

MASALAH KURANG VITAMIN A (KVA) DAN PROSPEK PENANGGULANGANNYA

Susilowati Herman*

Ringkasan

Indonesia pernah tercatat karena keberhasilannya mengatasi masalah xerophthalmia sehingga tidak lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat, meskipun masalah kurang vitamin A tingkat sub klinis (serum vitamin A < 20 µg/dl) pada anak Balita masih 50%. Sejak krisis ekonomi tahun 1997, diperkirakan masalah KVA meningkat lagi, ditandai dengan diketemukannya kasus-kasus xerophthalmia di beberapa daerah dan bahkan xerophthalmia pada wanita usia subur (WUS). Apakah pada era otonomi dan desentralisasi, masalah KVA akan semakin cepat dapat diatasi sesuai dengan kemampuan daerah? Makalah ini mengkaji masalah KVA dan prospek penanggulangannya.

Kata kunci: kurang vitamin A, penanggulangan, xerophthalmia

Pendahuluan

Kurang gizi merupakan suatu fenomena yang terkait dengan kemiskinan, sehingga penanggulangan kemiskinan merupakan salah satu prasyarat upaya meningkatkan status gizi suatu masyarakat. Meski demikian tidak berarti untuk menanggulangi masalah gizi harus menunggu sampai penanggulangan kemiskinan tuntas. Masalah gizi kurang umumnya diderita oleh kelompok rawan biologi yakni bayi, anak, ibu hamil dan ibu menyusui dan kelompok rawan sosial ekonomi yakni masyarakat miskin. Namun, sebenarnya masalah gizi dapat saja terjadi pada seluruh kelompok umur, bahkan masalah gizi dapat mempengaruhi status gizi kelompok umur pada siklus kehidupan berikutnya. Masa kehamilan merupakan periode sangat penting karena akan menentukan kualitas bayi yang dilahirkan yang pada gilirannya menentukan kualitas SDM di masa depan. Tumbuh kembang anak sangat ditentukan oleh kondisinya saat masa janin dalam kandungan. Perlu diingat status kesehatan dan status gizi ibu hamil ditentukan oleh status kesehatan dan gizi pada saat remaja, calon pengantin, usia sekolah, atau bahkan usia balita dan bayi. Artinya status gizi dalam siklus daur kehidupan seseorang akan terus berlanjut. Jika siklus dimulai dengan status gizi baik, diharapkan dapat dipertahankan dan yang terjadi adalah siklus gizi baik, sebaliknya bila dimulai

dengan gizi kurang, maka harus ada upaya khusus untuk dapat keluar dari siklus gizi kurang. Gizi kurang juga dapat terjadi pada kelompok masyarakat yang tidak miskin, karena pengetahuan gizi yang rendah atau kurang, sehingga pengeluarannya lebih diutamakan bukan untuk makanan yang bergizi, misal untuk perhiasan atau pengeluaran lain untuk meningkatkan status sosialnya.

Sampai kini, masyarakat Indonesia masih menghadapi empat masalah gizi, yakni kurang energi protein (KEP), kurang vitamin A (KVA), anemia gizi besi (AGB) dan gangguan akibat kurang yodium (GKY). Tiga masalah yang disebut belakangan sering disebut sebagai masalah gizi mikro atau kelaparan tersembunyi (*hidden hunger*). Dinamakan gizi mikro karena memang ukurannya kecil, yakni dalam mikro gram (µg), dan dibutuhkan dalam jumlah sedikit, tetapi meski sedikit, sangat penting dan diperlukan untuk kesehatan manusia. Disebut kelaparan tersembunyi, karena pada umumnya penderita tidak mengetahui atau tidak menyadari kalau yang bersangkutan kekurangan zat gizi tersebut, dan baru diketahui setelah gejala-gejala defisiensi atau kekurangan muncul. Kekurangan gizi biasanya terjadi secara lambat, tersembunyi dan sering kali penderitanya tidak menyadari, luput dari pengamatan biasa, dan penderita datang ke pelayanan kesehatan seperti dokter, Puskesmas

* Puslitbang Gizi dan Makanan

mas, atau rumah sakit, karena sakit dan bukan karena kurang gizi. Meski program penanggulangan KVA sudah dirintis sejak tahun 1960-an dan efektif sejak tahun 1970-an, serta Indonesia pernah tercatat sebagai salah satu negara yang berhasil mengatasi masalah KVA sehingga tidak lagi merupakan masalah kesehatan masyarakat, tetapi sejak krisis 1997, tampaknya masalah KVA mencuat lagi. Makalah ini mengkaji kecenderungan masalah KVA dan prospek penanggulangannya

