

OVERVIEW MASALAH PANGAN DAN GIZI DI INDONESIA DAN UPAYA PENANGGULANGANNYA

Dr. Drajat Martianto dan Prof. Soekirman

*Staf Pengajar pada Departemen Gizi Masyarakat, Fakultas Ekologi Manusia,
Institut Pertanian Bogor*

I. PENDAHULUAN

Adalah suatu hal yang sangat memprihatinkan ketika "bencana" kelaparan dan gizi buruk terus mewarnai berita-berita di media massa sepanjang tahun 2005. Belum reda dengan pemberitaan mengenai kasus gizi buruk di berbagai daerah yang dimulai awal tahun 2005, menjelang akhir tahun 2005 lagi-lagi masyarakat dikejutkan oleh munculnya pemberitaan mengenai kelaparan di Yahukimo, sebuah kabupaten pemekaran di Propinsi Papua yang mengakibatkan tak kurang dari 50 orang meninggal akibat kurang pangan.

Gencarnya pemberitaan mengenai masalah kelaparan dan gizi buruk ini sangat memprihatinkan mengingat masalah kurang pangan dan gizi buruk ini adalah bukan masalah baru, bisa terdeteksi secara dini dan dilakukan upaya-upaya pencegahan dan penanggulungannya. Kejadian serupa, khususnya untuk gizi buruk, juga "baru" saja terjadi pada saat krisis ekonomi tahun 1998-2000 lalu. Padahal pada saat itu media massa juga sangat gencar memberitakan masalah gizi buruk ini. Dalam hal ini nampaknya kita telah menjadi bangsa yang cepat "lupa" tentang permasalahan yang dihadapi sehingga menjadi tidak waspada bahwa masalah gizi buruk ini bisa mencuat lagi ke permukaan kapan saja. Soekirman (2005), mengingatkan bahwa merebaknya masalah gizi buruk ini adalah karena kita semua tidak waspada. Ketidakwaspadaan ini disebabkan instrumen-instrumen yang selama ini dikembangkan untuk mencegah dan menanggulangi masalah pangan dan gizi cenderung tidak dimanfaatkan, bahkan ditinggalkan. Selama ini di Indonesia telah dikembangkan suatu sistem isyarat dini (*early warning system*) untuk mengantisipasi terjadinya masalah pangan dan gizi yang disebut dengan Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG). SKPG yang dikembangkan mencakup SKPG untuk mengantisipasi terjadinya kerawanan pangan/kelaparan dan SKPG untuk mengantisipasi masalah gizi buruk yang implementasinya dilakukan melalui pemantauan berat badan anak balita di

Posyandu. Karena masalah gizi buruk yang merebak akhir-akhir ini tidaklah "instan" atau terjadi begitu saja, melainkan merupakan suatu proses yang cukup panjang sejak terjadinya *eksposure* (*intake* makanan yang rendah dan infeksi penyakit hingga manifestasinya dalam bentuk *marasmus*, *kwashiorkor*, *marasmus-kwashiorkor*), maka masalah ini seharusnya bisa dicegah bila sistem kewaspadaan tersebut berjalan dengan baik.

Tulisan di bawah ini menyajikan informasi mengenai situasi pangan dan gizi di Indonesia, khususnya seberapa luas permasalahannya, faktor penyebab serta upaya-upaya yang pernah dilakukan dengan harapan masyarakat luas semakin mengenali permasalahan pangan dan gizi yang dihadapi, mulai dari situasi ketersediaan, konsumsi hingga status gizi. Mengingat masalah gizi di Indonesia bukan hanya masalah kekurangan zat gizi makro (energi, protein dan lemak) yang berakibat pada terjadinya masalah kurang energi dan protein (KEP) seperti *marasmus*, *kwashiorkor* dan *marasmus-kwashiorkor*, tetapi juga masalah kekurangan zat gizi mikro yang juga dikenal sebagai "kelaparan tersembunyi" (*hidden hunger*) serta masalah gizi lebih, khususnya obesitas, maka penulis berupaya untuk menyajikan berbagai masalah tersebut dalam tulisan ini.

II. SITUASI KETERSEDIAAN DAN KONSUMSI PANGAN DI INDONESIA

1. Perkembangan Ketersediaan dan Kemandirian Pangan

Selama sekitar satu dekade terakhir ketersediaan pangan nasional setara energi selalu menunjukkan angka yang melebihi rata-rata kebutuhan per kapita sebesar 2.500 kkal. Ketersediaan energi menurut Neraca Bahan Makanan Indonesia menunjukkan angka dari 2.850 kkal (1996) hingga lebih dari 3.200 kkal/hr (2000).

Dari segi komoditas umumnya menunjukkan telah terjadi peningkatan ketersediaan pangan meski laju pertumbuhan antar komoditas bervariasi antara satu dengan lainnya (Tabel 1) meski beberapa komoditas lainnya justru mengalami *trend* yang menurun. Laju pertumbuhan ketersediaan pangan untuk beras, sagu, jagung, aneka pangan hewani serta minyak dan lemak menunjukkan *trend* yang positif, sementara untuk ubi kayu, ubi jalar dan kedele menunjukkan *trend* yang negatif.

Tabel 1 . Perkembangan Ketersediaan Pangan Tahun 1993-2002

No	Jenis Pangan	Ketersediaan									Laju (%)
		1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	
1	Beras	28.897	29.323	30.122	32.264	30.528	30.548	35.035	31.594	29.760	1,0
2	Ubikayu	17.285	15.729	15.441	17.002	15.134	14.696	16.459	16.089	17.055	-0,01
3	Ubi jalar	2.080	1.841	2.166	2.015	1.837	1.929	1.659	1.828	1.741	-2,18
4	Sagu	128	131	136	122	137	166	137	137	143	1,5
5	Jagung	6.893	7.950	9.136	9.897	9.850	9.857	9.731	10.914	10.293	4,2
6	Kedele	2.436	2.355	2.329	2.351	1.940	1.508	2.685	2.295	1.962	-1,67
7	Daging Sapi	225	220	207	238	249	228	209	245	233	0,74
8	Daging Ayam	364	426	452	488	464	316	321	435	487	0,34
9	Telur ayam	449	543	582	630	607	393	524	642	641	7,35
10	Susu	899	971	1.439	1.238	1.159	963	1.258	1.976	1.981	8,46
11	Ikan segar	3.056	3.285	3.523	3.618	3.852	3.828	4.298	4.515	4.734	5,3
12	Minyak & lemak	4.615	5.234	7.056	7.212	5.502	8.833	6.302	7.490	7.297	4,4

Sumber: Neraca bahan Makanan 1993-2002, diolah (Martianto, dkk, 2004)

Perlu digarisbawahi bahwa meskipun secara umum ketersediaan pangan dari produk domestik meningkat (Tabel 2), untuk beberapa komoditas pangan, ketergantungan Indonesia pada produk impor masih cukup tinggi. Sebagai contoh, seperti terlihat pada Tabel 3, Indonesia masih mengimpor beras dalam jumlah yang cukup besar selama beberapa tahun terakhir. Tingginya tingkat konsumsi per kapita dan pertumbuhan penduduk yang masih cukup tinggi merupakan salah satu penyebab hal ini. Beberapa komoditas penting lainnya seperti kedelai (sumber protein nabati utama bagi masyarakat Indonesia), jagung (alternatif pangan pokok selain beras), dan gula masih sangat tinggi ketergantungannya pada impor (Gambar 1).

