

STRATEGI NASIONAL

Penerapan Pola Konsumsi Makanan dan Aktivitas Fisik

UNTUK MENCEGAH
PENYAKIT TIDAK MENULAR



World Health
Organization



612.3
Ind
s

Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI
Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat
Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak
**Strategi nasional penerapan pola konsumsi
makanan dan aktifitas fisik untuk mencegah penyakit
tidak menular**,--Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2011

ISBN 978-602-235-037-8

1. Judul I.NUTRITION POLICY
- II. NON COMMUNICABLE DISEASES
- III. NUTRITIONAL REQUIREMENTS



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

KATA PENGANTAR

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

Sebagai negara berkembang, Indonesia masih menghadapi masalah gizi ganda yaitu gizi kurang termasuk pendek (*stunting*) dan gizi lebih termasuk obesitas. Berdasarkan penelitian terkini, kedua masalah ini berkaitan dengan meningkatnya Penyakit Tidak Menular (PTM), seperti penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker, diabetes dan penyakit akibat gangguan metabolisme. Kondisi ini diperburuk dengan faktor risiko umum yang terkait dengan perilaku individu antara lain konsumsi makanan tidak sehat, kurangnya aktivitas fisik, merokok dan minum alkohol, serta menghirup udara yang terpolusi.

Organisasi Kesehatan Dunia atau WHO melaporkan bahwa 80% penyakit jantung prematur, stroke dan diabetes, serta 40% kanker dapat dicegah dengan pola konsumsi makanan sehat, aktivitas fisik yang cukup dan teratur serta tidak merokok. Penyakit jantung dan pembuluh darah adalah penyebab utama kematian di Indonesia dalam satu dasawarsa terakhir ini. Sejalan dengan rekomendasi *The UN High-Level Meeting on Non-communicable Diseases, 2011*, salah satu intervensi prioritas untuk mengendalikan PTM adalah memperbaiki pola konsumsi makanan termasuk mengurangi konsumsi gula, garam, lemak dan alkohol, serta melakukan aktivitas fisik yang cukup dan teratur.

Strategi nasional penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik perlu segera diimplementasikan. Fokus implementasi adalah pada upaya promosi pangan beragam, bergizi seimbang dan aman serta aktivitas fisik yang baik, benar, terukur dan teratur yang dilakukan setiap individu dalam konteks promotif dan preventif PTM. Terkait dengan perilaku hidup sehat, maka peran setiap anggota keluarga dan peran ibu atau perempuan dalam rumah tangga adalah sangat penting. Dukungan semua sektor agar anak perempuan dapat bersekolah dan tetap bersekolah perlu diwujudkan karena mereka akan menjadi *'agent of change'* di keluarganya masing-masing pada saat mereka menjadi calon ibu dan ibu.

Diharapkan buku ini dapat digunakan sebagai acuan oleh para pengelola program terkait di semua sektor, di Tingkat Pusat maupun di Tingkat Daerah, oleh lembaga swadaya masyarakat yang bergerak dibidang kesehatan, gizi, pangan, pendidikan, sosial, dan olahraga serta oleh organisasi profesi, dan dunia usaha. Semua kegiatan perlu dilaksanakan terintegrasi melalui jalinan kemitraan yang diharapkan akan memacu gerakan sadar gizi dan budaya beraktivitas fisik menuju manusia Indonesia yang prima.

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada para pengelola program di lingkungan Kementerian Kesehatan, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Pertanian, Bappenas, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Kementerian Perindustrian, Kementerian Perdagangan, Kementerian Pemuda dan Olahraga, Badan Pengawas Obat dan Makanan, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, Sumatera Selatan, Kalimantan Barat, para pakar dari IPB dan UI, serta organisasi profesi AsDI, FORMI, IAKMI, PAPDI, PDGKI, PDGMI, PDSKO, Pergizi Pangan, PERKI PERSAGI, PPPKMI, dan organisasi internasional WHO, UNICEF serta WFP yang telah memberikan kontribusi dalam penyusunan dokumen ini.

Jakarta, Mei 2012

WAKIL MENTERI KESEHATAN RI
Selaku Pelaksana Tugas Menteri Kesehatan RI



Prof. dr. ALI GHUFRON MUKTI, M.sc.,Ph.D.



MENTERI DALAM NEGERI
REPUBLIK INDONESIA

SAMBUTAN MENTERI DALAM NEGERI

Sejalan dengan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2010 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2010-2014, bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 19 ayat (1) Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 Tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Kementerian/Lembaga Tahun 2010 – 2014 disebut Rencana Strategis Kementerian/Lembaga. Selanjutnya Kementerian/Lembaga dan Pemerintah Daerah melaksanakan program dalam RPJM Nasional yang dituangkan dalam Strategis Kementerian/Lembaga dan RPJM Daerah. Pembangunan bangsa bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan warga Negara, kemampuan dan kualitas sumber daya manusia yang diatur dalam Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1) yang menyatakan setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh layanan kesehatan. Prinsip pencapaian kebijakan publik terkait penerapan pola makanan dan aktivitas fisik ini adalah memberi kesempatan terbaik kepada setiap warga Negara untuk mencapai umur harapan hidup tertinggi serta tetap menikmati kehidupan yang aktif dan berkualitas tanpa

membebani keluarga maupun masyarakat. Salah satu ukuran keberhasilan pembangunan adalah kebijakan ekonomi yang mampu meningkatkan kualitas hidup manusia yang dikenal sebagai Indeks Pembangunan Manusia (IPM).

Peran Pemerintah daerah perlu ditingkatkan termasuk penyediaan ruang terbuka publik dan sarana untuk mencegah faktor resiko dengan kejadian PTM dengan melibatkan kader PKK, karena PKK sangat dibutuhkan untuk mendukung strategi nasional penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik dalam memberdayakan masyarakat, mendayagunakan segenap potensi untuk meningkatkan kesejahteraan dan kemandirian masyarakat. PKK sebagai suatu gerakan dari , oleh dan untuk masyarakat diharapkan membantu masyarakat dan sekaligus menjadi pilar keluarga dalam peningkatan kesejahteraan keluarga, secara khusus Kementerian Dalam Negeri sebagai institusi yang langsung terlibat dalam pembinaan PKK dan Masyarakat. Dalam hal ini, saya mengharapkan agar segenap jajaran pemerintah daerah dengan Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) terkait untuk mendukung program strategi nasional penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik disetiap jenjang pemerintahan, sehingga program pencegahan penyakit tidak menular dapat terlaksana secara optimal.

Kepada semua pihak yang berprakarsa dan berupaya hingga terwujudnya buku ini, saya sampaikan terima kasih dan penghargaan, serta dengan harapan semoga dapat ditindaklanjuti secara optimal dan berkelanjutan.

Jakarta, Januari 2012

MENTERI DALAM NEGERI



RINGKASAN EKSEKUTIF

Indonesia telah mengikuti kecenderungan negara di dunia dalam hal beban penyakit tidak menular (PTM) dan proporsi angka kematian PTM sebagaimana ditunjukkan dengan peningkatan tajam dari 41.7 persen di tahun 1995 menjadi 59.5 persen di tahun 2007. Penyakit tidak menular meliputi penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker, diabetes dan penyakit pernapasan kronik. Penyakit jantung dan pembuluh darah telah menempati urutan teratas sebagai penyebab utama kematian di Indonesia, dengan 26.9 persen kematian disebabkan stroke.

Menurut WHO, 2008, faktor risiko umum PTM adalah pola konsumsi makanan yang tidak sehat (*unhealthy diet*), kurangnya aktivitas fisik (*physical inactivity*), merokok dan konsumsi alkohol, polusi udara, usia dan hereditas. Sedangkan faktor risiko antara (*intermediate risk factors*) adalah meningkatnya gula darah, hipertensi, kadar lemak darah melebihi normal, kegemukan dan obesitas. Beberapa faktor penentu yang mendasari (*underlying determinant*) adalah globalisasi, urbanisasi, penduduk usia lanjut dan *social determinant*.

Meningkatnya kejadian dan kematian akibat PTM merupakan ancaman serius bagi pertumbuhan ekonomi Indonesia karena akan berdampak pada peningkatan pembiayaan pemeliharaan kesejahteraan dan menurunnya produktivitas kerja. Apalagi Indonesia dengan prevalensi anak balita pendek sebesar 35.6 persen (Riskesdas, 2010) merupakan negara ke-5 terbesar yang berkontribusi pada 90 persen *stunting* di dunia. Anak balita pendek mempunyai risiko lebih tinggi untuk menderita diabetes, obesitas, hipertensi dan stroke pada usia dewasa.

Dalam arah kebijakan pertanian, substansi ketahanan pangan meliputi antara lain industri perdesaan berbasis pangan lokal serta peningkatan kualitas gizi dan penganekaragaman pangan yang ditunjukkan oleh Skor Pola Pangan Harapan (PPH).

Pola konsumsi makanan beragam, bergizi seimbang dan aman yang diwariskan oleh pendahulu bangsa melalui menu makanan tradisional yang diolah dari bahan baku segar, tinggi serat dan menggunakan bumbu herbal ternyata telah bergeser menjadi

pola konsumsi makanan cepat saji yang tinggi kadar lemak jenuh, tinggi garam dan gula serta miskin serat makanan.

Selain itu peningkatan pendapatan keluarga membawa perubahan gaya hidup dengan terjadinya pemanfaatan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi. Hal tersebut, di satu sisi meningkatkan efisiensi dan produktivitas seperti penggunaan transportasi cepat dengan kendaraan bermotor, namun di sisi lain menyebabkan seseorang kurang melakukan aktivitas fisik dan hidup terlalu santai mulai dari rumah tangga, dalam perjalanan, di sekolah, di tempat kerja serta di tempat-tempat umum lainnya.

Permasalahan kesehatan lebih merupakan akibat dari sejumlah sebab, yang penanganannya tidak hanya memerlukan kewenangan dan tanggung jawab sektor kesehatan. Demikian pula dengan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik yang keduanya merupakan wewenang serta tanggung jawab dari berbagai sektor baik pemerintah maupun swasta dan komponen masyarakat. Sehingga dalam pencegahan faktor risiko umum PTM harus dilaksanakan bersama secara kolektif, oleh Lintas Sektor baik Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah maupun Masyarakat Madani dan swasta dengan cara pengendalian yang simultan agar efektif.

Kebijakan publik dan peraturan perundangan yang ada di setiap sektor pemerintah ternyata kurang mendukung dalam mendorong penerapan pola konsumsi makanan sehat dan peningkatan aktivitas fisik, termasuk penyediaan ruang terbuka publik dan sarana untuk mencegah faktor risiko PTM masih belum dapat memenuhi kebutuhan masyarakat pengguna. Di sisi lain, perkembangan teknologi di bidang pangan, media dan teknik komunikasi menjadi faktor pendukung industri makanan cepat saji, makanan kemasan dan minuman soda tinggi energi tumbuh dengan pesat disertai dengan promosi yang menjangkau semua lapisan masyarakat terutama anak usia sekolah dan generasi muda yang pada akhirnya akan menerima pesan yang salah tentang gaya hidup sehat. Di lain pihak, keluarga dan masyarakat kurang memperoleh pengetahuan yang jelas tentang keterkaitan faktor risiko dengan kejadian PTM.

Pemberian air susu ibu (ASI) sudah terbukti mengoptimalkan tumbuh kembang dan kecerdasan anak serta mencegah anak menjadi kegemukan dan obesitas. Pemberian ASI secara eksklusif pada 6 bulan pertama kehidupan bayi dan pemberian makanan pendamping ASI yang tepat dan benar sampai anak berusia dua tahun belum sepenuhnya diadopsi menjadi perilaku sehat dalam keluarga. Riskesdas 2010 melaporkan hanya 15.3 persen ibu memberikan ASI eksklusif.

Karena pencegahan faktor risiko PTM harus dilaksanakan secara multi-sektor maka strategi nasional yang komprehensif dan terintegratif ini merupakan tugas dan tanggungjawab para pengelola program di semua sektor.terkait, di seluruh tingkat baik nasional maupun daerah. Strategi untuk mengurangi kejadian PTM perlu difahami oleh semua pelaku pembangunan termasuk dunia industri, dunia perdagangan, dunia kesehatan, lembaga swadaya masyarakat, kelompok profesi, dan perguruan tinggi. Intervensi efektif yang berbasis bukti harus didukung implementasinya agar mampu mengubah perilaku individu maupun kelompok masyarakat secara terus menerus dan untuk jangka panjang sehingga menjadi pola hidup sehat yang diwariskan kepada generasi berikutnya.

Prinsip pencapaian kebijakan publik terkait penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik ini adalah memberi kesempatan terbaik kepada setiap warganegara untuk mencapai umur harapan hidup tertinggi serta tetap menikmati kehidupan yang aktif dan berkualitas tanpa membebani keluarga maupun masyarakat.

Empat komponen kunci yang menjadi tantangan dalam implementasi strategi nasional ini adalah:

- 1) Kebijakan publik yang difokuskan pada pemberdayaan masyarakat dengan cara mudah, terjangkau dan bermanfaat;
- 2) Perlu dukungan kepemimpinan, keberadaan jejaring dan lingkungan kondusif agar kegiatan aksi berjalan efektif;
- 3) Kemantapan bertindak di berbagai tatanan termasuk rumah, sekolah, tempat kerja, tempat umum, dan fasilitas pelayanan kesehatan;
- 4) Antisipasi tepat untuk menghadapi kecenderungan perubahan lingkungan strategis akibat transisi demografi, transisi epidemiologi, globalisasi dan pasar bebas yang mempengaruhi gaya hidup yang berakibat meningkatnya faktor risiko PTM.

Strategi nasional penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik meliputi:

- 1) Pemantapan hukum dan peraturan perundangan yang mendukung pelaksanaan pola konsumsi makanan beragam, bergizi seimbang dan aman serta aktivitas fisik cukup dan teratur;
- 2) Pendekatan kemitraan dan multi-sektor termasuk penguatan mekanisme Jejaring Kerja Nasional Pengendalian PTM;
- 3) Peningkatan dan pengembangan sumberdaya untuk implementasi kegiatan/aksi;

- 4) Pemusatan perhatian pada persamaan hak dan menghilangkan disparitas antar kelompok masyarakat;
- 5) Peningkatan intervensi berbasis bukti yang efektif pada berbagai tatanan (rumah tangga, sekolah, tempat umum, tempat kerja dan fasilitas pelayanan kesehatan);
- 6) Pelaksanaan riset operasional dan pengembangan kebijakan dan strategi jangka panjang untuk kelestarian pencegahan PTM berbasis masyarakat.

