

CIRI-CIRI ANAK BALITA PENDERITA BERCAK BITOT DI KECAMATAN CIJERUK DAN CARINGIN, KABUPATEN BOGOR

Oleh : Moecherdiyantiningsih^{*}; Kushari Supeni^{**}; dan Muhilal^{*}

^{*}Kelompok Program Penelitian Penanggulangan Gizi Utama

^{**}FKM-UI, Jakarta

ABSTRAK

Pada proyek rintisan "Penanggulangan KVA dan Xerophthalmia dengan MSG yang difortifikasikan vitamin A" di Kecamatan Cijeruk dan Caringin, Kabupaten Bogor ditemukan bahwa 1% anak yang diperiksa menderita bercak Bitot dan 0,15% menderita kelainan kornea skars. Menurut WHO, angka tersebut menunjukkan bahwa KVA masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di wilayah bersangkutan. Untuk mengetahui kelompok anak Balita mana yang rawan KVA pada tingkat bercak Bitot (X1B) telah dilakukan analisis secara deskriptif terhadap 79 anak penderita bercak Bitot di wilayah tersebut. Berdasarkan umur, sampai golongan umur 49-60 bulan tampak kecenderungan bahwa semakin meningkat umur semakin meningkat pula prevalensi bercak Bitot. Dibandingkan dengan anak perempuan, anak laki-laki lebih rawan terhadap bercak Bitot dengan rasio 3:1. Sekitar 60% penderita bercak Bitot disertai infeksi dan prevalensinya cenderung meningkat sampai usia 49-60 bulan. Berdasarkan indeks BB/TB, sekitar 67% anak Balita penderita X1B berstatus gizi baik.

Pendahuluan

Meskipun angka kekurangan vitamin A semakin menurun, sampai awal Pelita V ternyata kekurangan vitamin A (KVA) masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang perlu terus diupayakan penanggulangannya (1). Atas dasar survei xeroftalmia secara luas di Indonesia tahun 1977-1979 (2), diperkirakan paling sedikit 20.000 anak prasekolah menjadi buta setiap tahun. Dari penelitian itu juga terungkap bahwa terdapat 15 provinsi di Indonesia yang merupakan daerah endemik xeroftalmia. Provinsi Jawa Barat meskipun dikenal sebagai wilayah yang hijau sepanjang tahun ternyata merupakan daerah "high risk" bagi timbulnya KVA.

Suatu penelitian rintisan untuk penanggulangan KVA dengan bumbu penyedap yang difortifikasi vitamin A telah dilakukan oleh Muhilal dkk. di dua kecamatan di Kabupaten Bogor. Dalam penelitian ini ditemukan 1% anak Balita yang diperiksa menderita bercak Bitot dan 0,15% menderita kelainan kornea skars (3). Temuan tersebut menggambarkan bahwa masalah KVA masih perlu mendapat perhatian utama karena, menurut WHO, kedua angka tersebut merupakan indikator masalah KVA sebagai masalah kesehatan masyarakat di suatu wilayah (4).

Program penanggulangan masalah KVA yang selama ini dilakukan adalah distribusi kapsul vitamin A dosis tinggi pada anak umur 1-5 tahun, pemanfaatan pekarangan serta penyuluhan gizi. Upaya lain yang akan dilaksanakan pada Pelita V ini adalah fortifikasi bumbu penyedap masakan dengan vitamin A (1).

Penanggulangan KVA bersifat "*population approach*" (penanggulangan KVA dengan sasaran seluruh anak Balita) namun demikian perlu juga diketahui gambaran ciri-ciri penderita bercak Bitot, kelompok mana di antara anak Balita yang rawan terhadap KVA tingkat ini.

Dalam makalah ini disajikan ciri-ciri anak Balita penderita bercak Bitot di Kecamatan Cijeruk dan Caringin, Kabupaten Bogor.

Bahan dan Cara

Tulisan ini disusun berdasarkan hasil analisis data sekunder proyek rintisan "Penanggulangan KVA dan Xeroftalmia dengan MSG yang difortifikasikan Vitamin A" yang dilakukan oleh Muhilal, dkk. (3) Proyek tersebut dilaksanakan pada tahun 1984-1986 di Kecamatan Cijeruk dan Caringin, Kabupaten Bogor, dengan 10 desa sebagai wilayah penelitian. Sepuluh desa tersebut dikelompokkan atas dua bagian, yakni :

1. Kelompok perlakuan: meliputi lima desa di Kecamatan Cijeruk, dan
2. Kelompok pembanding : meliputi tiga desa di Kecamatan Caringin dan dua desa di Kecamatan Cijeruk

Meskipun terbagi atas dua kelompok, keadaan sosial ekonomi, sanitasi lingkungan dan pelayanan kesehatan kepada kedua kelompok tersebut kurang lebih sama. Pada kelompok perlakuan diberikan intervensi berupa pemasaran MSG yang difortifikasi vitamin A di wilayah tersebut selama lima bulan sesudah pengumpulan data dasar.

