

**PENGEMBANGAN MODEL INDEKS PEMBANGUNAN GIZI**Irwan Budiono[✉]

Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, Indonesia

Info Artikel

Sejarah Artikel:
Diterima September 2012
Disetujui Oktober 2012
Dipublikasikan Januari 2013

Keywords:
Nutrition;
Development;
Index

Abstrak

Kemajuan pembangunan gizi dapat diukur dengan Indeks Pembangunan Gizi (IPG). Perlu pengembangan instrumen IPG untuk menilai dan memetakan kemajuan pembangunan gizi yang dicapai oleh kabupaten atau kota. Masalah penelitian adalah bagaimana pengembangan model indeks pembangunan gizi. Tujuan penelitian adalah untuk mengembangkan model indeks pembangunan gizi. Metode penelitian survei dilakukan di kota dan Kabupaten Semarang. Pengkajian menggunakan pendekatan kualitatif dan kuantitatif. Penelitian kualitatif dilakukan melalui FGD, serta eksplorasi pendapat pakar untuk pengembangan instrumen. Penelitian kuantitatif untuk mengkonstruksi instrumen dan pengukuran IPG. Hasil penelitian menunjukkan IPG terdiri dari 4 dimensi utama yaitu status gizi, konsumsi energi dan zat gizi, keamanan pangan, serta gaya hidup. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata IPG Kota Semarang sebesar 0,701 (kategori sedang), dengan rata-rata tiap dimensi adalah : status gizi 0,947 (baik), konsumsi energi dan zat gizi 0,458 (kurang), keamanan pangan 0,729 (sedang), gaya hidup 0,672 (sedang). Rata-rata IPG Kabupaten Semarang sebesar 0,652 (sedang), dengan rata-rata tiap dimensi adalah : status gizi 0,979 (baik), konsumsi energi dan zat gizi 0,474 (kurang), keamanan pangan 0,833 (baik), gaya hidup 0,322 (kurang). Simpulan penelitian menunjukkan rendahnya indeks dimensi gaya hidup (khususnya di Kabupaten Semarang) sehingga perlunya Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) gizi lebih intensif.

DEVELOPMENT OF NUTRITION DEVELOPMENT INDEX MODEL**Abstract**

Nutritional development progress can be measured by Nutrition Development Index (NDI). It is necessary for NDI development to assess and mapping the nutritional development progress achieved by a county. Research problem was how develop the nutrition development index nutrition development index model. Research purpose was to develop the nutrition development index nutrition development index model in Semarang districts Assessment used qualitative and quantitative approaches. Qualitative research was used by focus group discussions (FGD) and expert opinion exploration to develop the instrument. Quantitative research was used to construct instruments, and NDI measurement. The results showed four main dimensions of IPG were nutritional status, energy and nutrients consumption, food safety, and lifestyle. The results showed an average of IPG of Semarang city was 0.701 (medium category). The average of each dimension: 0.947 nutritional status (good), the consumption of energy and nutrients 0.458 (approximately), food safety 0.729 (medium), 0.672 lifestyle (moderate). The average of IPG Semarang District was 0.652 (medium). The average of each dimension was 0.979 nutritional status (good), the consumption of energy and nutrients 0.474 (approximately), 0.833 food safety (good), lifestyle 0.322 (approximately). Conclusion, index lifestyle dimensional was low (especially in Semarang District), so need Information, Education, and Communication (IEC) about nutrition more intensive.

© 2013 Universitas Negeri Semarang

[✉] Alamat korespondensi:
Gedung F1, Lantai 2, Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang, 50229
Email: irwan_budiono@staff.unnes.ac.id

Pendahuluan

Pembangunan nasional pada dasarnya adalah sebuah upaya pembangunan yang didalamnya melibatkan multi sektor. Diperlukan adanya sinergi antar sektor agar upaya pembangunan dapat dilaksanakan secara komprehensif dan mengoptimalkan potensi masyarakat (Oktia Woro, 2012). Salah satu sektor penting dari upaya pembangunan tersebut adalah pembangunan bidang gizi. Keberhasilan pembangunan gizi secara empiris telah terbukti akan memperbaiki kualitas sumber daya manusia (SDM). Perbaikan kualitas SDM ini pada gilirannya akan mendukung keberhasilan pembangunan nasional (Soekirman, 2003).

Secara internasional, keberhasilan pembangunan dapat diukur dengan suatu indeks, yaitu indeks pembangunan manusia (IPM). IPM merupakan ukuran agregat yang dipengaruhi oleh tingkat ekonomi, pendidikan dan kesehatan. Kualitas SDM Indonesia saat ini masih tertinggal dibandingkan negara lain. Hal ini ditunjukkan oleh posisi IPM Indonesia yang berada pada urutan ke-108 dari 177 negara. Posisi IPM negara ASEAN lainnya lebih baik dibanding Indonesia, seperti Malaysia pada urutan ke-56, Filipina 77, Thailand 67, Singapura 22, dan Brunai 25 (UNDP, 2006).

Sama halnya dengan IPM, diperlukan suatu indeks untuk menilai keberhasilan pembangunan gizi. Keberadaan indeks pembangunan gizi (IPG) diperlukan sebagai upaya pemetaan kemajuan pembangunan gizi di suatu wilayah. Adanya IPG diperlukan mengingat sampai saat ini situasi gizi di Indonesia masih menunjukkan adanya masalah gizi yang klasik.

