

KURANG ENERGI PROTEIN (PROTEIN ENERGY MALNUTRITION)

EVAWANY ARITONANG

**Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Sumatera Utara**

Pendahuluan

KEP merupakan salah satu masalah gizi utama di Indonesia. KEP disebabkan karena defisiensi macro nutrient (zat gizi makro). Meskipun sekarang ini terjadi pergeseran masalah gizi dari defisiensi macro nutrient kepada defisiensi micro nutrient, namun beberapa daerah di Indonesia prevalensi KEP masih tinggi (> 30%) sehingga memerlukan penanganan intensif dalam upaya penurunan prevalensi KEP.

Penyakit akibat KEP ini dikenal dengan Kwashiorkor, Marasmus, dan Marasmic Kwashiorkor. Kwashiorkor disebabkan karena kurang protein. Marasmus disebabkan karena kurang energi dan Manismic Kwashiorkor disebabkan karena kurang energi dan protein. KEP umumnya diderita oleh balita dengan gejala hepatomegali (hati membesar). Tanda-tanda anak yang mengalami Kwashiorkor adalah badan gemuk berisi cairan, depigmentasi kulit, rambut jagung dan muka bulan (moon face). Tanda-tanda anak yang mengalami Marasmus adalah badan kurus kering, rambut rontok dan flek hitam pada kulit.

Adapun yang menjadi penyebab langsung terjadinya KEP adalah konsumsi yang kurang dalam jangka waktu yang lama. Pada orang dewasa, KEP timbul pada anggota keluarga rumahtangga miskin olek karena kelaparan akibat gagal panen atau hilangnya mata pencaharian. Bentuk berat dari KEP di beberapa daerah di Jawa pernah dikenal sebagai penyakit busung lapar atau HO (Honger Oedeem).

Menurut perkiraan Reutlinger dan Hydn, saat ini terdapat \pm 1 milyar penduduk dunia yang kekurangan energi sehingga tidak mampu melakukan aktivitas fisik dengan baik. Disamping itu masih ada \pm 0,5 milyar orang kekurangan protein sehingga tidak dapat melakukan aktivitas minimal dan pada anak-anak tidak dapat menunjang terjadinya proses pertumbuhan badan secara normal.

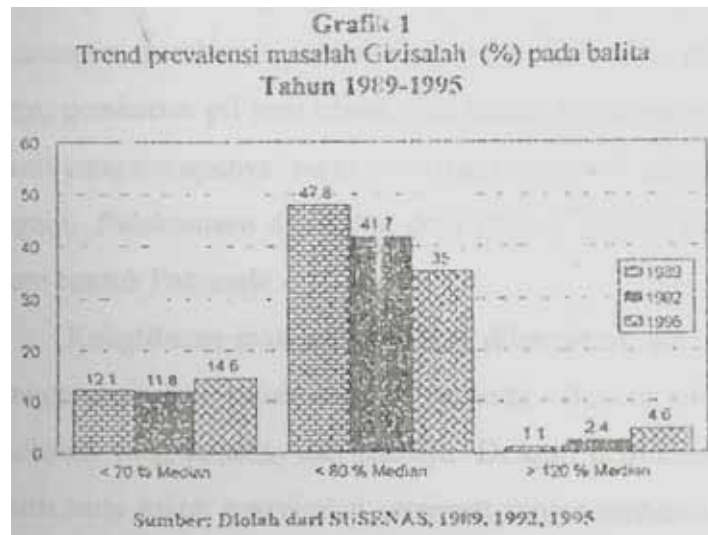
Di Indonesia masalah kekurangan pangan dan kelaparan merupakan salah satu masalah pokok yang dihadapi memasuki Repelita I dengan banyaknya kasus HO dan kematian di beberapa daerah. Oleh karena itu tepat bahwa sejak Repelita I pembangunan pertanian untuk mencukupi kebutuhan pangan penduduk merupakan tulang punggung pembangunan nasional kita. Bahkan sejak Repelita III pembangunan pertanian tidak hanya ditujukan untuk meningkatkan produksi pangan dan meningkatkan pendapatan petani, tetapi secara eksplisit juga untuk meningkatkan keadaan gizi masyarakat.

