

Survei status gizi balita di Agats, Asmat, Papua: Analisis situasi pascakejadian luar biasa gizi buruk

Maria Fransiska Pudjohartono,^{1*} Hanggoro Tri Rinonce,² Josephine Debora,¹ Pritania Astarti,¹
Monica Gisela Winata,¹ Fadli Kasim³

¹Mahasiswa Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

²Departemen Patologi Anatomik, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

³Departemen Teknik Nuklir dan Teknik Fisika, Fakultas Teknik, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

Submitted: 29 September 2018 Revised: 1 November 2018 Accepted: 16 November 2018

ABSTRAK Asmat mendadak menjadi sorotan nasional ketika tersebar berita mengenai kejadian luar biasa (KLB) gizi buruk pada awal tahun 2018. Untuk membantu rehabilitasi pasca-KLB, tim Kuliah Kerja Nyata - Peduli Bencana (KKN-PB) Universitas Gadjah Mada (UGM) diterjunkan ke Agats, Asmat pada 17 Maret - 20 April 2018. Sebagai bagian dari analisis situasi, tim tersebut melakukan survei status gizi anak berusia di bawah lima tahun (balita) yang bertujuan untuk mengetahui status gizi terkini pascapenetapan KLB. Subjek survei tersebut adalah semua anak balita yang mengikuti kegiatan posyandu di lima lokasi di Agats selama periode pelaksanaan KKN. Data jenis kelamin, usia, berat badan, dan tinggi badan anak dicatat, kemudian indeks berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) dihitung menggunakan perangkat lunak WHO Anthro versi 3.2.2. Status gizi anak balita ditetapkan berdasarkan kriteria dari *World Health Organization* (WHO). Dari 372 anak balita yang mengikuti survei, 35 (9,4%) anak menderita gizi kurang dan 7 (1,9%) anak menderita gizi buruk. Terdapat 21 (5,7%) anak yang tergolong pendek dan 12 (3,2%) anak yang tergolong sangat pendek. Didapatkan pula 23 (6,2%) anak kurus dan 6 (1,6%) anak sangat kurus. Persentase anak yang memiliki status gizi di bawah normal dalam survei ini lebih rendah daripada angka nasional dan Papua, tetapi persentase di dua posyandu lebih tinggi daripada angka nasional dan Papua. Persentase total yang relatif rendah tersebut kemungkinan disebabkan karena terpusatnya kasus gizi buruk di distrik lain dan tidak tercapainya anak gizi buruk yang tidak datang ke kegiatan posyandu. Perbedaan persentase kasus permasalahan gizi juga ditemukan antar kelompok usia, kemungkinan akibat asupan nutrisi yang kurang sesuai jenis maupun jumlahnya, penyakit infeksi, dan bertambahnya anggota keluarga. Diperlukan survei lebih lanjut dengan metode kunjungan rumah yang sekaligus dapat mengkaji kaitan faktor sosioekonomi dengan status gizi di Agats dan distrik-distrik lain di Asmat.

KATA KUNCI status gizi; gizi buruk; kejadian luar biasa; Agats; Asmat

ABSTRACT A recent extraordinary event of malnutrition in children in Asmat, Papua, Indonesia has drawn enormous attention. To help in post-emergency rehabilitation, Universitas Gadjah Mada sent a Kuliah Kerja Nyata – Peduli Bencana (KKN-PB) team to Agats, Asmat in March 17 – April 20, 2018. As part of situation analysis, the team surveyed the nutritional status of under five-years-old children in Agats, Asmat. The subjects were under five-year-old children coming to posyandus in five areas in Agats in March-April 2018. The data of sex, age, weight, and height were obtained, then the nutritional status in the form of Z-scores

*Corresponding author: **Maria Fransiska Pudjohartono**

Mahasiswa Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Jl. Farmako, Sekip Utara, Yogyakarta 55281, Indonesia
E-mail: maria.fransiska.p@mail.ugm.ac.id

for weight-for-age (WAZ), height-for-age (HAZ), and weight-for-height (WHZ) was calculated using WHO Anthro version 3.2.2 software. Nutritional status was determined based on criteria from World Health Organization (WHO). Among the 372 children, 35 (9.4%) children were underweight and 7 (1.9%) were severely underweight. Twenty one (5.7%) children were stunted and 12 (3.2%) were severely stunted. As many as 23 (6.2%) children were found to be wasted and 6 (1.6%) were severely wasted. The percentages of children with malnutrition found in this survey were lower than the percentages for Indonesia and Papua overall, but percentages in two posyandus were higher than the national and Papua percentages. The relatively low total percentages may be accounted for by concentration of malnutrition cases in districts other than Agats and lack of coverage of children absent from posyandu. Prevalence of malnutrition varied in different age groups possibly due to inadequacy of complementary foods, changes in incidence of infections, and addition of siblings. Further surveys are needed using home visits that will also enable to analyze of socioeconomic factors at the same time as nutritional status determinants in Agats and other districts in Asmat.

KEYWORDS nutritional status; malnutrition; extraordinary event; Agats; Asmat

1. Pendahuluan

Asmat mendadak menjadi sorotan nasional ketika tersebar berita mengenai kejadian luar biasa (KLB) gizi buruk dan campak pada awal tahun 2018. Kabupaten dengan penduduk sebanyak 92.909 jiwa¹ ini menarik perhatian publik ketika ada pengumuman status KLB di Agats, Asmat pada tanggal 8 Januari 2018. Hingga status KLB berakhir pada tanggal 5 Februari 2018, sebanyak 72 anak meninggal dalam tragedi ini, yakni 66 anak karena campak dan enam anak karena gizi buruk.²

Gizi buruk merupakan masalah yang jelas tidak bisa dianggap ringan, mengingat dampak negatifnya pada kesehatan, perkembangan, dan bahkan hingga produktivitas anak di masa depan. Anak dengan gizi buruk cenderung lebih sering mengalami hambatan perkembangan, rentan terhadap penyakit, serta memiliki morbiditas dan mortalitas lebih tinggi ketika terserang penyakit.³ Gizi buruk sebagai kondisi penyerta kemungkinan merupakan salah satu faktor penyebab banyaknya kematian akibat campak dalam KLB tersebut. Dalam jangka panjang, gizi buruk bisa berkontribusi pada produktivitas ekonomi yang lebih rendah di masa dewasa,⁴ yang dapat berimbas pada kekurangan gizi generasi selanjutnya. Jika mata rantai tersebut tidak diputus dengan rehabilitasi pasca-KLB gizi buruk, masyarakat Asmat bisa saja terjatuh dalam lingkaran setan kekurangan gizi dan kemiskinan.

