

LAPORAN PELAKSANAAN PERTEMUAN ADVOKASI PROGRAM PERBAIKAN GIZI MENUJU KELUARGA SADAR GIZI (KADARZI)

Pendahuluan

Pada saat ini diperkirakan terdapat 38,4 juta penduduk Indonesia yang hidup dibawah garis kemiskinan; 50% dari total rumah tangga mengkonsumsi makanan kurang dari kebutuhan sehari-hari; lebih dari 5 juta anak dibawah usia lima tahun menderita kurang gizi; dan sekitar 100 juta orang berisiko dari berbagai masalah gizi lainnya (kurang zat besi, kurang yodium, kurang vitamin A, kurang kalsium, kurang zink, dan lain-lain).

Hal ini berdampak pada kondisi Indonesia yang jauh tertinggal dari negara lain. Negara-negara lain sudah memasuki era kompetisi kemajuan teknologi, sedangkan Indonesia masih harus menghadapi angka kematian dan kesakitan yang tinggi.

Tahun 2004 Indonesia menempati urutan ke 111 untuk Indeks Pembangunan Manusia (Human Development Index/HDI) dari 177 negara yang dinilai. Angka ini jauh lebih rendah daripada Malaysia (59), Thailand (76), atau Filipina (73). Rendahnya HDI ini mencerminkan bahwa tingkat pendidikan, kesehatan, dan pendapatan per kapita penduduk Indonesia masih rendah. Masalah ini sangat erat kaitannya dengan keadaan gizi penduduk.

Masalah gizi penduduk merupakan masalah yang tersembunyi, yang berdampak pada tingginya angka kesakitan dan kematian. Saat ini diperkirakan ada 2 balita yang meninggal setiap menit, 1 kematian karena kurang gizi dan 1 kematian lainnya karena infeksi. Masalah gizi juga berdampak pada rendahnya pendidikan di Indonesia. Diperkirakan hanya 3-4 persen dari total penduduk di Indonesia berpendidikan D3 ke atas, dan hanya sekitar 1% berpendidikan S1 ke atas. Bahkan masih dijumpai 4-5 persen dari total penduduk tidak pernah mendapat pendidikan formal (13 persen penduduk 15 tahun keatas buta huruf).

Sesungguhnya telah banyak upaya penanggulangan masalah gizi yang dilakukan. Akan tetapi, keberhasilan upaya tersebut masih dirasakan belum optimal, dan masalah gizi kurang masih bervariasi cukup lebar antar kabupaten/kota. Di Indonesia masih

tercatat ada 100 kabupaten dengan angka kematian bayi tinggi (>50 per 1000 kelahiran hidup), disertai dengan masalah gizi kurang pada balita cukup tinggi (>30%), dan kemiskinan tinggi (>30%).

Disisi lain, masalah gizi lebih yang ditandai dengan indeks massa tubuh (IMT)>30 mulai meningkat terutama di wilayah perkotaan. Hasil penelitian menunjukkan prevalensi sudah lebih dari 5% khususnya pada wanita usia diatas 30 tahun. Obesitas ini dapat berdampak pada timbulnya penyakit degeneratif seperti diabetes, jantung, dan kanker. Kematian karena penyakit jantung menurut survei kesehatan rumah tangga tahun 2001 pada wanita adalah 191 per 100,000 penduduk, lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki 123,1 per 100,000 penduduk.

Berdasarkan besarnya masalah gizi dan kesehatan serta variasi faktor penyebab masalah antar wilayah, maka diperlukan program yang komprehensif dan terintegrasi, baik di tingkat kabupaten, provinsi, maupun tingkat nasional. Jelas sekali kerja sama antar sektor terkait menjadi penting, selain mengurangi aktivitas yang tumpang tindih dan tidak terarah.

Banyak hal yang harus diperkuat untuk melaksanakan program perbaikan gizi, mulai dari ketersediaan data dan informasi sampai dengan kajian strategi program secara periodik, sehingga dapat digunakan dalam perencanaan program yang efektif dan efisien. Untuk yang akan datang, program perbaikan gizi dan kesehatan yang bersifat preventif sangat diperlukan, sementara program yang bersifat kuratif diberikan pada kelompok yang benar-benar membutuhkan.

Bentuk program efektif seperti perbaikan perilaku kesehatan dan gizi tingkat keluarga yang dilakukan secara profesional harus mulai dipikirkan, dengan mempertimbangkan kondisi spesifik lokal. Untuk yang akan datang, diperkenalkan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) yang merupakan visi dan misi dari program perbaikan gizi secara nasional, bertujuan untuk mengurangi dan mencegah masalah gizi.

KADARZI adalah keluarga yang berperilaku gizi seimbang, mampu mengenali masalah gizi setiap anggota keluarga dan mengambil langkah-langkah untuk mengatasi masalah gizi anggota keluarga. KADARZI mempunyai 2 ciri yaitu "***seluruh anggota keluarga berperilaku yang mengarah pada perbaikan gizi***, dan ***seluruh anggota keluarga berstatus gizi baik***". Untuk mencapai kadarzi diperlukan upaya-upaya efektif berdasarkan kajian ilmiah, dan dituangkan dalam visi, misi dan strategi. Strategi yang digunakan dalam melaksanakan kebijakan program perbaikan gizi tersebut meliputi 6

strategi dasar, yaitu 1) Pemberdayaan keluarga; 2) *Peer pressure*; 3) Kampanye media massa; 4) Kebijakan publik di bidang gizi; 5) Kemitraan dan kerjasama lintas sektor dan 6) Penelitian dan Pengembangan. Pertemuan ini sebagai salah satu upaya agar pemegang kebijakan di tingkat propinsi memahami kerumitan masalah gizi dan merencanakan program yang tepat di wilayahnya.

Tujuan

2.1. Tujuan Umum :

Meningkatkan pemahaman tentang program perbaikan gizi menuju keluarga Kadarzi

2.2. Tujuan Khusus :

1. Dipahaminya kebijakan gizi sebagai investasi pembangunan daerah.
2. Dipahaminya Kadarzi sebagai fokus pembangunan dibidang gizi.