Masalah KVA dan Program Penanggulangannya

Seperti telah disebutkan sebelumnya, KVA tercatat sebagai salah satu masalah gizi yang pernah berhasil ditanggulangi sehingga tidak lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat pada tahun 1992, dan hal itu ditandai dengan penghargaan *Trophy Helen Keller* yang diterima kepada pemerintah Indonesia. Sejak krisis tahun 1997, bermunculan lagi kasus-kasus KVA (xerophthalmia) di berbagai wilayah Indonesia. KVA tingkat berat dapat mengakibatkan keratomalasia, dan kebutaan. Telah diketahui vitamin A berperan pada integritas sel epitel, imunitas, dan reproduksi. KVA pada anak Balita dapat mengakibatkan risiko kematian sampai 20-30%.^{1, 2, 3} Mortalitas anak Balita yang mengalami buta karena keratomalasia dapat mencapai 50-90%.⁴ Survei nasional Xerophthalmia 1978 menemukan prevalensi X 1b (Bitot spot) pada anak Balita 1,34%. Sekitar 14 tahun kemudian, yakni pada tahun 1992, prevalensi xerophthalmia dapat diturunkan menjadi 0,35%, Angka ini lebih rendah dari kriteria yang ditetapkan WHO sebagai masalah kesehatan masyarakat yakni $X1b \geq 0,5\%$. Keberhasilan ini antara lain karena program gizi utamanya distribusi kapsul vitamin A dosis tinggi (200.000 SI) kepada anak balita setiap bulan Februari dan Agustus dapat menjangkau sebagian besar atau bahkan hampir seluruh anak Balita. Komponen program lainnya yakni fortifikasi vitamin A ke dalam makanan dan pendidikan atau penyuluhan gizi belum memberikan kontribusi yang bermakna. Data survei vitamin A tahun 1978 dan survei tahun 1992, menunjukkan bahwa diperlukan waktu sekitar 14-20 tahun untuk dapat bebas dari xerophthalmia sebagai masalah kesehatan masyarakat.

Meski angka xerophthalmia sudah berhasil

ditekan sampai pada tingkat di bawah batas ambang masalah kesehatan masyarakat, tetapi masih ditemukan separuh (50%) anak Balita dengan serum vitamin A $< 20 \mu\text{g/dl}$, angka ini lebih tinggi dari batas ambang menurut *International Vitamin A Consultancy Group* (IVACG) yakni 15%.⁵ Anak-anak balita dengan serum retinol $< 20 \mu\text{g/dl}$ berisiko menjadi xerophthalmia apabila terjadi stres seperti diare, campak, yang menguras cadangan vitamin A tubuh. Seperti kita ketahui insidens maupun prevalens diare dan campak pada anak balita di berbagai wilayah di Indonesia masih cukup tinggi. Apalagi tingkat konsumsi vitamin A pada masyarakat pada umumnya juga masih rendah atau di bawah angka kecukupan yang dianjurkan (AKG). Artinya keberhasilan penanggulangan KVA dengan distribusi kapsul vitamin A 200.000 SI masih bersifat sementara. Perlu upaya lain untuk mendampingi dan menunjangnya, yakni dengan upaya pendidikan gizi dan fortifikasi vitamin A ke dalam makanan, agar asupan vitamin A tidak semata-mata tergantung dari kapsul vitamin A. Meski distribusi kapsul vitamin A 200.000 SI terbukti efektif menurunkan masalah KVA, tetapi kita tidak boleh hanya mengandalkan pendekatan ini, karena tidak akan lestari dan dapat menimbulkan ketergantungan masyarakat pada kapsul yang harus dibeli dengan dana dari rakyat. Di samping itu upaya suplementasi tidak termasuk murah yakni dengan biaya 0,46-0,68 \$USD per unit target.⁶

