkan bertambahnya angka gizi buruk di Indonesia yang berujung pada kemiskinan dan kelaparan secara massal. Hal tersebut diperparah dengan akses masyarakat terhadap bahan pangan yang belum merata.

Sebagai negara agraris yang memiliki iklim tropis dan tanah yang subur seharusnya dapat menjadi tempat paling produktif di dunia untuk menghasilkan bahan pangan yang sehat dan beragam. Namun yang terjadi kita menjadi ketergantungan pada bahan pangan impor, karena kurangnya kesadaran nasionalisme untuk melindungi usaha petani di dalam negeri. Sedangkan kondisi gizi masyarakat merupakan faktor penentu produktivitas dan pertumbuhan ekonomi. Kemajuan yang cenderung menurun yang kita hadapi karena betapa rendahnya produktivitas bangsa kita di semua lapisan, kurangnya keterpaduan rencana pusat dan daerah termasuk menjaga pasokan energy yang menambah ketidakberdayaan masyarakat kita.

Sebagaimana diatur dalam Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 Pasal 13 dan 14 serta Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten dan kota bahwa penangan

bidang pangan dan kesehatan menjadi salah satu urusan wajib yang menjadi kewenangan Pemerintah Provinsi dan Kabupaten dan kota.

Dengan diterbitkannya Buku Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG) 2011-2015 dapat dijadikan acuan bagi pemangku kepentingan di berbagai tingkatan pemerintahan dalam upaya perencanaan pembangunan serta penyelesaian permasalahan yang terkait dengan pangan dan gizi. Saya menghimbau kepada Gubernur, Bupati, dan Walikota untuk mengkordinasikan berbagai program dan kegiatan lintas sektor serta menggalang dukungan dari pihak-pihak terkait termasuk lembaga donor dan dunia usaha guna mendukung kebijakan pangan dan gizi di wilayahnya.

Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa senantiasa memberikan bimbingan dan hidayah-Nya kepada kita sekalian. Amin.

**DIREKTUR JENDERAL PEMBERDAYAAN
MASYARAKAT DAN DESA**



Drs. AYIP MUFLICH, SH, MSI

A. Latar Belakang

Pertumbuhan ekonomi di Indonesia meningkat dengan pesat dalam 4 dekade terakhir ditandai dengan perbaikan kesejahteraan masyarakat Indonesia. Pada tahun 2010, pendapatan nasional kotor per kapita adalah USD 3.956 dan umur harapan hidup rata-rata adalah 71,5 tahun (UNDP, 2010). Walaupun demikian, beberapa indikator keberhasilan pembangunan masih memprihatinkan. Salah satu indikator yang diupayakan percepatan pencapaiannya adalah penurunan jumlah penduduk miskin. Tingkat kemiskinan telah menurun dari 14,1 persen pada tahun 2009 menjadi 13,3 persen pada tahun 2010 (BPS), namun masih diperlukan kerja keras untuk mengakselerasi pencapaian *Millenium Development Goals* (MDGs). Kesepakatan MDGs tersebut adalah penurunan 50 persen dari kondisi tahun 1990, menjadi 7,5 persen pada tahun 2015.

Demikian pula kondisi kelompok rentan ibu dan anak masih mengalami berbagai masalah kesehatan dan gizi, yang ditandai dengan masih tingginya angka kematian ibu dan angka kematian neonatal, prevalensi gizi kurang (BB/U) dan pendek (TB/U) pada anak balita, prevalensi anemia gizi kurang zat besi pada ibu hamil, gangguan akibat kurang yodium pada ibu hamil dan bayi serta kurang vitamin A pada anak balita. Pada tahun 2007 prevalensi anak balita yang mengalami gizi kurang dan pendek masing-masing 18,4 persen dan 36,8 persen sehingga Indonesia termasuk di antara 36 negara di dunia yang memberi 90 persen kontribusi masalah gizi dunia (UN-SC on Nutrition 2008). Walaupun pada tahun 2010 prevalensi gizi kurang dan pendek menurun menjadi masing-masing 17,9 persen dan 35,6 persen, tetapi masih terjadi disparitas antar provinsi yang perlu mendapat penanganan masalah yang sifatnya spesifik di wilayah rawan (Risikesdas 2010).

Pangan merupakan kebutuhan dasar manusia yang pemenuhannya menjadi hak asasi setiap rakyat Indonesia, hal ini sesuai dengan Undang-Undang Nomor 7 Tahun 1996 tentang Pangan. Pada kenyataannya peta penduduk rawan pangan yang diumumkan oleh BPS pada tahun 2009 masih menunjukkan situasi yang sangat memprihatinkan. Jumlah penduduk sangat rawan pangan yaitu

dengan asupan kalori kurang dari 1.400 Kkal per orang per hari mencapai 14,47 persen, meningkat dibandingkan dengan kondisi tahun 2008 yaitu 11,07 persen. Rendahnya aksesibilitas pangan, yaitu kemampuan rumah tangga untuk selalu memenuhi kebutuhan pangan anggotanya, mengancam penurunan konsumsi makanan yang beragam, bergizi-seimbang, dan aman di tingkat rumah tangga. Pada akhirnya akan berdampak pada semakin beratnya masalah kekurangan gizi masyarakat, terutama pada kelompok rentan yaitu ibu, bayi dan anak.

Berbagai penelitian telah membuktikan bahwa masalah gizi adalah masalah intergenerasi, yaitu ibu hamil kurang gizi akan melahirkan bayi kurang gizi. Pada hakekatnya masalah gizi dapat diselesaikan dalam waktu relatif singkat. Intervensi paket kegiatan untuk mengatasi masalah tersebut yang dilaksanakan melalui pelayanan berkelanjutan (*continuum care*) pada periode kesempatan emas kehidupan (*window of opportunity*), yaitu sejak janin dalam kandungan, dan bayi baru lahir sampai anak berusia 2 tahun. Di Brazil, prevalensi pendek pada anak balita menurun lebih dari 30 persen, yaitu dari 37 persen pada tahun 1974 menjadi 7 persen pada tahun 2006, dengan melakukan empat prioritas penanganan yaitu meningkatkan: (1) akses pelayanan kesehatan dan gizi yang berkelanjutan pada ibu dan anak; (2) akses pendidikan dan informasi pada remaja putri dan perempuan; (3) cakupan penyediaan air dan sanitasi; serta (4) daya beli keluarga (Monteiro et al, 2010). Sedangkan Thailand menurunkan 50 persen kekurangan gizi pada anak hanya dalam waktu 4 tahun (1982-1986) melalui fokus pelayanan untuk kelompok yang sama (SCN News No. 36 *mid*-2008). Penelitian di Peru yang melibatkan anak pendek usia 6-18 bulan, membuktikan bahwa dengan intervensi yang tepat ketertinggalan pertumbuhan tinggi badan dapat “dikejar” dan pada usia 4,5-6 tahun dapat mempunyai kecerdasan yang sama dengan anak yang tidak pendek pada masa bayi (Crookston et al, 2010).

Saat ini, situasi gizi dunia menunjukkan dua kondisi yang ekstrem. Mulai dari kelaparan sampai pola makan yang mengikuti gaya hidup yaitu rendah serat dan tinggi kalori, serta kondisi kurus dan pendek sampai kegemukan. Di sisi lain, penyakit menular dan penyakit tidak menular juga meningkat. Sangat jelas peran gizi berkontribusi bermakna pada penanggulangan ke dua jenis penyakit ini. Untuk mencapai status kesehatan yang optimal, dua sisi beban penyakit ini perlu diberi perhatian lebih pada pendekatan gizi, baik pada

masyarakat kaya maupun pada kelompok masyarakat miskin (WHO, 2008).

Hal yang sama juga terjadi di Indonesia. Pada saat sebagian besar bangsa Indonesia masih menderita kekurangan gizi terutama pada ibu, bayi dan anak secara bersamaan masalah gizi lebih cenderung semakin meningkat dan berakibat beban ganda yang menghambat laju pembangunan. Status gizi optimal dari suatu masyarakat telah secara luas diterima sebagai salah satu dari prediktor untuk kualitas sumberdaya manusia, prestasi akademik, dan daya saing bangsa (The Lancet, 37: 340-357).

Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014 secara tegas telah memberikan arah Pembangunan Pangan dan Gizi dengan sasaran meningkatnya ketahanan pangan dan meningkatnya status kesehatan dan gizi masyarakat.

Program Pembangunan yang Berkeadilan yang terkait dengan Rencana Tindak Upaya Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) telah dituangkan dalam Instruksi Presiden Nomor 3 Tahun 2010. Salah satu dokumen yang harus disusun adalah Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG) 2011-2015 dan Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi (RAD-PG) 2011-2015 di 33 provinsi.

Penyusunan RAN-PG 2011-2015 diawali dengan evaluasi aksi nasional yang tercantum dalam RAN-PG 2006-2010. Banyak kemajuan telah dicapai dalam pembangunan pangan dan gizi yang meliputi perbaikan gizi masyarakat, aksesibilitas pangan, mutu dan keamanan pangan, perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), dan koordinasi dalam kelembagaan pangan dan gizi. Keberhasilan tersebut antara lain ditandai dengan status gizi masyarakat yang semakin membaik, ketersediaan pangan yang meningkat dan mencukupi kebutuhan penduduk, dikeluarkannya berbagai peraturan perundangan terkait dengan mutu dan keamanan pangan, meningkatnya perilaku individu dan keluarga untuk hidup bersih dan sehat termasuk sadar gizi, serta sudah semakin banyak terbentuk lembaga yang menangani pangan dan gizi di berbagai tingkat administrasi pemerintahan.

Walaupun demikian berbagai tantangan masih teridentifikasi sehingga beberapa butir rekomendasi pada evaluasi RAN-PG 2006-2010 menjadi perhatian utama untuk dijabarkan dalam rencana aksi yang menjadi prioritas pembangunan pangan dan gizi nasional selama lima tahun ke depan. Keterkaitan pembangunan pangan, kesehatan dan gizi dengan penanggulangan kemiskinan, pendidikan,

pemberdayaan keluarga dan penyelenggaraan urusan wajib pelayanan masyarakat di daerah perlu diperjelas sehingga setiap Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) dapat mengalokasikan kegiatan-kegiatan prioritas yang saling menunjang sekaligus memberi arah pembangunan kewilayahan.

B. Tujuan RAN-PG

Menjadi panduan dalam melaksanakan pembangunan pangan dan gizi bagi institusi pemerintah, organisasi non pemerintah, institusi swasta, masyarakat dan pelaku lain, baik pada tataran nasional, provinsi maupun kabupaten dan kota.

Dengan adanya panduan ini, semua pelaku yang bergerak dalam pembangunan pangan dan gizi akan: 1) memahami pentingnya pangan dan gizi sebagai investasi pembangunan; 2) mampu menganalisis perkembangan situasi pangan dan gizi di setiap wilayah untuk menetapkan prioritas penanganan, memilih intervensi tepat dan efektif biaya (*cost effective*), merevitalisasi lembaga pangan dan gizi, serta memantau dan mengevaluasi program pangan dan gizi; dan 3) meningkatkan koordinasi penanganan masalah pangan dan gizi secara terpadu.

C. Prakarsa Baru dalam Percepatan Pencapaian Indikator yang Terkait MDGs.

Merujuk pada Instruksi Presiden Nomor 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan, telah disepakati hal-hal sebagai berikut: 1) perlu menyusun peta jalan (*road map*) nasional percepatan pencapaian MDGs; 2) Pedoman rencana aksi percepatan pencapaian tujuan MDGs di daerah harus digunakan sebagai dasar perencanaan dan peningkatan koordinasi untuk menurunkan kemiskinan dan meningkatkan kesejahteraan rakyat; 3) Alokasi dana untuk mendukung pencapaian MDGs akan terus menerus ditingkatkan, termasuk menyediakan perangsang dan dorongan bagi pemerintah daerah yang mempunyai kinerja baik dalam pencapaian MDGs; dan 4) Penguatan mekanisme untuk meningkatkan prakarsa *Corporate Social Responsibility* yang mendukung pencapaian MDGs (Bappenas, 2010).

Dengan hanya lima tahun menjelang tahun 2015, berbagai tantangan saat ini perlu diterjemahkan dalam agenda tahunan implementasi RAN PG 2011-2015. Karena itu dokumen ini perlu lebih berorientasi

pada kegiatan yang terstruktur, terpadu dalam paket intervensi, mencakup seluruh masyarakat rentan di wilayah prioritas, dengan pendekatan pelayanan yang berkelanjutan pada periode kesempatan emas yang pendek yaitu saat janin dalam kandungan, bayi, dan anak usia di bawah dua tahun (baduta), sehingga mempunyai dampak pada pencapaian target MDG1. Indikator keberhasilan yang digunakan adalah penurunan prevalensi gizi kurang dan pendek pada balita dan peningkatan jumlah penduduk yang mendapat asupan kalori 2000 Kkal/orang/hari pada tahun 2015, bahkan sebelum waktu tersebut.

Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2011-2015 perlu diimplementasikan dengan sistematis sesuai dengan tantangan yang dihadapi dan kegiatannya terstruktur secara integratif dalam 5 pilar rencana aksi agar mencapai tujuan penurunan masalah gizi kurang dan pendek serta peningkatan asupan kalori penduduk Indonesia (**gambar 1**).

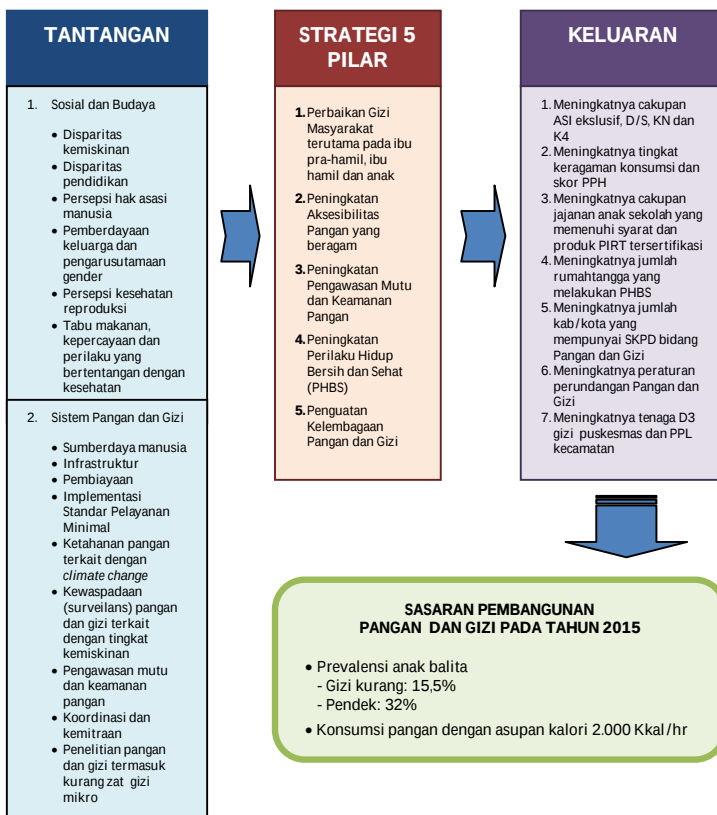
Tantangan yang ada karena disparitas kemiskinan, pendidikan dan pengetahuan antar wilayah dan antar penduduk perlu dihadapi dengan strategi yang berbeda. Demikian juga berbagai isu sosial budaya yang menghambat percepatan pencapaian MDGs, yaitu persepsi hak asasi manusia, persepsi kesehatan reproduksi dan pengarus-utamaan gender perlu penanganan khusus. Berbagai perilaku di masyarakat yang tidak menunjang kesehatan dan gizi, seperti tabu terhadap makanan tertentu, juga perlu mendapat perhatian.

Mengacu pada hasil kajian dan analisis program gizi dan program terkait lainnya yang dilakukan dalam rangka melihat kesiapan Indonesia untuk mengakselerasi aksi yang terkait dengan pangan dan gizi untuk pencapaian MDGs, telah disepakati penguatan semua komponen yang telah ada dalam sistem pangan, kesehatan dan gizi. Komponen yang akan ditingkatkan adalah sumber daya manusia, infrastruktur, pembiayaan, koordinasi, dan kemitraan, implementasi pelayanan masyarakat, serta penelitian dan pengembangan (Kemenkes, 2010). Seluruh komponen harus difokuskan pada upaya mengurangi dampak perubahan iklim (*climate change*) pada ketahanan pangan di tingkat nasional dan di setiap wilayah, penanganan kesehatan dan gizi darurat saat terjadi bencana alam dan pemberdayaan masyarakat dalam pengentasan keluarga dari kemiskinan melalui kewaspadaan pangan dan gizi. Pengawasan mutu dan keamanan pangan harus ditingkatkan sejalan dengan kajian resiko. Sementara penelitian di bidang pangan dan gizi termasuk

masalah gizi mikro perlu dilaksanakan kembali sesudah tidak mendapat perhatian dalam 10 tahun terakhir. Penelitian dan pengembangan perlu dilakukan agar tidak terjadi kesenjangan pilihan kebijakan berdasar bukti (*evidence-based policy options*) terutama untuk penanggulangan Kurang Vitamin A (KVA), Gangguan Akibat Kurang Yodium (GAKY), dan Anemia Gizi kurang zat Besi (AGB).

