

PEMULIHAN GIZI BURUK PADA ANAK BALITA MELALUI SUATU PAKET PENDIDIKAN GIZI DAN KESEHATAN

Oleh : Sri Muljati* dan Arnelia*

*Kelompok Program Penelitian Gizi Kelompok Masyarakat Termtu,
Puslitbang Gizi, Bogor

ABSTRAK

Kurang Kalori Protein (KKP) merupakan salah satu masalah gizi utama di Indonesia yang masih banyak ditemukan pada anak usia di bawah lima tahun. Kurang Kalori Protein berat (giziburuk) pada masa usia Balita dapat mengakibatkan perkembangan fisik dan mental terhambat. Di samping penyakit infeksi, kurang konsumsi makanan merupakan salah satu penyebabnya. Makanan anak balita sangat tergantung dari apa yang diberikan oleh ibunya atau orang lain yang mengasuhnya; maka tepat kiranya bila dalam pemulihan giziburuk pada anak Balita, dilakukan pendidikan gizi dan kesehatan kepada ibu di samping pengobatan penyakit infeksi terhadap anak. Dalam makalah ini dilaporkan hasil penelitian yang bertujuan untuk mempelajari perubahan pengetahuan ibu tentang gizi dan kesehatan, konsumsi kalori dan protein serta rata-rata kenaikan berat badan anak terhadap baku setelah intervensi selama enam bulan. Penelitian dilakukan terhadap 40 anak usia Balita pengunjung Klinik Gizi, Puslitbang Gizi, Bogor. Selama penelitian subjek datang 12 kali: empat kali pada bulan pertama, enam kali pada tiga bulan selanjutnya dan dua kali pada dua bulan terakhir. Pemberian vitamin A dosis tinggi dilakukan pada kunjungan pertama, sementara pengobatan penyakit infeksi, pendidikan gizi dan kesehatan kepada ibu, serta pemberian susu skim 150 gram kepada anak giziburuk dilakukan pada setiap kali kunjungan. Sebagian besar penderita giziburuk berasal dari keluarga dengan sumber mata pencaharian sebagai buruh; pengeluaran per kapita per bulan Rp. 20.000,- ke bawah, dan sebagian besar ibu subjek berpendidikan tidak tamat SD. Setelah intervensi, terdapat kenaikan rata-rata BB/U sebesar 157 persen terhadap baku, serta perubahan yang bermakna, baik pada pengetahuan ibu tentang gizi dan kesehatan pada taraf uji 0.05, maupun rata-rata persentase konsumsi kalori dan protein terhadap kecukupan ($p < 0.01$). Semakin ringan keadaan giziburuk yang diderita, dan semakin dini intervensi dilakukan, proses pemulihan giziburuk semakin cepat; atau semakin berat keadaan giziburuk yang diderita, semakin lama pula proses pemulihannya.

Pendahuluan

Hingga saat ini kurang kalori protein (KKP) masih menjadi masalah gizi utama di Indonesia. Masalah gizi ini terutama tampak jelas pada anak usia di bawah lima tahun (Balita). Keadaan gizi buruk yang terjadi pada masa anak berumur di bawah lima tahun akan berakibat buruk terhadap perkembangan otak si anak (2). Makin buruk tingkat keadaan gizi, makin besar peluang kematian anak 0-60 bulan (3). Anak bergiziburuk umumnya berasal dari keluarga yang tergolong berpenghasilan rendah. Dalam hubungan ini,

walaupun faktor ekonomi merupakan akar masalah giziburuk, ternyata perbaikan ekonomi tanpa disertai pendidikan gizi dan kesehatan, hasil pemecahan masalah gizi sukar dicapai (4); demikian pula sebaliknya. Dikemukakan oleh Tarwotjo, dkk. (5) bahwa penyuluhan gizi merupakan suatu pendekatan yang dapat dilakukan sehingga menghasilkan perubahan perilaku, baik individu maupun masyarakat. Hal ini sejalan dengan pendapat Bloom (6) yang menyatakan bahwa perilaku memegang peranan penting kedua setelah lingkungan dalam menentukan status kesehatan.

Diketahui pula bahwa di samping penyakit infeksi, kurang konsumsi makanan juga merupakan penyebab terjadinya giziburuk, sementara keadaan giziburuk hampir selalu disertai dengan infeksi penyakit. Maka tepat kiranya bila dalam pemulihan keadaan giziburuk anak Balita, di samping dilakukan pengobatan terhadap penyakit infeksi pen-yerta, penyuluhan gizi dan kesehatan kepada ibu juga mendapat perhatian utama.

