HASIL UJI KELAYAKAN KASUS GIZI BURUK SEBAGAI INDIKATOR KEJADIAN LUAR BIASA KURANG PANGAN DI MASYARAKAT

Syarifudin Latinulu; Vita Kartika dan Basuki Budiman

ABSTRACT

RESULTS FROM FEASIBILITY STUDY ON THE SEVERE MALNOURISHED CASES AS AN INDICATOR OF OUTBREAK OF FOOD SHORTAGES IN THE COMMUNITY

Background: Outbreak of marasmus, kwashiorkor, and Marasmic-kwashiorkor on children underfive years old in Indonesia have been reported on the late of 1998. Those cases assumed as the impact of economic crises since the middle of 1997's. It was stated by the Ministry of Health that if there is a malnourish child found in one area, the people on the surrounded have been suffer from a lack of food

Objective: The Feasiblity study on cases of marasmus and/or kwashiorkor as an indicator of outbreak of a lack of food consumption in the area sorrunding was carried out in the District of Bandung, Cirebon, Karawang, and Cianjur, west Java, 1999.

Method: 66 villages were chosen purposively based on a present of marasmus and/or kwashiorkor in that areas according to the result of sweeping to the all areas and month-weighing program (Mei-June 1999). There were 81 children identified suffer from Marasmus/Kwashiorkor/Marasmic-Kwashiorkor.

Of the 81 cases in 66 villages confirmed were found 56 marasmus, 4 kwashiorkor, 9 marasmic-kwashiorkor, 12 severe degree of malnutrition, and 4 children was passed out without clinical symptom/signs.

The main data collected were M, K, and MK, nutritional status data in Posyandu, and social economic status of the household sample of the poor sorrounding the cases, and food consumption of the household samples.

Results: The results were 16 villages (30,7%) as the malnourished villages, although no consumption pattern changes. Marasmus, Kwashiorkor, or Marasmic-Kwashiorkor no longer used as an indicator of a lack of food consumption in the areas. These because (a) Marasmus and kwashiorkor already happened long-time before the outbreak cases reported, (b) Some of marasmic or kwashirkor children not belong to the poor community.

72,5 % cases were belong to the children below two years old, and the largest belongs to children below 18 months old. **[Penel Gizi Makan 2000,23: 48-57]**

Key Words: *nutritional outbreak, marasmus, kwashiorkor, food consumption of the poor*

PENDAHULUAN

Masalah gizi utama yang melanda Indonesia lima tahun terakhir ialah masalah KEP (kurang energi protein). Masalah KEP ini adalah masalah gizi yang banyak dijumpai di negara-negara berkembang (1). Faktor penyebab masalah KEP ini sangat kompleks, karena merupakan interkasi negatif dari berbagai faktor, yaitu: faktor sosial ekonomi, ketersediaan pangan, daya beli, dan budaya (2, 3). Karena itu, cara penanggulangannya pun menjadi sangat kompleks sehingga dibutuhkan pendekatan multi disiplin ilmu maupun multi metode.

Pada akhir tahun 1998, di beberapa wilayah propinsi di Indonesia seperti Propinsi Sumatera Barat, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Sulawesi Selatan, dan Lampung telah ditemukan kasus KEP pada tingkat yang sangat parah yang dikenal sebagai marasmus (M) atau kwashiorkor (K) atau marasmik-kwashiorkor (MK)(4-11). Tidak semua kasus tersebut dapat terselamatkan jiwanya meskipun sempat dirawat di rumah sakit atau puskesmas perawatan. Sampai pada tahun 1999 terdapat 418 anak di antara 24000 kasus marasmus dan atau kwashiorkor yang dilaporkan (12). Dibutuhkan upaya peningkatan dan penajaman perencanaan program gizi dengan meningkatkan kualitas informasi gizi yang mutakhir pada setiap situasi dengan menggalakkan perencanaan dari bawah sesuai dengan PP no. 7 tahun 1987 (13) melalui momentum otonomi daerah.

Pada tahun 1999 terdapat 1,7 juta anak gizi buruk dari 6 juta yang dikategorikan gizi kurang. Berdasar pada angka ini dan intensitas kejadian dan besar dampak yang ditimbulkan, Menteri Kesehatan menetapkan sebagai kejadian luar biasa (KLB) jika ditemukan satu atau lebih anak marasmus atau kwashiorkor (12) yang memberi indikasi bahwa masyarakat di sekitar tempat tinggal anak tersebut telah mengalami kekurangan pangan.

Program pelacakan gizi buruk yang disertai buku panduan penanganan dan perawatan kasus marasmus/kwashiorkor (14) merupakan suatu upaya untuk mengetahui besar dan luasnya masalah sekaligus menanggulanginya. Tidak salah jika KEP disebut sebagai penyakit kemiskinan (15). Masyarakat miskin, khususnya di perkotaan dicirikan sebagai kelompok masyarakat yang tidak dapat memenuhi kebutuhan makan atau gizi dan tidak memperoleh

jasa pelayanan kesehatan karena daya belinya sangat rendah. Jadi penduduk miskin kurang mampu menggunakan sarana sosial yang disubsidi pemerintah, seperti sekolah negeri atau puskesmas (16).

