

INDEKS PEMBANGUNAN GIZI

(Konsep, Metodologi, dan Aplikasi)

Irwan Budiono, S.KM, M.Kes (Epid)



INDEKS PEMBANGUNAN GIZI

(Konsep, Metodologi dan Aplikasi)

INDEKS PEMBANGUNAN GIZI

(Konsep, Metodologi dan Aplikasi)

Irwan Budiono, S.KM, M.Kes(Epid)



INDEKS PEMBANGUNAN GIZI

(Konsep, Metodologi dan Aplikasi)

Irwan Budiono, S.KM, M.Kes(Epid)

Desain Sampul:

...

Layout:

Thomas Sugeng H

Cetakan Pertama, Agustus 2015

xiv + 103 hlm, 18 x 25 cm.

ISBN 978-602-71345-8-4

Hak Cipta © 2015 pada penulis

Hak Cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apa pun, secara elektronik maupun mekanis, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman lainnya, tanpa izin tertulis dari penerbit.

Penerbit:

FASTINDO

Jl. Prof. Sudarto LPPU II 12 A, Tembalang Semarang

Telp. (024) 764 805 90

Email: fstindo@gmail.com

Kata Pengantar

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas limpahan rahmatnya sehingga penulisan buku ini dapat terselesaikan.

Buku ini disusun dari hasil penelitian Unggulan Strategis Nasional yang didanai oleh Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi pada tahun 2010. Penelitian ini dilatarbelakangi oleh situasi gizi Indonesia yang masih menunjukkan adanya masalah, baik gizi kurang maupun gizi lebih. Selain itu, tampak nyata adanya perbedaan masalah antar beberapa daerah. Secara nasional hal ini mendorong kebutuhan terhadap pentingnya pemetaan masalah gizi serta kebijakan yang perlu diambil untuk intervensi gizi yang tepat.

Pada dasarnya keberhasilan pembangunan gizi merupakan sesuatu yang *observable* dan *measurable*. Artinya, jika upaya pembangunan dilakukan dengan *scientific approach*, maka dapat diprediksi kemungkinan keberhasilannya. Oleh karena itu penulis memandang perlunya suatu indeks yang dapat memetakan masalah sekaligus mengukur capaian pembangunan gizi di suatu wilayah.

Buku ini diharapkan dapat bermanfaat bagi pengelola program gizi, pengambil kebijakan, mahasiswa peminatan gizi, serta pemerhati bidang gizi. Dalam kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada Dirjen Dikti Kemendikbud serta Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Negeri Semarang yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk melaksanakan penelitian. Ucapan terimakasih juga penulis sampaikan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang dan Kabupaten Semarang yang telah mendukung terlaksananya penelitian ini.

Akhirnya, kami menyadari akan adanya kekurangan dalam buku ini, oleh karena itu kritik dan saran membangun sangat diharapkan untuk peningkatan kualitas penulisan buku pada masa yang akan datang.

Semarang, Juli 2015

Penulis

Abstrak

Keberhasilan pembangunan gizi dapat diukur dengan suatu indeks, yaitu Indeks Pembangunan Gizi (IPG). IPG diperlukan sebagai upaya pemetaan kemajuan pembangunan gizi di suatu wilayah. Instrumen yang digunakan dalam pengkajian IPG tahun 2009 di Kota Semarang perlu dievaluasi dan diperluas skala penggunaannya di Kabupaten/ kota yang lain. Untuk itu perlu dilakukan pengembangan IPG dimaksud untuk menilai dan memetakan kemajuan pembangunan gizi yang dicapai oleh suatu kabupaten atau kota.

Pengkajian IPG dalam penelitian ini dilakukan dengan dua pendekatan, yaitu penelitian kualitatif dan kuantitatif. Penelitian kualitatif dilakukan untuk pengembangan instrumen, yang dilakukan melalui kegiatan FGD, serta eksplorasi berbagai pendapat pakar untuk justifikasi instrumen IPG, terutama terkait indikator dan metodologi pengukurannya. Penelitian kuantitatif untuk mengkonstruksi instrumen, dan pengukuran IPG. IPG terdiri dari 4 dimensi utama yaitu status gizi, konsumsi energi dan zat gizi, keamanan pangan, dan gaya hidup. Pengkajian IPG dilakukan di Kota Semarang dan Kabupaten Semarang.

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata IPG Kota Semarang sebesar 0,701 (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). Sementara itu rata-rata IPG Kabupaten Semarang sebesar 0,652 (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).

Berdasarkan temuan ketiadaan data konsumsi kalori dan protein keluarga perkapita perhari serta, maka disarankan agar dilakukan kegiatan survey konsumsi. Selain itu berdasarkan temuan rendahnya indeks dimensi gaya hidup (khususnya di Kabupaten Semarang), maka perlu dilakukan upaya Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) gizi secara lebih intensif.

Kata Kunci: Indeks Pembangunan Gizi

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Daftar Isi	ix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
BAB 2 METODE PENGEMBANGAN INSTRUMEN IPG.....	5
BAB 3 GIZI DAN PEMBANGUNAN	13
BAB 4 PENGEMBANGAN INSTRUMEN INDEKS PEMBANGUNAN GIZI (IPG)	25
BAB 5 PENGKAJIAN IPG DI KOTA DAN KABUPATEN SEMARANG.....	31
BAB 6 PELAJARAN DARI HASIL PENGKAJIAN IPG	69
BAB 7 PENUTUP	79
DAFTAR PUSTAKA	81
INDEKS.....	85

Daftar Tabel

Tabel 3.1 Biaya per Unit dan Manfaat Ekonomi berbagai Program Pangan dan Gizi.....	17
Tabel 4.1 Definisi parameter setiap dimensi	26
Tabel 5.1 Rekapitulasi Indeks setiap dimensi dan Indeks Pembangunan Gizi Kota Semarang	50
Tabel 5.2 Rekapitulasi Indeks setiap dimensi dan Indeks Pembangunan Gizi Kabupaten Semarang.....	68

Daftar Gambar

Gambar 2.1	Kerangka Penyebab Masalah Gizi.....	19
Gambar 3.2	Kerangka pikir pengembangan dimensi IPG.....	23
Gambar 5.1	Prevalensi kejadian BBLR menurut wilayah kecamatan di Kota Semarang.....	32
Gambar 5.2	Prevalensi kejadian BBLR menurut wilayah kecamatan di Kota Semarang.....	33
Gambar 5.3	Persentase gizi baik pada balita menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang.....	34
Gambar 5.4	Prevalensi ibu hamil anemia menurut WilayahKecamatan di Kota Semarang.....	35
Gambar 5.5	Prevalensi ibu hamil KEK menurut wilayah kerja Puskesmas di Kota Semarang.....	36
Gambar 5.6	Indeks dimensi status gizi menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang.....	37
Gambar 5.7	Cakupan bayi mendapat kapsul vitamin A menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang.....	38
Gambar 5.8	Cakupan balita mendapat kapsul vitamin A menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang.....	39
Gambar 5.9	Cakupan ibu nifas mendapat kapsul vitamin A menurut wilayah kerja Puskesmas di Kota Semarang.....	40
Gambar 5.10	Cakupan 90 tablet Fe untuk ibu hamil menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang.....	41
Gambar 5.11	Indeks dimensi konsumsi energi dan zat gizi menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang.....	42
Gambar 5.12	Persentase air bersih diperiksa memenuhi syarat menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang.....	43

Gambar 5.13	Persentase TPM yang diperiksa yang memenuhi syarat menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang	44
Gambar 5.14	Indeks dimensi keamanan pangan menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang	45
Gambar 5.15	Persentase keluarga sadar gizi menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang	46
Gambar 5.16	Persentase rumah tangga PHBS strata sehat utama dan paripurna menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang	47
Gambar 5.17	Indeks dimensi gaya hidup menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang	48
Gambar 5.18	Indeks Pembangunan Gizi menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang	49
Gambar 5.19	Prevalensi kejadian BBLR menurut wilayah kecamatan di Kabupaten Semarang	51
Gambar 5.20	Prevalensi gizi buruk pada balita menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang	52
Gambar 5.21	Persentase gizi baik pada balita menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang	53
Gambar 5.22	Prevalensi ibu hamil anemia menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang	54
Gambar 5.23	Prevalensi ibu hamil KEK menurut wilayah kerja Puskesmas di Kabupaten Semarang	54
Gambar 5.24	Indeks dimensi status gizi menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang	55
Gambar 5.25	Cakupan bayi mendapat kapsul vitamin A menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang	56
Gambar 5.26	Cakupan balita mendapat kapsul vitamin A menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang	57
Gambar 5.27	Cakupan ibu nifas mendapat kapsul vitamin A menurut wilayah kerja Puskesmas di Kabupaten Semarang	58

Gambar 5.28	Cakupan 90 tablet Fe untuk ibu hamil menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang	59
Gambar 5.29	Indeks dimensi konsumsi energi dan zat gizi menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang	60
Gambar 5.30	Persentase air bersih diperiksa memenuhi syarat menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang	61
Gambar 5.31	Persentase TPM yang diperiksa yang memenuhi syarat menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang ...	62
Gambar 5.32	Indeks dimensi keamanan pangan menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang	63
Gambar 5.33	Persentase keluarga sadar gizi menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang	64
Gambar 5.34	Persentase rumah tangga PHBS strata sehat utama dan paripurna menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang.....	65
Gambar 5.35	Indeks dimensi gaya hidup menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang.....	66
Gambar 5.36	Indeks Pembangunan Gizi menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang.....	67

Daftar Lampiran

Instrumen Penelitian	91
Definisi setiap Indikator	94

Pembangunan nasional pada dasarnya adalah sebuah upaya pembangunan yang di dalamnya melibatkan multi sektor. Diperlukan adanya sinergi antar sektor agar upaya pembangunan dapat dilaksanakan secara komprehensif dan menyeluruh. 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, sekaligus pemetaan determinan gizi dalam masyarakat. Dua hal tersebut sangat diperlukan dalam upaya peningkatan kewaspadaan gizi. Hasil analisis situasi gizi di Indonesia yang menunjukkan masih tingginya masalah gizi kurang pada balita (mencapai 36,3%), banyaknya bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) yang proporsinya mencapai 16%, dan berbagai masalah gizi yang lainnya, menunjukkan bahwa sudah saatnya diperlukan instrumen untuk menilai dan memetakan pembangunan gizi (BPPN, 2007).

Kebutuhan terhadap instrumen untuk menilai kemajuan pembangunan gizi suatu daerah, dan sekaligus untuk pemetaan determinan gizi dalam masyarakat telah mendorong dilakukannya penelitian untuk mendesain instrumen IPG. Penelitian yang dilakukan Irwan Budiono (2009) telah menghasilkan suatu instrumen untuk pengkajian indeks pembangunan gizi (IPG). Instrumen IPG tersebut selanjutnya telah diujicobakan untuk mengkaji IPG Kota Semarang. Hasil kajian IPG tersebut selanjutnya telah digunakan untuk melakukan pengkajian IPG dalam skala lebih luas di 2 kabupaten/kota.

Instrumen IPG memuat beberapa dimensi penting sesuai dengan Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi Indonesia. Dimensi tersebut bersumber dari hasil workshop WHO-FAO di India, yang pada intinya menyatakan terdapat 4 pilar pembangunan gizi, yaitu status gizi masyarakat, konsumsi energi dan zat gizi, keamanan pangan, dan gaya hidup sehat (BPPN, 2007; WHO-FAO. 2005).

Manfaat pengkajian IPG ini diharapkan dapat berguna untuk beberapa hal antara lain:

1. Pengembangan ilmu

Laporan hasil pengkajian IPG suatu wilayah diharapkan dapat menjadi referensi untuk pengembangan ilmu gizi

2. Implikasi bagi kebijakan

Keberhasilan pembangunan gizi sebenarnya merupakan sesuatu yang *observable* dan *measurable*. Artinya, jika upaya pembangunan dilakukan dengan *scientific approach*, maka dapat diprediksi kemungkinan keberhasilannya. Dengan demikian, hasil penelitian ini diharapkan dapat menentukan titik lemah dari suatu proses pembangunan gizi yang sedang dilaksanakan. Lebih lanjut capaian dari indeks tersebut dapat digunakan untuk evaluasi dan menentukan arah pembangunan gizi pada masa yang akan datang

3. Bagi Pemetaan Kemajuan Pembangunan Gizi Nasional

Pengkajian IPG dapat digunakan untuk pemetaan kemajuan pembangunan gizi nasional. Pemetaan kemajuan pembangunan gizi secara nasional mempunyai peranan strategis, agar upaya pembangunan senantiasa dapat terarah dan terukur.

METODE PENGEMBANGAN INSTRUMEN INDEKS PEMBANGUNAN GIZI (IPG)

Untuk mengembangkan instrumen pengkajian IPG dilakukan penelitian kualitatif dan kemudian dilanjutkan dengan penelitian kuantitatif. Menurut Staruss dan Corbin (1997) penelitian kualitatif ini adalah jenis penelitian yang menghasilkan penemuan-penemuan yang tidak dapat dicapai dengan menggunakan prosedur-prosedur statistik atau yang menurut Lincoln dan Guba (1985) disebut metode Naturalistik. Penelitian kualitatif dilakukan untuk menguji materi instrumen IPG.

Setelah instrumen IPG mendapat justifikasi pakar dan pengelola program, selanjutnya dilakukan penelitian kuantitatif untuk mengkonstruksi instrumen, yang kemudian dilanjutkan pengkajian IPG Kabupaten/ Kota.

Penelitian untuk pengembangan instrumen IPG ini dilakukan melalui 2 tahapan penelitian, yaitu:

1. Tahap penelitian kualitatif

Pada tahap penelitian ini ditentukan subyek penelitian sebagai berikut:

- a. Peneliti bidang gizi dari perguruan tinggi
- b. Pengelola program gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang dan Kabupaten Semarang

Untuk memilih subyek dalam penelitian kualitatif tersebut terdapat kriteria yang harus dipenuhi, yaitu:

- a. Subyek menyatu dengan medan aktivitas sasaran penelitian
- b. Subyek masih aktif
- c. Subyek memiliki waktu untuk dimintai informasi
- d. Subyek tidak memiliki hubungan spesial dengan peneliti.

Sehubungan dengan kriteria tersebut dan disesuaikan dengan tujuan penelitian, maka pemilihan informan dilakukan dengan teknik *purposive sampling*. Teknik ini digunakan dengan tujuan mengarahkan pengumpulan data agar sesuai dengan kebutuhan dan dilakukan dengan menyeleksi informan yang benar-benar menguasai informasi serta permasalahan yang ada dan dapat dipercaya. Penggunaan teknik *purposive* ini memberikan kebebasan peneliti dari keterikatan proses formal, yang berarti peneliti dapat menentukan *sampling* sesuai dengan tujuan penelitian berdasarkan substansi permasalahan. *Sampling* yang dimaksud bukanlah *sampling* yang mewakili personal yang terlibat, melainkan berdasarkan pada relevansi dan kedalaman informasi yang didapat.

Informan kunci selanjutnya dikembangkan dengan teknik bola salju (*snow ball sampling*) untuk mencari informan lainnya. Penggunaan teknik bola salju berhenti setelah data yang diperoleh dirasa cukup lengkap-jenuh (*data saturation*) atau jika data tidak dapat dikembangkan lagi.

Pemilihan sampel pada tahap penelitian ini juga mempergunakan sampel secara internal (*internal sampling*), yaitu pengambilan keputusan berdasarkan gagasan umum mengenai apa-apa yang akan diteliti, dengan siapa peneliti berbicara, bilamana peneliti akan melakukan pengamatan dan berapa banyak dokumen yang *direview*.

Selain teknik bola salju dan *sampling* internal, digunakan juga *sampling* waktu (*time sampling*). Artinya penyesuaian waktu menjadi pertimbangan peneliti ketika akan menemui informan. Penggunaan *sampling* waktu menjadi penting dikarenakan dapat mempengaruhi makna dan kualitas penafsiran atas subyek atau peristiwa yang faktual.

2. Tahap penelitian kuantitatif

Pada tahap penelitian ini akan dilakukan pengkajian IPG di Kota Semarang dan Kabupaten Semarang. Pengkajian IPG ini mempunyai unit terkecil di tingkat Kecamatan. IPG suatu Kota ditentukan dari skor rata-rata IPG seluruh Kecamatan di wilayah Kabupten/Kota.

Fokus Penelitian

Agar peneliti tidak terjebak oleh ambisi yang berlebihan, maka perlu ada fokus penelitian sebagai upaya pembatasan atau delimitasi dari penelitian. Ada dua fungsi fokus penelitian, yaitu membatasi studi dan kajian serta membangun kriteria inklusi dan eksklusi dalam penelitian.

Sesuai dengan tema penelitian, perumusan dan tujuan penelitian, fokus penelitian ini diperoleh dari kajian empiris dan teoritik. Adapun fokus penelitian ini adalah uji coba pengkajian IPG Kabupaten/Kota.

Sumber Data dan Teknik Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data yang sesuai dengan fokus penelitian. Sumber data dalam penelitian ini dibedakan menjadi dua, yaitu: 1) data primer dan 2) data sekunder.

Data primer 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.

Prosedur Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data dalam penelitian ini mencakup dua tahap kegiatan, yaitu:

1. Tahap penelitian kualitatif

Pada tahap ini data akan dikumpulkan melalui teknik *focus group discussion* (FGD). FGD adalah salah satu teknik pengumpulan data, terutama dalam studi kualitatif, yang digunakan untuk memperoleh gambaran secara umum dan penilaian terkait substansi masalah yang diteliti. Teknik ini dianggap relevan dengan tujuan penelitian yang ingin dicapai pada tahap ini. Secara garis besar, prosedur penelitian pada tahap ini dapat diuraikan sebagai berikut:

- a. Tahap persiapan:
 - 1) Mengkaji sejumlah literatur yang berkaitan dengan substansi penelitian untuk kemudian mengidentifikasi beberapa indikator yang diperlukan
 - 2) Mengevaluasi kelemahan draft instrumen IPG
 - 3) Identifikasi kemungkinankesulitan pengumpulan data di lapangan
 - 4) FGD pembahasan draft instrumen IPG
 - b. Tahap pelaksanaan
 - 1) Sebelum diskusi dimulai, peneliti memberikan penjelasan kepada seluruh peserta diskusi tentang tujuan dan tata cara pelaksanaan FGD
 - 2) Pada saat yang sama, peneliti menyampaikan hasil evaluasi instrumen IPG yang telah digunakan pada tahun pertama penelitian sebagai stimulasi mengenai substansi FGD
 - 3) Diskusi difasilitasi oleh moderator dari para peneliti sendiri
 - 4) Dengan dipandu fasilitator dan arah pembicaraan terfokus, para peserta bebas mengemukakan pendapat tanpa ada kekhawatiran dinilai oleh pihak lain.
2. Tahap penelitian kuantitatif
- Dari hasil studi kualitatif pada tahap awal, selanjutnya ditindaklanjuti dengan suatu penelitian kuantitatif, yaitu pengkajian IPG Kabupaten/Kota. Dalam hal ini pengkajian dilakukan di Kota Semarang dan Kabupaten Semarang Provinsi Jawa Tengah. Berikut rencana pelaksanaan pada tahap ini:

Pengkajian IPG Kabupaten/Kota

a. Tujuan

Tujuan dari tahap ini adalah untuk melaksanakan pengkajian IPG Kota Semarang dan Kabupaten Semarang Provinsi Jawa Tengah.

b. Lokasi pengkajian

Lokasi pengkajian IPG adalah di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Semarang dan Kabupaten Semarang Provinsi Jawa Tengah.

c. Prosedur

- 1) Rekrutmen tenaga pengumpul data, dengan kualifikasi minimal sarjana bidang kesehatan
- 2) Memberikan pelatihan bagi tenaga pengumpul data, dengan materi tujuan penelitian, penyamaan persepsi instrumen penelitian, mekanisme pengumpulan data, dan mekanisme pelaporan data.

Teknik Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan cara:

1. Tahap penelitian kualitatif

Analisis induktif digunakan sebagai landasan utama untuk mengkaji berbagai data yang diperoleh berdasarkan pendekatan teori dasar (*grounded theory*). Pendekatan ini mempunyai tiga elemen dasar yang saling terkait antara satu dengan yang lain meliputi konsep, kategori dan proposisi. Proses alur menghasilkan teori yang didapat dari bangunan konsep, bukan data yang ada. Sementara konsep diperoleh melalui konseptualisasi data yang ada. Selanjutnya konsep yang ada menurut Struss dan Corbin (1990) dikategorikan, dihubungkan dan dikembangkan untuk memperoleh teori yang lebih tinggi tingkatannya.

Prosedur-prosedur analisis data yang akan dikembangkan adalah sebagai berikut:

a. Tahap *Open Coding*

Pada tahap ini peneliti berusaha memperoleh sebanyak mungkin variasi data yang terkait dengan variabel yang berhubungan dengan status gizi masyarakat. *Open coding* meliputi proses identifikasi variabel yang mempengaruhi status gizi, mengelompokkan variabel-variabel tersebut dalam suatu indikator serumpun (*breaking down*), memeriksa

(*examining*) apakah indikator tersebut terbukti secara empiris melalui penelusuran penelitian terdahulu, membandingkan (*comparing*) indikator masalah gizi yang ditemukan di satu lokasi penelitian dengan lokasi yang lain, mengkonseptualisasikan (*conceptualizing*) indikator terjadinya masalah gizi, dan mengkategorikan (*categorizing*) data berdasarkan dimensi utama yang relevan dengan topik penelitian.

b. Tahap *Axial Coding*

Hasil yang diperoleh dari *open coding* diorganisir kembali berdasarkan pada kategori untuk dikembangkan selama penelitian berlangsung dengan menggunakan paradigma seperti yang digagas oleh Strauss dan Corbin (1990) dengan alur pemikiran sebagai berikut: (a) kondisi penyebab masalah gizi masyarakat; (b) fenomena yang terjadi; (c) konteks; (d) kondisi *intervening*; (e) strategi interaksi atau tindakan; (f) konsekuensi.

c. Tahap *Selective Coding*

Tahap ini adalah proses memeriksa kategori inti (*core category*) yang secara sistematis berkaitan dengan kategori-kategori lainnya. Kategori ini ditemukan melalui perbandingan hubungan antar kategori. Artinya dalam tahap ini akan diseleksi indikator-indikator masalah gizi dalam hal kedekatan hubungannya dengan masalah gizi. Hal ini dilakukan untuk menetapkan indikator inti yang mampu memprediksi terjadinya masalah gizi masyarakat.

Prosedur selanjutnya dalam proses analisis data adalah menarik garis narasi yang ada dalam ketiga pengkodean yaitu *open coding*, *axial coding* dan *selective coding* menjadi suatu narasi yang utuh dalam bentuk proposisi. Selanjutnya antara pengumpulan data, pengembangan interpretative, dan pembentukan proposisi merupakan tiga hal yang diterasi (diputar) untuk saling melengkapi (Muhajir, 1990).

2. Tahap penelitian kuantitatif

Pada tahap ini akan dilakukan analisis secara univariat untuk mengetahui distribusi frekuensi dari masing-masing indikator dimensi dalam IPG. Selanjutnya dari distribusi frekuensi tersebut akan dibahas latar belakang dan permasalahannya berdasarkan temuan penelitian serta data pendukung dari berbagai referensi yang relevan.