Hasil uji coba pengkajian indeks pembangunan gizi (IPG) Kota Semarang pada tahun 2010 telah berhasil mendesain instrumen IPG yang hasil pengkajiannya telah digunakan sebagai bahan kajian dalam perencanaan program gizi Kota Semarang tahun 2010 (Irwan Budiono, 2010). Oleh karena itu, perlu dilakukan upaya pengkajian IPG dengan melibatkan wilayah kajian yang lebih luas. Hal ini dimaksudkan untuk menilai kemungkinan ketersediaan data serta keberlanjutannya apabila diterapkan pada wilayah yang lebih luas.

Metode

Penelitian ini menggunakan dua pendekatan, yaitu penelitian kualitatif dan kuantitatif. Dengan penelitian kualitatif akan dikembangkan instrumen indeks pembanguana gizi (IPG). Penelitian kuantitatif dilakukan untuk mengkontruksi instrumen serta pengkajian IPG Kota Semarang.

Subyek penelitian pada tahap penelitian kualitatif melibatkan perwakilan organisasi profesi PERSAGI (Persatuan Ahli Gizi Indonesia), kepala Puskesmas, peneliti bidang gizi dari perguruan tinggi lain, pengelola program gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang. Pada tahap penelitian kuantitatif pengkajian IPG dilakukan pada unit terkecil di tingkat Kecamatan. IPG suatu Kota ditentukan dari skor rata-rata IPG seluruh Puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota.

Data primer penelitian diperoleh melalui wawancara dan *focus group discussion* (FGD) dengan melibatkan subyek yang telah ditentukan. Adapun data sekunder diperoleh melalui review dokumen yang terkait dengan fokus penelitian. Proses pengumpulan data pada tahap kualitatif dikumpulkan melalui teknik *focus group discussion* (FGD). Pada tahap penelitian kuantitatif, akan dilakukan tiga kegiatan utama, yaitu ujicoba 1, uji coba 2, dan pengkajian IPG Kota/ Kabupaten. Validitas instrumen dilakukan terhadap *content validity*, yang melibatkan para pakar bidang terkait.

IPG terdiri dari 4 dimensi yaitu status gizi, konsumsi energi dan zat gizi, keamanan pangan, dan gaya hidup. Masing-masing dimensi diukur dengan beberapa parameter, yang setiap parameter diberi nilai antar 1 sampai dengan 5. Skor 5 merupakan kondisi yang diharapkan menjadi target secara nasional. Adapun skor dibawahnya yaitu 1 sampai dengan 4, diberikan untuk pencapaian parameter beberapa level dibawah target nasional yang diharapkan.

Indeks dimensi dihitung dengan formula sebagai berikut :

$$\text{Indeks Dimensi} = \frac{\text{Nilai Aktual} - \text{Nilai Minimum}}{\text{Nilai Maksimum} - \text{Nilai Minimum}}$$

Sedangkan skore IPG dihitung dengan

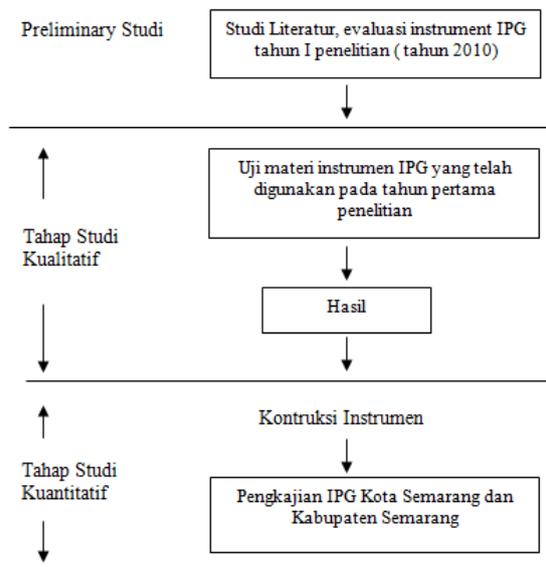
formula sebagai berikut :

$$IPG = \frac{1}{4} (\text{Indeks Dimensi Status Gizi}) + \frac{1}{4} (\text{Indeks Dimensi Konsumsi energi dan zat gizi}) + \frac{1}{4} (\text{Indeks Dimensi Keamanan Pangan}) + \frac{1}{4} (\text{Indeks Gaya Hidup Sehat})$$

Selanjutnya kategori IPG dinilai dengan kategori sebagai berikut :

Indeks	Kategori
0,800 – 1	Pembangunan Gizi termasuk Baik
0,500 – 0,799	Pembangunan Gizi termasuk Sedang
0 – 0,499	Pembangunan Gizi termasuk Kurang

Alir penelitian ini dapat dilihat seperti tampak pada bagan berikut :



Gambar 1. Bagan Alir Penelitian

Hasil dan Pembahasan

Indeks Pembangunan Gizi Kota Semarang

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata IPG Kota Semarang sebesar 0,701. IPG tertinggi dicapai oleh Kecamatan Gayamsari sebesar 0.884, sedangkan IPG terendah dicapai oleh Kecamatan Semarang Utara sebesar 0,580.

Gambaran indeks IPG menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang di sajikan pada

Gambar 2. Secara rinci pencapaian IPG seluruh Kecamatan di Kota Semarang beserta indeks tiap dimensinya dapat dilihat pada tabel 1.

