



BERITA DAERAH KOTA BOGOR

Nomor 84 Tahun 2018

Seri E Nomor 60

**PERATURAN WALI KOTA BOGOR
NOMOR 84 TAHUN 2018**

TENTANG

**RENCANA AKSI DAERAH PANGAN DAN GIZI KOTA BOGOR
TAHUN 2020-2024**

Diundangkan dalam Berita Daerah Kota Bogor

Nomor 60 Tahun 2018

Seri E

Tanggal 17 Desember 2018

SEKRETARIS DAERAH KOTA BOGOR,

Ttd.

**ADE SARIP HIDAYAT
Pembina Utama Madya
NIP. 19600910 198003 1 003**

Wali Kota Bogor
Provinsi Jawa Barat

**PERATURAN WALI KOTA BOGOR
NOMOR 84 TAHUN 2018**

TENTANG

**RENCANA AKSI DAERAH PANGAN DAN GIZI KOTA BOGOR
TAHUN 2020-2024**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALI KOTA BOGOR,

- Menimbang** : bahwa sebagai pelaksanaan ketentuan Pasal 5 Peraturan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional Nomor 1 Tahun 2018 tentang Rencana Aksi Pangan dan Gizi, perlu menetapkan Peraturan Walikota Bogor tentang Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi Kota Bogor Tahun 2020-2024;
- Mengingat** : 1. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2009 tentang Pangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 227, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5360);

2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
3. Peraturan Pemerintah Nomor 17 Tahun 2015 tentang Ketahanan Pangan dan Gizi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 60, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5680);
4. Peraturan Presiden Nomor 83 Tahun 2017 tentang Kebijakan Strategis Pangan dan Gizi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 188);
5. Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat;
6. Peraturan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional Nomor 1 Tahun 2018 tentang Rencana Aksi Pangan dan Gizi;
7. Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 3 Tahun 2005 tentang Penyelenggaraan Kesehatan (Lembaran Daerah Kota Bogor Tahun 2005 Nomor 1 Seri E) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 19 Tahun 2011 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 3 Tahun 2005 tentang Penyelenggaraan Kesehatan (Lembaran Daerah Kota Bogor Tahun 2011 Nomor 7 Seri E);

8. Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 6 Tahun 2009 tentang Penyelenggaraan di Bidang Pertanian (Lembaran Daerah Kota Bogor Tahun 2009 Nomor 2 Seri E);
9. Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 7 Tahun 2009 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang (RPJP) Daerah Kota Bogor Tahun 2005-2025 (Lembaran Daerah Kota Bogor Tahun 2009 Nomor 1 Seri E);
10. Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 7 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Bogor Lembaran Daerah Kota Bogor Tahun 2016 Nomor 1 Seri D);
11. Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 8 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Urusan Pemerintahan Daerah (Lembaran Daerah Kota Bogor Tahun 2017 Nomor 5 Seri E);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN WALI KOTA TENTANG RENCANA AKSI DAERAH PANGAN DAN GIZI KOTA BOGOR TAHUN 2020-2024.

BAB I KETENTUAN UMUM

Bagian Kesatu Pengertian

Pasal 1

Dalam Peraturan Wali Kota ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah Kota adalah Daerah Kota Bogor.

2. Pemerintah Daerah Kota adalah Wali Kota sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
3. Wali Kota adalah Wali Kota Bogor.
4. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Wali Kota dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dalam penyelenggaraan Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
5. Badan Perencanaan Pembangunan Daerah yang selanjutnya disingkat Bappeda adalah Perangkat Daerah yang menyelenggarakan Urusan Pemerintahan di Bidang Perencanaan Pembangunan Daerah.
6. Kepala Bappeda adalah Kepala Bappeda Kota Bogor.
7. Rencana Aksi Pangan dan Gizi adalah rencana aksi di bidang pangan dan gizi yang disusun oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.
8. Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi Tahun 2020-2024 yang selanjutnya disingkat RAD-PG adalah rencana aksi tingkat daerah yang berisi program serta kegiatan di bidang pangan dan gizi serta bidang sensitif lainnya guna mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas dan berdaya saing.
9. Pemantauan adalah kegiatan mengamati perkembangan pelaksanaan Rencana Aksi Pangan dan Gizi, mengidentifikasi serta mengantisipasi permasalahan yang timbul dan/atau akan timbul untuk dapat diambil tindakan sedini mungkin.
10. Evaluasi adalah penilaian yang sistematis dan objektif atas implementasi dan hasil dari Rencana Aksi Pangan dan Gizi yang telah selesai.

Bagian Kedua Ruang Lingkup

Pasal 2

Ruang lingkup Peraturan Wali Kota ini meliputi:

- a. RAD-PG;

- b. pemantauan dan Evaluasi RAD-PG;
- c. peninjauan kembali RAD-PG.

BAB II RAD-PG

Pasal 3

- (1) RAD-PG bertujuan untuk:
 - a. mengintegrasikan dan menyelaraskan perencanaan pangan dan gizi Pemerintah Daerah Kota melalui koordinasi program dan kegiatan multisektoral;
 - b. meningkatkan peran dan komitmen Pemerintah Daerah Kota dalam mengoordinasikan pemangku kepentingan pangan dan gizi untuk mencapai ketahanan pangan dan gizi; dan
 - c. memberikan panduan Pemerintah Daerah Kota dalam melaksanakan kegiatan yang terdapat pada Rencana Aksi Pangan dan Gizi.
- (2) RAD-PG sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memuat:
 - a. pendahuluan;
 - b. rencana aksi multisektor;
 - c. kerangka pelaksanaan rencana aksi;
 - d. pemantuan dan evaluasi;
 - e. penutup.
- (3) RAD-PG sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disusun dengan mengacu kepada RAD-PG Provinsi Jawa Barat dan dokumen perencanaan daerah lainnya.
- (4) RAD-PG sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

BAB III PEMANTAUAN DAN EVALUASI

Pasal 4

- (1) Pemantauan dan Evaluasi pelaksanaan RAD-PG adalah sebagai berikut:
 - a. dilakukan oleh Perangkat Daerah sesuai dengan wewenang masing-masing dan dikoordinasikan oleh Kepala Bappeda Kota Bogor.
 - b. secara teknis dikoordinasikan oleh Bidang Perencanaan Sosial, Budaya dan Pemerintahan Bappeda Kota Bogor.
- (2) Pemantauan dilaksanakan setiap 6 (enam) bulan sekali atau sewaktu-waktu bila diperlukan.
- (3) Pemantauan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan melalui:
 - a. pelaporan hasil pemantauan;
 - b. pertemuan; dan/atau
 - c. kunjungan lapangan.
- (4) Evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan setiap akhir tahun.

Pasal 5

- (1) Kepala Perangkat Daerah menyampaikan laporan pelaksanaan RAD-PG kepada Wali Kota sekali dalam 1 (satu) tahun dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.
- (2) Wali Kota menyampaikan laporan pelaksanaan RAD-PG dan hasil laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Gubernur sekali dalam 1 (satu) tahun dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.

Pasal 6

Ketentuan mengenai pedoman pemantauan dan evaluasi RAD-PG sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 dan Pasal 5 tercantum dalam Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

BAB IV
PENINJAUAN KEMBALI RAD-PG

Pasal 7

- (1) Peninjauan kembali RAD-PG dapat dilakukan pada pertengahan periode RAD-PG.
- (1) RAD-PG dapat dilakukan peninjauan kembali berdasarkan:
 - a. hasil pemantauan dan evaluasi pelaksanaan RAD-PG; dan/atau
 - b. perubahan Kebijakan Strategi Pangan dan Gizi.
- (2) Peninjauan kembali sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan terhadap:
 - a. indikator hasil (*outcome*) dan/atau targetnya;
 - b. program dan kegiatan; dan/atau
 - c. indikator kinerja (*output*) dan/atau targetnya.
- (3) Peninjauan kembali sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat menghasilkan rekomendasi untuk melakukan perubahan RAD-PG.
- (4) Wali Kota menetapkan perubahan RAD-PG sebagaimana dimaksud pada ayat (4).

BAB V
KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 8

Dengan berlakunya Peraturan Wali Kota ini maka proses penyusunan perencanaan pembangunan Daerah Kota bidang pangan dan gizi wajib menyesuaikan dengan ketentuan Peraturan Wali Kota ini paling lambat 6 (enam) bulan sejak diundangkan.

BAB VI
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 9

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Wali Kota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Bogor.

Ditetapkan di Bogor
pada tanggal 17 Desember 2018

WALI KOTA BOGOR,
Ttd.
BIMA ARYA

Diundangkan di Bogor
pada tanggal 17 Desember 2018

SEKRETARIS DAERAH KOTA BOGOR,
Ttd.
ADE SARIP HIDAYAT
BERITA DAERAH KOTA BOGOR
TAHUN 2018 NOMOR 60 SERI E

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM
DAN HAK ASASI MANUSIA,

Ttd.

N. HASBHY MUNNAWAR, S.H, M.Si.
NIP. 19720918199911001

LAMPIRAN I PERATURAN WALI KOTA BOGOR

NOMOR : 84 Tahun 2018

TANGGAL : 17 Desember 2018

TENTANG : RENCANA AKSI DAERAH PANGAN
DAN GIZI KOTA BOGOR
TAHUN 2020-2024.

I. RENCANA AKSI DAERAH PANGAN DAN GIZI KOTA BOGOR TAHUN 2020-2024

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Mewujudkan Sumber Daya Manusia (SDM) yang berkualitas dan berdaya saing merupakan tujuan utama pembangunan nasional. Amanat yang tercantum dalam pembukaan Undang-Undang Dasar (UUD) Negara Republik Indonesia tahun 1945 adalah memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.

Salah satu faktor penting untuk mewujudkan SDM yang berkualitas dan berdaya saing adalah melalui pembangunan pangan dan gizi. Hal ini sesuai dengan penelitian Sari (2014) bahwa kualitas konsumsi pangan yang ditunjukkan oleh skor Pola Pangan Harapan (PPH) secara signifikan memengaruhi Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Pencapaian PPH ideal akan meningkatkan IPM melalui perbaikan status gizi dan kesehatan. PPH berhubungan signifikan dengan penurunan prevalensi gizi buruk, peningkatan prevalensi status gizi normal pada usia dewasa, dan penurunan prevalensi gizi kurang pada dewasa akhir

(Rosselini *et al.* 2013). Oleh karena itu pembangunan pangan dan gizi juga menjadi salah satu prioritas pembangunan nasional yang tertulis dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019, yaitu pada dimensi pembangunan manusia untuk gizi dan kesehatan serta dimensi pemerataan sektor unggulan untuk pangan.

Pemenuhan pangan dan perbaikan gizi masyarakat juga menjadi salah satu dari 17 tujuan agenda pembangunan berkelanjutan untuk tahun 2030 (*the 2030 Sustainable Development Goals/SDGs*). Pemenuhan pangan terdapat pada tujuan 2 yaitu tanpa kelaparan dan tujuan 12 yaitu konsumsi dan produksi yang berkelanjutan. Beberapa langkah untuk menghilangkan kelaparan diantaranya adalah dengan memantapkan ketahanan pangan, stabilisasi harga pangan, memperbaiki kualitas dan kuantitas konsumsi pangan dan gizi masyarakat, hingga meningkatkan kesejahteraan pelaku usaha tani. Perbaikan gizi masyarakat terdapat pada tujuan 3, yaitu untuk kehidupan sehat dan sejahtera.

Tantangan pembangunan SDM di Indonesia saat ini adalah beban gizi ganda di semua siklus kehidupan, mulai dari pendek dan sangat pendek (*stunting*), kegemukan (obesitas), dan gizi buruk pada anak usia 0 – 59 bulan hingga Penyakit Tidak Menular (PTM) terkait gizi pada orang dewasa. Menurut beberapa penelitian, *stunting* diproyeksikan dapat meningkatkan risiko obesitas dan PTM ketika dewasa.

Beban masalah gizi ganda tersebut juga dihadapi oleh Provinsi Jawa Barat sebagai provinsi dengan jumlah penduduk

terbesar di Indonesia. Hasil Penilaian Status Gizi (PSG) tahun 2016 menunjukkan bahwa 1 dari 3 anak usia 0 – 59 bulan di Provinsi Jawa Barat mengalami *stunting*. Tingginya prevalensi *stunting* juga diiringi dengan meningkatnya prevalensi gizi lebih dan kegemukan pada anak balita. Hasil PSG juga menunjukkan bahwa 1 dari 4 penduduk usia lebih dari 18 tahun Provinsi Jawa Barat mengalami obesitas dan kegemukan.

Kota Bogor merupakan salah satu daerah perkotaan di Provinsi Jawa Barat yang juga dihadapkan dengan beban ganda masalah gizi. Kota Bogor memiliki prevalensi gizi lebih tertinggi di Jawa Barat, yaitu sebesar 3.9% pada tahun 2015. Anak balita pendek dan sangat pendek (*stunting*) juga masih ditemui di Kota Bogor dengan prevalensi sebesar 18.3%. Meskipun termasuk dalam kategori rendah menurut WHO 2010 dan lebih rendah dari prevalensi Jawa Barat, prevalensi nasional dan telah mencapai target RPJMN 2019, namun 1 dari 5 anak balita di Kota Bogor adalah *stunting*. Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 menunjukkan prevalensi kegemukan dan obesitas Kota Bogor tergolong tinggi yaitu 31.8%, lebih tinggi dari prevalensi Jawa Barat (26.9%). Artinya bahwa 1 dari 3 penduduk dewasa usia lebih dari 18 tahun di Kota Bogor adalah gemuk dan obesitas.

Mengacu pada kerangka UNICEF (1998), bahwa adanya masalah gizi secara langsung mengindikasikan adanya masalah konsumsi pangan dan status kesehatan. Ditinjau dari faktor penyebab pangan, pemerintah mempunyai tantangan untuk menyediakan pangan dan memastikan pangan dikonsumsi secara cukup baik kuantitas maupun kualitasnya dari tingkat negara

hingga perseorangan. Pangan merupakan hak asasi manusia, sebagaimana termaktub dalam Undang-Undang (UU) Nomor 18 Tahun 2012 tentang Pangan, bahwa negara berkewajiban untuk menjamin tersedianya pangan yang cukup, baik jumlah maupun mutunya, aman, beragam, bergizi, merata, dan terjangkau serta tidak bertentangan dengan agama, keyakinan, dan budaya masyarakat, untuk dapat hidup sehat, aktif, dan produktif secara berkelanjutan.

Sistem pangan tidak terlepas dari produksi pertanian dan usaha tani di hulu, pasca panen dan perdagangan, manajemen cadangan pangan di segmen tengah, hingga konsumsi pangan yang memengaruhi status gizi dan kesehatan masyarakat di sisi hilir. Sistem pangan mempunyai dimensi makro yang terkait dengan kebijakan ekonomi makro mulai dari fiskal, moneter, perdagangan internasional sampai pasar dan harga, maupun dimensi mikro atau alokasi sumber daya pada tingkat individu dan rumah tangga. Sistem pangan yang terintegrasi dari hulu, tengah dan hilir menempatkan peran multisektor yang saling memengaruhi satu sama lain. Oleh karena itu partisipasi dari para akademisi, pemerintah dan perangkat daerah, dunia usaha, dan masyarakat madani mempunyai peran penting pada setiap komponen dalam sistem pangan.

Hubungan pangan, gizi dan pembangunan sangat kompleks melibatkan peran multisektor. Oleh karena itu dalam rangka mengintegrasikan dan menyelaraskan pembangunan pangan dan gizi melalui koordinasi program dan kegiatan multisektor di Kota Bogor maka diperlukan Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi

(RADPG) Kota Bogor tahun 2020-2024. RADPG merupakan pedoman dalam upaya pembangunan pangan dan gizi untuk mendukung pelaksanaan pembangunan daerah dalam bentuk arah kebijakan, strategi dan program serta kegiatan dengan penetapan target capaian tertentu.

RADPG Kota Bogor tahun 2020-2024 perlu diimplementasikan dengan sistematis sesuai dengan tantangan yang dihadapi berdasarkan kegiatan yang terstruktur secara integratif dalam 5 pilar rencana aksi, yang terdiri atas: (1) Perbaikan gizi masyarakat (2) Peningkatan aksesibilitas pangan yang beragam, (3) Peningkatan mutu dan keamanan pangan, (4) Peningkatan perilaku hidup sehat dan bersih (PHBS), dan (5) Penguatan koordinasi pembangunan pangan dan gizi.

B. Tujuan Penyusunan

Tujuan penyusunan RADPG Kota Bogor tahun 2020 – 2024 adalah untuk:

1. Mengintegrasikan dan menyelaraskan perencanaan pangan dan gizi di Kota Bogor melalui koordinasi program dan kegiatan multisector;
2. Meningkatkan pemahaman, peran, dan komitmen pemangku kepentingan pangan dan gizi di Kota Bogor untuk mencapai kedaulatan pangan serta ketahanan pangan dan gizi;
3. Memberikan panduan bagi pemerintah daerah Kota Bogor dalam menyusun rencana aksi pangan dan gizi dengan menggunakan pendekatan multisektor;

4. Memberikan panduan bagi pemerintah daerah Kota Bogor dalam melaksanakan pemantauan dan evaluasi pembangunan pangan dan gizi multisektor.

C. Dasar Penyusunan

1. Peraturan Presiden Nomor 83 Tahun 2006 tentang Dewan Ketahanan Pangan.
2. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
3. Undang-undang Nomor 18 Tahun 2012 tentang Pangan.
4. Peraturan Presiden Nomor 42 tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi.
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.
6. Peraturan Presiden Nomor 2 Tahun 2015 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) Nasional Tahun 2015-2019.
7. Peraturan Pemerintah Nomor 17 Tahun 2015 tentang Ketahanan Pangan dan Gizi.
8. Peraturan Presiden Nomor 83 tahun 2017 tentang Kebijakan Strategis Pangan dan Gizi.
9. Instruksi Presiden Nomor 3 Tahun 2017 tentang Peningkatan Efektivitas Pengawasan Obat dan Makanan.
10. Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 8 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Urusan Pemerintahan Daerah.
11. Peraturan Wali Kota Bogor Nomor 48 Tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat Kota Bogor.

12. Peraturan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/
Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
Nomor 1 Tahun 2018 tentang Rencana Aksi Pangan dan
Gizi.

BAB II RENCANA AKSI MULTISEKTOR

A. Tujuan dan Sasaran

Tujuan utama perbaikan pangan dan gizi melalui pendekatan multisektor adalah terbentuknya sumber daya manusia yang cerdas, sehat, dan produktif secara berkelanjutan dan berdaya saing tinggi. Sasaran RAN-PG 2017 – 2019 mencakup sasaran perbaikan pangan yang terdiri dari 10 indikator dan sasaran perbaikan gizi yang terdiri dari 7 indikator. Ke-17 indikator RAN-PG 2017 – 2019 terdapat pada tabel 1.

Tabel 1. Indikator, sasaran pangan dan perbaikan gizi dari RAN-PG 2017– 2019

No	Indikator	Status Awal (2016)	Target 2019
1	Produksi Padi (juta ton)	79.35	82.00
2	Produksi Jagung (juta ton)	23.57	24.10
3	Produksi Kedelai (juta ton)	0.86	2.60
4	Produksi Gula (juta ton)	2.22	3.80
5	Produksi Daging Sapi (juta ton)	0.52	0.75
6	Produksi Ikan (juta ton) di luar rumput laut	11.57	18.76
7	Produksi Garam (juta ton)	0.12	4.50
8	Skor Pola Pangan Harapan (PPH)	86.20	92.50
9	Tingkat Konsumsi Kalori (Kkal/kapita/hari)	2,040.4	2,145.0
10	Konsumsi Ikan (kg/kap/tahun)	43.88	54.49
11	Prevalensi Anemia Ibu Hamil (persen)	37.1	28.0
12	Prevalensi BBLR (persen)	10.2	8.0
13	Prevalensi bayi mendapat ASI Eksklusif 6 bulan (persen)	38.0	50.0

14	Prevalensi kekurangan gizi (<i>underweight</i>) pada anak balita (persen)	19.6	17.0
15	Prevalensi kurus (<i>wasting</i>) pada anak balita (persen)	12.0	9.5
16	Prevalensi pendek dan sangat pendek (<i>stunting</i>) pada anak balita (persen)	32.9	28.0
17	Prevalensi obesitas penduduk usia >18 tahun (persen)	15.4	15.4

Penetapan sasaran perbaikan pangan dan gizi Kota Bogor selain disesuaikan dengan sasaran perbaikan pangan dan gizi nasional yang tercantum dalam RAN-PG 2017 - 2019, juga mempertimbangkan RPJM Daerah Provinsi Jawa Barat 2013 - 2018, RPJMD teknokratis Kota Bogor 2020-2024 maupun RPJM Nasional 2015 - 2019. Indikator dan sasaran perbaikan pangan dan gizi Kota Bogor terdapat pada tabel 2.

Tabel 2. Indikator, sasaran pangan dan perbaikan gizi tahun 2020-2024

No	Indikator	Status Awal (2017)	Target 2024
1	Skor Pola Pangan Harapan (PPH)	77.1	86.4
2	Tingkat Konsumsi Kalori (Kkal/kapita/hari)	1,945	2,150
3	Konsumsi Ikan (kg/kap/tahun)	27.01	28.67
4	Prevalensi Anemia Ibu Hamil (persen)	6.2	5.7
5	Prevalensi BBLR (persen)	1.6	1.1

6	Prevalensi bayi mendapat ASI Eksklusif 6 bulan (persen)	50.3	55.0
7	Prevalensi kekurangan gizi (<i>underweight</i>) pada anak balita (persen)	11.1	10.5
8	Prevalensi kurus (<i>wasting</i>) pada anak balita (persen)	4.0	3.6
9	Prevalensi pendek dan sangat pendek (<i>stunting</i>) pada anak balita (persen)	25.0	20.0
10	Prevalensi obesitas penduduk usia >18 tahun (persen)	50.45	35.0

Tabel 2 menunjukkan indikator dan sasaran RADPG Kota Bogor untuk target capaian akhir tahun 2024. Indikator dan sasaran telah disesuaikan dengan potensi daerah Kota Bogor sebagai daerah perkotaan dan masalah prioritas yang sedang dihadapi Kota Bogor. Selanjutnya target capaian per tahun terdapat pada Lampiran 1.

B. Prinsip dan Pendekatan Kunci

1. Pilar Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi

Mengacu pada RAN-PG 2017-2019 maka RADPG Kota Bogor 2020-2024 dijabarkan ke dalam 5 (lima) pilar meliputi:

- a. perbaikan gizi masyarakat;
- b. peningkatan aksesibilitas pangan yang beragam;
- c. mutu dan keamanan pangan;
- d. perilaku hidup bersih dan sehat; dan

e. koordinasi pembangunan pangan dan gizi.

Berikut uraian setiap pilar tersebut :

Pilar 1 – Perbaikan gizi masyarakat, meliputi bidang:

- a. promosi dan pendidikan gizi masyarakat;
- b. pemberian suplementasi gizi;
- c. pelayanan kesehatan dan masalah gizi;
- d. pemberdayaan masyarakat di bidang pangan dan gizi;
- e. jaminan sosial yang mendukung perbaikan pangan dan gizi, dan
- f. pendidikan anak usia dini.

