

ANALISIS SITUASI DAN UPAYA PERBAIKAN GIZI BALITA DI TINGKAT KABUPATEN: STUDI KASUS KABUPATEN GARUT TAHUN 2008

(Situational Analysis and Improvement Efforts on Nutrition Status Among Children Under Five in District Level a Case Study in Garut District Year 2008)

Ni Ketut Aryastami¹, Brian Sri Prahastuti¹, Made Asri Budisuari¹

ABSTRACT

Background: Malnutrition is the major public health problem among the underfive years old children as a predisposing cause of child mortality especially at the district of Garut, West Java. Malnutrition and diseases are inter-relating factors affecting children nutritional status and mortality. This study was done to analyze public health problems focusing on mothers and children's health related determinants in the district of Garut, West Java. **Methods:** The design of the study is explorative design through interview and secondary data collection, problems solving and analysis of policy implementation. **Results:** The results of the study were, the prevalence of severe malnutrition is high, namely 5.7 compared to West Java (3.7) and Indonesia (5.4) per 100 underfive children. Based on the three nutrition indicators called weight/age, height/age and weight/height, Garut facing the acute (Weight/age is above 10% of UNHCR standard) as well as chronic (TB/U is above the national prevalence) malnutrition problems. Factors related to the cause of children mortality and severe malnutrition were among others: 1) environment and sanitation (including low birth weight and infectious diseases); 2) behavior (hygiene and immunization), 3) health services provision (early detection, case management, monitoring of child's nutrition and budget allocation for nutrition programs). **Conclusion:** Problem solving for nutrition program has to be innovatively developed at the district level referring to the national goals and strategy. Nutrition intervention to the children only is not enough, but pregnant mothers who are chronically malnourished has to be intervened to prevent low birth weight babies. Indirect intervention at the district level is recommended through strengthening the health and nutrition system involving community, local government as well as inter sectors; as the root of malnutrition problem is broaden over poverty and cultural.

Key words: nutrition intervention, nutrition state at the under-five years old

ABSTRAK

Latar Belakang: Kurang gizi merupakan masalah utama kesehatan pada anak usia di bawah lima tahun (Balita) sebagai predisposing faktor penyebab kematian di Kabupaten Garut, Jawa Barat. Kurang gizi dan penyakit adalah dua faktor yang saling berpengaruh dalam kejadian kurang gizi dan kematian. Studi ini dilakukan untuk menganalisa masalah kesehatan masyarakat dengan mempelajari determinan terkait kesehatan ibu dan anak. **Metode:** Disain studi adalah studi eksploratif melalui wawancara dan analisis data sekunder, pemecahan masalah dan analisa terhadap implementasi kebijakan. **Hasil:** Studi menunjukkan bahwa prevalensi gizi buruk cukup tinggi, yaitu 5,7 bila dibandingkan dengan prevalensi untuk Jawa Barat (3,7) dan Indonesia (5,4) per 100 Balita. Berdasarkan indikator gizi BB/U, TB/U dan BB/TU, kabupaten Garut menghadapi masalah gizi akut (BB/U di atas 10% standar UNHCR) dan masalah gizi kronis (TB/U di atas prevalensi nasional). Faktor terkait penyebab kematian Balita dan masalah gizi di kabupaten Garut antara lain: 1) faktor lingkungan dan sanitasi (termasuk kelahiran BBLR dan penyakit infeksi), 2) perilaku (kebersihan individu dan imunisasi anak), 3) pelayanan kesehatan (deteksi dini, management kasus, monitoring status gizi Balita, alokasi anggaran untuk program kesehatan ibu dan anak). **Kesimpulan:** Pemecahan masalah dalam program gizi harus dikembangkan secara inovatif di tingkat kabupaten dengan mengacu kepada goals dan strategi nasional. Intervensi gizi pada anak saja tidak cukup, tetapi ibu hamil yang mengalami masalah gizi kronik harus sejak awal dideteksi dan diintervensi dalam upaya mencegah terjadinya bayi lahir dengan berat badan rendah. Rekomendasi studi adalah intervensi tidak langsung ditingkat kabupaten, melalui

¹ Peneliti di Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jalan Percetakan Negara 23 A Jakarta 10560
Alamat korespondensi: E-mail: n_aryastami@yahoo.com

penguatan system kesehatan dan gizi dengan melibatkan masyarakat, pemerintah lokal dan sector terkait, sebab seperti telah diketahui akar daripada masalah gizi adalah pada tingkat kemiskinan dan terkait budaya masyarakat.

