

**KAJIAN PROFIL GIZI BURUK DI KLINIK GIZI  
PUSAT PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN GIZI DAN MAKANAN, BOGOR**

**Sihadi<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Puslitbang Gizi dan Makanan – Departemen kesehatan RI

**ABSTRACT**

**SEVERE MALNUTRITION PROFILE IN BOGOR CLINICAL NUTRITION**

Bogor Clinical Nutrition is handling for recovering of children severe malnutrition especially for outpatient. The handling is done for six months with 12 – 18 times of invitation. The interventions were done by giving the vitamin A highly doses given at the first invitation, the curing of infection, nutritional and health education, and given the milk skim for every invitation. The results showed that after six month treatment the weight/age the change to become moderate malnutrition 63,9%, and well nutrition 3,0%. If using the weigh/height index from severe wasting change to be wasting is 62,4% - 81,6%.

**Keywords:** marasmus, kwashiorkor, marasmic-kwashiorkor, outpatient

**PENDAHULUAN**

**A**ngka prevalensi giziburuk pada anak berusia di bawah lima tahun (balita) di Indonesia dari tahun 1989 sampai tahun 2007 relatif tinggi. Hasil survei Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, terungkap bahwa proporsi anak balita gizi buruk di Indonesia sebesar 5,4 persen<sup>1</sup>, turun dibandingkan hasil Survei sosial ekonomi nasional (Susenas) tahun 2005 sebesar 8,8 persen<sup>2</sup>. Hal ini menunjukkan bahwa masalah giziburuk pada anak balita masih menjadi masalah kesehatan masyarakat. Keberadaan balita giziburuk menjadi masalah jika di suatu daerah ditemukan anak balita gizi buruk  $\geq 1$  persen<sup>3</sup>. Menurut Direktorat Bina Gizi Masyarakat<sup>4</sup>, setiap anak giziburuk harus mendapat pelayanan rawat inap baik di rumah sakit atau puskesmas perawatan. Pemulihan giziburuk dengan rawat inap ternyata menghadapi berbagai kendala non medis, seperti orangtua atau sanak famili merasa berat karena ada anak balita lain yang harus ditinggal, kehilangan pendapatan, biaya hidup penunggu anak di rumahsakit.

Berbagai penanganan dalam upaya memulihkan anak balita giziburuk telah dilakukan, namun penanganan secara sistematis dengan rawat jalan di berbagai

daerah belum banyak dilakukan. Pusat Penelitian dan Pengembangan (Puslitbang) Gizi dan Makanan, Klinik Gizi Bogor (KGB) melaksanakan pemulihan anak penderita giziburuk dengan rawat jalan dengan menyesuaikan pedoman WHO dan ternyata sebagian besar anak balita gizi buruk tanpa tanda kegawat daruratan medis dapat ditangani secara rawat jalan. Hanya sebagian kecil yaitu anak balita gizi buruk dengan penyakit penyerta yang secara medis memang harus dirawat inap, kemudian dirujuk ke rumah sakit. Kajian ini menelaah karakteristik anak balita giziburuk secara rawat jalan yang ada di Klinik Gizi Bogor – Puslitbang Gizi dan Makanan.

**TUJUAN**

Tujuan telaahan ini memberikan informasi tentang karakteristik anak balita giziburuk secara rawat jalan yang ada di Klinik Gizi Bogor (KGB) – Puslitbang Gizi dan Makanan agar menjadi bahan pertimbangan dalam penyelenggaraan pemulihan giziburuk dengan perawatan jalan di institusi-institusi lain.

**Pemulihan anak penderita Giziburuk di Puslitbang Gizi dan Makanan Bogor**

Puslitbang Gizi dan Makanan Bogor, yang mempunyai tugas utama melakukan

penelitian di bidang gizi dan makanan. Kegiatan di laboratorium yang dalam bentuk "klinik", merupakan model penelitian yang secara langsung dapat dirasakan manfaatnya oleh masyarakat. Penelitian pemulihan penderita giziburuk dengan membuat model "paket" untuk menangani anak balita giziburuk bagi masyarakat luas disekitar Kabupaten dan Kota Bogor setiap hari Selasa sejak tahun 1981.

