

## Pertemuan II

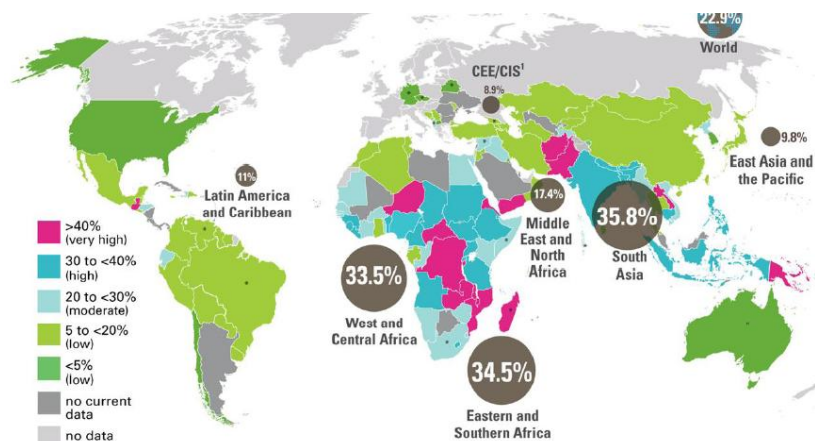
Topik : Masalah-masalah gizi di Indonesia

Dosen: Nadiyah, S.Gz, M.Si, CSRS

Prodi : Ilmu Gizi/FIKES

### Masalah gizi secara umum

Pada 2010–2012, FAO memperkirakan sekitar 870 juta orang dari 7,1 miliar penduduk dunia atau 1 dari delapan orang penduduk dunia menderita gizi buruk. Sebagian besar (sebanyak 852 juta) di antaranya tinggal di negara-negara berkembang. Anak-anak merupakan penderita gizi buruk terbesar di seluruh dunia. Dilihat dari segi wilayah, lebih dari 70 persen kasus gizi buruk pada anak didominasi Asia, sedangkan 26 persen di Afrika dan 4 persen di Amerika Latin serta Karibia. Setengah dari 10,9 juta kasus kematian anak didominasi kasus gizi buruk. Sebab gizi buruk bisa berefek ke penyakit lainnya juga, seperti campak dan malaria. Berikut ini laporan UNICEF bulan Juni 2017 masalah gizi yang dialami oleh anak-anak di bawah 5 tahun yang menderita gangguan pertumbuhan tinggi tubuh atau sering disebut “pendek” atau Stunting di berbagai belahan dunia yang disajikan dalam bentuk Gambar 1.



Gambar 1. Persentase anak balita pendek, 2010-2016

(sumber: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition>)

Dari Gambar 1 tersebut tampak bahwa benua Afrika dan Asia Selatan termasuk Indonesia masih menderita masalah Gizi yang Tinggi. Secara global masalah gizi dunia dinilai dari persentase angka stunting pada anak-anak di bawah 5 tahun. Peta tersebut menunjukkan angka rata-rata stunting seluruh dunia adalah 22.9%. Masalah tersebut tampak bahwa Afrika dan Asia Selatan memiliki masalah terbesar dengan persentase anak stunting berkisar antara 33.5% sampai dengan 35.8%.

### **Bagaimana dengan Indonesia?**

Dalam perkembangan sejarah gizi di Indonesia, bersamaan dengan makin berkembangnya kemajuan di berbagai bidang kehidupan, terutama sosial ekonomi dan budaya serta Ilmu Pengetahuan dan Teknologi dan informasi, ternyata masalah kurang gizi tetap terjadi bahkan muncul masalah kelebihan gizi yang menimbulkan kegemukan dan obesitas. Dengan situasi itu Indonesia kini mengalami keadaan dua masalah kekurangan dan kelebihan gizi yang sering disebut masalah gizi ganda.

### **A. MASALAH GIZI DI INDONESIA**

Masalah gizi di Indonesia dikelompokkan menjadi 3 kelompok. Pertama adalah Masalah yang telah dapat dikendalikan, kedua adalah masalah gizi yang belum selesai dan yang ketiga adalah masalah baru yang mengancam kesehatan masyarakat.

#### **1. Masalah yang telah dapat dikendalikan**

Masalah gizi yang termasuk kelompok ini adalah : 1) Kurang Vitamin A (KVA). 2) Gangguan Akibat Kurang Iodium (GAKI), dan Anemia Gizi Besi pada anak usia 2 – 5 tahun.