Validitas dan Reliabilitas Instrument

1. Validitas instrumen

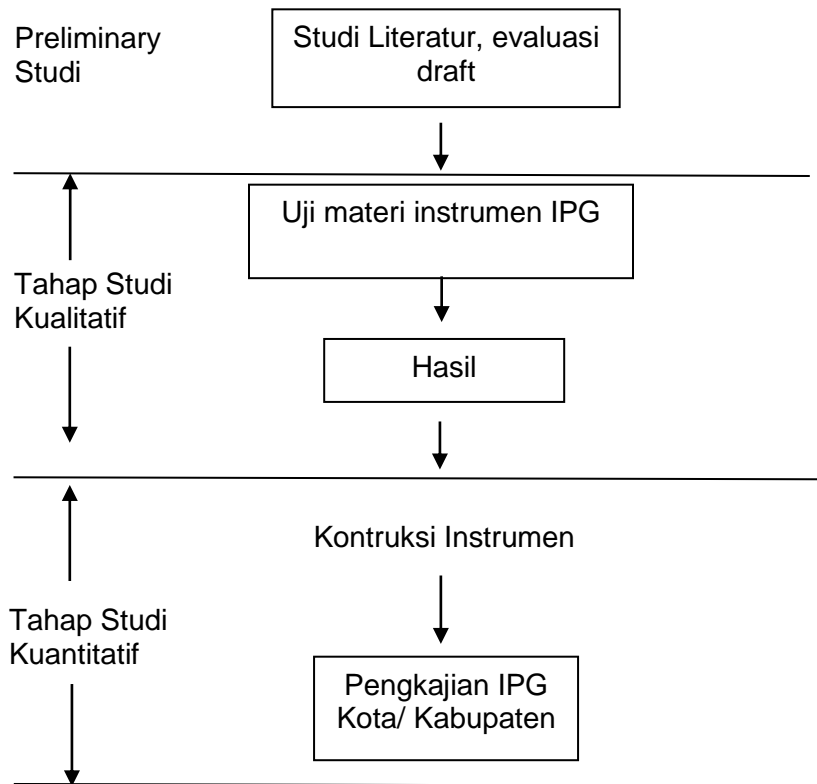
Dalam penelitian ini instrumen IPG akan dinilai validitasnya dengan menggunakan *content validity*. Proses validitas jenis ini dilakukan oleh para pakar bidang terkait atau yang biasa disebut dengan *expert judgment*. Prosedur yang digunakan untuk melakukan *content validity* adalah sebagai berikut :Meminta pakar bergelar Magister bidang gizi (1 orang), bidang Studi Pembangunan (minimal bergelar Magister, 1 orang), dan bidang statistik (bergelar Magister, 1 orang), serta Pengelola Program Gizi Dinas Kesehatan (1 orang).

Penilaian *expert judgment* tersebut selanjutnya akan dijadikan pertimbangan dalam melakukan revisi instrumen.

2. Reliabilitas instrumen

Uji reliabilitas instrumen IPG akan dilakukan pada masing-masing tahap ujicoba instrumen. Namun demikian, karena studi ini merupakan penelitian awal dari serangkaian pengembangan indeks pembangunan gizi yang akan dilakukan secara berkelanjutan. Untuk menilai sebuah indeks dalam arti apakah indeks tersebut cukup handal (reliabel) atau tidak, masih diperlukan pengujian lebih lanjut melalui test-retest. Sama halnya dengan penyusunan indeks pembangunan manusia (IPM) yang dilakukan UNDP maupun Bapenas. Sejak pertama diterbitkan tahun 1990, IPM telah mengalami berbagai pengujian dan penyempurnaan. Maka instrumen IPG juga akan terus dievaluasi sejalan dengan berjalannya waktu.

Bagan Alir Penelitian



Gambar 2.1. Bagan Alir Penelitian

GIZI DAN PEMBANGUNAN

A. Gizi sebagai Penentu Kualitas Sumber Daya Manusia

Pembangunan suatu bangsa bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan setiap warga negara. Peningkatan kemajuan dan kesejahteraan bangsa sangat tergantung pada kemampuan dan kualitas sumberdaya manusianya. Ukuran kualitas sumberdaya manusia dapat dilihat pada Indeks Pembangunan Manusia (IPM), sedangkan ukuran kesejahteraan masyarakat antara lain dapat dilihat pada tingkat kemiskinan dan status gizi masyarakat (BPPN, 2007).

Salah satu akibat kemiskinan adalah ketidakmampuan rumah tangga untuk memenuhi kebutuhan pangan dalam jumlah dan kualitas yang baik; lebih dari 10 persen penduduk di setiap provinsi mengalami rawan pangan, kecuali di Provinsi Sumatera Barat, Bali, dan Nusa Tenggara Barat. Hal ini berakibat pada kekurangan gizi, baik zat gizi makro maupun mikro, yang dapat diindikasikan dari status gizi anak balita dan wanita hamil. Implikasi dari masalah gizi pada kedua kelompok tersebut sangat luas, antara lain (LIPI, 2004):

1. Tingginya prevalensi Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) akibat tingginya prevalensi Kurang Energi Kronik (KEK) pada ibu hamil. BBLR dapat meningkatkan angka kematian bayi dan balita, gangguan pertumbuhan fisik dan mental anak, serta penurunan kecerdasan. Anak bergizi buruk (pendek/stunted) mempunyai resiko kehilangan IQ 10-15 poin. Gangguan kurang yodium pada saat janin atau gagal dalam pertumbuhan anak sampai usia dua tahun dapat berdampak buruk pada kecerdasan secara permanen (LIPI, 2004).
2. Kurang zat besi (anemia gizi besi) pada ibu hamil dapat meningkatkan resiko kematian waktu melahirkan, meningkatkan resiko bayi yang

dilahirkan kurang zat besi, dan berdampak buruk pada pertumbuhan sel-sel otak anak, sehingga secara konsisten dapat mengurangi kecerdasan anak. Pada orang dewasa dapat menurunkan produktivitas sebesar 20-30 persen (LIPI, 2004).

3. Kurang vitamin A pada anak balita dapat menurunkan daya tahan tubuh, meningkatkan resiko kebutaan, dan meningkatkan resiko kematian akibat infeksi (LIPI, 2004).
4. Meluasnya kekurangan gizi pada anak balita dan wanita hamil akan meningkatkan pengeluaran rumah tangga maupun pemerintah untuk biaya kesehatan karena banyak warga yang mudah jatuh sakit akibat kurang gizi. Di samping itu, hal ini juga menyebabkan menurunnya produktivitas (LIPI, 2004).

Dari uraian di atas tampak bahwa ketidakmampuan memenuhi kebutuhan pangan dalam rumah tangga terutama pada ibu hamil dan anak balita akan berakibat pada kekurangan gizi yang berdampak pada lahirnya generasi muda yang tidak berkualitas. Dalam jangka pendek, Indonesia akan sulit meningkatkan IPM. Apabila masalah ini tidak diatasi maka dalam jangka menengah dan panjang akan terjadi “kehilangan generasi” yang dapat mengganggu kelangsungan kepentingan bangsa dan negara (Soekirman, 2005; Depkes, 2005).

B. Investasi gizi untuk pembangunan sumber daya manusia

Kecukupan pangan dalam jumlah dan mutu yang baik di tingkat rumah tangga merupakan mandat untuk mewujudkan ketahanan pangan sesuai Undang-undang No.7 Tahun 1996. Pemerintah selalu menempatkan ketahanan pangan dalam program pembangunan. Berbagai program pemerintah untuk meningkatkan produksi dan ketersediaan pangan secara kontinyu melalui penghimpunan stok yang mencukupi masih terus dilakukan. Investasi besar pada pembangunan dan pemeliharaan jaringan irigasi, jalan produksi, serta peningkatan produksi pupuk dilakukan untuk mendukung produksi pangan dalam negeri. Efisiensi sistem distribusi

pangan terus ditingkatkan agar harga pangan terjangkau oleh masyarakat. Bantuan dan subsidi pangan juga diberikan pada rumah tangga miskin yang tidak dapat menjangkau harga pangan yang terjadi di pasar. Selain itu, pangan lokal juga terus dikembangkan mengingat beragamnya pola pangan dan wilayah kepulauan yang dimiliki Indonesia untuk membantu daerah-daerah rawan pangan dan daerah-daerah yang jauh dari jangkauan distribusi nasional. Hal penting yang juga dilakukan adalah upaya peningkatan pendapatan masyarakat, terutama petani dan masyarakat perdesaan yang tingkat kemiskinannya tinggi sehingga daya beli dan kemampuan mereka untuk mengakses pangan semakin meningkat (Departemen Pertanian, 2006; UU No 7, 1996).

Selanjutnya sesuai Bank Dunia (2006), perbaikan gizi merupakan suatu investasi yang sangat menguntungkan. Setidaknya ada tiga alasan suatu negara perlu melakukan intervensi di bidang gizi. Pertama, perbaikan gizi memiliki keuntungan ekonomi (*economic returns*) yang tinggi; kedua, intervensi gizi terbukti mendorong pertumbuhan ekonomi; dan ketiga, perbaikan gizi membantu menurunkan tingkat kemiskinan melalui perbaikan produktivitas kerja, pengurangan hari sakit, dan pengurangan biaya pengobatan. Pada kondisi gizi buruk, penurunan produktivitas perorangan diperkirakan lebih dari 10 persen dari potensi pendapatan seumur hidup; dan secara agregat menyebabkan kehilangan PDB antara 2-3 persen (Bank Dunia, 2006).

Konferensi para ekonom di Copenhagen tahun 2005 (Konsensus Copenhagen) menyatakan bahwa intervensi gizi menghasilkan keuntungan ekonomi tinggi dan merupakan salah satu yang terbaik dari 17 alternatif investasi pembangunan lainnya. Konsensus ini menilai bahwa perbaikan gizi, khususnya intervensi melalui program suplementasi dan fortifikasi zat gizi mikro (memperbaiki kekurangan zat besi, vitamin A, yodium, dan seng) memiliki keuntungan ekonomi yang sama tingginya dengan investasi di bidang liberalisasi perdagangan, penanggulangan malaria dan HIV, serta air bersih dan sanitasi. Bank Dunia (2006) mengungkapkan bahwa Rasio

Manfaat-Biaya (benefit-cost ratio/BC-Ratio) berbagai program gizi, khususnya program suplementasi dan fortifikasi adalah sangat tinggi, berkisar antara 4 hingga 520 (Tabel 3.1).

Selama ini para ahli ekonomi berpendapat bahwa investasi ekonomi merupakan prasyarat utama untuk memperbaiki keadaan gizi masyarakat. Dari analisis hubungan timbal balik antara kurang gizi dan kemiskinan, serta analisis ekonomi terhadap keuntungan investasi gizi, diketahui bahwa perbaikan gizi dapat dilakukan tanpa harus menunggu tercapainya tingkat perbaikan ekonomi tertentu.

Perkembangan iptek pada dasawarsa terakhir memungkinkan perbaikan gizi dengan lebih cepat tanpa harus menunggu perbaikan ekonomi. Studi di 15 negara menunjukkan bahwa pertumbuhan pendapatan sebesar 5 persen per tahun saja tanpa didukung perbaikan infrastruktur penunjang seperti akses air bersih dan program-program gizi ternyata tidak mampu membawa negara-negara tersebut untuk mengurangi setengah masalah gizi kurangnya pada tahun 2020 (Soekirman, 2003).

Tabel 3.1. Biaya per Unit dan Manfaat Ekonomi berbagai Program Pangan dan Gizi

Jenis Intervensi	Biaya Per Unit Dan Lokasi		Manfaat Ekonomi per 1 US\$ Investasi (BC-Ratio)
	Biaya per unit (US\$/target)	Negara & Tahun Kajian	
Intervensi Pangan dan Gizi Di Masyarakat			
1. Subsidi Pangan	-	Indonesia, 2004	0,9
2. Programintervensigizi berbasis Masyarakat Sebagai Bagian dari Pelayanan Kesehatan Dasar	8,01	Indonesia, 2004	2,6
3. Pendidikan Gizi	0,37	Indonesia, 2004	3,23
4. Promosi ASI di rumah sakit	-	-	5 – 67
5. Program Pelayanan Anak Terpadu	-	-	9 – 16
Intervensi Zat Gizi Mikro			
6. Suntikan iodium	0,49 0,14 0,21	Peru,1978 Zaire, 1977 Indonesia, 1986	-
7. Iodisasi air	0,04	Italia, 1986	-
8. Iodisasi garam	0,04	India, 1987	28,0
9. Suplementasi Iodium pada Wanita	-	-	15 – 520
10. Suplementasi Vitamin A pada Balita	0,46 – 0,68	-	4 – 50,0
11. Fortifikasi Vitamin A pada Gula	0,14	Guatemala, 1976	16,0
12. Suplementasi Tablet Besi Pada Ibu Hamil	2,65 – 4,44	Tidak disebut, 1980	24,7
13. Fortifikasi Besi Pada Garam	0,10	India, 1980	
14. Fortifikasi Besi pada Gula	0,10 0,80	Guatemala, 1980 Tdk disebut, 1980	-
15. Fortifikasi Zat besi	-	-	176 - 200
16. Fortifikasi Besi Pada Pangan Pokok (Terigu)	-	-	84,1
Pemberian Makanan Tambahan			
17. PMT Pada Anak Balita	3,99	Indonesia, 2004	1,4

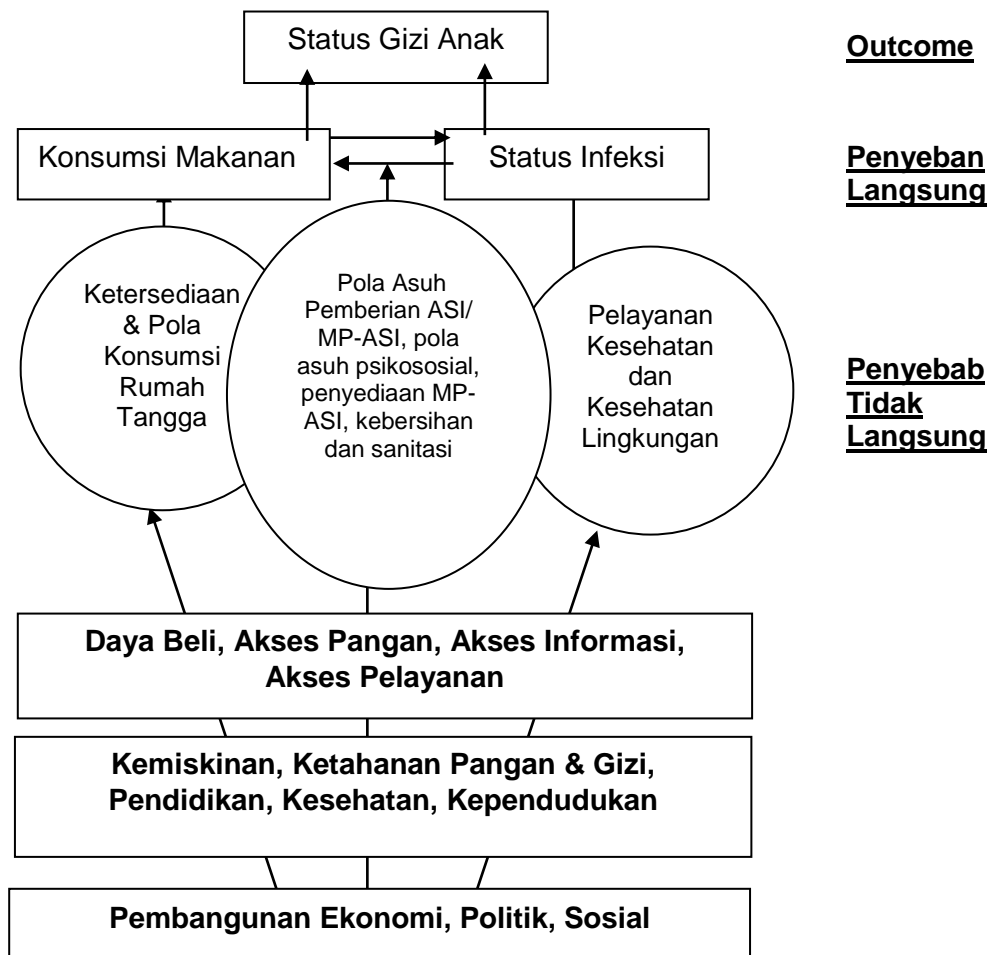
Sumber: Soekirman, 2003.

Beberapa negara dengan PDB yang sama ternyata mempunyai angka prevalensi gizi-kurang pada anak balita yang berbeda-beda. Zimbabwe yang memiliki PDB lebih rendah dari Namibia ternyata memiliki

status gizi anak balita yang lebih baik. Demikian halnya dengan Cina, PDB per kapita negara ini relatif lebih rendah dibanding negara-negara Asia lainnya namun memiliki prevalensi balita gizi kurang paling rendah. Sampai 1970-an banyak ahli ekonomi dan ahli perencanaan pembangunan, termasuk Bank Dunia, mengartikan investasi dalam arti sempit. Investasi pembangunan ekonomi lebih diartikan sebagai penanaman modal untuk membangun industri barang dan jasa dalam rangka menciptakan lapangan kerja. Titik berat investasi adalah untuk membangun prasarana ekonomi seperti jalan, jembatan dan transportasi. Pada waktu itu jarang sekali para perencana pembangunan memasukkan perbaikan gizi, kesehatan dan pendidikan sebagai bagian suatu investasi ekonomi. Memasuki periode 1990-an keadaan ini mulai berubah. Pada 1992 Bank Dunia menyatakan bahwa perbaikan gizi merupakan suatu investasi pembangunan. Investasi di bidang ini menjadi salah satu prioritas Bank Dunia dalam pemberian pinjaman kepada negara berkembang (Soekirman, 2003).

C. Kerangka Penyebab Masalah Gizi

Terdapat dua faktor langsung penyebab gizi kurang pada anak balita, yaitu faktor makanan dan penyakit infeksi dan keduanya saling mendorong. Sebagai contoh, anak balita yang tidak mendapat cukup makanan bergizi seimbang memiliki daya tahan yang rendah terhadap penyakit sehingga mudah terserang infeksi. Sebaliknya penyakit infeksi seperti diare dan infeksi saluran pernapasan atas (ISPA) dapat mengakibatkan asupan gizi tidak dapat diserap tubuh dengan baik sehingga berakibat pada gizi buruk. Oleh karena itu, mencegah terjadinya infeksi juga dapat mengurangi kejadian gizi kurang dan gizi buruk. Berbagai faktor penyebab langsung dan tidak langsung terjadinya gizi kurang digambarkan dalam kerangka pikir pada gambar 3.1 (Soekirman, 2005).



Gambar 3.1. Kerangka Penyebab Masalah Gizi
 Sumber: Soekirman (2005).

Faktor penyebab langsung pertama adalah makanan yang dikonsumsi, harus memenuhi jumlah dan komposisi zat gizi yang memenuhi syarat gizi seimbang. Konsumsi pangan dipengaruhi oleh ketersediaan pangan, yang pada tingkat makro ditunjukkan oleh tingkat produksi nasional dan cadangan pangan yang mencukupi; dan pada tingkat regional dan lokal ditunjukkan oleh tingkat produksi dan distribusi pangan. Ketersediaan pangan sepanjang waktu, dalam jumlah yang cukup dan harga terjangkau sangat menentukan tingkat konsumsi pangan di tingkat rumah tangga. Selanjutnya pola konsumsi pangan rumah tangga akan berpengaruh pada komposisi konsumsi pangan. Makanan lengkap bergizi seimbang bagi bayi sampai usia enam bulan adalah air susu ibu (ASI), yang dilanjutkan dengan tambahan makanan pendamping ASI (MP-ASI) bagi bayi usia 6 bulan sampai 2 tahun. Data menunjukkan masih rendahnya persentase ibu yang memberikan ASI, dan MP-ASI yang belum memenuhi gizi seimbang oleh karena berbagai sebab (Soekirman, 2005; Sunita Almatsier, 2003).

Faktor penyebab langsung yang kedua adalah infeksi yang berkaitan dengan tingginya prevalensi dan kejadian penyakit infeksi terutama diare, ISPA, TBC, malaria, demam berdarah dan HIV/AIDS. Infeksi ini dapat mengganggu penyerapan asupan gizi sehingga mendorong terjadinya gizi kurang dan gizi buruk. Sebaliknya, gizi kurang melemahkan daya tahan anak sehingga mudah sakit (Soekirman, 2005; Yayuk Farida Baliwati, 2004).

Kedua faktor penyebab langsung gizi kurang itu memerlukan perhatian dalam kebijakan ketahanan pangan dan program perbaikan gizi serta peningkatan kesehatan masyarakat. Kedua faktor penyebab langsung tersebut dapat ditimbulkan oleh tiga faktor penyebab tidak langsung, yaitu: (i) ketersediaan dan pola konsumsi pangan dalam rumah tangga, (ii) pola pengasuhan anak, dan (iii) jangkauan dan mutu pelayanan kesehatan masyarakat (Soekirman, 2005).

Ketiganya dapat berpengaruh pada kualitas konsumsi makanan anak dan frekuensi penyakit infeksi. Apabila kondisi ketiganya kurang baik

menyebabkan gizi kurang. Rendahnya kualitas konsumsi pangan dipengaruhi oleh kurangnya akses rumah tangga dan masyarakat terhadap pangan, baik akses pangan karena masalah ketersediaan maupun tingkat pendapatan yang mempengaruhi daya beli rumah tangga terhadap pangan. Pola asuh, pelayanan kesehatan dan sanitasi lingkungan dipengaruhi oleh pendidikan, pelayanan kesehatan, informasi, pelayanan keluarga berencana, serta kelembagaan sosial masyarakat untuk pemberdayaan masyarakat khususnya perempuan.

Ketidakstabilan ekonomi, politik dan sosial, dapat berakibat pada rendahnya tingkat kesejahteraan rakyat yang antara lain tercermin pada maraknya masalah gizi kurang dan gizi buruk di masyarakat. Upaya mengatasi masalah ini bertumpu pada pembangunan ekonomi, politik dan sosial yang harus dapat menurunkan tingkat kemiskinan setiap rumah tangga untuk dapat mewujudkan ketahanan pangan dan gizi serta memberikan akses kepada pendidikan dan pelayanan kesehatan (Soekirman, 2005; Dewan Ketahanan Pangan, 2005).

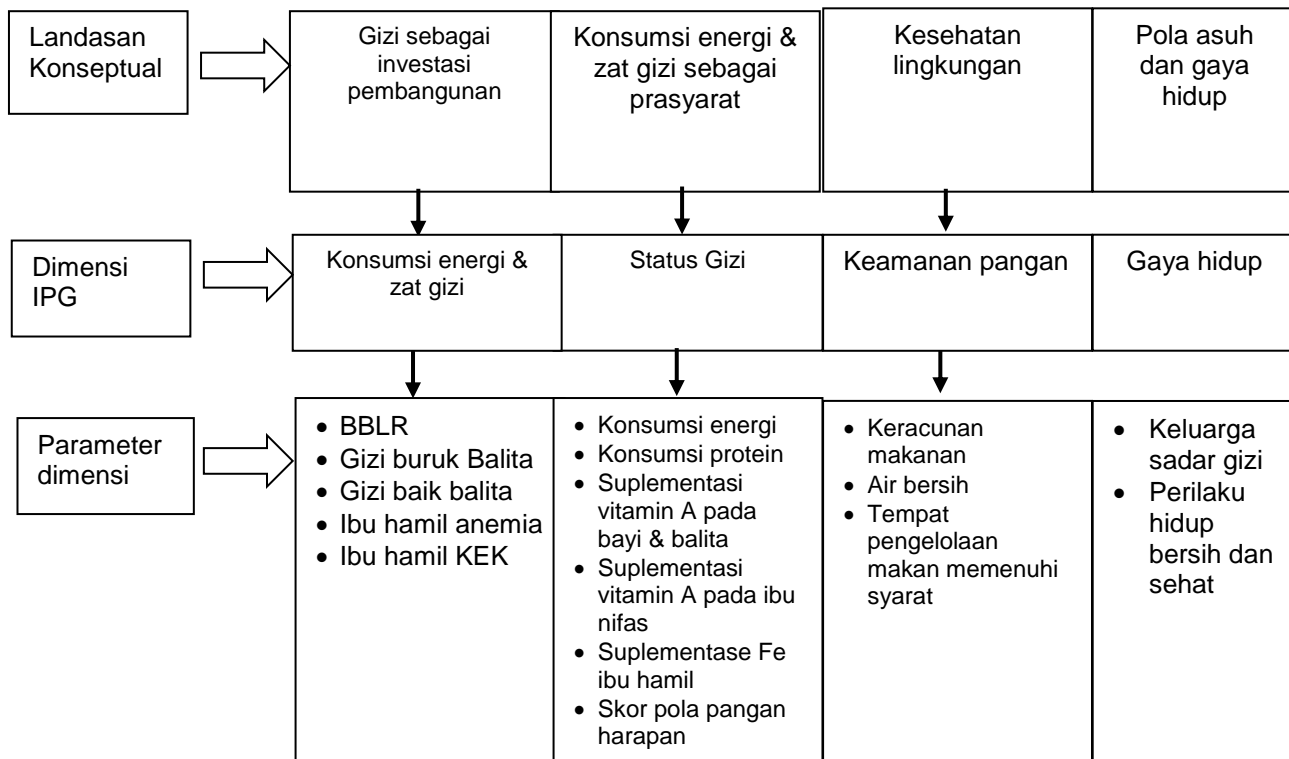
D. Kerangka Berfikir

Berdasarkan uraian di atas berikut ini beberapa pernyataan penting sebagai kerangka pemikiran:

1. Untuk mencapai tujuan pembangunan nasional, pembangunan gizi merupakan investasi yang penting terutama bagi pengembangan sumber daya manusia (SDM)
2. Status gizi masyarakat yang optimal merupakan modal dasar dalam pembangunan nasional
3. Untuk mencapai status gizi yang optimal perlu diperhatikan konsumsi energi dan zat gizi secara optimal pula
4. Penyakit infeksi merupakan salah satu penyebab langsung dari status gizi kurang
5. Bahwa kesehatan lingkungan yang buruk termasuk keamanan pangan berperan dalam kejadian penyakit infeksi

6. Bahwa pola asuh termasuk gaya hidup berpengaruh secara tidak langsung terhadap timbulnya masalah gizi

Dari beberapa pokok pikiran tersebut di atas, maka keempat dimensi Indeks Pembangunan Gizi (IPG) yaitu dimensi status gizi, konsumsi energi dan zat gizi, keamanan pangan, dan gaya hidup ditempatkan dalam kerangka pikir seperti tampak pada gambar 3.2.