Indeks Pembangunan Gizi Kabupaten Semarang

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata IPG Kabupaten Semarang sebesar 0,652. IPG tertinggi dicapai oleh Kecamatan Ambarawa sebesar 0.783, sedangkan IPG terendah dicapai oleh Kecamatan Bancak sebesar 0,461.

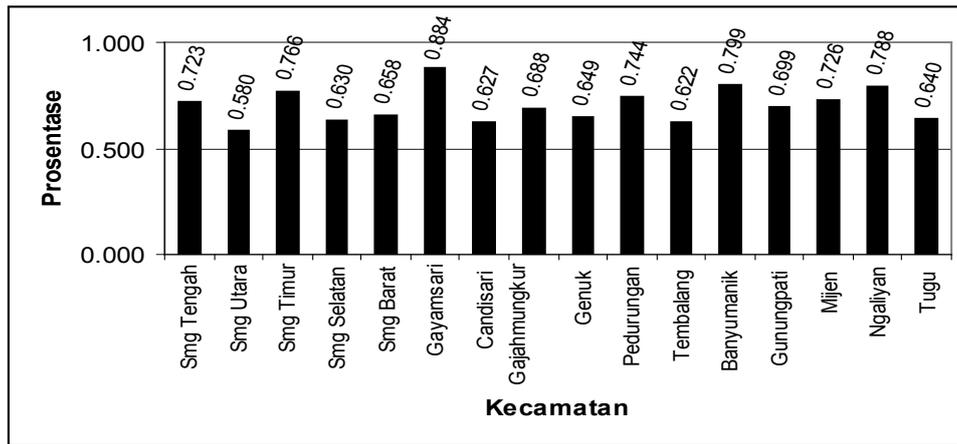
Berikut ini gambaran indeks IPG menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang di sajikan pada Gambar 3.

Secara rinci pencapaian IPG seluruh Kecamatan di Kabupaten Semarang beserta indeks tiap dimensinya dapat dilihat pada tabel 2.

Dimensi Status Gizi

Hasil penelitian yang menunjukkan rata-rata indeks dimensi status gizi sebesar 0,946 di Kota Semarang, dan 0,978 di Kabupaten Semarang mempunyai arti bahwa pembangunan gizi di kedua kota tersebut telah berhasil membawa masyarakat pada dimensi status gizi secara baik. Namun demikian terdapat beberapa catatan penting yang perlu mendapat perhatian, yaitu :

Masih ditemukannya prevalensi BBLR yang cukup tinggi, yaitu di Kecamatan Tugu Kota Semarang (1,35%) dan Kecamatan Kaliwungu Kabu/paten Semarang (1,94%). Kejadian BBLR ini memberikan gambaran bahwa terdapat masalah gizi kurang pada masa sebelum dan selama kehamilan (JE. Siza, 2008). Permasalahan tersebut apabila merujuk pada beberapa penelitian terdahulu sangat ditentukan oleh tingginya angka kemiskinan (Soekirman, 2005). Kemiskinan menyebabkan akses ibu hamil terhadap makanan yang cukup gizi menjadi tidak tercapai, sehingga berakibat terjadinya gizi kurang pada masa sebelum dan selama kehamilan. Penelitian S.A Rizvi (2007) di Karachi Pakistan, menunjukkan faktor risiko terhadap kejadian BBLR yang signifikan adalah kejadian anemia. Oleh karena itu pemberian tablet besi pada ibu hamil merupakan upaya yang penting dalam menekan kejadian BBLR. Peneliti lain, Usha Ramakrishnan (2004) berpendapat bahwa perbaikan asupan gizi ibu hamil melalui pemberian makanan tambahan



Gambar 2. Indeks Pembangunan Gizi menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang

Tabel 1. Indeks Pembangunan Gizi di Kota Semarang

Kecamatan	Indeks Dimensi Status Gizi	Indeks Dimensi Konsumsi Energi dan Zat Gizi	Indek Dimensi Keamanan Pangan	Indeks Dimensi Gaya Hidup	Indeks Pembangunan Gizi
Sng Tengah	1.000	0.393	1.000	0.500	0.723
Sng Utara	0.750	0.321	0.750	0.500	0.580
Sng Timur	0.950	0.571	0.917	0.625	0.766
Sng Selatan	0.800	0.429	0.667	0.625	0.630
Sng Barat	1.000	0.464	0.667	0.500	0.658
Gayamsari	1.000	0.536	1.000	1.000	0.884
Candisari	0.950	0.393	0.667	0.500	0.627
Gajahmungkur	1.000	0.500	0.500	0.750	0.688
Genuk	1.000	0.429	0.667	0.500	0.649
Pedurungan	0.850	0.500	1.000	0.625	0.744
Tembalang	1.000	0.571	0.417	0.500	0.622
Banyumanik	1.000	0.571	0.750	0.875	0.799
Gunungpati	0.950	0.429	0.667	0.750	0.699
Mijen	0.950	0.286	0.667	1.000	0.726
Ngaliyan	0.950	0.536	0.667	1.000	0.788
Tugu	1.000	0.393	0.667	0.500	0.640
Rata-rata	0.947	0.458	0.729	0,672	0,701