Menurut Direktorat Gizi Masyarakat (2003)<sup>4</sup>, setiap ditemukan anak gizi buruk harus mendapat pelayanan rawat inap baik di rumah sakit atau puskesmas perawatan. Pengalaman di KGB menunjukkan sebagian besar anak balita giziburuk tanpa tanda kegawat-daruratan medis dapat ditangani secara rawat jalan. Anak balita gizi-buruk dengan penyakit penyerta yang secara medis memang harus dirawat inap, dirujuk ke rumah sakit.

Upaya pemulihan anak balita gizi buruk dengan rawat jalan di KGB dilakukan secara

sistematik dan berkesinambungan. Kegiatannya meliputi pemberian vitamin A dosis tinggi diberikan pada kunjungan pertama, pengobatan penyakit infeksi, pendidikan gizi dan kesehatan kepada orangtuanya setiap kunjungan. Program paket pemulihan pada mulanya berlangsung selama enam bulan meliputi 12 kali kunjungan, dengan rincian empat kali pada bulan pertama, enam kali pada tiga bulan selanjutnya dan dua kali pada dua bulan terakhir. Semua pelayanan yang diberikan KGB terhadap anak balita gizi buruk diberikan secara gratis.

Sejak tahun 2000 model penanganan dengan paket penanganan giziburuk di Klinik Gizi ini mengalami perubahan, terutama dalam hal intensitas kunjungan menjadi 13 – 18 kali kunjungan selama enam bulan. Perubahan penanganan yang dimaksud dapat dilihat pada tabel 1<sup>5</sup>.

Tabel 1  
Jenis Paket Penanganan Gizi Buruk di Klinik Gizi Bogor

Variabel	Paket I (Paket Pemantauan)	Paket II	Paket III
Status Gizi <sup>7)</sup>	BB/U < - 2,0 SD	BB/U < - 3 SD	- BB/TB < - 3,0 SD - Tanda klinis gizi buruk
Lama paket	2 bulan	6 bulan	6 bulan
Jumlah Kunjungan	3 kali	13 kali	18 kali
Waktu Kunjungan	Kunjungan : 1 bulan sekali	Kunjungan : 0-4 : 1 minggu sekali 5-10 : 2 minggu sekali 11-12: 1 bulan sekali	Kunjungan : 0-12 : 1 minggu sekali 13-16: 2 minggu sekali 17-18: 1 bulan sekali
Evaluasi	Setelah 2 bulan : -Jika BB/U naik atau tetap, maka pasien disarankan berobat ke Puskesmas -Jika BB/U turun menjadi < - 3 SD pasien akan masuk ke paket II atau III	Setelah 6 bulan : -Jika BB/U < - 2 SD maka pasien ikut paket pemantauan -Jika BB/U < - 3 SD maka pasien ikut paket ulang	Setelah 6 bulan : -Jika BB/TB < - 2 SD maka pasien ikut paket pemantauan -Jika BB/TB < - 3 SD maka pasien ikut paket ulang.

Sumber : Arnelia, 2003

<sup>7)</sup> Status gizi menurut Kepmenkes RI No. 920/Menkes/SK/VIII/2002 (lihat lampiran 1)

Personalia yang bekerja di KGB sekaligus sebagai pengumpul data terdiri dari dokter, ahli gizi, bidan, perawat dan pengatur gizi. Sebagian besar personalia tadi adalah tenaga peneliti di Puslitbang Gizi dan Makanan Bogor, yang sudah berpengalaman dalam pengumpulan data sesuai dengan bidangnya masing-masing.

Dalam era desentralisasi ini beberapa dinas kesehatan kabupaten/kota telah mengirimkan sebagian tenaga kesehatannya ke KGB untuk dilatih menangani balita gizi buruk secara rawat.jalan.

### Karakteristik Orangtua

Hermi<sup>6</sup> (1992), meneliti tingkat pengetahuan kelompok ibu-ibu dari anak balita gizi buruk yang berkunjung ke KGB dengan kontrol kelompok ibu-ibu tetangganya yang mempunyai anak balita gizi baik dengan jumlah sampel masing-masing 32 ibu tiap kelompok. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan gizi ibu dengan anak balita gizi buruk berbeda bermakna ( $p < 0,05$ ) dan lebih rendah dibandingkan dengan ibu balita gizi baik. Sementara pengetahuan praktek cara pemberian makanan bayi dan anak dari ibu balita gizi buruk juga berbeda bermakna ( $p < 0,05$ ) dan lebih rendah dibandingkan ibu balita gizi baik. Tingkat pengetahuan gizi seseorang berpengaruh terhadap sikap dan perilaku dalam pemilihan makanan, dan selanjutnya akan berpengaruh pada keadaan gizi seseorang yang bersangkutan.