##### **a. Masalah Kurang Vitamin A (KVA)**

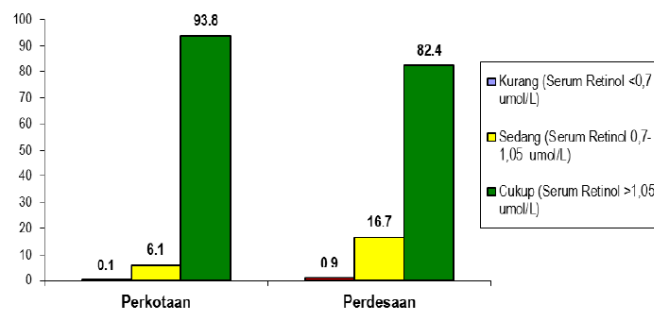


Gambar 2. Kerusakan mata akibat defisiensi vitamin A

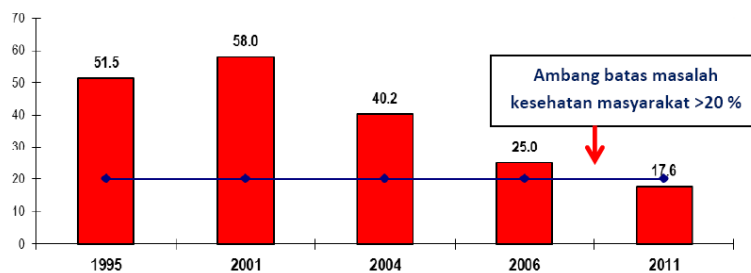
Masalah KVA dengan indikator prevalensi Xerophthalmia pada balita, menunjukkan penurunan yang signifikan. Dari empat kali survey terjadi penurunan dari 1,3% (1978), 0,35% (1992), 0,13% (2007), dan 0% (2011), dibandingkan dengan ambang batas sebagai

masalah yaitu 0,5%. Sedangkan indikator subklinis melalui penelitian kandungan serum darah menunjukkan penurunan tajam, dari 54% (1992), 14,6% (2007), dan 0,8% (2011), dibandingkan dengan ambang batas sebesar 15%. (Sumber: Survei Nasional Vitamin A 1978 dan 1992; Survei Gizi Mikro 12 Provinsi 2007; SEANUTS, 2011).

Gambar 3 berikut lebih memberikan ilustrasi masalah defisiensi Vitamin A di Indonesia berdasarkan penelitian serum retinol dalam darah, dengan 0,5%. memberikan gambaran bahwa masalah vitamin A lebih banyak diderita masyarakat pedesaan dibandingkan dengan perkotaan. Di daerah perkotaan, serum retinol yang cukup 93,8% sedangkan di daerah pedesaan 82,4%.



Gambar 3 Kandungan Serum Retinol Dalam Darah Pada daerah Perkotaan dan Pedesaan Anak 5-12 Tahun (Sumber: SEANUTS 2011)



Gambar 4. Kurang Vitamin A pada Anak Usia 5-12 tahun (Sumber: SKRT1995-2004; Survei Gizi Mikro 2006; SEANUTS 2011 Riskesdas 2007 dan 2013 pada Anak 6-12 Tahun; SEANUTS 2011 pada Anak 5-12 Tahun)

Sedangkan pada gambar 4 di atas, berdasarkan Penelitian kandungan serum darah dari tahun (1992), 14,6% (2007), dan 0,8% (2011), dengan batas ambang masalah pada masyarakat untuk Kurang Vitamin A (KVA) sebesar 20%, maka prevalensi KVA turun secara tajam dari 54% pada tahun 1995 menjadi 17,6% pada tahun 2011.

## b. Masalah GAKI

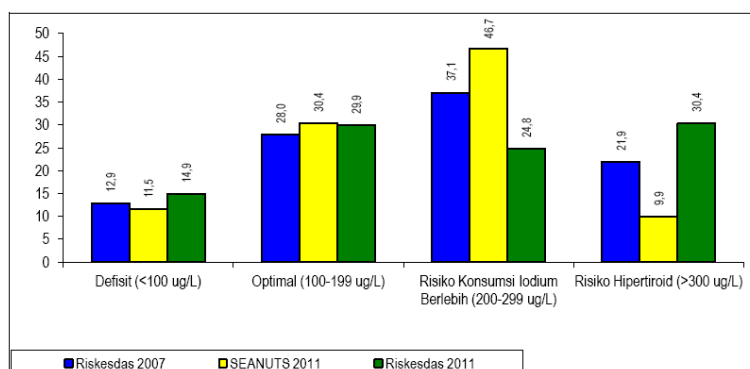


Penyakit yang diakibatkan kekurangan mineral Yodium kronis, yang menyebabkan pembesaran kelenjar gondok. Diukur dengan indikator angka Ekskresi Yodium dalam Urin (EIU)  $<100 \mu\text{g/L}$ , menunjukkan angka menurun, dan berada di bawah ambang batas masalah sebesar 20%. Survei GAKI tahun 2002 menunjukkan angka 16,3% dan Riskesdas tahun 2007 menunjukkan angka 12,9%.