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR MENTERI KESEHATAN R.I.	i
SAMBUTAN MENTERI DALAM NEGERI R.I.	iii
RINGKASAN EKSEKUTIF	v
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR SINGKATAN	xi
DAFTAR ISTILAH	xii
DAFTAR GAMBAR	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Strategi Global ‘Diet, Physical Activity and Health’	5
C. Landasan Hukum	6
BAB II ANALISIS SITUASI DAN TANTANGAN MASA DEPAN	8
A. Analisis Situasi Penyakit Tidak Menular dan Faktor Risiko	8
B. Tantangan Masa Depan	20
BAB III STRATEGI PENERAPAN POLA KONSUMSI MAKANAN DAN AKTIVITAS FISIK	22
A. Tujuan	22
B. Sasaran	22
C. Kerangka Konsep	22
D. Prinsip Dasar	24
E. Strategi Nasional Penerapan Pola Konsumsi Makanan dan Aktivitas Fisik	25
BAB IV PERAN, TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB	28
A. Jejaring Kerja Nasional Pengendalian Penyakit Tidak Menular.....	31
B. Pemangku Kepentingan	32
1. Bappenas	32
2. Dalam Negeri	32
3. DPRD	32
4. Pemerintah Daerah Provinsi, Kabupaten dan Kota	32
5. Kesehatan	33

6. Badan Pengawas Obat dan Makanan	33
7. Pendidikan	33
8. Agama	34
9. Pemuda dan Olahraga	34
10. Pertanian	35
11. Kelautan dan Perikanan	35
12. Tenaga Kerja	35
13. Perdagangan	36
14. Perindustrian	36
15. Pariwisata	36
16. Perpajakan	36
17. Pelaku Industri dan Dunia Usaha	36
18. Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak	37
19. Sosial dan Hak Asasi Manusia	37
20. Lembaga Swadaya Masyarakat	37
21. Media Massa	37
22. Organisasi Profesi	38
23. Perguruan Tinggi	38
24. Mitra Pembangunan Internasional.....	38
BAB V PEMANTAUAN, EVALUASI DAN SURVEILANS	39
A. Indikator	40
B. Mekanisme	42
BAB VI PENUTUP	44
DAFTAR PUSTAKA	45
TIM PENYUSUN	49

DAFTAR SINGKATAN

AsDI	=	Asosiasi Dietisien Indonesia
ASI	=	Air Susu Ibu
DALYs	=	<i>Disability Adjusted Life Years</i>
FORMI	=	Federasi Olahraga Rekreasi Masyarakat Indonesia
IAKMI	=	Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia
IMT	=	Indeks Massa Tubuh
ISPA	=	Infeksi Saluran Pernapasan Akut
KIE	=	Komunikasi, Informasi dan Edukasi
LSM	=	Lembaga Swadaya Masyarakat
MP-ASI	=	Makanan Pendamping Air Susu Ibu
NAPZA	=	Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif berbahaya
PDGKI	=	Perhimpunan Dokter Spesialis Gizi Klinik Indonesia
PDGMI	=	Perhimpunan Dokter Gizi Medik Indonesia
PDSKO	=	Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Olahraga
Pergizi Pangan	=	Perhimpunan Peminat Gizi Pangan.Indonesia
PERKI	=	Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia
PERSAGI	=	Persatuan Ahli Gizi Indonesia
PHBS	=	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PPPKMI	=	Perhimpunan Promosi dan Pendidikan Kesehatan Masyarakat Indonesia
PPTM	=	Pengendalian Penyakit Tidak Menular
PTM	=	Penyakit Tidak Menular
Risikesdas	=	Riset Kesehatan Dasar
SD	=	Sekolah Dasar
SKRT	=	Survei Kesehatan Rumah Tangga
SMP	=	Sekolah Menengah Pertama
SMU	=	Sekolah Menengah Umum
Susenas	=	Survei Sosial Ekonomi Nasional
Unicef	=	<i>United Nation Children's Fund</i>
WFP	=	<i>World Food Program</i>
WHO	=	<i>World Health Organization</i>

DAFTAR ISTILAH

1. **Aktivitas fisik** adalah setiap gerakan tubuh yang meningkatkan pengeluaran tenaga/energi dan pembakaran energi. Aktivitas fisik dikategorikan cukup apabila seseorang melakukan latihan fisik atau olah raga selama 30 menit setiap hari atau minimal 3-5 hari dalam seminggu.
2. **Bahan berbahaya yang disingkat B2** adalah zat, bahan kimia dan biologi, baik dalam bentuk tunggal maupun campuran, yang dapat membahayakan kesehatan dan lingkungan hidup secara langsung atau tidak langsung, yang mempunyai sifat racun (toksisitas), karsinogenik, teratogenik, mutagenik, korosif dan iritasi.
3. **Gizi seimbang** adalah anjuran susunan makanan yang sesuai kebutuhan gizi seseorang untuk hidup sehat, tumbuh, berkembang cerdas dan produktif berdasarkan pedoman umum gizi seimbang.
4. **Gula darah** adalah kadar glukosa darah.
5. **Indeks massa tubuh** adalah ukuran berat badan dalam kilogram dibagi dengan kuadrat tinggi badan dalam meter. Dikategorikan kegemukan jika $IMT > 25 \text{ kg/m}^2$ dan obesitas jika $IMT > 27 \text{ kg/m}^2$.
6. **Jejaring kerja** adalah upaya untuk melibatkan berbagai sektor, kelompok masyarakat, lembaga pemerintah untuk bekerjasama berdasarkan atas kesepakatan, prinsip dan peranan masing-masing.
7. **Junk food** adalah istilah yang mendeskripsikan makanan yang tidak sehat dan memiliki sedikit kandungan gizi.
8. **Keamanan pangan** adalah kondisi dan upaya yang diperlukan untuk mencegah pangan dari kemungkinan cemaran biologis, kimia, dan benda lain yang dapat mengganggu, merugikan, dan membahayakan kesehatan manusia.
9. **Kebugaran jasmani** adalah kemampuan tubuh seseorang untuk melakukan pekerjaan sehari-hari tanpa menimbulkan kelelahan yang berarti.
10. **Kecukupan zat gizi** adalah banyaknya masing-masing zat gizi yang harus terpenuhi dari makanan untuk mencakup hampir semua orang sehat, dipengaruhi oleh umur,

jenis kelamin, aktivitas, berat badan dan tinggi badan serta keadaan hamil dan menyusui.

11. **Kemitraan** adalah upaya untuk melibatkan berbagai sektor, kelompok masyarakat, lembaga pemerintah maupun non pemerintah untuk bekerjasama dalam mencapai tujuan bersama berdasar atas kesepakatan, prinsip dan peranan masing-masing.
12. **Ketahanan pangan** adalah kondisi terpenuhinya pangan bagi rumah tangga yang tercermin dari tersedianya pangan yang cukup, baik jumlah maupun mutunya, aman, merata dan terjangkau.
13. **Latihan fisik** adalah semua bentuk aktivitas fisik yang dilakukan secara terstruktur dan terencana, dengan tujuan untuk meningkatkan kebugaran jasmani.
14. **Makanan cepat saji (*fast food*)** adalah makanan yang dapat diolah dan dihidangkan atau disajikan dengan cepat oleh pengusaha jasa boga, rumah makan, restoran. Biasanya makanan ini tinggi garam dan lemak serta rendah serat.
15. **Makanan siap saji** adalah makanan dan atau minuman yang sudah diolah dan siap untuk langsung disajikan ditempat usaha atau luar tempat usaha berdasarkan pesanan.
16. **Olahraga** adalah salah satu bentuk aktivitas fisik yang dilakukan secara terstruktur, terencana, dan berkesinambungan dengan mengikuti aturan-aturan tertentu dan bertujuan untuk meningkatkan kebugaran jasmani dan prestasi
17. **Olahraga yang baik** adalah olahraga yang dilakukan sejak usia dini, sesuai dengan kondisi fisik medis dan tidak menimbulkan dampak yang merugikan.
18. **Olahraga yang benar** adalah olahraga yang dilakukan secara bertahap, dimulai dengan pemanasan, dilanjutkan latihan inti dan diakhiri dengan pendinginan
19. **Olahraga yang terukur** adalah olahraga yang dilakukan dengan memperhatikan denyut nadi selama latihan berada dalam zona latihan.
20. **Olahraga yang teratur** adalah olahraga yang dilakukan dengan frekuensi 3 – 5 kali seminggu dengan selang waktu satu hari istirahat.
21. **Olahraga rekreasi** adalah olahraga yang dilakukan oleh masyarakat dengan kegembiraan dan kemampuan yang tumbuh dan berkembang sesuai dengan kondisi dan nilai budaya masyarakat setempat untuk kesehatan, kebugaran, dan kegembiraan.
22. **Pangan** adalah segala sesuatu yang berasal dari sumber hayati dan air, baik yang diolah maupun yang tidak diolah, yang diperuntukkan sebagai makanan atau

minuman bagi konsumsi manusia, termasuk bahan tambahan pangan, bahan baku pangan, dan bahan lain yang digunakan dalam proses penyiapan pengolahan dan atau pembuatan makanan dan minuman.

23. **Pangan beragam, bergizi seimbang dan aman** adalah aneka ragam bahan pangan, baik sumber karbohidrat, protein, lemak maupun vitamin dan mineral, yang bila dikonsumsi dalam jumlah seimbang dapat memenuhi kecukupan gizi yang dianjurkan dan tidak tercemar bahan berbahaya yang merugikan kesehatan.
24. **Pangan olahan** adalah makanan atau minuman hasil proses dengan cara atau metode tertentu dengan atau tanpa bahan tambahan.
25. **Pengendalian** merupakan nama lain dari pencegahan dan penanggulangan.
26. **Penyakit tidak menular** adalah penyakit yang bukan disebabkan oleh proses infeksi.
27. **Perilaku hidup bersih dan sehat** adalah semua perilaku kesehatan yang dilakukan atas dasar kesadaran sehingga anggota keluarga atau keluarga dapat menolong dirinya sendiri dalam hal kesehatan dan berperan aktif dalam kegiatan kesehatan di masyarakat.
28. **Pola konsumsi makanan** adalah susunan makanan yang biasa dimakan mencakup jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi seseorang atau kelompok orang/ penduduk dalam frekuensi dan jangka waktu tertentu.
29. **Sehat** adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif, secara sosial dan ekonomi.
30. **Social enforcement** atau Pengendalian Sosial adalah merupakan suatu mekanisme untuk mencegah penyimpangan sosial serta mengajak dan mengarahkan masyarakat untuk berperilaku dan bersikap sesuai norma dan nilai yang berlaku.
31. **Surveilans** adalah proses pengumpulan, pengolahan, analisis dan interpretasi data serta penyebarluasan informasi secara sistematis dan terus menerus agar dapat dilakukan tindakan penanganan secara efektif dan efisien.
32. **Umur harapan hidup** adalah rata-rata tahun hidup yang akan dijalani oleh bayi yang baru lahir pada suatu tahun tertentu, dalam situasi mortalitas yang berlaku di lingkungan masyarakatnya.

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Distribusi Kematian Semua Umur Menurut Sebab Kematian	2
Gambar 2. Permasalahan Penyakit Tidak Menular dan Besaran Faktor Risiko	5
Gambar 3. Status Gizi Anak Balita	9
Gambar 4. Obesitas ($IMT \geq 27$) Menurut Karakteristik, Riskesdas 2007	10
Gambar 5. Persentase Kematian Akibat Penyakit Tidak Menular pada Penduduk Usia < 60 tahun Menurut Jenis Penyakit, 2008 (WHO, 2011).....	11
Gambar 6. Kurang Aktivitas Fisik Menurut Karakteristik, Riskesdas 2007	17
Gambar 7. Kurang Makan Sayur dan Buah Menurut Karakteristik, Riskesdas 2007....	20
Gambar 8. Kerangka Konsep Strategi Nasional Penerapan Pola Konsumsi Makanan dan Aktivitas Fisik.....	23
Gambar 9. Keterkaitan Antar komponen Dalam Pola Konsumsi Makanan dan Aktivitas Fisik	28
Gambar 10. Mekanisme Pemantauan, Evaluasi dan Surveilans.....	41

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Di seluruh dunia kenaikan beban akibat Penyakit Tidak Menular (PTM) semakin meningkat. Penyakit tidak menular memberikan beban ekonomi yang bermakna tidak saja pada pertumbuhan, kecerdasan dan produktivitas kerja individu tetapi pada akhirnya akan bermuara pada pendapatan keluarga dan pertumbuhan ekonomi negara.

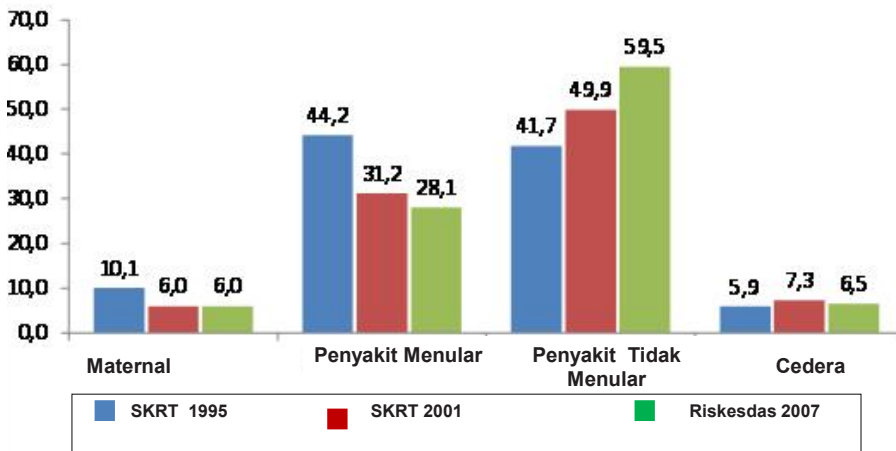
WHO memperkirakan PTM menyebabkan 56 persen dari semua kematian dan 44 persen dari beban penyakit dalam negara-negara di wilayah Asia Tenggara. Hampir setengah dari kematian akibat PTM terjadi pada usia lebih dini, yaitu pada fase paling produktif dalam kehidupan (35-60 tahun), sehingga kondisi ini merupakan ancaman serius bagi tingkat sosial-ekonomi masyarakat. Apalagi prevalensi PTM juga cenderung meningkat di negara berkembang termasuk pada penduduk miskin yang juga sangat terbatas aksesnya pada pelayanan kesehatan.

Di Indonesia, salah satu masalah kesehatan masyarakat yang sedang kita hadapi saat ini adalah beban ganda penyakit dan beban ganda masalah gizi. Artinya, pada saat pembangunan kesehatan masih menghadapi beban mengendalikan penyakit menular dan gizi kurang pada penduduk, beban akibat peningkatan PTM dan gizi lebih meningkat. Berdasarkan data Riskesdas 2007 dan 2010 diketahui kekurangan gizi masyarakat yang diukur dengan prevalensi gizi kurang dan pendek (stunting) anak balita mengalami penurunan dari masing-masing 18.4 persen dan 36.8 persen menjadi masing-masing 17.9 persen dan 35.6 persen, namun angka ini masih cukup tinggi dibanding dengan target MDGs. Dilain pihak prevalensi anak balita gemuk naik dari 12.2 persen menjadi 14 persen. Kegemukan pada dewasa meningkat dari 19.1

persen pada tahun 2007 menjadi 21.7 persen pada tahun 2010, dengan prevalensi kegemukan lebih tinggi pada perempuan (Riskesdas 2007 dan 2010).

Demikian pula halnya dengan proporsi angka kematian PTM meningkat dari 41.7 persen pada tahun 1995 (SKRT, 1995) menjadi 59.5 persen pada tahun 2007 (Riskesdas, 2007). Meningkatnya umur harapan hidup di Indonesia selama beberapa dekade terakhir diperkirakan juga berdampak terhadap peningkatan kejadian PTM di saat ini dan masa mendatang, sementara penyakit infeksi masih belum sepenuhnya teratasi.

