

# KECENDERUNGAN TRANSISI DEMOGRAFI DAN EPIDEMIOLOGI SUATU FENOMENA PENTING TERHADAP MASALAH GIZI DAN KESEHATAN PADA PRA-LANSIA DAN LANSIA \*)

---

Oleh : Sukanto Soemodinoto dan Agus Suwandono \*\*)

## **ABSTRACT**

*The positive impacts of the First Long Term Development ( 1968-1993) have resulted improvement of health status, socio economic condition and demographic changes.*

*Although infections diseases are still prevalent, epidemiologic transition is occurring as shown by the increase of death caused by cardiovascular diseases, cancer, degenerative and other chronic diseases. The projection of population composition has shown that by the year of 2020, the population pyramide of Indonesia will be as the pattern of developed countries.*

*Apart from the increase numbers of senior citizen, health problems in this population group will occur due to socio-economic and environmental changes.*

*Considering such condition, in the attempts to have better health status among meelderly and elderly groups, a nutrition policy should be made as an integral part of health development programs. The policy should be formulated as integral programs of human resources development. The emphasis must be concentrated on the balanceor healthy diet and the variation of food stuffs.*

*In addition, the approach toward positif and proactive health development should be actively promoted.*

*Key Word : epidemiologic transition, demographic transition,  
socio-economic changes, nutrition policy.*

---

\*) Makalah disajikan pada Semiloka Manajemen Gizi dan Kesehatan Pralansia dan Lansia, FKM Unair, Surabaya, 18-19 September 1996.

\*\*) Puslitbang Yankes, Badan Litbangkes, Depkes RI.

## L PENDAHULUAN.

Dengan tidak menutupi kekurangan yang ada, Pembangunan Jangka Panjang I atau PJP-I yang telah dilalui oleh bangsa Indonesia menunjukkan suatu sukses yang cukup menggembirakan. Dampak dari PJP-I ini nampak dengan naiknya beberapa indikator sosial ekonomi dan indikator kesehatan. Secara kualitatif nampak bahwa hidup masyarakat Indonesia telah banyak mengalami peningkatan, walaupun banyak pakar yang masih memper-masalahkan kesenjangan sosial ekonomi antara golongan yang mampu dan golongan yang kurang mampu, antara kawasan Indonesia bagian barat dan timur, serta antara daerah perkotaan dan pedesaan. Selain itu, secara khusus di bidang kependudukan, keluarga berencana dan kesehatan terdapat pula beberapa dampak pembangunan yang perlu mendapatkan perhatian khusus. Depkes RI dan beberapa institusi ilmiah lainnya telah membuat analisis-analisis kecenderungan yang hasilnya telah dipakai sebagai dasar pembangunan bidang-bidang ini untuk PJP- II. Hasil-hasil terpenting adalah diantisipasi terjadinya transisi demokrasi dan transisi epidemiologi yang akan merubah kebijaksanaan dan pola pelayanan kesehatan dan gizi dimasa mendatang.

Sejalan dengan hal-hal tersebut diatas, maka berdasarkan GBHN 1993, sasaran umum Pembangunan Lima Tahun VI dan PJP-II adalah tumbuhnya kemandirian dalam diri manusia dan masyarakat Indonesia melalui peningkatan peran serta, efisiensi dan produktivitas rakyat dalam rangka meningkatkan tarap hidup, kecerdasan dan kesejahteraan lahir bathin. Dengan demikian tema sentral pembangunan nasional dalam GBHN adalah peningkatan kemandirian, peningkatan kualitas sumberdaya manusia (SDM) ke arah peningkatan kecerdasan dan produktivitas kerja.

Peningkata kualitas SDM dengan peningkatan kecerdasan dan produktivitas kerja tidak lepas dari kecenderungan masalah gizi. Dilain pihak, selain masalah ekonomi dan pendidikan, kecenderungan masalah gizi dapat diprediksikan dengan adanya transisi demografi dan transisi epidemiologi yang saat ini sedang terjadi di Indonesia dan akan berlanjut sampai akhir PJP-II. Salah satu transisi demografi yang nampak dalam analisis kecenderungan adalah meningkatnya jumlah penduduk usia pra-lansia dan lansia. Sedangkan salah satu transisi epidemiologi yang nampak adalah kecenderu-

ngan akan perubahan pola penyebab kematian dari penyakit infeksi menjadi penyakit kronis dan degeneratif.

Makalah ini dipersiapkan atas permintaan panitia Semiloka Manajemen Gizi dan Kesehatan Pra-lansia dan Lansia, FKM-Unair, di Surabaya. Diadakan sedikit perubahan judul agar mengacu pada tujuan semiloka. Pada tahap pertama akan dibahas tentang kecenderungan terjadinya transisi demografi di Indonesia. Kemudian dibahas pula transisi epidemiologi terutama kecenderungan pola penyebab kematian di Indonesia. Selanjutnya makalah ini membahas bagaimana pentingnya fenomena tsb. terhadap masalah gizi dan kesehatan pra-lansia dan lansia.

## **II. TRANSISI DEMOGRAFI DI INDONESIA**

Pada prinsipnya, transisi demografi diartikan sebagai suatu perubahan struktur umur penduduk yang disebabkan oleh pergeseran dari angka kelahiran dan kematian yang tinggi menuju kepada angka kelahiran dan kematian rendah. Terhadap tiga tahapan pokok dalam transisi demografi. Tahap pertama ditandai dengan mulai menurunnya angka kelahiran dan angka kematian dengan penurunan angka kematian yang relatif lebih cepat dari penurunan angka kelahiran. Tahap kedua ditandai dengan penurunan angka kelahiran yang lebih cepat dari kematian. Tahap terakhir ditunjukkan dengan angka kematian dan kelahiran yang sudah rendah dengan angka pertumbuhan penduduk yang rendah.