Kartono dan Sihadi<sup>7</sup> (1993) meneliti berbagai aspek psikososial pada anak Kurang Energi Protein (KEP). Penelitian melibatkan 126 keluarga yang dibagi menjadi 3 kelompok masing-masing kelompok 42 anak, yaitu keluarga dengan anak gizi buruk pengunjung KGB, sebagai pasangan dicari kelompok anak gizi kurang dan kelompok anak gizi baik yang tinggal berdekatan dengan anak gizi buruk. Syarat pemasangan kelompok mempunyai karakteristik umur, jenis kelamin, dan latar belakang sosial ekonomi kurang lebih sama. Hasil penelitian menunjukkan perbedaan bermakna ( $p < 0,05$ ), yaitu aktivitas ibu di luar rumah

meliputi hubungan ibu dengan tetangga, kegiatan di lingkungan seperti arisan dan pengajian, menunjukkan perbedaan yang bermakna diantara ketiga kelompok. Aktifitas dan kegiatan Ibu dari anak dengan anak gizi buruk lebih rendah dibandingkan dengan Ibu dari anak dengan gizi kurang maupun gizi baik. Sihadi dkk<sup>8</sup> (2000), dalam penelitian tentang aktifitas ibu dalam organisasi dan paparan terhadap media massa dalam penyimpangan positif status gizi anak balita mendukung temuan ini, yaitu ada kaitan antara Ibu yang ikut terlibat dalam organisasi dengan status gizi anak. Ibu yang ikut dalam organisasi dan aktif dalam organisasi status gizi anaknya juga semakin baik. Lebih lanjut Kartono dan Sihadi<sup>7</sup> (1993) menyatakan bahwa rata-rata lama di bangku pendidikan formal ayah dari anak gizi buruk, gizi kurang dan gizi baik berturut-turut adalah 3,6; 3,9; dan 4,8 tahun. Perbedaan ini bermakna ( $p < 0,05$ ). Demikian juga tingkat pendidikan ibu masing-masing 2,2; 5,2; dan 5,6 tahun. Antara ketiga kelompok tersebut terdapat perbedaan yang nyata. Semakin tinggi pendidikan ayah dan ibu status gizi anak semakin baik. Pranaji<sup>9</sup> (1988) mengemukakan bahwa, tingkat pendidikan formal erat hubungannya dengan penerapan praktek-praktek gizi dan kesehatan. Berbekal pengetahuan yang diperoleh di bangku pendidikan formal, orang akan lebih mudah menyerap dan kemudian memutuskan pengadopsian suatu inovasi tidak terkecuali di bidang gizi dan kesehatan.

Rata-rata nomor urut anak dalam keluarga untuk kelompok anak dengan gizi\_buruk 4,3; gizi\_kurang 3,2; dan gizi\_baik 2,4. Terdapat perbedaan nyata dari ketiga kelompok tersebut ( $p < 0,05$ ). Ternyata jika nomor urut bertambah besar akan memperbesar terjadinya status gizi semakin jelek. Pada penelitian ini juga didapatkan bahwa ibu-ibu yang selalu khawatir akan masa depan rumah tangga dan anak, dan kurang mandiri cenderung mempunyai anak dengan status gizi lebih jelek (Kartono dan Sihadi, 1993)<sup>7</sup>. Walldrop dan Bell, seperti yang dikutip Pollit<sup>10</sup> (1973) menerangkan terjadinya gizi buruk marasmus pada bayi

dengan mengukur *family size* dan *density index* yaitu dengan melihat nomor urut anak dan jarak kelahiran. Ternyata jika nomor urut anak bertambah besar dan jarak kelahiran semakin pendek akan memperbesar kemungkinan terjadinya marasmus pada bayi.

