

MALNUTRISI PADA ANAK BALITA

Tita Menawati Liansyah¹

Abstrak

Malnutrisi masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat yang utama di Indonesia. Prevalensi malnutrisi pada balita di Indonesia masih cukup tinggi. Diagnosis malnutrisi dapat diketahui melalui gejala klinis, antropometri dan pemeriksaan laboratorium. Malnutrisi pada balita tidak hanya meningkatkan angka kesakitan dan angka kematian tetapi juga dapat menimbulkan gangguan dalam pertumbuhan fisik, mental maupun kemampuan berpikir yang pada akhirnya akan menurunkan produktivitas kerja. Keterlambatan dalam memberikan pelayanan gizi pada balita dengan malnutrisi dapat mengakibatkan kerusakan yang sukar atau tidak dapat diperbaiki lagi.

Kata Kunci: Malnutrisi, Balita, Faktor Resiko Malnutrisi, Penatalaksanaan Malnutrisi

¹ Tita Menawati Liansyah, Dosen Fakultas Kedokteran, Universitas Syiah Kuala

Pendahuluan

Peningkatan angka kematian balita merupakan salah satu permasalahan kesehatan di Indonesia. Adapun salah satu penyebabnya adalah kebutuhan gizi yang tidak terpenuhi. Keadaan gizi balita akan mempengaruhi tingkat kesehatan dan harapan hidup yang merupakan salah satu unsur utama dalam penentuan keberhasilan pembangunan negara atau yang sering disebut dengan istilah Human Development Index (HDI).¹ Malnutrisi pada balita tidak hanya meningkatkan angka kesakitan dan angka kematian tetapi juga dapat menimbulkan gangguan dalam pertumbuhan fisik, mental maupun kemampuan berpikir yang pada akhirnya akan menurunkan produktivitas kerja.²

Berbagai masalah yang timbul akibat malnutrisi atau gizi buruk antara lain tingginya angka kelahiran bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) yang disebabkan jika ibu hamil menderita KEP (Kurang Energi Protein) akan berpengaruh pada gangguan fisik, mental dan kecerdasan anak, juga meningkatkan resiko bayi yang dilahirkan kurang zat besi. Bayi yang kurang zat besi dapat berdampak pada gangguan pertumbuhan sel-sel otak, yang dikemudian hari dapat mengurangi IQ anak hingga 10%. Selain itu, penyakit yang dapat diderita balita gizi buruk adalah diabetes dan penyakit jantung koroner. Dampak paling buruk yang daiakibatkan oleh malnutrisi ini adalah kematian pada umur yang sangat dini.¹

Kasus kematian balita akibat gizi buruk kembali berulang, terjadi secara masif dengan wilayah sebaran yang hampir merata di seluruh tanah air. Sejauh pemantauan yang telah dilakukan temuan kasus tersebut terjadi setelah anak-anak mengalami fase kritis. Sementara itu, perawatan intensif baru dilakukan setelah anak-anak itu benar-benar tidak berdaya. Berarti sebelum anak-anak itu memasuki fase kritis, perhatian terhadap hak hidup dan kepentingan terbaiknya terabaikan.³

Kejadian gizi buruk perlu dideteksi secara dini melalui intensifikasi pemantauan pertumbuhan dan identifikasi faktor risiko yang erat dengan kejadian luar biasa gizi seperti campak dan diare melalui kegiatan surveilans. Prevalensi balita yang mengalami gizi buruk di Indonesia masih tinggi. Hasil Riskesdas menunjukkan adanya peningkatan prevalensi balita gizi kurang dan buruk secara nasional, prevalensi berat-kurang pada tahun 2013 adalah 19,6 persen, terdiri dari 5,7 persen gizi buruk dan 13,9 persen gizi kurang. Jika dibandingkan dengan angka prevalensi nasional tahun 2007 (18,4 %) dan tahun 2010 (17,9 %) terlihat meningkat. Perubahan terutama pada prevalensi gizi buruk yaitu dari 5,4 persen tahun 2007, 4,9 persen pada tahun 2010, dan 5,7 persen tahun 2013. Sedangkan prevalensi gizi kurang naik sebesar 0,9 persen dari 2007 dan 2013.⁴ Mencuatnya kembali pemberitaan di media massa akhir-akhir ini mengenai balita gizi buruk yang ditemukan dan meninggal menunjukkan sistem surveilans dan penanggulangan dari berbagai instansi