Tabel 2. Kondisi Kemandirian Pangan Indonesia dilihat dari Neraca Pemenuhan Kebutuhan Kalori (%)

	1961-1969	1970-1979	1980-1989	1990-1999	1995	1997	2000
Produksi Dalam Negeri	99,38	96,49	99,26	99,90	93,01	105,18	107,28
Ekspor	4,45	7,73	6,09	9,69	13,19	9,38	12,45
Impor	3,83	4,22	5,34	9,59	6,20	14,56	19,73
Eks-Imp Netto	-0,62	3,51	-0,34	-0,10	-6,99	5,18	7,28

Sumber : Neraca Bahan Makanan (dikompilasi dari beberapa tahun)

Tabel 3. Perkembangan Produksi, Konsumsi, Impor, dan Ekspor Beras Indonesia, Tahun 1990-2004

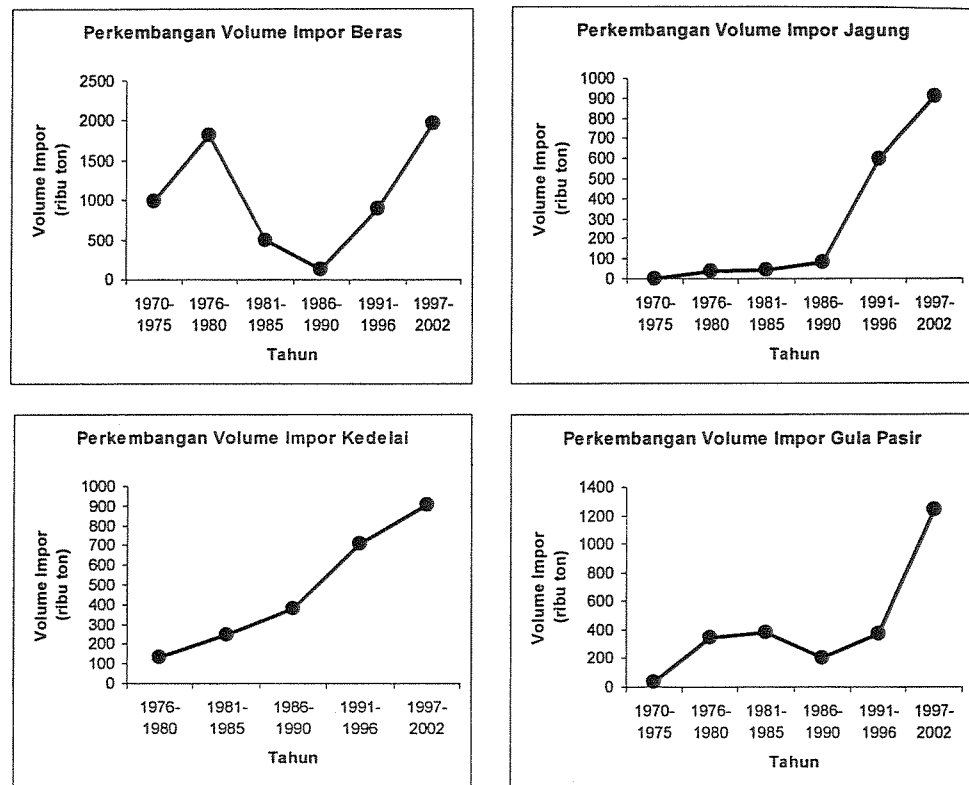
Tahun	Produksi (000 ton)	Tersedia Untuk Konsumsi (000 ton)	Konsumsi (000 ton)	Impor (000 Ton)	Ekspor (000 ton)
1990	29.361	24.076	24.409	29	3
1991	29.047	23.818	24.683	178	0
1992	31.356	25.712	24.965	634	73
1993	31.318	25.618	25.393	0	494
1994	30.321	24.863	25.642	876	233
1995	32.334	26.514	26.039	3.014	0
1996	33.216	27.237	25.913	1.090	0
1997	31.206	25.589	26.549	406	0
1998	31.118	25.517	26.857	7.101	0
1999	32.147	26.361	27.290	5.044	0
2000	32.345	26.523	27.713	1.379	0
2001	31.651	25.954	27.972	637	0
2002	32.542	26.679*	28.000	3.250	0
2003	32.952	27.015*	28.876	2.500	0
2004	34.344	28.156*	28.909**	dna	0

Sumber : Badan Pusat Statistik, 2004 dalam PSP3 (2005)

Catatan : * Diestimasi dari pangsa rata-rata terhadap produksi 1990-2001

** Diestimasi berdasarkan pertumbuhan 1990-2003

dna = data not available



Sumber: Krisnamurthi, dkk (2005)

Gambar 1. Perkembangan Impor untuk beberapa Komoditas Penting (Beras, Jagung, Kedele, Gula Pasir)

2. Perkembangan Tingkat Konsumsi Energi dan Protein

Pada Tabel 4, disajikan informasi tentang perkembangan tingkat konsumsi energi dan protein sebagai pendekatan gambaran pemenuhan kebutuhan pangan secara umum. Nampak bahwa konsumsi energi masyarakat Indonesia baik di pedesaan maupun perkotaan masih belum mampu memenuhi angka kecukupan gizi yang dianjurkan yang diindikasikan oleh tingkat konsumsi yang belum mencapai 100% angka kecukupan gizi. Disamping itu selama sepuluh tahun terakhir telah terjadi fluktuasi tingkat konsumsi energi dan protein yang cukup tajam, terutama selama periode terjadinya krisis ekonomi dan multidimensi pada tahun 1996-1999. Hal ini menunjukkan kuatnya peranan daya beli masyarakat

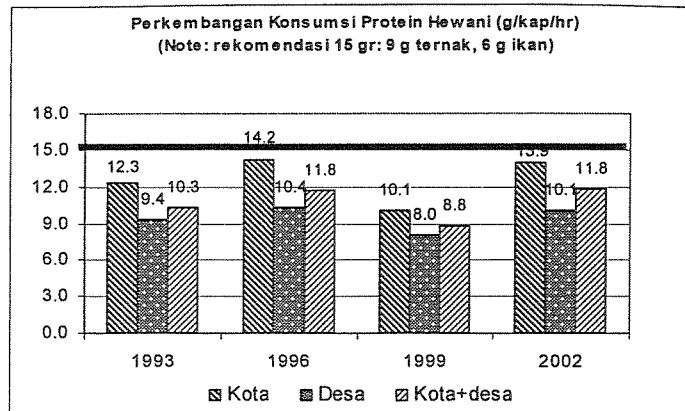
terhadap konsumsi pangannya. Krisis ekonomi, kenaikan harga atau penurunan pendapatan sebagai akibat kurangnya peluang bekerja dan berusaha seperti yang terjadi pada periode 1996-1999 terbukti telah menurunkan secara drastis kemampuan masyarakat untuk memenuhi kebutuhan pangannya, baik secara kuantitas maupun kualitas.