Berbagai pihak turut membantu Asmat dalam rehabilitasi pasca-KLB, termasuk Universitas Gadjah Mada (UGM). Tim Kuliah Kerja Nyata - Peduli Bencana (KKN-PB) UGM pertama diterjunkan ke Agats, Asmat, pada 17 Maret - 20 April 2018. Salah satu kegiatan tim KKN-PB perdana tersebut adalah menganalisis situasi, terutama mengenai status gizi anak berusia di bawah lima tahun (balita). Data mengenai hal tersebut masih sangat sedikit sehingga perlu dilakukan survei untuk mengetahui gambaran situasi terkini pasca-KLB. Hasil survei tersebut diharapkan dapat menjadi dasar perencanaan program peningkatan status gizi balita di Agats, Asmat, Papua di masa depan, baik dalam bentuk program KKN maupun program lain.

2. Metode

Survei dilakukan pada 17 Maret hingga 20 April 2018, di lima pos pelayanan terpadu (posyandu) di Agats, Asmat, Papua, yaitu Posyandu Bintang Laut, Dolog, Yayasan Kemajuan dan Pengembangan Asmat (YKPA), Nurkorem, dan Bhayangkari. Secara keseluruhan, ada 14 posyandu di Agats, tetapi hanya kelima posyandu ini yang terjangkau pada periode survei. Data semua anak balita yang datang dan mengikuti kegiatan posyandu pada periode tersebut dicatat. Data yang diambil meliputi jenis kelamin

(laki-laki atau perempuan), usia (dalam bulan), berat badan (dalam kilogram/kg), dan panjang/tinggi badan (dalam sentimeter/cm). Pengukuran berat badan dan panjang/tinggi badan dilakukan pada saat kegiatan posyandu oleh kader kesehatan yang telah terlatih dan mahasiswa program studi profesi dokter peserta KKN, menggunakan alat ukur standar yang telah dikalibrasi. Berat badan diukur langsung menggunakan dacin dengan batas pengukuran 0,1 kg. Bayi berusia 0 - 11 bulan diukur panjang badannya dalam posisi berbaring menggunakan papan panjang badan dengan batas pengukuran 0,5 cm, sedangkan anak berusia 1 tahun dan lebih diukur tinggi badannya dalam posisi berdiri dengan pita ukur yang ditempelkan pada dinding dengan batas pengukuran 0,5 cm.

Data berat badan dan tinggi badan dikonversi ke dalam indeks berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut panjang atau tinggi badan (BB/TB) menggunakan perangkat lunak WHO Anthro versi 3.2.2.⁵ Ketiga indeks tersebut menggambarkan aspek yang berbeda untuk gizi anak. Indeks BB/TB menggambarkan perubahan status gizi anak dalam jangka waktu pendek. Nilai BB/TB yang rendah menandakan penurunan berat badan yang akut dan berat, misal akibat kelaparan akut dan atau penyakit berat.⁶ Indeks TB/U merupakan indikator gizi yang terkait pertumbuhan linear kumulatif dalam jangka waktu panjang. Kegagalan tumbuh sesuai potensi (yang tampak dari indeks TB/U yang rendah) bisa disebabkan karena kekurangan gizi kronik atau penyakit kronik. Indeks BB/U merupakan gabungan dari status gizi jangka pendek dan panjang sehingga digunakan sebagai indeks untuk klasifikasi gizi kurang dan gizi buruk di Indonesia.⁷

Status gizi ditentukan berdasarkan kriteria dari *World Health Organization* (WHO).⁸ Anak tergolong gizi kurang jika indeks BB/U kurang dari -2 dan tergolong gizi buruk jika indeks BB/U kurang dari -3. Istilah anak pendek digunakan untuk anak dengan indeks TB/U kurang dari -2 dan sangat pendek jika indeks TB/U kurang dari -3. Anak dengan indeks BB/TB kurang dari -2 termasuk anak kurus, sedangkan indeks BB/TB kurang dari -3 termasuk

anak sangat kurus. Jumlah anak dengan berbagai tingkatan status gizi dihitung dan dinyatakan dalam persentase.

Selama periode pengambilan data, observasi dan *in-depth interview* juga dilaksanakan untuk mendapatkan gambaran konteks situasi tempat studi. Wawancara dilakukan terhadap tiga petugas pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) dari Puskesmas Agats, lima kader posyandu, dan empat orang tua peserta posyandu. Wawancara dilakukan dengan rangkaian pertanyaan mengenai (1) layanan yang disediakan di posyandu, (2) hambatan dalam pelaksanaan program posyandu, (3) tingkat partisipasi peserta posyandu, dan (4) pendapat petugas puskesmas mengenai variasi posyandu di wilayah kerjanya.

3. Hasil

Jumlah total anak yang terdaftar di lima posyandu sejumlah 772 anak, tetapi peserta yang datang ke posyandu pada periode survei dan diikutkan sebagai subjek sebanyak 372 anak (48,2%). Pengukuran antropometrik untuk menilai status gizi dilakukan pada bulan Maret, kecuali untuk Posyandu Bhayangkari yang dilakukan pada bulan April. Karakteristik subjek survei disajikan dalam Tabel 1.

Dari penilaian indeks BB/U, 35 (9,4%) anak menderita gizi kurang dan 7 (1,9%) anak menderita gizi buruk (Tabel 2). Distribusi kasus gizi kurang dan buruk kurang merata (Gambar 1). Di dua posyandu, yaitu Posyandu YKPA dan Bintang Laut, persentase gizi kurang dan buruk yang lebih tinggi daripada angka nasional maupun Papua.