Gambar 3.2 Kerangka pikir pengembangan dimensi IPG

PENGEMBANGAN INSTRUMEN INDEKS PEMBANGUNAN GIZI (IPG)

Pada tahun pertama penelitian telah berhasil dikembangkan instrumen IPG, yang terdiri dari 4 dimensi pembangunan gizi yaitu dimensi status gizi, dimensi konsumsi energi dan zat gizi, dimensi keamanan pangan, dan dimensi gaya hidup sehat. Dimensi status gizi dinilai dari 5 parameter, yaitu prevalensi bayi berat lahir rendah (BBLR), prevalensi gizi buruk balita, Persentase gizi baik balita, prevalensi ibu hamil anemia, prevalensi ibu hamil kekurangan energi kronik (KEK). Dimensi konsumsi energi dan zat gizi dinilai dari 6 parameter, yaitu konsumsi energi keluarga perkapita perhari, konsumsi protein keluarga perkapita perhari, cakupan bayi dan balita mendapat kapsul vitamin A, cakupan ibu nifas mendapat kapsul vitamin A, cakupan 90 tablet Fe untuk ibu hamil, dan skor pola pangan harapan (PPH). Dimensi keamanan pangan dinilai dari 3 parameter, yaitu jumlah KLB keracunan makanan, Persentase kualitas air bersih yang memenuhi syarat, dan Persentase tempat pengelolaan makan (TPM) diperiksa yang memenuhi syarat. Dimensi gaya hidup sehat dinilai dari 2 parameter, yaitu Persentase keluarga sadar gizi (kadarzi), dan Persentase Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yang mencapai strata sehat utama dan paripurna.

Dari instrumen IPG yang dihasilkan pada tahun pertama penelitian, selanjutnya dilakukan evaluasi dengan melibatkan akademisi bidang gizi, pengelola program gizi dinas kesehatan kabupaten/kota Semarang, dan tim peneliti. Dari hasil FGD tersebut diperoleh masukan sebagai berikut: a). Instrumen IPG yang terdiri dari 4 dimensi dapat diaplikasikan dalam skala lebih luas, b). Parameter cakupan bayi dan balita mendapat kapsul vitamin A perlu dipisahkan menjadi 2 parameter, yaitu cakupan pada bayi dan pada

balita secara terpisah, c) Hasil pengkajian IPG lebih bermanfaat secara administratif, dan program apabila diterapkan pada unit terkecil kecamatan. Pada pengkajian tahun sebelumnya pengkajian dilakukan dengan unit terkecil Puskesmas. Beberapa masukan dalam FGD tersebut kemudian dirumuskan dalam instrumen IPG sebagaimana terdapat dalam lampiran.

A. Definisi, Skoring dan Penilaian IPG

IPG terdiri dari 4 dimensi, yang setiap dimensinya diukur dari beberapa parameter/indikator. Berikut ini adalah tabel definisi dari setiap parameter:

Tabel 4.1. Definisi parameter setiap dimensi

No	Parameter	Definisi
Dimensi Status Gizi		
1	Prevalensi BBLR	<ul style="list-style-type: none"> - BBLR adalah kelahiran bayi dengan berat badan < 2500 gr pada satu wilayah pada kurun waktu 1 (satu) tahun. - Prevalensi BBLR adalah jumlah Jumlah kelahiran bayi BBLR (BB < 2500 gram) di satu wilayah pada kurun waktu 1 tahun.
2	Prevalensi Gizi Buruk Pada Balita	<ul style="list-style-type: none"> - Balita Gizi buruk adalah balita yang berat badan menurut umurnya terekam dalam KMS pada BGM atau dua kali tidak naik sebagai skrining pemantauan tumbuh kembang balita di Posyandu. - Prevalensi Balita gizi buruk adalah Persentase balita dengan status gizi buruk di satu wilayah pada kurun waktu 1 tahun
3	Prevalensi Gizi Baik Pada Balita	<ul style="list-style-type: none"> - Prevalensi Balita gizi baik adalah Persentase Balita dengan status gizi baik di satu wilayah pada kurun waktu 1 tahun - Balita Gizi baik adalah: Balita (0 – 59 bulan) apabila hasil penimbangan berat badan dibandingkan dengan umur berada pada -2 SD sampai dengan + 2 SD pada baku antropometri WHO 2005.

4	Prevalensi Bumil Anemia	<ul style="list-style-type: none"> - Ibu hamil anemia adalah ibu hamil yang memiliki kadar darah HB < 11 gr% - Prevalensi ibu hamil anemia adalah Persentase ibu hamil yang menderita anemia di wilayah tertentu pada kurun waktu tertentu (1 tahun)
5	Prevalensi Bumil KEK	<ul style="list-style-type: none"> - Ibu Hamil Kurang Energi Kalori (KEK) adalah ibu hamil dengan ukuran lingkaran lengan atas < 23,5 cm - Prevalensi Ibu Hamil KEK adalah Persentase ibu hamil yang tercatat di Puskesmas dengan kondisi Kurang Energi Kalori (KEK) sesuai standard LLA di satu wilayah tertentu dalam kurun waktu 1 tahun
Dimensi Konsumsi Energi dan Zat Gizi		
1	Konsumsi energi keluarga perkapita per hari (Kkal)	Adalah rata-rata konsumsi energi dari seluruh anggota keluarga per hari dibagi jumlah anggota keluarga
2	Konsumsi protein keluarga perkapita perhari (gram)	Adalah rata-rata konsumsi protein dari seluruh anggota keluarga per hari dibagi jumlah anggota keluarga
3	Cakupan Bayi mendapat kapsul vitamin A	<ul style="list-style-type: none"> - Kapsul vitamin A untuk bayi adalah bentuk suplementasi vitamin A dosis tinggi yang diberikan dua kali dalam setahun, yaitu bulan Februari dan Agustus. Bayi yang diberi berusia 6 – 11 bulan. - Cakupan Bayi mendapat kapsul vitamin A adalah Persentase bayi yang mendapat suplementasi vitamin A di satu wilayah dalam satu tahun
4	Cakupan Balita mendapat kapsul vitamin A	<ul style="list-style-type: none"> - Kapsul vitamin A untuk balita adalah bentuk suplementasi vitamin A dosis tinggi yang diberikan dua kali dalam setahun, yaitu bulan Februari dan Agustus. Balita yang diberi berusia 12 – 59 bulan. - Cakupan Balita mendapat kapsul vitamin A adalah Persentase balita yang mendapat suplementasi vitamin A di satu wilayah

		dalam satu tahun
5	Cakupan Ibu Nifas mendapat kapsul vitamin A	<ul style="list-style-type: none"> - Kapsul vitamin A untuk ibu nifas adalah bentuk suplementasi vitamin A dosis tinggi yang diberikan 40 hari setelah melahirkan. - Cakupan Ibu nifas mendapat kapsul vitamin A adalah ibu nifas yang mendapat suplementasi vitamin A di satu wilayah dalam satu tahun
6	Cakupan 90 Tablet Fe untuk Bumil	<ul style="list-style-type: none"> - Tablet Fe adalah preparat Fe yang ditujukan untuk menurunkan angka kejadian anemia. - Cakupan 90 tablet Fe untuk bumil adalah Persentase ibu hamil yang mendapatkan 90 tablet Fe di suatu wilayah dalam satu tahun
7	Skor Pola Pangan Harapan (PPH)	<ul style="list-style-type: none"> - Pola Pangan Harapan adalah suatu pola konsumsi yang beragam dengan memperhatikan kontribusi kalori dari sembilan kelompok bahan pangan - Skor PPH diambil dari data survei konsumsi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan
Dimensi Keamanan Pangan		
1	Jumlah Kasus Keracunan Makanan dalam tahun survei	Adalah banyaknya kasus keracunan makanan yang terjadi di wilayah kerja Puskesmas tertentu selama satu tahun
2	Persentase kualitas air bersih yang memenuhi syarat	<ul style="list-style-type: none"> - Kualitas air bersih yang memenuhi syarat adalah: air yang secara fisik, kimia dan bakteriologis memenuhi syarat sesuai permenkes No. 416 / 1990 - Persentase kualitas air bersih yang memenuhi syarat adalah: Jumlah sampel air bersih yang memenuhi syarat dibanding jumlah sampel air bersih yang diperiksa di satu wilayah pada kurun waktu satu tahun dikalikan seratus persen.
3	Persentase TPM yang memenuhi syarat yang	<ul style="list-style-type: none"> - Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) adalah: tempat/ sarana/ bangunan yang digunakan untuk mengelola makanan yang

	diperiksa	<p>meliputi rumah makan, industri mamin, jasaboga, makanan jajanan dll.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persentase TPM yang memenuhi syarat adalah Jumlah TPM yang memenuhi syarat dibanding jumlah TPM yang diperiksa di satu wilayah pada kurun waktu satu tahun dikalikan seratus persen.
Dimensi Gaya Hidup Sehat		
1	Persentase Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)	<ul style="list-style-type: none"> - Keluarga dasar gizi adalah: keluarga yang sudah melaksanakan 5 indikator kadarzi yaitu: <ol style="list-style-type: none"> 1.pemantauan pertumbuhan 2.makan aneka ragam makanan 3.ASI eksklusif 4.mengonsumsi garam beryodium 5.mengonsumsi suplemen gizi - Persentase keluarga sadar gizi adalah: `Persentase keluarga sadar gizi di satu wilayah kerja pada kurun waktu 1 tahun
2	Persentase Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yang mencapai strata sehat utama dan paripurna	Adalah Persentase Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yang mencapai strata sehat utama dan paripurna di suatu `wilayah Puskesmas dalam satu tahun

Skoring dari tiap parameter adalah dengan memberi nilai dalam rentang 1 sampai dengan 5. Skor 5 merupakan kondisi yang diharapkan menjadi target secara nasional. Besaran pencapaian untuk parameter yang diberi skor 5 adalah berdasarkan analisis situasi gizi tahun 2006–2010 (BPPN, 2007). Selain itu penentuan batasan pencapaian parameter yang diberi skor 5 juga memperhatikan standar pelayanan minimum provinsi Jawa Tengah.

Selanjutnya mengingat harapan agar instrumen IPG yang dihasilkan dalam kajian ini nantinya dapat diaplikasikan secara nasional, maka target pencapaian setiap parameter disusun dengan memperhatikan analisis situasi gizi 5 tahun terakhir serta standar pelayanan minimum provinsi Jawa Tengah. Adapun skor dibawahnya yaitu 1 sampai dengan 4, diberikan untuk pencapaian parameter beberapa level dibawah target yang diharapkan, dengan memperhatikan kecenderungan besaran masalah baik secara lokal maupun nasional.

Selain skoring 1 – 5, pada parameter yang tidak ada datanya, diberikan skor 1. Hal ini dikarenakan setiap parameter yang disusun, melalui FGD telah didiskusikan kemungkinan ketersediaan data dan keberlanjutan programnya. Oleh karena itu, ketiadaan data dapat mengindikasikan perhatian yang kurang dalam pengembangan program dari parameter yang tersebut.

Selanjutnya dari setiap dimensi dihitung indeks dengan formula sebagai berikut:

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

Setelah indeks setiap dimensi dihitung, dilakukan pula penghitungan indeks akhir, yaitu indeks pembangunan gizi (IPG) dengan formula sebagai berikut:

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

Batasan/ kriteria IPG ditetapkan sebagai berikut:

Tabel 4.2. Kriteria Indeks Pembangunan Gizi

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

**PENGAJIAN IPG DI KOTA DAN KABUPATEN
SEMARANG PROVINSI JAWA TENGAH****Pengkajian IPG di Kota Semarang**

Berikut ini akan dipaparkan hasil pengkajian IPG di Kota Semarang tahun 2010 secara berurutan dengan merinci indeks setiap dimensi beserta parameteranya.

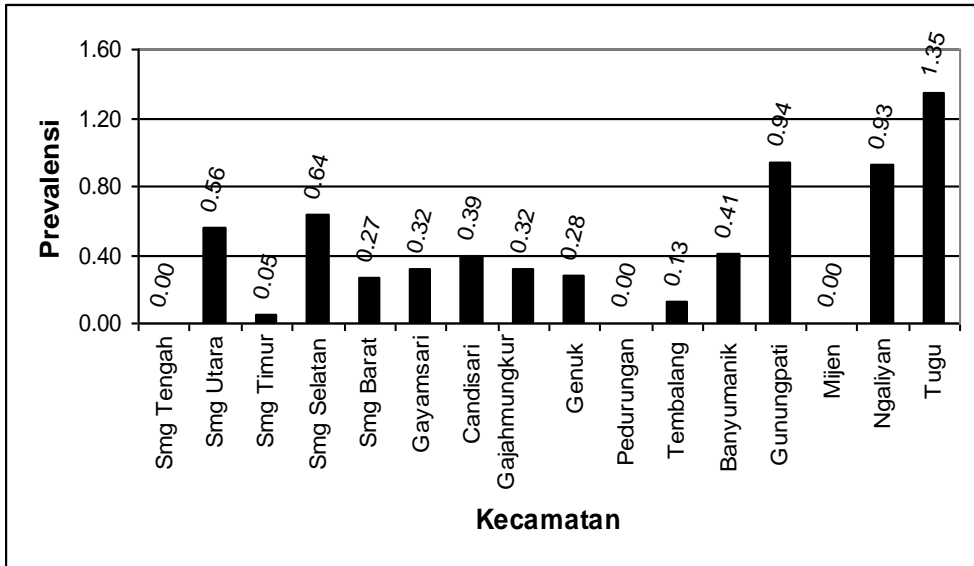
A. Dimensi Status Gizi

Dimensi ini diukur dengan 5 parameter, yaitu prevalensi bayi berat badan lahir rendah (BBLR), prevalensi gizi buruk pada balita, Persentase gizi baik pada balita, prevalensi ibu hamil anemia, dan prevalensi ibu hamil kurang energi kronik (KEK).

1. Prevalensi BBLR

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata prevalensi BBLR dari seluruh Kecamatan di Kota Semarang sebesar 0,4119%, dengan prevalensi BBLR tertinggi sebesar 1,35% dan terendah 0%. Kecamatan dengan prevalensi tertinggi yaitu kecamatan Tugu (1,35%).

Berikut ini gambaran prevalensi kejadian BBLR menurut Kecamatan di Kota Semarang:



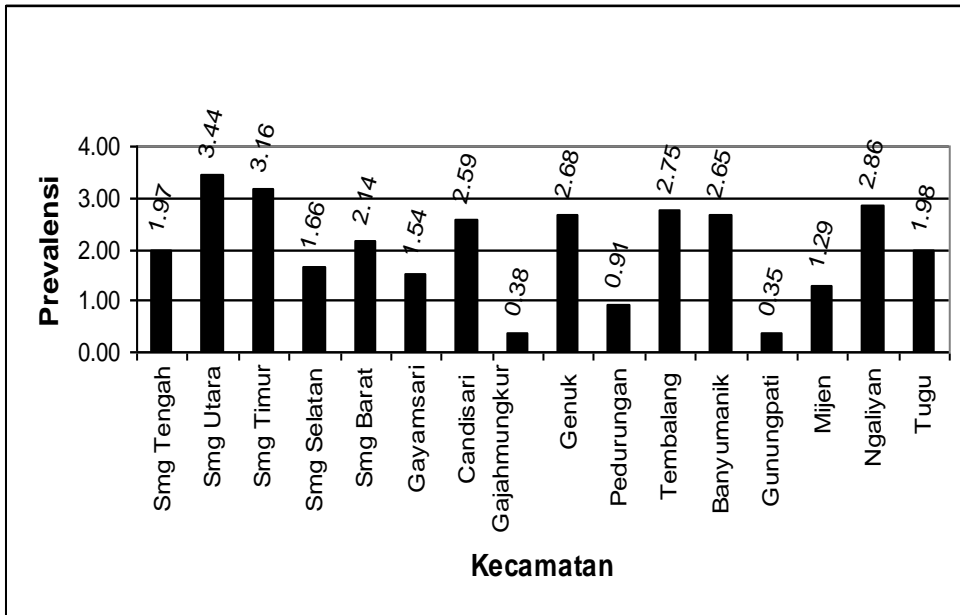
Gambar 5.1 Prevalensi kejadian BBLR menurut wilayah kecamatan di kota Semarang

Dari gambar tersebut tampak bahwa terdapat 3 kecamatan yang prevalensi BBLR-nya lebih dari 0,9% (target yang akan dicapai). Ke –3 kecamatan tersebut adalah Gunungpati (0,94%), Ngaliyan (0,93%), dan Tugu (1,35%).

2. Prevalensi Gizi Buruk Pada Balita

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata prevalensi gizi buruk pada balita dari seluruh Puskesmas di Kota Semarang sebesar 2,02%, dengan prevalensi gizi buruk tertinggi sebesar 3,44% (di Kecamatan Semarang Utara) dan terendah 0,35% (di Kecamatan Gunungpati).

Berikut ini adalah gambar distribusi frekuensi prevalensi gizi buruk pada balita menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang:



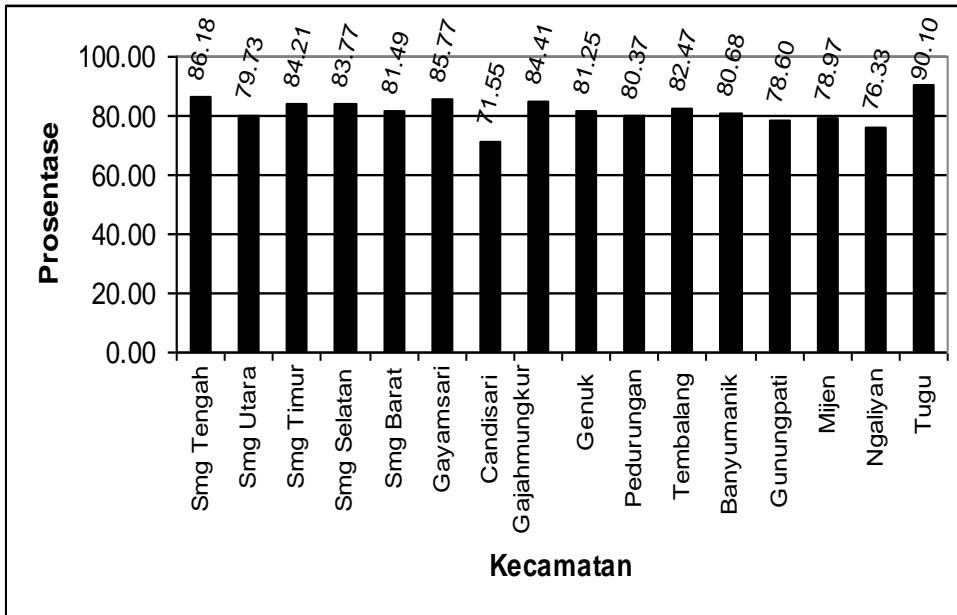
Gambar 5.2. Prevalensi gizi buruk pada balita menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang

Dari gambar tersebut tampak bahwa dari 16 kecamatan, 13 diantaranya mempunyai prevalensi gizi buruk pada balita lebih dari 1%.

3. Persentase Gizi Baik Pada Balita

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata Persentase gizi baik balita dari seluruh Kecamatan di Kota Semarang sebesar 81,61%, dengan Persentase tertinggi 90,1% (Kecamatan Tugu) dan terendah 71,55% (Kecamatan Candisari).

Berikut ini adalah gambaran distribusi frekuensi Persentase gizi baik pada balita menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang:



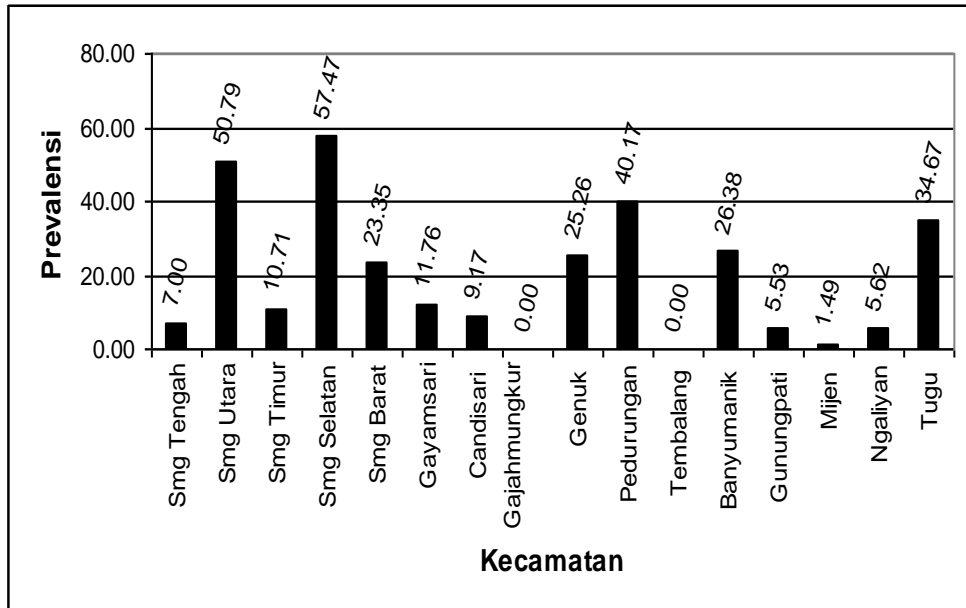
Gambar 5.3 Persentase gizi baik pada balita menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang

Dari gambar tersebut tampak bahwa sebagian besar Kecamatan telah menunjukkan pencapaian gizi baik pada balita cukup mengembirakan, yaitu lebih dari 80%. Namun demikian, masih terdapat 5Kecamatan yang Persentase gizi baiknya kurang dari 80%, yaitu Semarang Utara (79,73%), Candisari (71,55%), Gunungpati (78,60%), Mijen (78,97%), dan Ngaliyan (76,33%).

4. Prevalensi Ibu Hamil Anemia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata prevalensi ibu hamil yang mengalami anemia sebanyak 19,32%. Prevalensi tertinggi sebesar 57,47% terdapat di Kecamatan Semarang Selatan, sedangkan prevalensi terendah 0% terdapat di Kecamatan Gajahmungkur dan Tembalang.

