

# PERKEMBANGAN PENANGGULANGAN GIZI BURUK DI INDONESIA TAHUN 2005

## A. PENDAHULUAN

Berita munculnya kembali kasus gizi buruk yang diawali di propinsi NTT dan NTB yang kemudian diikuti dengan Propinsi lainnya menunjukkan bahwa masalah gizi selain merupakan masalah kesehatan masyarakat juga terkait dengan masalah kesejahteraan masyarakat (pendidikan, sosial ekonomi, budaya dan politik). Di suatu kelompok masyarakat, anak balita merupakan kelompok yang paling rawan terhadap terjadinya kekurangan gizi. Kekurangan gizi dapat terjadi dari tingkat ringan sampai tingkat berat dan terjadi secara perlahan-lahan dalam waktu cukup lama. Keadaan gizi atau status gizi masyarakat menggambarkan tingkat kesehatan yang diakibatkan oleh keseimbangan antara kebutuhan dan asupan zat-zat gizi yang dikonsumsi seseorang. Anak yang kurang gizi akan menurun daya tahan tubuhnya, sehingga mudah terkena penyakit infeksi, sebaliknya anak yang menderita penyakit infeksi akan mengalami gangguan nafsu makan dan penyerapan zat-zat gizi sehingga menyebabkan kurang gizi. Anak yang sering terkena infeksi dan gizi kurang akan mengalami gangguan tumbuh kembang yang akan mempengaruhi tingkat kesehatan, kecerdasan dan produktivitas di masa dewasa.

### *Apa yang disebut Gizi buruk*

Bila jumlah asupan zat gizinya **sesuai** dengan kebutuhan disebut **seimbang** (Gizi baik), bila asupan zat gizi **lebih rendah** dari kebutuhan disebut **Gizi Kurang**, sedangkan bila asupan zat gizi **sangat kurang** dari kebutuhan disebut **Gizi Buruk**.

Anak balita yang sehat atau kurang gizi secara sederhana dapat diketahui dengan membandingkan antara berat badan menurut umur atau berat badan menurut tinggi, apabila sesuai dengan standar anak disebut **Gizi Baik**. Kalau **sedikit di bawah standar** disebut **Gizi Kurang**, sedangkan jika **jauh di bawah standar** disebut **Gizi Buruk**. Bila gizi buruk disertai dengan **tanda-tanda klinis** seperti ; wajah sangat kurus, muka seperti orang tua, perut cekung, kulit keriput disebut **Marasmus**, dan bila ada bengkak terutama pada kaki, wajah membulat dan sembab disebut **Kwashiorkor**. Marasmus dan Kwashiorkor atau Marasmus Kwashiorkor dikenal di masyarakat sebagai “**busung lapar**”.

## B. KEADAAN STATUS GIZI BALITA DI INDONESIA

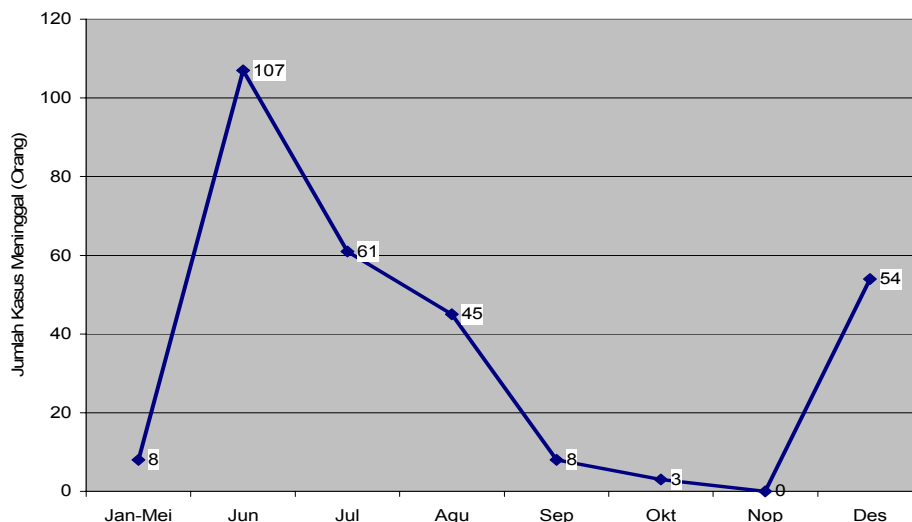
Berdasarkan perkembangan masalah gizi, pada tahun 2005 diperkirakan sekitar 5 juta anak menderita gizi kurang (berat badan menurut umur), 1,5 juta diantaranya menderita gizi buruk. Dari anak yang mmenderita gizi buruk tersebut ada 150.000 menderita gizi buruk tingkat berat yang disebut marasmus, kwashiorkor, dan marasmus-kwashiorkor, yang memerlukan

