

PERAN EPIDEMIOLOGI DALAM MASALAH GIZI MASYARAKAT

Sistem Surveilans dan Respon Berbasis Masyarakat untuk Penanggulangan Masalah Gizi Masyarakat

Dewi Marhaeni Diah Herawati¹

Abstrak

Permasalahan gizi di Indonesia saat ini masih cukup kompleks baik pada masalah kekurangan gizi makro maupun gizi mikro, ada beberapa provinsi dan kabupaten/kota menjadi kantong-kantong permasalahan gizi tersebut. Hasil Riskesdas tahun 2010 menunjukkan bahwa Provinsi NTB merupakan provinsi dengan prevalensi gizi "burkur" tertinggi, Provinsi NTT dengan prevalensi balita pendek tertinggi sedang Provinsi Jambi dengan prevalensi balita kurus tertinggi.

Respon masalah gizi tidak hanya setelah terjadi kasus, namun membutuhkan upaya pencegahan sedini mungkin melalui pendekatan perjalanan alamiah penyakit. Salah satu kegiatan desa siaga adalah melakukan surveilans oleh masyarakat terhadap kasus penyakit termasuk gizi. Kegiatan surveilans perlu dikembangkan lebih jauh terutama surveilans pada faktor risiko. Hasil survei pemetaan di Jabar pada tahun 2010 menunjukkan potensi sebanyak 78,4% kader aktif di desa melakukan kegiatan surveilans, 2% mampu melakukan analisis sederhana dan 92,25 kegiatan surveilans dilaporkan pada Puskesmas.

FK Unpad dan Pemda Jabar melakukan pengembangan SSRBM (Sistem Surveilans Respon Berbasis Masyarakat) melalui penyusunan modul SSRBM dan gizi, pelatihan kader dan petugas Puskesmas dengan pusat informasi berbasis web di Puskesmas. Pengembangan SSRBM berbasis masyarakat memperlihatkan perlunya penguatan dalam regulasi. Penggunaan teknologi informasi membutuhkan proses perubahan budaya organisasi.

Kegiatan surveilans respon terhadap faktor risiko maupun kasus yang dilakukan oleh masyarakat yang terintegrasi dengan pemerintah dan swasta dapat membantu mencegah terjadinya masalah gizi. Jika kegiatan SSRBM ini dilaksanakan secara optimal maka diharapkan status gizi masyarakat kedepan menjadi lebih baik.