Tabel 4. Perkembangan Tingkat Kecukupan Konsumsi Energi dan Protein(%)

WILAYAH	1993	1996	1999	2002
ENERGI				
Kota	82,0	92,3	81,9	88,8
Desa	90,1	94,9	85,5	91,5
Kota + Desa	87,4	94,0	84,0	90,3
PROTEIN				
Kota	98,3	121,0	102,7	116,7
Desa	98,7	116,2	100,4	110,8
Kota + Desa	98,5	118,0	101,5	113,3

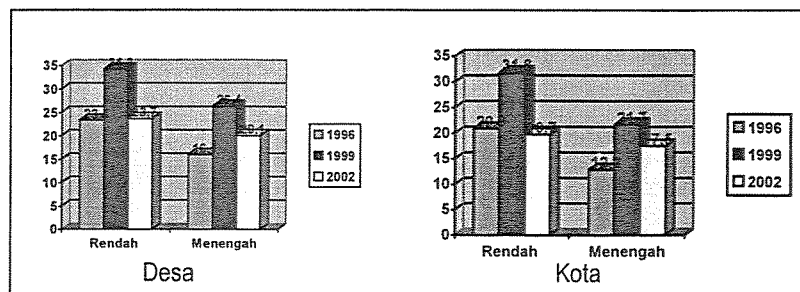
Sumber : Susenas, 1993, 1996, 1999, 2002 (diolah)

Belum memadainya kualitas konsumsi pangan masyarakat diindikasikan oleh masih rendahnya kontribusi protein hewani dalam menu makanan sehari-hari. Meskipun pada Tabel 4 tingkat konsumsi protein telah memenuhi angka kecukupan gizi, namun harus diakui bahwa sebagian besar dari protein tersebut umumnya berkualitas rendah karena dipenuhi dari pangan nabati. Bahkan beras, yang merupakan pangan sumber karbohidrat utama dalam pola konsumsi pangan masyarakat Indonesia adalah juga penyumbang protein terbesar. Peranan pangan hewani sebagai sumber protein berkualitas, juga sumber vitamin dan mineral masih rendah. Dibandingkan rekomendasi konsumsi protein hewani sebesar 15 g/kapita/hari, tingkat konsumsi protein hewani masyarakat Indonesia masih berada jauh dibawahnya. Peningkatan konsumsi protein hewani yang terjadi pada periode 1993-1996 ternyata langsung "anjlog" pada saat terjadinya krisis ekonomi. Bersyukur bahwa pemulihan ekonomi mulai terjadi dan dampaknya juga terlihat pada pemulihan tingkat konsumsi protein hewani. Diperlukan program penganekaragaman pangan yang kuat yang diiringi peningkatan pendapatan/daya beli masyarakat bila kita berharap pola konsumsi pangan masyarakat dapat memenuhi gizi seimbang.



Gambar 2. Perkembangan Konsumsi Protein Hewani di Indonesia

Kesenjangan distribusi konsumsi pangan antar kelompok masyarakat, khususnya antar strata pendapatan juga merupakan hal yang harus dicermati. Berdasarkan hasil olah data dasar Susenas 1996, 1999 dan 2002 (Martianto dan Ariani, 2004), diperoleh bahwa pada kelompok pendapatan menengah (40% di tengah) dan rendah (40% terendah), prevalensi rumah tangga defisit energi, yaitu mereka yang tingkat konsumsinya kurang dari 70 angka kecukupan gizi, masih cukup tinggi. Pada masa pra dan pasca krisis ekonomi sekitar seperlima rumah tangga pendapatan rendah di pedesaan dan perkotaan Indonesia tergolong defisit energi, dan prevalensinya meningkat menjadi sepertiganya pada saat krisis ekonomi. Meski tidak setinggi pada rumah tangga berpendapatan rendah, namun prevalensi rumah tangga defisit energi pada keluarga berpendapatan menengah masih cukup tinggi, antara 16-20 persen di pedesaan dan 12-18 persen di perkotaan (Gambar 3).



Gambar 3. Prevalensi Rumah tangga Defisit Energi pada Strata Pendapatan Rendah dan Menengah di Desa dan Kota di Indonesia

III. MASALAH KURANG GIZI MAKRO

1. Perkembangan Masalah Kurang Gizi Makro

1.1. Kurang Energi dan Protein (KEP) Anak Balita

Manifestasi Kurang Energi-Protein (KEP) pada anak balita dalam jangka pendek dan panjang dapat berupa rendahnya berat badan menurut umur (*underweight*), atau anak menjadi pendek (*stunted*) atau kurus (*wasted*).

Untuk mengevaluasi apakah status gizi anak balita tergolong normal atau tidak (gizi kurang atau gizi lebih), dilakukan perbandingan antara ukuran antropometri anak (berat badan atau tinggi badan) dengan baku internasional. Seorang anak dikatakan mengalami gizi kurang apabila berat badan atau tinggi badannya kurang dari -2 standard deviasi (SD). Anak balita yang berat atau tingginya kurang dari -3 SD dikatakan berstatus gizi buruk.

Pada Table 4 disajikan perkembangan anak balita yang berat badannya rendah (*underweight*). Nampak dalam tabel tersebut bahwa secara umum selama sepuluh tahun terakhir telah terjadi perbaikan dalam status gizi anak balita, khususnya bila dilihat dari prevalensi anak balita yang mengalami gizi kurang (<-2SD), meski dengan laju yang lambat, yaitu kurang dari 1% per tahun. Selama periode 1989-2000 telah terjadi penurunan prevalensi yang sangat relatif lebih tajam dari 27,5% menjadi 24,6% dibanding periode setelahnya (2000-2003). Diantara faktor yang menjadi pendorong turunnya prevalensi ini adalah peningkatan kesejahteraan masyarakat yang terjadi pada periode sebelum krisis dan adanya upaya penanggulangan masalah gizi yang intensif melalui Jaring Pengaman Sosial (JPS) pada periode krisis (1998-2000). Seiring dengan selesainya Program JPS dan implementasi otonomi daerah yang berimplikasi bahwa program gizi menjadi kewenangan daerah, padahal tidak semua pemimpin di Kabupaten/Kota memiliki kepedulian yang tinggi terhadap masalah gizi, maka prevalensi gizi kurang terlihat meningkat kembali pada periode 2000-2003. Satu hal penting yang juga terlihat dalam Tabel 5 tersebut adalah bahwa persentase balita yang mengalami gizi buruk mengalami stagnasi dalam lima belas tahun terakhir, bahkan cenderung mengalami peningkatan akhir-akhir ini. Direktorat Gizi Masyarakat, Depkes R.I.