Masukan

Bahan dan informasi yang merupakan masukan dalam proses sosialisasi ini terdiri dari masukan yang berasal dari kelompok birokrat dan kelompok LSM, sebagai berikut :

1. Peran dan Fungsi Pemerintah Daerah dalam Meningkatkan Kualitas Sumber Daya Manusia di Daerah, oleh Dirjen Bina Pembangunan Daerah, Depdagri.
2. Trend Masalah Gizi Dan Tantangan Dimasa Depan, oleh Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat, Depkes.
3. Gizi Sebagai Investasi Pembangunan Daerah, oleh DR. Mohamad Ikhsan, Lembaga Ekonomi UI.
4. Kadarzi Merupakan Fokus Pembangunan Di Bidang Gizi, oleh Dra. Tini Hadad, Koalisi Untuk Indonesia Sehat.

Proses sosialisasi Program Gizi Menuju Kadarzi ini dilakukan beberapa metoda, yang diharapkan dapat meningkatkan pola pikir, pola sikap, dan pola tindak para eksekutif di daerah terhadap Program Gizi di masa mendatang. Alur proses melalui tahapan dan langkah-langkah sebagai berikut :

1. Dinamika Kelompok
2. Presentasi dari Pemerintah Pusat
3. Presentasi Pakar dari LSM
4. Presentasi Narasumber Provinsi
5. Penayangan Film dengan tema masalah gizi
6. Diskusi dan Tanya Jawab
7. Diskusi Kelompok

Selain tahapan proses seperti di atas, selama kegiatan sosialisasi juga dipamerkan hal-hal yang terkait dengan masalah dan program gizi yang meliputi : Informasi tentang Masalah Gizi dan penyebab serta dampak masalah, material/bahan referensi yang telah diterbitkan oleh Depkes (khususnya Direktorat Gizi Masyarakat) untuk mendukung pelaksanaan program gizi. Bahan referensi yang dipamerkan dikelompokkan menjadi dua yaitu kelompok bahan yang boleh diambil dan kelompok bahan yang hanya untuk dibaca atau dilihat. Selain itu juga disajikan informasi langsung secara “on-line” keberadaan situs jaringan www.gizi.net, serta komputerisasi konseling gizi melalui piranti lunak *NutriClin* yang baru saja di publikasikan.

Jadwal kunjungan pameran disediakan pada kesempatan “break time” di setiap sesi. Pada umumnya peserta pertemuan sangat antusias terhadap bahan dan materi pameran. Sejumlah buku dari berbagai judul telah dipesan oleh peserta untuk dikirimkan ke daerah masing-masing. Hal ini menunjukkan antusiasme yang tinggi terhadap informasi tentang gizi, yang mungkin selama ini tidak atau belum sampai di tangan pimpinan.

Pada saat penggalian wawasan dan penggalangan motivasi yang dilakukan melalui diskusi kelompok, peserta dibagi kedalam tiga kelompok yaitu kelompok Bappeda,

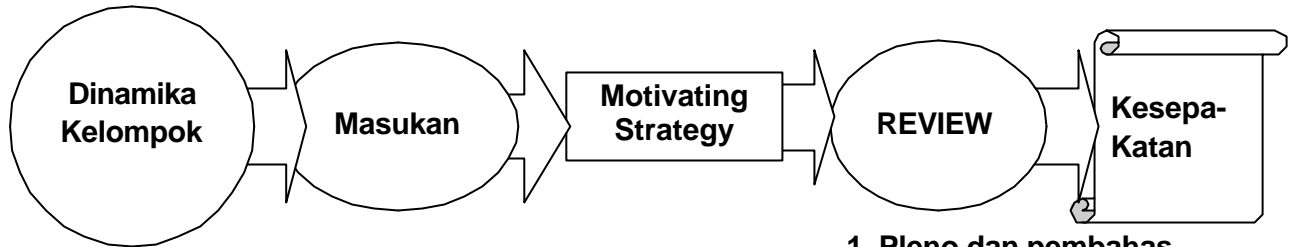
kelompok Dinas Kesehatan, dan kelompok Rumah Sakit. Setiap kelompok diisi peserta Pusat sesuai dengan kompetensinya, agar hasil diskusi kelompok lebih optimal.

Selama kegiatan pertemuan berlangsung, seluruh Kasubdit berpartisipasi aktif dalam setiap bagian acara, dan aktif melakukan pemantauan terhadap proses aktifitas yang sedang berlangsung. Aktifitas ini juga dipandu oleh Tim P-50-K, terutama dalam bagian-bagian yang bersifat dinamika kelompok dan penggalian motivasi individu.

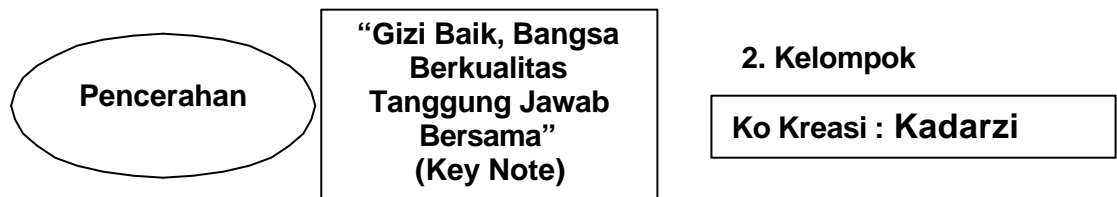
Setiap selesai satu sesi kegiatan, Tim yang terdiri dari para Kasubdit dan P-50-K mengadakan pertemuan khusus membahas proses yang baru saja berlangsung. Hasil pembahasan ini dijadikan bahan untuk perbaikan pada sesi berikutnya.

Rincian agenda acara pertemuan dapat dilihat pada Lampiran.