Pengumpulan data pada proyek rintisan tersebut dilakukan tiga kali. Pengumpulan data kedua dan ketiga merupakan studi evaluasi terhadap intervensi yang diberikan. Dalam tulisan ini, data yang dianalisis adalah data dasar.

Pada pengumpulan data dasar, satu persen dari seluruh anak Balita yang diperiksa atau 79 anak, menunjukkan indikasi bercak Bitot. Ke-79 penderita bercak Bitot ini yang ingin diketahui ciri-cirinya menurut umur, jenis kelamin, penyakit infeksi serta status gizi.

Data yang diolah meliputi :

1. Umur dan jenis kelamin.
2. Data antropometri (berat badan dan tinggi badan).
3. Data riwayat dan hasil pemeriksaan klinis kesehatan umum dan kesehatan mata.
4. Data umur dan jenis kelamin seluruh anak Balita yang diperiksa sebagai denominator prevalensi bercak Bitot.

Status gizi ditetapkan berdasarkan indeks berat badan terhadap tinggi badan (BB/TB) sebagaimana yang ditetapkan oleh para ahli antropometri tahun 1975 (4).

Analisis data dilakukan secara deskriptif dalam suatu distribusi frekuensi berbentuk persentase dan tingkat prevalensi.

Hasil dan Bahasan

a. Ciri menurut umur.

Anak yang diperiksa kesehatan secara umum maupun kesehatan matanya berjumlah

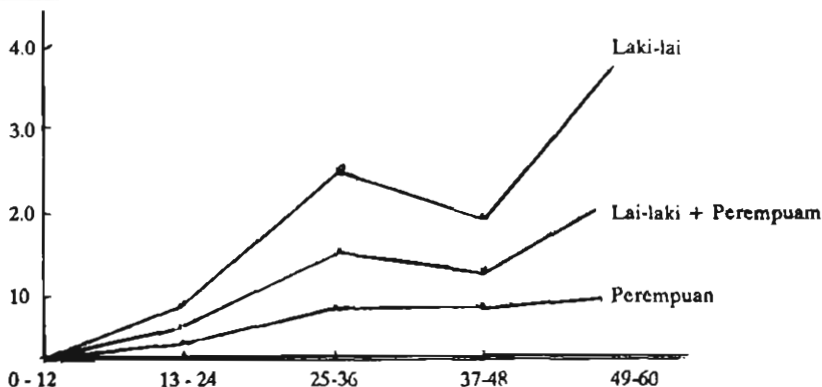
7927 orang. Dari seluruh anak Balita, 79 anak menderita bercak Bitot yang penyebarannya menurut golongan umur seperti disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1 menunjukkan perbedaan prevalensi bercak Bitot yang cukup besar antara golongan umur 13-24 bulan dengan golongan umur 25-36 bulan, masing-masing 1.7 lawan 0.4 persen. Prevalensi tertinggi terdapat pada anak golongan umur 49 - 60 bulan. Tidak ditemukan penderita bercak Bitot di kalangan anak berumur 0-12 bulan. Keadaan ini mirip dengan pola sebaran prevalensi bercak Bitot menurut umur hasil survei nasional tahun 1980 yang dilakukan oleh Tarwotjo, dkk.(2). Prevalensi bercak Bitot naik tajam tinggi pada anak golongan umur 25-36 bulan, kemudian turun pada anak golongan umur 37-48 bulan dan naik lagi pada anak golongan umur 49-60 bulan sebagaimana dapat dilihat pada Grafik 1.

Kecenderungan meningkatnya angka xerofthalmia sampai golongan umur 49-60 bulan mungkin karena tidak terpenuhinya kecukupan vitamin A sejak usia dini. Di daerah yang sama, Saidin (5) menemukan perbedaan bermakna dalam kedinian mengkonsumsi bahan pangan sumber vitamin A antara anak Balita pembanding (mata sehat) dengan anak Balita penderita bercak Bitot. Anak Balita kelompok pembanding mendapat makanan sumber vitamin A lebih dini daripada anak Balita penderita bercak Bitot.

