



# Strategi Penanggulangan Gizi Buruk

Sihadi

Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi dan Makanan – Departemen Kesehatan RI Bogor, Jawa Barat

## ABSTRAK

Persentase anak balita gizi buruk di Indonesia pada tahun 2007 sebesar 5,4%. Gizi buruk dapat menyebabkan terganggunya pertumbuhan dan perkembangan fisik, mental dan jaringan otak. Selain itu, mudah terkena penyakit dan berakhir dengan kematian. Strategi penanggulangan adalah dengan memperhatikan prioritas, kemudian perawatan baik secara rawat jalan dan rawat inap bila anak balita sudah menderita gizi buruk. Pencegahan dengan revitalisasi Posyandu, revitalisasi SKPG dan promosi Kadarzi. Semua tadi akan berhasil bila ada komitmen dari Kepala Pemerintah Daerah setempat.

## PENDAHULUAN

Masalah gizi memiliki dimensi luas, tidak hanya masalah kesehatan tetapi juga masalah sosial, ekonomi, budaya, pola asuh, pendidikan, dan lingkungan. Faktor pencetus munculnya masalah gizi dapat berbeda antar wilayah ataupun antar kelompok masyarakat, bahkan akar masalahnya dapat berbeda antar kelompok usia balita.<sup>4</sup>

Hasil survei Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, menunjukkan bahwa persentase anak balita gizi buruk di Indonesia sebesar 5,4%.<sup>1</sup> Walaupun angka ini menurun dibandingkan hasil Susenas tahun 2005 (8,8%), tetapi menunjukkan bahwa anak balita gizi buruk masih menjadi masalah kesehatan masyarakat utama; jika di suatu daerah ditemukan gizi buruk  $\geq 1\%$  maka termasuk masalah berat.<sup>2</sup>

Keadaan gizi kurang, lebih-lebih gizi buruk menurunkan daya tahan tubuh terhadap berbagai penyakit, terutama infeksi. Juga akan mengganggu pertumbuhan dan perkembangan fisik, mental dan jaringan otak yang akan mengurangi kualitas sumber daya manusia Indonesia.<sup>3</sup>

Salah satu cara paling mudah untuk mengetahui keadaan gizi anak adalah berat badan dibandingkan dengan umurnya (BB/U), kemudian dibandingkan dengan standar baku; gizi buruk bila  $Z\_Score < -3 SD$ .<sup>5</sup>

Pada anak gizi kurang tanda khas belum kelihatan kecuali relatif lebih kurus. Pada gizi buruk tanda klinis sudah jelas; dikenal tiga macam gizi buruk, yaitu marasmus, kwashiorkor, dan marasmik-kwashiorkor.

**Marasmus** mempunyai tanda-tanda khas: sangat kurus, badan tinggal tulang terbungkus kulit, wajah seperti orang tua, perut buncit, lekas marah dan mudah rewel, mudah menangis, banyak mengeluh dan selalu kelaparan.<sup>6</sup>

**Kwashiorkor** mempunyai tanda khas edema terutama di kaki dan tangan atau anggota badan lain. Wajahnya sembab, berat badan kurang menurut umurnya, ototnya kendur, tidak nafsu makan, lesu dan terlihat sengsara, wajah bulat, pembesaran hati dan kulit mengelupas.<sup>6</sup>

**Marasmik-kwashiorkor** merupakan kombinasi marasmus dan kwashiorkor, keadaannya sangat berat. Anak menderita oedema, tetapi berat badannya sangat ringan. Tanda-tanda lain wajah bulat, rambut tipis, kulit pecah mengelupas dan terlihat sengsara.<sup>6</sup>

Penyebab gizi buruk pada balita sangat kompleks. Penyebab langsung, anak tidak mendapat gizi seimbang, yaitu Air Susu Ibu (ASI) saat umur 0-6 bulan, dan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang memenuhi syarat saat umur 6-24 bulan. Penyebab langsung lain adalah infeksi, terutama diare, infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) dan campak. Kedua sebab langsung ini saling memperkuat, didorong oleh faktor kemiskinan, kurangnya pendidikan, lingkungan tidak bersih, dan banyaknya anak dengan jarak kelahiran terlalu dekat. Faktor ini dapat menyebabkan anak tidak diasuh dengan semestinya, seperti tidak diberi ASI, tidak dapat menyediakan MP-ASI yang baik, dan tidak dibawa ke posyandu atau pelayanan kesehatan.<sup>7</sup> Keadaan ini akan makin buruk apabila pelayanan kesehatan ibu dan anak di puskesmas dan posyandu tidak baik, sehingga tidak semua anak diimunisasi, pencegahan dan penanggulangan penyakit diare lambat dilakukan, tidak ada penyuluhan kebersihan, kesehatan umum, dan penyuluhan gizi.

