

KEADAAN GIZI DAN KESEHATAN BALITA KURANG ENERGI PROTEIN YANG BEROBAT JALAN KE ENAM PUSKESMAS DI KABUPATEN BOGOR

Oleh : Effendi Rustan; Edwi Saraswati; Vita Kartika; dan Hermina

ABSTRAK

Pada penelitian uji coba paket penanggulangan gizi buruk yang dilakukan oleh tenaga pelaksana gizi di enam puskesmas terpilih, tercatat 83 anak balita kurang energi protein yang berobat jalan ke puskesmas yang dapat diamati perubahan keadaan gizi dan kesehatan. Setelah mengikuti kegiatan pemulihan di puskesmas selama enam bulan ternyata terdapat perubahan keadaan gizi anak balita dari 83 anak, 35 anak (42.2 %) mengalami perbaikan keadaan gizi, dengan 4 anak (4.82 %) menjadi keadaan gizi baik. 44 anak (53.0 %) tidak mengalami perubahan keadaan gizi dan 4 anak (4.8 %) mengalami penurunan keadaan gizi. Dari 83 anak balita tersebut yang berkunjung ke puskesmas ternyata lebih banyak disertai penyakit. Jenis penyakit yang banyak diderita adalah infeksi saluran pernapasan (55.5 %), penyakit kulit 20.5 %, infeksi saluran pernapasan atas disertai diare 20.5 % dan diare 7.3 %.

Pendahuluan

Masalah gizi di Indonesia yang sampai saat ini masih tetap merupakan masalah utama adalah Kurang Energi Protein (KEP). Keadaan gizi buruk pada masa anak berumur di bawah lima tahun berakibat buruk terhadap perkembangan otak dan mental (1).

Para ilmuwan baik bidang kesehatan maupun sosial umumnya sepakat bahwa penyakit infeksi dan kurang gizi merupakan penyebab utama kematian anak di negara-negara berkembang.

Hasil penelitian Kusin, dkk (1983) menunjukkan bahwa penyebab utama Kurang Energi Protein di Jawa Timur mungkin bukan hanya kurang pangan melainkan penyakit infeksi yang berulang-ulang menimpa anak (2). Selanjutnya Brown (1984) juga mengatakan bahwa konsumsi makanan yang tidak memadai hanya merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi keadaan gizi anak. Faktor lain yang harus diperhatikan adalah penyakit infeksi (3). Keadaan gizi mempunyai andil yang cukup besar dalam menciptakan keadaan kesehatan anak. Penyakit infeksi yang mempunyai hubungan sinergisme dengan keadaan gizi antara lain diare, penyakit saluran pernapasan.

Salah satu upaya untuk menanggulangi masalah Kurang Energi Protein adalah Paket Penanggulangan Gizi Buruk yang dikembangkan oleh klinik gizi Puslitbang Gizi Bogor sejak tahun 1981-1982 (4). Paket ini menitikberatkan penerangan dan penyuluhan gizi kepada ibu balita KEP, sedangkan untuk anak balita KEP diberikan pengobatan rawat jalan terhadap penyakit yang dideritanya.

Sampai saat ini Puskesmas masih digunakan oleh sebagian besar masyarakat sebagai sarana pelayanan kesehatan masyarakat. Untuk melihat kegunaannya di masyarakat Paket Penanggulangan Gizi Buruk tersebut diuji coba di Puskesmas. Tenaga Pelaksana Gizi di puskesmas sebagai penyuluh gizi dalam penanggulangan gizi buruk, sedangkan dokter puskesmas memeriksa dan mengobati penyakit yang diderita oleh balita KEP.

Pada tulisan ini akan dibahas perbaikan keadaan gizi dan keadaan kesehatan dari balita Kurang Energi Protein yang tercakup dalam penelitian uji coba tersebut.

Metodologi

Penelitian dilakukan di enam Puskesmas di Kabupaten Bogor yang sering mengirim anak balita KEP ke klinik gizi Puslitbang Gizi Bogor yaitu Puskesmas Pagelaran, Semplak, Dramaga, Gunung Batu, Kedung Badak, dan Kayumanis.

Subyek penelitian adalah ibu-ibu yang mempunyai anak balita KEP dan anak balita KEP di enam puskesmas terpilih.

Penentuan anak balita KEP berdasarkan tanda-tanda klinis dan berat badan menurut umur (60-70 % standar), sesuai dengan cara yang dikembangkan oleh WHO (5,6).

