

Bab 1

KERANGKA PEMIKIRAN PROYEK PENGEMBANGAN SISTEM KEWASPADAAN PANGAN DAN GIZI DI INDONESIA

Daftar penulis naskah untuk Bab 1

1. Darwin Karyadi
2. Ignatius Tarwotjo
3. Djumadias Abunain
4. J-P. Habicht
5. R.M. Brooks
6. David O. Dapice

Gagasan Pengembangan SKPG^{*/}

Perkembangan di Tingkat Internasional

Pencetusan *Nutritional Surveillance* berasal dari perhatian dunia untuk mencegah kelaparan yang meluas yang terjadi di antara tahun 1960-1970-an berulang kembali (seperti di Sahel sejak tahun 1968 dan tahun-tahun berikutnya, di Ethiopia pada tahun 1972 sampai 1976, dan di Bangladesh pada tahun 1974). Perhatian ini bertepatan dengan keberhasilan kampanye pemberantasan penyakit cacar. Inilah pertama kali dalam sejarah umat manusia suatu penyakit dapat diberantas. Sebagian besar dari keberhasilan ini ditunjang oleh adanya *sistem surveillance cacar* yang menuntun usaha pemberantasan cacar. Terhadap hal itu dibuat analogi untuk pencegahan kelaparan. Dan istilah *nutrition surveillance* menjadi resmi di dalam Konferensi Pangan Sedunia di Roma tahun 1974, yang dalam Resolusi V.13 merekomendasikan sebagai berikut :

".....recommends that a global nutritional surveillance system be established by FAO, WHO and UNICEF to monitor the food and nutrition conditions of the disadvantaged groups of the population at risk, and to provide a method of rapid and permanent assessment of all factors which influence food consumption patterns and nutritional status".

Atas dasar resolusi tersebut diadakan pertemuan Panitia Ahli FAO/WHO/UNICEF pada tahun 1975 untuk merumuskan suatu metodologi *surveillance gizi*. Hasilnya berupa *WHO Technical Report Series 593^{@/}* yang diterbitkan dalam tahun 1976. Laporan tersebut memuat butir penting

^{*/} Istilah Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG) adalah alih bahasa dari *Nutrition Surveillance System*.

^{@/} *World Health Organization*. 1976. *Methodology of Nutritional Surveillance Report of a Joint FAO/UNICEF/WHO Expert Committee*. WHO Technical Report Series No.593. Geneva.

bahwa *surveillance gizi* harus merupakan suatu proses berkesinambungan yang memberikan dasar untuk pengambilan keputusan oleh para penanggung jawab dalam kebijakan, perencanaan, dan pengelolaan program-program yang berkaitan dengan pola konsumsi pangan dan status gizi. Di manapun tidak akan dapat dipenuhi persyaratan-persyaratan yang diperinci di dalam laporan tersebut. Jelas pula di dalam laporan itu bahwa rekomendasi-rekomendasi lebih banyak didasarkan pada asumsi-asumsi dan analogi daripada pengalaman sesungguhnya.

Pertemuan dan laporan Panitia Ahli tersebut telah menumbuhkan minat yang luas, baik terhadap isi maupun istilah *surveillance gizi*. Dalam jangka waktu tahun 1976 - 1980 kemajuan-kemajuan dalam bidang ini ditinjau secara periodik dan teori dikembangkan lebih lanjut melalui pertemuan-pertemuan yang diprakarsai oleh WHO. Pada tahun 1976 Dr. Jose Aranda Pastor, seorang pejabat kesehatan WHO, membentuk pusat informasi tak resmi mengenai *surveillance gizi*. Semula pusat informasi ini ada di Institut of Nutrition of Central America di Panama dan sekarang ada di kantor Pusat WHO. Informasi dipublikasikan secara teratur dalam *Archivos Latinoamericanos de Nutrition*. Suatu tinjauan tentang informasi ini menunjukkan di satu pihak ada suatu gerakan antara tahun 1975 dan 1980 dengan nama *surveillance gizi* yang semata-mata ke arah pembakuan dan pengumpulan data yang tidak dikaitkan dengan sesuatu keputusan seperti dirumuskan dalam pertemuan Panitia Ahli tahun 1975. Di lain pihak kata *surveillance gizi* digunakan dalam kegiatan penapisan (*screening*) untuk mengidentifikasi keluarga atau anak-anak yang memerlukan pendidikan dan rehabilitasi gizi. Hal terakhir ini sangat jauh berbeda dengan pengertian *surveillance*; penapisan perorangan perlu dikaitkan dengan intervensi yang efektif.