terkait belum optimal.⁵ Pasien-pasien yang masuk ke rumah sakit dalam kondisi status gizi buruk juga semakin meningkat. Umumnya pasien-pasien tersebut adalah balita. Salah satu tanda gizi buruk balita adalah berat badan balita di bawah garis merah dalam Kartu Menuju Sehat (KMS) balita. Masalah gizi buruk balita merupakan masalah yang sangat serius, apabila tidak ditangani secara cepat dan cermat dapat berakhir pada kematian. Gizi buruk lebih rentan pada penyakit akibat menurunnya daya tahan tubuh, pertumbuhan dan perkembangan yang tidak optimal, sampai pada kematian yang akan menurunkan kualitas generasi muda mendatang. Hal ini telah membukakan mata kita bahwa anak balita sebagai sumber daya untuk masa depan mempunyai masalah yang sangat besar.⁵ Apalagi penyakit penyerta yang sering pada gizi buruk seperti lingkaran setan, yaitu penyakit-penyakit penyerta justru menambah rendahnya status gizi anak. Penyakit-penyakit penyerta yang sering terjadi adalah Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA), diare persisten, cacangan, tuberculosis, malaria dan HIV/AIDS.⁶

Faktor penyebab gizi buruk terdiri atas penyebab tak langsung dan langsung. Adapun penyebab tak langsung seperti kurangnya jumlah dan kualitas makanan yang dikonsumsi, menderita penyakit infeksi, cacat bawaan, menderita penyakit kanker dan penyebab langsung yaitu ketersediaan pangan rumah tangga, perilaku dan pelayanan kesehatan. Sedangkan faktor-faktor lain selain

faktor kesehatan, tetapi juga merupakan masalah utama gizi buruk adalah kemiskinan, pendidikan rendah, ketersediaan pangan dan kesempatan kerja. Oleh karena itu, untuk mengatasi gizi buruk dibutuhkan kerjasama dari berbagai pihak yang terkait.⁷

Diagnosis

Diagnosis malnutrisi dapat diketahui melalui gejala klinis, antropometri dan pemeriksaan laboratorium. Gejala klinis malnutrisi berbeda-beda tergantung dari derajat dan lamanya deplesi protein dan energi, umur penderita, modifikasi disebabkan oleh karena adanya kekurangan vitamin dan mineral yang menyertainya. Gejala klinis gizi buruk ringan dan sedang tidak terlalu jelas, yang ditemukan hanya pertumbuhan yang kurang seperti berat badan yang kurang dibandingkan dengan anak yang sehat. Gizi buruk ringan sering ditemukan pada anak-anak dari 9 bulan sampai 2 tahun, akan tetapi dapat dijumpai pula pada anak yang lebih besar. Pertumbuhan yang terganggu dapat dilihat dari pertumbuhan linier mengurang atau terhenti, kenaikan berat badan berkurang, terhenti dan adakalanya beratnya menurun, ukuran lingkaran atas menurun, maturasi tulang terlambat, rasio berat terhadap tinggi normal atau menurun, tebal lipatan kulit normal atau mengurang, anemia ringan, aktivitas dan perhatian berkurang jika dibandingkan dengan anak sehat, adakalanya dijumpai kelainan kulit dan rambut. Gizi buruk berat memberi gejala yang kadang-kadang berlainan, tergantung dari

dietnya, fluktuasi musim, keadaan sanitasi dan kepadatan penduduk.⁷

Pengukuran antropometrik lebih ditujukan untuk menemukan gizi buruk ringan dan sedang. Pada pemeriksaan antropometrik, dilakukan pengukuran-pengukuran fisik anak (berat, tinggi, lingkar lengan, dan lain-lain) dan dibandingkan dengan angka standar (anak normal). Untuk anak, terdapat tiga parameter yang biasa digunakan, yaitu berat dibandingkan dengan umur anak, tinggi dibandingkan dengan umur anak dan berat dibandingkan dengan tinggi/panjang anak. Parameter tersebut lalu dibandingkan dengan tabel standar yang ada. Untuk membandingkan berat dengan umur anak, dapat pula digunakan grafik pertumbuhan yang terdapat pada KMS.⁸

