



PENTINGNYA PENCAPAIAN TARGET UNIVERSAL SALT IODIZATION (USI)

Yayasan Kegizian Pengembangan
Fortifikasi Pangan Indonesia

Kekurangan yodium menjadi masalah termasuk di Indonesia. Berdasarkan tingkatan permasalahannya, Indonesia dikategorikan sebagai *mild iodine deficiency*¹. Disamping itu, proporsi rumah tangga yang mengonsumsi garam beryodium cukup hanya 77,1%, garam beryodium kurang 14,8%, dan garam tidak beryodium 8,1%³.

Kekurangan yodium lazim ditemukan di daerah-daerah tertentu, terutama di daerah yang kesulitan mengakses makanan laut, kesulitan akses terhadap garam beryodium atau di daerah dengan kandungan yodium tanah yang rendah. Sehingga, beberapa kelompok tertentu lebih berisiko mengalami kekurangan yodium. Kelompok tersebut di antaranya wanita hamil, wanita menyusui, serta kelompok vegan atau vegetarian

Oleh karena itu pemenuhan asupan garam beryodium menjadi salah satu sarana penting untuk penanggulangan kekurangan asupan yodium. Untuk menjamin agar setiap warga negara, terutama kelompok yang paling berisiko mampu mengakses garam yodium, pemerintah perlu menerapkan kebijakan *Universal Salt Iodization* (USI), yaitu sekurangnya 90% masyarakat mengonsumsi garam beryodium dengan kandungan yang memenuhi standar.

Untuk mencapai target USI di Indonesia, pemerintah telah melakukan berbagai strategi mencakup perbaikan kualitas garam petani, peningkatan jumlah dan kualitas garam yang difortifikasi dengan yodium, peningkatan cakupan distribusi garam beryodium, dan peningkatan konsumsi garam beryodium dalam lingkup rumah tangga.

Pada tingkat petani, program ini mencakup pelatihan dan pengembangan untuk meningkatkan kualitas garam, pemberdayaan petani garam melalui peningkatan status sosial ekonomi, dan menaungi petani-petani kecil untuk meningkatkan kesejahteraan. Peningkatan distribusi dan kualitas garam beryodium meliputi pengontrolan kualitas dan memfasilitasi fortifikasi garam terutama untuk produsen skala menengah dan besar. Pemantauan distribusi dan konsumsi garam beryodium melibatkan masyarakat dan anak sekolah dengan melakukan *sampling* garam rumah tangga. Program ini telah berhasil diimplementasikan dengan baik pada sebagian besar wilayah Indonesia, tetapi masih belum berhasil pada wilayah-wilayah tertentu yang pada gilirannya menyebabkan 29,1% keluarga belum mengonsumsi garam dengan kandungan yodium yang cukup atau tidak beryodium

¹ WHO. 2004. Iodine Status Worldwide: WHO Global Database on Iodine Deficiency. [Iodine](#)

[status worldwide: WHO Global Database on Iodine Deficiency.](#)

³ Kemenkes. 2013. Riset Kesehatan Dasar tahun 2013.



sama sekali. Hasil evaluasi pelaksanaan wajib yodisasi garam pada tahun 2003 menunjukkan kemajuan yang nyata. Apabila di tahun 1980 hanya 30% rumah tangga yang menggunakan yodium, pada tahun 2003 meningkat menjadi 73,2%. Pada tahun 2007, data hasil Riskesdas menunjukkan rata-rata kandungan yodium pada garam yang ada di rumah tangga masih kurang dari 30ppm yaitu sebesar 20,28 ppm⁴. Data terakhir dari Riskesdas tahun 2013 menunjukkan sebanyak 77,1% rumah tangga mengonsumsi garam dengan kandungan cukup yodium. Namun, masih terdapat 14,8% yang mengonsumsi garam dengan kandungan yodium kurang, serta 8,1% mengonsumsi garam yang tidak mengandung yodium⁵. Pencapaian ini masih jauh dari target RPJMN di mana konsumsi garam beryodium diharapkan dapat mencakup 90% rumah tangga⁶.

