

KECENDERUNGAN MASALAH GIZI DAN TANTANGAN DI MASA DATANG^{*)}

Oleh: Prof. Dr. Azrul Azwar, MPH (Dirjen Bina Kesmas Depkes)

A. Pendahuluan

Tantangan utama dalam pembangunan suatu bangsa adalah membangun sumber daya manusia yang berkualitas yang sehat, cerdas, dan produktif. Pencapaian pembangunan manusia yang diukur dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) belum menunjukkan hasil yang menggembirakan dalam tiga dasawarsa terakhir. Pada tahun 2003, IPM Indonesia masih rendah yaitu berada pada peringkat 112 dari 174 negara, lebih rendah dari negara-negara tetangga. Rendahnya IPM ini sangat dipengaruhi oleh rendahnya status gizi dan status kesehatan penduduk, hal ini antara lain terlihat dari masih tingginya angka kematian bayi sebesar 35 per seribu kelahiran hidup dan angka kematian balita sebesar 58 per seribu kelahiran hidup serta angka kematian ibu 307 per seratus ribu kelahiran hidup. Lebih dari separuh kematian bayi dan anak balita disebabkan oleh buruknya status gizi anak balita.

Kemiskinan dan kurang gizi merupakan suatu fenomena yang saling terkait, oleh karena itu meningkatkan status gizi suatu masyarakat erat kaitannya dengan upaya peningkatan ekonomi. Beberapa penelitian di banyak negara menunjukkan bahwa proporsi bayi dengan BBLR berkurang seiring dengan peningkatan pendapatan nasional suatu negara.

Secara umum dapat dikatakan bahwa peningkatan ekonomi sebagai dampak dari berkurangnya kurang gizi dapat dilihat dari dua sisi, pertama berkurangnya biaya berkaitan dengan kematian dan kesakitan dan di sisi lain akan meningkatkan produktivitas. Paling kurang manfaat ekonomi yang diperoleh sebagai dampak dari perbaikan status gizi adalah: berkurangnya kematian bayi dan anak balita, berkurangnya biaya perawatan untuk neonatus, bayi dan balita, produktivitas meningkat karena berkurangnya anak yang menderita kurang gizi dan adanya peningkatan kemampuan intelektualitas, berkurangnya biaya karena penyakit kronis serta meningkatnya manfaat "intergenerasi" melalui peningkatan kualitas kesehatan.

Masalah gizi dapat terjadi pada seluruh kelompok umur, bahkan masalah gizi pada suatu kelompok umur tertentu akan mempengaruhi pada status gizi pada periode siklus kehidupan berikutnya (intergenerational impact). Masa kehamilan merupakan periode yang sangat menentukan kualitas SDM di masa depan, karena tumbuh kembang anak sangat ditentukan oleh kondisinya saat masa janin dalam kandungan. Akan tetapi perlu diingat bahwa keadaan kesehatan dan status gizi ibu hamil ditentukan juga jauh sebelumnya, yaitu pada saat remaja atau usia sekolah.

^{*)} Disampaikan pada Pertemuan Advokasi Program Perbaikan Gizi Menuju Keluarga Sadar Gizi, di Hotel Sahid Jaya, Jakarta, 27 September 2004

Masalah gizi disebabkan oleh banyak faktor yang saling terkait baik secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung dipengaruhi oleh penyakit infeksi dan tidak cukupnya asupan gizi secara kuantitas maupun kualitas, sedangkan secara tidak langsung dipengaruhi oleh jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan, pola asuh anak yang kurang memadai, kurang baiknya kondisi sanitasi lingkungan serta rendahnya ketahanan pangan di tingkat rumah tangga. Sebagai pokok masalah di masyarakat adalah rendahnya pendidikan, pengetahuan dan keterampilan serta tingkat pendapatan masyarakat. Untuk lebih jelas mengetahui faktor penyebab masalah gizi seperti digambarkan pada Lampiran 1 Bagan 2 (Unicef, 1998), menunjukkan secara sistematis determinan yang berpengaruh pada masalah gizi yang dapat terjadi pada masyarakat, sehingga untuk mengatasi masalah gizi diperlukan penanganan faktor-faktor tersebut secara terintegrasi, sinergi dan memerlukan dukungan lintas sektor, masyarakat, LSM dan swasta.