Walaupun demikian ada beberapa kegiatan di antara tahun 1975 dan 1980 yang mengikuti jiwa rekomendasi panitia ahli tersebut di atas yaitu mengumpulkan data yang digunakan untuk pengambilan keputusan dalam perencanaan dan kebijakan program.

Antara tahun 1980 dan 1982 cukup banyak pengalaman dari berbagai penjuru dunia yang dapat dipetik dan dapat disarikan sebagai berikut :

- (a) *Surveillance gizi* semestinya secara logik menjadi bagian dari upaya kebijakan dan perencanaan gizi yang dilukiskan antara lain dalam tulisan Berg, Schrimshaw, dan Call (1971). Di manapun upaya yang demikian tidak pernah merupakan suatu usaha terpadu. Kebijakan pangan, perencanaan program dan pengelolaan program berlangsung relatif secara tidak terkoordinasi bahkan sering saling bertentangan. Jadi, saat ini dapat dikatakan belum ada kegiatan *surveillance gizi* yang didasarkan atas suatu sistem kebijakan dan perencanaan program gizi nasional.
- (b) Semua orang yang terlibat dalam perumusan kebijakan gizi, perencanaan dan pengelolaan program masih merasa memerlukan informasi yang lebih lengkap. Tampaknya ada empat kegiatan yang jelas diketahui memerlukan informasi. Sedikit sekali terdapat tumpang tindih antara kegiatan-kegiatan ini, baik macam keputusan yang diambil maupun struktur organisasinya. Keempat kegiatan ini adalah :
- 1) Penanganan kekurangan gizi sedang dan berat dan pencegahan melalui penapisan dan intervensi pada tingkat perorangan dan keluarga,
 - 2) pengelolaan program-program gizi khusus dan yang berkaitan dengan gizi dalam suatu departemen (biasanya kesehatan dan kadang-kadang pertanian),
 - 3) pengelolaan program pencegahan kelaparan dan bantuan yang khas dilakukan dengan menggunakan sumber daya dari berbagai departemen,
 - 4) kebijakan dan perencanaan program gizi yang dapat dilakukan pada semua tingkat pemerintahan (kecamatan, kabupaten propinsi, dan nasional) tetapi tidak berada di bawah kewenangan hanya satu departemen.
- (c) Melalui kelompok-kelompok ahli internasional (FAO, WHO, UNICEF) dan nasional (misalnya *National Academy of Science Amerika Serikat*) dicapai suatu konsensus bahwa tiga dari empat

kegiatan di atas mempunyai ciri-ciri dan prinsip-prinsip yang serupa, sehingga ketiga-tiganya dapat disebut sebagai *surveillance gizi* dalam dokumen resmi. Sistem penapisan, rujukan dan pengobatan secara tersendiri tidak dimasukkan dalam kelompok ini walaupun data yang dikumpulkan oleh sistem tersebut dapat digunakan untuk *surveillance gizi* guna memenuhi kebutuhan kegiatan yang lain. Alasan untuk tidak memasukkannya ialah penanganan gizi-kurang secara klinik dan berobat jalan memerlukan penuntun dan sistem data penderita yang dapat dan harus merupakan bagian dari sistem pelayanan kesehatan primer. Oleh karena itu kegiatan-kegiatan ini tak mungkin dipisahkan dari rancangan dan pengelolaan pelayanan kesehatan primer.

- (d) Tampak ada kelayakan untuk merancang arus pengumpulan informasi, analisis, dan penyajiannya yang dapat digunakan untuk pengambilan keputusan di masing-masing dari ketiga kegiatan tersebut guna merancang suatu program atau sistem terpadu. Namun di mana-mana belum ditemukan suatu sistem yang betul-betul saling menghubungkan program gizi (termasuk program pencegahan kelaparan) yang satu dengan yang lain atau dengan kebijakan dan perencanaan gizi. Oleh karena itu ini merupakan suatu tantangan.

Gagasan Pengembangan SKPG di Indonesia

Laporan Panitia Ahli FAO/WHO/UNICEF tersebut di atas telah membangkitkan pula minat kalangan gizi di Indonesia terhadap *Surveillance Gizi*.

Selama Pelita I dan II program peningkatan pangan dan gizi telah berkembang dengan pesat, baik dalam hal kegiatan maupun dalam luas cakupan wilayah. Pemerintah semakin menyadari bahwa perkembangan kegiatan di berbagai bidang semenjak dimulai pembangunan nasional memerlukan pula peningkatan dalam pengelolaannya. Demikian pula halnya dalam bidang pangan dan gizi.