Dari penilaian indeks TB/U, 21 (5,7%) anak tergolong pendek dan 12 (3,2%) anak tergolong sangat pendek (Tabel 2). Distribusinya di tiap posyandu juga mirip (Gambar 2). Posyandu YKPA memiliki persentase paling tinggi dan lebih tinggi daripada angka nasional maupun Papua, lalu diikuti oleh Posyandu Bintang Laut di posisi kedua meskipun persentasenya masih lebih rendah daripada angka nasional dan Papua. Posyandu Bhayangkari menduduki angka persentase tertinggi

Tabel 1. Karakteristik subjek penelitian

Karakteristik	Anak Balita (n = 372)
Jenis kelamin, n (%)	
Laki-laki	180 (48,4)
Perempuan	192 (51,6)
Usia (bulan)	
Rata-rata (SD)	15,0 (12,9)
Termuda	0,1
Tertua	56,5
Berat badan (kg)	
Rata-rata (SD)	8,8 (2,9)
Teringan	3,0
Terberat	20,0
Tinggi badan (cm)	
Rata-rata (SD)	74,1 (12,5)
Terpendek	46,5
Tertinggi	110,0
Indeks BB/U	
Rata-rata (SD)	-0,6 (1,2)
Terendah	-3,6
Tertinggi	2,6
Indeks TB/U	
Rata-rata (SD)	-0,4 (1,4)
Terendah	-4,9
Tertinggi	5,3
Indeks BB/TB	
Rata-rata (SD)	-0,5 (1,2)
Terendah	-4,3
Tertinggi	2,4

SD: standar deviasi.

ketiga, diikuti oleh Nurkorem dan Dolog.

Pada penilaian indeks BB/TB, dijumpai 23 (6,2%) anak termasuk kurus dan 6 (1,6%) anak termasuk sangat kurus. Distribusinya antar posyandu juga sama (Gambar 3). Di Posyandu YKPA dan Bintang Laut dijumpai persentase balita kurus dan sangat kurus jauh lebih tinggi daripada di ketiga posyandu yang lain.

Ketika dibandingkan antarkelompok usia, tampak adanya persebaran gizi kurang dan gizi buruk yang kurang merata (Gambar 4). Angka gizi buruk terendah ditemukan pada rentang usia 6 - 12 bulan sejumlah 1 anak (1,1%), sedangkan persentase tertinggi ditemukan pada usia 12 - 24 bulan sebanyak 3 anak (3,0%). Gizi kurang ditemukan semakin meningkat dari kelompok rentang usia di bawah 6 bulan, sejumlah 3 anak

(2,7%), hingga pada kelompok usia 2-5 tahun, sebanyak 12 anak (16,9%). Tampak bahwa persentase total anak gizi kurang dan gizi buruk meningkat seiring meningkatnya usia.

Persebaran status gizi berdasarkan indeks TB/U memiliki pola yang cukup mirip (Gambar 5). Persentase tertinggi total anak sangat pendek dan pendek terdapat pada rentang usia 2-5 tahun, sebanyak 11 anak (15,5%), sedangkan persentase terendah ditemukan pada kelompok usia 6 - 12 bulan sejumlah 3 anak (3,4%).

Berdasarkan indeks BB/TB, pola persebaran anak kurus dan sangat kurus memiliki pola yang sedikit berbeda. Persentase terendah total anak kurus dan sangat kurus memang ditemukan pada kelompok usia di bawah 6 bulan dengan jumlah 5 anak (4,5%), tetapi persentase tertinggi ditemukan pada rentang usia 6 - 12 bulan sebanyak 10 anak (11,2%).

Dalam wawancara, petugas posyandu menceritakan bahwa kegiatan Posyandu Distrik Agats dilakukan di empat belas tempat dengan jadwal sekali sebulan. Tiap posyandu dijalankan oleh tiga hingga empat petugas puskesmas dengan bantuan dua hingga tiga kader setempat. Dalam kegiatan posyandu, pertama dilakukan pendaftaran dan pengukuran berat badan dan panjang/tinggi badan. Pengukuran berat badan dilakukan dengan timbangan dacin yang sudah tersedia di posyandu. Data berat badan kemudian dicatat kader dan ditandai juga pada buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Tinggi atau panjang badan kemudian diukur oleh petugas kesehatan. Anak yang berusia 1 tahun ke atas diukur dengan pita ukur, sedangkan anak yang berusia 0 - 11 bulan diukur dengan papan ukur panjang badan. Panjang/tinggi badan kemudian dicatat oleh petugas dan ditandai juga dalam buku KIA. Edukasi gizi kemudian dilakukan oleh petugas gizi puskesmas sesuai dengan perkembangan status gizi dalam grafik dan usia anak. Setelah posyandu selesai, bantuan perbaikan gizi diberikan dalam bentuk telur dan biskuit Pemberian Makanan Tambahan (PMT). Anak yang berat badannya tidak naik tanpa alasan selama 2 bulan berturut-turut, gizi kurang, atau gizi buruk akan diberi bantuan

Tabel 2. Status gizi anak balita di Agats, Asmat, Papua

Indeks	Kriteria	Status Gizi	Jumlah, n (%)
BB/U	$Z < -3$	Gizi buruk	7 (1,9)
	$-3 < Z < -2$	Gizi kurang	35 (9,4)
	$-2 < Z < 2$	Gizi baik	323 (86,8)
	$Z > 2$	Gizi lebih	7 (1,9)
TB/U	$Z < -3$	Sangat pendek	12 (3,2)
	$-3 < Z < -2$	Pendek	21 (5,7)
	$-2 < Z < 2$	Normal	323 (86,8)
	$Z > 2$	Tinggi	16 (4,3)
BB/TB	$Z < -3$	Sangat kurus	6 (1,6)
	$-3 < Z < -2$	Kurus	23 (6,2)
	$-2 < Z < 2$	Normal	333 (89,5)
	$Z > 2$	Gemuk	10 (2,7)

susu bubuk dan atau biskuit PMT ekstra.