B. Perkembangan Situasi Gizi di Indonesia

1. Status Gizi Pada Balita

Masa balita sering dinyatakan sebagai masa kritis dalam rangka mendapatkan sumber daya manusia yang berkualitas, terlebih pada periode 2 tahun pertama merupakan masa emas untuk pertumbuhan dan perkembangan otak yang optimal. Gambaran keadaan gizi balita diawali dengan cukup banyaknya bayi dengan berat lahir rendah (BBLR). Setiap tahun, diperkirakan ada 350 000 bayi dengan berat lahir rendah di bawah 2500 gram, sebagai salah satu penyebab utama tingginya kurang gizi pada dan kematian balita. Tahun 2003 prevalensi gizi kurang pada balita sebesar 27,5%, kondisi ini jauh lebih baik dibandingkan dengan tahun 1989 yaitu sebesar 37,5%, atau terjadi penurunan sebesar 10 % (Susenas 2003).

Meskipun sampai tahun 2000 penurunan gizi kurang cukup berarti, akan tetapi setelah tahun 2000 gizi kurang meningkat kembali. Gambaran yang terjadi pada gizi buruk yaitu dari tahun 1989 sampai tahun 1995 meningkat tajam, lalu cenderung fluktuatif sampai dengan tahun 2003.

Tabel 1
Jumlah balita gizi buruk (BB/U<-3SD) dan gizi kurang (BB/U <-2SD)
Susenas 1989-2003

Tahun	Total Penduduk	Total Balita	Prevalensi (%)			Jumlah Balita dengan		
			Gizi buruk	Gizi Kurang	Buruk+Kurang	Gizi Buruk	Gizi Kurang	Buruk+Kurang
1989	177,614,965	21,313,796	6.3	31.2	37.5	1,342,769	6,643,510	7,986,279
1992	185,323,458	22,238,815	7.2	28.3	35.6	1,607,866	6,302,480	7,910,346
1995	195,860,899	21,544,699	11.6	20.0	31.6	2,490,567	4,313,249	6,803,816
1998	206,398,340	20,639,834	10.5	19.0	29.5	2,169,247	3,921,568	6,090,815
1999	209,910,821	19,941,528	8.1	18.3	26.4	1,617,258	3,639,329	5,256,587
2000	203,456,005	17,904,128	7.5	17.1	24.7	1,348,181	3,066,977	4,415,158
2001	206,070,543	18,134,208	6.3	19.8	26.1	1,142,455	3,590,573	4,733,028
2002	208,749,460	18,369,952	8.0	19.3	27.3	1,469,596	3,545,401	5,014,997
2003	211,463,203	18,608,762	8.3	19.2	27.5	1,544,527	3,572,882	5,117,409

Meskipun secara prevalensi kelihatan menurun namun jika memperhatikan terhadap jumlah penduduk dan proporsi balita pada tahun yang sama terlihat beban masalah yang dihadapi cukup besar. Jika dilihat berdasarkan sebaran di propinsi (Susenas 2003), prevalensi yang terendah masalah gizi buruk dan gizi kurang adalah propinsi Bali (16,18%) dan yang tertinggi di propinsi Gorontalo (46,11%). Terdapat 14 propinsi dengan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk masih di atas rata-rata nasional dan 15 propinsi di bawah rata-rata nasional. Peta sebaran prevalensi gizi kurang dan gizi buruk di Indonesia dapat dilihat pada Gambar 1.

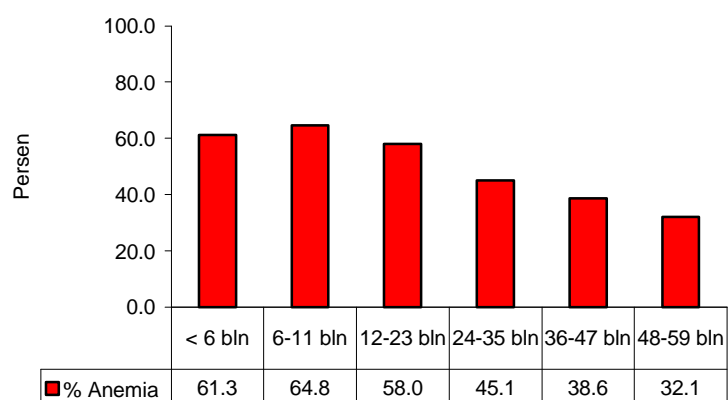
Gambar 1



Masalah gizi lainnya yang dihadapi pada anak usia balita adalah kurang zat gizi mikro seperti Kurang Vitamin A. Meskipun sejak tahun 1992 Indonesia dinyatakan bebas dari xerophthalmia, akan tetapi masih dijumpai 50% dari balita mempunyai serum retinol <20 mcg/100 ml. Tingginya proporsi balita dengan serum retinol <20 mcg/100 ml ini menyebabkan anak balita di Indonesia berisiko tinggi untuk terjadinya xerophthalmia dan menurunnya tingkat kekebalan tubuh sehingga mudah terserang penyakit infeksi. Keadaan ini yang mengharuskan pemerintah memberikan kapsul vitamin A dosis tinggi pada anak balita. Upaya penyadaran gizi kepada masyarakat agar selalu mengkonsumsi sayur dan buah berwarna menjadi sangat penting, agar tidak selalu tergantung pada kapsul Vitamin A. Munculnya kasus xerophthalmia sangat mungkin apabila penyuluhan konsumsi sayur dan buah tidak efektif dan cakupan kapsul Vitamin kurang dari 80%. Hal ini terbukti dengan laporan dari beberapa propinsi (NTB, Sumsel) pada tahun 2000 lalu yang masih menemukan kasus xerophthalmia. Ada kemungkinan provinsi lain yang belum berhasil mencakup >80% kapsul vitamin A akan menemukan kembali kasus xerophthalmia dan meningkatnya morbiditas pada balita.