Dalam makalah ini dikemukakan hasil penelitian tentang perubahan pengetahuan ibu anak Balita yang menderita gizi buruk; kaitannya dengan konsumsi makanan anak, serta rata-rata kenaikan berat badan anak terhadap baku setelah mengikuti paket pemulihan giziburuk selama 6 bulan.

Bahan dan Cara

Subjek penelitian terdiri dari anak Balita giziburuk yang datang ke Klinik Gizi, Puslitbang Gizi, Bogor, baik sebagai rujukan dari Puskesmas maupun atas kemauan ibu anak tersebut. Jumlah subjek 40 orang, dan setiap subjek datang dua belas kali. Tenggang waktu satu minggu pada 4 kali kunjungan pertama, selang dua minggu pada 6 kali kunjungan selanjutnya, serta selang satu bulan pada 2 kali kunjungan terakhir.

Pada kunjungan pertama dilakukan pemeriksaan klinis oleh dokter anak serta pemberian vitamin A dosis tinggi. Ibu subjek diwawancara mengenai konsumsi makanan anak dan pengeluaran biaya keluarga per bulan. Di samping evaluasi tentang makanan yang diberikan kepada anak giziburuk, pada kunjungan kedua dan selanjutnya dilakukan pendidikan gizi dan kesehatan kepada ibu subjek secara tatap muka. Materi pendidikan diberikan secara bertahap dengan mengutamakan cara memberi dan membuat makanan untuk anak Balita KKP dari bahan pangan yang harganya sesuai kemampuan daya beli mereka. Setiap kali kunjungan, subjek diberi susu skim masing-masing sebanyak 150 gram. Dalam kunjungan terakhir, di samping evaluasi pendidikan gizi dan kesehatan juga dilakukan *recall* 1 x 24 jam konsumsi makanan anak. Jawaban responden tentang pengetahuan gizi dan kesehatan dirujuk ke jawaban yang benar, kemudian diberi skor dan dikelompokkan dalam dua kategori, yaitu baik bila skor ≥ 4 , dan kategori kurang bila skor < 4 . Pengelompokan ini didasarkan pada rata-rata skor pengetahuan dikurangi 1 x SB (Simpang Baku). Pengumpulan data dilakukan sejak bulan April hingga September 1988 di Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi Bogor.

Hasil dan Bahasan

Berdasarkan hasil pengolahan data 40 anak Balita penderita giziburuk yang menjadi subjek penelitian ini, umur subjek bervariasi antara 6 bulan hingga 58 bulan. Jumlah terbanyak dijumpai pada kelompok umur 12-23 bulan (45,0 persen). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Sayogyo (7) bahwa distribusi anak Balita KKP terbanyak ditemukan pada kelompok umur (6-11) bulan dan 40,0 persen berada pada kelompok umur > 24 bulan.

Subyek berasal dari orangtua yang bermata pencaharian tidak tetap. Dijumpai sebanyak 65,0 persen kepala keluarga bekerja sebagai buruh, yaitu buruh bangunan, buruh tani dan buruh jahit. Di samping itu terdapat lima anak (12,5 persen) masing-masing dari keluarga pedagang dan pegawai negeri. Kedua kelompok yang disebut terakhir ini termasuk kalangan bawah, yaitu pegawai negeri dengan golongan ruang gaji I (PNS), pedagang kecil penjual makanan dan sopir kendaraan angkutan kota.

Alan Berg (8) mengemukakan bahwa pola pembelanjaan makanan di kalangan kelompok orang miskin dan kaya tercermin pada kebiasaan pengeluaran mereka. Dalam penelitian ini ditemukan 90,0 persen subjek berasal dari keluarga dengan pengeluaran perkapita sebulan kurang dari Rp. 25.000,- dan dari jumlah ini 65,5 persen subyek berasal dari keluarga dengan pengeluaran per kapita sebulan Rp. 20.000,- ke bawah. Keadaan ini berada di bawah rata-rata pengeluaran perkapita penduduk urban/rural di Indonesia menurut data BPS 1987 (9). Pendidikan ibu subyek 67,5 persen tidak tamat SD, 7,5 persen tamat SLP dan tidak ada yang tamat SLA. Pada wawancara awal tentang pengetahuan gizi dan kesehatan terungkap bahwa 62,5 persen ibu subyek berpengetahuan kurang. Namun setelah dilakukan intervensi pendidikan gizi dan kesehatan, pengetahuan ibu subyek meningkat (Tabel 1). Berdasarkan uji statistik χ^2 dengan taraf uji 0,05, perubahan tersebut bermakna.

