

# Determinan Status Gizi pada Keluarga Miskin Penerima Jaring Perlindungan Sosial Bidang Kesehatan di Sulawesi Selatan

***Yahya, Djunaidi M. Dachlan,  
Sudirman HN, M. Ridha  
(Universitas Hasanuddin)***

## Pendahuluan

Salah satu dampak yang ditimbulkan oleh krisis moneter dan ekonomi yang melanda Indonesia sejak Juli 1997 adalah semakin menurunnya status gizi dan kesehatan masyarakat. Hal itu tampak pada adanya peningkatan prevalensi Kekurangan Energi dan Protein (KEP)<sup>1</sup>, khususnya pada kelompok usia 6-24 bulan, dari 29.0% pada tahun 1995 (Susenas 1995) menjadi 30.5% pada tahun 1998 (Susenas, 1998). Di Sulawesi Selatan berdasarkan hasil pemantauan status gizi anak di Posyandu menunjukkan adanya peningkatan prevalensi KEP nyata dari sebesar 5.3% pada tahun 1997 menjadi 1.4% pada tahun 1998 (Kanwil Depkes

<sup>1</sup> KEP diukur dengan menggunakan indikator Berat Badan/Umur, 80% median baku WHONCHS, yang di dalam KMS berada di bawah pita warna hijau muda.

Sulsel, 1998). Penelitian lainnya pada anak umur di bawah 2 tahun juga memperlihatkan adanya peningkatan jumlah anak yang mengalami malnutrisi akut (berdasarkan berat badan per tinggi badan), dari 9.9% pada tahun 1997 menjadi 14.4% pada awal tahun 1999 (Thaha dkk., 1999). Sementara itu, pada tahun 1998 telah dilaporkan sebanyak 3000 kasus penderita gizi buruk, Marasmus dan Kwashiorkor di 29 Propinsi di Indonesia.

Menyadari akan dampak krisis moneter dan ekonomi terhadap status gizi dan kesehatan masyarakat serta kualitas SDM di masa datang, maka pemerintah Indonesia sejak bulan Oktober 1998 meluncurkan program Jaring Perlindungan Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK). Kelompok sosial yang dijadikan sebagai sasaran program JPS-BK adalah keluarga miskin (Gakin); sebab Gakin ini selain tidak memiliki akses untuk mendayagunakan sumber pelayanan kesehatan profesional, juga mengalami kesulitan untuk memenuhi kebutuhan pangan mereka sehari-hari. Anggota keluarga dari kalangan Gakin sendiri yang paling rentan mengalami gangguan gizi, kesakitan dan bahkan kematian adalah ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi (6-11 bulan) dan anak (6-23 bulan).

Oleh karena itu, maka program JPS-BK yang kegiatannya secara khusus berorientasi bagi upaya perbaikan dan peningkatan status gizi Gakin lebih ditujukan kepada anggota keluarga yang rawan gizi, yaitu: ibu hamil, ibu nifas, bayi dan anak-anak. Strategi pelaksanaan JPS-BK yang secara khusus ditujukan untuk perbaikan gizi meliputi pemantapan Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG), Revitalisasi Posyandu dan intervensi gizi berupa Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) kepada ibu hamil dan ibu nifas yang menderita Kekurangan Energi Kronis (KEK)<sup>2</sup>, bayi dan anak-anak.

Institusi yang menjadi ujung tombak pelaksanaan program JPS-BK adalah Puskesmas dan jaringannya. Agar Puskesmas dapat mengimplementasikan program JPS-BK sebagaimana misi yang diembannya, maka Departemen Kesehatan RI mengeluarkan pedoman umum dan petunjuk teknis mengenai pelaksanaan program JPS-BK, termasuk penanggulangan dan peningkatan gizi masyarakat.

Hasil penelitian Thaha dan Dachlan (2000) mengenai pengelolaan JPS-BK di tingkat Puskesmas dan jaringannya di Sulawesi Selatan menunjukkan terdapat beberapa Puskesmas yang memiliki kinerja yang sangat baik. Dua diantara Puskesmas yang dimaksud adalah Puskesmas Palangga di Kabupaten Gowa dan Puskesmas Daya di kota Makassar<sup>3</sup>. Itu berarti bahwa kedua Puskesmas itu telah

<sup>2</sup> KEK diukur dengan menggunakan indikator lingkaran lengan atas. Jika lingkaran lengan atas ibu hamil dan ibu nifas < 23,5 cm, maka ibu tersebut termasuk kategori KEK

<sup>3</sup> Indikator yang dijadikan sebagai acuan dalam menilai kinerja Puskesmas: (1) ketetapan sasaran, (2) partisipasi masyarakat, (3) realisasi penggunaan dana, (4) fungsi tim desa, (5) pelaksanaan kegiatan bidang di desa, dan (6) disseminasi/sosialisasi informasi program JPS-BK.

menjalankan program JPS-BK, khususnya program perbaikan gizi, sebagaimana yang tertuang dalam buku pedoman pelaksanaan program JPS-BK.

Sungguhpun kedua Puskesmas tersebut diatas telah dengan baik melaksanakan program JPS-BK, khususnya program perbaikan gizi, namun di tingkat sasaran (*recipient*) ditemukan berbagai variasi status gizi, terutama di kalangan kelompok usia 6-24 bulan. Variasi status gizi yang dimaksud meliputi: (1) sejak ditetapkan sebagai penerima program JPS-BK status gizinya normal dan tetap normal hingga bulan April 2000; (2) pada saat ditetapkan sebagai penerima program JPS-BK status gizinya negatif dan kemudian berubah menjadi positif; (3) Pada saat awal ditetapkan sebagai penerima JPS-BK status gizinya normal dan kemudian berubah menjadi negatif dan selanjutnya berubah lagi menjadi positif; (4) Pada saat awal menerima program JPS-BK status gizinya normal dan kemudian berubah menjadi negatif; (5) pada saat awal menerima JPS-BK status gizinya negatif dan tetap negatif hingga bulan April 2000.