Masalah gizi buruk ini mendapat perhatian khusus dari pemerintah karena merupakan faktor penentu kualitas sumberdaya manusia (SDM) generasi berikutnya (tahun 2025). Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) dan JPS lainnnya (14) menunjukkan kepedulian pemerintah dalam penanggulangan masalah secara lebih efektif, lebih terarah dan tepat sasaran. Di antara indikator yang digunakan sebagai petunjuk penyaluran bantuan pangan dan gizi adalah adanya kasus balita gizi buruk.

Oleh karena itu, pada tahun 1999/2000 telah dilakukan Penelitian Uji Layak Gizi Buruk sebagai indikator kejadian luar biasa kurang pangan di masyarakat.

METODE

Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ditentukan berdasarkan laporan kasus gizi buruk dari Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat. Berdasarkan laporan tersebut dipilih 4 kabupaten, yaitu kabupaten Bandung, Cianjur, Karawang dan Cirebon. Dari hasil penelusuran laporan kasus gizi buruk di 4 kabupaten tersebut diperoleh sebanyak 116 desa dan 36 kecamatan. Namun, setelah dilakukan konfirmasi di Puskesmas dan mencek langsung keadaan kasus ke rumahnya, ternyata hanya ada 66 desa yang mempunyai kasus gizi buruk.

Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah anak balita KEP berat yang terlaporkan dengan status gizi buruk (kasus) dalam kurun waktu antara bulan Desember 1998 s/d *Juni 1999*. Data tersebut diperoleh dari Dinkes Dati I Jawa Barat yang merupakan hasil penimbangan rutin balita di posyandu dan data hasil bulan penimbangan *balita pada Mei-Juni 1999* melalui laporan puskesmas, serta rumah sakit atau tempat pelayanan kesehatan lainnya. Selain itu juga ditentukan sampel keluarga *miskin* (gakin) yang ada di sekitar rumah kasus yang ditemukan. Penentuan keluarga miskin tersebut berdasarkan pada laporan petugas kesehatan dari Puskesmas yaitu keluarga yang memiliki kartu sehat dan mendapat bantuan makanan tambahan dari program JPS-BK. Jumlah sampel gakin yang dicakup adalah 20 keluarga perdesa.

Kebenaran data dikonfirmasi secara bertahap dari tingkat propinsi sampai tingkat rumah tangga. Konfirmasi dilakukan untuk menyakini apakah anak tersebut benar marasmus/kwashiorkor atau menderita KEP-tingkat berat tanpa gejala klinis. Konfirmasi tahap pertama dilakukan pengecekan *data di Dinas* Kesehatan Kabupaten, di puskesmas, dan terakhir adalah kunjungan ke rumah masing-masing anak yang diduga kuat menderita *marasmus atau* kwashiorkor. Identitas anak gizi buruk dicatat untuk memudahkan kunjungan konfirmasi data ke rumah-rumah.

Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kros-seksional yang bersifat kualitatif.

Data yang Dikumpulkan

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini meliputi data yang berkaitan dengan kejadian marasmus/kwashiorkor dan data yang berkaitan dengan perubahan pola konsumsi gakin di sekitar tempat tinggal kasus. Data tersebut meliputi: data kasus gizi buruk, data sosial ekonomi rumahtangga kasus, dan data konsumsi pangan rumah tangga miskin di wilayah posyandu kasus.

Data primer diperoleh dengan cara wawancara dan pengamatan; sedangkan data sekunder diperoleh dengan menyalin data yang dibutuhkan ke dalam formulir yang sudah disediakan untuk itu. Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dari Puslitbang Gizi, Sie Gizi Dinkes Dati I, dan Kanwil Depkes Jawa Barat serta dibantu oleh tenaga daerah (Dinkes Kabupaten, TPG Puskesmas dan Pendamping Desa, yaitu Bidan desa atau Ketua *Kader*).

Cara Pengumpulan Data

Data kasus gizi buruk diperoleh dari laporan pelayanan kesehatan dan gizi, Puskesmas, Rumah *Sakit dan bidan desa/posyandu. Kasus gizi buruk* adalah sampel penelitian yang mempunyai berat badan dibawah 60% median baku-WHO. Selanjutnya kasus *gizi buruk yang telah diperoleh tersebut* diidentifikasi tanda-tanda klinis yang menyertai berdasarkan jenis kasusnya, yaitu marasmus, kwashiorkor dan marasmik kwashiorkor.

Data status gizi balita enam bulan terakhir, termasuk pada saat terjadi kasus gizi buruk diperoleh dari hasil penimbangan bulanan di posyandu.

Data keadaan sosial ekonomi rumahtangga kasus dikumpulkan dengan pengamatan dan wawancara kepada ibu-ibu balita dari rumah ke rumah. Demikian pula data kesakitan anak satu bulan terakhir dari waktu kunjungan diperoleh dari hasil wawancara ibunya dan keterangan dari paramedis (bidan/perawat) yang menangani kasus tersebut.