Berikut ini adalah gambaran distribusi frekuensi prevalensi ibu hamil anemia di seluruh Kecamatan Kota Semarang:



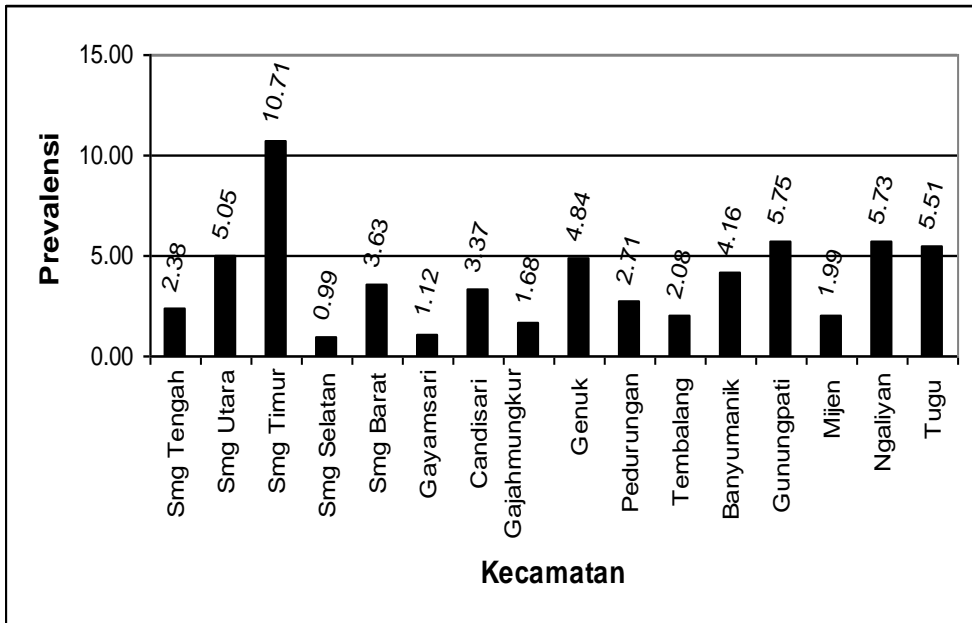
Gambar 5.4. Prevalensi ibu hamil anemia menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang

Dari gambar tersebut tampak terdapat 3 Kecamatan yang prevalensi ibu hamil anemia-nya di atas 40%, yaitu Semarang Utara 50,79%, Semarang Selatan 57,47%, dan Pedurungan 40,17%.

5. Prevalensi Ibu Hamil Kekurangan Energi Kronik (KEK)

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata prevalensi ibu hamil KEK sebesar 3,85%. Prevalensi tertinggi sebesar 10,71% di Kecamatan Semarang Timur, dan terendah sebesar 0,99% di Kecamatan Semarang Selatan

Berikut ini adalah gambaran distribusi frekuensi prevalensi ibu hamil KEK di seluruh Kecamatan Kota Semarang:



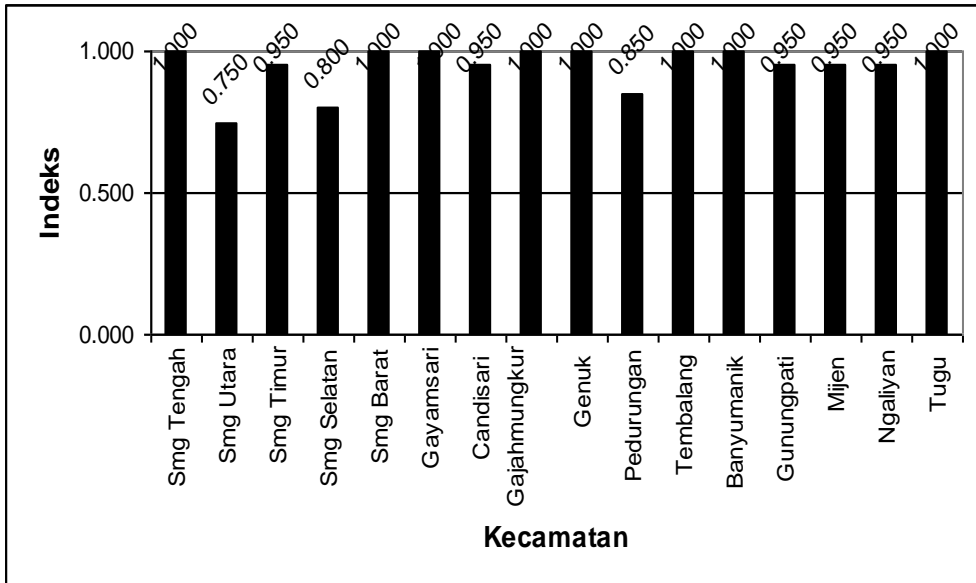
Gambar 5.5. Prevalensi ibu hamil KEK menurut wilayah kerja Puskesmas di Kota Semarang

Dari gambar tersebut tampak masih adanya Kecamatan dengan prevalensi ibu hamil KEK > 10% yaitu di Kecamatan Semarang Timur (10,71%).

6. Indeks Dimensi Status Gizi

Dari lima parameter dimensi status gizi, yaitu prevalensi BBLR, prevalensi gizi buruk pada balita, prevalensi gizi baik pada balita, prevalensi ibu hamil anemia, dan prevalensi ibu hamil KEK, selanjutnya dihitung indeks dari dimensi status gizi. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata indeks dimensi status gizi adalah 0,946 dengan sebaran indeks terendah sebesar 0,750 dan tertinggi 1,000. Nilai rata-rata indeks sebesar 0,946 ini menurut kriteria yang telah ditentukan termasuk dalam kategori baik.

Berikut ini gambaran indeks dimensi status gizi menurut wilayah Kecamatan seluruh Kota Semarang:



Gambar 5.6. Indeks dimensi status gizi menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang

Dari gambar tersebut tampak sebagian besar Kecamatan (15 Kecamatan) mempunyai indeks dimensi status gizi dalam kategori baik, yaitu indeks $> 0,80$. Namun sayangnya masih terdapat 1 Kecamatan dengan indeks dimensi status gizi dalam kategori sedang (indeks sebesar 0,750) yaitu Kecamatan Semarang Utara.

B. Dimensi Konsumsi Energi dan Zat Gizi

Dimensi konsumsi energi dan zat gizi diukur dengan menggunakan tujuh parameter, yaitu konsumsi energi keluarga perkapita perhari, konsumsi protein keluarga perkapita perhari, cakupan bayi mendapat kapsul vitamin A, cakupan balita mendapat kapsul vitamin A, cakupan ibu nifas mendapat kapsul vitamin A, cakupan 90 tablet fe untuk ibu hamil, dan skor pola pangan harapan. Berikut ini rincian masing-masing parameter dari dimensi konsumsi energi dan zat gizi.

1. Konsumsi energi keluarga perkapita perhari

Hasil pengkajian IPG menunjukkan tidak tersedianya data konsumsi energi keluarga perkapita perhari.

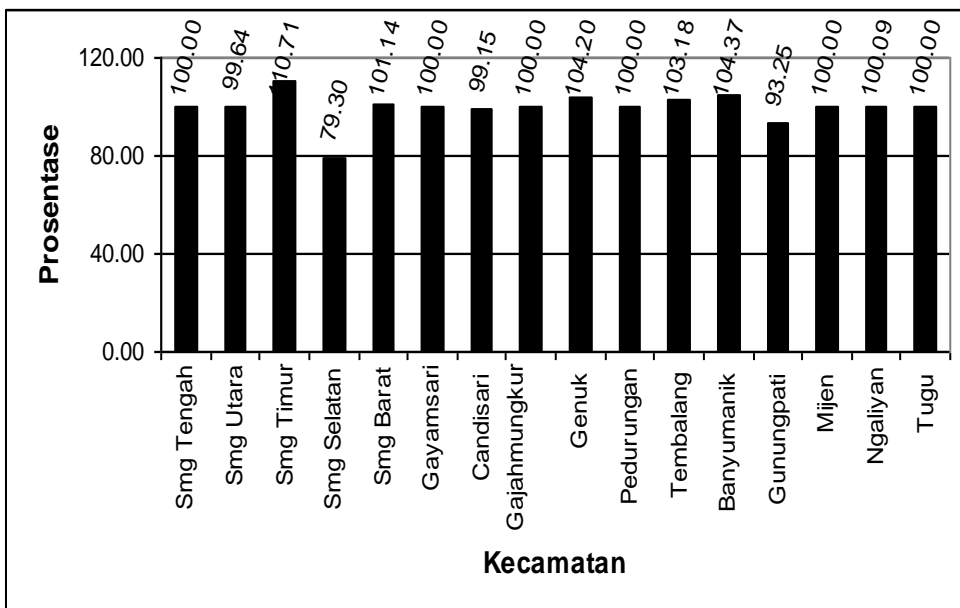
2. Konsumsi protein keluarga perkapita perhari

Sama halnya dengan data konsumsi energi, hasil pengkajian IPG menunjukkan tidak tersedianya data konsumsi protein keluarga perkapita perhari.

3. Cakupan bayi mendapat kapsul vitamin A

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata cakupan bayi mendapat kapsul vitamin A dari seluruh Kecamatan di Kota Semarang sebesar 99,68%, dengan cakupan terendah sebesar 79,30% dan cakupan tertinggi sebesar 110,71%

Berikut ini gambaran cakupan bayi mendapat kapsul vitamin A menurut wilayah Kecamatan di seluruh Kota Semarang



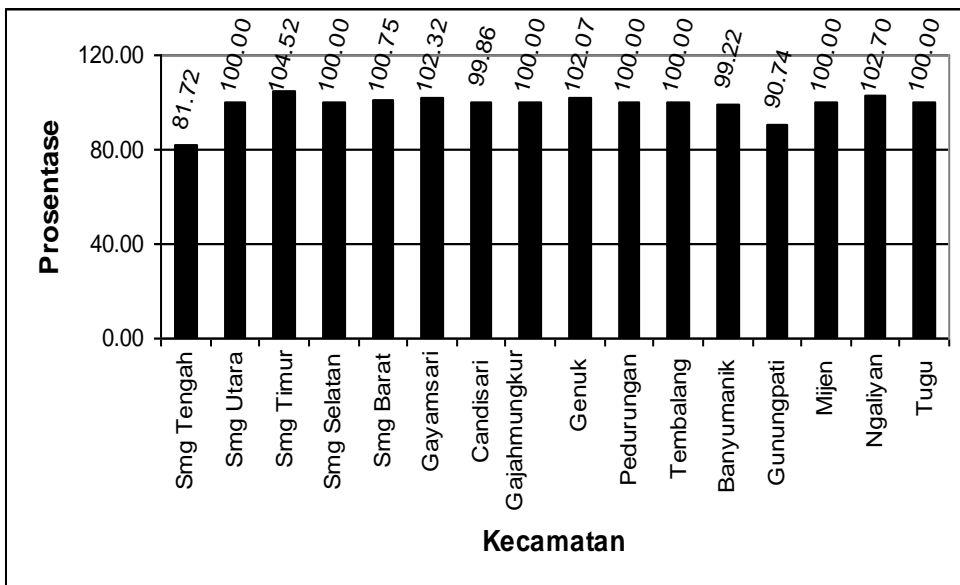
Gambar 5.7 Cakupan bayi mendapat kapsul vitamin A menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang

Dari gambar tersebut tampak bahwa masih terdapat 1 wilayah yang belum memenuhi target minimal cakupan bayi mendapat kapsul vitamin A sebesar 90%, yaitu Kecamatan Semarang yang hanya mencapai 79,30%.

4. Cakupan balita mendapat kapsul vitamin A

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata cakupan balita mendapat kapsul vitamin A dari seluruh Kecamatan di Kota Semarang sebesar 98,99 %, dengan cakupan terendah sebesar 81,72% dan cakupan tertinggi sebesar 104,52%.

Berikut ini gambaran cakupan balita mendapat kapsul vitamin A menurut wilayah Kecamatan di seluruh Kota Semarang:



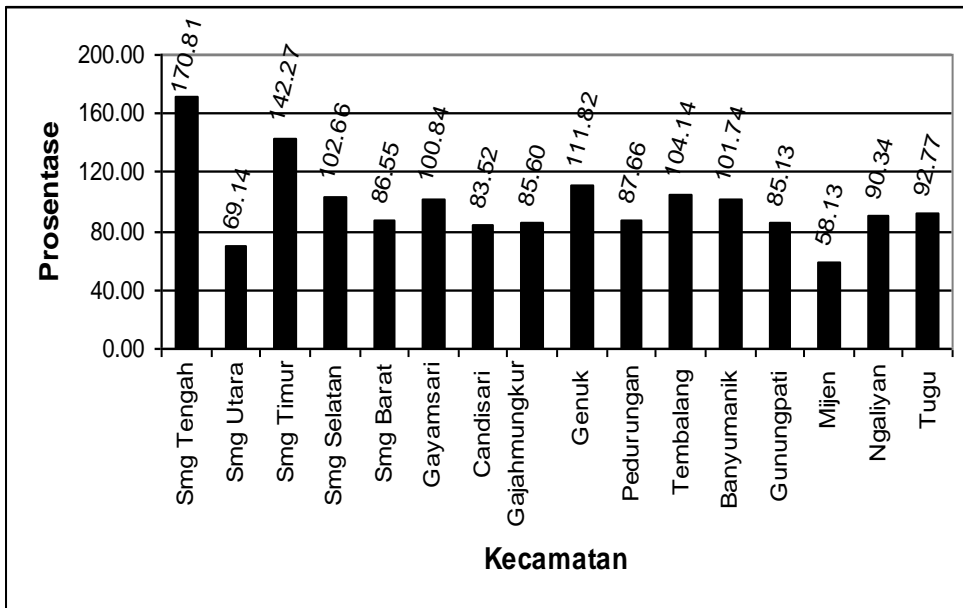
Gambar 5.8 Cakupan balita mendapat kapsul vitamin A menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang

Dari gambar tersebut tampak bahwa masih terdapat 1 Kecamatan yang belum memenuhi target minimal cakupan balita mendapat kapsul vitamin A sebesar 90%, yaitu Kecamatan Semarang Tengah yang hanya mencapai 81,72%.

5. Cakupan ibu nifas mendapat kapsul vitamin A

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata cakupan ibu nifas mendapat kapsul vitamin A dari seluruh Kecamatan di Kota Semarang sebesar 98,32 %, dengan cakupan terendah sebesar 58,13% dan cakupan tertinggi sebesar 170,81%.

Berikut ini gambaran cakupan ibu nifas mendapat kapsul vitamin A menurut wilayah Kecamatan di seluruh Kota Semarang:



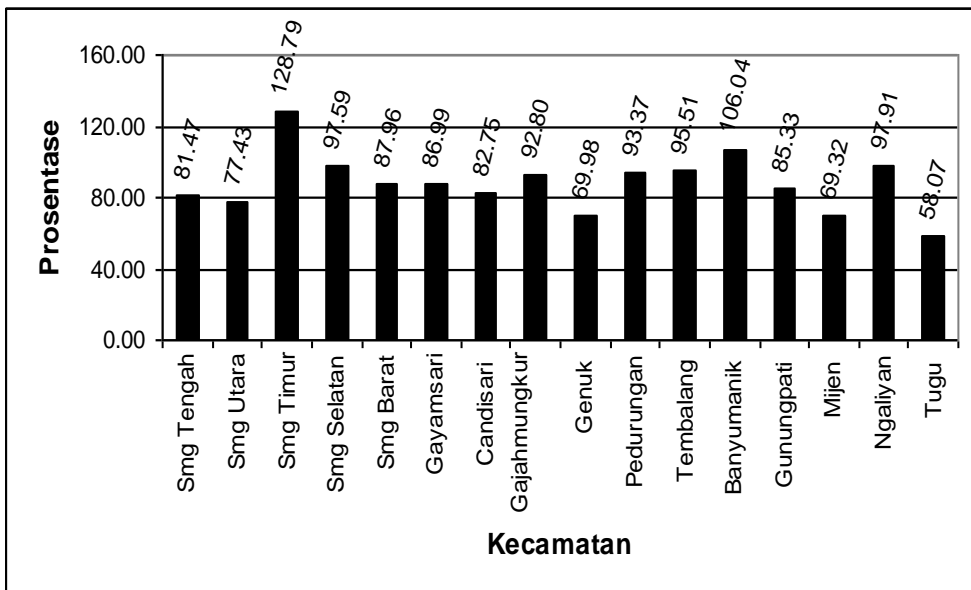
Gambar 5.9 Cakupan ibu nifas mendapat kapsul vitamin A menurut wilayah kerja Puskesmas di Kota Semarang

Dari gambar tersebut tampak bahwa terdapat 2 Kecamatan yang cakupannya masih dibawah 80%., yaitu Kecamatan Semarang Utara (69,14%) dan Mijen (58,13%).

6. Cakupan 90 tablet fe untuk ibu hamil

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata cakupan 90 tablet fe untuk ibu hamil dari seluruh Kecamatan di Kota Semarang sebesar 88,20 %, dengan cakupan terendah sebesar 58,07% dan cakupan tertinggi sebesar 128,79%.

Berikut ini gambaran cakupan 90 tablet fe untuk ibu hamil menurut wilayah Kecamatan di seluruh Kota Semarang:



Gambar 5.10 Cakupan 90 tablet Fe untuk ibu hamil menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang

Dari gambar tersebut tampak masih terdapat 4 Kecamatan yang cakupannya masih dibawah 80%, yaitu Kecamatan Semarang Utara (77,43%), Genuk (69,98%), Mijen (69,32), dan Tugu (58,07).

7. Skor pola pangan harapan

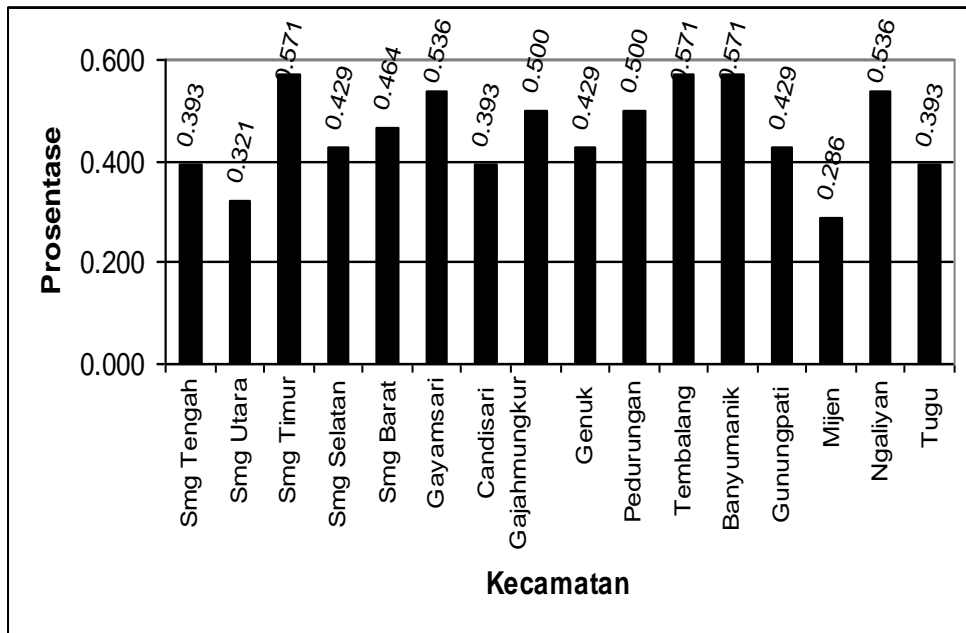
Pengkajian IPG menemukan bahwa data skor pola pangan harapan belum dibuat oleh pengelola program gizi.

8. Indeks dimensi konsumsi energi dan zat gizi

Dari tujuh parameter dimensi ini, yaitu konsumsi energi keluarga perkapita perhari, konsumsi protein keluarga perkapita perhari, cakupan bayi mendapat kapsul vitamin A, cakupan balita mendapat kapsul vitamin A, cakupan ibu nifas mendapat kapsul vitamin A, cakupan 90 tablet fe untuk ibu hamil, dan skor pola pangan harapan, selanjutnya dihitung indkes dari

dimensi konsumsi energi dan zat gizi. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata indeks dimensi konsumsi energi dan zat gizi adalah 0,457 dengan sebaran indeks terendah sebesar 0,286 dan tertinggi 0,571. Nilai rata-rata indeks sebesar 0,457 ini berdasarkan kriteria yang telah ditentukan termasuk dalam kategori kurang.

Berikut ini gambaran indeks dimensi konsumsi energi dan zat gizi menurut wilayah Kecamatan seluruh Kota Semarang:



Gambar 5.11. Indeks dimensi konsumsi energi dan zat gizi menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang

Dari gambar tersebut tampak bahwa tidak ada Kecamatan yang mempunyai indeks dalam kategori baik. Dari 16 Kecamatan, 9 Kecamatan mempunyai indeks dalam kategori kurang, dan sisanya 7 Kecamatan dalam kategori sedang.

C. Dimensi Keamanan Pangan

Dimensi keamanan pangan diukur dari tiga parameter yaitu jumlah KLB keracunan makanan, persentase kualitas air bersih yang memenuhi

syarat, dan Persentase tempat pengelolaan makan (TPM) diperiksa yang memenuhi syarat. Berikut ini rincian masing-masing parameter dari dimensi keamanan pangan

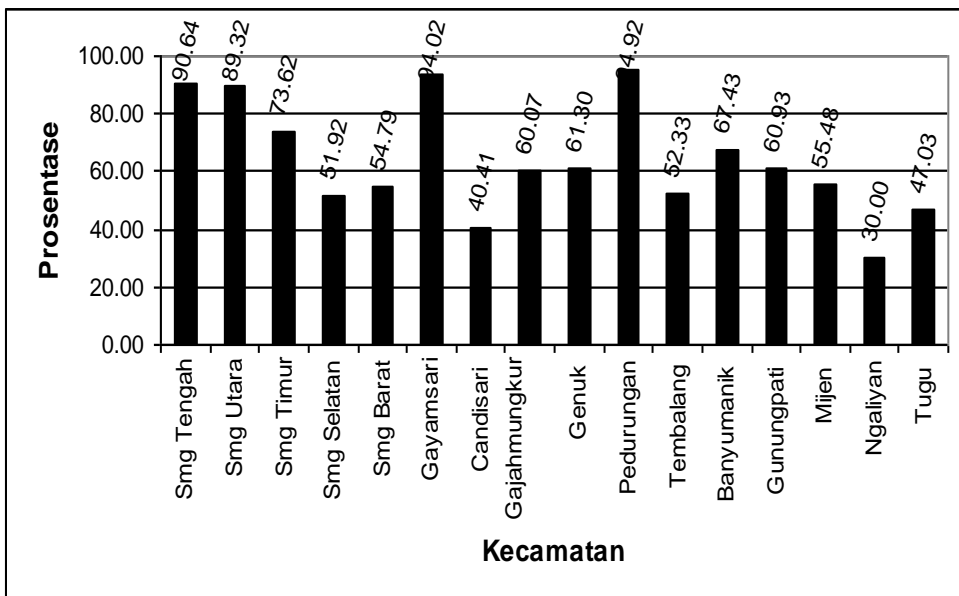
1. Jumlah KLB keracunan makanan

Hasil pengkajian menunjukkan tidak adanya kejadian KLB keracunan makanan selama tahun 2009.

2. Persentase kualitas air bersih yang memenuhi syarat

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata Persentase kualitas air bersih yang memenuhi syarat sebesar 64,01 %, dengan Persentase terendah sebesar 30,00 % dan tertinggi 94,92%.