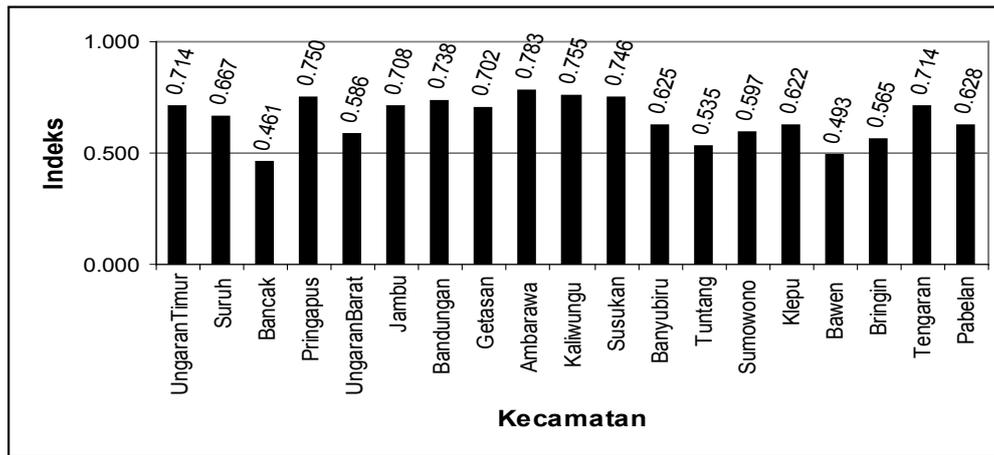
Keterangan :

Warna hijau = kategori baik; kuning = kategori sedang; merah = kurang

dan suplementasi mikro nutrien dapat menurunkan kejadian BBLR. Upaya perbaikan gizi keluarga, khususnya pada ibu hamil untuk menekan kejadian BBLR sangat penting, mengingat dampak kejadian BBLR sangat fatal. Penelitian Olalekan A. Uthman (2008) dan Bonaface Kalanda (2009) di Nigeria dan Malawi menunjukkan asosiasi yang kuat antara kejadian BBLR

dengan kematian. Selain itu BBLR memberikan investasi sumber daya manusia yang kurang mampu bersaing kelak dikemudian hari.

Temuan rata-rata prevalensi gizi buruk di Kota Semarang sebesar 2,02%, dan di Kabupaten Semarang sebesar 0,19% menunjukkan masalah gizi buruk pada balita masih merupakan masalah gizi yang perlu mendapat priori-



Gambar 3. Indeks Pembangunan Gizi menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang

Tabel 2. Indeks Pembangunan Gizi di Kabupaten Semarang

Kecamatan	Indeks Dimensi Status Gizi	Indeks Dimensi Konsumsi Energi dan Zat Gizi	Indek Dimensi Keamanan Pangan	Indeks Dimensi Gaya Hidup	Indeks Pembangunan Gizi
Ungaran Timur	0.950	0.571	0.833	0.500	0.714
Suruh	1.000	0.500	0.667	0.500	0.667
Bancak	1.000	0.429	0.417	0.000	0.461
Pringapus	1.000	0.500	1.000	0.500	0.750
Ungaran Barat	1.000	0.429	0.917	0.000	0.586
Jambu	0.950	0.464	0.917	0.500	0.708
Bandungan	1.000	0.536	0.917	0.500	0.738
Getasan	0.950	0.357	1.000	0.500	0.702
Ambarawa	1.000	0.464	0.667	1.000	0.783
Kaliwungu	0.950	0.571	1.000	0.500	0.755
Susukan	0.950	0.536	1.000	0.500	0.746
Banyubiru	1.000	0.500	1.000	0.000	0.625
Tuntang	0.950	0.357	0.833	0.000	0.535
Sumowono	1.000	0.429	0.833	0.125	0.597
Klepu	1.000	0.571	0.917	0.000	0.622
Bawen	0.950	0.357	0.667	0.000	0.493
Bringin	1.000	0.429	0.833	0.000	0.565
Tengaran	0.950	0.571	0.833	0.500	0.714
Pabelan	1.000	0.429	0.583	0.500	0.628
Rata-rata	0.979	0.474	0.833	0.322	0.652

Keterangan :

Warna hijau = kategori baik; kuning = kategori sedang; merah = kurang

tas. Hal ini dipertegas dengan Keputusan Gubernur Jawa Tengah no 71 tahun 2004 tentang standar pelayanan minimal bidang kesehatan, disebut KLB gizi buruk bila ditemukan 1 kasus gizi buruk menurut BB/U dan dikonfirmasi

dengan BB/TB, Z skore < - 3, dan atau disertai tanda-tanda klinis.

Satu hal yang harus menjadi catatan penting adalah bahwa gizi buruk merupakan fenomena gunung es, dimana terdapat

balita rawan gizi buruk yang suatu saat dapat memburuk keadaannya jika tidak diantisipasi (Soekirman, 2005; Peter G Lunn, 2002; Raheela MA, 2002).

Meskipun masih terdapat balita dengan gizi buruk, upaya pembangunan yang dilaksanakan tampaknya telah berhasil memperbaiki status gizi balita. Hal ini dapat dilihat prosentase balita gizi baik di dua kota tersebut lebih dari 80%. Di Kota Semarang rata-rata prosentase balita gizi baik mencapai 81,6%, sementara itu di Kabupaten Semarang mencapai 83,88%. Keberhasilan ini perlu dipertahankan dan diperbaiki dengan mengoptimalkan peran setiap pemangku kepentingan dalam mendukung upaya perbaikan gizi masyarakat.