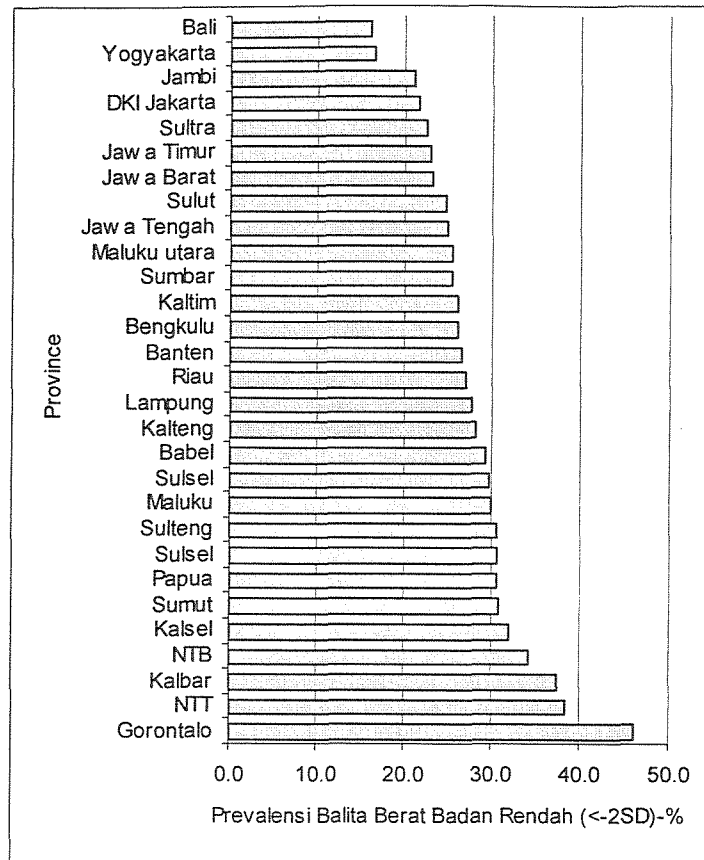
(2005) memperkirakan bahwa saat ini lebih dari 5 juta anak balita mengalami gizi kurang, dimana 1,5 juta diantaranya gizi buruk dan sekitar 175 ribu anak balita mengalami *marasmus*, *kwashiorkor* atau *marasmus-kwashiorkor*.

Table 5. *Trend* Prevalensi Berat Badan Rendah (*Underweight*) di Indonesia, 1989–2003

	1989	1992	1995	1998	1999	2000	2001	2002	2003
< -2 SD (Gizi Kurang/ <i>Underweight</i>)	37,5	35,5	31,6	29,5	26,4	24,6%	26,1	27,3	27,5
< -3 SD (Gizi Buruk/ <i>Severely underweight</i>)	6,3	7,2	11,6	10,5	8,1%	7,5	6,3	8,0	8,3

Sumber: Susenas 1989-2003, Komponen Status Gizi.

Meski secara umum rata-rata prevalensi gizi kurang (*underweight*) masih tinggi, namun terjadi keragaman yang cukup tinggi antara satu propinsi dengan propinsi lainnya. Di Propinsi Bali dan Daerah Istimewa Yogyakarta prevalensi gizi kurang jauh lebih rendah dibandingkan propinsi-propinsi lain di Indonesia (Gambar 4), yaitu kurang dari 20%. Sebaliknya, di beberapa propinsi, prevalensinya mencapai lebih dari 30 %, bahkan satu propinsi, yaitu Gorontalo memiliki prevalensi lebih dari 40%. Ini berarti bahwa di Propinsi Sulteng, Sulsel, Papua, Sumut, Kaltim, NTB, Kalbar dan Gorontalo, sebanyak 3-4 anak diantara 10 anak mengalami masalah gizi kurang (berat badan rendah).



Sumber: Soekirman, et al (2004)

Gambar 4. Prevalensi Balita dengan Berat Badan Rendah (Gizi Kurang+Buruk) Menurut Propinsi di Indonesia, Susenas 2003

Disamping masalah berat badan rendah (*underweight*), prevalensi anak balita Indonesia yang "pendek" (*stunting*) juga tinggi (Tabel 3), melebihi 40 persen. Demikian halnya juga dengan balita yang kurus (*wasting*), prevalensinya sekitar 15 persen pada tahun 2001. Hal ini menunjukkan bahwa kurang gizi makro pada anak balita masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius.

Tabel 6. *Trend Prevalensi Anak Balita yang Pendek (stunting), 1990-2001*

	IBT, 1990	Suvita, 1992	SKIA, 1995	NSS, 2001
Laki-laki	47,0	42,5	46,5	46,6
Perempuan	41,9	40,2	45,2	45,5
Kota			36,5	
Desal			49,2	
Total	44,5	41,4	45,9	45,6

Sumber: Survey Indonesia Bagian Timur (IBT, 1990); Survey vitamin A (Suvita, 1992); Survey Kesehatan Ibu dan Anak (SKIA, 1995); Nutrition & Health Surveillance Survey – HKI (NSS, 2001), dalam Soekirman et al (2004)

Tabel 7. *Trend Anak Balita yang Kurus (Wasting), 1990-2001*

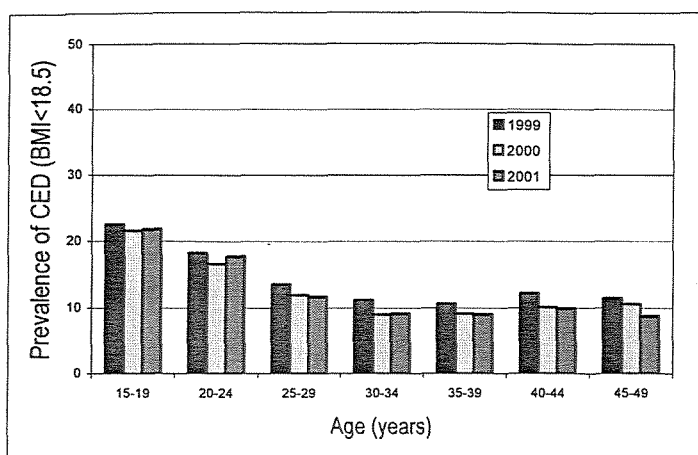
	IBT, 90	Suvita, 1992	SKIA, 1995	SKRT 1995	Ev.JPS 1999	SKRT 2001
Boys	10,8	9,5	13,9	13,3		16,9
Girls	8,7	7,6	12,7	10		14,5
Urban			13,5		14,0	15,2
Rural			13,3		13,7	16,2
Total	9,7	8,6	13,4	11,6	13,7	15,8

Sumber: Survey Indonesia Bagian Timur (IBT, 1990); Survey vitamin A (Suvita, 1992); Survey Kesehatan Ibu dan Anak (SKIA, 1995); Survey Kesehatan Rumah tangga (SKRT), 1995&2001, dan Survey Evaluasi Dampak Jaring Pengaman Sosial (JPS), 1999, dalam Soekirman et al (2004).

