MASALAH GAGAL-TUMBUH PADA ANAK BALITA MASIH TINGGI: ADAKAH YANG "KURANG" DALAM KEBIJAKAN PROGRAM GIZI DI INDONESIA?

Abas Basuni Jahari
Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi dan Makanan, Depkes RI

ABSTRACT

WHAT'S WRONG WITH NUTRITION PROGRAM POLICY? WHY GROWTH FALTERING AMONG UNDER-FIVE CHILDREN REMAINS HIGH?

The indicator of nutritional status used in the large scale survey is weight-for-age (W/A) or underweight indicator. The question is why the prevalence of underweight among children under-fives is still high, while the prevalence of overweight tends to increase? This analysis is carried out to find out what is the hidden characteristic of growth faltering among Indonesian children below 5 years of age. The analysis used anthropometry data from different sources that collecting both length or height and weight dataThe anthropometry data is converted into standardized values (z_score) using WHO-2006 child growth standard. The prevalence of underweight (W/A), stunting based on length of height-for-age (H/A) and wasting based on weight-for-length or height (W/H) were calculated based on cut-off points suggested by the WHO child growth standard. Cross-tabulation between any pair of two indicators was made to understand the characteristics of growth faltering.The obvious problem in growth faltering among Indonesian under-five children is stunting. The prevalence of stunting is the highest among the prevalence of underweight and wasting. In general it was found that about 85 percent underweight children were also stunted, and around 80 percent underweight children were having normal weight-for-height (not wasted). From the results of the analysis It is clear that most of the underweight children were stunted and most of the underweight children had normal weight-for-height. The problem of underweight is strongly related with the problem of stunting. Efforts to reduce the prevalence of underweight should also take into account the efforts to reduce problem of stunting. Using weight-for-age (W/A) alone as the basis of nutrition intervention is not enough, therefore, measuring length or height is strongly recommended to understand clearly the characteristics of growth problems among under-five children.

KEYWORDS: anthropometry, underweight, stunting, wasting

PENDAHULUAN

Keadaan gizi yang baik dan keadaan yang sehat merupakan hak azazi setiap orang. Sejak dalam kandungan anak mempunyai hak untuk hidup dan tumbuh-kembang secara optimal. Martorell[1] dalam Andersen, Pelletier dan Alderman menyebutkan bahwa masa 2-3 tahun pertama kehidupan adalah masa-masa kritis. Anak sampai umur 3 tahun memiliki laju pertumbuhan yang cepat, ketersediaan zat gizi harus memenuhi kebutuhan untuk ini. Kondisi yang berpotensi mengganggu pemenuhan zat gizi akan menyebabkan retardasi fisik dan mental. Hasil studi Mc Cain dan Mustard[2] yang dipaparkan dalam "the State of World's Children 2001" menunjukkan, usia 2-3 tahun merupakan masa tumbuh dan kembang berbagai fungsi tubuh seperti visi binokuler pada indera penglihatan, kontrol emosi, kebiasaan merespon lingkungan, kemampuan berbahasa, dan mengenali simbol-simbol. Bayi dan anak sampai usia 2-3 tahun belum mampu mengekspresikan keinginan mereka sehingga keberadaan orangtua dalam merawat dan mengasuh anak menjadi dominan.

Pada awal kehidupan anak, setiap sentuhan, gerakan dan emosi diterjemahkan ke dalam aliran listrik dan aktivitas kimia otak bayi. Diferensiasi sel otak menandai

perkembangan kompleks jaringan saraf pusat. Pengalaman dan interaksi yang diterimanya pada 2-3 tahun pertama dari ibu-ayah, keluarga dan lingkungannya akan memperkaya intelektualitasnya. Ironinya justru mereka sangat rentan terhadap penyakit dan infeksi yang menyebabkan alokasi penggunaan zat gizi untuk tumbuh-kembang terpakai untuk mengatasi penyakit dan infeksi.

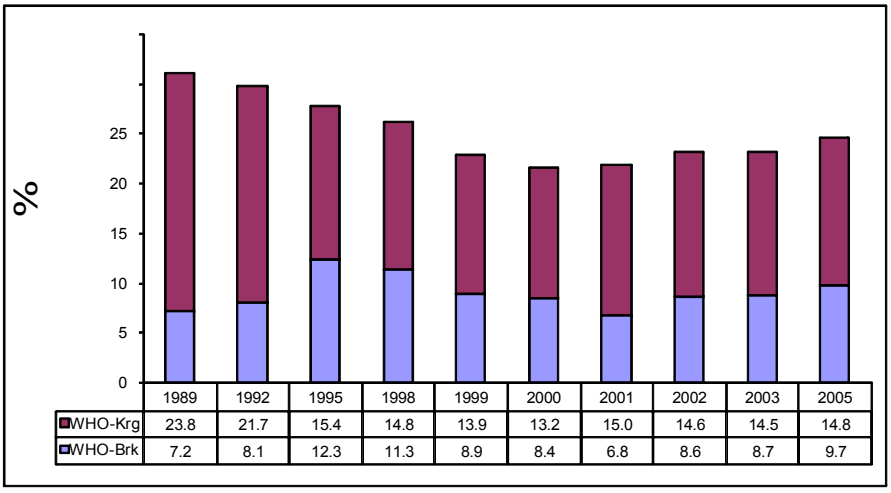
Masalah Kekurangan Energi dan Protein (KEP) balita di Indonesia yang dinilai berdasarkan berat badan menurut umur (BB/U) <-2 SD dalam 10 tahun terakhir masih merupakan beban. Berdasarkan data Susenas 1999, prevalensi gizi kurang pada balita adalah 25,4 percent. Dibandingkan dengan negara-negara ASEAN, prevalensi gizi kurang di Indonesia pada tahun 1999 masih termasuk tertinggi. Tingginya prevalensi penyakit dan infeksi pada bayi dan balita, terutama diare dan infeksi saluran pernafasan atas (ISPA), juga berpengaruh terhadap kejadian KEP. Hal ini diperparah dengan rendahnya keadaan sosial ekonomi, buruknya higiene dan sanitasi lingkungan, termasuk fasilitas air bersih sehingga kontaminasi patogen tidak terhindarkan.

CIRI GAGAL TUMBUH ANAK INDONESIA

Kecenderungan status gizi balita Indonesia

Pernah kita secara umum melihat kecenderungan prevalensi balita yang memiliki berat badan rendah (BB rendah: Z_Score BB/U <-2 SD) menurun dari tahun 1989 sampai tahun 1999, tetapi keadaan ini tidak lagi terlihat dalam periode antara tahun 1999 dan 2005 (Grafik 1). Prevalensi balita yang memiliki berat badan rendah cenderung tidak berubah. Apa yang terjadi pada periode 1999-2005? Kita tidak pernah tahu secara pasti, tetapi yang jelas budget untuk upaya perbaikan gizi masyarakat meningkat tajam.