**Diagram : PROSES KEGIATAN ADVOKASI PROGRAM GIZI
MENUJU KELUARGA SADAR GIZI
26-28 September 2004**



1. Pleno dan pembahas



Hasil-hasil Yang Dicapai

Hasil yang dicapai terutama adalah adanya komitmen dan kesepakatan bersama dalam penanggulangan masalah gizi menuju keluarga sadar gizi, sebagai fokus pembangunan dibidang gizi. Kesepakatan dan tindak lanjut terinci terlampir. Ringkasan komitmen tersebut adalah sebagai berikut:

I. Kesepakatan :

- Keadaan gizi masih memprihatinkan dalam kondisi beragam, oleh karena itu perlu pendekatan spesifik.
- Gizi adalah investasi dan fondasi penting untuk meningkatkan produktivitas dan mutu SDM, sehingga perlu dijadikan salah satu prioritas.
- Gizi merupakan bagian dari pembangunan daerah, sehingga kadarzi 2010 menjadi isu sentral.
- Gizi merupakan salah satu bidang kewenangan yang bisa diserahkan kepada daerah, dalam penurunan masalah gizi dengan pendekatan spesifik wilayah.
- Kendala yang dihadapi adalah keterbatasan kemampuan keuangan daerah, sehingga diperlukan beberapa langkah spesifik.
- Status pendidikan yang rendah merupakan faktor utama penyebab masalah gizi, di samping terbatasnya ketersediaan pangan dan kemiskinan.
- Keluarga merupakan target utama yang strategis untuk mengubah perilaku gizi.
- KADARZI merupakan tujuan antara dalam peningkatan status gizi, oleh karena itu program perbaikan gizi diarahkan mencapai keluarga sadar gizi.
- Kadarzi merupakan sasaran program perbaikan gizi dalam rangka meningkatkan pencegahan dan penanggulangan masalah gizi kurang dan gizi lebih.
- Untuk melembagakan kadarzi disepakati melalui revitalisasi posyandu.
- Perencanaan dan penganggaran program perbaikan gizi dikoordinasikan oleh Bappeda di daerah, dan Bappenas di tingkat Pusat.
- Perlu adanya keserasian dalam pendanaan program perbaikan gizi yang berasal dari berbagai sumber dana (masyarakat, APBD, APBN, Donor, Swasta).

II. Tindak Lanjut :

Tingkat Propinsi

- Pada tahun 2005 propinsi menyusun Rencana Aksi Gizi Propinsi (RAGP).
- Melaksanakan advokasi terus menerus kepada Bupati/Walikota dan DPRD dengan narasumber Pusat.
- Melakukan Capacity Building terhadap Kabupaten/Kota.
- Mengembangkan KIE berbasis kompetensi dan masalah lokal.
- Memperkuat kelembagaan koordinasi penanganan masalah gizi
- Menjalin kemitraan dengan LSM, organisasi profesi
- Memperkuat system informasi dan surveilans gizi
- Melakukan revitalisasi posyandu
- Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan rujukan gizi berbasis kompetensi.

Tingkat Pusat

- Menyediakan anggaran advokasi ke kabupaten dalam rangka menyusun RAGP.
- Menyusun RAGN bersama sektor dan program terkait.
- Melakukan capacity building.
- Melakukan bimbingan dan asistensi ke propinsi dan kabupaten/kota

Hasil-hasil selengkapnya terlampir.

Narasumber

1. Narasumber Propinsi.

Setiap propinsi terdiri dari :

1. Kepala BAPPEDA Propinsi
2. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi
3. Direktur Rumah Sakit Umum Pemerintah (10 Propinsi) sebagai top referral yaitu dari Provinsi :
 - a. Sumut;
 - b. Sumsel;
 - c. Jawa Barat;
 - d. Jawa Tengah;
 - e. Jawa Timur;

- f. Kalimantan Selatan;
- g. Sulawesi Selatan;
- h. Sulawesi Utara;
- i. Bali;
- j. Nusa Tenggara Timur.

2. Narasumber Pusat :

1. Dirjen Bina Pembangunan Daerah, Departemen Dalam Negeri
2. Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat, Depkes RI
3. Kepala Badan Litbangkes, Depkes RI
4. Direktur Kesehatan dan Gizi Masyarakat, BAPPENAS
5. Direktur Pengembangan Wilayah, Depdagri.
6. Direktur Pelayanan Medis Dasar dan Gigi Spesialistik, Depkes RI.
7. Direktur Gizi Masyarakat, Depkes RI
8. Kepala Pusat Promosi Kesehatan, Depkes RI
9. Dra. Tini Hadad (Koalisi Indonesia Sehat)
10. Prof. DR. Ir. Ali Kho msan, MS (GMSK-IPB)
11. DR. Dr. Hamam Hadi (Ketua Program Studi Gizi FK-UGM)
12. DR. M. Ikhsan (Lembaga Ekonomi UI)
13. Prof. DR. Dr. Satoto (FKM – UNDIP)
14. Yayasan Persembahan 50 tahun Kemerdekaan (P50K)
15. Kasubdit Wilayah Tertinggal, Departemen Dalam Negeri
16. Seluruh Kasubdit di lingkungan Direktorat Gizi Masyarakat
17. Seluruh Kepala Seksi dan Kasubag TU di lingkungan Direktorat Gizi Masyarakat

Biaya, Waktu, dan Tempat

Biaya pertemuan berasal dari DIP Perbaikan Gizi Masyarakat Pusat Bagian Proyek Pemberian MP-ASI tahun 2004. Pertemuan diselenggarakan pada tanggal 26 s/d 28 September 2004, bertempat di Hotel Sahid Jaya, Jl. Jend. Sudirman No. 86 Jakarta.

Jakarta, Oktober 2004.
Kasubdit Gizi Klinis
Direktorat Gizi Masyarakat,

Dr Anie Kurniawan MSc.

Lampiran

Lampiran 1.

**KEPUTUSAN
DIREKTUR GIZI MASYARAKAT
NOMOR : HK.00.06.4.00.2326
TENTANG
PERTEMUAN SOSIALISASI MAKANAN PENDAMPING ASI (MP-ASI)
DAN PERENCANAAN PROGRAM PERBAIKAN GIZI
MENUJU KELUARGA SADAR GIZI (KADARZI)**