perawatan kesehatan yang intensif di Puskesmas dan Rumah Sakit. Masalah gizi kurang dan gizi buruk terjadi hampir di semua Kabupaten dan Kota. Pada saat ini masih terdapat 110 Kabupaten/Kota dari 440 Kabupaten/Kota di Indonesia yang mempunyai prevalensi di atas 30% (berat badan menurut umur). Menurut WHO keadaan ini masih tergolong sangat tinggi.

Berdasarkan hasil surveilans Dinas Kesehatan Propinsi dari bulan Januari sampai dengan bulan Desember 2005, **total kasus gizi buruk sebanyak 75.671 balita**. Kasus gizi buruk yang dilaporkan menurun setiap bulan. Semua anak gizi buruk mendapatkan penanganan berupa: perawatan di Puskesmas dan di Rumah Sakit serta dilakukan tindak lanjut paska perawatan berupa rawat jalan, dan melalui posyandu untuk dipantau kenaikan berat badan dan mendapatkan makanan tambahan.

Jumlah kasus gizi buruk yang **meninggal dunia** dilaporkan dari bulan Januari 2005 sampai Desember 2005 adalah **286 balita** (Grafik 1). Kasus gizi buruk yang meninggal tersebut pada umumnya disertai dengan penyakit infeksi seperti ISPA, diare, TB, campak dan malaria. Jumlah kasus gizi buruk yang meninggal tertinggi terjadi pada bulan Juni sebanyak 107 kasus, selanjutnya pada bulan-bulan berikutnya kasus gizi buruk yang meninggal cenderung menurun, bahkan pada bulan Nopember tidak ada laporan kasus gizi buruk yang meninggal dunia. Namun demikian pada bulan Desember 2005 terjadi peningkatan kasus gizi buruk yang meninggal dunia sebanyak 54 kasus yang merupakan laporan dari 7 propinsi yaitu dari Jatim 14 kasus, Sulsel 13 kasus, Gorontalo 13 kasus, NTT 6 kasus, Lampung 4 kasus, Sulteng 2 kasus, serta Maluku dan Malut masing-masing 1 kasus.

Grafik 1. Kecenderungan Jumlah Kasus Gizi Buruk Meninggal di Indonesia Januari-Desember 2005



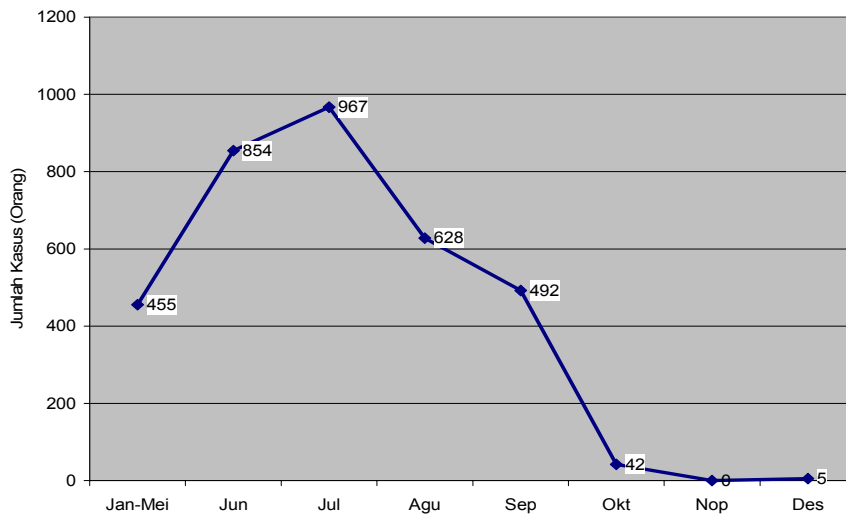
Keterangan:  
Jumlah kasus meninggal: 286 balita