Gambar 1. Distribusi Kematian Semua Umur Menurut Sebab Kematian



Sejak beberapa dekade lalu diketahui bahwa perubahan perilaku yang menyangkut gaya hidup terjadi pada anak-anak dan orang dewasa, antara lain konsumsi makanan tidak seimbang dengan kurangnya aktivitas fisik dengan banyak duduk dan menggunakan alat elektronik, berkaitan erat dengan peningkatan PTM. Perubahan perilaku ini terkait dengan terjadinya transisi epidemiologi karena berbagai faktor, antara lain urbanisasi, pertumbuhan ekonomi, perubahan teknologi di rumah dan tempat kerja, kemudahan transportasi, industrialisasi, promosi

makanan dan minuman serta pertumbuhan media massa yang kesemuanya merupakan dampak dari globalisasi (Popkin, 2001). Adanya pemanfaatan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi secara umum memberi kemudahan, efisiensi dan kenyamanan bagi seseorang maupun masyarakat dalam melakukan kegiatan sehari-hari, namun kondisi tersebut dapat mengakibatkan perubahan gaya hidup manusia yang membuat malas untuk bergerak dan beraktivitas fisik, sehingga mempunyai risiko menderita PTM.

Sidang Kesehatan Dunia pada tahun 2004 telah mengesahkan *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health* sebagai tindak lanjut Laporan Kesehatan Dunia tahun 2002 yang menjabarkan dengan rinci hubungan antara pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik dengan kejadian PTM. Dalam kerangka kerja WHO, kedua faktor risiko ini dikenal sebagai faktor risiko umum 'common risk faktor' bersama dengan konsumsi alkohol, merokok, umur dan faktor genetik. Faktor risiko umum ini jika tidak dicegah dapat memicu timbulnya faktor risiko antara yaitu hipertensi, kadar lemak darah tinggi, kadar gula darah tinggi, serta kegemukan dan obesitas. Jika faktor risiko dapat diketahui lebih dini, maka intervensi yang tepat dapat dilakukan sehingga PTM dapat dicegah atau paling tidak mengurangi komplikasi penyakit.

Di Indonesia, berdasarkan data Riskesdas 2007, sebanyak 93.6 persen masyarakat Indonesia kurang mengkonsumsi sayur dan buah. Riset ini juga menyatakan bahwa 48.2 persen penduduk Indonesia yang berusia lebih dari 10 tahun kurang melakukan aktivitas fisik. Persentase faktor risiko ini hampir sama pada kelompok penduduk kaya maupun kelompok penduduk miskin.

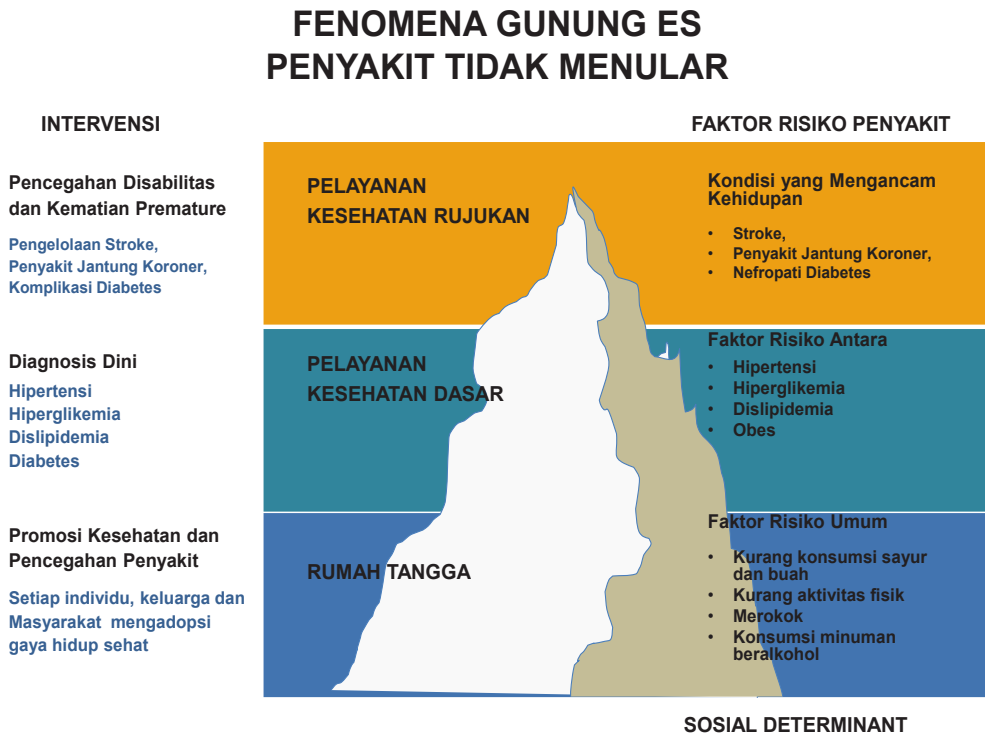
Pendekatan terpadu untuk merubah perilaku masyarakat agar mengkonsumsi makanan beragam, bergizi seimbang dan aman disertai aktivitas fisik yang cukup dan teratur akan memberikan dampak sangat bermakna bagi penurunan beban PTM di masa mendatang. Bukti ilmiah saat ini menjelaskan bahwa kebiasaan makan sehat dan peningkatan aktivitas fisik dapat mengurangi risiko diabetes sebanyak 58 persen, risiko tekanan darah tinggi sebanyak 66 persen, risiko serangan jantung serta stroke sebanyak 40-60 persen, dan mengurangi sepertiga dari semua penyakit kanker.

Di sisi lain, berbagai penelitian yang dilakukan di seluruh dunia dalam dua dekade terakhir membuktikan bahwa PTM muncul pada usia lebih dini di negara berkembang yang terkait bermakna dengan rendahnya berat dan tinggi badan bayi saat dilahirkan. Selama 20 tahun penelitian tersebut dilakukan, dapat disimpulkan bahwa penyakit jantung dan pembuluh darah, diabetes, kanker dan obesitas terkait erat dengan kondisi kekurangan gizi yang dialami ibu sejak hamil (Barker et al). The Lancet Series 2008 kemudian mengadopsi hasil penelitian ini dan merekomendasikan paket intervensi berbasis bukti yang sangat 'high cost effective' difokuskan pada periode emas kehidupan '*window of opportunity*' yaitu sejak janin dalam kandungan sampai anak berusia 2 tahun atau dikenal dengan Seribu Hari Pertama Kehidupan Manusia. Hal ini sejalan dengan pernyataan Sekretaris Jenderal PBB pada pencaanangan komitmen global *Scaling Up Nutrition Movement* bulan September 2011, bahwa fokus intervensi pada Seribu Hari Pertama Kehidupan akan mengubah kualitas kehidupan dan masa depan anak dunia melalui pendekatan pelayanan berkelanjutan '*continuum care*' bagi ibu dan anak.

Penanggulangan PTM memerlukan tindakan yang cepat dan tepat di semua negara dengan cara mengintegrasikan kebijakan dan program yang memungkinkan pencegahan dan penanggulangan PTM yang efektif pada seluruh tahapan daur hidup manusia. Pencegahan PTM dititikberatkan pada kesehatan masyarakat dan pendekatan pelayanan primer, karena itu koordinasi multi-sektor yang efektif dalam upaya pelayanan publik sangat diperlukan.

Besarnya kejadian PTM dan kematian akibat PTM hanya merupakan puncak gunung dalam permasalahan, yang kita kenal sebagai fenomena gunung es. Faktor risiko umum yaitu pola konsumsi makanan yang tidak sehat (tidak beragam, tidak bergizi seimbang dan tidak aman), kurangnya aktivitas fisik (tidak cukup dan tidak teratur), merokok dan konsumsi alkohol menjadi masalah yang tersembunyi karena belum sepenuhnya diketahui dan dipahami sebagai penyebab terjadinya PTM. Faktor risiko antara yaitu kegemukan dan obesitas, hipertensi dan meningkatnya kadar gula darah dan lemak darah di atas kadar normal menjadi pemicu terjadinya penyakit jantung pembuluh darah, stroke, diabetes dan kanker. Ilustrasi hal tersebut dapat dilihat pada gambar 2 di bawah ini.

Gambar 2: Permasalahan Penyakit Tidak Menular dan Besaran Faktor Risiko



B. Strategi Global 'Diet, Physical Activity and Health'

Strategi global ini mempunyai tujuan utama untuk menurunkan faktor risiko PTM dengan pendekatan upaya preventif dan promotif, melalui peningkatan kesadaran para penentu kebijakan di semua sektor termasuk masyarakat madani, swasta dan media baik cetak maupun elektronik.

Strategi global dikembangkan berdasarkan intervensi yang terbukti efektif dalam perspektif daur kehidupan melalui pendekatan yang dimulai dengan kesehatan maternal dan janin, menjamin kesehatan bayi yang dilahirkan, termasuk pemberian

ASI eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan. Pembinaan kesehatan harus diintensifkan pada anak berusia di bawah dua tahun, pemberian makanan pendamping ASI yang tepat dan akurat, imunisasi, dan pemantauan tumbuh kembang. Selanjutnya pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik perlu menjadi perilaku sehat bagi anak pra-sekolah sampai remaja yang menjangkau populasi di sekolah maupun di luar sekolah, dan tenaga kerja formal dan non formal. Pembinaan pada kelompok usia lanjut agar tetap aktif dan mampu menolong dirinya sendiri dapat dilakukan oleh LSM, sarana pelayanan kesehatan dasar '*primary health care*' dan panti sosial. Aktivitas fisik meliputi kebutuhan gerakan tubuh agar tetap sehat baik di rumah, sekolah, tempat kerja dan tempat-tempat umum. Termasuk dalam hal ini adalah aktivitas fisik yang merupakan dampak akibat meningkatnya urbanisasi, perubahan moda transportasi, serta keamanan dan akses untuk aktivitas fisik di waktu senggang '*leisure time*'. Terkait dengan perilaku pola konsumsi makanan harus mencakup semua aspek gizi yaitu gizi lebih dan gizi kurang termasuk defisiensi gizi mikro.

Strategi untuk menurunkan faktor risiko PTM harus merupakan bagian dari upaya komprehensif kesehatan masyarakat yang terintegrasi. Prioritas harus diberikan untuk kegiatan yang berdampak positif pada kelompok masyarakat miskin, sehingga diperlukan intervensi kuat dari pemerintah untuk terlaksananya kegiatan yang berbasis masyarakat.

Strategi global telah diadopsi dengan penjabaran berupa strategi regional yang dikembangkan pada tahun 2005 dan diimplementasikan oleh negara-negara di wilayah Asia Selatan dan Asia Tenggara.

C. Landasan Hukum

1. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 1984 tentang Perindustrian.
2. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 1996 tentang Pangan.
3. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen.
4. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.

5. Undang Undang Nomor 3 tahun 2005 tentang Sistem Keolahragaan Nasional.
6. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005 – 2025.
7. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
8. Undang Undang RI Nomor 40 Tahun 2009 tentang Kepemudaan.
9. Undang Undang RI Nomor 12 Tahun 2010 tentang Gerakan Pramuka.
10. Peraturan Pemerintah Nomor 44 Tahun 1997 tentang Kemitraan.
11. Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1999 tentang Label dan Iklan Pangan.
12. Peraturan Pemerintah Nomor 68 Tahun 2002 tentang Ketahanan Pangan.
13. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2004 tentang Keamanan, Mutu dan Gizi Pangan.
14. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota.
15. Peraturan Presiden Nomor 22 Tahun 2009 tentang Kebijakan Percepatan Penganekaragaman Konsumsi Pangan Berbasis Sumberdaya Lokal.
16. Peraturan Presiden Nomor 5 Tahun 2010 tentang Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2010-2014.

BAB II

ANALISIS SITUASI DAN TANTANGAN MASA DEPAN

A. Analisis Situasi Penyakit Tidak Menular dan Faktor Risiko

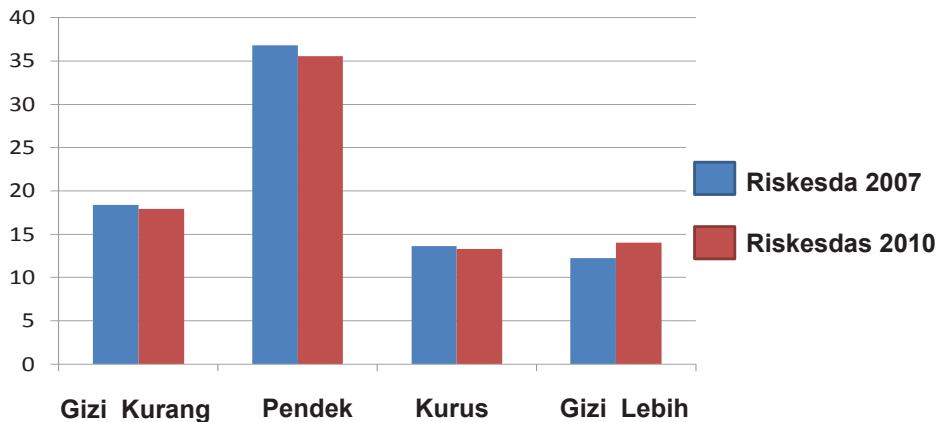
Laporan Kesehatan Dunia, 2002, mengindikasikan bahwa angka kesakitan, angka kematian dan disabilitas akibat PTM semakin meningkat dan telah melampaui angka kesakitan dan kematian akibat penyakit menular. Hal tersebut tidak hanya terjadi di negara maju, tetapi juga di negara berkembang termasuk Indonesia. Memasuki awal millennium di tahun 2000, PTM berkontribusi pada 60 persen dari total kematian dan 47 persen dari beban penyakit. Angka tersebut diestimasikan akan terus meningkat, sehingga mencapai masing-masing 73 persen dan 60 persen pada tahun 2020, jika tidak dilakukan tindakan nyata untuk mereduksi masalah ini. Kondisi berbahaya ini meningkat akibat perubahan demografi, globalisasi dan kecenderungan gaya hidup, termasuk perilaku tidak sehat yang terkait dengan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik.

United Nations Systems Standing Committee on Nutrition (UNSCN) yang bersidang tahun 2000, mempelajari hasil penelitian David Barker yang dilakukan di daerah termiskin di Inggris, untuk pertama kalinya menunjukkan bahwa seseorang yang lahir dengan berat dan atau tinggi lahir rendah mempunyai risiko besar akan menderita penyakit jantung dan pembuluh darah, hipertensi, stroke dan diabetes. Penemuan ini sudah didukung dengan hasil penelitian lain di Amerika Utara. Penyakit jantung selama ini diketahui akibat genetik atau faktor gaya hidup orang dewasa, tetapi sejak dua dekade terakhir muncul pengetahuan baru bahwa penyakit degeneratif pada dewasa telah dikondisikan oleh keadaan kurang gizi sejak dalam kandungan. Kemudian disimpulkan dan disepakati adanya hubungan kekurangan gizi janin dalam kandungan yang berakibat berat bayi lahir rendah dan pendek '*stunting*' dengan kejadian diabetes, obesitas, penyakit jantung, tekanan darah

tinggi, kanker dan stroke pada usia dini. Kondisi kronis seperti ini akan berakibat gangguan metabolisme dan kerusakan gen sehingga bayi yang dilahirkan oleh ibu yang mengalami kurang gizi akan menderita PTM pada usia dini (James, 2000).