Masalah gizi lain pada anak balita adalah anemia gizi besi. Pada tahun 2001 prevalensi anemia gizi besi sebesar 48.1%, meningkat dibandingkan tahun 1995 yaitu 40% (SKRT 2001). Prevalensi anemia gizi pada anak di bawah usia 2 tahun lebih tinggi dibandingkan dengan anak usia di atas 2 tahun, yaitu sekitar 60%. Gambaran ini mencerminkan masih rendahnya kualitas MP-ASI yang diberikan kepada anak, sementara itu penanganan anemia secara nasional baru diprioritaskan pada ibu hamil.

Gambar 2
Prevalensi Anemia Pada Anak Balita
SKRT 2001

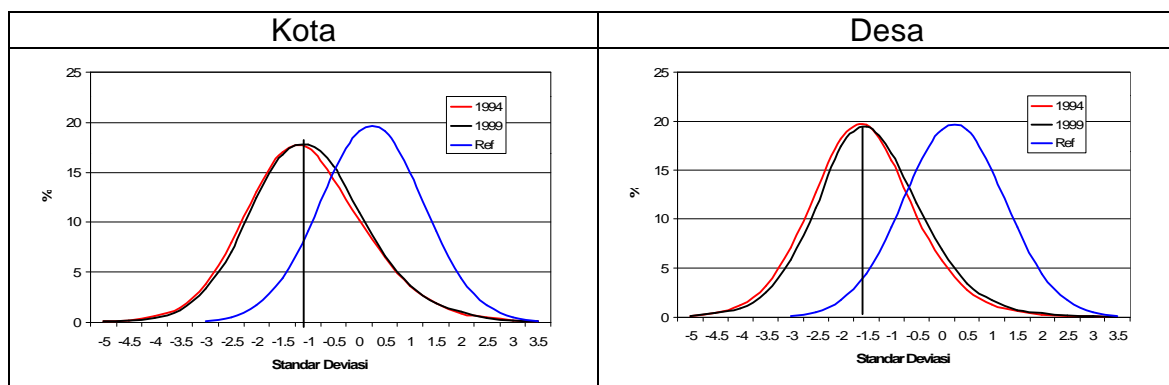


2. Keadaan Gizi Anak Sekolah

Tingginya bayi BBLR dan gizi kurang pada balita akan berdampak pada gangguan pertumbuhan pada anak usia baru masuk sekolah. Lebih dari sepertiga (36.1%) anak Indonesia tergolong pendek ketika memasuki usia sekolah, dan hal ini merupakan indikasi gangguan kurang gizi kronis. Prevalensi anak pendek ini semakin meningkat dengan bertambahnya usia, baik pada anak laki-laki maupun perempuan. Jika dibandingkan antara tahun 1994 dan 1999, peningkatan status gizi yang terjadi hanya sedikit sekali yaitu dari 39,8 % menjadi 36,1 %.

Kondisi anak Kota-Desa berdasarkan survei ini berbeda. Anak di kota lebih baik dibanding anak di desa. Gambar 2 menunjukkan distribusi z-score tinggi badan menurut umur pada anak usia 6-9 tahun baik di kota maupun di desa dan perubahannya dari tahun 1994 ke tahun 1999. Dapat disimpulkan bahwa anak Indonesia yang baru masuk sekolah keadaan gizinya masih jauh dibandingkan dengan rujukan. Masih sekitar 30-40% anak dikategorikan pendek. Jika dibandingkan antara tahun 1994 dan 1999, hanya sedikit sekali peningkatan status gizi yang terjadi. Selain itu masih dijumpai sekitar 9-10% anak yang dikategorikan sangat pendek.