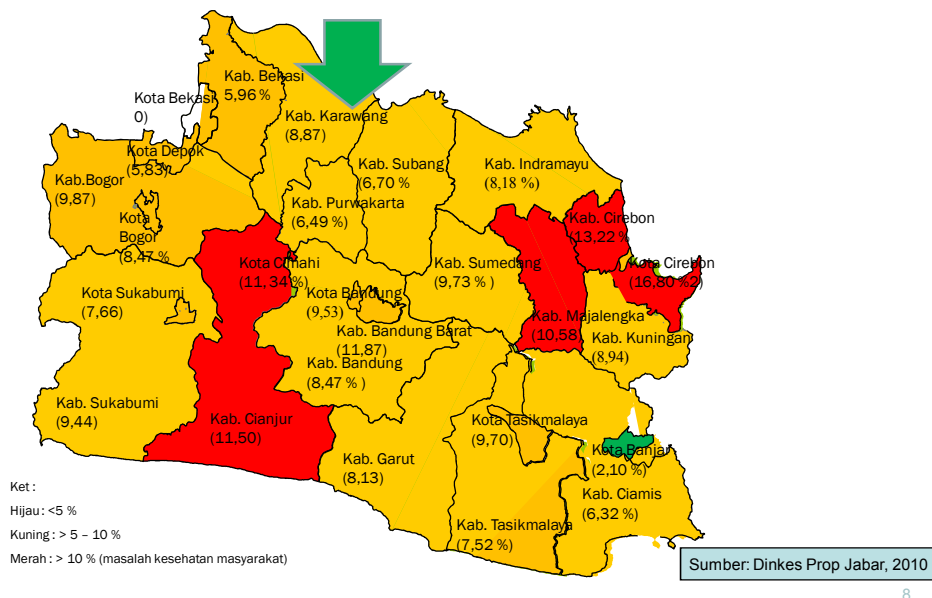
Pendahuluan

Permasalahan gizi di Indonesia saat ini telah terjadi *multiple burden malnutrition* seperti gizi kurang, gizi lebih, defisiensi vitamin dan mineral. Berdasar hasil Riskesdas tahun 2007, prevalensi gizi lebih ada 4,3%¹. Hasil Riskesdas tahun 2010 menunjukkan bahwa Provinsi NTB merupakan provinsi

¹ Departemen Ilmu Gizi Medik Fakultas Kedokteran Unpad.

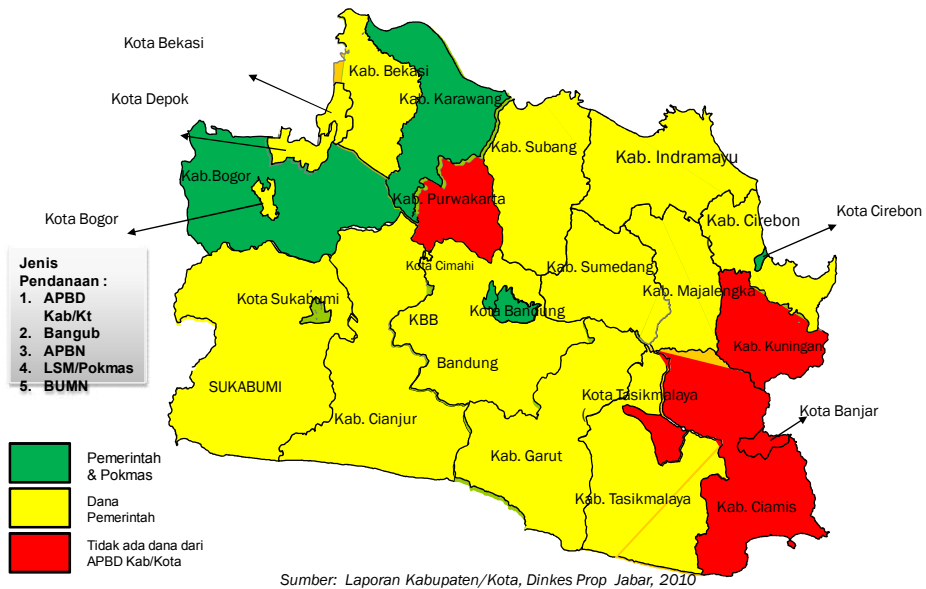
Disajikan dalam Pertemuan Ilmiah Tahunan Epidemiologi di FK Unpad, 22-23 April 2011.

dengan prevalensi balita gizi kurang tertinggi (30,5%), Provinsi NTT merupakan provinsi dengan prevalensi stunting tertinggi (58,4%) sedang Provinsi Jambi merupakan provinsi yang memiliki wasting tertinggi (20%) di Indonesia.² Permasalahan gizi di Jawa Barat meliputi prevalensi gizi kurang (BB/U) ada 12,39%, prevalensi balita gizi kurus (BB/TB) ada 9,39%, prevalensi balita pendek (TB/U) ada 36,75% dan banyak terdapat balita kretin baik di Kabupaten Garut, Subang dan Cirebon.



Gambar 1. Peta Berat Badan Kurang (BB/U) Balita di Jawa Barat Tahun 2010

Adapun kabupaten/kota yang memiliki prosentase balita dengan berat badan kurang (BB/U) tertinggi adalah Kota Cirebon (16,8%), Kabupaten Cirebon (13,22%), Kabupaten Cianjur (11,50%), Kota Cimahi (11,34%) dan Kabupaten Majalengka (10,58%). Kota Cirebon dan Kabupaten Cirebon sesungguhnya bukan merupakan kabupaten/kota yang tidak memiliki sumber daya alam miskin, sehingga seharusnya tidak boleh diketemukan adanya balita yang memiliki permasalahan gizi seperti berat badan kurang (BB/U).