Disadari pada waktu itu bahwa dalam tahun-tahun pertama Pelita I kegiatan perencanaan gizi dilandasi oleh informasi yang sangat terbatas, berasal dari hasil-hasil penelitian kecil-kecilan di berbagai daerah, sehingga sering menggambarkan keadaan yang kurang tepat bagi seluruh wilayah Indonesia. Sekalipun dalam tahun-tahun selanjutnya ada perbaikan dalam jumlah dan mutu informasi yang diperlukan bagi kegiatan-kegiatan perencanaan dan pengelolaan program, namun masih sangat dirasakan kekurangan-kekurangan dalam informasi yang tepat dan terpercaya guna menetapkan keputusan-keputusan yang lebih efektif dan terarah. Hal ini merangsang minat kalangan gizi di Indonesia untuk mulai melakukan kegiatan-kegiatan ke arah pengembangan suatu sistem yang sesuai dengan kebutuhan dan situasi di Indonesia, yang kemudian disebut Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi disingkat SKPG. Hasrat ini diperkuat setelah beberapa negara di Asia sepakat untuk mengembangkan SKPG di negara masing-masing dalam suatu pertemuan yang diselenggarakan di Manila, Filipina dalam tahun 1977.

Sejalan dengan pemikiran-pemikiran ini dan didorong oleh masalah yang dihadapi terutama masalah rawan pangan di berbagai daerah, pemerintah menganggap SKPG penting dan sudah waktunya untuk dikembangkan guna menunjang usaha pembangunan yang semakin meningkat.

Hal ini dicantumkan dalam buku Repelita III tahun 1979 - 1984 :

".....dikembangkannya sistem kewaspadaan pangan dan gizi. Kegiatan ini bertujuan mencegah timbulnya keadaan gizi buruk pada penduduk, terutama di daerah rawan pangan. Kemungkinan timbulnya keadaan ini sangat besar dalam keadaan darurat seperti bencana kekeringan, hama, banjir dan sebagainya. Kegiatan ini merupakan pemantapan sistem penyediaan keterangan mengenai iklim, produksi pangan, harga pangan, persediaan pangan setempat, wabah penyakit tertentu dan sebagainya. Bahan keterangan ini digunakan untuk mengambil tindakan bantuan pangan yang cepat dan tepat....."

Berdasarkan pernyataan pemerintah dalam Repelita III tersebut Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi (Puslitbang Gizi), Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Dep. Kes. R.I. mulai dengan pemikiran-pemikiran ke arah realisasi rencana tersebut. Disusunlah suatu rencana usulan proyek melalui diskusi-diskusi dengan berbagai kalang-

an. Pada saat itu pengalaman yang ada di negara lain mengenai SKPG sangat terbatas. Dengan demikian disimpulkan bahwa pengembangan SKPG di Indonesia memerlukan pengetahuan-pengetahuan tentang situasi yang ada di Indonesia. Digariskan bahwa pengembangan SKPG pada tahap awal merupakan kegiatan penelitian dan pengembangan. Sesudah itu pada tahap selanjutnya baru diperluas ke daerah-daerah baru.

Masalah Gizi di Indonesia dan Informasi yang Dibutuhkan untuk Pengelolaan Program Gizi

Masalah gizi utama yang dihadapi ialah KKP (Kurang Kalori Protein), defisiensi Vitamin A, anemia gizi, dan gondok endemik. Dari sudut penyebab dan sasaran masalah gizi utama ini dapat dibagi menjadi dua kelompok :

A. Kurang Kalori Protein (KKP), yaitu kekurangan zat gizi makro. Menurut sasaran dan sifat masalah KKP dapat dibagi atas :

1. KKP Menahun (Kronis).

Masalah gizi ini menyangkut penduduk pada umumnya, disebabkan oleh konsumsi makanan yang berada pada batas marginal (terendah), dan berkaitan erat dengan masalah kemiskinan.

2. KKP Akut.

Di daerah-daerah yang keadaan ekologiannya tidak menguntungkan (daerah rawan) terutama bila disertai oleh penduduk yang padat, KKP menahun dapat berubah menjadi keadaan yang akut oleh sesuatu kejadian luar biasa seperti kemarau panjang, kegagalan panen, banjir dan bencana alam yang lain. Kejadian tersebut mengakibatkan tingkat konsumsi makanan menurun dan dapat mengarah kepada situasi kelaparan diikuti oleh keadaan gizi penduduk yang memburuk.