#### **Karakteristik Dan Dampak Anak Balita Gizi Buruk**

Penelitian aspek psikososial pada anak kurang kalori protein dengan sampel anak balita gizi buruk pengunjung KGB, dengan pembandingan anak balita gizi kurang dan gizi baik yang tinggal disekitar rumah anak balita gizi buruk dengan tingkat sosial ekonomi dan lingkungan yang kurang lebih sama. Hasilnya, ditemukan ukuran antropometri anak balita yang menderita gizi buruk ukurannya paling rendah dan berbeda bermakna dibandingkan anak balita gizi kurang dan gizi baik. Ukuran antropometri yang dimaksud adalah berat badan, tinggi badan dan lingkaran lengan atas, lingkaran kepala, lingkaran dada, dan lapisan lemak bawah kulit<sup>7</sup> (Kartono dan Sihadi, 1993). Hal ini dapat terjadi karena anak gizi buruk secara langsung disebabkan tidak cukup mendapat makanan bergizi seimbang, baik jumlah dan kualitasnya serta adanya penyakit infeksi<sup>8</sup> (Departemen Kesehatan RI, 2005), sehingga pertumbuhannya termasuk pertumbuhan tulang juga tidak dapat optimal.

Sudjasmin dkk<sup>11</sup> (1994), meneliti 43 sampel anak balita gizi buruk di KGB, hasilnya diantaranya dilihat dari distribusi umur sebanyak 48,9 persen umur 12-24 bulan, 37,2 persen umur < 12 bulan, dan pada umur 25-48 bulan sebanyak 13,9 persen. Diperkirakan pada umur 12-24 bulan banyak anak yang pemberian Air Susu Ibu (ASI) mulai berkurang atau tidak diberi, ditambah kurangnya pemberian Makanan Pendamping ASI. Data analisis Sihadi dan Sri Poedji Hastoety Djaiman<sup>12</sup> (2008) mendukung temuan ini, pada anak umur 12-24 bulan di Indonesia anak yang masih diberi ASI tinggal 11,2-72,7 persen. Artinya, ada sekitar 27,3-88,8 persen sudah tidak diberi ASI lagi.

Sebanyak 383 anak balita gizi buruk yang berkunjung di KGB sejak 1981-1997 telah dianalisis oleh Sihadi<sup>13</sup> (1998/1999). Hasilnya tipe marasmus sebanyak 215 anak (56,1%), marasmik-kwashiorkor sebanyak 72 anak (18,8%), kwashiorkor sebanyak 5 anak (1,3%), dan bukan termasuk ketiga tipe tadi sebanyak 91 anak (23,8%).

Lamid dkk<sup>14</sup>(1999), mempelajari profil asam lemak omega-3, omega-6, perkembangan mental dan psikomotor anak gizi buruk pengunjung KGB dengan gizi baik. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata asam lemak omega-3, termasuk DHA, dan asam lemak omega-6 anak balita gizi buruk lebih rendah dibandingkan dengan anak gizi baik. Selain itu, nilai perkembangan mental yang dinyatakan dengan *mental development index* (MDI) pada kelompok gizi buruk lebih rendah, yaitu rata-rata  $65,7 \pm 17,0$  dibandingkan kelompok gizi baik dengan rata-rata  $97,2 \pm 15,7$ . Demikian juga dalam nilai psikomotor yang dinyatakan dengan *Psychomotor Development Index* (PDI) pada kelompok gizi buruk lebih rendah, yaitu rata-rata  $66,6 \pm 22,2$  dibandingkan kelompok gizi baik dengan rata-rata  $114,3 \pm 24,6$ . Rendahnya asam lemak omega-3, termasuk DHA, dan asam lemak omega-6 anak balita gizi buruk dibandingkan anak gizi baik dapat terjadi karena salah satu faktor penyebab gizi buruk secara langsung adalah karena anak tidak cukup mendapat makanan bergizi seimbang baik jumlah dan kualitasnya<sup>9</sup> (Departemen Kesehatan RI, 2005).

Arnelia dkk<sup>15</sup> (1995), meneliti dampak kekurangan gizi terhadap kecerdasan anak SD pasca pemulihan gizi buruk di KGB. Hasilnya, rata-rata nilai IQ anak yang pernah menderita gizi buruk lebih rendah 13,7 poin dibandingkan anak dengan gizi baik. Selain itu, anak yang pernah menderita gizi buruk umumnya tertinggal dalam mengikuti pendidikan formal dibandingkan anak dengan gizi baik.