Besar dan Luas Masalah KEP

Dari berbagai hasil penelitian menunjukkan bahwa KEP merupakan salah satu bentuk kurang gizi yang mempunyai dampak menurunkan mutu fisik dan intelektual, serta menurunkan daya tahan tubuh yang berakibat meningkatnya resiko kesakitan dan kematian terutama pada kelompok rentan biologis. Pengejawantahan KEP terlihat dari keadaan fisik seseorang yang diukur secara Antropometri.

Besar dan luasnya masalah KEP pada balita di tingkat propinsi dan nasional sudah tersedia secara periodik melalui SUSENAS modul kesehatan dan gizi. Analisis masalah KEP pada balita berdasarkan data Susenas 1989, 1992, dan 1995 menunjukkan bahwa secara keseluruhan terdapat penurunan prevalensi KEP total dari 47,8% tahun 1989 menjadi 41,7% tahun 1982 dan 35% pada tahun 1995. Di

sisi lain, prevalensi gizi lebih meningkat dari 1,1% tahun 1989 menjadi 2,4% tahun 1992 dan 4,6% pada tahun 1995.



Keadaan gizi balita yang tinggal di pedesaan cenderung lebih buruk dibanding balita yang tinggal di perkotaan; dan keadaan gizi balita perempuan relatif lebih baik dibanding balita laki-laki.

Pada tingkat makro, besar dan luasnya masalah KEP sangat erat kaitannya dengan keadaan ekonomi secara keseluruhan. Peningkatan angka prevalensi KEP pada balita, dari data Susenas, seiring sejalan dengan menurunnya jumlah penduduk dengan pendapatan di bawah garis kemiskinan. Dengan perkataan lain, anggota rumahtangga dari kelompok rawan biologis sekaligus memberikan gambaran ketersediaan pangan, dan rawan biologis memiliki resiko kurang energi protein.

Pada tingkat mikro (rumah tanggat/individu), tingkat kesehatan terutama penyakit infeksi yang juga menggambarkan keadaan sanitasi lingkungan merupakan faktor penentu status gizi.

UPGK dan Posyandu merupakan program yang secara khusus dilaksanakan untuk menurunkan prevalensi KEP. Peningkatan kedua program ini berdampak positif untuk menurunkan prevalensi KEP. Meskipun demikian keterlibatan aktif masyarakat, organisasi wanita, LSM dan perbaikan keadaan ekonomi mempunyai andil yang besar didalam keberhasilan meningkatkan status gizi balita.

Kegiatan utama program UPGK (dari aspek gizi) yang dilaksanakan sampai saat ini berupa penimbangan balita, penyuluhan gizi (KIE), peningkatan pemanfaatan pekarangan, pemberian makanan, pemberian oralit, pemberian kapsul vit.A takaran tinggi, pemberian pil besi kepada ibu hamil. Kegiatan ini melibatkan beberapa lembaga terkait yang mempunyai tugas dan tanggung jawab saling menopang untuk keberhasilan program. Pelaksanaan di tingkat desa atau di tingkat yang lebih kecil dikoordinasikan dalam bentuk Posyandu.

Keterlibatan masyarakat sangat diharapkan dan sekaligus menentukan di dalam pembentukan dan pelaksanaan Posyandu. Hal ini disebabkan keterbatasan tenaga kesehatan yang tersedia dan luasnya. Dengan demikian, peran kader desa yang telah dilatih serta tokoh masyarakat setempat sangat menentukan kelangsungan pelaksanaan posyandu.

Research Questions:

1. Bagaimana kecenderungan perubahan prevalensi KEP.
2. Apa faktor-faktor penyebab tingginya prevalensi KEP di Indonesia.
3. Apa dampak KEP terhadap morbiditas, mortalitas dan Usia Harapan Hidup.
4. Upaya-upaya yang dilakukan untuk menurunkan prevalensi KEP.
5. Siapa yang dijadikan sasaran program dalam menurunkan prevalensi KEP.

Tujuan Penulisan**Tujuan Umum:**

Menurunkan prevalensi KEP menjadi 30% sesuai dengan sasaran program perbaikan gizi masyarakat pada akhir Repelita VI.

Tujuan Khusus:

1. Meningkatkan persentase balita berstatus gizi baik.
2. Menurunkan persentase penduduk miskin.
3. Meningkatkan pengetahuan ibu-ibu tentang makanan sapihan pada balita.