Rencana aksi pangan dan gizi disusun dalam program berorientasi aksi yang terstruktur dan terintegratif dalam 5 pilar rencana aksi yaitu perbaikan gizi masyarakat, peningkatan aksesibilitas pangan, peningkatan pengawasan mutu dan keamanan pangan, peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat, serta penguatan kelembagaan pangan dan gizi. Dengan kerangka pikir implementasi yang jelas semua kegiatan terkait pangan dan gizi di tingkat kabupaten dan kota akan terkoordinasi agar terjadi sinergi upaya yang terfokus pada wilayah rawan dan kelompok rentan sehingga dapat memutus rantai masalah gizi dalam daur kehidupan (*life cycle*). Keluaran rencana aksi diharapkan dapat menjembatani pencapaian MDGs yang telah disepakati dalam RPJMN 2010-2014 yaitu menurunkan prevalensi gizi kurang anak balita menjadi 15,5 persen, menurunkan prevalensi pendek pada anak balita menjadi 32 persen, dan tercapainya konsumsi pangan dengan asupan kalori 2.000 Kkal/orang/hari.

Gambar 1. Kerangka Konsep Implementasi Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2011-2015



Mengingat waktu untuk mencapai tujuan MDGs tahun 2015 sangat pendek, maka sepanjang tahun 2011-2015 pembangunan yang berkeadilan harus dilaksanakan melalui berbagai pendekatan baru yang membawa perubahan di tingkat eksekutif, legislatif, dan masyarakat untuk implementasi program yang fokus, intensif, dan berkelanjutan. Pendekatan baru tersebut adalah:

1. Prioritas pelayanan kesehatan dan gizi berkelanjutan harus difokuskan pada periode emas kehidupan yaitu masa ibu pra-hamil, masa ibu hamil (janin dalam kandungan), bayi dan anak

baduta dengan paket intervensi kesehatan-gizi yang sudah terbukti efektif.

2. Peningkatan aksesibilitas pangan di tingkat rumah tangga pada wilayah sangat rawan pangan dan wilayah rawan pangan melalui pengembangan desa mandiri pangan dan lumbung pangan masyarakat, percepatan diversifikasi pangan sumber daya lokal dan pengembangan agroindustri di perdesaan untuk memperluas lapangan kerja.
3. Peningkatan pengetahuan, keterampilan, sikap serta perubahan perilaku/budaya konsumsi pangan masyarakat kearah konsumsi pangan yang semakin beragam, bergizi seimbang, dan aman
4. Penerapan standar keamanan pangan berdasarkan kajian resiko, meneruskan teknologi inovatif yang tepat guna, memberdayakan pemerintah daerah dalam peningkatan pengawasan, kuantitas dan kualitas pengawas makanan dan mengembangkan sistem kewaspadaan pangan dan gizi.
5. Penerapan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) melalui upaya mendorong kebijakan sehat bidang pangan dan gizi, penguatan pengawasan sosial, pembinaan PHBS di rumah tangga, dan internalisasinya dalam kurikulum pendidikan di sekolah dasar dan menengah.
6. Peningkatan kemitraan dan kerjasama multi-sektor dalam lembaga nasional pangan dan gizi yang efektif, serta membentuk badan yang bersifat paralel sampai tingkat daerah.

II. PANGAN DAN GIZI SEBAGAI INVESTASI PEMBANGUNAN

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

Indeks Pembangunan Manusia (IPM)/*Human Development Index* (HDI) digunakan untuk mengklasifikasikan apakah sebuah negara adalah negara maju, negara berkembang atau negara terbelakang dan juga untuk mengukur pengaruh dari kebijaksanaan ekonomi terhadap kualitas hidup. IPM adalah pengukuran perbandingan dari harapan hidup, melek huruf, pendidikan, dan standar hidup untuk semua negara. IPM mengukur pencapaian rata-rata sebuah negara dalam 3 dimensi dasar pembangunan manusia yaitu : 1) Hidup yang sehat dan panjang umur yang diukur dengan harapan hidup saat kelahiran; 2) Pengetahuan yang diukur dengan angka tingkat baca tulis pada orang dewasa; dan 3) Standar kehidupan yang layak diukur dengan logaritma *natural* dari produk domestik bruto per kapita dalam paritas daya beli.

Menurut *Human Development Reports*, UNDP, 2010, IPM Indonesia dikategorikan dalam 'medium human development' dan menduduki ranking 108 dari 182 negara. Sementara, negara ASEAN lain berada pada posisi 27 (Singapura), 37 (Brunei Darussalam), 57 (Malaysia), 92 (Thailand), 97 (Filipina), dan 113 (Vietnam).

Pangan dan gizi merupakan salah satu faktor yang mempunyai peran yang sangat penting dalam pencapaian IPM dari suatu negara. Peran pangan dan gizi sebagai modal pembangunan bangsa, seperti ulasan berikut.

A. Pangan dan Gizi untuk Pertumbuhan dan Kecerdasan

Konsumsi makanan yang beragam, bergizi seimbang dan aman dapat memenuhi kecukupan gizi individu untuk tumbuh dan berkembang. Gizi pada ibu hamil sangat berpengaruh pada perkembangan otak

janin, sejak dari minggu ke empat pembuahan sampai lahir dan sampai anak berusia 2 tahun. Sejumlah penelitian telah menunjukkan peran penting zat gizi tidak saja pada pertumbuhan fisik tubuh tetapi juga dalam pertumbuhan otak, perkembangan perilaku, motorik, dan kecerdasan (Jalal, 2009). Martorell pada tahun 1996 telah menyimpulkan kekurangan gizi pada masa kehamilan dan anak usia dini menyebabkan keterlambatan dalam pertumbuhan fisik, perkembangan motorik, dan gangguan perkembangan kognitif. Selain itu, akibat kekurangan gizi dapat berdampak pada perubahan perilaku sosial, berkurangnya perhatian dan kemampuan belajar sehingga berakibat pada rendahnya hasil belajar. Penelitian lain juga menyimpulkan bahwa intervensi gizi hanya akan efektif jika dilakukan selama kehamilan dan 2-3 tahun pertama kehidupan anak.

Data riset kesehatan dasar (Riskesdas) yang dilakukan pada tahun 2007 dan 2010 secara konsisten menunjukkan bahwa rata-rata asupan kalori dan protein anak balita masih di bawah Angka Kecukupan Gizi (AKG). Akibat dari keadaan tersebut, anak balita perempuan dan anak balita laki-laki Indonesia mempunyai rata-rata tinggi badan masing-masing 6,7 cm dan 7,3 cm lebih pendek daripada standar rujukan WHO 2005, bahkan pada kelompok usia 5-19 tahun kondisi ini lebih buruk karena anak perempuan pada kelompok ini tingginya 13,6 cm di bawah standar dan anak laki-laki 10,4 cm di bawah standar WHO. Kelompok ibu pendek juga terbukti melahirkan 46,7 persen bayi pendek. Karena itu jelas masalah gizi intergenerasi ini harus mendapat perhatian serius karena telah terbukti akan mempengaruhi kualitas bangsa.

Anak yang memiliki status gizi kurang atau buruk (*underweight*) berdasarkan pengukuran berat badan terhadap umur (BB/U) dan pendek atau sangat pendek (*stunting*) berdasarkan pengukuran tinggi badan terhadap umur (TB/U) yang sangat rendah dibanding standar WHO mempunyai resiko kehilangan tingkat kecerdasan atau *intelligence quotient (IQ)* sebesar 10-15 poin.

Air susu ibu (ASI) adalah makanan yang paling sesuai untuk bayi karena mengandung zat-zat gizi yang diperlukan oleh bayi untuk tumbuh dan berkembang. Pentingnya memberikan ASI secara eksklusif pada bayi baru lahir sampai usia 6 bulan dan terus memberikan ASI sampai anak berusia 24 bulan telah memiliki bukti yang kuat. Beberapa penelitian telah membuktikan bahwa bayi yang diberi ASI eksklusif menunjukkan perkembangan sosial dan kognitif yang lebih baik dari bayi yang diberi susu formula (Michael S.

Kramer, et al, 2003). Efek jangka panjang dari pemberian ASI pada anak dan kesehatan mental remaja telah diteliti secara *cohort* pada 2900 ibu hamil yang diteliti selama 14 tahun di Australia. Penelitian yang dipublikasikan pada tahun 2009 ini menyimpulkan bahwa pemberian ASI yang singkat (kurang dari 6 bulan) menjadi prediktor dari berbagai masalah kesehatan mental yang akan muncul pada masa anak dan remaja, seperti autisme, kenakalan remaja, agitasi, dan lain sebagainya (Wendy H. Oddy, et al, 2009). Bahkan IQ anak yang diberi ASI ditemukan 13 poin lebih baik daripada bayi yang tidak diberikan ASI.

Kekurangan yodium pada saat janin yang berlanjut dengan gagal dalam pertumbuhan anak sampai usia dua tahun dapat berdampak buruk pada kecerdasan secara permanen. Anemia kurang zat besi pada ibu hamil dapat meningkatkan resiko bayi yang dilahirkan menderita kurang zat besi, dan berdampak buruk pada pertumbuhan sel-sel otak anak, sehingga secara konsisten dapat mengurangi kecerdasan anak. Di Indonesia, telah lama dibuktikan bahwa kejadian anemia pada anak berhubungan dengan berkurangnya prestasi kognitif sehingga berakibat rendahnya pencapaian tingkat pendidikan pada anak sekolah (Soemantri, AG et al. 1989). Bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) disertai dengan anemia, selain dapat mengakibatkan gangguan pertumbuhan fisik dan mental anak, juga dapat mengakibatkan penurunan kecerdasan sampai 12 poin. Selain itu BBLR meningkatkan resiko pada usia dewasa menderita *diabetes mellitus*, penyakit jantung dan pembuluh darah, kegemukan (*obesity*), kanker, dan *stroke* (James et al, 2000).

Keadaan gizi yang buruk sewaktu janin di dalam kandungan dan setelah dilahirkan, mempunyai pengaruh sangat besar terhadap perkembangan otaknya. Pada saat janin dalam kandungan sampai bayi dilahirkan, 66 persen dari jumlah sel otak dan 25 persen dari berat otak dewasa telah tercapai. Sisanya akan ditentukan oleh keadaan gizi setelah lahir. Pertumbuhan otak yang sangat cepat terjadi pada minggu ke 15-20 dan minggu ke 30 masa kehamilan, serta bulan ke 18 setelah kelahiran. Penelitian pada BBLR menunjukkan penurunan berat otak besar 12 persen dan otak kecil 30 persen, juga mengalami penurunan jumlah sel otak besar 5 persen dan otak kecil 31 persen. Pengukuran tingkat kecerdasan pada anak umur tujuh tahun yang sebelumnya pernah menderita kurang energi protein (KEP) berat memiliki rata-rata IQ sebesar 102, KEP ringan adalah 106 dan anak yang bergizi baik adalah 112. Hal ini

menunjukkan bahwa keadaan gizi pada masa lalu dapat mempengaruhi kecerdasan di masa yang akan datang.

B. Pangan dan Gizi untuk Kesehatan dan Produktivitas

Faktor makanan dan penyakit infeksi, sebagai penyebab langsung masalah gizi, keduanya saling berkaitan. 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 gizi buruk. Oleh karena itu, mencegah terjadinya infeksi juga dapat mengurangi kejadian gizi kurang dan gizi buruk. BBLR akibat kurang energi kronik (KEK) pada ibu hamil, dapat meningkatkan angka kematian bayi dan anak balita. Anemia kurang zat besi pada ibu hamil dapat meningkatkan resiko kematian waktu melahirkan dan melahirkan bayi yang juga menderita anemia. Kurang vitamin A (KVA) pada bayi dan anak balita dapat menurunkan daya tahan tubuh, meningkatkan resiko kebutaan, dan meningkatkan resiko kesakitan dan kematian akibat infeksi (Tarwotjo, et al 1989).

Kekurangan gizi pada anak balita dan ibu hamil akan meningkatkan pengeluaran rumah tangga dan pemerintah untuk biaya kesehatan karena banyak warga yang mudah jatuh sakit akibat kurang gizi. Penelitian dampak anemia pada kelompok penduduk dewasa ternyata juga mengurangi produktivitas kerjanya (Husaini et al, 1984). Hal ini akan berakibat serius mengingat pada saat yang sama, penderita anemia pada usia produktif yang berjumlah hampir 52 juta jiwa akan menurunkan produktivitas kerja 20-30 persen. Pada kondisi gizi buruk, penurunan produktivitas perorangan diperkirakan lebih dari 10 persen dari potensi pendapatan seumur hidup. Dengan diperbaiknya konsumsi pangan dan status gizi, 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 konsumsi pangan dan status gizinya, akan semakin berkurang jumlah rakyat miskin. Upaya penanggulangan kemiskinan yang dapat meningkatkan akses rumah tangga terhadap pangan akan mempunyai daya ungkit yang besar dalam meningkatkan kesehatan dan produktivitas (Bank Dunia, 2006).

C. Pangan dan Gizi sebagai Penentu Daya Saing Bangsa.

The Global Competitiveness Report 2010-2011 yang dikeluarkan *World Economic Forum* pada September 2010 menyebutkan, peringkat daya saing Indonesia meningkat dengan sangat bermakna. Sementara pada 2009 daya saing Indonesia menduduki peringkat ke-54 dari 144 negara dan tahun 2010 peringkat Indonesia naik 10 tingkat di posisi ke-44 dengan nilai 4,43. Posisi ini lebih baik dibanding India, meski masih berada di bawah Cina. Daya saing global India menduduki peringkat ke-51 dan Cina di peringkat ke-27. Peringkat Indonesia tidak buruk, bahkan Indonesia dinilai sebagai salah satu negara dengan prestasi terbaik. Tentu saja prestasi ini harus dipertahankan bahkan terus ditingkatkan, diantaranya dengan melakukan upaya perbaikan kualitas pangan dan gizi masyarakat. Jika tingkat konsumsi makanan seimbang dan bergizi baik maka akan meningkatkan status kesehatan yang merupakan salah satu indikator penting bersama pendidikan dalam menentukan daya saing bangsa.

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. Apabila masalah ini tidak diatasi maka dalam jangka menengah dan panjang akan terjadi kehilangan generasi (*generation lost*) yang dapat mengganggu kelangsungan berbagai kepentingan bangsa dan negara. Keberhasilan pembangunan suatu bangsa ditentukan oleh ketersediaan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas, yaitu SDM yang memiliki fisik yang tangguh, mental yang kuat, kesehatan yang prima, serta tangkas dan cerdas. Bukti empiris menunjukkan bahwa hal ini sangat ditentukan oleh status gizi yang baik, dan status gizi yang baik ditentukan oleh jumlah dan kualitas asupan pangan yang dikonsumsi. Masalah gizi kurang dan buruk dipengaruhi langsung oleh faktor konsumsi makanan dan penyakit infeksi. Secara tidak langsung dipengaruhi oleh pola asuh, ketersediaan dan konsumsi pangan beragam, faktor sosial-ekonomi, budaya dan politik. Gizi kurang dan gizi buruk yang terus terjadi dapat menjadi faktor penghambat dalam pembangunan nasional.

Investasi gizi berperan penting untuk memutuskan lingkaran setan kemiskinan dan kurang gizi sebagai upaya peningkatan kualitas SDM. Beberapa dampak buruk kurang gizi adalah: rendahnya produktivitas kerja, kehilangan kesempatan sekolah, dan kehilangan sumberdaya karena biaya kesehatan yang tinggi.

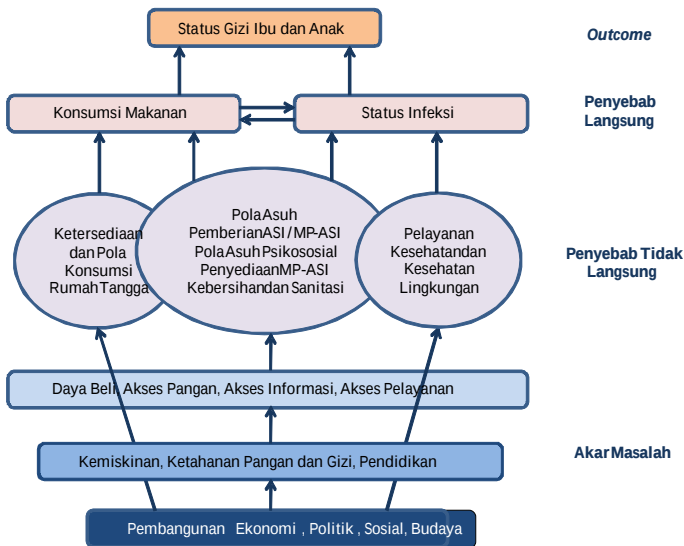
Upaya peningkatan kualitas SDM diatur dalam UUD 1945 pasal 28 H ayat (1) yang menyatakan bahwa setiap individu berhak hidup sejahtera, dan pelayanan kesehatan adalah salah satu hak asasi manusia. Dengan demikian pemenuhan pangan dan gizi untuk kesehatan warga negara merupakan investasi untuk peningkatan kualitas SDM. Upaya-upaya untuk menjamin kecukupan pangan dan gizi akan mendukung komitmen pencapaian *Millennium Development Goals* (MDGs), terutama pada sasaran-sasaran tahun 2015, yaitu: MDG1: menanggulangi kemiskinan dan kelaparan; MDG4: menurunkan kematian anak; MDG5: meningkatkan kesehatan ibu; dan MDG6: memberantas HIV/AIDS, malaria dan penyakit lainnya.