Akan tetapi, Pemerintah Indonesia menghentikan Program Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY) dengan kepercayaan bahwa IP-GAKY yang terakhir (tahun 2003) telah berhasil menyelesaikan masalah GAKY. Padahal data di bawah ini menunjukkan kondisi sebaliknya. Angka penyakit gondok anak sekolah pada tahun 1996 sebesar 4,4%, meningkat menjadi

6,8% pada tahun 2003. Di samping itu, pada tahun 1996, 8,9% kabupaten/kota dengan sedikitnya 90% rumah tangga mengonsumsi garam beryodium atau masuk kategori cukup yodium, namun pada tahun 2003 tidak ada satupun kabupaten-kota yang masuk kategori cukup yodium⁷.

Cina menjadi salah satu negara dengan penerapan USI yang tinggi. Cina telah mempertahankan lebih dari 90% konsumsi garam beryodium yang cukup di rumah tangga sejak tahun 2005 secara nasional dan sebagian besar provinsi (97% rumah tangga konsumsi cukup garam beryodium pada tahun 2014). *Median urinary iodine concentration* (MUIC) anak usia sekolah dan ibu hamil berada pada kisaran optimal secara nasional dan sebagian besar provinsi.⁸ GAKY telah mengalami penurunan yang cukup drastis di Cina sejak diimplementasikannya program garam beryodium pada tahun 1995. Cakupan garam beryodium sudah mencapai 94% wilayah Cina, atau meningkat 80% dari pertama diimplementasikannya tahun 1995. Seiring dengan itu, angka penyakit gondok pada anak usia 8-10 tahun telah menurun dari 20,4% tahun 1995, menjadi 8,8% tahun 1999⁹.

⁴ Kemenkes RI. 2007. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007. Jakarta: Kemenkes RI.

⁵ Kemenkes RI. 2013. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013. Jakarta: Kemenkes RI.

⁶Peraturan Presiden No 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024

⁷ Djoko Kartono dan Djoko Moeljanto: Bul. Penel. Kesehatan, Vol. 36, No. 2, 2008:91 – 98

⁸ UNICEF. 2016. Meeting Report : The EastAsia Pacific Regional Workshop on Achievement of Universal Salt Iodization for Optimal Iodine Nutrition.

⁹ Goh CC. 2002. Combating iodine deficiency : Lessons from China, Indonesia, and Madagascar. *Food Nutr Bull.* 23(3) : 280-290.



Pencapaian USI di Indonesia nampaknya masih dihadapkan oleh berbagai permasalahan di antaranya adalah:

1. Adanya Regulasi Peredaran Garam Indikasi Geografis (GIG) yang tidak wajib difortifikasi

Regulasi penerapan Garam Indikasi Geografis dapat ditemukan dalam Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2016 tentang Merek dan Indikasi Geografis. Regulasi ini bertujuan untuk melindungi dan mengakui keunikan serta karakteristik lokal dari garam indikasi geografis, meningkatkan nilai ekonomi, serta meningkatkan daya saing produk garam lokal. Akan tetapi, dengan adanya garam indikasi geografis ini bisa saja menjadi hambatan tercapainya USI di Indonesia. Hal ini dikarenakan sertifikasi garam indikasi geografis hanya berfokus pada karakteristik lokal garam tanpa memperhatikan apakah garam tersebut difortifikasi dengan yodium atau tidak. Pemanfaatan garam indikasi geografis dapat mengurangi permintaan terhadap garam yodium, sehingga dapat mengurangi konsumsi garam yang beryodium di masyarakat.

Selain itu, fokus pada garam indikasi geografis dapat mengalihkan perhatian akan pentingnya konsumsi garam beryodium yang tentunya dapat menghambat tercapainya USI.

Meskipun garam indikasi geografis memiliki manfaat dalam melindungi industri garam lokal dan meningkatkan nilai jualnya di pasar, namun perlu diingat bahwa USI merupakan program nasional yang bertujuan untuk memastikan minimal 90% penduduk Indonesia mengonsumsi garam beryodium tanpa terkecuali. Oleh karena itu, perlu dilakukan upaya untuk memastikan bahwa pemanfaatan garam indikasi geografis tidak menghambat pencapaian target USI.

2. Impor garam tidak beryodium

Pemenuhan kebutuhan garam di Indonesia salah satunya dilakukan melalui impor garam. Menurut BPS (2023), Indonesia mengimpor garam sebanyak 2,76 juta ton pada tahun 2022 dari berbagai negara asal. Adapun data impor garam Indonesia tahun 2017-2022 dapat dilihat pada Tabel berikut.