## C. MASALAH KEJADIAN LUAR BIASA GIZI BURUK DI NTB DAN NTT

### 1. Perkembangan Kasus Gizi Buruk Di NTB

Jumlah kasus gizi buruk yang dilaporkan dari bulan Januari sampai Desember 2005 sebesar **3.443 anak** dari 498.095 balita yang ada di NTB (Grafik 2). Kasus gizi buruk baru yang dilaporkan cenderung menurun. Dari 3.443 kasus gizi buruk tersebut dilaporkan sebanyak **33 anak yang meninggal dunia** (Grafik 3). **Penyebab kematian karena ISPA 14 anak, Diare 8 anak, malaria 2 anak, marasmus 6 anak, meningitis 2 anak, TB 1 anak dan anemia berat 1 anak.** Hasil assessment gizi yang dilakukan Depkes bekerja sama dengan SEAMEO dan WFP bulan Juli-September 2005 menunjukkan prevalensi gizi buruk propinsi NTB sebesar 8,1%, Kab Lombok Barat: 9,6% Lombok Tengah : 6,0%, Lombok Timur : 6,9%, Sumbawa 10,9% dan Bima : 11,10%. (Grafik 4)

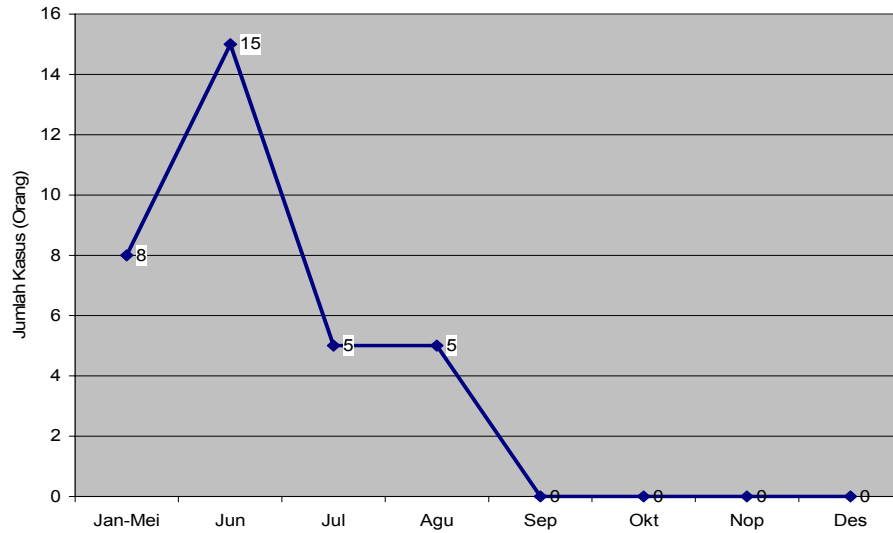
Grafik 2. Jumlah Kasus Gizi Buruk Baru di Propinsi NTB (Januari-Desember 2005)



Keterangan:  
Jumlah kasus seluruhnya: 3.443 balita

Berdasarkan data dari RSUD Mataram: Jumlah anak gizi buruk yang dirawat di RS tersebut sebesar : 157 anak, yang meninggal 14 anak, 43 anak pulang paksa, 1 orang yang masih dirawat dan 99 anak sembuh. Jumlah kasus gizi buruk yang meninggal cenderung menurun sebagaimana disajikan pada Grafik 3.