Adapun pemeriksaan laboratorium yang dilakukan adalah pemeriksaan kadar hemoglobin darah merah dan kadar protein (albumin/globulin) darah. Dengan pemeriksaan laboratorium yang lebih rinci, dapat pula lebih jelas diketahui penyebab malnutrisi dan komplikasi-komplikasi yang terjadi pada anak tersebut. Pada gizi buruk terdapat perubahan nyata dari komposisi tubuhnya seperti jumlah dan distribusi cairan, lemak, mineral, dan protein terutama protein otot. Tubuh mengandung lebih banyak cairan. Keadaan ini merupakan akibat hilangnya lemak, otot dan jaringan lain. Cairan ekstra sel terutama pada anak-anak dengan edema terdapat lebih banyak dibandingkan tanpa edema. Kalium total tubuh menurun terutama dalam sel sehingga menimbulkan gangguan

metabolik pada organ-organ seperti ginjal, otot dan pankreas. Dalam sel otot kadar natrium dan fosfor anorganik meninggi dan kadar magnesium menurun.⁸

Klasifikasi Gizi Buruk

Gizi buruk berdasarkan gejala klinisnya dapat dibagi menjadi 3, yaitu :

a. Marasmus

Marasmus merupakan salah satu bentuk gizi buruk yang paling sering ditemukan pada balita.⁹ Hal ini merupakan hasil akhir dari tingkat keparahan gizi buruk. Tipe marasmus ditandai dengan gejala tampak sangat kurus, wajah seperti orang tua, cengeng dan rewel meskipun setelah makan, kulit keriput yang disebabkan karena lemak di bawah kulit berkurang, perut cekung, rambut tipis, jarang dan kusam, tulang iga tampak jelas, pantat kendur dan keriput (baggy pant) serta iga gambang.^{8,10}

Pada marasmus awalnya pertumbuhan yang kurang dan atrofi otot serta menghilangnya lemak di bawah kulit merupakan proses fisiologis. Tubuh membutuhkan energi yang dapat dipenuhi oleh asupan makanan untuk kelangsungan hidup jaringan. Untuk memenuhi kebutuhan energi cadangan protein juga digunakan. Penghancuran jaringan pada defisiensi kalori tidak hanya untuk memenuhi kebutuhan energi tetapi juga untuk sistesis glukosa.¹¹

b. Kwashiorkor

Kwashiorkor adalah salah satu bentuk malnutrisi protein yang berat disebabkan oleh

asupan karbohidrat yang normal atau tinggi namun asupan protein yang inadkuat.^{12,13}

Seperti halnya marasmus, kwashiorkor juga merupakan hasil akhir dari tingkat keparahan gizi buruk.⁹ Tipe kwashiorkor ditandai dengan gejala tampak sangat kurus dan atau edema pada kedua punggung kaki sampai seluruh, pertumbuhan terganggu, perubahan status mental, gejala gastrointestinal, rambut tipis kemerahan seperti warna rambut jagung, mudah dicabut tanpa rasa sakit, rontok, wajah membulat dan sembab, kulit penderita biasanya kering dengan menunjukkan garis-garis kulit yang lebih mendalam dan lebar, sering ditemukan hiperpigmentasi dan persikan kulit, pembesaran hati serta anemia ringan.^{8,14}