Tabel 1. Jumlah ibu subyek menurut pengetahuan gizi dan kesehatan sebelum dan sesudah intervensi

Pengetahuan gizi Kesehatan	Jumlah ibu subyek			
	Sebelum intervensi		Sesudah intervensi	
Kurang	25	62,5	8	20,0
Baik	15	37,5	32	80,0
Total	40	100,0	40	100,0
$\alpha = 0,05$	$\chi^2 = 16,57$			

Makanan anak Balita sangat tergantung pada apa yang diberikan oleh ibunya. Maka dalam rangka pemulihan giziburuk pada anak Balita, pengetahuan gizi dan kesehatan merupakan salah satu faktor penting dan harus dimiliki oleh ibu sebagai orang yang

mempunyai peranan besar dalam menentukan konsumsi makanan anak Balita. Pengetahuan gizi dan kesehatan memang merupakan salah satu faktor penentu konsumsi makanan di samping pendapatan, ketersediaan bahan pangan, adat istiadat, kepercayaan dsb; tetapi dengan upaya pengobatan terhadap penyakit infeksi penyerta, pendidikan gizi dan kesehatan serta pemantauan makanan yang diberikan kepada anak setiap kali kunjungan, tampaknya dapat membantu proses pemulihan giziburuk pada anak Balita. Terungkap dalam penelitian ini bahwa meningkatnya pengetahuan ibu tentang gizi dan kesehatan seiring dengan peningkatan konsumsi kalori dan protein subyek. Seperti tertera pada Tabel 2, rata-rata persentase masukan kalori dan protein subyek sebelum intervensi berturut-turut 41.3 persen dan 48.69 persen terhadap kecukupan yang dianjurkan (10), setelah intervensi meningkat menjadi 68.14 persen untuk kalori dan 105.5 persen untuk protein. Berdasarkan hasil uji statistik, kenaikan masukan, baik kalori maupun protein, keduanya bermakna (p masing-masing < 0.001).

Tabel 2. Rata-rata persentase konsumsi kalori dan protein terhadap kecukupan yang dianjurkan sebelum dan sesudah intervensi

Konsumsi	Rata-rata persentase	
	Sebelum intervensi	Sesudah intervensi
Kalori (Kal)	413.00 \pm 24.05	68.14 \pm 19.43
Protein (g)	48.69 \pm 27.51	105.51 \pm 32.44

Setelah mengikuti paket pemulihan giziburuk selama enam bulan, ternyata peningkatan konsumsi kalori dan protein subyek diikuti pula dengan peningkatan bermakna berat badan subyek. BB/U (Berat Badan Terhadap Umur) meningkat rata-rata 157,4 \pm 99.5 persen. Berdasarkan hasil penelitian ini, dalam proses pemulihan giziburuk pada anak Balita tampak ada kaitan antara kondisi subyek pada saat awal dengan lama pemulihan. Seperti disajikan pada Tabel 3, subyek dengan BB/U 40-49 persen baku pada saat awal, hanya 3 orang (23.1 persen) yang meningkat hingga > 70 persen, sedangkan subyek dengan BB/U 50-59 persen baku, sebanyak 20 orang (74.1 persen) yang meningkat hingga 70 persen. Makin rendah berat badan awal subyek, proses pemulihannya cenderung makin lama. Hasil uji statistik χ^2 pada taraf uji 0.05, menunjukkan keadaan yang berbeda secara bermakna.

Upaya pemulihan giziburuk pada anak Balita dengan paket pemulihan selama enam bulan, di samping dapat meningkatkan pengetahuan gizi dan pengetahuan kesehatan ibu subyek, juga meningkatkan rata-rata konsumsi kalori dari 41.3 persen menjadi 68.14 persen dan protein dari 48.69 persen menjadi 105.51 persen terhadap kecukupan yang dianjurkan. Juga menunjukkan rata-rata kenaikan BB/U (Berat Badan terhadap Umur) sebesar 157.4 persen terhadap standar (11) selama enam bulan. Ternyata bahwa semakin ringan keadaan giziburuk yang diderita dan semakin dini dilakukan intervensi, semakin cepat proses

Hasil dan Bahasan

Berdasarkan hasil pengolahan data 40 anak Balita penderita giziburuk yang menjadi subjek penelitian ini, umur subjek bervariasi antara 6 bulan hingga 58 bulan. Jumlah terbanyak dijumpai pada kelompok umur 12-23 bulan (45,0 persen). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Sayogyo (7) bahwa distribusi anak Balita KKP terbanyak ditemukan pada kelompok umur (6-11) bulan dan 40,0 persen berada pada kelompok umur > 24 bulan.