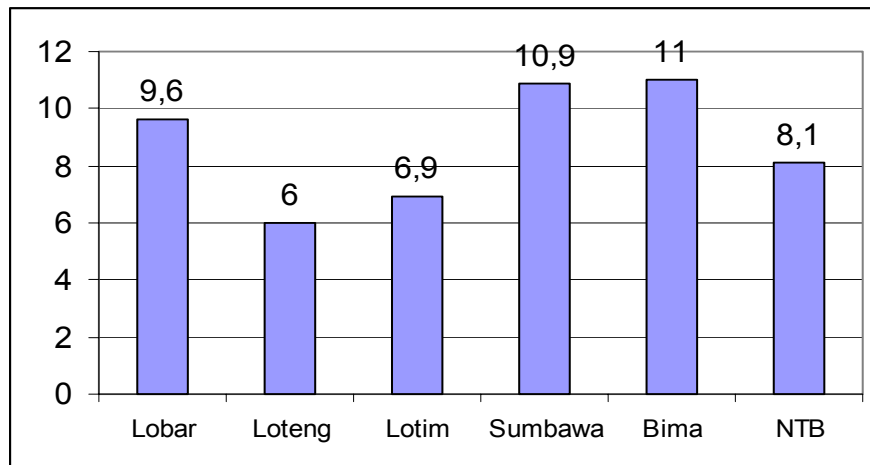
Grafik 3. Jumlah kasus Gizi Buruk Meninggal Dunia di Propinsi NTB (Januari-Desember 2005)



Keterangan:  
 Jumlah kasus meninggal: 33 balita

Penanganan kasus gizi buruk membutuhkan waktu cukup lama sekitar 4-6 bulan untuk memulihkan kembali status gizi anak. Dari 3443 anak yang mendapat perawatan dan PMT, 1165 anak (35%) yang membaik dan yang lainnya masih dalam perawatan.

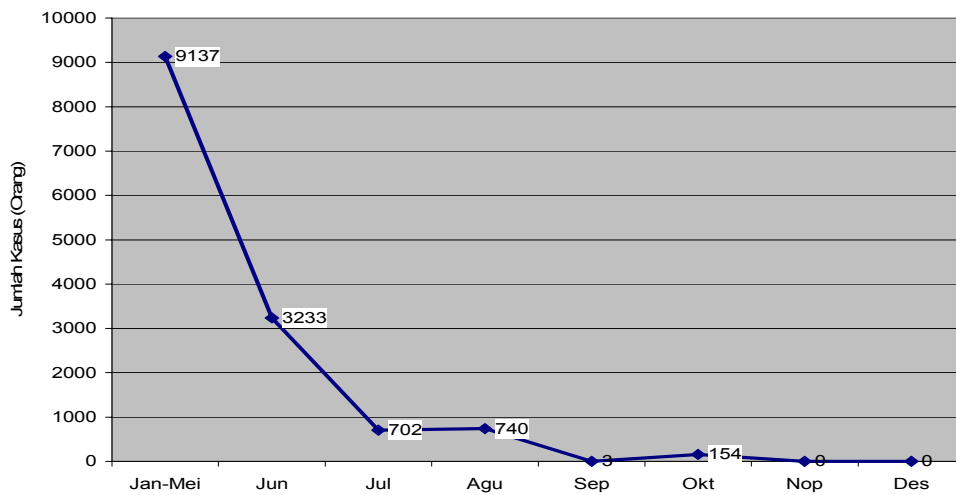
Grafik 4. Prevalensi Gizi Buruk di 5 Kabupaten Propinsi NTB Tahun 2005



## 2. LAPORAN KASUS GIZI BURUK DI NTT

Jumlah kasus gizi buruk dari bulan Januari 2005 sampai Desember 2005 **sebanyak 13.969** (Grafik 5) dari jumlah balita di NTT 477.829 anak. Hasil assessment gizi yang dilakukan Depkes bekerja sama dengan SEAMEO dan WFP bulan Juli-September 2005 menunjukkan prevalensi gizi buruk propinsi NTT : 13,8%, Sumba Timur : 13,2%, TTS: 18,0%, Kota Kupang : 14,9%, Ende : 8,7 % dan Flores Timur : 8,2% (grafik 6).

