

ANALISIS KEBIJAKAN PENANGANAN MASALAH GIZI DIKALIMANTAN TIMUR BERDASARKAN PENGALAMAN BERBAGAI NEGARA

Oleh: Bernatal Saragih¹

Abstract

Over this time period, strategies for implementing effective nutrition intervention programmes have long been sought after. These have stressed not only feasibility of implementation and short-term out-comes, but efforts to promote sustainable nutrition programmes have been of great concern. The nutrition intervention programmes succeeded at province East Kalimantan should identified mechanisms by which experience to efforts develop recovery of community nutrition status not enough revitalization of Posyandu and Puskesmas but should be integrated development which to make a village as integrated development planning unit with nutrition as a part of welfare indicator community. To make these integrative efforts possible, political will, social mobilization, nutritionist and other related personnel must understand the nature of nutrition problems and have access to information system which provides proper and timely information.

Keywords: Nutrition Problems, Intervention Programmes, Experience In Other Countries

Latar Belakang

Masalah gizi sebenarnya tidak hal baru yang terjadi di Kalimantan Timur, Indonesia dan berbagai belahan dunia. Di Indonesia sekitar 45-55% anak-anak di pedesaan pada rentang usia tersebut mengalami “*stunting*” dan sekitar 10% mengalami “*wasting*” dan jumlah tersebut tidak berubah selama usia prasekolah. Defisit riboflavin pada remaja di Indonesia 59-96% dan prevalensi gizi kurang (kurus) 17,4%. Masalah gizi di Kalimantan Timur rentan dengan kemiskinan dan pola pengasuhan anak oleh keluarga termasuk asuh makan, kesehatan, kebersihan dan bermain. Hasil penelitian pada keluarga miskin di Kalimantan Timur menunjukkan persentase gizi buruk 5,8 persen, gizi kurang 10,8 persen, gizi baik 78,3 persen dan gizi lebih 2,5 persen (Saragih, 2009). Sungguh ironis memang dengan propinsi kaya masih bergelut dengan kemiskinan dan gizi kurang dan buruk diberbagai daerah. Indikasi ini menunjukkan indeks pembangunan manusia (IPM) masih menyisakan masalah yang rumit yang segera harus ditangani dalam pembangunan kedepan oleh pemerintah provinsi Kalimantan Timur.

Kemiskinan adalah keadaan dimana terjadi kekurangan hal-hal yang biasa untuk dipunyai seperti makanan, pakaian, tempat berlindung dan air minum, hal-hal ini berhubungan erat dengan kualitas hidup. Kemiskinan bisa dikelompokkan dalam dua kategori, yaitu Kemiskinan absolut dan Kemiskinan Relatif. Kemiskinan absolut mengacu pada satu set standar yang konsisten, tidak terpengaruh oleh waktu dan

¹ Penulis adalah Ketua Jurusan Teknologi Hasil Pertanian Unmul. Doktor Bidang Ilmu Gizi

tempat/negara. Sebuah contoh dari pengukuran absolut adalah persentase dari populasi yang makan dibawah jumlah yang cukup menopang kebutuhan tubuh manusia (kira-kira 2000-2500 kalori per hari untuk laki laki dewasa).

Bank Dunia mendefinisikan kemiskinan absolut sebagai hidup dengan pendapatan dibawah USD \$1 per hari dan Kemiskinan menengah untuk pendapatan dibawah \$2 USD per hari, dengan batasan ini maka diperkirakan pada 2001 1,1 miliar orang didunia mengkonsumsi kurang dari \$1 USD per hari dan 2,7 miliar orang didunia mengkonsumsi kurang dari \$2 USD per hari (World Bank, 2007 dalam Saragih, 2009).

Jumlah penduduk miskin di Kalimantan Timur hingga akhir 2005 diperkirakan mencapai 760.000 jiwa yang terdiri dari 190.000 rumah tangga miskin (RTM) dan pada tahun 2008 berjumlah 324.000 orang (10,66%) (Bappeda, 2009). Dari hasil konferensi dewan ketahanan pangan 2002 telah mbingkai sebuah gagasan “perwujudan ketahanan pangan untuk meningkatkan pertumbuhan ekonomi, persatuan bangsa dan mengikis kemiskinan” dalam kesepakatan global (Millenium Development Global) juga telah menetapkan pada tahun 2015 menurunkan kemiskinan separuh dari tahun 1990 dengan penjabaran pertama indikator ke empat adalah menurunkan prevalensi angka gizi kurang anak balita dan indikator kelima menurunkan jumlah penduduk defisit energi (konsumsi energi dibawah 70% anjuran kebutuhan).

Dari gambaran kemiskinan dan masalah gizi menjadi indikasi keberhasilan dalam pembangunan suatu daerah atau bangsa. Keberhasilan pembangunan nasional suatu bangsa atau daerah ditentukan oleh ketersediaan sumberdaya manusia (SDM) yang berkualitas, memiliki fisik yang tangguh, mental yang kuat dan kesehatan yang prima serta penguasaan ilmu pengetahuan dan teknologi yang akhirnya meningkatkan produktivitas. Pemecahan masalah gizi tentunya memerlukan program kegiatan yang direncanakan secara tepat. Pendekatan *top down* dalam perencanaan dan pelaksanaan program dirasakan kurang tepat, mengingat perbedaan potensi sumberdaya alam dan sumberdaya manusia serta masalah yang dialami. Idealnya perencanaan dan pelaksanaan program dilakukan dengan pendekatan *bottom up*, dimana masyarakat setempat diharapkan mampu merumuskan permasalahan yang dihadapi kemudian merancang pendektan berdasarkan potensi yang dimilikinya. Pendekatan ini membutuhkan partisipasi masyarakat, sehingga unsur lain diluar masyarakat seperti pemerintah maupun lembaga yang menaruh perhatian dalam upaya pemecahan masalah dimasyarakat diharapkan lebih banyak bertindak sebagai fasilitator atau dinamisator (Saragih, 2008).

Penyebab Masalah Gizi

Pertumbuhan dan masalah gizi merupakan masalah yang multi dimensi, dipengaruhi oleh berbagai faktor. Penyebab langsung gizi kurang adalah makan tidak seimbang, baik jumlah dan mutu asupan gizinya, di samping itu asupan zat gizi tidak dapat dimanfaatkan oleh tubuh secara optimal karena adanya gangguan penyerapan akibat adanya penyakit infeksi. Penyebab tidak langsung adalah tidak cukup tersedianya pangan di rumah tangga, kurang baiknya pola pengasuhan anak terutama

dalam pola pemberian makan pada balita, kurang memadainya sanitasi dan kesehatan lingkungan serta kurang baiknya pelayanan kesehatan. Semua keadaan ini berkaitan erat dengan rendahnya tingkat pendidikan, tingkat pendapatan dan kemiskinan (Gambar 1). Akar masalah gizi adalah terjadinya krisis ekonomi, politik dan sosial termasuk kejadian bencana alam, yang mempengaruhi ketidak seimbangan antara asupan makanan dan adanya penyakit infeksi, yang pada akhirnya mempengaruhi status gizi balita.

Secara umum dapat dikatakan bahwa peningkatan ekonomi sebagai dampak dari berkurangnya gizi kurang dapat dilihat dari dua sisi, pertama berkurangnya biaya berkaitan dengan kematian dan kesakitan dan di sisi lain akan meningkatkan produktivitas. Manfaat ekonomi yang diperoleh sebagai dampak dari perbaikan status gizi adalah: berkurangnya kematian bayi dan anak balita, berkurangnya biaya perawatan untuk neonatus, bayi dan balita, produktivitas meningkat karena berkurangnya anak yang menderita kurang gizi dan adanya peningkatan kemampuan intelektualitas, berkurangnya biaya karena penyakit kronis serta meningkatnya manfaat “intergenerasi” melalui peningkatan kualitas kesehatan.

Masalah ini mencuat dinegara Indonesia dan di Kalimantan Timur disebabkan kelalaian kita semua dalam menangani berbagai faktor yang terlibat langsung dan tidak langsung seperti terlihat pada Gambar 1 dibawah ini.



Gambar 1

Dimensi Masalah Gizi (sumber: Unicef, 1998).