Metoda yang dipakai untuk mencapai tujuan (menurunkan prevalensi KEP dan menjawab reseach question:

1. Intervensi pemberian makanan tambahan pada balita.
2. Penyuluhan tentang gizi bagi ibu hamil dalam upaya menurunkan prevalensi BBLR.
3. Penyuluhan tentang pemeliharaan kesehatan pada balita.
4. Penyuluhan tentang pemberian makanan bergizi pada balita.
5. Pemberdayaan ekonomi keluarga dalam upaya meningkatkan pendapatan keluarga.
6. Survey gizi klinis.
7. Survey konsumsi pangan.

Pengumpulan Data

Data-data yang dikumpulkan untuk mencapai tujuan dan menjawab pertanyaan penelitian antara lain:

1. Data konsumsi pangan keluarga dan individu.
2. Data SUSENAS.
3. Neraca Bahan Makanan.
4. Data statistik vital (morbiditas, mortalitas, Uill-I).
5. Data gizi klinis.
6. Data Anthropometri gizi.
7. Analisis data yang telah ada.

Analisis Data:**1. Analisis Trend Perubahan Prevelensi KEP**

Tabel 1
Kecenderungan Penurunan Prevalensi KEP menurut wilayah
1989-1996

No	Propinsi	KEP Total (%)		
		1989	1992	1995
	Wilayah I	48,1	40,5	36,1
1	Di Aceh	56,9	45,2	46,6
2	Sumatera Utara	50,7	43,9	36,2
3	Sumatera Barat	46,7	37,2	36,1
4	Riau	49,7	44,2	45,9
5	Jambi	47,8	30,1	31,7
6	Sumatera Selatan	45,6	42,8	35,2
7	Bengkulu	47,9	31,4	23,6
8	Lampung	39,6	37,2	28,9
	Wilayah II	43,6	38,4	30,9
9	DKI Jakarta	46,1	33,5	28,0
10	Jawa Barat	45,3	40,0	33,3
11	Jawa Tengah	42,0	39,2	32,5
12	Di Yogyakarta	30,7	26,5	18,9
13	Jawa Timur	47,9	39,9	32,6
14	Bali	31,2	35,7	20,4
	Wilayah III	60,3	51,8	44,7
15	Nusa Tenggara Barat	53,8	49,1	41,9
16	Nusa Tenggara Timur	57,9	53,5	46,3
17	Timor Timur	74,2	53,3	46,2
	Wilayah IV	53,4	47,3	38,6
18	Kalimantan Barat	54,2	52,6	47,8
19	Kalimantan Tengah	48,8	46,8	38,6
20	Kalimantan Selatan	60,8	45,5	33,9
21	Kalimantan Timur	47,1	36,6	29,2
	Kalimantan V	43,7	40,5	35,7
22	Sulawesi Utara	33,8	32,2	32,8
23	Sulawesi Tengah	32,8	50,8	38,8
24	Sulawsi Selatan	43,8	47,2	36,5
25	Sulawesi Tenggara	42,3	40,4	34,7

Dari kecenderungan penurunan prevalensi KEP total dari 47,8% menjadi 35% terjadi penurunan 26,7% atau 4,4% per tahun. Dengan trend ini target penurunan prevalensi KEP total Repetita VI menjadi setinggi-tingginya 30% diperkirakan dapat dicapai. Dari tabel dapat disimpulkan:

1. Wilayah Sumatera mempunyai kecenderungan penunman prevalensi KEP relatif lambat Aceh dan Riau mempunyai prevalensi yang relatif tinggi (>40%) dan tidak menunjukkan penurunan prevalensi yang berarti. Propinsi Lampung dan Bengkulu telah mencapai target R VI.
2. Wilayah Jawa dan Bali mempunyai prevalensi rendah (30.9%) dan kecenderungan penurunan prevalensi relatif tajam. Diperkirakan semua propinsi di wilayah ini akan mencapai target.