Kenyataan tersebut memunculkan pertanyaan: Mengapa terdapat keluarga penerima JPS-BK tertentu yang status gizi anaknya senantiasa dalam keadaan normal dan pada keluarga penerima JPS-BK lainnya status gizi anaknya berfluktuasi dari normal (positif) ke tidak normal (negatif) dan kemudian berubah lagi menjadi positif, atau dari negatif berubah menjadi positif dan kemudian berubah lagi menjadi negatif, dan bahkan terdapat anak yang status gizinya senantiasa dalam keadaan negatif? Padahal kondisi status sosial ekonominya relatif sama dan juga mendapatkan perlakuan yang sama dari pihak pelaksana (*provider*) program JPS-BK.

Secara umum jawaban atas pertanyaan tersebut bersangkutan paut dengan dua hal utama, yakni: (1) bahwa strategi pelaksanaan perbaikan gizi yang dijalankan oleh dan melalui program JPS-BK belum efektif untuk menanggulangi dan meningkatkan status gizi bayi dan anak pada semua kelompok sasaran, dan (2) di tingkat sasaran terdapat faktor-faktor pendukung (*stimulant*) dan penghambat (*barrier*) bagi keterpenuhan kebutuhan gizi bayi dan anak.

Dalam kaitan itu, tulisan ini akan memaparkan strategi perbaikan gizi melalui program JPS-BK dan faktor-faktor yang mengkondisikan adanya Gakin penerima JPS-BK yang status gizi anaknya normal dan pada Gakin lainnya status gizi anaknya tidak normal. Data yang digunakan bersumber dari penelitian lapangan yang dilakukan pada dua Puskesmas terbaik pengelola program JPS-BK di Sulawesi Selatan, yakni Puskesmas Palangga di Kabupaten Gowa dan Puskesmas Daya di Kota Makassar. Penelitian lapangan dilakukan dengan menggunakan studi kasus. Pengumpulan data diawali dengan mewawancarai TPG (Tenaga Pelaksana Gizi) di Puskesmas untuk mengidentifikasi status gizi anak yang menjadi penerima JPS-BK. Kecuali itu digali pula informasi berkenaan dengan strategi intervensi gizi yang selama ini dijalankan di wilayah kerjanya. Langkah selanjutnya adalah dilakukan wawancara mendalam terhadap orang tua atau pengasuh anak

yang bersangkutan untuk mendapatkan informasi berkenaan dengan *life history* keluarga, dukungan-dukungan sosial berkenaan dengan pemenuhan pangan, gizi, dan kesehatan keluarga, terutama bagi anak-anaknya, manajemen ekonomi rumah tangga, dan harapan-harapan terhadap anak-anaknya.

### Strategi Intervensi Gizi

Program JPS-BK yang kegiatannya berorientasi pada upaya perbaikan gizi diantaranya adalah pemberian bantuan pangan darurat kepada keluarga yang kesulitan untuk memenuhi bantuan konsumsi pangan sehari-hari; pemberian makanan tambahan pemulihan kepada kelompok rawan gizi, yaitu bayi, balita, dan ibu hamil/ibu nifas yang menderita KEK pada keluarga miskin; dan penyuluhan gizi.

Pemberian makanan tambahan pemulihan kepada kelompok sasaran, khususnya pada bayi dan balita, dilakukan sesuai dengan petunjuk teknis yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan RI 1998/1999. Adapun petunjuk teknis yang dimaksud adalah bahwa untuk bayi (6-11 bulan) diberikan makanan campuran dalam bentuk campuran tepung yang dibuat dari bahan makanan lokal. Komposisi bahan makanan itu terdiri dari beras, kacang-kacangan dan gula yang kadar gizinya terdiri dari energi 360-430 Kkal dan protein 10-15 gram. Makanan ini diberikan kepada bayi sebanyak 100 gram/hari. Frekuensi pemberiannya 3-4 kali sehari atau 25-30 gram ( $\pm 3$  sendok makan) setiap kali makan. Sedangkan untuk anak-anak (12-24 bulan) diberikan kudapan yang bahannya terbuat dari bahan makanan setempat dengan komposisi zat gizi: energi 360-430 kalori dan protein 9-11 gram. Makanan ini diberikan kepada anak sebanyak 3-4 kali sehari dalam porsi kecil, dan berlangsung setiap hari berturut-turut selama jangka waktu maksimal 90 hari. Dalam jangka waktu intervensi itu dilakukan monitoring status gizi oleh petugas Puskesmas dan kader Posyandu.

Penyelenggaraan pemberian makanan tambahan di atas dilakukan dengan model Panti Pemulihan Gizi (PPG) di Posyandu ataupun Polindes dan Ibu Asuh. Model PPG dijalankan manakala jumlah sasaran relatif banyak dan terkonsentrasi pada satu tempat tertentu; sebaliknya bila sasaran terpecah diupayakan menggunakan model ibu asuh.

