

POLA MENYUSUI DAN PEMBERIAN MAKANAN PADA ANAK BALITA PENDERITA GIZI BURUK DI WILAYAH BOGOR

Oleh : Sudjasmin; Sri Muljati; Sihadi; Suhartato; dan M.A. Husaini

ABSTRAK

Penelitian pola menyusui dan pemberian makanan pada penderita Gizi Buruk telah dilakukan terhadap pengunjung Klinik Gizi Bogor, berusia antara 6 bulan sampai dengan 48 bulan. Anak-anak penderita Gizi Buruk yang diteliti umumnya berumur di bawah 24 bulan, dan hanya sedikit di atas 24 bulan. Yang paling banyak ditemui adalah marasmus (90.8%), sedangkan kwashiorkor dan marasmic-kwashiorkor hanya sedikit yaitu masing-masing 4.6% dan 4.6%. Umumnya anak-anak ini disapih pada usia sangat muda, bahkan lebih dari setengahnya (53.3%) telah disapih pada usia kurang dari 7 bulan. Alasan disapih adalah karena ibu hamil lagi, ibu sakit dan ASI tidak keluar. Anak-anak penderita Gizi Buruk ini juga telah mendapat makanan tambahan terlalu dini yaitu sejak berumur kurang dari 4 bulan. Selain itu juga sering diberi makanan jajanan berupa chiki, pisang goreng, ubi, agar-agar dan roti (biskuit); tabu diberi makan ikan; dan mengalami sulit makan karena sering sakit. (Penelit.Gizi Makan 1993,16 :22-28).

Pendahuluan

Masalah Kurang Kalori Protein (KKP) merupakan masalah yang sangat kompleks, karena berbagai faktor turut berperan, di antaranya faktor sosial-ekonomi, sosial-budaya, kesehatan/penyakit infeksi, biologis, geografis, dan lain-lain (1). Kekurangan gizi merupakan salah satu sebab 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).

Telah diketahui secara umum bahwa usia 7 bulan merupakan titik awal timbulnya masalah menurunnya berat badan yang mengarah kepada KKP. Usia penyapihan yang terlalu dini pada bayi merupakan salah satu penyebab terjadinya gizi kurang pada bayi. Begitu pula sebaliknya, usia penyapihan yang terlalu lama tanpa diimbangi pemberian makanan yang tepat jenis, bentuk dan waktunya dapat mengakibatkan timbulnya masalah gizi kurang pada anak balita yang dapat berlanjut menjadi lebih berat (5).

Keadaan demikian terjadi kemungkinan besar disebabkan kurang/tidak terpenuhinya kebutuhan energi pada usia penyapihan (6). Keadaan Gizi Buruk pada anak balita akan menimbulkan konsekuensi fungsional, antara lain pertumbuhan fisik dan perkembangan mental terhambat.

Tulisan ini menyajikan hasil penelitian tentang aspek-aspek yang berkaitan dengan kebiasaan menyusui dan pemberian makanan pada anak balita penderita Gizi Buruk di daerah Bogor dan sekitarnya.

Bahan dan Cara

Penelitian ini dilakukan di daerah Kotamadya dan Kabupaten Bogor pada tahun 1992/1993. Sampel penelitian adalah anak balita Gizi Buruk pengunjung Klinik Gizi Puslitbang Gizi Bogor. Mereka adalah pasien rujukan Puskesmas maupun yang datang atas kemauan sendiri. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 43 anak balita penderita Gizi Buruk. Kriteria penentuan Gizi Buruk berdasarkan berat badan menurut umur dan tanda-tanda klinis yang dijumpai sesuai dengan cara yang dikembangkan oleh WHO (7).

Berat badan diukur dengan menggunakan timbangan *beam balance scale* dengan ketelitian 0.1 kg. Panjang/tinggi badan diukur dengan menggunakan alat pengukur *microtoise* yang telah dimodifikasi dengan ketelitian 0.1 cm. Cara pengukuran berat badan dan panjang badan dilakukan sesuai dengan cara-cara yang dikembangkan oleh Jelliffe (8). Pengukuran dilakukan oleh Ahli Gizi atau asisten Ahli Gizi, yang masing-masing telah berpengalaman lebih dari 10 tahun.

Data yang dikumpulkan meliputi umur, berat badan, panjang/tinggi badan, pola kebiasaan menyusui dan pemberian makanan. Pengumpulan data 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

Umur dan Keadaan Gizi

Dari 43 sampel terdapat 16 anak (37.2%) berumur 6-12 bulan, 21 anak (48.9%) berumur 12-24 bulan, dan 6 anak (13.9%) berumur 25-48 bulan. Mereka terdiri dari 39 anak (90.8%) marasmus, 2 anak (4.6%) kwashiorkor dan 2 anak (4.6%) marasmic kwashiorkor (Tabel 1.)