- Menimbang** : a. bahwa Kurang Energi Protein (KEP), Anemia Kurang Gizi Besi (AKGB), Kurang Vitamin A (KVA) dan Gangguan Akibat Kurang Yodium (GAKY) masih merupakan masalah nasional;
- b. bahwa selain masalah gizi kurang, masalah gizi lebih yang berhubungan erat dengan penyakit degeneratif cenderung meningkat terutama di perkotaan;
- c. bahwa dalam rangka adanya trend global masalah gizi dan tantangan dimasa yang akan datang; kebijakan dan strategi program perbaikan gizi menuju Kadarzi; perencanaan dan penganggaran program kesehatan tahun 2005; serta pelaksanaan pendistribusian dan pengelolaan MP-ASI bagi anak dibawah umur 2 tahun;
- d. bahwa untuk maksud tersebut perlu dilakukan pertemuan sosialisasi MP-ASI dan perencanaan program perbaikan gizi menuju KADARZI bagi pengelola program dan para penentu kebijakan. Pertemuan dilaksanakan di 3 (tiga) regional yakni: regional I (Jawa Barat), regional II (Bali) dan regional III (Sulawesi Selatan);
- e. bahwa untuk lancarnya sosialisasi MP-ASI dan perencanaan program perbaikan gizi tersebut perlu ditetapkan Keputusan Direktur Gizi Masyarakat tentang sosialisasi MP-ASI dan perencanaan program perbaikan gizi menuju KADRZI.
- Mengingat** : a. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang kesehatan;
- b. Undang-undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintah Daerah;
- c. Undang-undang Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pusat dan Daerah;
- d. Undang-undang Nomor 25 Tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional;
- e. Peraturan Pemerintah Nomor 25/Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai daerah otonomi;
- f. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457/MENKES/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota

MEMUTUSKAN :

MENETAPKAN :

- PERTAMA** : Menyelenggarakan Pertemuan Nasional Sosialisasi MP-ASI dan Perencanaan Program Perbaikan Gizi menuju KADARZI.
- KEDUA** : Membentuk Panitia Pelaksana Pertemuan Nasional Sosialisasi MP-ASI dan Perencanaan Program Perbaikan Gizi menuju KADARZI dengan susunan seperti tercantum dalam lampiran keputusan ini.
- KETIGA** : Panitia bertugas untuk menyiapkan dan melaksanakan pertemuan, dan melaporkan hasil pertemuan kepada Direktur Gizi Masyarakat c.q Pemimpin Bagian Proyek Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) selambat-lambatnya 1 (satu) bulan setelah pertemuan dilaksanakan.
- KEEMPAT** : Seluruh biaya berkenaan dengan pertemuan tersebut dibebankan pada Proyek Perbaikan Gizi Masyarakat, Bagian Proyek Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) Pusat Tahun 2004, Mata Anggaran 13.2.03.661819.24.03.01
- KEENAM** : Apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapan keputusan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Jakarta

Pada tanggal : 1 September 2004

Direktur Gizi Masyarakat,

Dr. Rachmi Untoro

NIP : 380 001 106

Tembusan kepada :

1. Inspektur Jenderal, Depkes
2. Direktur Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Depkes RI
3. Kepala Biro Perencanaan dan Penganggaran, Setjen Depkes RI
4. Kepala KPKN Jakarta V
5. Kabag Keuangan Setditjen Bina Kesmas Depkes RI
6. Pemimpin Bagian Proyek Pemberian MP-ASI Tahun 2004

**LAMPIRAN : KEPUTUSAN DIREKTUR GIZI MASYARAKAT
NOMOR : HK.00.06.4.00.2326 TANGGAL : AGUSTUS 2004**

PENGARAH : Direktur Gizi Masyarakat

PELAKSANA :

KETUA : Kepala Sub Direktorat Gizi Klinis

SEKRETARIS : Kepala Sub Bagian Tata Usaha

Anggota : 1. Ditjen Pengembangan Daerah, Depdagri RI
2. Kasubdit Konsumsi Makanan
3. Kasubdit Gizi Makro
4. Kasubdit Mikro
5. Kasubdit Kewaspadaan Gizi
6. Seluruh Kepala Seksi dilingkungan Dit. Gizi Masyarakat
7. Yayasan P-50-K

Sekretariat : 1. Drg. Yenni Mulyawati, MS
2. Asep Kustiandi, SKom, MKes
3. Dr. Julina
4. Suroto, SKM
5. Ichwan Arbi, SKM
6. Rose Wahyuardhani, DCN
7. Aan Mulya Buana, SKom
8. Riga
9. Nia Trisnawati, AMD
10. Katmo, S.Sos
11. Suparno, AMD
12. Dra. Ni Made Laheri
13. H.A. Bernadus, SKM, MA
14. Cahaya Indriyati, SKM, MKes
15. Sugiyo, SKom
16. Sri Amelia, SKM
17. Suminto
18. Dullatif

Lampiran 2.

**JADWAL KEGIATAN ADVOKASI PROGRAM PERBAIKAN GIZI
26-28 SEPTEMBER 2004**

Tanggal	Waktu	Acara	Moderator	Penanggung Jawab
26-Sep	16.00 - 19.00 19.00 - 21.00	Pendaftaran 1. Selamat datang, perkenalan. 2. Santap malam bersama (pakaian batik/tenun/khas daerah masing-masing) 3. Melangkah bersama/pencerahan nara sumber daerah & pusat.	Catatan : Undangan dari Dirjen Binkesmas	Tim Lucia Pardede, Bernadus, Cahaya (MC) RANGKUMAN: Minarto, Sunarko, Tim
27-Sep	08.00 - 09.30 09.30 - 10.00 10.00 - 13.00 13.00 - 14.00 14.00 - 17.00 17.00 - 19.00 19.00 - 21.00	Pembicara Utama 1. Peran dan Fungsi Pemerintah Daerah dalam Meningkatkan Kualitas Sumber Daya Manusia di Daerah, Dirjen Bina Pembangunan Daerah, Depdagri. 2. Trend masalah gizi dan tantangan di masa depan, Dirjen Binkesmas Depkes Rehat kopi PANEL 1. Gizi sebagai investasi pembangunan daerah; DR. Mohamad Ikhsan (Lembaga Ekonomi UI) 2. Kadarzi merupakan fokus pembangunan di bidang gizi; Dra. Tini Hadad (Koalisi Untuk Indonesia Sehat) Pembahasan Diskusi tanya - jawab ISHOMA Motivating strategy menuju Kadarzi : "Social Gathering" Istirahat, makan malam Ko - Kreasi (peserta dibagi 3 kelompok : BAPPEDA, DINKES, RUMAH SAKIT)	Direktur Gizi Masyarakat Prof. Dr. Satoto <u>Pembahas:</u> Bappeda NTT, Bappeda Sulsel, DR. Hamam Hadi Tim Penjelasan: Prof. Dr. Satoto + Tim	Tim Rangkuman: Anie Kurniawan, Atmarita, Tatang S. Falah NOTULEN: 1. Bappeda: Rita Kemala, Cornelia 2. Dinkes: Siti Zaenab, Itje Ranida 3. RSU : Eman S, Sri Amelia RANGKUMAN : Tatang, Kresnawan, Tim
28-Sep	08.00 - 12.00 12.00 - 13.00	Kesepakatan dan tindak lanjut Penutupan/makan siang	Direktur Pengembangan Wilayah, Depdagri	Tim Tim

Lampiran 3.