Gambar 2. Peta Dana Penanggulangan Gizi Buruk di Jawa Barat Tahun 2010

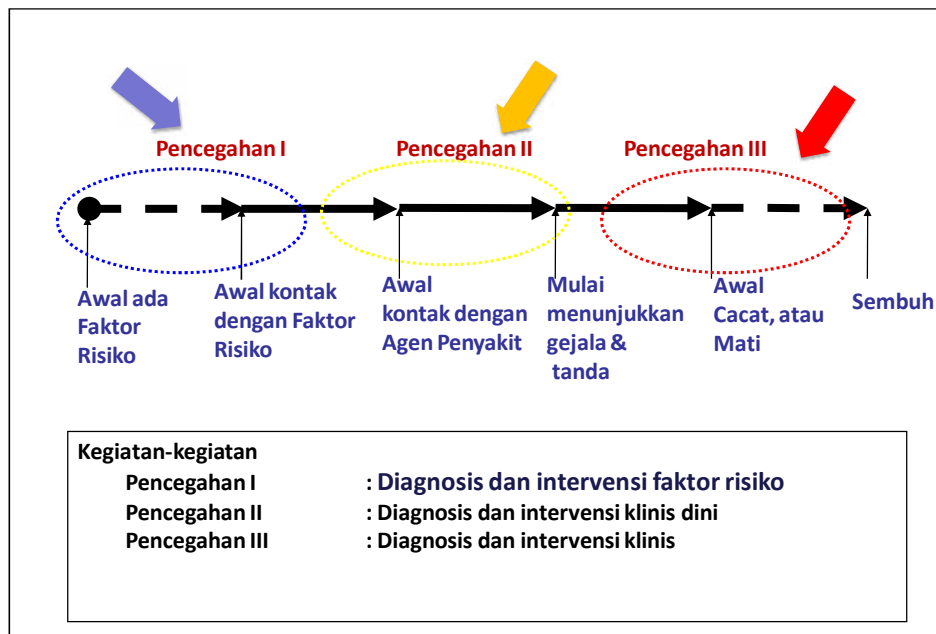
Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat terlihat bahwa ada 4 kabupaten/kota yang tidak mengalokasikan anggarannya untuk mengatasi permasalahan gizi pada balita yaitu Kabupaten Purwakarta, Kabupaten Kuningan, Kabupaten Ciamis dan Kota Tasikmalaya. Padahal kabupaten/kota tersebut masih memiliki permasalahan gizi yang cukup kompleks. Sesungguhnya berbagai upaya telah dilakukan baik oleh Provinsi Jawa Barat maupun kabupaten/kota dalam penanggulangan permasalahan gizi tersebut, namun nampaknya sampai saat ini belum menunjukkan hasil yang cukup bermakna. Upaya-upaya yang dilakukan untuk mengatasi permasalahan gizi balita tersebut harus didukung oleh anggaran, selain itu sebaiknya menggunakan pendekatan yang tepat yaitu epidemiologi. Pendekatan epidemiologi diharapkan dapat mengetahui data populasi suatu masyarakat tentang permasalahan gizi dan kebiasaan pola makan, status sosial ekonomi, pola asuh gizi orang tua terhadap anaknya serta lingkungan pendukungnya. Dengan demikian dapat diketahui secara cepat dan tepat siapa yang mengalami masalah gizi, lokasi rumah serta kapan waktunya mereka terkena masalah gizi tersebut.

Perkembangan epidemiologi gizi sudah dimulai cukup lama, seperti penemuan vitamin B1 yang dapat menyembuhkan penyakit beri-beri, Niasin yang dapat menyembuhkan penyakit Pellagra maupun penyakit Keshan yang banyak terjadi di wilayah Cina bagian tengah yang disebabkan karena kekurangan selenium. Dengan pendekatan epidemiologi penyakit beri-beri dan pellagra saat ini sudah dapat diturunkan dengan baik. Kompleksnya permasalahan gizi masyarakat di Jawa Barat diduga karena penanganan permasalahan gizi belum menggunakan pendekatan epidemiologi.