Kepada ibu balita KEP diberikan penyuluhan oleh Tenaga Pelaksana Gizi tentang gizi dan kesehatan pada setiap kali kunjungan ke puskesmas dengan materi penyuluhan antara lain : guna makanan secara umum, makanan untuk anak 1-3 tahun, makanan untuk balita KEP, makanan untuk balita mencret, dan mengetahui faktor-faktor penyebab KEP. Penyuluhan tersebut dilakukan dengan menggunakan alat bantu food models dari Puslitbang Gizi Bogor.

Kepada balita KEP pada setiap kunjungan dilakukan pemeriksaan terhadap penyakit yang dideritanya dan diberikan obat-obatan yang tersedia di Puskesmas serta diberi susu skim sebanyak 250 gram.

Pengamatan terhadap perubahan klinis dan keadaan gizi dilakukan oleh dokter dan tenaga puskesmas (TPG)

Data yang dikumpulkan dari anak balita KEP meliputi Berat badan, konsumsi makan dan jenis penyakit yang sering diderita selama kegiatan penelitian berlangsung. Data dikumpulkan melalui wawancara ibu-ibu balita KEP dengan petugas pelaksana gizi (TPG) puskesmas pada setiap kunjungan.

Data berat badan diukur dengan menggunakan timbangan dacin dengan pencatatan angka 0,1 kg terdekat. Penentuan status gizi berdasarkan atas BB/U dengan menggunakan **Baku Harvard** yang sudah disesuaikan untuk Indonesia seperti yang terdapat pada *Kartu Menuju Sehat* yang digunakan di Puskesmas (5,6).

Penentuan Keadaan Gizi dibagi dalam 4 kategori yaitu:

- Gizi baik : BB/U 80 % baku,
 Gizi Sedang : BB/U 70-79 % baku,
 Gizi Kurang : BB/U 60-69 % baku, dan
 Gizi Buruk : BB/U 60 % baku

Pengetahuan gizi ibu balita meliputi riwayat penyakit dan kelahiran, immunisasi, makanan bergizi serta perawatan kesehatan anak.

Penanggulangan gizi buruk dilaksanakan selama 6 bulan dengan rincian kunjungan anak balita KEP ke puskesmas sebagai berikut :

- Bulan pertama, dilakukan tiap minggu (4 x kunjungan),
- Bulan kedua, ketiga dan keempat, dua minggu sekali (6 x kunjungan), dan
- Bulan kelima dan keenam, tiap bulan sekali (2 x kunjungan).

Hasil dan Bahasan

Gambaran Umum

Hasil penelitian di enam Puskesmas terpilih menunjukkan bahwa sampel penelitian ada 83 anak balita Kurang Energi Protein yang terdiri dari : 46 (55.5 %) anak balita dengan keadaan gizi buruk dan 37 (44.5 %) keadaan gizi kurang. Dan sebagian besar anak balita penderita KEP yang ikut dalam penelitian iniberumur antara 12-23 bulan yaitu 43 anak (51.8 %), hal yang sama ditemukan oleh Husaini, Y.K. dan Sri Mulyati (4,7).

Salah satu ukuran antropometri yang dapat digunakan sebagai ukuran keadaan gizi saat ini adalah Berat Badan menurut Umur. Sebaran anak Balita penderita KEP berdasarkan variasi umur dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Sebaran jumlah anak penderita KEP menurut umur

UMUR (bl)	Gizi Buruk		Gizi Kurang		Total	
	Jml	%	Jml	%	Jml	%
0 - 5	3	3.6	2	2.4	5	6.0
6 - 11	10	12.0	6	7.2	16	19.3
12 - 23	21	25.3	22	26.5	43	51.8
24 - 35	11	13.3	6	7.2	17	20.5
> 35	1	1.2	1	1.2	2	2.4
	46	55.4	37	44.6	83	100.0

Perbaikan keadaan gizi anak dapat dilihat berdasar pada penambahan berat badan anak selama kegiatan penelitian berlangsung. Dari 83 anak balita yang teramati perubahan keadaan gizi dapat dilihat pada Tabel 2a dan Tabel 2b.

