

LAPORAN 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**.

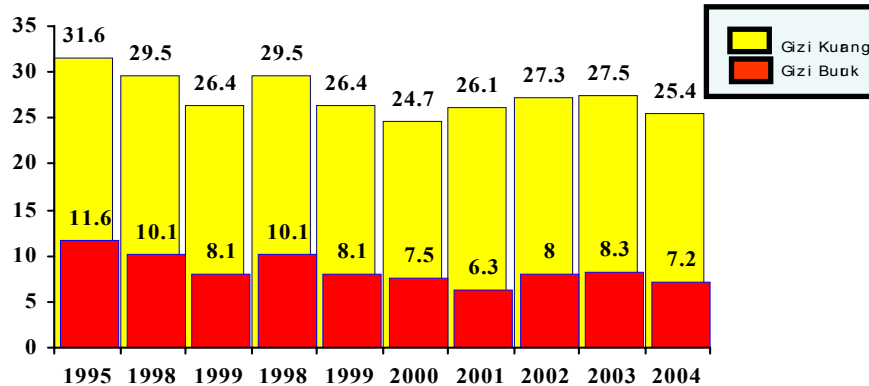
Anak balita yang sehat atau kurang gizi secara sederhana dapat diketahui dengan membandingkan antara berat badan menurut umur atau berat badan menurut tinggi, apabila sesuai dengan standar anak disebut **Gizi Baik**. Kalau **sedikit di bawah standar** disebut **Gizi Kurang**, sedangkan jika **jauh di 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

Keadaan status gizi balita mengalami perbaikan yaitu dengan menurunnya prevalensi gizi kurang dari 31.6 % pada tahun 1995 menjadi 26.1 % pada tahun 2001, demikian pula prevalensi gizi buruk mengalami penurunan dari 11.6 % pada tahun 1995 menjadi menjadi 6.3% pada tahun 2001. Selanjutnya terjadi peningkatan secara perlahan prevalensi gizi kurang menjadi 27.5% pada tahun 2003, demikian pula prevalensi gizi buruk

meningkat menjadi 8.3 % pada tahun yang sama. Pada tahun 2004, terjadi sedikit penurunan prevalensi gizi kurang menjadi 25.4% dan gizi buruk menjadi 7.2 %.

GRAFIK 1 PREVALENSI GIZI KURANG DAN BURUK DI INDONESIA 1995-2003

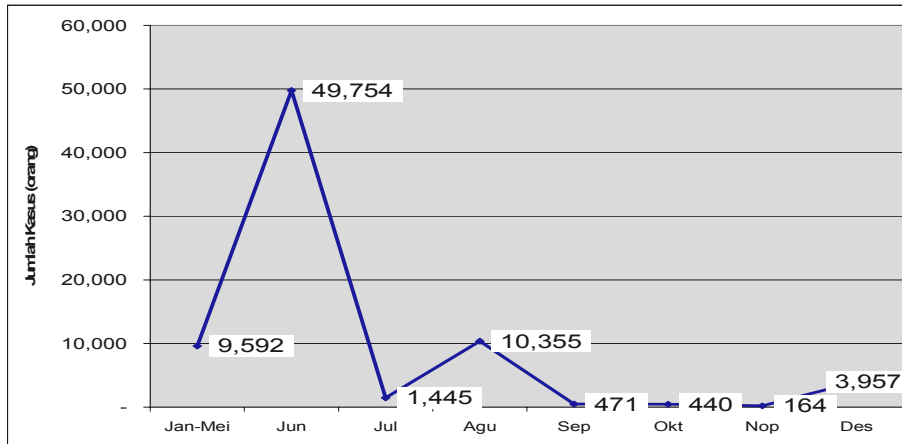


Susenans 1995-2003 dan PSG 2004

Berdasarkan perkembangan masalah gizi, pada tahun 2004 diperkirakan sekitar 5 juta balita menderita gizi kurang (berat badan menurut umur), 1,4 juta di antaranya menderita gizi buruk. Dari balita yang menderita gizi buruk tersebut ada 140.000 menderita gizi buruk tingkat berat yang disebut marasmus, kwashiorkor, dan marasmus-kwashiorkor, yang memerlukan perawatan kesehatan yang intensif di Puskesmas dan Rumah Sakit.