Grafik 1
Prevalensi Balita Indonesia dengan BB rendah dari tahun 1989 sampai 2005
(Susenas 1989 – 2005)



	1989	1992	1995	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2005
WHO-Krg	23.8	21.7	15.4	14.8	13.9	13.2	15.0	14.6	14.5	14.8
WHO-Brk	7.2	8.1	12.3	11.3	8.9	8.4	6.8	8.6	8.7	9.7

Kenapa tidak ada korelasi **NEGATIF** antara kenaikan budget dengan penurunan prevalensi "BB rendah". Adakah yang "KURANG" dalam kebijakan program gizi kita? Departemen Kesehatan kemudian dijadikan sasaran sebagai institusi yang tidak berhasil melaksanakan program perbaikan gizi. Kita semua bingung dan bertanya kenapa dapat terjadi begini? Adakah data yang reliabel untuk menjelaskan fenomena tersebut? Apakah yang sudah dilakukan oleh Departemen Kesehatan kurang tepat?

Jawaban yang bijak adalah "Jangan kita sesali apa yang sudah terjadi, tetapi mari kita kaji kenapa hal itu dapat terjadi agar ke depan kita dapat menjadi lebih baik".

Dalam tulisan ini penulis mencoba mengkaji data yang ada untuk dapat memberikan sumbangan bagi upaya perbaikan gizi mendatang. Penulis tidak melakukan penelitian langsung dalam rangka mengkaji permasalahan di atas, tetapi menggunakan data yang sudah ada yang dikumpulkan oleh para peneliti pada waktu yang lalu.

Di antara data yang dikaji ulang adalah data antropometri yang dikumpulkan oleh peneliti berikut:

1. Data Susenas 1989 – 2005.
2. Razak Thaha, Abas B. Jahari, dkk dalam penelitian Early Child Development (ECD, 1998) di provinsi-provinsi Sulawesi Selatan, Jawa Barat dan Nusa Tenggara Barat. Untuk keperluan kajian ini hanya digunakan data yang dikumpulkan di Jawa Barat.
3. Sukati Saidin, dkk. Dalam penelitian status anemia anak balita di daerah perdesaan kabupaten Bogor, 1999.
4. Iman Sumarno. Analisis Data Pemantauan Status Gizi di Kabupaten Bogor, 2004.
5. Susilowati Herman, dkk. Dalam penelitian status gizi mikro di 7 provinsi, 2006.

Berikut adalah hasil kajian ulang penulis ataupun hasil kajian ulang oleh peneliti lain yang penulis rujuk sebagai bahan untuk menggali "evidence" tentang "kenapa tidak terjadi perubahan berarti pada prevalensi balita BB rendah selama periode 1999-2005.

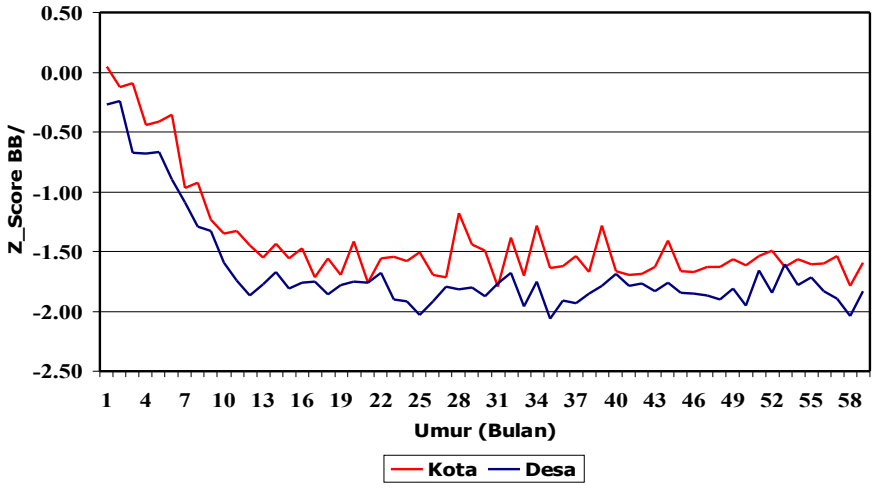
Pola pertumbuhan balita berdasarkan Data Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS)

Status gizi balita Indonesia menurut hasil Susenas menunjukkan adanya perbaikan jika ditinjau dari angka prevalensi gizi kurang (≥-3 SD s/d <-2 SD Median Baku Berat Badan Menurut Umur, WHO-NCHS) tahun 1989 (30%) dan angka prevalensi tahun 2000 (17%). Namun, di balik penurunan prevalensi gizi kurang tersebut, terjadi peningkatan prevalensi gizi buruk (<-3 SD) dari 6 persen pada tahun 1989 menjadi 7,5 persen pada tahun 2000. Peningkatan prevalensi gizi buruk ini tercatat tinggi pada saat menjelang krisis ekonomi (1995), yaitu 10,4 persen, dan pada saat krisis ekonomi (1998), yaitu 9,5 persen. Secara keseluruhan prevalensi KEP (gizi kurang dan gizi buruk) menurun dari 36 persen pada tahun 1989 menjadi 24,5 persen pada tahun 2000[3]. Kalau dihitung rata-rata kecepatan penurunan prevalensi ini masih 0,75 persen per tahun. Prevalensi KEP di Indonesia pada tahun 2000 tersebut masih tertinggi di antara negara-negara tetangga ASEAN yang sekitar 10-15 persen.

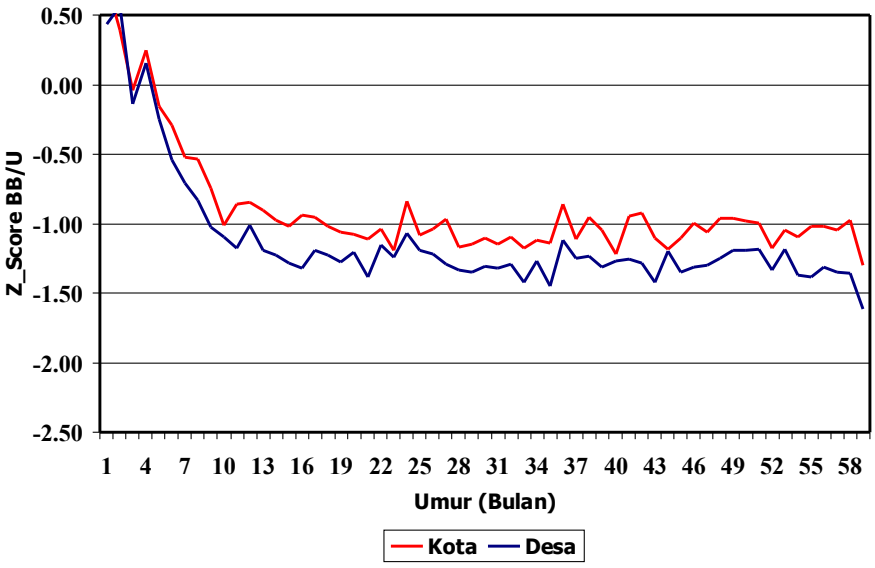
Salah satu masalah dari lambatnya kecepatan penurunan prevalensi KEP ini adalah karena kurang terpantaunya pertumbuhan balita secara cermat yang juga karena masalah kurang optimalnya kegiatan pemantauan pertumbuhan di posyandu. Hanya sekitar 50 persen posyandu diperkirakan masih aktif dengan tingkat partisipasi ("coverage") menimbang yang rendah sekitar 40-60 persen. Dengan kurang aktifnya posyandu dalam pemantauan pertumbuhan, maka kejadian gagal tumbuh tidak dapat dideteksi secara dini sehingga kejadian penurunan status gizi tidak pula terdeteksi. Gambar 1 dan 2 menyajikan pola pertumbuhan anak balita Indonesia pada tahun 1989 dan 1999.