Kata kunci: *intervensi gizi, status gizi anak Balita*

Naskah Masuk: 15 Februari 2012, Review 1: 23 Februari 2012, Review 2: 23 Februari 2012, Naskah layak terbit: 10 Maret 2012

PENDAHULUAN

Kurang gizi telah membuat ribuan anak di Negara berkembang meninggal dan menderita setiap tahun. Kurang gizi tidak hanya menyebabkan masalah dalam usia muda, tetapi dapat berlanjut hingga masa dewasa. Kurang gizi pada usia muda menyebabkan gagalnya pertumbuhan dengan karakteristik pendek dan atau kurus. Bila kondisi ini tidak diintervensi, maka diusia dewasa kondisi gizi kurang yang bersifat kronis dapat menjadi pemicu timbulnya penyakit degenerative.

Kabupaten Garut merupakan salah satu dari 26 kabupaten terletak di Provinsi Jawa Barat. Luas wilayah kabupaten Garut adalah 3.065,19 km² dengan kepadatan penduduk mencapai 730.1 jiwa/km². Data profil kesehatan menyebutkan bahwa sebanyak 15.5% penduduk tergolong sebagai penduduk miskin, dan memperoleh fasilitas jaminan kesehatan masyarakat melalui Jamkesda.

Beberapa indicator kesehatan di Kabupaten Garut menunjukkan terjadi peningkatan status derajat kesehatan masyarakat secara umum dari tahun 2004 hingga tahun 2008. Usia harapan hidup (UHH) pada tahun 2004 adalah 63,3 meningkat sebesar 1,7% menjadi 64,4 tahun. Telah terjadi penurunan angka kematian ibu (AKI) pada tahun 2001 adalah 264 menjadi 228/100.000 kelahiran hidup. Meskipun sudah mendekati target MDGs yaitu 226/100.000 upaya tetap harus ditingkatkan terutama bila penyebab kematian terkait dengan masalah yang dapat dideteksi lebih awal. Demikian juga dengan angka kematian bayi (AKB), menurun dari 55,9 pada tahun 2004 menjadi 52,4 pada tahun 2008 untuk setiap 1.000 bayi lahir hidup (Dinas Kesehatan Kabupaten Garut, 2009).

Berdasarkan laporan Dinas Kesehatan pada tahun 2006–2007 diketahui bahwa *asfixia* dan *hipotermi* pada BBLR adalah penyebab utama kematian bayi. Selain itu dilaporkan juga bahwa pada tahun 2008 terjadi peningkatan yang tinggi kasus kematian dan kesakitan bayi dengan berat lahir rendah (BBLR).

Berdasarkan laporan Dinas kesehatan, kejadian luar biasa (KLB) gizi buruk menjadi masalah utama pada kelompok anak balita dalam empat tahun terakhir. Hal ini diperkuat dengan data kesakitan kasus tersebut yang juga semakin meningkat dari tahun 2005-2008. Data KLB balita gizi buruk (BB/TB) yang dilaporkan baik dengan gejala klinis dan atau disertai penyakit penyerta selama 3 tahun terakhir berturut-turut (2006-2008) adalah 38,2 dan 31 kasus dengan jumlah kematian 12, 4 dan 4 kasus pada tahun 2008. Hal ini diperkuat dengan data hasil kegiatan bulan penimbangan balita (BPB) Dinas Kesehatan Kabupaten Garut selama kurun waktu yang sama.

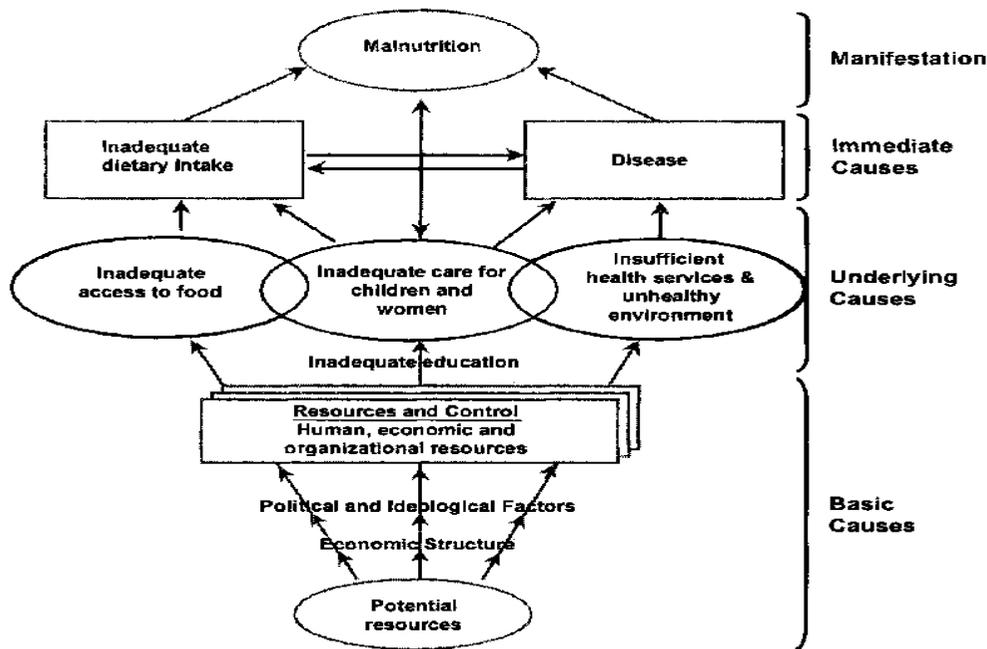
Analisis ini dilakukan untuk dapat memberikan kontribusi terhadap alternative pemecahan masalah dan peningkatan status kesehatan masyarakat khususnya di Kabupaten Garut melalui telaah situasi terhadap masalah terkait kesehatan Balita di Kabupaten Garut. Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji masalah kesehatan dan faktor determinan terkait dengan kesehatan ibu dan anak di kabupaten Garut. Analisis ini diharapkan dapat mengkaji masalah secara komprehensif antara lain penyebab masalah dan keterkaitannya dengan factor lain, determinan yang berkontribusi terhadap terjadinya masalah, strategi dan alternative pemecahan masalah, serta upaya intervensi yang mungkin dilakukan.