Apabila memperhatikan angka prevalensi anemia pada ibu hamil secara nasional, prevalensi anemia ibu hamil di Kota Semarang dan Kabupaten Semarang ini telah menunjukkan cukup baik, yaitu di bawah 50%. Menurut kriteria WHO, rata-rata prevalensi anemia pada ibu hamil sebesar 9,3913%. Menunjukkan derajat kegawatan masalah anemia pada ibu hamil ini termasuk dalam kategori ringan (mild), karena kurang dari 10%.

Catatan penting yang perlu ditegaskan dalam hal ini adalah bahwa prevalensi anemia pada ibu hamil ini belum bisa menggambarkan kondisi riil di masyarakat. Hal ini disebabkan data anemia ibu hamil ini dikumpulkan hanya dari satu sumber pelayanan kesehatan saja, yaitu di Puskesmas. Sementara itu banyak ibu hamil yang menggunakan pelayanan di luar Puskesmas.

Catatan lain adalah perlunya validasi data besaran masalah anemia pada ibu hamil. Temuan prevalensi anemia ibu hamil sebesar 0% di Kecamatan Gajahmungkur dan Tembalang Kota Semarang, serta di Kecamatan Ungaran Timur Kabupaten Semarang, agak kontras bila dibandingkan dengan temuan beberapa penelitian terdahulu. Penelitian Irwan Budiono (2008) pada perkampungan nelayan di Mangkang Kota Semarang menunjukkan prevalensi anemia ibu hamil mencapai 26,7%. Bondevik (2000) dalam penelitiannya juga mengungkapkan bahwa prevalensi anemia ibu hamil cukup tinggi di negara berkembang. Prevalensi ibu hamil di Indonesia dan di negara miskin/berkembang pada umumnya relatif

tinggi, bahkan bisa mencapai 40%.

Dugaan yang dapat dikemukakan terkait besaran masalah anemia pada ibu hamil ini adalah kemungkinan dikarenakan batasan / kriteia anemia yang berbeda. WHO memberikan batasan anemia gizi besi pada ibu hamil adalah 11 gr/dl. Sehingga dalam hal ini diperlu dilakukan evaluasi dan standarisasi pemeriksaan Hb yang dilakukan Puskesmas.

Rata-rata prevalensi ibu hamil KEK sebesar 3,8% di Kota Semarang, dan 10,28% di Kabupaten Semarang. Meskipun angka ini telah menunjukkan perbaikan, namun perlu diperhatikan bahwa masih adanya ibu hamil KEK dapat diasumsikan sebagai puncak gunung es atas masalah gizi kurang pada ibu hamil. Dimana suatu saat jika kondisi rawan gizi memburuk, maka akan terjadi peningkatan kejadian ibu hamil KEK. Apabila ini terjadi maka dampak buruknya tidak saja dirasakan oleh ibunya, tetapi juga akan ditanggung oleh anak yang dilahirkannya. Ibu yang selama kehamilannya kurang gizi akan menyebabkan anaknya lahir dengan kurang gizi pula. Oleh karena itu upaya kesehatan yang ditujukan kepada ibu hamil harus dipertahankan dan ditingkatkan. Merujuk pada grand strategi pertama dari desa siaga salah satunya adalah menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat (Kepmenkes No. 564/Menkes/ SK/VIII/2006). Maka dalam hal pelayanan kesehatan ibu hamil perlu ditumbuh kembangkan dalam masyarakat suatu keadaan dimana masyarakat sangat peduli pada terpenuhinya kebutuhan gizi pada kelompok rawan, termasuk pada ibu hamil.

Dimensi Konsumsi Energi dan Zat Gizi

Berikut ini akan dibahas beberapa catatan penting terkait dimensi tersebut :

Hasil pengkajian menunjukkan tidak tersedianya data konsumsi energi dan protein keluarga perkapita perhari baik di Dinas Kesehatan Kota Semarang maupun Kabupaten Semarang. Hal ini disebabkan survei konsumsi yang merupakan bagian penting dalam kegiatan surveilans gizi tidak berjalan dengan baik. Selanjutnya tidak dilaksanakannya survei konsumsi menyebabkan tidak dapat dihitung skor pola pangan harapan dari masyarakat. Ditinjau dari kepentingan pembangunan gizi, tidak

tersedianya data ini tidak dapat memberikan gambaran analisis situasi masalah konsumsi yang mungkin dihadapi masyarakat. Dalam pengembangan program gizi data ini sangat penting untuk memberikan arah upaya pemecahan masalah gizi yang dihadapi masyarakat.

Hasil penelitian yang menunjukkan rata-rata cakupan bayi dan balita mendapat kapsul vitamin A baik di Kota Semarang maupun di Kabupaten Semarang lebih dari 90% merupakan pencapaian yang menggembirakan. Bahkan ada wilayah yang cakupannya lebih dari 100%, ini mengindikasikan dua hal. Pertama, realisasi pemberian kapsul vitamin A pada bayi berjalan secara simultan dan sinergis dengan wilayah Kecamatan yang lain. Hal ini dapat dilihat dari adanya Kecamatan dengan cakupannya kurang dari 100%, namun di wilayah Kecamatan yang lain cakupannya lebih dari 100%. Hal ini menunjukkan subyek sasaran dilayani oleh Kecamatan lainnya. Kedua, kemungkinan adalah identifikasi sasaran (bayi dan balita) yang kurang maksimal.