Melihat Gambar tersebut penanganan masalah gizi akhirnya tidak sederhana karena membutuhkan penanganan multi dimensi dan secara holistik dari berbagai masalah yang ada. Penyebab masalah gizi diberbagai daerah di Indonesia juga tidak sama, hal ini disebabkan oleh banyak faktor misalnya agroekosistem, budaya, ekonomi, sosial dan politik. Sebagai contoh masalah kurang gizi di NTB dan NTT faktor pemicu terjadinya masalah tersebut berbeda.

Faktor penyebab masalah gizi buruk di NTT lebih disebabkan oleh kemiskinan dan rawan pangan pada level rumah tangga, sedangkan di NTB ditambah oleh faktor lain yaitu "kawin-cerai" karena suami bekerja di Malaysia (TKI) sehingga banyak yang menjadi janda Malaysia (Jamal) karena suami menikah lagi, fenomena ini juga akan menyebabkan kemiskinan pada rumah tangga dan akhirnya pola asuh anak tidak baik. Bukan hanya itu kebijakan Pemerintah (Pusat, daerah Tk I dan II/Kotamadya) juga berimplikasi terhadap masalah gizi kurang. Kebijakan yang penulis maksudkan disini menyangkut politikal will dan anggaran kesehatan dan gizi yang masih rendah rata-rata 3%. Disisi lain tidak semua Bupati/Walikota di era desentralisasi (otonomi) memiliki wawasan gizi.

Pengasuhan anak merupakan interaksi antara subjek dan objek yang meliputi bimbingan, pengarahan dan pengawasan terhadap aktivitas objek sehari-hari yang berlangsung secara rutin. Pengasuhan ini diarahkan untuk mengubah tingkah laku sesuai dengan kemauan si pengasuh (Gunarsa, 1997). Kecepatan bertumbuh mengalami retardasi sejak lahir yang tercermin dengan adanya panjang badan yang *stunted*. *Stunting* sering ditemukan berhubungan dengan kondisi ekonomi yang buruk, terutama adanya infeksi ringan hingga berat yang berulang-ulang ataupun asupan zat gizi yang tidak cukup. Seseorang dapat gagal dalam menambah panjang badannya, tetapi tidak pernah dapat kehilangan panjang badan. Pertumbuhan linier merupakan proses yang lambat dibandingkan dengan pertumbuhan dalam berat badan. Pengejaran kembali pertumbuhan dalam panjang memerlukan waktu yang relatif lama meskipun lingkungan menyokong (WHO, 1995).

Unicef (1998) menekankan pentingnya pengasuhan dan perawatan anak, sehingga menempatkan kurangnya perawatan anak sebagai unsure ketiga penyebab malnutrisi, disamping ketidak cukupan pangan dan pelayanan kesehatan. Kerangka konseptual penyebab malnutrisi tersebut ditunjukkan pada Gambar 1. Pengasuhan anak dimanifestasikan sebagai memberi makan, merawat (menjaga kesehatannya), mengajari dan membimbing (mendorong dan stimulasi kognitif anak).

Praktek pengasuhan dalam hal pemberian makan meliputi pemberian ASI, pemberian makanan tambahan yang berkualitas, penyiapan dan penyimpanan makanan yang higienis. Praktek pengasuhan dalam perawatan anak adalah pemberian perawatan kesehatan kepada anak sehingga dapat mencegah anak dari penyakit, yang meliputi imunisasi dan pemberian suplemen pada anak. Sedangkan praktek pengasuhan dalam stimulasi kognitif adalah dukungan emosional dan stimulasi kognitif yang diberikan oleh orang tua atau pengasuh untuk mendukung perkembangan anak yang optimal, yang meliputi ketersediaan alat bermain yang mendukung perkembangan mental,

motorik dan sosial; pemberian ASI dan stimulasi yang diberikan pengasuh serta interaksi anak-orang tua.

Hasil suatu penelitian yang dilakukan Li et al (2004) terhadap data longitudinal tahun 1958 di British, anak yang dilahirkan pada bulan maret 1958 diukur tingginya pada umur 7, 11, 16 dan 33 tahun. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa faktor yang signifikan berpengaruh terhadap tinggi badan anak adalah tinggi badan orang tua, berat badan lahir, pemberian ASI, jumlah anggota keluarga dan sosio-ekonomi. Sosio-ekonomi yang lebih tinggi cenderung memiliki anak memiliki tinggi badan yang lebih tinggi.

Keadaan ekonomi keluarga dapat mempengaruhi pengasuhan orang tua terhadap anaknya. Keluarga dengan tingkat ekonomi rendah umumnya kurang memberi perhatian terhadap perilaku anak dan kurangnya latihan. Sedangkan pada keluarga dengan ekonomi cukup menyebabkan orang tua lebih punya waktu untuk membimbing anak karena tidak lagi memikirkan keadaan ekonomi yang kurang (Kasuma, 2001). Grantham-McGregor (1995) menyatakan bahwa keluarga dengan kondisi sosial ekonomi yang rendah, kurang dalam memberikan stimulasi, sedikit alat permainan dan kurangnya partisipasi orang tua dalam aktivitas bermain anak.

Di negara berkembang, makanan tambahan berbasis tanaman seperti sereal, pati dan umbi-umbian seringkali diberikan pada usia dini (sebelum usia 4 bulan) sebagai akibatnya kandungan gizi makanan rendah dan mengandung asam pitat, serat dan polypenol yang tinggi. Komponen makanan seperti serat, asam pitat dan polypenol diketahui dapat menghambat penyerapan zat gizi mikro. Oleh karena itu di negara-negara berkembang sering ditemukan bayi-bayi yang mengalami defisiensi mikronutrien seperti besi dan zinc (Gibson, et.al, 1998). Manifestasi dari keadaan tersebut adalah ditemukannya kondisi *growth faltering* yang sering terjadi pada tahun pertama kehidupan. *Growth faltering* selain disebabkan oleh defisiensi zat gizi mikro juga disebabkan oleh adanya penyakit infeksi (Dewey, 2001).

Makanan pendamping ASI sebaiknya memenuhi persyaratan sebagai berikut : 1) tinggi kandungan energi dan protein, 2) memiliki nilai suplementasi yang baik, 4) dapat diterima dengan baik, 4) harganya relatif murah dan 5) sebaiknya dapat diproduksi dari bahan-bahan yang tersedia secara lokal. Makanan tambahan hendaknya bersifat padat gizi dan seminimal mungkin mengandung serat kasar dan bahan lain yang sukar dicerna, sebab serat kasar yang terlalu banyak akan mengganggu pencernaan. Masalah yang sering ditemukan bukan hanya masalah gizi makanan saja, tetapi juga mutu higienis pada waktu makanan tersebut dipersiapkan dan diberikan (Muchtadi, 1996). Hal senada juga dikemukakan oleh Pudjiadi (2001) bahwa pada umumnya ibu-ibu pada tingkat sosial ekonomi rendah memiliki kebiasaan memasak, menyimpan mengolah dan memberikan makanan tambahan tidak menghiraukan kebersihan sehingga lebih mudah menyebabkan gastroenteritis pada bayi sehingga mengganggu pertumbuhannya.

Sebagai bagian dari keluarga, bayi dalam mengkonsumsi pangan sangat tergantung pada konsumsi pangan keluarga. Kekurangan gizi pada konsumsi pangan keluarga akan menyebabkan kurangnya asupan zat gizi pada bayi. Hal ini ditandai dengan menurunnya kemampuan fisik, terganggunya pertumbuhan dan perkembangan serta adanya angka kesakitan dan kematian bayi yang tinggi. Keadaan tersebut dapat terjadi karena adanya pengaruh langsung antara konsumsi pangan dan status gizi bayi

(Winarno, 1990). Hasil penelitian Jahari, (2000) menyatakan bahwa ibu-ibu yang mempunyai pengetahuan yang baik tentang makanan khusus untuk bayi dan mengetahui cara memberikan makanan serta mengusahakan agar makanan khusus tersebut tersedia untuk dikonsumsi anaknya, cenderung mempunyai bayi dengan keadaan gizi baik.