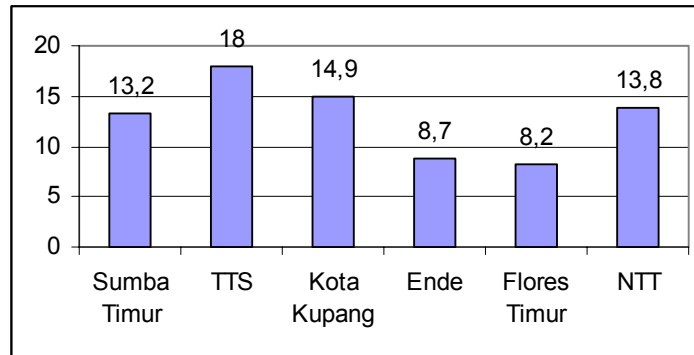
Grafik 5. Jumlah Kasus Gizi Buruk di Propinsi NTT  
(Januari-Desember 2005)



Keterangan:

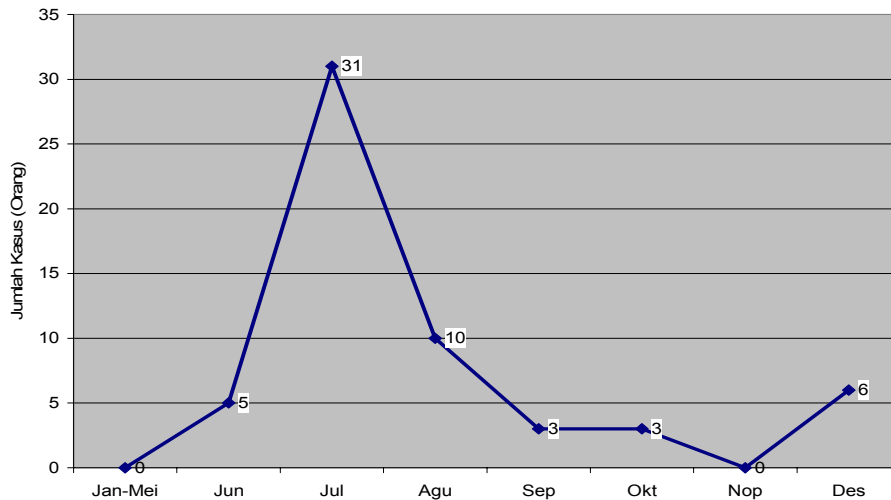
Jumlah kasus gizi buruk seluruhnya: 13.969 balita

Grafik 6. Prevalensi Gizi Buruk di 5 Kabupaten Propinsi NTT Tahun 2005



Dari 13.969 balita gizi buruk yang ditangani, sebanyak 12.792 balita dilakukan rawat jalan dan pemberian makanan tambahan dan 1.165 balita dirawat di berbagai tempat yaitu *Therapeutic Feeding Center* (TFC), Puskesmas dan RSUD. Dari kasus yang dirawat sebanyak 648 balita telah membaik, yang lainnya masih dalam perawatan. **Jumlah kasus gizi buruk yang meninggal dunia** dari bulan Januari sampai Desember 2005 sebesar 58 balita. Jumlah balita yang meninggal cenderung menurun (grafik 7).

Grafik 7. Jumlah kasus Gizi Buruk Yang Meninggal Dunia di Propinsi NTT (Januari-Desember 2005)



Keterangan: Jumlah kasus meninggal: 58 balita

## D. PENYEBAB GIZI BURUK

Banyak faktor yang mempengaruhi timbulnya gizi buruk dan faktor tersebut saling berkaitan. **Secara langsung**, pertama: **anak kurang mendapat asupan gizi seimbang** dalam waktu cukup lama, dan kedua: **anak menderita penyakit infeksi**. anak yang sakit, asupan zat gizi tidak dapat dimanfaatkan oleh tubuh secara optimal karena adanya gangguan penyerapan akibat penyakit infeksi.

**Secara tidak langsung** penyebab terjadinya gizi buruk yaitu tidak cukupnya persediaan pangan di rumah tangga, pola asuh kurang memadai dan sanitasi/kesehatan lingkungan kurang baik serta akses pelayanan kesehatan terbatas.