Status gizi balita sangat dipengaruhi oleh asupan gizi dan penyakit infeksi, dimana asupan gizi juga dipengaruhi oleh ketersediaan pangan dan perilaku. Ketersediaan pangan sendiri dipengaruhi oleh daya beli masyarakat dan produksi pangan yang baik. Perilaku dipengaruhi oleh pola asuh orang tua dalam memberikan makanan yang bergizi kepada anaknya. Terjadinya penyakit infeksi disebabkan karena faktor lingkungan dan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu penyelesaian permasalahan gizi harus dilakukan secara komprehensif dan holistik oleh berbagai sektor. Jika hanya bersifat parsial maka permasalahan gizi tidak akan pernah selesai.

Strategi Penanggulangan Permasalahan Gizi dengan Pendekatan Epidemiologi

Respon masalah gizi tidak hanya terjadi pada saat telah terjadi kasus, harus dimulai sejak awal saat diketahui terjadi faktor risiko pada seseorang atau masyarakat. Pendekatan penyelesaian masalah melalui perjalanan alamiah penyakit. Untuk mendukung hal tersebut dibutuhkan 3 hal yaitu penguatan sistem surveilans respon,³ pengembangan teknologi informasi dan penguatan kapasitas baik petugas kesehatan maupun kader kesehatan. Pengembangan sistem informasi sangat penting, agar dapat diketahui secara *real time* jika ada warga masyarakat yang memiliki faktor risiko terkena masalah gizi baik waktu, tempat dan orang. Penguatan kapasitas pada petugas maupun kader kesehatan dimaksudkan agar mereka memahami seluruh proses perjalanan alamiah suatu penyakit/masalah gizi sehingga ketika dalam masa pra primer segera dapat dilakukan intervensi agar tidak berlanjut menjadi penyakit.



Gambar 3. Intervensi/Respon Dalam Pengendalian Penyakit/Masalah Gizi.

Contoh kasus adalah perjalanan alamiah stunting. Pada pencegahan pra primer jika ada wanita usia subur menderita KEK (kurang energi kronis) maka segera dilaporkan ke puskesmas dan Dinas Kesehatan agar segera diberikan tindak lanjut atau intervensi baik berupa edukasi atau bila perlu diberikan PMT. Jika WUS KEK dibiarkan saja maka ketika hamil akan melahirkan bayi BBLR (Berat Badan Lahir Rendah), Pencegahan primer adalah pemberian edukasi dan pemberian PMT pada ibu hamil. Pencegahan skunder ketika bayi lahir BBLR adalah penatalaksanaan bayi BBLR dengan baik dan pemberian nutrisi yang tepat melalui ASI maupun pendamping ASI agar dalam masa pertumbuhan dan perkembangan selama 2 tahun dapat tumbuh dan berkembang dengan normal. Jika BBLR tidak dilakukan intervensi apapun, maka bayi dapat menderita stunting. Pemahaman perjalanan alamiah penyakit/masalah gizi pada kader kesehatan juga sangat penting agar kader dapat memberikan penyuluhan kepada masyarakat terutama WUS dan ibu hamil supaya mereka tidak menjadi faktor risiko terhadap kejadian stunting anak mereka. Bumil KEK merupakan salah satu faktor risiko kejadian stunting, namun demikian banyak faktor yang dapat menjadi penyebab terjadinya faktor risiko kejadian stunting.

Hasil Riset Pola Makan Program Hibah Kompetisi Unpad 2010.