1.2. Kurang Energi dan Protein (KEP) pada Wanita Usia Subur

Saat ini ketersediaan data mengenai masalah gizi, khususnya KEP pada wanita usia subur (WUS) masih langka karena orientasi penanggulangan masalah gizi pada WUS selama ini masih terkonsentrasi pada masalah anemia gizi besi. Diantara data yang tersedia adalah hasil survey KEP yang dilakukan oleh Hellen Keller International (HKI) di wilayah pedesaan yang menunjukkan bahwa antara 10-25 persen WUS yang termasuk remaja dan dewasa awal (15-30 tahun) mengalami KEP (Indeks Massa Tubuh <18,5). Hal ini menunjukkan bahwa sekitar 1 dari 5 wanita yang siap melakukan reproduksi, khususnya mereka yang berusia 15-24 tahun, memiliki "modal" yang buruk untuk menghasilkan anak dengan status gizi baik. Berbagai studi menunjukkan hubungan bayi lahir dengan berat

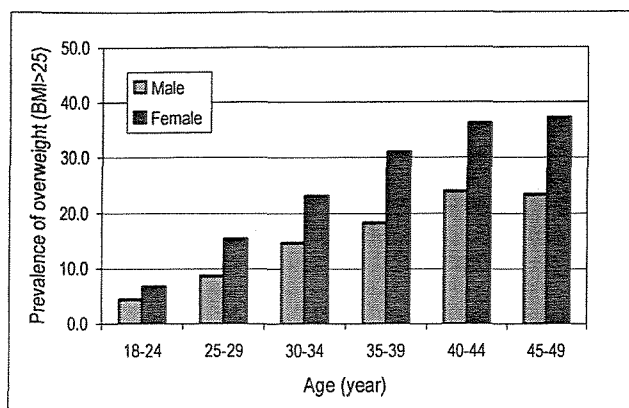
badan rendah (BBLR) dan kurang gizi pada balita dengan status gizi ibu sebelum melahirkan.



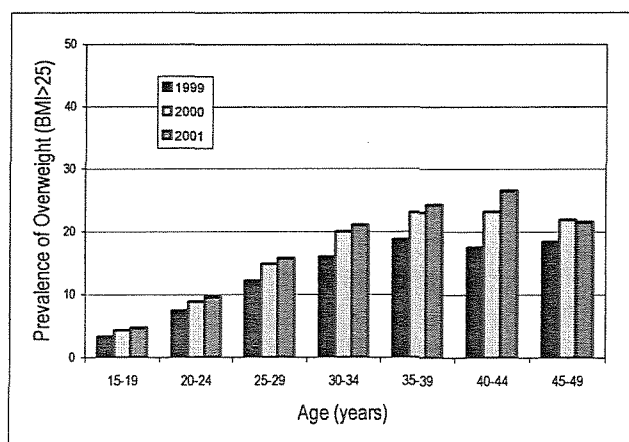
Gambar 5. Trend Masalah KEP (IMT < 18.5) pada Wanita Usia Subur (WUS) Di Pedesaan Indonesia (NSS-HKI, 1999-2001)

1.3. Gizi Lebih pada Remaja dan Dewasa

Selain masalah gizi kurang, ditemukan pula masalah gizi lebih dengan prevalensi yang cukup tinggi (Gambar 6) yang mengindikasikan adanya masalah gizi ganda di Indonesia. Hasil survey yang dilakukan di 27 Kota di Indonesia oleh Direktorat Gizi, Departemen Kesehatan pada tahun 1996/97 (sebelum krisis ekonomi) menunjukkan bahwa pada pria, prevalensi gizi lebih mencapai 14,9%, sedangkan wanita jauh lebih tinggi, yaitu 24,0 persen. Terjadi peningkatan prevalensi gizi lebih baik pada pria maupun wanita, seiring dengan peningkatan usia. Hasil survey HKI di wilayah pedesaan untuk WUS yang dilakukan pada tahun 1999-2001 juga menunjukkan pola yang serupa, meskipun prevalensinya masih lebih rendah dibanding di wilayah perkotaan.



a



b

Sumber: Depkes (1997) dan HKI (2002)

Gambar 6. *Trend* Masalah Gizi Lebih pada Remaja dan Dewasa di (a) Kota dan (b) Desa di Indonesia

Meski kaitan masalah gizi lebih tersebut dengan penyakit degeneratif belum dilakukan, namun data Survey Kesehatan Rumah tangga (SKRT) tahun 1995 dan 2001 menunjukkan bahwa kematian akibat penyakit jantung telah meningkat dari urutan ketiga menjadi urutan pertama. Survey 2001 juga menemukan bahwa angka mortalitas (kematian) pada wanita penderita jantung lebih tinggi dibandingkan pada pria dengan kondisi yang sama.

2. Program Penanggulangan Masalah Gizi Makro

Untuk mengatasi berbagai masalah kurang gizi makro tersebut, pemerintah telah mengembangkan berbagai program, baik berupa intervensi langsung maupun tidak langsung. Program langsung adalah berbagai upaya yang ditujukan untuk secara langsung mencegah atau menanggulangi masalah gizi, rendahnya konsumsi pangan dan penyakit infeksi, sedangkan program tidak langsung adalah upaya non-pangan dan gizi untuk melengkapi program-program pangan dan gizi, misalnya adalah program penanggulangan kemiskinan dan peningkatan cakupan pendidikan dasar. Dibawah ini disajikan secara ringkas tentang berbagai program penanggulangan gizi, khususnya UPGK dan Pemberian Makanan Tambahan (PMT).

2.1. UPGK/ Posyandu

UPGK merupakan program gizi nasional pertama yang dikembangkan pada sekitar tahun 70-80an. Program ini merupakan pengembangan *Applied Nutrition Program (ANP)* yang diinisiasi oleh FAO pada tahun 1960-an (Depkes, 1994). Pada awalnya program UPGK berorientasi pada penanggulangan masalah gizi melalui peningkatan produksi dan ketersediaan pangan rumah tangga yang diiringi peningkatan pendidikan, khususnya melalui pemanfaatan pekarangan dan pendidikan gizi.

Hasil evaluasi Sayogya (1973) menunjukkan bahwa kegiatan dalam UPGK ditekankan pada pendidikan gizi, *monitoring* pertumbuhan (penimbangan anak), pemberian makanan tambahan (PMT) dan pemanfaatan pekarangan. Kegiatan *monitoring* pertumbuhan anak (penimbangan) dengan menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS) dan beberapa pelayanan gizi seperti distribusi kapsul vitamin A dilaksanakan di Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu). Posyandu menjadi bagian penting dari program UPGK. Berdasarkan pencatatan pertumbuhan anak balita pada KMS yang kemudian direkapitulasi menjadi "balok SKDN" yang mencerminkan tingkat partisipasi dan keberhasilan pelaksanaan UPGK di tiap wilayah. selanjutnya dapat dipantau anak balita atau wilayah yang mengalami kurang gizi. Pemantauan ini kemudian dilanjutkan dengan upaya-upaya lain untuk penanggulangan masalah, seperti melalui pemberian makanan tambahan ataupun membawa anak balita gizi buruk ke rumah sakit/puskesmas rujukan. Upaya

pemantauan yang sistematis ini pada saat itu merupakan bagian dari Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG) yang berperan memberikan "isyarat dini" terjadinya masalah untuk dilanjutkan dengan melakukan tindakan yang tepat dan akurat.