METODE

Disain studi adalah studi *explorative* melalui analisis masalah dan implementasi kebijakan penanggulangan masalah gizi dengan menggunakan berbagai data sekunder.

Sampel

Sampel yang digunakan dalam studi ini adalah Kabupaten Garut. Sampel ini dimaksudkan sebagai latar belakang dalam melihat dan menelaah masalah di tingkat kabupaten, yang secara umum intervensi masalahnya relative sama dan mengacu kepada kebijakan dan program yang dirancang oleh pemerintah pusat sebagai regulator.



Gambar 1. Determinan Penyebab Masalah Gizi

Konsep dan Faktor Penyebab Masalah Gizi

Berbagai teori dan kajian telah dilakukan oleh para ahli dalam menelaah masalah gizi dan kesehatan. Dalam teori Blum, status kesehatan dipengaruhi oleh lingkungan, pelayanan kesehatan, perilaku dan factor genetik. Kondisi ini tidak berdiri sendiri dan saling terkait selama masa kehidupan (van Leeuwen, 1999). Selanjutnya, Unicef mengembangkan kerangka penyebab terjadinya masalah gizi dengan menjelaskan keterkaitan masalah gizi dalam berbagai tingkatan factor penyebab seperti tampak dalam diagram 1 (Unicef, 1990).

Penyebab mendasar terjadinya masalah gizi adalah kemiskinan dan keterbatasan sumberdaya alam yang akan mempengaruhi struktur ekonomi masyarakat serta kemampuan politik dalam mengatur dan mengontrol ketersediaan sumber daya (manusia dan alam) yang dimiliki oleh suatu Negara.

Di negara-negara miskin/sedang berkembang keterbatasan sumberdaya berpotensi terhadap rendahnya tingkat pendidikan masyarakat, yang dinyatakan sebagai penyebab tidak langsung masalah gizi masyarakat. Keterbatasan akses pangan, pendidikan yang rendah, keterbatasan fasilitas pelayanan kesehatan, faktor lingkungan serta rendahnya perhatian kepada anak dan wanita menjadi determinan yang saling terkait. Akhirnya, masalah

penyakit dan rendahnya asupan nutrisi secara timbal balik menjadi penyebab langsung rendahnya status gizi masyarakat, baik secara bersamaan ataupun silih berganti dalam lingkaran masalah kesehatan masyarakat.

Kasus gizi buruk muncul sebagai manifestasi adanya masalah gizi di masyarakat. Penyebab langsung terjadinya kasus gizi buruk adalah kurang gizi dan penyakit infeksi. Kurang gizi sebagai akibat tidak cukupnya asupan nutrient dapat menurunkan imunitas tubuh sehingga mudah terserang penyakit infeksi. Sebaliknya, bila anak menderita penyakit infeksi maka anak tersebut dapat menderita kurang gizi terlebih bila asupan nutrient dari makanan tidak mencukupi.

HASIL

Hasil penelusuran informasi untuk Kabupaten Garut tampak, masalah kesehatan berawal dari kelahiran BBLR. Menurut persepsi ibu berdasarkan data Riskesdas 2007 sebesar 30% bayi yang dilahirkan adalah BBLR. Namun persentase kelahiran BBLR berdasarkan data penimbangan tampak tidak ada atau nol. Metode yang digunakan untuk kelahiran BBLR dalam Riskesdas 2007 adalah recall dan melihat catatan dari KMS/buku KIA. Kecil kemungkinan tidak

adanya kelahiran BBLR dilihat dari latar belakang masalah kesehatan di kabupaten Garut, sehingga secara umum kemungkinan ada under-reporting di lapangan.