Pilar 2 – Peningkatan aksesibilitas pangan yang beragam, meliputi bidang:

- a. produksi pangan dalam negeri;
- b. penyediaan pangan berbasis sumber daya lokal;
- c. distribusi pangan;
- d. konsumsi kalori, karbohidrat, protein, vitamin, dan mineral; dan,
- e. peningkatan akses pangan bagi masyarakat miskin dan masyarakat yang mengalami rawan pangan dan gizi.

Pilar 3 – Mutu dan Keamanan Pangan, meliputi bidang:

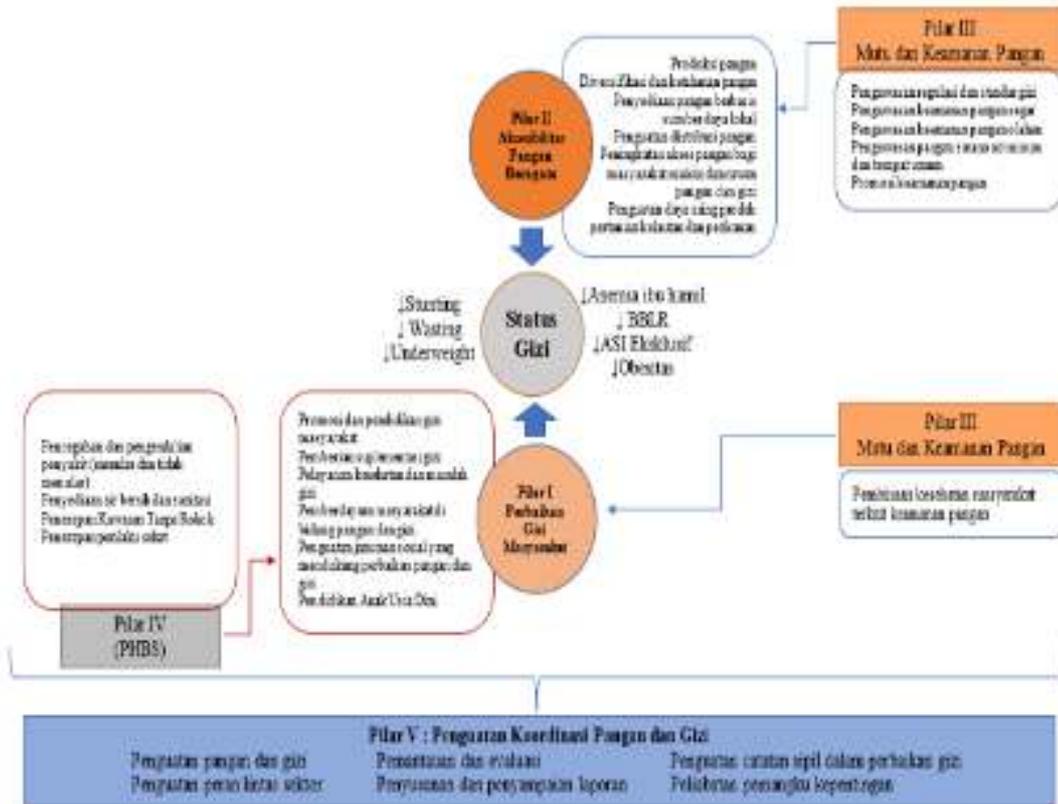
- a. pengawasan regulasi dan standar gizi;
- b. pengawasan keamanan pangan segar;
- c. pengawasan keamanan pangan olahan;
- d. pengawasan pangan sarana air minum dan tempat-tempat umum; dan
- e. promosi keamanan pangan.

Pilar 4 – Perilaku Hidup Bersih dan Sehat, meliputi bidang:

- a. pencegahan dan pengendalian penyakit menular;
- b. pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular;
- c. penyediaan air bersih dan sanitasi;
- d. penerapan kawasan tanpa rokok; dan
- e. penerapan perilaku sehat.

Pilar 5 – Koordinasi Pembangunan Pangan dan Gizi, meliputi bidang:

- a. perencanaan pangan dan gizi;
- b. penguatan peranan lintas sektor;
- c. penguatan pencatatan sipil dalam perbaikan gizi;
- d. pelibatan pemangku kepentingan;
- e. pemantauan dan evaluasi;
- f. penyusunan dan penyampaian laporan



Gambar 1. Prinsip dan pendekatan kunci RADPG tahun 2020-2024.

Gambar 1 menunjukkan koordinasi antar pilar rencana aksi pangan dan gizi. Lima pilar rencana aksi pangan dan gizi adalah sesuai dengan kebijakan strategis dalam Peraturan Presiden Nomor 83 tahun 2015 tentang Kebijakan Strategis Pangan dan Gizi (KSPG). Kelima pilar merupakan suatu rangkaian yang berhubungan untuk mencapai status gizi baik. Status gizi baik secara langsung dipengaruhi oleh faktor gizi/kesehatan dan faktor konsumsi yang digambarkan melalui pilar 1 (perbaikan gizi masyarakat) dan pilar 2 (aksesibilitas pangan beragam).

Sesuai dengan UU Nomor 18 tahun 2012 tentang pangan, bahwa penyediaan pangan hingga perseorangan adalah cukup, baik jumlah maupun mutunya, aman, beragam, bergizi, merata dan terjangkau. Oleh karena itu penjaminan atas mutu pangan sangat mempengaruhi kualitas konsumsi (pilar 3: mutu dan keamanan konsumsi). Status kesehatan dipengaruhi oleh akses pelayanan kesehatan dan lingkungan, yang dapat diketahui melalui indikator Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) (Pilar 4). Keterkaitan antar pilar dapat berjalan efektif dan efisien apabila ada penguatan koordinasi multisektor (Pilar 5).

2. Pendekatan Multisektor

Mengacu pada lima pilar rencana aksi pangan dan gizi, bahwa pencegahan dan penanganan masalah gizi dilakukan melalui perbaikan gizi masyarakat, peningkatan aksesibilitas pangan yang beragam, penjaminan mutu dan kualitas

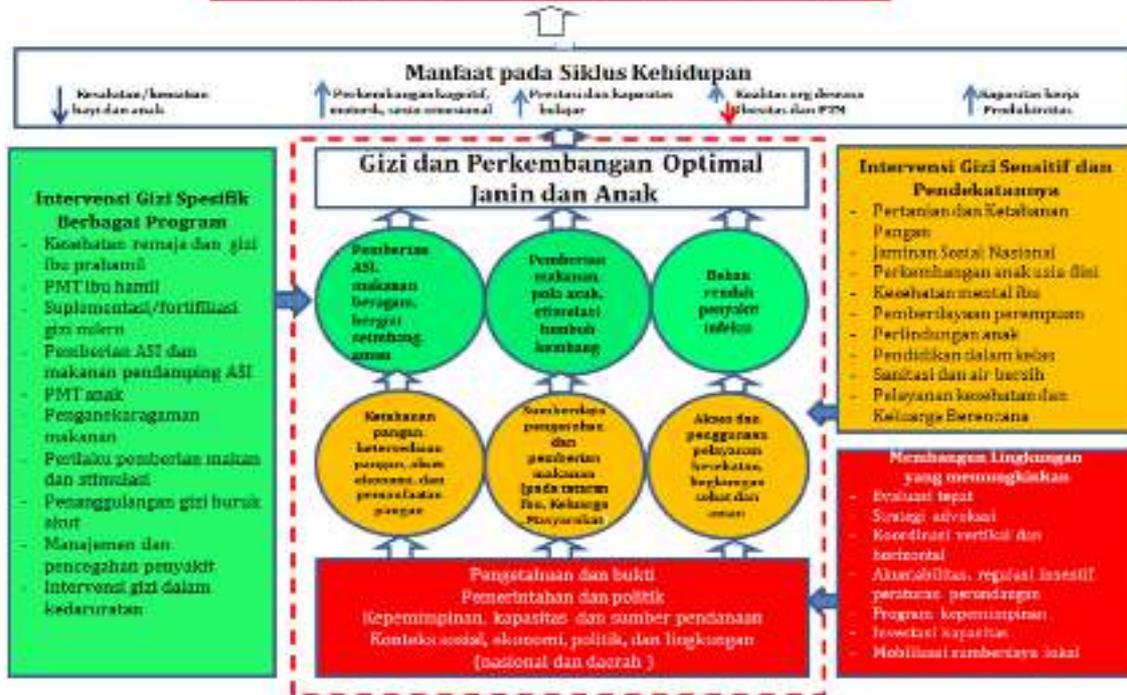
keamanan pangan, peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat, serta penguatan koordinasi antar pemangku kepentingan. Dengan demikian, pencegahan dan penanganan masalah pangan dan gizi bersifat multisektoral dan ditangani oleh multisektor. Berdasarkan modifikasi konsep UNICEF 1998 dan LANCET, perbaikan dan dan penanganan masalah gizi dilakukan melalui intervensi yang bersifat spesifik (untuk penyebab langsung) maupun sensitif (untuk penyebab tidak langsung).

Penelitian menyatakan bahwa penanganan gizi spesifik oleh sektor kesehatan hanya berkontribusi 30% terhadap penanganan *stunting* anak balita. Kontribusi 70% lainnya diperoleh dari kegiatan intervensi sensitif yang umumnya dilakukan oleh sektor non kesehatan (Kemenkes 2015). Intervensi gizi sensitif antara lain adalah perlindungan sosial, penguatan pertanian, perbaikan distribusi pangan, pengawasan keamanan pangan, perbaikan air dan sanitasi lingkungan, serta keluarga berencana.

Keberhasilan integrasi multisektor membutuhkan adanya dukungan faktor pemungkin, seperti pendidikan, pemerintahan dan kepemimpinan yang efektif, serta kapasitas dan sumber pendanaan. Oleh karena itu kerjasama antara pemerintah, perguruan tinggi, dunia usaha dan masyarakat menjadi hal paling penting dalam pembangunan multisektor pangan dan gizi. Intervensi spesifik dan intervensi sensitif dilaksanakan melalui kebijakan *money follow program* dengan pendekatan Holistik, Integratif, Tematik, dan Spasial

(HITS) untuk mencapai efisiensi dan efektivitas sasaran percepatan perbaikan gizi. Oleh karena itu RADPG Kota Bogor dilaksanakan dengan pendekatan multisektor, terintegrasi oleh semua pemangku kepentingan (*stakeholder*) bidang pangan dan gizi maupun bidang lain yang berhubungan dengan pangan dan gizi. Gambar 2 menunjukkan kerangka pendekatan multisektor percepatan perbaikan pangan dan gizi di Kota Bogor.

PERBAIKAN KUALITAS SUMBER DAYA MANUSIA



Sumber : Modifikasi Lancet 2013 "Executive Summary of The Maternal and Child Nutrition"

Gambar 2. Kerangka pendekatan multisektor pada RADPG

3. Penguatan RADPG

RADPG Kota Bogor tahun 2020-2024 merupakan bentuk komitmen Pemerintah Daerah Kota Bogor terhadap Peraturan Presiden Nomor 83 Tahun 2017 tentang Kebijakan Strategis Pangan dan Gizi (KSPG) dan Peraturan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional Nomor 1 Tahun 2018 tentang Rencana Aksi Pangan dan Gizi. RADPG Kota Bogor 2020-2024 disusun oleh Pemerintah Daerah Kota Bogor dan Organisasi Perangkat Daerah (OPD) Kota Bogor di bawah koordinasi Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah (Bappeda) Kota Bogor.

Penguatan RADPG diperlukan untuk menjamin agar implementasi kebijakan, strategi, dan program kegiatan yang tercantum dalam dokumen RADPG ini berjalan secara multisektor, efektif dan efisien. Tabel 3 menunjukkan langkah-langkah penguatan RADPG Kota Bogor 2020 – 2024.

Penyusunan RADPG Kota Bogor berpedoman pada dokumen RAN-PG 2017-2019 dengan sasaran pembangunan pangan dan gizi yang disesuaikan dengan RPJM Nasional 2015-2019. Sasaran RADPG Kota Bogor juga mengacu agenda pembangunan berkelanjutan untuk tahun 2030 (*the 2030 Sustainable Development Goals/SDGs*) Provinsi Jawa Barat dan Peraturan Wali Kota Nomor 48 Tahun 2017 Tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) Kota Bogor yang kemudian disesuaikan dengan situasi, kondisi dan potensi pangan dan gizi Kota Bogor.

Agenda pembangunan berkelanjutan 2030 (*The 2030 Sustainable Development/SDGs*) menyepakati pembangunan berkelanjutan berdasarkan Hak Asasi Manusia dan kesetaraan untuk mendorong pembangunan sosial, ekonomi, dan lingkungan hidup berkelanjutan. Komitmen Indonesia terhadap pelaksanaan SDGs 2030, yang kemudian juga dilaksanakan oleh Provinsi Jawa Barat adalah menggalakkan upaya untuk mengakhiri kemiskinan, menanggulangi ketidaksetaraan, mendorong Hak Asasi Manusia

Tabel 3. Penguatan RADPG tahun 2020-2024

Level Pelaksana	Kegiatan
Kota Bogor	<p>1. Memperkuat legal aspek RADPG</p> <ul style="list-style-type: none"> a. membentuk tim koordinasi di tingkat kota yang terdiri dari lintas sektor dan penetapan surat keputusan (SK) tim. Tim koordinasi terdiri dari tim pengarah dan tim teknis; b. sinkronisasi indikator dengan RPJM Daerah Kota Bogor, dan dokumen perencanaan lainnya, meliputi <i>Sustainable Development Goals 2030</i> Provinsi Jawa Barat dan Peraturan Wali Kota Bogor Nomor 48 tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat “GERMAS” c. menetapkan dasar hukum RADPG melalui Peraturan Walikota. <p>2. Perencanaan dan Penganggaran</p> <ul style="list-style-type: none"> a. penyusunan RADPG tingkat daerah Kota Bogor b. sosialisasi RADPG kepada pemangku kepentingan

	<p>c. menyertakan program terkait intervensi gizi sensitif dan spesifik serta memastikan intervensi tersebut memperoleh pendanaan yang memadai setiap tahunnya (kebijakan anggaran belanja berdasarkan money follow program dan Penandaan Anggaran/ budget tagging).</p> <p>3. Implementasi melaksanakan intervensi gizi spesifik dan sensitif oleh pemangku kepentingan lainnya dengan memperhatikan pendekatan multisektor dan pendekatan lain yang tepat.</p> <p>4. Pemantauan, Evaluasi dan Pelaporan</p> <p>a. melakukan pencatatan atau pengumpulan data target indikator utama, dapat berupa data rutin maupun survei;</p> <p>b. melaksanakan pertemuan dalam rangka koordinasi dan evaluasi rutin lintas sektor;</p> <p>c. kunjungan lapangan; membuat laporan tahunan pelaksanaan RADPG Kota Bogor.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(HAM), dan memberikan perhatian terhadap keterkaitan antara kemajuan sosial dan ekonomi serta perlindungan lingkungan hidup. Tujuan SDGs 2030 yang berkaitan dengan pembangunan pangan dan gizi, diantaranya adalah: a) Tujuan 2: Tanpa kelaparan; b) Tujuan 3: Kehidupan sehat dan sejahtera; c) Tujuan 6: Air bersih dan sanitasi layak; serta d) Tujuan 12: Konsumsi dan produksi yang bertanggung jawab.

Adapun beberapa target yang ingin dicapai pemerintah Indonesia pada tujuan kedua SDGs adalah:

1. menghilangkan kelaparan dan menjamin akses bagi semua orang, khususnya orang miskin dan mereka yang berada dalam kondisi rentan, termasuk bayi, terhadap makanan yang aman, bergizi dan cukup sepanjang tahun;
2. menghilangkan segala bentuk kekurangan gizi, termasuk pada tahun 2025 mencapai target yang disepakati secara internasional untuk anak pendek dan kurus di bawah usia 5 tahun, dan memenuhi kebutuhan gizi remaja perempuan, ibu hamil dan menyusui, serta kelompok lanjut usia;
3. menggandakan produktivitas pertanian dan pendapatan produsen makanan skala kecil, khususnya perempuan, masyarakat penduduk asli, keluarga petani, penggembala dan nelayan, termasuk melalui akses yang aman dan sama terhadap lahan, sumber daya produktif, dan input lainnya, pengetahuan, jasa keuangan, pasar, dan peluang nilai tambah, dan pekerjaan non pertanian;
4. menjamin sistem produksi pangan yang berkelanjutan dan menerapkan praktik pertanian tangguh yang meningkatkan produksi dan produktivitas, membantu menjaga ekosistem, memperkuat kapasitas adaptasi terhadap perubahan iklim, cuaca ekstrim, kekeringan, banjir, dan bencana lainnya, serta secara progresif memperbaiki kualitas tanah dan lahan;

Tujuan SDGs ketiga adalah mencapai kehidupan sehat dan sejahtera, yang memuat beberapa indikator, diantaranya: 1) mengurangi risiko angka kematian ibu hingga kurang dari 70 per

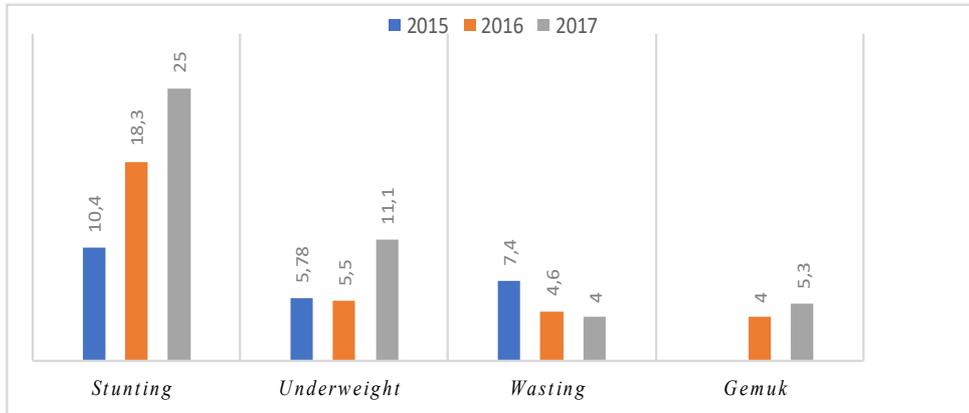
100.000 kelahiran hidup; 2) mengakhiri kematian bayi baru lahir dan balita yang dapat dicegah dengan seluruh negara berusaha menurunkan angka kematian neonatal setidaknya hingga 12 per 1000 kelahiran hidup dan angka kematian balita 25 per 1000; 3) mengakhiri epidemi AIDS, tuberkulosis, malaria, penyakit tropis yang terabaikan dan memerangi hepatitis, penyakit yang bersumber air, serta penyakit menular lain; 4) mengurangi hingga sepertiga angka kematian dini akibat penyakit tidak menular, melalui pencegahan dan pengobatan serta meningkatkan kesehatan; 5) Mencapai cakupan kesehatan universal, termasuk perlindungan risiko keuangan, akses terhadap pelayanan kesehatan dasar yang baik, dan akses terhadap obat-obatan dan vaksin dasar yang aman, efektif, berkualitas, dan terjangkau bagi semua orang.

Penyusunan RADPG Kota Bogor juga meninjau Peraturan Wali Kota Bogor Nomor 48 Tahun 2017 Tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS). Beberapa komponen prioritas dalam mewujudkan GERMAS adalah: a) peningkatan aktivitas fisik; b) peningkatan perilaku hidup sehat; c) penyediaan pangan sehat dan percepatan perbaikan gizi; d) peningkatan pencegahan dan deteksi dini penyakit; e) peningkatan kualitas lingkungan; dan f) peningkatan edukasi hidup sehat.

BAB III KERANGKA PELAKSANAAN RENCANA AKSI

A. Determinan Pangan dan Gizi

Masalah gizi di Kota Bogor dapat diketahui melalui data hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2016 dan 2017. Pada tahun 2017, Kota Bogor masih dihadapkan pada beban ganda masalah gizi, dimana masalah gizi lebih terjadi bersamaan dengan masalah gizi kurang. Masalah gizi anak usia 0 – 59 bulan yang terdapat di Kota Bogor adalah pendek dan sangat pendek (*stunting*), gizi kurang dan gizi buruk (*underweight*), kurus dan sangat kurus (*wasting*), serta gemuk. Gambar 3 menunjukkan perkembangan prevalensi masalah gizi anak usia 0 – 59 bulan tahun 2015 – 2017.



Gambar 3. Masalah gizi anak usia 0 – 59 bulan tahun 2015 – 2017

Sumber: Pemantauan Status Gizi (PSG) Kementerian Kesehatan 2015 - 2017

Stunting merupakan masalah gizi kronis dengan indikasi Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) yang berada pada $z\text{-score} < -3.0$ SD untuk sangat pendek dan $3.0 \text{ s.d} < -2.0$ SD untuk pendek. Gambar 3 menunjukkan adanya peningkatan prevalensi *stunting* dari tahun 2015 – 2017, dengan laju peningkatan sebesar 18.6% per tahun. Tahun 2017, prevalensi *stunting* anak usia 0 – 59 bulan di Kota Bogor adalah 25,0%, lebih rendah dari prevalensi Jawa Barat (29.2%) dan Nasional (29.6%). WHO (2010) mengklasifikasikan *stunting* sebagai masalah kesehatan masyarakat rendah apabila prevalensi $< 20.0\%$, sedang apabila $20.0 - 29.0 \%$, tinggi apabila $30.0\% - 39.0\%$, dan sangat tinggi apabila $\geq 40.0\%$. Berdasarkan klasifikasi tersebut, maka *stunting* di Kota Bogor masih menjadi masalah kesehatan masyarakat tingkat sedang menurut WHO (2010).

Underweight/Gizi kurang merupakan suatu keadaan kekurangan atau ketidakseimbangan zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan, aktivitas fisik, berfikir, dan semua hal yang berhubungan dengan tumbuh kembang. Kondisi gizi kurang yang terus-menerus dapat menyebabkan anak Kurang Energi Protein (KEP). *Underweight* ditandai dengan indikator Berat Badan menurut Umur (BB/U) berada pada $z\text{-score} < -3.0$ SD untuk gizi buruk dan $-3.0 \text{ s.d} < -2.0$ SD untuk gizi kurang. Gambar 4 menunjukkan bahwa prevalensi *underweight* anak usia 0 – 59 bulan Kota Bogor pada tahun 2017 adalah 11.1%, meningkat dua kali lipat dari tahun 2016 (5.5%), namun masih lebih rendah jika dibandingkan dengan prevalensi Jawa Barat (15.1%) dan prevalensi nasional (17.8%). Masalah kesehatan masyarakat

dianggap serius apabila prevalensi *underweight* 20.0 – 29.0%, dan sangat tinggi apabila $\geq 30.0\%$ (WHO 2010). Berdasarkan kategori WHO (2010), masalah gizi *underweight* di Kota Bogor, Provinsi Jawa Barat, dan Indonesia termasuk dalam masalah kesehatan masyarakat kategori rendah.