Data konsumsi pangan keluarga miskin dikumpulkan dengan wawancara responden ibu dan pengecekan ketersediaan bahan pangan yang dikonsumsi. Data dikumpulkan atas asumsi bahwa kejadian kasus gizi buruk tingkat parah di berbagai daerah di Indonesia disebabkan oleh konsumsi makanan yang kurang. Jadi untuk menguji seberapa jauh kejadian satu kasus anak marasmus atau kwashiorkor dapat dijadikan sebagai indikator kekurangan pangan masyarakat di sekitar tempat tinggal kasus. Pertanyaan diarahkan untuk memperoleh gambaran perubahan pola/frekuensi makan sehari, jenis makanan, dan jumlah yang dimasak satu hari. Dikatakan mengalami perubahan konsumsi pangan pokok jika pada Gakin tersebut terdapat perubahan jenis makanan pokok ke makanan pokok lain (beras ke non-beras) atau berkurangnya frekuensi makan atau jumlah yang dimakan.

Cara Mengkonfirmasi Kasus dan Masalahnya

Data gizi buruk yang diperoleh pada tingkat propinsi dikonfirmasi kebenarannya di Dinas Kesehatan Kabupaten dan memberikan hasil yang sama dengan data di kabupaten dengan data di tingkat Propinsi. Selanjutnya konfirmasi dilakukan pada tingkat puskesmas dan terakhir konfirmasi ke rumah-rumah kasus di desa-desa. Hasil konfirmasi di beberapa puskesmas menunjukkan data yang berbeda dengan data di tingkat kabupaten. Demikian juga dengan data di di beberapa desa berbeda dengan data dari puskesmas.

Masalah yang sering ditemukan adalah kesalahan dalam mengidentifikasi kasus gizi buruk. Hal ini terjadi disebabkan oleh beberapa hal, yaitu (1) Petugas bidan di desa tidak mencek kembali laporan dari kader sebelum diteruskan pelaporannya ke puskesmas; (2) tidak ada upaya bagi sebagian Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) untuk mengkonfiramsi kebenaran laporan yang diterima sebelum laporan tersbut diteruskan ke Dinas Kesehatan Dati II atau Dati I; (3) kesulitan menemukan kasus, dan kesalahan umur, (4) salah interpretasi penentuan Gizi buruk akibat penggunaan KMS-baru dengan kurva bawah garis merah (BGM) kurang dari 70 % baku WHO, yang selama ini menggunakan KMS lama (berat badan menurut umur <60% baku-WHO) jadi ada perbedaan persepsi tentang gizi buruk, dan (5) petugas yang terampil belum merata ditambah volume kegiatan yang banyak.

Berdasarkan pengakuan tenaga TPG di suatu puskesmas data hasil penimbangan balita dikirim ke Dinas Kesehatan Tingkat II sebelum semua data indifidu anak dikonfirmasi/divalidasi. Kelalaian petugas melakukan validasi data sebelum dikirim tampaknya karena keterbatasan waktu yang diberikan, khususnya pada bulan penimbangan, yaitu hanya seminggu setelah akhir jadwal penimbangan balita di posyandu. Di pihak lain jumlah data yang harus dicek kebenarannya berdasarkan kriteria dalam buku pedoman penanganan gizi buruk dari Depkes sangat banyak menyita waktu padahal jumlah tenaga yang terbatas; satu atau dua orang TPG yang merangkap tugas lain di puskesmas. Di puskesmas lain, seorang TPG menyatakan karena wilayah kerjanya luas maka belum semua bidan di desa atau ketua kader "dilatih" melakukan validasi data hasil penimbangan balita di posyandu dengan menggunakan standar/baku antropometri seperti yang tercantum dalam buku pedoman di atas. Konfirmasi dilakukan dengan menggunakan buku "Pedoman Tatalaksana KEP pada anak di rumah sakit kabupaten/kota". Depkes 1998. Hasil konfirmasi yang kedua dipaparkan pada Tabel 1.

Kesalahan seperti di atas menyebabkan anak gizi baik, bahkan kegemukan, diidentifikasi sebagai anak gizi buruk karena kesalahan umur. Misalnya anak umur 7 bulan dilaporkan sebagai anak beumur 17 bulan. Yang paling ekstrim ialah ada anak yang tercatat dalam data kasus gizi buruk, namun setelah dilakukan konfirmasi ternyata kasus tersebut tidak dapat dilacak sesuai dengan data yang dilaporkan karena kasus tidak dikenal di desa atau dusun/kampung yang dianyatakan sebagai alamat kasus. Kasus yang demikian adalah kasus yang ditangani langsung di rumah sakit dan kasus yang meminjam alamat saudaranya yang ada di desa lain. Jika ditemukan kasus yang tidak dikenal di dusun/kampung sesuai alamatnya, maka peneliti mencari kasus baru ke tempat lain dalam wilayah itu atau bahkan ke desa lain.

Pengolahan dan Analisis Data

Data berat badan anak dikumpulkan untuk memperoleh gambaran status gizi, yang diolah

dengan menggunakan program NUTRSOFT yang dikembangkan Puslitbang Gizi (17). Informasi unik dari kasus gizi buruk yang berkaitan erat dengan kurang pangan tingkat masyarakat juga dipelajari.