Berikut ini gambaran secara rinci Persentase kualitas air bersih yang diperiksa yang memenuhi syarat menurut wilayah Kecamatan di seluruh Kota Semarang:

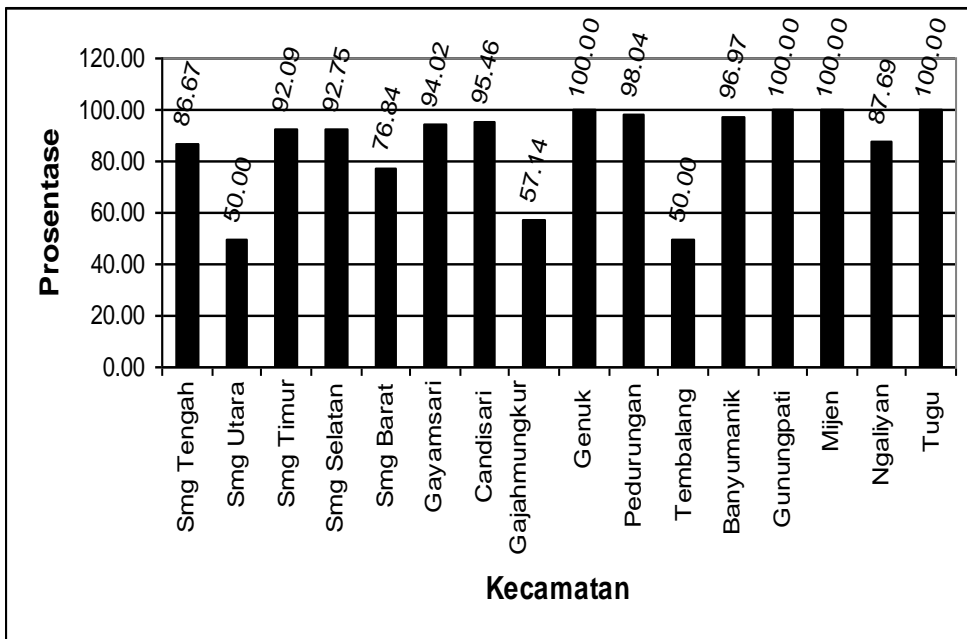


Gambar 5.12 Persentase air bersih diperiksa memenuhi syarat menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang

Dari gambar tersebut tampak sebagian besar kecamatan masih mempunyai Persentase air bersih yang memenuhi syarat dibawah 80%, bahkan ada yang hanya 30%.

3. Persentase tempat pengelolaan makan (TPM) yang memenuhi syarat yang diperiksa

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata persentase TPM diperiksa yang memenuhi syarat sebesar 86,10 %, dengan persentase terendah sebesar 50,0 % dan tertinggi 100,0 %. Berikut ini gambaran secara rinci persentase TPM yang diperiksa yang memenuhi syarat menurut wilayah Kecamatan di seluruh Kota Semarang:



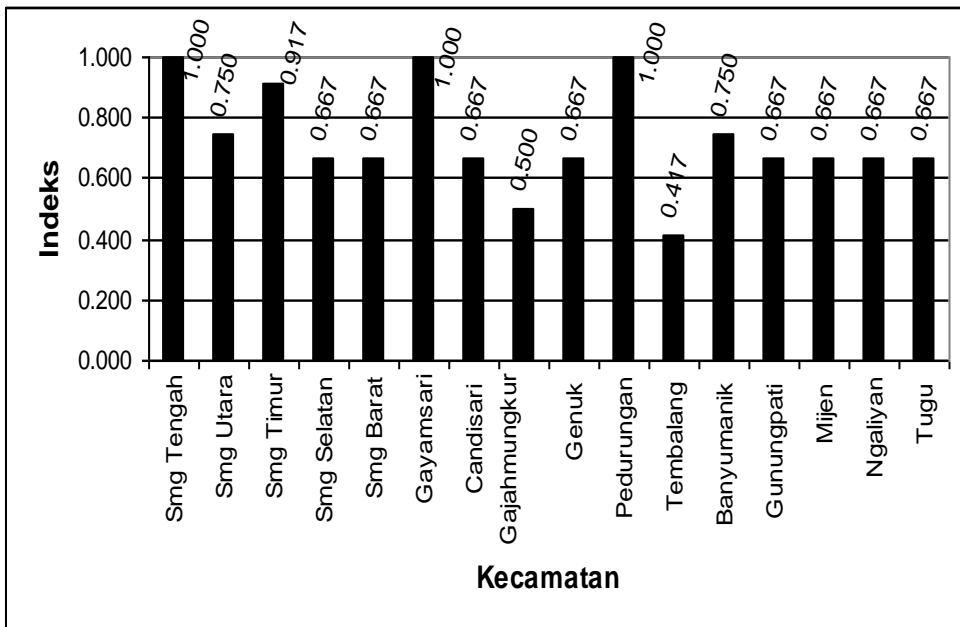
Gambar 5.13 Persentase TPM yang diperiksa yang memenuhi syarat menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang

Dari gambar tersebut tampak sebagian besar wilayah Kecamatan mempunyai cakupan lebih dari 80%. Hanya terdapat 4 Kecamatan yang mempunyai persentase TPM diperiksa yang memenuhi syarat di bawah 80%.

4. Indeks dimensi keamanan pangan

Dari tiga parameter dimensi keamanan pangan, yaitu jumlah kasus keracunan makanan, persentase kualitas air bersih yang memenuhi syarat, persentase TPM diperiksa yang memenuhi syarat, selanjutnya dihitung indeks dari dimensi keamanan pangan. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata indeks dimensi keamanan pangan adalah 0,729 dengan sebaran indeks terendah sebesar 0,417 dan tertinggi 1,000. Nilai rata-rata indeks sebesar 0,729 ini berdasarkan kriteria yang telah ditentukan termasuk kategori sedang.

Berikut ini gambaran indeks dimensi keamanan pangan menurut wilayah Kecamatan seluruh Kota Semarang:



Gambar 5.14 Indeks dimensi keamanan pangan menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang

Dari gambar tersebut tampak bahwa 4 Kecamatan mempunyai indeks dimensi keamanan pangan dalam kategori baik (indeks > 0,8), yaitu Kecamatan Semarang Tengah, Semarang Timur, Gayamsari, dan Pedurungan. sementara itu Kecamatan dengan indeks dimensi keamanan

kategori sedang (indeks 0,5 – 0,799) sebanyak 11Kecamatan. Sisanya 1 Kecamatan termasuk dalam kategori kurang (indeks 0 – 0,499), yaitu Kecamatan Tembalang.

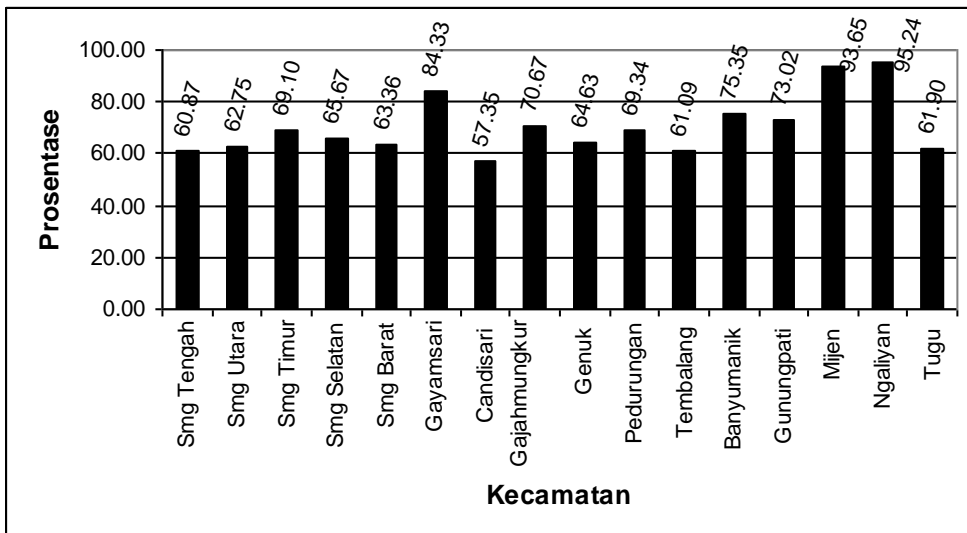
D. Dimensi Gaya Hidup Sehat

Dimensi ini diukur dengan dua parameter, yaitu persentase keluarga sadar gizi (kadarzi) dan persentase rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) yang mencapai strata sehat utama dan paripurna. Berikut ini rincian hasil penelitian dari masing-masing parameter.

1. Persentase keluarga sadar gizi (kadarzi)

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata Persentase keluarga sadar gizi dari seluruh Kecamatan di Kota Semarang adalah 70,52%, dengan persentase tertinggi sebanyak 95,24 % dicapai oleh Kecamatan Ngaliyan, dan persentase terendah sebesar 57,35% dicapai oleh Kecamatan Candisari.

Berikut ini rincian gambaran persentase keluarga sadar gizi menurut wilayah kerja Puskesmas seluruh Kota Semarang:



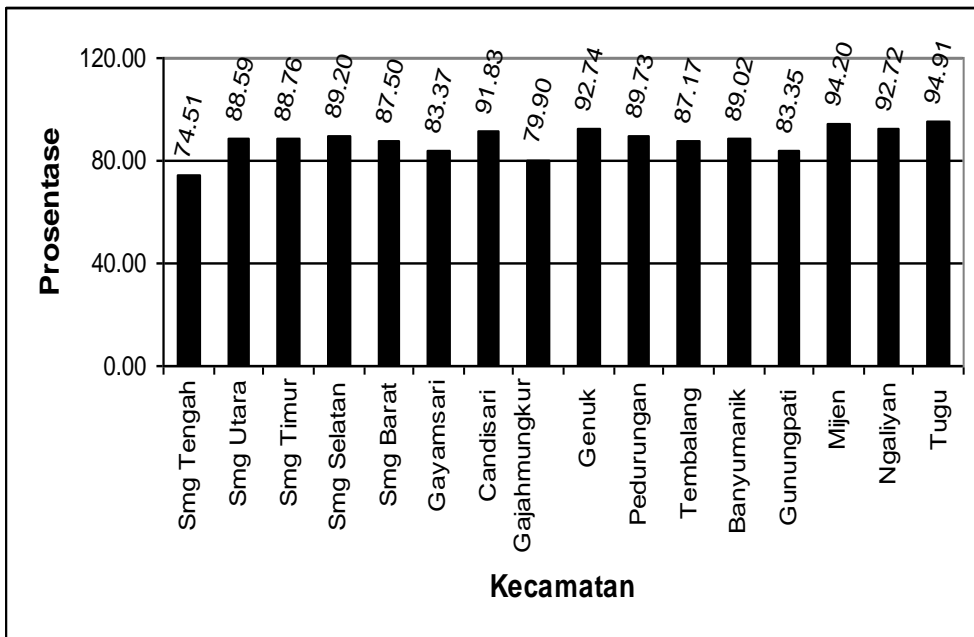
Gambar 5.15 Persentase keluarga sadar gizi menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang

Dari gambar tersebut tampak bahwa hanya 3Kecamatan yang memiliki persentase kadarzi di atas 80%, yaitu Kecamatan Gayamsari, Mijen, dan Ngaliyan.

2. Persentase rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) yang mencapai strata sehat utama dan paripurna

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata rumah tangga PHBS strata sehat utama dan paripurna dari seluruh Puskesmas di Kota Semarang mencapai 87,96%. Persentase tertinggi sebesar 94,91% dicapai oleh Kecamatan Tugu, sedangkan persentase terendah sebesar 74,51% dicapai oleh Kecamatan Semarang Tengah.

Berikut ini gambaran rinci persentase rumah tangga PHBS strata sehat utama dan paripurna menurut wilayah Kecamatan di seluruh Kota Semarang:



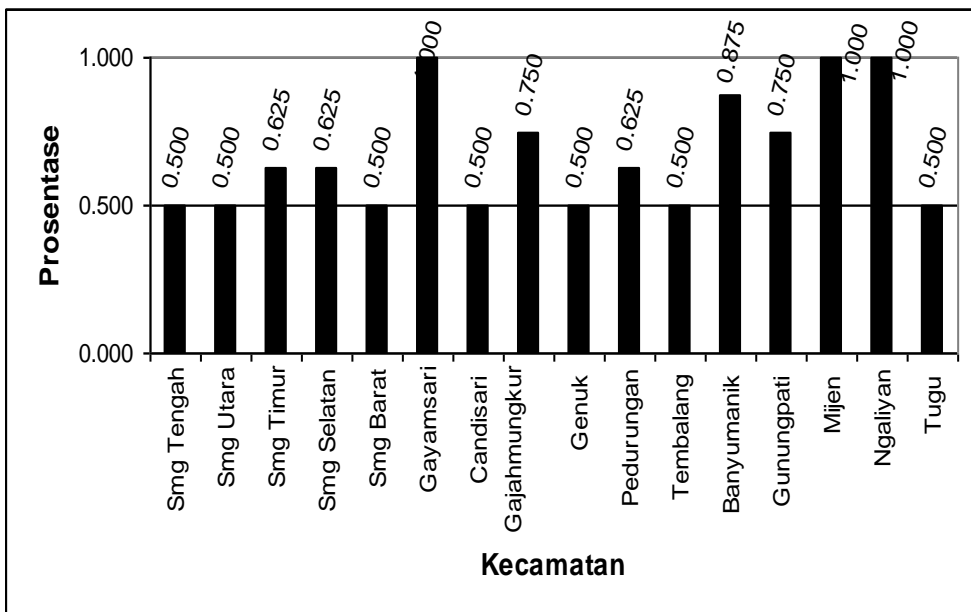
Gambar 5.16 Persentase rumah tangga PHBS strata sehat utama dan paripurna menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang

Dari gambar tersebut tampak masih terdapat 2 kecamatan yang Persentasenya di bawah 80% yaitu Kecamatan Semarang Tengah dan Gajahmungkur.

3. Indeks dimensi gaya hidup

Dari pengkajiandua parameter dalam indeks gaya hidup selanjutnya diperoleh pencapaian rata-rata indeks dimensi gaya hidup dari seluruh Kecamatan di Kota Semarang sebesar 0,671. Indeks tertinggi sebesar 1,000 dicapai oleh 3 Kecamatan, yaitu Gayamsari, Mijen dan Ngaliyan.

Berikut ini gambaran rinci indeks dimensi gaya hidup menurut wilayah Kecamatan di seluruh Kota Semarang:

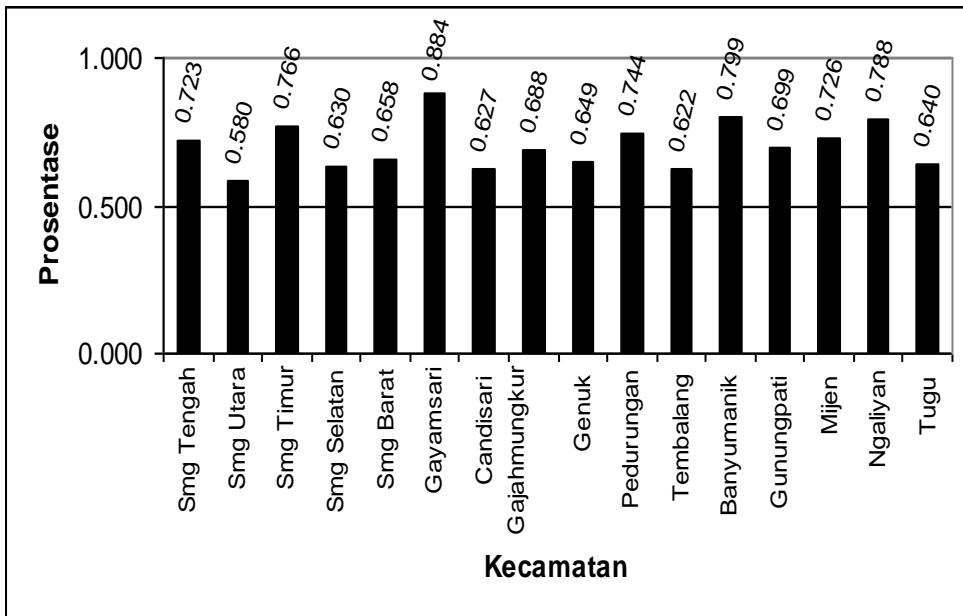


Gambar 5.17 Indeks dimensi gaya hidup menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang

E. Indeks Pembangunan Gizi Kota Semarang

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata indeks pembangunan gizi (IPG) Kota Semarang sebesar 0,701. Indeks IPG tertinggi dicapai oleh Kecamatan Gayamsari sebesar 0.884, sedangkan indeks IPG terendah dicapai oleh Kecamatan Semarang Utara sebesar 0,580.

Berikut ini gambaran indeks IPG menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang:



Gambar 5.18 Indeks Pembangunan Gizi menurut wilayah Kecamatan di Kota Semarang

Dari gambar tersebut tampak hanya 1 Kecamatan yang mencapai IPG dalam kategori baik yaitu Kecamatan Gayamsari (0,884), sisanya 15 Kecamatan lainnya masuk dalam kategori IPG sedang.

Selanjutnya berikut ini rekapitulasi indeks setiap dimensi dan indeks pembangunan gizi yang telah dicapai:

Tabel 5.1. Rekapitulasi Indeks setiap dimensi dan Indeks Pembangunan Gizi 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
Smg Tengah	1.000	0.393	1.000	0.500	0.723
Smg Utara	0.750	0.321	0.750	0.500	0.580
Smg Timur	0.950	0.571	0.917	0.625	0.766
Smg Selatan	0.800	0.429	0.667	0.625	0.630
Smg 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:

Sel berwarna hijau = indeks dalam kategori baik

Sel berwarna kuning = indeks dalam kategori sedang

Sel berwarna merah = indeks dalam kategori kurang

Pengkajian IPG di Kabupaten Semarang

Berikut ini akan dipaparkan hasil pengkajian IPG di Kabupaten Semarang tahun 2010 secara berurutan dengan merinci indeks setiap dimensi beserta parameternya.

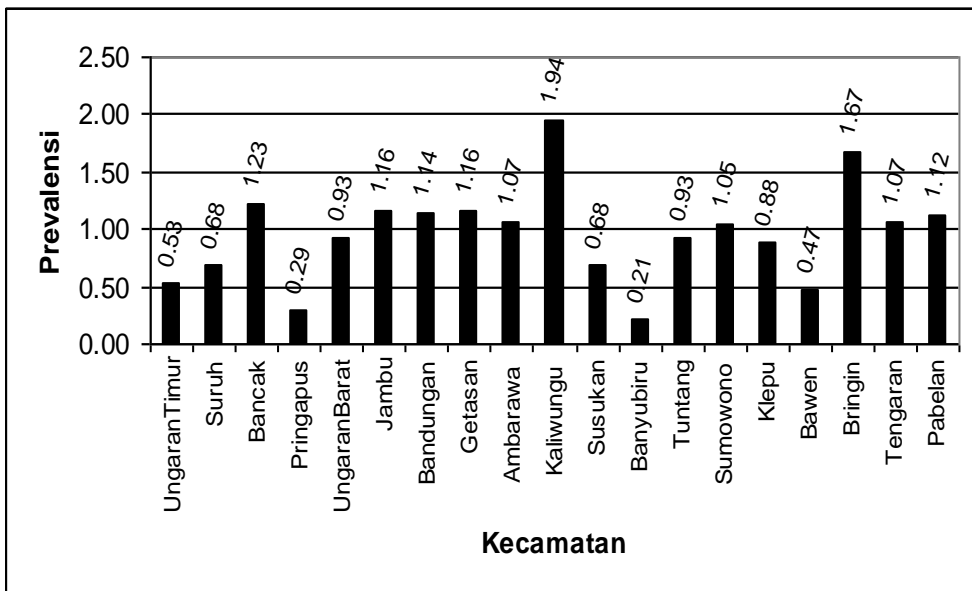
A. Dimensi Status Gizi

Dimensi ini diukur dengan 5 parameter, yaitu prevalensi bayi berat badan lahir rendah (BBLR), prevalensi gizi buruk pada balita, Persentase gizi baik pada balita, prevalensi ibu hamil anemia, dan prevalensi ibu hamil kurang energi kronik (KEK).

1. Prevalensi BBLR

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata prevalensi BBLR dari seluruh Kecamatan di Kabupaten Semarang sebesar 0,98%, dengan prevalensi BBLR tertinggi sebesar 1,94% dan terendah 0,21%. Kecamatan dengan prevalensi tertinggi yaitu kecamatan Kaliwungu (1,94%).

Berikut ini gambaran prevalensi kejadian BBLR menurut Kecamatan di Kabupaten Semarang:

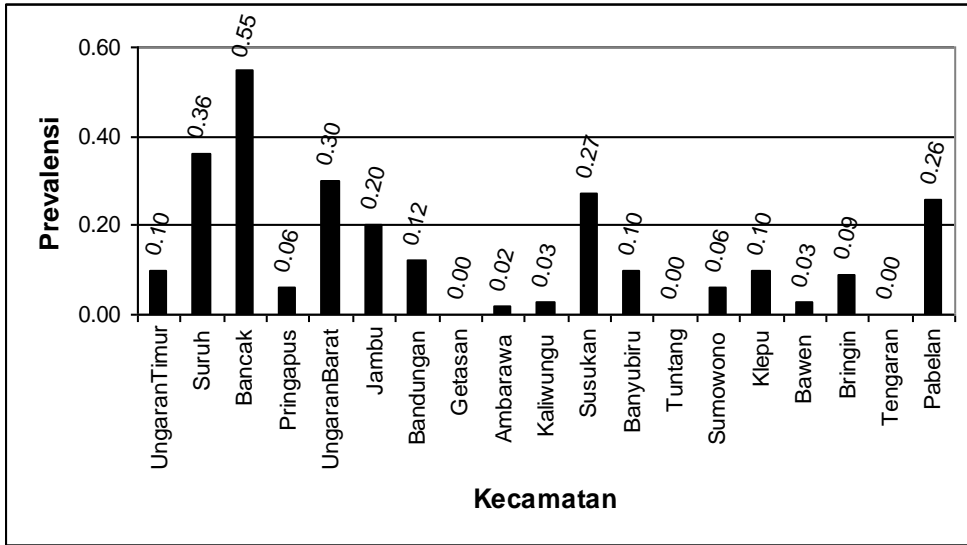


Gambar 5.19 Prevalensi kejadian BBLR menurut wilayah kecamatan di Kabupaten Semarang

2. Prevalensi Gizi Buruk Pada Balita

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata prevalensi gizi buruk pada balita dari seluruh Puskesmas di Kabupaten Semarang sebesar 0,1935%, dengan prevalensi gizi buruk tertinggi sebesar 0,55% (di Kecamatan Bancak) dan terendah 0% (di Kecamatan Getasan, Tuntang, dan Tengaran).

Berikut ini adalah gambar distribusi frekuensi prevalensi gizi buruk pada balita menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang:



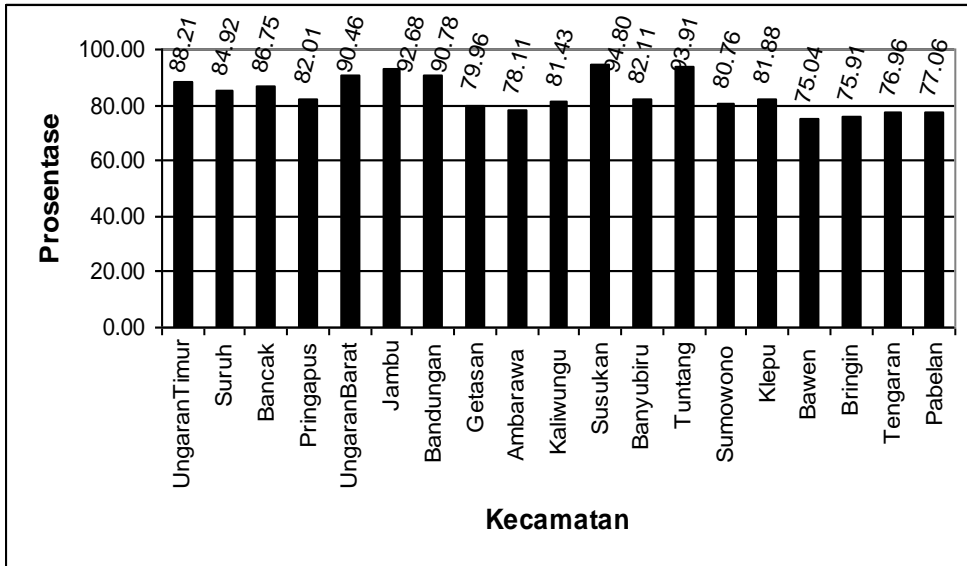
Gambar 5.20 Prevalensi gizi buruk pada balita menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang

Dari gambar tersebut tampak bahwa dari semua kecamatan mempunyai prevalensi gizi buruk pada balita kurang dari 1%.

3. Persentase Gizi Baik Pada Balita

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata Persentase gizi baik balita dari seluruh Kecamatan di Kabupaten Semarang sebesar 83,88%, dengan Persentase tertinggi 94,8% (Kecamatan Susukan) dan terendah 75,04% (Kecamatan Bawen).