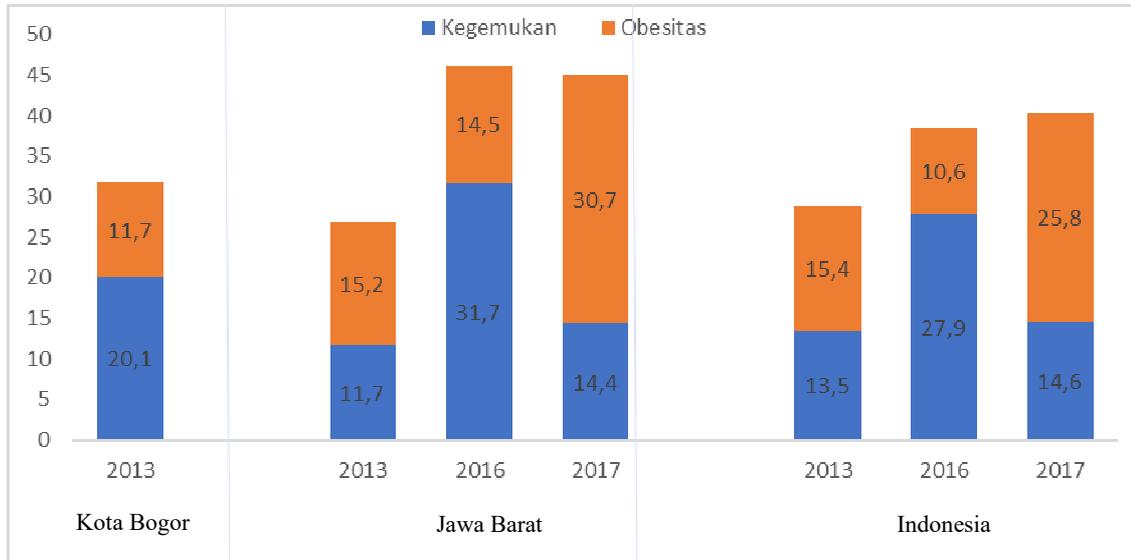
Wasting merupakan masalah gizi akut pada anak usia 0 – 59 bulan yang ditandai dengan indikator Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) berada pada $z\text{-score} < -3.0$ SD untuk sangat kurus dan $3.0 \text{ s.d} < -2.0$ SD untuk kurus. *Wasting* dapat disebabkan oleh asupan zat gizi yang kurang cukup dan adanya penyakit, khususnya yang berhubungan dengan infeksi yang mengganggu pencernaan. Gambar 3 menunjukkan bahwa pada tahun 2017, prevalensi *wasting* anak usia 0 – 59 bulan Kota Bogor adalah 4.0%, menurun 0.6% dari tahun 2016 (4,6%) dan 3.4% dari tahun 2015 (7.4%). Prevalensi tersebut masih lebih rendah dari prevalensi Jawa Barat (6,4%) dan Nasional (9.5%). Masalah kesehatan masyarakat dianggap serius apabila prevalensi *wasting* antara 10.0 – 14.0% dan dianggap kritis apabila prevalensi $\geq 15.0\%$. Menurut WHO (2010), masalah *wasting* di Kota Bogor, Provinsi Jawa Barat dan Nasional adalah tergolong masalah kesehatan masyarakat kategori rendah.

Status gizi gemuk diindikasikan dengan indikator BB/TB berada pada $z\text{-score} > 2.0$ SD. Prevalensi gemuk anak usia 0 – 59 bulan Kota Bogor pada tahun 2017 adalah 5.3%, meningkat dari tahun 2016 yaitu 4.0%. Prevalensi gemuk di Kota Bogor masih lebih tinggi dari prevalensi Provinsi Jawa Barat (3.8%) dan prevalensi nasional (4.6%). Prevalensi gemuk Kota Bogor

menempati posisi kelima tertinggi, setelah Kota Depok, Kota Bekasi, Kabupaten Indramayu, dan Kota Banjar. Teori Barker menyatakan bahwa masalah gizi kurus dan gemuk (BB/TB) pada anak usia dini dapat meningkatkan risiko penyakit tidak menular pada usia dewasa.

Masalah gizi Kota Bogor tidak hanya terjadi pada anak usia 0 – 59 bulan, melainkan penduduk dewasa usia 18+ tahun, terutama kegemukan dan obesitas. Obesitas adalah proses akumulasi lemak (trigliserida) dalam jaringan adiposa sebagai akibat energi yang dikonsumsi melebihi energi yang dibutuhkan (Brody 1999). Obesitas terjadi sebagai akibat dari kombinasi paparan lingkungan obesogenik, yaitu lingkungan yang menyediakan dan mendorong konsumsi makanan padat energi dan kebiasaan yang cenderung pasif (*sedentary behaviour*). Gambar 4 menunjukkan perkembangan obesitas tahun 2013 dan 2016-2017.

Gambar 4 menunjukkan bahwa pada tahun 2013, prevalensi obesitas Indonesia adalah 28.9%, yang terdiri dari 13.5% kegemukan dan 15.4% obesitas. Jawa Barat memiliki prevalensi obesitas lebih rendah dari prevalensi nasional, yaitu 26.9% yang terdiri dari 11.7% kegemukan dan 15.2% obesitas. Kota Bogor memiliki prevalensi lebih tinggi yaitu 31.8% yang terdiri dari 11.7% obesitas dan 20.1% kegemukan. Prevalensi obesitas Kota Bogor termasuk prevalensi tertinggi ke lima di Provinsi Jawa Barat.



Gambar 4. Perkembangan prevalensi obesitas di Kota Bogor, Jawa Barat dan Indonesia tahun 2013 dan 2016-2017

Sumber: Kementerian Kesehatan 2014 dan 2016-2017

Hasil PSG tahun 2016 menunjukkan adanya peningkatan yang cukup signifikan pada prevalensi kegemukan dan obesitas orang dewasa. Prevalensi obesitas Jawa Barat meningkat 72% dari tahun 2013, menjadi 46.2% yang terdiri dari 31.7% kegemukan dan 14.5% obesitas. Tahun 2017, obesitas Jawa Barat menurun 1.1%, menjadi 45.1%, namun dengan pola yang berbeda, dimana prevalensi obesitas (30.7%) lebih besar dari kegemukan (14.4%). Kondisi yang sama terjadi pada level nasional, bahwa tahun 2016 obesitas meningkat 43% dari tahun 2013, menjadi 38.5% pada tahun 2016, terdiri dari 27.9% kegemukan dan 10.6% obesitas. Pada tahun 2017, obesitas Indonesia kembali meningkat 5%, menjadi 40.4%, namun dengan pola yang berbeda, dimana prevalensi obesitas (30.7%) lebih besar dari kegemukan (14.4%). Tidak ada data prevalensi kegemukan dan obesitas untuk level kabupaten/kota pada tahun 2016-2017.

Adanya pola pergeseran antara kegemukan menjadi obesitas, menjadikan pencegahan dan penanganannya menjadi prioritas pembangunan kesehatan, karena dampaknya terhadap produktivitas dan kualitas hidup masyarakat. Riskesdas 2013 menyebutkan bahwa Penyakit Tidak Menular (PTM) karena obesitas menjadi penyebab utama kematian tertinggi di Indonesia. Peningkatan prevalensi kegemukan dan obesitas dengan komorbiditas PTM yang diakibatkannya menyebabkan Jawa Barat mengalami kerugian ekonomi akibat obesitas tertinggi di Indonesia, yaitu sebesar 18,060 miliar rupiah per tahun (Wulansari *et al.* 2016).

Berdasarkan uraian masalah gizi tersebut, dapat disimpulkan bahwa masalah gizi prioritas Kota Bogor adalah **stunting dan gemuk pada anak usia 0 – 59 bulan, serta kegemukan dan obesitas penduduk usia 18+ tahun**. Masing-masing masalah gizi prioritas kemudian dilakukan pemetaan berdasarkan lokus kecamatan, untuk mengetahui prioritas intervensi. Data lokus kecamatan didasarkan pada hasil Bulan Penimbangan Balita (BPB) oleh Dinas Kesehatan Kota Bogor, yang dilaksanakan setiap satu tahun di Bulan Agustus melalui posyandu.

Stunting pada anak usia 0 – 59 bulan. Prevalensi *stunting* hasil PSG dibandingkan dengan hasil bulan penimbangan balita adalah sangat signifikan berbeda, yaitu antara 25.0% (PSG) dan 6.58% (BPB) pada tahun 2017. Namun demikian, baik hasil PSG maupun BPB memiliki pola yang sama, yaitu menjadi masalah gizi tertinggi di antara masalah gizi lain yang dihadapi Kota Bogor. Prevalensi *stunting* anak usia 0 – 59 bulan Kota Bogor berdasarkan hasil BPB tahun 2015-2017, adalah menurun dengan laju sebesar 12.6%. Tahun 2015, prevalensi *stunting* adalah 7.62% kemudian menurun 1.04% menjadi 6,58% pada tahun 2017. Tabel 4 menunjukkan prevalensi *stunting* pada enam kecamatan tahun 2015 – 2017.

Tabel 4 menunjukkan bahwa prevalensi *stunting* di enam kecamatan Kota Bogor termasuk dalam kategori rendah menurut klasifikasi WHO (2010). Tiga kecamatan yang memiliki prevalensi diatas prevalensi Kota Bogor berturut-turut dari yang tertinggi adalah **Bogor Utara, Bogor Tengah dan Bogor Selatan**, meskipun laju prevalensi dua dari ketiga kecamatan tersebut (Bogor Utara

dan Bogor Tengah) menunjukkan penurunan. Dengan demikian, lokus prioritas penanganan *stunting* adalah **Kecamatan Bogor Utara, Bogor Tengah dan Bogor Selatan**. Selain itu perlu meningkatkan kewaspadaan *stunting* pada dua kecamatan yang mengalami laju peningkatan prevalensi adalah Bogor Timur (2.8%) dan Bogor Barat (6.0%).

Tabel 4. Prevalensi pendek dan sangat pendek (*stunting*) pada anak usia 0 – 59 bulan menurut kecamatan tahun 2015-2017

Kecamatan	Prevalensi <i>Stunting</i> (TB/U)			Rata-Rata Laju	Kategori Masalah WHO (2016)
	2015	2016	2017		
Bogor Selatan	11.98	11.84	8.08	-16.5	Rendah
Bogor Timur	4.76	4.96	5.03	2.8	Rendah
Bogor Utara	14.4	11.19	9.43	-19.0	Rendah
Bogor Tengah	11.34	8.81	8.82	-11.1	Rendah
Bogor Barat	5.35	4.79	5.87	6.0	Rendah
Tanah Sareal	4.94	5.0	3.56	-13.8	Rendah
KOTA BOGOR	8.62	7.62	6.58	-12.6	Rendah

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Bogor (Bulan Penimbangan Balita)

Gemuk pada anak usia 0 – 59 bulan. Gemuk dijadikan sebagai masalah gizi prioritas karena berdasarkan hasil PSG 2017, prevalensi gemuk di Kota Bogor (5.3%) merupakan tertinggi kelima di Jawa Barat, dengan prevalensi lebih tinggi dari prevalensi Jawa Barat (3.8%) dan prevalensi nasional (4.0%). Peningkatan prevalensi dari tahun 2016 ke tahun 2017 juga menjadi pertimbangan penentuan prioritas. Meskipun jika dibandingkan dengan hasil bulan penimbangan balita adalah sangat berbeda signifikan dan gemuk memiliki prevalensi terendah jika dibandingkan masalah gizi lain di Kota Bogor.

Anak gemuk dan obesitas berisiko 75% untuk tetap menjadi obesitas ketika dewasa (Gutierrez 2017). Sebaliknya, ibu obesitas lebih berisiko memiliki anak yang juga obesitas, karena kebiasaan makan yang diterapkan dalam keluarga. Orang dengan obesitas akan lebih memilih makanan padat energi, yang menjadi faktor risiko obesitas. Sehingga peningkatan obesitas orang dewasa yang terjadi di Kota Bogor juga merupakan ancaman terhadap perkembangan kegemukan pada anak usia 0 – 59 bulan di Kota Bogor. Tabel 5 menunjukkan prevalensi gemuk anak usia 0 – 59 bulan berdasarkan bulan penimbangan balita menurut kecamatan tahun 2015-2017.

Tabel 5. Prevalensi gemuk pada anak usia 0 – 59 bulan menurut kecamatan tahun 2015-2017

Kecamatan	Prevalensi Gemuk (BB/TB)			Rata-Rata Laju	Kategori Masalah WHO (2016)
	2015	2016	2017		
Bogor Selatan	2.11	2.27	1.6	-11.0	Rendah
Bogor Timur	1.43	2.06	1.33	4.3	Rendah
Bogor Utara	2.95	2.27	1.28	-33.3	Rendah
Bogor Tengah	3.74	3.38	3.66	-0.7	Rendah
Bogor Barat	1.67	1.56	1.88	7.0	Rendah
Tanah Sareal	1.46	1.69	1.23	-5.7	Rendah
KOTA BOGOR	2.09	2.06	1.68	-9.9	Rendah

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Bogor (Bulan Penimbangan Balita)

Tabel 5 menunjukkan adanya penurunan prevalensi gemuk anak usia 0 – 59 bulan. Prevalensi gemuk pada anak usia 0 – 59 bulan Kota Bogor tahun 2015 adalah 2.09%, mengalami penurunan sebesar 0.02% pada tahun 2016 menjadi 2.06%,

kemudian menurun kembali sebesar 0.38% pada tahun 2017, menjadi 1.68%. Pada tahun 2017, Kecamatan Bogor Tengah dan Bogor Barat memiliki prevalensi gemuk tertinggi, melebihi prevalensi Kota Bogor yaitu 3.66% dan 1.88%. Perkembangan Bogor Tengah adalah menurun dengan laju penurunan 0.7% per tahun, sedangkan Kecamatan Bogor Barat meningkat dengan laju 7.0% per tahun 2015-2017. Dengan demikian fokus utama untuk lokus pencegahan dan penanganan gemuk anak usia 0 – 59 tahun adalah **Kecamatan Bogor Tengah dan Bogor Barat.**

Obesitas orang dewasa usia 18+ tahun. Persentase obesitas Kota Bogor tahun 2017 didasarkan pada data pemeriksaan faktor risiko penyakit tidak menular oleh puskesmas di enam kecamatan Kota Bogor. Sasaran adalah penduduk usia 15+ tahun yang datang memeriksakan diri ke puskesmas dan posyandu serta dari hasil surveilans gizi orang dewasa. Seseorang dikatakan obesitas jika Indeks Massa Tubuh (IMT) adalah $>25 \text{ Kg/m}^2$. Tahun 2017, persentase penduduk usia 15+ tahun obesitas adalah 50.5% dengan proporsi perempuan obesitas lebih besar dari laki-laki obesitas, yaitu dua kali lipat. Tabel 6 menunjukkan persentase obesitas penduduk usia 15+ tahun menurut enam kecamatan tahun 2017.

Tabel 6. Persentase obesitas penduduk usia 15+ tahun menurut kecamatan tahun 2017

Kecamatan	Obesitas $\text{IMT} > 25 \text{ Kg/m}^2$ (%)
Bogor Selatan	28.0
Bogor Timur	52.8
Bogor Utara	17.8
Bogor Tengah	42.8

Bogor Barat	68.2
Tanah Sareal	77.2
KOTA BOGOR	50.5

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Bogor

Tabel 6 menunjukkan bahwa Kecamatan Tanah Sareal (77.2%), Bogor Barat (68.2%), dan Bogor Timur (52.8%) memiliki persentase obesitas penduduk usia 15+ tahun lebih tinggi dari rata-rata Kota Bogor. Kecamatan Bogor Utara dan Bogor Selatan memiliki persentase jauh lebih rendah dari Kota Bogor, yaitu 17.8% dan 28.0%. Dengan demikian fokus penanganan dan pencegahan obesitas adalah **Tanah Sareal, Bogor Barat dan Bogor Timur**.

Stunting, gemuk pada anak usia 0 – 59 bulan dan obesitas orang dewasa di Kota Bogor dipengaruhi oleh banyak faktor, baik faktor langsung maupun tidak langsung. Sesuai dengan teori Barker, bahwa anak dengan malnutrisi berisiko mengalami penyakit tidak menular ketika dewasa. Anak yang menderita kekurangan gizi, terutama *stunting* berisiko terhadap obesitas ketika dewasa karena adanya gangguan oksidasi lemak, sehingga dapat meningkatkan penambahan berat badan yang tidak terkendali (Hoffman *et al.* 2000). Determinan masalah gizi *stunting*, gemuk dan obesitas dapat digambarkan oleh modifikasi kerangka UNICEF dan LANCET pada gambar 5.

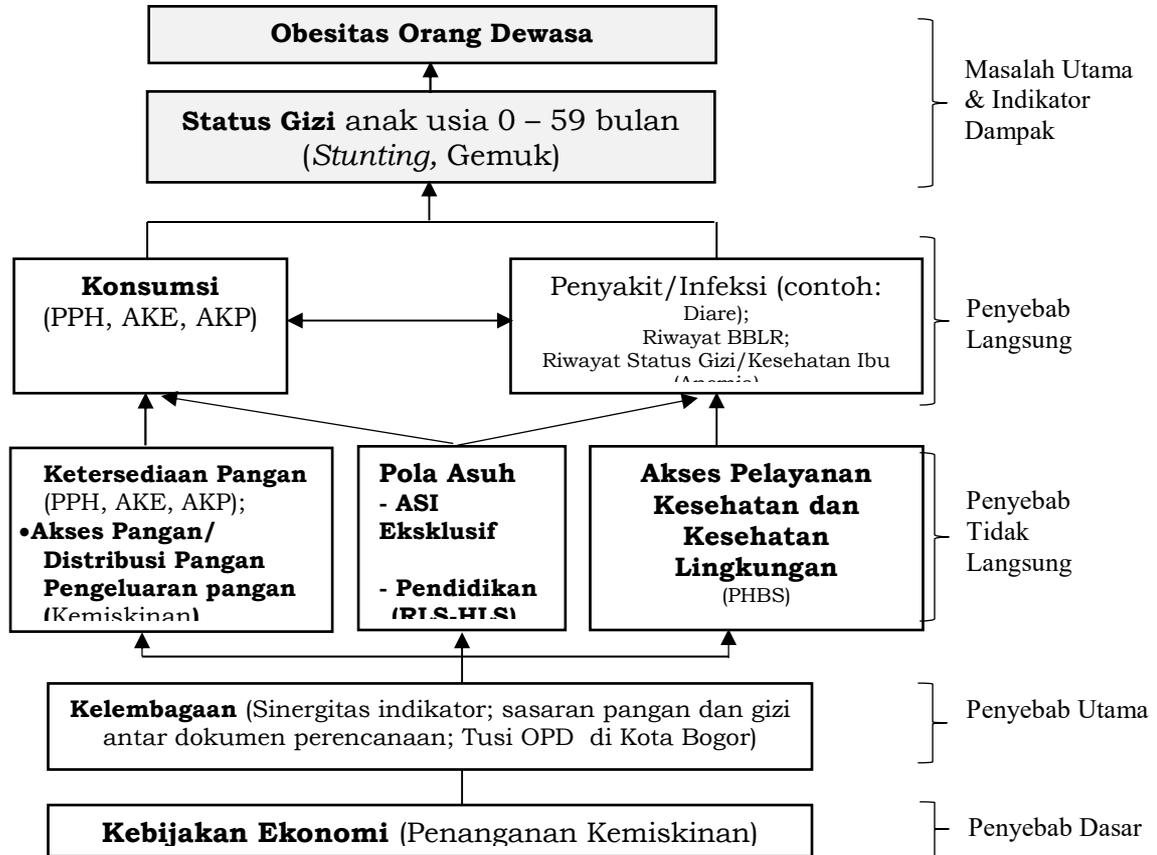
Faktor penyebab langsung yang memengaruhi *stunting* dan gemuk adalah kecukupan konsumsi (yang diukur dari jumlah maupun kualitas konsumsi pangan) dan status kesehatan/kejadian infeksi, yang keduanya saling berinteraksi

dan saling memengaruhi. Anak dengan konsumsi yang tidak cukup akan menurunkan daya tahan tubuh sehingga mudah sakit atau terkena infeksi, yang selanjutnya berakibat pada masalah gizi. Sebaliknya anak dengan infeksi akan mengalami kekurangan nafsu makan karena adanya peningkatan katabolisme dan gangguan pencernaan usus, sehingga asupan pada anak tidak cukup. Hal ini menyebabkan asupan zat gizi pangan tidak terpenuhi untuk pertumbuhan dan kekebalan tubuh yang menyebabkan pertumbuhan menjadi terhambat dan cenderung *stunting* (Black *et al.* 2013). Sesuai dengan hasil penelitian oleh Asfaw *et al.* (2015), yang dilakukan di Ethiopia Selatan yang menjelaskan bahwa diare yang terjadi pada anak usia dibawah lima tahun memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian *stunting*. Anak dengan riwayat Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) juga akan mengalami gangguan penerimaan makan sehingga berakibat pada masalah gizi. Begitu pula dengan anak yang terlahir dari ibu yang mengalami masalah gizi akan lebih berisiko membesarkan anak dengan malnutrisi.

Konsumsi makanan dan status kesehatan/infeksi sangat dipengaruhi oleh pola asuh ibu, keluarga dan/atau pengasuh anak. Faktor lain diluar faktor kesehatan yang berpengaruh terhadap *stunting* dan gemuk dikategorikan sebagai faktor penyebab tidak langsung dan faktor dasar. Faktor penyebab tidak langsung yang memengaruhi status gizi balita karena ketidakcukupan konsumsi adalah ketahanan pangan keluarga dan pola asuh, sedangkan yang memengaruhi status gizi karena kesehatan/penyakit adalah pemanfaatan pelayanan kesehatan

dan akses terhadap lingkungan bersih. Sementara faktor yang mendasari masalah gizi, yang memengaruhi faktor tidak langsung dan faktor langsung adalah pendidikan, pendapatan, kelembagaan, politik dan ideologi, kebijakan ekonomi, sumber daya lingkungan, teknologi, dan penduduk.

Gambar 5. Faktor-faktor yang memengaruhi status gizi anak usia 0 – 59 bulan



Anemia ibu hamil. Anemia adalah penurunan jumlah sel darah merah atau penurunan konsentrasi hemoglobin dalam sirkulasi darah. Anemia pada wanita hamil ditandai dengan kadar hemoglobin kurang dari 11 g/dl. Anemia menjadi masalah gizi utama yang diderita ibu hamil, terutama anemia karena defisiensi besi yang menyebabkan kebutuhan zat besi (Fe) untuk eritroposis tidak tercukupi. Kementerian Kesehatan menganjurkan agar ibu hamil mengonsumsi paling sedikit 90 tablet zat besi selama kehamilannya (Depkes 2001). Tabel 7 menunjukkan prevalensi anemia ibu hamil di enam kecamatan tahun 2015 – 2017, yang didasarkan pada jumlah kasus anemia per sasaran ibu hamil yang ada di setiap puskesmas.