Data terkini menunjukkan prevalensi kurang gizi 17.9 persen dan prevalensi pendek 35.6 persen pada anak balita di Indonesia (Riskesdas 2010) dapat menjadi ancaman serius untuk meledaknya PTM saat anak-anak ini menjadi dewasa. Dua belas persen penderita hipertensi adalah penduduk muda usia 18-24 tahun (Riskesdas, 2007). PTM terutama penyakit jantung dan pembuluh darah telah bergeser menjadi penyebab utama kematian di Indonesia, sehingga perlu pengendalian segera. Data Susenas tahun 2003 menyebutkan bahwa 2.4 persen anak balita mengalami kegemukan dan meningkat menjadi 3.5 persen pada tahun 2005. Kecenderungan yang terjadi semakin mengkhawatirkan karena prevalensi anak balita gemuk terus meningkat, 12.2 persen pada tahun 2007 menjadi 14 persen pada tahun 2010 (Riskesdas 2007 dan 2010).

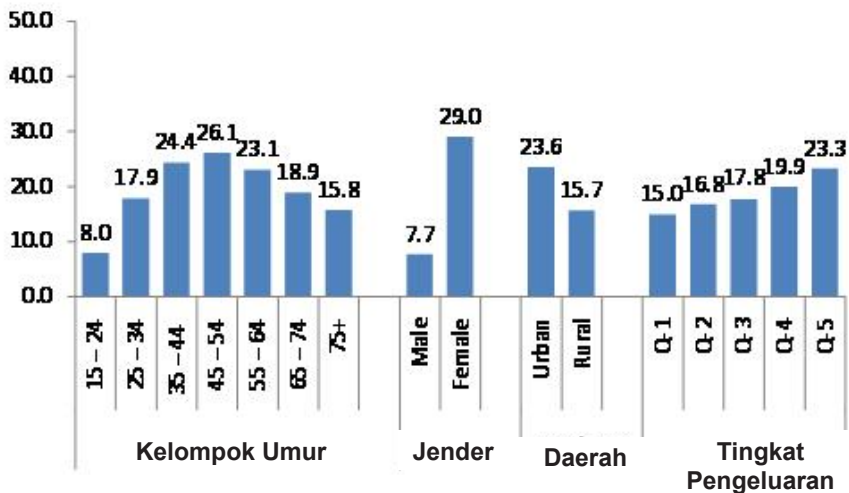
Gambar 3. Status Gizi Anak Balita



Masalah gizi lebih sudah merupakan ancaman di Indonesia. Survei indeks masa tubuh (IMT) pada tahun 1997-1998, yang dilakukan pada orang dewasa usia

18-65 tahun di 27 kota besar, menunjukkan prevalensi kegemukan sebesar 21% dan obesitas sebesar 9%, dan terbukti yang paling berisiko adalah wanita umur 41-56 tahun (Depkes RI, 1998). Wanita gemuk sebelum dan sesudah hamil biasanya merupakan akibat mengkonsumsi karbohidrat yang berlebihan dan kurang konsumsi mikronutrien. Mencermati kecenderungan peningkatan kegemukan dan obesitas pada anak dan dewasa maka dapat disimpulkan bahwa pada saat ini 1 dari 4 penduduk Indonesia mengalami kegemukan dan menderita obesitas.

Gambar 4. Obesitas (IMT \geq 27) Menurut Karakteristik, Riskesdas 2007

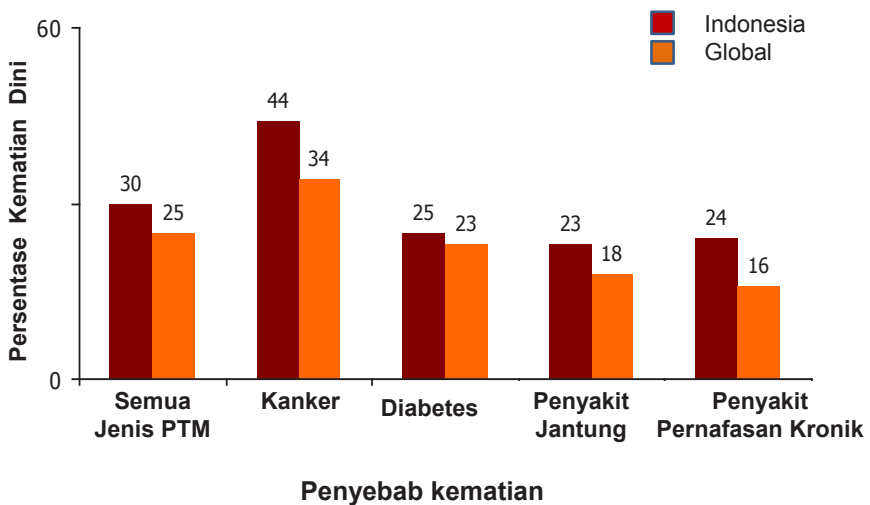


Semua faktor risiko diatas, yaitu pendek pada balita dan obesitas, disertai kurangnya aktivitas fisik, perilaku merokok dan konsumsi minuman beralkohol berakibat nyata pada meningkatnya PTM sebagai penyebab kematian pertama. Riskesdas, 2007 menunjukkan kematian akibat stroke 26.9 persen, hipertensi 12.3 persen, diabetes 10.2 persen, kanker 10.2 persen dan penyakit jantung 9.3 persen.

1. Penyakit Tidak Menular

Badan Kesehatan Dunia melaporkan pada tahun 2005, PTM merupakan penyebab utama dari 58 juta kematian di dunia. Di wilayah Asia Tenggara, PTM merupakan 51 persen penyebab kematian pada tahun 2003 dan menimbulkan DALYs sebesar 44 persen. Di Indonesia dilaporkan kematian akibat kanker 44 persen, diabetes 25 persen dan penyakit jantung 23 persen.

Gambar 5. Persentase Kematian Akibat Penyakit Tidak Menular pada Penduduk Usia < 60 Tahun Menurut Jenis Penyakit, 2008 (WHO, 2011)



Dari Riskesdas 2007, diketahui prevalensi PTM di Indonesia, lima tertinggi adalah hipertensi (31.7 persen), penyakit sendi (30.3 persen), cedera akibat kecelakaan lalu lintas darat (25.49 persen), penyakit jantung (7.2 persen), dan diabetes (5.7 persen).

Stroke merupakan penyebab kematian utama penduduk yang tinggal di daerah perkotaan. Penyebab kematian pada kelompok usia 45-54 tahun sebesar 15.9 persen dan meningkat menjadi 26.8 persen kematian pada kelompok usia 55-

64 tahun. Hal yang cukup mengejutkan, kecenderungan peningkatan kematian akibat PTM juga meningkat di daerah perdesaan. Riskesdas 2007 menemukan di perdesaan, penyebab utama kematian berturut-turut adalah stroke (17.4 persen), hipertensi (11.4 persen), penyakit jantung (10.8 persen), penyakit paru kronik (4.8 persen) dan kanker (3.9 persen). Kondisi lain yang ditemukan adalah ternyata PTM tidak lagi mendominasi kelompok sosial ekonomi menengah ke atas, tetapi sudah cenderung meningkat pada masyarakat miskin. Kondisi ini senada dengan hasil penelitian dalam 20 tahun terakhir yang menemukan prevalensi PTM tertinggi di Inggris dan Amerika Utara ternyata terjadi pada kelompok masyarakat miskin.

Berdasarkan fakta ilmiah faktor risiko PTM terdiri dari beberapa komponen yaitu kegemukan dan obesitas pada penduduk umur >18 tahun meningkat dari 19.1 persen menjadi 21,7 persen (Riskesdas 2007 dan 2010), sering makan makanan asin (24.5 persen), sering makan/minum manis (65.2 persen), konsumsi sayur kurang (93.6 persen), kurang aktivitas fisik (48.2 persen), merokok setiap hari (23.7 persen) dan konsumsi alkohol (4.6 persen).

Dilain pihak fasilitas pelayanan kesehatan belum secara terintegrasi melaksanakan promosi kesehatan yang terkait pengendalian faktor risiko PTM, baik pada fasilitas pelayanan kesehatan primer maupun di rumah sakit. Demikian pula halnya dengan penyuluhan tentang pentingnya pengaturan pola konsumsi makan dan aktivitas fisik secara terintegrasi juga belum menjadi program prioritas di fasilitas pelayanan kesehatan, baik milik pemerintah maupun swasta.

Berkenaan dengan upaya untuk menurunkan prevalensi PTM, beberapa hal penting yang perlu menjadi perhatian:

- a. Obesitas pada orang dewasa yang menjadi salah satu faktor risiko utama PTM menunjukkan kecenderungan meningkat.
- b. Telah terbukti terjadi peningkatan penyakit jantung dan pembuluh darah pada penduduk miskin dan penduduk di perdesaan.
- c. Kurangnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang hubungan antara pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik dengan kejadian PTM. Hal ini disebabkan belum optimalnya strategi komunikasi dan promosi tentang pola konsumsi makanan yang beragam dan bergizi seimbang terkait gaya hidup sehat.

- d. Menjamurnya makanan siap saji yang tinggi energi dan lemak, tinggi gula dan garam serta rendah serat, terutama di kota besar.
- e. Belum tersusunnya kebijakan tentang pembatasan asupan energi, lemak, gula, garam sebagai acuan dalam pengaturan dan pengawasan kandungan zat-zat tersebut pada makanan.
- f. Masih banyak makanan, suplemen makanan dan obat serta peralatan olahraga yang diklaim dan dipromosikan mempunyai efek kesehatan yang berlebihan '*over claimed*'.
- g. Adanya pemanfaatan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi secara umum memberi kemudahan, efisiensi dan kenyamanan bagi seseorang maupun masyarakat dalam melakukan kegiatan sehari-hari, namun kondisi tersebut tidak diimbangi dengan gaya hidup agar tidak malas untuk bergerak dan beraktivitas fisik.

2. Pola Konsumsi Makanan

Penduduk Indonesia terdiri dari bermacam suku bangsa yang mempunyai kekayaan kuliner yang sangat variatif. Apabila dikonsumsi dalam jumlah cukup dan seimbang, hidangan tersebut akan memenuhi kecukupan zat gizi yang dapat menjaga kondisi kesehatan secara optimal. Selain itu setiap daerah mempunyai keanekaragaman dan ketersediaan sumber pangan hewani dan nabati yang khas seperti padi-padian, kacang-kacangan, sayur dan buah di daerah pertanian; ikan dan produk laut di daerah pesisir; serta unggas dan daging di daerah peternakan.

Namun pengetahuan masyarakat untuk memilih makanan yang cukup dan seimbang untuk individu dan keluarga masih kurang. Hal ini sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, sosial ekonomi dan budaya. Pada keluarga miskin, umumnya karena akses pendidikan, pelayanan kesehatan dan pangan rendah, kurang gizi merupakan masalah yang disertai dengan tingginya angka penyakit infeksi seperti ISPA, diare, tuberkulosa dan malaria. Keluarga yang tidak mampu ini juga terbukti sangat terpapar dengan kebiasaan merokok yang memperparah kondisi kesehatan mereka.

Pola konsumsi makanan yang tidak berimbang menyebabkan struktur tubuh anak Indonesia semakin tidak ideal, yaitu pendek dan gemuk. Tinggi badan anak

laki-laki Indonesia pada umur 5 tahun, rata-rata kurang 6.7 cm dari tinggi yang seharusnya, sedangkan pada anak perempuan kurang 7.3 cm (Risikesdas, 2010). Hal ini disebabkan konsumsi makanan sumber protein terutama pangan hewani masyarakat yang rendah. Berdasarkan Susenas tahun 2009 rata-rata konsumsi pangan hewani sebesar 148 kkal (61.7 persen AKE) dari anjuran sebesar 240 kkal. Adapun kegemukan terjadi karena kelebihan konsumsi makanan sumber karbohidrat dan rendah serat makanan (Dewan Ketahanan Pangan, 2011).

Baik di perdesaan maupun di perkotaan, gizi lebih yaitu kegemukan dan obesitas telah menjadi masalah kesehatan masyarakat. Fisik yang kurang bergerak secara teratur karena kemudahan sarana transportasi dan jenis pekerjaan yang membuat pekerja relatif statis untuk waktu lama, bersama dengan obesitas merupakan faktor risiko utama terjadinya penyakit degeneratif, penyakit jantung dan pembuluh darah, diabetes dan kanker. Hal tersebut di atas antara lain sebagai akibat dari perubahan gaya hidup, yang merupakan dampak globalisasi dan industrialisasi, termasuk berkembangnya makanan cepat saji yang umumnya tidak bergizi seimbang yaitu tinggi lemak dan garam, serta rendah kandungan seratnya. Mobilitas yang sangat tinggi di kota besar membuat orang cenderung mengkonsumsi makanan cepat saji tanpa mempertimbangkan kandungan gizinya.

Industri dan konsumsi minuman ringan, minuman beralkohol sangat meningkat dalam dekade terakhir. Data menunjukkan pertumbuhan penjualan salah satu minuman populer di Indonesia pada trimester 1 tahun 2011, terjadi peningkatan penjualan 6.3 persen dibandingkan pada trimester yang sama tahun sebelumnya. Di seluruh dunia penjualan yang fantastis telah terbukti dengan peningkatan pendapatan perusahaan tersebut rata-rata US\$ 600 juta per tahun. Promosi makanan cepat saji juga semakin gencar dilakukan dengan pembukaan outlet dan petugas layan antar di setiap outlet yang telah memberi kontribusi 7-8 persen dari seluruh penjualan. Selain itu perubahan pola konsumsi masyarakat memicu kebutuhan terigu (tepung gandum) sebagai salah satu sumber karbohidrat sehingga ketersediaan dalam negeri terigu mencapai 3.79 juta ton pada tahun 2007 (Neraca Bahan Makanan, 2007).

Masalah utama terkait dengan pola konsumsi makanan, antara lain adalah:

a. Promosi '*junk food*' yang tinggi lemak, tinggi garam dan tinggi gula, serta

rendah serat, dipromosikan dan ditawarkan dengan sangat menarik melalui iklan di berbagai media massa yang ditujukan kepada konsumen sejak usia balita, dengan sasaran utama anak usia sekolah dan pekerja muda. Iklan dan potongan harga dari porsi yang lebih besar yang biasa ditawarkan berbagai perusahaan waralaba belum mendapat perhatian dan tindakan, terkait dengan dampaknya terhadap PTM.

