

4.

KEBIJAKAN PENANGGULANGAN MASALAH DEFISIENSI SENG (Zn) DI INDONESIA

Dr. dr. Aniek Kurniawan, M.Sc

Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Departemen Kesehatan RI

ABSTRACT

The national development programme for intermediate term is to extend life expectancy from 66.2 to 70.6 years, to reduce infant mortality from 38 per 1000 birth to 28 per 1000 birth, to reduce mothers mortality from 307 per 100,000 birth to 226 per 100,000 birth and to reduce prevalence of malnourished children under five (W/A < - 2 SD) from 28% to 20%. Some of the nutrition problems in Indonesia are protein energy deficiency, iron-deficient, Vitamine A deficiency, iodium deficiency disorders and zinc and other deficiency, whereas overnutrition are overweight (BMI >27kg/m²) and obesity (BMI >30 kg/ m²). Zn deficiency in Indonesia is such an essential issue to be aware of. Researches carried out in Bogor, NTB and Central Java in 2001 showed that Zn deficiency on infants was as much as 6 - 78%, while the 2002 research in Bogor and 1997 research in NTT that was conducted on pregnant women indicated that Zn deficiency had occurred as much as 25% and 72%. In an effort to cope with Zn deficiency, the Department of Health has performed nutrition education (tutoring, promotion, counselling), food diversification of an animal, food fortification (flour), micronutrient supplementation (vulnerable group). The targets in the community improvement programs are pregnant women, parturition, lactating mothers, infants, children under fives, school-aged children, fertile women and the elderly.

Keywords : policy, zinc

A. PENDAHULUAN

Visi Indonesia Sehat 2010 adalah memandirikan rakyat untuk hidup sehat, sedangkan misinya adalah membuat rakyat sehat. Peran seluruh masyarakat Indonesia dan lembaga sosial sangat diperlukan untuk membuat rakyat sehat. Grand strateginya adalah dengan menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat, meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, meningkatkan sistem surveillance, monitoring dan informasi kesehatan, meningkatkan pembiayaan kesehatan.

Rencana pembangunan jangka menengah nasional (RPJMN) 2005-2009 adalah meningkatkan usia harapan hidup 66,2 menjadi 70,6 tahun, menurunkan angka kematian bayi dari 38 per 1000 kelahiran hidup menjadi 28 per 1000 kelahiran hidup, menurunkan angka kematian ibu dari 307 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 226 per 100.000 kelahiran hidup, menurunkan gizi kurang (BB/U < - 2 SD) pada balita dari 28% menjadi 20%.

B. MASALAH GIZI DI INDONESIA

Masalah gizi kurang/buruk dapat mempengaruhi angka harapan hidup. Beberapa masalah gizi kurang yang terjadi di Indonesia diantaranya adalah kurang energi protein (KEP), anemia kurang besi (AKB), kurang vitamin A (KVA), gangguan akibat kurang yodium (GAKY) dan defisiensi seng dan mineral lain, sedangkan masalah gizi lebih diantaranya adalah kegemukan ($IMT > 27 \text{ kg/m}^2$) dan obesitas ($IMT > 30 \text{ kg/m}^2$). Masalah gizi buruk/gizi kurang pada anak biasanya disebabkan karena kekurangan zat gizi mikro,

Pada tahun 2005, masalah gizi kurang di Indonesia mencapai 28%, sedangkan gizi buruk mencapai 8,8%. Data ini mengalami peningkatan dibandingkan lima tahun sebelumnya, yaitu pada tahun

2000, gizi kurang di Indonesai mencapai 24,7% dan gizi buruk mencapai 7,5%.

Data mengenai KVA menunjukkan bahwa 50% balita menderita KVA sub klinik (serum retinol < 20 μ g/L), 0,33% balita menderita KVA klinik (xerophthalmia). WHO menyebutkan bahwa daerah dikatakan bebas buta karena masalah KVA jika X1-b > 0.50%.

