

PROFIL ANAK BALITA PENDERITA GIZI BURUK DI DAERAH BOGOR

Oleh : Sudjasmin; Suhartato; dan Darwin Karyadi

ABSTRAK

Tulisan ini merupakan hasil analisis data penelitian profil pemberian makanan pada penderita gizi buruk di daerah Bogor pada tahun 1992. Sebanyak 43 anak balita penderita gizi buruk tercakup dalam penelitian ini. Mereka adalah peserta paket rehabilitasi gizi buruk di Klinik Gizi Bogor, berusia antara 6 sampai dengan 48 bulan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa anak dengan nomor urut kelahiran pertama paling banyak ditemukan menderita gizi buruk (32.6%) dengan rata-rata besar keluarga adalah 6 orang. Ditemukan sebanyak 76.7% anak menderita anemi dengan rata-rata kadar Hb 10.0 g/dl. Rata-rata konsumsi zat gizi anak sehari (tanpa memperhitungkan ASI) masih sangat rendah. Pada anak kelompok umur kurang dari 1 tahun konsumsi energi 328 kkal, protein 11.5 g, zat besi 2.3 mg dan vitamin A 160 SI. Sedangkan pada anak kelompok umur 1-3 tahun energi 531 kkal, protein 18.3 g, zat besi 5.7 mg dan vitamin A 236 SI. Distribusi umur orangtua terbanyak antara 20-35 tahun yaitu 68.3% ayah dan 69.0% ibu. Masih ditemukan ibu yang berumur kurang dari 20 tahun sebanyak 16.7%. Tingkat pendidikan orangtua juga masih rendah, sebagian besar ayah (65.9%) dan ibu (69.1%) hanya sampai tingkat Sekolah Dasar. Sedangkan jenis pekerjaan kepala keluarga (ayah) yang terbanyak adalah sebagai buruh (68.3%) dan ibu (88.0%) sebagai ibu rumah tangga. Rata-rata penghasilan sebulan sebesar Rp.93.571.-, sedangkan rata-rata pengeluaran keluarga sebulan adalah Rp.129.367,- dengan rata-rata pengeluaran per kapita sebulan sebesar Rp.25.016,- dan pos pengeluaran terbanyak adalah untuk pangan sebesar 62.1%. Keadaan perumahan keluarga sampel pada umumnya masih sangat sederhana dan kurang memenuhi syarat-syarat rumah sehat. Ditemukan sebanyak 23 keluarga (53.4%) menggunakan sumber air minum yang berasal dari sumur gali, sedangkan jenis jamban yang terbanyak digunakan adalah su-ngai/kolam/selokan sebanyak 27 keluarga (62.9%).

Pendahuluan

Masalah KKP bukan semata-mata masalah biomedis tetapi merupakan masalah yang sangat kompleks, karena berbagai faktor yang turut berperan, diantaranya faktor sosial-ekonomi, sosial-budaya, kesehatan/penyakit infeksi, biologis, geografis, dan lain-lain (1). Kekurangan gizi merupakan salah satu penyebab dari tingginya angka kematian pada bayi dan anak, serta dapat menyebabkan menurunnya mutu kehidupan, terganggunya pertumbuhan, menurunkan daya kerja dan gangguan perkembangan mental anak (2,3,4).

Kurang Kalori Protein (KKP) merupakan salah satu masalah gizi utama di Indonesia (5). Menurut data SUSENAS 1989 prevalensi KKP pada anak balita di Indonesia pada saat ini sekitar 10.48% dan gizi buruk sekitar 1.32% (6).

Tulisan ini menyajikan hasil penelitian tentang aspek-aspek yang berkaitan dengan latar belakang anak balita penderita gizi buruk di daerah Bogor.

Bahan dan Cara

Tulisan ini menyajikan hasil analisis data penelitian profil pemberian makanan pada penderita gizi buruk di daerah Bogor pada tahun 1992. Analisis dilakukan terhadap 43 anak balita peserta paket rehabilitasi gizi buruk di Klinik Gizi Puslitbang Gizi Bogor. Mereka adalah pasien rujukan Puskesmas maupun yang datang atas kemauan sendiri. Kriteria penentuan gizi buruk berdasarkan berat badan menurut umur dan tanda-tanda klinis yang ditemukan, sesuai dengan cara yang dikembangkan oleh WHO (7).