Menurut Wirakartakusumah (1993), pada tahun 1950-an di Indonesia telah terjadi transisi demografi tahap pertama yaitu penurunan mortalitas. Hal ini menurut Ananta dan Sirait (1993) oleh karena diperkenalkannya teknologi antibiotik dan imunisasi. Tetapi penurunan ini tidak dibarengi dengan turunnya angka kelahiran sehingga terjadi peledakan penduduk. Baru sejak akhir dekade 1960-an, Indonesia mengupayakan penurunan angka kelahiran melalui promosi pentingnya keluarga kecil yang sejahtera dengan impor teknologi kontrasepsi. Akibat intervensi ini maka turunlah angka fertilitas di Indonesia, dengan demikian Indonesia telah memasuki transisi demografi tahap ke dua. Nachrowi (1995) mengatakan bahwa revolusi fertilitas ini sampai saat ini masi berlangsung. Suwandono (1995) memperkirakan bahwa dengan dilakukannya penyesuaian atau "adjustment" atau dengan istilah

WHO (1994) disebut sebagai reformasi atau “reform” dari sistem pelayanan kesehatan maka penurunan angka kematian akan lebih intensif lagi sehingga pada tahun ini Indonesia sudah dapat dikategorikan memasuki proses transisi demografi tahap ketiga. Hal ini diperkuat oleh Ananta (1995) yang menduga bahwa Indonesia akan telah menyelesaikan transisi demografinya paling lambat pada tahun 2005. Tabel 1 menunjukkan kecenderungan penduduk Indonesia 1971-2020 sedangkan tabel 2 menunjukkan keadaan kecenderungan fertilitas Indonesia pada periode 1980-2020.

**Tabel 1. Kecenderungan Penduduk Indonesia 1971-2020**

No.	Tahun	Jumlah Penduduk (juta)
1.	1971	118.4 1)
2.	1980	146.8 1)
3.	1985	164.6 2)
4.	1990	180.4 2) 179.8 3)
5.	1995	195.8 2) 195.3 3)
6.	2000	210.3 2) 210.4 3)
7.	2005	223.2 2) 225.2 3)
8.	2010	235.1 2) 238.9 3)
9.	2015	245.4 2) 251.3 3)
10.	2020	253.7 2) 265.6 3)

Sumber Data: 1) Budi Utomo & Meiwita B.I.,  
Asian Pop. Studies series no.74, 1986.  
2) Lembaga Demografi (LD), UI, 1990  
3) Biro Pusat Statistik (BPS), 1993

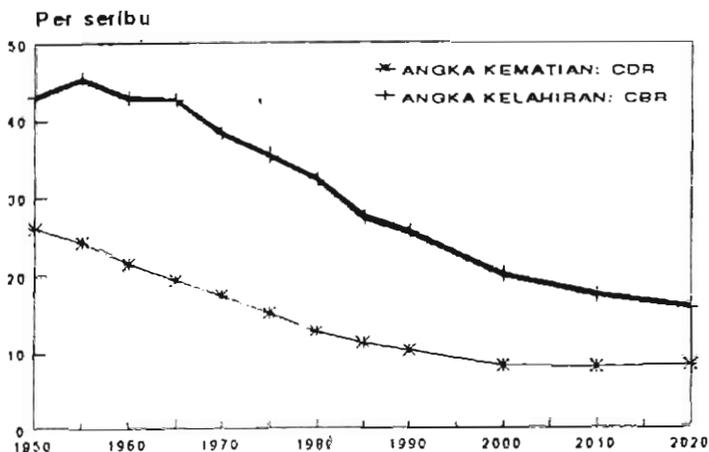
**Tabel 2 : Kecenderungan TFR 1980 - 2020**

No.	Masa	Total Fertility Rate
1.	1971 - 1975	5.20 1) -
2.	1976 - 1979	4.68 1) -
3.	1981 - 1984	4.06 1) -
4.	1985 - 1990	3.49 1) -
5.	1990 - 1995	2.91 2) 2.94 3)
6.	1995 - 2000	2.55 2) 2.65 3)
7.	2000 - 2005	2.24 2) 2.42 3)
8.	2005 - 2010	2.08 2) 2.24 3)
9.	2010 - 2015	1.94 2) 2.09 3)
10.	2015 - 2020	1.80 2) 1.89 3)

Sumber Data: 1) BPS, 1988  
2) LD, UI, 1990, 3) BPS, 1993

Sedangkan Gambar 3 menunjukkan kecenderungan dan proyeksi angka kelahiran dan kematian di Indonesia pada periode 1950-2020. Nampak bahwa apabila transisi demografi bisa selesai pada tahun 2005, maka akan terjadi pertumbuhan penduduk yang seimbang, atau PTS pada tahun 2020 (Wilopo, 1995). Apabila hal ini bertahan lama maka akan tercapai kondisi penduduk tanpa pertumbuhan atau PTP. Dalam hal ini tingginya angka kelahiran akan sama dengan angka kematian. Kondisi PTP ini menurut BPS (1993) diperkirakan akan tercapai setelah tahun 2075.