Tingginya masalah kurang gizi kurang di Indonesia (5 juta orang anak balita) mau tidak mau harus ditangani secepat mungkin karena jika tidak akan berdampak terhadap pada kualitas sumber daya manusia. Hal ini dibuktikan bahwa setiap orang yang gizi buruk akan memiliki resiko kehilangan IQ (*Intelligence Quotient*) 10-13 point. Di Indonesia pada tahun 2005 memiliki gizi buruk 1,5 juta orang anak balita jika dikalikan dengan kehilangan IQ pada setiap orang maka terjadi kehilangan IQ di Indonesia 19,5 juta. Belum lagi ditambah akibat masalah gizi lain seperti kurang vitamin A, GAKI, anemia, dampak lebih jauh akan menyebabkan kematian. Kehilangan produktivitas juga terjadi sekitar 20-30% ditambah biaya untuk *recovery* (penyembuhan) dan berapa persen yang bisa sembuh ? beban ini akan semakin berat ditanggung oleh kita semua. Kalau dihitung dari penurunan produktivitas akibat kurang gizi terhadap pendapatan nasional bruto atau GNP (*Gross National Bruto*) sangat signifikan.

Masalah gizi yang selama ini terfokus pada masalah gizi makro yaitu kurang energi dan protein kurang tepat karena masalah gizi mikro yang sering disebut? kelaparan tersembunyi? (*hidden hunger*) yaitu kurang vitamin dan mineral juga sangat penting untuk diatasi. Kekurangan vitamin dan mineral hampir terjadi di seluruh negara terutama negara sedang berkembang termasuk Indonesia. Lebih dari 50 persen penduduk Indonesia mengalami berbagai bentuk kelaparan tersembunyi ?. Sebagai contoh kekurangan zat besi (anemia) pada anak-anak usia 6 bulan mencapai 56 persen (Saragih, 2007a ; Saragih, 2007b ; Saragih, 2007c).). Dampak anemia mengganggu tumbuh kembang otak, pada orang dewasa mengganggu produktivitas dan pada ibu hamil risiko kematian pada saat melahirkan atau melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah. Kekurangan Yodium pada ibu hamil menyebabkan bayi lahir dengan kelainan mental dan fisik. Kekurangan Vitamin A berdampak pada berkurangnya kekebalan dan meningkatnya risiko infeksi yang pada akhirnya dapat meningkatkan kematian. Kekurangan asam folat yang biasanya bersamaan dengan kekurangan zat besi menyebabkan meningkatnya risiko penyakit jantung dan stroke.

Kebijakan Penanganan Gizi di Kalimantan Timur

Sejak diberlakukannya paket UU Otonomi Daerah (UU No. 22 dan No. 25 tahun 1999 yang kemudian direvisi menjadi UU No. 32 dan No. 33 tahun 2004) telah terjadi perubahan pembagian fungsi antara pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten/kota. Sesuai dengan UU No. 22 tahun 1999 dan SK Menkes RI No. 1147 tahun 2000, maka tugas Depkes Pusat adalah menyusun kebijakan nasional, pedoman, standar, petunjuk teknis, fasilitasi dan bantuan teknis kepada daerah, sementara fungsi-fungsi yang bersifat operasional sudah harus diserahkan kepada daerah (propinsi dan kabupaten/kota). Dalam sektor kesehatan, urusan yang juga harus diserahkan kepada daerah. Sesuai dengan SK Menkes 004 tahun 2003 tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan, maka dalam rangka mencapai tujuan strategis "Upaya

penataan manajemen kesehatan di era desentralisasi"

Penanganan masalah gizi dan kesehatan di Kalimantan Timur tidak terlepas dari kebijakan nasional, visi Kalimantan Timur "Mewujudkan Kaltim Sebagai Pusat Agroindustri dan Energi Terkemuka Menuju Masyarakat Adil dan Sejahtera", serta yang tertuang pada salah satu misi pembangunan Kalimantan Timur dari 17 misi (misi no 3. Meningkatkan Fasilitas dan Pelayanan Kesehatan. Sejalan dengan misi tersebut maka dinas kesehatan Kalimantan timur juga menuangkan visi dan misi pembangunan kesehatan di Kalimantan Timur dengan visi "kesehatan untuk semua dalam rangka terwujudnya derajat kesehatan masyarakat kalimantan timur terbaik di luar jawa bali". Misi ; 1) memfasilitasi pemeliharaan dan peningkatan upaya kesehatan yang bermutu, terjangkau, dan berkeadilan, 2). mendorong dan menggerakkan pemberdayaan masyarakat untuk hidup sehat dan membangun kemitraan dengan lintas sector, 3). mengembangkan sumber daya kesehatan yang memadai dan berkesinambungan dan 4). memantapkan manajemen kesehatan yang dinamis dan akuntabel.

Dalam rangka meningkatkan upaya kesehatan masyarakat di Kalimantan Timur, pemerintah berusaha untuk tetap konsisten terhadap program prioritas pembangunan daerah. Peningkatan sarana dan prasarana puskesmas dan jaringannya dalam rangka meningkatkan pelayanan kepada masyarakat di kabupaten/kota dengan program peningkatan dan pelayanan puskesmas 24 jam, upaya meningkatkan kuantitas dan kualitas sistem dan fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat dalam rangka pemenuhan tenaga medis dan para medis di kabupaten/kota, disamping peningkatan aksesibilitas pelayanan dasar kesehatan dan pemenuhan gizi masyarakat. Sementara untuk kesehatan diarahkan untuk meningkatkan Indeks Kesehatan masyarakat : meningkatkan Angka Harapan Hidup (AHH), mengurangi Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) melalui pemerataan dan pemberdayaan serta pengembangan dan revitalisasi Pos Yandu, dengan program unggulan peningkatan aksesibilitas kesehatan dan meningkatkan capaian taraf kesehatan masyarakat serta mengembangkan gerakan bersama masyarakat dan dunia usaha dibidang kesehatan. Di bidang kesehatan, disparatis status kesehatan dan gizi masih cukup tinggi, akses terhadap fasilitas kesehatan bagi penduduk miskin masih kurang memadai, jumlah tenaga masih kurang dan penyebaran tidak merata, serta munculnya berbagai penyakit infeksi menular. Di bidang keluarga berencana, pertumbuhan penduduk diperkirakan akan terus meningkat, angka fertilitas total di beberapa provinsi cenderung naik, dan alat/obat KB serta pelayanan KB bagi penduduk miskin mengalami keterbatasan. Untuk mengatasinya, upaya promotif dan preventif harus menjadi fokus perhatian. Untuk mengukur indikator pembangunan kesehatan ini pemerintah Kalimantan Timur melalui dinas kesehatan membuat target capaian dalam MDGs sesuai dengan sasaran rencana strategi Pemprov Kaltim melalui Dinkes Kaltim pada 2009-2013 dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat dengan indikator meningkatnya umur harapan hidup (UHH) dari 70,4 tahun menjadi 73,35 tahun, menurunnya angka kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup dari 128 menjadi 110. Menurunnya angka kematian bayi dari 26 menjadi 20 per 1000 kelahiran hidup, menurunnya prevalensi balita dengan gizi kurang dan gizi buruk dari 19,3 persen menjadi 15 persen, meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan bayi neonatus sesuai standar mencapai 90 persen. Meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil sesuai standar (K4) mencapai 95 persen, serta meningkatnya jumlah Puskesmas 24 jam lengkap rawat inap dan unit gawat darurat

(UGD/PONED) minimal satu buah di setiap kecamatan pada kabupaten dan kota se-Kaltim. Tentu saja pembangunan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah Kalimantan Timur dengan mengupayakan peningkatan jangkauan dan pelayanan kesehatan cost effective, kerjasama lintas pemerintah maupun sektoral, masyarakat, swasta serta mitra lainnya. Selain itu, pemberdayaan masyarakat terutama pemberdayaan perempuan dan keluarga.