Gambar 1 dan 2 menunjukkan bahwa kegagalan tumbuh anak balita Indonesia sebenarnya sudah tampak pada usia dini (2 bulan) dan terus berlangsung antara 4 bulan sampai 12 bulan. Setelah usia 12 bulan tampak mendatar, yang berarti pada periode ini anak-anak yang gagal tumbuh akan sulit untuk mengejar ("catch-up") kembali ke pertumbuhan potensialnya. Keterlambatan mendeteksi gagal tumbuh secara dini merupakan ancaman bagi pertumbuhan dan perkembangan anak pada usia selanjutnya.

Gambar 1. Rata-rata Z_Score BB/U Balita Indonesia (Data SUSENAS 1989)



Gambar 2. Rata-rata Z_Score BB/U Balita Indonesia (Data Susenas 1999)



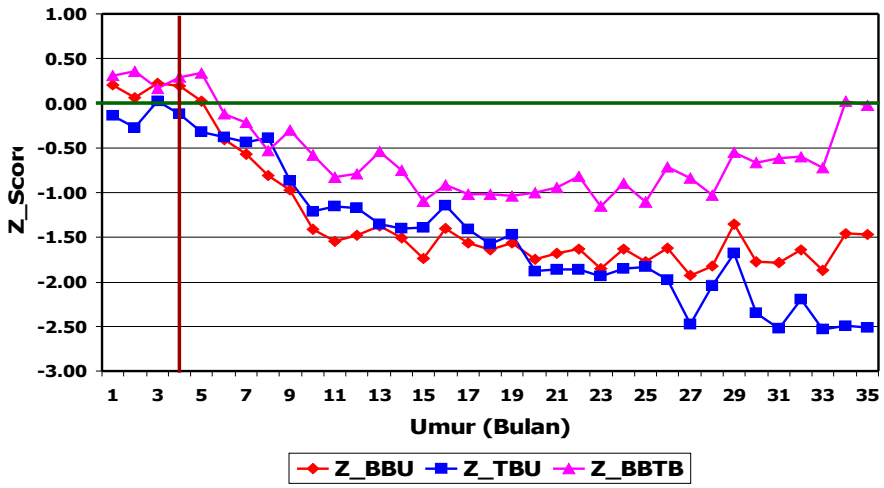
Masalah pertumbuhan balita di perdesaan Bogor

Pola pertumbuhan balita dari data yang bersifat nasional (Susenas) juga tampak pada balita dari wilayah yang lebih kecil. Hasil penelitian Sukati, dkk. 1999 yang memiliki data tinggi badan dan berat badan dan diolah kembali menunjukkan pola gagal tumbuh yang sama. Gambar 3 menyajikan pola pertumbuhan tinggi badan dan berat badan balita di pedesaan Bogor yang disajikan dalam nilai Z_Score BB/U (Berat

Badan menurut Umur), Z_Score TB/U (Tinggi Badan menurut Umur), dan Z_Score BB/TB (Berat Badan menurut Tinggi Badan).

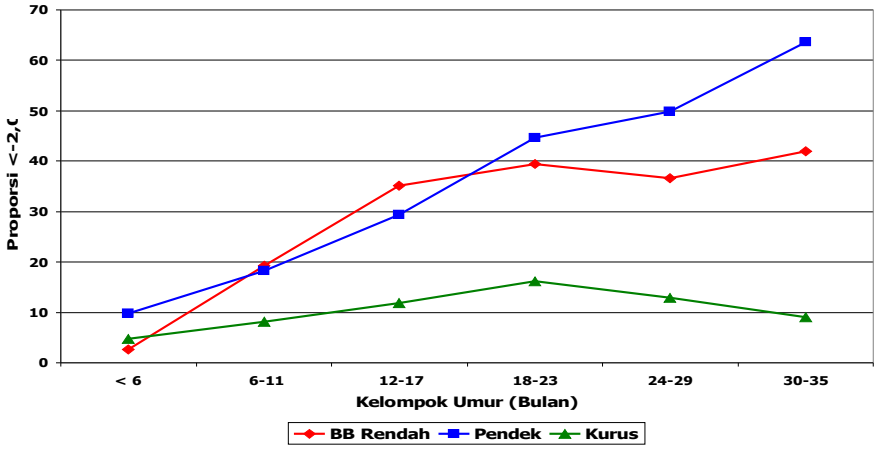
Yang penting diperhatikan dari gambar 3 ini adalah bahwa gagal tumbuh pada tinggi badan sudah mulai tampak pada usia 4 bulan dan terus berlangsung sampai usia 3 tahun. Gagal tumbuh pada berat badan balita tampak mengikuti gagal tumbuh pada tinggi badan. Gagal tumbuh pada berat badan berlangsung dari usia 4 bulan sampai 12 bulan dan selanjutnya mendatar seperti pada gambar 1 dan 2. Di sini terlihat upaya penyesuaian berat badan terhadap kegagalan tumbuh pada tinggi badannya seperti ditunjukkan pada grafik Z_Score BB/TB yang membaik. Grafik Z_Score BB/TB ini menggambarkan keseimbangan antara berat badan dan tinggi badan (proporsional) yang mengidikasikan status kekurusan anak ("wasting"). Anak menjadi kurus seiring dengan gagal tumbuh pada tinggi badan dan berat badannya (4-12 bulan), dan kembali menjadi tidak kurus pada usia selanjutnya. Hal ini menunjukkan bahwa balita Indonesia banyak yang pendek dan kurang berat menurut usianya, tetapi mereka banyak yang tidak kurus. Keadaan ini ditunjukkan pula oleh angka prevalensi menurut TB/U (status pendek) balita pedesaan di Kabupaten Bogor sebesar 35.4 persen, menurut BB/U (status berat badan rendah) sebesar 30.5 persen, dan menurut BB/TB (status kurus) sebesar 11.0 persen.

Gambar 3. Rata-rata Z_Score BB/U, TB/U dan BB/TB menurut Umur (Anak Laki-laki dan Perempuan)



Gambar 4 memperlihatkan bahwa proporsi balita "pendek" dan "BB rendah" lebih tinggi dibandingkan dengan proporsi balita "kurus". Semakin bertambah usia anak semakin tinggi proporsi balita pendek maupun balita dengan BB rendah. Sebaliknya proporsi balita kurus relative tidak banyak berubah.