Analisa data diarahkan untuk mendapatkan kepastian apakah kasus gizi buruk berkaitan dengan kejadian luar biasa kurang pangan di wilayah posyandu atau desa. Data dianalisis secara deskriptif kualitatif dan atau kuantitatif.

HASIL DAN BAHASAN

Jumlah Kasus yang Ditemukan

Dari 116 desa yang terlaporkan ternyata ada 66 desa yang mempunyai kasus balita gizi buruk. Dari 66 desa tersebut, ditemukan sebanyak 69 kasus balita gizi buruk. Distribusi kasus menurut klasifikasi klinis di masing-masing kabupaten disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1
Distribusi Kasus Menurut Desa dan Kabupaten di Jawa Barat, 1999

Kabupaten	Jml. Kecamatan	Jml. Desa		Jumlah kasus					
		Kofirmasi	Kasus	M	K	MK	GBRK	Meninggal	Total
CIANJUR	11	20	20	16	2	2	6	2	26
BANDUNG	12	30	17	12	-	3	3	-	18
CIREBON	10	40	19	19	1	1	1	2	22
KARAWANG	3	26	10	9	1	3	2	-	15
JUMLAH	**36**	**116**	**66**	**56**	**4**	**9**	**12**	**4**	**81**

M = *marasmus* MK = Marasmik kwashiorkor
K = Kwashiorkor GBRK = Gizi buruk

Hasil validasi data kasus gizi buruk ke keluarga kasus ternyata hanya 81 anak yang benar kasus dari 93 anak balita yang diidentifikasi sebagai penderita gizi buruk. Selebihnya, terdapat 12 anak bukan kasus, yaitu 7 anak salah umur, satu anak yang tidak ditemukan/tidak ada dan 4 anak sudah meninggal (2 kasus di Kabupaten Cianjur dan 2 kasus di Kabupaten Cirebon)

Pada Tabel 1 tampak bahwa sebagian besar atau 56 dari 69 kasus yang tergolong marasmus, 9 marasmik kwashiorkor, dan 4 kwashiorkor berdasarkan tanda-tanda klinis yang menyertai kasus. Jumlah kasus marasmus tertinggi terdapat di Kabupaten Cirebon yaitu sebanyak 19 kasus (23,2%) dan di Kabupaten Karawang 9 kasus (10%). Jumlah kasus kwashiorkor 4 kasus (4,9%), yaitu 2 kasus di Cianjur, dan masing-masing 1 kasus di Cirebon dan Karawang. Kasus dengan tanda-tanda klinis marasmik-kwashiorkor sebanyak 9 kasus dengan sebaran masing-masing 3 kasus di Kabupaten Bandung dan Karawang, 2 kasus di Cianjur dan 1 kasus di Cirebon, sedangkan 12 anak yang lain adalah kasus gizi buruk tanpa tanda-tanda klinis, tertinggi terdapat di Kabupaten Cianjur yaitu 6 kasus, 3 kasus di Kabupaten Bandung, 2 kasus di Kabupaten Karawang dan 1 kasus di Kabupaten Cirebon.

Karakteristik Kasus

Usia dan jenis kelamin

Berdasarkan jenis kelamin kasus maka terdapat 47 (58%) laki-laki dan 34 (42%) perempuan (Tabel 2). Jumlah kasus laki-laki terbanyak ditemukan di Kabupaten Cianjur (35%), sedang kasus perempuan terbanyak ditemukan di Kabupaten Cirebon (35%).

Dilihat dari segi usia anak maka yang terbanyak menderita gizi buruk marasmus, kwashiorkor atau marasmik-kwashiorkor adalah anak usia dibawah 2 tahun atau usia kurang dari 24 bulan, yaitu 50 (61,7%) dari 81 kasus atau 72,5 % dari 69 kasus. Kemudian, anak usia antara 24-35 bulan sebanyak 17 anak (21,0%) dan selebihnya anak usia kurang dari 3 tahun.

Tabel 2
Distribusi Kasus Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten, 1999

Kabupaten	Jenis kelamin		
	Laki-laki	Perempuan	Total
CIANJUR	16	10	26
BANDUNG	11	7	18
CIREBON	10	12	22
KARAWANG	10	5	15
JUMLAH	**47**	**34**	**81**

Dari beberapa penelitian ditemukan bahwa masalah gizi mulai muncul pada balita usia sesudah enam bulan, baik di daerah perkotaan maupun di pedasaan. Bahkan telah diketahui bahwa usia tujuh bulan dianggap sebagai " titik awal " timbulnya masalah KEP (15). Pada penelitian ini usia termuda dari 81 kasus yang ditemukan adalah 7 bulan yaitu sebanyak 4 kasus dan terbanyak adalah pada usia antara 12-24 bulan (Tabel 3). Hal ini dapat dimengerti karena pada kelompok usia tersebut sebagian anak sudah mulai disapih tanpa diimbangi dengan pemberian makanan tambahan yang memadai.