Tabel 7. Prevalensi anemia ibu hamil menurut kecamatan tahun 2015 - 2017

Kecamatan	Prevalensi Anemia Ibu Hamil			Rata-Rata Laju
	2015	2016	2017	
Bogor Selatan	2.9	6.1	4.7	43.7
Bogor Timur	4.6	8.6	8.5	42.9
Bogor Utara	4.9	7.2	5.7	13.0
Bogor Tengah	8.1	8.1	5.5	-16.0
Bogor Barat	10.9	18.1	6.9	2.1
Tanah Sareal	10.9	6.3	6.7	-17.9
Kota Bogor	7.4	9.4	6.2	-3.5

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Bogor

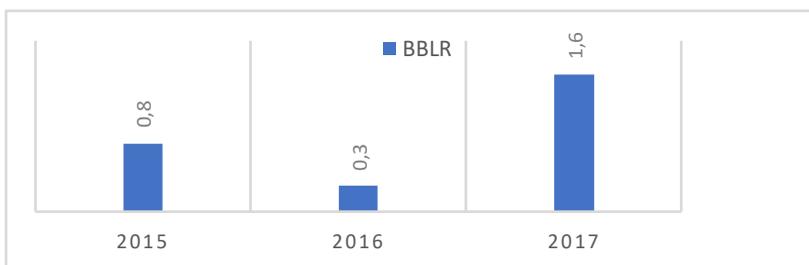
Tabel 7 menunjukkan bahwa empat dari enam kecamatan mengalami peningkatan prevalensi anemia ibu hamil. Tahun 2017, terdapat tiga kecamatan memiliki prevalensi lebih tinggi dari prevalensi Kota Bogor adalah Bogor Timur (8.5%), Bogor Barat (6.9%), dan Tanah Sareal (6.7%). Rata laju peningkatan tertinggi

terjadi pada Bogor Selatan dan Bogor Timur, yang mengalami peningkatan dua kali lipat pada tahun 2015 ke 2016, namun kembali menurun pada tahun 2017. Kecamatan Bogor Barat memiliki rata laju meningkat, namun terjadi penurunan yang cukup signifikan dari 18.1% pada tahun 2016 menjadi 6.9% pada tahun 2017. Dengan demikian fokus utama untuk anemia adalah **Kecamatan Bogor Timur, Bogor Barat, dan Tanah Sareal**.

Anemia ibu hamil menjadi salah satu indikator sasaran percepatan perbaikan gizi karena besaran dampak kerugian yang diakibatkannya pada anak yang akan dilahirkan dan ibu sendiri. Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) menjadi kasus terbesar sebagai akibat dari anemia ibu hamil. Ibu dengan anemia memiliki risiko kematian ibu sebesar 2.35 kali jika dibandingkan ibu tanpa anemia (Daru *et al.* 2018). Anemia secara signifikan meningkatkan 1.31 kali risiko BBLR, 1.63 kali risiko kelahiran prematur, 1.51 kali kematian ibu, dan 2.72 kali kematian bayi (Rahman *et al.* 2016).

Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memerhitungkan usia gestasi, yang ditimbang satu jam setelah lahir. BBLR disebabkan oleh faktor ibu dan faktor janin. Faktor ibu yang memengaruhi keluaran BBLR adalah usia ibu saat hamil (>35 tahun atau jarak persalinan terlalu pendek), riwayat melahirkan BBLR, kondisi ibu selama kehamilan (bekerja terlalu berat, stres berat, merokok, minum obat terlarang, minum alkohol, status gizi selama kehamilan), ibu dengan masalah kesehatan (anemia, pre-eklamsia,

infeksi selama kehamilan) serta status sosial ekonomi ibu dan keluarga. Faktor janin yang dapat menyebabkan keluaran BBLR adalah cacat bawaan dan infeksi selama dalam kandungan. Bayi yang terlahir rendah lebih berisiko malnutrisi pada usia 0 – 59 bulan. Penelitian oleh Lestari *et al.* (2018) menyatakan bahwa anak BBLR berisiko mengalami *stunting* 10.5 kali lipat dibandingkan anak lahir normal. Gambar 6 menunjukkan perkembangan prevalensi BBLR tahun 2015 – 2017.



Gambar 6. Prevalensi BBLR tahun 2015 – 2017

Sumber: Profil Kesehatan Jabar 2015-2017; Laporan Dinas Kesehatan Kota Bogor 2017

Laporan Dinas Kesehatan tahun 2017 menunjukkan bahwa jumlah kasus BBLR Kota Bogor adalah 311 dari jumlah kelahiran sebesar 19,638. Persentase BBLR tahun 2017 adalah 1.6%. Persentase ini meningkat cukup signifikan jika dibandingkan dengan laporan profil kesehatan jawa barat tahun 2015 dan 2016, yaitu 0.8% dan 0.3%.

Penyebab tidak langsung dari *stunting* dan gemuk pada anak usia 0 – 59 bulan adalah pola asuh, ketahanan pangan, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan saat sakit dan akses terhadap lingkungan bersih, yang kemudian dievaluasi melalui

indikator Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Penyebab tidak langsung dari obesitas orang dewasa adalah ketahanan pangan dan akses terhadap pelayanan kesehatan dan lingkungan bersih, yang juga dievaluasi melalui indikator PHBS.

Pola asuh. Pola asuh oleh orang tua dan keluarga, terutama ibu kepada anak menjadi salah satu faktor yang memengaruhi status gizi anak usia 0 – 59 bulan. Salah satu bentuk pola asuh pertama ibu kepada anak adalah pemberian Air Susu Ibu secara eksklusif dari usia 0 – 6 bulan. Menyusui eksklusif adalah memberikan ASI saja tanpa tambahan makanan atau minuman, termasuk air putih (kecuali obat-obatan dan vitamin atau mineral tetes dan ASI perah). UNICEF dan WHO merekomendasikan pemberian ASI eksklusif sampai bayi usia enam bulan. Pemerintah Indonesia melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 450/MENKES/SK/VI/2004 menetapkan ASI eksklusif di Indonesia selama 6 bulan dan dianjurkan untuk dilanjutkan sampai anak berusia 2 tahun atau lebih dengan pemberian makanan tambahan yang sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai usia. Dengan demikian memberikan ASI secara eksklusif adalah wajib, sebagaimana ditetapkan pada Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif, bahwa setiap ibu yang melahirkan harus memberikan ASI eksklusif pada bayi yang dilahirkannya.

ASI merupakan makanan terbaik yang dapat diberikan untuk anak pada bulan-bulan pertama kehidupannya, karena kandungan nutrisi sempurna seperti protein, lemak dan karbohidrat kompleks, serta mengandung komponen aktif

yang berguna untuk perkembangan sistem kekebalan tubuh bayi dan mikrobiota usus. ASI mengandung kolostrum yang kaya akan antibodi karena mengandung protein untuk daya tahan tubuh dan pembunuh kuman dalam jumlah tinggi. ASI juga mengandung zat penyerap berupa enzim tersendiri yang tidak akan mengganggu enzim di usus. Oleh karena itu ASI memiliki faktor pelindung dan zat gizi yang menjamin status gizi bayi, melindungi bayi dan anak dari penyakit infeksi, seperti diare, *otitis media*, dan infeksi saluran pernafasan akut bagian bawah, serta manfaat kesehatan jangka panjang bagi ibu dan anak, seperti mengurangi risiko kelebihan berat badan dan obesitas di masa kanak-kanak dan remaja (WHO 2003).

Pemberian ASI yang kurang tepat berhubungan dengan malnutrisi berat pada anak balita, termasuk *stunting*, *wasting*, dan *underweight* (Waithaka dan Muchina 2010). Pemberian ASI eksklusif menjadi pelindung terhadap kejadian *stunting* pada anak balita (OR=0,201) (Lestari *et al.* 2018). Whaley *et al.* (2017) menunjukkan bahwa satu bulan pemberian ASI berhubungan dengan penurunan 1% risiko obesitas pada usia 2-5 tahun. Kuchenbecker *et al.* (2015) menyatakan bahwa pemberian ASI eksklusif 6 bulan berkaitan dengan rata-rata tinggi badan dan berat badan menurut umur yang lebih tinggi. Sehingga pemberian ASI eksklusif 6 bulan merupakan investasi dan menjadi intervensi paling efektif untuk menjamin status gizi anak, serta mencegah dan menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan anak. Tabel 8 menunjukkan persentase bayi mendapat ASI eksklusif 6 bulan menurut kecamatan 2015 – 2017.

Tabel 8. Persentase bayi mendapat ASI Eksklusif 6 bulan menurut kecamatan tahun 2015 - 2017

Kecamatan	Persentase Bayi Mendapat ASI Eksklusif (%)			Rata-Rata Laju
	2015	2016	2017	
Bogor Selatan	33.7	67.3	72.0	53.3
Bogor Timur	14.8	70.7	71.7	189.5
Bogor Utara	16.3	43.9	31.9	71.0
Bogor Tengah	15.3	23.0	52.9	90.2
Bogor Barat	18.5	56.1	38.5	85.9
Tanah Sareal	18.7	47.4	48.5	78.0
KOTA BOGOR	20.2	52.1	50.3	77.2

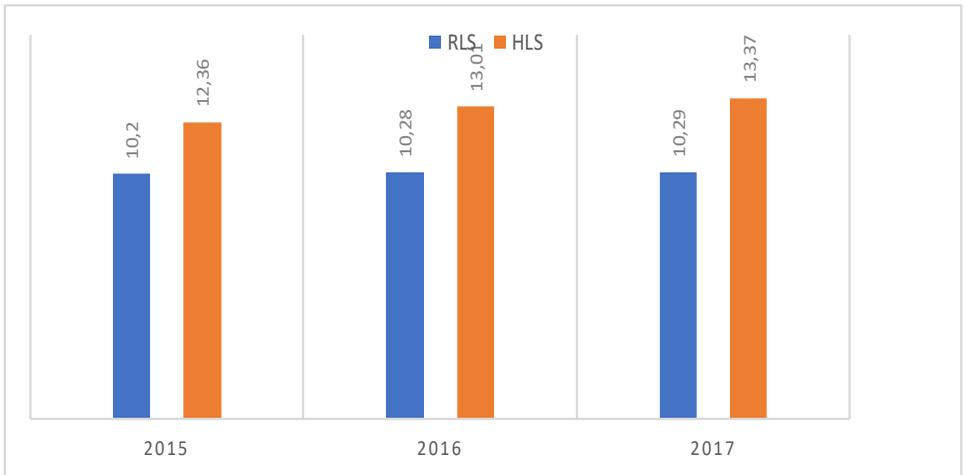
Sumber: Dinas Kesehatan Kota Bogor

Tabel 8 menunjukkan bahwa pada tahun 2017 persentase bayi mendapat ASI eksklusif Kota Bogor adalah 50.3%, lebih tinggi dari persentase Provinsi Jawa Barat (38.2%) dan nasional (35.7%). Bogor Utara, Bogor Barat, dan Tanah Sareal masih tertinggal dengan capaian lebih rendah dari rata Kota Bogor yaitu 31.9%, 38.5%, dan 48.5%. Dua kecamatan yang memiliki capaian tertinggi adalah Bogor Selatan dan Bogor Timur, yaitu 72.0% dan 71.7%. Jika dibandingkan dengan target RPJMN 2019 untuk 50% bayi mendapat ASI eksklusif, maka Kota Bogor telah mencapai target tersebut pada tahun 2017. Dengan demikian lokus kecamatan yang masih harus lebih giat dalam meningkatkan persentase pemberian ASI secara eksklusif adalah **Bogor Utara, Bogor Barat, dan Tanah Sareal.**

Faktor pola asuh dan keputusan pemberian ASI eksklusif dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, terutama faktor sosial dan budaya. Pendidikan merupakan salah satu perwujudan

dari kebudayaan manusia yang dinamis. Pendidikan sebagai proses transformasi budaya merupakan kegiatan pewarisan budaya dari satu generasi ke generasi. Kebudayaan dan pendidikan memiliki hubungan timbal balik sebab kebudayaan dapat dilestarikan dan dikembangkan dengan jalan mewariskan kebudayaan antar generasi melalui pendidikan. Oleh karena itu riwayat pendidikan dapat disebut sebagai salah satu faktor yang memengaruhi dan mencerminkan budaya pola asuh ibu dan/atau keluarga kepada anak.

Status pendidikan rata-rata penduduk dapat diukur dengan Rata Lama Sekolah (RLS), yaitu jumlah rata-rata tahun pendidikan yang telah diterima oleh penduduk usia lebih dari 25 tahun. RLS menjelaskan tingkat pengetahuan dan/atau kemampuan rata-rata penduduk untuk memperoleh pengetahuan. Harapan Lama Sekolah (HLS) merupakan indikator yang menggambarkan lamanya sekolah (dalam tahun) yang diharapkan akan dirasakan anak pada umur tertentu di masa mendatang. HLS menjadi indikator pemerataan pembangunan pendidikan, dimulai dari usia 7 tahun (UNDP 2016). Gambar 7 terdapat perbandingan HLS dan RLS penduduk tahun 2015-2017.



Gambar 7. Perkembangan Rata Lama Sekolah (RLS) dan Harapan Lama Sekolah (HLS) penduduk tahun tahun 2015 – 2017
Sumber: Badan Pusat Statistik Kota Bogor, 2018

Gambar 7 menunjukkan bahwa peningkatan HLS seiring dengan peningkatan RLS. Laju peningkatan HLS tahun 2015 – 2017 adalah 4% dan RLS adalah 0.4% per tahun. Tahun 2017, HLS Kota Bogor adalah 13.37 tahun, yang artinya bahwa penduduk Kota Bogor diharapkan dapat mendapatkan pendidikan formal hingga tingkat SMA. Sedangkan RLS pada tahun 2017 adalah 10.29 tahun, yang artinya dengan harapan pendidikan hingga tingkat SMA, rata-rata penduduk Kota Bogor masih menempuh pendidikan SMP.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan dan akses terhadap lingkungan bersih diprosikan dengan indikator rumah tangga ber-Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Rumah Tangga ber-PHBS adalah rumah tangga yang seluruh anggotanya berperilaku hidup bersih dan sehat, yang meliputi 10 indikator, yaitu: a) pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan;

b) bayi diberi ASI eksklusif 6 bulan; c) balita ditimbang setiap bulan; d) menggunakan air bersih; e) mencuci tangan dengan air bersih dan sabun; f) menggunakan jamban sehat; g) memberantas jentik di rumah sekali seminggu yang berhubungan dengan *stunting* dan gemuk pada anak usia 0 – 59 bulan, serta h) makan sayur dan buah setiap hari; i) melakukan aktivitas fisik setiap hari; dan j) tidak merokok di dalam rumah yang berhubungan dengan obesitas orang dewasa. Tabel 9 menunjukkan persentase rumah tangga ber-PHBS menurut kecamatan tahun 2015 – 2017.

Tabel 9. Persentase rumah tangga berperilaku Hidup Bersih dan Sehat menurut kecamatan tahun 2015 - 2017

Kecamatan	Persentase Rumah Tangga ber-PHBS (%)			Rata-Rata Laju
	2015	2016	2017	
Bogor Selatan	58.8	58.8	61.0	1.9
Bogor Timur	64.5	64.5	65.7	0.9
Bogor Utara	66.4	66.1	67.4	0.8
Bogor Tengah	50.0	54.0	52.4	2.5
Bogor Barat	65.8	67.9	69.2	2.6
Tanah Sareal	69.6	69.6	70.2	0.4
KOTA BOGOR	63.4	64.9	65.2	1.4

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Bogor

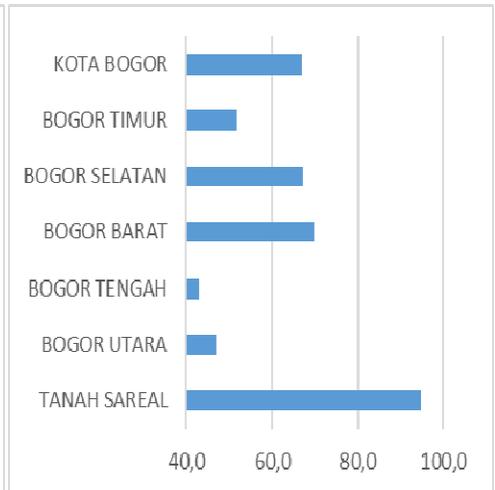
Tabel 9 menunjukkan adanya peningkatan persentase rumah tangga ber-PHBS di Kota Bogor dari tahun 2015 – 2017 dengan laju peningkatan 1.4% per tahun. Empat kecamatan yang memiliki persentase rumah tangga ber-PHBS lebih tinggi dari rata Kota Bogor adalah Tanah Sareal, Bogor Barat, Bogor Utara, dan Bogor Timur. Tanah Sareal (70.2%) telah mencapai target

yang ditetapkan pemerintah untuk peningkatan persentase rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat menjadi 70% pada tahun 2019. Sedangkan kecamatan dengan persentase rumah tangga ber-PHBS terendah dan lebih rendah dari Kota Bogor pada tahun 2017 adalah Kecamatan Bogor Tengah (52.4%) dan Bogor Selatan (61.0%). Persentase rumah tangga ber-PHBS Kota Bogor pada Tahun 2017, adalah 65.2%, dengan capaian per indikator ditunjukkan oleh gambar 8 sampai gambar

17. Dari ke sepuluh indikator komponen PHBS, indikator dengan



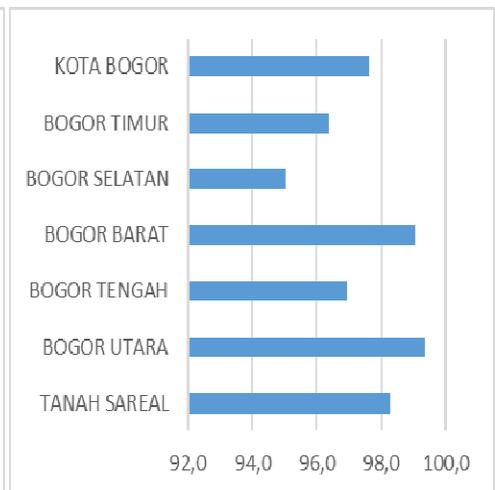
Gambar 8. Persentase rumah tangga yang melakukan persalinan di tenaga kesehatan menurut kecamatan tahun 2017



Gambar 9. Persentase rumah tangga yang memberikan bayinya ASI eksklusif menurut kecamatan tahun 2017

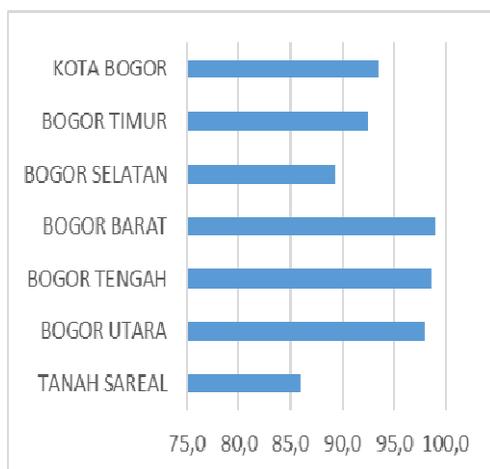


Gambar 10. Persentase rumah tangga yang rutin menimbang anak balita nya ke posyandu menurut kecamatan tahun 2017



Gambar 11. Persentase rumah tangga yang dapat mengakses air bersih menurut kecamatan tahun 2017

capaian persentase terendah adalah tidak merokok di dalam rumah, yaitu 58.2% untuk Kota Bogor. Jika dilihat berdasarkan lokus kecamatan, maka kecamatan dengan capaian terendah berturut-turut adalah Bogor Tengah (48.2%), Bogor Selatan (55.5%), dan Tanah Sareal (55.9%) dan lebih rendah dari rata-rata Kota Bogor.



Gambar 12. Persentase rumah tangga yang seluruh anggota keluarganya mencuci tangan pakai sabun menurut kecamatan tahun 2017



Gambar 13. Persentase rumah tangga yang menggunakan jamban sehat menurut kecamatan tahun 2017



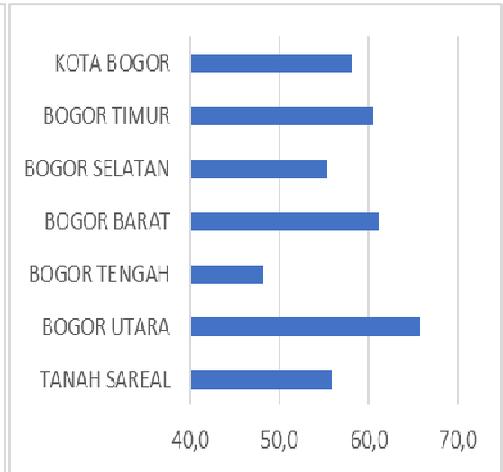
Gambar 14. Persentase rumah tangga yang rutin memberantas jentik menurut kecamatan tahun 2017



Gambar 15. Persentase rumah tangga yang seluruh anggota keluarganya cukup mengonsumsi sayur dan buah menurut kecamatan tahun 2017



Gambar 16. Persentase rumah tangga yang seluruh anggota keluarganya rutin melakukan aktivitas fisik menurut kecamatan tahun 2017



Gambar 17. Persentase rumah tangga yang anggota keluarganya tidak merokok menurut kecamatan tahun 2017

Indikator terendah kedua adalah rumah tangga yang mengonsumsi sayur (>2 porsi/hari) dan buah (>3 porsi/hari) setiap hari dalam jumlah cukup, yaitu 63.0% untuk Kota Bogor. Jika dilihat berdasarkan lokus kecamatan, maka yang terendah berturut-turut adalah Bogor Tengah (40.2%), Bogor Timur (48.5%), dan Bogor Selatan (56.8%). Konsumsi sayur dan buah yang cukup merupakan usaha pencegahan terhadap kegemukan dan obesitas pada orang dewasa. Indikator terendah ketiga adalah rumah tangga yang memiliki balita dan diberikan ASI eksklusif 6 bulan, yaitu 67.0% untuk Kota Bogor. Jika dilihat berdasarkan lokus kecamatan, maka yang terendah berturut-turut adalah Bogor Tengah (42.9%), Bogor Utara (47.0%), dan Bogor Timur (51.8%).

Indikator lainnya, seperti persalinan oleh tenaga kesehatan, menimbang bayi ke posyandu secara rutin, penggunaan air bersih, mencuci tangan pakai sabun, menggunakan jamban sehat, memberantas jentik secara rutin, dan melakukan aktivitas fisik di Kota Bogor tergolong baik, yaitu mencapai >70%, sesuai target RPJM Nasional 2019. Namun jika dilihat berdasarkan lokus kecamatan, terdapat beberapa kecamatan Kota Bogor yang masih tertinggal. Pada indikator penggunaan jamban sehat, Kecamatan Bogor Tengah masih berada pada angka capaian 67.2%, paling rendah di antara lima kecamatan lainnya

. **Ketahanan pangan** merupakan salah satu penyebab tidak langsung yang memengaruhi status gizi *stunting*, gemuk pada anak usia 0 – 59 bulan dan obesitas pada orang dewasa. Ketahanan pangan menurut Undang-Undang Nomor 18 tahun 2012 adalah kondisi terpenuhinya pangan bagi negara sampai dengan

perseorangan, yang tercermin dari tersedianya pangan yang cukup, baik jumlah maupun mutunya, aman, beragam, bergizi, merata, dan terjangkau untuk dapat hidup sehat, aktif, dan produktif secara berkelanjutan. Terdapat tiga subsistem dalam ketahanan pangan, yaitu konsumsi pangan, keterjangkauan/akses pangan, dan ketersediaan pangan.