Tabel 1. Prevalensi bercak Bitot menurut golongan umur di Kecamatan Gijeruk dan Caringin, Kabupaten Bogor

Umur (bulan)		X1B	
		n	%
0-12	2105	0	0
13-24	1790	7	0.4
25-36	1514	26	1.7
37-48	1486	21	1.4
49-60	1032	25	2.4
Jumlah	7297	79	1.0



Grafik 1. Prevalensi bercak Bitot menurut jenis kelamin dan umur responden di Kecamatan Gijeruk dan Caringin, Kabupaten Bogor

b. Ciri menurut jenis kelamin.

Pada Tabel 2 disajikan frekuensi distribusi penderita bercak Bitot menurut jenis kelamin dan umur.

Umur	Jenis Kelamin					
	Laki-laki			Perempuan		
	N	n	%	N	n	%
0-12	1060	0	0	1045	0	0
13-24	909	6	0.7	881	1	0.1
25-36	767	20	2.6	747	6	0.8
37-48	753	15	2.0	733	6	0.8
49-60	491	20	4.0	541	5	0.9
Jumlah	3980	61	1.5	3947	18	0.5

Seperti pada penelitian Tarwotjo (2), angka prevalensi bercak Bitot pada studi ini juga lebih tinggi pada anak laki-laki dibanding pada anak perempuan dengan rasio 3:1 atau 1.5% dibanding 0.5%. Demikian pula apabila dilihat menurut golongan umur, polanya sama, yaitu pada setiap golongan umur, prevalensi X1B pada anak laki-laki lebih tinggi daripada anak perempuan kecuali pada golongan umur 0-12 bulan.

Sampai saat ini belum diketahui apa yang menyebabkan perbedaan tersebut. Menurut Sommer (6), perbedaan prevalensi pada kedua jenis kelamin ini disebabkan oleh faktor di luar tubuh penderita. Ada kemungkinan faktor luar tersebut berkaitan dengan mobilitas yang lebih tinggi pada anak laki-laki dibanding pada anak perempuan yang menyebabkan peluang terkena penyakit tersebut lebih besar.

c. Ciri menurut penyakit infeksi

Gambaran tentang sebaran frekuensi penderita infeksi yang meliputi campak, diare/mencret, infeksi saluran pernapasan bagian atas, infeksi saluran pernapasan bagian bawah, infeksi kulit dan infeksi saluran pencernaan disajikan pada Tabel 3. Data kejadian penyakit infeksi ini merupakan data yang bersifat sesaat (*point prevalence*).

Terlihat pada Tabel 3 bahwa sebagian besar atau sekitar 60% anak Balita yang menderita bercak Bitot juga menderita penyakit infeksi. Tabel 4 menggambarkan prevalensi bercak Bitot yang disertai penyakit infeksi menurut golongan umur.

Pada Tabel 4 tampak bahwa prevalensi X1B yang disertai penyakit infeksi lebih tinggi pada anak golongan umur 25-36 bulan dibanding pada anak kelompok umur 12-25 bulan. Seperti halnya dengan prevalensi bercak Bitot, prevalensi tertinggi bercak Bitot yang disertai infeksi juga tertinggi pada anak golongan umur 49-60 bulan.

Tabel 3. Persentase penderita bercak Bitot menurut kejadian penyakit infeksi di Kecamatan Cijeruk dan Caringin, Kabupaten Bogor

	X1B Penyakit Infeksi	
	n	%
Ada	47	59.5
Tidak ada	32	40.5

Tabel 4. Prevalensi bercak Bitot disertai penyakit infeksi menurut golongan umur di Kecamatan Cijeruk dan Caringin, Kabupaten Bogor.

Golongan (bulan)	N	X1B + infeksi	
		n	%
0 - 12	2105	0	0
13 - 24	1790	6	0.34
25 - 36	151	18	1.19
37 - 48	1436	10	0.67
49 - 60	1032	13	1.26
Jumlah	7929	47	0.50

Adapun hubungan antara xerofthalmia dengan penyakit infeksi diungkapkan oleh Tarwotjo (2) dan Sommer (7). Pada studi yang dilakukan penulis ini tidak dianalisis secara analitik hubungan antara kejadian xerofthalmia dengan infeksi, namun hasil pengolahan secara deskriptif menunjukkan bahwa sebagian besar penderita bercak Bitot juga menderita penyakit infeksi.