Selama sekitar dua dekade program ini telah terbukti mampu berperan aktif dalam pencegahan dan penanggulangan masalah gizi, khususnya pada anak balita. Namun demikian pada perkembangan selanjutnya UPGK dan Posyandu semakin "kehilangan arah" akibat dari pergeseran orientasi pelayanan yang semakin menyerupai pusat pelayanan kesehatan. Pada masa desentralisasi dimana peran pengembangan dan pembinaan Posyandu menjadi tanggung jawab setiap pemerintah daerah, "nasibnya" semakin tidak menentu. SKPG pun menjadi tidak berjalan lagi sehingga kita kehilangan isyarat dini untuk waspada terhadap kemungkinan merebaknya masalah gizi buruk. Kondisi ini diperparah oleh krisis ekonomi yang mengakibatkan semakin sulitnya Posyandu berkembang karena keterbatasan anggaran, ketiadaan kader, semakin tersedianya "pesaing" dalam pelayanan kesehatan, dan sebagainya. Meskipun upaya untuk merevitalisasi Posyandu telah dilakukan pada Tahun 1998, namun upaya ini lebih dititikberatkan pada distribusi makanan pendamping ASI (MP-ASI), dan belum mampu menghidupkan fungsi Posyandu yang seharusnya sebagai pusat untuk monitoring pertumbuhan anak, sehingga dapat memantau dan mencegah kemungkinan terjadinya gizi kurang/gizi buruk yang parah.

2.2. Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

Seperti halnya di beberapa negara berkembang lainnya, penanggulangan masalah gizi makro antara lain dilakukan melalui PMT, baik ditujukan pada anak balita, anak sekolah, maupun pada WUS.

Selama ini telah dikembangkan berbagai bentuk/formula PMT berbasis pangan lokal. Beberapa metode pendistribusiannya-pun juga telah dikembangkan, dari yang bersifat bantuan murni (dibagikan secara gratis), maupun yang bersubsidi. Namun program ini mendapat cukup banyak kritikan karena seringkali terbukti tidak efisien, salah sasaran, dan berbiaya tinggi. Oleh karena itu ke depan program ini hanya akan diperuntukkan untuk mengatasi kondisi darurat seperti bencana alam, konflik sosial, dsb.

Selain PMT pada anak balita, Indonesia juga pernah mengembangkan PMT untuk anak sekolah yang populer disebut PMT-AS. Program ini dilandasi oleh adanya Program Wajib Belajar 9 tahun karena rendahnya status gizi dan kesehatan anak sekolah serta tinggi absensi murid anak sekolah, khususnya di pedesaan. Meski beberapa hasil evaluasi tidak sejalan satu dengan lainnya, namun beberapa studi menunjukkan manfaat PMT-AS ini, khususnya dalam meningkatkan absensi (kehadiran) murid dan pemberdayaan wanita pedesaan dalam program ini. Di masa otonomi daerah ini, program PMT-AS dapat dikatakan "mandeg". Beberapa kabupaten masih melanjutkan PMT-AS, namun sebatas hanya membagikan "snack" dan kurang memahami tujuan pemberian PMT-AS.

Pada masa krisis ekonomi tahun 1997-1999, pemerintah Indonesia mengembangkan program Jaring Pengaman Sosial, dimana salah satu kegiatan yang dilakukan adalah JPS-BK (Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan), yang didalamnya termasuk PMT bagi anak balita dan ibu hamil. Jenis PMT yang diberikan berupa "Vitadele", yaitu MP-ASI yang terdiri atas campuran padi-padian dan kacang-kacangan, yang diproduksi dan didistribusikan atas kerjasama pemerintah-industri-LSM (*public private partnership*). Disamping itu juga telah dikembangkan "sprinkles" atau "bubuk tabur", berupa zat gizi mikro yang harus dicampurkan pada MP-ASI buatan rumah tangga untuk meningkatkan kandungannya. *Sprinkles* yang dikembangkan Delvita adalah produk industri, bernama Delvita. Saat ini, atas bantuan dana dari pemerintah Jepang sedang dilakukan upaya untuk mengembangkan *sprinkles* yang formula serta produksinya dilakukan di Indonesia.

2.3. Program Peningkatan Ketahanan Pangan Masyarakat

Selain berbagai upaya di atas, sebenarnya masih cukup banyak upaya lain yang dilakukan oleh berbagai Departemen/Sektor maupun oleh Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) untuk memperkuat ketahanan pangan dan gizi masyarakat, baik melalui intervensi langsung maupun tidak langsung. Diantara beberapa yang penting adalah peningkatan produksi dan keanekaragaman konsumsi pangan melalui Proyek Diversifikasi Pangan dan Gizi (DPG) yang dikembangkan oleh Departemen Pertanian pada akhir 80-an dan awal 90-an. Upaya lain yang dikembangkan pada masa itu adalah

P4K (Proyek Peningkatan Pendapatan Petani Kecil) yang dikhususkan untuk masyarakat petani di pedesaan. Saat ini Departemen Pertanian melalui Badan Ketahanan Pangan (BKP) juga sedang mengembangkan "Desa Mandiri Pangan" (Desa MAPAN) yang bertujuan untuk meningkatkan ketahanan pangan dan gizi (mengurangi kerawanan pangan dan gizi) masyarakat melalui pendayagunaan sumberdaya, kelembagaan dan budaya lokal di pedesaan. Sasaran dari upaya ini adalah desa rawan pangan, dengan sasaran kegiatan adalah aparat desa (melalui peningkatan kapasitas) dan rumah tangga miskin (peningkatan daya beli dan akses pangan melalui peningkatan akses produksi, ketersediaan dan pendapatan).