Gambar 5. Goiter

### 1) Ilustrasi tahun 2007 dan 2011

Ilustrasi pada gambar 6 di bawah ini, akan mempermudah melihat gambaran perbandingan masalah defisiensi Yodium pada masyarakat dari tahun 2007 dan 2011. Pada survey Riskesdas th 2007, SEANUT 2011 dan Riskesdas 2011, masih menunjukkan adanya masalah deficit dan kelebihan kandungan yodium dalam urine. Hasil normalnya hanya menunjukkan angka sekitar 28.8% (Riskesdas 2007) 30.4% (SEANUT) dan 29.9% (Riskesdas2011).



Gambar 6. Ekskresi Yodium dalam Urine (EIU) Pada Anak di Indonesia

Sumber: SKRT1995-2004; Survei Gizi Mikro 2006; SEANUTS 2011

### 2) Perkembangan Masalah GAKI Di Indonesia Tahun 2002-2013.

Perkembangan masalah GAKI dapat dilihat pada Tabel 1 berikut ini, hasil Riskesdas dan SEANUTS.

Tabel 1. Perkembangan GAKI dari Tahun 2002 s/d 2013  
(Sumber: Survei GAKI 2002; Riskesdas 2007-2013; 2011 SEANUTS)

Indikator	Ambang Batas Masalah	2002	2007	2011	2013
Median EIU pada anak sekolah ( $\mu\text{g/L}$ )	100-299	229	224	228	215
EIU <100 $\mu\text{g/L}$ (%)	$\leq 20$	16,3	12,9	11,5	14,9

Keterangan:

Defisit (<100 ug/L) Optimal (100-199 ug/L) Risiko Konsumsi Iodium

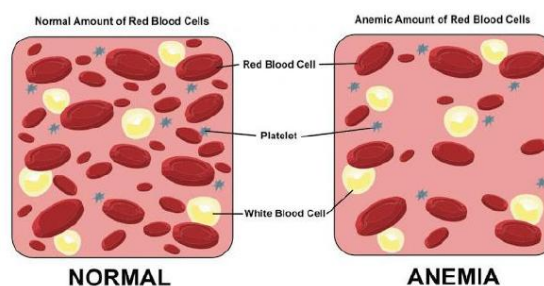
Berlebih (200-299 ug/L)

Risiko Hipertiroid (>300 ug/L)

Dari penelitian menggunakan indikator Ekskresi Yodium Urine (EIU) dari tahun dengan ambang batas masalah  $\leq 20\%$ , menunjukkan bahwa dari tahun 2002 hingga 2013, masalah GAKI menunjukkan adanya kecenderungan menurun dari 16.3% tahun 2002 menjadi 14,9% tahun 2013.

### c. Anemia Gizi Besi

Anemia adalah penyakit yang disebabkan karena keadaan menurunnya kadar hemoglobin, hematokrit dan jumlah sel darah merah di bawah nilai normal. Gambar 7 berikut menggambarkan anemia.



Gambar 7. Gambaran jumlah sel darah merah normal dan anemia.

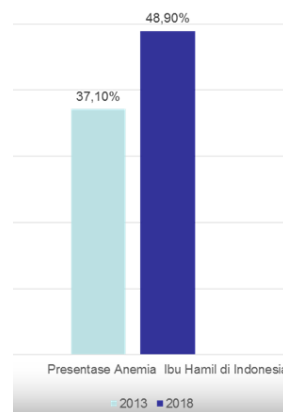
Penurunan angka prevalensi masalah gizi yang signifikan juga terjadi pada Anemia Gizi Besi anak usia 2 – 5 tahun. Dalam kurun waktu tahun 2001 – 2011,

angka prevalensi adalah 58,0% (001), 40,2% (2004), 25,0% (20056, dan 17,6% (2011). Ambang batas masalah adalah 20%. Di Indonesia sebagian besar anemia disebabkan karena kekurangan zat besi (Fe) sehingga disebut anemia kekurangan zat besi atau anemia gizi besi. Ambang batas untuk anemia gizi disajikan pada Tabel 2.