Juga digambarkan oleh Tabel 4 kecenderungan kenaikan prevalensi sampai golongan umur 49-60 bulan. Seperti dikemukakan oleh Sutrisna (7), alasan yang mungkin mendasari hubungan suatu keadaan dengan umur, antara lain adalah akibat fenomena kohort, dalam mana meningkatnya angka kesakitan pada usia yang lebih tua sebetulnya diawali pada usia sebelumnya, dan semakin meningkat karena suatu kondisi yang memperberat. Pada studi ini, fenomena demikian juga tampak pada prevalensi bercak Bitot yang disertai infeksi sampai golongan usia 49-60 bulan. Hal ini mungkin karena kebutuhan akan vitamin A yang semakin meningkat sementara kebutuhan itu tidak terpenuhi sejak usia dini dan disertai penurunan daya tahan tubuh yang semakin mempermudah anak terkena penyakit infeksi.

d. Ciri status gizi.

Penyebaran penderita bercak Bitot menurut status gizi disajikan pada Tabel 5. Dengan menggunakan indeks berat badan terhadap tinggi badan (BB/TB) yang berlaku untuk anak Indonesia (8), status gizi anak Balita penderita bercak Bitot digolongkan menjadi gizi baik dan KKP (Kurang Kalori Protein).

Tabel 5. Persentase penderita bercak Bitot menurut status gizi di Kecamatan Cijeruk dan Caringin, Kabupaten Bogor			
Status Gizi	n	BB/TB	%
Gizi baik (a)	49		67.1
KKP (b)	24		32.9
Jumlah	73(c)		100.0
(a) BB/TB $\geq$ 90% standar			
(b) BB/TB < 90% standar			
(c) Enam penderita tidak terukur BB dan TB-nya			

Pada Tabel 5 terlihat bahwa hanya sekitar 33 persen penderita bercak Bitot disertai KKP, dan sebagian besar berstatus gizi baik. Keadaan ini hampir sama dengan yang ditemukan Husaini (9), yakni angka kejadian kurang kalori protein pada anak yang KVA sebesar 33.3%.

Kaitan antara kekurangan vitamin A dan kurang kalori protein seperti dilaporkan Tarwotjo (2) terjadi pada KVA tingkat berat, sedangkan pada tingkat bercak Bitot tidak menunjukkan hubungan yang bermakna dengan keadaan kurang kalori protein, khususnya apabila dikaitkan dengan indeks BB/TB, tetapi berhubungan dengan keadaan "stunting", yaitu keadaan tinggi badan yang tidak sesuai dengan umur. Pada studi ini tidak dianalisis status gizi penderita bercak Bitot berdasarkan indeks tinggi badan menurut umur mengingat sulitnya mendapatkan data umur yang tepat.

Rujukan

1. Pangan dan Gizi. Rencana Pembangunan Lima Tahun ke Lima. 1989/1990 - 1993/1994. Bab 10.
2. Tarwotjo, Ig.; Alfred Sommer; and Robert Tilden. The epidemiology of vitamin A deficiency and xerophthalmia in Indonesia. Joint WHO-IVACG Meeting on

vitamin A and Xerophthalmia, Jakarta, October 13-17, 1980, p 1-17.

3. Muhilal, dkk. Proyek rintisan penanggulangan kekurangan vitamin A dan xeroftalmia dengan MSG yang difortifikasikan vitamin A. Laporan Penelitian. Bogor: Puslitbang Gizi dan Direktorat Bina Gizi Masyarakat, 1986.
4. World Health Organization. Control of vitamin A deficiency and xerophthalmia. WHO Technical Report Series No.672. Geneva: WHO, 1982.
5. Saidin, Mohamad. Pola pemberian makanan anak Balita penderita dan bukan penderita KVA di Kecamatan Cijeruk dan Caringin, Kabupaten Bogor. Skripsi Sarjana. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 1986.
6. Sommer, Alfred. Nutritional blindness: xerophthalmia and keratomalacia. New York : Oxford University Press, 1982.
7. Sutrisna, Bambang. Pengantar metode epidemiology. Jakarta: Dian Rakyat, 1986.
8. Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi, Staf Bidang Sosio Ekonometri Gizi dan Statistik. Pedoman ringkas cara pengukuran antropometri dan penentuan keadaan gizi. Bogor: Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi, 1980.
9. Husaini. Penggunaan garam fortifikasi untuk menanggulangi masalah kurang vitamin A. Disertasi. Bogor: Fakultas Pascasarjana IPB, 1982.