Gambar 3
Distribusi Z-Score Tinggi Badan Menurut Umur Anak Usia 6-9 Tahun
Dibanding Rujukan di Kota dan Desa (TBABS, 1994 dan 1999)



Masalah kurang gizi lainnya yang terjadi pada kelompok ini selain anemia gizi besi, adalah gangguan akibat kurang yodium (GAKY). Besaran masalah kurang yodium di Indonesia dipantau berdasarkan survei nasional tahun 1980, 1990, 1996/1998 dan 2003. Terjadi penurunan yang cukup berarti, dimana pada tahun 1980, prevalensi gangguan akibat kurang yodium (GAKY) pada anak usia sekolah adalah 30%. Prevalensi ini menurun menjadi 27.9% pada tahun 1990, dan selanjutnya menjadi 9,8% pada tahun 1996/1998. Survei tahun 2003 prevalensi ini sedikit meningkat menjadi 11.1%, walaupun dilaporkan pada daerah endemik berat, prevalensi GAKY turun cukup berarti.

Survei tahun 2003 merupakan survei nasional yang mengevaluasi dampak dari intensifikasi program penanggulangan GAKY setelah dilakukan data dasar tahun 1996/1998. Kegiatan utama dari program ini adalah mengupayakan peningkatan konsumsi garam beryodium, dan juga memberikan kapsul yodium terutama pada daerah endemik berat dan sedang yang dinilai berdasarkan data dasar 1996/1998. Garam beryodium sampai dengan tahun 2003, dikonsumsi oleh 73.2% rumah tangga secara adekuat/cukup. Angka ini cukup bervariasi antar wilayah kabupaten, mulai dari <40% sampai yang sudah >90% rumah tangga mengkonsumsi garam beryodium. Terjadi peningkatan jumlah kabupaten menjadi 104 pada tahun 2003 yang mana lebih dari 90% rumah tangga mengkonsumsi garam beryodium.

Intervensi pada wilayah endemik berat dan sedang adalah dengan mendistribusikan kapsul yodium, khususnya pada ibu hamil, wanita usia subur, dan anak usia sekolah. Pemantauan pemberian kapsul ini masih kurang baik. Survei evaluasi 2003, menemukan hanya 30% cakupan kapsul yodium ini sampai pada sasaran, sementara pada laporan program cakupan ini berkisar antara 60-75%.

Masalah GAKY masih cukup serius di Indonesia. Untuk mencapai universal konsumsi garam beryodium pada tahun 2005 memerlukan strategi yang komprehensif. Dari hasil analisis survei 1996/1998 dan survei evaluasi 2003 menunjukkan adanya peningkatan jumlah kabupaten yang dulunya tidak endemik, atau endemik ringan, menjadi daerah endemik sedang atau berat. Walaupun ada penurunan prevalensi GAKY pada daerah endemik berat dan sedang, surveilans GAKY ini sangat diperlukan, sehingga daerah yang berisiko untuk menjadi endemik dapat selalu terpantau. (Lihat Tabel 2)

Tabel 2
Total Goitre Rate (TGR) Pada 268 Kabupaten Yang Sama
Survei Tahun 1996/1998 dan 2003

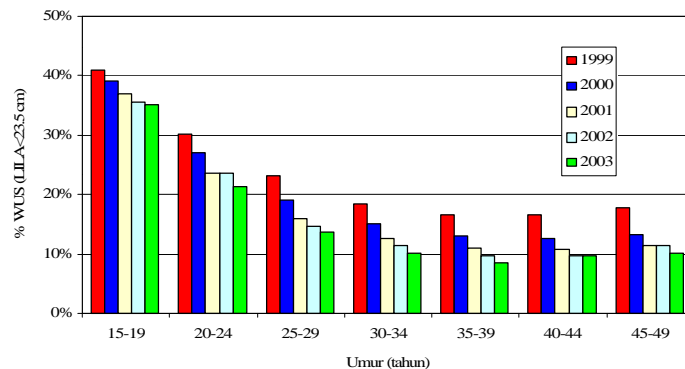
	Klasifikasi kabupaten menurut TGR tahun 1998				Total kabupaten	
	Non Endemik	Endemik Ringan	Endemik Sedang	Endemik Berat		
Klasifikasi kab menurut TGR tahun 2003	Non Endemik	86	26	2	1	115
	Endemik Ringan	28	52	13	3	96
	Endemik Sedang	5	18	7	5	35
	Endemik Berat	3	8	6	5	22
	Total kabupaten	122	104	28	14	268
		Tidak berubah	150			
	Memburuk	68				
	Membaik	50				

Sumber: National IDD Survey 1998 and National IDD Evaluation Survey 2003

3. Keadaan Gizi Usia Produktif

Anemia gizi besi merupakan masalah gizi yang paling banyak dijumpai pada kelompok ini. Sekitar sepertiga remaja dan WUS menderita anemia gizi besi dan berlanjut pada masa kehamilan. Anemia gizi besi dijumpai pada 40 % ibu hamil. Kekurangan Energi Kronis (KEK) dijumpai pada WUS usia 15-49 tahun yang ditandai dengan proporsi LILA < 23.5 cm, sebesar 24.9% pada tahun 1999 dan menurun menjadi 16.7% pada tahun 2003. Pada umumnya proporsi WUS dengan risiko KEK cukup tinggi pada usia muda (15-19 tahun), dan menurun pada kelompok umur lebih tua, kondisi ini memprihatinkan mengingat WUS dengan risiko KEK cenderung melahirkan bayi BBLR yang akhirnya akan menghambat pertumbuhan pada anak usia balita.