Penelitian survei evaluasi program GAKY (2003) menunjukkan bahwa prevalensi GAKY mencapai 11,1%. Data ini lebih tinggi dibandingkan tahun 1998, yaitu sebesar 9,8%. Data lain juga menunjukkan bahwa 45% kecamatan di Indonesia merupakan daerah endemik GAKY, yang terdiri dari 30% endemik ringan, 7% endemik sedang dan 8% endemik berat.

Masalah gizi lainnya adalah anemi kurang besi (AKB). Hasil survei kesehatan rumah tangga (1995) menunjukkan bahwa prevalensi anemia tertinggi (57,9%) terjadi pada lansia, kemudian diikuti oleh remaja (57,1%) dan ibu hamil (50,9%). Data prevalensi AKB lainnya disajikan pada Tabel 4.1 di bawah ini.

Tabel 4.1 Prevalensi Anemia Kurang Besi (AKB)

Kelompok sasaran	Prevalensi (%)	Jumlah (juta)
Ibu hamil	50,9	2,5
Balita	40,5	8,1
Anak Usia Sekolah	47,2	17
Remaja (15-19 tahun)	57,1	6,3
WUS	39,5	13
Usia Produktif	48,9	51,8
Lanjut Usia	57,9	5

Sumber : Household Health Survey, 1995

Masalah defisiensi Zn di Indonesia juga merupakan masalah yang penting untuk diperhatikan. Penelitian yang dilakukan di Bogor, NTB dan Jawa Tengah pada tahun 2001 menunjukkan bahwa defisiensi Zn pada bayi sebesar 6-78%, sedangkan penelitian pada tahun 2002 di Bogor dan tahun 1997 di NTT yang dilakukan pada ibu hamil menunjukkan bahwa terjadi defisiensi Zn sebesar 25% dan 72%.

Menurut Gibson (1999), daerah yang defisiensi Fe memiliki kemungkinan untuk mengalami defisiensi Zn. Menurut *public health problem*, WHO, prevalensi anemia di Indonesia mencapai lebih dari 15%. Sebanyak 21,8% pra remaja putri umur 10-12 tahun menderita anemia kurang besi (defisiensi Fe) dan 15,8% mengalami defisiensi Zn (Indriastuti, 2004).

C. POLA MAKAN DAN KONSUMSI

Berdasarkan data Susenas diketahui bahwa pola makan dan konsumsi masyarakat Indonesia untuk kalori sudah mendekati AKG (2100 kkal) yaitu sebesar 1848 kkal/kap/hari (1999) menjadi 1987 kkal/kapi/hari (2002). Konsumsi lemak pada tahun 2002 juga sudah memenuhi 20% total kalori. Hal ini sesuai dengan konsumsi lemak menurut AKG tahun 1998, yaitu sebesar 20-30% total kalori. Konsumsi protein masyarakat Indonesia pada tahun 1999 dan 2002 sudah melebihi AKG tahun 1998, yaitu sebesar 48,7 g/kap/hari (1999) dan 54,4 g/kap/hari (2002), sedangkan konsumsi protein menurut AKG (1998) sebesar 48g. Untuk konsumsi protein hewani pada tahun 2002 mencapai 11,8 g/kap/hari, namun masih kurang dari 15 g/kap/hari. Konsumsi buah dan sayur masyarakat Indonesia dibandingkan data WHO masih kurang, yaitu 309 g/kap/hari pada tahun 1999 dan 221 g/kapita/hari pada tahun 2004, Sedangkan konsumsi buah dan sayur menurut WHO adalah sebesar 400 g. Konsumsi garam masyarakat Indonesia meningkat dari 5,6 g/kapita/hari (1999) menjadi 6,3 g/kapita/hari (2004). Menurut PUGS, konsumsi garam 1 sdt setara

dengan 5-6 g. Data mengenai konsumsi gula masyarakat Indonesia juga mengalami peningkatan dari 22,6 g/kap/hari (1999) menjadi 22,4 g/kap/hari (2004). Untuk konsumsi mikronutrient zat gizi penduduk Indonesia dari tahun 1993-2002 disajikan pada table di bawah ini.