Umur (bulan)	Keadaan gizi buruk			Jumlah	
	M	K	MK	N	%
6 - 12	15	-	1	16	37.2
12 - 24	20	1	-	21	48.9
25 - 48	4	1	1	6	13.9
Jumlah	39 (90.8%)	2 (4.6%)	2 (4.6%)	43 (100%)	100.0

Keterangan :

- M = Marasmus
- K = Kwashiorkor
- MK = Marasmic Kwashiorkor

Pola Menyusui dan Pemberian Makanan

Pada Tabel 2 terlihat bahwa sebagian besar dari ibu sampel, yaitu sebanyak 27 orang (62.8%) memberikan air susu ibu (ASI) yang pertama kali keluar berwarna jernih kekuning-kuningan *colostrum* yang kaya zat gizi dan zat kekebalan tubuh pada saat segera setelah melahirkan. Hal tersebut menunjukkan bahwa keutamaan ASI sebagai makanan bayi terbaik telah disadari oleh sebagian besar ibu-ibu.

Tabel 2. Pemberian ASI yang pertama kali keluar (colostrum) pada anak penderita gizi buruk

Colostrum	Jumlah	
	N = 43	%
Tidak diberikan	16	37.2
Diberikan	27	62.8

Sedangkan umur penyapihan dan alasan penyapihan dapat dilihat pada Tabel 3 dan Tabel 4. Sebanyak 8 anak (53.3%) disapih pada umur kurang dari 7 bulan, 6 anak (40.0%) pada umur 7-24 bulan, dan 1 anak (6.7%) pada umur lebih dari 24 bulan. Sedangkan alasan penyapihan yang terbanyak adalah karena ibu hamil lagi sebanyak 5 orang (33.4%), karena ASI tidak keluar dan Anak sudah besar masing-masing sebanyak 3 orang (20.0%), serta masing-masing 2 orang (13.3%) karena ibu sakit dan ASI kurang.

Tabel 3. Jumlah anak dan umur penyapihan pada anak penderita gizi buruk

Umur Penyapihan (bulan)	Jumlah	
	N = 15	%
< 7	8	53.3
7 - 24	6	40.0
> 24	1	6.7

Tabel 4. Alasan penyapihan pada anak penderita gizi buruk

Alasan Penyapihan (bulan)	Jumlah	
	N = 15	%
ASI tidak keluar	3	20.0
ASI kurang	2	13.3
Ibu hamil lagi	5	33.4
Ibu sakit	2	13.3

Peranan ibu sangat dominan di antara anggota keluarga lainnya pada pembentukan perilaku anak, khususnya perilaku makan yang baik menurut syarat-syarat gizi dan kesehatan. Tabel 5 menyajikan jenis susu pengganti ASI (PASI) yang diberikan pada sampel yang belum dan telah disapih. Jenis susu PASI yang terbanyak diberikan adalah susu skim pada 5 anak (17.8%) yang belum disapih dan jenis susu PASI fullcream pada 6 anak (40.0%) yang telah disapih.

Tabel 5. Pemberian susu pengganti ASI (PASI) pada anak penderita gizi buruk sebelum/sesudah disapih

Jenis PASI	Sebelum di saph		Sesudah di saph	
	N=28	%	N=15	%
Tidak diberi	17	60.7	-	-
Susu skim	5	17.8	1	6.7
Susu fullcream	1	3.6	6	40.0
Susu bayi	4	14.3	5	33.3
Susu kental manis	1	3.6	3	20.0

Penganekaragaman bahan makanan melalui makanan yang dikonsumsi sehari-hari sebaiknya telah dimulai sejak anak berusia dini, dan merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan status gizi masyarakat. Tetapi cara pemberian makanan yang tidak tepat dan belum sesuai dengan kemampuan fisiologis anak mungkin akan dapat mengakibatkan gangguan pada sistem pencernaan anak. Tampaknya pedoman pemberian makanan tambahan yang tercantum dalam buku UPGK yang menganjurkan pemberian makanan tambahan mulai bayi berumur 4 bulan belum memasyarakat (9). Pada Tabel 6, terlihat bahwa makanan tambahan yang pertama kali diberikan terbanyak adalah pisang pada 34 anak (79.0%), disusul bubur susu pada 7 anak (16.4%), kemudian bubur nasi dan nasi tim pada masing-masing 1 anak (2.3%). Sedangkan umur pertama kali diberi makanan tambahan berturut-turut adalah umur kurang dari 1 bulan pada 19 anak (44.2%), umur 1-3 bulan dan umur 4-6 bulan pada masing-masing 11 anak (25.6%), dan umur 7-12 bulan pada 2 anak (4.6%).