## STRATEGI PENANGGULANGAN

Mengingat penyebabnya yang kompleks, penanganan masalah gizi buruk memerlukan pendekatan menyeluruh, meliputi penyembuhan dan pemulihan bagi anak-anak yang sudah bergizi buruk, pencegahan serta peningkatan bagi anak gizi kurang, dan menjaga atau mempertahankan anak gizi normal atau baik.<sup>8</sup>



## A. Prioritas Penanggulangan

Setiap kasus anak gizi buruk hendaknya segera ditangani/dipulihkan, terutama di daerah dengan persentase masalah gizi buruk di atas angka rata-rata nasional (5,4%). (Tabel 1).

Tabel 1. Provinsi dengan Persentase Gizi Buruk di Atas Rata-rata Nasional

No	Provinsi	%
1	Nanggroe Aceh Darussalam	10,7
2	SumateraUtara	8,4
3	Sumatera Barat	5,9
4	Riau	7,5
5	Jambi	6,3
6	Sumatera Selatan	6,5
7	Lampung	5,7
8	Nusa Tenggara Barat	8,1
9	Nusa Tenggara Timur	9,4
10	Kalimantan Barat	8,5
11	Kalimantan Tengah	8,1
12	Kalimantan Selatan	8,4
13	Kalimantan Timur	6,2
14	Sulawesi Tengah	8,9
15	Sulawesi Tenggara	6,8
16	Gorontalo	8,2
17	Sulawesi Barat	10,0
18	Maluku	9,3
19	Maluku Utara	6,7
20	Papua Barat	6,8
21	Papua	6,6

Sumber : Departemen Kesehatan RI.<sup>1</sup>

## B. Pemulihan

### 1. Rawat inap di rumah sakit atau puskesmas

Anak gizi buruk yang secara medis harus dirawat inap, perlu dirawat dan diobati di rumah sakit atau puskesmas rawat inap. Buku bagan tatalaksana anak gizi buruk dari Direktorat Gizi Masyarakat dapat dipakai sebagai acuan.<sup>9</sup> Ada 10 tindakan pelayanan, yaitu : Mencegah dan mengatasi hipoglikemia, mencegah dan mengatasi hipotermia, mencegah dan mengatasi dehidrasi, memperbaiki gangguan keseimbangan elektrolit, mengobati infeksi, memperbaiki kekurangan zat gizi mikro, memberikan makanan untuk stabilisasi dan transisi, memberikan makanan untuk tumbuh kejar, memberikan stimulasi untuk tumbuh kembang, dan mempersiapkan tindak lanjut di rumah.

### 2. Klinik Gizi secara rawat jalan

Setiap anak gizi buruk harus mendapat pelayanan rawat inap baik di rumah sakit atau puskesmas perawatan<sup>9</sup>. Namun, pengalaman di Klinik Gizi Bogor (KGB) yang dikembangkan oleh Puslitbang Gizi Bogor menunjukkan sebagian besar anak balita gizi buruk tanpa tanda kegawatdaruratan medis dapat ditangani secara rawat jalan; hanya sebagian kecil yaitu anak balita gizi buruk dengan penyakit penyerta yang secara medis memang harus dirawat inap.<sup>10</sup>

Manajemen tatalaksana secara garis besar adalah pemberian vitamin A dosis tinggi pada kunjungan pertama, pemberian susu skim, pengobatan penyakit infeksi, pendidikan gizi dan kesehatan kepada orangtuanya setiap kunjungan. Program paket pemulihan berlangsung selama enam bulan meliputi 13 - 18 kali kunjungan.

Klinik Gizi rawat jalan khusus penderita gizi buruk dapat menempati salah satu ruangan puskesmas. Manajemen tatalaksananya dapat mengadopsi pedoman yang dikembangkan KGB. Penanganan gizi buruk model KGB telah dicoba di Puskesmas Bogor Selatan, Kota Bogor, dan di Puskesmas Sukaraja dan Sukamanah, Kabupaten Bogor (2002).<sup>11</sup> Belakangan model yang sama telah diadopsi di Kabupaten Sambas, Provinsi Kalimantan Barat.