Tabel 4.2 Konsumsi Mikronutrient Penduduk Indonesia

Zat gizi	AKG	1993	1996	1999	2002
Vitamin A (RE)	510,0	258,8	512,7	653,9	506,3
Vitamin B1 (mg)	1,0	0,49	0,45	0,44	0,58
Fe (mg)	16,4	5,22	9,09	17,3	11,3
Zn (mg)	14,2	5,3	3,7	4,0	4,9
Kalsium (mg)	563	164,8	326,1	421,2	331,7

D. FUNGSI, DAMPAK DEFISIENSI DAN SUMBER ZN

Fungsi Zn dalam tubuh adalah sebagai komponen lebih dari 200 *metaloenzym* dan hormone, untuk metabolisme; sintesis DNA dan RNA, stabilitas membran, memacu pertumbuhan, meningkatkan imunitas, maturasi seksual (remaja). Defisiensi Zn pada manusia berdampak terhadap "*growth retardation*" pada anak, yaitu *dwafism*, *poor sexual development*, *deformed bones*; penyembuhan luka lama; rambut dan kuku abnormal; kurang rasa pengecap; komplikasi obstetri (AKI dan AKB tinggi), yaitu perdarahan *postpartum*, *clift* dan *palate deformitas* (bibir sumbing).

Sumber Zn pada makanan antara lain terdapat pada *read meat*, *selfish* (hewani), nabati, (*germ*: kacang-kacangan). Sumber Zn merupakan sumber Fe, Faktor yang dapat meningkatkan penyerapan

Zn adalah protein, sedangkan kalsium, asam phytat dan tanin dapat menurunkan penyerapan Zn. Fe dan Zn dapat berinteraksi antagonis.

E. UPAYA PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT

KADARZI merupakan salah satu upaya untuk memperbaiki gizi masyarakat. Ciri KADARZI adalah menimbang secara teratur, memberikan ASI eksklusif, menggunakan garam beryodium, diversifikasi pangan (sayur dan buah), suplementasi zat gizi mikro sesuai kebutuhan.

Tujuan upaya perbaikan gizi masyarakat adalah meningkatkan "Keluarga sadar gizi" dalam upaya meningkatkan status gizi masyarakat, terutama pada ibu, bayi, balita. Kegiatan pokok yang dilakukan meliputi pendidikan gizi, suplementasi dalam upaya menanggulangi KEP, AGB, KVA, GAKY dan zat gizi mikro lain, penanggulangan gizi lebih, surveilan gizi dan SKD-KLB gizi buruk, pemberdayaan masyarakat untuk gizi.

Depkes dalam upaya penanggulangan masalah defisiensi Zn telah melakukan pendidikan gizi (penyuluhan, promosi, konseling), aneka ragam makanan (hewani), fortifikasi makanan (tepung terigu), suplementasi mikronutrient (kelompok rentan). Sasaran dalam upaya perbaikan gizi masyarakat ini adalah bumil, nifas, buteki, bayi, balita, anak usia sekolah, wanita usia subur dan lansia.

Bumil, Nifas dan Buteki

Pada bumil, nifas, buteki, upaya yang dilakukan untuk penanggulangan masalah gizi adalah melalui deteksi kurang energi kronik (KEK), memakai pita LILA, menimbang, suplementasi TTD (fe-folate) selama 90 hari dan 40 hari pada masa nifas, suplementasi kapsul yodium pada kecamatan endemik sedang dan berat (1 kali untuk bumil dan 2 kali untuk buteki), test Hb (endemik malaria),

suplementasi vitamin A (2x200.000 IU untuk ibu nifas selama kurang dari 30 hari), konseling gizi (pemberian ASI segera selama 1/2 - 1 jam, pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan, pemberian garam beryodium, meningkatkan konsumsi makanan protein, lemak omega 6 dan 3, kalsium, vitamin B, vitamin A, vitamin C, fluor, Fe, Zn, Se).