Gangguan metabolik dan perubahan sel dapat menyebabkan perlemakan hati dan oedema. Pada penderita defisiensi protein tidak terjadi proses katabolisme jaringan yang sangat berlebihan karena persediaan energi dapat dipenuhi dengan jumlah kalori yang cukup dalam asupan makanan. Kekurangan protein dalam diet akan menimbulkan kekurangan asam amino esensial yang dibutuhkan untuk sintesis. Asupan makanan yang terdapat cukup karbohidrat menyebabkan produksi insulin meningkat dan sebagian asam amino dari dalam serum yang jumlahnya sudah kurang akan disalurkan ke otot. Kurangnya pembentukan albumin oleh hepar disebabkan oleh berkurangnya asam amino dalam serum yang kemudian menimbulkan oedema.¹¹

c. Marasmiks-Kwashiorkor

Tipe marasmik-kwashiorkor merupakan gabungan beberapa gejala klinik kwashiorkor dan marasmus dengan Berat Badan (BB) menurut umur (U) < 60% baku median WHO-NCHS yang disertai oedema yang tidak mencolok.^{8,15}

Faktor risiko

Faktor risiko terjadinya malnutrisi antara lain :

a. Asupan makanan

Kurangnya asupan makanan disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain yaitu pola makan yang salah, tidak tersedianya makanan secara cukup, dan anak tidak cukup atau salah mendapat makanan bergizi seimbang.¹⁶ Kebutuhan nutrisi pada balita meliputi air, energi, protein, lemak, karbohidrat, vitamin dan mineral. Setiap gram protein menghasilkan 4 kalori, lemak 9 kalori, dan karbohidrat 4 kalori. Distribusi kalori dalam makanan balita dalam keseimbangan diet adalah 15% dari protein, 35% dari lemak, dan 50% dari karbohidrat. Maka jika terjadi kelebihan kalori yang menetap setiap hari sekitar 500 kalori dapat menyebabkan kenaikan berat badan 500 gram dalam seminggu.¹⁷

Terdapat perbedaan asupan makanan pada setiap kelompok umur, misalnya pada kelompok umur 1-2 tahun masih diperlukan pemberian nasi tim meskipun tidak perlu disaring. Hal ini dikarenakan pertumbuhan gigi susu telah lengkap apabila anak sudah berumur 2-2,5 tahun. Kemudian pada usia 3-5

tahun balita sudah dapat memilih makanan sendiri sehingga asupan makanan harus diatur dengan sebaik mungkin. Memilih makanan yang tepat untuk balita harus menentukan jumlah kebutuhan dari setiap nutrien, menentukan jenis bahan makanan yang dipilih, dan menentukan jenis makanan yang akan diolah sesuai dengan hidangan yang dikehendaki.¹⁷

Balita dengan gizi buruk sebagian besar memiliki pola makan yang kurang beragam, artinya mereka mengkonsumsi hidangan dengan komposisi yang tidak memenuhi gizi seimbang. Berdasarkan dari keseragaman susunan hidangan pangan, dikatakan pola makanan dengan gizi seimbang jika mengandung unsur zat tenaga yaitu makanan pokok, zat pembangun dan pemelihara jaringan yaitu lauk pauk dan zat pengatur yaitu sayur dan buah.¹⁸

b. Status sosial ekonomi

Balita dengan gizi buruk pada umumnya hidup dengan makanan yang kurang bergizi.¹⁸ Hal ini dapat disebabkan oleh karena rendahnya ekonomi keluarga sehingga pada akhirnya akan berdampak dengan rendahnya daya beli pada keluarga tersebut. Selain itu rendahnya kualitas dan kuantitas konsumsi pangan, merupakan penyebab langsung dari kekurangan gizi pada anak balita. Keadaan sosial ekonomi yang rendah berkaitan dengan masalah kesehatan yang dihadapi karena ketidaktahuan dan ketidakmampuan untuk mengatasi berbagai masalah tersebut.¹⁹

Ibu yang bekerja baik dari sektor formal atau informal yang dilakukan secara reguler di luar rumah yang akan berpengaruh terhadap waktu yang dimiliki oleh ibu untuk memberikan pelayanan terhadap anaknya. Pekerjaan tetap ibu yang mengharuskan ibu meninggalkan anaknya dari pagi sampai sore menyebabkan pemberian ASI tidak dilakukan dengan sebagaimana mestinya.²⁰