Pemberian kapsul vitamin A merupakan salah satu program penanggulangan masalah kekurangan vitamin A (KVA) melalui suplementasi vitamin A dosis tinggi 2 kali setahun. Program ini dilaksanakan untuk mencegah berkembangnya kembali masalah xerophthalmia dengan segala manifestasinya (gangguan penglihatan, buta senja, kebutaan, tingginya kejadian penyakit infeksi, sampai dengan kematian).

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata cakupan ibu nifas mendapat kapsul vitamin A baik di Kota Semarang maupun di Kabupaten Semarang lebih dari 90%. Pencapaian ini apabila dibandingkan dengan standar pelayanan minimal (SPM) propinsi Jawa Tengah tahun 2007 sebesar 86%, telah berhasil cukup baik. Namun melihat distribusi cakupan di setiap Kecamatan yang tidak merata, dan bahkan di di Kota Semarang ditemukan 2 wilayah cakupannya kurang dari 80%, yaitu di Kecamatan Semarang Utara hanya (69,14%) dan Mijen (58,13%). Sementara itu di Kabupaten Semarang terdapat 1 Kecamatan yang cakupannya di bawah 80%, yaitu di Kecamatan Bawen (70,98%). Hal ini harus menjadi perhatian khusus untuk upaya perbaikan cakupan di masa yang akan datang.

Ibu nifas adalah ibu yang baru melah-

irkan bayinya yang dilaksanakan di rumah dan atau rumah bersalin dengan pertolongan dukun bayi dan atau tenaga kesehatan. Suplementasi vitamin A dosis tinggi (200.000 SI) diberikan pada periode sebelum 40 hari. Pada masa ini kekurangan vitamin A dapat memberikan dampak kesehatan yang serius, oleh karena itu keberhasilan program ini sangat penting untuk diperhatikan.

Agar cakupan pemberian vitamin A pada bayi dan balita serta ibu nifas terpenuhi, beberapa hal berikut perlu diperhatikan :

- (1) Perlunya peningkatan upaya komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) gizi yang bersifat masal. Artinya masyarakat harus diarahkan untuk mengetahui, memahami, sampai akhirnya berperilaku mendukung program suplementasi vitamin A. Jalur dan media yang dipakai hendaknya juga lebih inovatif dan bervariasi.
- (2) Perlunya konseling gizi di berbagai instansi terhadap sasaran ibu anak
- (3) Perlunya membangun infrastruktur, termasuk sarana pelayanan kesehatan yang terjangkau
- (4) Perlunya dukungan lintas program, bahkan lintas sektor
- (5) Perlunya sweeping dari kader kesehatan dengan sasaran ibu dan anak yang belum mendapat kapsul vitamin A pada bulan pemberian kapsul vitamin A

Hasil penelitian yang menunjukkan rata-rata cakupan pemberian 90 tablet Fe untuk ibu hamil dari seluruh Kecamatan di Kota Semarang sebesar 88,20%, sedangkan di Kabupaten Semarang mencapai 86,10%. Hal ini menunjukkan belum tercapainya target minimal Jawa Tengah tahun 2010, yaitu sebesar minimal 90%.

Pemberian tablet besi pada ibu hamil diharapkan dapat mencegah terjadinya anemia gizi besi pada ibu hamil. Untuk mendapatkan manfaat yang maksimal, maka harus diupayakan agar tablet yang telah diberikan diminum oleh ibu hamil tersebut (Christian P, et al, 2003). Tingginya prevalensi anemia pada ibu hamil dimungkinkan disebabkan karena tablet besi yang diberikan tidak dikonsumsi. Perhatian terhadap konsumsi tablet besi ini penting mengingat dampak kesehatan akibat kekurangan besi pada ibu hamil sangat serius. Beberapa

penelitian epidemiologi menunjukkan adanya hubungan antara anemia pada ibu hamil trimester terakhir dengan bayi lahir sebelum waktunya, bayi lahir dengan berat badan rendah (BBLR), dan kematian bayi (Lindsay H Allen, 2000). Bahkan suatu penelitian meta analisis menunjukkan risiko kematian yang cukup besar, risiko kematian karena anemia di Afrika sebesar 20%, dan di Asia sebesar 22,6%. Hal ini berarti apabila ibu hamil dapat dicegah tidak mengalami anemia, maka 20 – 23 % kematian ibu karena melahirkan dapat dicegah.

Dimensi Keamanan Pangan

Berikut ini adalah beberapa catatan penting untuk diulas :

Laporan tentang kejadian keracunan makanan yang dikumpulkan oleh Dinas Kesehatan mungkin bukan gambaran besar masalah yang sesungguhnya terjadi di lapangan. Hal ini dikarenakan adanya kemungkinan kejadian yang tidak terekam oleh Dinas Kesehatan. Ketiadaan sistem yang mengatur pelaporan masalah kesehatan yang melibatkan berbagai pusat pelayanan kesehatan baik instansi swasta maupun negeri dapat menjadi penyebab kemungkinan tidak terekamnya data oleh Dinas Kesehatan. Oleh karena itu perlu dipikirkan adanya sistem pencatatan dan pelaporan yang memadai.