Berdasarkan hasil survei yang telah dilakukan pada tahun 2010 pada 6000 keluarga di Desa Sliyeg Kabupaten Indramayu, Desa Pusakanegara Kabupaten Subang serta Desa Gegesik Kabupaten Cirebon diperoleh hasil bahwa pola makan keluarga adalah untuk konsumsi KH rata-rata 2x sehari, konsumsi protein hewani (ikan asin, ayam, telur) seminggu 2x namun untuk daging tidak pernah, konsumsi protein nabati (tahu, tempe) seminggu 2x, konsumsi sayuran seminggu 2x, konsumsi buah-buahan (pepaya, pisang) seminggu 2x. Hasil tersebut menunjukkan bahwa kebutuhan keluarga terhadap karbohidrat, protein, sayuran dan buah-buahan masih kurang. Dapat dikatakan bahwa kebutuhan terhadap makronutrien dan mikronutrien masih belum sesuai AKG (Angka Kecukupan Gizi) yang dibutuhkan oleh seseorang. Fakta di lapangan masih banyak keluarga yang kebutuhan proteinnya masih sangat kurang, bahkan untuk protein nabati. Hal ini diduga karena saat ini terjadi kenaikan harga dari seluruh bahan makan dan pangan masyarakat, tahu dan tempe pun sekarang harganya sudah tidak murah lagi.

Melihat data karakteristik responden, rata-rata usia responden adalah usia 24-50 tahun dimana usia ini masih merupakan usia produktif, mayoritas pekerjaan responden adalah tani atau buruh dengan tingkat pendidikan mayoritas tamat SLTP. Adapun jumlah anggota dalam keluarga rata-rata 3-7 orang, dengan penghasilan Rp 500.000 sd Rp 2.000.000. Keluarga yang memiliki penghasilan kurang dari Rp 500.000 ada 1%, penghasilan antara Rp 500.000 – Rp 1.000.000 ada 24%, antara Rp 1.000.000 - Rp 2.000.000 ada 64%, sedang yang penghasilan lebih dari Rp 2.000.000 ada 11%. Pengeluaran keluarga untuk makanan antara Rp 600.000– Rp 1.200.000, namun pengeluaran untuk merokok masih sangat tinggi yaitu Rp 90.000-Rp 350.000. Melihat data karakteristik serta perilaku pengeluaran keuangan rumah tangga ternyata rata-rata keluarga terutama kepala rumah tangga lebih senang mengeluarkan uang untuk membeli rokok dari pada untuk makanan anak dan istri mereka. Kesimpulan yang diperoleh dari data survei ini adalah bahwa kurangnya konsumsi karbohidrat dan protein pada sampel penelitian karena faktor penghasilan kepala keluarga yang masih kecil bahkan banyak yang dibawah UMR, selain itu diperberat oleh rendahnya pendidikan sehingga mereka lebih

senang berperilaku mengeluarkan uang untuk membeli rokok dari pada membeli makanan bergizi untuk anak dan istrinya.

Kurangnya konsumsi karbohidrat dan protein pada kelompok sampel ini dapat menjadi faktor risiko terjadinya KEK pada wanita usia subur dan ibu hamil, sedang bayi dan balita menjadi terkena gizi kurang dan gizi buruk. Berdasarkan hasil survei ditemukan balita yang menderita gizi buruk hanya 1% dan gizi kurang ada 7%, namun demikian hasil pola makan menunjukkan bahwa mereka menjadi faktor risiko terhadap kejadian KEK pada WUS dan bumil serta balita gizi kurang dan buruk.

Pembahasan

Menurut Gibson surveilans gizi merupakan bagian dari sistem penilaian gizi yang dilakukan secara terus menerus pada suatu populasi untuk mengetahui status gizi masyarakat. Surveilans gizi berbeda dengan survey gizi, digunakan untuk melakukan identifikasi terhadap terjadinya kronik dan akut malnutrisi; membuat formulasi dan melakukan intervensi pada populasi atau subpopulasi yang terkena malnutrisi; juga digunakan untuk melakukan monitoring dan evaluasi terhadap efikasi dan efektivitas intervensi program gizi pemerintah.⁴ Tujuan dasar dari epidemiologi gizi adalah untuk menjelaskan peran faktor makanan dan gaya hidup dalam menentukan risiko penyakit manusia.⁵