**Akar masalah tersebut berkaitan erat dengan rendahnya tingkat pendidikan, tingkat pendapatan dan kemiskinan keluarga.**

Berdasarkan hasil surveilans faktor risiko penyebab gizi buruk di NTB adalah faktor sosial budaya dan ketidak tahuan, rendahnya daya beli dan masih tingginya penyakit infeksi, sedangkan di NTT selain faktor tersebut diperberat dengan adanya terjadinya kekeringan yang panjang.

## D. Upaya Penanggulangan

### 1. Upaya pencegahan dan penanggulangan gizi buruk di propinsi NTB dan NTT

#### **Propinsi NTB**

- Membentuk tim operasi sadar gizi (OSG) yang bertanggung jawab dalam keseluruhan proses pencegahan dan penanggulangan gizi buruk berdasarkan instruksi Gubernur Nomor 1 tahun 2005.
- Perawatan gizi buruk melalui Puskesmas perawatan dan Rumah Sakit di kelas 3 gratis.
- Melakukan operasi sadar gizi yang mencakup deteksi dini penemuan kasus melalui operasi timbang dengan mengukur balita di seluruh propinsi NTB, membuat mapping gizi buruk.
- Puskesmas melakukan tindak lanjut kasus gizi buruk yang tidak memerlukan perawatan dan mendapatkan makanan tambahan. Memberikan bantuan pangan darurat bagi keluarga miskin
- Memberikan penyuluhan gizi dan kesehatan melalui Posyandu, Tokoh Agama (Tuan Guru), Perkumpulan Keagamaan dan kelompok potensial lainnya.

#### **Dukungan Pusat untuk NTB**

- Bantuan teknis untuk penanganan kasus dan surveilans
- Dana dekonsentrasi Perbaikan Gizi Masyarakat tahun 2005 sebesar Rp. 2.033.538.000,-
- Bantuan Pusat melalui Menkokesra sebesar Rp. 7.000.000.000,-
- Bantuan MP-ASI emergensi sebanyak 15 ton pada bulan Juni 2005.

- Bantuan MP-ASI tahun anggaran 2005 untuk balita keluarga miskin sebanyak 134,4 ton
- Revitalisasi posyandu Rp. 50.000 per bulan dari dana PKPSBBM.
- Dana dekonsentrasi Perbaikan Gizi Masyarakat tahun 2006 sebesar Rp. 22.573.000.000,-

#### **Propinsi NTT**

- Melaksanakan sistem kewaspadaan dini secara intensif
- Pelacakan kasus dan penemuan kasus baru.
- Menangani kasus gizi buruk dengan perawatan Puskesmas dan di Rumah Sakit gratis
- Koordinasi penggerakan sumber dana
- Memberikan bantuan beras dan memberikan makanan pendamping ASI, dan makanan tambahan.

#### **Dukungan Pusat untuk NTT**

- Bantuan teknis untuk penanganan kasus dan surveilans, pelatihan petugas untuk tatalaksana gizi buruk di puskesmas dan rumah sakit dan *Therapeutic Feeding Center (TFC)* atau pusat rehabilitasi gizi
- Dana dekonsentrasi Perbaikan Gizi Masyarakat tahun 2005 sebesar Rp. 2.951.911.000,-
- Bantuan Pusat melalui Menkokesra sebesar Rp. 51.000.000.000,-
- Bantuan MP-ASI emergensi sebanyak 14 ton.
- Bantuan Makanan khusus untuk balita gizi buruk berupa MODISCO yang terdiri dari gula, minyak dan susu skim.
- Bantuan MP-ASI tahun anggaran 2005 untuk balita keluarga miskin sebanyak 168,9 ton
- Revitalisasi posyandu Rp. 50.000 per bulan dari dana PKPSBBM.
- Dana dekonsentrasi Perbaikan Gizi Masyarakat tahun 2006 sebesar Rp. 21.424.000.000,--

## **2. Secara Nasional upaya pencegahan gizi buruk dibagi dalam 3 tahap yaitu:**

### **a. Jangka Pendek untuk Tanggap Darurat**

- Menerapkan prosedur tatalaksana penanggulangan gizi buruk yaitu :  
Melaksanakan sistem kewaspadaan dini secara intensif  
Pelacakan kasus dan penemuan kasus baru.  
Menangani kasus gizi buruk dengan perawatan Puskesmas dan di Rumah Sakit
- Melakukan pencegahan meluasnya kasus dengan koordinasi lintas program dan lintas sektor. Memberikan bantuan pangan, memberikan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI), pengobatan penyakit, penyediaan air bersih, memberikan penyuluhan gizi dan kesehatan terutama peningkatan ASI Eksklusif sejak lahir sampai 6 bulan dan diberikan Makanan Pendamping ASI setelah usia 6 bulan, menyusui diteruskan sampai usia 2 tahun .