- b. Pengetahuan masyarakat yang kurang tentang pola konsumsi makanan yang sehat dan seimbang, menyebabkan perilaku yang salah. Hal ini disebabkan tidak efektifnya pendidikan gizi kepada anak semenjak usia dini sampai anak usia sekolah.
- c. Penyediaan kantin sekolah dan program makan siang yang sehat dan higienis di sekolah, belum menjadi kebijakan bagi penyelenggara pendidikan. Bahkan gencarnya strategi produsen makanan dan minuman cepat saji berupa program *schoolastic* merupakan aktivasi hadirnya makanan dan minuman yang dikategorikan *junk food* untuk menjangkau pelajar usia remaja. Pada tahun 2009 program ini dilakukan di lebih dari 1.700 SMP dan SMU dan menjangkau lebih dari 1 juta pelajar di lima kota besar di Jakarta, Bandung, Medan, Yogyakarta dan Surabaya.
- d. Menu makanan tradisional yang tinggi serat seperti *gado-gado*, *karedok*, *urap* dan *pecel* kurang diminati oleh anak dan remaja. Selain itu keamanan makanan yang diujakan oleh penjual keliling termasuk jajanan anak sekolah perlu mendapat perhatian khusus terkait dengan hygiene dan sanitasi serta penggunaan yang salah berbagai bahan tambahan pangan dan adanya bahan berbahaya. Beredarnya minuman keras berkadar alkohol tinggi juga mengancam karena banyak dikonsumsi masyarakat kurang mampu karena harganya relatif murah.
- e. Pentingnya penerapan pola konsumsi makanan beragam, bergizi seimbang dan aktivitas fisik yang cukup dan teratur di tempat kerja dalam kaitannya dengan produktivitas optimal para pekerja ternyata masih belum diberikan perhatian. Sehingga banyak perusahaan mengabaikan kesehatan kerja termasuk kepedulian terhadap penyediaan makanan di tempat kerja masih rendah.

- f. Ketersediaan dan akses sayur dan buah beragam dan aman serta promosi pola konsumsi makanan tinggi serat belum ditangani secara serius, karena ditemukan 93.6 persen penduduk berumur di atas 10 tahun kurang makan sayur dan buah (Riskesmas 2007). Selain itu penggunaan pestisida secara tidak terkendali pada produksi pertanian perlu diatur dengan cermat dalam rangka perlindungan konsumen. Apalagi telah terbukti bahwa pestisida juga mencemari air susu ibu.
- g. Menjamurnya toko waralaba '*franchise convenience store*' di seluruh pelosok kota sampai ke perdesaan dengan berbagai strategi pemasaran yang gencar sehingga keluarga tergiur untuk membeli makanan baru produk kemasan yang pada umumnya kaya karbohidrat dan rendah protein serta miskin mikronutrien. Dengan meningkatnya pendapatan nasional kotor per kapita yaitu US\$ 3.956 (UNDP, 2010), walaupun menurun menjadi US\$ 3.716 di tahun 2011 (UNDP) telah mengakibatkan transisi pola konsumsi makanan masyarakat, berupa konsumsi makanan kemasan, makanan cepat saji tinggi lemak, tinggi garam dan minuman tinggi gula. Kondisi ini sejalan dengan meningkatnya kejadian kegemukan pada kelompok miskin (Riskesmas, 2010).
- h. Ketersediaan regulasi terkait pelabelan makanan perlu didukung dengan penyediaan bahan-bahan informasi yang mudah dipahami serta diiringi dengan edukasi konsumen sehingga mendorong terbentuknya konsumen cerdas. Implementasi regulasi tentang pentingnya pencantuman kandungan gizi pada berbagai label pangan perlu didukung.

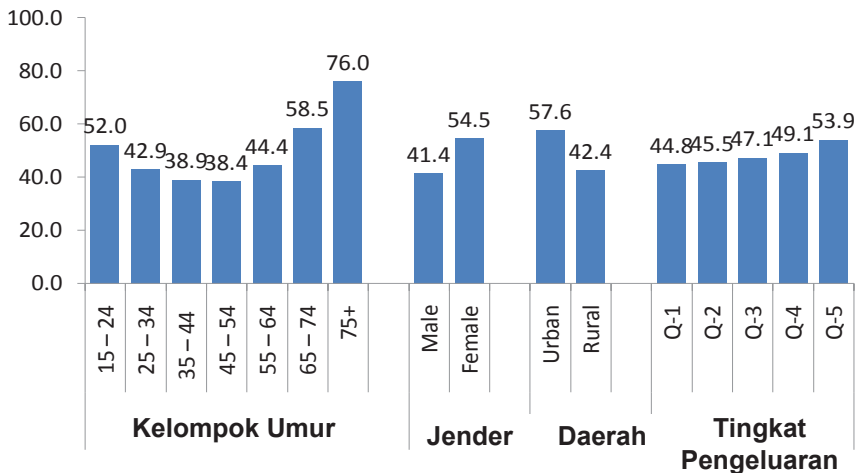
3. Aktivitas Fisik

Riskesmas tahun 2007 menyatakan bahwa 48.2 persen penduduk Indonesia yang berusia lebih dari 10 tahun kurang melakukan aktivitas fisik, dimana kelompok perempuan yang kurang melakukan aktivitas fisik (54.5 persen) lebih tinggi dari pada kelompok laki-laki (41,4 persen). Selain itu kurang melakukan aktivitas fisik didaerah rural sebesar 42,4 persen sementara didaerah urban kurang melakukan aktivitas fisik telah mencapai 57,6 persen. Kurang melakukan aktivitas fisik juga terjadi pada setiap kelompok penduduk dengan tingkat

pengeluaran termiskin sampai terkaya. Kejadian kurang aktivitas fisik ini perlu dikaji lebih lanjut agar dapat dilakukan intervensi yang tepat. Kondisi ini dapat dilihat pada gambar 6.

Susenas tahun 2003 menemukan bahwa dari penduduk berusia 10 tahun ke atas, 74 persen kurang melakukan aktivitas fisik terjadi selama dalam perjalanan, 81 persen kurang melakukan aktivitas fisik saat waktu senggang, dan 14 persen kurang melakukan aktivitas fisik dalam pekerjaan.

Gambar 6. Kurang Aktivitas Fisik Menurut Karakteristik, Riskesdas 2007



Tingkat kebugaran jasmani masyarakat Indonesia saat ini terhitung masih rendah, tercermin dari beberapa hasil penelitian yang dilaksanakan sebagai berikut:

- a) Tes Kesegaran Jasmani Indonesia yang dilakukan oleh Pusat Pengembangan Kualitas Jasmani Kementerian Pendidikan Nasional tahun 2010 pada siswa SD, SMP, SMA dan SMK di 17 Provinsi meliputi 12.240 siswa dengan hasil tingkat kebugaran baik hanya 17 persen. Siswa lainnya mempunyai kebugaran kurang 45 persen dan kebugaran sedang 38 persen.
- b) Hasil pemetaan kebugaran jasmani yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan pada tahun 2002 terhadap Pegawai Negeri Sipil (PNS) di kantor

Dinas Kesehatan dan Pemerintah Daerah Provinsi Sumatera Selatan, DKI Jakarta, Jawa Barat dan Bali, terdapat 73 persen PNS mempunyai tingkat kebugaran jasmani yang kurang dan kurang sekali.

Hal ini tidak diantisipasi dengan cepat dan tepat sehingga terbukti telah menimbulkan masalah kesehatan pada saat ini dengan kecenderungan munculnya PTM pada usia lebih dini dan meningkatnya persentase kematian populasi dewasa akibat PTM.

Masyarakat sadar bahwa dengan meningkatkan aktivitas fisik dengan cara latihan fisik atau olahraga yang teratur dapat meningkatkan derajat kesehatan. Tetapi masih banyak masyarakat belum paham bahwa latihan fisik atau berolahraga yang baik, benar, terukur, dan teratur akan meningkatkan kebugaran jasmani yang penting untuk menjaga stamina tubuh. Jadi tingkat kebugaran jasmani yang baik akan menurunkan angka kesakitan. Angka kesakitan anak yang menurun berarti tingkat absensi anak sekolah menurun dan prestasi belajar meningkat. Angka kesakitan pekerja menurun berarti tingkat kehadiran pekerja di tempat kerja meningkat sehingga dapat meningkatkan produktivitas kerja dan menurunkan biaya pengobatan. Pada akhirnya mengakibatkan keuntungan perusahaan meningkat dan diharapkan kesejahteraan pekerja dapat ditingkatkan. Hasil penelitian menyebutkan adanya program aktivitas fisik di tempat kerja, dapat menurunkan angka kesakitan karyawan sebesar 6 – 32 persen, mengurangi biaya kesehatan 20 – 55 persen dan meningkatkan produktivitas 2 – 52 persen (David, R.A.). Terlebih lagi jika latihan fisik atau olahraga yang teratur juga dimanfaatkan selama kehamilan dan masa nifas, persiapan fisik bagi calon jemaah haji serta bagi usia lanjut sehingga hidup tetap aktif dan berkualitas dengan kemandirian secara fisik dan sosial.

Tema yang dicanangkan pada Hari Kesehatan Nasional ke 40 tahun 2004 yaitu “Sehat adalah gaya hidup” yang merupakan gerakan nasional untuk membudayakan gaya hidup sehat antara lain melakukan aktivitas fisik atau olahraga teratur, pola makan beragam dan gizi seimbang serta tidak merokok. Slogan “Memasyarakatkan Olahraga dan Mengolahragakan Masyarakat”

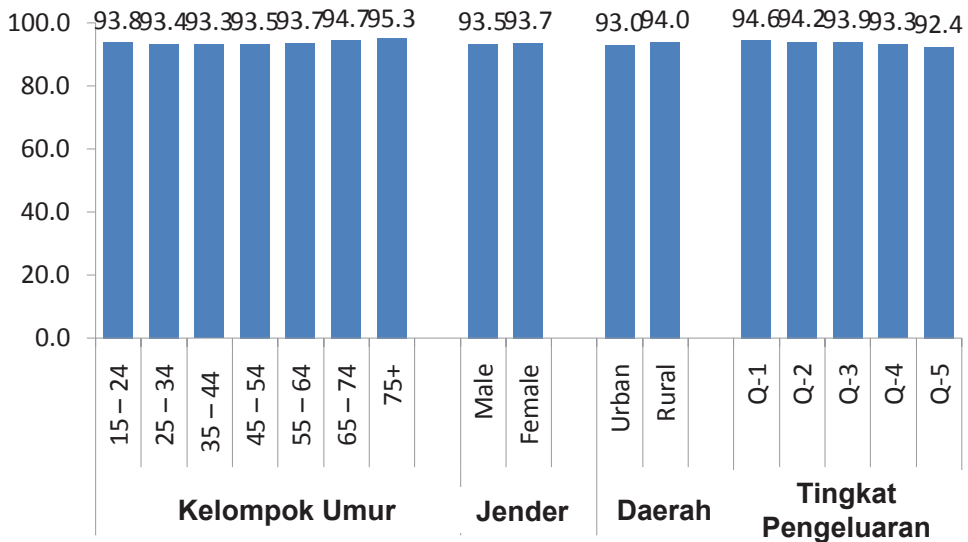
perlu terus menerus diimplementasikan dengan kegiatan massal. Dukungan Pemerintah Daerah dengan membuat regulasi tentang ruang terbuka publik dan menyelenggarakan berbagai kegiatan seperti 'car free day', 'fun bike' dan sebagainya mendapat sambutan masyarakat.

4. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

Faktor risiko PTM, terkait dengan indikator perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) yang diteliti pada Riskesdas 2007 dan 2010 membuktikan bahwa:

- a. Prevalensi nasional kurang makan buah dan sayur pada penduduk umur > 10 tahun adalah 93,6 persen. Data menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna rendahnya konsumsi sayur dan buah pada semua kelompok umur, pada laki-laki dan perempuan, pada masyarakat perkotaan dan perdesaan dan pada penduduk miskin dan penduduk kaya. Juga ditemukan bahwa 65,2 persen masyarakat mengkonsumsi makanan tinggi gula, 29,5 persen mengkonsumsi makanan tinggi garam dan 12,8 persen mengkonsumsi makanan tinggi lemak.
- b. Prevalensi kurang aktivitas fisik pada penduduk umur > 10 tahun adalah 48,2 persen.
- c. Persentase merokok setiap hari pada penduduk umur > 10 tahun adalah 23,7 persen. Prevalensi perokok >15 tahun sebesar 33,4 persen pada tahun 2007 meningkat menjadi 34,7 persen pada tahun 2010.
- d. Proporsi terbesar (54 persen) penduduk Indonesia terpapar 3 faktor risiko (kurang konsumsi buah dan sayur, kurang aktivitas fisik dan merokok). Penduduk laki-laki yang terpapar 3 faktor risiko (57 persen) lebih tinggi dibanding perempuan (51 persen). Persentase penduduk dengan 3 faktor risiko tertinggi terjadi pada kelompok usia remaja yaitu 57 persen, sedangkan pada umur 55 tahun keatas 47 persen.
- e. Secara kumulatif dengan menggunakan 10 indikator PHBS, hanya 38,7 persen rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat.

Gambar 7 . Kurang Makan Sayur dan Buah Menurut Karakteristik, Riskesdas 2007



Sumber daya, termasuk petugas yang kompeten dan dana untuk upaya preventif melalui promosi kesehatan terkait dengan gaya hidup sehat, pangan beragam, gizi seimbang dan aman, serta aktivitas fisik cukup dan teratur masih sangat terbatas dan belum optimal, tidak hanya di tingkat nasional tetapi juga di tingkat daerah.

B. Tantangan Masa Depan

Prinsip pencapaian kebijakan publik terkait pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik adalah memberi kesempatan terbaik kepada penduduk untuk mencapai usia harapan hidup tertinggi dan tetap menikmati kehidupan yang aktif dan berkualitas.

Karena itu strategi dan kegiatan aksi untuk mencegah akibat dari pola konsumsi makanan yang tidak seimbang dan kurangnya aktivitas fisik setiap individu sudah saatnya dilaksanakan sekarang.

Empat komponen kunci akan menjadi tantangan dalam implementasi strategi nasional ini, yaitu:

1. Kebijakan publik di tingkat nasional dan daerah yang difokuskan pada pemberdayaan masyarakat dan keluarga agar mampu mencapai dan mempertahankan hidup sehat melalui penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik dengan pendekatan dan cara sederhana, terjangkau dan bermanfaat.
2. Strategi nasional penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik perlu didukung dengan berbagai prasyarat termasuk:
 - a) kepemimpinan di berbagai tingkat baik di sektor pemerintah agar aksi berjalan efektif maupun di organisasi non pemerintah untuk menginisiasi aksi sebelum pemerintah bergerak;
 - b) inisiasi perubahan melalui komunikasi yang efektif untuk menjembatani kesenjangan antara pakar teknis, pembuat kebijakan dan masyarakat;
 - c) terbentuknya kemitraan dan jejaring antar kelompok untuk mencapai tujuan bersama '*common objectives*';
 - d) lingkungan kondusif yang memudahkan masyarakat memilih kesempatan hidup sehat dan menikmati manfaatnya, termasuk akses pangan beragam dan aman, pola pemasaran makanan dan gaya hidup individu. Misalnya penyediaan sarana pejalan kaki dan bersepeda, sarana olahraga rekreasi di ruang terbuka atau taman kota, serta ruang umum bebas rokok.
3. Kemantapan dalam bertindak untuk implementasi aksi promosi pola konsumsi makanan beragam, bergizi seimbang dan aman serta mendorong aktivitas fisik yang cukup dan teratur di semua tatanan termasuk di rumah tangga, sekolah, tempat kerja, tempat umum, dan fasilitas pelayanan kesehatan.
4. Kecenderungan perubahan lingkungan strategis antara lain: transisi epidemiologi, transisi demografi, globalisasi dan pasar bebas yang mempengaruhi gaya hidup.