IV. MASALAH KURANG ZAT GIZI MIKRO

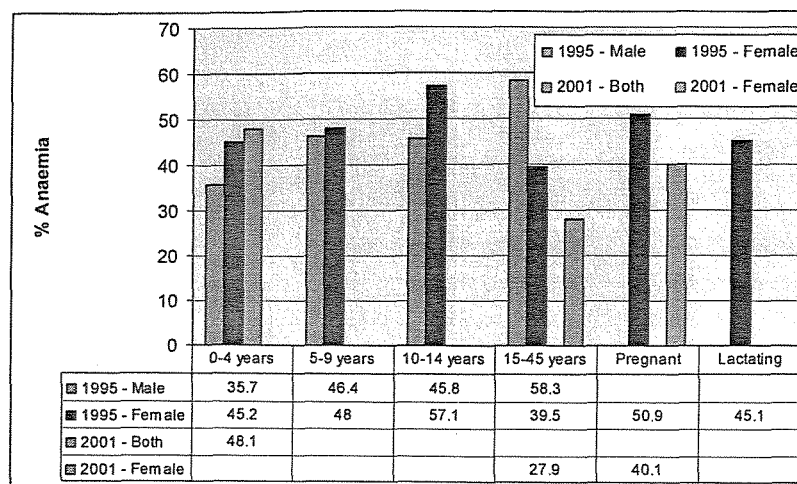
1. Perkembangan Masalah Kurang Zat Gizi Mikro

Selain masalah kurang zat gizi makro (KEP) seperti disebutkan di atas, saat ini Indonesia juga menghadapi masalah kurang zat gizi mikro, terutama dalam bentuk anemia zat gizi besi (AGB), gangguan akibat kurang iodium (GAKI) dan kurang vitamin A (KVA). Dari sudut luasan masalah dan cakupan masyarakat yang terserang, prevalensi kurang gizi mikro, khususnya AGB lebih tinggi dibanding masalah KEP.

1.1. Anemia Gizi Besi (AGB)

AGB merupakan masalah kurang zat gizi mikro yang terpenting dan "menyerang" berbagai kelompok umur (Gambar 7). Penyebab utama masalah gizi ini adalah faktor konsumsi dan faktor kesehatan lingkungan. Rendahnya *intake* zat besi, tingginya infeksi cacingan serta malaria di beberapa daerah merupakan penyebab utama AGB ini. Pada gambar 7 di bawah ini disajikan perkembangan prevalensi AGB menurut SKRT (NHS) tahun 1999 dan 2001. Nampak bahwa pada anak balita dan anak sekolah telah terjadi kenaikan prevalensi AGB yang cukup tajam yang mengindikasikan semakin parahnya kondisi masalah gizi ini. Sebaliknya pada WUS kondisinya cenderung semakin membaik. Fokus penanggulangan masalah AGB pada WUS melalui distribusi tablet besi dan kurangnya upaya penanggulangan AGB pada anak-anak adalah penyebab hal ini. Ke depan, upaya-upaya pencegahan AGB pada anak-anak dan

juga kelompok umur lain melalui program yang lebih murah dan lebih luas menjangkau seluruh lapisan masyarakat dan kelompok umur, seperti fortifikasi pangan misalnya, akan semakin dikembangkan oleh pemerintah bekerjasama dengan industri, LSM dan *stakeholder* lainnya.



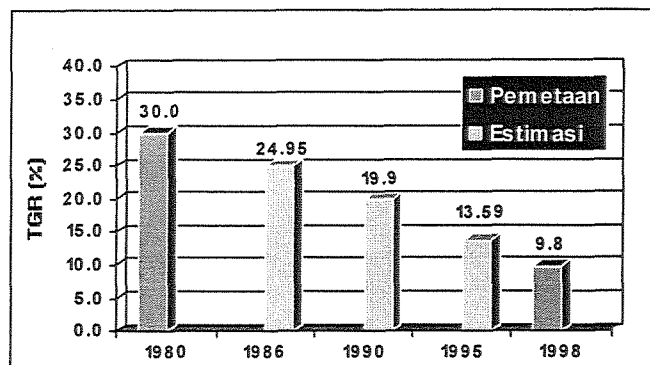
Gambar 7. Perkembangan prevalensi Anemia Gizi Besi (AGB) pada berbagai Kelompok Umur berdasarkan SKRT 1995 dan 2001

1.2. Gangguan Akibat Kurang Iodium (GAKI)

Gangguan akibat kekurangan iodium adalah salah satu masalah kurang zat gizi mikro yang dapat berakibat fatal. Diantara dampak yang dapat ditimbulkan adalah rendahnya kemampuan kognitif, *hypothyroid*, pembengkakan kelenjar gondok, keterbelakangan mental dan terganggunya perkembangan janin apabila diderita oleh ibu hamil. Masalah ini cukup banyak ditemukan di Indonesia, khususnya di wilayah dataran tinggi dan atau kandungan iodium tanahnya sangat rendah karena proses *leaching* (pencucian/terbawa ke dataran yang lebih rendah/ perairan).

Prevalensi GAKI (*total goitrate/TGR*) telah menurun dengan sangat tajam, dari 30 % tahun 1980, menjadi 27,9 persen di tahun 1990 dan kemudian menjadi 11 persen tahun 2003

(Gambar 8). Penurunan ini terjadi sebagai dampak dari berbagai intervensi yang dilakukan, mulai dari suntikan lipiodol, distribusi kapsul beriodium, hingga fortifikasi garam dengan iodium.



Sumber: Depkes, 2002

Gambar 8. Perkembangan Prevalensi TGR pada Anak Sekolah

1.3. Kurang Vitamin A (KVA)

Kurang vitamin A adalah salah satu penyebab terjadinya kebutaan, *xerophthalmia* dan *keratomalacia* pada anak-anak di berbagai negara berkembang. Manifestasi klinis yang lebih ringan dari dampak KVA adalah buta senja. Seiring dengan munculnya gejala klinis, terjadi pula penurunan fungsi imun (kekebalan) yang berakibat pada meningkatnya morbiditas dan mortalitas anak.

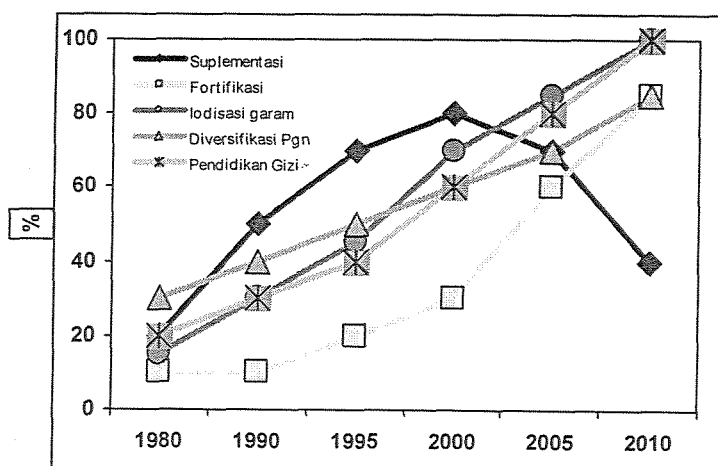
Dari berbagai survey kecil yang dilaksanakan pada tahun 1960-an diperkirakan penderita *xerophthalmia* mencapai 3,1-8,0%, suatu angka yang sangat tinggi untuk KVA karena prevalensi sebesar 0,5 % sudah menjadikan KVA sebagai masalah kesehatan masyarakat. Pada tahun 1970-an prevalensi KVA masih tinggi, yaitu sekitar 1,33%, dengan keragaman antar wilayah antara 0,5%- 2,34%. Seiring dengan distribusi kapsul vitamin A untuk anak balita sejak tahun 1970-an, prevalensi KVA cenderung menurun. Survey terakhir yang dilaksanakan pada tahun 1992 menunjukkan bahwa prevalensi *xerophthalmia* menurun tajam menjadi 0,33%. Meski tidak lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat yang diindikasikan oleh

luasnya masalah KVA secara klinis (*xerophthalmia*), namun diperkirakan setengah dari anak Indonesia memiliki serum retinol yang rendah (<20 ug/dl).