Rincian penyelenggaraan PMT-P melalui model PPG adalah (a) Kader menerima uang dari bidan di desa untuk membeli bahan makanan pembuatan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) bagi anak umur 6-11 bulan dan umur 12-23 bulan sesuai dengan jumlah sasaran, (b) Kader memberikan informasi kepada ibu sasaran penerima PMT tentang jadwal pemberian PMT pemulihan minimal 1 kali seminggu, (c) Kader merencanakan kebutuhan bahan makanan sesuai resep yang disusun bersama bidan dan kader di desa, (d) Kader membeli bahan untuk kebutuhan 1 minggu, (e) Kader melakukan demonstrasi pembuatan MP-ASI untuk 1 hari (3 kali makan), dan memberikan pada

sasaran, (f) Kader membagikan paket bahan makanan untuk pembuatan MP-ASI di rumah untuk kebutuhan selama 6 hari, (g) Kader mencatat pemberian MP-ASI dalam register pemberian makanan, (h) Kader melakukan penimbangan setiap bulan dan mencatat hasil penimbangan pada register pemberian makanan, (i) Kader memberikan penyuluhan mengenai manfaat PMT, cara membuat MP-ASI dari bahan lokal dan nasihat agar pemberian ASI tetap diberikan.

Sementara rincian penyelenggaraan MPT-P melalui model ibu asuh adalah sebagai berikut: (a) ibu asuh menerima uang dari bidan desa dan TPG untuk PMT-P bagi bayi, anak, ibu hamil dan ibu nifas KEK; (b) ibu asuh dibantu oleh bidan di desa menyusun resep makanan untuk bayi, anak, ibu hamil dan ibu nifas KEK; (c) ibu asuh membeli makanan dan memasak makanan setiap hari untuk bayi, anak, ibu hamil dan ibu nifas KEK; (d) ibu bayi dan anak, ibu hamil dan ibu nifas KEK mengambil makanan di rumah ibu asuh setiap hari; (e) ibu asuh mengantar makanan ke rumah sasaran yang tidak hadir atau menitipkannya kepada ibu yang hadir yang rumahnya berdekatan; (f) ibu asuh menganjurkan kepada ibu penerima PMT-P hadir di Posyandu setiap bulan, untuk diperiksa kesehatan dan status gizinya.

Kedua model pelaksanaan PMT-P tersebut di atas telah diimplementasikan secara sangat baik di Puskesmas Daya dan Puskesmas Palangga (*lihat* Hadju dkk., 1999; Thaha dkk., 2000). Hanya saja bentuk kegiatan pemberian PMT-P yang dilakukan masih terfokus dalam keluarga inti (*nuclear family*) dan lebih khusus lagi pada ibu rumahtangga. Dalam kata lain, pihak suami/lelaki dan tokoh-tokoh kunci dalam keluarga luas (*extended family*) belum dilibatkan dalam proses penanggulangan gizi bayi dan anak. Sebagai contoh penyuluhan-penyuluhan gizi yang selama ini dijalankan oleh petugas kesehatan dan kader, baik penyuluhan yang sifatnya perorangan maupun kelompok, di Posyandu, Polindes dan di tempat tertentu lainnya masih lebih ditujukan kepada ibu-ibu rumah tangga, dan belum pada suami/lelaki. Akibatnya adalah dukungan dari pihak suami dalam banyak keluarga belum memadai, dan bahkan dalam beberapa kasus suami/lelaki menjadi penghambat bagi upaya pemenuhan kebutuhan gizi bayi dan anak. Demikian halnya dengan belum dilibatkannya keluarga menyebabkan minimnya kepedulian mereka untuk ikut menanggulangi dan meningkatkan status gizi bayi serta anak dari kalangan keluarga mereka. Minimnya dukungan keluarga luas ini juga mengakibatkan rentannya jaminan kesinambungan (*sustainability*) penanggulangan gizi dan ketahanan pangan dalam masyarakat, terutama setelah rogram pemerintah berakhir.

Upaya penanggulangan gizi yang hanya bertumpu pada keluarga inti, dan lebih khusus lagi kepada ibu rumahtangga, oleh Syarif dkk., (1999) dianggap sebagai salah satu kelemahan dalam strategi penanggulangan gizi dan kebijakan ketahanan pangan kita. Disebutkan demikian karena nilai-nilai kepedulian terhadap tetangga, keluarga dan saling tolong-menolong yang merupakan salah satu syarat bagi

terbebasnya bayi dan anak dari kekurangan gizi serta terjaminnya ketahanan pangan belum banyak disentuh oleh perencana dan pelaksana program perbaikan gizi masyarakat.

Sejauh mana kesesuaian anggapan Syarif dkk. Tersebut dengan kenyataan di lapangan dapat dilihat pada pemaparan mengenai faktor penghambat dan pendukung bagi pemenuhan kebutuhan gizi bayi dan anak pada keluarga miskin penerima JPS-BK di bawah ini.

### Faktor Penghambat Pemenuhan Kebutuhan Gizi Anak di Tingkat Keluarga

Pada uraian sebelumnya telah diungkapkan bahwa terdapat keluarga tertentu penerima JPS-BK yang status gizi anaknya tidak normal atau negatif. Anak yang status gizinya dikategorikan tidak normal adalah mereka yang mendapatkan PMT-P status gizinya negatif dan senantiasa dalam keadaan negatif hingga April 2000 dan mereka yang pada saat awal mendapatkan PMT-P status gizinya normal dan kemudian berubah menjadi negatif serta yang status gizinya berfluktuasi dari negatif ke positif dan kemudian berubah lagi menjadi negatif.