Bayi dan Anak balita

Penanggulangan gizi pada bayi dan anak balita dilakukan melalui deteksi BBLR, pemberian ASI dengan segera (1/2-1 jam), pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan, pemberian MP-ASI mulai umur 6 bulan-2 tahun, pemantauan pertumbuhan melalui posyandu, suplementasi vitamin A (untuk bayi usia 6-11 bulan diberikan kapsul vitamin A warna biru 1 kali dalam setahun dan untuk balita usia 12-60 bulan diberikan kapsul vitamin A warna merah 2 kali dalam setahun), suplementasi Fe (umur 6 - 11 bulan diberikan Fe 15 mg/hari dan umur 1 - 5 tahun diberikan Fe 30 mg/hari), pemeriksaan Hb bila diperlukan (endemik malaria), suplementasi multivitamin dan mineral (*sprinkle*) Zn, deteksi dini anak gizi buruk, suplementasi Zn (anak diare : 10-20 mg Zn selama 14 hari dan anak gizi buruk: ReSoMal (diare) & Formula WHO), konseling gizi pada ibunya (pemberian garam beryodium, meningkatkan konsumsi makanan sesuai AKG, aneka ragam makanan).

Anak Usia Sekolah

Pada anak usia sekolah, penanggulangan gizi dilakukan melalui monitoring BB dan TB (setiap 6 bulan), PMT-AS (program lokal), suplementasi Fe-folate (program lokal), yaitu 30 mg Fe & 0,125 mg folate/mg selama 16 minggu, Test Hb bila perlu (endemik malaria) dan pemberiaban obat cacing, suplementasi Fe-Zn dengan rasio dosis 2:1 (30 mg Fe & 15 mg Zn selama 12 minggu), periksa Hb sebelum dan sesudah suplementasi, monitoring BB dan TB untuk memacu pertumbuhan anak, pendidikan gizi (pemberian garam beryodium, aneka ragam makanan (protein hewani terutama produk laut).

Wanita Usia Subur/Remaja Putri

Upaya penanggulangan gizi pada WUS dan remaja putri dapat dilakukan melalui deteksi Kurang Energi Kronik (KEK), memakai pita LILA, suplementasi TTD (Fe-folate) mandiri (60 mg Fe dan 0,25 mg folate pada masa menstruasi selama 10 hari), suplementasi kapsul yodium pada kecamatan endemik berat dan sedang (2 x per tahun), pendidikan gizi (promosi garam beryodium dan TTD, aneka ragam makanan (protein hewani terutama produk laut, sayur dan buah), hindari diet ketat.

Lansia

Penanggulangan gizi pada lansia dilakukan melalui monitoring BB (kartu lansia), pendidikan gizi (promosi garam beryodium, aneka ragam makanan (protein hewani terutama produk laut, sayur dan buah), hindari kegemukan dan obesitas, suplementasi Zn pada diabetes dapat meningkatkan daya tahan tubuh dan mengembalikan fungsi pengecap. Lansia dengan penyakit degeneratif perlu diberikan konseling gizi mengenai penyakit.

F. KESIMPULAN

Penanggulangan masalah defisiensi Zn pada saat ini belum dilakukan secara khusus. Namun upaya yang telah dilakukan adalah melalui pendidikan gizi, fortifikasi dan suplementasi (mandiri). Rencana kedepan sebaiknya perlu dibahas secara khusus masalah defisiensi Zn dan mikronutrien lain, koordinasi dengan lintas program & lintas sektor lain dan suplementasi rasio Fe-Zn = 2: 1 pada pra remaja dan ditelaah kemungkinannya sebagai mandatory bersama-sama PMT-AS.