BAB III

TUJUAN, SASARAN, KERANGKA KONSEP, PRINSIP DASAR DAN STRATEGI NASIONAL

A. Tujuan

Meningkatkan dukungan semua sektor terkait dalam pelaksanaan penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik yang komprehensif dan terintegratif, dengan pendekatan perubahan perilaku individu, keluarga dan masyarakat untuk menurunkan kejadian penyakit tidak menular.

B. Sasaran

1. Penentu kebijakan lintas sektor terkait dan lembaga legislatif di semua tingkat administrasi pemerintahan.
2. Pengelola di tatanan sekolah, tempat umum, tempat kerja dan fasilitas pelayanan kesehatan.
3. Kelompok profesi bidang kesehatan, gizi, pangan, olahraga, sosial, komunikasi dan lain-lain.
4. Masyarakat madani dan Lembaga Swadaya Masyarakat.
5. Pengusaha, terutama produsen makanan dan minuman serta pengelola restoran.
6. Media massa baik cetak maupun elektronik.

C. Kerangka Konsep

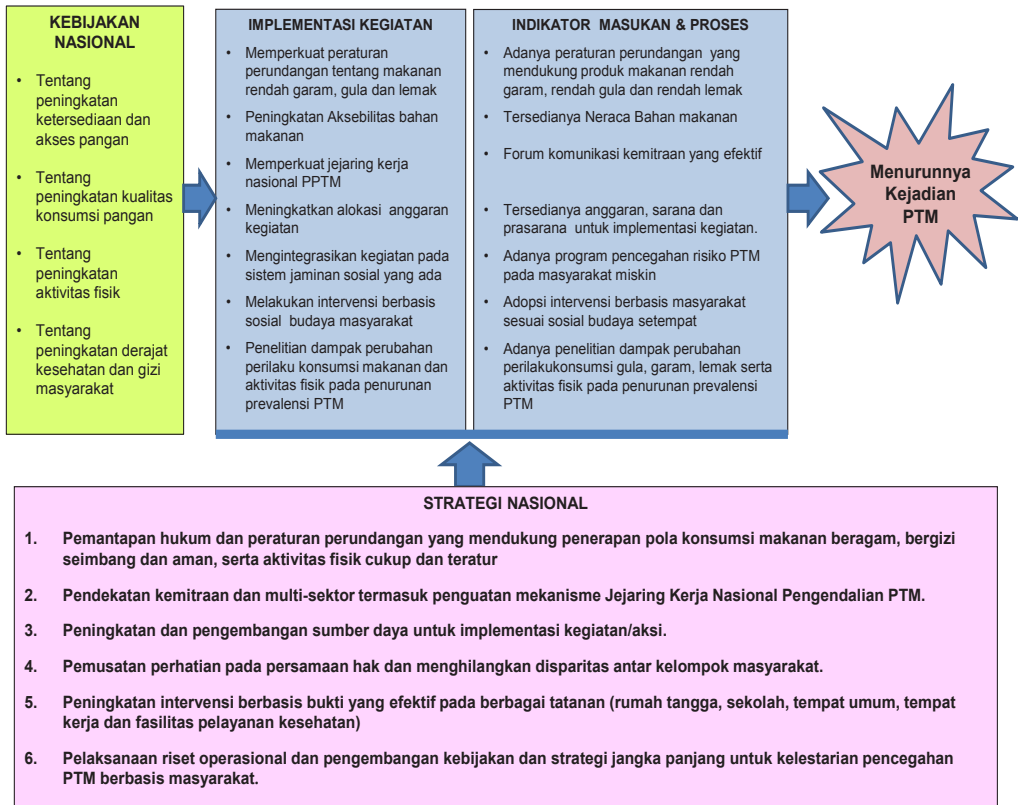
Kebijakan nasional di bidang pangan, meliputi penyediaan, distribusi dan konsumsi sangat dipengaruhi stabilitas harga pangan. Kualitas konsumsi dan penganekaragaman pangan harus disertai jaminan keamanan pangan segar dan pangan olahan sehingga masyarakat memperoleh haknya untuk mendapatkan pangan yang terjangkau dan mampu menjamin kesehatan anggota keluarganya.

Implementasi kegiatan terkait penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik harus dilaksanakan kolektif oleh pengelola program dan secara simultan

bekerja bersama dunia industri dan masyarakat madani, dikawal oleh media massa, organisasi profesi dan perguruan tinggi.

Dengan diterapkannya kegiatan strategi nasional penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik diharapkan berdampak pada penurunan faktor risiko dan kejadian PTM. Kerangka konsep dapat dilihat pada gambar 8.

Gambar 8. Kerangka Konsep Strategi Nasional Penerapan Pola Konsumsi Makanan dan Aktivitas Fisik.



D. Prinsip Dasar

Prinsip dasar strategi nasional penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik adalah:

1. Pendekatan periode emas awal kehidupan:
Berdasarkan penelitian yang dilakukan di seluruh dunia, termasuk di Indonesia, intervensi berbasis bukti yang paling efektif adalah pada awal kehidupan manusia yaitu sejak janin dalam kandungan sampai anak berusia dua tahun. Anak pendek mempunyai risiko lebih tinggi untuk menderita PTM pada masa dewasa. Pendekatan ini berdampak pada optimalnya kesehatan dan gizi ibu dan bayi sehingga menghasilkan generasi yang tumbuh sehat, cerdas dan produktif yang pada akhirnya akan memberikan hasil investasi tinggi bagi bangsa.
2. Pendekatan siklus kehidupan:
Anak berusia di bawah lima tahun, penduduk usia sekolah dan usia produktif hingga usia lanjut perlu didorong untuk sepanjang kehidupan menerapkan pedoman gizi seimbang dan melakukan aktifitas fisik cukup dan teratur untuk mencegah PTM, dengan menyadari bahwa upaya pencegahan dan perubahan perilaku membutuhkan waktu lama.
3. Pendekatan berbasis masyarakat:
Pendidikan kesehatan dan peningkatan keterampilan yang memberikan dampak positif bagi masyarakat perlu diupayakan terus menerus. Lingkungan yang kondusif yang mendukung implementasi kegiatan tersebut sangat penting bagi pemberdayaan keluarga dan masyarakat.
4. Intervensi yang terintegrasi dilaksanakan bersama secara multi-sektor dan multi-disiplin pada semua tingkat pemerintahan. Hal ini adalah prasyarat untuk penerapan strategi yang implementatif agar didukung partisipasi aktif semua sektor terkait, baik dari kalangan pemerintah maupun swasta, termasuk industri, LSM, serikat pekerja, sekolah, perguruan tinggi, kelompok profesi dari bidang yang beragam dan media massa.

E. Strategi Nasional Penerapan Pola Konsumsi Makanan dan Aktivitas Fisik

Strategi 1 :

Pemantapan hukum dan peraturan perundangan yang mendukung penerapan pola konsumsi makanan beragam, bergizi seimbang dan aman, serta aktivitas fisik cukup dan teratur.

Kegiatan :

1. Menyusun standar konsumsi gula, garam dan lemak.
2. Menyusun standar konsumsi sayuran dan buah.
3. Menyusun pedoman pengaturan aktivitas fisik, latihan fisik dan olahraga baik, benar, terukur dan teratur.
4. Memperkuat peraturan perundangan yang mendukung produk makanan rendah garam, rendah gula dan rendah lemak jenuh.
5. Mengatur iklan makanan dan minuman yang mengandung tinggi garam, tinggi gula dan tinggi lemak.
6. Memperkuat implementasi peraturan pencantuman kandungan gizi produk makanan (karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral, serat, gula dan garam).
7. Mengembangkan dan memperkuat peraturan perundangan yang mendukung peningkatan aktivitas fisik dan atau olahraga yang baik, benar, terukur dan teratur di berbagai tatanan publik.
8. Membuat peraturan perundangan tentang penyediaan sarana dan prasarana termasuk peralatan olahraga yang aman dan bermanfaat.
9. Mendorong pengembangan peraturan daerah yang mendukung penerapan strategi nasional pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik.

Strategi 2:

Pendekatan kemitraan dan multi-sektor termasuk penguatan mekanisme Jejaring Kerja Nasional Pengendalian PTM.

Kegiatan :

1. Menggalang kesepakatan pemerintah dan mitra terkait lainnya dalam penerapan strategi nasional pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik untuk pencegahan PTM.

2. Memperkuat peran dan keberadaan jejaring kerja nasional pengendalian PTM.
3. Memperkuat peran jejaring kerja yang ada di tingkat Provinsi, Kabupaten dan Kota dalam upaya pengendalian PTM.
4. Menyusun Rencana Aksi Nasional penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik untuk pencegahan PTM.

Strategi 3 :

Peningkatan dan pengembangan sumber daya untuk implementasi kegiatan/ aksi.

Kegiatan :

1. Mengembangkan pedoman nasional penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik di berbagai tatanan.
2. Meningkatkan kompetensi konselor, motivator, penyuluh, fasilitator, pelatih, instruktur, pengawas, dan lain-lain untuk mendukung penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik.
3. Meningkatkan alokasi anggaran dan sarana untuk mendukung penerapan strategi nasional pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik di semua tingkat baik sektor pemerintah, swasta, organisasi non pemerintah dan media massa.
4. Peningkatan aksesibilitas bahan makanan.
5. Mengembangkan sumberdaya yang mendukung pembinaan aktivitas fisik massal (*senam massal, car free day, bike to work, fun bike*, dan sebagainya) termasuk pengawasan pusat kebugaran.

Strategi 4 :

Pemusatan perhatian pada persamaan hak dan menghilangkan disparitas antar kelompok masyarakat.

Kegiatan :

1. Memberi prioritas pada kelompok masyarakat yang memiliki risiko PTM terutama masyarakat miskin dan terpinggirkan.
2. Mengintegrasikan kegiatan pengendalian faktor risiko PTM yang terkait penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik pada sistem jaminan sosial yang ada.

Strategi 5:

Peningkatan intervensi berbasis bukti yang efektif pada berbagai tatanan (rumah tangga, sekolah, tempat umum, tempat kerja dan fasilitas pelayanan kesehatan).

Kegiatan:

1. Melakukan identifikasi berbagai kajian intervensi yang terbukti cost efektif.
2. Mengadvokasi pemangku kepentingan agar berpartisipasi dalam proses.
3. Mengadopsi intervensi berbasis masyarakat sesuai kearifan lokal sosial budaya setempat.

Strategi 6:

Pelaksanaan riset operasional dan pengembangan kebijakan dan strategi jangka panjang untuk kelestarian pencegahan PTM berbasis masyarakat.

Kegiatan:

1. Mengembangkan kegiatan percontohan terkait penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik di tatanan rumah tangga, sekolah, tempat-tempat umum, tempat kerja, dan fasilitas pelayanan kesehatan.
2. Melakukan penelitian tentang dampak perubahan perilaku konsumsi gula, garam, lemak dan aktivitas fisik pada penurunan prevalensi PTM.
3. Melakukan penelitian penerapan pola konsumsi makanan beragam, bergizi seimbang dan aman berdasarkan ketersediaan produk pangan daerah serta aktivitas fisik.
4. Melakukan penelitian pola konsumsi makanan masyarakat Indonesia sebagai dasar penetapan paparan zat gizi dan bahan tambahan pangan terutama yang terkait dengan PTM.

BAB IV

PERAN DAN TANGGUNG JAWAB

Penerapan strategi pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik tidak mungkin dilakukan hanya oleh sektor kesehatan. Keterlibatan lintas sektor dan kemitraan dengan institusi swasta terkait sangat diperlukan karena pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik sangat dipengaruhi oleh pengetahuan masyarakat, gaya hidup, lingkungan, sarana dan prasarana, sosial budaya, ekonomi dan globalisasi, ketersediaan pangan dan kebijakan pemerintah. Keterkaitan antar komponen tersebut dapat dilihat pada gambar 9.

Gambar 9. Keterkaitan Antar Komponen Dalam Pola Konsumsi Makanan dan Aktivitas Fisik



Ekonomi dan Globalisasi.

Kondisi ekonomi negara dan masyarakat sangat berpengaruh terhadap daya beli bahan makanan, sehingga pola konsumsi makananpun akan dipengaruhi. Individu dan keluarga yang mampu dapat memilih makanan sehat yang tersedia di pasaran. Sedangkan masyarakat kurang mampu tidak mempunyai pilihan, sehingga akan makan apa saja yang tersedia dan terjangkau sesuai kemampuan ekonominya. Saat ini makanan sehat jauh lebih mahal dibanding makanan tidak sehat, seperti daging tanpa lemak jauh lebih mahal dibanding daging berlemak, sayuran dan beras organik yang bebas kimia dan pestisida, akan jauh lebih mahal dibanding sayuran dan beras biasa.

Demikian pula arus globalisasi, dengan diterapkannya perdagangan dan pasar bebas, sehingga makanan *fast food* dan *junk food* yang berasal dari luar negeri ada di semua tempat. Bagi sebagian masyarakat harga makanan tersebut relatif murah mengakibatkan masyarakat dapat dengan mudah menjangkaunya.

Lingkungan dan Sarana Prasarana.

Kondisi lingkungan dan sarana prasarana sangat berpengaruh terhadap pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik. Di daerah pegunungan biasanya akan mudah mendapatkan sayuran dan buah-buahan, sedangkan di daerah pantai mudah mendapatkan ikan. Adapun sarana prasarana yang dimaksudkan adalah sarana pejalan kaki, sarana olah raga, ruang terbuka publik, serta sarana prasarana lain yang memudahkan masyarakat untuk melakukan aktivitas fisik.

Media: Iklan dan Jejaring Sosial.

Peran media massa, terutama iklan produk makanan sangat berpengaruh terhadap pola konsumsi makanan. Iklan makanan junk food yang tinggi lemak, tinggi garam dan rendah serat justru semakin gencar, akan berpengaruh terhadap gaya hidup masyarakat. Demikian dengan media jejaring sosial, akan mudah berbagi informasi dan turut mendidik masyarakat agar menjadi konsumen yang cerdas.

Kebijakan Pemerintah: Legislasi, Anggaran dan Pengawasan.

Pemerintah bertugas sebagai regulator dalam segala aspek yang berkaitan dengan hajat hidup masyarakat. Kebijakan dapat berupa legislasi yang mengatur, anggaran yang mendanai segenap kegiatan, serta pengawasan yang menjamin terlaksananya segala

upaya yang dilaksanakan. Kebijakan pendukung yang telah ada adalah antara lain *car free day* yang memberikan kebebasan lebih kepada masyarakat untuk beraktivitas fisik, kebijakan ruang terbuka publik, pedestrian yang membuat nyaman dan aman bagi para pejalan kaki, serta kebijakan pemerintah untuk melakukan olah raga setiap hari Jumat, larangan menjual junk food di lingkungan sekolah dan kantin perkantoran, dan kebijakan lain yang dapat menata penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik.

Pengetahuan, Gender dan Gaya Hidup.