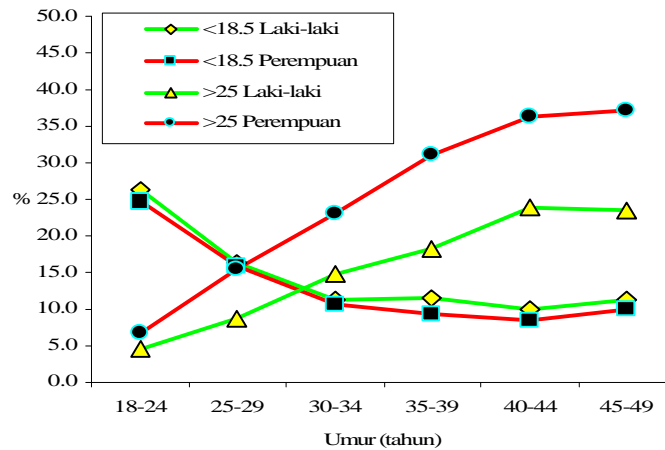
Gambar 4
Proporsi WUS Risiko KEK dengan LILA < 23.5 cm (1999-2003)



Selain masalah kurang energi kronis atau kurus (Indeks Masa Tubuh < 18.5), masalah kegemukan (IMT >25) bahkan obesitas (IMT >27) juga dijumpai pada usia produktif. Hal ini sebagai dampak dari adanya perubahan gaya hidup yang berkaitan dengan pola makan dan aktivitas olah raga. Pada survei di 27 ibu kota provinsi tahun 1996/1997, dua masalah gizi ini sudah terlihat dengan jelas.

Masalah gizi ganda ("double burden") ini juga tidak saja terjadi pada usia produktif di ibu kota provinsi, akan tetapi di wilayah kumuh perkotaan maupun perdesaan juga sudah mulai terlihat dan ada kecenderungan meningkat terutama untuk masalah kegemukan. Hal ini dapat dilihat pada Gambar 5, analisis dari data HKI 1999 dan 2001 yang memisahkan dua ekstrim prevalensi kurus (IMT<18.5) dan prevalensi obesitas (IMT >30) pada wanita usia produktif. Pada daerah kumuh perkotaan (Jakarta, Semarang, Makassar, Surabaya), masalah kurus banyak terjadi pada usia muda, dan masalah obesitas sudah mulai terlihat pada usia 30 tahun ke atas dengan prevalensi >5%. Masalah obesitas pada usia >30 tahun ini meningkat dari tahun 1999 ke tahun 2001. Di wilayah perdesaan (Jabar, Banten, Jateng, Jatim, Lampung, Sumbar, Lombok, Sulsel), masalah yang sama sudah mulai tampak, hanya prevalensinya lebih rendah dari wilayah kumuh perkotaan.

Gambar 5
Masalah Gizi Kurang dan Gizi Lebih Usia Dewasa
di perkotaan Tahun 1996/1997



Dalam 15 tahun terakhir telah terjadi transisi epidemiologi (SKRT,1986- 2001), yang ditandai oleh adanya pergeseran proporsi kematian yang tinggi dari kelompok usia muda (<4 tahun) ke kelompok umur umur tua (>55 tahun), pergeseran perubahan penyakit penyebab kematian, proporsi kematian karena penyakit infeksi menurun, proporsi kematian karena penyakit degeneratif dan pembuluh darah, neoplasma serta endokrin meningkat 2-3 kali lipat.

Kegemukan dan obesitas merupakan salah satu faktor risiko timbulnya penyakit degeneratif sebagai akibat dari perubahan gaya hidup, perubahan pola makan ke arah tinggi karbohidrat, lemak dan garam serta rendah serat serta rendahnya aktivitas fisik yang dilakukan sehari-hari.