Kecukupan konsumsi penduduk dinilai baik secara kualitas maupun kuantitas. Kuantitas atau jumlah konsumsi dievaluasi dengan Angka Kecukupan Energi (AKE) dan Angka Kecukupan Protein (AKP). Kualitas atau mutu konsumsi pangan didasarkan pada keragaman pangan yang dikonsumsi yang ditunjukkan oleh Skor Pola Pangan Harapan (PPH). Angka Kecukupan Energi (AKE) dan Angka Kecukupan Protein (AKP) adalah besarnya energi dan protein yang diperlukan oleh perseorangan dalam satu populasi untuk dapat hidup sehat, aktif dan produktif. Tabel 10 menunjukkan perkembangan konsumsi pangan penduduk secara kuantitas (AKE dan AKP) maupun kualitas (skor PPH) tahun 2015-2017.

Tabel 10. Konsumsi pangan penduduk tahun 2015 – 2017

Tahun	Konsumsi	% ideal	Keterangan	Laju (%)
Energi *) (kkal/kap/hr)				
2015	2,088	97.1	Cukup	-1.9
2016	2,022	94.0	Cukup	
2017	1,945	90.5	Cukup	
Protein**) (gr/kap/hr)				
2015	59.3	104.0	Cukup	-0.4
2016	56.9	99.8	Cukup	
2017	56.5	99.1	Cukup	
Skor PPH ***)				
2015	82.3			-1.0
2016	78.6			
2017	77.1			

Sumber : DKP Kota Bogor, 2015-2017 (diolah)

*) Angka Kecukupan Energi (AKE) : 2.150 kkal/kap/hari

**) Angka Kecukupan Protein (AKP) : 57 gr/kap/hari

***) Skor PPH ideal 100

Tabel 10 menunjukkan bahwa terjadi penurunan konsumsi energi dan protein penduduk pada tahun 2015 – 2017, dengan laju penurunan masing-masing sebesar 1.9% dan 0.4% per tahun. Namun masih dalam kategori cukup, yaitu angka kecukupan energi dan protein berada antara 90 – 119% dibandingkan Angka Kecukupan Energi (AKE) dan Angka Kecukupan Protein (AKP) ideal menurut Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi (WNPG) tahun 2012, yaitu energi 2,150 kkal/kapita/hari dan protein 57 gram/kapita/hari. Skor PPH yang menunjukkan kualitas/keragaman konsumsi penduduk Kota Bogor semakin menurun sejak tahun 2015, dengan rata laju penurunan 1% per tahun. Penurunan cukup signifikan terjadi pada tahun 2015 (82.3 poin) ke tahun 2016 (78.6 poin), yang menurun sebesar 3.7 poin.

Tahun 2017, rata konsumsi energi penduduk Kota Bogor adalah 1,945 kkal/kapita/hari atau mencukupi 90.5% AKE (cukup). Rata konsumsi protein penduduk Kota Bogor tahun 2017 adalah 56.5% atau mencukupi 99.1% AKP (cukup). Secara kuantitas, konsumsi penduduk Kota Bogor dikatakan baik/cukup namun secara kualitas belum baik karena kurang beragam, yang ditunjukkan oleh skor PPH 77.1 (ideal 100). Tabel 11 menunjukkan paparan skor PPH berdasarkan kelompok pangan pada konsumsi penduduk tahun 2017.

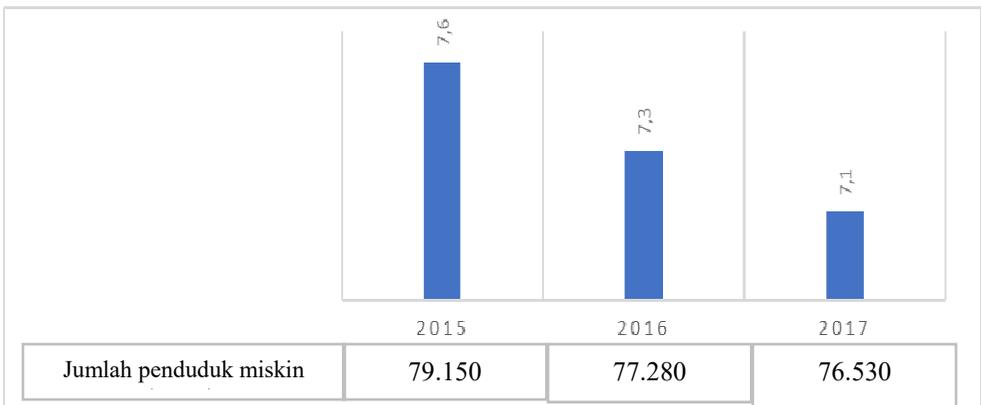
Tabel 11. Skor Pola Pangan Harapan konsumsi penduduk tahun 2017

No	Kelompok Pangan	%AKE ideal	Konsumsi		% terhadap Ideal	Skor PPH
			Kal/kap/hr	% AKE		
1	Padi-padian	50	1,146.0	53.3	106.6	25.0
2	Umbi-umbian	6	53.5	2.5	41.7	1.2
3	Pangan Hewani	12	257.0	12.0	100.0	23.9
4	Minyak & Lemak	10	270.6	12.6	126.0	5.0
5	Bh/Bj Berminyak	3	18.1	0.8	26.6	0.4
6	Kacang-kacangan	5	42.3	2.0	40.0	3.9
7	Gula	5	55.4	2.6	52.0	1.3
8	Sayur & Buah	6	70.0	3.3	55.0	16.3
9	Lain-lain	3	32.0	1.5	50.0	-
	Total	100	1,944.7	90.5		77.1

Sumber: DKP Kota Bogor 2017 (diolah)

Tabel 11 menunjukkan pola konsumsi penduduk kurang beragam, karena skor PPH masih jauh dari ideal (77.1 dari 100). Konsumsi penduduk Kota Bogor untuk kelompok pangan padi-padian, pangan hewani, dan minyak dan lemak termasuk dalam kategori cukup (AKE 90.0 – 119.0%), sedangkan kelompok pangan umbi-umbian, buah/biji berminyak, kacang-kacangan, gula, serta sayur dan buah termasuk dalam kategori defisit berat (AKE < 70.0%).

Pola konsumsi penduduk dapat dipengaruhi oleh keterjangkauan/akses pangan, yang terdiri dari akses fisik dan ekonomi. Akses fisik adalah terkait dengan distribusi dan logistik pangan, sarana dan prasarana transportasi, serta kebijakan pemasaran dan perdagangan. Akses ekonomi adalah terkait dengan daya beli perseorangan dan rumah tangga, yang dipengaruhi oleh tingkat pendapatan dan/atau kemiskinan (Gambar 18).



Gambar 18. Angka Kemiskinan Tahun 2015 – 2017

Sumber: Badan Pusat Statistik 2016 - 2018

Tahun 2017, angka kemiskinan Kota Bogor adalah 7.1%, lebih rendah dari angka kemiskinan Jawa Barat (7.83%), dan Nasional (10.12%). Perhitungan kemiskinan didasarkan pada pendekatan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar (makanan dan bukan makanan). Penduduk dikatakan sangat miskin apabila penghasilan dibawah 0.8xGaris Kemiskinan (GK), miskin apabila penghasilan di bawah GK, dan hampir miskin/rentan apabila penghasilan antara 1-1.2xGK. Pada tahun 2017, garis kemiskinan Kota Bogor adalah Rp 450,078, lebih tinggi jika dibandingkan garis kemiskinan untuk Provinsi Jawa Barat, yaitu Rp 354,679. Meskipun memiliki persentase penduduk miskin lebih rendah dari Jawa Barat, gini rasio Kota Bogor lebih tinggi dari gini rasio Jawa Barat.

Gini rasio adalah alat ukur untuk mengetahui ketidakmerataan atau ketimpangan distribusi pengeluaran di suatu wilayah. Distribusi pengeluaran semakin merata jika gini rasio mendekati nol, dan tidak merata jika gini rasio mendekati satu. Tahun 2017, gini rasio Kota Bogor adalah 0.41, menurun 0.02 poin dari tahun 2016 (0.43), dan 0.06 poin dari tahun 2015 (0.47). Penurunan gini rasio menunjukkan adanya perbaikan dalam distribusi kebutuhan, baik makanan atau bukan makanan di Kota Bogor. Namun capaian gini rasio tahun 2017 Kota Bogor masih lebih tinggi dari gini rasio Jawa Barat (0.40), dan termasuk gini rasio tertinggi ke lima di Provinsi Jawa Barat.

Pemerintah Indonesia melalui Peraturan Presiden Republik Indonesia nomor 15 tahun 2010 tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan menyatakan bahwa penanggulangan

kemiskinan adalah kebijakan dan program pemerintah dan pemerintah daerah yang dilakukan secara sistematis, terencana, dan bersinergi dengan dunia usaha dan masyarakat untuk mengurangi jumlah penduduk miskin dalam rangka meningkatkan derajat kesejahteraan masyarakat. Beberapa strategi percepatan penanggulangan kemiskinan adalah:

- a) mengurangi beban pengeluaran masyarakat miskin;
- b) meningkatkan kemampuan dan pendapatan masyarakat miskin;
- c) mengembangkan dan menjamin keberlanjutan Usaha Mikro dan Kecil; dan
- d) mensinergikan kebijakan dan program penanggulangan kemiskinan.

Salah satu program percepatan penanggulangan kemiskinan adalah program bantuan sosial terpadu berbasis keluarga, yang bertujuan untuk melakukan pemenuhan hak dasar, pengurangan beban hidup, dan perbaikan kualitas hidup masyarakat miskin yang salah satunya diwujudkan dalam bentuk Program Keluarga Harapan (PKH). Sejak tahun 2012, keluarga penerima PKH didasarkan pada Basis Data Terpadu (BDT), yang menunjukkan 40% rumah tangga dengan status kesejahteraan ekonomi terendah. Tabel 12 menunjukkan jumlah keluarga BDT 40% yang dikembangkan oleh Tim Nasional Peningkatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) menurut kecamatan.

Tabel 12. Status kesejahteraan berdasarkan Basis Data Terpadu menurut kecamatan

Kecamatan	Desil Status Kesejahteraan				Total KRT
	Desil 1 ≤ 10%	Desil 2 11% - 20%	Desil 3 21% - 30%	Desil 4 31% - 40%	
Bogor Selatan	8,456	5,503	2,674	229	16,862
Bogor Timur	2,554	2,180	1,322	150	6,206
Bogor Utara	4,841	4,240	2,303	196	11,508
Bogor Tengah	2,802	2,398	1,364	119	6,683
Bogor Barat	6,139	6,096	3,629	330	16,194
Tanah Sareal	5,027	5,255	3,211	296	13,789
Jumlah	29,819	25,672	14,503	1.320	71,314

Sumber: Pusat Data dan Analisa Pembangunan-Satu Data Provinsi Jawa Barat.

Persentase penduduk miskin Kota Bogor tahun 2017 adalah 7.1% yang berarti bahwa semua rumah tangga pada desil 1 atau 10% termasuk dalam kelompok rumah tangga sangat miskin, namun tidak semua keluarga desil 1 termasuk dalam kategori miskin menurut susenas. Tabel 13 menunjukkan bahwa jumlah Keluarga Penerima Manfaat (KPM) PKH Kota Bogor adalah 17,071, yang berarti bahwa tidak semua rumah tangga pada desil 1 (≤10%) terdaftar sebagai KPM, melainkan hanya 57.2% dari rumah tangga desil 1 (≤ 10%). Tabel 12 menunjukkan jumlah KPM PKH menurut kecamatan tahun 2018.

Tabel 13. Keluarga Penerima Manfaat Program Keluarga Harapan menurut kecamatan tahun 2018.

Kecamat an	Jumla h KPM	Anak SD	Anak SMP	Anak SMA	Ibu hamil	Balita	Apras	Lansia	Disabilitas
Bogor Selatan	4,610	3,271	2,024	1,664	66	1,206	218	193	13
Bogor Timur	1,349	1,349	895	583	526	10	313	96	94
Bogor Utara	2,450	1,735	1,078	892	27	637	83	124	16
Bogor Tengah	1,500	985	722	589	16	296	95	76	15
Bogor Barat	3,497	2,246	1,550	1,349	28	879	110	140	11
Tanah Sareal	3,665	2,252	1,598	1,394	51	800	87	158	24
KOTA BOGOR	17,07 1	11,3 84	7,55	6,41 4	198	4,131	689	785	84

Sumber: Dinas Sosial Kota Bogor

Tabel 13 menunjukkan bahwa KPM terbanyak terdapat pada Kecamatan Bogor Selatan, yang 71% diantaranya memiliki anak SD dan 26% memiliki anak balita. KPM terbanyak kedua berada di Kecamatan Tanah Sareal dan Bogor Barat. Bantuan sosial PKH adalah bantuan berupa uang kepada keluarga dan/atau seorang miskin, tidak mampu, dan/atau rentan terhadap risiko sosial. PKH sejak dikenalkan sebagai *pilot project* pada tahun 2007, merupakan program untuk mengurangi kemiskinan, kematian ibu, bayi, dan anak, serta menjamin akses pendidikan dasar. Studi kualitatif oleh SMERU (2010) menunjukkan bahwa PKH berkontribusi terhadap peningkatan akses pelayanan kesehatan dasar.

PKH tidak secara langsung memiliki tujuan untuk perbaikan gizi, namun melalui peningkatan pelayanan kesehatan, diharapkan ada pendidikan gizi sehingga dapat meningkatkan kesadaran gizi, terutama untuk pencegahan *stunting*, gemuk dan obesitas pada orang dewasa. Jika dihubungkan dengan daerah prioritas *stunting*, yaitu Bogor Utara, Bogor Tengah dan Bogor Selatan. 36.5% KPM di Kecamatan Bogor Utara dan 39.5% KPM Bogor Tengah memiliki balita.

Ketersediaan pangan dapat secara langsung dan tidak langsung memengaruhi konsumsi pangan. Secara tidak langsung, ketersediaan pangan memengaruhi konsumsi pangan melalui akses pangan. Undang-Undang nomor 18 tahun 2012 tentang pangan menyatakan bahwa ketersediaan pangan adalah kondisi tersedianya pangan dari hasil produksi dalam negeri dan cadangan pangan daerah serta impor apabila kedua sumber utama tidak

dapat memenuhi kebutuhan. Kota Bogor merupakan daerah perkotaan dengan potensi perdagangan. Hal ini terbukti dengan sumbangan terbesar Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) Kota Bogor pada tahun 2017 adalah berasal dari sektor perdagangan, yaitu 21.21%. Penyumbang terbesar kedua adalah sektor industri pengolahan, yaitu mencapai 18.34%. Sektor pertanian, kehutanan, dan perikanan hanya mampu menyumbang 0.72% PDRB pada tahun 2017, dan merupakan sektor penyumbang PDRB terkecil. Artinya, Kota Bogor tidak mampu mengandalkan ketersediaan hanya dari produksi, sehingga untuk memenuhi kebutuhan pangan penduduk sangat tergantung pada pengelolaan cadangan pangan pemerintah daerah dan impor pangan. Dinas Ketahanan Pangan menyatakan bahwa cadangan pangan (beras) Kota Bogor tahun 2017 adalah 2 ton, menurun dari tahun 2015 (2 ton). Tabel 14 menunjukkan situasi ketersediaan pangan yang dihitung berdasarkan Neraca Bahan Makanan (NBM) dari tahun 2015-2017.

Tabel 14. Ketersediaan pangan tahun 2015 – 2017

Tahun	Ketersediaan	Rasio terhadap Ideal	Laju (%)
Energi*) (kkal/kap/hr)			
2015	2,231.0	0.9	5.5
2016	2,394.6	1.00	
2017	2,482.7	1.03	
Protein**) (gr/kap/hr)			
2015	77.2	1.23	17.7
2016	102.3	1.62	
2017	105.3	1.67	
Skor PPH ***)			
2015	90.7	0.91	2.8
2016	95.2	0.95	
2017	95.9	0.96	

Sumber : DKP Kota Bogor, 2015-2017; diolah

*) Angka Kecukupan Energi (AKE) : 2,200 kkal/kap/hari

**) Angka Kecukupan Protein (AKP) : 57 gr/kap/hari

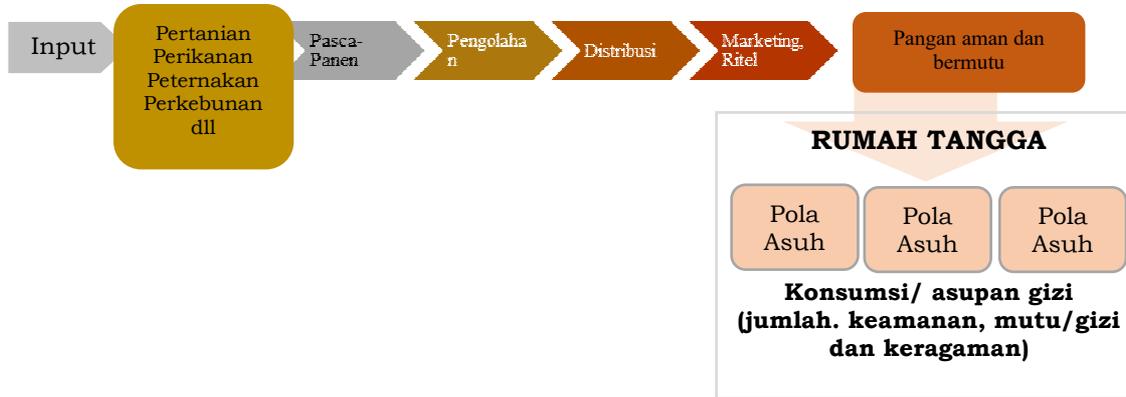
***) Skor PPH ideal 100

Ketersediaan pangan ideal didasarkan pada WNPG 2004, yaitu 2,200 kkal/kapita/hari untuk energi dan 57 gram/kapita/hari untuk protein. Tabel 14 menunjukkan bahwa ketersediaan pangan (kkal/kapita/hari) Kota Bogor tahun 2015 – 2017 mengalami peningkatan sebesar 5.5%, dengan jumlah yang sesuai dengan AKE ketersediaan ideal (2,200 kkal/kapita/hari). Ketersediaan protein juga mengalami peningkatan sebesar 17.7% per tahun dengan nilai surplus 1.67 kali lipat pada tahun 2017. Kualitas ketersediaan pangan yang dinyatakan dengan indikator skor Pola Pangan Harapan (PPH) juga menunjukkan peningkatan 2.8% per tahun. Tahun 2017, skor PPH adalah 95.9 kurang 4.1 poin untuk mencapai skor ideal 100.

Sesuai dengan definisi ketahanan pangan, bahwa pangan yang cukup tidak hanya tentang kuantitas dan mutu/kualitas, melainkan harus aman. Keamanan pangan erat kaitannya dengan status gizi dan kesehatan. Laporan BPOM RI, tahun 2016 menyatakan bahwa telah terjadi kasus Kejadian Luar Biasa (KLB) keracunan pangan yang dilaporkan telah menyebabkan 5,673 terpapar, 3,351 orang sakit, dan 7 orang meninggal dunia.

Konsumsi pangan tidak aman akan menyebabkan berbagai masalah kesehatan seperti diare/infeksi yang semakin mempersulit pemanfaatan gizi oleh tubuh. Secara fisik, konsekuensi ini akan berdampak pada peningkatan *stunting*. Tiga pilar keamanan pangan dan mutu pangan yang menjadi penyebab *stunting* adalah rendahnya keamanan pangan dan air, rendahnya mutu pangan dan tingginya kasus infeksi. Andarwulan

dan Nuraida (2018) menyatakan bahwa keamanan pangan dan mutu pangan di rumah tangga sangat dipengaruhi oleh rantai pasok pangan (*from farm to table*), sebagaimana yang ditunjukkan pada gambar 19.



Gambar 19. Keamanan dan mutu pangan rumah tangga dalam rantai pasok pangan (*from farm to table*)

Gambar 19 menunjukkan bahwa pengolahan menjadi salah satu prasyarat penting dalam penjaminan keamanan pangan, yang melekat pada upaya pemenuhan kebutuhan pangan. Pengawasan pangan pada industri pengolahan makanan pada level kabupaten/kota menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan setempat. Salah satu komponen keamanan pangan yang diawasi adalah tempat pengolahan yang memenuhi syarat hygiene dan sanitasi baik. Tabel 15 menunjukkan tempat pengolahan makanan yang telah memenuhi syarat keamanan pangan menurut kecamatan tahun 2017.

Tabel 15. Tempat Pengolahan Makanan (TPM) yang memenuhi syarat higiene dan sanitasi tahun 2017

Kecamatan	Jumlah TPM	TPM memenuhi syarat higiene sanitasi					
		Jasa Boga	Rumah Makan/ Restoran	Depot Air Minum	Makanan Jajanan	Total	%
Bogor Selatan	444	5	41	28	51	125	28.2
Bogor Timur	403	9	69	15	48	141	35.0
Bogor Utara	392	14	42	12	47	115	29.3
Bogor Tengah	1,182	17	110	16	172	315	26.6
Bogor Barat	798	21	32	20	46	119	14.9
Tanah Sareal	704	26	80	32	193	331	47.0
KOTA BOGOR	3923	92	374	123	557	1146	29.2

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Bogor 2018

Tabel 15 menunjukkan bahwa Tempat Pengolahan Makanan (TPM) di Kota Bogor yang sudah memenuhi syarat higiene dan sanitasi bersih adalah 29.2%. Kecamatan dengan status TPM terburuk adalah Kecamatan Bogor Barat (14.9%) dan menjadi satu-satunya kecamatan dengan capaian lebih rendah dari rata-rata Kota Bogor. Sedangkan kecamatan dengan TPM yang memenuhi syarat terbesar adalah Kecamatan Tanah Sareal (47.0%).

B. Intervensi Gizi Terintegrasi

Berdasarkan analisis determinan masalah gizi Kota Bogor periode tahun 2015 – 2017, menunjukkan bahwa masalah gizi utama yang ada di Kota Bogor adalah **stunting dan gemuk anak usia 0 – 59 bulan, serta obesitas orang dewasa usia 18+ tahun**. Tabel 16 menunjukkan sebaran masalah dan determinannya menurut kecamatan tahun 2017.