Melihat target capaian yang dilakukan oleh Kalimantan Timur selang 2009-2013 penurunan masalah gizi kurang dan buruk dengan target dari 19,3 menjadi 15 persen sebenarnya tidak terlalu baik jika target dalam 5 tahun turun hanya 4,3%. Jika dibandingkan data gizi buruk dan kurang tahun 2005 sebesar 27,1% dengan rincian, gizi buruk 8,47%, gizi kurang 17,64%, gizi baik 72,89% dan gizi lebih 1,0%. Pada tahun 2009 menjadi 19,3% selisih selama 4 tahun dari tahun 2005 dengan 2009 27,1%-19,3% sebesar 7,8%. Jikadibandingkan juga dengan apa yang telah diperoleh Kota Samarinda dengan persentase status gizi balita buruk tahun 2008 sebesar 0,02 persen, lebih rendah dibanding tahun 2007 sebesar 0,14 persen dan pada tahun 2008 juga dapat dilihat dari beberapa capaian seperti cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani dengan capaian sebesar 77,34 persen, cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan sebesar 89,75 persen, cakupan desa/kelurahan Universal Child Immunization (UCI) sebesar 90,57 persen, cakupan balita gizi buruk yang mendapatkan perawatan sebesar 100 persen, cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit DBD sebesar 100 persen dan cakupan kunjungan bayi ke Posyandu sebesar 80,74 persen. Jika dibandingkan dengan program gizi nasional yaitu Mendapat ASI eksklusif 0-6 mencapai 65%, Balita Gakin 6-24 bulan mendapat MPASI 100%, Balita ditimbang BB 80%, Balita gizi buruk mendapat perawatan 100%, Puskesmas menyelenggarakan pemantauan status gizi (PSG) kadarzi 100%, Puskesmas melaksanakan SKD KLB Gizi buruk 100%, Ibu hamil mendapat Fe 90 (90%), Balita 6-59 bulan mendapat kapsul vitamin A 80%, Jumlah posyandu yang mendapat bantuan operasional 80%. Semua target capaian yang diinginkan ini akan dapat tercapai apabila semua stake holder, pemerintah, swasta, masyarakat bahu-membahu dalam menangani masalah gizi secara sungguh-sungguh. Sebernarnya program-program apa yang dilakukan oleh pemerintah Republik Indonesia, provinsi Kalimantan Timur dan daerah tingkat II (Kabupaten dan Kota) sudah cukup baik yang menjadi masalah adalah teknis pelaksanaan dan komitmen seluruh masyarakat dalam mensukseskan program dan target-target yang diinginkan tersebut. Sebagai pembanding dalam tulisan ini tidak ada salahnya juga kita melihat program-program yang dilakukan oleh negara lain yang sebenarnya hampir identik dengan apa yang telah dilakukan di Negara Indonesia dan Kalimantan Timur, dan capaian negara-negara tersebut dalam menurunkan masalah gizi kurang. Karena pemilihan program/intervensi penanganan masalah gizi kurang juga sangat sarat dengan kriteria misalnya *relevansi*, *cost-effectiveness*, *participatory*, kemudahan pengawasan dan monitoring, *sustainability* dan *replicability*.

Pengalaman Beberapa Negara

Dalam publikasi Word Bank (2006) yang telah merekomendasikan alternatif perbaikan gizi masyarakat berdasarkan kemampuan daerah. Program perbaikan gizi dari biaya yang dikeluarkan yang paling rendah adalah program fortifikasi pangan dan biaya yang paling tinggi adalah pemberian makanan tambahan. Program perbaikan gizi dari pengalaman berbagai negara sebagai berikut:

Philippina

Program perbaikan gizi di Philippina dimulai sejak tahun 1974 mencakup program pendidikan, kesehatan, immunisasi dan pelayanan keluarga. Program yang paling terkenal adalah BIDANI (*Baranggay Integrated Development Approach for Nutrition Improvement*) yaitu pembangunan wilayah desa secara terpadu dimana gizi sebagai salah satu indikator kesejahteraan. Program ini pada tahun 1989 telah mencakup seluruh desa yang ada di Philipina. Program BIDANI ini meliputi sebagai berikut:

- 1) Seleksi desa
- 2) Pelatihan teknis
- 3) Perencanaan pelaksanaan program
- 4) Analisis situasi
- 5) Membuat rumusan dan perencanaan desa terintegrasi
- 6) Kerjasama dengan pihak swasta, LSM
- 7) Komunikasi melalui media (TV, radio dll)
- 8) Pelaksanaan:
 - a) Produksi dan Penggunaan pangan
 - b) Gizi, kesehatan, lingkungan dan sanitasi
 - Monitoring pertumbuhan berat badan balita
 - Demo dan advokasi dalam pengelolaan makanan
 - Kesehatan
 - Lingkungan
 - Sanitasi
 - Keberlanjutan
 - Perencanaan keluarga
 - c) Pendidikan dan pelatihan
 - d) Peningkatan pendapatan
 - f) Perbaikan infrastruktur
 - g) Dukungan institusi/lembaga
- 9). Monitoring dan evaluasi

Proses pelaksanaan program ini dilakukan dengan advokasi kerjasama antar pemerintah dengan perguruan tinggi yang dilakukan oleh Universitas Philipina. Sebagai gambaran lebih jauh ada baiknya kita melihat ” Prestasi penting Program Jaringan BIDANI “. Melalui penerapan strategi program yang berbeda dan proyek-proyek berbagai instansi diperkuat dan secara langsung terkait dengan desa. Dalam kemitraan dengan Unit Pemerintah Daerah berikut secara efektif disumbangkan oleh BIDANI dan akan terus diperkuat baik secara internasional dan di tingkat lokal ini lah yang menjadi salah satu faktor pendukung program tersebut cukup berhasil dalam mengatasi masalah gizi di Filipina, dimana hal yang sama juga dapat dilakukan dengan program Posyandu di Indonesia. Sebagai contoh dalam tingkat internasional

program Bidani ini telah melakukan Konferensi Regional Asia di Thailand, Indonesia, Sri Lanka dan Vietnam pada tahun 1997 bertujuan untuk mengidentifikasi bidang kerjasama antara Universitas dan lembaga akademik di negara-negara Asia lainnya. Sebagai bagian dari konferensi ini dilakukan untuk pertama kali program Asia Regional Training of Trainers oleh BIDANI yang diikuti staf dari Indonesia, Vietnam dan Sri Lanka untuk menyiapkan pelatih dengan tujuan adopsi pelaksanaan BIDANI sebagai strategi penanganan masalah gizi dalam program-pembangunan di masing-masing negara dan daerah. Program Bidani ini sangat didukung oleh pemerintah, DPR dan seluruh masyarakat di Filipina sebagai kunci dari kesuksesan program tersebut.

Thailand

Program perbaikan gizi di Thailand dikenal dengan *National Food and Nutrition Plan (FNP)* dimulai sejak tahun 1970. Program ini menekankan kesehatan dan gizi adalah bagian dari kebutuhan kesehatan dasar minimum (*minimum basic needs*). Pengembangan wilayah desa terintegrasi (terpadu) dengan gizi sebagai salah satu indikator kesejahteraan. Pendekatan multisektoral untuk implementasi program dengan empat kementerian/departemen yang terlibat langsung yaitu menteri kesehatan, pertanian, pendidikan dan kesejahteraan rakyat. Program ini telah berhasil menurunkan status gizi buruk pada tahun 1982 dari 2,13% menjadi 0,01%.

Faktor keberhasilan Thailand dibandingkan dengan Filipina jika ditinjau dari hubungan antara GNP (Gross National Product) dan status gizi antara negara-negara menunjukkan korelasi tinggi. Penelitian di dua negara ini dengan GNP yang sama (Thailand dan Filipina) menyelidiki penggunaan sumber daya yang sama dan dampaknya terhadap status gizi. Malnutrisi lebih umum di Filipina dari Thailand meskipun program gizi ekstensif nasional di Filipina, baik medis dan pelayanan pendidikan dan pasokan air lebih aman. Faktor paling penting ekonomi mendasarnya bukan distribusi pendapatan melainkan biaya hidup, terutama untuk kebutuhan dasar. Akhirnya, dapat disimpulkan bahwa walaupun GNP erat terkait dengan status gizi antara negara, korelasi longitudinal dalam suatu negara jauh lebih lemah. Hal ini juga dapat menjadi cerminan di Indonesia bahwa perbaikan gizi tidak selalu menunggu Negara menjadi kaya akan tetapi dapat menjadi bagian terintegrasi dalam program pembangunan karena banyak juga keluarga kaya anak mengalami gizi kurang dan sebaliknya terjadi pada keluarga yang miskin anak mengalami gizi baik.