Keluarga miskin yang status gizi anaknya tidak normal dikondisikan oleh adanya berbagai kendala diantaranya: (1) Ayah dari anak itu kurang memiliki perhatian yang memadai terhadap kondisi kesehatan anaknya. Dalam kata lain ayah tidak terlibat dalam kegiatan pengasuh anak, seperti: mengontrol konsumsi makanan anak, higien dan sanitasi lingkungan anak, mengantar atau setidaknya menganjurkan kepada isteri dan anak-anaknya yang telah dewasa untuk membawa anaknya ke Posyandu agar status gizinya terkontrol dan mendapatkan imunisasi; atau ke Polindes dan Puskesmas untuk mendapatkan perawatan dan pengobatan pada saat anaknya sakit; (2) Kurang atau tidak mendapatkan dukungan dari keluarga luas. Kerabat dari keluarga miskin bersangkutan tidak memberikan dukungan yang memadai baik dalam bentuk bantuan pangan dan bantuan materil lainnya maupun dalam bentuk pengasuhan anak; (3) Manajemen ekonomi rumah tangga yang tidak kondusif bagi pemenuhan kebutuhan pangan dan gizi anak. Dalam kata lain, ibu rumah tangga yang berperan sebagai manajer dalam urusan rumah tangga, atau oleh Lewin disebut sebagai *gatekeepers* (Lewin dalam Kalangie, 1985) tidak mampu mengatur dana yang dimilikinya sehingga alokasi dana untuk pengadaan pangan keluarga, terutama untuk kebutuhan anaknya terbengkalai; (4) Keluarga miskin bersangkutan mendiami rumah dan lingkungan yang sanitasinya buruk sehingga anak-anaknya kondusif tertular penyakit infeksi; (5) Ibu dari anak itu memiliki sikap yang cenderung fatalis. Anak-anaknya dibiarkan kuyu, tidak dibawa ke Posyandu dalam rangka mengontrol status gizi anaknya dan untuk mendapatkan imunisasi, tidak dibawa ke Puskesmas atau jaringannya untuk mendapatkan perawatan dan pengobatan pada saat anaknya sakit serta tidak berupaya untuk

mendapatkan dukungan dari kerabatnya dalam rangka pemenuhan kebutuhan gizi dan kesehatan anaknya.

Gambaran mengenai faktor-faktor penghambat bagi peningkatan status gizi anak seperti tersebut di atas dapat dilihat pada contoh kasus di bawah ini:

#### **Kasus 1**

Jamilah menikah dengan Deng Ngalle sekitar 11 tahun silam. Kini ia telah dikaruniai 4 orang anak, yang sulung berusia 10 tahun dan yang bungsu pada bulan April 2000 telah berusia 31 bulan. Ia menempati sebuah rumah duduk yang berukuran 4 x 6 m. Rumah itu beratapkan daun nifah, berdinding bambu, berlantai tanah, memiliki satu kamar tidur, tidak memiliki sumur dan bersumber air bersih lainnya serta tidak memiliki WC. Air bersih diambil dari sumur milik tetangganya dan orang dewasa membuang tinja di pinggir sungai Jenneberang, sedangkan anak-anak membuang tinja di pekarangan rumahnya dengan cara menggali tanah yang kedalamannya sekitar satu jengkal lalu ditutupi dengan tanah setelah membuang tinja.

Jamilah tidak pernah mengesap pendidikan formal, dan pekerjaan yang ditekuni hanya mengurus rumah tangga. Suaminya, Daeng Ngalle, pernah mengesap pendidikan formal hingga kelas 4 SD dan pekerjaan yang digeluti adalah sebagai pengeruk pasir di Sungai Jenneberang. Jika ia bekerja dari pukul 08.00 s.d. 16.00, maka hasil yang diperoleh sebanyak Rp. 20.000. Tetapi jika ia bekerja dari pukul 08.00 s.d. 12.00, maka hasil yang diperoleh hanya sebanyak Rp. 10.000.- Ia biasanya hanya bekerja selama 3 hari dalam seminggu. Dengan demikian pendapatannya dalam satu bulan berkisar Rp.120.000 s.d. Rp.240.000.-

Daeng Ngalle tidak banyak berperan dalam mengasuh anak, sebagian pendapatannya bahkan digunakan untuk minum 'bollo' (minuman keras yang bahannya terbuat dari sadapan nira dan nipah) dan untuk bermain judi. Kebiasaan minum dan berjudi Daeng Ngalle ini menyebabkan pemenuhan kebutuhan pangan keluarganya selalu dalam keadaan kesulitan. Meskipun saudara laki-lakinya acap memberikan bantuan beras dan ikan.

Anak bungsu dari pasangan Jamilah dan Daeng Ngalle lahir pada 27 September 1997 dan diberi nama Acce. Berat badan Acce pada saat lahir mencapai 3 Kg. Namun 8 bulan kemudian (Mei 1998), ketika ia untuk pertama kalinya mendapatkan PMT-P dari tenaga gizi Puskesmas Palangga dan Bidan di desa berat badannya 5,6 Kg. Ia sudah menderita KEP sedang. Jenis makanan tambahan yang diberikan adalah susu, telur satu butir per hari, dan hati ayam setiap ayam setiap hari selama 3 bulan. Sekarang ini (April 2000) pada saat usianya mencapai 32 bulan badan Acce tidak banyak mengalami peningkatan, hanya 4,6 Kg.

Acce mendapatkan makanan pendamping ASI pada saat berusia 6 bulan. Pada saat berumur 7 bulan, ia sudah sakit-sakitan; demam (bambang), batuk (ta'roko-roko), muntah-muntah dan berak-berak. Bahkan saat itu oleh dokter Suriani telah ada gejala bahwa Acce menderita Hernia Umbilikalis (

pembesaran pada bagian pusat). Kondisi itu tentu saja mempengaruhi kemampuan absorpsi makanan dan semakin memperburuk keterpenuhan kebutuhan gizi Acce.