Lebih lanjut Arnelia dkk<sup>16</sup> (1996), mempelajari dampak gizi buruk masa lalu (anak balita yang dulu sebagai pengunjung KGB) terhadap pola asuh dan kecerdasan. Anak dibagi menjadi dua kelompok, kelompok pertama terdiri atas 31 anak yang

dulunya pernah menderita gizi buruk dengan kelompok pembanding 31 anak yang dulunya gizi baik. Masing-masing kelompok dipasangkan berdasarkan umur, jenis kelamin, dan tinggal di lingkungan yang kurang lebih sama. Hasil penelitian menunjukkan pola asuh pada kelompok anak yang pernah menderita gizi buruk lebih rendah secara bermakna ( $106,83 \pm 12,06$ ), dibandingkan kelompok pembanding ( $115,14 \pm 13,19$ ). Selain itu, prestasi belajar kelompok anak yang pernah menderita gizi buruk lebih rendah dalam pelajaran matematika dan hafalan dibandingkan kelompok pembanding. Sejalan dengan temuan ini, Muhilal<sup>17</sup> (2002) mengatakan bahwa dampak gizi buruk dan gizi kurang dalam jangka panjang antara lain rendahnya kecerdasan, kurang inisiatif dan produktivitas rendah. Turunnya tingkat kecerdasan pada generasi muda berarti hilangnya sebagian besar potensi cerdas pandai, ahli pikir, dan pemimpin yang diperlukan untuk kemajuan negara. Jadi jika keadaan ini tidak memperoleh perhatian yang memadai, maka dapat diramalkan kualitas sumberdaya manusia Indonesia pada masa mendatang akan menurun<sup>18</sup>.

#### Hasil Perbaikan Status Gizi Dan Kesehatan

Hasil penelitian Sri Muljati dkk<sup>19</sup> (1989) di KGB, yaitu dengan upaya pemulihan gizi buruk pada anak Balita dengan paket pemulihan selama enam bulan, disamping dapat meningkatkan pengetahuan gizi dan pengetahuan kesehatan ibu subyek, juga meningkatkan konsumsi anak balita gizi buruk, yakni 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. Disamping itu, juga menunjukkan rata-rata kenaikan BB/U (Berat Badan menurut Umur) sebesar 157,4 persen terhadap standar selama enam bulan. Ternyata bahwa semakin ringan keadaan gizi buruk yang diderita dan semakin dini dilakukan intervensi, semakin cepat proses pemulihannya, dan sebaliknya semakin berat keadaan gizi buruk yang

diderita semakin lama pula proses pemulihannya.

Irawati dan Rossy R<sup>20</sup> (1994), meneliti efek pemberian formula tempe pada penderita gizi buruk di KGB. Subyek dibagi 2 kelompok masing-masing terdiri 20 anak balita gizi buruk. Kelompok I, disamping mendapat paket pemulihan dasar di KGB ada tambahan makanan tepung formula tempe 50 gram/hari. Kelompok II, disamping mendapat paket pemulihan dasar di KGB ada tambahan susu skim 50 gram/hari. Setelah 6 bulan dievaluasi, hasilnya menunjukkan bahwa pertumbuhan berat badan pada kelompok I lebih besar daripada kelompok II. Disamping itu, jumlah balita yang anemia, jumlah balita yang diare dan jumlah balita yang masih gizi buruk pada kelompok I lebih rendah dibandingkan kelompok II. Sri Muljati dkk<sup>21</sup> (1995), menguatkan temuan efek formula tempe terhadap perbaikan gizi pada anak balita gizi buruk. Penelitian dilakukan pada 60 anak balita gizi kurang dan buruk dibagi secara acak menjadi 3 kelompok, masing-masing kelompok 20 anak. Kelompok I menerima paket pemulihan dasar di KGB + formula tempe. Kelompok II menerima paket pemulihan dasar di KGB + susu skim. Kelompok III menerima paket pemulihan dasar di KGB + formula tempe + susu skim sebanyak setengah bagian dari kelompok I dan II. Setelah 6 bulan, rata-rata kenaikan berat badan tertinggi pada kelompok I yaitu 1 825 gram, kemudian kelompok III sebesar 1 560 gram dan terendah kelompok II sebesar 1 402 gram.

Hasil analisis Sihadi dkk<sup>22</sup> (2000), menggunakan indeks BB/U dengan perhitungan persen median WHO-NCHS, menunjukkan bahwa dari 133 anak balita gizi buruk yang selalu datang pada setiap kali kunjungan (12 kali kunjungan) selama enam bulan terjadi perubahan. yang tetap gizi buruk tinggal 33,1 persen, yang berubah menjadi gizi kurang sebanyak 63,9 persen, dan yang menjadi gizi baik sebanyak 3,0 persen.