3. KKP menahun pada golongan tertentu yaitu golongan yang secara fisiologik disebut golongan rentan (anak Balita, ibu hamil dan menyusui).

Adakalanya KKP menahun pada golongan rawan ini dapat berubah menjadi akut, jika disertai penyakit-penyakit. Terutama penyakit infeksi.

B. Kekurangan zat gizi mikro.

Masalah kekurangan zat gizi mikro yang dimaksud ialah penyakit kekurangan vitamin A, anemi gizi terutama kekurangan zat besi dan gondok endemik karena kekurangan yodium. Masalah gizi ini tidak selalu berkaitan dengan jumlah konsumsi makanan tetapi lebih banyak dengan macam dan mutu makanan serta kandungan zat gizinya.

Penanggulangan KKP

1. Penanggulangan KKP pada golongan penduduk umumnya.

Dalam menghadapi masalah gizi ini pemerintah telah melakukan usaha penanggulangan baik jangka pendek maupun jangka panjang yang melibatkan berbagai sektor. Usaha penanggulangan jangka pendek misalnya padat karya, distribusi pangan, bantuan pangan. Usaha penanggulangan jangka panjang ditujukan terutama untuk meningkatkan kesempatan kerja, meningkatkan sarana produksi pertanian (irigasi, kredit Bimas/Inmas), transmigrasi, dan pembangunan sarana kesehatan. Di samping usaha-usaha di atas dewasa ini dikembangkan pula usaha yang tujuannya untuk mencegah secara lebih dini akibat-akibat krisis pangan yang dapat berlanjut pada KKP akut.

Agar usaha-usaha penanggulangan di atas dapat berjalan efektif diperlukan pengertian tentang:

- a. Waktu yang tepat untuk melakukan tindakan misalnya operasi pasar, pelaksanaan padat karya, dan bantuan bahan pangan,
- b. daerah yang perlu mendapatkan prioritas usaha penanggulangan sesuai dengan sumber daya yang ada,
- c. masalah pokok apa yang perlu ditangani di suatu daerah dalam rangka usaha penanggulangan jangka panjang.

Untuk ini diperlukan informasi yang menunjang seperti:

- a. Informasi pemetaan daerah rawan. Ini berkaitan dengan pemilihan prioritas daerah penanggulangan,
 - b. perubahan situasi dikaitkan dengan kemungkinan timbulnya masalah krisis pangan (peramalan). Ini menyangkut informasi untuk kebijakan penanggulangan masalah seperti pelaksanaan padat karya, operasi pasar, dan bantuan bahan pangan,
 - c. informasi tentang masalah yang dihadapi di daerah dan penyebab-penyebabnya. Ini terutama berkaitan dengan kebijakan penanggulangan jangka panjang,
 - d. di samping itu juga diperlukan informasi untuk evaluasi dampak usaha penanggulangan. Ini akan sangat berguna untuk tinjauan kebijakan yang telah diambil dan perencanaan pengelolaan penanggulangan masalah.
2. Penanggulangan masalah KKP pada golongan rentan (anak pra sekolah, ibu hamil, ibu menyusui).

Dalam pokok-pokok program gizi yang tercantum dalam Bab 20 Repelita III salah satu usaha untuk meningkatkan keadaan gizi masyarakat adalah meningkatkan pencegahan dan penanggulangan KKP terutama untuk anak pra sekolah, ibu hamil, dan ibu menyusui. Untuk ini telah dilakukan dan disebarluaskan program UPGK (Usaha Perbaikan Gizi Keluarga) baik yang berupa paket dasar (penimbangan anak, pendidikan gizi dan produksi pangan keluarga, paket pertolongan gizi, pelayanan imunisasi) maupun yang berupa paket lengkap (paket dasar ditambah pemberian makanan tambahan kepada anak-anak yang kekurangan gizi, dan usaha intensif untuk meningkatkan produksi pangan keluarga).

Dalam Repelita III direncanakan sebanyak 34 ribu desa dicakup oleh program UPGK. Paket program UPGK lengkap diprioritaskan untuk daerah-daerah rawan gizi yang perlu mendapatkan penanganan secara intensif dan selebihnya ditangani dengan program UPGK paket dasar.

Program UPGK di atas jelas memerlukan informasi yang dapat dijadikan bahan untuk penentuan daerah prioritas program UPGK

lengkap atau daerah yang dapat ditangani melalui UPGK paket dasar. Misalnya, data tentang status gizi, data yang berkaitan dengan status kesehatan masyarakat (angka kesakitan, angka kematian) akan diperlukan untuk evaluasi dampak program gizi dan lebih lanjut akan berguna untuk perumusan kembali kebijakan-kebijakan penanggulangan masalah gizi tersebut.