Berdasarkan hasil surveilans Dinas Kesehatan Propinsi dari bulan **Januari sampai dengan bulan Desember 2005, total kasus gizi buruk sebanyak 76.178 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.

Grafik.2 Kecenderungan Jumlah Kasus Gizi Buruk di Indonesia
Januari – Desember 2005



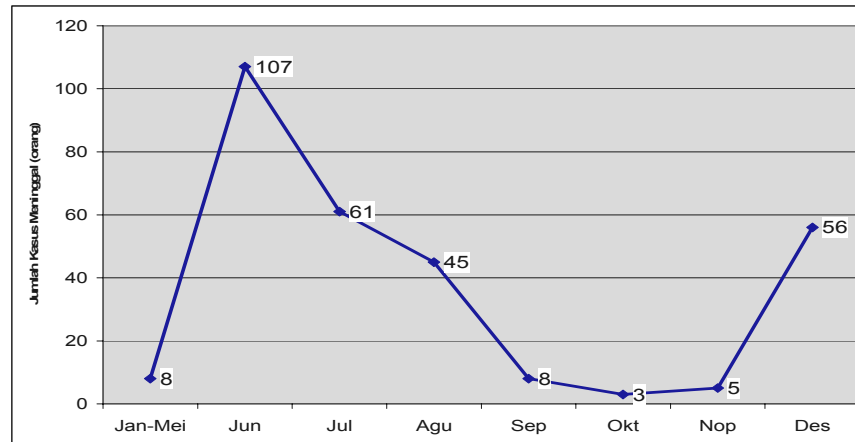
Pada bulan Mei tahun 2005, kasus gizi buruk dilaporkan dari propinsi NTB dan NTT dengan jumlah kasus sebanyak 9.592 kasus. Pada bulan Juni jumlah kasus gizi buruk yang dilaporkan meningkat 49.754, hal ini disebabkan jumlah propinsi yang melapor meningkat menjadi 26 propinsi. Di samping itu peningkatan jumlah kasus yang besar karena adanya kegiatan pencarian kasus baru secara aktif melalui operasi timbang dengan target semua balita ditimbang dan diukur status gizinya.

Pada bulan Juli tahun 2005 jumlah propinsi yang melapor meningkat menjadi 28 propinsi dengan total kasus yang dilaporkan sebanyak 1.445 anak. Pada bulan Agustus tahun 2005, propinsi yang melapor menjadi 29 propinsi dengan jumlah baru yang dilaporkan sebanyak 10.355 anak, penjarangan kasus pada bulan ini dilakukan bersamaan dengan kampanye pemberian kapsul Vitamin A. Bulan September dan Oktober 2005 jumlah kasus yang dilaporkan menurun menjadi 471 anak dan 440 anak. Pada bulan November 2005 kasus yang dilaporkan sebanyak 164 kasus. Pada bulan Desember 2005 dilaporkan sebesar 3.957 anak (Grafik 2).

Jumlah kasus gizi buruk yang **meninggal dunia** dilaporkan dari bulan Januari 2005 sampai Desember 2005 adalah **293 balita** (Grafik 3). 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. Namun demikian pada bulan Desember 2005 kasus gizi buruk yang dilaporkan meninggal dunia sebanyak 56 kasus yang merupakan laporan dari 9 propinsi yaitu dari Jatim 14 kasus, Sulsel 13 kasus, Gorontalo 13

kasus, NTB 2 kasus, NTT 6 kasus, Lampung 4 kasus, Sulteng 2 kasus, serta Maluku dan Maluku masing-masing 1 kasus.