Sebenarnya telah berulang kali dirujuk ke Puskesmas Palangga oleh Bidan desa, dan bahkan kepala Puskesmas Palangga pun telah berulang kali mengunjungi dan menganjurkan untuk segera dibawa ke Puskesmas Palangga untuk mendapatkan perawatan dan pengobatan, namun orang tuanya tidak berkenan membawanya ke Puskesmas. Jamilah tidak membawa Acce ke Puskesmas oleh karena tidak ada orang yang mengurus ketiga anaknya dan suaminya di rumah kalau ia tinggal di Puskesmas. Sementara kalau ia harus pulang pergi dari rumah ke Puskesmas, maka ia akan membutuhkan biaya sebanyak Rp.6000,- per hari. Baginya biaya itu sangat berat dan jauh lebih baik digunakan untuk membeli beras dan lauk untuk pemenuhan kebutuhan sehari-hari keluarga.

#### **Kasus 2**

Ramlah adalah istri pertama Abbas. Dua puluh hari setelah ia dinikahi oleh Abbas, suaminya itu kawin lagi dengan perempuan lain yang telah hamilinya. Sejak itu suaminya tinggal bersama istri keduanya yang berdomisili di Makassar. Abbas hanya sesekali mengunjungi anak dan istrinya. Paling sering dua kali dalam seminggu dan itu pun tidak bermalam. Kadang-kadang ia membawa uang, kadang-kadang tidak.

Ramlah adalah anak yatim piatu. Sejak kecil ia tinggal di Panti Asuhan. Ia menamatkan pendidikannya di SMA. Ia menikah pada saat usianya mencapai 20 tahun dan terpaut 4 tahun dengan suaminya.

Enam bulan terakhir Ramlah menumpang di rumah tante Abbas bersama kedua anaknya. Rumah itu berukuran 3 x 3 m, beratap rumbia, berlantai semen, memiliki satu ruang tidur dan ruang tamu. Air bersih diambil dari sumur tantenya (Abbas) yang jaraknya hanya sekitar 3 m. WC yang digunakannya pun adalah WC yang berada di rumah tantenya Abbas. Sebelumnya itu mereka tinggal bersama kedua anaknya di rumah yang kondisinya sangat memprihatinkan. Atapnya bocor-bocor, dindingnya dari kardus, berlantai tanah, tidak memiliki sumur dan WC.

Anaknya yang pertama seorang perempuan bernama Athira, pada bulan April 2000 telah berusia 29 bulan. Anak keduanya juga perempuan bernama Ade Irma, bulan April 2000 telah berusia 15 bulan, Athira dan Ade Irma mengidap kekurangan gizi. Berat badan Athira pada bulan April 2000 8,0 Kg, sedangkan berat badan Ade Irma pada bulan yang sama 5,7 Kg. Athira mulai mendapatkan PMT-P bulan April 1999. Jenis PMT-P yang ia dapatkan adalah susu, telur satu butir dan hati ayam setiap hari selama 3 bulan. Sedangkan Ade Irma baru mendapatkan PMT-P pada bulan Juni dan berat badannya ketika itu 3,4 Kg.

Belanja sehari-hari keluarga ini memang sangat minim. Abbas sulit diharapkan memberi nafkah sehari-hari. Ia hanya

seorang buruh bangunan dengan penghasilan Rp.20.000 – Rp.30.000,- per hari, jika kebetulan mendapatkan borongan. Sebagaimana besar uang itu diserahkan ke istri keduanya yang juga telah memiliki 3 orang anak. Dalam 4 bulan terakhir Ramlah berusaha untuk memenuhi kebutuhan makan sehari-harinya dengan jalan menjual kue yang keuntungannya berkisar Rp. 2000 – Rp. 3000 per hari kalau kebetulan kuenya laku terjual.

Waktu Ramlah hamil untuk anaknya yang kedua, Ade Irma, ia sulit makan dan selalu muntah-muntah. Nanti pada saat kandungannya berumur 6 bulan barulah nafsu makannya membaik. Lagi pula pada saat itu ia merasa sangat tertekan (stres) karena suaminya ajarang mengunjunginya. Hanya tantenya Abbas yang sesekali mengunjunginya dan memberikan bantuan ala kadarnya (beras dan uang). Untung ia mendapatkan PMT-P dari Puskesmas Palangga. Sekalipun demikian, menurut TPG dari Puskesmas, ia masih tetap KEK hingga Ade Irma lahir. Karena itu, berat badan Ade Irma waktu lahir hanya mencapai 2,3 Kg. Ade Irma diberi kolostrum dan disusui selama 3 bulan. Setelah itu ASI-nya abis. Untung ada bantuan susu dari tim pemantau gizi dari Puskesmas. Susu itulah yang dijadikan pengganti ASI. Selain itu, ia pun selalu memberinya air beras.

Kedua anaknya sulit makan, kalau dipaksa, makanan dimuntahkan dan sering mencret. Kesehatan kedua anak itu memprihatinkan. Selain kurang gizi Athira sering sakit, ia juga mengidap asma (poso). Ade Irma sering batuk, demam dan mencret. Untungnya tempat tinggalnya relatif dekat dengan Puskesmas, hanya sekitar 300 m, sehingga ibu atau tantenya selalu membawanya ke Puskesmas untuk mendapatkan pengobatan dan bahkan tenaga petugas gizi pun selalu mengunjunginya.