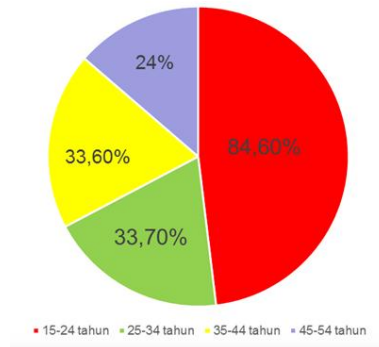
Table 2. Ambang batas untuk anemia gizi  
(Sumber: WHO dan SE Menkes No: 736a/Menkes/XI/1989)

Kelompok Umur	Hemoglobin (g/L)	Ambang Batas Masalah
Balita 6 – 59 bulan	110	>20%
Anak 5-11 tahun	115	>20%
Anak 12-14 tahun	120	>20%
WUS Tidak Hamil 15-49 tahun	120	>20%
Ibu Hamil	110	>20%
Laki-laki >15 tahun	130	>20%

Data rinci hasil Riskesdas 2018 belum dipublikasikan saat ini, namun berdasarkan publikasi hasil Riskesdas 2018 secara garis besar, anemia gizi besi pada ibu hamil mengalami peningkatan di Indonesia. Hampir separuh ibu hamil di Indonesia mengalami anemia (48,9%) meningkat dari 37,1% pada tahun 2013



Gambar 8. Anemia gizi pada ibu hamil 2013-2018  
(sumber: Riskesdas 2013 dan 2018, modifikasi)



Gambar 9. Prevalensi anemia gizi berdasarkan kelompok umur

Dari gambar 9 di atas anemia gizi paling banyak dialami pada kelompok umur ibu hamil 15-25 tahun dan semakin menurun dengan bertambahnya usia ibu saat hamil.

## 2. Masalah yang belum selesai (*un-finished agenda*).

### a. Balita Pendek

Masalah gizi yang termasuk kelompok ini adalah masalah Balita Pendek. Anak yang tidak tumbuh dalam lingkungan tidak sehat dapat menderita stunting. Prevalensi Balita Pendek tidak menunjukkan perubahan yang signifikan, yang ditunjukkan oleh hasil Riskesdas tahun 2007, 2010 dan 2013. Untuk kategori Sangat Pendek terjadi sedikit penurunan yaitu 18,8% (2007), 18,5% (2010) dan 18,0% (2013). Sedangkan kategori Pendek dari 18,0 (2007) menjadi 17,1 (2010), tetapi meningkat menjadi 19,2% (2013).

### b. Balita Gizi Kurang dan Gizi Buruk

Gizi buruk adalah keadaan tubuh yang sangat parah akibat mengalami kekurangan zat gizi dalam kurun waktu yang lama atau kronis, dan juga disebabkan oleh infeksi penyakit-penyakit tertentu yang menyebabkan terganggunya proses pencernaan makanan.

Prevalensi Balita Gizi Kurang dan Gizi Buruk juga tidak menunjukkan perubahan yang signifikan. Hasil Riskesdas tahun 2007, 2010 dan 2013 menunjukkan untuk kategori Gizi Kurang cenderung meningkat yaitu dari 13,0% (2007 dan 2010), menjadi 13,9% (2013). Sedangkan kategori Gizi Buruk dari 5,4% (2007) menjadi 4,9% (2010), tetapi pada 2013 meningkat menjadi 5,7%.

### **3. Masalah baru yang mengancam kesehatan masyarakat (emerging problem). Kegemukan.**

#### **a. Kegemukan pada balita**

Kegemukan akan menjadi faktor risiko yang dapat memicu timbulnya gangguan metabolik dan timbulnya penyakit degenerative sebagai dampaknya pada usia selanjutnya. Masalah gizi yang saat ini dikategorikan sebagai ancaman baru adalah kegemukan/obesitas, baik pada kelompok usia balita maupun remaja muda. Kegemukan Usia Balita. Prevalensi balita gemuk hasil Riskesdas tahun 2001, 2010 dan 2013 menunjukkan angka 12,2%, 14,0% dan 11,9%. Angka ini sudah jauh di atas prevalensi balita kurus (7,4%; 7,3% dan 6,8%) maupun balita gizi buruk (5,4%; 4,9% dan 5,7%).

#### **b. Kegemukan Usia sekolah (5 – 12 tahun)**

Pada kelompok anak usia sekolah (5 – 12 tahun), prevalensi anak gemuk kelompok perempuan tahun 2013 sebesar 10,7% dan prevalensi anak obesitas sebesar 6,6%, sehingga total prevalensi anak usia sekolah kegemukan sebesar 17,3%. Pada kelompok laki-laki, angka ini lebih besar, yaitu 10,8% dan 9,7%, sehingga prevalensi kegemukan anak laki-laki sebesar 20,5%.