Grafik 3. Kecenderungan Jumlah Kasus Gizi Buruk Meninggal di Indonesia Januari-Desember 2005



Keterangan:
Jumlah kasus meninggal: 293 balita

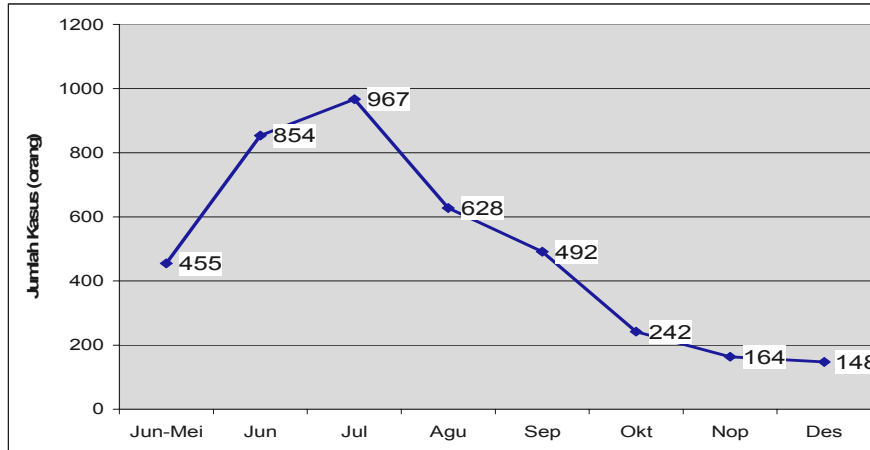
C. MASALAH KEJADIAN LUAR BIASA GIZI BURUK DI NTB DAN NTT

1. Perkembangan Kasus Gizi Buruk Di NTB

Jumlah kasus gizi buruk yang dilaporkan dari bulan Januari sampai Desember 2005 sebesar **3.950 anak** dari 498.095 balita yang ada di NTB (Grafik 4). Kasus gizi buruk baru yang dilaporkan cenderung menurun. Dari 3.950 kasus gizi buruk tersebut dilaporkan sebanyak **40 anak yang meninggal dunia** (Grafik 5). **Penyebab kematian karena ISPA 16 anak, Diare 11 anak, malaria 2 anak, marasmus 7 anak, meningitis 2 anak, TB 1 anak dan anemia berat 1 anak.**

Pada bulan Desember 2005 laporan kasus gizi buruk cenderung meningkat. **Penambahan kasus gizi buruk yang dilaporkan tersebut karena adanya pekan penimbangan ke II bulan Desember di seluruh NTB sehingga kasus yang ditemukan cenderung bertambah.** 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 6).

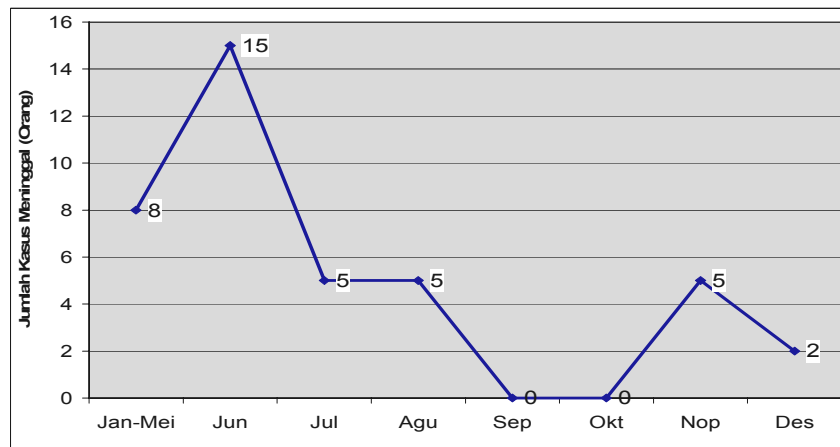
Grafik 4. Jumlah Kasus Gizi Buruk Baru di Propinsi NTB (Januari-Desember 2005)



Keterangan:
Jumlah kasus seluruhnya: 3.950 balita

Jumlah kasus gizi buruk yang meninggal cenderung menurun sebagaimana disajikan pada Grafik 5.