Model intervensi yang sama di KGB dengan analisis yang berbeda, yaitu menggunakan indeks BB/U dan BB/TB

(Berat Badan/Tinggi Badan) dengan perhitungan Z-Skor median WHO-NCHS, menunjukkan untuk BB/U setelah enam bulan terjadi perubahan menjadi gizi kurang sekitar 26,6 - 32,4 persen, dan dengan indeks BB/TB yang berubah dari sangat kurus menjadi kurus sekitar 62,4 - 81,6 persen<sup>23</sup>.

Walaupun krisis ekonomi melanda Indonesia tahun 1997, dengan adanya KGB perbaikan status gizi pada saat krisis ekonomi tidak menjadi lebih jelek dibandingkan sebelum krisis. Setidaknya tidaknya perbaikan status gizi pada saat krisis ekonomi masih dapat dipertahankan sama sebelum krisis<sup>23</sup>.

Penelitian stimulasi mental pada anak balita Kurang Energi Protein (KEP) peserta pemulihan gizi buruk di KGB telah dilakukan oleh Sri Muljati dkk<sup>24</sup> (1997). Sebanyak 52 anak balita gizi buruk di KGB menjadi obyek penelitian, dan dibagi menjadi 2 kelompok. Pertama, kelompok perlakuan yang mendapat intervensi seperti yang biasa dilakukan di KGB ditambah stimulasi mental (pola pengasuhan anak) yang diberikan selama 10 minggu (10 kali kunjungan). Kedua, kelompok kontrol yang mendapat perlakuan seperti biasa yang dilakukan di KGB. Setelah 3 bulan perlakuan tampak perbedaan yang bermakna ( $p < 0,05$ ). Pemberian stimulasi mental pada kelompok perlakuan dapat meningkatkan perkembangan mental dengan baik.

Puskesmas mempunyai 6 upaya kesehatan wajib dan beberapa upaya kesehatan pengembangan berdasarkan permasalahan kesehatan setempat dan kemampuan Puskesmas (Kepmenkes RI No: 128/MENKES/SK/II/2004<sup>25</sup>). Dua upaya kesehatan wajib yang berhubungan langsung dengan gizi buruk adalah upaya perbaikan gizi masyarakat dan upaya pengobatan dalam arti luas.

Klinik Gizi ini boleh dikatakan membantu dua upaya kesehatan wajib yang disebutkan tadi, hanya khusus anak balita gizi buruk. Karena penanganan anak balita gizi buruk perlakuannya khusus harus dirawat dengan baik, sehingga tidak semua puskesmas bisa melakukan. Oleh karena itu,

KGB pada tahun 2002 pernah melatih dan membina Puskesmas Sukaraja dan Sukamanah di Kabupaten Bogor dan Puskesmas Bogor Selatan di Kota Bogor, untuk melakukan penanganan anak balita gizi buruk dengan mencontoh model KGB. Awalnya mereka dibina oleh Tim dari KGB, lama-lama dilepas dengan harapan penanganan anak balita gizi buruk dapat dilakukan sendiri oleh Puskesmas. Kalau semua Puskesmas sudah dapat melakukan sendiri penanganan anak balita gizi buruk dengan model KGB, maka penanganan masalah gizi buruk di berbagai daerah akan lebih mudah diatasi.

Walaupun dalam buku Rencana aksi nasional pencegahan dan penanggulangan gizi buruk tahun 2005-2009<sup>5</sup> (Departemen Kesehatan RI, 2005) penanganan gizi buruk dengan rawat jalan secara model Klinik Gizi juga belum dicantumkan, tetapi tidak ada salahnya, berdasarkan pengalaman di KGB ternyata selama penanganan 6 bulan dapat mengurangi gizi buruk secara bermakna, bahkan ada sebagian kecil yang berubah menjadi gizi baik, maka model KGB dapat dicoba sebagai salah satu penanganan untuk mengatasi anak balita gizi buruk.

## SIMPULAN

Ibu dari anak balita gizi buruk mempunyai pengetahuan gizi dan praktek pemberian makanan bayi lebih rendah dibandingkan ibu dari anak balita gizi baik. Demikian pula aktifitas dan kegiatan ibu dari anak dengan gizi buruk lebih rendah dibandingkan dengan ibu dari anak gizi kurang maupun gizi baik. Semakin rendah pendidikan ayah dan ibu status gizi anak semakin jelek.