Tabel 6. Jenis makanan yang pertama kali diberikan pada anak penderita gizi buruk menurut umur pemberian

Jenis makanan yang pertama kali diberikan	Umur Pemberian (bulan)				Jumlah	
	<1	1-3	4-6	7-12	N	%
P i s a n g	19	11	3	1	34	79.0
Bubur susu/tepung	-	-	7	-	7	16.4
Bubur nasi	-	-	1	-	1	2.3
Nasi tim	-	-	-	1	1	2.3
J u m l a h	19 (44.2%)	11 (25.6%)	11 (25.6%)	2 (4.6%)	43	100.0

Mempersiapkan makanan tambahan yang tepat secara bertahap sesuai dengan kemampuan fisiologis anak merupakan hal yang sangat perlu diperhatikan oleh orang tua. Dari penelitian ini ditemukan sebagian besar orang tua dalam mempersiapkan makanan tambahan pisang (dihaluskan/utuh) secara benar adalah 39 orang (90.7%) dan yang salah 4 orang (9.3%); bubur susu/tepung (perbandingan air dan tepung susu) 15 orang (34.9%) benar dan 28 orang (65.1%) yang salah; bubur nasi (perbandingan dan variasi bahan) 13 orang (30.2%) benar dan

30 orang (69.8%) yang salah; serta untuk nasi tim (perbandingan dan variasi bahan) 12 orang (27.9%) benar dan 31 orang (72.1%) yang salah (Tabel 7).

Tabel 7. Cara mempersiapkan makanan tambahan pada anak penderita Gizi Buruk

Jenis makanan tambahan	Cara mempersiapkan			
	Benar		Salah	
	n	%	n	%
Pisang	39	90.7	4	9.3
Bubur susu/tepung	15	34.9	28	65.1
Bubur nasi	13	30.2	30	69.8
Nasi tim	12	27.9	31	72.1

Tabel 8. Variasi bahan makanan yang digunakan untuk pembuatan nasi tim pada anak penderita Gizi Buruk

Variasi bahan makanan	Jumlah	
	N=43	%
Belum/tidak pernah diberi	11	25.5
Makanan pokok + lauk hewani	2	4.7
Makanan pokok + lauk nabati	3	7.0
Makanan pokok + sayuran	12	27.9
Makanan pokok + kecap	2	4.7
Makanan pokok + lauk hewani + lauk nabati	1	2.3
Makanan pokok + lauk hewani + sayuran	8	18.6
Makanan pokok + lauk nabati + sayuran	3	7.0
Makanan pokok + lauk hewani + lauk nabati + sayuran	1	2.3

Pada Tabel 8 terlihat bahwa masih ditemukan sebanyak 11 anak (25.5%) yang belum pernah diberi makan nasi tim, dan 32 anak (74.5%) pernah diberi nasi tim. Dari 32 anak tersebut, 96.9% mendapat nasi tim dengan variasi bahan makanan yang digunakan kurang atau tidak lengkap.

Frekuensi makan makanan tambahan yang terbanyak adalah sekali sehari sebanyak 22 anak (51.2%), diikuti dengan 2 kali sehari sebanyak 19 anak (44.2%), dan 3 kali sehari sebanyak 2 anak (4.9%). Sedangkan frekuensi makan sayur dalam sehari yang terbanyak adalah sekali sehari sebanyak 15 anak (34.9%), kemudian 2 kali sehari 8 anak (18.6%), 3 kali sehari seorang anak (2.3%), dan ditemukan sebanyak 19 anak (44.2%) tidak pernah makan sayur.

Ditemukan sebanyak 13 orang anak (30.2%) belum/tidak pernah diberi makanan jajanan dan 30 anak (69.8%) diberi makanan jajanan. Makanan jajanan yang terbanyak dibeli adalah

Chicki pada 16 anak (37.2%), selanjutnya pisang goreng 4 anak (9.2%), buras atau ubi goreng masing-masing tiga orang anak (7.0%) dan roti manis atau agar-agar masing-masing dua orang anak (4.7%).

Pada penelitian ini masih ditemukan sebanyak 15 anak (34.9%) sampel pantang terhadap ikan. Mereka terdiri dari 7 anak (16.3%) pantang terhadap ikan laut dan 8 anak (18.6%) pantang terhadap ikan asin.

Orang yang paling sering memberi makan pada anak adalah ibu sendiri (86.0%) dan cara/keadaan waktu makan yang paling sering dilakukan adalah anak digendong (55.8%).