Gizi buruk merupakan underlying cause penyebab kematian pada Balita. Satu saja Balita yang meninggal akibat gizi buruk (BB/TB) sudah dinyatakan sebagai kejadian luar biasa (KLB). Meskipun jumlah kasusnya menurun dari 12 kasus pada tahun 2006 menjadi 4 kasus pada tahun 2008, kematian akibat gizi buruk di wilayah Kabupaten Garut harus menjadi perhatian pemerintah Kabupaten Garut.

Berdasarkan hasil kegiatan Bulan Penimbangan Balita Dinas Kesehatan Kabupaten Garut, selama 3 tahun terakhir (2006–2008), tercatat prosentase balita gizi buruk (BB/U) berturut-turut 0,87%; 0,92% dan 0,66%. Angka tersebut berada di atas angka toleransi kasus gizi buruk pada balita sebesar 0,5%. Berdasarkan indikator berat badan menurut umur (BB/U), persentase tersebut tampak kecil bila dibandingkan dengan hasil survey nasional (Riskesdas 2007), seperti tampak pada tabel 1.

Tabel 1. Persentase Balita menurut status gizi (BB/U) Riskesdas 2007

	Gizi Buruk	Gizi kurang	Gizi baik	Gizi lebih
Garut	5,7	10,5	79,4	4,5
Jawa Barat	3,7	11,3	81,5	3,5
Indonesia	5,4	13,0	77,2	4,2

Tabel di atas menunjukkan bahwa persentase Balita gizi buruk di Kabupaten Garut lebih tinggi dibandingkan dengan persentase wilayah Jawa Barat maupun Indonesia. Penilaian masalah gizi berdasarkan BB/U hanya dapat mengindikasikan gambaran status gizi balita secara umum dan tidak dapat menggambarkan situasi apakah masalah gizi tersebut bersifat akut atau kronik.

Sementara itu, data KLB balita gizi buruk (BB/TB) yang dilaporkan dengan menggunakan format W1 baik dengan gejala klinis dan atau disertai penyakit penyerta selama kurun waktu yang sama berturut-turut adalah 38, 17, dan 31 kasus dengan jumlah kematian 12, 4 dan 4 kasus pada tahun 2008. Indikator status gizi BB/TB memberikan informasi masalah gizi yang bersifat akut.

Melengkapi informasi tersebut, maka hasil Riskesdas 2007 dapat memperkaya informasi untuk

prevalens status gizi Balita di Kabupaten Garut seperti terlihat dalam Tabel 2.

Berat badan balita dapat dengan cepat menurun apabila asupan kalori tidak dapat mencukupi kebutuhannya, terutama bila anak dalam kondisi sakit, misalnya akibat diare atau kurangnya nafsu makan, sehingga anak akan terlihat kurus dan menderita masalah gizi akut. Dalam kondisi ini anak membutuhkan waktu yang cukup lama untuk bisa mengembalikan status gizinya untuk menjadi baik; dan bila upaya pemulihan ini sulit terkejar, maka Balita akan mengalami masalah gizi kronis.

Seperti telah disebutkan di atas bahwa penyebab utama kematian pada Balita adalah karena faktor kurang gizi dan BBLR. Data dari Dinas kesehatan terkait kematian balita akibat gizi buruk dapat dilihat dalam Tabel 3.

Faktor lingkungan sebagai penyebab utama kematian balita gizi buruk adalah penyakit infeksi. Kejadian penyakit infeksi dapat berawal dari kelahiran BBLR. Data dari Kabupaten Garut menyebutkan 89 dari 152 kasus BBLR meninggal. Kurang dari separuh bayi BBLR survive. Bayi dalam masa pertumbuhannya sangat rentan untuk terserang penyakit infeksi; terutama bila status gizinya sudah buruk (BBLR). Anak yang gizi buruk memiliki imunitas yang lebih rendah sehingga mudah terserang penyakit infeksi; sebaliknya penyakit infeksi dapat juga menjadi awal penyebab rendahnya status gizi balita.

Faktor perilaku terkait dengan pendidikan yang rendah berpotensi terhadap rendahnya upaya masyarakat untuk akses ke fasilitas pelayanan. Meskipun data tentang pendidikan tidak dapat melengkapi analisis ini, namun secara teoritis hal ini dapat dikaitkan dengan rendahnya cakupan imunisasi di Kabupaten Garut. Rendahnya perilaku hidup bersih

Tabel 2. Prevalensi gizi Balita menurut tiga indikator, Riskesdas 2007

	BB/U GIZI (Buruk-Kurang)	TB/U GIZI Kronis (Pendek)	BB/TB GIZI akut (Kurus)	Keterangan
Garut	16,2	41,8	11,0	Akut-kronis
Jawa Barat	15,0	35,4	9,0	-
Indonesia	18,4	36,8	13,6	Akut