III. ANALISIS SITUASI PANGAN DAN GIZI DI INDONESIA

A. Analisis Nasional

Banyak faktor yang menyebabkan timbulnya masalah gizi. Bagan dibawah ini menyajikan berbagai faktor penyebab kekurangan gizi yang diperkenalkan oleh UNICEF dan telah disesuaikan dengan kondisi Indonesia, dari kerangka pikir ini terlihat tahapan penyebab timbulnya kekurangan gizi pada ibu dan anak adalah penyebab langsung, tidak langsung, akar masalah, dan pokok masalah.

Gambar 2. Kerangka Pikir Penyebab Masalah Gizi



Sumber: UNICEF 1990, disesuaikan dengan kondisi Indonesia

Terdapat dua faktor langsung yang mempengaruhi status gizi individu, yaitu faktor makanan dan penyakit infeksi dan keduanya saling mendorong (berpengaruh). Sebagai contoh, bayi dan anak yang tidak mendapat air susu ibu (ASI) dan makanan pendamping ASI yang

tepat memiliki daya tahan yang rendah sehingga mudah terserang infeksi. Sebaliknya penyakit infeksi seperti diare dan infeksi saluran pernafasan atas (ISPA) mengakibatkan asupan zat gizi tidak dapat diserap tubuh dengan baik.

Faktor penyebab langsung pertama adalah konsumsi makanan yang tidak memenuhi jumlah dan komposisi zat gizi yang memenuhi syarat makanan beragam, bergizi seimbang, dan aman. Pada tingkat makro, konsumsi makanan individu dan keluarga dipengaruhi oleh ketersediaan pangan yang ditunjukkan oleh tingkat produksi dan distribusi pangan. Ketersediaan pangan beragam sepanjang waktu dalam jumlah yang cukup dan harga terjangkau oleh semua rumah tangga sangat menentukan ketahanan pangan di tingkat rumah tangga dan tingkat konsumsi makanan keluarga. Khusus untuk bayi dan anak telah dikembangkan standar emas makanan bayi yaitu: 1) inisiasi menyusu dini; 2) memberikan ASI eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan; 3) pemberian makanan pendamping ASI yang berasal dari makanan keluarga, diberikan tepat waktu mulai bayi berusia 6 bulan; dan 4) ASI terus diberikan sampai anak berusia 2 tahun.

Faktor penyebab langsung kedua adalah penyakit infeksi yang berkaitan dengan tingginya kejadian penyakit menular dan buruknya kesehatan lingkungan. Untuk itu, cakupan universal untuk imunisasi lengkap pada anak sangat mempengaruhi kejadian kesakitan yang perlu ditunjang dengan tersedianya air minum bersih dan higienis sanitasi yang merupakan salah satu faktor penyebab tidak langsung.

Faktor penyebab tidak langsung, selain sanitasi dan penyediaan air bersih, kebiasaan cuci tangan dengan sabun, buang air besar di jamban, tidak merokok dan memasak di dalam rumah, sirkulasi udara dalam rumah yang baik, ruangan dalam rumah terkena sinar matahari dan lingkungan rumah yang bersih. Faktor lain yang juga berpengaruh yaitu ketersediaan pangan. Selanjutnya, pola asuh bayi dan anak serta jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat. Pola asuh, sanitasi lingkungan dan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, akses informasi dan tingkat pendapatan keluarga.

Ketidakstabilan ekonomi, politik, dan sosial dapat disebabkan oleh rendahnya tingkat kesejahteraan rakyat, yang tercermin dari rendahnya konsumsi pangan dan status gizi masyarakat. Oleh karena itu, mengatasi masalah gizi masyarakat merupakan salah satu tumpuan penting dalam pembangunan ekonomi, politik, dan kesejahteraan sosial yang berkelanjutan. Dibawah ini diuraikan

analisis pangan dan gizi berdasarkan pendekatan 5 pilar yaitu sebagai berikut:

1. Gizi Masyarakat

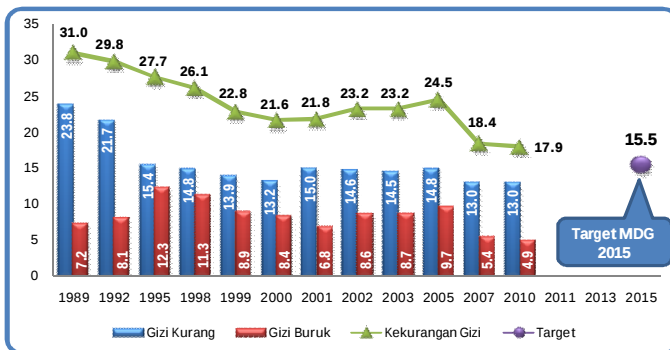
Tolok ukur yang dapat mencerminkan status gizi masyarakat adalah status gizi pada anak balita yang diukur dengan berat badan dan tinggi badan menurut umur dan dibandingkan dengan standar baku rujukan WHO (2005). Selain itu keadaan gizi masyarakat juga dapat diketahui dari besarnya masalah kekurangan gizi mikro pada kelompok rentan, yaitu GAKY, AGB, dan KVA.

Status gizi janin dalam kandungan dipengaruhi oleh status gizi ibu hamil, bahkan status gizi ibu pada saat sebelum hamil. Kurang gizi pada wanita usia subur (WUS) yang disebut kurang energi kronis (KEK) ditandai dengan lingkaran lengan atas (LiLA) kurang dari 23,5 cm, sehingga ibu tersebut mempunyai resiko melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR) karena sejak dalam kandungan janin sudah mengalami kegagalan pertumbuhan janin (*foetal growth retardation*). Secara nasional WUS dengan KEK menurun dalam satu dekade terakhir, dari 24,9 persen pada tahun 1999 ke 16,7 persen pada tahun 2003 dan menjadi 13,6 persen pada tahun 2007. Masalah anemia pada WUS juga perlu mendapat perhatian sejak sebelum hamil agar janin terhindar dari resiko kurang zat besi. Anemia berat pada ibu hamil meningkatkan resiko kematian ibu melahirkan akibat perdarahan pasca persalinan. Data Riskesdas 2007 menunjukkan bahwa di perkotaan 19,7 persen WUS menderita anemia dan 24,5 persen menderita anemia pada saat hamil.

Kondisi kesehatan dan gizi ibu, bayi dan anak balita secara umum mengalami perbaikan yang ditunjukkan dengan menurunnya kematian ibu, kematian neonatal, kematian bayi dan kematian balita. Berdasarkan laporan evaluasi pencapaian MDGs, angka kematian ibu menurun dari 390 pada tahun 1991 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007. Demikian juga angka kematian neonatal, angka kematian bayi dan angka kematian balita masing masing turun dari 32; 68; dan 97 pada tahun 1991 menjadi masing-masing 19; 34; dan 44 per 1000 kelahiran hidup (SDKI, 2007). Demikian juga prevalensi gizi kurang telah menurun dari 31 persen pada tahun 1991 menjadi 18,4 persen pada tahun 2007 dan 17,9 persen pada tahun 2010.

Walaupun penurunan prevalensi gizi kurang pada anak memberi harapan bahwa Indonesia telah *on track* dalam pencapaian indikator MDG1, yang harus diturunkan menjadi 15,5 persen pada tahun 2015 (**gambar 3**), tetapi disparitas antar provinsi mulai dari DI Yogyakarta 10,6 persen sampai NTB 30,5 persen masih perlu mendapat perhatian (Riskesdas, 2010) sebagaimana pada **gambar 7**.

Gambar 3. Kecenderungan Prevalensi Kurang Gizi pada Anak 0-59 Bulan



Sumber: Susenas 1989-2005 dan Riskesdas 2007 dan 2010

Sebaliknya, prevalensi anak balita pendek secara nasional hanya dapat diturunkan dari 36,8 persen pada tahun 2007 menjadi 35,6 persen pada tahun 2010, padahal target pada RPJMN pada 2014 harus diturunkan menjadi 32 persen. Disparitas antar provinsi mulai DI Yogyakarta 22,5 persen sampai NTT 58,4 persen (**sebagaimana pada gambar 8**) memerlukan penanganan melalui program yang berorientasi aksi, spesifik dan terpadu di setiap wilayah agar terjadi sinergi kegiatan antar sektor di pemerintah dengan semua *stakeholders* sehingga terjadi percepatan pencapaian MDGs.

Prevalensi kurus dan sangat kurus (*wasting*) berdasar BB/TB pada anak balita tidak turun bermakna selama 3 tahun terakhir. Menurut Riskesdas 2010, sebanyak 13,3 persen anak balita masih ditemukan kurus dan sangat kurus sehingga perlu dilakukan penanggulangan yang spesifik di daerah rawan.

Gizi buruk terjadi karena kekurangan gizi tingkat berat yang bila tidak ditangani dengan segera dapat mengakibatkan kematian. Untuk itu, surveilans gizi buruk dilakukan dengan semakin baik sehingga upaya untuk menanggulangi anak balita dengan gizi buruk semakin dapat ditingkatkan. Berdasarkan laporan dinas kesehatan provinsi, pada tahun 2008 jumlah anak balita gizi buruk di seluruh Indonesia yang ditemukan dan mendapat perawatan sebanyak 41.064 kasus, dan pada tahun 2009 sebanyak 56.941 kasus.

Gangguan Akibat Kurang Yodium (GAKY) dapat diatasi dengan mudah melalui garam yang telah difortifikasi yodium sesuai standar. Masalah rendahnya konsumsi garam beryodium cukup ($>30\text{ppm}$) di rumah tangga, adalah hanya 62,3 persen (Riskesdas 2007), antara lain karena belum optimalnya penggerakan masyarakat, kurangnya kampanye konsumsi garam beryodium, dan dukungan regulasi yang belum memadai. Masalah lain adalah belum rutinnya pelaksanaan pemantauan garam beryodium di masyarakat.

Xerophthalmia merupakan masalah kesehatan masyarakat yang telah dapat ditangani sejak tahun 2006 (studi gizi mikro di 10 provinsi), namun KVA pada balita dapat berakibat menurunnya daya tahan tubuh sehingga dapat meningkatkan kesakitan dan kematian. Untuk itu suplementasi vitamin A tetap harus diberikan pada balita 6-59 bulan, setiap 6 bulan, dianjurkan pada bulan kampanye kapsul vitamin A yaitu pada bulan Februari dan Agustus. Kapsul vitamin A juga harus didistribusikan pada balita di daerah endemik campak dan diare. Data Riskesdas 2010 menunjukkan bahwa cakupan pemberian kapsul vitamin A secara nasional pada anak balita sebesar 69,8 persen. Terjadi disparitas antar provinsi dengan jarak 49,3 persen sampai 91,1 persen. Cakupan nasional ini menurun dari 71,5 persen. Sementara, pada tahun 2007 hanya 44,6 persen ibu nifas mendapat suplementasi vitamin A dan meningkat menjadi 52,2 persen pada tahun 2010.

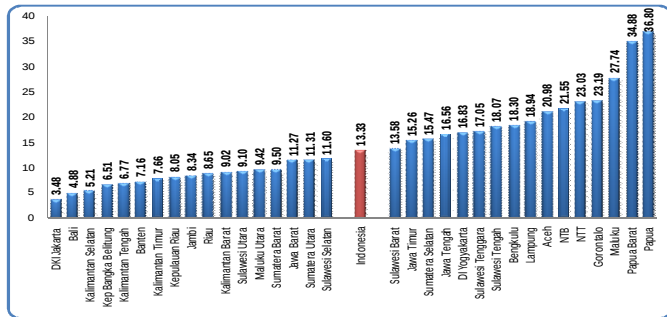
Anemia gizi kurang zat besi (AGB) masih dijumpai pada 26,3 persen balita (Studi gizi mikro, 2006). Analisis cakupan pemberian suplementasi besi-folat/tablet tambah darah (Fe3) dan cakupan pemeriksaan kehamilan (K4) menunjukkan adanya kesenjangan yang besar antara cakupan Fe3 dengan cakupan K4. Riskesdas 2010 membuktikan cakupan pemberian >90 tablet tambah darah (Fe3) pada ibu hamil hanya 18 persen.

Walaupun masalah gizi masih menjadi masalah kesehatan masyarakat, di lain pihak telah terjadi kecenderungan peningkatan bayi dan anak di bawah dua tahun yang menderita gizi lebih dan kegemukan (*obese*), masing-masing 20 persen dan 12,6 persen (Riskesdas 2010). Kondisi ini akan menjadi beban ganda dalam pembangunan gizi masyarakat di masa mendatang.

Berbagai faktor menjadi penyebab kurang gizi pada ibu, bayi dan anak. Kemiskinan dinilai sebagai penyebab penting masalah kurang gizi karena keluarga miskin tidak dapat memenuhi asupan makanan yang cukup dan berkualitas, dan keluarga miskin biasanya adalah tenaga kerja yang berpendidikan rendah sehingga tingkat pengetahuan pangan dan pola asuh juga kurang berkualitas. Selain itu, keluarga miskin cenderung mempunyai anggapan bahwa anak adalah calon tenaga kerja yang dapat memberi tambahan pendapatan keluarga. Padahal banyak anak justru semakin menjadi beban karena anak yang tidak tumbuh kembang dengan baik akan lebih rentan terhadap penyakit infeksi. Penelitian menunjukkan bahwa keluarga termiskin di Indonesia menggunakan hampir 70 persen pendapatannya untuk pengeluaran makanan. Korelasinya sangat jelas dengan tingginya kejadian masalah kurang gizi pada anak yang berasal dari kelompok termiskin ini, yaitu 23,6 persen gizi kurang dan 47 persen anak pendek.

Menurut data BPS, pada tahun 2010 (**gambar 4**) wilayah timur Indonesia masih perlu mendapat perhatian serius dari pemerintah, dengan angka kemiskinan masih di atas 20 persen di Papua Barat, Papua, Maluku, Gorontalo, NTT, NTB, dan Aceh.

Gambar 4. Persentase Penduduk Miskin Menurut Provinsi, 2010



Sumber : Susenas 2010

2. Akses Pangan

Secara rata-rata tingkat konsumsi pangan masyarakat Indonesia telah mencapai tingkat asupan kalori minimum sebesar 2.000 kalori/kapita/hari (**tabel 1**). Tabel ini juga menggambarkan kontribusi jumlah kalori masing-masing kelompok pangan terhadap keseluruhan asupan kalori per kapita per hari, yang menunjukkan bahwa sumber utama dari konsumsi makanan di Indonesia adalah dari padi-padian terutama beras, sementara asupan dari sumber pangan lainnya seperti daging dan sayur-sayuran masih tetap rendah yang berarti terjadi ketidakseimbangan pola konsumsi pangan penduduk.

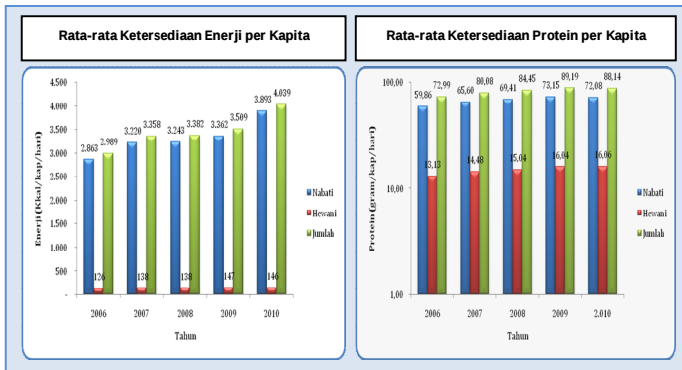
Tabel 1. Kontribusi Energi per Kelompok Pangan dalam Pola Makan Rata-rata (Kalori/Kapita/Hari), Tahun 2004-2008

Kelompok Pangan	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Padi-padian	1.248,2	1.240,6	1.223,7	1.243,7	1.281,4	1.235,8
Umbi-Umbian	77,3	72,7	61,2	62,3	62,1	47,7
Pangan Hewani	134,1	138,9	129,3	155,3	156,6	148,0
Minyak dan Lemak	194,6	199,3	196,4	202,7	203,9	195,1
Buah/Biji Berminyak	47,3	50,6	44,7	46,8	41,7	37,3
Kacang-Kacangan	64,3	67,5	66,2	72,6	62,3	57,5
Gula	100,7	99,1	88,9	96,1	94,2	87,0
Sayur dan Buah	87,0	92,9	83,2	100,3	100,3	84,0
Lain-Lain	32,6	35,0	33,4	35,2	35,7	35,1
Total Energi	1.986,0	1.996,0	1.927,0	2.015,0	2.038,0	1.927,5

Sumber: BPS, Susenas diolah Kementerian Pertanian

Perkembangan rata-rata ketersediaan energi dari tahun 2005 sampai 2010 mempunyai kecenderungan membaik. Namun, untuk pangan hewani kenaikannya masih kecil, pada tahun 2006 sebesar 126 Kkal/kapita/hari dan tahun 2010 mencapai 146 Kkal/kapita/hari (**gambar 5**). Laporan Kementerian Pertanian tahun 2010 juga menunjukkan kenaikan ketersediaan protein hewani masih cukup rendah, yaitu sebesar 13,13 gram / kapita / hari pada tahun 2006 menjadi 16,06 gram/kapita/hari pada tahun 2010.