Penanggulangan KVA melalui distribusi kapsul vitamin A memerlukan biaya yang meski tidak terlalu mahal, tetapi juga tidak murah. Perlu disadari bahwa dana tersebut berasal dari dana masyarakat. Sudah barang tentu kita tidak ingin menciptakan masyarakat kita menjadi masyarakat yang tidak mandiri dan tergantung pada bantuan atau uluran tangan pemerintah atau bahkan bantuan dari luar negeri. Asupan vitamin A dari makanan umumnya masih rendah. Sejak krisis ekonomi, diperkirakan asupan vitamin A dari makanan semakin rendah, karena sumber utama vitamin A masyarakat kita berupa karotenoid dari sayuran dan buah, sementara sumber vitamin A dari makanan hewani tingkat konsumsinya semakin rendah. Gambaran masalah KVA setelah krisis antara lain dilaporkan oleh Helen Keller International (HKI) tahun 1999 yang mendapatkan kejadian buta senja pada WUS (wanita usia subur) di Jawa Tengah sebesar 1 sampai 3,5%.⁷ Angka kejadian xerophthalmia pada

anak balita diduga juga meningkat seperti dilaporkannya beberapa kasus di Nusa Tenggara Barat.

Sejak Survei Nasional Xerophthalmia tahun 1992 belum ada lagi data status vitamin A berbasis masyarakat (*population based*) yang berskala luas atau nasional yang dapat digunakan sebagai dasar acuan penilaian keberhasilan dan perencanaan program penanggulangan KVA. Ketersediaan data yang akurat dan tepat waktu sangat penting bagi program. Gambaran prevalensi Xerophthalmia di daerah-daerah yang pada survei tahun 1978, ditemukan tinggi prevalensinya dan kecenderungannya disajikan pada Tabel 1.

Jika pada survei tahun 1992, masih ditemukan 50% anak balita dengan serum retinol < 20ug/dl, maka data mutakhir dari survei gizi mikro di tujuh provinsi keadaannya sudah jauh berkurang. Prevalensi anak balita dengan serum retinol < 20ug/dl diketemukan tertinggi di Provinsi Bali yakni 16,3% yang berarti sekitar sepertiga dari angka tahun 1992. Sementara itu

prevalensi terendah diketemukan di Provinsi Sumatera Selatan yakni 8,7% atau sekitar seperenam dari angka tahun 1992 (Tabel 2). Perkembangan ini sudah barang tentu menggembirakan, karena KVA pada tingkat sub klinis berhasil diturunkan dengan cukup bermakna, dan prevalensi Xerophthalmia secara umum juga rendah. Tingginya proporsi anak dengan serum retinol > 20µg/dl kemungkinan karena cakupan distribusi kapsul vitamin A 200.000 SI cukup tinggi yakni rata-rata 87% dengan kisaran 79,5% sampai 92,6%.

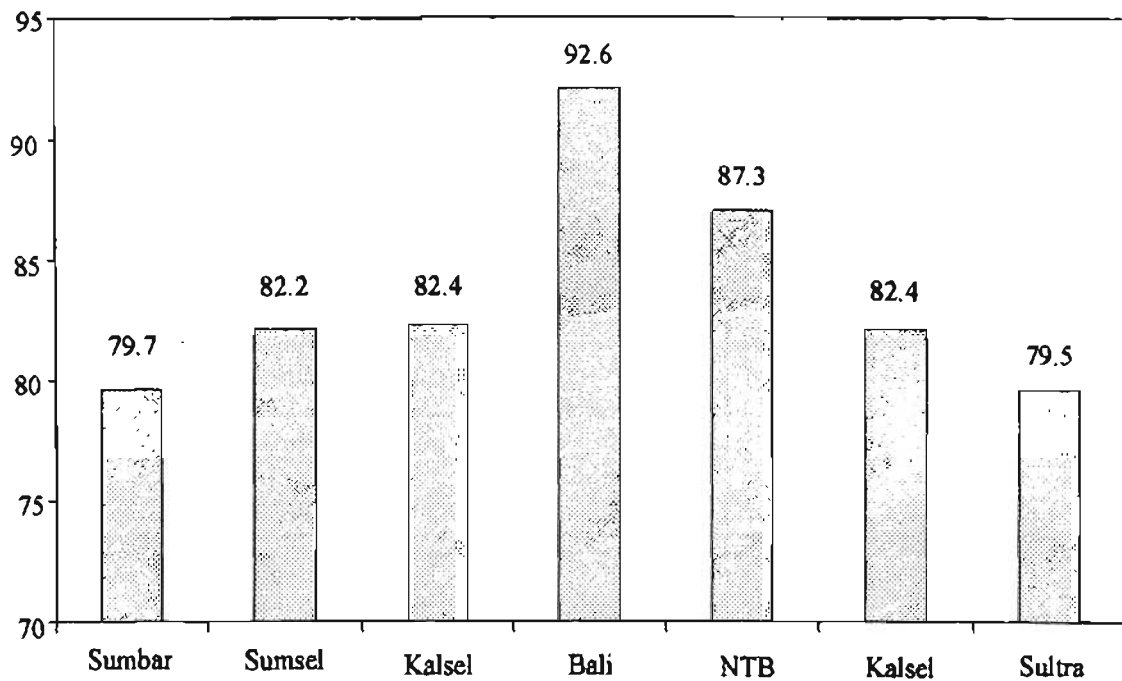
Survei gizi mikro pada tujuh provinsi mendapatkan besaran cakupan distribusi kapsul vitamin A dosis tinggi rata-rata sebesar 87%, dan cakupan kapsul vitamin A periode Februari 2006 mencapai 85% (Gambar 1). Dua pertiga sampel mendapatkan kapsul vitamin A dari kader gizi dan sisanya diberikan oleh Petugas Puskesmas. Hampir semua anak balita menerima kapsul vitamin A di Posyandu, dan sekitar 1% anak balita menerima kapsul di rumahnya.