Ada berbagai hambatan program posyandu yang kadang dihadapi. Petugas dan kader posyandu mengeluhkan bahwa banyak ibu bayi yang tidak mengerti konsep maupun manfaat air susu ibu (ASI) eksklusif. Selain kurangnya pengetahuan, ibu juga harus bekerja sehingga tidak memungkinkan pemberian ASI eksklusif. Dari wawancara dengan ibu bayi, ibu memberikan ASI sebanyak 2 hingga 3 kali di sela pekerjaan mereka. Ibu bayi juga merasa bahwa ASI-nya tidak cukup sehingga mereka juga memberikan susu formula.

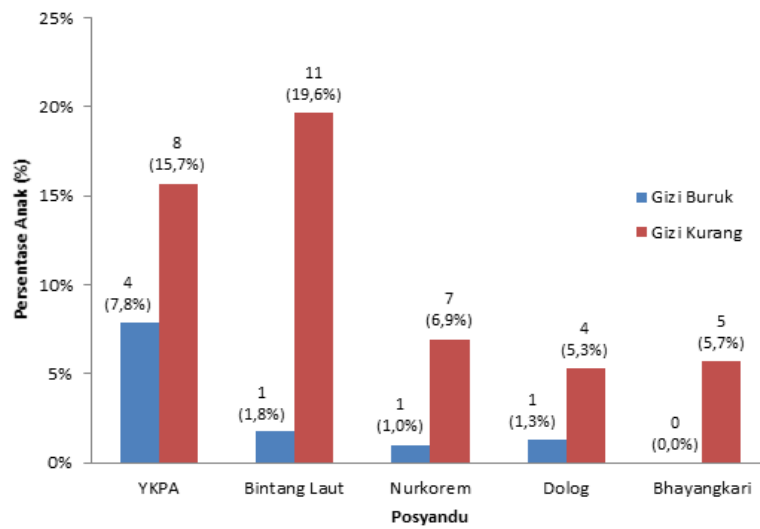
Petugas puskesmas dan kader posyandu juga mengatakan bahwa jarak antar kelahiran anak ibu-ibu peserta posyandu amat pendek. Wanita di Agats sering hamil tidak lama setelah kelahiran anak sebelumnya sehingga jarak antar kelahiran bisa hanya berselang 1 tahun atau kurang. Sebagai akibat dari fenomena ini, pemberian ASI pada anak sebelumnya terhenti ketika ibu hamil kembali. Menurut petugas dan kader posyandu, setiap ibu bisa memiliki empat hingga sepuluh anak sehingga makanan dalam keluarga harus dibagi untuk banyak orang.

Jenis makanan yang diberikan juga sering tidak sesuai umur, misalnya pemberian bubur pada bayi berumur 2 - 3 bulan, bahkan petugas menceritakan bahwa ada seorang ibu yang memberikan sagu bakar kepada anak berusia 1 bulan. Bubuk bubur instan sebenarnya tersedia, tetapi harganya tidak

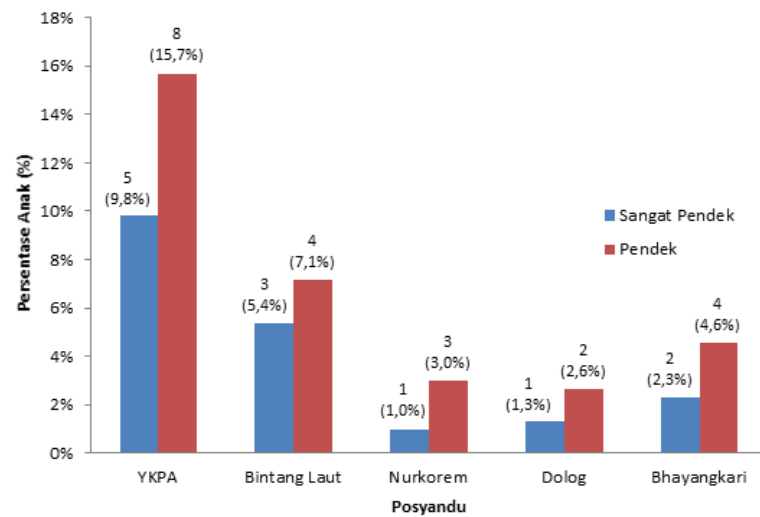
selalu terjangkau. Petugas puskesmas mengatakan bahwa sebagian besar ibu tidak memahami cara pembuatan bubur untuk bayi dari bahan-bahan yang lebih murah. Persiapan makanan juga kadang kurang higienis. Beberapa orang tua balita yang merupakan penduduk asli Asmat bercerita bahwa susu dan makanan dipersiapkan dengan air hujan yang belum dimasak.

Petugas puskesmas mengatakan bahwa tingkat partisipasi posyandu cukup rendah. Ketidakhadiran anak di posyandu biasanya terjadi karena anak dibawa ke posyandu lain, keluarga berpindah ke lokasi lain, atau ibu sibuk bekerja. Beberapa ibu yang tidak datang ke posyandu bulan sebelumnya member alasan bahwa anaknya sakit.

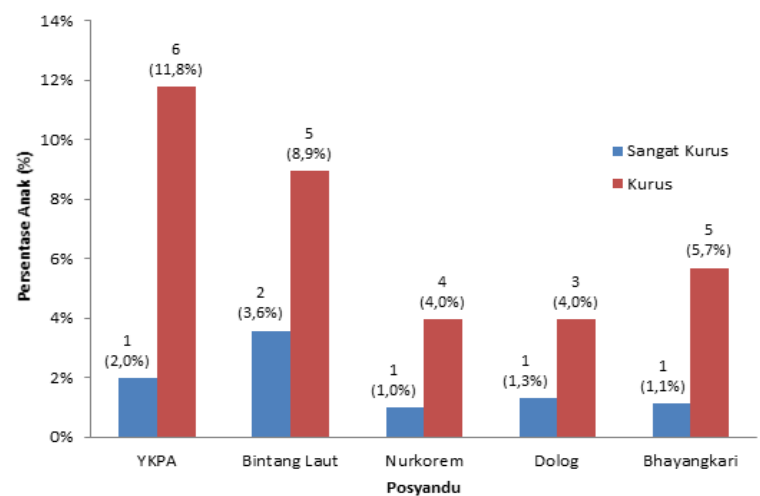
Posyandu di Distrik Agats tidak seragam. Variasi yang dijumpai petugas puskesmas terdapat dalam komposisi penduduk (penduduk asli dan pendatang), status sosioekonomi, dan tingkat partisipasi peserta. Berdasarkan observasi saat pengambilan data, Posyandu Bintang Laut dan YKPA didominasi oleh anak-anak dari penduduk asli, proporsi penduduk asli dan pendatang di Posyandu Nurkorem kurang lebih sama, sedangkan peserta Posyandu Bhayangkari didominasi oleh pendatang. Posyandu dengan peserta didominasi penduduk asli (Posyandu Bintang Laut dan YKPA) cenderung memiliki persentase gizi kurang dan buruk yang lebih tinggi daripada posyandu yang didominasi oleh pendatang (Posyandu Bhayangkari). Menurut