Gambar 5. Perkembangan Rata-rata Ketersediaan Energi dan Protein per Kapita



Sumber: Data diolah Kementerian Pertanian, 2010

Tingginya proporsi sumber karbohidrat dalam pola konsumsi pangan penduduk menunjukkan bahwa kemiskinan adalah faktor utama yang menyebabkan kekurangan gizi. Meskipun kontribusi padi-padian dalam konsumsi pangan masih cukup tinggi, namun data Susenas menunjukkan terjadinya penurunan. Hal ini menunjukkan adanya perubahan pola konsumsi yang membaik dan berkurangnya ketergantungan kepada padi-padian sebagai sumber energi. Berdasarkan ulasan tersebut, tantangan dalam perbaikan gizi masyarakat adalah perbaikan pola konsumsi pangan sesuai kaidah asupan gizi seimbang dengan meningkatkan aksesibilitas terhadap pangan dan mendorong percepatan diversifikasi konsumsi.

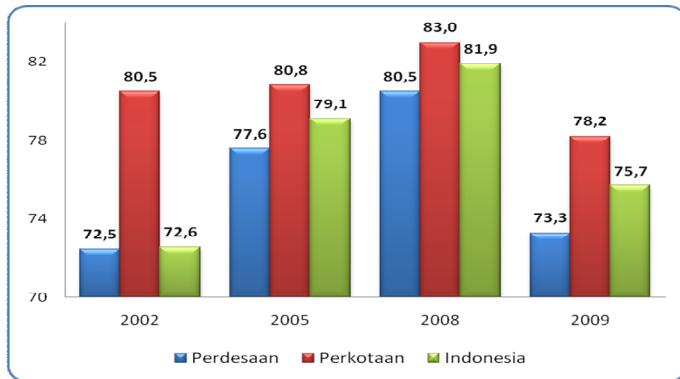
Akses pangan (rumah tangga) adalah kondisi penguasaan sumberdaya (sosial, teknologi, finansial/keuangan, alam, manusia) yang cukup untuk memperoleh dan/atau ditukarkan untuk memenuhi kecukupan pangan, termasuk di rumah tangga. Ketersediaan pangan di suatu daerah mungkin mencukupi, akan tetapi tidak semua rumah tangga mampu dan memiliki akses yang memadai baik secara kuantitas maupun keragaman pangan melalui mekanisme tersebut di atas. Masalah akses terhadap pangan untuk penduduk miskin merupakan gabungan dari masalah kemiskinan, kurangnya pekerjaan tetap, pendapatan tunai yang rendah dan tidak tetap, serta terbatasnya daya beli.

Aksesibilitas pangan atau keterjangkauan pangan oleh masyarakat dipengaruhi oleh berbagai hal, antara lain: harga pangan, tingkat pendapatan atau daya beli, kestabilan keamanan sosial, anomali iklim, bencana alam, lokasi dan topografi, keberadaan sarana dan prasarana transportasi, kondisi jalan, dan lainnya. Permasalahan akses pangan secara fisik masih disebabkan oleh kurang memadainya fasilitas prasarana jalan, pelabuhan, dan sarana angkutan/transportasi yang menyebabkan biaya distribusi pangan menjadi mahal.

Sarana distribusi pangan seperti fasilitas pasar umum, sarana penyimpanan dan pengolahan hasil pertanian, masih terbatas jumlahnya. Terbatasnya sarana tersebut menyulitkan masyarakat untuk melakukan penyimpanan dan pengolahan, sehingga tidak dapat diperoleh mutu pangan dan nilai tambah yang tinggi. Peraturan perundangan juga belum mendukung kelancaran distribusi pangan, berbagai pungutan dan retribusi mengakibatkan meningkatnya biaya distribusi pangan.

Tantangan yang masih dihadapi adalah masih rendahnya kualitas konsumsi pangan sebagaimana diukur oleh skor pola pangan harapan/PPH (**gambar 6**), serta masih terbatasnya akses yang memadai bagi masyarakat miskin dan berpendidikan rendah dalam memperoleh pangan yang bergizi dan aman. Situasi tingkat aksesibilitas pangan masyarakat dapat dicerminkan dari tingkat kecukupan gizi masyarakat, yaitu yang diukur dari angka kecukupan gizi (AKG). Sampai dengan saat ini, AKG Indonesia menunjukkan kecenderungan yang terus membaik. Sejak tahun 1999 persentase penduduk dengan AKG >90 persen terus meningkat dari 46,9 persen menjadi 61,4 persen tahun 2008, namun menurun lagi menjadi 53,9 persen di tahun 2009. Kecenderungan ini sejalan dengan kecenderungan penurunan persentase jumlah penduduk yang memiliki AKG <70 persen, yaitu jika pada tahun 1999 masih sejumlah 18,95 persen pada tahun 2008 menurun menjadi 11,07 persen dan pada tahun 2009 meningkat lagi menjadi 14,47 persen.

Gambar 6. Kecenderungan Skor PPH di Perdesaan dan Perkotaan, Tahun 2002-2009



Sumber: BPS, Susenas, diolah Kementerian Pertanian

Kondisi tingkat konsumsi tersebut di atas menunjukkan bahwa situasi akses pangan masyarakat masih memerlukan upaya perbaikan terus menerus. Ditinjau dari sisi geografis, wilayah-wilayah yang masih memiliki AKG <70 persen tersebar di wilayah timur Indonesia. Kondisi ini menunjukkan ada berbagai faktor yang mempengaruhi tingkat aksesibilitas pangan masyarakat.

Permasalahan yang dihadapi dalam peningkatan aksesibilitas masyarakat terhadap pangan umumnya bersifat kronis yang meliputi aspek fisik, ekonomi, dan sosial. Aspek fisik berupa infrastruktur jalan dan pasar, dan aspek ekonomi berupa daya beli yang masih rendah karena kemiskinan dan pengangguran, serta aspek sosial berupa tingkat pendidikan yang rendah.

Masalah dan tantangan fisik utama yang dihadapi dalam perbaikan akses pangan masyarakat antara lain adalah masih terjadinya kesenjangan, ketersediaan, dan distribusi pangan setempat dengan kebutuhan. Hal ini antara lain disebabkan masih belum meratanya sarana-prasarana transportasi untuk mendukung distribusi pangan, khususnya pengiriman bahan/komoditas pangan dari daerah surplus ke daerah defisit pangan. Sejumlah daerah, khususnya di wilayah Indonesia Bagian Timur masih belum memiliki sarana transportasi yang memadai, padahal di wilayah tersebut justru terjadi defisit pangan. Sebagai dampaknya, akses pangan di wilayah tersebut

terganggu. Hambatan fisik transportasi ini pada gilirannya akan menghambat pertumbuhan pasar-pasar pangan di wilayah-wilayah yang defisit pangan tersebut. Sebagai akibatnya, maka terjadi hambatan untuk memperoleh pangan untuk memenuhi konsumsi sesuai kaidah gizi seimbang dan PPH yang diharapkan.

Masalah dan tantangan ekonomi karena masih rendahnya pendapatan masyarakat berakibat pada daya beli masyarakat terhadap komoditas pangan menjadi menurun. Rendahnya daya beli masyarakat tidak hanya terjadi di wilayah pedesaan, tetapi juga terjadi di wilayah perkotaan. Masalah ini antara lain juga disebabkan oleh persoalan pengangguran serta kondisi ekonomi wilayah yang masih belum baik. Rendahnya daya beli ini antara lain menyebabkan tingkat konsumsi pangan masyarakat masih di bawah yang direkomendasikan untuk mendukung kehidupan yang sehat dan aktif. Tantangan ekonomi lainnya yang menjadi hambatan dalam peningkatan aksesibilitas pangan adalah rendahnya sumberdaya yang tersedia di wilayah untuk mendorong terciptanya dampak pengganda ekonomi yang dapat menciptakan sumber-sumber pendapatan dan mata pencaharian.

Masalah dan tantangan sosial yang masih menjadi penghambat aksesibilitas terhadap pangan terutama adalah faktor pendidikan masyarakat yang masih rendah. Secara umum tingkat pendidikan masyarakat yang masih rendah akan berdampak pada masih rendahnya kapasitas individu sehingga membatasi ruang gerak dalam memperoleh sumber-sumber pendapatan (mata pencaharian). Kelompok masyarakat yang berpendidikan rendah umumnya menggantungkan hidupnya dari pemanfaatan sumberdaya alam secara primer, sehingga tidak dapat memperoleh nilai tambah ekonomi. Rendahnya pendidikan masyarakat juga menyebabkan hambatan proses adopsi teknologi yang sebenarnya dapat mendorong produktivitas usaha.

Permasalahan lain yang menyangkut konsumsi pangan adalah masih adanya budaya dalam masyarakat yang terkait dengan pantangan makanan dan kepercayaan yang bertentangan dengan gizi dan kesehatan.

3. Mutu dan Keamanan Pangan

Kondisi keamanan pangan sangat mempengaruhi kesehatan masyarakat di seluruh lapisan tanpa mengenal batas usia dan

golongan ekonomi. Kondisi keamanan pangan sangat ditentukan oleh lingkungan dan perilaku personil yang menangani pangan dari sejak dipanen sampai di meja makan. Oleh karena itu, peningkatan keamanan pangan harus melibatkan berbagai instansi termasuk pemerintah provinsi, kabupaten dan kota, sebagaimana dijabarkan dalam Peraturan Pemerintah No.28 tahun 2004 tentang Keamanan, Mutu, dan Gizi Pangan.

Situasi keamanan pangan pada periode 2006 sampai 2010, antara dapat dilihat dari adanya kenaikan produk industri pangan yang tidak memenuhi syarat (TMS) dari tahun ke tahun. Jika produk yang TMS tersebut dielaborasi lebih lanjut, terlihat bahwa penggunaan bahan tambahan pangan (BTP) pemanis dan pengawet (benzoat) berlebih, penyalahgunaan bahan berbahaya formalin, boraks, pewarna bukan untuk makanan, dan cemaran mikroba. Urutan penyebab masalah keamanan pangan tersebut berturut-turut adalah: cemaran mikroba, BTP pemanis berlebih, pewarna bukan untuk makanan, BTP pengawet (*benzoat*) berlebih, serta penyalahgunaan bahan berbahaya boraks dan formalin.

Penyalahgunaan bahan berbahaya formalin telah dapat diturunkan kasusnya dari tahun ke tahun, demikian pula penggunaan BTP pemanis yang berlebihan. Sementara produk TMS terkait dengan cemaran mikroba masih cukup dominan. Hal ini dapat merupakan indikasi kondisi higienis dan sanitasi lingkungan yang masih memprihatinkan.

Analisis terhadap kondisi sarana produksi pangan baik industri pangan besar, menengah dan kecil serta industri rumah tangga tahun 2006-2010 masih membutuhkan perbaikan, terutama sarana produksi industri rumah tangga (IRT). Khusus untuk peningkatan kondisi sarana produksi IRT, partisipasi pemerintah provinsi, kabupaten dan kota sangat diperlukan, karena industri pangan kategori ini sertifikasi produknya diberikan oleh pemerintah daerah setempat. Berdasarkan hasil monitoring sarana produksi, di daerah masih banyak ditemukan sarana produksi tidak terdaftar. Memperhatikan hal tersebut diperlukan adanya pemberdayaan pemerintah provinsi, kabupaten dan kota sehingga sarana produksi tersebut memperoleh sertifikat PIRT melalui penyuluhan.

Pengawasan keamanan pangan jajanan anak sekolah merupakan salah satu kegiatan strategis mengingat anak-anak sekolah adalah cikal bakal generasi bangsa yang akan datang. Jenis produk yang diambil sampelnya difokuskan pada pengawasan terhadap penyalahgunaan bahan berbahaya seperti pewarna *rhodamin B* dan *methanil yellow*, boraks dan formalin. Selain itu, dilakukan monitoring terhadap penggunaan bahan tambahan pangan yang melebihi batas yang ditetapkan khususnya pengawet dan cemaran mikroba. Kegiatan pengawasan keamanan pangan dilakukan secara periodik setiap tahun.

Hasil pengawasan menunjukkan adanya penurunan produk TMS dari tahun 2006 ke tahun 2009, meskipun tidak terlalu nyata. Produk pangan yang mengandung bahan berbahaya masih berfluktuasi di antara 10 persen sampai 13 persen, sedangkan produk yang mengandung bahan tambahan pangan berlebih juga berfluktuasi di sekitar 15 persen dan 30 persen. Masalah utama dari produk pangan jajanan anak sekolah nampaknya adalah cemaran mikroba. Intervensi untuk meningkatkan higienis dan sanitasi para penjual pangan jajanan anak sekolah ini perlu dilakukan.

Kasus kejadian luar biasa (KLB) karena pangan beberapa kali terjadi dan dilaporkan di media masa. Hasil monitoring KLB khusus di lingkungan sekolah dan perguruan tinggi menunjukkan bahwa KLB paling sering terjadi di sekolah dasar. Sebagian besar KLB ini tidak diketahui dengan pasti apa penyebabnya, apakah disebabkan karena mikroba atau bahan kimia.

Pemantauan garam konsumsi beryodium yang beredar di kabupaten dan kota dilakukan secara kuantitatif dan kualitatif. Hasil Riskesdas 2007 menunjukkan bahwa persentase rumah tangga yang mengkonsumsi garam beryodium yang memenuhi syarat sebesar 62,3 persen. Untuk itu perlu dilakukan peningkatan pengawasan dan penegakan hukum agar garam yang beredar memenuhi syarat sebagai garam konsumsi beryodium.

4. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

Tingginya masalah gizi dan penyakit terkait gizi saat ini berkaitan dengan faktor sosial dan budaya, antara lain kesadaran individu dan keluarga untuk berperilaku hidup bersih dan sehat, termasuk sadar gizi. Indikator PHBS adalah perilaku cuci tangan, pemberian

ASI eksklusif, rumah tangga memanfaatkan posyandu, penggunaan alat kontrasepsi (Keluarga Berencana), aktivitas fisik, penduduk usia di atas 10 tahun yang merokok, penduduk di atas usia 10 tahun yang kurang makan sayur dan buah, akses terhadap sanitasi layak, dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.

Masalah kekurangan gizi pada anak balita ini merupakan dampak dari rendahnya pemberian ASI eksklusif sampai 6 bulan dan pemberian makanan pendamping ASI yang tidak tepat, karena diberikan terlalu dini atau terlambat, jumlahnya tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan bayi pada setiap tahapan usia dan tidak bergizi seimbang untuk memenuhi asupan kalori, protein dan gizi mikro (vitamin dan mineral). Hanya 41 persen keluarga yang mempunyai perilaku pemberian makanan bayi yang benar. Ketersediaan pangan lokal beragam telah dapat diakses oleh sebagian keluarga karena dari 41 persen keluarga yang memberikan makanan pendamping ASI yang benar tersebut ternyata MP-ASI yang diberikan berasal dari sumber pangan lokal yang memenuhi 70 persen kebutuhan besi dan 87 persen kebutuhan vitamin A. Buruknya perilaku kebersihan individu dan lingkungan mengakibatkan bayi dan anak sering menderita diare dan penyakit infeksi lain sehingga memperburuk status gizinya.

Asupan kalori ibu hamil tidak memenuhi kebutuhan, karena ditemukan 44.4 persen ibu hamil mendapat asupan kalori di bawah kebutuhan minimum. Hal ini jelas mempengaruhi status gizi ibu dan berdampak pada kesiapan ibu menyusui bayinya. Menurut hasil Survei Sosial dan Ekonomi Nasional (Susenas), cakupan pemberian ASI eksklusif pada bayi sampai 6 bulan hanya berkisar 28.6 persen (2007), 24.3 persen (2008) dan 34.3 persen (2009). Riskesdas 2010 menunjukkan fakta yang memprihatinkan karena inisiasi menyusui dini (<1 jam setelah bayi lahir) hanya dilakukan pada 29.3 persen bayi dan hanya 74.7 persen mendapat kolostrum. Persentase bayi yang menyusui eksklusif sampai dengan 6 bulan adalah hanya 15.3 persen. Walaupun 54.8 persen ibu mengaku hanya memberikan ASI saja dalam 24 jam terakhir pada bayinya yang berumur 0-5 bulan tetapi 32 persen bayi 0-7 hari telah mendapat makanan pendamping ASI, diantaranya 85.8 persen diberi susu formula. Merujuk pada Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang

Kesehatan, ASI adalah hak asasi bayi dan perorangan atau institusi yang tidak mendukung pemberian ASI akan dikenakan sanksi hukuman dan denda. Cakupan pemberian ASI eksklusif dipengaruhi beberapa hal, terutama masih sangat terbatasnya tenaga konselor laktasi untuk memberikan informasi yang benar kepada keluarga, serta belum maksimalnya kegiatan edukasi, sosialisasi, advokasi, dan promosi terkait pemberian ASI maupun MP-ASI. Rancangan Peraturan Pemerintah tentang Pemberian ASI Eksklusif ke depan diharapkan menjadi pedoman penegakan hukum di daerah untuk mengungkit kenaikan cakupan pemberian ASI eksklusif pada bayi, minimal tercapai 80 persen pada tahun 2015.