Tabel 2a. Sebaran jumlah anak KEP (BURUK) menurut keadaan gizi awal dan akhir setelah berobat jalan ke puskesmas

UMUR ANAK AWAL KUNJUNGAN (Bulan)	Gizi Buruk							
	G. Baik ^{**})		G. Kurang ^{**})		G. Buruk ^{**})		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0 - 5	1	2.2	2	4.4	-	-	3	6.6
6 - 11	-	-	4	8.6	6	13.0	10	21.7
12 - 23	-	-	12	26.1	9	19.6	21	45.7
24 - 35	1	2.2	3	6.5	7	15.2	11	2.9
> 35	-	-	-	-	1	2.2	1	2.2
	2	4.4	21	45.6	23	50.0	46	100.0

Keterangan :

*) Keadaan Gizi pada awal penelitian

***) Keadaan Gizi pada akhir penelitian

Tabel 2b. Sebaran jumlah anak KEP (KURANG) menurut keadaan gizi awal dan akhir setelah berobat jalan ke puskesmas

UMUR ANAK AWAL KUNJUNGAN (Bulan)	Gizi Buruk									
	Gizi Baik ^{**})		Gizi Sedang ^{**})		Gizi Kurang ^{**})		Gizi Buruk ^{**})		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0 - 5	2	5.4	-	-	-	-	-	-	2	5.4
6 - 11	-	-	2	5.4	3	8.1	1	2.7	6	16.2
12 - 23	-	-	7	18.9	12	32.4	3	8.1	22	59.5
24 - 35	-	-	1	2.7	5	13.5	-	-	6	16.2
> 35	-	-	-	-	1	2.7	-	-	1	2.7
	2	5.4	10	27.0	21	56.8	4	10.8	37	100.0

Keterangan :

*) Keadaan Gizi pada awal penelitian

***) Keadaan Gizi pada akhir penelitian

Tabel 2a dan 2b menunjukkan bahwa setelah mengikuti kegiatan paket pemulihan dan penanggulangan gizi buruk, terjadi perbaikan keadaan gizi dari anak balita tersebut yaitu terjadi pergeseran jumlah anak yang keadaan gizi awalnya buruk dari 46 anak (55.5 %) menjadi 23 anak (50.0 %), dan dari 37 anak (44.5%) yang mempunyai keadaan gizi awal kurang berubah menjadi 21 anak (56.8 %). Dan dari 83 anak balita yang tercakup di enam puskesmas tersebut yang mengalami perbaikan keadaan gizi ada 35 (42.1 %) yaitu 23 anak berubah dari keadaan gizi buruk menjadi

gizi baik/sedang dan kurang dan sejumlah 12 anak dengan keadaan gizi Kurang berubah menjadi gizi sedang dan baik. Namun masih terdapat 44 anak yang tidak mengalami perubahan keadaan gizi dan ada 4 anak mengalami penurunan keadaan gizi, yang banyak terjadi pada anak-anak balita usia 12-36 bulan. Hal ini terlihat pada anak-anak yang mempunyai tanda-tanda klinis KEP dan umumnya menderita penyakit infeksi serta kurangnya mendapat makanan sumber zat gizi. Sedangkan pada keadaan gizi buruk yang diketahui secara dini (umur 0-5 bulan) anak tersebut lebih cepat dapat dipulihkan.

Dari 35 anak yang mengalami perbaikan keadaan gizi mempunyai arti anak balita tersebut mengalami kenaikan berat badan yang relatif lebih besar dibandingkan dengan anak yang tidak mengalami perubahan keadaan gizinya. Perubahan berat badan anak balita tersebut dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Rata-rata persen kenaikan berat badan anak menurut perubahan keadaan gizi anak balita KEP dan jumlah kunjungan berobat jalan ke puskesmas

Jumlah kunjungan (kali)	Kenaikan berat badan							
	Anak gizi buruk				Anak gizi kurang			
	Berubah		Tetap		Berubah		Tetap	
	n	x	n	x	n	x	n	x
2 - 4	5	6.2± 8.9	9	1.8± 1.9	3	8.1± 3.1	8	-1.3± 5.5
5 - 10	15	11.7± 6.6	11	6.2± 5.5	8	9.4± 5.4	16	-0.8± 4.5
11 - 12	3	11.7± 8.2	3	8.8± 6.4	1	13.7	1	6.9
Jumlah	23	10.5± 7.3	23	4.8± 5.1	12	9.4± 4.7	25	-0.7± 4.9

Rata-rata kenaikan berat badan anak balita KEP mempunyai hubungan timbal balik dengan daya tahan tubuh yang rendah, mengakibatkan sering/mudah menderita sakit (8,9).

Pada Tabel di atas terlihat bahwa perubahan gizi 35 anak tersebut berkaitan dengan banyaknya kunjungan anak berobat jalan ke puskesmas. Semakin banyak jumlah kunjungan berobat jalan ke puskesmas semakin besar pula kenaikan persen berat badan anak dengan terobatnya penyakit penyertanya, sehingga dapat mengubah keadaan gizi anak.

Ibu balita dengan gizi buruk atau gizi kurang berobat jalan ke puskesmas umumnya lebih dari 5 kali kunjungan (Tabel 4), namun diharapkan semua sampel penelitian datang sebanyak 12 kali kunjungan ke puskesmas.