## C. Pencegahan

### 1. Revitalisasi Posyandu

Gizi buruk dapat dicegah sedini mungkin karena kasus gizi buruk sebenarnya bukan kejadian mendadak seperti diare, tetapi produk rangkaian kejadian yang memerlukan waktu lama. Di posyandu, penurunan berat badan dapat dipantau setiap bulan, dan bisa langsung ditangani agar tidak menjadi gizi buruk<sup>(3)</sup>. Inilah salah satu manfaat posyandu yang perlu diaktifkan kembali.

Pokok-pokok kegiatan revitalisasi posyandu meliputi<sup>8</sup>:

1. Pelatihan/orientasi petugas puskesmas, petugas sektor lain dan kader yang berasal dari masyarakat setempat.
2. Pelatihan ulang petugas dan kader
3. Pembinaan dan pendampingan kader
4. Penyediaan sarana terutama dacin, KMS/Buku KIA, panduan posyandu, media KIE, sarana pencatatan
5. Penyediaan biaya operasional
6. Penyediaan modal usaha kader melalui Usaha Kecil Menengah (UKM) dan mendorong partisipasi swasta

### 2. Revitalisasi Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG)

Untukantisipasi kerawanan pangan di suatu daerah, sudah ada modelnya yaitu Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG). Tetapi, karena tidak ada kegiatan lintas sektoral, SKPG tidak berjalan. Karena itu pengaktifan SKPG mutlak diperlukan.<sup>4</sup>

Revitalisasi SKPG bertujuan meningkatkan kemampuan masyarakat dan pemerintah daerah melakukan pemantauan terus menerus terhadap situasi pangan dan keadaan gizi masyarakat setempat, untuk dapat melakukan tindakan cepat dan tepat mencegah timbulnya bahaya kelaparan dan kurang gizi, khususnya gizi buruk di tingkat desa, kecamatan dan kabupaten.<sup>8</sup> Pemantapan SKPG harus tetap dilaksanakan pada setiap kondisi baik saat krisis maupun tidak. SKPG yang berjalan baik memungkinkan akses informasi cepat dan benar untuk pengambil keputusan. Masalah kurang pangan/kelaparan dapat segera diantisipasi.<sup>12</sup>



### Promosi Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)

KADARZI adalah keluarga yang mampu mengenal, mencegah dan mengatasi masalah gizi setiap anggotanya.<sup>13</sup> Promosi KADARZI bertujuan dipraktekannya norma keluarga sadar gizi bagi seluruh keluarga di Indonesia, untuk mencegah terjadinya masalah kurang gizi, khususnya gizi buruk. Kegiatan promosi keluarga sadar gizi dilakukan dengan memperhatikan aspek-aspek sosial budaya setempat atau lokal spesifik.<sup>8</sup>

Dengan KADARZI diharapkan setiap anggota keluarga harus mengetahui masalah gizi di dalam keluarganya dan dapat mengatasi masalah dengan menggunakan sumber daya yang ada. Hal ini ditandai dengan; a) kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan bagi semua anggota keluarga termasuk kebutuhan gizi, menjaga kesehatan lingkungan, mencegah infeksi, menyediakan pengasuhan gizi dan kesehatan; b) perilaku keluarga dalam memanfaatkan pendapatan, mendistribusikan pangan di keluarga, memantau pertumbuhan dan perkembangan, memberikan pertolongan awal masalah kelainan gizi, memperoleh pelayanan kesehatan, pertolongan pertama terhadap penyakit infeksi.<sup>12</sup>

Suatu keluarga disebut KADARZI jika telah berperilaku gizi baik yang dicirikan minimal dengan:<sup>13</sup>

1. Menimbang berat badan secara teratur
2. Memberikan Air Susu Ibu (ASI) saja kepada bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan (ASI eksklusif)
3. Makan beraneka ragam
4. Menggunakan garam beryodium
5. Minum suplemen gizi (tablet tambah darah, kapsul vitamin A dosis tinggi) sesuai anjuran