Gambar 4. Proporsi Anak Umur 0-35 Bulan yang Berada di Bawah -2,0 SD Indikator BB/U (BB Rendah), TB/U (Pendek) dan BB/TB (Kurus) (Data dari Sukati Saidin, dkk. 1999)



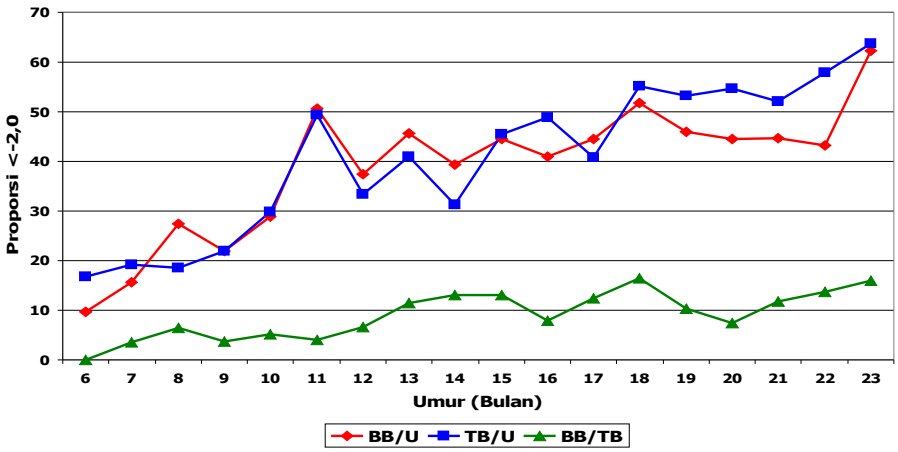
Secara fisiologis berat badan akan berkorelasi positif dengan panjang (tinggi) badan. Hal ini dapat diartikan bahwa anak normal yang lebih tinggi akan lebih berat dibandingkan dengan anak normal yang lebih pendek. Gambar 3 dan 4 di atas jelas mengindikasikan bahwa masalah utama pertumbuhan balita adalah masalah pendek ("Stunting") yang secara fisiologis diikuti oleh masalah BB rendah. Sebaliknya proporsi balita yang kurus lebih rendah dan relatif tidak berubah. Hal ini mengindikasikan bahwa kemungkinan besar anak yang memiliki BB rendah adalah anak yang pendek.

Yang perlu diperhatikan dari Gambar 3 dan 4 di atas adalah bahwa gangguan pertumbuhan yang dicirikan oleh terhambatnya pertumbuhan panjang (tinggi) badan sudah mulai tampak di usia dini di bawah 6 bulan. Gangguan pertumbuhan panjang (tinggi badan) lebih konsisten dan semakin bertambah usia anak semakin besar masalahnya.

Prevalensi Balita Pendek, Kurus dan Berat badan rendah di 4 kabupaten di Jawa Barat (Razak Thaha, dkk. ECD, 1998)

Keadaan seperti yang dijumpai di pedesaan kabupaten Bogor di atas juga terlihat pada hasil survey ECD 2008 di 4 kabupaten di Jawa Barat. Gambar 5 di bawah ini mirip dengan Gambar 4. Proporsi balita umur 6-23 bulan yang pendek dan memiliki BB rendah lebih tinggi dibandingkan dengan proporsi anak yang kurus. Semakin bertambah umur anak semakin membesar masalah pendek ("Stunting") dan BB rendah, tetapi tidak demikian halnya dengan masalah balita kurus.

GRAFIK 5. Proporsi Anak Umur 6-23 Bulan di 4 Kabupaten, Jawa Barat < -2,0 SD Berdasarkan Indikator BB/U, TB/U, dan BB/TB, Tahun 1998 (Razak Thaha, et.al)



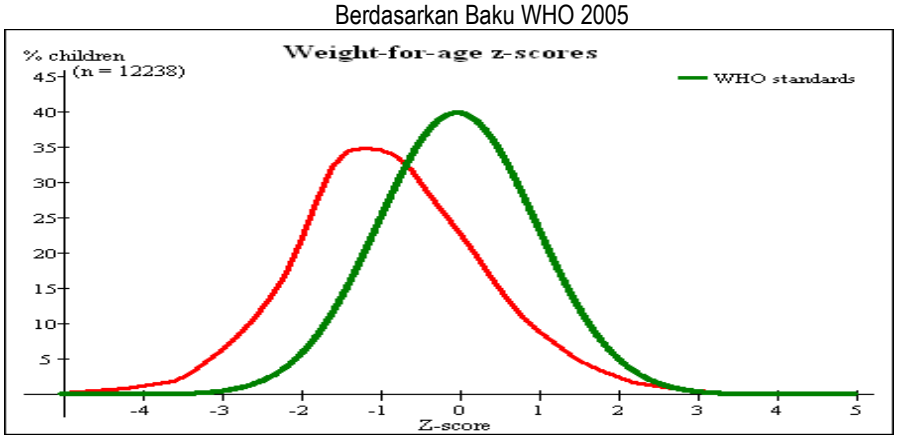
Pertumbuhan balita di Kabupaten Bogor tahun 2004

Hasil analisis yang dilakukan oleh Iman Sumarno (2007) terhadap data PSG kabupaten Bogor tahun 2004 menunjukkan bahwa masalah **PENDEK** merupakan masalah pertumbuhan utama yang dialami balita di kabupaten Bogor dengan prevalensi anak pendek mendekati 57 persen. Gambar 6, 7, dan 8 menunjukkan sebaran nilai Z_Score TB/U, BB/U, dan BB/TB. Prevalensi balita berat badan rendah ("gizi kurang+buruk") atau Z_Score BB/U <-2 SD adalah 20 persen, dan balita kurus (Z_Score BB/TB<-2 SD) jumlahnya 15 persen.

Menarik untuk diperhatikan pada Gambar 8 bahwa selain masalah balita kurus yang jumlahnya 15 persen juga dijumpai masalah kegemukan (BB/TB> 2SD) yang jumlahnya hampir sama dengan balita kurus. Apa sebenarnya yang terjadi? Kenapa fenomena kegemukan pada balita menjadi semakin nyata? Padahal jumlah balita yang pendek jumlahnya sangat banyak (Gambar 6) dan jumlah balita yang tingginya di atas 2 SD (Gambar 6) serta jumlah balita yang BB di atas 2 SD (Gambar 7) sangat kecil.

Gambar 6. Sebaran Z_Score TB/U Balita di Kabupaten Bogor, 2004 Berdasarkan Baku WHO 2005

Gambar 7. Sebaran Z_Score BB/U Balita di Kabupaten Bogor, 2004
Berdasarkan Baku WHO 2005



Gambar 8. Sebaran Z_Score BB/U Balita di Kabupaten Bogor, 2004
Bersadarkan Baku WHO 2005

Prevalensi BB rendah, pendek dan kurus pada balita di 25 Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat tahun 2004

Kegiatan Pemantauan Statusn Gizi (PSG) balita di Jawa Barat tahun 2004 mengumpulkan data berat badan dan panjang (tinggi badan) balita. Penulis melakukan analisis ulang untuk mengkaji karakteristik masalah gizi sebenarnya yang dihadapi balita di Jawa Barat. Hasil analisis disajikan pada Tabel 1 dengan informasi prevalensi status gizi menurut 3 indikator antropometri yaitu BB/U untuk masalah "BB rendah", TB/U untuk masalah "pendek" dan BB/TB untuk masalah "kurus".