Tabel 4. Sebaran jumlah anak balita KEP menurut keaktifan berobat jalan ke puskesmas

Keadaan gizi	Frekuensi kunjungan						Total	
	2 - 4		5 - 10		11 - 12			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gizi buruk	15	18.1	25	30.1	6	7.2	46	55.4
Gizi kurang	1	15.7	20	25.4	2	3.6	37	44.8
Jumlah	28	33.8	45	55.4	8	10.8	83	100.0

Pada Tabel 4 di atas tampak suatu hal yang menarik untuk ditelaah lebih lanjut yaitu masih terdapat 10.8 % anak balita yang menderita gizi buruk dan gizi kurang walau sudah memperoleh pelayanan selama 11-12 kali kunjungan ke puskesmas. Selain faktor penyakit yang dideritanya juga faktor kualitas pengasuhan anak yaitu kurang perhatian ibu. Di antara ibu balita KEP tersebut ternyata terdapat ibu yang sedang hamil 5 bulan dan yang mempunyai bayi lagi dan ada anak KEP tersebut merupakan anak ke 8 dalam keluarganya. Selain itu masih ditemukan tanda klinis KEP berat, sehingga perlu pengobatan khusus seperti pemeriksaan rontgen untuk anak dengan infeksi saluran pernapasan.

Menurut data Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 1986 (10), sebagian besar penyebab kematian dan penyakit yang prevalen adalah penyakit infeksi. Diare dan radang pernapasan bagian atas dan bawah, merupakan urutan pertama dan kedua sebagai penyebab kematian. Anak Sakit akan kehilangan nafsu makan dan masukan zat gizinya tidak memenuhi kebutuhan, akibatnya berat badan turun dan keadaan gizi makin memburuk

Tabel 5. Sebaran jumlah anak yang berkunjung menurut jumlah penyakit yang diderita

Jumlah Kunjungan (kali)	Jumlah penyakit yang diderita										Jumlah	
	0		1		2		3		4			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2 - 4	5	6.0	10	12.0	2	2.4	5	6.0	5	6.0	27	32.5
5 - 10	3	3.6	11	13.3	11	13.3	13	15.7	9	10.9	47	56.6
11 - 12	0	0	2	2.4	2	2.4	4	4.8	1	1.2	9	10.8
Jumlah	8	9.6	23	27.7	15	18.1	22	26.5	15	18.1	83	100.0

Keterangan :

- 0 = Tidak ada penyakit yang diderita/ Sehat
- 1 = Satu macam penyakit yang diderita
- 2 = dua macam penyakit yang diderita
- 3 = tiga macam penyakit yang diderita
- 4 = empat macam penyakit yang diderita

Hasil pemeriksaan kesehatan selama penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar anak balita KEP (90.4 %) menderita sakit dengan satu macam penyakit atau lebih dan hanya 9.6 % yang berada dalam keadaan sehat. Dari hasil pemantauan pasien berobat jalan ke puskesmas ternyata 67.5 % datang ke puskesmas lebih dari 5 kali, namun 56.6 % antara 5-10 kali. Lebih jelasnya lihat Tabel 5 di atas.

Adapun jenis penyakit yang sering diderita anak balita KEP tersebut dapat dilihat pada Tabel 6 di bawah ini

Tabel 6. Sebaran kasus penyakit yang diderita balita KEP pada awal dan akhir kunjungan berobat jalan ke puskesmas

Keadaan gizi anak Awal kunjungan	Keluhan sakit pada awal dan akhir kunjungan											
	Awal						Akhir					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Gizi buruk	13	24	11	2	3	5	5	24	15	-	2	6
Gizi kurang	4	22	6	-	3	3	7	19	7	1	-	10
Jumlah	17	46	17	2	6	8	12	43	22	1	2	16

Keterangan :

1. Infeksi Saluran Pernapasan & Diare
2. Infeksi Saluran Pernapasan
3. Infeksi Kulit
4. Sakit Mata
5. Infeksi Saluran Pencernaan (Diare)
6. Tidak Sakit / Sehat

Penyakit yang paling sering diderita oleh anak balita KEP baik pada awal dan akhir kunjungan berobat jalan ke puskesmas adalah infeksi saluran pernapasan sebanyak 46 kasus (55.4 %) dan 43 kasus (51.8 %), sedangkan infeksi kulit 20.5 % dan 26.5 % menempati urutan kedua serta 20.5 % dan 14.5 % kasus infeksi saluran pernapasan dan saluran pencernaan (diare). Keluhan diare dan penyakit lainnya persentasenya kecil.