Keterangan:

Akut = BB/TB di atas 10% standar UNHCR; Kronis = TB/U di atas prevalens nasional

Tabel 3. Faktor Terkait Penyebab Kematian Balita Gizi Buruk di Kabupaten Garut

No.	Faktor	Proporsi	Keterangan
1	LINGKUNGAN		
	• Prevalensi penyakit infeksi pada Balita	67,66%	Tinggi
	• Kematian akibat BBLR	89/152 kasus	Tinggi
2	PERILAKU		
	• Perilaku Hidup Bersih dan Sehat	23,32%	Rendah
	• Perilaku mencuci tangan	31,9%	Rendah
	• Imunisasi tidak lengkap	67,4%	Riskesdas 2007
3	PELAYANAN KESEHATAN		
	• Deteksi dini kasus gizi buruk dan kurang	16,2%	Riskesdas 2007
	• Penanganan gizi buruk	12%	Tidak adekuat
	• Balita jarang ditimbang	43,7%	Riskesdas 2007
	• Balita tidak memiliki KMS	43,8%	Riskesdas 2007
	• Ketrampilan TPG dalam tata laksana gizi kurang	19%	Rendah
	• Alokasi anggaran kesehatan <15% APBD	1-2%	Sangat rendah
4	FAKTOR GENETIK	–	–

Catatan: Adaptasi dari Teori Blum

dan sehat serta kebiasaan mencuci tangan erat kaitannya dengan pengetahuan dan latar belakang pendidikan masyarakat.

Faktor Pelayanan Kesehatan meliputi ketersediaan fasilitas pelayanan, kecukupan tenaga pemberi pelayanan, kemampuan petugas, alokasi anggaran tampak sebagai komponen terbesar terkait kematian akibat masalah gizi buruk. Deteksi dini dan penanganan gizi buruk yang tidak adekuat berpengaruh langsung terhadap jumlah kematian balita akibat gizi buruk. Kejadian gizi buruk tidak bersifat akut dan membutuhkan proses yang disertai dengan tanda dan gejala penyakit, oleh karena itu bila kemampuan petugas bagus, seharusnya masalah dapat dideteksi sejak dini pada saat kegiatan penimbangan Balita di Posyandu. Bila penyebab mendasar kejadian gizi buruk dapat dideteksi, seharusnya fatalitas kasus gizi buruk tidak terjadi. Intervensi utama untuk balita gizi buruk dapat dilakukan melalui penata-laksanaan kasus gizi buruk termasuk rujukannya; intervensi gizi dengan pemberian makanan tambahan dan pola asuh Balita; intensifikasi kegiatan di Posyandu termasuk pemberian KMS dan penyuluhan gizi kepada Ibu Balita; dan akhirnya, komitmen pemerintah Kabupaten Garut dalam penanganan masalah gizi dan kesehatan yang diwujudkan dalam penalokasian anggaran yang memadai.

PEMBAHASAN

Masalah kesehatan, khususnya masalah gizi merupakan masalah yang disebabkan oleh multi factorial. Masalah gizi dapat menjadi satu lingkaran yang saling terkait dalam siklus kehidupan manusia, dan dapat dimulai pada siklus yang manapun dalam tahapan kehidupan dan berlanjut pada siklus selanjutnya (ACCN/SCN, 2000).

Masalah gizi dapat berawal dari perkembangan janin dalam kandungan dari ibu yang menderita kurang gizi (KEK – kurang energi kronis). Banyak studi yang telah membuktikan bahwa ibu hamil yang mengalami KEK akan melahirkan bayi berat lahir rendah (Gluckman, 2005). Bayi dengan kondisi ini akan sangat rentan terhadap penyakit sehingga membutuhkan waktu dan penanganan yang baik untuk dapat mencapai berat badan normal sesuai umurnya. Hal yang mendasar dalam kondisi ini adalah peranan dan status social ekonomi keluarga dan kemiskinan. Umumnya masyarakat yang tidak mampu dan memiliki tingkat pendidikan rendah sangat rawan untuk memiliki anak yang kurang gizi.

Pertumbuhan dengan BBLR dapat berlanjut menjadi anak yang tumbuh stunting atau pendek pada usia Balita (Barker, 1997). Bila kondisi ini berlanjut, maka anak tersebut akan menjadi remaja

yang tingginya di bawah rata-rata kelompok usianya (Li, 2003). Demikian seterusnya mengikuti siklus kehidupan, hingga remaja ini menjadi seorang ibu. Terlebih bila ibu ini menikah pada masa remaja, dimana kebutuhan gizi untuk dirinya sendiripun belum terpenuhi, dan apabila dia hamil, maka kebutuhannya menjadi dobel dan akan sangat berisiko untuk melahirkan bayi yang BBLR (Anderson, 2010).