Penanggulangan Masalah Kekurangan Zat Gizi Mikro

Dalam Repelita III kebijakan penanganan masalah kekurangan zat gizi mikro diarahkan sebagai berikut :

Penanggulangan Masalah Kekurangan Vitamin A.

Kegiatan penanggulangan kekurangan vitamin A ditujukan terutama untuk menyelamatkan anak pra sekolah (0-6 tahun) yang terancam kebutuhan dan melindungi sedapat mungkin lebih dari separuh kelompok anak pra sekolah tersebut dari kekurangan vitamin A.

Program utama rencana pemerintah dalam Repelita III untuk pemberantasan kekurangan vitamin A ialah membagi-bagikan kapsul vitamin A dosis tinggi di propinsi yang diidentifikasi sebagai daerah yang rawan. Konsumsi makanan yang kaya dengan vitamin A ditingkatkan melalui pendidikan gizi yang intensif dan pemanfaatan pekarangan rumah tangga dan desa.

Kira-kira 13.5 juta anak berusia antara satu dan empat tahun tinggal di propinsi-propinsi yang menghadapi bahaya besar kekurangan vitamin A. Dengan jangkauan 80 persen, 10 juta anak diharapkan akan menerima kapsul vitamin A pada akhir Pelita III melalui program UPGK dan saluran-saluran distribusi khusus.

Kapsul-kapsul vitamin A dibagi-bagikan di daerah-daerah rawan di Jawa dan Bali oleh petugas-petugas lapangan melalui UPGK dan sebagai proyek-proyek khusus di daerah-daerah yang tidak melaksanakan UPGK. Di daerah-daerah UPGK di luar Jawa dan Bali, tugas ini ditangani oleh kader-kader gizi masyarakat yang melaksanakan UPGK. Di daerah-daerah lain tim-tim khusus dibentuk untuk tujuan ini.

Penanggulangan Anemi Gizi Besi

Penanggulangan utama anemi dengan pemberian tablet zat besi dicakup dalam kegiatan-kegiatan UPGK. Tablet zat besi disertai folat untuk wanita-wanita hamil termasuk dalam paket pertolongan gizi. Begitu pula pendidikan gizi termasuk dalam kegiatan-kegiatan ini.

Karena anemi tersebar sangat luas di kalangan penduduk di seluruh Indonesia, sulit untuk menanggulangi masalah ini melalui distribusi tablet. Dilakukan berbagai usaha dalam masa Repelita III guna meneliti kemungkinan fortifikasi garam dengan zat besi untuk mencapai jangkauan yang lebih luas.

Percobaan di lapangan untuk meneliti dayaguna tablet zat besi yang lamban-urai (*slow release*) untuk pemberantasan anemi dilakukan terhadap wanita hamil. Penelitian tersebut bertujuan pula untuk menemukan tablet yang kurang berakibat sampingan sehingga lebih dapat diterima dibandingkan dengan tablet yang digunakan dewasa ini.

Penanggulangan Gondok Endemik

Direncanakan pada akhir Pelita III semua garam konsumsi sudah diyodisasi dan menjangkau daerah-daerah endemik. Untuk mencapai ini dilakukan yodisasi garam, baik garam yang dibuat dan diimpor oleh PN Garam, garam yang dikeluarkan dari stok nasional, maupun garam rakyat yang dibuat di Jawa - Madura, Sulawesi dan Aceh.

Departemen kesehatan melaksanakan penyuntikan larutan yodium meliputi enam juta orang di daerah endemik sampai akhir Pelita III. Di harapkan daerah endemik di Bali, Sulawesi Tengah dan Selatan, dan Irian Jaya dapat tercakup. Juga termasuk sasaran yang sudah mendapat suntikan dalam kegiatan yang lalu tetapi perlu untuk mendapat suntikan ulang.

Penelitian prevalensi gondok dan penyebarannya dilakukan oleh Departemen Kesehatan dengan bantuan UNICEF dalam tiga tahun pertama Repelita III. Penelitian itu dilaksanakan di tiap propinsi.