3. Wilayah Nusa Tenggara merupakan wilayah yang relatif berat. Prevalensi KEP di wilayah ini 44.7% (semua propinsi >40%). Sungguhpun terjadi kecenderungan penurunan prevalensi tajam selama 6 tahun terakhir tetapi target R VI di wilayah ini diperkirakan belum tercapai.
4. Wilayah Kalimantan mempunyai kecenderungan penurunan prevalensi tajam dalam 3 tahun terakhir. Propinsi Kalimantan Barat mempunyai prevalensi >40%.
5. Wilayah Sulawesi mempunyai kecenderungan penurunan prevalensi relatif lambat. Dengan prevalensi KEP sebesar 35.7% pencapaian target R VI di wilayah ini agak sulit dicapai.
6. Wilayah Maluku dan Irian Jaya mempunyai kecenderungan relatif tajam kecuali Irian Jaya yang menunjukkan penurunan prevalensi relatif lambat

2. Analisis Faktor-Faktor Penyebab Tingginya Prevalensi KEP

Pada tingkat makro, besar dan luasnya masalah KEP sangat erat kaitannya dengan keadaan ekonomi secara keseluruhan. Anggota rumahtangga dari kelompok rawan ekonomi yang memberikan gambaran ketersediaan pangan dan rentang biologis beresiko KEP. Pada tingkat mikro (rumah tangga/individu), tingkat kesehatan, penyakit infeksi, yang juga menggambarkan situasi lingkungan merupakan faktor penentu KEP. Demikian juga kesalahan memberikan makanan pada bayi mempunyai pengaruh kuat terjadinya KEP pada awal kehidupan balita.

Secara umum pemberian makanan pendamping ASI belum sesuai dengan anjuran Depkes. Soal pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) terlalu dini atau terlambat dan jumlah serta mutu MP-ASI tidak cukup akan membuat pertumbuhan balita terhambat. Lebih-lebih MP-ASI buatan pabrik yang penyebarannya sudah sangat meluas di pedesaan, banyak digunakan oleh ibu-ibu dengan jumlah yang tidak sesuai dengan kecukupan gizinya.

Data Susenas 1987 menunjukkan bahwa 50% balita di Indonesia mendapat ASI selama 12 bulan; hanya sekitar 10% mendapat ASI selama 24 bulan. Balita di luar pulau Jawa relatif lebih cepat disapih dibanding balita di Jawa. Lebih dari separuh (58%) balita di Indonesia telah diperkenalkan makanan pendamping ASI (termasuk air putih dan air teh) pada saat berumur 1 bulan.

Tabel 1. Kecenderungan perubahan prevalensi Kurang Energi Protein di beberapa negara berkembang (Tahun 1980-an)

Kecenderungan	Prevalensi Tinggi (20% atau lebih)	Sedang (10%-19%)	Rendah (Kurang dari 10%)
Makin buruk atau tetap	Benin, Etiopia Gambia, Lesotho Madagascar Mauritania, Niger, Rwanda, Sudan Bangladesh Filipina	Jamaica Nicaragua Peru	Chili Cuba Venezuela
Makin baik	Botswana Burkina-Faso Ghana, Togo Indonesia Sri Lanka Muangthai Guatemala	RRC Bolivia Uruguay	Columbia Costa Rica

Sumber: Alan Berg, 1989 (9)

Kecenderungan perubahan keadaan gizi masyarakat di negara berkembang yang berbeda-beda dalam dasawarsa 1980-an (tabel diatas) mencerminkan adanya kebijaksanaan pembangunan yang berbeda pula. Derajat kesehatan dipengaruhi oleh ada tidaknya pelayanan kesehatan, air bersih, sanitasi, dan pelayanan sosial lainnya. Memadai atau tidaknya pelayanan kesehatan terutama bagi masyarakat miskin tergantung pada anggaran pemerintah yang disediakan untuk pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial lainnya. Dalam keadaan ekonomi sulit, pemerintah cenderung mengadakan penghematan yang tidak jarang mempengaruhi penyediaan anggaran untuk bidang sosial.

Konsumsi makan bagi seseorang yang rawan terhadap kekurangan gizi (balita, ibu hamil) dipengaruhi oleh pola konsumsi keluarga dan pola distribusi makan antar anggota keluarga. Selanjutnya pola distribusi makan antar anggota keluarga dipengaruhi oleh banyak faktor. Beberapa faktor penting yang diduga ada kaitannya dengan kebijaksanaan ekonomi makro adalah tingkat upah kerja, alokasi waktu untuk keluarga, dll. Dalam hal ini peranan wanita atau ibu sangat penting. Meningkatnya kesempatan kerja wanita dapat mengurangi waktu untuk pemeliharaan anak, kurang pemberian ASI, meskipun hal tersebut belum tentu berpengaruh negatif pada keadaan gizi bayi.