Faktor yang secara tidak langsung mempengaruhi status gizi adalah pola asuh, termasuk di dalamnya adalah kesehatan lingkungan dan air bersih (Soekirman, 2005). Terkait dengan hal tersebut, di Kabupaten Semarang rata-rata cakupan air bersih diperiksa yang memenuhi syarat sebesar 87,38%. Cakupan ini telah memenuhi target Jawa Tengah yang diharapkan pada tahun 2010 minimal mencapai 80%. Sementara itu di Kota Semarang, cakupan air bersih diperiksa yang memenuhi syarat baru mencapai 64,01%.

Pada masa yang akan datang hendaknya cakupan air bersih ini perlu mendapat perhatian serius. Hal ini dikarenakan masih tingginya kejadian penyakit infeksi yang dapat ditularkan melalui air (water born disease). Air yang tercemar E. Coli misalnya dapat meningkatkan risiko kejadian diare pada balita. Data Dinas Kesehatan Kota Semarang tahun 2007 menunjukkan tingginya kejadian penyakit di-

are, yaitu sebesar 28.235 penderita dengan angka kesakitan sebesar 19,89 per 1000 penduduk (Dinkes Kota Semarang, 2007).

Cakupan tempat pengelolaan makanan (TPM) diperiksa yang memenuhi syarat juga menunjukkan perlunya perbaikan. Di Kabupaten Semarang rata-rata cakupannya baru sebesar 77,59%. Sedangkan di Kota Semarang rata-ratanya 86,10%. Sementara itu target yang ingin dicapai Jawa Tengah pada tahun 2010 minimal adalah 80%.

Kondisi ini diduga ikut memberikan kontribusi pada kejadian penyakit yang penularannya dapat terjadi melalui makanan.

Dimensi Gaya Hidup

Berikut ini beberapa catatan penting untuk menjadi perhatian dalam pengembangan program gizi pada masa yang akan datang.

Rata-rata prosentase keluarga sadar gizi (kadarzi) baik di Kota Semarang maupun Kabupaten Semarang masih di bawah 80%. Pencapaian ini perlu ditingkatkan kembali, mengingat salah satu paradigma pembangunan kesehatan adalah meningkatkan pemberdayaan masyarakat dalam upaya kesehatan. Dalam konsep kadarzi pemberdayaan masyarakat tersebut diharapkan dapat membuat setiap keluarga mampu mengenali masalah gizi dan kesehatan anggota keluarganya serta mampu mengatasi atau mengupayakan bantuan untuk mengatasi masalah tersebut.

Kadarzi merupakan langkah awal yang penting, karena masalah gizi bukanlah masalah yang pemecahannya sederhana, tetapi sangat kompleks. Penanganan masalah gizi tidak dapat dilihat dari hilir saja tetapi juga harus dilihat dari hulunya. Pendekatan pembangunan gizi secara lintas program dan lintas sektor perlu dilakukan, agar upaya pembangunan gizi dapat berjalan secara sinergis. Selanjutnya mengingat keluarga adalah lingkup organisasi terkecil, tempat dimana perilaku gizi dan gaya hidup terbentuk, maka peningkatan kesadaran akan gizi bagi keluarga merupakan langkah awal yang penting (Abas Basuni Jahari, 2005).

PHBS sebagai salah satu parameter dimensi gaya hidup, datanya diambil dari pengkajian PHBS oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang. Dalam PHBS ini diukur secara komposit variabel kesehatan ibu dan anak serta gizi, vari-

abel kesehatan lingkungan, variabel gaya hidup, dan variabel upaya kesehatan masyarakat. PHBS dipilih sebagai parameter untuk menilai dimensi gaya hidup, karena di dalamnya telah dinilai aspek penting terkait gaya hidup yang tersebar dalam 4 variabel tersebut. Persentase PHBS strata sehat utama dan paripurna sebesar 87,96% di Kota Semarang dan 54,20% di Kabupaten Semarang perlu tetap mendapat perhatian. Perlu diupayakan pencapaiannya sesuai dengan target Jawa Tengah, yaitu minimal 80% pada tahun 2010.

Indeks Pembangunan Gizi (IPG) Kota Semarang dan Kabupaten Semarang

Hasil penelitian yang menunjukkan rata-rata indeks pembangunan gizi (IPG) Kota Semarang sebesar 0,701 dan Kabupaten Semarang sebesar 0,652 sesuai kriteria termasuk dalam kategori sedang. Hal ini menunjukkan masih adanya beberapa dimensi yang perlu diperbaiki.

Apabila melihat komposisi indeks dari setiap dimensinya, tampak bahwa dimensi konsumsi energi dan zat gizi baik di Kota Semarang maupun Kabupaten Semarang merupakan satu dimensi yang pencapaiannya masih kurang. Banyaknya pencapaian dimensi konsumsi energi dan zat gizi yang masuk dalam kriteria kurang ini perlu diwaspadai, karena hal ini merupakan indikasi akan terjadinya masalah yang terkait dengan dimensi status gizi, baik gizi makro (seperti kejadian KEP pada balita), maupun gizi mikro (seperti anemia, dan Kekurangan Vitamin A). Artinya Kecamatan yang dimensi konsumsi energi dan zat gizinya termasuk sedang/ kurang, suatu saat berpotensi menurunkan nilai dimensi status gizi.