DEPARTEMEN DALAM NEGERI
REPUBLIK INDONESIA

**PENGARAHAN
DIREKTUR JENDERAL BINA PEMBANGUNAN DAERAH
DEPARTEMEN DALAM NEGERI
Pada**

**FORUM ADVOKASI PROGRAM PERBAIKAN GIZI MENUJU
KELUARGA SADAR GIZI (KADARZI)**

Jakarta, 27 September 2004 pukul 08.00-08.45 WIB

Yang terhormat:

- Sdr. Direktur Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan, Prof. DR. Asrul Azwar, MPH;
- Sdr. Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Departemen Kesehatan, atau yang mewakili
- Sdr. Perwakilan dari Perguruan Tinggi (UI, IPB, UGM);
- Sdr. Perwakilan dari Forum Parlemen DPR RI, Dra. Ermalena;
- Sdr. Pimpinan Yayasan Persembahan 50 Tahun Kemerdekaan;
- Sdr. Kepala Bappeda Provinsi dan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi seluruh Indonesia;
- Sdr. Direktur Rumah Sakit Umum Provinsi (Sumatera Utara, Sumatera Selatan, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Kalimantan Selatan, Sulawesi Selatan, Sulawesi Utara, Bali, dan Nusa Tenggara Timur);
- Serta Para tamu undangan yang berbahagia.

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakaatuh

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, yang telah mengantarkan kita untuk bersama-sama dapat hadir dalam acara ini, Forum Advokasi Program Perbaikan Gizi menuju Keluarga Sadar Gizi yang disingkat KADARZI .

Bapak dan Ibu sekalian yang saya hormati,

Pertama-tama perlu saya sampaikan bahwa didalam membahas segala program pembangunan termasuk program perbaikan gizi, kita perlu melihat dalam kerangka otonomi daerah. Paradigma Otonomi Daerah telah berpengaruh besar kepada Pemerintah Daerah dalam menentukan arah dan kebijakan pembangunan daerah termasuk sumberdaya manusia (SDM) di dalamnya. Otonomi Daerah pada dasarnya dilaksanakan dalam 4 (empat) koridor utama, yaitu:

Pertama: Otonomi Daerah bermuara pada peningkatan kesejahteraan, dan mendekatkan pada fungsi pelayanan umum pemerintah, yang meliputi; a) aspek demokrasi, b) aspek pelayanan masyarakat, c) aspek pemberdayaan masyarakat, serta d) aspek peningkatan kesejahteraan masyarakat;

Kedua: Sistem, Mekanisme, dan Prosedur penyelenggaraan Otonomi Daerah yang dituangkan dalam UU dan PP-nya harus aplikatif sehingga memudahkan pelaksanaan di lapangan dan sejauh mungkin menghindarkan distorsi dan eksekusi negatif yang bersifat kontraproduktif.

Ketiga: Dalam jangka panjang, Otonomi Daerah diarahkan agar terwujud ketahanan daerah dalam berbagai aspek IPOLEKSOSBUDHANKAM dalam rangka mewujudkan ketahanan nasional.

Keempat: Tiga koridor tersebut dilaksanakan dalam kerangka NKRI dan harus mampu memantapkan demokrasi dalam semangat persatuan dan kesatuan nasional.

Otonomi Daerah telah menjadi paradigma baru dalam penyelenggaraan pemerintahan dan pengelolaan pembangunan, di samping semangat *Good Governance* dan Pemberdayaan Masyarakat. Seiring dengan globalisasi penilaian keberhasilan pembangunan, khususnya pembangunan manusia di suatu negara dapat diukur melalui Indeks Pembangunan Manusia (IPM).

Hadirin sekalian yang berbahagia,

Sejak dilanda krisis ekonomi, peringkat IPM Indonesia di dunia cenderung menurun. Di antara sekitar 175 negara, pada tahun 1999 Indonesia menempati urutan ke-102, menurun menjadi 109 (tahun 2000), 110 (tahun 2001), dan 112 (tahun 2002). Pada tahun 2002 tersebut posisi Indonesia hanya lebih baik dari Laos, Myanmar, dan Kamboja tetapi dibawah Vietham.

Seiring dengan membaiknya demokratisasi di bidang politik, peringkat IPM Indonesia pada tahun 2003 mengalami sedikit peningkatan menjadi ke-111, atau satu tingkat di atas Vietnam karena adanya perbaikan dalam demokratisasi di bidang politik diikuti perbaikan di bidang ekonomi dan sosial.

Bapak dan Ibu sekalian yang saya hormati,

Salah satu penyebab rendahnya peringkat IPM Indonesia, karena Indonesia masih dihadapkan pada status kesehatan dan gizi yang kurang khususnya pada ibu dan anak. Data Susenas tahun 2002, menunjukkan bahwa 72% Kabupaten/Kota di seluruh Indonesia masih mempunyai angka gizi kurang yang tinggi yaitu berkisar 20-40%. Masalah gizi pada dasarnya disebabkan oleh pola makan yang tidak seimbang dan adanya penyakit infeksi yang diderita. Masalah tersebut erat kaitannya dengan penyediaan bahan makanan, akses terhadap sanitasi dan air bersih, serta pola asuh anak, yang mana faktor-faktor dimaksud sebagai akibat dari kurangnya pendidikan, pemberdayaan wanita dan keluarga, serta kurangnya pemanfaatan sumber daya masyarakat.

Dampak masalah gizi menurut UNICEF (2004), Indonesia diperkirakan akan mengalami kerugian sebesar 8,9 triliun rupiah sebagai akibat penurunan produktifitas kaum pekerja yang disebabkan oleh kekurangan zat besi dan 35,2 triliun rupiah akibat kekurangan yodium. Estimasi ekonomi ini dianalisis berdasarkan faktor resiko kekurangan vitamin dan mineral. Bahkan dalam 8 tahun mendatang, apabila tidak ada program yang serius, kerugian diperkirakan dapat mencapai 110 triliun rupiah.