Berikut ini adalah gambaran distribusi frekuensi Persentase gizi baik pada balita menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang:



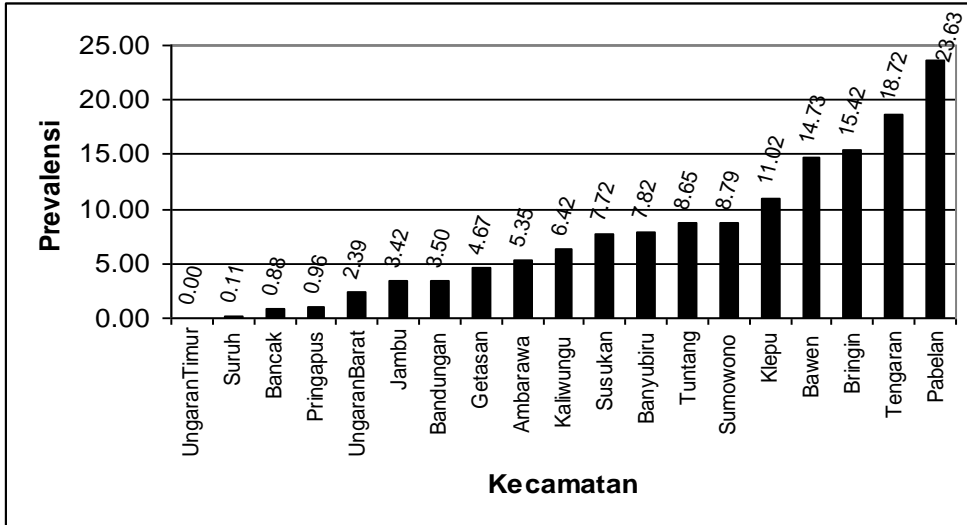
Gambar 5.21 Persentase gizi baik pada balita menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang

Dari gambar tersebut tampak bahwa sebagian besar Kecamatan telah menunjukkan pencapaian gizi baik pada balita cukup mengembirakan, yaitu lebih dari 80%. Namun demikian, masih terdapat 6 Kecamatan yang Persentase gizi baiknya kurang dari 80%, yaitu Getasan (79,88%), Ambarawa (78,11%), Bawen (75,04%), Bringin (75,91%), Tenganan (78,98%) dan Pabelan (77,08%).

4. Prevalensi Ibu Hamil Anemia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata prevalensi ibu hamil yang mengalami anemia sebanyak 7,58%. Prevalensi tertinggi sebesar 23,63% terdapat di Kecamatan Pabelan, sedangkan prevalensi terendah 0% terdapat di Kecamatan Ungaran Timur.

Berikut ini adalah gambaran distribusi frekuensi prevalensi ibu hamil anemia di seluruh Kecamatan Kabupaten Semarang:

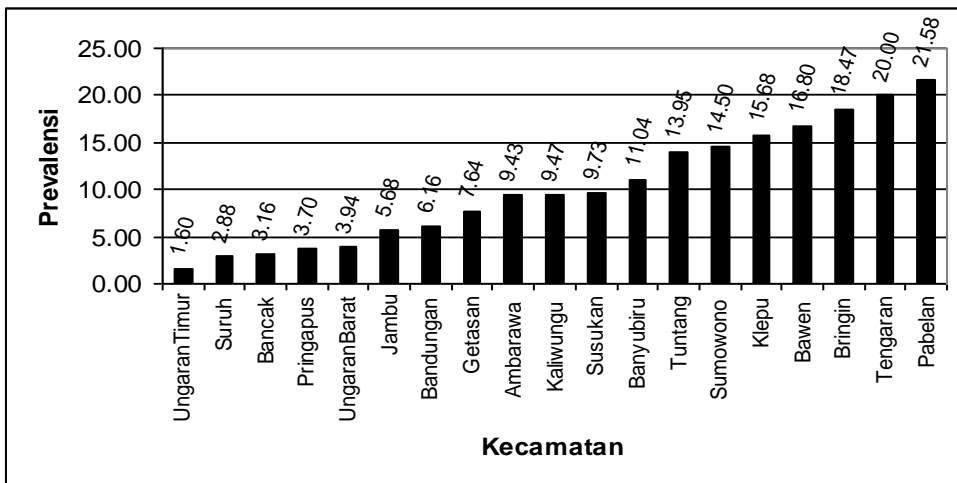


Gambar 5.22. Prevalensi ibu hamil anemia menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang

5. Prevalensi Ibu Hamil Kekurangan Energi Kronik (KEK)

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata prevalensi ibu hamil KEK sebesar 10,28%. Prevalensi tertinggi sebesar 21,85% di Kecamatan Pabelan, dan terendah sebesar 1,60% di Kecamatan Ungaran Timur.

Berikut ini adalah gambaran distribusi frekuensi prevalensi ibu hamil KEK di seluruh Kecamatan Kabupaten Semarang:

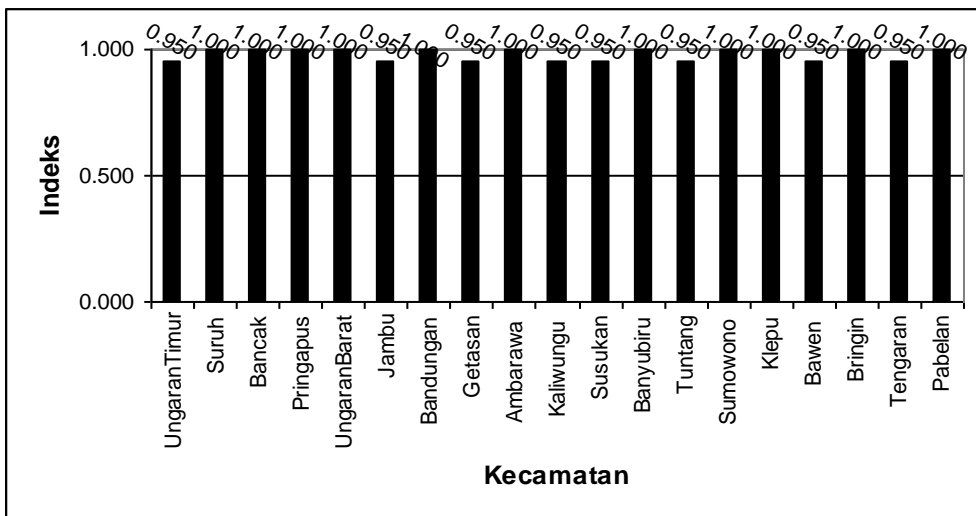


Gambar 5.23. Prevalensi ibu hamil KEK menurut wilayah kerja Puskesmas di Kabupaten Semarang

6. Indeks Dimensi Status Gizi

Dari lima parameter dimensi status gizi, yaitu prevalensi BBLR, prevalensi gizi buruk pada balita, prevalensi gizi baik pada balita, prevalensi ibu hamil anemia, dan prevalensi ibu hamil KEK, selanjutnya dihitung indeks dari dimensi status gizi. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata indeks dimensi status gizi adalah 0,978 dengan sebaran indeks terendah sebesar 0,950 dan tertinggi 1,000. Nilai rata-rata indeks sebesar 0,978 ini menurut kriteria yang telah ditentukan termasuk dalam kategori baik.

Berikut ini gambaran indeks dimensi status gizi menurut wilayah Kecamatan seluruh Kabupaten Semarang:



Gambar 5.24. Indeks dimensi status gizi menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang

Dari gambar tersebut tampak bahwa seluruh Kecamatan (19 Kecamatan) mempunyai indeks dimensi status gizi dalam kategori baik, yaitu indeks > 0,80.

B. Dimensi Konsumsi Energi dan Zat Gizi

Dimensi konsumsi energi dan zat gizi diukur dengan menggunakan tujuh parameter, yaitu konsumsi energi keluarga perkapita perhari, konsumsi protein keluarga perkapita perhari, cakupan bayi mendapat kapsul

vitamin A, cakupan balita mendapat kapsul vitamin A, cakupan ibu nifas mendapat kapsul vitamin A, cakupan 90 tablet fe untuk ibu hamil, dan skor pola pangan harapan. Berikut ini rincian masing-masing parameter dari dimensi konsumsi energi dan zat gizi.

1. Konsumsi energi keluarga perkapita perhari

Hasil pengkajian IPG menunjukkan tidak tersedianya data konsumsi energi keluarga perkapita perhari.

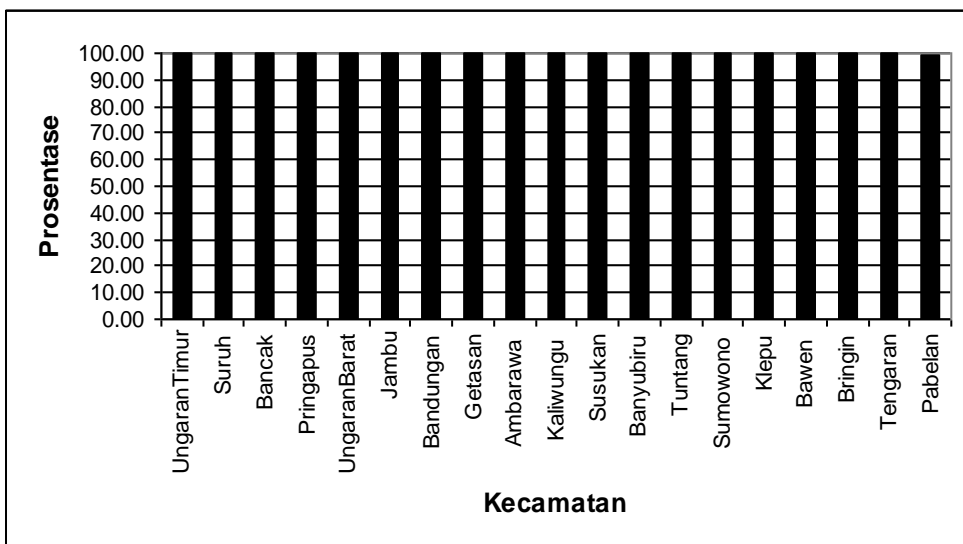
2. Konsumsi protein keluarga perkapita perhari

Sama halnya dengan data konsumsi energi, hasil pengkajian IPG menunjukkan tidak tersedianya data konsumsi protein keluarga perkapita perhari.

3. Cakupan bayi mendapat kapsul vitamin A

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata cakupan bayi mendapat kapsul vitamin A dari seluruh Kecamatan di Kabupaten Semarang sebesar 99,94%, dengan cakupan terendah sebesar 98,95% dan cakupan tertinggi sebesar 100%.

Berikut ini gambaran cakupan bayi mendapat kapsul vitamin A menurut wilayah Kecamatan di seluruh Kabupaten Semarang:



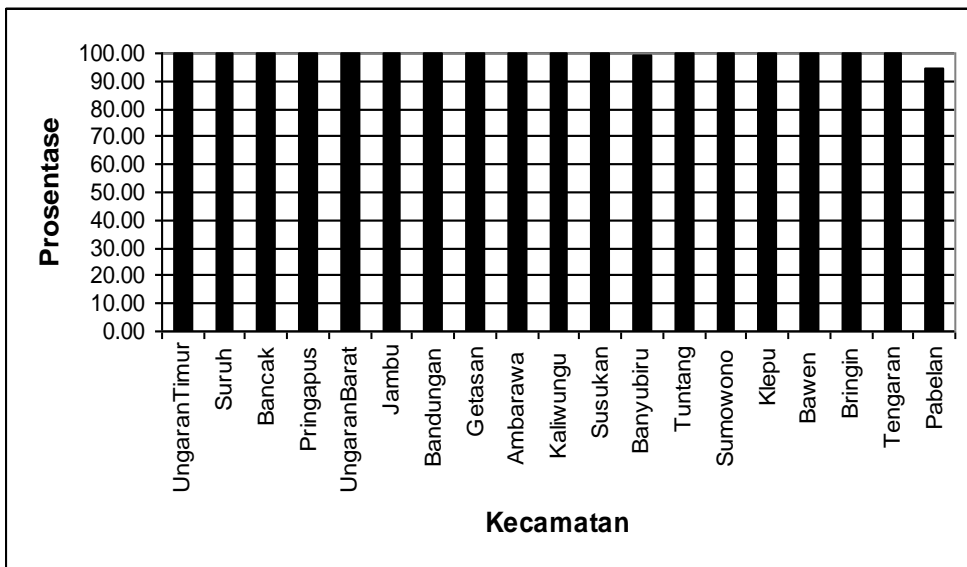
Gambar 5.25 Cakupan bayi mendapat kapsul vitamin A menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang

Dari gambar tersebut tampak bahwa semua Kecamatan di Kabupaten Semarang memenuhi target minimal cakupan bayi mendapat kapsul vitamin A sebesar 90%.

4. Cakupan balita mendapat kapsul vitamin A

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata cakupan balita mendapat kapsul vitamin A dari seluruh Kecamatan di Kabupaten Semarang sebesar 99,68 %, dengan cakupan terendah sebesar 94,83% dan cakupan tertinggi sebesar 100%.

Berikut ini gambaran cakupan balita mendapat kapsul vitamin A menurut wilayah Kecamatan di seluruh Kabupaten Semarang:



Gambar 5.26 Cakupan balita mendapat kapsul vitamin A menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang

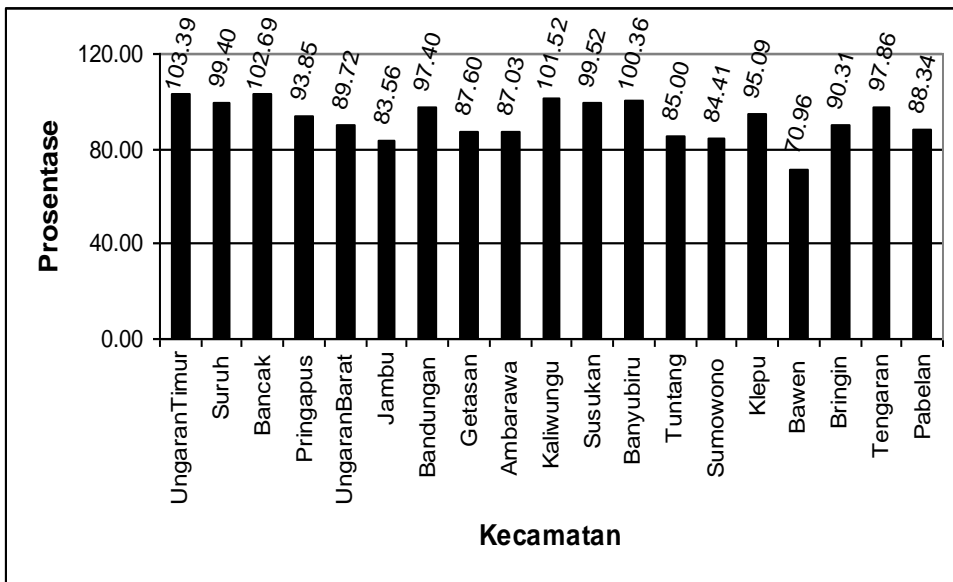
Dari gambar tersebut tampak bahwa semua Kecamatan telah memenuhi target minimal cakupan balita mendapat kapsul vitamin A sebesar 90%.

5. Cakupan ibu nifas mendapat kapsul vitamin A

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata cakupan ibu nifas mendapat

kapsul vitamin A dari seluruh Kecamatan di Kabupaten Semarang sebesar 92,52%, dengan cakupan terendah sebesar 70,96% dan cakupan tertinggi sebesar 103,39%.

Berikut ini gambaran cakupan ibu nifas mendapat kapsul vitamin A menurut wilayah Kecamatan di seluruh Kabupaten Semarang:



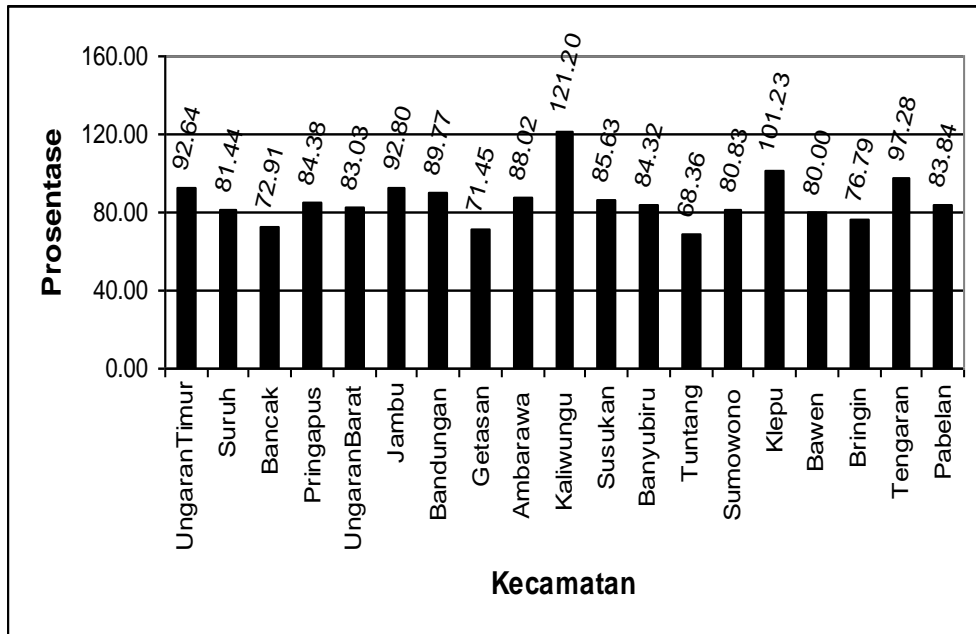
Gambar 5.27 Cakupan ibu nifas mendapat kapsul vitamin A menurut wilayah kerja Puskesmas di Kabupaten Semarang

Dari gambar tersebut tampak bahwa terdapat 1 Kecamatan yang cakupannya masih dibawah 80%., yaitu Kecamatan Bawen (70,98%).

6. Cakupan 90 tablet fe untuk ibu hamil

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata cakupan 90 tablet fe untuk ibu hamil dari seluruh Kecamatan di Kabupaten Semarang sebesar 86,10 %, dengan cakupan terendah sebesar 68,36% dan cakupan tertinggi sebesar 121,20%.

Berikut ini gambaran cakupan 90 tablet fe untuk ibu hamil menurut wilayah Kecamatan di seluruh Kabupaten Semarang:



Gambar 5.28 Cakupan 90 tablet Fe untuk ibu hamil menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang

Dari gambar tersebut tampak masih terdapat 4 Kecamatan yang cakupannya masih dibawah 80%, yaitu Kecamatan Bancak (72,91%), Getasan (71,45%), Tuntang (68,36), dan Bringin (76,79).

7. Skor pola pangan harapan

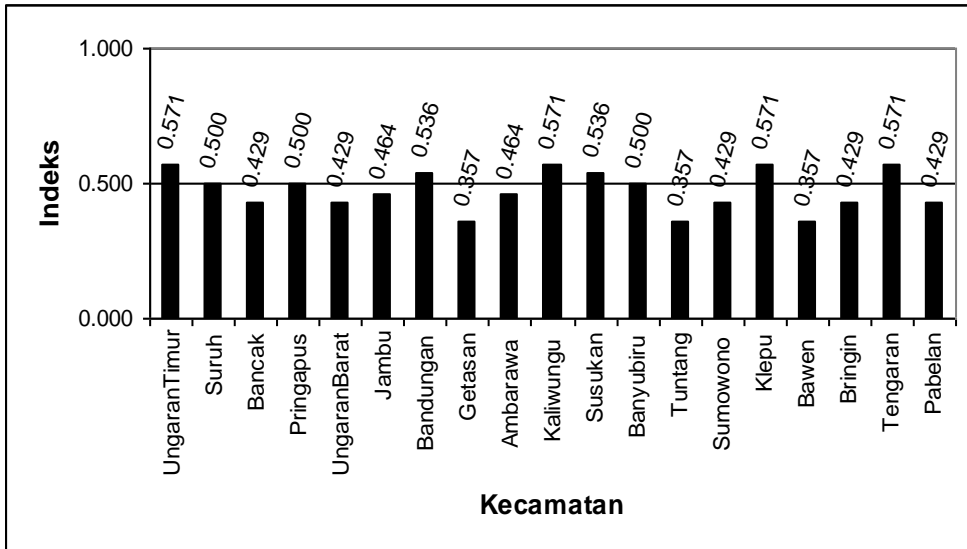
Pengkajian IPG menemukan bahwa data skor pola pangan harapan belum dibuat oleh pengelola program gizi.

8. Indeks dimensi konsumsi energi dan zat gizi

Dari tujuh parameter dimensi ini, yaitu konsumsi energi keluarga perkapita perhari, konsumsi protein keluarga perkapita perhari, cakupan bayi mendapat kapsul vitamin A, cakupan balita mendapat kapsul vitamin A, cakupan ibu nifas mendapat kapsul vitamin A, cakupan 90 tablet fe untuk ibu hamil, dan skor pola pangan harapan, selanjutnya dihitung indkes dari dimensi konsumsi energi dan zat gizi. Hasil penelitian menunjukkan rata-

rata indeks dimensi konsumsi energi dan zat gizi adalah 0,473 dengan sebaran indeks terendah sebesar 0,357 dan tertinggi 0,571. Nilai rata-rata indeks sebesar 0,473 ini berdasarkan kriteria yang telah ditentukan termasuk dalam kategori kurang.

Berikut ini gambaran indeks dimensi konsumsi energi dan zat gizi menurut wilayah Kecamatan seluruh Kabupaten Semarang:



Gambar 5.29. Indeks dimensi konsumsi energi dan zat gizi menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang

Dari gambar tersebut tampak bahwa tidak ada Kecamatan yang mempunyai indeks dalam kategori baik. Dari 19 Kecamatan, 9 Kecamatan mempunyai indeks dalam kategori sedang, dan 10 Kecamatan dalam kategori sedang.

C. Dimensi Keamanan Pangan

Dimensi keamanan pangan diukur dari tiga parameter yaitu jumlah KLB keracunan makanan, persentase kualitas air bersih yang memenuhi syarat, dan Persentase tempat pengelolaan makan (TPM) diperiksa yang memenuhi syarat. Berikut ini rincian masing-masing parameter dari dimensi keamanan pangan

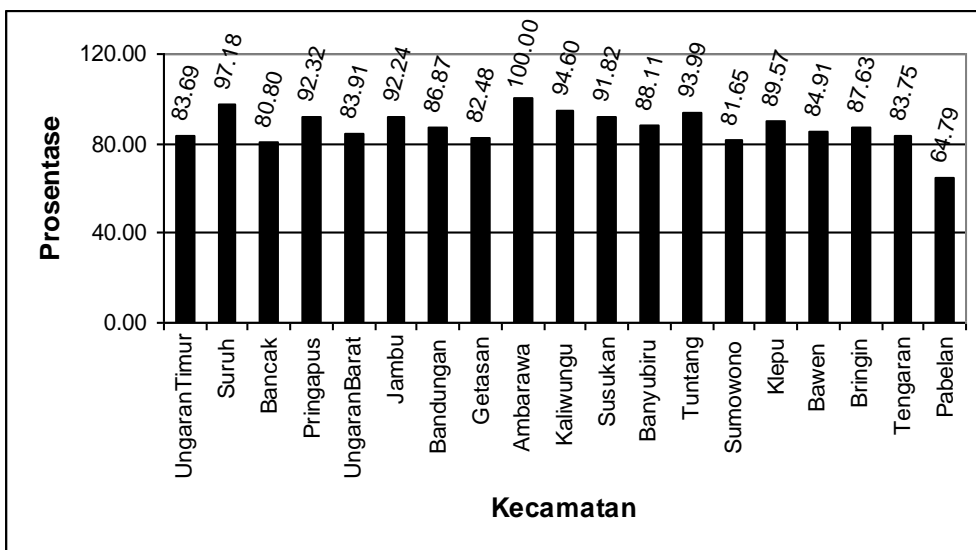
1. Jumlah KLB keracunan makanan

Hasil pengkajian menunjukkan tidak semua Kecamatan mengalami KLB keracunan makanan selama tahun 2009. KLB hanya terjadi di 3 kecamatan, yaitu Kecamatan Bancak (31 kejadian), Kecamatan Ambarawa (18 kejadian), dan Kecamatan Tenganan (6 Kejadian).