Perlu diwaspadai pula dimensi keamanan pangan, khususnya di Kecamatan Bancak Kabupaten Semarang yang indeksinya kurang. Parameter dalam dimensi ini yang terdiri dari penggunaan air bersih dan tempat pengelolaan makan yang tidak memenuhi syarat dapat memicu timbulnya masalah penyakit infeksi. Selanjutnya masalah penyakit infeksi ini akan menurunkan status gizi. Oleh karena itu berbagai upaya perbaikan kesehatan lingkungan sangat diperlukan untuk menciptakan kondisi agar status gizi yang optimal dapat tercapai.

Kewaspadaan lain juga perlu ditunjukkan

kepada perbaikan dimensi gaya hidup. Khususnya di Kabupaten Semarang terdapat 9 Kecamatan yang skor indeksinya masih kurang. Keadaan ini berpotensi memunculkan tidak saja masalah gizi kurang, namun juga berpotensi memunculkan masalah gizi lebih. Oleh karena itu langkah perbaikan melalui KIE gizi secara lintas program dan lintas sektor perlu diperkuat, dengan harapan meningkatnya keluarga sadar gizi dan berperilaku hidup bersih dan sehat.

Penutup

Rata-rata indeks pembangunan gizi (IPG) Kota Semarang sebesar 0,701, sesuai kriteria termasuk dalam kategori sedang. Adapun rata-rata tiap dimensi adalah : status gizi adalah 0,947 (kategori baik), konsumsi energi dan zat gizi 0,458 (kategori kurang), keamanan pangan 0,729 (kategori sedang), gaya hidup 0,672 (kategori sedang).

Rata-rata indeks pembangunan gizi (IPG) Kabupaten Semarang sebesar 0,652, sesuai kriteria termasuk dalam kategori sedang. Adapun rata-rata tiap dimensi adalah : status gizi adalah 0,979 (kategori baik), konsumsi energi dan zat gizi 0,474 (kategori kurang), keamanan pangan 0,833 (kategori baik), gaya hidup 0,322 (kategori kurang).

Daftar Pustaka

- Abas Basuni Jahari. 2005. Keluarga Sadar Gizi (kadarzi) dalam menuju gizi baik untuk semua. *Gizi Indon*, 28 (1): 1 – 8
- Bondevik, GT., Eskeland, B., Ulvik, R.J. 2000. Anemia in pregnancy : possible causes and risk factors in Nepali women. *European Journal of Clinical Nutrition*, 54: 3-8
- Boniface Kalanda, dan Francine Verhoeff. 2009. Low birth weight and fetal anemia as risk factor for infant morbidity in rural Malawi. *Malawi Medical Journal*, 21 (2): 69 - 74
- Christian P et al. 2003. Effects of alternative maternal micronutrient supplements on low birth weight in rural Nepal : double blind randomised community trial. *British Medical Journal*, 236(15): 1-6
- Dinkes Kota Semarang. 2007. *Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2006*. Dinkes Kota Semarang.

- Irwan Budiono. 2008. *Prevalensi dan determinan kejadian anemia pada ibu hamil. Studi pada keluarga nelayan di Mangkang Semarang*. Laporan Penelitian Dosen Muda DP2M Dikti Universitas Negeri Semarang tahun 2008.
- Irwan Budiono. 2010. *Pengembangan model indeks pembangunan gizi (studi dalam kerangka pemetaan kemajuan pembangunan gizi)*. Laporan Penelitian Hibah Strategis Nasional Universitas Negeri Semarang tahun 2010.
- JE. Siza. 2008. Risk factors associated with low birth weight of neonates pregnant women attending a referral hospital in northern Tanzania. *Tanzania Journal of Health Research*, 10(1)
- Kepmenkes No. 564/Menkes/ SK/VIII/2006. *Pengembangan Desa Siaga dan Pos Kesehatan Desa*.
- Lindsay H Allen. 2000. Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome 1-3. *Am J Clin Nutr*, 71(suppl):1280S-4S.
- Oktia Woro. 2012. Daerah Positive Deviance sebagai Rekomendasi Model Perbaikan Gizi. *Jurnal Kemas*, 7(2):95-103
- Olalekan A Uthman. 2008. Effect of low birth weight on infant mortality; analysis using weibul hazard modul. *Internal Journal of Epidemiology*
- Peter G Lunn. 2002. Growth retardation and stunting of children in developing countries. *British Journal of Nutrition*, 88:109-110
- Raheela MA Mian, dan Mohammed Ali. (2002) The nutritional status of school - age children in an urban squatter settlement in Pakistan. *Pakistan Journal of Nutrition* 1 (3) : 121- 123
- S.A. Rizvi, J Hatcher, R Qureshi. 2007. Maternal risk factors associated with low birth weight in Karachi : a case control study. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 13(6):1343- 1351
- Soekirman. 2005. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya*. Jakarta. Penerbit Gramedia Pustaka Utama.
- Soekirman dkk. 2003. *Situational Analysis of Nutrition Problems in Indonesia: Its Policy, Programs and Prospective Development*. IPB. Bogor.
- United Nation Development Programme (UNDP). 2006. *Human Development Report 2006*. New York: Oxford University Press.
- Usha Ramakrishnan. 2004. Nutrition and low birth weight: from research to practice. *American Journal of Clinical Nutrition*, 79(1):17-21