c. ASI

Hanya 14% ibu di Indonesia yang memberikan air susu ibu (ASI) eksklusif kepada bayinya sampai enam bulan. Rata-rata bayi di Indonesia hanya menerima ASI eksklusif kurang dari dua bulan.²⁷ Sebanyak 86% bayi mendapatkan makanan berupa susu formula, makanan padat, atau campuran antara ASI dan susu formula.⁹ Berdasarkan riset yang sudah dibuktikan di seluruh dunia, ASI merupakan makanan terbaik bagi bayi sampai enam bulan, dan disempurnakan sampai umur dua tahun.¹⁸ Memberi ASI kepada bayi merupakan hal yang sangat bermanfaat antara lain oleh karena praktis, mudah, murah, sedikit kemungkinan untuk terjadi kontaminasi, dan menjalin hubungan psikologis yang erat antara bayi dan ibu yang penting dalam perkembangan psikologi anak tersebut. Beberapa sifat pada ASI yaitu merupakan makanan alam atau natural, ideal, fisiologis, nutrien yang diberikan selalu dalam keadaan segar dengan suhu yang optimal dan mengandung nutrien yang lengkap dengan komposisi yang sesuai kebutuhan pertumbuhan bayi.¹¹

Selain ASI mengandung gizi yang cukup lengkap, ASI juga mengandung antibodi atau zat kekebalan yang akan melindungi balita terhadap infeksi. Hal ini yang menyebabkan balita yang diberi ASI, tidak rentan terhadap penyakit dan dapat berperan langsung terhadap status gizi balita. Selain itu, ASI disesuaikan dengan sistem pencernaan bayi sehingga zat gizi cepat terserap. Berbeda dengan susu formula atau makanan tambahan yang diberikan secara dini pada bayi. Susu formula sangat susah diserap usus bayi. Pada akhirnya, bayi sulit buang air besar. Apabila pembuatan susu formula tidak steril, bayi akan rawan diare.¹⁸

d. Pendidikan ibu

Salah satu faktor penyebab timbulnya kemiskinan adalah pendidikan yang rendah sehingga menyebabkan seseorang kurang mempunyai keterampilan tertentu yang diperlukan dalam kehidupan. Rendahnya pendidikan dapat mempengaruhi ketersediaan pangan dalam keluarga, yang selanjutnya mempengaruhi kuantitas dan kualitas konsumsi pangan yang merupakan penyebab langsung dari kekurangan gizi pada anak balita.^{21,22}

Tingkat pendidikan terutama tingkat pendidikan ibu dapat mempengaruhi derajat kesehatan karena pendidikan ibu berpengaruh terhadap kualitas pengasuhan anak. Tingkat pendidikan yang tinggi membuat seseorang mudah untuk menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku sehari-hari.²² Selain itu tingkat pendidikan

yang tinggi kemungkinan akan meningkatkan pendapatan dan dapat meningkatkan daya beli makanan. Pendidikan diperlukan untuk memperoleh informasi yang dapat meningkatkan kualitas hidup seseorang.²¹

e. Pengetahuan ibu

Pengetahuan yang dimiliki ibu berpengaruh terhadap pola konsumsi makanan keluarga khususnya pada anak balita. Kurangnya pengetahuan ibu tentang gizi menyebabkan keanekaragaman makanan yang berkurang. Keluarga akan lebih banyak membeli barang karena pengaruh kebiasaan, iklan, dan lingkungan. Selain itu, gangguan gizi juga disebabkan karena kurangnya kemampuan ibu menerapkan informasi tentang gizi dalam kehidupan sehari-hari.²¹

f. Penyakit penyerta

Balita yang berada dalam status gizi buruk, umumnya sangat rentan terhadap penyakit – penyakit seperti tuberculosis (TBC), diare persisten (berlanjutnya episode diare selama 14 hari atau lebih dan dimulai dari suatu diare cair akut atau berdarah/disentri) dan HIV/AIDS. Penyakit tersebut dapat memperjelek keadaan gizi melalui gangguan masukan makanan dan meningkatnya kehilangan zat-zat gizi esensial tubuh. Terdapat hubungan timbal balik antara kejadian penyakit dan gizi kurang maupun gizi buruk. Anak yang menderita gizi kurang dan gizi buruk akan mengalami penurunan daya tahan, sehingga rentan terhadap penyakit. Di sisi lain anak yang menderita sakit akan cenderung menderita gizi buruk.¹⁷