**Gambar 3. Kecenderungan dan Proyeksi Angka kelahiran dan Kematian di Indonesia, 1950-2020.**

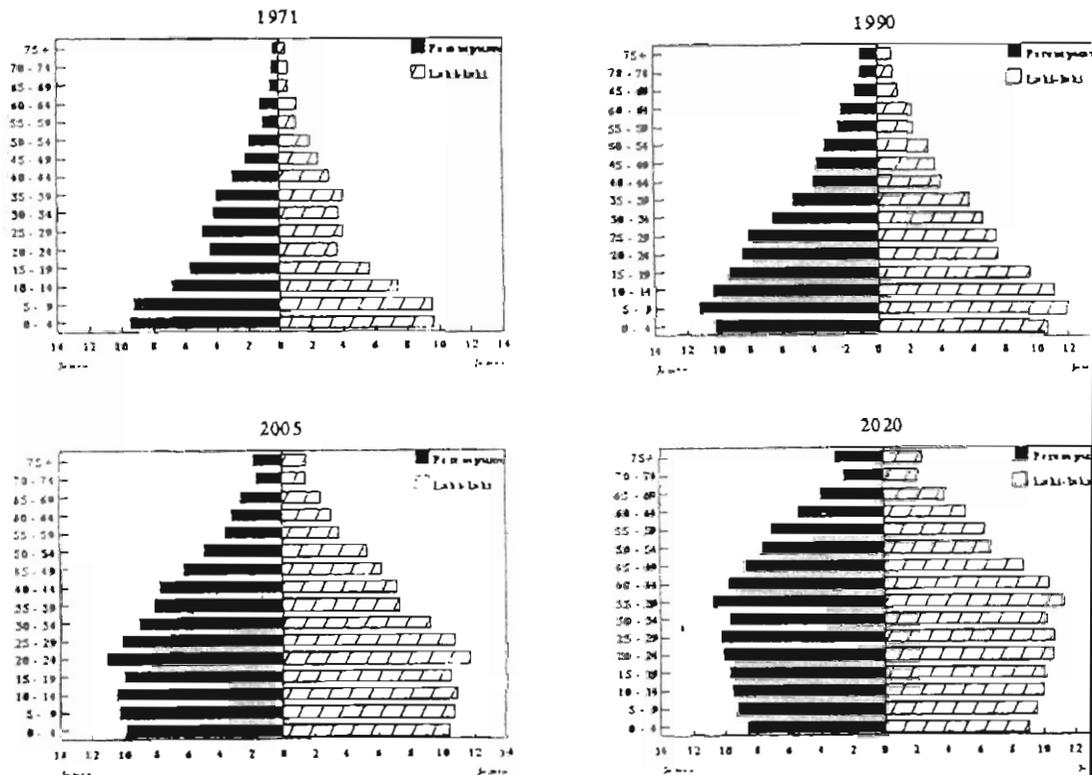


Sumber: Biro Pusat Statistik (1993).

Hasil dari transisi demografi pada prinsipnya adalah terjadi kecenderungan peningkatan segmen penduduk pra-lansia, lansia dan angkatan kerja, serta penurunan segmen penduduk berusia 5 tahun ke bawah. Hal ini tentunya akan mempengaruhi pola penyakit dan juga pola program kesehatan

dan gizi dimasa mendatang. Gambar 4. menunjukkan perubahan piramida penduduk yang menggambarkan hal tsb. diatas.

**Gambar 4. Piramida Penduduk Indonesia 1971, 1990, 2005, dan 2020**



Sumber Data : N: Wayan Suriasmi (1995)

Perlu dicatat pula bahwa apabila dilihat per propinsi, maka tahapan transisi demografi tersebut diatas akan berbeda percepatannya. Hal ini tergantung dari pola percepatan penurunan angka kematian dan fertilitas dari

masing-masing propinsi di Indonesia yang tentunya amat tergantung dan tingkat pertumbuhan sosial ekonomi dan keberhasilan program keluarga berencana serta kesehatan di masing-masing propinsi. Tabel 5 menunjukkan proyeksi penduduk menurut propinsi tahun 1990-2020.

**Tabel 5. Proyeksi Penduduk Menurut Propinsi 1990-2020  
(Dalam Ribuan)**

Propinsi	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020
DI Aceh	3440	3866	4289	4706	5111	5492	5844
Sumatra Utara	10325	11173	11943	12636	13221	13699	14046
Sumatra Barat	4020	4335	4635	4929	5196	5429	5630
Riau	3310	3531	4621	5386	6212	7076	7956
Jambi	2035	2380	2780	3204	3652	4112	4581
Sumatra Selatan	6365	7249	8160	9095	10029	10928	11789
Bengkulu	1190	1418	1672	1963	2277	2606	2947
Lampung	6058	6832	7454	8055	8614	9123	9579
Jakarta	8281	9176	10069	10868	11515	12014	12419
Jawa Barat	35058	38857	42821	46836	50737	54403	57874
Jawa Tengah	28642	29734	30596	31210	31544	31610	31486
Yogyakarta	2922	2921	2899	2852	2770	2665	2553
Jawa Timur	32722	34028	35114	35927	36404	36542	36420
Bali	2790	2908	3008	3094	3147	3166	3159
NTB	3389	3661	3918	4175	4420	4638	4828
NTT	3286	3589	3870	4140	4398	4634	4844
Timor Timur	751	843	920	988	1056	1128	1195
Kalbar	3256	3658	4062	4464	4859	5232	5581
Kalteng	1409	1640	1892	2158	2436	2712	2986
Kalsel	2613	2905	3208	3508	3792	4054	4300
Kaltim	1889	2330	2853	3463	4151	4904	5722
Sulut	2490	2657	2826	2983	3117	3222	3308
Sulteng	1724	1959	2214	2488	2770	3042	3307
Sulsel	7014	7590	8160	8716	9223	9663	10039
Sultra	1361	1597	1853	2136	2447	2770	3099
Maluku	1866	2099	2331	2576	2822	3060	3287
Irian Jaya	1623	1940	2267	2618	2998	3391	3787
INDONESIA	179830	195283	210439	225174	238927	251317	262577

Sumber: Sensus Nasional, 1990.

Tabel 6. menunjukkan proyeksi penduduk menurut tempat tinggal di pedesaan atau di perkotaan. Diperlihatkan bahwa penduduk daerah perkotaan meningkat dari 28,8% di tahun 1990 menjadi kurang lebih 52,2% pada tahun 2020, hal ini berarti akan terjadi penambahan kurang lebih 81 juta penduduk akan bermukim didaerah perkotaan. Apabila penduduk kota Surabaya diperkirakan kurang lebih 4 juta maka penambahan ini berarti kurang lebih 20 kali penduduk kota Surabaya. Dengan demikian daerah slum akan bertambah luas dan daerah ini akan merupakan kantong-kantong masalah kesehatan yang berhubungan dengan penyakit infeksi dan kurang gizi. Diperkirakan mereka yang akan berurbanisasi umumnya adalah mereka yang berada digolongan umur tenaga kerja dan anak sekolah. Sedangkan daerah pedesaan diperkirakan sebagian besar akan ditinggali oleh penduduk golongan pra-usila dan usila. Apabila mereka tinggal dikota-kota besar atau daerah perkotaan maka mereka akan tinggal di panti-panti jompo oleh karena kaum mudanya sibuk bekerja. Ataupun apabila mereka tinggal dirumah anak mereka, suatu fenomena masalah baru akan timbul apabila mereka tidak bisa hidup secara mandiri dan produktif.

Selanjutnya kota juga akan semakin berkembang penduduknya. Sebagian besar kota-kota besar dan metropolitan dengan penduduk diatas satu juta atau mendekati satu juta jiwa akan berada di Jawa. Pengaruh globalisasi dimasa mendatang akan amat terasa didaerah ini. Persaingan disegala bidang akan meningkat yang menyebabkan semakin sulitnya kompetisi dari golongan pra-lansia atau lansia untuk bersaing dengan yang muda, walaupun mereka masih produktif.