Dari 25 kabupaten/kota di Jawa Barat 19 kabupaten/kota memiliki masalah balita pendek di atas 25 persen, 5 kabupaten/kota antara 20-25 persen dan hanya 1 kota yang memiliki masalah ini di bawah 20 persen. Dilihat dari jumlah balita yang memiliki BB rendah, maka 21 dari 25 kabupaten/kota memiliki masalah balita BB rendah di atas 15 persen. Sedangkan bila dilihat dari masalah balita kurus 19 dari 25 kabupaten/kota memiliki masalah ini di bawah 10 persen.

Berdasarkan kenyataan tersebut di atas dapat dikatakan bahwa masalah gizi terbanyak yang ada di provinsi Jawa Barat adalah masalah balita pendek, kemudian

diikuti oleh masalah balita BB rendah dan masalah balita kurus.

Tabel 1. Sebaran Balita Menurut Status BB Rendah, Pendek dan Kurus di Kabupaten/Kota, di Jawa Barat, Tahun 2004

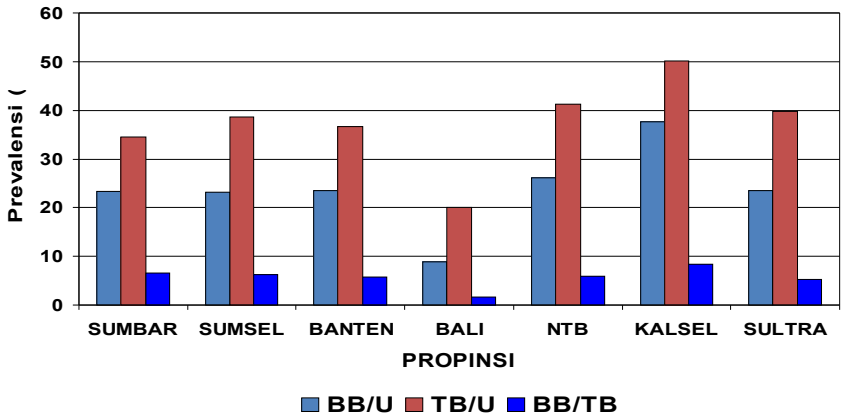
Kabupaten/ Kota	Persen balita			Keterangan
	BB rendah (BB/U)	Pendek (TB/U)	Kurus (BB/TB)	
01. Kab. Bogor	22,7	35,7	11,4	Kronis *** – akut **
02. Kab. Sukabumi	17,5	31,7	8,5	Kronis *** - akut *
03. Kab. Cianjur	17,9	34,9	8,9	Kronis *** - akut *
04. Kota Bogor	16,3	23,9	7,8	Kronis ** - akut *
05. Kota Sukabumi	16,6	31,0	7,5	Kronis *** - akut *
06. Kota Depok	14,1	31,1	10,1	Kronis *** - akut **
07. Kab. Cirebon	25,4	37,6	9,3	Kronis *** - akut *
08. Kab. Kuningan	14,9	24,8	6,6	Kronis ** - akut *
09. Kab. Majalengka	16,9	31,5	8,4	Kronis *** - akut *
10. Kab. Indramayu	19,3	36,0	11,6	Kronis *** - akut
11. Kota Cirebon	22,6	25,4	11,7	Kronis ** - akut
12. Kab. Karawang	23,1	28,9	8,9	Kronis ** - akut *
13. Kab. Bekasi	20,2	35,7	8,7	Kronis *** - akut *
14. Kab. Purwakarta	15,4	26,8	9,8	Kronis ** - akut *
15. Kab. Subang	15,4	27,2	9,9	Kronis ** - akut *
16. Kota Bekasi	16,3	20,2	14,1	Kronis ** - akut **
17. Kab. Bandung	17,3	36,2	8,0	Kronis *** - akut *
18. Kab. Sumedang	17,5	28,7	10,7	Kronis ** - akut **
19. Kab. Garut	18,2	37,8	6,9	Kronis *** - akut *
20. Kab. Tasikmalaya	16,1	38,1	8,3	Kronis *** - akut *
21. Kab. Ciamis	13,5	30,0	6,4	Kronis *** - akut *
22. Kota Bandung	15,0	22,1	5,8	Kronis ** - akut *
23. Kota Tasikmalaya	16,8	21,8	5,9	Kronis ** - akut *
24. Kota Cimahi	12,9	16,8	6,4	Kronis * - akut *
25. Kota Banjar	17,4	34,9	9,0	Kronis *** - akut *
JAWA BARAT	17,6	31.4	8.7	Kronis *** - akut *

Keterangan : *) Ringan; **) Sedang; ***) Serius; ****) Kritis

Status gizi balita di 7 Provinsi tahun 2006

Hasil penelitian masalah gizi mikro di 7 provinsi yaitu Sumatera Barat, Sumatera Selatan, Banten, Bali, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Selatan dan Sulawesi Tenggara (Susilowati Herman, dkk., 2006) juga mengindikasikan fenomena yang serupa. Gambar 9 menunjukkan bahwa masalah balita pendek merupakan masalah tertinggi di masing-masing provinsi. Provinsi Bali yang merupakan provinsi terendah (selain Yogya) dalam masalah balita BB rendah juga memiliki masalah balita pendek yang cukup tinggi (20%). Masalah kedua adalah balita BB rendah yang kecuali Bali masih di atas 20 persen dan tertinggi di Nusa Tenggara Barat yaitu lebih dari 30 persen. Yang menarik adalah masalah balita kurus yang secara umum rendah di bawah 10 persen.

GAMBAR 9. Prevalensi Status Gizi < - 2 SD Indeks BB/U, TB/U dan BB/TB Di 7 Propinsi Hasil Survei Gizi Mikro, 2006



Seperti hasil penelitian yang sudah dibahas sebelumnya, tampak bahwa masalah balita "BB rendah" yang masih tinggi merupakan masalah ikutan dari jumlah balita "pendek" yang masih banyak, karena kalau dilihat dari proporsi balita "kurus" masih cukup rendah.

Dengan data yang sama dilakukan analisis lanjut untuk menggali apakah masalah balita pendek merupakan masalah yang harus serius kita perhatikan. Tabel 2 di bawah menyajikan hasil analisis lanjut yang mengkaji keterkaitan masalah balita BB rendah dengan masalah balita kurus.