Grafik 5. Jumlah kasus Gizi Buruk Meninggal Dunia di Propinsi NTB (Januari-Desember 2005)



Keterangan:
Jumlah kasus meninggal: 40 balita

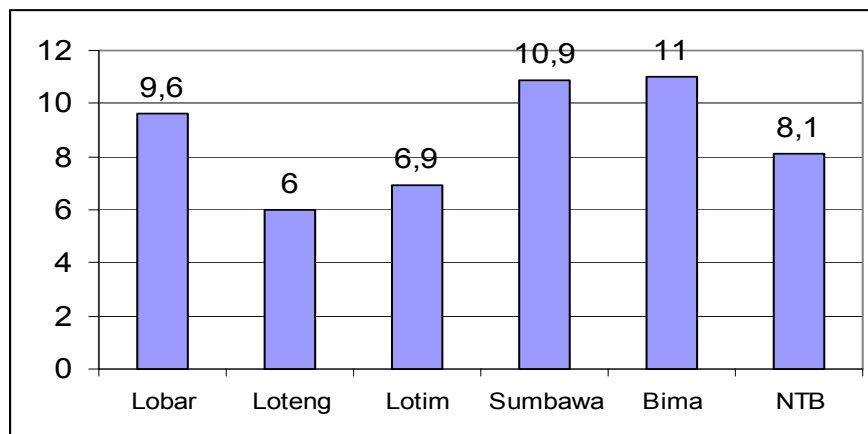
Penanganan kasus gizi buruk membutuhkan waktu cukup lama sekitar 4-6 bulan untuk memulihkan kembali status gizi anak. Dari 3.950 anak yang mendapat perawatan dan PMT, 1.696 anak (42,93%) yang membaik dan yang lainnya masih dalam perawatan.

Perkembangan Penanganan Kasus Gizi Buruk di NTB

Waktu	Jumlah Kasus	Jumlah Kasus Membaik	%
25 Agustus 2005	3.284	749	22.80
11 Oktober 2005	3.396	1.165	34.30
9 Desember 2005	3.438	1.206	35.08
14 Desember 2005	3.443	1.239	35.98
21 Desember 2005	3.950	1.696	42.93

Kasus gizi buruk yang membaik belum seluruhnya dilaporkan karena sistem pencatatan pelaporan untuk mengikuti perkembangan kasus gizi buruk belum optimal.

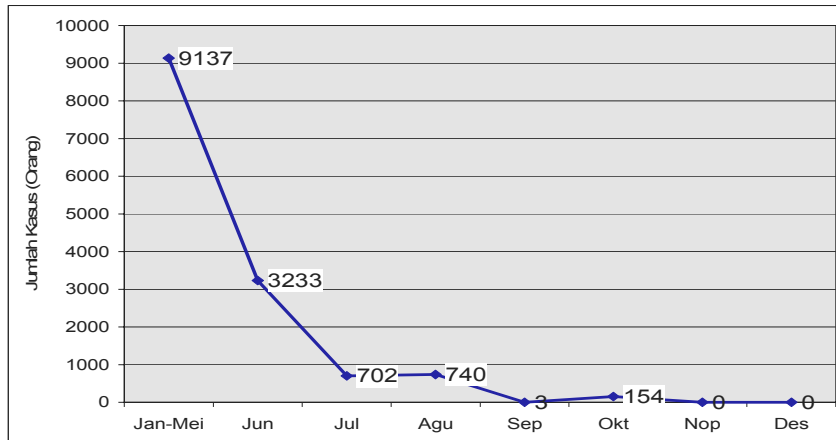
Grafik 6. Prevalensi Gizi Buruk di 5 Kabupaten Propinsi NTB
Hasil Aseessment DEPKES-SEAMEO- WFP Tahun 2005



2. Perkembangan Kasus Gizi Buruk di NTT

Jumlah kasus gizi buruk dari bulan Januari 2005 sampai Desember 2005 **sebanyak 13.969** (Grafik 7) 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 8).