Tabel 16. Sebaran masalah gizi dan determinannya menurut kecamatan tahun 2017

Kecamatan	Masalah Gizi			Penyebab Langsung		Penyebab Tidak Langsung		
	<i>Stunting</i>	<i>Gemuk</i>	Obesitas 15+	ASI eks.	Anemia ibu hamil	RT PHBS	Indikator PHBS	
							Tidak merokok*	Sayur-Buah*
Bogor Selatan	8.08	1.60	23.6	72.0	4.7	61.0	55.5	56.8
Bogor Timur	5.03	1.33	41.0	71.7	8.5	65.7	60.6	48.5
Bogor Utara	9.43	1.28	30.4	31.9	5.7	67.4	65.7	76.0
Bogor Tengah	8.82	3.66	24.3	52.9	5.5	52.4	48.2	40.2
Bogor Barat	5.87	1.88	47.0	38.5	6.9	69.2	61.2	81.1
Tanah Sareal	3.56	1.23	46.9	48.8	6.7	70.2	55.9	72.9
Kota Bogor	6.58	1.68	54.9	50.3	6.2	65.2	58.2	63.0

*Indikator PHBS terendah, dengan capaian <70% (Target RPJMN 2019)

Dari ketiga masalah gizi prioritas tahun 2017 sebagaimana ditunjukkan pada tabel 16, penurunan *stunting* menjadi salah satu kegiatan prioritas nasional (PN) 1 Rencana Kerja Pemerintah (RKP) 2019, yang termasuk dalam program peningkatan pelayanan kesehatan dan gizi masyarakat. Terdapat empat agenda perbaikan gizi 2017-2019 prioritas nasional untuk penurunan *stunting*, yaitu: a) Advokasi, Kampanye, Sosialisasi, dan KIE perubahan perilaku; b) Penguatan koordinasi lintas sektor; c) Pengembangan program gizi spesifik dan sensitif yang terbukti efektif; dan d) Membangun pangkalan data percepatan perbaikan gizi.

Penyebab *stunting* adalah multidimensi, bukan hanya faktor gizi buruk yang dialami oleh anak balita, tetapi juga gizi ibu selama kehamilan. Oleh karena itu fokus utama perbaikan gizi adalah kelompok Seribu Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK) sebagai upaya intervensi spesifik. Intervensi spesifik hanya menyumbang 30% penurunan *stunting*, 70% lainnya dipengaruhi oleh intervensi sensitif yang menangani penyebab tidak langsung masalah *stunting* (ketahanan pangan, pola asuh, dan akses pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan).

Dilihat dari faktor ibu, *stunting* dapat disebabkan oleh ibu dengan anemia yang kemudian memiliki risiko melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR). Anemia dapat dicegah dan/atau ditangani dengan penjaminan konsumsi yang adekuat/cukup, baik jumlah maupun mutu/kualitasnya, serta aman. Rata konsumsi penduduk Kota Bogor untuk pangan hewani adalah cukup, namun defisit berat untuk konsumsi sayur dan buah. Penelitian pada wanita dewasa di Perkotaan Ghana

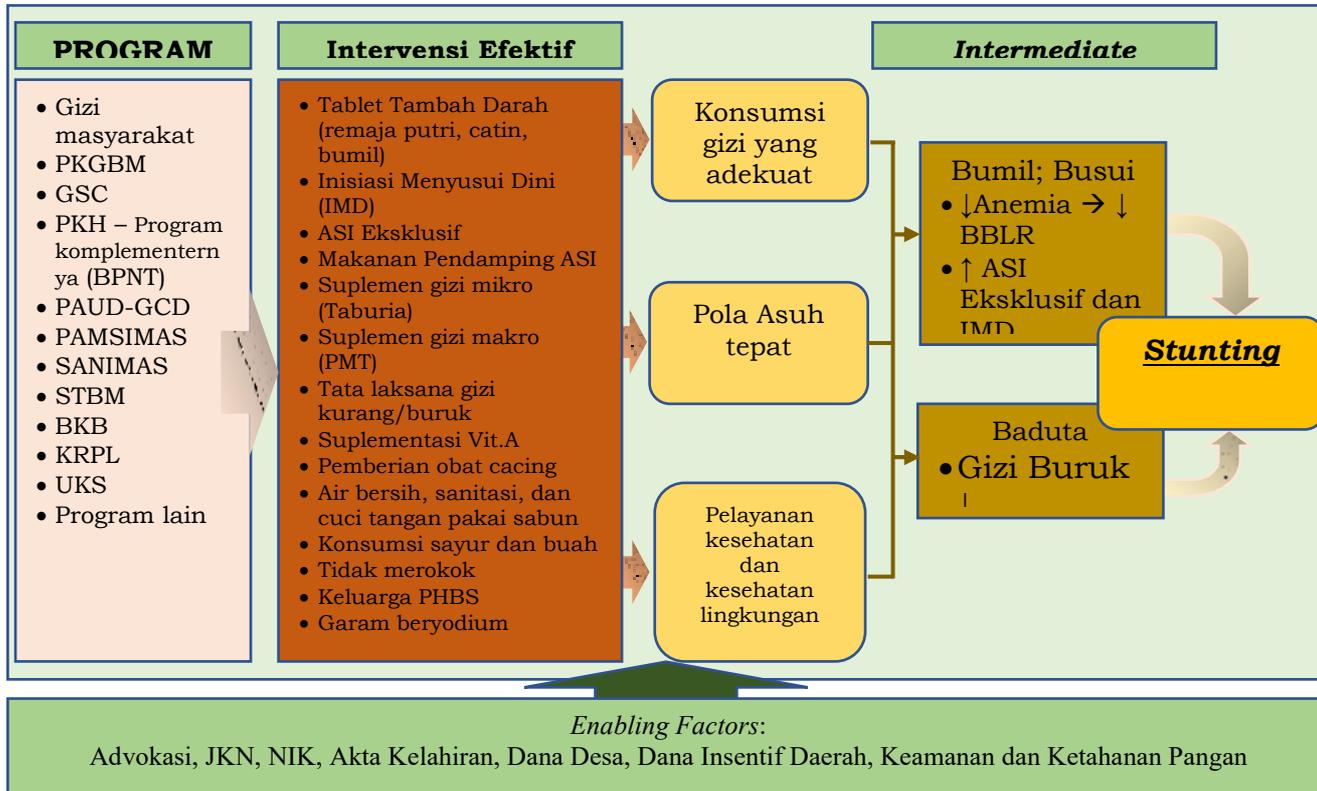
menunjukkan bahwa wanita dewasa yang mengonsumsi sayur dan buah kurang dari 5 porsi/hari berisiko 2.39 kali dan 9.27 kali anemia (Ghose dan Yaya 2018). Oleh karena itu peningkatan konsumsi sayur dan buah pada penduduk Kota Bogor adalah penting untuk salah satunya mencegah anemia pada wanita dewasa, yang memiliki peluang untuk hamil. Meskipun demikian, kepatuhan konsumsi tablet tambah darah (TTD) pada remaja, calon pengantin, dan wanita selama kehamilan (90 tablet) adalah penting, karena zat besi asal pangan belum mampu mencukupi kebutuhan zat besi ibu selama kehamilan. Pemberian ASI eksklusif pada bayi usia 0 – 6 bulan juga sangat berperan dalam pencegahan *stunting*, karena komposisi gizi ideal yang dibutuhkan bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi selama enam bulan pertama kehidupannya.

Dilihat dari faktor bayi usia 0 – 23 bulan (baduta), bahwa gizi buruk pada baduta meningkatkan risiko anak menjadi *stunting* hingga usia lima tahun. Tahun 2017, *underweight* Kota Bogor adalah 11.1%, meningkat dari tahun 2015 (5.78%). *Underweight* dapat berisiko menjadi *stunting*, jika anak tidak mampu memenuhi kebutuhannya, karena *underweight* selalu beriringan dengan kurang nafsu makan dan kejadian infeksi yang dapat menghambat pertumbuhan dan perkembangannya, hingga berakhir *stunting*.

Beberapa intervensi efektif yang dapat dilakukan untuk menangani masalah gizi *stunting*, melalui penanganan anemia, gizi buruk, gemuk, dan berbagai penyebab langsung *stunting* adalah pemberian Tablet Tambah Darah pada remaja putri,

calon pengantin dan wanita hamil; pemberian makanana tambahan untuk baduta gizi buruk; perbaikan sanitasi bersih; tatalaksana gizi kurang/buruk; suplementasi vitamin A; suplementasi gizi makro dan mikro; pemberian MP-ASI; promosi PHBS, dan kegiatan lainnya.

Kegiatan intervensi efektif dapat dilakukan melalui efektivitas dan efisiensi program-program gizi masyarakat; Program Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) untuk penurunan *stunting*; Gerakan Sehat Cerdas (GSC) untuk anak sekolah; Program Keluarga Harapan (PKH) dan program komplementernya Bantuan Pangan Non-Tunai (BPNT); Pendidikan Anak Usia Dini – Generasi Sehat Cerdas (PAUD-GCD); Program Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat (*PAMSIMAS*); Sanitasi Berbasis Masyarakat (*Sanimas*); Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (*STBM*); Bina Keluarga Balita (*BKB*); Kawasan Rumah Pangan Lestari (*KRPL*); Unit Kesehatan Sekolah (*UKS*); dan program lain terkait pangan dan gizi yang dapat menurunkan *stunting*. Gambar 20 menunjukkan intervensi terintegrasi dalam rangka pencegahan dan penurunan prevalensi *stunting*.



Gambar 20. Intervensi gizi terintegrasi dalam rangka pencegahan dan penurunan prevalensi *stunting*

Sumber: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional 2017 (dimodifikasi)

Penyebab masalah gizi *stunting*, gemuk anak usia 0 – 59 bulan, dan obesitas orang dewasa di Kota Bogor adalah multidimensi. Oleh karena itu, pencegahan dan penanganannya membutuhkan pendekatan multisektor, dimana seluruh Organisasi Perangkat Daerah (OPD) sesuai dengan tugas dan fungsinya ikut serta dalam rencana aksi perbaikan pangan dan gizi. Tabel 17 menunjukkan program dan kegiatan dari intervensi spesifik dan sensitif lintas OPD dalam rencana aksi pangan dan gizi Kota Bogor. Program/kegiatan setiap OPD beserta indikator kinerja dan target per tahun 2020 – 2024 dapat dilihat pada lampiran 2 (Matriks Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi tahun 2020 - 2024).

Organisasi Perangkat Daerah	Program/Kegiatan
Dinas Kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kesehatan Masyarakat <ol style="list-style-type: none"> a. Pembinaan dan pelayanan gizi masyarakat b. Kesehatan keluarga c. Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat 2. Pelayanan kesehatan, rujukan dan jaminan kesehatan <ol style="list-style-type: none"> a. Pengelolaan Penerima Bantuan Iuran (PBI) 3. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit <ol style="list-style-type: none"> a. Pencegahan (imunisasi), pengendalian penyakit menular dan surveilans b. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular c. Pencegahan dan pengendalian penyakit tular vektor dan zoonotik

	d. Kesehatan lingkungan
Dinas Ketahanan Pangan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan Diversifikasi dan Ketahanan Pangan Masyarakat <ol style="list-style-type: none"> a. Peningkatan ketersediaan pangan b. Pengelolaan cadangan pangan c. Penanganan daerah rawan pangan d. Stabilisasi harga pangan e. Penganekaragaman pangan 2. Penguatan Kelembagaan dan Peningkatan Keamanan Pangan Segar <ol style="list-style-type: none"> a. Peningkatan koordinasi dan kelembagaan keamanan pangan segar b. Peningkatan pengawasan keamanan pangan segar
Dinas Pertanian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan produksi pertanian, perikanan, dan peternakan <ol style="list-style-type: none"> a. Intensifikasi pertanian tanaman pangan dan hortikultura b. Peningkatan pelayanan produksi peternakan c. Peningkatan pelayanan rumah potong hewan d. Pengembangan sumber daya perikanan 2. Pengolahan dan Pemasaran Hasil Produksi Pertanian, Peternakan, dan Perikanan <ol style="list-style-type: none"> a. Pengembangan usaha pengolahan hasil dan pemasaran tanaman pangan dan hortikultura b. Pengolahan hasil produksi peternakan 3. Peningkatan daya saing pengolahan dan pemasaran hasil perikanan

	<ul style="list-style-type: none"> a. Pengelolaan SDKP yang partisipatif, bertanggung jawab, dan berkelanjutan b. Penguatan logistik kelautan dan perikanan c. Peningkatan konsumsi ikan dalam negeri <p>4. Pencegahan dan penanggulangan penyakit hewan zoonosis dan penyediaan pangan hewani sesuai kriteria Aman, Sehat, Utuh, dan Halal (ASUH)</p> <p style="padding-left: 40px;">Peningkatan pelayanan pengendalian penyakit hewan menular zoonosis</p>
Dinas Perindustrian dan Perdagangan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan diversifikasi dan ketahanan pangan masyarakat <ul style="list-style-type: none"> a. Peningkatan ketersediaan pangan (jumlah kelurahan yang memiliki pasar) b. Stabilisasi harga pangan 2. Penumbuhan dan Pengembangan Industri Berbasis Agro <ul style="list-style-type: none"> Penumbuhan dan pengembangan industri pangan lokal
Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana	<p>Kependudukan, Keluarga Berencana, dan Pembangunan Keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pembinaan ketahanan keluarga b. Kesehatan reproduksi remaja
Dinas Komunikasi, Informatika, Statistik dan Persandian	<p>Pengembangan informasi dan komunikasi lembaga</p> <p>Pengembangan kemitraan lembaga komunikasi (kampanye <i>stunting</i>, gemuk dan obesitas)</p>
Dinas Koperasi, Usaha Mikro, Kecil dan Menengah (KUMKM)	<ul style="list-style-type: none"> 1. Penciptaan iklim usaha kecil, menengah dan kondusif 2. Pengembangan Usaha Bagi Usaha Mikro, Kecil dan Menengah 3. Penataan dan pemberdayaan PKL baik di dalam zona maupun di luar

	zona
Dinas Lingkungan Hidup	Pembinaan dan pengembangan infrastruktur permukiman. Pengembangan infrastruktur Tempat Pengolah Sampah Terpadu/3R (<i>Reduce, Reuse, Recycle</i>)
Dinas Pekerjaan Umum dan Penataan Ruang	Peningkatan Kinerja Pengelolaan Air Minum dan Air Limbah Pembangunan infrastruktur sanitasi, IPAL
Dinas Pemberdayaan Masyarakat, Perempuan dan Perlindungan Anak	Pembangunan dan pemberdayaan masyarakat kelurahan Pelayanan sosial dasar (pelayanan posyandu mandiri)
Dinas Sosial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perlindungan dan jaminan sosial <ol style="list-style-type: none"> a. Pemberian bantuan tunai bersyarat (PKH) b. Penyediaan layanan pemenuhan kebutuhan dasar korban bencana alam dan sosial 2. Penanganan fakir miskin Pemberian bantuan pangan 3. Rehabilitasi sosial Pemenuhan kebutuhan dasar penyandang masalah kesejahteraan sosial (PMKS) dalam panti dan/atau Lembaga dan luar panti
Dinas Pemuda dan Olahraga	Pembinaan kesehatan masyarakat: peningkatan aktivitas fisik
Dinas Pendidikan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) dan pendidikan masyarakat Penyelenggaraan layanan Pendidikan Anak Usia Dini 2. Pendidikan dasar dan menengah Pembinaan sekolah dasar (kantin sehat; sanitasi sekolah; muatan lokal lingkungan hidup)
Dinas Perhubungan	Peningkatan aksesibilitas pelayanan jasa

	transportasi
Dinas Perindustrian dan Perdagangan	Penumbuhan dan Pengembangan Industri Berbasis Agro Penumbuhan dan pengembangan industri Makanan, Hasil Laut dan Perikanan
Dinas Perumahan dan Permukiman	Pembinaan dan pengembangan infrastruktur permukiman a. Pembinaan dan pengembangan penyehatan lingkungan permukiman (pelayanan akses air minum; pelayanan akses sanitasi; peningkatan sarana prasarana olahraga; peningkatan Ruang Terbuka Hijau/RTH) b. Pembangunan infrastruktur limbah

Tabel 17. Rencana aksi pangan dan gizi lintas Organisasi Perangkat Daerah (OPD) tahun 2020 – 2024

C. Kerangka Kelembagaan

Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi (RADPG) Kota Bogor tahun 2020 – 2024 merupakan bentuk komitmen pemerintah daerah Kota Bogor terhadap Peraturan Presiden Nomor 83 Tahun 2017 tentang Kebijakan Strategis Pangan dan Gizi dan Peraturan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional Nomor 1 Tahun 2018 tentang Rencana Aksi Pangan dan Gizi untuk percepatan perbaikan gizi masyarakat. Pembangunan pangan dan gizi dilaksanakan dalam satu kesatuan untuk meningkatkan ketahanan pangan dan gizi yang berkelanjutan guna mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas dan berdaya saing.

Penyusunan RADPG Kota Bogor tahun 2020 - 2024 dikoordinasikan oleh Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah (Bappeda). Proses penyusunannya dilakukan secara bersama-sama dengan Organisasi Pemerintah Daerah (OPD) terkait sesuai dengan tugas, fungsi dan kewenangan masing-masing. Adapun OPD yang berperan dalam pembangunan pangan dan gizi di Kota Bogor adalah :

1. Dinas Kesehatan
2. Dinas Ketahanan Pangan
3. Dinas Pertanian
4. Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana
5. Dinas Komunikasi, Informatika, Statistik dan Persandian
6. Dinas Koperasi, Usaha Mikro, Kecil dan Menengah (KUMKM)
7. Dinas Lingkungan Hidup
8. Dinas Pekerjaan Umum dan Penataan Ruang
9. Dinas Pemberdayaan Masyarakat, Perempuan dan Perlindungan Anak
10. Dinas Sosial
11. Dinas Pemuda dan Olahraga
12. Dinas Pendidikan
13. Dinas Perhubungan
14. Dinas Perindustrian dan Perdagangan
15. Dinas Perumahan dan Permukiman
16. Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi
17. Badan Perencanaan Pembangunan Daerah

D. Peran Sektor Non Pemerintah

Sektor non pemerintah dapat berperan untuk pelaksanaan RADPG Kota Bogor sesuai peraturan perundangan yang berlaku. Sektor non pemerintah yang dapat mengambil peran adalah badan pemerintahan diluar perangkat daerah seperti Badan Pusat Statistik (BPS), BPOM Loka Jawa Barat-UPT Loka Kabupaten Bogor, Badan Pangan Logistik (BULOG), Perguruan Tinggi (PT), lembaga profesi, Organisasi kemasyarakatan atau Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), pelaku usaha, donor, masyarakat madani, dan media massa.

Badan Pusat Statistik (BPS) berperan dalam penyediaan dan pelayanan informasi statistik Kota Bogor. Badan Pangan Logistik (BULOG) berperan membantu pemerintah daerah, khususnya Dinas Ketahanan Pangan dan Dinas Industri dan Perdagangan dalam penyimpanan cadangan pangan pokok dan penting. Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) Loka Jawa Barat-UPT Loka Kabupaten Bogor sebagai perpanjangan tangan dari BPOM Provinsi di Bandung yang menjalankan tugas fungsi keamanan pangan dengan wilayah kerja Kota Bogor, Kabupaten Bogor, Kota Depok

Perguruan Tinggi dapat mendukung pencapaian target perbaikan pangan dan gizi melalui pelaksanaan riset dan pengabdian pada masyarakat maupun penyebarluasan informasi pangan dan gizi terkini kepada mahasiswa, terutama calon tenaga kesehatan saat proses belajar di dalam kelas serta kepada seluruh civitas akademika. Lembaga profesi dapat melakukan standardisasi kompetensi tenaga gizi dan kesehatan

melalui akreditasi. Organisasi kemasyarakatan (LSM) dapat memperkuat mobilisasi, advokasi, komunikasi dalam rangka meningkatkan ketahanan pangan dan perbaikan gizi. Peranan dunia usaha adalah melakukan bisnis pangan lokal yang aman dan bergizi, serta mendorong perilaku hidup sehat bagi karyawannya.

E. Instansi Pelaksana

Instansi pelaksana RADPG Kota Bogor secara holistik, tematik, integratif, dan spasial adalah melibatkan struktur organisasi pemerintahan yang terdiri dari:

Penanggung Jawab : Wali Kota Bogor

Ketua : Kepala Bappeda

Sekretaris : Kepala Dinas Ketahanan Pangan

Dalam rangka mempermudah pelaksanaan implementasi, Organisasi Pemerintah Daerah Pemerintahan Daerah Kota Bogor kemudian dikelompokkan berdasarkan lima pilar kebijakan strategis pangan dan gizi, sebagai berikut:

1. **Perbaikan Gizi Masyarakat melibatkan** Dinas Kesehatan; Dinas Pemberdayaan Masyarakat, Perempuan dan Perlindungan Anak; Dinas Sosial; Dinas Pendidikan.
2. **Peningkatan Aksesibilitas Pangan yang Beragam** melibatkan Dinas Ketahanan Pangan; Dinas Pertanian; Dinas Perindustrian dan Perdagangan; Dinas Sosial; Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi; Dinas Koperasi, Usaha Mikro, Kecil dan Menengah (KUMKM);

Dinas Pekerjaan Umum dan Penataan Ruang; Dinas Perhubungan.

3. **Mutu dan Keamanan Pangan** melibatkan Dinas Kesehatan, Dinas Perindustrian dan Perdagangan; Dinas Perumahan dan Permukiman; Dinas Lingkungan Hidup.
4. **Perilaku Hidup Bersih dan Sehat** melibatkan Dinas Kesehatan; Dinas Pemuda dan Olahraga; Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana; Dinas Pemberdayaan Masyarakat, Perempuan dan Perlindungan Anak; Dinas Lingkungan Hidup; Dinas Perumahan dan Permukiman; Dinas Pendidikan.
5. **Koordinasi Pembangunan Pangan dan Gizi** melibatkan Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda); Dinas Ketahanan Pangan; Dinas Komunikasi, Informatika, Statistik dan Persandian. Partisipasi Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang terkait dengan pangan, gizi dan kesehatan dapat dimasukkan ke dalam pilar ini.

F. Pembiayaan

Instansi pelaksana rencana aksi memerlukan dukungan dan pengelolaan dana yang dapat berasal dari berbagai sumber. Sumber pendanaan utama berasal dari APBD pemerintah daerah Kota dan Provinsi untuk beberapa program tingkat provinsi serta APBN. Pembiayaan dana APBN diperuntukkan bagi belanja kegiatan di tingkat pusat dan dapat digunakan di provinsi dan kabupaten sebagai dana perimbangan, dana dekonsentrasi,

dan/atau dana tugas pembantuan. Dana APBN yang dapat didistribusikan ke daerah berbeda-beda sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Dana APBD diatur secara mandiri oleh pemerintah daerah, dengan mengacu pada Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) yang disusun berdasarkan Rencana Kerja (Renja) dan Rencana Strategis (Renstra) Organisasi Perangkat Daerah (OPD). RADPG yang kemudian dijadikan sebagai pedoman penyusunan Renstra oleh masing-masing OPD, sehingga diharapkan program pangan dan gizi yang terintegrasi dalam multisektor dapat direalisasikan secara optimal dari anggaran pemerintah daerah.

Sumber pendanaan selain APBN dan APBD dapat berupa dana hibah yang berasal dari masyarakat, dana *Corporate Social Responsibility* (CSR) dari pelaku usaha, atau *philantrophy* sesuai peraturan perundang-undangan. Anggaran program sangat penting diketahui, guna perencanaan program paling efektif dan efisien sesuai dengan ketersediaan anggaran.

Sumber pendanaan RADPG Kota Bogor juga bisa berasal dari Badan Kerja Sama (BKSP Pembangunan Jakarta, Bogor, Depok Tangerang, Bekasi, dan Cianjur (Jabotabek). Keberadaan BKSP Jabodetabekjur dibentuk berdasarkan Instruksi Presiden Nomor 13 Tahun 1976 tentang Pengembangan Wilayah Jabotabek. Dalam inpres tersebut disebutkan tujuan dibentuknya BKSP adalah untuk membina pola permukiman penduduk dan penyebaran kesempatan kerja lebih merata atas dasar kebijakan pemerintah, serta penyerasian perencanaan pengembangan wilayah Jabotabek.