Ukuran antropometri anak balita yang menderita gizi buruk ukurannya paling rendah dan berbeda bermakna dibandingkan anak balita gizi kurang dan gizi baik. Rata-rata asam lemak omega-3, termasuk DHA, dan asam lemak omega-6 anak balita gizi buruk lebih rendah dibandingkan dengan anak gizi baik. Demikian juga dalam nilai MDI dan PDI pada kelompok gizi buruk lebih rendah dibandingkan kelompok gizi baik.

Tingkat kecerdasan dan pola asuh pada kelompok anak yang pernah menderita gizi buruk lebih rendah secara bermakna dibandingkan kelompok anak yang dulunya gizi baik.

Pemberian tambahan formula tempe pada anak balita gizi buruk dapat lebih meningkatkan pertambahan berat badan anak balita tersebut.

Selama enam bulan ikut pemulihan di KGB terjadi perubahan. yang tetap gizi buruk tinggal 33,1%, yang berubah menjadi gizi kurang sebanyak 63,9%, dan yang menjadi gizi baik sebanyak 3,0%.

#### SARAN

Mengingat dampak negatif yang ditimbulkan, maka adanya anak gizi buruk harus segera ditangani. Dalam era desentralisasi pemerintah Kabupaten/Kota mempunyai kewenangan dan tanggung jawab yang besar sebagai pelaksana langsung program kesehatan termasuk gizi buruk. Pengalaman model KGB dalam menangani gizi buruk secara rawat jalan, dapat pula dijadikan sebagai salah satu pilihan untuk diprogramkan.

#### RUJUKAN

1. Departemen Kesehatan RI. Laporan hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2007. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI, 2008.
2. Atmarita. Analisis antropometri balita Susenas 1989-2005. Diunduh dari: <http://www.gizi.net> tanggal 6 Juni 2007.
3. Direktorat Gizi Masyarakat. Buku panduan pengelolaan program perbaikan gizi Kabupaten/Kota. Jakarta : Departemen Kesehatan, 2000.
4. Direktorat Gizi Masyarakat. Buku bagan tatalaksana anak gizi buruk. Jakarta: Direktorat Gizi Masyarakat dengan USAID, 2003.
5. Amelia. Penanganan balita gizi buruk secara rawat jalan: Pengalaman Klinik Gizi Bogor. Disampaikan pada Pelatihan Pemantapan Klinik Gizi Propinsi DKI Jakarta. Bogor, 13-17 Oktober 2003.
6. Hermina. Keragaan pengetahuan gizi dan pengetahuan pemberian praktek pemberian makanan bayi dan anak dari ibu dengan balita gizi buruk di daerah Bogor dan sekitarnya. Penelitian gizi dan makanan, 1992, 15:12-19.
7. Kartono, Djoko dan Sihadi. Beberapa aspek psiko-sosial pada anak kurang energi protein (KEP) di daerah Bogor. Penelitian Gizi dan Makanan, 1993,16:8-15
8. Sihadi, Sandjaja, dan Sudjasmin. Aktivitas Ibu dalam organisasi dan paparan terhadap media massa dalam penyimpangan positif status gizi anak balita. Buletin Penelitian Kesehatan, 2000, 28(3 dan 4):453-459
9. Pranaji, DK. Perilaku konsumsi pangan keluarga peserta taman gizi. Bogor: Fakultas Pasca sarjana IPB, 1988.
10. Pollit, Ernesto. Behavior of infant in causation of nutritional marasmus. Am J Clin Nutr, 1973, 26:264-270
11. Sudjasmin, Suhartato, dan Darwin Karyadi. Profil anak balita penderita gizi buruk di daerah Bogor. Penelitian Gizi dan Makanan, 1994, 17:81.
12. Sihadi, dan Sri Poedji Hastoety Djaiman. Pencapaian pemberian ASI sampai dua tahun di Indonesia. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan, 2008, 11(4):383-386
13. Sihadi. Beberapa faktor yang berhubungan dengan perbaikan gizi dari gizi buruk menjadi gizi kurang di Klinik Gizi Bogor (KGB) 1982-1997. Buletin Penelitian Kesehatan, 1998/1999, 26(2 & 3):47-62
14. Lamid A, Muljati S, Karyadi L, Komari, Prastowo SM, Budiyo S. Profil asam