C. Kecenderungan Masalah Gizi kedepan

Dari uraian di atas dan berdasarkan situasi terakhir 2003, target global seperti *World Fit for Children 2002* dan *Millenium Development Goal 2015*, penurunan masalah gizi tergantung banyak faktor, dukungan sumber daya serta peningkatan kualitas manajemen teknis dan operasional. Beberapa faktor mendasar yang perlu dipertimbangkan serius apabila kita ingin memperbaiki kualitas SDM melalui upaya perbaikan gizi adalah:

1. Ketahanan pangan di tingkat rumah tangga yang belum mencukupi. Hasil kajian pemantauan konsumsi makanan yang dilaksanakan tahun 1995 sampai 1998 menyimpulkan 40-50% rumah tangga mengkonsumsi energi kurang dari 1500 Kkal dan 25% rumah tangga mengkonsumsi protein 32 gr per orang per hari atau mengkonsumsi <70% dari kecukupan yang dianjurkan (Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi, 2000).

Ketahanan pangan tingkat rumah tangga ini berkaitan erat dengan kemiskinan, di mana proporsi penduduk miskin 18.2% atau sekitar 38 juta penduduk (BPS, 2002) serta sebaran penduduk miskin yang bervariasi, masih ada 15% kabupaten dengan persen penduduk miskin >30%. Hal ini juga berkaitan dengan rata-rata tingkat pendidikan yang masih rendah.

2. Adanya ketidakseimbangan antar wilayah baik kecamatan maupun kabupaten berdasarkan prevalensi masalah gizi, kesehatan dan kemiskinan. Masih ada 75% kabupaten di Indonesia dengan prevalensi gizi kurang pada balita >20%.
3. Masih tingginya angka penyakit infeksi yang berkaitan dengan sanitasi, lingkungan, dan pelayanan kesehatan yang tidak memadai, disertai dengan cakupan program yang belum maksimal.
4. Pemberian ASI terutama ASI eksklusif sampai usia 6 bulan masih rendah, serta MP-ASI untuk bayi di atas 6 bulan yang belum baik dalam hal jumlah dan mutu, waktu pemberian yang tidak tepat, masalah dalam pengolahan makanan, memberi dampak pada gangguan pertumbuhan dan munculnya beberapa penyakit infeksi. Hal ini berkaitan dengan kurang baiknya pola pengasuhan anak, masih rendahnya pengetahuan dan tingkat pendidikan terutama wanita
5. Masih tingginya prevalensi anak pendek yang menunjukkan masalah gizi di Indonesia merupakan masalah kronis yang berkaitan dengan kemiskinan, rendahnya pendidikan dan kurang memadainya pelayanan dan kesehatan lingkungan.
6. Masih rendahnya dukungan pembiayaan kesehatan dan gizi dari sektor pemerintah dan non-pemerintah (Tahun 2000 Rp 147,00/kapita/tahun), demikian juga pembiayaan untuk gizi (Tahun 2003 Rp 200,00/kapita/tahun).

Berdasarkan besaran masalah gizi yang dikemukakan diatas serta faktor- faktor yang berpengaruh diperkirakan kecendrungan masalah gizi seperti berikut:

1. Proyeksi Prevalensi Gizi Kurang Pada Balita

Dengan penurunan prevalensi gizi kurang 2% per tahun (kajian Susenas 1989 sampai 2003), serta berbagai intervensi yang dilakukan melalui pelayanan gizi yang dilakukan di berbagai sarana pelayanan kesehatan dan posyandu serta adanya peningkatan upaya penyadaran gizi masyarakat yang didukung dengan perbaikan tingkat kesejahteraan masyarakat diharapkan terjadi penurunan prevalensi gizi kurang minimal sama dengan tahun-tahun sebelumnya atau sebesar 30%. Dengan asumsi penurunan 30% pada tahun 2015, prevalensi gizi kurang menjadi 13,7% dan prevalensi gizi buruk menjadi 5.7%

2. Proyeksi Prevalensi Gizi Kurang (Stunting/pendek) Pada Anak Baru Masuk Sekolah

Analisis yang dilakukan pada survei TBABS menunjukkan penurunan prevalensi gizi kurang (*stunting*) pada anak baru masuk sekolah tahun 1994-1999 sebesar 3.7%. *Stunting* atau pendek merupakan masalah gizi kronis dan pada umumnya penurunan sangat lambat. Pengalaman kenaikan tinggi badan rata-rata dari generasi ke generasi pada negara sedang berkembang pada umumnya setinggi 1 cm dalam periode 10 tahun. Dengan penurunan hanya 3,7% dalam kurun waktu 5 tahun, serta menggunakan asumsi yang sama dengan penurunan prevalensi gizi kurang pada balita, pada tahun 2015 prevalensi stunting pada anak baru masuk sekolah diasumsikan akan menjadi 24%.