Data yang dikumpulkan meliputi identitas sampel (umur, varitas, berat badan, panjang/tinggi badan, kadar hemoglobin, jenis penyakit infeksi dan konsumsi makanan) dan identitas orang tua sampel (umur, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, pengeluaran dan keadaan perumahan).

Berat badan diukur dengan menggunakan timbangan *beam balance scale* dengan ketelitian 0.01 kg, dan panjang/tinggi badan diukur dengan menggunakan alat pengukur *microtoise* yang telah dimodifikasi dengan ketelitian 0.1 cm. Kadar hemoglobin (Hb) ditentukan dengan cara *cyan-methemoglobin* dan pengumpulan data konsumsi makanan menggunakan metode *recall* 1 x 24 jam (8). Pengumpulan data identitas sampel dan orang tua sampel lainnya, serta sosial ekonomi keluarga dilakukan dengan cara wawancara dan pengamatan melalui kunjungan rumah.

Data-data yang dikumpulkan kemudian dianalisis dan disajikan secara deskriptif dalam bentuk tabel frekuensi distribusi.

Hasil dan Bahasan

Identitas sampel

Jumlah anak balita yang menjadi sampel penelitian ini adalah 43 anak balita penderita gizi buruk. Pada Tabel 1 terlihat gambaran urutan kelahiran sampel. Distribusi terbanyak menderita gizi buruk adalah anak pertama yaitu 14 anak (32.6%) dan yang paling sedikit adalah anak ketiga yaitu 4 anak (9.4%).

Tabel 1. Jumlah anak penderita gizi buruk menurut nomor urut kelahiran

Urutan kelahiran (ke)	Jumlah	
	N = 43	%
1	14	32.6
2	8	18.6
3	4	9.4
4	6	13.9
5	6	13.9
>5	5	11.6

Pada Tabel 2 disajikan distribusi sampel menurut umur dan keadaan gizi buruk. Terlihat bahwa distribusi sampel terbanyak adalah pada umur antara 6 - 24 bulan yaitu sebanyak 37 anak (86.0%). Usia tersebut merupakan masa penyusuan dan pemberian makanan tambahan, sehingga apabila terjadi penyapihan yang terlalu dini atau terlalu lama tanpa diimbangi dengan pemberian makanan tambahan yang tepat jenis, bentuk dan waktunya maka dapat mengakibatkan timbulnya masalah gizi kurang yang dapat berlanjut menjadi lebih berat (9). Dari 43 sampel tersebut terdapat 39 anak (90.8%) marasmus, 2 anak (46%) marasmic kwashiorkor, dan 2 anak (4.6%) kwashiorkor.

Tabel 2. Distribusi anak penderita gizi buruk menurut umur dan keadaan gizi buruk

U m u r (bulan)	Keadaan gizi buruk				Jumlah
	M	MK	K	N	%
< 12	15	1	-	16	37.2
12 - 24	20	-	1	21	48.9
25 - 48	4	1	1	6	13.9
Jumlah	39	2	2	43	100.0

M = Marasmus

K = Kwashiorkor

MK = Marasmic Kwashiorkor

Tabel 3. Nilai rata-rata ukuran antropometri anak balita penderita gizi buruk menurut keadaan gizi buruk

Jenis antropometri	Keadaan gizi buruk		
	M (N=39)	MK (N=2)	K (N=2)
Berat Badan (kg)	5.9 ±0.42	6.6 ±0.91	6.8 ±0.98
Tinggi Badan (cm)	69.1 ±2.76	68.3 ±4.38	71.3 ±6.43
Lingkar Lengan Atas (cm)	10.7 ±0.85	11.2 ±1.06	11.9 ±0.70
Lingkar Kepala (cm)	42.1 ±1.34	44.1 ±3.74	45.5 ±0.63
Lingkar Dada (cm)	40.3 ±1.48	41.7 ±2.12	43.7 ±2.54

Hasil pengukuran antropometri sampel dapat dilihat pada Tabel 3. Nilai rata-rata berat badan, lingkaran lengan atas, lingkaran kepala dan lingkaran dada anak marasmus lebih rendah dibandingkan dengan anak marasmic kwashiorkor dan anak kwashiorkor. Sedangkan nilai rata-rata tinggi/panjang badan anak marasmic kwashiorkor lebih rendah bila dibandingkan dengan anak marasmus maupun anak kwashiorkor.