Tabel 3
Distribusi Kasus Menurut Usia dan Kabupaten, 1999

Kabupaten	Kelompok usia (bulan)					
	0-11	12-23	24-35	36-47	>=48	Total
CIANJUR	2	11	6	3	4	26
BANDUNG	3	9	4	1	1	18
CIREBON	5	13	2	2	-	22
KARAWANG	1	6	5	1	2	15
JUMLAH	**11**	**39**	**17**	**7**	**7**	**81**

Tabel 4
Distribusi Kasus Menurut Usia Terjadinya KEP Berat dan Kabupaten
Berdasarkan Jawaban Ibu Balita, 1999

Kabupaten	Usia terjadinya kasus (bulan)						
	0-5	6-11	12-17	18-23	24-35	Tdk jawaban	Total
CIANJUR	3	3	2	2	2	11	26
BANDUNG	5	6	1	-	3	3	18
CIREBON	9	5	3	2	-	3	22
KARAWANG	2	3	4	-	1	4	15
JUMLAH	**19**	**17**	**11**	**4**	**6**	**21**	**81**

Jika dilihat dari faktor usia maka ada 51 anak (63,0 %) dari 81 anak yang mengalami gizi buruk (BB/U <60 % baku WHO) pada usia dibawah dua tahun; seperti yang tampak pada Tabel 4. Di antaranya terdapat 41 anak (58,0 %) yang berusia kurang dari 18 bulan. Lebih spesifik lagi terdapat 19 (23,4 %) anak yang mulai menderita gizi buruk usia dini, yaitu usia 5 bulan. Sebaliknya, jumlah 21 anak (25,9 %) yang tidak diketahui usia saat mulai mengalami gizi buruk karena orang tuanya tidak dapat memberikan jawaban yang tepat, terutama kasus lama tapi baru dilaporkan atau terjaring pada saat pelacakan atau bulan penimbangan – Mei 1999.

Dari 81 anak yang menderita gizi buruk marasmus/kwashiorkor, atau marasmik-kwashiorkor, hanya 26 anak yang pernah dirawat di tempat pelayanan kesehatan, yaitu 23 anak di rawat di Rumah Sakit, dan 3 anak dirawat di Puskesmas. Sedangkan sisanya hanya rawat jalan di rumah. Sebenarnya, orang tua kasus mau anaknya dirawat di rumah sakit, tetapi mereka tidak bisa menunggui /menjaga perawatan anaknya, karena keluarga di rumah (anak-anak yang lain dan suami) tidak ada yang merawatnya.

Morbiditas kasus pada saat kunjungan

Dari hasil wawancara diketahui bahwa terdapat 68 kasus (84 %) yang sering sakit-sakitan dalam sebulan terakhir menurut pengakuan ibu balita. Di antara yang sering sakit-sakitan masih terdapat 45 kasus yang dalam keadaan sakit pada saat kunjungan wawancara. Pada Tabel 5 terlihat bahwa pada umumnya anak menderita ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Atas) yaitu 29 (35,8 %) anak, diduga 11 (13,6 %) anak pneumonia dan atau asma, dan 2 anak menderita diare.

Tabel 5
Distribusi Kasus Berdasarkan Jenis Penyakit yang Diderita, 1999

Kabupaten	Jenis Penyakit							
	Sehat	ISPA	Diare	TBC	Kejang	Bisul	Asma	Total
Cianjur	12	10	1	2	1	-	-	26
Bandung	8	7	-	-	-	-	3	18
Cirebon	8	9	-	2	-	1	1	22
Karawang	8	3	1	-	-	-	3	15
Total	**36**	**29**	**2**	**4**	**1**	**1**	**7**	**81**

Berkaitan dengan keadaan kesakitan anak tersebut hanya sebagian kecil (13 atau 16,4 % dari 79 keluarga kasus) yang tidak pernah berobat ke tempat pelayanan kesehatan. Mereka menyatakan hanya menggunakan obat warung jika anaknya sakit. Sebaliknya, seperti yang terlihat pada Tabel 6, terdapat 83,6 % ibu yang menggunakan tempat pelayanan kesehatan, yaitu berobat ke puskesmas ada 37 keluarga (46,8 %), ke bidan 19 keluarga (23,4 %), ke dokter dan rumah sakit sebanyak 9 keluarga, ke mantri 2 dan ke dukun 1 keluarga. Anak yang diobati di rumah sakit ini kemungkinan adalah kasus gizi buruk (M, K, atau MK), yang dirujuk dari puskesmas.

Berdasarkan hasil wawancara dengan orangtua kasus, ada beberapa faktor penyebab anak menjadi kasus gizi buruk. Dari 79 ibu kasus yang diwawancara ternyata ada 62 ibu (78,5 % ibu) dan lainnya (17 ibu) menyatakan tidak mengetahui penyebab anaknya menjadi gizi buruk. Terdapat sebagian dari orangtua kasus yang percaya bahwa penyebabnya adalah takdir dan sawan (kesambet).