Anak Balita KEP merupakan golongan rawan yang 55.4 % terdiri dari anak penderita gizi buruk sehingga mudah sekali terkena infeksi. Antara keadaan gizi dan penyakit infeksi terdapat hubungan timbal balik; gizi kurang dan gizi buruk menyebabkan penyakit infeksi bertambah berat, sedangkan penyakit infeksi menyebabkan keadaan gizi bertambah buruk.

Oleh karena itu peran dokter puskesmas sangat diharapkan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan yang lebih teliti terhadap anak-anak penderita KEP yang disertai penyakit infeksi; seperti pemeriksaan faeces/kotoran anak untuk mengetahui anak KEP tersebut cacangan atau tidak, pemeriksaan rontgen untuk anak KEP dengan infeksi saluran pernapasan yang diduga mengidap penyakit paru-paru.

Usaha-usaha tersebut diharapkan untuk memperbaiki keadaan kesehatan sehingga berdampak positif terhadap keadaan gizi anak KEP khususnya.

Faktor lain ialah kurangnya pengetahuan dan pengertian orangtua mengenai hubungan yang sinergistik antara masalah gizi dan kesehatan tersebut (8,9).

Simpulan

Hasil penelitian menunjukkan masih banyak ditemukan anak balita usia golongan rawan yaitu 12-35 (51.8 %) bulan yang ikut dalam uji coba paket pemulihan gizi buruk.

Dengan melihat hasil yang diperoleh paket tersebut di Puslitbang Gizi pada tahun 1981-1982 oleh Husaini, Y.K dkk dari 49 balita gizi buruk berhasil diperbaiki keadaan gizinya sebesar 81.6 % dengan 18.4 % tidak mengalami perubahan keadaan gizi. Dan Sri Mulyati dkk, pada tahun 1988-1989 dari 40 anak balita KEP, 35 anak (87.5 %) mengalami perbaikan keadaan gizi dan 12.5 % tetap dalam keadaan gizi buruk . Hasil kegiatan Paket Penanggulangan Gizi Buruk yang dilakukan oleh tenaga pelaksana Gizi di puskesmas dapat memperbaiki keadaan gizi anak balita KEP, dari 83 anak balita yang diamati perubahan keadaan gizinya terdapat 35 anak (55.4 %) yang mengalami perbaikan keadaan gizi, 48 anak (44.6 %) tidak mengalami perubahan keadaan gizi, dan justru ada yang mengalami penurunan keadaan gizi. Hal ini dapat dihubungkan dengan jumlah anak golongan rawan tersebut yang menderita penyakit infeksi.

Perlunya peran serta dokter Puskesmas dalam Pelaksanaan Paket penanggulangan dan Pemulihan Gizi Buruk pada anak balita. Selain penyuluhan gizi dan kesehatan kepada ibu balita KEP oleh TPG, yang terpenting adalah pemeriksaan dan pengobatan secara khusus terhadap penyakit penyerta pada Balita KEP.

Rujukan

1. Caliendo, Mary Alice. Nutrition and word food crisis. New York and London; Macmillan 1979.
2. Kusin, JA et al. Infant feeding and growth in Madiun. Presented at the workshop on the interrelationship of maternal infant nutrition, Airlangga University, Surabaya 1983.
3. Brown K. Measurement of dietary intake. In W.H. Mosley and L.H.Chen (eds); Population and development review. 1984.
4. Husaini, Y.K., dkk. Outpatient rehabilitation of severe protein energy malnutrition (PEM). Food and nutrition bulletin, Vol 8, no 2, 1986.
5. Jellife, D.B. The assesment of the nutrition of the community, World Health Monograph series, no 53. (WHO, Geneva, 1976)

6. Directorate of Nutrition, Ministry of Health Indonesia. Manual for the standardisation and evaluation of data for the assesment of the nutrition health of a community using field survey technique in Rural areas. Jakarta, Directorate of Nutrition, Ministry of Health, 1971.
7. Mulyati, Sri, dkk. Pemulihan gizi buruk pada anak balita melalui suatu paket pendidikan gizi dan kesehatan. *Penelitian Gizi dan Makanan* vol 12:19-23, 1989.
8. Scrimshaw NS, Taylor CE, Gordon JE. Interaction of nutrition and infection. WHO Monograph Series, 57. Geneva, WHO. 1968.
9. Latham, MC. Nutrition and infection in National Development. *Science* 1975, 188: 561-565.
10. Budiarmo LR, dkk. *Survai kesehatan rumah tangga 1986*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 1986.