Masalah anak sulit/sukar makan sangat umum terjadi pada anak usia balita. Sebagian besar sampel pernah mengalami sulit/sukar makan (88.4%) dengan berbagai penyebab/alasan.

Ditemukan sebanyak 55.8% anak sulit/sukar makan karena anak sering sakit, 23.3% karena anak tidak menyukai makanannya, dan 9.3% karena anak cepat merasa bosan dengan makanan yang diberikan.

Simpulan

1. Anak penderita Gizi Buruk yang banyak berumur antara 6 bulan sampai 24 bulan, dan sedikit pada umur sesudah 24 bulan.
2. Diantara penderita Gizi Buruk, maka yang terbanyak adalah marasmus (90.8%), sebaliknya kwashiorkor hanya 4.6% dan marasmic-kwashiorkor 4.6%.
3. Umumnya anak yang menderita Gizi Buruk telah disapih sebelum berumur 2 tahun, bahkan lebih dari setengahnya (53.3%) telah disapih sebelum berumur 7 bulan. Alasan penyapihan terlalu cepat ini adalah karena ibu hamil lagi, ibu sakit dan ASI tidak keluar.
4. Anak-anak penderita Gizi Buruk, sebagian besar (69.8%) sudah diberi makanan tambahan sejak usia kurang dari 4 bulan. Makanan tambahan tersebut berupa pisang.
5. Anak-anak penderita Gizi Buruk yang diteliti sudah terbiasa diberi makanan jajanan yaitu sebanyak 69.8%, dan makanan jajanan tersebut berupa chiki, pisang goreng, roti (biskuit), ubi, dan agar-agar.

Saran

Dalam rangka menggalakkan gerakan *sadar gizi* pada masyarakat dan dalam rangka upaya untuk menurunkan prevalensi KKP pada anak balita khususnya Gizi Buruk, maka perlu diciptakan dan dikembangkan suatu paket penyuluhan gizi yang mudah dimengerti dan dapat dipraktekan, untuk digunakan di tingkat Posyandu dan program UPGK.

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih yang tak terhingga disampaikan kepada yang terhormat Bapak Prof. DR. Darwin Karyadi selaku Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi, dan Bapak Mahmud Jusuf, B.Sc. selaku Kepala Bidang Tata Operasional Penelitian Puslitbang Gizi yang

telah memberi kesempatan, pengarahan dan bimbingan dalam pelaksanaan penelitian ini. Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada Kepala Dinas Kesehatan Dati II Kotamadya dan Kabupaten Bogor, Kepala Puskesmas di wilayah Kotamadya dan Kabupaten Bogor, dan Kepala Kantor Sosial Politik Dati II Kotamadya dan Kabupaten Bogor, yang telah memberi izin dan bantuan untuk kelancaran pelaksanaan penelitian ini.

Kepada seluruh rekan-rekan Kelompok Program Penelitian Gizi Kelompok Masyarakat Tertentu serta Sdr. M. Mihardja dan Sdr. Supardi tidak lupa kami ucapkan terima kasih yang tak terhingga atas bantuan dan kerjasamanya. Mudah-mudahan kerjasama yang telah terbina ini dapat ditingkatkan untuk pelaksanaan tugas-tugas yang akan datang.

Rujukan

1. Indonesia, Departemen Kesehatan. Sistem Kesehatan Nasional. Cetakan Kedua. Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 1982.
2. Scrimshaw, N.S. et.al. Interaction of Nutrition and Infection. WHO Monograph Series No. 57, 1968.
3. Davidson, S.S.; R. Passmore; and F.J. Brock. Human Nutrition and Dietetic. 5th ed. New York: Churchill Livingstone, 1973: 254.
4. DeMaeyer, EM. Protein Energy Malnutrition in Preventive Medicine. WHO Monograph Series No. 62, 1972
5. Jahari, Abas B; Djumadias Abunain; Ig. Tarwotjo. Masalah Kurang Kalori Protein. Gizi Indonesia 1988, 13(1): 50-58.
6. Abunain, Djumadias. Pola Pemberian Makanan kepada Bayi di Beberapa Daerah Indonesia. Penelitian Gizi dan Makanan 1973, 3:42-48.
7. World Health Organization. A Growth Chart for International Use in Maternal and Child Health Care. Guidelines for Primary Health Care Personnel. Geneva: WHO, 1978.
8. Jelliffe, D.B. The Assessment of the Nutritional Status of the Community. Geneva: WHO, 1966.
9. Indonesia, Direktorat Bina Gizi Masyarakat. Makanan Pendamping ASI. Jakarta: Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Departemen Kesehatan R.I., 1986.