G. Strategi Pengembangan Kapasitas

Pelaksanaan program yang telah direncanakan memerlukan adanya adanya peningkatan kapasitas organisasi, SDM, dan panduan pelaksanaan program atau kegiatan. Strategi pengembangan kapasitas yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Pelatihan

Pelatihan merupakan upaya peningkatan kapasitas Sumber Daya Manusia sehingga program yang direncanakan dapat terlaksana sesuai harapan. Pelatihan yang diberikan harus menunjang kompetensi SDM untuk melaksanakan perbaikan pangan dan gizi terutama pada 1000 HPK. Pelatihan dapat dilakukan melalui dua bentuk, yaitu:

a. Pre service training

Kegiatan *preservice training* yang dilakukan meliputi pengembangan kurikulum yang sesuai dengan isu strategis gizi bagi perguruan tinggi atau pusat pelatihan tenaga kesehatan. Kurikulum akan dijadikan sebagai syarat akreditasi perguruan tinggi. Kerjasama dengan lembaga profesi, seperti Persatuan Ahli Gizi Indonesia (Persagi), Ikatan Bidan Indonesia (IBI), Persatuan Dokter Gizi Medik Indonesia (PDGMI), Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI), Persatuan Obsteri dan Ginekologi Indonesia (POGI), Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI), Pergizi Pangan, dan organisasi penyuluh pertanian, dan organisasi pertanian lainnya, dimaksudkan untuk membuat kurikulum atau modul

yang mendukung kompetensi untuk melaksanakan isu-isu 1000 HPK.

b. *On the job/in service training*

Adanya kurikulum dan modul pelatihan, dapat digunakan sebagai bahan pelatihan kepada tenaga yang terkait dengan 1000 HPK untuk mendukung berbagai kompetensi terkait 1000 HPK, diantaranya adalah komunikasi konseling, penyuluhan, dan praktik implementasi intervensi seperti inisiasi menyusui dini (IMD) dan pembuatan MP ASI, STBM, penganekaragaman pangan, penyuluhan pertanian, parenting, PAUD, kesehatan reproduksi. Diperlukan adanya pengelola pelatihan ini di tingkat pusat dan daerah. Materi untuk *on the job training* disediakan oleh tim khusus yang dikoordinasikan oleh Pokja Pelatihan Gernas 1000 HPK dan di tingkat daerah berkoordinasi dengan Bappeda dipimpin oleh Wali Kota Bogor.

2. Pedoman teknis

Pemerintah sebagai regulator salah satu tugas utamanya adalah menetapkan standar, termasuk standar untuk pelaksanaan program perbaikan pangan dan gizi multi sektor. Setiap OPD memiliki panduan pelaksanaan program yang dituangkan dalam pedoman maupun panduan teknis. Informasi mengenai pedoman yang digunakan sangat penting untuk dijadikan panduan dalam pelaksanaan program merupakan pedoman teknis yang dimiliki OPD dalam melaksanakan program.

H. Strategi Advokasi dan Komunikasi

Rencana Aksi Pangan dan Gizi Kota Bogor merupakan milik semua Organisasi Perangkat Daerah dan Pemerintah Daerah Kota Bogor. Semua OPD dengan tugas dan fungsi masing-masing secara optimal berperan aktif dalam pencapaian 17 indikator pangan dan gizi, sesuai dengan target RPJMN 2015-2019 dan komitmen dalam SDGs 2030. Program/kegiatan dan hasil (*output*) yang tertulis dalam matriks RADPG adalah menjadi acuan/rujukan bagi setiap OPD pelaksana untuk menyusun rencana strategis dan rencana kerja. *Output* pelaksanaan RADPG perlu dicantumkan dalam RPJMD tahun 2020 – 2024 agar menjadi acuan Pemerintah Daerah Kota Bogor dalam upaya meningkatkan pembangunan wilayah. Dalam pelaksanaan RADPG Pemerintah Daerah Kota Bogor bekerjasama dengan pemangku kepentingan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

Advokasi adalah kombinasi dari desain dukungan individu dan sosial untuk meningkatkan komitmen politik, dukungan kebijakan, penerimaan sosial, dan dukungan sistem untuk tujuan program kesehatan tertentu (WHO, 1998). Advokasi merupakan strategi untuk memengaruhi para pengambil keputusan khususnya saat mereka menetapkan peraturan, mengatur sumber daya dan mengambil keputusan-keputusan yang menyangkut khalayak masyarakat. Pada Tabel 18 diperlihatkan strategi advokasi yang harus dilakukan terhadap pemangku kepentingan terkait.

Tabel 18. Strategi dan advokasi pelaksanaan RADPG tahun 2020-2024

Pemangku Kepentingan	Strategi
Pemerintah Daerah Kab/Ko	<i>Policy brief, pertemuan advokasi, workshop</i>
Masyarakat	<i>Policy brief, dengar pendapat</i>
DPR/DPRD	<i>Policy brief, pertemuan advokasi</i>
CSO	<i>Seminar, Round Table Discussion (RTD)</i>
Mitra Internasional	<i>Round Table Discussion (RTD)</i>
Masyarakat	Media, konseling

BAB IV PEMANTAUAN DAN EVALUASI

A. Indikator yang Dipantau

Berdasarkan dokumen RADPG, maka substansi yang dipantau adalah :

1. Program, kegiatan, dan indikator kinerja (target dan capaian) menggunakan form pemantauan dan evaluasi.
2. Permasalahan dan rencana tindak lanjut menggunakan form pemantauan dan evaluasi.

Apabila diperlukan kegiatan pemantauan dapat diperluas pada kegiatan yang dilakukan oleh dunia usaha, masyarakat madani dan mitra pembangunan.

B. Waktu dan Pelaksanaan Pemantauan

Pemantauan dilakukan minimal dua kali dalam satu tahun, terdiri dari pertengahan dan akhir tahun. Pelaksana pemantauan adalah Organisasi Perangkat Daerah (OPD) dan/atau pemangku kepentingan lain yang dikoordinir oleh Bappeda Kota Bogor atau yang ditetapkan oleh Wali Kota Bogor atau sekretariat Dinas Ketahanan Pangan Kota Bogor.

C. Pelaporan Hasil Pemantauan

Pelaporan hasil pemantauan disampaikan kepada masing-masing pemangku kepentingan agar dapat dilakukan tindak lanjut sesuai permasalahan yang ditemukan. Pelaporan hasil pemantauan disampaikan satu bulan setelah pemantauan dilakukan.

D. Indikator yang Dievaluasi

Indikator pembangunan pangan dan gizi yang dievaluasi adalah mencakup indikator *input*, proses, *output* dan *outcome*. Kegiatan evaluasi juga dapat dilakukan pada indikator dampak (*impact*).

E. Waktu dan Pelaksanaan Evaluasi

Kegiatan evaluasi dapat dilakukan bersamaan dengan kegiatan pemantauan atau tersendiri. Evaluasi dapat dilakukan oleh pemerintah Kota Bogor atau bersamaan dengan kegiatan evaluasi oleh pusat.

F. Pelaporan Hasil Evaluasi

Pelaporan hasil evaluasi disampaikan kepada masing-masing pemangku kepentingan agar dapat dilakukan tindak lanjut sesuai permasalahan yang ditemukan. Pelaporan hasil evaluasi disampaikan satu bulan setelah pemantauan dilakukan.

BAB V PENUTUP

Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi (RADPG) periode tahun 2020 – 2024 akan menjadi panduan di dalam mengintegrasikan program dan kegiatan terkait pangan dan gizi Kota Bogor mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi. Dokumen ini sangat penting agar dipedomani untuk tercapainya pembangunan pangan dan gizi guna mewujudkan cita-cita pembangunan nasional, yaitu tercapainya Sumber Daya Manusia yang berkualitas dan berdaya saing. Pemanfaatan RADPG tidak hanya untuk pemerintah daerah, namun juga kalangan non-pemerintah daerah yang terlibat baik secara langsung maupun tidak langsung dalam pembangunan pangan dan gizi. RADPG Kota Bogor juga akan menjadi salah satu pedoman untuk rancangan teknokratik Rencana Pembangunan Menengah Daerah (RPJMD) Kota Bogor tahun 2020 – 2024.

DAFTAR PUSTAKA

- [Bappenas] Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional. 2014. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional: Buku I-Agenda Pembangunan Nasional. Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional.
- [Bappenas] Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional. 2018. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2018 tentang Rencana Aksi Pangan dan Gizi tahun 2017 – 2019. Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional.
- [BPS] Badan Pusat Statistik. 2018. Kota Bogor Dalam Angka 2018. Bogor: Badan Pusat Statistik Kota Bogor.
- Brody T. 1999. Nutritional Biochemistry 2nd Edition. USA: Academic Press.
- Daru J, Zamora J, Fernandez-Felix BM, Vogel J, Oladapo OT, Morisaki N, Tuncalp O, Torloni MR, Mittal Sm Jayaratne K, et al. 2018. Risk of Maternal Mortality in Women with Severe Anaemia during Pregnancy and Post Partum: A Multilevel Analysis. *Lancet Global Health*. 6:e548-e554. doi:10.1016/S2214-109X(18)30078-0
- [Dinkes] Dinas Kesehatan. 2017. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat Tahun 2016. Bandung: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat.
- Ghose B, Yaya S. 2018. Fruit and Vegetable Consumption and Anemia Among Adult non-Pregnant Women: Ghana Demographic and Health Survey. *Peer J*. doi:10.7717/peerj.4414.
- [Kemenkes] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
-
- _____. 2015. Teknis Pemantauan Status Gizi. Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak.
-
- _____. 2016. Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) Tahun 2016. Jakarta: Direktorat Gizi Masyarakat – Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.

-
- _____. 2017. Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) Tahun 2016. Jakarta: Direktorat Gizi Masyarakat – Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.
- Kuchenbecker J, Jordan I, Reinbott A, Hermann J, Jeremias T, Kennedy G, Muehlhoff E, Mtimuni B, Krawinkel MB. 2015. Exclusive Breastfeeding and Its Effect on Growth of Malawian Infants: Results from a Cross-Sectional Study. *Paediatr Int Child Health*. 35(1):14-23. doi:10.1179/2046905514Y.00000000134.
- Lestari E, Hasanah F, Nugroho NA. 2018. Correlation Between Non-Exclusive Breastfeeding and Low Birth Weight to Stunting in Children. *Peadiatrca Indonesiana*. 58(3):123-7. doi:10.14238/pi58.3.2018.123.7.
- Republik Indonesia. 2012. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2012 tentang Pangan. Lembaran Negara RI Tahun 2012 Nomor 227. Jakarta: Kementrian Hukum dan Hak Asasi Manusia.
- _____. 2012. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif. Jakarta: Kementrian Hukum dan Hak Asasi Manusia.
- Sari DO. 2014. Analisis Konsumsi Pangan dan Status Gizi Provinsi Jawa Barat tahun 2011-2012 dalam Rangka Pencapaian Millenium Development Goals [skripsi]. Bogor: Institut Pertanian Bogor.
- Whaley SE, Koleilat M, Leonard S, Whaley M. 2017. Breastfeeding Is Associated with Reduced Obesity in Hispanic 2- to 5-Year Olds Served by WIC. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 49(7S2):144-150. Doi:10.1016/j.jneb.2017.03.007.
- Wulansari A, Martianto D, Baliwati YF. 2016. Kerugian Ekonomi Akibat Biaya Perawatan Kesehatan Langsung Pada Orang Dewasa Obesitas Di Indonesia. *Jurnal MKMI*. 12(4):208-215.

II. PROYEKSI INDIKATOR DAN SASARAN PERBAIKAN PANGAN DAN GIZI KOTA BOGOR TAHUN 2020-2024

No	Indikator Sasaran	Status Awal (2017)	Target***					TUSI OPD
			2020	2021	2022	2023	2024	
1	Skor Pola Pangan Harapan (PPH)	77.1	80.0	81.5	83.0	84.5	86.40	DKP
2	Tingkat Konsumsi Kalori (Kkal/kapita/hari)	1,945	2,150	2,150	2,150	2,150	2,150	DKP
3	Konsumsi Ikan (kg/kap/tahun)	27.01	27.55	27.83	28.11	28.39	28.67	Distani
4	Prevalensi Anemia Ibu Hamil (persen)	6.2	6.1	6.0	5.9	5.8	5.7	Dinkes
5	Prevalensi BBLR (persen)	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	Dinkes
6	Prevalensi bayi mendapat ASI Eksklusif 6 bulan (persen)	50.3	51	52	53	54	55	Dinkes
7	Prevalensi kekurangan gizi (<i>underweight</i>) pada anak balita (persen)	11.1*	10.9	10.8	10.7	10.6	10.5	Dinkes
		5.73**	5.42	5.28	5.14	5.00	4.86	
8	Prevalensi kurus (<i>wasting</i>) pada anak balita (persen)	4.0*	3.9	3.8	3.7	3.6	3.5	Dinkes
		2.38**	2.10	1.97	1.85	1.74	1.63	
9	Prevalensi pendek dan sangat pendek (<i>stunting</i>) pada anak balita (persen)	25.0*	24.0	23.0	22.0	21.0	20.0	Dinkes
		6.58**	6.0	5.5	5.0	4.5	4.0	
10	Prevalensi obesitas penduduk usia >18 tahun (persen)	50.5	48.0	45.0	42.0	38.0	35.0	Dinkes

Keterangan :

* Data Hasil Pemantauan Status Gizi

** Data Hasil Bulan Penimbangan Balita)

*** Dilakukan oleh dinas yang bersangkutan kecuali indikator sasaran 1 dan 2 (rata-rata skor PPH meningkat 1.5 poin selama tahun 2013-2017

I. MATRIKS RENCANA AKSI DAERAH PANGAN DAN GIZI KOTA BOGOR TAHUN 2020 – 2024

Matriks RADPG memuat rencana program dan kegiatan beserta indikator kinerja (*output*), sasaran dan target (*outcome*), pemantauan dan evaluasi, serta Organisasi Perangkat Daerah (OPD), Kementerian/Lembaga yang berwenang pada setiap program dan kegiatan. Program dan kegiatan disusun berdasarkan lima pilar pembangunan pangan dan gizi, yaitu : 1) perbaikan gizi masyarakat; 2) Peningkatan aksesibilitas pangan yang beragam; 3) Mutu dan keamanan pangan; 4) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS); dan 5) Koordinasi pangan dan gizi. Hasil akhir dan target tahunan disusun berdasarkan Rancangan Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) dan tekbokratik RPJM Daerah Kota Bogor yang telah disesuaikan dengan situasi pangan dan gizi Kota Bogor. Program dan/atau kegiatan disusun berdasarkan standar minimal untuk mencapai hasil yang telah disesuaikan dengan tugas dan fungsi Organisasi Perangkat Daerah (OPD). Program dan/atau kegiatan yang tertulis dalam matriks bersifat dinamis, dirancang dan difokuskan untuk mencapai target indikator hasil. Masing-masing OPD yang berperan dalam masing-masing pilar mempunyai hak untuk menjadikan acuan dan mengembangkannya sesuai dengan tugas dan fungsi, kebutuhan, serta potensi Kota Bogor. Bappeda Kota Bogor sebagai fungsi kelembagaan mempunyai hak untuk melakukan pengawasan dan evaluasi pencapaian sasaran dan tujuan (*outcome*) untuk pemenuhan pangan dan perbaikan gizi masyarakat.

Matriks Rencana Aksi Pangan dan Gizi Kota Bogor Tahun 2020 – 2024

No	Program	Kegiatan	Indikator Kinerja/Outcome	OPD	Status Awal (2017)	Target					Pemantauan	Evaluasi
						2020	2021	2022	2023	2024		
Pilar 1: Perbaikan Gizi Masyarakat												
1	Kesehatan masyarakat	a. Pembinaan dan pelayanan gizi masyarakat	1. Persentase ibu hamil KEK yang mendapat makanan tambahan (PMT) (%)	Dinkes	5.32	95	96	97	98	99	Bulanan	Bulanan
			2. Persentase ibu hamil yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD) (%)	Dinkes	91.2	92	93	94	95	96	Bulanan	Bulanan
			3. Persentase bayi kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI Eksklusif (%)	Dinkes	50.3	51	52	53	54	55	Bulanan	Bulanan
			4. Persentase bayi baru lahir mendaot Inisiasi Menyusui Dini (IMD) (%)	Dinkes	64.8	50	51	52	53	54	Bulanan	Bulanan
			5. Persentase balita kurus yang mendapat makanan tambahan (%)	Dinkes	100	90	92	93	94	95	Bulanan	Bulanan
			6. Persentase remaja putri yang mendapat Tablet Tambah Daerah (TTD) (%)	Dinkes	20	31	32	33	34	35	Bulanan	Bulanan
		b. Kesehatan Keluarga	1. Persentase puskesmas melaksanakan penjangkaran peserta didik kelas 1 (%)	Dinkes	100	100	100	100	100	100	Bulanan	Bulanan
			2. Persentase puskesmas melaksanakan penjangkaran peserta didik kelas 7 dan 10 (%)	Dinkes	100	100	100	100	100	100	Bulanan	Bulanan
			3. Persentase puskesmas menyelenggarakan kegiatan kesehatan remaja (%)	Dinkes	100	100	100	100	100	100	Bulanan	Bulanan

No	Program	Kegiatan	Indikator Kinerja/Outcome	OPD	Status Awal (2017)	Target					Pemantauan	Evaluasi
						2020	2021	2022	2023	2024		
			4. Persentase puskesmas yang melaksanakan kelas ibu hamil (%)	Dinkes	100	100	100	100	100	100	Bulanan	Bulanan
			5. Persentase ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal minimal empat kali (K4) (%)	Dinkes	98.5	98.5	99	99	99,5	100	Bulanan	Bulanan
			6. Persentase kunjungan neonatal 1 (KN1) (%)	Dinkes	99.4	99.5	99.5	100	100	100	Bulanan	Bulanan
			7. Persentase persalinan di Fasilitas Kesehatan (%)	Dinkes	94	96	97	98	99	100	Bulanan	Bulanan
			8. Persentase puskesmas yang melaksanakan orientasi program P4K (Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) (%)	Dinkes	100	100	100	100	100	100	Bulanan	Tahunan
2	Pelayanan kesehatan, rujukan dan jaminan kesehatan	Pelayanan kesehatan, rujukan dan jaminan kesehatan (Sumber: Dinas Kesehatan)	1. Jumlah penduduk yang menjadi peserta penerima bantuan iuran (PBI) melalui JKN/Kartu Indonesia Sehat (KIS) (dalam juta jiwa)	Dinkes	106,534	235,000	240,000	245,000	250,000	255,000	Bulanan	Tahunan
			2. Jumlah penduduk yang menjadi peserta penerima iuran (PBI) bersumber APBD	Dinkes	256,331	281,964	310,161	341,177	375,294	412,824	Bulanan	Tahunan

No	Program	Kegiatan	Indikator Kinerja/Outcome	OPD	Status Awal (2017)	Target					Pemantauan	Evaluasi
						2020	2021	2022	2023	2024		
			3. Jumlah penduduk yang menjadi peserta non-penerima bantuan iuran (non-PBI) melalui JKN/Kartu Indonesia Sehat (KIS) (dalam juta jiwa)	Dinkes	407,466	537,000	540,000	543,000	546,000	549,000	Bulanan	Tahunan
3	Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat Desa	Pelayanan sosial dasar	Persentase posyandu purnama mandiri	Dinkes	70	75	80	85	90	95	Tahunan	Tahunan
4	Perlindungan dan jaminan sosial	a. Pemberian bantuan tunai bersyarat (PKH)	1. Jumlah keluarga penerima manfaat (KPM) PKH yang dapat mengakses layanan kesehatan, Pendidikan, dan kesejahteraan sosial	Dinsos	17,071 (2018)	17,071	17,071	17,071	17,071	17,071	Triwulan	Tahunan
			2. Jumlah keluarga penerima manfaat (KPM) PKH yang mendapatkan <i>Family Development Session</i> (FDS) terkait gizi dan kesehatan	Dinsos	17,071 (2018)	17,071	17,071	17,071	17,071	17,071	Triwulan	Tahunan
		b. Pemberian bantuan pangan	1. Jumlah keluarga fakir miskin yang mendapatkan bantuan pangan non tunai (BPNT)	Dinsos	41,759	41,759	41,759	41,759	41,759	41,759	Tahunan	Tahunan
		c. Pemberdayaan fakir miskin, penyandang masalah kesejahteraan	1. Jumlah korban bencana sosial yang mendapatkan pemenuhan kebutuhan dasar (jiwa)	Dinsos	6,095	7,295	7,895	8,495	9,095	9,695	Tahunan	Tahunan
			2. Persentase fakir miskin dan penyandang masalah	Dinsos	59	63	63	63	63	63	Tahunan	Tahunan

No	Program	Kegiatan	Indikator Kinerja/Outcome	OPD	Status Awal (2017)	Target					Pemantauan	Evaluasi
						2020	2021	2022	2023	2024		
		sosial lainnya	kesejahteraan sosial yang direhab dan berdaya									
			3. Persentase anak jalanan (Anjal), Gelandangan dan Pengemis (GePeng) dan Pekerja Seks Komersial (PSK) yang berdaya	Dinsos	71	75	75	75	75	75	Tahunan	Tahunan
			4. Persentase korban bencana yang mendapat bantuan non fisik	Dinsos	100	100	100	100	100	100	Tahunan	Tahunan
5	Rehabilitasi Sosial	Pembinaan panti asuhan/ panti jompo	1. Persentase panti asuhan/ Yayasan yang terbina (persen)	Dinsos	100	100	100	100	100	100	Tahunan	Tahunan
		Pembinaan eks penyandang penyakit sosial (eks narapidana, PSK, narkoba, dan penyakit sosial lainnya)	1. Persentase jumlah eks penyandang penyakit sosial yang dibina (persen)	Dinsos	63	67	67	67	67	67	Tahunan	Tahunan
		Pembinaan anak terlantar	1. Persentase jumlah anak terlantar/ anak jalanan yang dibina (persen)	Dinsos	35	41	41	41	41	41	Tahunan	Tahunan
		Pembinaan para penyandang cacat dan trauma	1. Persentase penyandang cacat trauma yang dibina (persen)	Dinsos	8	12	12	12	12	12	Tahunan	Tahunan
		Pemberdayaan kelembagaan kesejahteraan sosial	1. Persentase Lembaga kesejahteraan sosial yang dibina	Dinsos	100	100	100	100	100	100	Tahunan	Tahunan
			2. jumlah PSKS yang terbina	Dinsos	263	267	267	267	267	267	Tahunan	Tahunan