Tabel 1. Prevalensi Xerophthalmia pada Tahun 1978, 1992 dan 2006⁸

Provinsi	1978				1992				2006			
	XN	%	X1B	%	XN	%	X1B	%	XN	%	X1B	%
Sumbar	6	0.98	10	1.63	2	0.4	0	0	1	0.07	0	0
Sumsel	7	1.1	4	0.66	0	0	1	0.1	0	0	0	0
Banten	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	0	0
Bali	3	0.23	14	1.05	0	0	1	0.1	0	0	0	0
NTB	26	1.12	44	1.90	0	0	3	0.1	6	0.41	0	0
Kalsel	5	0.89	8	1.43	0	0	0	0.0	0	0	0	0
Sultra	3	0.37	5	0.61	1	0.1	5	0.6	10	0.7	2	0.14
Total	50	0.79	85	1.21	3	0.08	10	1.67	17	0.17	2	0.02

Tabel 2. Prevalensi KVA Sub Klinis (Serum Vitamin A < 20 ug/dl) pada Tahun 1992 dan 2006⁸

Provinsi	1992		2006	
	< 20 ug/dl	> 20 ug/dl	< 20 ug/dl	> 20 ug/dl
Sumatera Barat	-	-	10.4	
Sumatera Selatan	-	-	8.7	
Banten	-	-	10.6	
Bali	-	-	16.3	
NTB	48.9	48.1	10.4	
Kalimantan Selatan	48.4	51.6	11.9	
Sulawesi Tenggara	67.6	32.4	11.2	
Rata-rata		44.1	11.4	



Gambar 1. Cakupan Vitamin A Periode Februari 2006⁸

Tabel 3 Tempat Anak Balita Mendapat Vitamin A⁸

Provinsi	Posyandu		Puskesmas		Rumah	
	N	%	N	%	n	%
Sumatera Barat	1218	98.9	8	0.6	6	0.5
Sumatera Selatan	1184	91.1	65	5.0	51	3.9
Banten	1232	97.8	25	2.0	3	0.2
Bali	1295	99.8	3	0.2	0	0.0
NTB	1270	98.2	21	1.6	2	0.2
Kalimantan Selatan	1085	90.8	56	4.7	54	4.5
Sulawesi Tenggara	1182	96.5	38	3.1	5	0.4
Total	8466	96.2	216	2.5	121	1.4

Prospek Penanggulangan KVA

Memperhatikan kecenderungan angka prevalensi xerophthalmia maupun prevalensi KVA sub Klinis dari hasil survei tahun 1978, 1992, dan 2006, yang turun secara bermakna, tampaknya bukan mustahil Indonesia akan mencatat sejarah keberhasilannya membebaskan diri dari masalah KVA. Agar hal tersebut dapat tercapai dan

bertahan tidak seperti pada tahun 1997, maka upaya penyuluhan dan konseling gizi di pojok gizi Puskesmas perlu direvitalisasi. Keberhasilan penurunan prevalensi xerophthalmia maupun KVA sub klinis lebih banyak karena program suplementasi kapsul vitamin A 200.000 SI tiap bulan Februari dan Agustus.