Hadirin yang berbahagia,

Berbagai upaya telah dilakukan oleh Pemerintah guna meningkatkan status gizi masyarakat. Namun demikian, masih adanya kesenjangan angka gizi kurang antar daerah. Menurut Departemen Kesehatan, ada sekitar 100 kabupaten/kota di Indonesia yang mempunyai angka gizi kurang cukup tinggi (lebih tinggi dari 30%). Didasarkan pada permasalahan tersebut, Departemen Kesehatan melakukan upaya yang terpadu dalam rangka mempercepat peningkatan status gizi masyarakat melalui konsep Keluarga Sadar Gizi atau yang disingkat KADARZI. Ada 6 (enam) strategi menuju KADARZI yaitu:

- 1) Pemberdayaan keluarga;
- 2) Partisipasi kelompok pemerhati termasuk Pergusuan Tinggi dan LSM;
- 3) Kampanye media massa;
- 4) Pengembangan kebijakan publik di bidang gizi;
- 5) Kemitraan dan kerjasama lintas sektor, termasuk pusat dan daerah;
- 6) Penelitian dan pengembangan.

Melihat dari 6 (enam) strategi tersebut, menurut hemat kami strategi Pemberdayaan Keluarga dan strategi Kemitraan dan Kerjasama Lintas Sektor, Termasuk Pusat dan Daerah merupakan strategi yang memerlukan perhatian lebih khusus dan akan memberikan kontribusi yang lebih besar sebagai upaya untuk mensinergikan peranan pemerintah dan pemerintah daerah. Oleh sebab itu segala kebijakan pusat dan pemerintah daerah perlu melihat secara totalitas permasalahan yang ada dan saling memberikan kontribusi dukungan dan komitmen

satu dengan lainnya sesuai dengan kewenangannya. Sejalan dengan otonomi daerah, maka pemerintah pusat lebih berperan untuk fasilitasi pemerintah daerah dengan optimalisasi sumberdaya yang ada dan mengurangi friksi dan pemerintah daerah sebagai pelaksana kebijakan tersebut.

Sesuai dengan 3 (tiga) asas pembangunan yang kita anut yaitu: Desentralisasi, Dekonsentrasi, dan Medebewind (pembantuan), maka fungsi dan peran pemerintah daerah dalam upaya menuju KADARZI dapat dibedakan dalam 2 (dua) hal, yaitu secara Regulatif dan Fasilitatif.

PEMERINTAH KABUPATEN/KOTA

A. Secara Regulatif

- 1) Menyusun kebijakan atau perda yang mempunyai nuansa pemberdayaan masyarakat;
- 2) Menyusun dokumen perencanaan (RENSTRADA/ PROPEDA) yang lebih memprioritaskan pembangunan manusia;
- 3) Menyusun kebijakan yang memberikan perlindungan untuk keluarga.

B. Fasilitatif

- 1) Mendorong program-program pemberdayaan masyarakat dengan mengedepankan kepentingan keluarga;
- 2) Memperkuat koordinasi dinas-dinas terkait sebagai upaya untuk optimalisasi pencapaian sasaran pembangunan manusia, khususnya gizi;
- 3) Melakukan pembinaan dan pemampuan aparat dan masyarakat tentang pentingnya arti keluarga dan kesehatan;
- 4) Menjalin kemitraan dengan stakeholder terkait seperti perguruan tinggi dan pihak swasta untuk memberikan perlindungan kepada keluarga sehat.
- 5) Memberikan dukungan terhadap kebijakan pusat tentang kesehatan, khususnya program KADARZI.
- 6) Melakukan kerjasama dan studi banding dengan daerah lainnya yang telah sukses dalam mengatasi program kesehatan dan gizi.

Pemerintah Daerah Provinsi

A. Secara Regulatif

Menyusun kebijakan yang bernuansa dan memberikan prioritas terhadap pembangunan manusia dan kesehatan.

Menyusun arah pengembangan wilayah sesuai dengan kondisi dan peta masing masing kabupaten terhadap kondisi dan karakteristik kesehatan masyarakat;

Menyusun kebijakan yang memberikan kemudahan untuk kabupaten kabupaten yang memprioritaskan kepentingan pembangunan manusia dan kesehatan pada khususnya;

B. Fasilitatif

- 1) Menjembatani dan mensinergikan kepentingan pusat atau nasional dengan kebutuhan kabupaten dalam rangka pencapaian Indikator status gizi yang telah ditetapkan baik secara nasional.
- 2) Memfasilitasi pemerintah daerah kabupaten/kota untuk menjamin pelaksanaan program sesuai dengan standar pelayanan minimal yang dipersyaratkan;
- 3) Melakukan pembinaan kerjasama antar daerah khususnya dalam peningkatan pembangunan manusia atau kesehatan gizi pada khususnya.
- 4) Melaksanakan program-program menuju KADARZI yang berskala regional tingkat provinsi dan lintas kabupaten/kota untuk mengurangi disparitas status gizi antarkabupaten/kota;
- 5) Mengembangkan program-program menuju KADARZI yang inovatif dan aplikatif sehingga dapat direplikasikan dari satu kabupaten/kota ke kabupaten/kota lainnya;
- 6) Memperkuat koordinasi dinas-dinas terkait di daerah dan menjalin kemitraan dengan seluruh stakeholder pembangunan dalam rangka memberdayaan masyarakat (termasuk keluarga) untuk menuju KADARZI;

Hadirin yang berbahagia,

Fungsi dan peran pemerintah daerah sangat besar dalam kerangka otonomi daerah untuk peningkatan Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Melalui KADARZI merupakan langkah strategis untuk mendukung peningkatan status kesehatan dan gizi masyarakat, yang pada akhirnya akan bermuara pada IPM. Pemerintah provinsi sebagai wakil pemerintah pusat mempunyai peran penting untuk mendorong suksesnya pencapaian derajat kesehatan, khususnya melauai program KADARZI. Oleh sebab itu diharapkan Pemerintah provinsi juga dapat

mengakomodir apirasi pemerintah kabupaten dan mensinergikan dengan arah dan tujuan nasional. Namun demikian dengan segala upaya penuh yang dilakukan oleh pemerintah daerah provinsi dan kabupaten tidak akan dapat tercapai tanpa dukungan penuh dari pemerintah pusat. Karena peran pusat juga sangat penting untuk ikut memperhatikan, membina dan mendukung pemerintah daerah dalam era otonomi daerah