No	Program	Kegiatan	Indikator Kinerja/Outcome	OPD	Status Awal (2017)	Target					Pemantauan	Evaluasi		
						2020	2021	2022	2023	2024				
			3. jumlah PSKS yang menerima bantuan	Dinsos	14	18	18	18	18	18	Tahunan	Tahunan		
7	Pendidikan Anak Usia Dini dan Pendidikan Masyarakat	Penyelenggaraan Layanan Pendidikan Anak Usia Dini	Persentase lembaga PAUD pembina yang menyelenggarakan holistik integratif (%)	Disdik	2 (3 TK)	3 (5 TK)	4 (6 TK)	4,5 (7 TK)	5 (8 TK)	6 (9 TK)	Tahunan	Tahunan		
8	Pendidikan Dasar dan Menengah	Pembinaan Sekolah Dasar	1. Jumlah sekolah dasar yang melaksanakan UKS:	Disdik										
			a. Kantin sehat		143	150	155	160	165	170	Tahunan	Tahunan		
			b. Sanitasi		143	150	155	160	165	170	Tahunan	Tahunan		
			c. Muatan lokal Lingkungan Hidup		264	265	265	266	266	267	Semester	Semester		
			2. Jumlah sekolah menengah pertama yang melaksanakan UKS:	Disdik										
			a. Kantin sehat		20	30	35	40	45	50	Tahunan	Tahunan		
			b. Sanitasi		70	80	85	90	95	100	Tahunan	Tahunan		
c. Muatan lokal Lingkungan Hidup	123	124	124	125	125	126	Semesteran	Semesteran						
9	Pembangunan Keluarga	a. Peningkatan promosi kesehatan 1000 HPK	1. Persentase anggota Bina Keluarga Balita aktif (persen)	DPPKB	78.54	75.25	75.50	75.75	76.00	76.25	Semesteran	Semesteran		
		b. Bintek kelompok Bina Keluarga Balita												
		c. Bintek Kelompok Bina Keluarga Remaja	1. Persentase anggota Bina Keluarga Remaja aktif (persen)	DPPKB	74.05	70.05	70.10	70.15	70.20	70.25	Semesteran	Semesteran		

No	Program	Kegiatan	Indikator Kinerja/Outcome	OPD	Status Awal (2017)	Target					Pemantauan	Evaluasi
						2020	2021	2022	2023	2024		
		d. Bintel Kelompok Bina Keluarga Lansia	1. Persentase anggota Bina Keluarga Lansia aktif (persen)	DPPKB	73.60	70.00	70.01	70.02	70.03	70.04	Semesteran	Semesteran
		e. Bintel Kelompok UPPKS	1. Jumlah kelompok UPPKS aktif	DPPKB	21	24	25	26	27	28	Semesteran	Semesteran
		f. Peningkatan pemahaman remaja terhadap kesehatan reproduksi	1. Jumlah Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK R) aktif	DPPKB	45	47	48	49	50	51	Semesteran	Semesteran

Pilar 2 : Peningkatan Aksesibilitas Pangan yang Beragam

10	Peningkatan produksi pertanian	a. Intensifikasi pertanian tanaman pangan dan hortikultura	1. Tercapainya produksi padi (ton)	Distani	5,252.8	7,314	8,630.5	10,184	12,017	14,180	Semesteran	Tahunan
			2. Tercapainya produksi jagung (ton)	Distani	2,309.7	2,521.65	2,597.30	2,675.21	2,755.47	2,838.13	Semesteran	Tahunan
			3. Tercapainya produksi ubi kayu (ton)	Distani	7,369	8,052.30	8,293.87	8,542.69	8,798.97	9,062.94	Semesteran	Tahunan
			4. Tercapainya produksi ubi jalar (ton)	Distani	3,265.6	3,332	3,398	3,463	3,528	3,594	Semesteran	Tahunan
			5. Produksi pisang (ton)	Distani	1,074	1,196.38	1,256.20	1,319.01	1,384.96	1,454.21	Semesteran	Tahunan
			6. Produksi cabai (ton)	Distani	364	405.47	425.74	447.03	469.38	492.85	Semesteran	Tahunan
			7. Produksi petsai/sawi (ton)	Distani	1,040	1,158.51	1,216.43	1,277.25	1,341.12	1,408.17	Semesteran	Tahunan
			8. Produksi kangkung (ton)	Distani	1,247	1,389.09	1,458.54	1,531.47	1,608.04	1,688.44	Semesteran	Tahunan
			9. Produksi bayam (ton)	Distani	545,4	607.54	637.92	669.81	703.30	738.47	Semesteran	Tahunan
		b. Peningkatan pelayanan produksi peternakan	1. Produksi daging sapi/kerbau (ton)	Distani	4,030.22	4,276.90	4,362.44	4,449.68	4,538.68	4,629.45	Semesteran	Tahunan
			2. Produksi daging ayam buras	Distani	82.64	85.15	86.00	86.86	87.73	88.60	Semesteran	Tahunan
			3. Produksi daging ayam ras petelur (ton)	Distani	4.19	4.25	4.28	4.30	4.32	4.34	Semesteran	Tahunan
			4. Produksi daging ayam ras pedaging	Distani	1,378.54	1,421.34	1,435.55	1,449.91	1,464.41	1,479.06	Semesteran	Tahunan

No	Program	Kegiatan	Indikator Kinerja/Outcome	OPD	Status Awal (2017)	Target					Pemantauan	Evaluasi
						2020	2021	2022	2023	2024		
			(ton)									
			5. Produksi daging itik (ton)	Distani	0.65	0.67	0.68	0.68	0.69	0.70	Semesteran	Tahunan
			6. Produksi telur (ton)	Distani	97.5	103	105	107	109	111	Semesteran	Tahunan
			7. Produksi susu (Liter)	Distani	1,469,000	1,964,861	1,984,315	2,003,769	2,023,223	2,042,677	Semesteran	Tahunan
		c. Peningkatan pelayanan rumah potong hewan	Jumlah sapi yang dipotong di RPH (ekor) 1. Sapi 2. Ayam 3. Kambing/domba	Distani	623,520	786,597	812,493	838,047	863,002	888,793	Semesteran	Tahunan
					9,720	12,705	13,068	13,431	13,794	13,794		
					612,000	771,900	796,800	821,700	846,000	871,500		
					1,800	1,992	2,625	2,916	3,208	3,499		
11	Peningkatan Produksi Perikanan	a. Pengembangan potensi sumber daya perikanan	Produksi ikan konsumsi (ton)	Distani	5,674	6,522	7,500	8,625	9,919	11,407	Semesteran	Tahunan
12	Pengolahan dan Pemasaran Hasil Produksi Pertanian dan Peternakan	a. Pengembangan usaha pengolahan hasil dan pemasaran tanaman pangan dan hortikultura	Jumlah produk olahan pertanian	Distani	5	5	5	5	5	5	Semesteran	Tahunan
		b. Pengolahan hasil produksi peternakan	Jumlah produk olahan hasil perikanan	Distani	2	2	2	2	2	2	Semesteran	Tahunan
13	Penguatan Daya Saing Produk Perikanan	a. Pengembangan pengolahan dan pemasaran	Angka konsumsi ikan (Kg/kap/tahun)	Distani	27.01	29.51	30.04	31.31	32.25	32.21	Tahunan	Tahunan
			Jumlah produk perikanan	Distani	2	2	2	2	2	2	Tahunan	Tahunan

No	Program	Kegiatan	Indikator Kinerja/Outcome	OPD	Status Awal (2017)	Target					Pemantauan	Evaluasi
						2020	2021	2022	2023	2024		
		an hasil perikanan										
14	Peningkatan Diversifikasi dan Ketahanan Pangan Masyarakat	a. Peningkatan ketersediaan pangan	1. Ketersediaan pangan per kapita per hari (kkal/kapita/hari)	DKP	2,483	2,400	2,400	2,400	2,400	2,400	Tahunan	Tahunan
			2. Jumlah pasar rakyat yang dibangun	Disperindag	8 pasar	9 pasar	9 pasar	10 pasar	10 pasar	10 pasar	Tahunan	Tahunan
			3. Promosi dan kerjasama/kemitraan pada industri pangan lokal untuk meningkatkan produksi dalam negeri	Disperindag	4 kali	4 kali	4 kali	4 kali	4 kali	4 kali	Tahunan	Tahunan
		b. Pengelolaan cadangan pangan	1. Jumlah cadangan pangan pemerintah (beras) (ton)	DKP	7.64	27.00	26.72	26.66	26.59	25.52	Semesteran	Tahunan
			c. Peningkatan daerah rawan pangan	1. Jumlah kawasan mandiri pangan (Kawasan)	DKP	4	1	1	1	1	1	Semesteran
		d. Stabilisasi harga pangan		1. Persentase pemantauan harga 34 jenis bahan pokok masyarakat di Kota Bogor	Disperindag	8	8	8	8	8	8	
			2. Stabilitas harga pangan	DKP	100	100	100	100	100	100	Triwulan	Tahunan
			3. Jumlah Lembaga Usaha Pangan Masyarakat (LUPM)/Toko Tani Indonesia (TTI) (unit)	DKP	9	9	9	9	9	9	Tahunan	Tahunan
			4. Jumlah Toko Tani Indonesia Center (TTIC) (unit)	DKP	87	87	87	87	87	87	Tahunan	Tahunan
		e. Penganekaragaman	1. Jumlah lokasi kampanye penganekaragaman	DKP	10	10	10	10	10	10	Semesteran	Tahunan

No	Program	Kegiatan	Indikator Kinerja/Outcome	OPD	Status Awal (2017)	Target					Pemantauan	Evaluasi
						2020	2021	2022	2023	2024		
		pangan	pangan (lokasi)									
			2. Jumlah pengembangan pangan pokok lokal (unit)	DKP	10	2	2	2	2	2	Semesteran	Tahunan
			3. Jumlah Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL) (kelompok)	DKP	18	4	4	4	4	4	Tahunan	Tahunan
15	Penumbuhan dan Pengembangan Industri kecil dan menengah	Penumbuhan dan pengembangan industri pangan lokal	Jumlah industri rumah tangga yang diberikan bantuan mesin/peralatan dalam rangka pengembangan industri pangan lokal	Disperindag	32 IKM	37 IKM	40 IKM	45 IKM	50 IKM	55 IKM	Tahunan	Tahunan
Pilar 3 : Mutu dan Keamanan Pangan												
15	Penguatan Kelembagaan dan Peningkatan Keamanan Pangan Segar	Peningkatan pengawasan keamanan pangan segar	1. Meningkatnya keamanan pangan segar dan pangan olahan non kemasan	DKP	87.1	90	92.5	95	97.5	100	Tahunan	Tahunan
16	Pencegahan dan penanggulangan penyakit hewan zoonosis dan penyediaan pangan hewani sesuai kriteria Aman, Sehat, Utuh, dan Halal (ASUH)	Pelayanan Kesehatan Masyarakat Veteriner terhadap peningkatan mutu Pangan Asal Hewan (PAH)	Jumlah sampel bahan pangan asal hewan	Distani	100	640	640	640	640	640	Tahunan	Tahunan

No	Program	Kegiatan	Indikator Kinerja/Outcome	OPD	Status Awal (2017)	Target					Pemantauan	Evaluasi
						2020	2021	2022	2023	2024		
17	Pencegahan dan pengendalian penyakit	Kesehatan lingkungan	1. Jumlah kelurahan yang melaksanakan STBM	Dinkes	100	100	100	100	100	100	Triwulan	Tahunan
			2. Persentase sarana air minum yang dilakukan pengawasan (%)	Dinkes	51	54	56	58	60	62	Semesteran	Tahunan
			3. Persentase tempat umum yang memenuhi syarat kesehatan (%)	Dinkes	71.2	72.5	75	77.5	80	82.5	Semesteran	Tahunan
			4. Persentase Tempat Pengolahan Makanan (TPM) yang memenuhi syarat kesehatan	Dinkes	29,2	31	32	33	34	35	Semesteran	Tahunan
			5. Jumlah Pangan Industri Rumah Tangga (PIRT) tersertifikasi	Dinkes	879 (2018)	923	969	1,018	1,068	1,122	Semesteran	Tahunan
Pilar 4 : Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)												
18	Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	a. Pencegahan (imunisasi) penyakit tidak menular dan surveilans	Persentase anak usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar lengkap (%)	Dinkes	93.9	94.5	95	95.5	96	96.5	Bulanan	Tahunan
		b. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular	1. Persentase puskesmas yang melaksanakan pengendalian PTM terpadu (%)	Dinkes	100	100	100	100	100	100	Bulanan	Tahunan
			2. Persentase kawasan yang mematuhi Perda Kawasan Tanpa Rokok (KTR)	Dinkes	55	72	74	76	78	80	Bulanan	Tahunan
			3. Persentase puskesmas yang melaksanakan	Dinkes	79.2	100	100	100	100	100	Bulanan	Tahunan

No	Program	Kegiatan	Indikator Kinerja/Outcome	OPD	Status Awal (2017)	Target					Pemantauan	Evaluasi
						2020	2021	2022	2023	2024		
			melakukan kegiatan pencegahan kegemukan dan obesitas									
		c. Pencegahan dan pengendalian penyakit tular vektor dan zoonotik	Persentase anak yang minum obat cacing	Dinkes	92,9	100	100	100	100	100	Bulanan	Tahunan
19	Kesehatan Masyarakat	Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat	Persentase rumah tangga ber-Perilaku Hidup Bersih dan Sehat	Dinkes	65,2	68	69	70	71	72	Bulanan	Tahunan
20	Berkembangnya ruang kreasi, inovasi dan berbagi untuk masyarakat	Pemeliharaan rutin sarana dan prasarana olahraga	Jumlah sarana prasarana olahraga yang dilakukan renovasi	Dispora	2	2	2	2	2	2	Tahunan	Tahunan
21	Peningkatan peran pemuda dalam kepeloporan pemuda	Pemilihan pemuda pelopor	Jumlah pemuda pelopor 1. Kepeloporan bidang pangan 2. Kepeloporan bidang pendidikan 3. Kepeloporan bidang teknologi tepat guna 4. Kepeloporan bidang budaya dan pariwisata	Dispora	2	2	2	2	2	2	Tahunan	Tahunan
22	Peningkatan Kinerja Pengelola-	Pembangunan infrastruktur sanitasi,	1. Persentase peningkatan cakupan pelayanan akses air minum bersih	Dinas PUPR	90.5	100	100	100	100	100	Tahunan	Tahunan

No	Program	Kegiatan	Indikator Kinerja/Outcome	OPD	Status Awal (2017)	Target					Pemantauan	Evaluasi
						2020	2021	2022	2023	2024		
	an Air Minum dan Air Limbah	IPAL	2. Persentase peningkatan cakupan pelayanan akses sanitasi	Dinas PUPR	72.1	100	100	100	100	100	Tahunan	Tahunan
23	Pengaturan, pembinaan, pengawasan, pengembangan sumber pembiayaan dan pola investasi, serta pengembangan sistem penyediaan air minum	Fasilitasi SPAM PDAM	Persentase cakupan layanan air bersih PDAM	Dinas PUPR	90,55	92.5	94.0	96.0	98.0	100	Tahunan	Tahunan
24	Pembinaan dan pengembangan infrastruktur permukiman	Pengaturan, pembinaan dan pengembangan sumber pembiayaan dan pola investasi, serta pengelolaan pengembangan infrastruktur sanitasi dan persampahan	Jumlah lokasi yang dibangun infrastruktur Tempat Pengolah Sampah Terpadu/3R (<i>Reduce, Reuse, Recycle</i>)	Dinas LH	23	24	25	26	27	28	Tahunan	Tahunan

No	Program	Kegiatan	Indikator Kinerja/Outcome	OPD	Status Awal (2017)	Target					Pemantauan	Evaluasi
						2020	2021	2022	2023	2024		
25	Pengembangan Informasi dan Komunikasi Publik	Pengembangan kemitraan lembaga komunikasi	Jumlah sosialisasi terkait <i>stunting</i> , gemuk dan obesitas dewasa pada media cetak, elektronik, dan media sosial (Melalui radio nasional, infografis, videografis, banner website, media cetak, PSA di Televisi)	Diskominfo		4	4	4	4	4	triwulan	Tahunan
Pilar 5 : Koordinasi Pangan dan Gizi												
26	Penataan Administrasi Kependudukan dan Pencatatan Sipil	Pembinaan Administrasi Pencatatan sipil	Persentase anak yang memiliki akta kelahiran (%)	Dukcapil	93.55	95	96	97	98	99	Semesteran	Semesteran
27	Pembangunan Manusia, Masyarakat, dan Kebudayaan	Koordinasi Perencanaan, Pemantauan dan Evaluasi pelaksanaan RADPG	1. Pelaksanaan koordinasi OPD/lembaga dalam RADPG (OPD)	Bappeda	1	1	1	1	1	1	Tahunan	Tahunan
			2. Laporan hasil pelaksanaan RADPG	Bappeda	1	1	1	1	1	1	Tahunan	Tahunan

WALI KOTA BOGOR,

Ttd.

BIMA ARYA

LAMPIRAN II PERATURAN WALI KOTA BOGOR

NOMOR : 84 Tahun 2018

TANGGAL : 17 Desember 2018

TENTANG : RENCANA AKSI DAERAH PANGAN DAN GIZI KOTA BOGOR
TAHUN 2020-2024.

FORMAT LAPORAN PEMANTAUAN DAN EVALUASI

1. FORM PEMANTAUAN DAN EVALUASI PROGRAM, KEGIATAN, DAN INDIKATOR KINERJA
RAD-PG TAHUN

Pilar	Program	Kegiatan	Indikator Kinerja/Keluaran	Perangkat Daerah	Target Tahun	Capaian Tahun
-1	-2	-3	-4	-5	-6	-7
I Perbaikan Gizi Masyarakat						
II Peningkatan Aksesibilitas Pangan yang Beragam						

Pilar	Program	Kegiatan	Indikator Kinerja/Keluaran	Perangkat Daerah	Target Tahun	Capaian Tahun
-1	-2	-3	-4	-5	-6	-7
III Mutu dan Keamanan Pangan						
IV Perilaku Hidup Bersih dan Sehat						
V Koordinasi Pembangunan Pangan dan Gizi						

2. FORM PEMANTAUAN DAN EVALUASI PERMASALAHAN DAN RENCANA TINDAK LANJUT PELAKSANAAN RAD-PG TAHUN

Pilar	Perangkat	Permasalahan		Rencana Tindak	Keterangan
		Kategori*	Deskripsi		
-1	-2	-3	-4	-5	-6
Pilar 1: Perbaikan Gizi Masyarakat					
Pilar 2: Peningkatan Aksesibilitas Pangan yang Beragam					
Pilar 3: Mutu dan Keamanan Pangan					
Pilar 4: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat					

*) Pilihan diantaranya adalah: Keuangan, Organisasi, Regulasi, Operasional, Politik, Lainnya

3. FORM PEMANTAUAN DAN EVALUASI UMPAN BALIK PELAPORAN PELAKSANAAN RAD-PG

Pilar	Hasil Analisa	Rekomendasi
(1)	(2)	(3)
Pilar 1: Perbaikan Gizi Masyarakat		
Pilar 2: Peningkatan Aksesibilitas Pangan yang Beragam		
Pilar 3: Mutu dan Keamanan Pangan		
Pilar 4: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat		
Pilar 5 : Koordinasi Pembangunan Pangan dan Gizi		

4. FORM PEMANTAUAN DAN EVALUASI KUNJUNGAN LAPANGAN

NO	PERANGKAT DAERAH	KEGIATAN	JUMLAH DANA	HASIL	TANTANGAN	KET
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

CARA PENGISIAN:

1. FORM PEMANTAUAN DAN EVALUASI: PROGRAM, KEGIATAN, DAN INDIKATOR KINERJA RAD-PG TAHUN

 - a. Kolom 1 diisi dengan pilar rencana aksi pangan dan gizi.
 - b. Kolom 2 diisi dengan program perangkat daerah yang ada dipantau dalam RAD-PG.
 - c. Kolom 3 diisi dengan kegiatan perangkat daerah yang ada dipantau dalam RAD-PG.
 - d. Kolom 4 diisi dengan perangkat daerah yang bertanggung jawab terhadap indikator kinerja.
 - e. Kolom 3 diisi dengan target sesuai dengan tahun pelaporan.
 - f. Kolom 4 diisi dengan capaian sesuai dengan tahun pelaporan.

2. FORM PEMANTAUAN DAN EVALUASI : PERMASALAHAN DAN RENCANA TINDAK LANJUT PELAKSANAAN RAD-PG TAHUN

 - a. Kolom 1 diisi dengan pilar rencana aksi pangan dan gizi.
 - b. Kolom 2 diisi dengan Perangkat daerah yang mengalami masalah atau menghadapi tantangan dalam melaksanakan kegiatan pada setiap pilar.
 - c. Kolom 3 diisi dengan kategori masalah sesuai dengan identifikasi masalah. Kategori tersebut bisa dipilih lebih dari satu. Pilihan kategori diantaranya adalah: (a) Keuangan, (b) Organisasi, (c) Regulasi, (d) Operasional, (e) Politik, dan (e) Lainnya.
 - d. Kolom 4 diisi dengan deskripsi masalah-masalah yang ditemui dalam pelaksanaan program untuk mencapai masing-masing target.

- e. Kolom 5 diisi dengan rencana tindak lanjut yang perlu dilakukan untuk mengatasi masalah baik untuk pemerintah daerah maupun perangkat daerah.
 - f. Kolom 6 diisi dengan informasi tambahan yang dirasa perlu dimasukkan untuk menjelaskan kolom 3, 4 dan 5.
3. FORM PEMANTAUAN DAN EVALUASI: UMPAN BALIK PELAPORAN PELAKSANAAN RAD-PG
- a. Kolom 1 diisi dengan pilar pilar rencana aksi pangan dan gizi.
 - b. Kolom 2 diisi dengan hasil analisa terhadap Form Pemantauan dan Evaluasi Program, Kegiatan, dan Indikator Kinerja RAD-PG, Form Pemantauan dan Evaluasi Permasalahan dan Rencana Tindak Lanjut Pelaksanaan RAD-PG. Dalam kolom ini juga dapat disebutkan ke perangkat daerah mana rekomendasi (kolom 3) akan ditunjukkan.
 - c. Kolom 3 adalah rekomendasi yang diberikan berdasarkan hasil analisa yang dideskripsikan pada kolom 2.
4. FORM PEMANTAUAN DAN EVALUASI: KUNJUNGAN LAPANGAN
- a. Kolom 1 diisi dengan nomor yang berurut untuk mendeskripsikan banyaknya Perangkat daerah beserta kegiatan yang telah dilaksanakan.
 - b. Kolom 2 diisi dengan perangkat daerah yang memiliki kegiatan seperti yang tercantum pada RAD-PG.
 - c. Kolom 3 diisi dengan kegiatan yang telah direncanakan dalam RAD-PG.
 - d. Kolom 4 diisi dengan akumulasi dana yang dianggarkan untuk kegiatan yang tercantum pada kolom 3.
 - e. Kolom 5 diisi dengan dua kategori saja: TERLAKSANA (jika kegiatan pada kolom 3 terlaksana), dan TIDAK TERLAKSANA (jika kegiatan pada kolom 3 tidak terlaksana).

- f. Kolom 6 diisi dengan tantangan yang dihadapi perangkat daerah dalam melaksanakan kegiatan yang tercantum pada kolom 3.
- g. Kolom 7 diisi dengan informasi tambahan yang perlu dimasukkan untuk menjelaskan kolom 2, 3, 4, dan 6.

WALI KOTA BOGOR,

Ttd.

BIMA ARYA