Pendapatan rumah tangga merupakan salah satu faktor yang menentukan konsumsi makan keluarga. Disamping itu konsumsi makan keluarga juga dipengaruhi oleh harga pangan dan harga bukan pangan. Rumah tangga berpendapatan rendah 60-80% dari pendapatannya dibelanjakan untuk makan. Harga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pendapatan riil rumah tangga, sedangkan pendapatan riil rumah tangga disamping ditentukan oleh tingkat harga juga oleh jumlah pendapatan nominal, sementara tingkat harga ditentukan, oleh tingkat inflasi dan harga relatif antar berbagai barang dan jasa.

Tabel 2. Dampak kenaikan 10% harga makanan terhadap pendapatan riil rumah tangga mampu dan rumah tangga miskin

	% Penurunan Pendapatan Riil	
	Miskin (desil terendah)	Mampu (desil tertinggi)
Sri Lanka	8.5	4.1
Thailand	6.0	2.0
Mesir	5.6	1.0
India	7.3	2.9
Nigeria	7.7	5.7

Sumber : Dari berbagai sumber yang dikutip oleh Andersen 1987 [16].

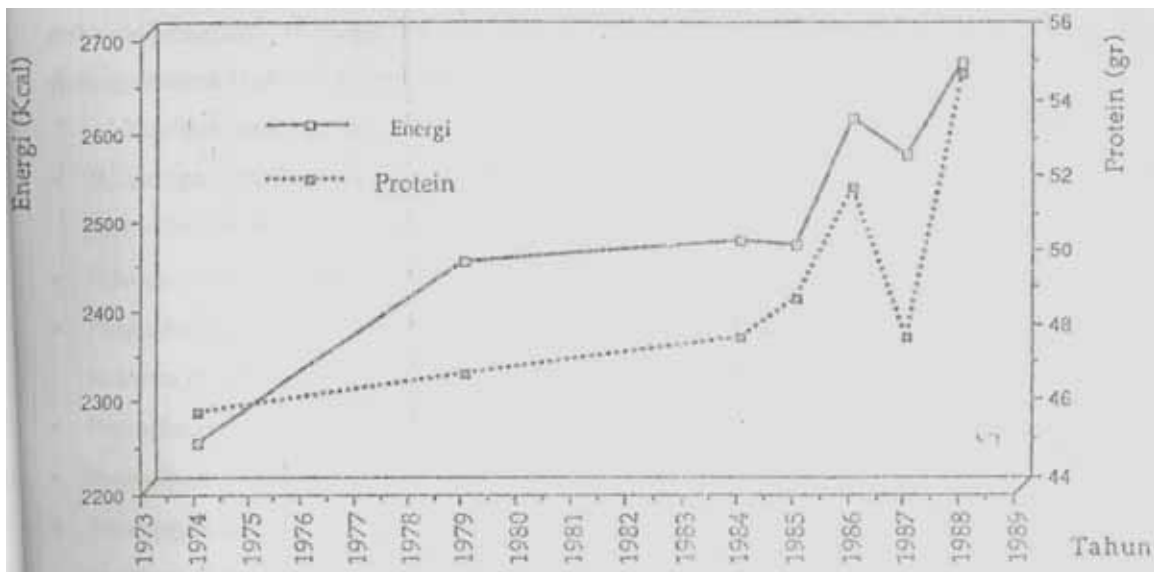
Tabel diatas menunjukkan perbedaan persentase penurunan pendapatan riil sebagai akibat kenaikan harga pada kelompok rumah tangga miskin dengan kelompok rumah tangga mampu. Dengan menurunnya konsumsi makan, maka resiko akan menurunnya keadaan gizi anggota rumah tangga terutama yang rawan gizi akan meningkat.

3. Analisis Dampak KEP

Manifestasi KEP tercermin dalam bentuk fisik tubuh yang apabila diukur secara Anthropometri (TB/U, BB/U, BB/TB) kurang dari nilai baku yang dianjurkan. Berbagai hasil penelitian menunjukkan bahwa KEP merupakan salah satu bentuk kurang gizi yang mempunyai dampak menurunkan mutu fisik dan intelektual serta menurunkan daya tahan tubuh yang berakibat meningkatnya resiko kesakitan dan kematian terutama pada kelompok rentan biologis.