Dari 43 sampel ditemukan sebanyak 33 anak (76.7%) menderita anemi (Tabel 4). Pada Tabel 5 dapat dilihat rata-rata kadar hemoglobin (Hb) anak berdasarkan keadaan gizi buruk. Rata-rata kadar Hb sampel adalah 10.00 g/dl dengan rata-rata kadar Hb terendah dijumpai pada anak marasmus yaitu 9.96% g/dl.

Tabel 4. Jumlah anemi pada anak balita penderita gizi buruk menurut keadaan gizi buruk

Keadaan Gizi Buruk	N	Tidak anemi		Anemi	
		(> 11 g/dl)		(< 11 g/dl)	
		n	%	n	%
Marasmus	39	10	25.6	29	74.4
Marasmic Kwashiorkor	2	-	-	2	100.0
Kwashiorkor	2	-	-	2	100.0
Jumlah	43	10	23.3	33	76.7

Tabel 5. Rata-rata kadar hemoglobin anak balita penderita gizi buruk menurut keadaan gizi buruk

Keadaan gizi buruk	N	Rata-rata kadar Hb
Marasmus	39	9.96 \pm 1.79
Marasmic kwashiorkor	2	10.05 \pm 0.35
Kwashiorkor	2	10.70 \pm 0.28
Rata-rata	43	10.00 \pm 1.72

Tabel 6 memperlihatkan keadaan penyakit infeksi anak penderita gizi buruk. Jenis penyakit digolongkan menjadi : (a) infeksi saluran pernafasan bagian atas (ISPA); (b) infeksi saluran pernafasan bagian bawah (ISPB); (c) infeksi saluran pencernaan (ISP); dan (d) infeksi kulit (IK). Jenis penyakit infeksi yang terbanyak diderita oleh anak penderita gizi buruk adalah ISPB sebanyak 28 anak (65.1%).

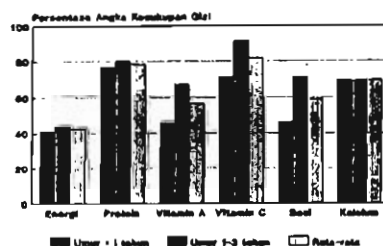
Tabel 6. Jenis penyakit infeksi menurut keadaan gizi buruk

Keadaan gizi buruk	N	Jenis penyakit infeksi			
		ISPA	ISPB	ISP	IK
Marasmus	39	14	24	15	1
Marasmic kwashiorkor	2	1	2	1	2
Kwashiorkor	2	-	2	1	1
Jumlah	43	15 (34.9%)	28 (65.1%)	17 (39.5%)	4 (9.3%)

Semua anak penderita gizi buruk menderita satu jenis atau lebih penyakit infeksi. Ditemukan sebanyak 13 anak (30.2%) menderita satu jenis penyakit infeksi, 19 anak (44.2%) menderita dua jenis penyakit infeksi, dan 11 anak (25.6%) menderita tiga atau lebih jenis penyakit infeksi.

Konsumsi zat gizi sampel

Rata-rata konsumsi zat gizi sampel sehari terlibat masih sangat rendah. Pada sampel kelompok umur kurang dari 1 tahun persentase rata-rata konsumsi energi, protein, vitamin A dan besi terhadap Angka Kecukupan Gizi berturut-turut adalah 41.0%, 76.7%, 45.7% dan 46.0%. Sedangkan untuk kelompok umur 1 - 3 tahun berturut-turut adalah 43.5%, 79.6%, 67.4% dan 71.3%. Pada Gambar 1 disajikan persentase rata-rata konsumsi zat gizi sampel sehari terhadap AKG (10).



Gambar 1. Persentase konsumsi zat gizi anak penderita gizi buruk terhadap angka kecukupan gizi (AKG)

Identitas orang tua sampel

Tabel 7 memperlihatkan distribusi umur orang tua sampel. Distribusi umur ayah dan ibu terbanyak adalah antara 20-35 tahun masing-masing sebanyak 30 orang ayah (68.3%) dan 30 orang ibu (69.0%) dan masih dijumpai umur ibu kurang dari 20 tahun sebanyak 7 orang (16.7%).