Keperluan Informasi

Untuk penanggulangan ketiga masalah kekurangan gizi mikro di atas diperlukan informasi untuk digunakan dalam penetapan prioritas lokasi sasaran program. Misalnya dari 13.5 juta anak yang menderita kekurangan vitamin A diperlukan informasi tentang lokasi penderita sehingga 80 persen dapat ditangani. Demikian pula halnya dengan penanggulangan masalah anemi gizi besi dan gondok endemik. Informasi tentang prevalensi penyakit kekurangan gizi tersebut di atas diperlukan baik untuk perencanaan kebijakan maupun untuk evaluasi dampak dan efektifitas program.

Dari pembicaraan di atas jelas bahwa kegiatan penanggulangan kedua kelompok masalah gizi memerlukan informasi untuk digunakan sebagai pedoman dalam perencanaan kebijakan program atau proyek, untuk pengelolaan program, dan evaluasi dampak gizi. Apabila sistem penyediaan informasi ini berjalan dengan baik maka akan terdapat jembatan antara informasi dan pemanfaatannya untuk tujuan-tujuan tersebut di atas.

Dari hal-hal di atas dapatlah dimengerti bahwa Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi yang dewasa ini sedang dikembangkan akan berperan dalam proses penyediaan informasi bagi kepentingan perencanaan kebijakan pangan dan gizi, dan pengelolaan program gizi yang meliputi perencanaan, monitor status gizi masyarakat dan evaluasi dampak program penanggulangan masalah gizi utama di Indonesia.

Prinsip-prinsip Pengembangan SKPG di Indonesia

Seperti diuraikan terdahulu, laporan panitia FAO/WHO/UNICEF 1976 sangat bermanfaat sebagai landasan bagi pemikiran mengarahkan pengembangan SKPG di Indonesia. Penelusuran laporan tersebut memberikan gambaran bahwa ruang lingkup tujuan-tujuan SKPG sangat luas. Begitu pula metodologi yang disarankan dalam laporan tersebut merupakan sesuatu yang sangat rumit yang hanya mungkin dicapai dalam jangka waktu yang sangat panjang.

Berdasarkan hal itu dari semula telah ditetapkan prinsip-prinsip yang digunakan selanjutnya sebagai penuntun dalam upaya pengembangan SKPG di Indonesia, yaitu :

- a. SKPG dikembangkan secara bertahap dengan memperhatikan tujuan-tujuan SKPG yang hendak dicapai lebih dahulu. Karena masalah gizi yang dihadapi terdiri dari berbagai ragam, ditetapkan bahwa pengembangan SKPG dipusatkan pada salah satu masalah gizi yang penting dan diprioritaskan. Kemudian dikembangkan ke arah pemecahan masalah-masalah gizi yang lain untuk memenuhi cakupan tujuan-tujuan itu. Dalam pengembangan tahap demi tahap pertimbangan-pertimbangan mengenai sumberdaya manusia, terutama yang menyangkut kemampuan teknis di berbagai tingkat, merupakan segi yang perlu diperhatikan.
- b. Sedapat mungkin di dalam pengembangan SKPG dimanfaatkan apa yang sudah ada, baik data maupun organisasi. Hal ini dimaksudkan agar biaya sistem yang dikembangkan serendah mungkin dan tidak membentuk suatu sistem yang sama sekali baru. Berbagai data telah dikumpulkan secara rutin di berbagai instansi dengan sistem informasi yang sudah berjalan. Ini akan memudahkan dan menyederhanakan pengembangan SKPG. Data yang kemudian digunakan dalam SKPG adalah data yang berasal dari berbagai instansi. Begitu pula dalam penanganan masalah pangan dan gizi tersangkut berbagai departemen dan instansi. Oleh karena itu pengembangan SKPG bersifat lintas sektor. Organisasi SKPG dengan demikian tidak dapat terlepas dari wadah koordinasi yang ada yang menangani pangan dan gizi di berbagai tingkat pemerintahan.

Langkah-langkah dan Proses Pengembangan SKPG

Seperti dikemukakan terdahulu, upaya pengembangan SKPG dimulai dengan penelitian dan pengembangan dengan tujuan untuk menemukan suatu sistem yang dapat berjalan di suatu daerah. Selanjutnya dipertahankan kelestariannya dan dikembangkan oleh daerah sendiri.

Pendekatan dan Tahap Pengembangannya

Pendekatan yang digunakan untuk tujuan tersebut di atas dimulai dengan menyusun suatu rencana-usulan-proyek-pengembangan SKPG di Indonesia. Usulan proyek ini kemudian disempurnakan dengan bantuan seorang konsultan (Prof. M.C. Latham dari Universitas Cornell, Amerika Serikat). Kemudian diajukan kepada Pemerintah Indonesia melalui Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan untuk diproses pembiayaan dan pelaksanaannya.