Walaupun posyandu masih merupakan pilihan utama untuk penimbangan anak balita (81 persen), tetapi hanya 56 persen anak balita yang melakukan penimbangan balita 4 kali atau lebih, bahkan 1 dari 5 (20,8 persen) anak balita tidak pernah ditimbang dalam 6 bulan terakhir. Indikator D/S (jumlah anak yang ditimbang terhadap jumlah seluruh anak di wilayah penimbangan tersebut) harus menjadi indikator kinerja utama untuk memantau keberhasilan pemberdayaan keluarga dan masyarakat.

Perilaku merokok juga memprihatinkan dan semakin lama semakin meningkat pada usia sangat muda. Anak 5-9 tahun yang merokok meningkat, dari 1,2 persen pada tahun 2007 menjadi 1,7 persen pada tahun 2010. Ditemukan penduduk umur 15 tahun ke atas yang merokok setiap hari mencapai 28,2 persen dan sebagian besar (85,4 persen) merokok di dalam rumah. Tingkat pengeluaran rumah tangga dan perilaku merokok anggota keluarga berkorelasi dengan kejadian gizi kurang dan pendek, dimana 16 persen anak balita dengan gizi kurang dan 33 persen anak balita pendek terdapat pada keluarga perokok (Risksdas 2010).

Disisi lain, konsumsi sayur dan buah masih rendah, yaitu sebesar 93 persen. Kondisi ini diperparah dengan kenyataan hampir separuh penduduk (48,2 persen) kurang melakukan aktifitas fisik. Sedangkan kebiasaan mencuci tangan yang benar hanya dilakukan oleh 23 persen keluarga dan 71 persen keluarga telah mempunyai jamban untuk mandi, cuci dan kakus. Secara umum hanya 1 diantara 3 (38,7 persen) penduduk yang telah melakukan 10 indikator PHBS. Perilaku tersebut di atas ternyata memiliki

korelasi yang kuat dengan tingkat pendidikan dan pengetahuan anggota keluarga.

5. Kelembagaan Pangan dan Gizi

Diawali pada tahun 1974 dengan diberlakukannya Instruksi Presiden Nomor 14 tentang Perbaikan Menu Makanan Rakyat telah terbentuk Kelompok Kerja Fungsional antar Kementerian yang mengkoordinasikan kegiatan perbaikan pangan dan gizi masyarakat. Kemudian diikuti dengan Instruksi Presiden Nomor 20 Tahun 1979 sehingga di tingkat provinsi dan kabupaten dan kota dibentuk Badan Perbaikan Gizi Daerah (BPGD) yang mengkoordinasikan kegiatan Usaha Perbaikan Gizi Keluarga oleh sektor Kesehatan, Keluarga Berencana, Pertanian dan Agama. Selama 3 dekade, Indonesia mencapai keberhasilan dalam perbaikan gizi masyarakat melalui kegiatan pemantauan tumbuh kembang dan konseling gizi, pemeriksaan ibu hamil, pelayanan kontrasepsi, imunisasi dan penanggulangan diare yang dilaksanakan di hampir 240.000 pos pelayanan terpadu (posyandu) oleh lebih dari satu juta kader desa. Kegiatan posyandu menurun seiring dengan tekanan ekonomi yang dialami masyarakat sebagai dampak krisis moneter pada tahun 1998.

Dewan Ketahanan Pangan dipimpin langsung oleh Presiden terbentuk dengan Peraturan Presiden Nomor 83 Tahun 2006, dengan tugas utama mengevaluasi ketahanan pangan dan memformulasikan kebijakan peningkatan ketahanan pangan ditinjau dari sisi ekonomi, politik, geografis, dan gizi. Sektor pertanian bertanggung jawab dalam produksi pangan dan berkoordinasi dengan Badan Ketahanan Pangan Daerah yang dipimpin gubernur. Standar industri makanan dan penegakan hukum dilaksanakan oleh sektor Industri, sementara mutu dan keamanan pangan yang layak dikonsumsi masyarakat dipantau oleh Badan Pengawas Obat dan Makanan. Pelayanan gizi dan promosi gizi dilaksanakan oleh sektor kesehatan.

Para pemangku kepentingan (*stakeholders*) di bidang pangan dan gizi termasuk sektor swasta, perguruan tinggi dan organisasi non pemerintah dalam dan luar negeri terlibat dalam perbaikan gizi, termasuk saat krisis gizi buruk di tahun 1998 dan saat terjadinya bencana alam nasional. Badan PBB dan mitra pembangunan berkontribusi memberikan hibah dan bantuan teknis untuk perbaikan pangan, kesehatan, dan gizi. Walaupun demikian,

koordinasi lintas program dan lintas sektor/bidang di pemerintah maupun antar Badan PBB dan mitra pembangunan masih harus terus ditingkatkan. Koordinasi perlu dibangun untuk mengkoordinasikan secara efektif kebijakan antar sektor/bidang, memfasilitasi kolaborasi di tingkat operasional dan mengintegrasikan kegiatan program terkait dengan penurunan prevalensi kekurangan gizi dan peningkatan asupan kalori pada semua anggota keluarga yang mengalami rawan pangan (*Landscape Analysis on Nutrition*, Kemenkes, 2010).

Saat ini tidak cukup tersedia data SDM gizi dan terkait gizi yang dapat diandalkan, maupun proyeksi kebutuhan SDM gizi yang realistis terkait dengan berbagai tantangan gizi yang dihadapi, begitupun halnya dengan SDM di bidang pangan. Beberapa pokok persoalan yang terkait dengan pengelolaan SDM terkait pangan dan gizi adalah: 1) Terbatasnya perencanaan SDM berdasar kebutuhan program; 2) Kurangnya analisis deskripsi pekerjaan agar SDM efektif dan efisien melaksanakan pelayanan di bidang pangan dan gizi; 3) Sistem pengadaan dan rekrutmen SDM dengan kompetensi yang memenuhi standar sangat tergantung pada alokasi anggaran pemerintah yang tersedia di daerah; serta 4) Sulitnya mempertahankan SDM terkait pangan dan gizi di daerah perdesaan karena tidak adanya insentif karir (diadaptasi dari Laporan Bank Dunia, 2010).

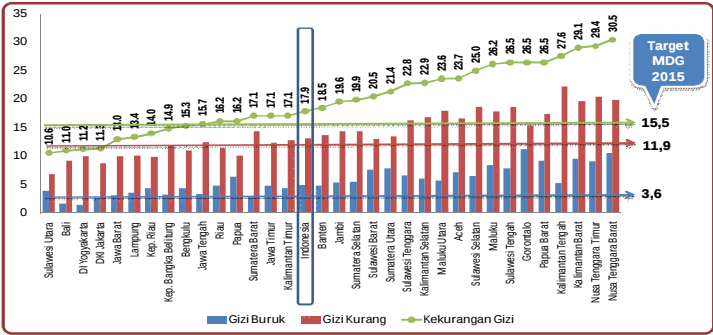
B. Analisis Regional

Secara nasional sudah terjadi penurunan angka prevalensi kekurangan gizi (berdasarkan berat badan menurut umur) pada balita dari 18.4 persen pada tahun 2007 menjadi 17.9 persen pada tahun 2010. Juga penurunan prevalensi pendek (berdasarkan tinggi badan menurut umur) pada balita dari 36.8 persen menjadi 35.6 persen.

Terkait dengan masalah gizi penduduk adalah masalah asupan makanan yang tidak seimbang. Pada sasaran pembangunan milenium (MDGs) ke 1, indikator yang digunakan adalah persentase penduduk yang mengkonsumsi energi di bawah kebutuhan minimal (<70 persen). Riskesdas 2010 mengumpulkan konsumsi individu yang hasilnya dapat digunakan untuk menilai kejadian defisit energi pada individu yang bersangkutan. Provinsi Bali merupakan provinsi dengan penduduk yang mengkonsumsi energi <70 persen dengan persentase terendah dan persentase tertinggi adalah provinsi Sulawesi Barat.

Riskesdas 2010 juga menemukan provinsi Kepulauan Bangka Belitung mempunyai penduduk yang mengkonsumsi protein di bawah kebutuhan minimal dengan persentase terendah, sementara persentase tertinggi adalah provinsi Nusa Tenggara Timur.

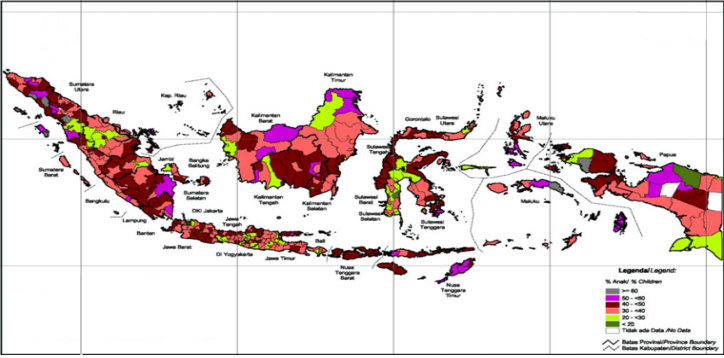
Gambar 7. Angka Prevalensi Kekurangan Gizi pada Balita Per Provinsi Tahun 2010



Sumber : Riskesdas 2010

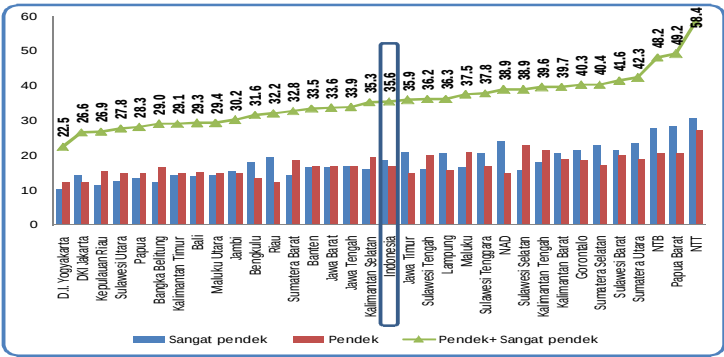
Walaupun penurunan prevalensi anak balita gizi kurang dan gizi buruk (**gambar 7**) cukup bermakna di beberapa provinsi, tetapi prevalensi anak balita pendek masih memprihatinkan. Prevalensi anak balita pendek masih cukup tinggi (**gambar 9**), walaupun sudah mengalami penurunan bila dibandingkan tahun 2007 (**gambar 8**).

Gambar 8. Prevalensi Pendek (TB/U) pada Anak 0-59 Bulan Menurut Kabupaten dan Kota, 2007



Sumber: Riskesdas 2007, diolah oleh WFP

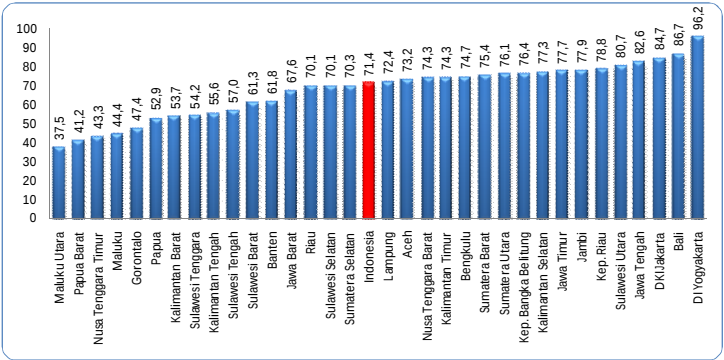
Gambar 9. Prevalensi Pendek (TB/U) pada Anak 0-59 Bulan Menurut Provinsi, 2010



Sumber: Riskesdas 2010

Intervensi kesehatan dan gizi perlu dilakukan pada bayi segera sesudah lahir untuk mengurangi kemungkinan kematian neonatal, terutama pada 48 jam pertama dan 7 hari pertama setelah dilahirkan. Peluang intervensi tersebut ada pada kunjungan pertama neonatus (KN1). Riskesdas 2010 menunjukkan kunjungan neonatus pada 6-48 jam pertama telah dilakukan pada 71.4 persen bayi yang dilahirkan, tertinggi 96.2 persen di DI Yogyakarta dan persentase terendah 37.5 persen di Maluku Utara (**gambar 10**).

Gambar 10. Persentase Bayi yang Melakukan Kunjungan Neonatus 6 – 48 Jam (KN1) Menurut Provinsi, 2010



Sumber: Riskesdas 2010

Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah dan Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintah antara Pusat, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten dan Kota, merupakan peluang dan sekaligus tantangan baru bagi perbaikan pangan dan gizi masyarakat di kabupaten dan kota. Berdasarkan peraturan perundangan tersebut, urusan pangan merupakan urusan wajib bagi daerah, sehingga memungkinkan penanganan masalah pangan dan gizi lebih terarah, spesifik, dan sesuai dengan kondisi setiap daerah. Dengan demikian pencapaian kesepakatan global maupun sasaran-sasaran yang telah ditetapkan dapat dipercepat. Namun demikian, mencermati perkembangan masalah dan upaya perbaikan, perubahan situasi administrasi ketatanegaraan tersebut merupakan tantangan baru. Kekhawatiran ini timbul didasarkan fakta bahwa perhatian pemerintah daerah terhadap upaya perbaikan gizi masih belum optimal, yang antara lain juga dipengaruhi oleh kualitas sumber daya manusia dalam pengelolaan program pangan dan gizi. Oleh karena itu sesuai dengan kewenangan yang ada, diperlukan upaya-upaya sistematis agar kegiatan-kegiatan yang selama ini telah dijalankan dengan baik dapat diteruskan, sebaliknya untuk hal-hal yang belum berjalan baik diperlukan upaya-upaya inovatif dan kegiatan yang lebih intensif.

Tanggung jawab implementasi berbagai intervensi gizi di tingkat masyarakat ada di sektor kesehatan sehingga melemahkan koordinasi satuan kerja perangkat daerah (SKPD) pada implementasi kegiatan perbaikan gizi yang seharusnya terpadu (*Landscape Analysis on Nutrition*, 2010). Walaupun intervensi gizi merupakan salah satu dari enam pelayanan kesehatan dasar yang diadopsi pemerintah Indonesia sejalan dengan Deklarasi Alma Ata tahun 1978, sekarang ini konsep PHC tidak diimplementasikan dengan konsekuen oleh pusat kesehatan masyarakat (puskesmas), berakibat menurunnya bimbingan teknis pada posyandu.

Untuk mencapai sasaran perbaikan gizi (baik sasaran global maupun nasional) diperlukan kebijakan, strategi dan program yang terarah, terpadu mulai dari tingkat pusat sampai tingkat daerah, didukung dengan peningkatan kualitas sumber daya manusia di bidang kesehatan dan gizi serta penelitian dan pengembangan yang menghasilkan pilihan kebijakan berdasar bukti.

Masalah pangan dan gizi bersifat multi dimensi, multi sektor atau bidang dan multi disiplin karena itu perlu ditangani secara terpadu

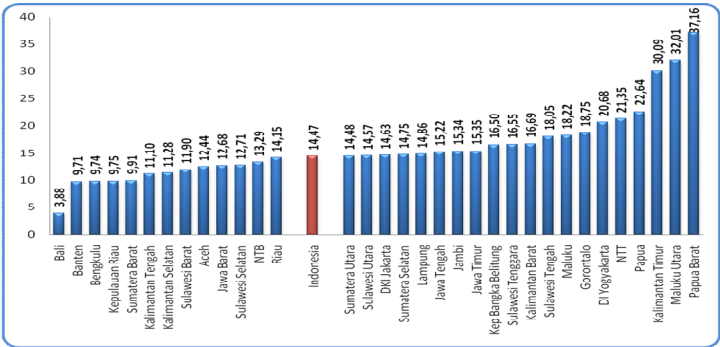
dan terkoordinasi. Hampir di semua negara yang telah mengaitkan pangan dan gizi sebagai hak asasi manusia mempunyai badan pangan dan gizi masyarakat. Di negara-negara yang telah mengadopsi desentralisasi pemerintahan, kedudukan lembaga pangan dan gizi semakin penting untuk menyelaraskan kebijakan, strategi, perencanaan, pemantauan, dan evaluasi agar sasaran yang telah ditetapkan dapat dicapai. Selain itu, standarisasi dan lisensi tenaga yang bekerja dalam lingkup gizi diawasi ketat oleh suatu badan nasional untuk menjaga profesionalisme. Badan pangan dan gizi masyarakat juga mempunyai tugas penelitian dan pengembangan gizi yang memerlukan riset berkelanjutan mulai dari penelitian gizi seluler atau biologi sampai gizi terapan.