Tabel 7. Distribusi umur orang tua anak penderita gizi buruk

Umur (tahun)	Ayah		Ibu	
	N = 43	%	N = 43	%
< 20	-	-	7	16.7
20 - 35	30	68.3	30	69.0
> 35	13	31.7	6	14.3

Tingkat pendidikan orang tua akan mempengaruhi perilaku gizi dan kesehatan ibu terhadap terjadinya kekurangan gizi pada anak (11). Pada Tabel 9 terlihat bahwa tingkat pendidikan ayah dan ibu yang terbanyak adalah tamat Sekolah Dasar (SD), untuk ayah sebanyak 18 orang (43.9%) sedangkan untuk ibu sebanyak 14 orang (33.3%).

Pada Tabel 10 terlihat bahwa jenis pekerjaan ayah terbanyak adalah sebagai buruh (bangunan, tani, jahit, sepatu) sebanyak 30 orang (68.3%), dan sebagian besar ibu tidak bekerja yaitu sebanyak 38 orang (88.0%)

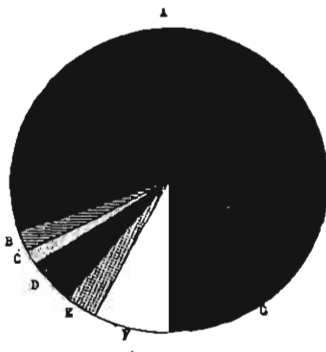
Tabel 9. Pendidikan orang tua anak penderita gizi buruk

Pendidikan	Ayah		Ibu	
	N = 43	%	N = 43	%
Tidak sekolah	-	-	3	7.1
Tidak tamat SD	11	22.0	13	28.7
Tamat SD	18	43.9	14	33.3
Tamat SLP	6	14.6	10	23.8
Tamat SLTA	8	19.5	3	7.1

Tabel 10. Pekerjaan orang tua anak penderita gizi buruk

Pekerjaan	A y a h		I b u	
	N = 43	%	N = 43	%
Tidak bekerja	2	4.9	38	88.0
Jualan/warung	6	14.6	2	4.8
B u r u h	30	68.3	1	2.4
Pegawai Negeri	1	2.4	-	-
Swasta	4	9.6	2	4.8

Dari 68.3% ayah yang bekerja sebagai buruh memperoleh rata-rata penghasilan sebulan sebesar Rp. 93.571,-. Rata-rata pengeluaran keluarga sebulan adalah sebesar Rp. 129.367,-, sedangkan rata-rata pengeluaran per kapita sebulan adalah sebesar Rp. 25.016,-. Rata-rata pengeluaran perkapita sebulan tersebut masih di bawah rata-rata pengeluaran perkapita menurut data BPS tahun 1992 dari rata-rata pengeluaran perkapita tersebut digunakan untuk makanan sebesar 62.1%, hal tersebut mendekati persentase rata-rata pengeluaran perkapita untuk makanan menurut data BPS tahun 1992 (12). Gambar 2 menyajikan persentase rata-rata pengeluaran sebulan menurut kelompok pengeluaran.



Keterangan :

- A = Makanan (62.1%)
- B = Pendidikan (2.2%)
- C = Kesihatan (1.6%)
- D = Pakaian (4.8%)
- E = Perumahan (3.3%)
- F = Bahan bakar (7.7%)
- G = Lain-lain (18.3%)

Gambar 2. Rata-rata persentase pengeluaran keluarga sebulan menurut kelompok Pengeluaran

Besar keluarga mempengaruhi rata-rata pengeluaran perkapita untuk makanan, yang akhirnya mempengaruhi pula rata-rata konsumsi makanan pada keluarga yang bersangkutan. Rata-rata besar keluarga pada sampel adalah 6 orang, sedangkan rincian besar keluarga disajikan pada Tabel 11.

Tabel 11. Distribusi keluarga penderita gizi buruk menurut jumlah anggota

Jumlah anggota keluarga	Jumlah	
	N = 43	%
< = 3	6	13.9
4 - 6	22	51.2
7 - 10	15	34.9
Jumlah	43	100.0

Keadaan perumahan

Keadaan perumahan keluarga sampel pada umumnya masih sederhana dan belum memenuhi syarat sebagai rumah sehat. Keadaan perumahan secara rinci dapat dilihat pada Tabel 12.