2. Penanggulangan Kurang Zat Gizi Mikro

Untuk mencegah dan menanggulangi berbagai masalah kurang zat gizi mikro tersebut, selama ini telah dilakukan berbagai upaya. Upaya utama yang telah dilakukan adalah suplementasi tablet besi untuk mengatasi masalah AGB, suplementasi kapsul vitamin A untuk mengatasi KVA dan suntikan lipiodol serta suplementasi kapsul iodosol dan distribusi garam beriodium untuk mengatasi masalah GAKI.

Meskipun suplementasi telah terbukti efektif untuk mengatasi masalah kurang zat gizi mikro, namun dari segi biaya program ini sangat mahal. Harga suplemen serta biaya distribusi yang tinggi berimplikasi pada perlunya mencari alternatif solusi pengganti/pendampingnya. Diantara yang telah teridentifikasi adalah pendidikan gizi, diversifikasi konsumsi pangan dan fortifikasi pangan. Dari berbagai kajian, fortifikasi pangan dianggap sebagai alternatif yang paling *cost-effective*.



Sumber: Depkes, 2002

Gambar 9. Penanggulangan Kekurangan Zat Gizi Mikro melalui berbagai Alternatif

Mempertimbangkan keunggulan fortifikasi pangan, ke depan upaya ini akan lebih dikedepankan dalam penanggulangan masalah kurang gizi mikro di Indonesia, seiring dengan penurunan upaya suplementasi. Peningkatan fortifikasi pangan akan diikuti dengan upaya penganekaragaman pangan menuju gizi seimbang, yang disertai dengan pendidikan gizi yang lebih intensif untuk mewujudkan keluarga sadar pangan dan gizi (Gambar 9). Saat ini upaya fortifikasi pangan secara *mandatory* (wajib) melalui Standar Nasional Indonesia (SNI) tidak hanya diterapkan pada garam, tetapi sejak tahun 2002 juga telah diterapkan pada tepung terigu. Upaya-upaya untuk mencari "*vehicle*" baru juga terus dilakukan. Hasil studi Koalisi Fortifikasi Indonesia (KFI) dan *Micronutrient Initiatives* (MI) tahun 2005 yang dilakukan di beberapa propinsi menunjukkan bahwa minyak goreng curah adalah *vehicle* yang memenuhi syarat untuk fortifikasi vitamin A. Sebagai tindak lanjut dari temuan tersebut tengah dilakukan pengembangan proyek uji coba pengembangan fortifikasi vitamin A pada minyak goreng di kota Makassar yang disertai dengan kajian tentang efektivitasnya. Pada saat yang bersamaan dengan bantuan pendanaan dari Jepang dilakukan pengembangan *sprinkles* lokal.



V. PENUTUP

Dari uraian diatas nampak jelas bahwa kondisi ketersediaan pangan yang memadai di tingkat makro bukan merupakan jaminan bagi setiap individu untuk dapat tercukupi konsumsi pangannya dalam jumlah dan kualitas yang memadai. Berbagai faktor lain seperti daya beli, pengetahuan, kesehatan lingkungan termasuk ketersediaan air bersih, serta ketersediaan aneka ragam pangan dalam harga terjangkau namun memiliki kandungan gizi yang cukup (misal pangan yang difortifikasi) serta aman untuk dikonsumsi sangatlah diperlukan.

Diperlukan dukungan program yang dapat mendekatkan masyarakat, khususnya masyarakat miskin terhadap akses pangan berkualitas dengan harga terjangkau. Untuk mewujudkan hal ini kerjasama saling menguntungkan (kemitraan) antara pemerintah, swasta/industri, LSM dan masyarakat sasaran sangatlah diperlukan. Ke depan, seiring dengan keterbatasan pemerintah dalam pembiayaan pembangunan semakin diperlukan strategi yang semakin terbukti "*cost-effective*" dalam mencegah

dan menanggulangi masalah pangan dan gizi. Diversifikasi penyediaan pangan melalui pengembangan produk olahan berkualitas dengan harga terjangkau dan fortifikasi pangan adalah upaya strategis dan prospektif untuk memperbaiki gizi seluruh lapisan masyarakat pada berbagai kelompok umur dan strata ekonomi.

Disamping itu sistem isyarat dini dalam bentuk Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG) yang selama ini telah dikembangkan, baik dalam kerangka untuk memantau terjadinya kelaparan maupun dalam rangka memantau gizi buruk pada balita harus dibangun kembali dan diperkuat. Diperlukan advokasi yang kuat agar SKPG dapat menjadi "alat deteksi dini" setiap bupati dan walikota sehingga kelaparan dan gizi buruk dapat dicegah seawal mungkin. Pengembangan sistem pelaporan cepat dan tepat waktu (*real time*) dengan memanfaatkan teknologi informasi (internet, SMS, dsb) sangat mendesak untuk dilakukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Bimas Ketahanan Pangan, Deptan. 2005. Pedoman Umum Program Aksi Desa mandiri Pangan (Desa MAPAN). Deptan R.I., Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 1994. Primary Health Care in Indonesia. Depkes R.I., Jakarta.
- Direktorat Gizi Masyarakat, Depkes R.I. 2002. Situasi Kesehatan dan Gizi dan Issue Kebijakan Memasuki Milenium Ketiga. Direktorat Gizi Masyarakat, Depkes R.I., Jakarta.
- Kantor Menko Ekuin dan PSP3 IPB. 2005. Kajian Produksi, Pemasaran dan Pembiayaan terhadap Komoditi Agribisnis Pangan. PSP3 LP-IPB, Bogor.
- Krisnamurthi, B., A. Kriswantriyono, T. Hadipurnomo, D.A.B. Susila dan Wahida. 2005 Road map Kemandirian Pangan: Sisi Penawaran. Pusat Studi Pembangunan, Lembaga Penelitian IPB.

Martianto, D. dan Ariani. Analisis Perubahan Konsumsi dan Pola Konsumsi Pangan Masyarakat dalam Dekade Terakhir. Makalah, disajikan pada Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII, Jakarta 17-19 Mei 2004.

Soekirman, Satoto, D. Martianto, A.B Djahari and Atmarita. Situational Analysis of Nutrition Problems in Indonesia: Its Policy, Programs and Prospective Development. MOH, 2004.

Soekirman, 2005. Mewaspadaai Terjadinya Busung Lapar Orang Dewasa pada Musim Kemarau Panjang. Harian Suara Pembaruan, 21 Juni 2005.

Sayogyo, 1973. UPGK and UNP Evaluation Study. Lembaga Penelitian Sosiologi Pedesaan IPB, 1973.

Prosiding Lokakarya Nasional II Penganekaragaman Pangan