Disparitas kemiskinan menurut provinsi perlu diantisipasi dengan strategi penanggulangan yang berbeda dan dilaksanakan secara intensif oleh semua sektor secara terpadu dan berkesinambungan mengarah pada pemberdayaan masyarakat sehingga mereka dapat mengentaskan diri dan keluarganya dari kemiskinan dengan fasilitasi pemerintah.

Di negara-negara yang menjunjung tinggi penerapan HAM, pemenuhan kebutuhan pangan dan gizi adalah hak asasi manusia (HAM). Di Indonesia Undang-Undang Nomor 7 Tahun 1996 tentang Pangan dengan tegas memposisikan pangan sebagai kebutuhan dasar manusia dan harus selalu tersedia bagi setiap rumah tangga dalam jumlah dan mutu yang cukup, aman, terjangkau. Selanjutnya, Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2005 tentang Pengesahan Kovenan Internasional tentang Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya semakin jelas mengatur HAM, yaitu hak setiap orang atas standar kehidupan yang layak baginya dan keluarganya atas pangan dan setiap orang harus bebas dari kelaparan.

Disparitas penduduk sangat rawan pangan (asupan kalori <70 persen AKG = 1.400 Kkal/orang/hari) menurut provinsi pada tahun 2009 dapat dilihat pada **gambar 11** berikut:

Gambar 11. Disparitas Penduduk Sangat Rawan Pangan Menurut Provinsi, 2009



Sumber: Susenas 2009

Kondisi industri pengolahan pangan baik industri pangan besar, menengah dan kecil serta industri rumah tangga tahun 2006-2010, secara nyata menunjukkan adanya perbedaan, namun masih membutuhkan perbaikan, terutama sarana produksi industri rumah tangga (PIRT). Khusus untuk peningkatan kondisi sarana PIRT, partisipasi pemerintah propinsi, kabupaten dan kota sangat diperlukan, karena industri pangan kategori ini sertifikasi produknya diberikan oleh pemerintah daerah setempat. Di daerah masih banyak ditemukan industri pengolahan pangan tidak terdaftar, sehingga diperlukan adanya pemberdayaan pemerintah provinsi, kabupaten dan kota sehingga sarana produksi tersebut memperoleh sertifikat PIRT melalui penyuluhan.

Berdasarkan data asupan kalori menurut Susenas 2009 dan data prevalensi pendek anak balita hasil Riskesdas 2010, selanjutnya provinsi dapat diklasifikasikan seperti dalam **tabel 2**.

Tabel 2. Stratifikasi Provinsi Berdasarkan Tingkat Prevalensi Anak Balita Pendek dan Proporsi Penduduk Sangat Rawan Pangan

Status	Proporsi Penduduk Sangat Rawan Pangan $\leq 14,47$ persen	Proporsi Penduduk Sangat Rawan Pangan $> 14,47$ persen
Persentase Pendek pada Anak Balita ≤ 32 persen	<u>Strata 1</u> 1. Kepulauan Riau, 2. Bengkulu, dan 3. Bali.	<u>Strata 2</u> 1. Bangka Belitung, 2. Jambi, 3. Kalimantan Timur, 4. DI Yogyakarta, 5. DKI Jakarta, 6. Sulawesi Utara, 7. Maluku Utara, dan 8. Papua.
	<u>Strata 3</u> 1. Aceh, 2. Sumatera Barat, 3. Riau, 4. Kalimantan Tengah, 5. Kalimantan Selatan, 6. Banten, 7. Jawa Barat, 8. Sulawesi Selatan, 9. Sulawesi Barat, dan 10. Nusa Tenggara Barat.	<u>Strata 4</u> 1. Sumatera Utara, 2. Sumatera Selatan, 3. Lampung, 4. Kalimantan Barat, 5. Jawa Tengah, 6. Jawa Timur, 7. Gorontalo, 8. Sulawesi Tengah, 9. Sulawesi Tenggara, 10. Nusa Tenggara Timur, 11. Maluku, dan 12. Papua Barat.

Sumber : - Data anak balita yang pendek berasal dari Riskesdas 2010
 - Data proporsi penduduk sangat rawan pangan berasal dari Susenas 2009

Catatan : Kondisi sangat rawan pangan adalah tingkat konsumsi energi rata-rata dibawah 1.400 Kkal/hari

IV. RENCANA AKSI

Negara-negara yang tergabung dalam PBB dalam sidang tahun 2010 telah sepakat bahwa untuk mencapai tujuan MDG1, percepatan dan kelestarian pencapaian tujuan pembangunan pangan dan gizi perlu difokuskan pada upaya-upaya sebagai berikut:

1. Peningkatan produktivitas dan kualitas hasil pertanian secara simultan akan berdampak tidak saja pada penurunan kelaparan tetapi juga pada penurunan kematian ibu dan anak melalui perbaikan gizi, serta tingginya pendapatan keluarga dan pertumbuhan ekonomi. Terkait dengan upaya ini petani penggarap perlu akses langsung pada pupuk, bibit unggul, peralatan pertanian, irigasi air setempat dan lumbung pasca panen.
2. Ketahanan pangan diarahkan pada pemerataan akses pada pangan yang beragam mengacu pada konsumsi makanan lokal dan kebutuhan gizi yang berbeda pada setiap kelompok masyarakat. Wilayah sangat rawan dan pangan mendapat prioritas utama untuk distribusi pangan termasuk makanan pendamping ASI bagi keluarga miskin dan distribusi makanan fortifikasi.
3. Paket intervensi dengan pendekatan pelayanan berkelanjutan difokuskan pada ibu pra-hamil, ibu hamil, bayi dan anak baduta.
4. Implementasi program standar emas makanan bayi dengan inisiasi menyusu dini, pemberian ASI eksklusif sampai usia bayi 6 bulan, pemberian makanan pendamping ASI secara bertahap dari makanan keluarga dan ASI dilanjutkan hingga anak berusia 2 tahun, baik pada kondisi stabil maupun dalam keadaan darurat akibat bencana.

Mengacu pada kesepakatan global tersebut, kebijakan dan strategi pangan dan gizi nasional untuk periode 2011-2015 dirumuskan sebagai berikut.

A. Tujuan

1. Menurunnya prevalensi gizi kurang anak balita menjadi 15,5 persen,
2. Menurunnya prevalensi pendek pada anak balita menjadi 32 persen, dan

3. Tercapainya konsumsi pangan dengan asupan kalori 2.000 Kkal/orang/hari.

B. Kebijakan dan Strategi Pangan dan Gizi Nasional

Penanganan masalah gizi memerlukan upaya komprehensif dan terkoordinasi, mulai proses produksi pangan beragam, pengolahan, distribusi hingga konsumsi yang cukup nilai gizinya dan aman dikonsumsi. Oleh karena itu kerjasama lintas bidang dan lintas program terutama pertanian, perdagangan, perindustrian, transportasi, pendidikan, agama, kependudukan, perlindungan anak, ekonomi, kesehatan, pengawasan pangan dan budaya sangat penting dalam rangka sinkronisasi dan integrasi kebijakan perbaikan status gizi masyarakat.

Kesepakatan yang telah dicapai pada beberapa pertemuan di tingkat dunia untuk mempercepat pencapaian MDGs telah direspons dengan komitmen nasional untuk menyediakan sumber daya terutama untuk sektor prioritas seperti pendidikan dan kesehatan, penambahan lapangan kerja dan mengurangi kesenjangan antara keluarga kaya dan keluarga miskin melalui program distribusi pangan keluarga miskin, program keluarga harapan, program memandirikan masyarakat dan pemberian subsidi kebutuhan pokok untuk masyarakat miskin.

Kebijakan

Peningkatan status gizi masyarakat terutama ibu dan anak melalui ketersediaan, akses, konsumsi dan keamanan pangan, perilaku hidup bersih dan sehat termasuk sadar gizi, sejalan dengan penguatan mekanisme koordinasi lintas bidang dan lintas program serta kemitraan.

Strategi

1. **Perbaikan gizi masyarakat**, terutama pada ibu pra-hamil, ibu hamil dan anak melalui peningkatan ketersediaan dan jangkauan pelayanan kesehatan berkelanjutan difokuskan pada intervensi gizi efektif pada ibu pra-hamil, ibu hamil, bayi, dan anak baduta.
2. **Peningkatan aksesibilitas pangan** yang beragam melalui peningkatan ketersediaan dan aksesibilitas pangan yang difokuskan pada keluarga rawan pangan dan miskin.

3. **Peningkatan pengawasan mutu dan keamanan pangan** melalui peningkatan pengawasan keamanan pangan yang difokuskan pada makanan jajanan yang memenuhi syarat dan produk industri rumah tangga (PIRT) tersertifikasi.
4. **Peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)** melalui peningkatan pemberdayaan masyarakat dan peran pimpinan formal serta non formal terutama dalam perubahan perilaku atau budaya konsumsi pangan yang difokuskan pada penganeekaragaman konsumsi pangan berbasis sumber daya lokal, perilaku hidup bersih dan sehat, serta merevitalisasi posyandu.
5. **Penguatan kelembagaan pangan dan gizi** melalui penguatan kelembagaan pangan dan gizi di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten dan kota yang mempunyai kewenangan merumuskan kebijakan dan program bidang pangan dan gizi, termasuk sumber daya serta penelitian dan pengembangan.

C. Kebijakan dan Strategi Pangan dan Gizi Provinsi

Berdasarkan disparitas tingkat kemiskinan, status gizi anak balita dan asupan kalori yang memenuhi angka kecukupan gizi di tingkat provinsi, maka perlu dilakukan stratifikasi provinsi berdasarkan indikator-indikator tersebut untuk menyusun kebijakan dan strategi yang tajam bagi setiap kelompok strata sesuai dengan permasalahan yang dihadapi wilayah tersebut. Dalam menetapkan kegiatan perlu mengacu pada RPJMN 2010-2014 dan RPJMD setiap sektor terkait dengan penekanan pada aksi yang mempunyai daya ungkit tinggi pada pencapaian MDGs terutama solusi menghadapi tantangan sosial budaya setempat dan sistem pangan dan gizi yang ada. Dengan demikian diharapkan semua kegiatan akan berkelanjutan dan mempunyai dampak yang bermakna pada penurunan gizi kurang dan pendek pada anak balita dan masalah rendahnya asupan kalori penduduk di daerah tersebut.

Disarankan setiap provinsi juga melakukan stratifikasi kabupaten dan kota berdasarkan indikator pencapaian MDGs untuk memudahkan listing indikator kinerja utama yang memandu kegiatan inovatif yang terfokus pada prioritas masalah.

Tabel 3. Intervensi Strategi 5 Pilar dengan Stratifikasi Provinsi

Stratifikasi Provinsi	Strategi 5 Pilar Rencana Aksi				
	Gizi Masyarakat	Aksesibilitas Pangan	Mutu dan Keamanan Pangan	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat	Kelembagaan Pangan dan Gizi
Strata 1	X	X	X	X	X
Strata 2	XX	XXX	XX	XX	XX
Strata 3	XXX	XX	XX	XXX	XX
Strata 4	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX

Keterangan: Jumlah “x” menunjukkan tingkat intensitas intervensi yang dilakukan

Selanjutnya dengan mengacu pada analisis regional, intensitas intervensi kebijakan dan strategi pangan dan gizi dapat dikategorikan dalam **tabel 3**. Matrikss ini menggambarkan penerapan strategi 5 pilar pembangunan pangan dan gizi pada semua strata provinsi dengan tingkat intensitas yang berbeda.

Berikut kebijakan, strategi, dan nama provinsi dari masing-masing strata:

- Strata 1: Provinsi dengan Prevalensi Pendek pada Anak Balita ≤ 32 persen dan Proporsi Jumlah Penduduk dengan Rata-rata Asupan Kalori < 1.400 Kkal/orang/hari sebesar $\leq 14,47$ persen**

Kebijakan: Melanjutkan penurunan prevalensi kurang gizi pada ibu dan anak dan mempertahankan tingkat konsumsi masyarakat, agar berkontribusi terhadap percepatan pencapaian MDGs 1, 4, 5 dan 6.

Strategi:

- Peningkatan aksesibilitas pangan** dengan mengembangkan pemetaan kabupaten dan kota berdasarkan indikator prevalensi pendek anak balita dan asupan kalori < 1.400 Kkal/orang/hari untuk prioritas penanganan wilayah.
- Penguatan kelembagaan pangan dan gizi** dengan harmonisasi Rencana Aksi Pangan dan Gizi di tingkat kabupaten dan kota untuk mencapai target MDGs.
- Peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)** melalui peningkatan akses informasi dan edukasi tentang PHBS bidang pangan dan gizi kepada individu, keluarga, dan

masyarakat terutama untuk menanggulangi gizi lebih dan penyakit tidak menular terkait gizi.

- d. **Peningkatan pengawasan mutu dan keamanan pangan** dengan menjaga mutu dan keamanan pangan termasuk makanan jajanan, produk industri rumah tangga (PIRT), dan air minum
- e. **Perbaikan gizi masyarakat** dengan mengukur panjang/tinggi badan semua anak baduta setiap 6 bulan selama bulan distribusi kapsul vitamin A.

Provinsi: Kepulauan Riau, Bengkulu, dan Bali.

2. Strata 2: Provinsi dengan Prevalensi Pendek pada Anak Balita $\leq$ 32 persen dan Proporsi Jumlah Penduduk dengan Rata-rata Asupan Kalori < 1.400 Kkal/orang/hari sebesar $> 14,47$ persen

Kebijakan: Melanjutkan penurunan prevalensi kurang gizi pada ibu dan anak dan meningkatkan tingkat konsumsi masyarakat terutama di daerah sangat rawan pangan.

Strategi:

- a. **Penguatan kelembagaan pangan dan gizi** dengan meningkatkan sumber daya termasuk anggaran dan SDM bidang pangan.
- b. **Peningkatan aksesibilitas pangan** dengan: (i) meningkatkan aksesibilitas pangan beragam untuk memenuhi asupan kalori minimal 2000 Kkal/orang/hari terutama bagi rumah tangga miskin, daerah terpencil dan daerah perbatasan dan (ii) mempercepat penganekaragaman konsumsi pangan berbasis sumber daya lokal yang bermutu dan aman.
- c. **Peningkatan pengawasan mutu dan keamanan pangan** dengan meningkatkan kesadaran tentang keamanan pangan
- d. **Peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)** dengan meningkatkan pemberdayaan masyarakat untuk mencapai kemandirian keluarga khususnya remaja dan perempuan dalam berperilaku hidup bersih dan sehat termasuk sadar gizi
- e. **Perbaikan gizi masyarakat** dengan memfokuskan pelayanan berkelanjutan pada ibu pra-hamil, ibu hamil dan anak baduta dengan intervensi paket pelayanan kesehatan dan gizi.

Provinsi: Bangka Belitung, Jambi, Kalimantan Timur, DI Yogyakarta, DKI Jakarta Raya, Sulawesi Utara, Maluku Utara dan Papua.

3. Strata 3: Provinsi dengan Prevalensi Pendek pada Anak Balita > 32 persen dan Proporsi Jumlah Penduduk dengan Rata-rata Asupan Kalori < 1.400 Kkal/orang/hari sebesar $\leq$ 14,47 persen

Kebijakan: Mempercepat penurunan prevalensi kurang gizi pada ibu dan anak dan mempertahankan tingkat konsumsi masyarakat untuk mencapai asupan kalori 2000 Kkal/orang/hari.

Strategi:

- a. **Penguatan kelembagaan pangan dan gizi** dengan (i) mengembangkan peta SDM terkait gizi termasuk D3 gizi dan petugas kesehatan lain untuk identifikasi kesenjangan deskripsi pekerjaan dan kompetensi petugas dan (ii) menjamin implementasi SPM bidang kesehatan dan bidang pangan.
- b. **Perbaiki gizi masyarakat** dengan mengembangkan kebijakan dan strategi untuk kegiatan aksi yang menjangkau semua perempuan pra-hamil dan ibu hamil dengan paket pelayanan kesehatan reproduksi dan gizi, termasuk program penanggulangan WUS KEK dan anemia, dan peningkatan program keluarga berencana serta dengan mendorong pengembangan dan penerapan kebijakan sehat terkait pangan dan gizi termasuk pemberian ASI Eksklusif (0-6 bulan) dan makanan pendamping ASI (6-24 bulan) berbasis sumberdaya pangan lokal, pemasaran makanan formula untuk anak, dan konsumsi garam beryodium
- c. **Peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)** dengan mengutakan gerakan pemberdayaan masyarakat untuk mendukung PHBS bidang pangan dan gizi melalui peningkatan kemitraan lintas sektor, swasta, dan peran serta organisasi sosial kemasyarakatan
- d. **Peningkatan pengawasan mutu dan keamanan pangan** dengan meningkatkan kesadaran tentang keamanan pangan
- e. **Peningkatan aksesibilitas pangan** dengan mengembangkan pemetaan kabupaten dan kota berdasarkan indikator prevalensi pendek anak balita dan asupan kalori < 1.400 Kkal/orang/hari untuk prioritas penanganan wilayah.

Provinsi: Aceh, Sumatera Barat, Riau, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, Banten, Jawa Barat, Sulawesi Selatan, Sulawesi Barat, dan Nusa Tenggara Barat.