Tabel 6
Distribusi Kasus Berdasarkan Tempat Berobat

Kabupaten	Tempat Berobat							Total
	Tdk.ada jwb	Puskes	Bidan	Dokter	Mantri	RS	Dukun	
Cianjur	5	12	3	1	2	2	1	26
Bandung	1	6	6	2	-	3	-	18
Cirebon	5	12	4	1	-	-	-	22
Karawang	2	7	6	-	-	-	-	15
Total	**13**	**37**	**19**	**4**	**2**	**5**	**1**	**81**

Pada Tabel 7 disajikan faktor-faktor penyebab terjadinya gizi buruk menurut orangtua kasus berdasarkan pemeriksaan klinis dari pihak puskesmas. Faktor tersebut adalah: anak sering sakit-sakitan (ISPA, pneumonia, diare, dll) sebanyak 40 anak, anak tidak mau makan (kurang nafsu makan) ada 8 anak, anak tidak terurus (ibu sakit, ibu meninggal, orangtua pisah) ada 4 anak, anak disapih terlalu dini 6 anak, dan karena berat lahir rendah 5 anak.. Menurut pengakuan orang tua kasus, walaupun pada umumnya mereka tahu faktor penyebab anak menjadi gizi buruk adalah anak sering sakitan dan kurang makan. Tetapi mereka tidak bisa berbuat banyak karena kemampuan ekonominya yang tidak bisa menjangkau pelayanan kesehatan dan pemenuhan konsumsi makanan yang dibutuhkan untuk waktu yang relatif lama.

Tabel 7
Distribusi Sampel Berdasarkan Penyebab Terjadinya KEP

Kabupaten	Penyebab KEP								Total
	Tdk.Ada Jwb	ISPA	Tdk makan	Diare	Tidak Terawat	TBC	Sapih	BBLR	
Cianjur	11	7	2	2	1	1	2	-	26
Bandung	4	5	2	-	1	3	1	2	18
Cirebon	2	8	1	1	-	4	3	3	22
Karawang	2	4	3	3	2	1	-	-	15
Total	**19**	**24**	**8**	**6**	**4**	**9**	**6**	**5**	**81**

Pola konsumsi pangan Gakin

Telah diketahui secara luas bahwa status gizi (anak balita) dipengaruhi oleh dua faktor utama yaitu jumlah pangan yang dikonsumsi dan keadaan kesehatan tubuh yang bersangkutan. Kekurangan konsumsi pangan dalam jangka waktu tertentu akan menyebabkan berat badan anak yang bersangkutan menurun. Pada keadaan demikian daya tahan tubuhnya juga menurun sehingga mudah terserang penyakit/infeksi (panas, diare karena infeksi dsb.) sehingga mempercepat penurunan berat badan dan tejadinya gangguan pertumbuhan. Bila berlangsung dalam waktu yang relatif lama maka akan

menyebabkan giziburuk pada anak, yaitu berat badan anak kurang dari 60 persen berat badan idealnya menurut usia atau KEP-berat.

Dari data konsumsi yang diperoleh tampak bahwa jika berdasarkan perubahan jenis makanan pokok, maka tidak ada keluarga yang mengalami perubahan konsumsi. Namun bila dikaji dari segi frekuensi konsumsi dan/atau jumlah yang dimakan maka tampak sebagian besar (69,3 %) keluarga sampel mengalami perubahan konsumsi pangan pokok. Ada beberapa keluarga yang mengalami perubahan frekuensi makan dalam sehari-harinya yaitu dari yang 2 kali menjadi 1 kali, dari yang biasa 3 kali menjadi 2 kali. Untuk jumlah yang dimakan , ternyata sebagian besar keluarga sudah ada yang mengurangi jumlah yang dimakan untuk sehari-hari. Sedangkan dari jenis pangan pokok , ternyata semua keluarga kasus tetap mengkonsumsi beras sebagai pangan pokok. Namun, ada sebagian keluarga yang sudah mulai berubah kualitas pangan pokoknya (dari beras kualitas bagus yang dikonsumsi berubah ke beras kualitas kurang bagus). Jumlah (persentase) keluarga yang mengalami perubahan pola konsumsi makanan pokok disajikan pada Tabel 8. Pada Tabel 8 tersebut tampak bahwa sebanyak 372 (44,0%) keluarga miskin yang mengalami perubahan konsumsi makanan pokok. Lebih lagi jika perubahan pola konsumsi dikaji berdasarkan perubahan pola konsumsi lauk-pauk. Berkaitan dengan konsumsi lauk, maka ditemukan beberapa keluarga, khususnya orang tua, sudah mengkonsumsi nasi dengan garam sebagai lauknya. Hal ini dilakukan karena mengalah kepada anak yang masih perlu mengkonsumsi ikan. Fakta seperti ini ditemukan di empat kabupaten penelitian. Khusus untuk konsumsi lauk-pauk bagi responden gakin di Cianjur tidak ditanyakan. Pertanyaan tersebut baru dilakukan di tiga kabupaten berikutnya setelah koesioner yang digunakan di Cianjur dikembangkan karena pertanyaan yang ada tidak bisa menangkap situasi yang sebenarnya terjadi.