Subyek berasal dari orangtua yang bermata pencaharian tidak tetap. Dijumpai sebanyak 65,0 persen kepala keluarga bekerja sebagai buruh, yaitu buruh bangunan, buruh tani dan buruh jahit. Di samping itu terdapat lima anak (12,5 persen) masing-masing dari keluarga pedagang dan pegawai negeri. Kedua kelompok yang disebut terakhir ini termasuk kalangan bawah, yaitu pegawai negeri dengan golongan ruang gaji I (PNS), pedagang kecil penjual makanan dan sopir kendaraan angkutan kota.

Alan Berg (8) mengemukakan bahwa pola pembelanjaan makanan di kalangan kelompok orang miskin dan kaya tercermin pada kebiasaan pengeluaran mereka. Dalam penelitian ini ditemukan 90,0 persen subjek berasal dari keluarga dengan pengeluaran perkapita sebulan kurang dari Rp. 25.000,- dan dari jumlah ini 65,5 persen subyek berasal dari keluarga dengan pengeluaran per kapita sebulan Rp. 20.000,- ke bawah. Keadaan ini berada di bawah rata-rata pengeluaran perkapita penduduk urban/rural di Indonesia menurut data BPS 1987 (9). Pendidikan ibu subyek 67,5 persen tidak tamat SD, 7,5 persen tamat SLP dan tidak ada yang tamat SLA. Pada wawancara awal tentang pengetahuan gizi dan kesehatan terungkap bahwa 62,5 persen ibu subyek berpengetahuan kurang. Namun setelah dilakukan intervensi pendidikan gizi dan kesehatan, pengetahuan ibu subyek meningkat (Tabel 1). Berdasarkan uji statistik χ^2 dengan taraf uji 0,05, perubahan tersebut bermakna.

Tabel 1. Jumlah ibu subyek menurut pengetahuan gizi dan kesehatan sebelum dan sesudah intervensi

Pengetahuan gizi Kesehatan	Jumlah ibu subyek			
	Sebelum intervensi		Sesudah intervensi	
Kurang	25	62.5	8	20.0
Baik	15	37.5	32	80.0
Total	40	100.0	40	100.0
= 0.05	$\chi^2 = 16.57$			

Makanan anak Balita sangat tergantung pada apa yang diberikan oleh ibunya. Maka dalam rangka pemulihan giziburuk pada anak Balita, pengetahuan gizi dan kesehatan merupakan salah satu faktor penting dan harus dimiliki oleh ibu sebagai orang yang

mempunyai peranan besar dalam menentukan konsumsi makanan anak Balita. Pengetahuan gizi dan kesehatan memang merupakan salah satu faktor penentu konsumsi makanan di samping pendapatan, ketersediaan bahan pangan, adat istiadat, kepercayaan dsb; tetapi dengan upaya pengobatan terhadap penyakit infeksi penyerta, pendidikan gizi dan kesehatan serta pemantauan makanan yang diberikan kepada anak setiap kali kunjungan, tampaknya dapat membantu proses pemulihan giziburuk pada anak Balita. Terungkap dalam penelitian ini bahwa meningkatnya pengetahuan ibu tentang gizi dan kesehatan seiring dengan peningkatan konsumsi kalori dan protein subyek. Seperti tertera pada Tabel 2, rata-rata persentase masukan kalori dan protein subyek sebelum intervensi berturut-turut 41.3 persen dan 48.69 persen terhadap kecukupan yang dianjurkan (10), setelah intervensi meningkat menjadi 68.14 persen untuk kalori dan 105.5 persen untuk protein. Berdasarkan hasil uji statistik, kenaikan masukan, baik kalori maupun protein, keduanya bermakna (p masing-masing < 0.001).