Tabel 2. Karakteristik status gizi balita berdasarkan penilaian dengan kombinasi indikator BB/U dan BB/TB

Provinsi	Status gizi	Status gizi BB/TB	Total

	BB/U	BB/TB kurus		BB/TB normal			
		n	%	n	%	n	%
Sumatera Barat	BB/U rendah	81	23,21	268	76,79	349	100,0
	BB/U normal	18	1,57	1131	98,43	1149	100,0
Sumatera Selatan	BB/U rendah	73	20,68	280	79,32	353	100,0
	BB/U normal	14	1,34	1031	98,66	1045	100,0
Banten	BB/U rendah	71	20,70	272	79,30	343	100,0
	BB/U normal	14	1,25	1103	98,75	1117	100,0
B a l i	BB/U rendah	20	16,26	103	83,74	123	100,0
	BB/U normal	4	0,31	1266	99,69	1270	100,0
N.T.B.	BB/U rendah	66	17,19	318	82,81	384	100,0
	BB/U normal	21	1,93	1065	98,07	1086	100,0
Kalimantan Selatan	BB/U rendah	110	20,48	427	79,52	537	100,0
	BB/U normal	9	1,01	879	98,99	888	100,0
Sulawesi Tenggara	BB/U rendah	58	17,47	274	82,53	332	100,0
	BB/U normal	15	1,39	1065	98,61	1080	100,0
J U M L A H	BB/U rendah	479	19,79	1942	80,21	2421	100,0
	BB/U normal	95	1,24	7540	98,76	7635	100,0

Dari Tabel 2 di atas dapat dilihat bahwa secara umum sebagian besar balita (80,2%) yang memiliki BB rendah atau memiliki Z_Score BB/U < -2 SD adalah balita yang tidak kurus atau memiliki Z_Score BB/TB >=-2. Keadaan tersebut terlihat di setiap provinsi. Pertanyaan yang muncul adalah "apakah anak yang berat badannya rendah adalah anak yang pendek?" sehingga berat badan mereka proporsional dengan tinggi atau panjang badannya. Tabel 3 berikut menyajikan informasi yang mencoba untuk menjawab pertanyaan tersebut. Tabel 3 menunjukkan bahwa secara umum sebagian besar anak (84,7%) yang berat badannya rendah adalah juga pendek. Hal yang serupa terlihat juga di masing-masing provinsi.

Tabel 3. Karakteristik status gizi balita berdasarkan penilaian dengan kombinasi indikator BB/U dan TB/TU

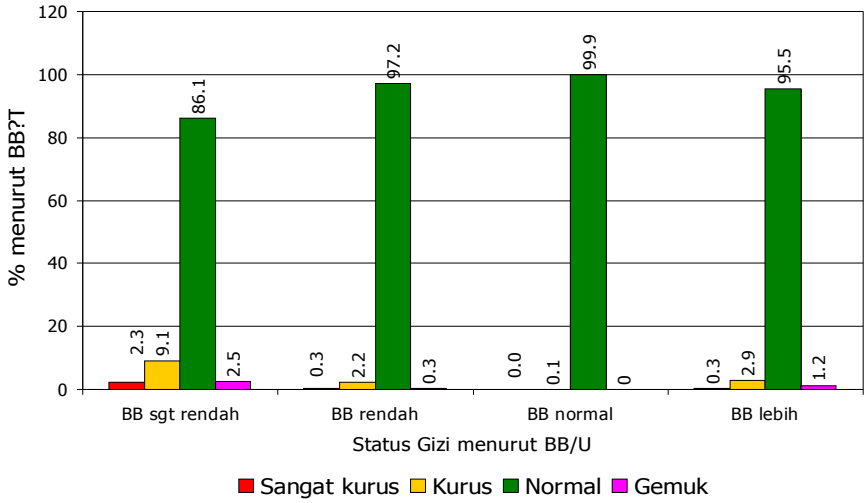
Provinsi	Status gizi BB/U	Status gizi TB/U				Total	
		TB/U pendek		TB/U tdk pendek			
		n	%	n	%	n	%
Sumatera Barat	BB/U rendah	281	80,52	68	19,48	349	100,0
	BB/U normal	248	21,58	901	78,42	1149	100,0
Sumatera Selatan	BB/U rendah	289	81,87	64	18,13	353	100,0
	BB/U normal	268	25,65	777	74,35	1045	100,0
Banten	BB/U rendah	289	84,26	54	15,74	343	100,0
	BB/U normal	261	23,37	856	76,63	1117	100,0
B a l i	BB/U rendah	104	84,55	19	15,45	123	100,0
	BB/U normal	192	15,12	1078	84,88	1270	100,0
N.T.B.	BB/U rendah	337	87,76	47	12,24	384	100,0
	BB/U normal	289	26,61	797	73,39	1086	100,0
Kalimantan Selatan	BB/U rendah	466	86,78	71	13,22	537	100,0
	BB/U normal	268	30,18	620	69,82	888	100,0
Sulawesi Tenggara	BB/U rendah	285	85,84	47	14,16	332	100,0
	BB/U normal	295	27,31	785	72,69	1080	100,0
J U M L A H	BB/U rendah	2051	84,72	370	15,28	2421	100,0

Fakta lain Balita dengan BB rendah belum tentu Kurus	BB rendah	1821	23,85	5814	76,15	7635	100,0

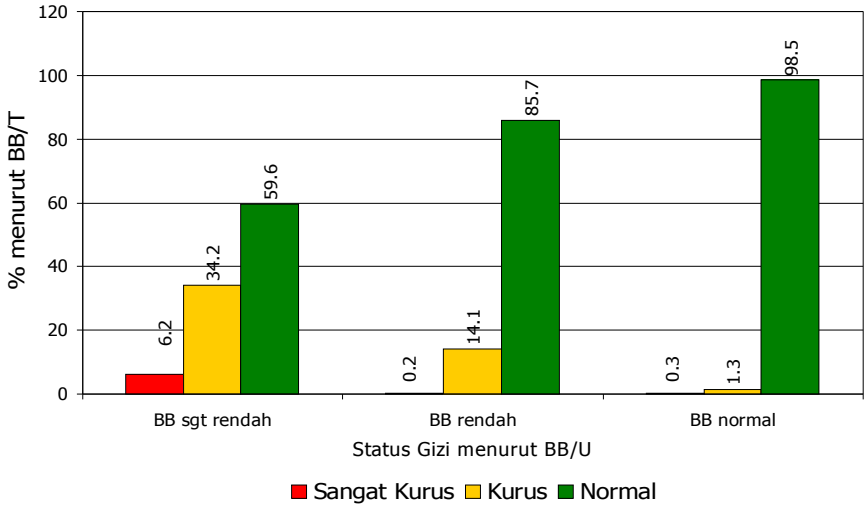
Gambar 10, 11 dan 12 di bawah menunjukkan ***evidence*** yang memperkuat

Gambar 10. Proporsi Status Gizi Menurut BB/TB Berdasarkan Kategori Status Gizi Menurut BB/U (Sukati, Bogor-1999)

Gambar 11. Proporsi Anak Menurut Indeks BB/TB Berdasarkan Status Gizi Menurut BB/U (HKI-NSS 1999-2001)



Gambar 12. Proporsi Anak Menurut Indeks BB/TB Berdasarkan Status Gizi Menurut BB/U (ECD-JABAR, 1999)



Dari Gambar 10,11 dan 12 di atas kita dapat mengetahui bahwa anak-anak yang kita identifikasi sebagai balita dengan BB sangat rendah (gizi buruk = Z_Score BB/U <-3 SD) sekitar separunya atau lebih terdiri dari anak yang tidak kurus (Z_Score BB/TB >=-

2). Apalagi pada anak yang memiliki berat badan rendah (gizi kurang = Z_Score BB/U <-2 SD) lebih dari 85 persen adalah anak yang tidak kurus atau memiliki BB/TB normal.