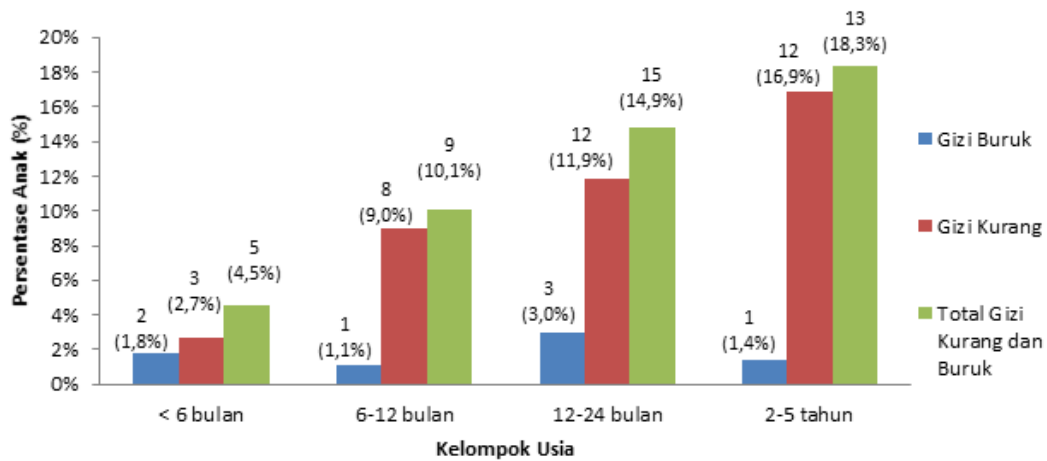
Gambar 1. Persentase gizi kurang dan gizi buruk di tiap posyandu



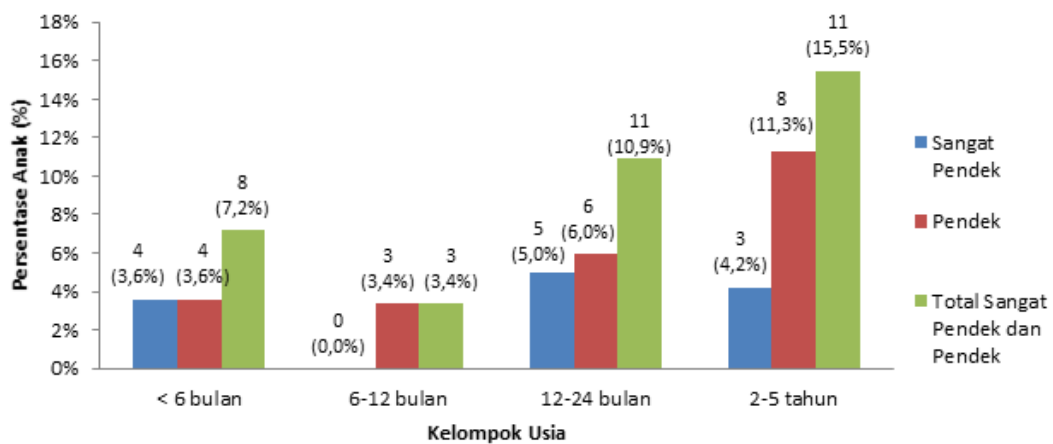
Gambar 2. Persentase pendek dan sangat pendek di tiap posyandu



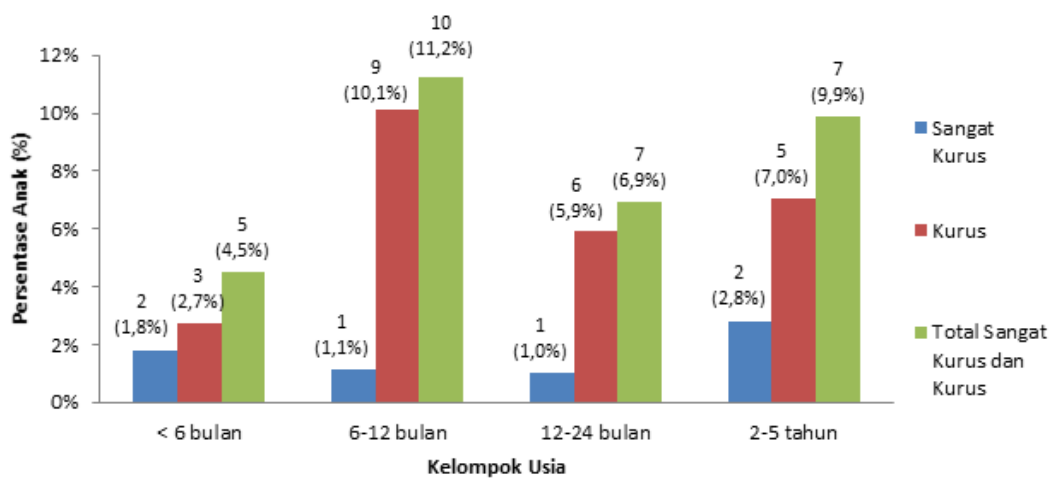
Gambar 3. Persentase kurus dan sangat kurus di tiap posyandu



Gambar 4. Persentase gizi kurang dan gizi buruk pada tiap kelompok usia



Gambar 5. Persentase pendek dan sangat pendek di tiap kelompok usia



Gambar 6. Persentase kurus dan sangat kurus di tiap kelompok usia

petugas puskesmas dan kader posyandu, pendatang cenderung memiliki status sosioekonomi dan status gizi anak yang lebih baik.