India

Program perbaikan gizi dan kesehatan di India adalah ICDS (*Integrated Child Development Services Scheme*) program ini dimulai pada tahun 1975 yang menfokuskan untuk pelayanan pada anak dibawah lima tahun, wanita hamil dan ibu menyusui. Intervensi yang dilakukan adalah suplementasi besi, folat, vitamin A, imunisasi pemeliharaan kesehatan dan pendidikan gizi. Pada tahun 1987-88 telah berhasil dalam penurunan gizi kurang. ICDS Skema merupakan salah satu program terbesar di dunia dan yang paling unik program-program pengembangan anak usia dini. ICDS adalah simbol terkemuka komitmen India untuk anak-anaknya, jawaban India tantangan untuk menyediakan pendidikan pra-sekolah di satu sisi dan memutus lingkaran setan malnutrisi, morbiditas, mengurangi kemampuan belajar dan kematian, di sisi lain. Tujuan program Pengembangan Jasa Terpadu pada Anak (ICDS) yang

diluncurkan pada tahun 1975 sebagai berikut: untuk meningkatkan status gizi dan kesehatan anak-anak dalam kelompok usia 0-6 tahun, untuk meletakkan landasan bagi psikologis, fisik dan sosial pengembangan yang tepat anak; untuk mengurangi kejadian kematian, morbiditas, kekurangan gizi dan putus sekolah; untuk mencapai koordinasi yang efektif kebijakan dan implementasi antara berbagai departemen untuk mempromosikan perkembangan anak; dan untuk meningkatkan kemampuan ibu untuk menjaga kesehatan normal dan kebutuhan gizi anak melalui nutrisi yang baik dan pendidikan kesehatan.

Layanan untuk mencapai tujuan tersebut dicapai melalui paket pelayanan yang terdiri dari: Tambahan gizi (dengan target anak dibawah 6 tahun, ibu hamil dan menyusui), Imunisasi (dengan target anak dibawah 6 tahun, ibu hamil dan menyusui), check up kesehatan (dengan target anak dibawah 6 tahun, ibu hamil dan menyusui), pelayanan rujukan (dengan target anak dibawah 6 tahun, ibu hamil dan menyusui), stimulasi perkembangan anak pra-sekolah/pendidikan non-formal (dengan target anak dibawah 6 tahun) dan gizi serta pendidikan kesehatan (dengan target wanita 15-45 tahun). Konsep paket layanan ini terutama didasarkan pada pertimbangan bahwa dampak keseluruhan akan jauh lebih besar jika mengembangkan berbagai layanan secara terpadu sebagai keberhasilan layanan tertentu tergantung pada dukungan yang diterima dari jasa yang terkait.

Vietnam

Program *home gardening* (berkebun disekitar rumah) di Indonesia dikenal dengan taman gizi pada pekarangan.pada tahun 1979-1981 telah berhasil menurunkan gizi kurang dari 32% menjadi 19%. Konsepnya pemerintah memberikan training, teknologi dan *grant* untuk menolong keluarga yang berhasil dalam berkebun disekitar rumah mereka mampu menyediakan buah dan sayuran kaya gizi. Program pendidikan gizi dan rehabilitasi (program gizi dan pengentasan kemiskinan) implementasi program ini juga mampu menurunkan prevalensi gizi buruk dari 23% menjadi 6%.

Pakistan

Program perbaikan gizi di Pakistan dikenal dengan IMC (*Integrated management of Childhood Illnes*) program yang menekankan praktek pemberian makan pada anak terutama menyusui. Program ini mengarah kepada perubahan perilaku dan pemberian makanan yang benar terhadap penyembuhan anak yang sakit seperti diare dan diare kronik. Kegiatan utama untuk meningkatkan pengetahuan dan mempromosikan perilaku sehat bagi anak termasuk kesehatan. Meningkatkan kesadaran masyarakat melalui petugas kesehatan wanita dan peetugas kesehatan masyarakat, pembentukan komite lokal untuk peningkatan partisipasi masyarakat, pembentukan tim peningkatan kualitas, advokasi terhadap semua stake holder, dan program hari kesehatan anak cara untuk memastikan bahwa penyediaan obat-obatan, vaksin dan gizi tambahan semua tersedia untuk masyarakat. Kunci keberhasilan program ini labih dari 97% pendukungnya tinggal didaerah pedesaan.

Kenya

Masalah utama di Kenya adalah gizi kurang, ketidak tahanan pangan pada level rumah tangga, pendapatan rendah dan ketidak cukupan air bersih. Program yang

dilakukan dengan pemberian pemahaman dengan berbagai intervensi sampai promosi tanaman tahan kekeringan, peningkatan pendapatan program ini telah mampu menurunkan anak *stunted* lebih dari 13% setelah pelaksanaan program tersebut.

Panama

Program perbaikan gizi di Panama di mulai pada anak sekolah masyarakat yang miskin tentang cara menanam, merawat dan makan pangan bergizi. Aktivitas dilakukan dengan memberikan peralatan dan latihan bertanam di kebun sekolah, meliputi ternak dan sayuran kaya vitamin. Program ini mampu menurunkan berat badan rendah (kurang gizi) dari 19,9 menjadi 10,6 % (Tontisirin, 1991; Voster, 1999).

Indonesia

Program perbaikan gizi di Indonesia diawali terbentuknya program UPGK (Usaha Perbaikan Gizi Keluarga) pada tahun 1973 dengan sasaran balita, wanita hamil dan ibu menyusui. Program ini mencakup monitoring perkembangan balita, kesehatan, pendidikan gizi, demo memasak, taman pekarangan, dan suplementasi besi dan vitamin A. Pada tahun 1989 telah berhasil menjangkau anak dengan indikator 81-98%. Pada tahun 1981 lahir bina keluarga balita (BKB) Program BKB yang lahir dari prakarsa Menteri Negara Urusan Peranan Wanita bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dan kesadaran orang tua (ibu) serta anggota keluarga lainnya dalam membina tumbuh kembang balitanya melalui rangsangan fisik, mental, intelektual dan spiritual, sosial, emosional serta moral yang berlangsung dalam proses interaksi antara ibu/anggota keluarga lainnya dan anak balita. Selain dari tuntutan normatif, terbentuknya program BKB juga didorong oleh kondisi obyektif yang terungkap dari hasil penelitian tentang kegiatan pelayanan balita di beberapa kota di Indonesia tahun 1979, antara lain menunjukkan bahwa :

- Pembinaan kesejahteraan balita yang meliputi berbagai jenis kegiatan seperti BKIA, TK dan Taman Gizi dinilai masih kurang memadai.
- Golongan masyarakat berpenghasilan rendah baik di kota maupun di desa belum sepenuhnya terjangkau oleh pelayanan kesejahteraan sosial, khususnya pelayanan kesejahteraan balita.
- Pembinaan kesejahteraan balita yang ada masih menitik beratkan pada aspek fisik dan belum memperhatikan pembinaan dimensi mental intelektual.
- Pembinaan kesejahteraan balita dalam bentuk TK belum menjangkau sebagian besar anak-anak yang tinggal di pedesaan. Khususnya anak-anak dari keluarga berpenghasilan rendah (Keluarga Pra Sejahtera dan Keluarga Sejahtera I) (BKKBN, 2001).

Selain program tersebut ada program lain seperti empat sehat lima sempurna, diversifikasi pangan dan gizi, posyandu, BKIA, taman gizi, pedoman untuk gizi seimbang, dan pada tahun 1998 terbentuk kadarzi (keluarga sadar gizi). Gerakan keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) pertama kali dicanangkan tahun 1998 yang dimotori oleh Departemen Kesehatan dengan tujuan agar pada tahun 2000 paling tidak setengah keluarga Indonesia telah menjadi keluarga sadar gizi. Keluarga sadar gizi jika sikap dan perilaku keluarga dapat secara mandiri mewujudkan keadaan gizi yang sebaik-baiknya yang tercermin pada pola konsumsi pangan yang beraneka ragam dan bergizi seimbang.