BAHASAN

Mempelajari karakteristik masalah gizi balita merupakan langkah penting untuk perumusan kebijakan, perencanaan maupun implementasi upaya perbaikan gizi balita.

Gangguan pertumbuhan pada balita sudah tampak mulai usia dini (di bawah 6 bulan). Dari data yang bersifat nasional (Susenas) dan dari wilayah yang lebih kecil (Kabupaten Bogor) yang disajikan di atas tampak bahwa gagal tumbuh sudah mulai tampak pada usia sebelum 4 bulan dan kemudian menajam mulai usia 4 bulan sampai 12 bulan.

Bukan hanya pemahaman tentang kapan gangguan pertumbuhan pada balita dimulai, tetapi lebih dari itu pemahaman tentang APA gangguan pertumbuhan utama yang dialami balita. Hasil analisis data Susenas dari tahun 1999 sampai tahun 2005 yang diukur dengan indikator BB/U mencuatkan isu stagnansi masalah gizi balita karena prevalensi balita BB rendah (gizi kurang) selama periode tersebut tidak banyak berubah.

Upaya perbaikan gizi yang dilaksanakan sampai saat ini lebih banyak bertumpu pada penggunaan indikator BB/U sebagai dasar untuk perumusan kebijakan dan perencanaan program. Indikator BB/U memang merupakan indikator yang umum, artinya bila prevalensi "balita BB rendah" (gizi kurang) masih tinggi maka disitu masih terjadi gangguan pertumbuhan balita yang tinggi termasuk gangguan pertumbuhan tinggi badan.

Penggunaan indikator BB/U tidak secara tegas mengidentifikasi karakteristik masalah gizi yang dihadapi yaitu apakah bersifat akut atau kronis. Padahal jenis upaya perbaikan gizi sangat tergantung pada karakteristik masalah gizi yang dihadapi. Masalah gizi yang sifatnya akut yang diidentifikasi dengan indikator BB/TB atau IMT memerlukan penanganan segera misalnya dengan program pemberian makanan tambahan atau MP-ASI atau dengan penanganan penyakit. Masalah gizi akut lebih terkait dengan masalah konsumsi makanan atau dengan penyakit infeksi[4]. Di lain pihak masalah gizi yang sifatnya kronis memerlukan penanganan yang lebih kompleks yang tidak hanya berkaitan dengan masalah konsumsi ataupun penyakit infeksi tetapi juga penanganan masalah lingkungan, perilaku manusia dan masalah kesejahteraan masyarakat (masalah sosial, ekonomi).

Ketidak tajaman dalam menentukan sasaran intervensi dapat berakibat tidak hanya pada stagnasi masalah gizi balita tetapi juga dapat menimbulkan masalah baru. Sekitar separuh atau lebih balita yang diidentifikasi memiliki BB sangat rendah (gizi buruk) dan BB rendah (gizi kurang) ternyata sebetulnya memiliki berat badan yang proporsional dengan panjang atau tinggi badannya. Mereka tidak mengalami masalah gizi akut tetapi mereka mengalami masalah gizi kronis karena mereka pendek. Bila intervensi hanya didasarkan pada indikator BB/U tanpa memperhatikan faktor-faktor yang berkaitan dengan gangguan pertumbuhan tinggi atau panjang badan, maka yang kemungkinan besar terjadi adalah:

- Jumlah balita yang pendek tetap banyak sehingga prevalensi BB rendah (gizi kurang) tetap tinggi;
- Balita yang memiliki BB rendah menurut umurnya tetapi tidak kurus karena mereka pendek akan memiliki resiko tinggi untuk menjadi gemuk
- (3). Masalah gizi salah ("malnutrition") baik dalam bentuk kurang gizi maupun kegemukan di usia dini dapat berdampak pada meningkatnya risiko penyakit degeneratif di usia dewasa (Baker's theory).

KESIMPULAN

1. Penggunaan indikator tunggal BB/U dalam penentuan status gizi masyarakat tidak cukup untuk menyediakan informasi yang diperlukan untuk perumusan kebijakan dan perencanaan program upaya perbaikan gizi masyarakat.
2. Penggunaan indikator tunggal BB/U sebagai landasan kebijakan dan perencanaan program perbaikan gizi dapat berakibat pada stagnansi permasalahan gizi dan juga dapat menimbulkan permasalahan gizi lain seperti kegemukan pada balita.
3. Penggunaan indikator BB/U, TB/U dan BB/TB harus diinterpretasikan secara bersama tidak independen satu sama lainnya agar dapat memberikan informasi yang berarti.
4. Masalah gangguan pertumbuhan pada balita yang utama adalah gangguan pertumbuhan pada panjang badan atau tinggi badan.
5. Masalah gizi di masyarakat yang dicirikan oleh karakteristiknya yaitu akut, kronis dan akut-kronis tidak dapat diselesaikan oleh sektor kesehatan saja tapi harus ditangani bersama oleh berbagai pihak yang terkait dengan masalah kesejahteraan masyarakat.

IMPLIKASI

Implikasi pada kebijakan upaya perbaikan gizi

Hasil analisis yang dibahas dalam tulisan ini sudah menunjukkan bahwa masalah gangguan utama pertumbuhan balita di Indonesia sebenarnya adalah gangguan pada pertumbuhan panjang atau tinggi badan. Memperhatikan kajian-kajian dari hasil analisis tersebut, seyogyanya perumusan kebijakan dan perencanaan program tidak hanya didasarkan pada indikator tunggal BB/U seperti yang dilakukan selama ini.

Masalah gangguan pertumbuhan jangan hanya dipandang sebagai masalah defisiensi kurang gizi makro, tetapi merupakan masalah defisiensi zat gizi yang kompleks yang menyangkut gizi makro dan mikro[5]. Sebagai konsekuensinya maka untuk menangani gangguan pertumbuhan diperlukan intervensi gizi makro dan mikro. Untuk hal ini pemerintah sudah melaksanakan berbagai upaya untuk melakukan intervensi gizi makro dan mikro tersebut, antara lain dengan distribusi MP-ASI yang mengandung gizi makro dan mikro, dan dengan mengembangkan sprinkle untuk balita yang mengandung multivitamin dan mineral.