Selain asal penduduk, lokasi juga turut memengaruhi status sosioekonomi peserta posyandu. Sebagai contoh, Posyandu Dolog memiliki lokasi yang cukup strategis, yaitu dekat pasar. Peserta Posyandu Dolog memiliki status ekonomi yang relatif lebih baik dibandingkan posyandu lain. Menurut petugas puskesmas, Posyandu Dolog juga menjadi posyandu dengan tingkat partisipasi paling tinggi karena lokasi yang mudah diakses dan merupakan tempat bersosialisasi yang cukup ramai.

4. Pembahasan

Dari penilaian indeks BB/U, 35 (9,4%) anak menderita gizi kurang dan 7 (1,9%) anak menderita gizi buruk (Tabel 2). Persentase nasional untuk gizi kurang sebesar 14,4% dan gizi buruk sebesar 3,4%.⁹ Untuk Papua secara keseluruhan, persentase anak gizi kurang sebesar 11,9% dan gizi buruk sebesar 3,2%.⁹ Dengan demikian, persentase anak gizi kurang dan buruk dalam survei ini lebih rendah daripada persentase anak gizi kurang dan buruk nasional maupun Papua.

Dari penilaian indeks TB/U, 21(5,7%) anak tergolong pendek dan 12 (3,2%) anak tergolong sangat pendek (Tabel 2). Secara nasional, persentase anak pendek sebesar 19,0% dan sangat pendek sebesar 8,6%,⁹ sedangkan di Papua, persentase anak pendek sebesar 16,3% dan sangat pendek sebesar 11,6%.⁹ Senada dengan hasil penilaian indeks BB/U, pada survei ini persentase anak pendek dan sangat pendek lebih rendah daripada persentase nasional maupun Papua.

Pada penilaian indeks BB/TB, dijumpai 23 (6,2%) anak termasuk kurus dan 6 (1,6%) anak termasuk sangat kurus. Jika dibandingkan dengan persentase anak balita kurus dan sangat kurus secara nasional (8,0% dan 3,1%),⁹ maupun di Papua (9,1% dan 5,7%), persentase anak kurus dan sangat kurus dalam penelitian lebih rendah daripada angka nasional maupun Papua, sama seperti hasil

pengukuran kedua indeks antropometrik yang lainnya.

Persentase anak balita dengan gizi kurang dan buruk pada survei ini justru lebih rendah daripada persentase nasional maupun Papua. Mengingat KLB gizi buruk dan campak yang belum lama ini terjadi, persentase gizi buruk yang ditemukan seharusnya lebih tinggi dari persentase nasional dan Papua. Hasil tersebut kemungkinan terjadi karena berbagai sebab.

Status sosioekonomi masyarakat Agats relatif lebih tinggi daripada distrik lain sehingga status gizi anak Agats lebih baik daripada anak di distrik lain. Angka kemiskinan di Distrik Agats merupakan yang terendah di antara semua distrik di Asmat.¹ Fasilitas pendidikan juga terpusat di Agats, yang tampak dari fakta bahwa 3 dari 4 Sekolah Menengah Pertama (SMP) dan 3 dari 4 Sekolah Menengah Atas (SMA) di Asmat berlokasi di Agats.¹ Kesejahteraan ekonomi dan pendidikan yang lebih baik berkaitan dengan status gizi anak balita yang lebih baik pula.¹⁰ Faktor ini dapat menjelaskan mengapa status gizi balita di Agats lebih tinggi daripada Asmat secara keseluruhan.

Faktor lain yang dapat menyebabkan persentase lebih rendah pada penelitian ini adalah belum terjangkaunya anak balita Agats yang tidak dibawa ke posyandu. Peserta yang tercakup dalam survei ini sebanyak 48,19% dari semua peserta yang terdaftar di posyandu. Tidak ada data jumlah balita di Distrik Agats. Tidak semua orang tua menyadari pentingnya membawa anak balita ke posyandu, padahal anak yang tidak memanfaatkan pelayanan posyandu cenderung mengalami kurang gizi dibandingkan anak yang memanfaatkan pelayanan posyandu.¹¹ Anak yang tidak dibawa ke posyandu seharusnya memiliki status gizi yang lebih rendah sehingga persentase gizi buruk dan kurang pada anak balita di Agats secara keseluruhan bisa saja lebih tinggi daripada hasil survei.

Distribusi kasus gizi kurang dan buruk antarposyandu tidak merata. Posyandu YKPA memiliki persentase gizi buruk yang paling tinggi (7,8%), sedangkan Posyandu Bintang Laut memiliki persentase gizi kurang yang paling tinggi (19,6%).

Kedua posyandu tersebut bahkan memiliki angka gizi kurang dan buruk yang lebih tinggi daripada angka nasional maupun Papua, sedangkan tiga posyandu lain memiliki angka yang lebih rendah daripada angka nasional dan Papua. Perbedaan tersebut dapat didasari oleh beberapa faktor yang juga menjelaskan variasi distribusi anak balita berdasarkan indeks TB/U dan BB/U.

Salah satu faktor yang dapat menyebabkan variasi ini adalah perbedaan tingkat kesejahteraan. Berbagai penelitian melaporkan hubungan yang kuat antara kesejahteraan dengan status gizi anak.^{10,12,13} Asal orang tua peserta posyandu (penduduk asli atau pendatang) merupakan salah satu faktor yang bisa mempengaruhi status sosioekonomi di Agats. Menurut petugas puskesmas, warga pendatang cenderung memiliki status sosioekonomi yang lebih tinggi. Dalam survei, didapatkan juga bahwa persentase gizi kurang dan buruk lebih tinggi pada posyandu dengan peserta yang didominasi oleh penduduk asli daripada yang didominasi oleh pendatang. Hasil ini sesuai dengan sebuah penelitian yang menemukan bahwa masyarakat asli Papua kurang berkesempatan terlibat dalam sektor perekonomian dan justru sering termarginalisasi.¹⁴

Status sosioekonomi juga dapat dipengaruhi faktor lain seperti lokasi. Status sosioekonomi peserta Posyandu Dolog diceritakan relatif lebih tinggi daripada posyandu lain dalam wawancara terhadap petugas puskesmas. Daerah Dolog merupakan daerah yang dekat dengan pasar dengan kegiatan ekonomi yang lebih dinamis sehingga kesejahteraan warga sekitarnya menjadi lebih tinggi. Temuan ini sesuai dengan hasil penelitian Farida (2013) yang menemukan bahwa penduduk daerah dengan aksesibilitas tinggi dan dekat pusat kegiatan ekonomi cenderung memiliki status sosioekonomi yang lebih tinggi.¹⁵ Tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi ini dapat menjelaskan persentase gizi buruk dan kurang yang lebih rendah pada Posyandu Dolog.