Arah dari gerakan keluarga sadar gizi dipertegas didalam Rencana Aksi Pangan dan Gizi Nasional (RAPGN) 2001-2005, dan dengan keluarnya Undang-undang nomor 25 tahun 2000 tentang propenas dalam visi Indonesia sehat 2010 ditetapkan 80% keluarga “Menjadi Keluarga mandiri Sadar Gizi” Program aksi pangan dan gizi merupakan penjabaran Propenas, yaitu:

- Pengembangan kelembagaan pangan dan gizi
- Pengembangan tenaga pangan dan gizi
- Peningkatan ketahanan pangan
- Kewaspadaan pangan dan gizi
- Pencegahan dan penanggulangan gizi kurang dan gizi lebih
- Pencegahan dan penanggulangan kurang zat gizi mikro
- Peningkatan perilaku sadar pangan dan gizi
- Pelayanan gizi di Institusi
- Pengembangan mutu dan keamanan pangan
- Penelitian dan pengembangan

Dengan Strategi Pemberdayaan Keluarga Mandiri Sadar Gizi sebagai berikut:

- Pemberdayaan keluarga dengan menitikberatkan pada peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku gizi seimbang, misalnya melalui pengembangan konseling dan KIE sesuai kebutuhan setempat
- Melakukan advokasi, sosialisasi dan obilisasi para pengambil keputusan, pejabat pemerintah diberbagai tingakt administrasi, penyandang dan pengusaha dengan tujuan meningkatkan kepedulian/komitmen terhadap masalah gizi ditingkat keluarga
- Mengembangkan jaring kemitraan dengan berbagai perguruan tinggi, tokoh masyarakat, organisasi masyarakat, tokoh agama, media massa, kelompok profesi lainnya untuk mendukung tercapainya kadarzi
- Menerapkan berbagai teknik pendekatan pemberdayaan petugas ditujukan untuk mempercepat perubahan perilaku dalam mewujudkan kadarzi

Selain progam tersebut yang tidak kalah pentingnya dalam perbaikan gizi pada bayi adalah pemberian ASI Eksklusif pada bayi yang sekarang diarahkan sampai 6 bulan. Air susu ibu merupakan makanan pertama dan utama bagi bayi. ASI mempunyai keunggulan sebagai prioritas pilihan utama yang secara alami dianjurkan berdasarkan pertimbangan ekonomis, biologis, psikologis dan medis untuk kualitas tumbuh kembang anak ASI merupakan kebutuhan dasar bayi yang memegang peranan penting bagi kesehatan dan mempertahankan kelangsungan hidup bayi, terutama pada usia 0-6 bulan. ASI adalah makanan bayi paling sempurna yang banyak mengandung protein, karbohidrat, lemak vitmain dan mineral yang lengkap serta mengandung komponen yang berperan dalam sistem pertahanan tubuh tetapi juga dalam perkembangan jaringan dan organ. Faktor pertahanan tersebut antara lain laktoferin, lisozim, imunoglobulin, laktoperoksidase, faktor bifidus, dan berjuta-juta sel hidup (makrofag). Laktoferin berfungsi untuk mencegah organisme patogen, terutama *E. Coli* dan juga esensial untuk faktor pertumbuhan limposit T dan B. Lisozim salah satu enzim yang terdapat dalam ASI sebanyak 6-300 mg/100 ml dan kadarnya bisa naik hingga 3000-5000 kali dibandingkan dengan kadar lisozim dalam susu sapi. Enzim ini

bersifat bakteristatik terhadap *Enterobakteria* dan bakteri gram negatif dan pelindung terhadap berbagai macam virus.

Imunoglobulin yang dominan dalam ASI adalah IgA, yaitu sekitar 90%. IgA beraksi melawan virus atau bakteri penyebab infeksi pernafasan dan saluran pencernaan. Laktoperoksidase merupakan enzim dan bersama-sama peroksidase hidrogen serta ion tiosianat membantu membunuh streptokokkus. Laktoferin dan transferin protein tersebut memiliki kapasitas untuk mengikat zat besi hingga mengurangi ketersediaan bagi mikroba yang memerlukannya. Adanya zat anti kekebalan dalam ASI ini dapat menghindari bayi dari penyakit. Pemberian ASI eksklusif sejak lahir sampai usia 4 bulan dapat menurunkan kesakitan bayi sebesar 10-20 kali dan kematian sebesar 1-7 kali (Depkes, 2001).

Hasil studi Kramer *et al* (2003) menunjukkan perbedaan dalam pertambahan berat badan dan panjang badan anak pada tahun pertama dengan pemberian ASI eksklusif dengan kelompok 3 bulan dan 6 bulan. Anak yang diberi ASI eksklusif 3 bulan cenderung memiliki pertambahan berat badan dan panjang badan lebih tiap bulannya dibandingkan dengan yang ASI eksklusif 6 bulan kecuali pada panjang badan ASI eksklusif 6 bulan pada umur 9-12 bulan.

Hasil yang penelitian yang sama dengan penelitian Kramer *et al* (2003) juga di peroleh Simodon *et al* (2003) anak yang menerima makanan pendamping ASI lebih cepat memiliki pertambahan berat badan lebih tinggi tiap bulanya terutama pada pertumbuhan dibawah 6 bulan pertama.

Pemberian ASI eksklusif sampai bayi berusia 4-6 bulan, akan menjamin terjadinya perkembangan potensi kecerdasan anak secara optimal. Hal ini disebabkan karena dalam ASI terdapat zat-zat yang diperlukan untuk pertumbuhan otak seperti taurin, laktosa dan asam lemak rantai panjang. Selain itu juga pemberian ASI dapat mengeratkan kasih sayang antara anak dan ibu. Hal tersebut sangat penting bagi perkembangan, pertumbuhan dan kecerdasan yang optimal.

Pemberian ASI eksklusif dapat mempercepat penurunan angka kematian bayi dan meningkatkan status gizi balita yang pada akhirnya akan meningkatkan status gizi masyarakat. Pada kenyataannya di Indonesia sering kali adanya pemberian makanan sebelum ASI keluar yang disebut sebagai makanan pralakteal. Makanan pralakteal ini berbahaya bagi bayi karena saluran pencernaan bayi belum cukup kuat untuk mencerna makanan atau minuman selain ASI.

Pertanyaan muncul Kenapa Ibu-Ibu Di Indonesia Gagal Dalam Mencapai ASI Eklusif 6 bulan? . Kegagalan ibu dalam memberikan ASI eksklusif sampai 6 bulan, tidak hanya menjadi tanggung jawab keluarga, akan tetapi menjadi tanggung jawab semua elemen bangsa dari ibu, keluarga, posyandu, puskesmas, dinas-dinas terkait, kementerian terkait dan bangsa Indonesia secara utuh. Menurut Saragih, (2007c) berbagai faktor kenapa ibu gagal dalam memberikan ASI eksklusif sampai 6 bulan disebabkan oleh:

1. Faktor kebiasaan setempat, kebiasaan suatu daerah memberikan peranan yang kuat terhadap intervensi dini makanan pada bayi. Sebagai contoh pemberian pisang pada bayi bahkan sudah dimulai pada umur bayi dua minggu.
2. Faktor keawatiran, para ibu tidak yakin ASInya cukup, keawatiran ini sangat terlihat jika bayinya rewel, ibu langsung berpikir anaknya mungkin lapar sehingga

dia memberikan makanan. Padahal rewel pada bayi belum tentu karena lapar bisa saja karena lelah, perutnya mules dan sebagainya.

3. Faktor *justifikasi* ibu, sebagian ibu mengambil keputusan memberikan makanan dini dengan alasan sudah cukup ASI Eksklusif pada umur tertentu pada hal ibu tahu ASI Eksklusif sampai 6 bulan.
4. Faktor orang tua/mertua dan tetangga, juga memberikan pernanan dalam kegagalan dalam pemberian ASI eksklusif terutama bagi mereka yang masih tinggal bersama orang tua, dominasi orang tua dalam pengambilan keputusan juga ada. Apalagi orang tua/mertua tidak mengetahui manfaat pemberian ASI eksklusif Faktor pengetahuan dan pemahaman manfaat ASI yang masih kurang, sehingga ibu tidak terlalu perhatian dengan pernanan pemberian ASI Eksklusif sampai 6 bulan.
5. Rendahnya dukungan suami, terhadap istri agar mau memberikan bayinya ASI eksklusif sampai 6 bulan.
6. Faktor promosi MP-ASI yang sangat gencar, dengan harga yang cukup terjangkau cukup dengan uang Rp. 500,- sampai Rp. 1000,- dapat membeli MP-ASI.
7. Faktor makanan prelakteal, pada masyarakat masih ada kebiasaan memberikan makanan dan minuman seperti madu, kopi, teh manis dan susu formula, pada bayi sebelum ASI ibu keluar. Yang sungguh ironis juga masih ada penulis temukan bayi yang lahir di Bidan/rumah sakit diberikan makanan prelakteal susu.
8. Faktor pengecualian, ada juga ibu mengeluarkan ASI sedikit atau tidak sama sekali atau karena sakit misalnya ibu ODHA (orang dengan HIV AIDS).