Penanggulangan masalah gizi pada balita harus memperhatikan dua sifat gangguan yaitu: masalah gizi kronis dan masalah gizi akut yang masih banyak ditemukan di berbagai wilayah di Indonesia. Selama ini upaya perbaikan gizi lebih banyak difokuskan pada penangulangan masalah gizi buruk atau masalah gizi yang bersifat akut. Masalah gizi akut lebih terkait dengan defisiensi zat gizi atau karena kejadian penyakit infeksi yang terjadi dalam waktu yang tidak lama. Di lain pihak, masalah gizi kronis merupakan produk dari banyak faktor, bukan hanya rendahnya asupan energi yang berkepanjangan dan seringnya menderita penyakit infeksi yang merupakan penyebab langsung. Di balik itu ada permasalahan yang lebih luas yang bermuara pada penyebab langsung tersebut, antara lain masalah kemiskinan, masalah ketidak tahuan, masalah perilaku hidup sehat yang kurang mendukung, masalah pendidikan dan masalah ekonomi yang biasa diindikasikan dengan rendahnya daya beli[6].

Masalah gizi buruk merupakan produk dari keadaan yang akut dan kronis, yang penanggulanggannya tidak hanya dengan ***manajemen gizi buruk*** untuk menangani anak penderita gizi buruk, tetapi juga harus dilakukan pencegahan agar tidak terjadi gizi buruk dengan memperhatikan berbagai faktor tersebut.

Hal di atas mengandung arti bahwa masalah gizi merupakan tanggung jawab banyak pihak, bukan hanya tanggung jawab sektor kesehatan saja. Masalah gizi bukanlah hanya masalah kesehatan dengan

berbagai programnya (seperti: distribusi pil besi pada wanita hamil, pemberian makanan tambahan, MP-ASI, manajemen gizi buruk, distribusi obat gizi, program garam beryodium), tetapi dilihat dari etiologinya maka pada dasarnya masalah gizi adalah merupakan masalah kesejahteraan.

Agar upaya perbaikan gizi dapat berjalan dengan efektif, maka perlu diketahui karakteristik masalah gizi yang dihadapi suatu wilayah, apakah AKUT, KRONIS atau AKUT-KRONIS. Masalah gizi di suatu wilayah mungkin cukup ditangani oleh sektor kesehatan, tetapi di wilayah lain harus ditangani bersama oleh sector kesehatan dan sektor lainnya. Hal ini sangat tergantung dari karakteristik masalah gizi yang dihadapi masing-masing wilayah.

Implikasi pada penggunaan indikator status gizi

Mengingat pentingnya memahami karakteristik masalah gizi di berbagai wilayah sebagai dasar perumusan kebijakan dan perencanaan program, maka indikator status gizi yang dapat menjelaskan kondisi akut, kronis maupun akut-kronis harus digunakan dalam asesmen status gizi. Ini berarti tidak hanya indikator antropometri BB/U saja yang digunakan, tetapi indikator antropometri TB/U dan BB/TB juga harus digunakan. Konsekuensinya dalam survei atau asesmen status gizi masyarakat, minimal harus dilakukan penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan[7].

Implikasi pada strategi upaya perbaikan gizi masyarakat

Oleh karena ketiga karakteristik masalah gizi di atas dapat memberikan indikasi tentang berbagai kemungkinan faktor penyebab masalah gizi di masyarakat, maka diperlukan peningkatan kemampuan analisis situasi pangan dan gizi di daerah-daerah. Apabila ***Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG)*** berjalan baik maka kebutuhan informasi untuk digunakan sebagai dasar perumusan kebijakan, perencanaan program, penentuan tindakan dan evaluasi dapat tersedia secara rutin. Oleh karena itu harus diupayakan keberadaan SKPG yang berfungsi di masing-masing daerah.

Mengingat masalah gizi merupakan masalah kesejahteraan masyarakat dan memiliki banyak faktor yang dapat memicunya, maka upaya perbaikan gizi masyarakat harus dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi antar berbagai sektor sesuai dengan permasalahan yang dihadapi.

Masalah gangguan pertumbuhan sudah ada sejak bayi berada dalam kandungan ibu. Kekurangan gizi pada ibu hamil akan berakibat pada pertumbuhan dan perkembangan anak setelah anak dilahirkan. Oleh karena itu upaya perbaikan gizi pada ibu hamil harus digalakkan terutama untuk golongan masyarakat yang kurang beruntung ("***disadvantage group***"). Lebih baik lagi apabila upaya ini dimulai dari remaja dan calon ibu, dilanjutkan pada ibu hamil dan balita, terutama pada periode pertumbuhan kritisnya. Keterlambatan penanganan gangguan pertumbuhan balita akan sulit mengantarkan kembali balita tersebut ke jalur pertumbuhan potensialnya[8].

Implikasi bagi penelitian gizi

Masalah gangguan pertumbuhan pada panjang badan balita merupakan tantangan bagi peneliti untuk melakukan kajian-kajian di bidang teknologi pangan maupun di bidang gizi masyarakat. Tantangan bagi peneliti di bidang teknologi makanan adalah untuk menghasilkan formula makanan bagi balita dalam periode usia pertumbuhan kritis (6-24 bulan) yang dapat mencegah kegagalan pertumbuhan panjang badan.

Di bidang gizi masyarakat peneliti ditantang untuk melakukan pengkajian berbagai faktor yang erat kaitannya dengan karakteristik masalah gizi yang ada di berbagai wilayah yang mungkin berbeda atara satu wilayah dengan wilayah lainnya. Pemetaan wilayah berdasarkan karakteristik masalah gizi dan faktor-faktor spesifik yang berkaitan merupakan produk yang sangat penting bagi perumusan kebijakan, perencanaan program, maupun untuk evaluasi berkala.

RUJUKAN

1. Martorell R. Promoting Healthy Growth: Rationale and Benefits. In Child Growth and Nutrition in Developing Countries. In Andersen PP, Pelletier D and Alderman H. Itacha: Cornell University Press, 1995
2. McCain MN, Mustard F. Reversing the brain drain: Early study. Final report. Toronto: Ontario Children's Secretariat, 1999
3. Jahari AB, Sandjaja, Sudiman H, Jus'at I, Jalal F, Latief D, Atmarita. Status Gizi Balita di Indonesia Sebelum dan Selama Krisis: Analisis Data Antropometri Susenas 1989—1999. Makalah pada Prosiding Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi. Jakarta: LIPI, 2000.
4. Sharma, S.J.M., Peerson S. Bunch, S.P. Murphy, K.H. Brown. Anthropometric Status Is Associated With Child Feeding Practices of Young Indonesian Children. n.l.,1999
5. Ziegler TR, Bazargan and Galloway JR. Glutamine Supplemented Nutrition Support: Saving Nitrogen and Saving Money? Clinical Nutrition. 2000; 19(6): 375-377.
6. Martorell R. Promoting Healthy Growth: Rationale and Benefits. In Child Growth and Nutrition in Developing Countries. In Andersen PP, Pelletier D and Alderman H. Itacha: Cornell University Press, 1995.
7. LIPI dan Unicef-Indonesia. Penyimpangan Positif Masalah KEP di Jakarta Utara, DKI Jakarta dan di Pedesaan Kabupaten Bogor-Jawa Barat dan Lombok Timur, NTB. Laporan Penelitian. Jakarta:LIPI- UNICEF, 2000.
8. Unicef. 2000. Challenges for a New Generation. The Situation of Children and Women in Indonesia. Jakarta: UNICEF, 2000.