**Tabel 6. Proyeksi Penduduk Menurut Tempat Tinggal di Pedesaan/Perkotaan 1990-2020.**

Tahun	Penduduk			Angka Urbanisasi
	Jumlah	Perkotaan	Pedesaan	
1990	180,383,700	51,932,467	128,451,233	28.79
1995	195,755,600	63,679,297	132,076,303	32.53
2000	210,263,800	76,662,181	133,601,619	36.46
2005	223,183,300	90,344,600	132,838,700	40.48
2010	235,110,800	104,577,284	130,533,516	44.48
2015	245,388,200	118,792,428	126,595,772	48.41
2020	253,667,600	132,465,221	121,202,379	52.22

Sumber : Ananta and Arifin, 1990.

Catatan: Angka urbanisasi mengikuti United Nations Assumption (1989).

**Tabel 7. Proyeksi Penduduk Untuk Lima Belas Kota Besar di Indonesia 1980 dan 2000.**

No.	Nama Kota	Pulau	Penduduk (dalam ribuan)	
			1980	2000
1.	Jakarta	Jawa	7,371	18,301
2.	Surabaya	Jawa	2,301	4,870
3.	Bandung	Jawa	1,795	3,861
4.	Medan	Sumatera	1,265	2,556
5.	Semarang	Jawa	820	1,588
6.	Palembang	Sumatera	757	1,752
7.	Ujung Pandang	Sulawesi	639	1,745
8.	Surakarta	Jawa	569	968
9.	Bogor	Jawa	545	2,252
10.	Yogyakarta	Jawa	493	914
11.	Malang	Jawa	491	947
12.	Bandar Lampung	Sumatera	358	832
13.	Banjarmasin	Kalimantan	330	843
14.	Padang	Sumatera	297	668
15.	Pontianak	Kalimantan	277	708

Sumber Data: National Urban Development Strategy Project (1985)

### III. TRANSISI EPIDEMIOLOGI DI INDONESIA

Kejadian transisi epidemiologi meliputi hubungan yang kompleks antara perubahan-perubahan tingkat kesehatan dan penyakit yang ada di masyarakat dengan faktor-faktor determinan yang mempengaruhinya, termasuk konsekuensi demografi, sosial ekonomi dan lingkungan biologis penyakit. Perubahan-perubahan tersebut umumnya dipusatkan pada distribusi dan penyebab kematian dalam masyarakat. Bobadilla dkk.(1990) mengatakan

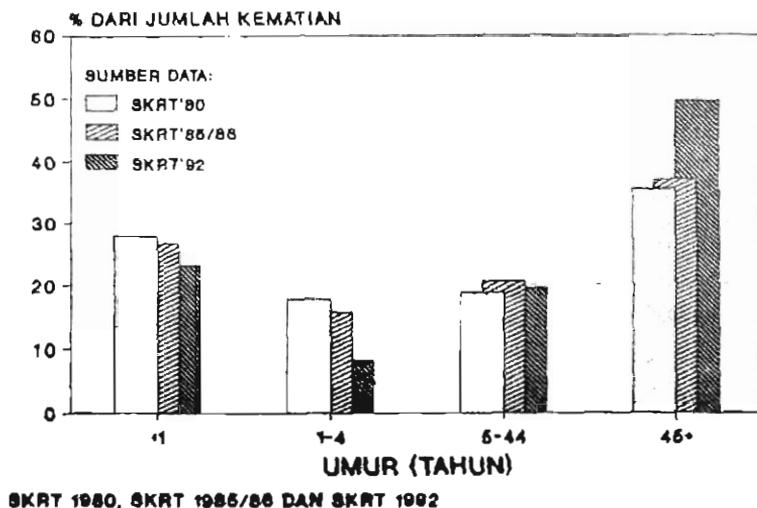
bahwa terjadinya pergeseran urutan penyebab kematian merupakan indikasi bahwa terjadi perubahan status kesehatan masyarakat yang terkait dalam pengertian transisi epidemiologi. Wilopo (1995) melengkapi dengan karakteristik lainnya yaitu menyangkut perubahan distribusi umur dan jenis kelamin penduduk yang meninggal. Selain itu World Bank (1993) juga mengatakan bahwa karakteristik transisi dapat dilihat dari adanya perubahan jenis penyebab kematian yang dapat mengakibatkan perubahan kemampuan hidup dari kelompok umur atau jenis kelamin tertentu.

**Tabel 8. Sebab Kematian Menurut SKRT 1980, 1986 dan 1992**

No.	Penyakit Penyebab Kematian	1980	1986	1992
1.	Penyakit Pembuluh Darah dan Jantung	5,2	6,2	17,8
2.	Tuberkulosis	5,0	5,0	10,8
3.	Infeksi Saluran Pernafasan Bawah	7,7	8,9	9,9
4.	Diare	6,7	5,2	8,0
5.	Tifus dan penyakit saluran pencernaan	3,3	3,1	6,7
6.	Luka dan Kecelakaan	3,5	4,7	5,7
7.	Bronkitis dan Asma	2,2	3,8	5,5
8.	Neoplasma	3,4	4,3	4,8
9.	Sistem Syaraf	5,0	3,1	2,8
10.	Malaria	0,6	3,4	2,7
11.	Komplikasi Kehamilan	0,8	1,7	1,9
12.	Penyakit Hati	4,2	3,3	1,8
13.	Tetanus	6,5	6,6	1,5
14.	Difteri, Pertusis, Campak	1,1	7,5	1,4
15.	Perinatal	3,1	5,3	1,3
16.	Kelainan lainnya	8,6	17,2	17,4
	Total	100,0	100,0	100,0

Berdasarkan analisis kecenderungan kesehatan secara nasional (Badan Litbangkes, 1996), Indonesia saat ini sedang mengalami transisi epidemiologi. Selain itu dikatakan pula oleh Wilopo (1995) bahwa Indonesia saat ini sedang mengalami polarisasi epidemiologi, dimana penyakit-penyakit degeneratif mulai menunjukkan peningkatannya, tetapi beberapa penyakit infeksi utama seperti tuberculosi dan malaria masih belum menghilang, bahkan akhir-akhir ini cenderung meringkat. Hasil analisis SKRT 1980, 1986 dan 1992 mengemukakan bahwa pada tahun 1980 penyakit kardiovaskular yang merupakan penyebab kematian peringkat ke 7, pada tahun 1986 menjadi peringkat 5, dan tahun 1992 menjadi peringkat ke 3 (Tabel 8). Bahkan untuk daerah Jawa dan Bali penyakit ini mejadi penyebab kematian peringkat pertama baik dari hasil SKRT 1992, maupun hasil SKRT yang terbaru yaitu SKRT 1995. Di duga masalah yang dihadapi adalah rendahnya konsumsi serat, rendahnya konsumsi zat gizi anti oksidan, berat badan berlebih, tingginya konsumsi lemak pada sebagian masyarakat lapisan atas dan konsumsi gula dan garam yang berlebih.