Negara Asal	Berat impor (Ton)					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Australia	2.296.681,3	2.603.186,0	1.869.684,2	2.227.521,7	2.108.345,0	1.998.382,5
India	251.590,1	227.925,6	719.550,4	373.933,0	715.506,0	751.398,0
Selandia Baru	2.669,5	3.806,8	4.052,4	4.076,3	3.487,7	4.382,1
Cina	219,3	849,8	540,9	1.321,4	2.470,1	1.377,0
Denmark	486,8	816,7	496,2	376,5	448,5	194,9
Jerman	300,1	236,0	243,0	231,2	201,8	286,0
Thailand	307,8	178,6	448,6	331,2	375,0	425,0
Lainnya	326,4	1.708,5	279,1	229,3	247,5	425,0
Jumlah	2.552.581,2	2.838.708,0	2.595.294,8	2.608.020,5	2.831.081,6	2.756.626,0

Sumber: BPS (2023)¹⁰

Industri lebih memilih garam impor dengan alasan dianggap punya spesifikasi yang memenuhi kebutuhan industri dan harga yang lebih murah dibandingkan garam lokal. Spesifikasi garam untuk industri harus mengandung NaCl diatas 97%, sedangkan garam lokal hanya memiliki kandungan NaCl 81-96%. Dari segi harga, garam impor lebih murah (Rp400/kg) dibandingkan garam lokal (Rp500-600/kg)¹¹.

Impor garam dapat menghambat pencapaian USI karena garam yang diimpor tidak terkena

kewajiban memenuhi standar kandungan yodium. Garam impor bisa saja tidak memenuhi standar kualitas dan kandungan yodium yang dibutuhkan untuk mencapai target USI karena memang ketentuan akan hal itu tidak diatur. Dalam jangka menengah-panjang, keberadaan garam impor tanpa kewajiban difortifikasi dapat menyebabkan tidak terjaminnya keberlanjutan program USI.

Peraturan mengenai impor garam di Indonesia diatur dalam Peraturan Menteri Perdagangan No. 63 tahun 2019 tentang Impor Garam.

¹⁰ <https://www.bps.go.id/statictable/2019/02/14/2013/impor-garam-menurut-negara-asal-utama-2010-2017.html>

¹¹ <https://www.cnbcindonesia.com/news/20200113161446-4-129629/industri-doyan-garam-impor-lokal-mahal-kualitas-rendah>



Adapun yang dimaksud garam dalam peraturan ini adalah garam meja, garam batu tidak diproses, garam dengan kandungan NaCl lebih dari 60% tetapi kurang dari 97% diperkaya yodium, dan lain-lain. Dalam peraturan ini, tidak disebutkan secara jelas mengenai syarat impor garam apakah harus difortifikasi atau tidak. Akan tetapi, menurut Keputusan Presiden Republik Indonesia No 69 Tahun 1994 tentang Pengadaan Garam Beryodium Pasal 1 disebutkan bahwa "*Garam yang dapat diperdagangkan untuk keperluan konsumsi manusia atau ternak, pengasinan ikan, atau bahan penolong industri pangan adalah garam beryodium yang telah memenuhi Standar Indonesia (SI)/ Standar Nasional Indonesia (SNI)*".

Maka, masih belum jelas apakah garam yang diimpor melalui proses penambahan yodium terlebih dahulu sebelum diperjualbelikan di masyarakat, atau langsung diedarkan di masyarakat. Tentu hal ini, menjadi celah adanya garam tidak beryodium di pasaran.

3. Miskonsepsi terkait garam beryodium

Beberapa miskonsepsi terkait garam beryodium juga menjadi hambatan dalam tercapainya USI. Salah satunya pada penderita *down syndrome*. Penderita *down syndrome* berisiko lebih besar mengalami kelainan tiroid (*hypothyroidism* atau *hyperthyroidism*)¹² yang justru lebih membutuhkan asupan yodium yang cukup.