USAID (*United States Agency for International Development*) menaruh minat terhadap usulan tersebut dan dengan bantuan USAID dalam bentuk *Loan No. 497 - T - 040*, proyek pengembangan Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi mulai dilaksanakan dalam tahun 1979. Dalam pelaksanaan proyek penelitian dan pengembangan SKPG ini bantuan teknis diperoleh melalui kerjasama dengan *Division of Nutrition Sciences Cornell University, Amerika Serikat*.

Pengembangan SKPG didekati melalui tiga fase, yaitu :

Fase 1. Pembentukan rancangan model SKPG melalui suatu penelitian pendahuluan.

Langkah pertama dalam fase ini ialah membentuk tim peneliti di Puslitbang Gizi, Bogor yang anggotanya terdiri dari unsur-unsur Puslitbang Gizi dan Universitas Cornell. Universitas Cornell menempatkan seorang wakilnya di Indonesia secara penuh selama penelitian dan pengembangan (1979-1983). Di samping itu dibentuk pula Panitia Pembina yang anggotanya terdiri dari wakil-wakil berbagai instansi/departemen tingkat Pusat yang diketuai oleh Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Panitia Pembina ini selain berfungsi memberikan masukan-masukan bagi tim peneliti, juga memberikan bantuan untuk kelancaran hubungan kerja tim dengan instansi di pusat dan daerah.

Pada fase ini dilakukan penelitian untuk mempelajari data yang ada, yang mungkin dapat digunakan dalam sistem serta berbagai macam intervensi gizi dalam rangka memecahkan mas-

alah gizi. Data yang tersedia secara rutin di berbagai departemen dan instansi pada berbagai tingkat pemerintahan dipelajari macam, sumber, arus pelaporan, keteraturan pelaporan keulititan serta keilaikannya. Dari penelitian ini kemudian diperoleh sejumlah data yang mempunyai potensi untuk digunakan atau disebut sebagai calon indikator.

Rancangan model dibahas dalam lokakarya di tingkat nasional yang diselenggarakan dalam bulan Januari 1980. Lokakarya dimaksudkan juga untuk memperoleh kesepakatan dari pihak-pihak yang berkaitan dengan SKPG. Juga untuk melibatkan berbagai departemen dan instansi di tingkat nasional dan propinsi dari awal kegiatan pengembangan. Dalam lokakarya tersebut telah disepakati bahwa dalam pengembangan SKPG, prioritas diberikan pada pengembangan Sistem Isyarat Dini dan Intervensi (SIDI) sehubungan dengan masalah krisis pangan. Untuk ini dilakukan kunjungan ke daerah pemanduan oleh Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan disertai oleh anggota tim peneliti Puslitbang Gizi. Pertemuan dilakukan dengan Gubernur/KDH yang kemudian ikuti oleh pertemuan dengan pejabat-pejabat instansi yang menjadi anggota BPGD tingkat propinsi.

Sebelum kegiatan operasional dan penelitian fase kedua dimulai diadakan lokakarya tingkat propinsi yang diikuti oleh wakil-wakil instansi anggota BPGD tingkat propinsi dan kabupaten. Lokakarya bertujuan untuk membahas rencana pelaksanaan, penapisan calon-calon indikator yang akan digunakan yang sesuai dengan daerah setempat, serta kesepakatan mengenai berbagai segi pelaksanaan. Tahap pertama berakhir dengan formulasi rancangan suatu Sistem Isyarat Dini dan Intervensi untuk daerah pemanduan yang bersangkutan. Rancangan SIDI disempurnakan melalui pembahasan oleh tim peneliti SKPG dengan Bupati/KDH serta pejabat-pejabat kabupaten yang bersangkutan. Kemudian baru dimulai pelaksanaan ujicoba sistem.

Fase 2. Pelaksanaan uji coba SIDI di daerah kabupaten pemanduan.

Pada tahap ini peranan terbesar dipegang oleh daerah. Tim peneliti SKPG dari Puslitbang Gizi berperan memberikan bantuan teknis serta melakukan kegiatan-kegiatan penelitian operasional untuk memecahkan masalah-masalah yang dihadapi dalam pelaksanaan operasional uji coba sistem.

Dalam fase kedua kegiatan pengembangan dapat dibagi atas dua kegiatan utama, yaitu kegiatan penelitian dan kegiatan operasional. Kegiatan penelitian menjadi tanggung jawab tim peneliti Puslitbang Gizi Bogor, sedang kegiatan operasional dilaksanakan oleh instansi-instansi di daerah.

