

Tantangan dalam upaya penemuan anak usia di bawah lima tahun dengan gizi buruk

Dewa Nyoman Wirawan^{1,2*}

Dalam Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia telah ditetapkan bahwa secara nasional pada tahun 2015 prevalensi gizi kurang pada anak usia di bawah lima tahun (balita) diharapkan turun menjadi 11,5% dan untuk balita gizi buruk menjadi 3,6%.¹ Sedangkan dalam Rencana Aksi Daerah Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Provinsi Bali ditargetkan turun menjadi 8,9% untuk gizi kurang dan 1,4% untuk gizi buruk.²

Dari hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010, prevalensi balita gizi buruk di Provinsi Bali berdasarkan berat badan/umur (BB/U) adalah 1,7% dan prevalensi balita sangat kurus berdasarkan berat badan/tinggi badan (BB/TB) adalah 5,2%.³ Berdasarkan Sensus Penduduk Tahun 2010, jumlah balita di Provinsi Bali adalah 334,691.⁴ Dengan demikian, jumlah balita gizi buruk (BB/U) di Bali pada tahun 2010 adalah sekitar 5.690 dan anak balita sangat kurus (BB/TB) adalah sebanyak 17.400.

Jumlah anak gizi buruk dan sangat kurus yang berhasil diketemukan oleh petugas di lapangan (kader posyandu, petugas puskesmas, dan lain-lain) dan dilaporkan ke Dinas Kesehatan Provinsi Bali sejak tahun 2008 sampai dengan tahun 2012 hanya 269 anak balita dan semua dari jumlah ini telah telah tertangani.⁵ Dengan demikian proporsi balita gizi buruk dan sangat kurus yang berhasil dijumpai hanya 4,7% dari 5.690 balita gizi buruk (BB/U) atau hanya 1,5% dari 17.400 balita sangat kurus (BB/TB) yang diperkirakan ada di Bali pada tahun 2010.

Rendahnya jumlah anak gizi buruk dan sangat kurus yang berhasil dijumpai kemungkinan disebabkan oleh beberapa faktor yaitu: 1) jangkauan kader posyandu dan petugas puskesmas amat terbatas karena kebanyakan anak balita gizi buruk dan sangat kurus berada pada rumahtangga miskin dan mereka kebanyakan bertempat tinggal agak jauh serta terpencil dari lokasi posyandu; 2) keluarga miskin kebanyakan berpendidikan rendah dan akses mereka pada informasi juga amat minimal sehingga mereka tidak secara aktif

mendatangi posyandu. Fenomena seperti ini kemungkinan tidak hanya terjadi di Bali, tetapi juga di daerah lainnya di Indonesia. Bila cakupan penemuan balita gizi buruk dan sangat kurus tidak cukup tinggi dan segera bisa ditangani maka hal ini akan mempersulit target MDGs untuk menurunkan angka kematian bayi dan balita. Selain itu, kondisi ini akan menyebabkan kemiskinan turun temurun karena asupan gizi yang kurang akan mempengaruhi kecerdasan anak sehingga mereka tidak akan mampu melanjutkan pendidikannya pada tingkat yang lebih tinggi, dan setelah dewasa tidak mampu untuk mendapatkan kesempatan kerja yang lebih baik, sehingga orang tuanya yang saat ini dalam keadaan miskin akan dilanjutkan oleh anaknya yang juga akan tetap miskin.

Satu-satunya jalan keluar untuk mengatasi tantangan ini adalah mencari secara aktif dari rumah ke rumah dan difokuskan pada rumahtangga miskin yang datanya saat ini telah tersedia di seluruh Indonesia dalam *data base* Program Perlindungan Sosial 2011. Dengan duduk bersama, kesulitan pendanaan dalam memberikan insentif kepada kader untuk menjalankan tugas kunjungan dari rumah ke rumah pasti bisa dicarikan jalan keluarnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Bappenas (2010). Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia.
2. Bappeda Provinsi Bali (2011). Rencana Aksi Daerah Tujuan Pembangunan Milenium Provinsi Bali.
3. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI (2010). Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Risikesdas) Tahun 2010.
4. Badan Pusat Statistik Provinsi Bali (2011). Menuju Era Baru Kependudukan Provinsi Bali, Analisis Profil Kependudukan Provinsi Bali (Hasil SP2010).
5. Dinas Kesehatan Provinsi Bali (2013). Profil Kesehatan Provinsi Bali Tahun 2012.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution

¹Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Udayana,
²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas dan Ilmu Kedokteran Pencegahan Fakultas Kedokteran Universitas Udayana

*Korespondensi penulis:
Dewa Nyoman Wirawan, Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Udayana, Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas dan Ilmu Kedokteran Pencegahan Fakultas Kedokteran Universitas Udayana
wirawandewa48@gmail.com