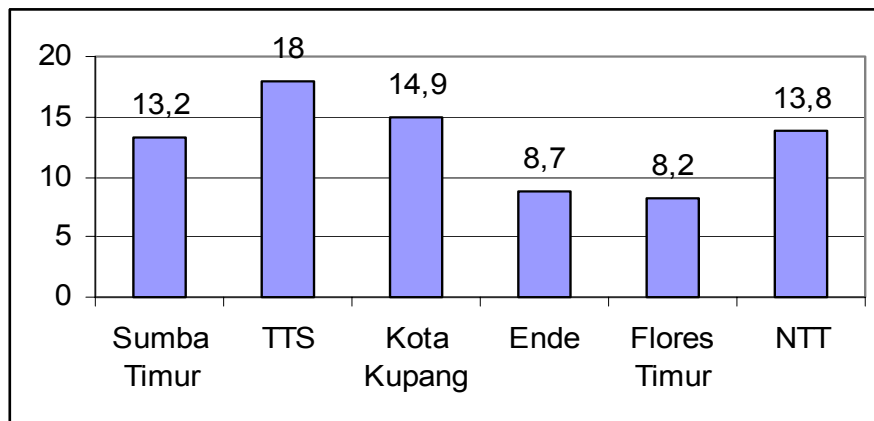
Grafik 7 Jumlah Kasus Gizi Buruk di Propinsi NTT
(Januari-Desember 2005)



Keterangan:

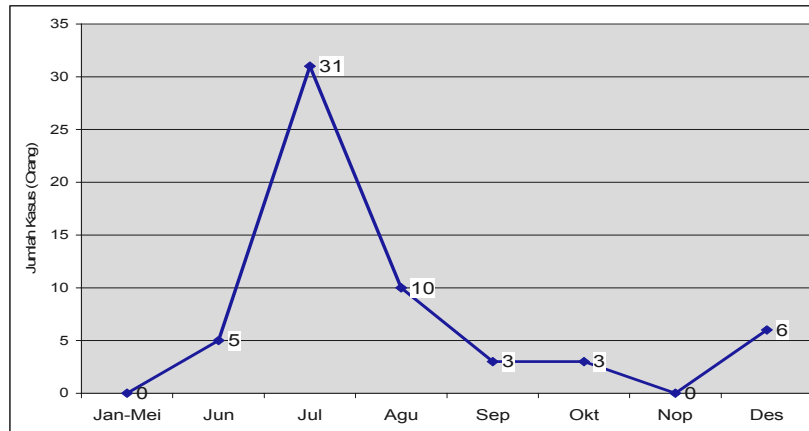
Jumlah kasus gizi buruk seluruhnya: 13.969 balita

Grafik 8 . Prevalensi Gizi Buruk di 5 Kabupaten Propinsi NTT
Hasil Assessment DEPKES - SEAMEO – WFP 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 706 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 9).

Grafik 9. 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. (Lampiran Bagan 1 dan 2 Faktor Penyebab Gizi Buruk)

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.

E. PERMASALAHAN YANG DIHADAPI

- Penemuan kasus masih dihadapkan pada sistem informasi yang belum berjalan secara cepat dan tepat mulai dari Posyandu-Puskesmas-Kabupaten /Kota- Propinsi dan Pusat

- Aktifitas Posyandu yang belum maksimal dalam upaya pemantauan pertumbuhan balita untuk deteksi dini kasus gizi buruk. Hal ini karena antara lain kurangnya kader aktif, kemampuan kader, sarana posyandu dan dukungan masyarakat dalam gerakan Posyandu
- Jangkauan kasus sangat menyebar sehingga petugas sulit dalam mendistribusikan dan memantau MP-ASI/PMT kesasaran.
- Penanganan kasus memerlukan waktu yang cukup lama lebih kurang 4-6 bulan sampai kasus sembuh, sementara keluarga penderita meminta pulang paksa karena terlalu lama dirawat
- Pengetahuan perilaku dan ketrampilan keluarga dalam perbaikan gizi masih kurang
- Kasus Gizi buruk sangat terkait dengan masalah tidak cukupnya persediaan pangan di rumah tangga, pola asuh kurang memadai, dan sanitasi/kesehatan lingkungan kurang baik serta sangat terkait juga dengan rendahnya tingkat pendidikan, pendapatan dan kemiskinan keluarga.