Masyarakat sudah cukup sadar dengan

bulan vitamin A yakni bulan di mana vitamin A didistribusikan kepada anak Balita melalui Posyandu. Data survei gizi mikro tahun 2006 mengkonfirmasi betapa pentingnya Posyandu sebagai ujung tombak distribusi kapsul vitamin A. Kejadian mencuatnya temuan kasus-kasus xerophthalmia pada saat krisis tahun 1997, antara lain disebabkan karena banyak Posyandu yang tidak berfungsi lagi pada masa itu. Di samping itu, krisis ekonomi menyebabkan kemampuan masyarakat untuk mengkonsumsi makanan sumber karotenoid (sayur dan buah) juga turun drastis.

Untuk masa yang akan datang, tantangan yang perlu diatasi adalah advokasi dan sosialisasi pada pengambil kebijakan beserta seluruh pemangku kepentingan di Kabupaten/Kota, karena pada era otonomi dan desentralisasi ini merekalah yang lebih berperan. Pengadaan kapsul vitamin A dapat terhambat karena bagi pengusaha lokal, keuntungan finansialnya tidak begitu besar. Di samping itu begitu cepat mutasi yang terjadi di lingkungan pemerintah daerah juga dapat berpengaruh pada kemampuan program penanggulangan vitamin A. Tantangan berikutnya yaitu kita tidak dapat selalu mengandalkan pada kapsul vitamin A yang nota bene buatan pabrik Farmasi PMA, sehingga pengadaannya memerlukan dana yang tidak sedikit. Menggali potensi sumber daya alam seperti karotenoid dalam minyak sawit menjadi salah satu opsi, karena kita mempunyai kebun kelapa sawit yang sangat luas dan pengolahan produknya masih belum optimal. Opsi berikutnya adalah merintis dan mengembangkan fortifikasi vitamin A ke dalam makanan. Jika pada era Orde Baru dirintis fortifikasi Vitamin A ke dalam bumbu penyedap atau vetsin (monosodium glutamat) dan ternyata gagal karena vetsin berubah warna dan tidak diterima konsumen. Sekarang sedang dirintis fortifikasi vitamin A ke dalam minyak goreng, semoga rintisan ini tidak mengalami nasib seperti fortifikasi vitamin A ke dalam vetsin. Fortifikasi merupakan salah satu bentuk program yang paling murah dan memberikan hasil paling tinggi (*cost efektif*), tetapi harus dirancang dengan matang untuk mendapatkan makanan pembawa vitamin A tersebut.

Tawaran berikut, yang terpenting adalah penyuluhan dan pendidikan gizi agar masyarakat secara teratur mengonsumsi makanan sumber vitamin A. Meski vitamin A hanya terdapat pada makanan hewani yang relatif mahal, tetapi kita dapat memanfaatkan karotenoid yang banyak terdapat dalam sayur dan buah. Kembali masalahnya perilaku atau kebiasaan mengonsumsi buah juga belum membudaya, sementara kebiasaan mengonsumsi sayur umumnya sudah membudaya di kalangan masyarakat kita, tetapi besar porsi serta frekuensi konsumsinya masih perlu ditingkatkan. Apabila opsi-opsi yang diuraikan di atas dapat diimplementasikan bukan mustahil kita akan dapat mengatasi masalah KVA.

Daftar Pustaka

1. Sommer A, Tarwotjo Ig, Djunaedi E, et al. *Impact of vitamin supplementation on childhood mortality: a randomized controlled community trial*. Lancet, 1986: 1169-1173.
2. West KP, Pokhrel RD, Katz J, et al. *Efficacy of vitamin A in reducing preschool child mortality in Nepal*. Lancet 1191; 338: 67-71
3. Beaton GH, Martorel R, L' Abbe KA, et al. *Effectiveness of vitamin A supplementation in the control of young child morbidity and mortality in developing countries. Final report to CIDA*. Toronto. Canada: University of Toronto, 1992.
4. Muhilal. *Highlight for Forty Years Research on Vitamin A Deficiency at Rhe center Research and Development in Food and nutrition*, Orasi Ilmiah Purnabhakti. 2005.
5. Tarwotjo, Ig et al. *Evaluasi Masalah Xerostalmia Skala Nasional untuk Dasar Penyusunan Program PJPT II*. Dep.Kes 1993.
6. Soekirman dkk. *Situational Analysis of Nutrition Problems in Indonesia: Its Policy, Programs and Prospective Development*. 2003.
7. Helen Keller international, Indonesia. *Buletin Krisis Edisi Bahasa Indonesia*, Th 1, Edisi 8, Desember 1999.
8. Herman, S. dkk. *Studi Masalah Gizi Mikro di Indonesia: Perhatian Khusus pada Kurang Vitamin A (KVA), Anemia, dan Seng*.