Perilaku seseorang sangat dipengaruhi oleh pengetahuan yang diperolehnya. Seseorang yang telah menerapkan konsumsi makanan tinggi serat biasanya mereka tahu manfaat serat bagi kesehatan. Demikian pula dengan aktivitas fisik, orang yang rajin berolah raga, adalah mereka yang tahu akan manfaat berolah raga bagi kesehatan dirinya.

Pengarusutamaan gender di semua sektor perlu mendapat perhatian dalam penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik. Dengan demikian akan diperoleh tercapai kesetaraan dan hilangnya disparitas antara perempuan dan lelaki.

Sedangkan gaya hidup merupakan perilaku yang dipengaruhi oleh tata nilai di masyarakat. Makan *junk food* lebih bergengsi dari pada makan di warung makan tradisional. Gaya hidup modern yang ingin serba cepat, sehingga merubah gaya hidup masyarakat untuk konsumsi makanan cepat saji yang kurang sehat, dan masih banyak gaya hidup lain yang berpengaruh negatif terhadap kesehatan.

Sosial Budaya, Pariwisata dan Kearifan Lokal.

Sosial budaya yang tumbuh dan berkembang di masyarakat sangat erat kaitannya dengan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik. Sosial budaya ini tentunya ada yang positif, namun ada pula yang negatif. Budaya yang positif seperti budaya makan lalapan, yang berupa sayuran mentah, sedangkan yang negatif seperti adanya tabu atau larangan untuk makan makanan tertentu pada kondisi tertentu, misalnya pada saat hamil, menyusui atau pada umur balita.

Pariwisata yang berkembang akhir-akhir ini, terutama adanya turis manca negara yang membawa budaya mereka masuk ke Indonesia juga berdampak pada pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik bangsa kita.

Kearifan lokal, berupa kebijakan untuk mengembangkan upaya yang berbasis

potensi dan kondisi lokal. Indonesia yang kaya akan flora dan fauna, dapat dikembangkan teknologi pengolahan bahan makanan bersumber daya lokal menjadi produk olahan yang bentuk dan cita rasanya seperti makanan dari luar negeri, namun kaya serat dan rendah garam.

Pangan dan Gizi.

Ketersediaan dan keterjangkauan pangan dan gizi di masyarakat sangat berpengaruh terhadap pola konsumsi makanan. Di perdesaan sayuran dan buah-buahan dapat diperoleh di pekarangan rumah atau di lahan sekitar desa, maka akan berpengaruh terhadap pola konsumsi makanan. Di daerah yang mengalami kekeringan, sering mengalami kesulitan akan ketersediaan sayuran dan buah-buahan.

Pemerintah dan masyarakat bersama-sama menyelenggarakan penerapan strategi nasional ini sesuai dengan tugas dan tanggung jawab masing-masing. Peran dan tanggung jawab tersebut saling mendukung dan melengkapi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan bersama. Peran dan tanggung jawab bidang terkait yang diharapkan diuraikan sebagai berikut:

A. Jejaring kerja Nasional Pengendalian Penyakit Tidak Menular

1. Sebagai forum kerjasama antar anggota jejaring dalam mengkoordinasikan kegiatan meliputi perencanaan, implementasi dan pemantauan evaluasi penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik.
2. Sebagai mitra pemerintah dan motor penggerak penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik.
3. Menyebarkan informasi terkait penerapan pola konsumsi makanan beragam bergizi seimbang dan aman serta aktivitas fisik cukup dan teratur.
4. Mengidentifikasi dan memobilisasi berbagai mitra potensial di masyarakat dari unsur organisasi profesi, asosiasi, LSM, dan swasta dalam penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik.
5. Mendorong dan mensinergikan penelitian dan pengembangan dari anggota jejaring.

B. Pemangku Kepentingan

1. Bappenas

- a. Merencanakan kebijakan nasional terkait strategi nasional pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik.
- b. Merencanakan kebutuhan anggaran untuk mendukung pelaksanaan strategi nasional pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik.
- c. Memantau dan mengevaluasi pencapaian sasaran strategi nasional pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik.

2. Dalam Negeri

- a. Membuat regulasi untuk mendukung pencegahan PTM melalui penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik.
- b. Mendorong Pemerintah Daerah dan partisipasi masyarakat untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya pola konsumsi makanan beragam, bergizi seimbang dan aman serta aktivitas fisik cukup dan teratur, termasuk penyediaan prasarana dan sarana.

3. DPRD

- a. Menyusun dan menetapkan legislasi.
- b. Mengesahkan alokasi anggaran.
- c. Mengawasi pelaksanaan program pemerintah dalam penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik.

4. Pemerintah Daerah Provinsi, Kabupaten dan Kota

- a. Membuat regulasi untuk mendukung pencegahan PTM melalui penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik termasuk penyediaan sarana prasarana sesuai rencana tata ruang wilayah, dan rencana detail tata ruang.
- b. Membuat regulasi tentang ruang terbuka publik (taman, jalur sepeda, jalur pejalan kaki, dsb).
- c. Mendorong keterlibatan masyarakat untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya pola konsumsi makanan beragam, bergizi seimbang dan aman serta aktivitas fisik cukup dan teratur.

- d. Mengalokasikan dana terkait kegiatan penerapan strategi nasional pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik untuk mencegah PTM.

5. Kesehatan

- a. Menjadi inisiator, inovator dan penggerak utama dalam pengembangan dan implementasi strategi nasional pola konsumsi makanan dalam upaya pencegahan PTM khususnya di Puskesmas sebagai penggerak pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya.
- b. Meningkatkan promosi kesehatan tentang pangan aman, beragam dan konsumsi gizi seimbang dan aktivitas fisik dengan melibatkan kelompok sasaran melalui pendekatan multi-sektor.
- c. Melakukan kampanye nasional tentang konsumsi makanan beragam bergizi seimbang dan aman serta aktivitas fisik cukup dan teratur secara berkesinambungan menuju keluarga sadar gizi.
- d. Mengembangkan penelitian dan pengembangan tentang makanan berbasis sumberdaya lokal yang rendah garam, gula dan lemak serta berbagai aktivitas fisik sesuai budaya setempat terkait dengan pencegahan PTM.

6. Badan Pengawas Obat dan Makanan

- a. Memperkuat kebijakan tentang standar, label, dan periklanan produk pangan serta suplemen makanan untuk melindungi kepentingan masyarakat.
- b. Melakukan pengawasan makanan dan minuman yang beredar khususnya yang berisiko terhadap PTM.
- c. Mengawasi produk dan bahan berbahaya dalam pangan.
- d. Melakukan bimbingan teknis dan monitoring pada kantin sekolah dan pangan industri rumah tangga (P-IRT).
- e. Melakukan pengawasan dan pembinaan kepada pelaku industri makanan dan minuman agar mematuhi ketentuan yang ada.

7. Pendidikan

- a. Menjadi inisiator, inovator dan penggerak utama dalam pengembangan

dan implementasi strategi nasional aktivitas fisik di sekolah.

- b. Mengembangkan kebijakan untuk kurikulum penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik.
- c. Mendorong tersedianya prasarana dan sarana olahraga di sekolah.
- d. Meningkatkan peran komite sekolah untuk penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik.
- e. Memperkuat Usaha Kesehatan Sekolah melalui pengembangan informasi hidup sehat sesuai dengan jenjang pendidikan, termasuk modifikasi mata ajar tentang kesehatan, gizi dan aktivitas fisik, serta melakukan monitoring tinggi badan dan berat badan serta kebugaran jasmani anak didik.
- f. Memantau dan mengawasi pelaksanaan ketersediaan makanan beragam, bergizi seimbang dan aman di kantin sekolah, penjual makanan di sekitar sekolah dan mencegah jajanan anak sekolah yang berdampak buruk pada kesehatan.

8. Agama

- a. Meningkatkan kesadaran dan peranserta pemuka agama dalam penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik melalui jalur keagamaan termasuk sekolah dan institusi berbasis keagamaan.
- b. Memfasilitasi terselenggaranya latihan fisik yang cukup dan teratur bagi calon jamaah haji.

9. Pemuda dan Olahraga

- a. Menjadi inisiator, inovator dan penggerak utama pemberdayaan masyarakat untuk hidup sehat melalui pembudayaan aktivitas fisik dalam pengembangan implementasi strategi nasional pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik.
- b. Mengembangkan kebijakan membudayakan olahraga dengan memassalkan olahraga pada masyarakat sebagai gaya hidup sehat.
- c. Mengembangkan dan menguatkan kebijakan kegiatan kepemudaan dan kepanduan dalam mendukung pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik.
- d. Meningkatkan partisipasi masyarakat baik secara perorangan ataupun

kelompok dalam mensosialisasikan pentingnya aktivitas fisik dan olahraga bagi kebugaran jasmani.

- e. Memassalkan olahraga pada masyarakat melalui olahraga layanan khusus, olahraga pendidikan, olahraga rekreasi, industri olahraga dan sentra-sentra keolahragaan.

10. Pertanian

- a. Mengembangkan dan menegakkan peraturan yang mendorong produksi dan distribusi hasil pertanian dan peternakan yang terjangkau oleh masyarakat.
- b. Melakukan pengawasan keamanan pangan segar yang tidak merugikan kesehatan.
- c. Menjaga pasokan pangan beragam secara nasional dan daerah, terutama pada daerah miskin untuk mencegah terjadinya rawan pangan.
- d. Sosialisasi penganeekaragaman pangan berbasis pangan lokal kepada masyarakat luas.

11. Kelautan dan Perikanan

- a. Mengembangkan dan menegakkan peraturan untuk mendorong produksi dan distribusi hasil perikanan yang terjangkau oleh masyarakat.
- b. Melakukan pengawasan mutu produk hasil perikanan segar yang tidak merugikan kesehatan.
- c. Menjaga pasokan hasil perikanan.
- d. Sosialisasi konsumsi hasil perikanan kepada masyarakat luas.

12. Tenaga Kerja

- a. Mempromosikan pentingnya pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik bagi pekerja agar sehat dan bugar untuk meningkatkan produktivitas kerja.
- b. Mendorong implementasi peraturan-peraturan yang terkait dengan kesehatan dan keselamatan pekerja.
- c. Mendorong tersedianya kantin sehat dan sarana latihan fisik atau olahraga di tempat kerja.

13. Perdagangan

- a. Mendorong implementasi pengadaan, distribusi dan pengawasan bahan berbahaya.
- b. Meningkatkan koordinasi pengawasan terhadap pendistribusian dan penggunaan bahan berbahaya.
- c. Mendorong implementasi pelaksanaan ketentuan perizinan toko modern (supermarket, minimarket), khususnya mengenai ketentuan jarak pendirian toko modern yang berada di satu wilayah.

14. Perindustrian

Mengembangkan dan menegakkan peraturan yang mendorong produksi makanan dan minuman sehat dan peralatan olahraga yang aman dan bermanfaat serta terjangkau masyarakat.

15. Pariwisata

- a. Mengembangkan dan menegakkan peraturan yang mendorong penyediaan pangan siap saji yang sehat dan aman di daerah tujuan wisata.
- b. Mengembangkan fasilitas aktivitas fisik yang aman di daerah tujuan wisata.

16. Perpajakan

Mengembangkan dan menegakkan peraturan perpajakan yang mendorong ketersediaan dan keterjangkauan makanan dan minuman sehat serta mengurangi produksi makanan yang merugikan kesehatan.

17. Pelaku industri dan Dunia usaha

- a. Mematuhi hukum dan peraturan perundangan tentang pemenuhan persyaratan sanitasi di seluruh kegiatan rantai pangan termasuk cara produksi pangan olahan yang baik (CPPOB).
- b. Mematuhi peraturan perundangan tentang label dan iklan pangan.
- c. Meningkatkan kesadaran pimpinan perusahaan dan karyawan tentang PHBS termasuk penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik.
- d. Mematuhi peraturan tentang keamanan pangan.

18. Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak

- a. Meningkatkan kesadaran dan pengetahuan perempuan tentang kesehatan ibu hamil, pemberian ASI dan MP-ASI, gizi seimbang dan aktivitas fisik yang cukup dan teratur agar diterapkan dalam lingkungan keluarga dan masyarakat.
- b. Memotivasi organisasi wanita atau kelompok peduli perempuan untuk menggerakkan masyarakat dalam kegiatan terkait pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik.

19. Sosial dan Hak Asasi Manusia

Mendorong ketersediaan informasi, sarana dan prasarana untuk penyediaan makanan beragam, bergizi seimbang dan aman serta aktivitas fisik yang cukup dan teratur pada kondisi tertentu dan masyarakat khusus.

20. Lembaga Swadaya Masyarakat

- a. Memberikan pelayanan '*to serve*' kepada masyarakat (dalam arti luas), termasuk memberikan informasi tentang pentingnya penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik.
- b. Melakukan advokasi '*to advocate*' kepada para penentu kebijakan untuk memberikan perhatian pada penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik terkait dengan regulasi dan anggaran.
- c. Melakukan kritik dan saran serta pengawasan '*to watch*' masyarakat terhadap penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik yang telah dilakukan oleh para pelaksana di lapangan.

21. Media Massa

- a. Menyebarluaskan informasi tentang pencegahan PTM dan pentingnya penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik.
- b. Mendukung terciptanya tanggung jawab sosial dan etika dalam menyebarluaskan informasi yang benar untuk melindungi kepentingan masyarakat.
- c. Mengembangkan media penyampaian informasi yang efektif untuk mencapai seluruh segmen sasaran.

22. Organisasi Profesi

- a. Menyebarluaskan informasi kepada lingkungan profesi dan masyarakat luas.
- b. Mengadvokasi para penentu kebijakan sesuai dengan profesinya.
- c. Terlibat aktif dalam penyusunan pedoman teknis yang sesuai dengan profesi.

23. Perguruan Tinggi

- a. Melakukan riset operasional pengembangan strategi nasional.
- b. Melakukan kajian intervensi sebagai dasar pengambilan keputusan berdasarkan bukti.
- c. Melakukan kajian dampak perubahan perilaku konsumsi makanan dan aktivitas fisik.
- d. Mengembangkan modul pelatihan untuk kegiatan pengabdian masyarakat terkait perubahan perilaku individu dan masyarakat.
- e. Mengembangkan modul mata kuliah untuk kegiatan pendidikan.
- f. Mengembangkan model implementasi pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik untuk pencegahan PTM.

24. Mitra Pembangunan Internasional

Badan Dunia dan Mitra Luar Negeri diharapkan dapat memberikan *technical assistance*, yang diarahkan untuk:

- a) Peningkatan kapasitas '*capacity building*' terutama bagi para petugas pelaksana di lapangan termasuk penyamaan persepsi di semua tingkatan.
- b) Mengembangkan inovasi, melalui pengembangan model-model intervensi '*modelling*'.
- c) Memberikan upaya guna mengurangi kesenjangan '*filling the gap*' antara kawasan timur dengan kawasan barat Indonesia, antara perkotaan dan perdesaan, antara penduduk kaya dan penduduk miskin, kesenjangan epidemiologi, dan kesenjangan lainnya.