Dari berbagai faktor tersebut yang paling menonjol menghambat pemberian ASI eksklusif adalah faktor kekawatiran dan kebiasaan setempat kemudian faktor lainnya. Pemecahan masalah dari berbagai faktor kegagalan ibu dalam memberikan ASI Eksklusif adalah: Kebiasaan, intervensi orang tua/mertua, jastifikasi ibu, rendahnya dukungan suami dalam menghambat keberhasilan ASI eksklusif dapat di tekan dengan dengan; Peningkatan pengetahuan dengan penyuluhan (baik secara ceramah, booklet, poster dan media cetak), perlu secara terus menerus digalakkan karena setiap saat yang menjadi calon ibu dan ayah bertambah dari generasi-kegenerasi. Peningkatan pengetahuan ibu dan sangat penting dilakukan dengan teknis penyuluhan baik pada tingkat posyandu atau dasawisma. Pemerintah melalui kementerian kesehatan dan pemberdayaan perempuan juga telah melakukan promosi ASI eksklusif sampai 6 bulan oleh Menteri Kesehatan dan Ibu Negara, dan para artis di Televisi yang cukup efektif.

Menekan kekawatiran ibu, alternatif yang paling mujarab dalam menekan kekawatiran ibu adalah "menyakinkan dan menjelaskan" pada ibu oleh kader posyandu atau bidan dengan cara menimbang bayinya setiap bulan apakah ASInya cukup atau tidak. Hal ini lah yang jarang atau mungkin tidak pernah dilakukan oleh para kader posyandu atau bidan. Padahal dengan tahu kenaikan berat badan bayi setiap bulan membuktikan apakah cukup ASI atau tidak untuk pertumbuhannya dengan melihat KMS bayi tersebut. Dukungan suami juga sangat diperlukan sehingga pemberian ASI eksklusif menjadi tanggung jawab bersama.

Untuk promosi MP-ASI komersil dan promosi susu formula prelakteal sebaiknya ditekan terutama produk MP-ASI yang masih menuliskan dalam produknya makanan pendamping ASI yang 4 bulan. Sebaiknya dimulai dengan MP-ASI untuk 6 bulan keatas. Demikian juga untuk para medis pertimbangan untuk pemberian makanan

prelakteal susu formula juga dipertimbangkan hanya untuk yang betul-betul membutuhkan misalnya karena ASI tidak ada atau sedikit. Ternyata dari begitu banyak program juga belum berhasil dalam menuntaskan masalah gizi kurang. Apalagi 14 tahun terakhir angka kurang gizi juga tidak mengalami penurunan yang banyak dikarenakan faktor kemiskinan yang meningkat.

Hasil analisis dari berbagai program yang dilakukan dengan program yang sama diberbagai negara ada yang berhasil atau berdampak positif ada juga yang tidak berhasil atau negatif dalam perbaikan gizi masyarakat. Program perbaikan gizi yang dilakukan dari berbagai negara tersebut disajikan pada Tabel dibawah ini.

Tabel . Program Perbaikan gizi masyarakat yang sama dilakukan diberbagai negara

Fokus Aspek	Contoh program skala besar (Negara)	Dampak dan biaya/peserta/tahun	Penerapan
Pelayanan gizi ibu dan anak	Seperti posyandu/UPGK di Indonesia, Tamil Nadu, Madagascar, Honduras, Tanzania, Thailand	Dampak positif, biaya \$1.60-\$10.00 jika ditambahkan makanan \$11-\$18	Sasarannya anak balita (terutama baduta) dan ibu, komunikasi kedua arah dengan ibu; pesan-pesan berdasarkan upaya perbaikan ; dapat dipadukan antara upaya kesehatan preventif dan rujukan dan kegiatan stimulasi. Staf medis dan perawat perlu mendapat pelatihan agar lebih termotivasi dan mendukung program ini
Suplementasi Vitamin A anak-anak prasekolah	Indonesia, India, Bangladesh, Nepal, Pakistan, Nigeria, Tanzania, Senegal	Dampak positif \$1.01-\$2.55	Kegiatan yang menjangkau kelompok yang membutuhkan motivasi dan terintegrasi dalam pelayanan kesehatan yang berlaku, disertai dengan pelatihan bagi staf medis dan perawat
Suplementasi besi harian untuk wanita hamil dan baduta	Indonesia, Thailand, Cuba, Bolivia, Honduras, Zambia, Nicaragua	Dampak positif \$ 55.0	Konseling sebagai penumbuh motivasi dan pengingat tujuan awal kegiatan suplementasi; motivasi memberi pendidikan pada staf medis dan perawat kemungkinan akan memadukan dengan pendidikan gizi
Fortifikasi besi	Venezuela, United States, Canada, United Kingdom,	Dampak positif, \$.12-\$.22	Pengendalian mutu fortifikasi melalui peraturan, pendidikan konsumen, biaya dibebankan kepada konsumen, kecuali bila

	Sweden, Chile		sasaran mendapat subsidi
Garam beriodium	Program garam beriodium di Indonesia dan China	Dampak positif, \$\$.20-\$.50	Pengendalian mutu fortifikasi melalui peraturan, pendidikan konsumen, biaya dibebankan kepada konsumen, kecuali bila sasaran mendapat subsidi
Makanan tambahan bagi ibu dan anak	Ethiopia, Gambia, Kenya, Benin, madagascar, India, Bolivia, Guatemala, Haiti, Peru, Honduras, Nicaragua	Dampak ada positif dan negatif. \$ 42/1,000 kal/orang/hari	Program lebih fokus pada makanan tambahan bagi ibu hamil dan MP-ASI anak baduta, menghindari penggunaan makanan asing, gunakan pangan lokal jika mungkin
Progam promosi menyusui di Rumah sakit	Brazil, Honduras, Mexico	Dampak positif \$3-\$30	Untuk rumah sakit bersalin; pendidikan medis dan keperawatan yang profesional ditujukan untuk menjaga agar susu formula tidak masuk kerumah sakit

Sumber : World Bank (2006)

Faktor Keberhasilan Program Penanganan Perbaikan Gizi

Dari pengalaman beberapa negara lain dan Indonesia dapat disimpulkan bahwa keberhasilan program tersebut dalam perbaikan gizi di Kalimantan Timur kedepan sangat dipengaruhi faktor:

1. **Konsistensi dan komitmen politik**, Pemerintah dan DPRD Kalimantan Timur untuk mendukung secara finansial dan pelaksanaan. Komitmen tersebut kita juga harus meningkatkan anggaran untuk kesehatan dan gizi dari tingkat pusat dan daerah. Komitmen politik termasuk untuk mendatangkan advokasi dari lembaga internasional dan nasional seperti UNICEF, FAO/WFP, WHO, LSM, Perguruan Tinggi dan sebagainya.
2. **Efektivitas mobilisasi masyarakat**, memobilisasi masyarakat secara mendasar dalam pengembangan setiap tahap; identifikasi, kebutuhan, perencanaan program, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi. Desentralisasi dalam pengambilan keputusan pada level yang paling rendah sangat memungkinkan untuk pemberdayaan masyarakat dan mengatasi masalah mereka sendiri.
3. **Pengembangan sumberdaya manusia**, pengembangan sumberdaya manusia sangat potensial sebagai langkah perbaikan gizi baik dengan pendidikan dan training, termasuk untuk meningkatkan kesadaran gizi (kadarzi).
4. *Cost-effectiveness*, efektivitas biaya program dalam pengembangan target juga merupakan hal yang paling mendasar terutama dalam pelaksanaan program dan pengembangan kelompok.
5. **Fungsi manajemen sistem informasi**, adalah sangat krusial pada program monitoring dan pengambilan keputusan pada tiap level. Misalnya fungsi survailens, SKPG yang dilakukan oleh instansi terkait. Penyampaian informasi melalui media

(koran, radio, televisi, dll) sangat membantu untuk menjangkau sasaran/target (masyarakat).