4. Strata 4: Provinsi dengan Prevalensi Pendek pada Anak Balita > 32 persen dan Proporsi Jumlah Penduduk dengan Rata-rata Asupan Kalori < 1.400 Kkal/orang/hari sebesar > 14,47 persen

Kebijakan: Mempercepat penurunan prevalensi gizi kurang pada ibu dan anak dan peningkatan ketersediaan dan aksesibilitas pangan yang beragam untuk memenuhi kebutuhan konsumsi masyarakat.

Strategi:

- a. **Penguatan kelembagaan pangan dan gizi** dengan (i) meningkatkan kemitraan dan kerjasama multi-sektor dalam badan pangan dan gizi tingkat provinsi yang efektif dan badan yang bersifat paralel di tingkat kabupaten dan kota, (ii) memantau dengan intensif implementasi program terkait dengan pengentasan kemiskinan termasuk meningkatkan anggaran yang mampu mengungkit kinerja utama kabupaten dan kota, (iii) pemutakhiran deskripsi pekerjaan untuk SDM terkait pangan dan gizi di semua tingkat (provinsi, kabupaten dan kota, kecamatan dan desa/kelurahan) untuk memenuhi kebutuhan tenaga sesuai dengan arah program pangan dan gizi, termasuk memberikan insentif kepada petugas yang bekerja di area penduduk yang tak terlayani, dan (iv) peningkatan advokasi dan sosialisasi pengembangan kebijakan sehat mendukung pangan dan gizi di semua jenjang administrasi.
- b. **Perbaikan gizi masyarakat** dengan meningkatkan ketersediaan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan berkelanjutan pada ibu dan anak sejak janin dalam kandungan, persalinan, neonatal, bayi dan anak baduta dengan paket intervensi gizi efektif.
- c. **Peningkatan aksesibilitas pangan** dengan meningkatkan aksesibilitas pangan yang beragam, aman, dan bergizi seimbang untuk memenuhi asupan kalori minimal 2.000 Kkal/orang/hari terutama bagi rumah tangga miskin, daerah terpencil dan daerah perbatasan.

- d. **Peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)** dengan meningkatkan pemberdayaan perempuan dan keluarga dalam menerapkan PHBS termasuk sadar gizi.
- e. **Peningkatan pengawasan mutu dan keamanan pangan** dengan meningkatkan kesadaran tentang keamanan pangan

Provinsi: Sumatera Utara, Sumatera Selatan, Lampung, Kalimantan Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Gorontalo, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Nusa Tenggara Timur, Maluku, dan Papua Barat.

Berdasarkan analisis situasi pangan dan gizi pada tingkat nasional maupun regional, serta perumusan kebijakan dan strategi pangan dan gizi tingkat nasional dan provinsi, maka disusun matriks rencana aksi pangan dan gizi yang berisikan tentang program dan kegiatan, indikator, serta target tahunan beserta alokasi anggaran indikatif dari berbagai sektor yang akan terlibat dalam implementasi rencana aksi di tingkat nasional yaitu Kementerian Kesehatan, Kementerian Pertanian, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Pendidikan Nasional, Kementerian PPN/Bappenas, dan Badan POM. Penyusunan program dan kegiatan didasarkan atas pendekatan 5 pilar pangan dan gizi yaitu gizi masyarakat, aksesibilitas pangan, mutu dan keamanan pangan, perilaku hidup bersih dan sehat, serta kelembagaan pangan dan gizi. Secara rinci, rencana aksi nasional pangan dan gizi pada matriks rencana aksi pada Bab V.

V. MATRIKS RENCANA AKSI NASIONAL PANGAN DAN GIZI

No.	Program/ Kegiatan	Indikator	Target						Alokasi Anggaran (Rp Milyar)					Sumber Pendanaan	Pelak sana
			Baseline	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015		
GIZI MASYARAKAT															
1	Peningkatan Pembinaan Gizi Masyarakat	1.Persentase balita gizi buruk dirawat sesuai standar	100	100	100	100	100	100	536,0	564,0	643,0	66,0	-	APBN	Kemenkes
		2.Persentase bayi usia 0-6 bulan mendapat ASI Eksklusif	61,3	65	67	70	75	80							
		3.Cakupan rumah tangga yang mengkonsumsi garam beryodium	62,3	75	77	80	85	90							
		4.Persentase balita 6-59 bulan mendapat kapsul vitamin A	75	75	78	80	83	85							
		5.Persentase kabupaten dan kota yang melaksanakan surveilans gizi	100	100	100	100	100	100							
		6.Persentase penyediaan bufferstock MP-ASI untuk daerah bencana	100	100	100	100	100	100							
		7.Jumlah (persentase) Puskesmas dengan tenaga terlatih Tatalaksana Anak Gizi Buruk	829 (10 persen)	1.986 (34 persen)	1.975 (58 persen)	1.975 (82 persen)	1.472 (100 persen)								
		8.Jumlah (persentase) RSUD dengan tenaga terlatih Tatalaksana Anak Gizi Buruk	249 (50 persen)	65 (63 persen)	65 (77 persen)	65 (90 persen)	51 (100 persen)								
		9.Persentase balita ditimbang di Posyandu (D/S)	65	70	75	80	85	85							
		10.Persentase Puskesmas memiliki tenaga terlatih pemantauan pertumbuhan		60	75	80	90	100							
		11.Persentase Pembinaan kader di Posyandu	35	40	70	100	100	100							

No.	Program/ Kegiatan	Indikator	Target						Alokasi Anggaran (Rp Milyar)					Sumber Pendanaan	Pelak sana
			Baseline	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015		
		12.Persentase Puskesmas memiliki konselor menyusui	20	25	43	61	80	100							
		13.Persentase Puskesmas membina kelompok pendukung ASI	100	100	100	100	100	100							
2	Peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak	1. Persentase ibu hamil mendapat tablet Fe 90 tablet		74	78	80	81	85	490,0	520,0	537,0	547,0	-	APBN	
		2. Persentase ibu hamil KEK mendapat PMT		120 ribu	122 Ribu	124 Ribu	126 ribu	126 ribu							
		3. Persentase bayi 6-12 bulan dan anak 1-5 tahun mendapat kapsul vitamin		78	80	83	85	85							
		4. Persentase Kunjungan Ibu Hamil ke-4 (K4)	61,4 (Risksdas 2010)	88	90	93	95								
		5. Persentase Kunjungan Neonatal Pertama (KN1)	61,3 (Risksdas 2010)	86	88	89	90								
AKSESIBILITAS PANGAN															
1	Pengembangan Ketersediaan Pangan	1. Jumlah Desa Mandiri Pangan yang dikembangkan		2.550 Desa	3.350 Desa	4.150 Desa	5.000 Desa		192,24	198,36	206,16	214,24	-	APBN	Kementan
		2. Jumlah lumbung pangan yang dikembangkan di daerah rawan pangan		700	800	900	1.000								
		3. Penanganan daerah rawan pangan		400 Kab. dan Kota	425 Kab. dan Kota	450 Kab. dan Kota	450 Kab. dan Kota								
		4. Ketersediaan data rawan pangan		33 Prov.	33 Prov.	33 Prov.	33 Prov.	33 Prov.							
		5. Pemantauan dan pemantapan ketersediaan dan kerawanan pangan (Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi)		33 Prov.	33 Prov.	33 Prov.	33 Prov.	33 Prov.							
2	Pengembangan Sistem Distribusi dan Stabilitas	1. Lembaga Distribusi Pangan Masyarakat (LDPM) di daerah produsen pangan		900 Gap	1.250 Gap	1.500 Gap	1.750 Gap		136,73	143,31	149,80	156,29	-	APBN	Kementan

No.	Program/ Kegiatan	Indikator	Target						Alokasi Anggaran (Rp Milyar)					Sumber Pendanaan	Pelak sana
			Baseline	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015		
	Harga Pangan	2. Tersedianya data dan informasi tentang distribusi, harga dan akses pangan		33 Prov.	33 Prov.	33 Prov.	33 Prov.	33 Prov.							
		3. Terlaksananya pemantauan dan pemantapan distribusi, harga dan akses pangan		33 Prov.	33 Prov.	33 Prov.	33 Prov.	33 Prov.							
3	Pengembangan Penganekaragaman Konsumsi Pangan dan Peningkatan Keamanan Pangan Segar	1. Jumlah desa P2KP (Percepatan Penganekaragaman Konsumsi Pangan)		4.000 Desa	6.000 Desa	8.000 Desa	10.000 Desa		203,00	259,53	332,02	406,37		APBN	Kementan
		2. Jumlah prov/kab. dan kota yang melaksanakan promosi penganekaragaman konsumsi pangan dan keamanan pangan		33 Prov./ 400 Kab. dan Kota	33 Prov./ 425 Kab. dan Kota	33 Prov./ 450 Kab. dan Kota	33 Prov./ 450 Kab. dan Kota								
		3. Penyediaan tenaga/petugas lapangan seperti penyuluh (Pendamping P2KP)		4.000 Desa	6.000 Desa	8.000 Desa	10.000 Desa								
		4. Jumlah provinsi dan kab. dan kota yang melakukan penanganan Keamanan Pangan segar tingkat produsen dan konsumen		33 Prov., 100 Kab. dan Kota	33 Prov., 150 Kab. dan Kota	33 Prov., 200 Kab. dan Kota	33 Prov., 250 Kab. dan Kota								
		5. Terlaksananya pemantauan dan pemantapan penganekaragaman konsumsi pangan dan keamanan pangan (termasuk skor PPH dan tingkat konsumsi energi rata-rata penduduk)		33 Prov.	33 Prov.	33 Prov.	33 Prov.								
		6. Tersedianya data dan informasi tentang pola konsumsi penganekaragaman dan keamanan pangan		33 Prov.	33 Prov.	33 Prov.	33 Prov.								

No.	Program/ Kegiatan	Indikator	Target					Alokasi Anggaran (Rp Milyar)					Sumber Pendanaan	Pelak sana	
			Baseline	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014			2015
4	Pengelolaan Produksi Tanaman Sereal	Luas areal penerapan budidaya sereal yang tepat dan berkelanjutan termasuk untuk bahan bakar nabati (ribu ha) :						475,68	477,08	507,57	571,56		APBN	Kementan	
		SL - PTT padi non hibrida (ribu ha)		2.200	2.300	2.400	2.500								
		SL - PTT padi hibrida (ribu ha)		228,98	300	400	500								
		SL - PTT Padi lahan kering (ribu ha)		350	400	450	500								
		SL - PTT Jagung hibrida (ribu ha)		206,73	200	225	250								
		Pengembangan peningkatan produksi gandum (ribu ha)		0,39	0,15	0,18	0,20								
		Pengembangan peningkatan produksi sorghum (ribu ha)		0,13	0,15	0,18	0,20								
5	Pengelolaan produksi tanaman aneka kacang dan umbi	Luas areal penerapan budidaya tanaman aneka kacang dan umbi yang tepat dan berkelanjutan termasuk untuk bahan bakar nabati (ribu ha) :						181,32	233,70	316,50	402,20		APBN	Kementan	
		SL-PTT kedelai (ribu ha)		300	350	425	500								
		SL - PTT kacang tanah (ribu ha)		100	150	200	200								
		SL - PTT kacang hijau (ribu ha)		10	20	20	25								
		PTT kacang hijau (ribu ha)		-	-	-	-								
		PTT ubi kayu (ribu ha)		6,66	6,56	6,58	6,61								
		PTT ubi jalar (ribu ha)		10,05	10,35	10,76	11,20								
6	Peningkatan Produksi, Produktivitas Dan Mutu Produk Tanaman Buah Berkelanjutan (Prioritas Nasional dan Bidang)	PTT pangan lokal (ribu ha)		0,06	0,08	0,09	0,10		107,34	81,53	97,84	122,30		APBN	Kementan
		Pengembangan kawasan tanaman buah		5.778	5.700	5.700	5.800								
		Pengembangan registrasi kebun tanaman buah		720	800	825	900								
		Perbaikan mutu pengelolaan kebun tanaman buah		279	300	400	500								
		Perbaikan mutu pengelolaan pasca panen tanaman buah		84.156	80.000	80.000	80.000								
		Pengembangan registrasi packing house		10	5	5	5								
		Peningkatan jumlah kelembagaan usaha Tanaman Buah		304	300	300	300								
7	Peningkatan Produksi, Produktivitas Dan Mutu	Pengembangan kawasan tanaman sayuran dan tanaman obat		785	785	785	800		104,65	85,42	102,50	128,13		APBN	Kementan

No.	Program/ Kegiatan	Indikator	Target						Alokasi Anggaran (Rp Milyar)					Sumber Pendanaan	Pelak sana
			Baseline	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015		
	Produk Tanaman Sayuran dan Tan. Obat Berkelanjutan	Pengembangan registrasi lahan usaha tanaman sayuran dan tanaman obat		1.000	1.200	1.400	1.800								
		Perbaikan mutu pengelolaan kebun tanaman buah													
		Perbaikan mutu pengelolaan pasca panen tanaman sayuran dan tanaman obat		265	280	290	295								
		Pengembangan registrasi packing house		20	5	6	7								
		Peningkatan jumlah kelembagaan usaha tanaman sayuran dan tanaman obat		525	530	530	535								
8	Peningkatan Produksi, Produktivitas dan Mutu Tanaman Semusim	Peningkatan luas areal penanaman (ribu ha)							132,17	50,24	52,76	55,39		APBN	Kementan
		Swasembada Gula Nasional Tebu		572	632	692	767								
9	Peningkatan Produksi Ternak dengan Pendayagunaan Sumberdaya Lokal	Optimalisasi IB dan INKA (pkt)		828	910	1.001	1.101		345,61	403,85	456,89	521,27		APBN	Kementan
		Pengembangan agribisnis peternakan melalui LM3 (kelompok)		113	113	113	113								
		Pengembangan budidaya ternak Perah (kelompok)		49	59	71	85								
		Pengembangan budidaya kambing/domba (kelompok)		100	110	121	133								
		Pengembangan budidaya perunggasan (kelompok)		251	350	410	470								
		Pengembangan budidaya ternak non unggas (kelompok)		36	63	75	87								
10	Penyediaan Beras Bersubsidi (Raskin) untuk Rumah Tangga Sasaran (RTS)	Jumlah RTS penerima Raskin		17,5					15,27					APBN	Kemenko Kesra/Perum BULOG
11	Pengembangan dan Pengelolaan Perikanan Tangkap	Jumlah produksi perikanan tangkap (juta ton)		5,41	5,44	5,47	5,5			1.637,9	2.145,4	2.556,7		APBN	Kemen KP

No.	Program/ Kegiatan	Indikator	Target						Alokasi Anggaran (Rp Milyar)					Sumber Pendanaan	Pelak sana
			Baseline	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015		
12	Peningkatan Produksi Perikanan Budidaya	Volume produksi (juta ton)		6,85	9,42	13,02	16,89		683,2	865	1.058,6	1.208,0		APBN	Kemen KP
13	Peningkatan Daya Saing Produk Perikanan	Volume produk olahan hasil perikanan yang bernilai tambah dengan kemasan dan mutu terjamin (juta ton)		4,3	4,5	4,8	5,0							APBN	Kemen KP
		Jumlah rata-rata konsumsi ikan per kapita nasional (kg)		31,57	34,09	36,31	38,67								
14	Kegiatan Fasilitasi Penguatan dan Pengembangan Pemasaran Dalam Negeri Hasil Perikanan	Jumlah pelelangan ikan dan pasar ikan yang berfungsi sesuai standar		36 TPI; 7.000 pasar	54 TPI; 7.000 pasar	72 TPI; 7.000 pasar	91 TPI; 7.000 pasar		105,9	114,5	122,7	144,9		APBN	Kemen KP
		Jumlah lokasi pelaksanaan kegiatan GEMARIKAN (Gerakan Memasyarakatkan Makan Ikan)		33 provinsi	33 provinsi	33 provinsi	33 provinsi								
15	Kegiatan Penyuluhan Kelautan dan Perikanan	Jumlah kelompok potensi perikanan yang disuluh		400 kelompok di 50 kawasan	500 kelompok di 50 kawasan	600 kelompok di 50 kawasan	700 kelompok di 50 kawasan		60,6	91	119,5	141,9		APBN	Kemen KP
MUTU DAN KEAMANAN PANGAN															
1	Pengawasan Obat dan Makanan	Proporsi makanan yang memenuhi syarat		80	85	88	90	93	464,8	599	647	725	1.000	APBN	Badan POM
2	Pengawasan Produk dan Bahan Berbahaya	Persentase makanan yang mengandung cemaran bahan berbahaya/dilarang		20	15	12	10	8							
3	Inspeksi dan Sertifikasi Makanan	1. Persentase sarana produksi makanan MD yang memenuhi standar GMP yang terkini		55	60	65	70	75							
		2. Persentase sarana produksi makanan bayi dan anak yang memenuhi standar GMP yang terkini		25	40	60	80	85							