Kecenderungan masalah gizi secara nasional telah berhasil diturunkan separuhnya sejak tahun 1989. Pencapaian ini sudah sangat mendekati target pencapaian MDG nasional pada tahun 2015. Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional (Bappenas) menyangkut masalah gizi, menyatakan, tantangan dalam pencapaian MDGs Goal 1 yaitu mengentaskan kemiskinan dan kelaparan dituangkan dalam target dimana setengah dari proporsi penduduk yang rawan menderita kelaparan diturunkan dalam jangka waktu 25 tahun yakni tahun 1990-2015 (Atmawikarta, 2010).

Melihat permasalahan terkait dengan kesehatan Balita di Kabupaten Garut dan strategi kebijakan yang tertuang dalam Goals MDGs, maka upaya peningkatan status gizi masyarakat merupakan salah satu komponen dalam upaya pengentasan kemiskinan yang tertuang dalam Goal nomor 1 MDGs.

Upaya pemecahan masalah untuk tingkat kabupaten harus dikembangkan oleh masing-masing kabupaten (dalam hal ini Kabupaten Garut) dengan mengacu kepada goals dan strategi yang telah dituangkan dalam strategi nasional. Namun, pada dasarnya strategi penanggulangan masalah di lapangan dapat dimulai berdasarkan *evidence based* dan komitmen pemerintah kabupaten Garut itu sendiri dalam meningkatkan status gizi masyarakatnya melalui pengembangan program intervensi kesehatan Balita secara langsung maupun tidak langsung.

a) Intervensi langsung

Intervensi langsung dapat dilakukan melalui pemberian makanan tambahan, yaitu makanan pengganti ASI (MP-ASI) pada bayi. Bila Ibu si bayi mampu menyusui secara eksklusif enam bulan, makanan pendamping SI diberikan setelah bayi berusia lebih dari 6 bulan, tetapi bila ibu mengalami hambatan dalam menyusui (misalnya: ASI tidak cukup), maka susu formula perlu ditambahkan pada bayi, khususnya bayi BBLR.

Pada Balita, pemberian makanan tambahan sebaiknya dijadikan program rutin. Tidak hanya pada Balita gizi kurang/buruk, tetapi seluruh Balita. Kendala dalam hal alokasi anggaran dari pemerintah harus dipecahkan dengan melakukan re-alokasi dan prioritas, khususnya pada Balita dengan status gizi kurang dan buruk, agar tidak sampai mengalami sakit apalagi meninggal.

Pada ibu hamil, terutama ibu hamil yang mengalami kurang gizi kronis (KEK) harus diprioritaskan untuk mendapat makanan tambahan. Selbihnya adalah diberikan penyuluhan gizi dan kesehatan serta suplementasi mikro nutrient, antara lain pil besi, asam folat, kalsium, serta multi vitamin.

Untuk jangkauan yang lebih luas, upaya intervensi langsung dalam pemecahan masalah gizi juga dilakukan di tingkat remaja, yakni mencukupi kebutuhan gizi remaja (misalnya pemberian tablet besi pada remaja puteri) sebagai upaya preventif terjadinya anemia.

b) Intervensi Tidak langsung

Masalah gizi, seringkali berakar dari masalah daya beli dan ketersediaan pangan. Bila masyarakat memiliki daya beli, maka pangan bisa didatangkan. Agar masyarakat memiliki daya beli, maka mereka harus diberdayakan, yaitu dibukakan lapangan kerja. Selayaknyalah pemerintah memikirkan dan melakukan upaya pemecahan masalah yang bersifat menyeluruh dan terpadu antar sector di hulu sehingga dampaknya dapat dirasakan dalam peningkatan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat.

Dari MDGs kita ketahui bahwa pengentasan kemiskinan adalah goal nomor 1, dimana di dalamnya terkait masalah gizi. Goal ini tidak akan pernah tercapai tanpa adanya inisiasi dan penggerakan dari pemerintah, mengingat kebijakan MDGs adalah kebijakan yang mengacu kepada komitmen internasional.

Kegiatan ini membutuhkan integrasi di semua level, baik lintas program maupun lintas sektoral. Implementasi kebijakan di era otonomi membutuhkan komitmen ditingkat kabupaten, khususnya dalam hal formulasi anggaran terkait kesehatan. Kekuatan politik telah mengurangi 'jatah' rakyat untuk memperoleh haknya. Seringkali terjadi ketidak-sesuaian antara kebijakan dan implementasinya di masyarakat, misalnya anggaran kesehatan yang sangat kecil.