Frekuensi kedatangan anak ke posyandu juga bisa menjadi faktor yang berkontribusi menyebabkan perbedaan persentase gizi kurang dan buruk antarposyandu. Anak yang lebih

sering datang ke posyandu memiliki risiko lebih rendah mengalami kurang gizi dibandingkan anak yang jarang datang.¹¹ Peserta Posyandu Dolog didominasi oleh penduduk asli Asmat, tetapi memiliki persentase gizi buruk kedua terendah dan persentase gizi kurang terendah di antara kelima posyandu. Temuan ini sesuai dengan wawancara dengan petugas puskesmas yang menyatakan bahwa Posyandu Dolog merupakan posyandu dengan tingkat partisipasi paling tinggi.

Dalam survei ini, ditemukan pula distribusi kasus gizi kurang dan buruk yang tidak merata berdasarkan kelompok usia. Persentase kasus gizi kurang dan buruk meningkat seiring bertambahnya usia anak. Temuan survei ini sesuai dengan temuan di negara berkembang lain, seperti Bangladesh dan Etiopia, yang menunjukkan bahwa risiko gizi buruk meningkat dengan bertambahnya usia anak.^{12,13} Secara global, angka gizi buruk cenderung terus meningkat secara progresif mulai dari usia 3 bulan hingga 5 tahun.¹⁶

Peningkatan risiko gizi kurang dan buruk pada anak yang lebih tua kemungkinan didasari oleh beberapa faktor, salah satunya adalah peningkatan kebutuhan nutrisi yang tidak diimbangi asupan yang cukup maupun sesuai. Gangguan pertumbuhan yang menyebabkan penurunan status gizi pada usia 6 - 23 bulan umumnya disebabkan pemberian makanan komplementer yang tidak sesuai,¹⁷ seperti pemberian makanan pendamping air susu ibu (MPASI) yang terlambat atau dalam bentuk maupun jumlah yang tidak sesuai.¹³ Berdasarkan wawancara dengan kader posyandu dan pengamatan selama kegiatan posyandu, orang tua sering memberikan MPASI yang tidak sesuai dengan usia anak, terutama makanan yang masih terlalu kompleks untuk dicerna anak, seperti sagu bakar untuk anak berusia 1 bulan. Akibatnya, seiring berjalannya waktu, anak justru semakin kekurangan gizi.

Faktor lain yang dapat menyebabkan perbedaan distribusi persentase kasus gizi kurang dan buruk pada berbagai kelompok umur adalah sudah lahirnya adik kandung. Dari hasil wawancara, didapatkan bahwa jarak antarkelahiran bisa hanya berselang 1 tahun atau kurang. Anak dengan usia

yang lebih tua memiliki kemungkinan lebih besar untuk sudah memiliki adik lagi sehingga nutrisi yang diperoleh semakin menurun jumlahnya. Hasil ini sesuai dengan literatur yang menyatakan bahwa anak balita yang memiliki saudara balita lebih berisiko mengalami gizi buruk daripada anak yang tidak memiliki saudara balita.¹⁸ Akibat asupan nutrisi perorangan berkurang dengan adanya lebih banyak anak, risiko gizi kurang dan buruk menjadi lebih tinggi.

Pola distribusi kasus anak pendek dan sangat pendek cukup mirip dengan distribusi kasus gizi kurang dan gizi buruk. Temuan ini sesuai dengan penelitian di Etiopia yang menunjukkan bahwa persentase kasus anak pendek meningkat mulai dari usia penyapihan hingga usia tiga tahun.¹⁵ Faktor-faktor yang menyebabkan pola ini kemungkinan sama dengan distribusi gizi buruk dan kurang.

Kasus anak kurus dan sangat kurus juga ditemukan tidak merata di antara berbagai kelompok usia, meskipun dengan pola yang sedikit berbeda. Dalam survei, persentase anak kurus dan sangat kurus justru memuncak pada usia 6 - 12 bulan. Temuan ini sesuai dengan penelitian lain yang mengamati pola perubahan indeks BB/TB dan menemukan bahwa penurunan indeks BB/TB terjadi hingga usia 12 bulan.¹⁶

Mengingat peran indeks BB/TB sebagai indikator akut perubahan gizi, puncak kasus anak kurus dan sangat kurus pada usia 6 - 12 bulan kemungkinan disebabkan karena proses penyesuaian tubuh anak terhadap asupan makanan. Tubuh anak membutuhkan proses untuk dapat mencerna makanan, terutama jika MPASI yang diberikan tidak sesuai usia anak sehingga anak mengalami penurunan status gizi.¹⁷ Selain makanan, sistem pencernaan juga harus beradaptasi terhadap infeksi melalui MPASI yang kurang higienis. Setelah usia 1 tahun, sistem pencernaan sudah lebih matang sehingga siap mengolah dan menyerap makanan yang serupa dengan orang dewasa. Sistem imun juga sudah lebih kuat untuk menghadapi patogen.¹⁹

Dalam telaah literatur selama penelitian ini, belum ditemukan penelitian tentang status gizi anak balita di Asmat sehingga hasil survei ini

dapat dijadikan data awal penelitian lanjutan dan kebijakan penanggulangan permasalahan gizi di Agats. Keterbatasan penelitian ini adalah belum tercakupnya balita yang tidak datang pada kegiatan posyandu dan belum dikajinya faktor sosioekonomi lebih rinci. Survei status gizi anak balita di distrik lain juga dibutuhkan untuk mendapatkan gambaran yang lebih lengkap untuk seluruh Kabupaten Asmat. Untuk mendapatkan gambaran yang menyeluruh, diperlukan survei lebih lanjut dengan menggunakan metode kunjungan rumah yang sekaligus meneliti peran faktor sosioekonomi terhadap status gizi anak balita di Agats dan distrik-distrik lain di Asmat.