Fase kedua ini terdiri atas tiga tahap :

Tahap pertama terdiri dari kegiatan-kegiatan penelitian dan kegiatan-kegiatan operasional yang bertujuan untuk :

- a. Menemukan metodologi untuk merumuskan Sistem Isyarat Dini dan Intervensi (SIDI) untuk suatu satuan kabupaten.
- b. Mengorganisasi kegiatan pengumpulan data *Calon Indikator* yang berasal dari laporan rutin instansi pemerintah, pengolahan, dan pelaporannya, yang kemudian diteruskan kepada tim peneliti di Puslitbang Gizi Bogor, untuk pengolahan dan analisa selanjutnya.
- c. Memotivasi kegiatan BPGD setempat agar wadah koordinasi ini berfungsi dalam pengelolaan SKPG.

Kegiatan-kegiatan tahap pertama fase kedua ini dimulai dengan pendekatan pada pimpinan daerah (Gubernur/KDH) untuk memberikan penjelasan mengenai proyek dan memperoleh dukungan serta komitmen politik bagi pelaksanaannya.

Tahap kedua dari fase kedua ialah uji coba Sistem Isyarat Dini dan Intervensi yang dirumuskan untuk daerah yang bersangkutan pada akhir tahap pertama.

Dalam tahap kedua ini ditempatkan anggota peneliti dari tim Puslitbang Gizi secara penuh di daerah pemanduan selama satu tahun. Anggota tim lapangan berfungsi membantu tim SKPG daerah tingkat kabupaten dan kecamatan-kecamatan dalam latihan-latihan tenaga pelaksana lapangan mulai tingkat kabupaten sampai pada pelaksana di desa.

Bimbingan teknis oleh tim peneliti SKPG untuk kegiatan operasional dikurangi secara berangsur-angsur sampai akhir tahap kedua. Akhirnya semua tenaga penuh yang ditempatkan di daerah ditarik kembali. Di lain pihak peranan bimbingan operasional dialihkan pada tim SKPG tingkat propinsi dan di tingkat Pusat pada Direktorat Gizi, Departemen Kesehatan. Keterlibatan Direktorat Gizi dalam pengembangan SIDI sudah dimulai dari tahap penelitian dengan tujuan agar peranan bimbingan yang semula dilakukan oleh tim peneliti SKPG dapat dialihkan pada saat tahap kedua fase kedua ini berakhir.

Tahap ketiga dari fase kedua merupakan masa pengalihan tanggung jawab pelaksanaan sepenuhnya kepada daerah yang bersangkutan. Dalam tahap ini dilakukan kegiatan-kegiatan untuk mempersiapkan kemampuan tim SKPG tingkat propinsi dalam mengelola SIDI dan meluaskannya ke daerah-daerah baru. Kegiatan penelitian yang dilakukan pada tahap ini lebih diarahkan pada penelitian operasional dan kegiatan-kegiatan evaluasi. Kegiatan penelitian tersebut bertujuan untuk menyempurnakan SIDI yang sedang berjalan dan untuk keperluan perluasan SIDI ke daerah baru yang memerlukannya. Pada tahap ini pula mulai dikembangkan peranan perguruan tinggi setempat yang merupakan potensi yang ada di daerah untuk menunjang pengembangan SKPG di daerah-daerah di masa mendatang.

Fase 3. Fase ini dimulai setelah masa penelitian pengembangan berakhir dan beralih pada kegiatan sistem secara operasional dan kegiatan perluasannya ke daerah baru.

Kegiatan penelitian yang berhubungan dengan SIDI pada fase ini lebih bersifat menunjang usaha perluasan, penyesuaian dan pelestariannya. Namun penelitian pengembangan SKPG masih diperlukan karena SIDI baru merupakan sebagian dari SKPG (Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi) seperti dimaksudkan dalam bab-bab berikut.

Penelitian yang Diperlukan untuk Pengembangan SIDI

Dari pengalaman selama pengembangan SIDI dapat dikenali tiga sasaran yang memerlukan penelitian, yaitu :

1. Penelitian untuk menemukan indikator yang akan digunakan untuk pengamatan dan peramalan masalah krisis pangan.
2. Penelitian untuk mencari metodologi sederhana untuk merumuskan SIDI.
3. Penelitian-penelitian operasional yang bertujuan untuk memecahkan masalah-masalah yang dihadapi dalam pelaksanaan SIDI guna menyempurnakan sistem yang sedang berjalan.