3. Proyeksi KEK pada Wanita Usia Subur

Intervensi pada kelompok ini khususnya usia 15-19 tahun selama ini belum menjadi prioritas program perbaikan gizi. Untuk peningkatan status gizi penduduk, kelompok umur harus menjadi prioritas untuk masa yang akan datang, dengan menggunakan asumsi penurunan yang terjadi pada periode 1999-2003 sekitar 5-8% (tergantung pada kelompok umur), maka pada tahun 2015 proporsi KEK usia 15-19 tahun diharapkan turun menjadi 20%. Dengan asumsi penurunan proporsi KEK pada kelompok WUS 15-19 tahun, diharapkan dapat meningkatkan kualitas bayi yang dilahirkan dan perbaikan status gizi balita.

4. Proyeksi Masalah Gizi Mikro

Sampai tahun 2003 belum semua masalah zat gizi mikro yang berfungsi penting untuk peningkatan status gizi diketahui dengan luas seperti kurang asam folat, kurang Zink (Zn) dan kurang vitamin B1. Informasi yang tersedia baru untuk masalah KVA, GAKY dan anemia gizi. Beberapa intervensi yang dilakukan melalui penyuluhan, diversifikasi konsumsi pangan, suplementasi dan fortifikasi yang didukung dengan upaya advokasi, *law enforcement* dan *social enforcement* yang efektif diharapkan prevalensi 50% KVA (sub klinis) pada balita dapat diturunkan menjadi 25% pada tahun 2015

Di bidang penanggulangan GAKY, melalui penguatan berbagai upaya fortifikasi, suplementasi yang didukung dengan strategi kampanye dan monitoring garam yang efektif diharapkan prevalensi TGR pada tahun 2015 dapat diturunkan menjadi kurang dari 5%.

Penanggulangan anemia sampai dengan 2002 masih difokuskan pada ibu hamil, dan dimasa mendatang program perbaikan gizi untuk mengatasi masalah ini tidak hanya diprioritaskan kepada ibu hamil saja, akan tetapi juga untuk wanita usia subur dalam rangka menekan angka kematian ibu dan meningkatkan produktivitas kerja. Sampai tahun 2002 intervensi penanggulangan anemia pada WUS masih belum intensif, diperkirakan penurunan prevalensi anemia hanya sekitar 30%, apabila prevalensi anemia pada WUS 27.1% (SKRT, 2001) sehingga pada tahun 2015 diperkirakan turun menjadi 20% .

D. Masalah, Tantangan dan Pemikiran Program Perbaikan Gizi pada Masa yang Akan Datang

Besar dan luasnya masalah gizi pada setiap kelompok umur menurut siklus kehidupan dan saling berpengaruhnya masalah gizi kepada siklus kehidupan (*intergenerational impact*), maka diperlukan kebijakan dan strategi baru perbaikan gizi di setiap siklus kehidupan.

Faktor geografis dan demografi. Lebih dari 50% penduduk tinggal di daerah perdesaan dan daerah sulit. Untuk meningkatkan pelayanan gizi dan pemantauan pertumbuhan pada masyarakat sasaran yang sulit dijangkau dengan fasilitas pelayanan yang ada seperti puskesmas dan posyandu, perlu ada upaya khusus untuk mendekatkan pelayanan kepada kelompok ini.

Dampak krisis ekonomi telah menurunkan kemampuan daya beli masyarakat. Jumlah penduduk miskin masih 18% atau sekitar 38 juta. Pada masyarakat ini daya beli terhadap makanan dan pelayanan kesehatan sangat terbatas, oleh karena itu untuk mencegah kurang gizi, upaya peningkatan daya beli melalui pemberian kredit usaha kecil dan menengah dan bantuan pemasarannya dan peningkatan keterampilan (*income generating*) yang disertai dengan upaya KIE gizi menuju keluarga sadar gizi kepada masyarakat miskin menjadi sangat penting.

Meningkatnya kasus gizi buruk, hal ini menunjukkan rendahnya ketahanan pangan di tingkat rumah tangga, untuk mengatasi situasi ini upaya pemenuhan kesehatan dan gizi melalui program jaring pengaman sosial masih perlu mendapat prioritas, misalnya pemberian suplementasi gizi yang tepat sasaran, tepat waktu dengan mutu yang baik, perlu mendapat prioritas.

Melakukan program perbaikan gizi dan kesehatan yang bersifat preventif untuk jangka panjang, sementara kuratif dapat diberikan pada kelompok masyarakat yang benar-benar membutuhkan. Bentuk program efektif seperti perbaikan perilaku kesehatan dan gizi tingkat keluarga dilakukan secara profesional mulai dipikirkan, dan tentunya dengan ketentuan atau kriteria yang spesifik lokal.