6. *Replicability* dan *sustainability*, adalah kemampuan untuk mengembangkan program pada lokasi lain dan keberlanjutan program serta kelompok, akan sangat menentukan cakupan sampai seluruh daerah di Indonesia secara khusus di Kalimantan Timur.

Bentuk strategi untuk mengatasi masalah pangan berbeda-beda antar keluarga yang satu dengan yang lain tergantung dari faktor demografi, sosial ekonomi dan masalah yang dihadapi keluarga. Perbaikan gizi melalui pendekatan multisektoral adalah salah satu alternatif untuk penyelesaian masalah tersebut. Pendekatan multisektoral mencakup ; penyediaan air bersih, kebersihan lingkungan, kegiatan immunisasi, kesehatan dan kebersihan pangan, perawatan medis dan gizi, pencegahan dan pemberantasan penyakit, pendidikan kesehatan dan gizi, konsumsi pangan, ketersediaan pangan, pengadaan pangan (produksi pangan dalam negeri, keadaan ekspor pangan dan pemasaran pangan), permintaan pangan (faktor kependudukan, faktor kebudayaan dan agama dan faktor keadaan perekonomian), penggunaan secara biologis akan diharapkan diperoleh perbaikan pangan dan gizi. Keberhasilan pendekatan tersebut sangat tergantung dari partisipasi masyarakat (rumah tangga) sebagai sasaran utama. Dengan demikian usaha perbaikan gizi masyarakat haruslah ditujukan pada keluarga. Karena dalam kehidupan sehari-hari makanan keluarga ditentukan dan tanggung jawab keluarga itu sendiri sejak belanja hingga penyajian makanan tersebut. Tentu saja sejak dalam perjalanan makanan tersebut, didalam keluarga sangat dipengaruhi oleh bahan pangan, kebiasaan, selera, pantangan, cara memasak, teknologi dapur, prestise, ketahanan pangan dan sebagainya. Partisipasi masyarakat diperlukan dalam bentuk kesadaran akan masalah gizi dan ketahanan pangan diantara mereka, sehingga terangsang untuk usaha penanggulangan masalah gizi dan ketahanan pangan terutama pada tingkat rumah tangga (Saragih, 2008).

PENUTUP

Dari beberapa faktor keberhasilan tersebut untuk Indonesia dan Kalimantan Timur kedepan terutama pada era desentralisasi ini tidak cukup dengan mengandalkan revitalisasi posyandu dan puskesmas, akan tetapi harus membuat desa sebagai unit perencanaan pembangunan terintegrasi-multidimensi dengan indikator kesejahteraan rakyat dalam hal ini gizi sebagai salah satunya. Rendahnya alokasi (APBD/APBN) untuk kesehatan yang rata-rata sekitar 3% (0,5% untuk program gizi) tentunya agak sulit untuk mencapai tujuan tersebut diatas. Penanganan masalah gizi masyarakat tidak akan terlepas juga dari kontribusi “komprehensif dan pelayanan profesional” yang melibatkan partisipasi aktif masyarakat secara keseluruhan.

DAFTAR PUSTAKA

- BKKBN, 2001. Pedoman Pengembangan Model Keterpaduan Bina Keluarga Balita (BKB) dengan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). BKKBN. Jakarta.

- Bappeda, 2009. Kalimantan Timur Dalam Angka 2008, Bappeda Kalimantan Timur, Samarinda
- Depkes 2001. Strategi Nasional Peningkatan Pemberian ASI Tahun 2001-2005. Makalah Disampaikan pada Workshop Peningkatan Pemberian ASI, Jakarta 8-10 Juli 2001,
- Dewey, K.G, 2001. The challenges of promoting optimal infant growth. *J.Nutr.* 131: 1946-1951
- Gibson, R.S, E.L. Ferguson & J. Lehrfeld. 1998. Complementary foods for infant feeding in developing countries : their nutrient adequacy and improvement. *European Journal of Clinical Nutrition.* 52: 764-770
- Grantham-McGregor, S. 1995. A review of studies of the effect of severe malnutrition on mental development. *J. Nutr. (suppl)* : 125: 85
- Jahari, A.B., 2000. Penyimpangan Positif Masalah KEP di Jakarta Utara DKI Jakarta dan Pedesaan Kabupaten Bogor-Jawa Barat dan Lombok Timur-NTB. LIPI-UNICEF-Indonesia, Jakarta.
- Kasuma, N.O.K. 2001. Pola Asuh dan Tumbuh Kembang Anak Balita Pada Keluarga Etnik Timor dan Rote di Kabupaten Kupang, Nusa Tenggara Timur. Skripsi yang Tidak Dipublikasikan. Jurusan Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga, Faperta, IPB. Bogor.
- Kramer MS *et al.* 2003. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 months of exclusive breastfeeding. *Am J Clin Nutr* 78: 291-295
- Li L, Manor O, Power C. 2004. Early environment and child-to adult growth trajectories in the 1958 British birth cohort. *Am J Clin Nutr* 80: 185-192
- Muchtadi, D. 1996. Gizi Untuk Bayi. Sinar Harapan, Jakarta.
- Pudjiadi, S. 2001. Ilmu Gizi Klinis pada Anak. Edisi keempat. Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia, Jakarta.
- Saragih, B, Syarief H, Riyadi H dan Nasoetion A, 2007a. Pengaruh Pemberian Pangan Fortifikasi Zat Multi Gizi Mikro pada Ibu Hamil terhadap Pertumbuhan Linier, Tinggi Lutut dan Status Anemia Bayi. *Jurnal Gizi Indonesia* Vol. 30. 1: 12-24
- Saragih B, Syarief H, Riyadi H, Nasoetion A dan Dewi R, 2007b. Pengaruh Pemberian Pangan Fortifikasi Zat Multi Gizi Mikro pada Ibu Hamil terhadap Status Gizi dan Morbiditas Bayi dari Usia 0-6 bulan, *Jurnal Kesehatan Masyarakat*; Vol. XI;1:1-10
- Saragih B 2007c Pengaruh Pemberian Pangan Fortifikasi Zat Multi Gizi Mikro pada Ibu Hamil dan Status Pemberian ASI Terhadap Pertumbuhan linier, Perkembangan Motorik bayi. [Disertasi]. Bogor: Program Pasca Sarjana. Institut Pertanian Bogor.

- Saragih, B, 2008. Mengatasi Masalah Gizi dan Pangan Di Kalimantan Timur Dengan Pendekatan Ketahanan Pangan Rumah Tangga. *Bulletin Bappeda Kaltim* Vol. 9 No.8; 24-27 ISSN 1411-2965
- Saragih, B, Suswatini, N dan Wisnuwardhana, R.W, 2009. Analisis Strategi Coping Ketahanan Pangan dan Penentuan Indikator Kelaparan Rumah Tangga Pada Keluarga Miskin di Kalimantan Timur. Laporan Penelitian Strategi Nasional . Lembaga Peneleitian Universitas Mulawarman. Samarinda
- Simodon *et al.* 2001. Breast-feeding is associated with improved growth in length, but not weight, in rural Senegalese toddlers. *Am J Clin.Nutr* 73: 959-67
- Tontisirin K, 1991. Nutrition intervention progammes: success and failure. *Proc. 6th ACN* (1991):92-101
- Unicef. 1998. *The State of The World's Children 1998*. Oxford University Press, New York.
- Voster H *et.al*, 1999. Contribution of Nutrition to the Health Transition in Developing Countires: A Framework for Research and Intervention. *Nutr. Policy* (1999): 341-349.
- WHO. 1995. *Physical Status : The Use and Interpretation of Antrophometry*. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. WHO, Geneva.
- Winarno, F.G. 1990. *Gizi dan Makanan bagi Bayi dan Anak*. Pustaka Sinar Harapan, Jakarta.
- World Bank. 2006. *Repositioning Nutrition as central to Development. A Strategy for Large-Scale Action*. World Bank. Washington DC