Tabel 8
Perubahan Pola Konsumsi Makanan Pokok dan Lauk Keluarga Miskin di Empat Kabupaten Jawa Barat, 1999

Kabupaten	n	Makanan pokok		Lauk-pauk	
		Berubah	Tetap	Berubah	Tetap
Cianjur	351	155	196	--*	--*
Bandung	280	88	192	187	93
Cirebon	376	99	277	243	133
Karawang	200	30	170	104	96
Jumlah	**1207**	**372**	**845**	-	-

* Tidak ditanyakan tentang konsumsi lauk-pauk, formulir belum dimodifikasi

Keterangan: Dikatakan mengalami perubahan konsumsi pangan pokok jika pada Gakin tersebut terdapat perubahan jenis makanan pokok ke makanan pokok lain (beras ke non-beras) yang tidak lazim atau berkurangnya frekuensi makan atau jumlah yang dimakan.

Hubungan Antara Pola Konsumsi Pangan dan Status Gizi - BGM

Dari hasil penelitian ini ada, hubungan antara pola konsumsi pangan dengan status gizi balita berdasarkan data BGM. Data enam bulan terakhir terhitung dari kunjungan tentang jumlah anak yang berada di bawah garis merah (BGM) pada kurva kartu menuju sehat (KMS) dari laporan bulanan yang dilaporkan ke puskesmas setiap selesai penimbangan dalam pelaporan SKDN (S : jumlah seluruh balita didesa, K : jumlah balita yang telah memiliki KMS, D : jumlah balita yang datang ditimbang setiap ada kegiatan penimbangan bulanan, dan N : balita yang naik berat badannya). Sumber pertama ialah data BGM dari puskesmas daerah penelitian melalui TPG; kedua dari bidan di desa berupa data berat badan anak yang diidentifikasi sebagai BGM dari hasil penimbangan; dan ketiga data berat badan anak dari rekapitulasi data penimbangan bulanan posyandu untuk desa penelitian. Dari data yang dikumpulkan tersebut ternyata tidak dapat diolah karena sebagian

besar data tidak lengkap, khususnya usia anak dan jumlah anak yang harus dicakup di setiap desa (S-besar). Bahkan s-posyandu pun sebagian tidak tercatat sehingga formulir yang harus diisi menjadi banyak yang kosong untuk data tersebut.

Tabel 9
Jumlah Gakin yang Berubah Pola Konsumsi Berdasarkan Data BGM, 1999

Daerah	BGM*			Berubah Pola		
	SKDN	Desa	PY			
Cianjur	134	0	34	3	83	291
Bandung	363	20	40	11	112	214
Cirebon	499	34	85	27	72	380
Karawang	140	6	31	21	0	120

Keterangan :
* BGM = Bawah garis merah, SKDN = data BGM dari SKDN; Desa = data BGM dari Laporan di kantor Desa; PY = hasil penimbangan Posyandu

Anak BGM dari hasil pengolahan data tersebut disajikan dalam satu tabel, Tabel 9, dengan perubahan pola konsumsi di masing-masing desa. Gambaran yang diperoleh sangat menarik data BGM berdasarkan tiga sumber itu tidak sama, walau pun bulan perolehan dan sumbernya juga sama, yaitu dari posyandu di masing-masing desa.

Beberapa informasi yang dapat diperoleh dari Tabel 9 tersebut adalah sebagai berikut.

1. Angka BGM dari data hasil SKDN selalu lebih tinggi dari angka hasil BGM-Desa dan BGM-Yandu. Hal ini mungkin disebabkan oleh dua faktor atau hal, yaitu (a) KMS yang digunakan adalah KMS dengan garis BGM <70%, atau (b) pengisian KMS oleh petugas/kader yang salah. Terdapat beberapa KMS yang pengisiannya salah.
2. Validitas data yang berasal dari tingkat desa masih rendah, mungkin karena petugas tidak tahu persis tujuan pelaporan data ke puskesmas dan seterusnya ke tingkat yang lebih tinggi.
3. Pada desa-desa kasus yang BGM-nya tinggi ternyata tidak terjadi perubahan pola konsumsi makanan pokok. Begitu pula sebaliknya, terdapat desa yang perubahan pola konsumsi makanan sampai Gakin-nya relatif tinggi tetapi anak BGM-nya kurang. Hal ini memberikan gamberan bahwa perubahan pola konsumsi pangan pada gakin tidak selalu menggambarkan perubahan status gizi yang menurun/ memburuk.

KESIMPULAN DAN SARAN

Dari hasil dan bahasan di atas dapat dikemukakan beberapa kesimpulan dan saran sebagai berikut:

1. Ditemukan sebanyak 69 kasus gizi buruk (marasmus/kwashiorkor/marasmik kwashirokor) di 66 desa, di 4 kabupaten (Bandung, Cianjur, Karawang dan Cirebon) berdasarkan laporan kasus gizi buruk dari Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat pada tahun 1999.
2. Kasus gizi buruk sebagian besar ditemukan berusia di bawah dua tahun (<2 tahun), yaitu sebesar 72,5 %; di antaranya lebih dari 50 % berusia dibawah 18 bulan. Dari 69 kasus tersebut, sebagian besar (70 %) yang pola konsumsi makanan pokoknya tetap beras, namun jika perubahan pola konsumsi makanan pokok tersebut dilihat dari jumlah pangan yang dimakan ternyata ada 30% . Apalagi, kalau perubahan pola konsumsi gakin tersebut dilihat dari perubahan makanan pendamping (lauk-pauknya) maka sebagian besar sudah mengalami perubahan yaitu sebesar 66,7% di kabupaten Bandung, 64,7% di Cirebon dan 52% di Karawang. Oleh karena itu, jika perubahan pola konsumsi gakin di sekitar kasus ditemukan, akan digunakan sebagai konfirmasi kasus gizi buruk maka sebaiknya perubahan pola konsumsi tersebut yang dinilai adalah perubahan makanan pendampingnya (lauk-pauk) karena lebih dapat

menggambarkan perubahan konsumsi yang sebenarnya. Namun, jika perubahan pola konsumsi gakin dilihat berdasarkan pangan pokok saja maka pola konsumsi gakin tersebut tidak dapat digunakan untuk mengkonfirmasi keadaan gizi buruk.

3. Konfirmasi terhadap masalah KEP Berat dalam upaya mengkaji keterandalan data status gizi berdasarkan pelaporan sebagai alternatif pengkajian indikator KLB (kejadian luar biasa) gizi mengalami kesulitan karena kualitas data yang rendah.

SARAN.

1. Untuk mencegah terjadinya kasus baru, maka TPG (tenaga pelaksana gizi) harus segera mencek kembali anak yang dilaporkan sebagai anak yang BGM pada laporan SKDN sebelum laporan dikirim ke dinas kesehatan Dati II dan Dati I.
2. Pada pelacakan KLB-Gizi buruk pengumpulan data perubahan pola konsumsi makanan pokok keluarga miskin (Gakin) tidak perlu dilakukan karena meski terdapat kaitan antara kejadian kasus dengan perubahan pola konsumsi, tetapi kasus sudah terjadi baru dilakukan pengumpulan data konsumsi. Untuk lebih memperoleh gambaran perubahan pola konsumsi gakin yang sebenarnya maka sebaiknya perubahan konsumsi tersebut dilihat dari perubahan makanan pendampingnya (lauk-pauk) dibandingkan dengan perubahan makanan pokok.
3. Perlu dilakukan sosialisasi segera ke semua bidan di desa tentang cara penggunaan "Tabel penentuan ststus gizi anak balita" untuk penetuan status gizi anak pada pelacakan gizi buruk.

RUJUKAN

1. ACC/Sub Committee on Nutrition. *Update on the Nutrition Situation*. United Nation. SCN News 1989,4: 1
2. Chen, PCY. *Non dietary factors and nutrition. Nutrition and Growth*. Jelliffe, DB and Jelliffe, EF (Editors). New York: Plenum Press,1979.
3. Soekirman. Kebijaksanaan pangan dan gizi dan upaya peningkatan kualitas hidup. Gizi Indonesia 1988, 13(1): 17.
4. *Pelaksanaan JPS bidang kesehatan: yang kreatif dan yang pesimis*. Kompas, 21 Maret 1999, hal. 7.
5. *Mencegah "State Neglect" dan "Generasi Hilang"*. Kompas, 21 Maret 1999, hal. 7
6. *Bertambah, jumlah balita kurang gizi yang meninggal*. Kompas,12 Maret 1999.
7. *Satu lagi penderita marasmus ditemukan*. Radar-Bogor, Maret 1999.
8. *Dede Sapta, penderita marasmus di kaki Gunung Salak*. Kompas, 22 Maret 1999.
9. *Tangani serius anak rawan gizi*. Kompas, 22 Maret 1999.
10. *Tajuk Rencana: Gizi makanan dan perbaikan mutu generasi masa depan anak bangsa*. Kompas, 13 Maret 1999.
11. *Pelaksanaan JPS Bidang kesehatan: yang kreatif dan yang pesimis*. Kompas, 21 Maret 1999.
12. Menteri Kesehatan. Sambutan pada Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi VII, 29 Februari-2 Maret 2000. Prosiding Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi VII. Jakarta, 5 April 2000. Hal. 8.
13. *Perencanaan Kesehatan di Indonesia*. Makalah pada Seminar Perencanaan Kesehatan di Indonesia, FKM-UI Depok, Oktober, 1990. Hal. 18.
14. Depkes. *Petunjuk teknis pelacakan kejadian luar biasa (KLB) gizi*. Jakarta: Depkes, 1999.
15. Depkes. Pedoman tata laksana kurang energi protein pada anak di rumah sakit Kabupaten/ Kodya Jakarta. Jakarta: Depkes, 1998.
16. Gurney, J.M. The Young Child: PEM. Social Economic Back Ground of PEM. In: Nutrition and Growth. Jelliffe, D.B. and Jelliffe, E.F.P. (Editors). New York: Plenum Press, 1979.
17. Suparlan, Parsudi. *Kehidupan orang miskin: Kasus di Jakarta*. Pangan 1992,13(4): 49.
18. Jahari, A.B. *NUTRSOFT*. Bogor: Puslitbang Gizi, 1998.