### **Kasus 3**

Syamsiah menikah dengan M. Jafar pada tahun 1992. Ia memiliki dua orang anak, yang sulung berumur 7 tahun dan yang bungsu pada bulan April 2000 telah berumur 27 bulan. Kurniawan nama anak bungsunya sering sakit-sakitan. Penyakit yang sering diderita adalah “sintakkang” (bahasa Makassar, panas yang diiringi kejang-kejang). Setiap kali sakit ia lebih sering diobati kakeknya. Sesekali dibawa ke dokter praktek, jarang sekali ke Puskesmas. Menurut Syamsiah, ibunya, Kurniawan mungkin tidak cocok dengan Puskesmas. Sembuhnya lambat.

Status gizi Kurniawan pada saat berusia 3 s.d. 6 bulan cukup normal. Itu tampak dari berat badannya berturut-turut 6 Kg, 5,7 Kg, 6,2 Kg, dan 6,4 Kg. Kemudian pada saat usianya telah mencapai 11 hingga 18 bulan keadaan berat badannya berturut-turut: 7 Kg (KEP ringan), 6,4 Kg (KEP sedang), 7,2 Kg (KEP sedang), 7 Kg (KEP sedang), 8,4 Kg (KEP ringan), 7,4 Kg (KEP sedang), 7,6 Kg (KEP sedang), dan 8,2 Kg (KEP ringan). Selanjutnya sejak bulan Januari 2000, Kurniawan tidak pernah lagi dibawa ke Posyandu dan karena itu status gizinya tidak lagi dapat dipantau.

Menurut Syamsiah, Kurniawan hanya suka makan krupuk dan indomie. Kalau diberi nasi, sayur dan ikan, ia tidak mau makan. Ia menangis. Daripada menangis, maka kami selalu memberinya indomie dan krupuk.

Ayah Kurniawan, M. Jafar, kini merantau ke Kalimantan Timur. Pendapatannya rata-rata Rp. 2000.000,- per dua minggu. Pendapatannya itu dikirim lewat wesel pos sekali dalam dua minggu. Jumlah uang yang dikirim rata-rata sekitar Rp. 125.000,-

Keluarga ini tinggal di sebuah rumah dengan 6 orang anggota keluarga lainnya. Sanitasi buruk. Tidak ada jamban keluarga. Setiap kali buang air besar dilakukan dengan cara menggali tanah dan menimbunnya. Sumur umum yang ada dipakai untuk mandi, mencuci, memasak dan untuk air minum. Higiene Kurniawan tidak terjamin, ia acapkali bermain di tanah tanpa menggunakan alas kaki. Juga tidak dimandi secara teratur.

Pendapatan keluarga ini hampir seluruhnya dipakai untuk kebutuhan makanan. Pengeluaran rata-rata setiap hari sebanyak Rp.10.000,- Untungnya kakek Kurniawan yang bekerja sebagai petani kadang-kadang memberi mereka gabah. Hanya saja tidak bisa diandalkan karena sawah kakek Kurniawan itu hanya panen dua kali setahun. Itupun sering terjadi kegagalan panen.

Tiga contoh kasus yang diuraikan di atas menunjukkan bahwa apabila suami tidak memberikan dukungan aktif dalam hal pengasuhan anak, dukungan dari keluarga luas sangat minim, sanitasi lingkungan buruk, pengaturan belanja rumah tangga kurang baik, dan ibu masa bodoh, maka bayi dan anak-anak dari kalangan keluarga miskin cenderung menderita kekurangan gizi. Meskipun mendapatkan intervensi gizi.

### **Faktor Pendukung Pemenuhan Kebutuhan Gizi Anak di Tingkat Keluarga**

Keluarga miskin penerima JPS-BK yang status gizi anaknya normal memiliki faktor-faktor pendukung yang memungkinkan kebutuhan gizi anak tersebut terpenuhi. Faktor-faktor pendukung tersebut adalah: (1) Ayah dan seluruh anggota keluarga inti, khususnya yang telah dewasa, memiliki kepedulian terhadap bayi atau anak yang ada dalam keluarga itu. (2) mendapatkan dukungan dari kerabatnya, baik berupa bantuan pangan dan batuan materil lainnya maupun pengasuhan anak; (3) ibu dan anak yang bersangkutan memiliki kemampuan manajemen ekonomi rumah tangga yang baik, sehingga ia dapat menyiasati pendapatannya yang terbatas untuk memenuhi kebutuhan pangan, gizi dan kesehatan anaknya; (4) higiene dan sanitasi lingkungan anak cukup baik; (5) ibu anak bersangkutan sangat aktif dan mempunyai perhatian yang tinggi terhadap kesehatan anaknya. Karena itu, ia dapat memobilisasi dukungan dari keluarga luasnya dalam rangka pemenuhan pangan dan gizi anaknya serta senantiasa membawa anaknya ke praktisi medis profesional manakala anaknya mengalami gangguan

kesehatan.

Gambaran mengenai faktor-faktor pendorong tersebut dapat dilihat pada contoh kasus di bawah ini:

### **Kasus 1**

Rahmatiah, janda yang ditinggal amti oleh suaminya. Ia menempati rumah panggung, dengan dua buah kamar, ruang tamu, dapur, sebuah beranda dan sebuah kamar mandi. Telah 11 kali ia melahirkan dan tiga orang anak yang di lahirkan itu telah meninggal. Kini ia di rumah itu Rahmatiah dan kedelapan anaknya (4 laki-laki, 4 perempuan) hidup bersama seorang nenek (ibu Rahmatiah).

Nurdilah, anak bungsu dalam keluarag ini, berumur 9 bulan. Dalam 5 bulan terakhir berat badannya adalah 7 Kg, 7,2 Kg, 8 Kg, dan 9,11 Kg. Status gizinya baik. Anak ini tidak pernah kena penyakit yang berat, paling-paling hanya demam dan pilek.