No.	Program/ Kegiatan	Indikator	Target						Alokasi Anggaran (Rp Milyar)					Sumber Pendanaan	Pelak sana
			Baseline	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015		
		3. Persentase sarana penjualan makanan yang memenuhi standar GRP/GDP		15	35	45	55	60							
4	Peningkatan jumlah dan kompetensi tenaga Penyuluh Keamanan Pangan (PKP) dan Pengawas Pangan Kabupaten / Kota (District Food Inspector)	Jumlah tenaga Penyuluh Keamanan Pangan (PKP) dan Pengawas Pangan Kabupaten / Kota (District Food Inspector)		600 tenaga PKP dan 600 tenaga DFI	1.350 tenaga PKP dan 1.350 tenaga DFI	1.350 tenaga PKP dan 1.350 tenaga DFI	1.350 tenaga PKP dan 1.350 tenaga DFI	1.350 tenaga PKP dan 1.350 tenaga DFI							
5	Bimbingan Teknis pada Industri Rumah Tangga Pangan (IRTP)	1. Jumlah Penyusunan Modul Penerapan Prinsip-prinsip Keamanan Pangan pada Proses Produksi di IRTP Berdasarkan jenis Produknya		60 Paket	140 Paket	140 Paket	140 Paket	120 Paket							
		2. Jumlah IRTP yang Dilatih dan Difasilitasi Penerapan Prinsip-prinsip Keamanan Pangan pada Proses Produksi di IRTP Berdasarkan jenis produknya		600 IRTP	1.725 IRTP	1.725 IRTP	1.725 IRTP	1.725 IRTP							
		3. Jumlah IRTP yang Dilatih dan Difasilitasi Disain dan Implementasi Cara Produksi Produk Pangan yang Baik (CPPB) pada Industri Rumah Tangga		450 IRTP	3.000 IRTP	3.000 IRTP	3.000 IRTP	3.000 IRTP							
		4. Monitoring dan Verifikasi Penerapan CPPB pada Industri Rumah Tangga		450 IRTP	3.000 IRTP	3.000 IRTP	3.000 IRTP	3.000 IRTP							

No.	Program/ Kegiatan	Indikator	Target						Alokasi Anggaran (Rp Milyar)					Sumber Pendanaan	Pelak sana
			Baseline	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015		
6	Bimbingan Teknis dan Monitoring pada Kantin Sekolah	1. Jumlah Kantin Sekolah yang Dilatih dan Difasilitasi Penerapan Prinsip-prinsip Keamanan Pangan di Kantin Sekolah		600 SD	4.500 SD	4.500 SD	4.500 SD	4.500 SD							
		2. Monitoring dan Verifikasi Pelaksanaan Bimtek pada Kantin Sekolah		600 SD	4.500 SD	4.500 SD	4.500 SD	4.500 SD							
PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT															
1	Pembinaan PHBS Pangan dan Gizi	Persentase rumah tangga melaksanakan PHBS	48,47	55	60	65	70	75	183,8	185,8	204,9	220,0		APBN	Kemenkes , Kementan , Kemendik nas, Kemenag & Kemenda gri
KELEMBAGAAN PANGAN DAN GIZI															
1	Peningkatan Kelembagaan Pangan dan Gizi di Daerah	1. Jumlah provinsi dan kabupaten dan kota yang mempunyai kelembagaan pangan dan gizi di daerah	33 Provinsi, 429 Kab. dan Kota	33 Provinsi, Jumlah Kab dan Kota meningkat	33 Provinsi, Jumlah Kab dan Kota meningkat	33 Provinsi, Jumlah Kab dan Kota meningkat	33 Provinsi, Jumlah Kab dan Kota meningkat	33 Provinsi, Jumlah Kab dan Kota meningkat						APBN, PHLN, dan swasta	Bappenas, Kemenkes , Kementan
		2. Jumlah tenaga kesehatan gizi di puskesmas		< 1 tenaga gizi / Puskesmas	< 1 tenaga gizi / puskesmas	< 1 tenaga gizi / puskesmas	< 1 tenaga gizi / Puskesmas	< 1 tenaga gizi / Puskesmas						APBN, PHLN, dan swasta	Bappenas, Kemenkes
		3. Jumlah kecamatan yang mempunyai tenaga PPL pertanian yang mengikuti pelatihan pangan dan gizi		4.000 Desa, 1.250 Kec.	6.000 Desa, 1.500 Kec.	8.000 Desa, 1.750 Kec.	10.000 Desa 2.000 Kec.							APBN, PHLN, dan swasta	Bappenas, Kemenkes
		4. Jumlah provinsi dan kabupaten dan kota yang mempunyai data tingkat konsumsi energi		33 Provinsi, Jumlah Kab. dan Kota meningkat	33 Provinsi, Jumlah Kab. dan Kota meningkat	33 Provinsi, Jumlah Kab. dan Kota meningkat	33 Provinsi, Jumlah Kab. dan Kota meningkat	33 Provinsi, Jumlah Kab. dan Kota meningkat						APBN, PHLN, dan swasta	Bappenas, Kemenkes , Kementan
		5. Jumlah provinsi yang memasukkan agenda penelitian pangan dan gizi		Meningkat	Meningkat	Meningkat	Meningkat	Meningkat							APBN, PHLN, dan swasta

No.	Program/ Kegiatan	Indikator	Target						Alokasi Anggaran (Rp Milyar)					Sumber Pendanaan	Pelak sana
			Baseline	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015		
		6. Jumlah penelitian mengenai zat gizi mikro pada tingkat nasional		Meningkat	Meningkat	Meningkat	Meningkat	Meningkat						APBN, PHLN, dan swasta	Bappenas, Kemenkes, Kementan
		7. Fortifikasi vitamin A pada minyak goreng		Uji coba	Voluntary dan penyusunan konsep	Voluntary dan penyusunan konsep	Voluntary dan penyusunan konsep	Mandatory dan SNI						APBN, PHLN, dan swasta	Bappenas, Kemenkes, Kemenpe rin
		8. Konsep Kebijakan Fortifikasi zat besi pada beras		Uji coba	Uji coba	Menyusun konsep	Voluntary	Voluntary						APBN, PHLN, dan swasta	Bappenas, Kementan
		9. Jumlah provinsi, kabupaten dan kota yang sudah memasukkan program pangan dan gizi pada RPJMD		33 Provinsi, Jumlah Kab. dan Kota meningkat	33 Provinsi, Jumlah Kab. dan Kota meningkat	33 Provinsi, Jumlah Kab. dan Kota meningkat	33 Provinsi, Jumlah Kab. dan Kota meningkat	33 Provinsi, Jumlah Kab. dan Kota meningkat						APBN, PHLN, dan swasta	Bappenas, Kemenkes, Kementan

- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2010. *Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia*.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2010. *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia*.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2007. *Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2006-2010*.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2009. *Rencana Pembangunan Jangka Menengah 2010-2014*.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2010. *Report on the Achievement of the Millennium Development Goals, Indonesia 2010*.
- Badan Pusat Statistik. 2003. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2002-2003*.
- Badan Pusat Statistik. 2007. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007*.
- Badan Pusat Statistik. 2007. *Survei Sosial dan Ekonomi Nasional 2007*.
- Badan Pusat Statistik. 2008. *Survei Sosial dan Ekonomi Nasional 2008*.
- Badan Pusat Statistik. 2009. *Survei Sosial dan Ekonomi Nasional 2009*.
- Badan Pusat Statistik. 2010. *Survei Sosial dan Ekonomi Nasional 2010*.
- Crookston, BT et al. 2010. *Impact of Early and Concurrent Stunting on Cognition. The Journal of Nutrition, Community and International Nutrition*.
- Husaini, MA, et al. 1984. *Evaluation of Nutritional Anemia Intervention Among Anemia Female Workers on A Tea Plantation. In: Iron Deficiency and Work Performance*. The Nutrition Foundation, Washington.

- Jalal, F. 2009. *Pengaruh Gizi dan Stimulasi Psikososial terhadap Pembentukan Kecerdasan Anak Usia Dini: Agenda Pelayanan Tumbuh Kembang Anak Holistik-Integratif*.
- James, et al. 2000. *The Journal of American Medical Association. Prevalence of Obesity, Diabetes, and Obesity-Related Health Risk Factors*.
- Kementerian Kesehatan R.I. 2006. *Studi Gizi Mikro*.
- Kementerian Kesehatan R.I. 2007. *Riset Kesehatan Dasar 2007*.
- Kementerian Kesehatan R.I. 2010. *Riset Kesehatan Dasar 2010*.
- Kementerian Kesehatan R.I. 2010. *Rencana Aksi Pembinaan Gizi Masyarakat 2010-2014*.
- Kementerian Kesehatan R.I. 2010. *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu*.
- Kementerian Kesehatan dan Unicef. 2010. *Landscape Analysis on Nutrition Programme and Related Programmes*. Indonesian Country Assessment. 2010.
- Kramer M. 2003. *Int J Epidemiol* 2003;32:96-98. *Breastfeeding and Child Health, Growth, and Survival*.
- Monteiro et al, *Bulletin WHO*, 2010; 88: 305-311. *Narrowing Socioeconomic Inequality in Child Stunting: The Brazilian Experience, 1974-2007*.
- Oddy, WH et al. 2009. *The Long-term Effects of Breastfeeding on Child and Adolescent Mental Health: A Pregnancy Cohort Study Followed for 14 Years. The Journal of Paediatrics*.
- Soemantri, AG. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1989; 50:698-702.
- Tarwotjo, et al. *Determinants of Community-based Coverage: Periodic Vitamin A Supplementation*. Aceh Study Group. *American Journal of Public Health*. 1989 July; 79(7): 847-849.
- Thaha, AR et al. 2010. *A Study of the Quality Assurance System for Nutritionist Education in Indonesia*.
- The Lancet. 2008. *Maternal and Child Undernutrition: Global and Regional Exposures and Health Consequences*.
- The Lancet, 37: 340-357. *Maternal and Child Undernutrition: Consequences for adult health and human capital*.

- Titaley CR et al, 2009. *Iron and Folic Acid Supplements and Reduced Early Neonatal Deaths in Indonesia*. Bulletin WHO. 2010: 88 (7): 500-8
- United Nations System Standing Committee on Nutrition. SCN News no 36, 2008. *Accelerating the Reduction of Maternal and Child Undernutrition*.
- United Nations Development Programme (UNDP). 2010. *Human Development Report 2010. The Real Wealth of Nations: Pathway to Human Development*.
- United Nations General Assembly. 2010. *Sixty-fourth Session. Keeping the Promise: a Forward-looking Review to Promote an Agreed Action Agenda to Achieve the Millennium Development Goals by 2015*.
- World Bank. 2006. *Repositioning Nutrition as Central to Development: A Strategy for Large-Scale Action*.
- World Economic Forum. September 2010. *The Global Competitiveness Report 2010-2011*.
- World Health Organization. 2005. *WHO Child Growth Standard*.
- World Health Organization. 2008. *The Global Nutrition Challenge: Getting a Healthy Start*. The Pacific Health Summit.

PERKEMBANGAN KETERSEDIAAN PANGAN PENTING

Komoditas	Tahun						Pertumbuhan (%) '05-'10	Pertumbuhan (%) '09-'10
	2005	2006	2007	2008	2009	2010		
Padi (Gabah)	30.663	30.841	32.371	34.166	36.207	37.096	3,9	2,46
Jagung	11.039	10.234	11.709	14.379	15.536	15.725	7,84	1,22
Kedelai	731	677	538	704	884	821	4,29	-7,13
Gula Putih	2.221	2.284	2.424	2.677	2.823	2.620	3,54	-7,19
Daging Sapi	255	282	242	279	288	310	4,48	7,61
Kc. Tanah	763	765	717	700	707	708	-1,44	0,23
Ubi Kayu	18.523	19.161	19.163	20.858	21.129	22.140	3,68	4,78
Ubi jalar	1.634	1.632	166	1.656	1.811	1.813	2,16	0,11
Sayur	8.738	9.146	9.077	9.634	10.203	10.230	3,24	0,26
Buah-Buahan	14.232	15.565	16.475	17.352	17.954	18.391	5,29	2,43
M. Goreng (Sawit)	7.906	11.564	11.773	11.690	12.424	13.226	12,02	6,46
Daging Ayam	620	694	714	744	749	829	6,07	10,78
Telur	953	1.098	126	1.221	1.295	1.267	6,16	-2,22
Susu	452	520	479	545	568	782	12,58	37,59

Sumber: Data diolah Kementerian Pertanian, 2010

PERKEMBANGAN PRODUKSI PANGAN PENTING

Komoditas	Tahun						Pertumbuhan (%) '05-'10	Pertumbuhan (%) '09-'10
	2005	2006	2007	2008	2009	2010		
Padi (Gabah)	54.141	54.455	57.157	60.326	64.339	65.981	4,06	2,46
Jagung	12.524	11.609	13.288	16.317	17.630	17.845	7,84	1,22
Kedelai	808	748	593	776	975	905	4,23	-7,13
Gula Putih	2.243	2.306	2.448	2.703	2.851	2.646	3,54	-7,19
Daging Sapi	359	396	339	393	405	435	4,48	7,61
Kc. Tanah	836	838	789	770	778	780	-1,36	0,23
Ubi Kayu	19.321	19.987	19.988	21.757	22.039	23.094	3,68	4,78
Ubi jalar	1.857	1.854	1.887	1.882	2.058	206	2,16	0,11
Sayur	9.102	9.527	9.455	10.035	10.628	10.656	3,24	0,26
Buah-Buahan	14.787	16.171	17.117	18.028	18.654	19.107	5,29	2,43
M. Goreng (Sawit)	8.099	11.487	12.061	11.976	12.728	13.550	12,02	6,46
Daging Ayam	1.126	1.260	1.296	1.350	1.359	1.505	6,07	10,78
Telur	1.052	1.204	1.382	1.324	1.405	1.379	5,87	-1,83
Susu	536	617	568	647	674	928	12,58	37,59

Sumber: Data diolah Kementerian Pertanian, 2010

NERACA KETERSEDIAAN DAN KEBUTUHAN PANGAN PENTING

Komoditas	Tahun 2009					Tahun 2010				
	Ketersediaan (000 Ton)	Kebutuhan (000 Ton)	Ketersediaan thd Kebutuhan (%)	Perimbangan		Ketersediaan (000 Ton)	Kebutuhan (000 Ton)	Ketersediaan thd Kebutuhan (%)	Perimbangan	
				Volume	(%)				Volume	(%)
Beras	36.207	32.195	112,5	4.012	11,06	37.096	32.586	113,8	4,51	12,16
Jagung	15.536	15.799	98,3	-264	-1,7	15.725	16.472	95,5	-747	-4,75
Kedelai	884	2.198	40,2	-1.314	-148,52	821	193	42,5	-1109	-135,02
Kc. Tanah	707	896	78,9	-189	-26,67	708	851	83,2	-143	-20,18
Ubi Kayu	21.129	21.175	99,8	-46	-0,22	2.214	23.043	96,1	-903	-4,08
Ubi Jalar	1.811	1.804	100,4	7	0,4	1.813	1.809	100,2	4	0,2
Sayur	10.203	10.686	95,5	-482	-4,73	10.230	10.546	97	-316	-3,09
Buah-Buahan	17.954	18.553	96,8	-598	-3,33	18.391	18.747	98,1	-357	-1,94
M.Goreng (Sawit)	12.424	5.699	218	6.725	54,13	13.226	10.319	128,2	2.908	21,98
Gula	2.823	4.216	67	-1.393	-49,35	262	3.603	72,7	-983	-37,52
Daging Sapi	288	355	81	-67	-23,4	310	359	86,2	-49	-15,95
Daging Ayam	749	1.007	74,4	-258	-34,5	829	1.019	81,4	-190	-22,89
Telur	1.296	2.056	63	-761	-58,7	1.267	2.081	60,9	-814	-64,28
Susu	568	1.954	29,1	-1.385	-243,71	782	1.859	42,1	-1077	-137,65

Sumber: Data diolah Kementerian Pertanian, 2010

TIM PENGARAH DAN PENYUNTING RENCANA AKSI NASIONAL PANGAN DAN GIZI TAHUN 2011-2015

Pengarah

1. Nina Sardjunani (Deputi Bidang SDM dan Kebudayaan, Kementerian PPN/Bappenas)
2. Endah Murniningtyas (Deputi Bidang SDA dan Lingkungan Hidup, Kementerian PPN/Bappenas)
3. Achmad Suryana (Kepala Badan Ketahanan Pangan, Kementerian Pertanian)
4. Budihardja (Direktur Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, Kementerian Kesehatan)
5. Roy. A. Sparringa (Deputi Bidang Pengawasan Keamanan Pangan dan Bahan Berbahaya, Badan POM)

Penyunting

1. Anna Winoto
2. Arif Haryana
3. Arum Atmawikarta
4. Bambang Sugiharto
5. Budi Setiawan
6. Dedi K
7. Dhian Dipo
8. Dini Latief
9. Entos Zainal
10. Hadiat
11. Iwan Malonda
12. Lily S. Sulistyowati
13. Maria Catharina
14. Martha Istyawan
15. Melania Gondomartojo
16. Minarto
17. Mohammad Nasir Hilmy
18. Mulyono Machmur

19. Nono Rusono
20. Noor Avianto
21. Sidayu Ariteja
22. Sugeng Irianto
23. Sonia Blaney
24. Tetty Sihombing
25. Wahyuningsih Darajati
26. Yusra Egayanti
27. Yosi Diani Tresna