2. Persentase kualitas air bersih yang memenuhi syarat

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata Persentase kualitas air bersih yang memenuhi syarat sebesar 87,38 %, dengan persentase terendah sebesar 64,79 % dan tertinggi 100%.

Berikut ini gambaran secara rinci Persentase kualitas air bersih yang diperiksa yang memenuhi syarat menurut wilayah Kecamatan di seluruh Kabupaten Semarang:

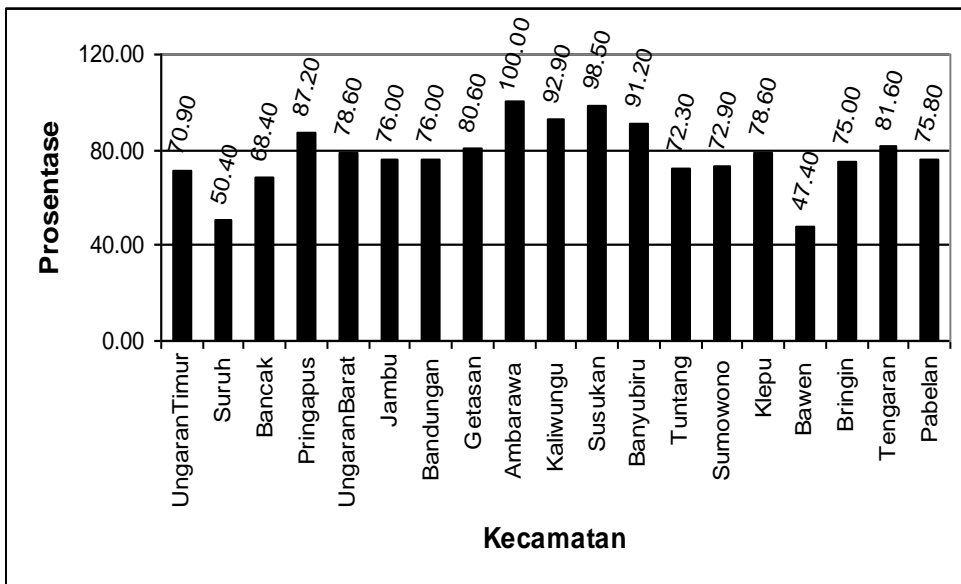


Gambar 5.30 Persentase air bersih diperiksa memenuhi syarat menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang

Dari gambar tersebut tampak sebagian besar kecamatan telah mencapai target Persentase air bersih yang memenuhi syarat minimal 80%, hanya terdapat 1 Kecamatan yang baru mencapai 64, 79% yaitu Kecamatan Pabelan.

3. Persentase tempat pengelolaan makan (TPM) yang memenuhi syarat yang diperiksa

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata persentase TPM diperiksa yang memenuhi syarat sebesar 77,59 %, dengan persentase terendah sebesar 47,40 % dan tertinggi 100,0%. Berikut ini gambaran secara rinci persentase TPM yang diperiksa yang memenuhi syarat menurut wilayah Kecamatan di seluruh Kabupaten Semarang:



Gambar 5.31 Persentase TPM yang diperiksa yang memenuhi syarat menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang

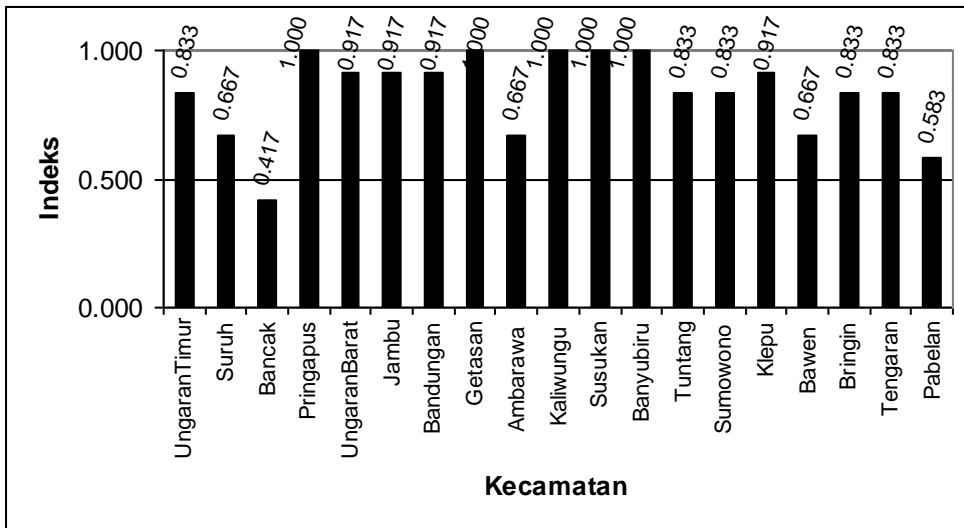
Dari gambar tersebut tampak sebagian besar wilayah Kecamatan belum bisa mencapai cakupan minimal 80%. Masih terdapat 10 Kecamatan yang mempunyai persentase TPM diperiksa yang memenuhi syarat di bawah 80%.

4. Indeks dimensi keamanan pangan

Dari tiga parameter dimensi keamanan pangan, yaitu jumlah kasus keracunan makanan, persentase kualitas air bersih yang memenuhi syarat, persentase TPM diperiksa yang memenuhi syarat, selanjutnya dihitung indeks dari dimensi keamanan pangan. Hasil penelitian menunjukkan rata-

rata indeks dimensi keamanan pangan adalah 0,833 dengan sebaran indeks terendah sebesar 0,417 dan tertinggi 1,000. Nilai rata-rata indeks sebesar 0,833 ini berdasarkan kriteria yang telah ditentukan termasuk kategori sedang.

Berikut ini gambaran indeks dimensi keamanan pangan menurut wilayah Kecamatan seluruh Kabupaten Semarang:



Gambar 5.32 Indeks dimensi keamanan pangan menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang

Dari gambar tersebut tampak bahwa 14 Kecamatan mempunyai indeks dimensi keamanan pangan dalam kategori baik (indeks > 0,8), dan 4 Kecamatan mempunyai indeks dimensi keamanan kategori sedang (indeks 0,5 – 0,799). Sisanya 1 Kecamatan termasuk dalam kategori kurang (indeks 0 – 0,499), yaitu Kecamatan Bancak.

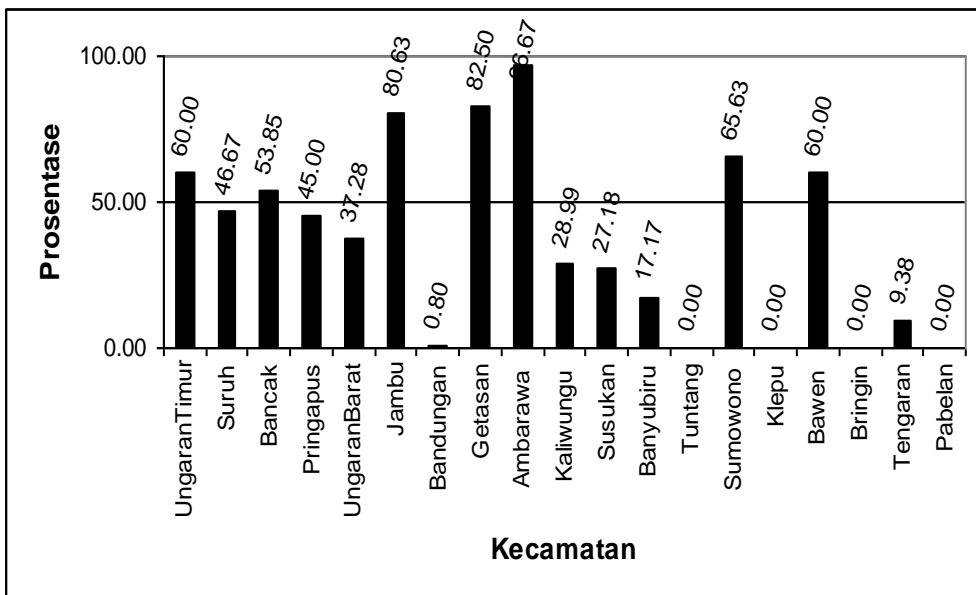
D. Dimensi Gaya Hidup Sehat

Dimensi ini diukur dengan dua parameter, yaitu persentase keluarga sadar gizi (kadarzi) dan persentase rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) yang mencapai strata sehat utama dan paripurna. Berikut ini rincian hasil penelitian dari masing-masing parameter.

1. Persentase keluarga sadar gizi (kadarzi)

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata Persentase keluarga sadar gizi dari seluruh Kecamatan di Kabupaten Semarang adalah 37,46%, dengan persentase tertinggi sebanyak 96,67% dicapai oleh Kecamatan Ambarawa, dan persentase terendah sebesar 0% oleh Kecamatan Tuntang, Klepu, Bringin, dan Pabelan..

Berikut ini rincian gambaran persentase keluarga sadar gizi menurut wilayah kerja Puskesmas seluruh Kabupaten Semarang:



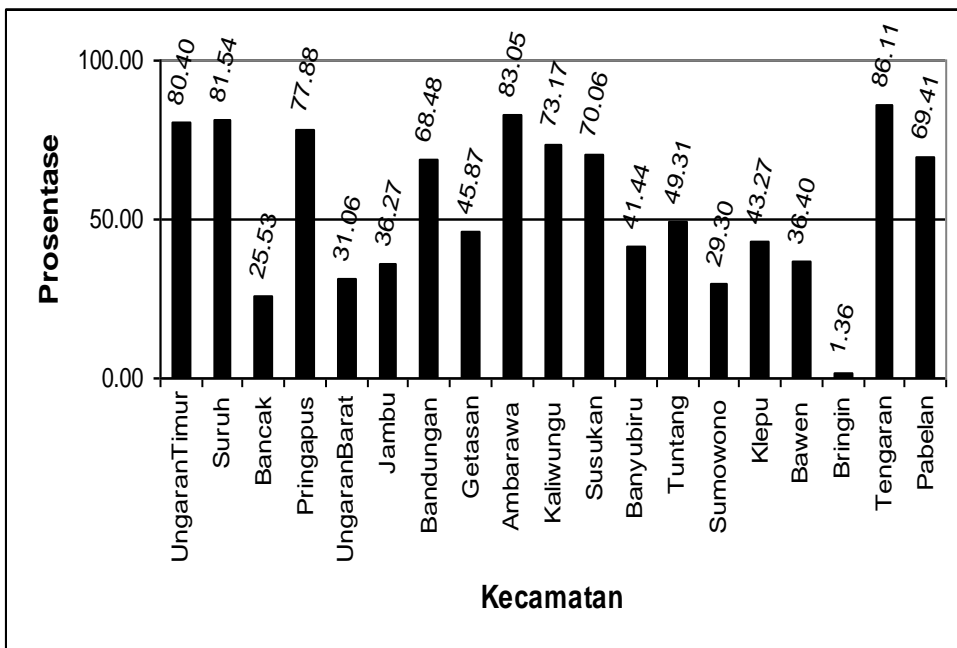
Gambar 5.33 Persentase keluarga sadar gizi menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang

Dari gambar tersebut tampak bahwa hanya 3 Kecamatan yang memiliki persentase kadarzi di atas 80%, yaitu Jambu, Getasan dan Ambarawa. Sementara itu ada 4 Kecamatan yang cakupannya 0% yaitu Tuntang, Klepu, Bringin, dan Pabelan.

2. Persentase rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) yang mencapai strata sehat utama dan paripurna

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata rumah tangga PHBS strata sehat utama dan paripurna dari seluruh Puskesmas di Kabupaten Semarang mencapai 54,20%. Persentase tertinggi sebesar 86,11% dicapai oleh Kecamatan Tengaran, sedangkan persentase terendah sebesar 1,36% dicapai oleh Kecamatan Bringin.

Berikut ini gambaran rinci persentase rumah tangga PHBS strata sehat utama dan paripurna menurut wilayah Kecamatan di seluruh Kabupaten Semarang:



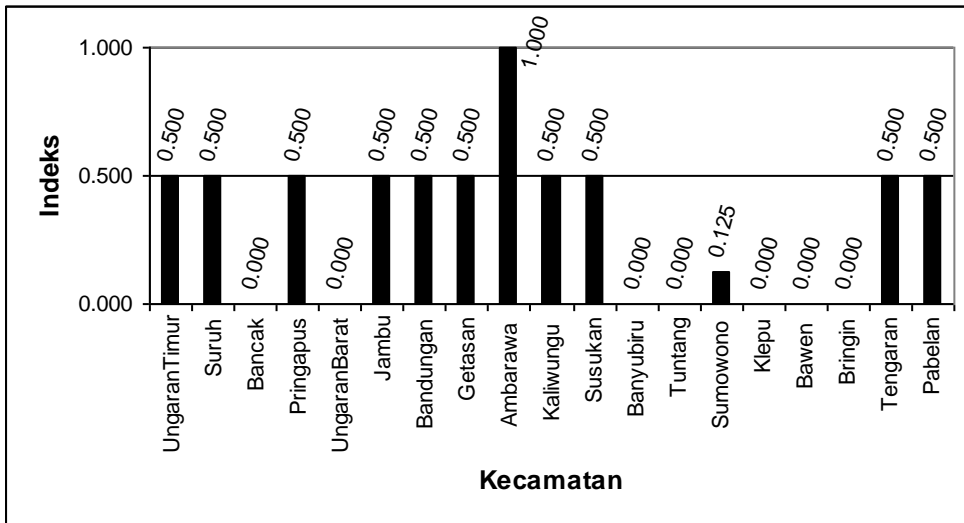
Gambar 5.34 Persentase rumah tangga PHBS strata sehat utama dan paripurna menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang

3. Indeks dimensi gaya hidup

Dari pengkajiandua parameter dalam indeks gaya hidup selanjutnya diperoleh pencapaian rata-rata indeks dimensi gaya hidup dari seluruh

Kecamatan di Kabupaten Semarang sebesar 0,322. Indeks tertinggi sebesar 1,000 dan indeks terendah 0,000.

Berikut ini gambaran rinci indeks dimensi gaya hidup menurut wilayah Kecamatan di seluruh Kabupaten Semarang:



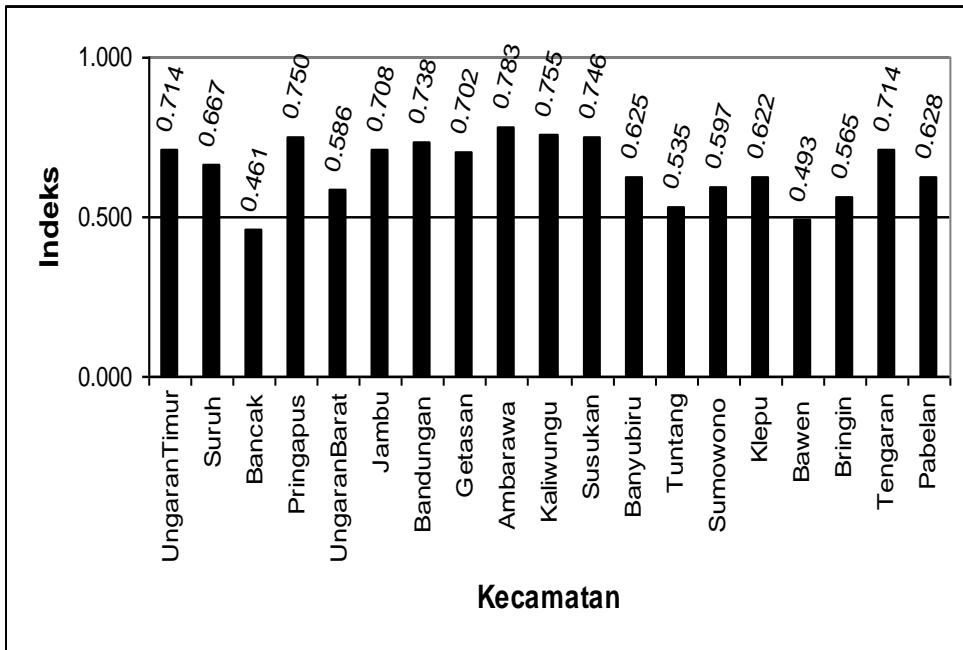
Gambar 5.35 Indeks dimensi gaya hidup menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang

Dari gambar tersebut tampak 7 Kecamatan memiliki indeks gaya hidup 0,00 yaitu Kecamatan Bancak, Ungaran Barat, Bayubiru, Tuntang, Klepu, Bawen, dan Bringin.

E. Indeks Pembangunan Gizi Kabupaten Semarang

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata indeks pembangunan gizi (IPG) Kabupaten Semarang sebesar 0,652. Indeks IPG tertinggi dicapai oleh Kecamatan Ambarawa sebesar 0.783, sedangkan indeks IPG terendah dicapai oleh Kecamatan Bancak sebesar 0,461.

Berikut ini gambaran indeks IPG menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang:



Gambar 5.36 Indeks Pembangunan Gizi menurut wilayah Kecamatan di Kabupaten Semarang

Dari gambar tersebut tampak 17 Kecamatan mencapai IPG dalam kategori sedang, dan 2 Kecamatan masuk dalam kategori IPG Kurang, yaitu Kecamatan Bancak dan Bawen.

Selanjutnya berikut ini rekapitulasi indeks setiap dimensi dan indeks pembangunan gizi yang telah dicapai:

Tabel 5.2. Rekapitulasi Indeks setiap dimensi dan Indeks Pembangunan Gizi Kabupaten Semarang

Kecamatan	Indeks Dimensi Status Gizi	Indeks Dimensi Konsumsi Energi dan Zat Gizi	Indek Dimensi Keamanan Pangan	Indeks Dimensi Gaya Hidup	Indeks Pembangu nan Gizi
UngaranTimur	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
UngaranBarat	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 :

Sel berwarna hijau = indeks dalam kategori baik

Sel berwarna kuning = indeks dalam kategori sedang

Sel berwarna merah = indeks dalam kategori kurang

A. 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:

1. Masih ditemukannya prevalensi BBLR yang cukup tinggi, yaitu di Kecamatan Tugu Kota Semarang (1,35%) dan Kecamatan Kaliwungu Kabupaten Semarang (1,94%). Kejadian BBLR ini memberikan gambaran bahwa terdapat masalah gizi kurang pada masa sebelum dan selama kehamilan. Permasalahan tersebut apabila merujuk pada beberapa penelitian 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 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) di Nigeria menunjukkan asosiasi yang kuat antara kejadian BBLR dengan kematian. Selain itu BBLR

memberikan investasi sumber daya manusia yang kurang mampu bersaing kelak dikemudian hari (Barker, 1998).

2. 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 prioritas. 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 skor $< - 3$, 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).

Meskipun masih terdapat balita dengan gizi buruk, upaya pembangunan yang dilaksanakan tampaknya telah berhasil memperbaiki status gizi balita. Hal ini dapat dilihat Persentase balita gizi baik di dua kota tersebut lebih dari 80%. Di Kota Semarang rata-rata Persentase 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.

3. 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% (ACC/SCN, 1997).

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 Temabalang Kota Semarang, serta di Kecamatan Ungaran Timur Kabupaten Semarang, agak kontras bila dibandingkan dengan temuan beberapa penelitian terdahulu. Penelitian 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. Husaini (1989) dalam penelitiannya juga mengungkapkan bahwa 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 (WHO, 1968). Sehingga dalam hal ini diperlu dilakukan evaluasi dan standarisasi pemeriksaan Hb yang dilakukan Puskesmas.

4. 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.

B. Dimensi Konsumsi Energi dan Zat Gizi

Hasil pengkajian indeks dimensi konsumsi energi dan zat gizi menunjukkan rata-rata indeks dimensi ini dari seluruh Kecamatan di Kota Semarang sebesar 0,457, sementara itu di Kabupaten Semarang rata-ratanya 0,473. Pencapaian indeks ini sesuai dengan kriteria termasuk dalam kategori kurang. Hal ini berarti masih banyak hal yang harus dilakukan dan diperbaiki terkait dengan dimensi konsumsi energi dan zat gizi. Berikut ini akan dibahas beberapa catatan penting terkait dimensi tersebut:

1. 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.
2. 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 menggemberikan. 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) (Sommer, 1987).

3. 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) provinsi 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 melahirkan 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:

- a. 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.
 - b. Perlunya konseling gizi di berbagai instansi terhadap sasaran ibu anak
 - c. Perlunya membangun infrastruktur, termasuk sarana pelayanan kesehatan yang terjangkau
 - d. Perlunya dukungan lintas program, bahkan lintas sektor
 - e. Perlunya sweeping dari kader kesehatan dengan sasaran ibu dan anak yang belum mendapat kapsul vitamin A pada bulan pemberian kapsul vitamin A
4. 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. 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 (WHO, 1968; 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.

C. Dimensi Keamanan Pangan

Hasil penelitian yang menunjukkan rata-rata indeks dimensi keamanan pangan di Kota Semarang sebesar 0,729 sedangkan di Kabupaten Semarang sebesar 0,833 menunjukkan pembangunan gizi yang terkait dengan dimensi keamanan termasuk dalam kategori sedang dan baik. Hal ini berarti masih adanya beberapa hal terkait dengan dimensi keamanan pangan yang perlu diperbaiki kondisinya. Berikut ini adalah beberapa catatan penting untuk diulas :

1. Laporan tentang kejadian keracunan makanan yang dikumpulkan oleh Dinas Kesehatan mungkin bukan gambaran besaran 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.
2. 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 diare, yaitu sebesar 28.235 penderita dengan angka kesakitan sebesar 19,89 per 1000 penduduk (Dinkes Kota Semarang, 2007).

3. Cakupan tempat pengelolaan makan (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.

D. Dimensi Gaya Hidup

Indeks dimensi gaya hidup di Kota Semarang sebesar 0,671 berarti upaya pembangunan gizi terkait dimensi gaya hidup termasuk dalam kategori sedang. Sedangkan di Kabupaten Semarang sebesar 0,322 yang termasuk dalam kategori kurang. Berikut ini beberapa catatan penting untuk menjadi perhatian dalam pengembangan program gizi pada masa yang akan datang.

1. Rata-rata Persentase 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).

2. 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, variabel 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.

E. Indeks Pembangunan Gizi (IPG)

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 ditujukan kepada perbaikan dimensi gaya hidup. Khususnya di Kabupaten terdapat 9 Kecamatan yang skor indeksinya masih kurang. Keadaan ini berpotensi memunculkan tidaksaja 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.

A. Kesimpulan

1. Rata-rata indeks pembangunan gizi (IPG) Kota Semarang tahun 2010 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).
2. Rata-rata indeks pembangunan gizi (IPG) Kabupaten Semarang tahun 2010 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).

B. Saran

1. Berdasarkan temuan pengkajian yang menunjukkan rendahnya indeks dimensi konsumsi energi dan zat gizi, khususnya dari ketiadaan data konsumsi kalori dan protein keluarga perkapita perhari serta data skor pola pangan harapan, maka disarankan agar dilakukan kegiatan survey konsumsi. Hal ini akan memberikan arah bagi pengelola program gizi dalam merancang programnya.
2. Berdasarkan temuan pengkajian yang menunjukkan rendahnya indeks dimensi gaya hidup (khususnya di Kabupaten Semarang), maka perlu dilakukan upaya Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) gizi secara lebih intensif. Upaya KIE hendaknya melibatkan peran serta masyarakat melalui penguatan kapasitas kader kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abas Basuni Jahari. 2005. Keluarga Sadar Gizi (kadarzi) dalam menuju gizi baik untuk semua. *Gizi Indon.* 28 (1) p : 1 – 8
- ACC/SCN. 1997. Third Report on the world nutrition situation. P 35. ACC/SCN. Geneva
- Bank Dunia (World Bank). 2006. Repositioning Nutrition as Central to Development A Strategy for Large-Scale Action.
- Basrowi dan Sukidin. 2002. Metode Penelitian Kualitatif Perspektif Mikro. Penerbit Insan Cendekia. Surabaya.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BPPN). 2007. Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2006 – 2010. Jakarta.
- Barker DJP. 1998. Mothers, babies and health in later life. Churchill Livingstone. London
- Badan Bimas Ketahanan Pangan, Deptan. 2005. Situasi Ketahanan Pangan (Pemantapan Ketahanan Pangan Nasional). Jakarta
- 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.
- Budiono, Irwan. 2008. Prevalensi dan determinan kejadian anemia pada ibu hamil. Studi pada keluarga nelayan di Mangkang Semarang.
- Departemen Pertanian. 2006. Statistik Pertanian 2005 (Agriculturel Statistic 2005).
- Departemen Kesehatan. 2005. Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk 2005 – 2009. Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
- Dewan Ketahanan Pangan. 2005. Kebijakan Umum Ketahanan Pangan Nasional.
- Dinkes Kota Semarang. 2007. Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2006. Dinkes Kota Semarang.