Kegemukan dan obesitas pada remaja laki laki jika digabung yaitu  $10.8\% + 9.7\% = 20.5\%$ . Sedangkan pada remaja perempuan adalah  $10.7\%+6.6\%= 17.3\%$ . Jumlah yang melebihi angka remaja kurus dan sangat kurus, yaitu 11.1% remaja laki-laki dan 10.2% remaja perempuan.

#### **c. Gizi Lebih pada Usia Dewasa**

Data Riskesdas pada 2013 menunjukkan bahwa Gambaran status gizi pada kelompok umur dewasa (lebih dari 18 tahun) bisa diketahui melalui prevalensi gizi berdasarkan indikator Indeks Massa Tubuh (IMT). Walaupun masalah kurus masih cukup tinggi, status gizi pada kelompok dewasa lebih banyak merupakan masalah obesitas. Secara nasional, masalah gemuk pada anak umur 5-12 tahun masih tinggi yaitu 18,8 persen, terdiri dari gemuk 10,8 persen dan sangat gemuk (obesitas) 8,8 persen. Prevalensi gemuk pada remaja umur 13-15 tahun di Indonesia sebesar 10.8 persen, terdiri dari 8,3 persen gemuk dan 2,5 persen sangat gemuk (obesitas).



Prevalensi gemuk pada remaja umur 16 hingga 18 tahun sebanyak 7,3 persen yang terdiri dari 5,7 persen gemuk dan 1,6 persen obesitas. Prevalensi penduduk dewasa berat badan lebih 13,5 persen dan obesitas 15,4 persen.

## **B. Gizi Kurang Dan Buruk serta Perkembangannya**

Perkembangan gizi buruk, menurut Riskesdas pada 2013, terdapat 19,6 persen kasus balita kekurangan gizi dan jumlah tersebut terdiri dari 5,7 persen balita dengan gizi buruk. Di antara 33 provinsi, terdapat 2 provinsi yang termasuk kategori prevalensi gizi buruk sangat tinggi, yaitu Papua Barat dan Nusa Tenggara Timur.

Tahun 2014, Pemantauan Status Gizi (PSG) masih terbatas di 150 Kabupaten dan Kota di Indonesia dengan jumlah sampel 13.168 balita. Pada tahun 2015 PSG telah berhasil dilakukan di seluruh Kabupaten dan kota di Indonesia, yakni 496 Kabupaten/Kotamadya dengan melibatkan lebih kurang 165.000 Balita sebagai sampelnya. PSG 2015 menunjukkan hasil yang lebih baik dari tahun sebelumnya. Persentase balita dengan gizi buruk dan sangat pendek mengalami penurunan. PSG 2015 menyebut 3,8% Balita mengalami gizi buruk. Angka ini turun dari tahun sebelumnya yakni 4,7%,

Berikut adalah Hasil PSG 2015, antara lain:

- a. Status Gizi Balita menurut Indeks Berat Badan per Usia (BB/U), didapatkan hasil: 79,7% gizi baik; 14,9% gizi kurang; 3,8% gizi buruk, dan 1,5% gizi lebih.
- b. Status Gizi Balita Menurut Indeks Tinggi Badan per Usia (TB/U), didapatkan hasil: 71% normal dan 29,9% Balita pendek dan sangat pendek.
- c. Status Gizi Balita Menurut Index Berat Badan per Tinggi Badan (BB/TB), didapatkan hasil,: 82,7% Normal, 8,2% kurus, 5,3% gemuk, dan 3,7% sangat kurus.

## **Referensi**

Kementerian Kesehatan RI. 2010. *Riset Kesehatan Dasar*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kemenkes RI

Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kemenkes RI

Kementerian Kesehatan RI. 2008. *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Gizi*. Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Dirjen Binkesmas.

Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Petunjuk Pelaksanaan Surveilans Gizi*. Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Dirjen Binkesmas.

Kementerian Kesehatan RI. 2014. *Pedoman Surveilans Gizi*. Direktorat Bina Gizi Masyarakat. Dirjen Binkesmas.

Direktorat Gizi Masyarakat. 2014. *Kementerian Kesehatan RI. Rencana Pembangunan Jangka Menengah 2014-2019*. Jakarta.

Kementerian Kesehatan RI. 2014. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2014-2019*. Jakarta.

Fritschel, Heidi., Tera Carter., John White Head., and Andrew Marble (editor). 2014. *Global Nutrition Report 2: Actions and Accountability to Accelerate the World's Progress on Nutrition*. Washington, DC. International Food Policy Research Institute.