Tabel 12. Keadaan perumahan keluarga penderita gizi buruk

Macam	Jumlah	
	N = 43	%
Atap rumah :		
- Genteng	38	88.4
- Seng	5	11.6
Dinding rumah :		
- Tembok di plester	26	60.5
- Tembok tanpa plester	7	16.3
- Bilik bambu	6	13.9
- Tembok + bilik bambu	4	9.3
Lantai rumah :		
- Ubin/tegel	10	23.3
- Semen	23	53.4
- Tanah	10	23.3
Jenis penerangan rumah :		
- Listrik	32	74.4
- Lampu minyak tanah	11	25.6
Bahan bakar untuk masak :		
- Minyak tanah	35	81.4
- Kayu	8	18.6

Sumber air minum :

- Ledeng	6	14.0
- Sumur pompa	6	14.0
- Sumur gali/timba	23	53.4
- Mata air	8	18.6

Sarana jamban :

- Septic tank	12	27.9
- Cemplung	2	4.6
- Sungai/kolam/selokan	27	62.9
- Kebun/sawah	2	4.6

Pemilikan media elektronik:

- Tidak ada	10	23.3
- Televisi	10	23.3
- Radio	23	23.3

Simpulan

Masalah KKP bukan semata-mata masalah biomedis tetapi merupakan masalah yang sangat kompleks, berbagai faktor turut berperan terhadap kejadian KKP. Dari hasil penelitian ini masih banyak ditemukan anak dengan usia golongan rawan yaitu umur antara 6 - 24 bulan. Hal ini kemungkinan disebabkan karena usia penyapihan yang terlalu dini atau terlalu lama tanpa diimbangi dengan pemberian makanan tambahan yang tepat, baik jenis makanannya maupun bentuk dan jadwal pemberiannya. Di samping itu juga masih rendahnya konsumsi zat gizi anak yang kemungkinan disebabkan masih rendahnya tingkat pendidikan/pengetahuan maupun tingkat pendapatan orang tua, serta masih dijumpainya keluarga dengan jumlah besar merupakan penyebab lain timbulnya masalah KKP.

Saran

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran yang lebih jelas sebagai bahan pertimbangan didalam upaya penanggulangan masalah KKP pada umumnya dan gizi buruk pada anak balita khususnya. Dalam rangka upaya tersebut, maka perlu diciptakan dan dikembangkan suatu paket KIE Gizi Terpadu yang lebih terarah, tepat dan sesuai dengan karakteristik penderita gizi buruk sehingga dapat dilaksanakan di Posyandu dan Puskesmas.

Rujukan

1. Departemen Kesehatan R.I. Sistem Kesehatan Nasional, cetakan kedua, Jakarta, 1982.
2. Scrimshaw, N.S. et.al. Interaction of nutrition and infection. WHO Monograph Series No. 57. Geneva: WHO, 1968.

3. Davidson, S.S.; R. Passmore; and F.J. Brock. Human nutrition and dietetic, Churchill Livingstone, 1973.
4. DeMaeyer, EM. Protein energy malnutrition in preventive medicine. WHO Monograph Series No. 62. Geneva: WHO, 1972
5. Indonesia, Departemen Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Hasil lokakarya penelitian dan pengembangan kesehatan di Jakarta, 24-27 April 1977.
6. Direktorat Bina Gizi Masyarakat dan Biro Pusat Statistik. Status gizi balita 1989. Jakarta, 1990.
7. Jelliffe, D.B. The assessment of the nutritional status of the community, WHO, Geneva, 1966.
8. Sanjur, Diva. Social and cultural perspectives in nutrition. New Jersey, Englewood-Cliffs : Prentice-Hall, 1982.
9. Jahari, Abas B; Djumadias Abunain; Ig. Tarwotjo. Masalah kurang kalori protein. Gizi Indonesia 1988, 13(1):50-58.
10. Karyadi, D dan Muhilal. Kecukupan gizi yang dianjurkan. Jakarta : Gramedia, 1988.
11. Graves, P.L. Nutrition infant behavior and maternal characteristics : a pilot study in West Bengal, India. Am.J.Clin.Nutr. 29 : 305-319.
12. Biro Pusat Statistik. Indikator kesejahteraan rakyat. Jakarta : BPS, 1992.