Transisi bidang kesehatan dan gizi. Indonesia dan juga negara berkembang lainnya sedang menghadapi transisi epidemiologi, demografi, dan urbanisasi. Di bidang gizi telah terjadi perubahan pola makan seperti rendahnya konsumsi buah dan sayur, tingginya konsumsi garam dan meningkatnya konsumsi makanan yang tinggi lemak serta berkurangnya aktifitas olah raga pada sebagian masyarakat terutama di perkotaan. Gaya hidup demikian akan meningkatkan gizi lebih yang merupakan faktor risiko terhadap penyakit tidak menular dan kematian. Untuk mengatasi masalah gizi ganda diperlukan upaya lebih komprehensif melalui pemberdayaan keluarga, masyarakat, peningkatan kerjasama lintas sektor, kemitraan dengan LSM dan swasta dan terintegrasi dengan intervensi diberbagai bidang seperti konseling kesehatan dan gizi, pencegahan penyakit tidak menular, kebugaran jasmani, olah raga, pendidikan dll. Oleh karena itu sudah saatnya mengembangkan strategi nasional gizi, aktifitas fisik dan kesehatan, yang bertujuan untuk mencegah meningkatnya masalah gizi lebih dan penyakit degeneratif.

Tingkat pendidikan. Meskipun tingkat melek huruf relatif tinggi (90%), akan tetapi pengetahuan dan kesadaran gizi masyarakat akan pentingnya gizi masih kurang, oleh karena itu upaya peningkatan pengetahuan dan sadar gizi kepada keluarga dan masyarakat perlu diprioritaskan dan mendapat dukungan dari berbagai sektor termasuk masyarakat. Secara bertahap mutu pendidikan ditingkatkan, karena dalam jangka panjang akan memberi kontribusi yang besar mengatasi masalah kesehatan dan gizi masyarakat.

Ketersediaan data yang akurat. Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan terbatas hanya pada program perbaikan gizi berskala nasional seperti program penanggulangan GAKY. Untuk menghasilkan program yang efektif diperlukan ketersediaan data dan informasi secara periodik baik untuk perencanaan, monitoring dan evaluasi.

Berdasarkan pemikiran tersebut di atas beberapa hal yang perlu mendapatkan perhatian dalam upaya perbaikan gizi kedepan adalah sebagai berikut:

1. Upaya perbaikan gizi akan lebih efektif jika merupakan bagian dari kebijakan penanggulangan kemiskinan dan pembangunan SDM. Membiarkan penduduk menderita masalah kurang gizi akan menghambat pencapaian tujuan pembangunan dalam hal pengurangan kemiskinan. Berbagai pihak terkait perlu memahami problem masalah gizi dan dampak yang ditimbulkan begitu juga sebaliknya, bagaimana pembangunan berbagai sektor memberi dampak kepada perbaikan status gizi. Oleh karena itu tujuan pembangunan beserta target yang ditetapkan di bidang perbaikan gizi memerlukan keterlibatan seluruh sektor terkait.
2. Dibutuhkan adanya kebijakan khusus untuk mempercepat laju percepatan peningkatan status gizi. Dengan peningkatan status gizi masyarakat diharapkan kecerdasan, ketahanan fisik dan produktivitas kerja meningkat, sehingga hambatan peningkatan ekonomi dapat diminimalkan.
3. Pelaksanaan program gizi hendaknya berdasarkan kajian '*best practice*' (efektif dan efisien) dan lokal spesifik. Intervensi yang dipilih dengan mempertimbangkan beberapa aspek penting seperti: target yang spesifik tetapi membawa manfaat yang besar, waktu yang tepat misalnya pemberian Yodium pada wanita hamil di daerah endemis berat GAKY dapat mencegah cacat permanen baik pada fisik maupun intelektual bagi bayi yang dilahirkan. Pada keluarga miskin upaya pemenuhan gizi diupayakan melalui pembiayaan publik.
4. Pengambil keputusan di setiap tingkat menggunakan informasi yang akurat dan *evidence base* dalam menentukan kebijakannya. Diperlukan sistem informasi yang baik, tepat waktu dan akurat. Disamping pelaksanaan monitoring dan evaluasi yang baik dan kajian-kajian intervensi melalui kaidah-kaidah yang dapat dipertanggung jawabkan.

5. Mengembangkan kemampuan (*capacity building*) dalam upaya penanggulangan masalah gizi, baik kemampuan teknis maupun kemampuan manajemen. Gizi bukan satu-satunya faktor yang berperan untuk pembangunan sumber daya manusia, oleh karena itu diperlukan beberapa aspek yang saling mendukung sehingga terjadi integrasi yang saling sinergi, misalnya kesehatan, pertanian, pendidikan diintegrasikan dalam suatu kelompok masyarakat yang paling membutuhkan.
6. Meningkatkan upaya penggalian dan mobilisasi sumber daya untuk melaksanakan upaya perbaikan gizi yang lebih efektif melalui kemitraan dengan swasta, LSM dan masyarakat.

Lampiran 1

Bagan 2
Penyebab Masalah Gizi