- Dinas Pertanian. 2006. Pedoman Umum Pengembangan Konsumsi Pangan. ([Http:// iptek.apiji.or.id/artikel/pangan/DEPTAN](http://iptek.apiji.or.id/artikel/pangan/DEPTAN)).
- Husaini, MA., 1989. *Study nutrition anemia an assesment of information compilation for supporting and formulating national policy and program*. Depkes, Jakarta, 52.
- Lincoln, Y & Guba, E. 1985. *Naturalistic Inquiry*. SAGE, Publications. Inc. California.
- Lindsay H Allen. 2000. Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome1–3. *Am J Clin Nutr* 2000;71(suppl):1280S–4S.
- LIPi. 2004. Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII.
- Mewa Ariani, Hardono, GS. 2005. Perubahan Pola Konsumsi Pangan Rumah Tangga Rawan Pangan. *Gizi Indon*. 28(1)p: 9 – 21.
- Kepmenkes No. 564/Menkes/ SK/VIII/2006. Pengembangan Desa Siaga dan Pos Kesehatan Desa.
- S.A. Rizvi, J Hatcher, R Qureshi. 2007. Maternal risk factors associated with low birth weight in Karachi : a case control study. *Eastern Mediteranian Health Journal*.Vol 13 No. 6. 2007 p: 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.
- Sommer A. 1987. Periodic,large oral doses of vitamin A for prevention of vitamin A deficiency and xerophthalmia : A summary of experiences, ACC/SCN.
- Strauss, Anselm and Corbin, Juliet. 1990. *Basics of Qualitative Research : Grounded Theory Procedures and Techniques*. Sage Publication.
- Sunita Almatsier, 2003, *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. PT Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.

- Toho Cholikh Mutohir dan Ali Maksum. 2007. Sport Development Index (konsep, metodologi dan aplikasi). Kantor Kementerian Pemuda dan Olahraga. Jakarta.
- United Nation Development Programme (UNDP). 2006. Human Development Report 2006. New York: Oxford University Press.
- Undang-undang No 7 Tahun 1996. Undang-undang Pangan.
- Usha Ramakrishnan. 2004. Nutrition and low birth weight: from research to practice. American Journal of Clinical Nutrition, Vol. 79, No. 1, 17-21, January 2004
- WHO-FAO. 2005. Inter-country Workshop for Updating and Implementing Inter-sectoral Food and Nutrition Plans and Policies. Hyderabad, India.
- WHO. 1968. Nutritional Anemia : report of a WHO scientific group. Technical Rep. Series No. 405. WHO. Geneva.
- Yayuk Farida Baliwati, 2004, Pengantar Pangan dan Gizi, Jakarta : Penbar Swadaya.
- Yip R and Dallman PR. 1996. Iron, in: ILLSI, Present Knowledge in Nutrition, 7th Edit, ILSI, Washington

Indeks

A

ahli, 16, 18
air, xii, xiii, 15, 16, 17, 20, 3, 6, 20, 21, 22, 23,
38, 39, 40, 53, 54, 56, 3, 7
Anemia, 5, 12, 31, 59, 60, 61, 1, 5
antropometri, 4, 5
Aplikasi, i, iii
Axial Coding, 10

B

Bali, 13
balita, xi, xii, xiii, 1, 13, 14, 17, 18, 3, 4, 5, 9,
10, 11, 12, 14, 15, 17, 19, 28, 29, 30, 31,
33, 34, 35, 37, 48, 50, 52, 54, 56, 5, 6
Balita, 17, 4, 5, 10, 11, 29, 30, 1, 2, 5, 6
Barker, 48, 59
bayi, xi, xiii, 1, 13, 20, 3, 4, 5, 9, 15, 16, 17, 19,
28, 33, 34, 35, 37, 50, 51, 52, 53, 5, 6
Bayi, 13, 5, 2, 6
BBLR, xi, xii, 1, 13, 3, 4, 9, 10, 14, 28, 29, 33,
47, 53, 1, 5
bersih, xii, xiii, 15, 16, 3, 6, 20, 21, 22, 23, 24,
25, 38, 39, 40, 41, 43, 53, 54, 56, 3, 7
Besi, 17
Bondevik, 49, 59
BPPN, 1, 2, 13, 7, 59
breaking down, 9
Brunai, 1
Budiono, iii, 2, 49, 59, 1

C

Candisari, 11, 12, 24, 28
conceptualizing, 10
Copenhagen, 15
Corbin, 5, 9, 10, 60
core category, 10

D

Data, 7, 9, 20, 54, 68
Depkes, 14, 60, 1
dimensi, vii, x, xi, xii, xiii, xiv, 2, 10, 22, 3, 4, 8,
9, 14, 15, 19, 20, 21, 23, 26, 27, 28, 33, 34,

37, 38, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 50, 53,
54, 55, 56, 57, 68
Dimensi, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 14, 15, 20, 24, 28,
33, 38, 41, 46, 47, 50, 53, 54, 1, 2, 3, 4, 5,
6, 7, 8

E

economic returns, 15
Edukasi, vii, 57
ekonomi, 1, 15, 16, 18, 21
Energi, 13, 5, 13, 15, 28, 32, 33, 46, 50, 2, 4, 5,
6

F

FAO, 2, 61
Fe, xi, xiii, 3, 6, 19, 37, 52, 2, 6
FGD, vii, 7, 8, 3, 8
Filipina, 1
Fortifikasi, 17

G

gizi, v, vii, xi, xii, xiii, xiv, 1, 2, 3, 5, 9, 10, 11,
13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 3, 4, 7, 8,
9, 10, 11, 12, 14, 15, 19, 20, 24, 26, 27, 28,
29, 30, 31, 33, 37, 38, 41, 42, 44, 45, 47,
48, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 5, 8
grounded theory, 9
Guatemala, 17
Guba, 5, 60
Gunungpati, 10, 12, 28

H

Hamil, 17, 5, 12, 13, 31, 32, 5
Husaini, 49, 60

I

ibu, xi, xii, xiii, 13, 14, 20, 3, 5, 6, 9, 12, 13, 14,
15, 18, 19, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37,
47, 48, 49, 51, 52, 55, 59, 5, 6
Indeks, vii, x, xi, xii, xiii, xiv, 13, 22, 8, 14, 15,
19, 20, 23, 26, 27, 28, 33, 37, 38, 40, 41,
43, 44, 45, 46, 54, 56, 62, 68, 1, 2, 3, 4
India, 2, 17, 61

Indonesia, v, 1, 2, 14, 15, 17, 49, 60
infeksi, 14, 18, 20, 21, 51, 54, 56
Infeksi, 20
Instrumen, vii, xv, 2, 3
intervensi, v, 15
investasi, 15, 16, 18, 21, 48
Iodium, 17
IPG, vii, ix, xi, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 22, 3, 4, 8,
9, 16, 19, 26, 27, 28, 34, 37, 44, 45, 47, 56,
57, 68, 4
IPM, 1, 11, 13, 14
Irwan Budiono, iii, 2, 1
Italia, 17

J

jumlah, 13, 14, 20, 3, 4, 5, 6, 20, 23, 38, 40,
68, 5, 6, 7

K

Kadarzi, 7, 55, 3, 8
kapsul, xi, xiii, 3, 5, 6, 15, 16, 17, 18, 19, 33,
34, 35, 36, 37, 50, 51, 52, 2, 6
Kapsul, 5, 6
keamanan, vii, xii, xiii, 2, 21, 22, 3, 20, 23, 38,
40, 41, 53, 56, 57
Kemendikbud, v
keracunan, 3, 6, 20, 21, 23, 38, 39, 40, 53, 7
Konsensus, 15
Konsep, i, iii
Kronik, 13, 32

L

Lincoln, 5, 60
Lindsay H Allen, 53, 60
LIPI, 13, 14, 60

M

Malaysia, 1
measurable, v, 2
Metodologi, i, iii
mikro, 13, 15, 47, 56
Mikro, 17, 59
Muhajir, 10

N

Namibia, 17
Nifas, 6, 2, 6

Nusa Tenggara Barat, 13

O

observable, v, 2
Olalekan A. Uthman, 47
Open coding, 9

P

Pangan, x, 2, 17, 21, 6, 20, 28, 38, 46, 53, 59,
60, 61, 2, 3, 4, 6, 7
Parameter, 3, 4, 56
PDB, 15, 17
Pembangunan, vii, x, xii, xiv, 3, 11, 13, 22, 8,
26, 27, 28, 44, 45, 46, 56, 59, 67, 68, 4
penelitian, v, vii, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 3, 9,
10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 22,
23, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35,
36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 47, 49, 50,
51, 52, 53, 56, 68
Pertanian, 15, 59, 60
Peru, 17
Posyandu, 4
Puskesmas, xi, xiii, 4, 5, 6, 7, 10, 14, 18, 24,
25, 29, 32, 36, 42, 43, 49, 68, 5, 7, 8

R

Ramakrishnan, 47, 61

S

S.A Rizvi, 47
Sampling, 6
SDM, 1, 21
Selective Coding, 10
Semarang, v, vii, x, xi, xii, xiii, xiv, 2, 5, 6, 8,
9, 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18,
19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29,
30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40,
41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51,
52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 1
scientific approach, v, 2
Singapura, 1
skrining, 4
snow ball, 6
Soekirman, 1, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 47, 48,
53, 60
Staruss, 5
studi, 7, 8, 11, 1
Sumatera Barat, 13

Sunita Almatsier, 20, 60
suplementasi, 15, 5, 6, 47, 51, 52, 6
Suplementasi, 17, 51

T

Tablet, 17, 6, 2, 6
Thailand, 1

V

Vitamin, 17, 56

W

WHO, 2, 4, 48, 49, 53, 61, 5
wilayah, v, vii, xi, xii, xiii, xiv, 2, 6, 9, 15, 4, 5,
6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19,

20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31,
32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42,
43, 44, 45, 51, 5, 6, 7, 8

Y

Yayuk Farida Baliwati, 20, 61
yodium, 13, 15

Z

Zaire, 17
zat, vii, xii, xiii, 2, 13, 15, 20, 21, 22, 3, 15, 19,
20, 33, 37, 38, 50, 56, 57
Zat, 17, 5, 15, 28, 33, 46, 50, 2, 4, 6
Zat besi, 17
Zimbabwe, 17

LAMPIRAN-LAMPIRAN

INSTRUMEN PENELITIAN

PENGEMBANGAN MODEL INDEKS PEMBANGUNAN GIZI (Studi Dalam Kerangka Pemetaan Kemajuan Pembangunan Gizi)

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
TAHUN 2010**

INSTRUMEN PENELITIAN

PENGEMBANGAN MODEL INDEKS PEMBANGUNAN GIZI

(Studi Dalam Kerangka Pemetaan Kemajuan Pembangunan Gizi)

=====

Petunjuk Pengisian:

1. Bacalah lampiran panduan instrumen yang berisi definisi dari setiap indikator
2. Data yang akan dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data tahun 2009, dan 2010 (Januari – September 2010)
3. Indikator dari tiap dimensi di bawah ini adalah sebuah variabel yang harus dicari datanya. Oleh karena itu carilah data dari tiap indikator, kemudian isikan datanya pada kolom "Pencapaian"
4. Indikator yang diberi tanda * datanya diambil dari data Puskesmas, sedangkan indikator yang diberi tanda ** datanya diambil dari Bagian Gizi Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota
5. Selanjutnya isilah kolom skor dengan cara mengisikan jumlah skor antara 1 – 5, skor ditentukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan pada kolom "kriteria".
6. Berikutnya jumlahkan masing-masing skor tiap indikator, sehingga diperoleh skor total dari tiap dimensi
7. Hitunglah Indeks dimensi dengan rumus :

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

8. Lakukan rekapitulasi indeks dari tiap dimensi pada tabel yang telah disediakan
9. Hitunglah Indeks Pembangunan Gizi (IPG) dengan cara :

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

LEMBAR IDENTITAS

KECAMATAN:

ALAMAT :
.....

TANGGAL PENGUMPULAN DATA:

.....

NAMA PENGUMPUL DATA:

.....

DATA TAHUN:

I. Dimensi Status Gizi

No	Indikator	Kriteria					Pencapaian	Skor
		Skor 1	Skor 2	Skor 3	Skor 4	Skor 5		
1	Prevalensi BBLR *	> 20%	15 - 20%	10- 15%	5- 10%	<5%		
2	Prevalensi Gizi Buruk Pada Balita **	> 12%	9 - 12%	6 – 9%	3 – 6%	<3%		
3	Prevalensi Gizi Baik Pada Balita **	< 50%	50 - 60%	60 – 70%	70 – 80%	>80%		
4	Prevalensi Bumil Anemia *	> 55%	50 – 55%	45- 50%	40 – 45%	<40%		
5	Prevalensi Bumil KEK *	> 35%	30 - 35%	25 – 30%	20 – 25%	<20%		
Skor Total								
Indeks Dimensi								

II. Dimensi Konsumsi Energi dan Zat Gizi

No	Indikator	Kriteria					Pencapaian	Skor
		Skor 1	Skor 2	Skor 3	Skor 4	Skor 5		
1	Konsumsi energi keluarga perkapita per hari (Kkal) **	< 1700	1700 – 1800	1800 - 1900	1900 - 1999	≥2000		
2	Konsumsi protein keluarga perkapita perhari (gram) **	< 35	35 - 40	40 - 45	45- 50	≥50		
3	Cakupan Bayi mendapat kapsul vitamin A *	< 80%	80 – 85%	85 – 90%	90 – 95%	≥95%		
4	Cakupan Balita mendapat kapsul vitamin A *	< 80%	80 – 85%	85 – 90%	90 – 95%	≥95%		
5	Cakupan Ibu Nifas mendapat kapsul vitamin A *	< 80%	80 – 85%	85 – 90%	90 – 95%	≥95%		
6	Cakupan 90 Tablet Fe untuk Bumil *	< 75%	75 - 80%	80 – 85%	85 – 90%	≥90%		
7	Skor Pola Pangan Harapan (PPH) **	< 75	75 - 80	80 – 85	85 – 90	>90		
Skor Total								
Indeks Dimensi								

III. Dimensi Keamanan Pangan

No	Indikator	Kriteria					Pencapaian	Skor
		Skor 1	Skor 2	Skor 3	Skor 4	Skor 5		
1	Jumlah KLB Keracunan Makanan dalam tahun survei *	> 10 kali	7 – 10 kali	4 – 6 kali	1 – 3 kali	0		
2	Persentase kualitas air bersih yang memenuhi syarat *	< 65%	65 – 70%	70 – 75%	75 – 80%	> 80%		
3	Persentase TPM yang memenuhi syarat yang diperiksa *	< 65%	65 – 70%	70 – 75%	75 – 80%	> 80%		
Skor Total								
Indeks Dimensi								

IV. Dimensi Gaya Hidup Sehat

No	Indikator	Kriteria					Pencapaian	Skor
		Skor 1	Skor 2	Skor 3	Skor 4	Skor 5		
1	Persentase Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) **	< 65%	65 – 70%	70 – 75%	75 – 80%	>80%		
2	Persentase Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yang mencapai strata sehat utama dan paripurna **	< 50%	50 – 55%	55 – 60%	60 – 65%	≥65%		
Skor Total								
Indeks Dimensi								

Rekapitulasi Indeks tiap Dimensi

No	Dimensi	Indeks Dimensi	¼ Indeks Dimensi
1	Status Gizi		
2	Konsumsi Energi dan Zat Gizi		
3	Keamanan Pangan		
4	Gaya Hidup Sehat		
Indeks Pembangunan Gizi (IPG)			

Kategori Penilaian Indeks Pembangunan Gizi (IPG)

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

Lampiran Definisi Dari Setiap Indikator Dimensi

I. Dimensi Status Gizi

No	Indikator	Definisi
1	Prevalensi BBLR	<ul style="list-style-type: none"> - BBLR adalah kelahiran bayi dengan berat badan < 2500 gr pada satu wilayah pada kurun waktu 1 (satu) tahun. - Prevalensi BBLR adalah jumlah Jumlah kelahiran bayi BBLR (BB < 2500 gram) di satu wilayah pada kurun waktu 1 tahun DIBAGI JUMLAH BAYI LAHIR HIDUP
2	Prevalensi Gizi Buruk Pada Balita	Prevalensi Balita gizi buruk adalah Persentase balita dengan status gizi buruk di satu wilayah pada kurun waktu 1 tahun
3	Prevalensi Gizi Baik Pada Balita	<ul style="list-style-type: none"> - Prevalensi Balita gizi baik adalah Persentase Balita dengan status gizi baik di satu wilayah pada kurun waktu 1 tahun - Balita Gizi baik adalah : Balita (0 – 59 bulan) apabila hasil penimbangan berat badan dibandingkan dengan umur berada pada -2 SD sampai dengan + 2 SD pada baku antropometri WHO 2005.
4	Prevalensi Bumil Anemia	<ul style="list-style-type: none"> - Ibu hamil anemia adalah ibu hami yang memiliki kadar darah HB < 11 gr% - Prevalensi ibu hamil anemia adalah Persentase ibu hamil yang menderita anemia di wilayah tertentu pada kurun waktu tertentu (1 tahun)
5	Prevalensi Bumil KEK	<ul style="list-style-type: none"> - Ibu Hamil Kurang Energi Kalori (KEK) adalah ibu hamil dengan ukuran lingkaran lengan atas < 23,5 cm - Prevalensi I bu Hamil KEK adalah Persentase ibu hamil yang tercatat di Puskesmas dengan kondisi Kurang Energi Kalori (KEK) sesuai standard LLA di satu wilayah tertentu dalam kurun waktu 1 tahun

II. Dimensi Konsumsi Energi dan Zat Gizi

No	Indikator	Definisi
1	Konsumsi energi keluarga perkapita per hari (Kkal)	Adalah rata-rata konsumsi energi dari seluruh anggota keluarga per hari dibagi jumlah anggota keluarga
2	Konsumsi protein keluarga perkapita perhari (gram)	Adalah rata-rata konsumsi protein dari seluruh anggota keluarga per hari dibagi jumlah anggota keluarga
3	Cakupan Bayi mendapat kapsul vitamin A	<ul style="list-style-type: none"> - Kapsul vitamin A untuk bayi adalah bentuk suplementasi vitamin A dosis tinggi yang diberikan dua kali dalam setahun, yaitu bulan Februari dan Agustus. Bayi yang diberi berusia 6 – 11 bulan. - Cakupan Bayi mendapat kapsul vitamin A adalah Persentase bayi yang mendapat suplementasi vitamin A di satu wilayah dalam satu tahun
4	Cakupan Balita mendapat kapsul vitamin A	<ul style="list-style-type: none"> - Kapsul vitamin A untuk balita adalah bentuk suplementasi vitamin A dosis tinggi yang diberikan dua kali dalam setahun, yaitu bulan Februari dan Agustus. Balita yang diberi berusia 12 – 59 bulan. - Cakupan Balita mendapat kapsul vitamin A adalah Persentase balita yang mendapat suplementasi vitamin A di satu wilayah dalam satu tahun
5	Cakupan Ibu Nifas mendapat kapsul vitamin A	<ul style="list-style-type: none"> - Kapsul vitamin A untuk ibu nifas adalah bentuk suplementasi vitamin A dosis tinggi yang diberikan setelah melahirkan sebanyak 2 kapsul. - Cakupan Ibu nifas mendapat kapsul vitamin A adalah ibu nifas yang mendapat suplementasi vitamin A di satu wilayah dalam satu tahun
6	Cakupan 90 Tablet Fe untuk Bumil	<ul style="list-style-type: none"> - Tablet Fe adalah preparat Fe yang ditujukan untuk menurunkan angka kejadian anemia. - Cakupan 90 tablet Fe untuk bumil adalah Persentase ibu hamil yang mendapatkan 90 tablet Fe di suatu wilayah dalam satu tahun
7	Skor Pola Pangan Harapan (PPH)	<ul style="list-style-type: none"> - Pola Pangan Harapan adalah suatu pola konsumsi yang beragam dengan memperhatikan kontribusi kalori dari sembilan kelompok bahan pangan - Skor PPH diambil dari data survei konsumsi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan

III. Dimensi Keamanan Pangan

No	Indikator	Definisi
1	Jumlah Kasus Keracunan Makanan dalam tahun survei	Adalah banyaknya kasus keracunan makanan yang terjadi di wilayah kerja Puskesmas tertentu selama satu tahun
2	Persentase kualitas air bersih yang memenuhi syarat	<ul style="list-style-type: none">- Kualitas air bersih yang memenuhi syarat adalah : air yang secara fisik, kimia dan bakteriologis memenuhi syarat sesuai permenkes No. 416 / 1990- Persentase kualitas air bersih yang memenuhi syarat adalah : Jumlah sampel air bersih yang memenuhi syarat dibanding jumlah sampel air bersih yang diperiksa di satu wilayah pada kurun waktu satu tahun dikalikan seratus persen.
3	Persentase TPM yang memenuhi syarat yang diperiksa	<ul style="list-style-type: none">- Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) adalah : tempat / sarana / bangunan yang digunakan untuk mengelola makanan yang meliputi rumah makan, industri mamin, jasaboga, makanan jajanan dll.- Persentase T PM yang memenuhi syarat adalah Jumlah T PM yang memenuhi syarat dibanding jumlah T PM yang diperiksa di satu wilayah pada kurun waktu satu tahun dikalikan seratus persen.

IV. Dimensi Gaya Hidup Sehat

No	Indikator	Definisi
1	Persentase Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)	<p>Keluarga dasar gizi adalah: keluarga yang sudah melaksanakan 5 indikator kadarzi yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none">1. pemantauan pertumbuhan2. makan aneka ragam makanan3. ASI eksklusif4. mengkonsumsi garam beryodium5. mengkonsumsi suplemen gizi <p>Persentase keluarga sadar gizi adalah : Persentase keluarga sadar gizi di satu wilayah kerja pada kurun waktu 1 tahun</p>
2	Persentase Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yang mencapai strata sehat utama dan paripurna	<p>Adalah Persentase Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yang mencapai strata sehat utama dan paripurna di suatu wilayah Puskesmas dalam satu tahun</p>

Tentang Penulis



Irwan Budiono, S.KM, M.Kes(Epid), dilahirkan pada 17 Desember 1975. Pada tahun 1996 menyelesaikan studi pada Akademi Gizi Depkes RI Semarang. Pada tahun 1999 berhasil memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM) peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro. Pada tahun 2007 berhasil menyelesaikan studi pada Program Magister Epidemiologi Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro.

Penulis pernah menjadi staf pengajar di Akademi Gizi Depkes RI Semarang, Akademi Gizi Universitas Muhammadiyah Surakarta, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ngudi Waluyo Ungaran, dan terakhir mengabdikan sebagai dosen di Departemen Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.



Irwan Budiono, S.KM, M.Kes(Epid), dilahirkan pada 17 Desember 1975. Pada tahun 1996 menyelesaikan studi pada Akademi Gizi Depkes RI Semarang. Pada tahun 1999 berhasil memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM) peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro. Pada tahun 2007 berhasil menyelesaikan studi pada Program Magister Epidemiologi Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro.

Penulis pernah menjadi pengajar di Akademi Gizi Depkes RI Semarang, Akademi Gizi Universitas Muhammadiyah Surakarta, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ngudi Waluyo Ungaran, dan terakhir mengabdikan sebagai dosen di Departemen Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

FASTINDO
PENERBIT

PENERBIT FASTINDO

Jl. Prof. Sudarto, LPPU II No. 12 A
Tembalang, Semarang
Telp. (024) 764 805 99

ISBN 978-602-71345-8-4



9 786027 134584