Peranan Lintas Sektor dan Unit Pelaksana Teknis

Masalah gizi merupakan masalah yang ditangani oleh Dinas Kesehatan/Puskesmas. Pada dasarnya masalah gizi terjadi sebagai dampak dari masalah kemiskinan, pengetahuan dan factor budaya. Oleh karena masalah gizi merupakan tanggung jawab Dinas Kesehatan, maka perlu adanya advocacy dari Dinas Kesehatan kepada Pemerintah Daerah maupun Dewan Perwakilan Rakyat untuk menaruh perhatiannya (memberikan alokasi anggaran) kepada kesehatan/gizi masyarakat.

Kemampuan petugas pelaksana gizi (TPG) dalam mendeteksi dan menangani kasus gizi buruk harus lebih ditingkatkan. Peningkatan kemampuan petugas seharusnya lebih *cost-efektif* dibandingkan dengan memberikan intervensi/pengobatan kasus gizi buruk.

Intensifikasi intervensi penanggulangan masalah gizi membutuhkan kerjasama program maupun lintas sektoral. Untuk kabupaten Garut, kerjasama ini bisa dalam bentuk saling terintegrasinya upaya menuju satu misi yaitu meningkatkan status gizi masyarakat Garut. Di tahun 1974–1984, dikenal istilah Upaya Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK) yang melibatkan integrasi lintas sector yang sangat intensif dengan kegiatan karang gizinya dan berlanjut menjadi pos pelayanan terpadu (Posyandu) pada tahun 1985. Hal yang baik tidak ada salahnya untuk dilakukan kembali setelah lama tidak berfungsi dan terjadinya perubahan system pemerintahan (Desentralisasi). Keterlibatan sector serta tanggung jawab teknisnya adalah: 1) Bidang Kesehatan, memberikan pelayanan gizi dan kesehatan kepada Balita melalui Puskesmas maupun Posyandu; 2) Bidang Pendidikan, menyelenggarakan pendidikan, penyuluhan serta kegiatan ekstra kurikuler melalui peserta didik untuk dapat mengenal, mengerti dan berperilaku sehat sejak dini. Contoh yang dapat diambil di bidang gizi adalah masyarakat tidak mengkonsumsi garam yodium, yang merupakan program nasional, disebabkan mereka tidak tahu pentingnya yodium dalam garam (Aryastami, 2009). Distribusi informasi melalui pendidikan sangat efektif dalam merubah perilaku seseorang, dimulai dari tingkat dasar dan dipraktekkan menjadi kebiasaan di tingkat keluarga; 3) Bidang Pertanian dan Peternakan, melakukan penyuluhan gizi keluarga dan peningkatan *income generating* melalui upaya pemanfaatan

pekarangan, pemberian bibit (tanaman, ternak, ikan) hingga produksi pangan dan olahan rumah tangga; 4) Bidang Agama, memberikan penyuluhan dan klarifikasi pentingnya kesehatan dan gizi melalui pendekatan budaya dan agama (misalnya menyangkut pantangan/tabu yang dapat merugikan kesehatan); 5) Perkumpulan wanita dan kelompok pengajian melakukan *sharing* dan diskusi-diskusi masalah kesehatan keluarga dan wanita.

Pemberdayaan Masyarakat

Upaya peningkatan kesehatan dan gizi masyarakat dapat dimulai dari tingkat individu, keluarga/rumah tangga maupun komunitas. Di tingkat individu, dapat dimulai dari membiasakan berperilaku hidup bersih dan pola hidup sehat. Misalnya, makan bervariasi, tidak harus mahal tetapi seimbang.

Di tingkat keluarga/rumah tangga, implementasi pola hidup bersih harus dibudayakan. Makan dirumah (bukan jajanan) merupakan salah satu tehnik untuk mendapatkan nutrisi secara benar, seimbang, cukup dan merata antar anggota keluarga. Disamping itu, makan dirumah dapat meningkatkan hubungan komunikasi dan social antar anggota rumah tangga serta menghindari *unsafety* makanan yang berlebihan, antara lain penggunaan penyedap dan *food additive*.

Tingkat komunitas, pemanfaatan sarana komunikasi melalui perkumpulan kelompok seminat (misal: kelompok pengajian, kelompok pensiunan, dll) termasuk pemanfaatan media radio, bulletin maupun selebaran. Kepedulian masyarakat juga perlu ditingkatkan melalui system Dasa Wisma di tingkat R; yaitu membentuk kelompok komunitas untuk setiap 10 rumah tangga agar saling peduli dan saling berinteraksi dalam upaya peningkatan kesehatan anggotanya.

Monitoring dan Evaluasi

Keberhasilan suatu program tidak akan pernah tercapai tanpa adanya upaya monitoring dan evaluasi. Upaya monitoring dan evaluasi terhadap upaya pemecahan masalah gizi dapat dilakukan di semua tingkatan. Di tingkat masyarakat, upaya monitoring dilakukan oleh masyarakat melalui aktifitas dalam Pos Kesehatan Desa. Peranan kader dan penanggung jawab Pos Kesehatan Desa sangat dibutuhkan dalam memberikan informasi tentang kesehatan bayi, balita dan ibu hamil. Komunikasi informasi kesehatan

masyarakat dapat diteruskan secara berjenjang ke tingkat Puskesmas.