- lemak omega-3, omega-6, perkembangan mental dan psikomotor anak KEP berat dan gizi baik. Penelitian Gizi dan Makanan, 1999, 22:21-28
15. Arnelia, Karyadi L, Muljati S, Lamid A. Dampak kekurangan gizi terhadap kecerdasan anak SD pasca pemulihan gizi buruk. Penelitian Gizi dan Makanan, 1995, 18:10-16.
  16. Arnelia, Karyadi L, Muljati S, Lamid A, Sandjaja, Puspitasari DS. Pola asuh belajar dan prestasi belajar anak SD pasca pemulihan gizi buruk. Penelitian Gizi dan Makanan, 1996, 19:56-63.
  17. Muhilal. Peranan gizi dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia : Telaah dari aspek biokimia gizi hingga pedoman gizi seimbang. Pidato Pengukuhan Jabatan Guru Besar dalam Ilmu Gizi pada Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran. Bandung, 2 Februari 2002.
  18. Sihadi. Rajin ke Posyandu, cegah gizi buruk. Harian Kompas, 10 Juni 2005.
  19. Sri Muljati dan Amelia. Pemulihan gizi buruk pada anak balita melalui suatu paket pendidikan gizi dan kesehatan. Penelitian Gizi dan Makanan, 1989, 12:19-23
  20. Irawati, Anies dan Rossy R. Pemberian formula tempe pada penderita gizi buruk untuk mempercepat penyembuhan. Penelitian Gizi dan Makanan, 1994. 17:89-97
  21. Sri Muljati, Amelia, Astuti Lamid, Rozzy R, Diah SP dan Paul F Matulesy. Perubahan status gizi kurang dan buruk setelah mendapat formula tempe. Penelitian Gizi dan Makanan, 1995, 18:1-9
  22. Sihadi, Sudjasmin, Suhartato, Latifah T.. Gambaran perubahan status gizi anak balita gizi buruk pengunjung Klinik Gizi Bogor. Buletin Penelitian Kesehatan, 2000, 28(1):392-398.
  23. Sihadi, Sri Muljati, Arnelia dan Susi Suwanti Suwardi. Probabilitas perbaikan status gizi anak balita gizi buruk pengunjung Klinik Gizi Puslitbang Gizi Bogor sebelum dan pada saat krisis ekonomi. Penelitian Gizi dan Makanan, 2001, 24:24-32
  24. Sri Muljati, Lies Karyadi, Arnelia, Astuti Lamid dan Diah Santi Puspitasari. Stimulasi mental pada balita KKP peserta pemulihan di Klinik Gizi Bogor. Penelitian Gizi dan makanan, 1997, 20:55-63
  25. Keputusan Menteri Kesehatan RI. No: 128/MENKES/SK/II/2004 tentang kebijakan dasar Pusat Kesehatan Masyarakat.

#### LAMPIRAN 1. KLASIFIKASI STATUS GIZI

Indeks Antrophometri yang sering digunakan untuk menentukan status gizi adalah Berat Badan/Umur (BB/U), Tinggi Badan/Umur (TB/U) ataupun Berat Badan/Tinggi Badan (TB/BB). Klasifikasi status gizi sesuai Kepmenkes No. 920/Menkes/SK/VIII/2002 adalah sebaga berikut :

##### a. Indeks BB/U

- Gizi Lebih, bila Z\_score terletak  $> + 2$  SD
- Gizi Baik, bila Z\_Score terletak dari  $\geq - 2$  SD sampai  $+ 2$  SD
- Gizi Kurang, bila Z\_Score terletak dari  $- 2$  SD sampai  $- 3$  SD
- Gizi Buruk, bila Z\_Score terletak dari  $< - 3$  SD

##### b. Indeks TB/U

- Normal, bila Z\_Score terletak  $\geq - 2$  SD
- Pendek, bila Z\_Score terletak  $< - 2$  SD

c. Indeks BB/TB

- Gemuk, bila Z\_Score terletak  $> + 2$  SD
- Normal, bila Z\_Score terletak dari  $\geq - 2$  SD sampai  $+ 2$  SD
- Kurus, bila Z\_Score terletak dari  $< - 2$  SD sampai  $- 3$  SD
- Kurus Sekali, bila Z\_Score terletak  $< - 3$  SD.