Suaminya semasa hidup bekerja sebagai pengemudi angkutan kota (sopir pete-pete) dengan penghasilan pas-pasan, Rp. 25.000,- per hari. Sepeninggal suaminya, Rahmat anak laki-laki tertua menggantikan ayahnya menjadi penompang ekonomi keluarga. Rahmat mengikuti jejak ayahnya menjadi sopir pete-pete, menegmudikan pete-pete pamannya. Ia digaji sebanyak Rp. 300.000,- per bulan. Selain itu, pamannya meminjamkan pula sejumlah uang untuk menyelesaikan rumah kontrakan yang dibangun oleh ayahnya di samping rumah panggungnya.

Kini rumah kontrakan yang berkamar delapan itu telah selesai dan seluruh kamar telah dikontrakkan. Biaya kontrakan setiap kamar Rp. 30.000,- per bulan. Dengan demikian penghasilan dari sewa kamar ditambah dengan gaji Rahamt sekitar Rp. 500.000,- psetiap bulan. Penghasilan ini sebagian digunakan untuk mengembalikan pinjaman dari pamannya dan sebagian lain dipergunakan untuk pemenuhan kebutuhan rumah tangganya sehari-hari.

Rahmat dan Erna (anak perempuan tertua) dan Ny. Rahmatiah sangat memperhatikan gizi dan kesehatan Nurdilah. Erna memandikan adiknya setiap hari, dan membantu ibunya menyiapkan makanan. Erna setiap bulan mengantar adiknya ke Posyandu. Erna dan Ny. Rahmatiah mengatur ekonomi rumah tangga dengan cermat, untuk makan sehari-hari dan biaya sekolah adik-adiknya yang masih kecil-kecil.

### **Kasus 2**

Hadrianti anak yang periang. Tubuhnya sehat. Dokter sering tidak percaya kalau anak itu berasal adari keluarga miskin (pra sejahtera). Status gizinya baik. Ia kini telah berusia 33 bulan. Pada saat lahir berat badannya mencapai 3,6 Kg, dan pada bulan April 2000 mencapai 12 Kg.

Pendapatan Daeng Bahar, ayahnya, Rp. 200.000,- perbulan. Menurut pendapat ini sangat minim, tetapi karena sayur-sayuran tidak perlu beli, ia tinggal memetik kangkung dan singkong yang tumbuh disekitar rumahnya, dan lagipula sejumlah keluarga (tante, nenek, dan om) sering

memberi bantuan dalam bentuk bahan-bahan makanan, maka pendapatan yang terbatas itu cukup untuk memenuhi kebutuhan pangan sehari-hari keluarga.

Keluarga ini memiliki 4 orang anak. Waktu istri Daeng Bahar hamil ia selalu berusaha membelikan buah-buahan (apel, pir, jeruk, dll.) untuk istrinya. Keempat anak keluarga ini sehat-sehat.

Istri Daeng Bahar cukup telaten memelihara anak-anaknya. Keempat anak-anaknya diberi ASI sampai berumur 2 tahun. Iapun selalu mengusahakan ada buah untuk anak-anaknya setiap hari. Pada waktu anaknya berumur 6-1 tahun lebih anak-anaknya diberi bubur sari yang dicampur bayam atau kangkung, dicampur ikan mairo. Menurutnya bubur ini membuat anaknya cepat besar.

Keluarga ini tinggal di kampung berdampingan dengan sejumlah keluarga jauhnya. Mereka saling bantu. Pada saat susah dibantu, pada saat lebih ia memberi.

### **Kasus 3**

Pendapatan keluarag M. Jafar – Amriani terbilang minim. Hanya sekitar Rp.300.000,- setiap bulan. Mereka tinggal berdelapan di sebuah rumah kecil, dengan dua orang anak, seorang nenek dan tiga orang ipar. Pendapatan itu harus diatur dengan cermat untuk memenuhi kebutuhan makan seluruh anggota keluarga.

M. Jafar bekerja membantu ibunya berjualan sayur dan kebutuhan rumah tangga sehari-hari di pasar Daya. Amriani dan ibunya mengelola warung kecil yang menjual jajanan anak-anak di depan ruamhnya. Ibu Jafar dan ibu Amriani banyak membantu kehidupan keluarga iini. Selain itu, seorang paman Jafar juga sering memberi beras dan sedikit uang.

Adelia, 15 bulan, adalah anak bungsu keluarga ini. Bulan Januari 2000 lalu, saat usianya 11 bulan, ia demam, dan mengidap kekurangan gizi (KEP ringan). Berat badannya 7,8 Kg. Namun pada bulan-bulan berikutnya, setelah mendapat PMT-P status gizinya kembali pulih menjadi normal. Berat badannya berturut-turut 8,3 Kg, 9 Kg, dan 9,3 Kg.

Amriani beserta adik-adiknya mengurus Adelia lebih telaten. Amriani memasak untuk makanan sehari-hari, sementara adik-adiknya belanja, mencuci pakaian dan membersihkan rumah. Tante Adelia ini pula yang memandikannya sehari-hari.

Setiap bulan Adelia dibawa ke Posyandu oleh tantenya. Di Posyandu itu Adelia mendapatkan PMT berupa bubur kacang ijo.

Dari ketiga kasus di atas menunjukkan bahwa apabila dalam satu keluarga miskin mendapatkan dukungan dari keluarga inti (ayah dan anggota keluarga inti lainnya yang telah dewasa), dukungan dari keluarga luas dalam hal bantuan pangan dan pengasuhan anak; dan kemudian ditunjang oleh manajemen ekonomi rumah tangga yang baik, sanitasi lingkungan yang baik serta ibu memberikan curahan perhatian yang tinggi terhadap anaknya, maka status gizi

dan kesehatan anak-anaknya cenderung normal.