4. Analisis Penanggulangan Masalah KEP

Masalah KEP atau pencapaian status gizi (dalam arti positif) merupakan salah satu keluaran penting dari pembangunan sosial-ekonomi-budaya secara Umum. Oleh karenanya status gizi dijadikan salah satu indikator suksesnya pembangunan. Penentuan kriteria, target, dan tahapan pencapaiannya dapat disusun secara teknis. Pencapaian status gizi tersebut dilaksanakan dalam pendekatan lintas sektoral, multifaset dan komprehensif.



Sumber: BPS.1991

Gambar: Kecenderungan Persediaan Energi dan Protein per jiwa per hari

Tabel diatas memperlihatkan adanya trend peningkatan persediaan energi dan protein per jiwa perlinn sejak Repelita II. Dari data persediaan ini disimpulkan bahwa secara nasional kekhawatiran akan adanya sebagian penduduk yang kekurangan gizi atau menderita KEP tidak perlu terjadi, walaupun di berbagai propinsi masih ada yang konsumsi energi dan proteinnya belum memenuhi kebutuhan minimal. Mereka ini merupakan sebagian penduduk yang masih hidup dibawah garis kemiskinan.

Kecenderungan peningkatan konsumsi energi dan protein rumahtangga sejak awal tahun 1970-an sejalan dengan keberhasilan pembangunan mengurangi jumlah penduduk miskin dari 54,2 juta orang (40.1%) pada tahun 1976 menjadi 30 juta orang (17,4%) pada tahun 1987.

Sesuai dengan sifat masalah KEP yang kompleks, maka berkurangnya prevalensi KEP pada anak balita merupakan dampak komplementer dari berbagai program pembangunan sosial dan ekonomi yang ada, sedang program gizi lebih banyak ikut memberi arah agar unsur perbaikan gizi tidak terlupakan. Disamping itu, keberhasilan dalam meningkatkan keadaan gizi anak balita juga merupakan akibat langsung peran serta aktif masyarakat, terutarna peranan wanita dan Lembaga

Sosial Masyarakat lain di Posyandu. Penanggulangan KEP diprioritaskan daerah tertinggal/miskin baik di pedesaan/perkotaan. Kegiatan ini pelaksanaannya diintegrasikan kedalam program penanggulangan kemiskinan secara nasional.

Kegiatan penanggulangi KEP meliputi:

- Pemantapan UPGK dengan: meningkatkan upaya pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita melalui kelompok dan dasa wisma.
- Penanganan khusus KEP berat secara lintas program dan lintas sektoral.
- Pengembangan sistem rujukan pelayanan gizi di Posyandu dalam rehabilitasi gizi terutama di daerah miskin.
- Peningkatan gerakan sadar pangan dan gizi melalui KIE yang berkesinambungan.
- Peningkatan pemberian ASI secara eksklusif.
- Penanggulangan KEK (Kurang Energi Kronik) pada ibu hamil didasarkan hasil penilaian dengan alat ukur LILA (Lingkar Lengan Atas).

5. Analisis Sasaran Program Penurunan Prevalensi KEP

Balita merupakan penderita KEP secara umum. Adanya causa multifaktorial terhadap terjadinya KEP dan ketergantungan balita yang tinggi terhadap ibu membuat sasaran program penurunan prevalensi KEP menjadi kompleks. Adapun yang menjadi sasaran program penurunan prevalensi KEP antara lain :

- Balita.
- Ibu.
- Anak Usia Sekolah.
- Pekerja Berpenghasilan Rendah.

Program yang dilaksanakan adalah secara multisektoral dengan kerjasama pihak lain seperti Depkes, Deptan Perguruan Tinggi, dll.

KESIMPULAN

1. Sasaran program perbaikan gizi masyarakat pada akhir Repelita VI untuk menurunkan prevalensi KEP total pada balita menjadi 300/0 memerlukan kerjasama lintas sektor dan lintas program.
2. Akar permasalahan terjadinya gizi kurang adalah kemiskinan, sehingga upaya mengatasi masalah gizi kurang tidak terlepas dari upaya pengentasan kemiskinan sehingga aspek peningkatan pendapatan memberi respon yang baik terhadap perubahan konsumsi pangan yang sesuai dengan kebutuhan dan kecukupan.