WHO mengembangkan kerangka konsep surveilans menjadi surveilans dan respon, yang terdiri dari fungsi pokok, fungsi pendukung, mutu surveilans dan struktur surveilans.⁶ Pada tahun 2010 FK Unpad mengembangkan sistem surveilans respon berbasis masyarakat dengan menggunakan kerangka konsep WHO di Kecamatan Jatinangor. Hasilnya cukup menggembirakan dimana kader ikut terlibat dalam melakukan monitoring terhadap status kesehatan masyarakat, sehingga dapat diketahui secara dini jika terjadi wabah seperti diare dan dapat dilakukan intervensi secara cepat baik oleh masyarakat maupun petugas puskesmas dan Fakultas Kedokteran sendiri.

Pengembangan sistem surveilans respon juga dikembangkan di wilayah penelitian PHKI Unpad yaitu Kabupaten Indramayu, Cirebon dan Subang. Hasilnya cukup menggembirakan karena kader dan petugas kesehatan sudah mampu menerapkan kerangka konsep WHO ini dalam pelaksanaan pengamatan permasalahan gizi masyarakat. Dengan sistem surveilans respon berbasis

masyarakat maka pola konsumsi masyarakat yang masih rendah karbohidrat dan protein ini diharapkan dapat menjadi lebih baik dan sesuai dengan AKG. Hal tersebut dimaksudkan agar faktor risiko untuk terjadinya malnutrisi di masyarakat baik wanita usia subur, ibu hamil dan balita dapat diatasi dengan segera.

Penelitian di Gujarat tentang status nutrisi pada anak balita dengan menggunakan pendekatan epidemiologi menunjukkan bahwa kejadian malnutrisi sangat berhubungan dengan pendidikan orang tua, status sosial ekonomi, ukuran keluarga, kondisi lingkungan (air minum yang aman, pembuangan limbah sanitasi dan kepadatan penduduk) serta episode penyakit umum.⁷ Penelitian Northstone dkk menunjukkan bahwa pola makan yang buruk seperti tinggi lemak tinggi gula dan konten makanan olahan yang tidak tepat pada anak usia 8 tahun berhubungan dengan penurunan kecerdasan anak, sedang diet yang tepat dengan asupan makanan yang kaya gizi dapat meningkatkan kecerdasan anak.⁸ Kedua penelitian tersebut diatas memperkuat tentang pentingnya penelitian epidemiologi dalam penanggulangan permasalahan gizi masyarakat.

Kesimpulan:

1. Pendekatan epidemiologi sangat penting dalam mengatasi permasalahan gizi masyarakat.
2. Penguatan sistem surveilans respon merupakan salah satu strategi dalam penanggulangan dan pencegahan masalah gizi masyarakat.
3. Integrasi antara berbagai bidang kelimuan dan lintas sektor sangat penting dilakukan dalam mengatasi permasalahan gizi masyarakat.

Daftar Pustaka

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Jakarta: Depkes, 2007.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Jakarta: Kemenkes, 2010.
3. Health Surveillance Coordinating Committe (HSCC) Population and Public Health Branch Canada. Journal of Framework and Tool For Evaluating Health Surveillance System, V. 1 2004.
4. Gibson RS. Principles of nutritional assessment. Oxford University Press. 2005.

5. Willett W. Nutritional epidemiology. New York Oxford: Oxford University Press; 1998.
6. World Health Organization. Fact Sheet No.273: Surveillance of Non Communicable Disease Risk Factors. March 2003. www.who.int.
7. Bhanderi D, Choudhary SK. An epidemiological study of health and nutritional Status of under five children in semi-urban community of Gujarat. Indian J Public Health. 2006;50(4):213-9.
8. Northstone K, Joinson C, Emmett P, Ness A, Paus T. Are dietary patterns in Childhood with IQ at 8 years of age? A population-based cohort study. J. Epidemiol Community Health. 2010. doi:10.1136/jech.2010.111955.