BAB V

PEMANTAUAN, EVALUASI DAN SURVEILANS

Untuk melihat keberhasilan penyelenggaraan kegiatan/aksi yang terkait strategi nasional penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik perlu dilakukan pemantauan, evaluasi dan surveilans yang didasarkan pada indikator keberhasilan.

Pemantauan dan evaluasi yang di dalamnya tercakup juga makna pembinaan dan pengawasan merupakan fungsi manajemen untuk menjamin agar pelaksanaan kegiatan tidak bertentangan dengan kebijakan dan strategi yang telah ditetapkan dan untuk menjamin bahwa tujuan dapat tercapai secara efektif dan efisien. Selain itu pemantauan dan evaluasi juga bertujuan untuk mengetahui masalah dan hambatan dalam pelaksanaan kegiatan guna perbaikan di masa mendatang.

Pemantauan dan evaluasi dapat dilaksanakan melalui kegiatan:

1. Bimbingan teknis pada saat supervisi atau pada pertemuan teknis program.
2. Secara administrasi melalui pencatatan dan pelaporan program.
3. Dalam keadaan tertentu dapat dilaksanakan penilaian langsung sesuai kebutuhan, misalnya melakukan penelitian operasional.
4. Informasi dari sumber lain, misalnya media massa.

Surveilans dilakukan oleh program terkait di masing-masing sektor sesuai dengan sistem surveilans yang ada.

Ruang lingkup pemantauan, evaluasi dan surveilans dalam strategi nasional penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik difokuskan pada aspek masukan '*input*', proses '*process*', luaran '*output*' dan dampak '*outcome*'. Kegiatan ini dapat dilakukan oleh masing-masing sektor terkait dan atau oleh jejaring PPTM, baik di tingkat nasional, provinsi, kabupaten dan kota.

A. Indikator

Indikator diidentifikasi sebagai variabel yang membantu mengukur perubahan dan proses, serta seberapa jauh pencapaian dari tujuan yang ditetapkan. Indikator adalah pengukuran yang digunakan untuk menjawab pertanyaan dalam proses pemantauan dan evaluasi kegiatan intervensi kesehatan.

Indikator keberhasilan penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik meliputi:

Indikator proses:

1. Penyusunan peraturan yang mendukung implementasi strategi nasional penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik.
2. Penyusunan rencana aksi nasional pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik.

Indikator output:

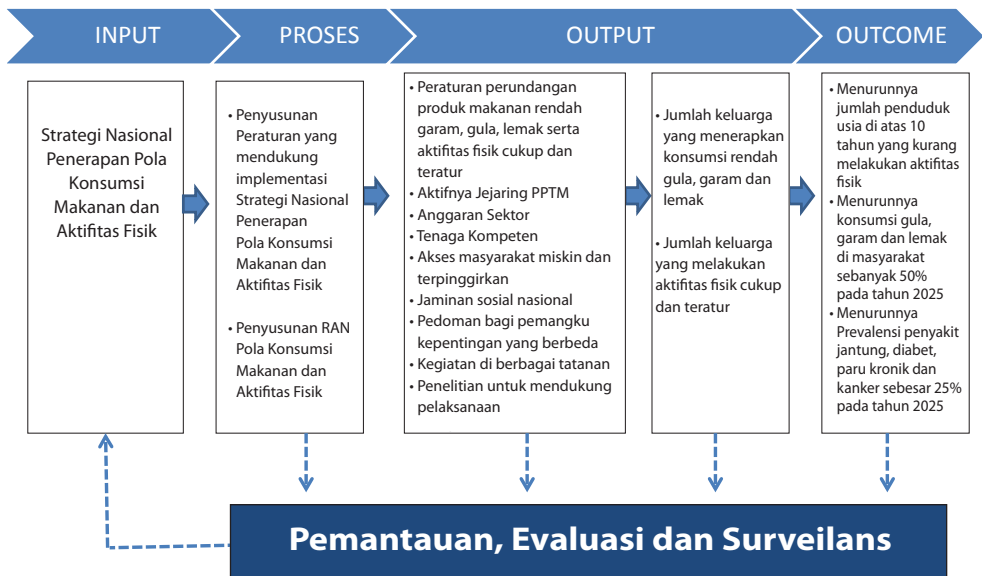
- a. Adanya kebijakan dan peraturan perundangan yang mendukung produk makanan rendah garam, rendah gula dan rendah lemak serta aktivitas fisik yang cukup dan teratur.
- b. Adanya pertemuan rutin Jejaring PPTM yang efektif.
- c. Tersedianya anggaran setiap tahun di masing-masing sektor terkait yang mendukung penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik.
- d. Jumlah tenaga kompeten dalam penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik.
- e. Cakupan masyarakat miskin dan terpinggirkan dalam kegiatan terkait penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik.
- f. Terakomodasinya kegiatan terkait penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik dalam Jaminan Sosial Nasional.
- g. Adanya pedoman bagi pemangku kepentingan yang berbeda dalam melaksanakan kegiatan yang konsisten.
- h. Jumlah pelaksana dan cakupan kegiatan di berbagai tatanan.
- i. Hasil penelitian terkait makanan rendah garam, rendah gula, rendah lemak dan tinggi serat.
- j. Hasil penelitian tentang perilaku pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik masyarakat.

Indikator outcome:

1. Menurunnya jumlah penduduk usia di atas 10 tahun yang kurang melakukan aktivitas fisik.
2. Menurunnya konsumsi gula, garam dan lemak di masyarakat sebesar 50% pada tahun 2025.
3. Menurunnya prevalensi penyakit jantung dan pembuluh darah, diabetes, pernafasan kronik dan kanker sebesar 25% pada tahun 2025.

Berbagai indikator tersebut diatas perlu dipantau dan dievaluasi melalui survei dan surveilans untuk menjamin keberhasilan program. Gambar dibawah ini menunjukkan keterkaitan antara implementasi strategi nasional penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik dengan penurunan faktor risiko PTM.

Gambar 10. Mekanisme Pemantauan, Evaluasi dan Surveilans



B. Mekanisme

Sistem surveilans nasional untuk mengukur perilaku konsumsi makanan dan perilaku aktivitas fisik ditetapkan secara nasional, dan dapat dikembangkan sampai ke tingkat daerah sesuai kondisi masing-masing. Beberapa dukungan di bawah ini akan sangat mempengaruhi keberhasilan penerapan strategi nasional:

1. Dukungan Lingkungan
 - a. Kesepakatan multi-sektor dan semua mitra pemangku kepentingan '*stakeholders*'.
 - b. Koordinasi dengan Badan-Badan Dunia dan Mitra Pembangunan Internasional.
2. Dukungan Kebijakan
 - a. Kebijakan pertanian untuk ketahanan pangan.
 - b. Kebijakan fiskal untuk mempengaruhi akses pangan.
 - c. Kebijakan transportasi dan lingkungan untuk meningkatkan promosi aktivitas fisik dalam perjalanan dan fasilitas umum.
 - d. Kebijakan pendidikan, pemuda dan olahraga.
 - e. Kebijakan label dan iklan pangan.
 - f. Kebijakan industri dan distribusi pangan dan makanan olahan yang aman.
 - g. Kebijakan industri dan distribusi peralatan olahraga yang aman dan bermanfaat.
3. Dukungan Program
 - a. Pedoman pola konsumsi makanan (beragam, bergizi seimbang dan aman).
 - b. Pedoman aktivitas fisik (baik, benar, terukur dan teratur).

Pemantauan, evaluasi dan surveilans dapat dilakukan melalui pencatatan dan pelaporan rutin dari masing-masing program sektor terkait. Evaluasi dampak dapat dilakukan melalui survei berkala, misalnya status gizi, dan prevalensi PTM, secara berjenjang dan berkesinambungan setiap 3-5 tahunan. Penelitian dan studi lapangan dapat dilakukan berdasarkan kebutuhan dan prioritas.

Dalam rangka mendapatkan gambaran secara utuh Jejaring Kerja Nasional Pengendalian PTM dapat mengembangkan sistem pencatatan, pelaporan, dan komunikasi berbasis jaringan internet untuk memperoleh informasi tepat dan cepat

tentang kemajuan pelaksanaan penerapan strategi nasional pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik di Indonesia dan menyebarkan perkembangan teknologi terkini dan lesson learnt yang berkaitan dengan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik.

BAB VI

PENUTUP

Prevalensi penyakit tidak menular khususnya penyakit jantung dan pembuluh darah telah menjadi penyebab kematian utama di Indonesia, serta menjadi ancaman serius bagi kesejahteraan masyarakat. Hal ini perlu mendapat penanganan serius dan segera seiring dengan upaya Pemerintah R.I yang saat ini sedang terus menerus mengupayakan peningkatan kesejahteraan masyarakat melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Mengingat banyak pemangku kepentingan diluar pemerintah yang berperan dalam penerapan pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik maka, dunia swasta, para pelaku industri dan LSM perlu dilibatkan secara aktif agar mampu menyamakan langkah bersama pemerintah dalam melaksanakan berbagai kegiatan yang bertujuan agar masyarakat tetap hidup sehat dan terhindar dari faktor risiko PTM. Kegiatan dan aksi yang mengacu pada strategi nasional pola konsumsi makanan dan aktivitas fisik merupakan serangkaian kegiatan yang seyogyanya dilaksanakan oleh seluruh komponen masyarakat.

Pemerintah Daerah Provinsi, Kabupaten dan Kota akan mengimplementasikan kegiatan dengan memfokuskan intervensi kepada kelompok masyarakat tidak mampu di berbagai tatanan kehidupan. Sedangkan masyarakat mampu akan memperoleh haknya untuk mendapat informasi yang cukup agar dapat memahami faktor risiko PTM dan upaya pencegahannya.

Peran Jejaring Kerja Nasional Pengendalian PTM sangat penting sebagai koordinator dan motor penggerak dalam rangka pelaksanaan kegiatan, pemantauan dan pembinaan sehingga tujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat PTM dapat terwujud.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2011. Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2011-2015.
- Badan Pusat Statistik. 2003. Survei Sosial dan Ekonomi Nasional 2003.
- Barker DJP. 2001. *The Malnourished baby and infant: relationship with type 2 diabetes*. Br Med Bull. 60: 69-88.
- David R A., 2003. *Building a First Class Workforce, Absolute Advantage Vol 2*, No.3:4-9
- Departemen Kesehatan R.I. 2009. Tim Jejaring Kerja Nasional Pengendalian Penyakit Tidak Menular.
- Departemen Kesehatan RI. Survei Kesehatan Rumah Tangga 1995.
- Departemen Kesehatan RI. Survei Kesehatan Rumah Tangga 2001.
- Departemen Kesehatan RI. 2007. Pedoman Pendampingan Keluarga Menuju Kadarzi.
- Departemen Kesehatan RI. 2009. Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Berbagai Tatanan.
- Departemen Kesehatan RI. 2010. Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan.
- Dewan Ketahanan Pangan. 2011. Kebijakan Umum Ketahanan Pangan, 2010-2014.
- James et al. 2000. *Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factors. The Journal of American Medical Association*.
- Kementerian Kesehatan RI. 2007. Riset Kesehatan Dasar 2007.

Kementerian Kesehatan RI. 2010. Riset Kesehatan Dasar 2010.

Kementerian Kesehatan RI. 2010. Rencana Aksi Pembinaan Gizi Masyarakat 2010-2014.

Kementerian Kesehatan RI. 2010. Rencana Program Nasional Pencegahan Dan Penanggulangan Penyakit Menular Tahun 2010-2014.

Kementerian Kesehatan RI. 2011. Rencana Operasional Promosi Kesehatan dalam Pengendalian Penyakit Tidak Menular.

Latief D. 2005. *Strategic Direction for Improving Nutritional Status of Populations Using The Life Cycle Approach*. WHO-SEARO.

Popkin B. *The Nutrition Transition and Obesity in the Developing World*. J Nutr. 2001; 131: 871S-3S.

Popkin B. *The World is Fat*. *Public Health Nutrition Journal* 2002; 5: 93-103.

Thaha, A.R. 2011. Transisi Epidemiologi. Tantangan dan pemecahannya dari perspektif kesehatan masyarakat. Seminar Nasional HBDI.

The Center for Global Development. 2010. *Scaling Up Nutrition, a Framework for Action*.

The Lancet Special Series. 2008. *Maternal and Child Undernutrition: Global and Regional Exposures and Health Consequences*.

The Lancet. 2011. Volume 377, p 1438-1447. 2011. *Priority actions for the non-communicable disease crisis*.

United Nations Development Programme (UNDP). 2010. *Human Development Report 2010. The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development*.

United Nations Development Programme (UNDP). 2011. Human Development Report 2011. Sustainability and Equity: A Better Future for All.

World Health Organization. 2004. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health.

World Health Organization. 2008. Interventions Diet and Physical Activity: What Works.

World Health Organization. 2008. A Framework To Monitor and Evaluate Implementation of Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health.

World Health Organization. 2011. Global Burden Diseases, 2008

TIM PENYUSUN

Pengarah

1. Slamet Riyadi Yuwono (Direktur Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak)
2. Tjandra Yoga Aditama (Direktur Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan)
3. Minarto (Direktur Bina Gizi)
4. Ekowati Rahajeng (Direktur Pengendalian Penyakit Tidak Menular)
5. Lily S.Sulistiyowati (Kepala Pusat Promosi Kesehatan)
6. Tetty Sihombing (Direktur Standarisasi Produk Pangan, BPOM)
7. Kuwat Sri Hudoyo (Direktur Bina Kesehatan Kerja dan Olahraga)

Konsultan

1. Dini Koeswandewi Latief
2. Rachmi Untoro
3. Erna Tresnaningsih Suharsa

Kontributor

A.R.Thaha, Akber Maulad, Anantha D. Tiara, Andi Sari, Andry H., Antonius, Atmarita, Bambang Purwowibowo, Bayu Aji, Budi Setiawan, Carmen M. Siagian, Charles Surjadi, Djarot Darsono, Eko Prihastono, Eman Sumarna, Endang L. Achadi, Eny T. Riangwati, Dwi Rini Fatum, Faiz Achmad, Fransiska Ratnasari, Galopong Sianturi, Gunawan TS, Hardinsyah, Helda Khususun, Hendi Triwendi, Hendy Yudyanto, Hendro Darmawan, Iip Syaiful, Imran Agus Nurali, Hera Nurlita Yusuf, Hernani Djarir, Kusumaningtias, Iskandar Zulkarnain, Ismoyowati, Ita Dahlia, Ivonne, Julina, Kartika Sri R, Khanchit Limpakarnjanarat, Lilik Hendrarti, , Linda Welly, Lily Banonah, Lora Sri Nofi, Srie Agustina, Mardiana, Maria Catharina, M. Nasir, Muhamad Fauzi, Nurfatayani, Prihandriyo, Ratna Kirana, Retna Ningsih, R.J. Sukowidodo, Renu Garg, Rita Ramayulis, Rosniar Tanjung, Ruki Fanaike, Sabhartini Nadzir, Saptiko, Sonia Blaney, Sonny P, Sugeng Eko Irianto, Sulastini Wibowo, Sunarti Haik, Titin Hartini, Tri Juli Edi Tarigan, Veronica Tarigan, Yeni Restiani, Yosi Diani Tresna, Yunimar Usman, Yusra Egayanti, Yustina Anie Indriastuti.