### Implikasi

Keterpenuhan kebutuhan gizi bayi dan anak pada keluarga miskin penerima JPS-BK erat kaitannya dengan lima faktor, yakni: (1) adanya dukungan aktif dari ayah dan seluruh keluarga inti yang telah dewasa dalam hal pemenuhan kebutuhan pangan dan gizi serta pengasuhan bayi dan anak-anak; (2) adanya dukungan dari keluarga luas dalam bentuk bantuan pangan dan pengasuhan anak; (3) kemampuan ibu rumah tangga mengatur pendapatannya yang terbatas untuk memenuhi kebutuhan pangan anggota keluarganya, terutama pemenuhan kebutuhan bayi dan anak-anaknya; (4) higiene dan sanitasi lingkungan anak cukup baik; (5) ibu memiliki pendekatan aktif terhadap hidup sehingga selain higiene dan sanitasi lingkungan anak terjaga, ia juga dapat memobilisasi dukungan dari kerabat-kerabatnya untuk memenuhi kebutuhan pangan, gizi dan kesehatan anaknya.

Apabila kelima faktor yang disebutkan di atas hadir secara bersamaan dalam suatu keluarga miskin, maka kebutuhan pangan dan gizi bayi dan anak-anak cenderung terpenuhi. Sebaliknya apabila kelima faktor pendukung tersebut sangat minim dalam suatu keluarga miskin, maka kebutuhan gizi bayi dan anak-anak cenderung tidak terpenuhi. Sekalipun keluarga itu mendapat intervensi gizi.

Dalam kaitan itu, apabila model intervensi gizi hanya menitik-beratkan pada ibu rumah tangga sebagaimana yang selama ini di jalankan dalam program JPS-BK, maka bukan hanya kurang menjamin keberhasilan program untuk menanggulangi dan meningkatkan status gizi kelompok sasaran, melainkan juga kurang menjamin kesinambungan penanggulangan gizi di masyarakat. Penanggulangan gizi buruk dapat efektif dan berkesinambungan, sebagaimana konstanta Syarief dkk. (1999), apabila nilai-nilai yang berkenaan dengan kepedulian keluarga (keluarga luas dan keluarga inti yang telah dewasa), kepedulian tetangga dan saling tolong-menolong ditumbuh kembangkan dalam masyarakat serta ditunjang oleh manajemen ekonomi rumah tangga yang memadai bagi pemenuhan kebutuhan gizi dan kesehatan anaknya.

Dalam pada itu, maka strategi intervensi gizi yang seyogyanya dijalankan adalah tidak hanya terfokus kepada ibu rumah tangga, tetapi juga pada suami serta yang tidak kalah pentingnya adalah bagaimana program dapat memfasilitasi tumbuh-kembangnya nilai-nilai kepedulian diantara keluarga, tetangga dan saling tolong-menolong dalam masyarakat. Lagi pula muatan penyuluhan tidak hanya melalui berkenaan dengan makanan dalam kaitannya dengan pemenuhan kebutuhan gizi, tetapi yang sangat penting pula adalah bagaimana manajemen ekonomi rumah tangga keluarga miskin yang berhasil memenuhi kebutuhan pangan dan gizi keluarganya didiseminasikan pada keluarga miskin lainnya yang belum berhasil mengatur dananya yang terbatas

untuk memenuhi kebutuhan pangan dan gizi bayi dan anak-anaknya.

### Kepustakaan

- Dachlan M. D. & Thaha A. R.  
 1999 *Ketepatan Penentuan Keluarga Miskin Dalam Pelaksanaan Program Bidang Kesehatan di Propinsi Sulawesi Selatan*. Jakarta: Medika, edisi khusus.
- Departemen Kesehatan RI  
 1998/ 2000 *Pedoman Pelaksanaan Program JPS-BK*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.  
 1998/ 1999 *Petunjuk Teknis Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan Dengan Menggunakan Bahan Pangan Lokal*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Kanwil Kesehatan Sulsel  
 1999 *Review Program Gizi Propinsi Sulawesi Selatan 1998/1999*. Ujung Pandang: Kanwil Kesehatan Propinsi Sulawesi Selatan.
- Kalangie, N. S.  
 1985 'Makanan sebagai Suatu Sistem Budaya: Beberapa Pokok Perhatian Antropologi gizi'. *Dalam Ilmu-Ilmu Sosial dalam Pembangunan Kesehatan*. Koentjaraningrat & A.A. Loedin (ed.). Jakarta: PT. Gramedia, hal. 31-42.
- Syarief H., dkk.  
 1999 *Membenahi Ketahanan Pangan dan Gizi Menuju Indonesia Sehat 2010*. Makalah disajikan pada Seminar Ketahanan dan Kemanan Pangan yang diselenggarakan oleh UNHAS, PEGIZI PANGAN Ujungpandang dan Pemda Sulsel pada tanggal 4 Oktober.
- Thaha, A. Razak  
 1998 *Posisi Startegis Kesehatan dan Gizi Perempuan*. Makalah Disajikan pada Seminar Sehari Penghapusan Diskriminasi Terhadap Perempuan & Anak Perempuan di GPI Unhas Tamalanrea, 6 Mei.
- Thaha A.R., Hadju V., Arifin S., dkk.  
 1999 *Laporan Penelitian Pengelolaan Terbaik Program JPS-BK di tingkat Puskesmas di Sulawesi Selatan*. Makassar: Pusat Pangan, Gizi dan Kesehatan (PPGK) Unhas.