Bapak dan Ibu sekalian yang saya hormati,

Akhirnya, perkenankanlah Saya atas nama pimpinan Departemen Dalam Negeri menyampaikan penghargaan setinggi-tingginya kepada Departemen Kesehatan atas kerjasamanya dalam menyelenggarakan forum advokasi yang sangat penting ini. Kami ucapkan terimakasih kepada Saudara Kepala Bappeda Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, dan Direktur Rumah Sakit Umum Provinsi yang telah memenuhi undangan kami. Semoga kehadirannya dapat memberikan dukungan nyata bagi upaya menuju KADARZI. Kepada para hadirin, tak lupa Saya ucapkan terimakasih atas dukungan dan kehadirannya.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakaatuh

DIREKTUR JENDERAL BINA PEMBANGUNAN DAERAH

SEMAN WIDJOJO

Kesepakatan dan Tindak Lanjut Pertemuan Advokasi Program Perbaikan Gizi Menuju KADARZI Jakarta 26 – 28 September 2004

II. Kesepakatan :

- Keadaan gizi masyarakat di berbagai wilayah masih memprihatinkan, selain itu masalah gizi antar wilayah masih beragam sehingga dalam pelaksanaannya perlu pendekatan yang spesifik.
- Gizi adalah investasi, dan merupakan fondasi yang amat penting untuk meningkatkan produktivitas masyarakat dan peningkatan mutu SDM, sehingga penanggulangan masalah gizi perlu diprioritaskan.
- Gizi merupakan bagian dari pembangunan daerah sehingga Kadarzi 2010 harus menjadi isu sentral.
- Gizi merupakan salah satu bidang yang kewenangannya bisa diserahkan kepada daerah. Oleh karena itu desentralisasi, sebagai salah satu peluang dalam mempercepat penurunan prevalensi dan dampak buruk masalah gizi dengan pendekatan spesifik wilayah.
- Dalam prospek pengembangan program gizi di daerah, kendala yang dihadapi adalah terbatasnya kemampuan keuangan daerah, sehingga diperlukan :
 - Penggalan dana masyarakat,
 - Relokasi kearah kegiatan yang berdaya guna serta berdasarkan data dan fakta yang akurat,
 - Sinkronisasi penganggaran program (APBD/APBN) serta perbaikan sistem penganggaran,
- Status pendidikan yang rendah merupakan faktor utama penyebab masalah gizi, di samping terbatasnya ketersediaan pangan dan kemiskinan. Pendidikan yang rendah berdampak pada perilaku gizi yang salah. Oleh karena itu, peningkatan pendidikan masyarakat merupakan hal yang juga perlu diprioritaskan.
- Keluarga sebagai unit sosial subyek pembangunan maupun sebagai kesatuan bio-sosial manusia, merupakan target utama yang sangat strategis untuk mengubah perilaku gizi kearah yang benar.
- Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) merupakan tujuan antara dalam rangka meningkatkan status gizi. Oleh karena itu seluruh program aspek perbaikan gizi diarahkan untuk mencapai keluarga sadar gizi. Untuk mencapai keluarga sadar gizi, seluruh komponen masyarakat harus bergerak secara terpadu untuk kesejahteraan masyarakat.
- Peserta sepakat bahwa Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) merupakan sasaran program perbaikan gizi dalam rangka meningkatkan pencegahan dan penanggulangan masalah gizi kurang dan gizi lebih.

- Untuk melembagakan kaderzi disepakati akan dilakukan melalui revitalisasi posyandu sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan dan pelayanan edukasi.
- Perencanaan dan penganggaran program perbaikan gizi menuju koordinasi di tingkat kabupaten/kota dikoordinasikan oleh Bappeda, dan di tingkat Pusat dikoordinasikan oleh Bappenas.
- Sumber pendanaan program perbaikan gizi yang berasal dari berbagai sumber dana (masyarakat, APBD, APBN, Donor, Swasta) perlu dikelola secara serasi agar mendapatkan hasil yang optimal.

II. Tindak Lanjut :

Tingkat Propinsi

- Pada tahun 2005 setiap propinsi harus menyusun Rencana Aksi Gizi Propinsi (RAGP) mengacu pada Rencana Aksi Gizi Nasional (RAGN).
- Melaksanakan advokasi secara terus menerus kepada kabupaten/kota (Bupati/Walikota dan DPRD) dengan sumber dana dekonsentrasi yang difasilitasi oleh propinsi, dengan narasumber Pusat.
- Melakukan Capacity Building terhadap kabupaten/Kota
- Mengembangkan KIE berbasis kompetensi dan masalah lokal
- Memperkuat kelembagaan koordinasi penanganan masalah gizi
- Menjalin kemitraan dengan LSM dan organisasi profesi.
- Memperkuat system informasi dan surveilans gizi.
- Melakukan revitalisasi posyandu.
- Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan gizi serta rujukan berbasis kompetensi.

Tingkat Pusat

- Menyediakan dana dekonsentrasi untuk advokasi ke kabupaten dalam rangka menyusun RAGP.
- Menyusun RAGN bersama sector dan program terkait.
- Melakukan capacity building.
- Melakukan bimbingan dan asistensi ke propinsi dan kabupaten/kota.

Hasil Diskusi Kelompok Bappeda
Topik: Upaya Meningkatkan Program Gizi
Sebagai bagian Pembangunan daerah

- *Gizi merupakan bagian dari pembangunan sehingga Kadarzi 2010 menjadi isu sentral*
- *Rencana Aksi Nasional Kadarzi ditindak lanjuti dengan Rencana Aksi Propinsi dan kab/kota*
- *Advokasi kepada kab/kota 2005 dengan sumber dana dekon, difasilitasi oleh propinsi*
- *Memasukkan Kadarzi dalam kurikulum pendidikan*
- *Kadarzi dilaksanakan secara lintas departemen, mengikutsertakan seluruh stakeholders*
- *Sinkronisasi dan integrasi tingkat pusat dibawah koordinasi Bappenas di daerah dibawah koordinasi Bappeda Prop dan kab/kota.*
- *Kesepakatan sharing anggaran dari dana dekon, APBD Prop dan Kabupaten/Kota (kab/kota yang tidak sharing budget tidak mendapat dana dekon*
- *Pelaksanaan Kadarzi dimulai 2006, di tingkat propinsi dan kab/kota.*

Lampiran 6.