**b. Rencana Jangka Menengah:**

Penyusunan Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk 2005 –2009

- Revitalisasi Posyandu yang mencakup pelatihan ulang kader, penyediaan sarana, pembinaan dan pendampingan kader, penyediaan modal usaha kader melalui usaha kecil menengah (UKM) dan mendorong partisipasi swasta serta bantuan biaya operasional.
- Revitalisasi puskesmas dengan mengaktifkan kegiatan preventif dan promotif, meningkatkan manajemen program gizi, sarana dan bantuan biaya operasional untuk kegiatan pembinaan posyandu, pelacakan kasus, dan kerjasama lintas sektor.
- Meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan termasuk tata laksana gizi buruk bagi petugas rumah sakit dan puskesmas perawatan
- Pemberdayaan keluarga di bidang ekonomi, pendidikan dan bidang ketahanan pangan untuk meningkatkan pengetahuan dan daya beli keluarga.
- Advokasi dan Pendampingan untuk meningkatkan komitmen eksekutif dan legislatif, tokoh masyarakat, tokoh agama, pemuka adat dan media massa agar peduli dan bertindak nyata di lingkungannya untuk memperbaiki status gizi anak
- Revitalisasi Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG) pemantauan terus menerus situasi pangan dan gizi masyarakat, untuk melakukan tindakan cepat dan tepat untuk mencegah timbulnya bahaya rawan pangan dan gizi buruk.

**c. Rencana Jangka Panjang :**

- Mengintegrasikan program perbaikan gizi dan ketahanan pangan ke dalam program penanggulangan kemiskinan
- Meningkatkan daya beli masyarakat
- Meningkatkan pendidikan terutama pendidikan wanita
- Pemberdayaan keluarga untuk menerapkan perilaku sadar gizi, yaitu;
  - Menimbang berat badan secara teratur
  - Makan beraneka ragam setiap hari
  - Hanya memberikan ASI saja kepada bayi sejak lahir sampai usia 6 bulan, memberikan MPASI setelah usia 6 bulan , menyusui diteruskan sampai usia 2 tahun.
  - Menggunakan garam beryodium
  - Memberikan suplemen gizi (kapsul vitamin A, tablet Fe) kepada anggota keluarga yang memerlukan.

**Tabel 1**  
**DISTRIBUSI KABUPATEN /KOTA**  
**BERDASARKAN PREVALENSI GIZI KURANG DAN GIZI BURUK (BB/U)**  
**SUSENAS 2003**

No	Propinsi	Jumlah Kabupaten/Kota			Total
		Prev < 20% (Sedang)	Prev 20-30% (Tinggi)	Prev > 30% (Sangat Tinggi)	
1	Sumut	4	5	10	19
2	Sumbar	7	4	4	15
3	Riau	3	7	5	15
4	Jambi	6	2	2	10
5	Sumsel	2	1	4	7
6	Bengkulu	1	2	1	4
7	Lampung	1	5	4	10
8	Babel	0	2	2	4
9	DKI Jakarta	3	2	0	5
10	Jabar	9	8	5	22
11	Jateng	6	23	6	35
12	DI Yogyakarta	4	1	0	5
13	Jatim	15	17	5	37
14	Banten	2	3	1	6
15	Bali	7	2	0	9
16	NTB	0	2	5	7
17	NTT	0	2	12	14
18	Kalbar	0	2	7	9
19	Kalteng	3	0	3	6
20	Kalsel	1	4	6	11
21	Kaltim	5	3	4	12
22	Sulut	2	2	1	5
23	Sulteng	0	4	4	8
24	Sulsel	2	10	12	24
25	Sultra	1	4	0	5
26	Gorontalo	0	0	3	3
27	Maluku	1	1	2	4
28	Maluku Utara	1	2	0	3
29	Papua	2	2	2	6
	<b>JUMLAH</b>	<b>88</b>	<b>122</b>	<b>110</b>	<b>320</b>