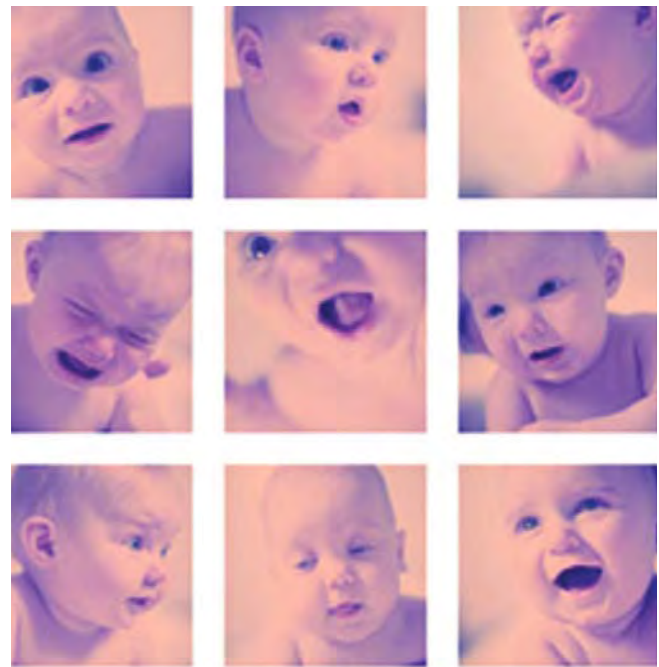
### Komitmen Kepala Pemerintah Daerah

Melihat kompleksitas faktor penyebab masalah gizi, maka penyelesaian masalahnya perlu pendekatan bersama semua sektor terkait, dipimpin oleh kepala pemerintah daerah sebagai penanggung jawab.

Semua upaya ini akan sukses bila ada komitmen dari kepala pemerintah daerah setempat, mengingat kesehatan merupakan salah satu program yang telah didesentralisasikan, sehingga pelaksana program kesehatan termasuk gizi buruk secara langsung adalah Pemerintah Daerah.

### SIMPULAN

Persentase gizi buruk di Indonesia sebesar 5,4%. Gizi buruk dapat menyebabkan terganggunya pertumbuhan dan perkembangan fisik, perkembangan mental dan jaringan otak. Di samping itu, mudah terkena penyakit dan berakhir dengan kematian.



Oleh karena penyebab gizi buruk pada balita sangat kompleks, maka strategi penanggulangannya harus menyeluruh, meliputi :

- Setiap kasus gizi buruk harus mendapat prioritas penanganan, dan daerah dengan persentase balita gizi buruk lebih tinggi dari rata-rata nasional hendaknya mendapat perhatian khusus.
- Balita yang sudah terlanjur gizi buruk hendaknya mendapat perawatan pemulihan baik secara rawat inap maupun dengan rawat jalan.
- Proram pencegahan gizi buruk hendaknya lebih digiatkan lagi seperti revitalisasi posyandu, revitalisasi SKPG dan promosi keluarga sadar pangan dan gizi.

### DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan RI. Laporan hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2007. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI 2008
2. Direktorat Gizi Masyarakat. Buku panduan pengelolaan program perbaikan gizi Kabupaten/Kota. Jakarta : Departemen Kesehatan 2000
3. Sihadi. Anak gizi buruk, tanggung jawab siapa?. Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan 2000, 10(1):54-56
4. Sihadi. Rajin ke Posyandu, cegah gizi buruk. Kompas, 10 Juni 2005
5. Keputusan Menteri Kesehatan RI. No: 920/Menkes/SK/VIII/2002 tentang klasifikasi status gizi anak bawah lima tahun (Balita).
6. King FS, Burgess A. Nutrition for developing countries. New York:Oxford University Press, Inc, 1993
7. Martianto D. Meluruskan pemahaman masyarakat tentang busung lapar. Prosiding Lokakarya Nasional II Penganekaragaman Pangan : Rekonstruksi Kelembagaan Sosial Penanganan dan Pencegahan Rawan Pangan dan Gizi Buruk. Bogor:Forum Kerja Penganekaragaman Pangan 2006
8. Departemen Kesehatan RI. Rencana aksi nasional pencegahan dan penanggulangan gizi buruk tahun 2005-2009. Jakarta: Departemen Kesehatan 2005
9. Direktorat Gizi Masyarakat dan USAID. Buku bagan tatalaksana anak gizi buruk. Jakarta:Departemen Kesehatan RI 2003
10. Sihadi. Gizi buruk pada balita. Majalah Kedokteran FK-UKI 2007, 25(4):167-172
11. Sihadi. Benarkah Puslitbang Gizi beralih fungsi? Harian Radar Bogor, 10 Mei 2006
12. Azwar A. Aspek kesehatan dan gizi dalam ketahanan pangan. Prosiding Widyakarya Nasional Pangan Gizi VIII. Jakarta:LIPi 2004
13. Direktorat Bina Gizi Masyarakat. Pedoman strategi KIE keluarga sadar gizi (KADARZI). Jakarta: Departemen Kesehatan 2007