Hasil Diskusi Kelompok Dinas Kesehatan *Topik: Strategi Menuju Kadarzi*



Di Propinsi

INPUT:

- A. SDM → Capacity building
- Provider: petugas kesehatan dan non kesehatan (TOT)
 - User : penyuluhan
 - Stakeholder: advokasi
- B. DANA → APBD, APBN, SWASTA, BLN/HLN, MASYARAKAT (Optimalisasi dan sinkronisasi)
- C. MATERIAL → BAHAN INFORMASI BERBASIS KIE
- Buku pedoman, juklak, juknis
 - Poster
 - Leaflet
 - Audiovisual
 - dll

PROSES :

→ MENJALIN KEMITRAAN

- Lintas sektor terkait
- Perguruan Tinggi
- Organisasi profesi
- Wartawan
- LSM
- Swasta
- Toma dan toga

→ MEMPERKUAT KELEMBAGAAN (Dewan Ketahanan Pangan)

→ SISTEM INFORMASI KADARZI

KABUPATEN/KOTA (Idem)

KEGIATAN:

1. REVITALISASI POSYANDU
 - Reward kader
 - Pemantauan Pertumbuhan
2. ADVOKASI PENGALOKASIAN DANA OPS POSYANDU
3. “BAPAK ASUH” BAGI POSYANDU (KEMITRAAN)

Hasil Diskusi Kelompok RSU

No	Kebijakan	Kebijakan	Kegiatan	Dana
1	ASI Eksklusif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Secepatnya melaksanakan rawat gabung sedini mungkin. 2. Ruang laktasi di IRJA 3. Tenaga Keperawatan terutama dibag. Anak & Kebidanan telah mengikuti pelatihan ASI EKSKLUSIF 4. Susu Formula masuk hanya khusus untuk kasus2 tertentu. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pembuatan protap 2. Penyuluhan 3. Breast care 4. Pelayanan rawat gabung 5. Pelatihan ASI Eksklusif 6. Monev.ibu dan bayi 	Dari Rumah Sakit ,APBD Dinkes Prop, Depkes, swasta.
2	Pendidikan dan Pelatihan Gizi di Rumah Sakit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan SDM tentang gizi dan hygiene : <ul style="list-style-type: none"> - Dalam RS: Semua petugas kesehatan yang ada di RS, pasien dan keluarga pasien, pengunjung, siswa/mhs praktek - Luar RS : Tenaga kesehatan dan masyarakat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pendidikan 2. Inhouse Training 3. Exhouse Training 4. Sosialisasi 5. Penyuluhan 	Idem.
3.	Tata Laksana Gangguan Gizi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berpedoman pd panduan gizi utk balita dari Depkes (SPM) 2. Berpedoman pd standar pelayanan medik untuk anak2 dan dewasa dengan keadaan Gizi Kurang, Gizi Lebih atau Malnutrisi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Rujukan 2. Pelayanan gizi 3. Konseling 4. Penyediaan bahan dan obat 5. Monev 	Idem

Daftar Nama Kelompok RSU

No	Nama	Institusi
1	Wahyu Hardi P	RS. Ulin Banjarmasin
2	Syamsu	RS. Wahidin
3	Maxi Rondonuwu	RSU Prop. Kandau, Manado
4	Yusuf P. Sitepu	RS.Adam Malik, Medan
5	Utami K	RSU. Margono, Purwoketo
6	Miranti Gutawa	RSHS Bandung
7	Milawati	RS Sanglah , Denpasar
8	Yudise	RSUD. Prof Johannes Kupang
9	Fathur Rochman	RSU. Dr. Sutomo
10	Sjofjan E.Djailani	RS. Dr.Moh. Hoesin

Lampiran 8.

**Catatan Penutupan Dari Direktur Pengembangan Wilayah
Ditjen Pembangunan Daerah - Departemen Dalam Negeri
Pada
Pertemuan Advokasi Program Perbaikan Gizi Menuju Keluarga Sadar Gizi
Jakarta, 28 September 2004**

Untuk memasyarakatkan Kadarzi semua sektor harus bekerjasama. Hasil kesepakatan pertemuan ini agar ditindak lanjuti, baik oleh tingkat pusat, propinsi dan kabupaten antara lain:

1. Memasukkan gizi menjadi issue politik, sehingga investasi gizi dianggap penting untuk menilai keberhasilan pembangunan daerah (kabupaten dan kota), tingkat pusat dikoordinasikan oleh Bappenas, tingkat propinsi dan kabupaten/kota dimotori oleh Bappeda masing-masing.
2. Sebagai contoh tema gizi menjadi issue politik : “Gizi adalah entry strategi dalam pembangunan daerah untuk meningkatkan kualitas SDM”.
3. Tim pusat agar membuat rumusan kadarzi untuk jangka panjang (10 tahun), jangka menengah (5 tahun), dan jangka pendek (tahunan), serta menyampaikan kepada Menteri Dalam Negeri.
4. Melakukan KIE/advokasi kepada seluruh Gubernur, Bupati/Walikota, bahwa peningkatan status gizi masyarakat harus dilaksanakan sebagai konsekuensi menjadi kepala daerah yang dipilih oleh masyarakat.
5. Mengembangkan kreasi baru promosi gizi, agar Kadarzi dapat dipahami oleh keluarga dan masyarakat.
6. Melaksanakan Pendidikan gizi kepada keluarga/masyarakat agar mereka sadar dan mampu meningkatkan status gizi masing-masing keluarga serta dapat mengemukakan kepada kepala daerah agar meningkatkan kesejahteraan di masing-masing wilayah kerjanya.
7. Ada 3 issue utama yang harus dilakukan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat sesuai dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) :
 - a. Pendidikan
 - b. Kesehatan
 - c. Dayabeli
8. Promosi kepada masyarakat ditujukan sesuai spesifikasi pada masyarakat :
Kebutuhan I : yang penting hari ini makan
Kebutuhan II : yang penting hari ini makan 3 x
Kebutuhan III : hari esok makan apa ?