Di tingkat Puskesmas, petugas harus bertindak berdasarkan *community oriented* dalam melaksanakan seluruh program dan kegiatannya. Upaya monitoring dan evaluasi di tingkat kecamatan harus dilakukan secara terintegrasi dengan lintas sector; melibatkan camat, lurah, guru, pemuka agama, LSM dan seluruh potensi yang ada di masyarakat.

Di tingkat kabupaten, perlu dibuat komitmen yang lebih tegas mengenai keterlibatan lintas sector dari dinas terkait. Hal ini harus juga diwujudkan dalam pengalokasian anggaran APBD yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan dan kesejahteraan masyarakatnya, bukan sebaliknya, anggaran lebih banyak teralokasi untuk pembangunan fisik dan kebutuhan politik.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Status Balita di Kabupaten Garut tergolong dalam masalah gizi akut dan kronis. Masalah gizi akut pada Balita dapat terjadi akibat adanya penyakit infeksi sehingga menurunkan status gizi Balita atau sebaliknya, diawali dengan status gizi Balita kurang/buruk menyebabkan Balita rawan terkena penyakit infeksi. Untuk itu perlu dilakukan intervensi langsung maupun tidak langsung, yaitu melalui pemberian makanan tambahan (pada penderita gizi kurang) dan makanan tambahan pemulihan disertai dengan pengobatan penyakit terhadap penderita gizi buruk.

Intervensi sebaiknya dilakukan pula pada ibu hamil yang menderita kurang energi kronik dengan memberikan suplemen makro dan mikro nutrient. Bentuk suplemen dapat disesuaikan dengan kondisi wilayah dan ketersediaan bahan setempat. Prinsipnya adalah bahan makanan dapat diperoleh dari wilayah setempat, terjangkau oleh masyarakat dan dapat dikonsumsi. Sedangkan untuk jenis mikro nutrient dapat diberikan berupa multi vitamin dan mineral sesuai dengan kebutuhan selama kehamilan.

Saran

Upaya intervensi secara tidak langsung dilakukan melalui penguatan system pelayanan gizi dan

kesehatan baik lintas program maupun lintas sektoral dan peningkatan upaya pemberdayaan masyarakat. Penanggulangan masalah gizi tidak bisa hanya dilakukan oleh sector kesehatan saja, mengingat akar masalahnya berada di tingkat yang lebih luas: kemiskinan, pendidikan, budaya, ketersediaan pangan dan akses ke pelayanan kesehatan. Untuk itu perlu komitmen yang kuat antara pemerintah local, dan masyarakat melalui keterlibatan wakil rakyatnya.

DAFTAR PUSTAKA

- ACCN/SCN, 2000. Nutrition throughout the Life Cycle. 4th Report on the World Nutrition Situation, Geneva
- Anderson AS, Wrieden AL, 2010. *Teenage pregnancies (Dalam) Maternal-Fetal Nutrition during Pregnancy and Lactation*. Section 3 chapter 12 pp 119–126. (ed. Michael E. Symonds and Margaret M. Ramsay) Cambridge University Press 2010.
- Aryastami NK. Analisis kebijakan penggunaan garam beryodium dalam upaya penanggulangan GAKY di Provinsi Bali dan Kalimantan Tengah. Badan Litbang Departemen Kesehatan, Jakarta 2009.
- Atmawikarta A. Summary of MDGs Report 2010. Presentasi untuk mata kuliah Analisis Kebijakan, Program Doktor FKM UI, November 2010.
- Badan Litbang Departemen Kesehatan RI. Riset Kesehatan Dasar 2007.
- Badan Litbang Departemen Kesehatan RI. Riset Kesehatan Dasar 2010.
- Barker DJP dan Clark PM, 1997. *Fetal undernutrition and disease in later life*. Journals of Reproduction and Fertility Reviews of Reproduction (1997) 2: 105–112.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Garut. Profil Kesehatan Kabupaten Garut 2009.
- Gluckman P, dan Hanson M, 2005. *The fetal matrix: evolution, development and disease*. Cambridge University Press, 2005, pp 8–10.
- Li H, Stein AD, Barnhart HX, Ramakrishnan U, Martorell R, 2003. *Associations between prenatal and postnatal growth and adult body size and composition*. Am J Clin Nutr 2003; 77: 1498–1505.
- Unicef, 1990. Strategy for improving nutrition of children and women in developing countries. New York 1990.
- van Leeuwen JA, Waltner-Toews D, Abernathy T dan Smit B. Evolving Models of Human Health toward an Ecosystem Context. Ecosystem Health, Vol. 5, No. 3, September 1999.