Selain itu, banyak perusahaan makanan menggunakan garam laut sebagai pengganti garam beryodium. Hal ini berkaitan dengan isu yang beredar mengenai perubahan rasa makanan saat diberikan garam beryodium dibandingkan garam non-yodium seperti garam laut (garam krosok atau garam biasa yang tidak diiodisasi). Sebuah pengujian sederhana mencoba mengetahui adanya perbedaan rasa antara garam beryodium dan non-yodium. Setelah masing-masing garam dilarutkan dan diberikan kepada panelis, hasilnya tidak ada panelis yang dapat membedakan antara kedua jenis garam tersebut.¹³ Meskipun ada perbedaan, diperkirakan itu hanya perbedaan kecil yang seharusnya tidak menjadi penghalang untuk lebih memilih garam beryodium.

¹² Szeliga et al. (2021)

¹³ [Iodized Salt vs. Noniodized Salt on Food Flavor | Cook's Illustrated \(americastestkitchen.com\)](https://www.americastestkitchen.com)



Saat ini banyak beredar di masyarakat, artikel dan informasi seputar garam himalaya (*pink himalayan salt*) lebih sehat dibandingkan garam beryodium yang marak di pasaran. Garam himalaya dianggap sebagai salah satu garam paling murni dan memiliki banyak manfaat kesehatan. Akan tetapi, garam himalaya nyatanya hanya memiliki sedikit tambahan mineral, dan belum ada penelitian yang mendukung klaim kesehatan garam himalaya. Garam himalaya tidak difortifikasi dengan yodium sehingga pengaruh konsumsinya menghambat tercapainya USI di masyarakat Indonesia.¹⁴

Berdasarkan hambatan-hambatan di atas, berikut rekomendasi yang dapat dirumuskan untuk menjamin tercapainya target USI di Indonesia:

1. Monitoring dan evaluasi yang lebih baik terhadap implementasi program PUGAR (Pemberdayaan Usaha Garam Rakyat).

2. Perlu dilakukan pengawasan dan regulasi yang ketat terhadap impor garam untuk memastikan bahwa garam yang diimpor memenuhi standar kualitas dan kandungan yodium yang dibutuhkan untuk mencapai target USI.
3. Diperlukan regulasi khusus terkait garam indikasi geografis agar tidak mengganggu pencapaian USI.
4. Menyelaraskan standar iodisasi untuk garam indikasi geografis.
5. Mengembangkan regulasi untuk industri menggunakan garam beryodium pada proses produksi. USI tidak hanya menargetkan konsumsi garam beryodium pada rumah tangga, tetapi juga konsumsi garam seluruhnya.
6. Membangun dan memperkuat sistem kontrol kualitas dan laboratorium untuk memantau kandungan yodium garam di berbagai tingkat seperti produksi, distribusi, impor, dan ritel.

¹⁴ [Disinformasi] Garam Pink Himalaya Lebih Sehat

(https://www.kominfo.go.id/content/detail/22704/disinformasi-garam-pink-himalaya-lebih-sehat/0/laporan_isu_hoaks)



DAFTAR PUSTAKA

Djoko Kartono dan Djoko Moeljanto: Bul. Penel. Kesehatan, Vol. 36, No. 2, 2008:91 –98

Goh CC. 2002. Combating iodine deficiency : Lessons from China, Indonesia, and Madagascar. *Food Nutr Bull.* 23(3) : 280–290.

Kemenkes RI. 2007. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007. Jakarta: Kemenkes RI.

Kemenkes RI. 2013. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013. Jakarta: Kemenkes RI.

Keputusan Presiden Republik Indonesia No 69 Tahun 1994 tentang Pengadaan Garam Beryodium.

Peraturan Menteri Perdagangan No. 63 tahun 2019 tentang Impor Garam.

Peraturan Presiden No 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020–2024.

Szeliga K, Antosz A, Skrzynska K, Kalina-faska B, Januszek-Trzciakowska A, gawlik A. 2021. Subclinical Hypothyroidism as the Most Common Thyroid Dysfunction Status in Children With Down’s Syndrome. *Front. Endocrinol., Sec. Pediatric Endocrinology.* Vol.12. doi:[10.3389/fendo.2021.782865](https://doi.org/10.3389/fendo.2021.782865)

Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2016 tentang Merek dan Indikasi Geografis.

UNICEF. 2016. Meeting Report : The East Asia Pacific Regional Workshop on Achievement of Universal Salt Iodization for Optimal Iodine Nutrition.

WHO. 2004. Iodine Status Worldwide: WHO Global Database on Iodine Deficiency.

<https://www.who.int/publications/i/item/9241592001>