Tabel 2. Rata-rata persentase konsumsi kalori dan protein terhadap kecukupan yang dianjurkan sebelum dan sesudah intervensi

Konsumsi	Rata-rata persentase	
	Sebelum intervensi	Sesudah intervensi
Kalori (Kal)	413.00 \pm 24.05	68.14 \pm 19.43
Protein (g)	48.69 \pm 27.51	105.51 \pm 32.44

Setelah mengikuti paket pemulihan giziburuk selama enam bulan, ternyata peningkatan konsumsi kalori dan protein subyek diikuti pula dengan peningkatan bermakna berat badan subyek. BB/U (Berat Badan Terhadap Umur) meningkat rata-rata $157,4 \pm 99.5$ persen. Berdasarkan hasil penelitian ini, dalam proses pemulihan giziburuk pada anak Balita tampak ada kaitan antara kondisi subyek pada saat awal dengan lama pemulihan. Seperti disajikan pada Tabel 3, subyek dengan BB/U 40-49 persen baku pada saat awal, hanya 3 orang (23.1 persen) yang meningkat hingga > 70 persen, sedangkan subyek dengan BB/U 50-59 persen baku, sebanyak 20 orang (74.1 persen) yang meningkat hingga 70 persen. Makin rendah berat badan awal subyek, proses pemulihannya cenderung makin lama. Hasil uji statistik χ^2 pada taraf uji 0.05, menunjukkan keadaan yang berbeda secara bermakna.

Upaya pemulihan giziburuk pada anak Balita dengan paket pemulihan selama enam bulan, di samping dapat meningkatkan pengetahuan gizi dan pengetahuan kesehatan ibu subyek, juga meningkatkan rata-rata konsumsi kalori dari 41.3 persen menjadi 68.14 persen dan protein dari 48.69 persen menjadi 105.51 persen terhadap kecukupan yang dianjurkan. Juga menunjukkan rata-rata kenaikan BB/U (Berat Badan terhadap Umur) sebesar 157.4 persen terhadap standar (11) selama enam bulan. Ternyata bahwa semakin ringan keadaan giziburuk yang diderita dan semakin dini dilakukan intervensi, semakin cepat proses

pemulihannya, dan sebaliknya: semakin berat keadaan giziburuk yang diderita semakin lama pula proses pemulihannya.

Tabel 3. Jumlah subyek menurut berat badan terhadap umur sebelum dan sesudah intervensi.

Umur	Berat badan terhadap umur							
	Sebelum intervensi				Sesudah intervensi			
	< 60		60-70		> 70		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
40-49	4	30.7	6	46.2	3	23.1	13	100
50-59	1	2.5	6	15.0	20	74.1	27	100
	5	12.5	12	30.0	23	57.5	40	100
= 0.05	$\chi^2 = 7.313$							

Rujukan

1. Tarwotjo, Ig; dan Soekirman. Status gizi anak, Gizi Indonesia 1986/87, 11 (2)/12 (1): 6 - 14.
2. Caliendo, Mary Alice. Nutrition and the word food crisis. New York and London : Macmillan, 1979.
3. Soekirman. Morbiditas-mortalitas bayi dan anak Indonesia. Gizi Indonesia 1985, 10(1): 14 - 21.
4. Beaton , G.H. Nutrition problems of affluance. In: Nutrition in Preventive Medicine / edited G.H. Beaton and J.M. Bengoa. WHO Monograph Series 19 ,No. 62: 482.
5. Tarwotjo, dkk. Masalah gizi di Indonesia. Widya Karya Pangan dan Gizi, Bogor, 1978.
6. Kusnoputranto, Haryanto. Kesehatan lingkungan. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, 1986.
7. Sayogyo. Usaha perbaikan gizi keluarga. Jakarta : Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Depkes RI, 1973.
8. Berg, Alan, Peranan gizi dalam pembangunan nasional. Jakarta : Rajawali, 1985.
9. Biro Pusat Statistik. Konsumsi dan pengeluaran rumah tangga: indokator kesejahteraan rakyat. Jakarta : Biro Pusat Statistik, 1987
10. Karyadi, D.; dan Muhilal. Kecukupan gizi yang dianjurkan. Jakarta : Gramedia, 1988.
11. Indonesia, Ministry of Health, Directorate of Nutrition. Manual for the stand-ardization and evaluation of data for the assesment of the nutritional health of a community using field survey techniques in rural areas. Jakarta: Directorate of Nutrition, Ministry of Health, 1971.