F. UPAYA PENANGGULANGAN

1. 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.

2. 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,-
- Dana dekonsentrasi Perbaikan Gizi Masyarakat tahun 2006 sebesar Rp. 22.573.000.000
- 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.

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 kelas 3 gratis
- Koordinasi penggerakan sumber dana
- Memberikan bantuan beras dan memberikan makanan pendamping ASI, dan makanan tambahan.

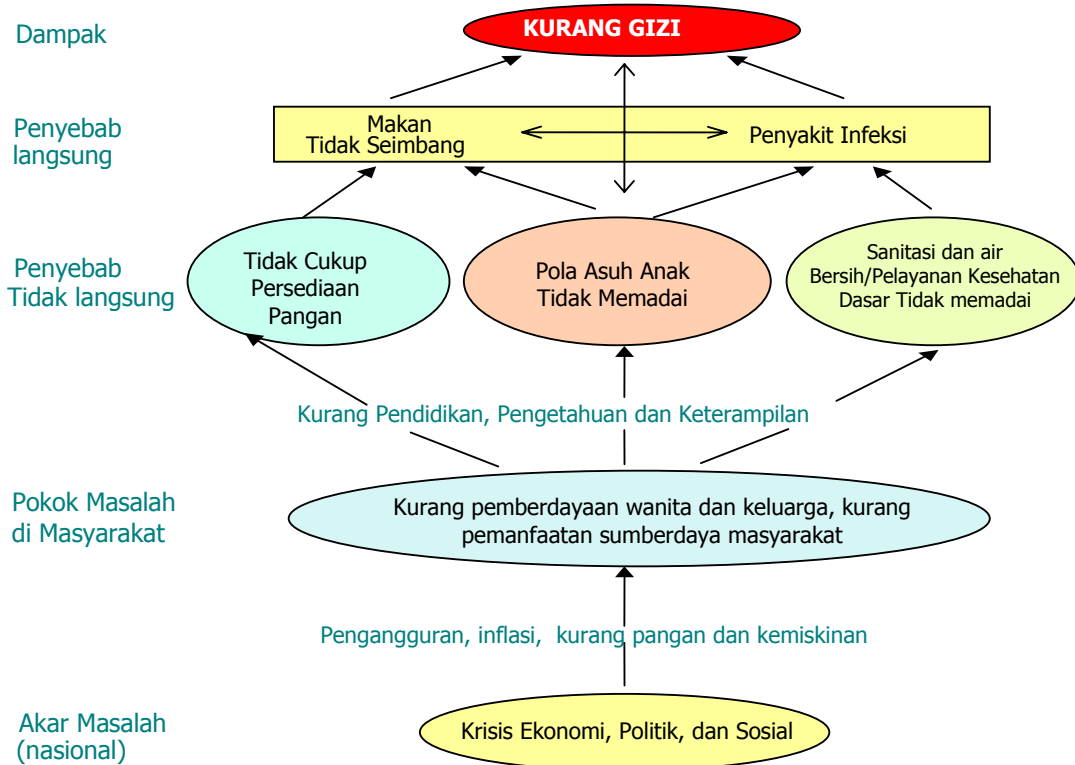
Dukungan Pusat untuk NTT

- 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,-
- Dana dekonsentrasi Perbaikan Gizi Masyarakat tahun 2006 sebesar Rp. 21.424.000.000,--
- 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.

3. Total pembiayaan Program Perbaikan Gizi

- Total pembayaran Program Perbaikan Gizi Tahun 2005 melalui dana dekonsentrasi = Rp. 175 Milyar
- Total pembiayaan Program Perbaikan Gizi Tahun 2006 melalui dana dekonsentrasi = Rp 582 Milyar dan 112,5 Milyar untuk operasional posyandu (UKM) rincian untuk setiap propinsi terlampir.

Bagan 1. Faktor Penyebab Gizi Buruk (Unicef)



Bagan 2. Faktor Penyebab Gizi Buruk dari Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi