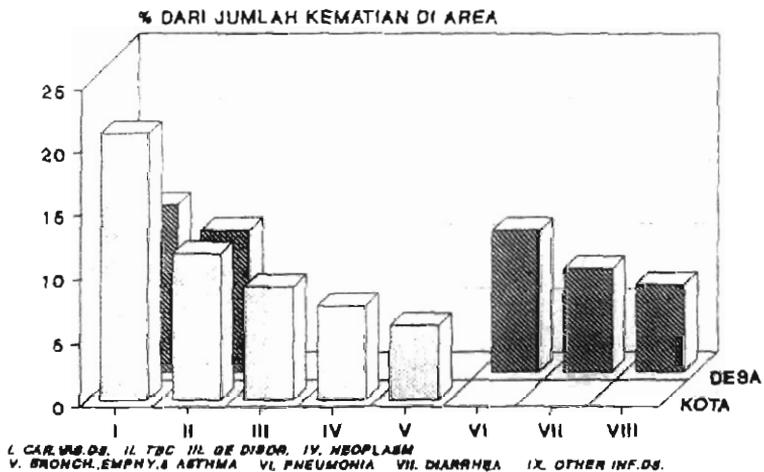
**Gambar 9. Proporsi kematian per kelompok umur**



Pola umur kematian hasil SKRT 1980,1986,1992 dan 1995 juga menunjukkan pergeseran yang cukup meyakinkan dari proporsi kematian utama pada bayi di tahun 1980 menjadi proporsi kematian utama pada masyarakat dewasa dengan usia 45 tahun keatas pada SKRT 1992 dan 1995. Pola kematian akibat penyakit pembuluh darah dan jantung juga cenderung bergeser kearah umur yang lebih muda yaitu dari umur termuda 45 tahun menjadi 35 tahun. Secara rinci maka proporsi umur kematian ini dapat dilihat pada Gambar9.

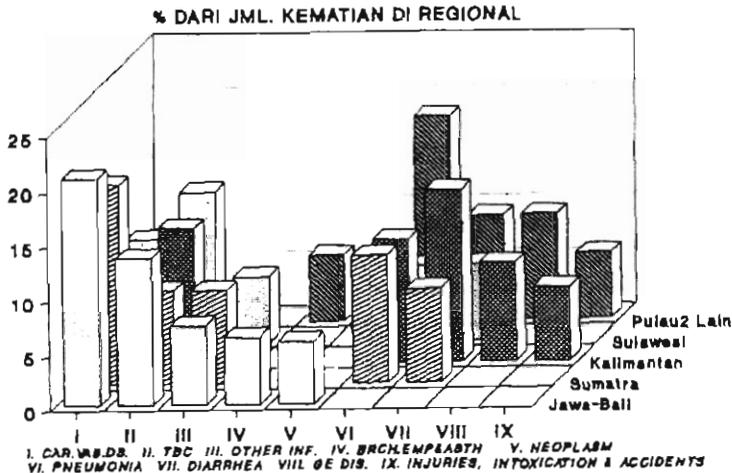
Penyebab kematian di daerah perkotaan dan pedesaan juga menunjukkan pola yang berbeda, dominasi penyakit infeksi dan kelainan gizi yang mengakibatkan status gizi buruk sebagai penyebab kematian masih terlihat di daerah pedesaan. Sebaliknya penyakit pembuluh darah dan jantung, degeneratif, penyakit kronis dan kecelakaan menunjukkan angka yang cukup tinggi sebagai penyebab kematian di daerah perkotaan. Gambar 10 menunjukkan secara rinci perbedaan sebab kematian di daerah perkotaan dan pedesaan hasil SKRT 1992.

**Gambar 10. Sebab kematian menurut Desa Kota, SKRT 1992**



Pulau Jawa didominasi oleh penyebab kematian oleh karena penyakit jantung dan pembuluh darah, degeneratif, penyakit kronis dan kecelakaan. Sedangkan pulau-pulau di luar Jawa kecuali Sumatra menunjukkan keadaan yang sebaiknya. Pulau Sumatra menunjukkan sebab kematian yang kira-kira peralihan antara pulau Jawa dan pulau-pulau lain diluar Jawa (Gambar 11).

**Gambar 11. Penyebab kematian menurut Regional**



Selain hal-hal dalam diskusi sebelumnya, dalam hal beberapa indikator status kesehatan, nampak bahwa terdapat kecenderungan Angka Kematian Bayi (AKB) yang menurun. Penurunan ini dapat dilihat dari data SKRT (1970 s/d 1995), SDKI (1987 s/d 1984), beberapa survey dan beberapa pakar angka kematian. SDKI 1994 menunjukkan angka 57/1000 kelahiran hidup pada periode 5 tahun sebelum survey. Dengan adanya intensifikasi program-program imunisasi, Posyandu, Polindes. Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan Puskesmas dan peningkatan sosial-ekonomi masyarakat, paling tidak angka 50/1000 kelahiran hidup akan tercapai pada

akhir Repelita VI. Tetapi apabila dilihat menurut provinsi dan daerah, terdapat keragaman AKB. Beberapa provinsi masih menunjukkan AKB yang tinggi, sedangkan perbedaan antara daerah perkotaan dan pedesaan masih tetap lebar sejak tahun 1970-an.

Berbeda dengan AKB, AKI lebih sulit untuk diukur sehingga nampak mempunyai kecenderungan agak persistens untuk turun. AKB nampaknya masih berkisar diantara 400 per 100.000 pada awal dekade 90-an sampai sekarang. Diperkirakan pula perbedaan antar provinsi masih beragam, demikian juga diperkirakan di daerah pedesaan masih jauh lebih tinggi dari pada perkotaan. Perlu suatu usaha khusus agar kepastian AKI akan mendekati kebenaran dan kecenderungan AKI akan menurun sesuai dengan target yang telah ditentukan yaitu 225 per 100.000 pada akhir tahun PELITA VI dan 80 per 100.000 pada akhir PJP-II.

Angka Kematian Anak Balita (AKAB) cenderung pula menurun. SDKI 1994 menunjukkan angka 81 per 1000 untuk periode lima tahun sebelum survey dibandingkan dengan 121 per 1000 pada Sensus Nasional 1980. Kecenderungan ini diprediksikan akan menurun terus.

Susenas 1994 memberikan gambaran "angka kesakitan" berdasarkan keluhan kesehatan dalam sebulan terakhir sebanyak 18,5% dengan prosentase hampir sama untuk daerah perkotaan (18,1%) dan pedesaan (18,6%). Keluhan yang paling banyak adalah penyakit panas (27,5%), batuk (17,6%), pilek (19,6%) dan lain-lain (24,8%). Dibandingkan dengan hasil Susenas 1992 angka kesakitan tersebut menurun sedikit (21,0%), sedangkan jenisnya tidak jauh berbeda. Berdasarkan provinsi, keluhan sakit berbeda dari satu provinsi ke lain provinsi. Diprediksikan angka kesakitan ini akan terus menurun sampai akhir REPELITA VI.

Perkiraan SDKI 1994 adalah sebesar 23,3 kelahiran per 1000 penduduk dimana untuk perkotaan (21,0 per 1000) lebih rendah dari pedesaan (24,2 per 1000). Angka kelahiran tersebut menunjukkan penurunan dari perkiraan SDKI 1991 yaitu 25,1 per 1000. Angka Kelahiran ini diprediksikan akan cenderung untuk terus menurun.

Human Development Index yang merupakan komposit indikator dari tingkat pendidikan, status kesehatan dan pembangunan ekonomi, menurut UNDP Indonesia masih menunjukkan angka yang terendah dibandingkan dengan negara-negara ASEAN yaitu 0,586. Angka ini akan cenderung

meningkat pada tahun-tahun yang akan datang oleh karena kenaikan status kesehatan masyarakat, tingkat pendidikan dan perkembangan ekonomi yang semakin mantap.

Merupakan salah satu indikator baru yang diperkenalkan oleh World Bank Report 1993. DALY atau Disability Adjusted Life Year merupakan suatu indikator dari waktu kehidupan sampai terjadi disability atau ketidakmampuan dan hilangnya umur oleh karena kematian yang terlalu awal. Studi yang sama dilakukan di Indonesia pada tahun 1995 menghasilkan bahwa hilangnya DALY oleh karena penyakit menular adalah 23.899.170 dan oleh karena penyakit tidak menular adalah 15.231.537 serta 989.010 oleh karena injuri. Penyakit-penyakit yang dihubungkan dengan hilangnya DALY tertinggi adalah pneumonia, tbc, penyakit infeksi saluran pencernaan, penyakit keganasan, penyakit jantung iskemi, penyakit pembuluh darah otak, penyakit mulut dan gigi, kelainan perinatal, HIV, campak dan malaria.

## **VI. TRANSISI DEMOGRAFI DAN EPIDEMIOLOGI DALAM HUBUNGANNYA DENGAN MASALAH GIZI PADA PRA-LANSIA DAN LANSIA.**

Telah dibahas transisi-transisi demografi dan epidemiologi yang terjadi di Indonesia dengan kecenderungan-kecenderungannya. Ke dua transisi dan kecenderungannya dapat disebutkan sebagai "*transisi dan kecenderungan kesehatan*". Dalam hubungannya dengan transisi dan kecenderungan kesehatan ini maka dapat disimpulkan beberapa hal yang menjadi fenomena menarik dalam hubungannya dengan pra-lansia dan lansia sebagai berikut:

1. Adanya peningkatan jumlah pra-lansia dan lansia yang cukup bermakna pada periode Repelita-Repelita yang akan datang sampai akhir PJP-II.
2. Adanya kecenderungan angka urbanisasi yang semakin meningkat dimana umumnya mereka yang berurbanisasi adalah golongan angkatan kerja dan golongan anak sekolah.
3. Adanya kecenderungan peningkatan penyakit pembuluh darah dan jantung, penyakit degeneratif, penyakit kronis dan kecelakaan sebagai penyebab

kematian utama, terutama di Jawa-Bali.

Selain transisi dan kecenderungan kesehatan terdapat pula tantangan-tantangan yang harus diperhatikan dalam hubungannya dengan pra-lansia dan lansia dimasa mendatang, antara lain sebagai berikut:

1. Peningkatan sosial-ekonomi, adanya persiapan untuk globalisasi dan pengaruh kemajuan teknologi menyebabkan banyaknya makanan kurang beresat dalam bentuk "fast food" yang menyerbu pasar Indonesia baik di kota-kota besar maupun disekitarnya.
2. Peningkatan sosial ekonomi, persiapan globalisasi dan pengaruh informasi menyebabkan peningkatan perilaku tidak sehat yang akan banyak berpengaruh pada calon pra-lansia dan lansia dimasa mendatang, terutama mereka yang tinggal diperkotaan dan sekitarnya.
3. Kesibukan kerja, stress dan kurang kesempatan berolah raga, lingkungan kerja yang kurang sehat akan mempengaruhi pula keadaan kesehatan para calon pra-lansia dan lansia terutama di daerah perkotaan, dsb.

Dalam hubungan masalah gizi terdapat kecenderungan-kecenderungan yang perlu diperhatikan sebagai berikut:

1. Prevalensi KEP telah menurun tajam yaitu dari 18.8% pada Pelita III menjadi 10.8% pada Pelita V. Pada waktu yang bersamaan, KVA yang dinyatakan dengan prevalensi bercak bitot pada anak balita juga telah menurun dari 1.3% menjadi 0.33%. Sehingga di Indonesia masalah kesehatan masalah xerophthalmia kekurangan vitamin A bukan merupakan masalah kesehatan masyarakat lagi. Sedangkan untuk masalah GAKI, terutama diderita oleh penduduk di daerah pegunungan dan terisolir, walaupun sudah terjadi penurunan yaitu dari 37.2% (hasil survey 1980/1982) menjadi 27.7% (hasil survey 1987/1990), masalah ini masih membutuhkan perhatian khusus. Sama halnya dengan masalah anemia gizi, yang diperoleh dari hasil SKRT 1992, menyimpulkan bahwa prevalensi yang cukup tinggi, yaitu 63.5% pada ibu hamil dan 55.5% pada anak balita.

2. Seiring dengan kemajuan sosial ekonomi masyarakat, masalah gizi lebih sebagai resiko timbulnya berbagai penyakit degeneratif, sudah mulai muncul kepermukaan. Observasi pada 205 orang dewasa di atas 18 tahun (73 orang laki-laki dan 132 orang perempuan) pengunjung "Konsultasi Gizi" pada pameran Hari Pangan Se Dunia (HPS) di Jakarta Design Center 17-21 Oktober 1992, memberikan satu contoh situasi kecenderungan masalah "overweight" di kota besar seperti Jakarta. Hasil pengumpulan data berat badan, tinggi badan dan umur yang diterjemahkan ke Body Mass Index (BMI) membuktikan bahwa prevalensi "overweight" pada wanita adalah 24% dan pada laki-laki 18%. Kecenderungan gizi lebih ini, juga sudah mulai dirasakan pada anak balita. Observasi yang dilakukan dengan menggunakan data Susenas 1989 dan 1992, menyatakan adanya kecenderungan meningkatnya prevalensi gizi lebih pada laki-laki maupun pada perempuan.
3. Secara mutlak konsumsi total energi meningkat dari 1794 Kkal/orang/ hari tahun 1980 menjadi 1901 Kkal/orang/hari pada tahun 1990. Atas dasar kecenderungan perkembangan konsumsi tersebut diperkirakan pada tahun 2000 konsumsi energi penduduk rata-rata per orang per hari akan menjadi 2014 Kkal. Selanjutnya, diperhatikan peranan masing-masing kelompok jenis pangan atas dasar sumbangan energinya terhadap total konsumsi. Situasi di Indonesia semenjak tahun 1980 sumbangan energi dari jenis padi-padian masih cukup tinggi yaitu : 69.0% tahun 1980 dan 65.6% pada tahun 1990. Sebaliknya pada kelompok pangan hewani, memperlihatkan sumbangan energi yang masih perlu lebih ditingkatkan, yaitu 3.3% pada tahun 1980 dan 4.1% pada tahun 1990. Dari gambaran ini terlihat, bahwa padi-padian (terutama beras) mendominasi peranannya sebagai sumber energi yang paling utama. Kualitas konsumsi pangan penduduk Indonesia dinilai berdasarkan skor Pola Pangan Harapan (PPH)

Kecenderungan-kecenderungan masalah gizi tersebut di atas dapat diduga dengan menganalisis berbagai faktor baik yang secara langsung maupun tidak langsung berpengaruh terhadap masalah gizi. Banyak ahli yang menyimpulkan bahwa faktor-faktor tersebut antara lain adalah faktor-faktor demografi, sosial ekonomi, perkembangan IPTEK dan hasil-hasil pembangunan tahap PJP I terutama di bidang pangan dan gizi. Apabila

diperhatikan secara seksama maka transisi kesehatan yang didiskusikan tersebut di atas merupakan faktor penting yang pengaruhnya akan amat besar terhadap masalah-masalah gizi pada pra-lansia dan lansia dimasa mendatang.

## V. KESIMPULAN DAN SARAN.

- #. Transisi demografi dan epidemiologi yang keduanya dapat disebut sebagai transisi kesehatan merupakan fenomena penting terhadap masalah gizi dari pra-lansia dan lansia. Meningkatnya jumlah golongan pra-lansia dan lansia, meningkatnya urbanisasi dan dampaknya, meningkatnya kecenderungan perilaku tidak sehat, meningkatnya kecenderungan sebab kematian oleh penyakit pembuluh darah serta jantung dan sebagainya perlu diantisipasi sebagai masalah yang harus segera dipikirkan dalam hubungannya dengan gizi.
- #. Bertitik tolak pada tema sentral pembangunan nasional dalam GBHN adalah peningkatan kemandirian, serta peningkatan kualitas sumberdaya manusia ke arah peningkatan kecerdasan dan produktivitas kerja, maka upaya-upaya yang dapat memberikan dampak positif terutama dalam hal gizi dan golongan pra-lansia dan lansia perlu dilakukan sedini mungkin secara komprehensif, integratif dan tepat guna.
- #. Perhatian kepada pra-lansia dan lansia saat ini dan dimasa mendatang harus dipersiapkan sedini mungkin yaitu sejak bayi dalam kandungan. Untuk menanggulangi keadaan pra-lansia dan lansia yang ada saat ini, maka perlu dipikirkan suatu upaya program komprehensif, integratif dan tepat guna yang berdasarkan budaya setempat dan agama mereka masing-masing. Hal ini berlaku untuk mereka yang berada dalam lingkungan gizi yang kurang memungkinkan untuk menu seimbang ataupun untuk mereka yang berhadapan dengan masalah gizi yang berlebihan.
- #. Perubahan sikap untuk sadar pangan dan gizi sudah sewajarnya dijalankan sedini mungkin, mulai dari ibu yang mempersiapkan calon bayi, sampai dengan lansia secara "total health development" secara spesifik untuk

masing-masing daerah. Kampanye "Sadar Pangan dan Gizi" perlu dilakukan terus menerus terutama di daerah perkotaan dan beberapa daerah spesifik terhadap konsumsi pangan yang seimbang untuk mencegah terjadinya berat badan berlebihan. Dilain pihak, perlu juga kampanye terhadap konsumsi pangan yang kurang dari segi kuantitas maupun kualitas didaerah pedesaan dan daerah spesifik lainnya dengan memperhatikan keanekaragaman pangan, pentingnya mengkonsumsi protein hewani, serta pentingnya perana ASI, khususnya "ASI Eksklusif" sampai bayi berusia 4 bulan.

- #. Penilaian dan pengamatan perubahan sikap yang terjadi diharapkan dapat dilakukan oleh setiap masyarakat dengan memperhatikan perubahan indikator kesehatan positif yang terjadi misalnya ukuran fisik (pertumbuhan bayi dan anak, tinggi badan, berat badan dsb.), minimal dari anggota rumah tangga masing-masing, satu Dasa Wisma dan selanjutnya. Indikator-indikator kesehatan yang positif sampai saat ini masih belum banyak dikembangkan, kecenderungan saat ini masih menggunakan indikator negatif seperti kesakitan dan kematian. Padahal apabila dilihat masalah kesehatan pra-lansia dan lansia secara umum adalah perilaku sehat pada masa yang lalu. Hal ini tidak berarti mengesampingkan indikator sehat saat ini yang menekankan pada kematian dan kesakitan, tetapi alangkah baiknya kalau indikator kesehatan yang "sehat" atau "positif" dipergunakan lebih untuk mempertimbangkan program kesehatan dimasa mendatang, mengingat perkembangan yang dikemukakan dalam analysis transisi kesehatan. Dibidang gizi sebagai contoh telah ditekankan oleh Menteri Kesehatan dan bahkan Presiden RI tentang tinggi badan potensial. Tinggi badan potensial ini merupakan perubahan ukuran fisik untuk lebih tinggi dari sekarang bagi orang Indonesia dimana ukuran ini akan mencerminkan pertumbuhan dan pemerataan gizi yang terjadi di masyarakat pada umumnya.

## KEPUSTAKAAN

Ananta, Aris dan Hisar Sirait (1993). **Transisi Demografi, Transisi Kesehatan dan Pembangunan Ekonomi. Dalam Ciri Demografis Kualitas Penduduk dan Pembangunan Ekonomi.** Lembaga Demografi (dan) Lembaga Penerbit, Fakultas Ekonomi, Universitas Indonesia, Jakarta.

Ananta, Aris (1995). Rangkuman : Antara Jumlah dan Mutu Penduduk. Dalam : **Transisi Demografi, Transisi Pendidikan dan Transisi Kesehatan.** Kantor Menteri Kependudukan/BKKBN. Hal 1-43. Jakarta.

Ananta, Aris (1995). Transisi Mobilitas Penduduk Indonesia. Dalam: **Transisi Demografi, Transisi Pendidikan dan Transisi Kesehatan.** Kantor Menteri Kependudukan/BKKBN. Hal 119-149. Jakarta.

Atmarita, dkk (1992). **Penggunaan Indeks Massa Tubuh (Body Mass Indeks) sebagai indikator status gizi orang dewasa.** Gizi Indonesia, Vol. XVII, NO. 1-2, 1992.

Biro Pusat Statistik (BPS) (1993). **Proyeksi Penduduk Indonesia 1990-2020.** Jakarta.

Biro Pusat Statistik (BPS)(1994). **Tren Fertilitas, Mortalitas dan Migrasi.** Jakarta.

Departemen Kesehatan (1994). **Repelita VI dan PJP II Bidang Pangan dan Gizi,** Dirjen Binkesmas, Jakarta.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia (1994). **Rencana Pembangunan Lima Tahun Kesehatan 1994/95 - 1998/99.** Lampiran Keputusan Presiden Republik Indonesia No.17/1994, Buku IV Bab 35. Jakarta.

Djumadias, dkk. (1989). **Laporan akhir Penelitian Pola Pertumbuhan Remaja dan dewasa muda di daerah prevalensi gizi kurang yang berbeda.** Bogor.

Kodyat, Benny A. dkk (1993). **Pokok-pokok kegiatan program perbaikan gizi pada PJP II untuk menanggulangi masalah gizi salah**. Proceeding Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi V, 20-33 April 1993. Jakarta.

Nachrowi, Nachrowi D. (1995). Dampak Ekonomi Transisi Kesehatan: Ilustrasi Kasus Indonesia. Dalam: **Transisi Demografi, Transisi Pendidikan dan Transisi Kesehatan**. Kantor Menteri Kependudukan/BKKBN. Hal 205-231. Jakarta.

National Institute of Health Research and Development (1993). **The Trend Assessment of Health Development in Indonesia : A Study for Providing Basic Inputs to the Second Long Term Health Development Plan**. 2nd edition. NIHRD, Ministry of Health. Jakarta.

Soemantri S. (1993). **SKRT 1992 : Keragaman dan Kecenderungan sebab kematian di Indonesia**. Proceeding Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi V, 20-22 April 1993. Jakarta.

Suhardjo (1993). **Strategi di bidang Pangan Konsumsi Pangan dalam mendorong terwujudnya Swasembada Pangan dan Perbaikan Gizi**. Proceeding Seminar Kebijakan dan Strategi menuju tercapainya Swasembada Pangan, 5 Juni 1993. Bogor.

Suriastini, Ni Wayan (1995). Transisi Vital. Dalam : **Transisi demografi, Transisi Pendidikan dan Transisi Kesehatan**. Kantor Menteri Kependudukan/BKKBN. Hal 78-117. Jakarta.

Suwandono, A. (1994). Future Tools in Action: Health Trend Assessment in Indonesia. **IHFN News**. Spring/Summer'94 Vol. 1. No.2. San Francisco.

Suwandono, A. Brahim and Malik R. (1995). The Indonesia Experiences On Rural Health Financing. A Paper Presented in the China Network on Health Financing, October 8-10, 1995. Beijing.

WHO (1994). **Health Futures in Support of Health For All**. Report of an Internasional Meeting Convened by the WHO, 19-23 July 1993, Geneva.

Wilopo, Siswanto Agus (1995). **Transisi Kesehatan di Indonesia. Dalam: Transisi Demografi, Transisi Pendidikan dan Transisi Kesehatan**. Kantor Menteri Kependudukan/BKKBN. Hal 151-203. Jakarta.

Wirakartakusumah, M. Djuhari (1993). Demographic Transitions in Indonesia and Its Implications in the 21th Century. Makalah dipresentasikan dalam The XXIIInd IUSSP General Population Conference. 24 August-1 September, Montreal.

World Bank (1993). **World Development Report**. Oxford University Press. New York.

Yayah Husaini, dkk. (1984). Penelitian Anthropometri anak sekolah taman kanak-kanak dan sekolah dasar untuk standar nasional, 1984. Bogor.

---