**Tabel 2**  
**Distribusi kasus gizi buruk per Propinsi**  
**Berdasarkan Laporan Dinas Kesehatan Propinsi**  
**Januari-Desember 2005**

<b>Propinsi</b>	<b>Jumlah kasus gizi buruk dilaporkan</b>	<b>Jumlah kasus Meninggal</b>	<b>Keterangan</b>
NAD	3763	8	
Sumut	657	0	
Sumbar	152	0	
Riau	56	4	
Jambi	324	0	
Sumsel	183	0	
Bengkulu	390	0	
Lampung	230	4	
Babel	7	0	
DKI Jakarta	52	0	
Jabar	18095	0	
Jateng	12028	94	
DIY	0	0	
Jatim	6591	46	
Banten	7331	0	
Bali	107	0	
NTB	3443	33	
NTT	13969	58	
Kalbar	349	0	
Kalteng	39	1	
Kalsel	56	4	
Kaltim	225	0	
Sulut	108	0	
Sulteng	491	2	
Sulsei	369	13	
Sultra	879	0	
Gorontalo	1022	0	
Sulbar	3	0	
Maluku	1402	2	
Malut	1120	1	
Papua	1155	3	
Total	74596	273	

**Tabel 3**  
**Penemuan dan Penanganan kasus gizi buruk di NTB**  
**Menurut Kabupaten/Kota**  
**Januari s/d September 2005**

<b>Kab/Kota</b>	<b>Jumlah kasus ditemukan</b>	<b>Kasus yg mendapat PMT</b>	<b>Kasus dgn perawatan dan PMT</b>	<b>Membaik</b>	<b>Meninggal</b>	<b>Keterangan</b>
Mataram	217	0	217	195	8	PMT dan rawat jalan diteruskan
Lombok Barat	559	206	353	270	10	PMT dan rawat jalan diteruskan
Lombok Tengah	122	0	122	76	6	PMT dan rawat jalan diteruskan
Lombok Timur	1534	984	550	187	0	PMT dan rawat jalan diteruskan
Sumbawa barat	104	0	104	86	1	PMT dan rawat jalan diteruskan
Sumbawa	357	157	200	47	1	PMT dan rawat jalan diteruskan
Dompu	137	0	137	98	2	PMT dan rawat jalan diteruskan
Bima	193	49	144	76	3	PMT dan rawat jalan diteruskan
Kota Bima	215	0	215	130	2	PMT dan rawat jalan diteruskan
<b>Total</b>	<b>3438</b>	<b>1396</b>	<b>2042</b>	<b>1165</b>	<b>33</b>	

**Tabel 4**  
**Penemuan dan Penanganan kasus gizi buruk di NTT**  
**Menurut Kabupaten/Kota**  
**Januari s/d November 2005**

Kab/Kota	Jumlah kasus yang dilaporkan	Kasus mendapat PMT dan rawat jalan	Kasus ditangani Di tmt perawatan	Membaik*)	Meninggal
Kota Kupang	488	477	3	14	8
Kab Kupang	1401	1396	0	tad	5
TTS	2266	2254	4	37	8
TTU	1424	1390	24	20	10
Belu	1027	971	51	201	5
Alor	767	755	9	11	3
Lembata	206	106	100	tad	0
Flotim	712	708	4	10	0
SikaKA	199	195	4	174	0
Ende	476	475	1	82	0
Ngada	392	392	0	tad	0
Manggarai	1166	1156	9	tad	1
Mgri Barat	288	287	0	tad	1
Sumba barat	1599	1599	0	tad	0
Sumba Timur	924	0	916	99	8
Rotendao	634	631	0	tad	3
<b>Total</b>	<b>13969</b>	<b>12792</b>	<b>1125</b>	<b>648</b>	<b>52</b>

\* Jumlah kasus yang membaik : Berasal dari Kasus yang dirawat+Rawat jalan