5. Kesimpulan

Persentase anak yang ditemukan memiliki status gizi di bawah normal dalam survei ini lebih rendah daripada angka nasional dan Papua, tetapi persentase di dua posyandu lebih tinggi daripada angka nasional dan Papua. Status gizi yang tampaknya justru lebih baik daripada angka nasional dan Papua dapat disebabkan karena terpusatnya kasus gizi buruk di distrik lain atau tidak tercakupnya anak dengan gizi kurang dan buruk yang tidak datang ke kegiatan posyandu. Distribusi kasus permasalahan gizi tidak merata antarposyandu kemungkinan dipengaruhi oleh asal peserta posyandu, faktor sosioekonomi, dan frekuensi kunjungan anak ke posyandu. Perbedaan persentase kasus permasalahan gizi juga ditemukan antarkelompok usia yang mungkin terjadi akibat asupan nutrisi yang kurang sesuai jenis maupun jumlahnya, peningkatan kasus infeksi, dan bertambahnya anggota keluarga. Diperlukan survei lebih lanjut dengan metode kunjungan rumah, yang sekaligus dapat mengkaji secara menyeluruh kaitan faktor sosioekonomi sebagai determinan status gizi anak balita di Agats dan distrik-distrik lain di Asmat.

Ucapan terima kasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada seluruh staf Pemerintah Daerah Kabupaten Asmat, Rumah Sakit Umum Daerah Agats, dan Puskesmas Agats yang telah menerima kami dengan baik, serta memfasilitasi pelaksanaan program KKN-PB

UGM PA-01 sehingga dapat berjalan lancar. Kami ucapkan terima kasih kepada kader posyandu di Agats yang telah memfasilitasi pengambilan data selama kegiatan posyandu. Terima kasih juga kami sampaikan kepada Direktorat Pengabdian Kepada Masyarakat (DPKM) UGM atas bantuan administratif dan dana pelaksanaan kegiatan pengabdian. Penulis juga berterima kasih kepada Fazlur Risyad Laochi sebagai koordinator unit KKN-PB UGM PA-01, Herdhina Dwi Jawanti, Jendi Alfian Alza, Arum Rarasati, Aurelia Maria Ozora Diomarizka, Nadia Adelin, Muhlifain Naumingtyas, dan Dyan Puspitasari selaku anggota tim KKN-PB UGM PA-01 yang telah membantu mulai dari perencanaan hingga pelaksanaan kegiatan pengabdian dan penelitian ini.

Daftar pustaka

1. Badan Pusat Statistika Kabupaten Asmat. Asmat Regency in figures. Papua: Badan Pusat Statistika Kabupaten Asmat; 2018.
2. BBC Indonesia. Kematian anak akibat gizi buruk di Asmat berlanjut meski KLB sudah berakhir [Internet]. BBC Indonesia; 2018 [cited 2018 Mar 13]. Available from: <http://www.bbc.com/indonesia/indonesia-43363665>
3. Schaible UE, Kaufmann SHE. Malnutrition and infection: Complex mechanisms and global impacts. *PLoS Med.* 2007;4(5):0806–12.
4. Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, *et al.* Maternal and child undernutrition: Consequences for adult health and human capital. *Lancet.* 2008;371(9609):340-57.
5. World Health Organization. WHO Anthro (version 3.2.2, January 2011) and macros [Internet]. World Health Organization; 2017 [cited 2018 Sep 22]. Available from: <http://www.who.int/childgrowth/software/en/>
6. De Onis M, Blossner M. Global database on child growth and malnutrition [Internet]. 2010. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cbdv.200490137/abstract>
7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riset kesehatan dasar 2013. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan, Republik Indonesia; 2013.
8. De Onis M. The new WHO child growth standards. *Paediatr Croat Suppl.* 2008;52 Suppl 1: 13-7.
9. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil kesehatan Indonesia 2016. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2017. 431 p.
10. Bomela NJ. Social, economic, health, and environmental determinants of child nutritional status in three central asian republics. *Public Health Nutr.* 2009;12(10):1871-7.
11. Lanoh M, Sarimin S, Karundeng M. Hubungan pemanfaatan posyandu dengan status Ranotana Weru Kota Manado. *J Keperawatan.* 2015;3(2):1-7.
12. Rahman A. Significant risk factors for childhood malnutrition: Evidence from an Asian developing country. *Sci J Public Heal.* 2015;4(1):16.
13. Megabiaw B, Rahman A. Prevalence and determinants of chronic malnutrition among under-5 children in Ethiopia. *Int J Child Heal Nutr.* 2013;2(3):230-6.
14. Sugandi Y. Analisis konflik dan rekomendasi kebijakan mengenai Papua. Jakarta: Friedrich Ebert Stiftung (FES); 2008. p. 1-30.
15. Farida U. Pengaruh aksesibilitas terhadap karakteristik sosial ekonomi masyarakat pedesaan Kecamatan Bumijawa Kabupaten Tegal. *Jurnal Wilayah dan Lingkungan.* 2013;1(1):49.
16. Victora CG, de Onis M, Hallal PC, Blossner M, Shrimpton R. Worldwide timing of growth faltering: Revisiting implications for interventions. *Pediatrics.* 2010;125(3):e473-80.
17. World Bank, World Health Organization,

- UNICEF. Child stunting in developing countries. 2012 ed. World Bank, World Health Organization, UNICEF; 2012. p. 7-12.
18. Henry FJ, Briend A, Fauveau V, Huttly SA, Yunus M, Chakraborty J. Gender and age differentials in risk factors for childhood malnutrition in Bangladesh. *Ann Epidemiol.* 1993;3(4):382-6.
19. World Health Organization. Infant and young child feeding. World heal organ [Internet]. World Health Organization; 2009 [updated 2009 May]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/>