g. Berat Badan Lahir Rendah

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa gestasi.²³ Penyebab terbanyak terjadinya BBLR adalah kelahiran prematur. Bayi yang lahir pada umur kehamilan kurang dari 37 minggu ini pada umumnya disebabkan oleh karena ibu tidak mempunyai uterus yang dapat menahan janin, gangguan selama kehamilan, dan lepasnya plasenta yang lebih cepat dari waktunya. Bayi prematur mempunyai organ dan alat tubuh yang belum berfungsi normal untuk bertahan hidup di luar rahim sehingga semakin muda umur kehamilan, fungsi organ menjadi semakin kurang berfungsi dan prognosanya juga semakin kurang baik. Kelompok BBLR sering mendapatkan komplikasi akibat kurang matangnya organ karena prematur.²⁴

Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) juga dapat disebabkan oleh bayi lahir kecil untuk masa kehamilan yaitu bayi yang mengalami hambatan pertumbuhan saat berada di dalam kandungan. Hal ini disebabkan oleh keadaan ibu atau gizi ibu yang kurang baik. Kondisi bayi lahir kecil ini sangat tergantung pada usia kehamilan saat dilahirkan. Peningkatan mortalitas, morbiditas, dan disabilitas neonatus, bayi, dan anak merupakan faktor utama yang disebabkan oleh BBLR.²⁴ Gizi buruk dapat terjadi apabila BBLR jangka panjang. Pada BBLR zat anti kekebalan kurang sempurna sehingga lebih mudah terkena penyakit terutama penyakit infeksi. Penyakit ini menyebabkan balita kurang nafsu

makan sehingga asupan makanan yang masuk kedalam tubuh menjadi berkurang dan dapat menyebabkan gizi buruk.²³

h. Kelengkapan imunisasi

Infeksi pada balita dapat dicegah dengan imunisasi. Imunisasi terhadap suatu penyakit hanya dapat memberi kekebalan terhadap penyakit tersebut sehingga bila balita kelak terpajan antigen yang sama, balita tersebut tidak akan sakit dan untuk menghindari penyakit lain diperlukan imunisasi yang lain.²⁵ Imunisasi merupakan suatu cara untuk meningkatkan kekebalan terhadap suatu antigen yang dapat dibagi menjadi imunisasi aktif dan imunisasi pasif. Imunisasi aktif adalah pemberian kuman atau racun kuman yang sudah dilemahkan atau dimatikan untuk merangsang tubuh memproduksi antibodi sendiri sedangkan imunisasi pasif adalah penyuntikan sejumlah antibodi sehingga kadar antibodi dalam tubuh meningkat.²⁶

Kelompok yang paling penting untuk mendapatkan imunisasi adalah bayi dan balita karena mereka yang paling peka terhadap penyakit dan sistem kekebalan tubuh balita masih belum sebaik dengan orang dewasa.²⁵ Sistem kekebalan tersebut yang menyebabkan balita menjadi tidak terjangkau sakit. Apabila balita tidak melakukan imunisasi, maka kekebalan tubuh balita akan berkurang dan akan rentan terkena penyakit. Hal ini mempunyai dampak yang tidak langsung dengan kejadian gizi. Imunisasi tidak cukup hanya dilakukan satu kali tetapi dilakukan

secara bertahap dan lengkap terhadap berbagai penyakit untuk mempertahankan agar kekebalan dapat tetap melindungi terhadap paparan bibit penyakit.²⁶ Menurut Riskesdas 2013, propinsi Aceh berada di peringkat ke 8 dari 33 propinsi di Indonesia dengan jumlah balita yang tidak mendapatkan imunisasi secara lengkap. Hal ini dapat dihubungkan dengan kasus malnutrisi di Aceh yang hingga saat ini masih memprihatinkan.

Penatalaksanaan Malnutrisi

Penatalaksanaan balita dengan malnutrisi dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut ini:

(1). Mencegah dan mengatasi hipoglikemi

Hipoglikemi terjadi apabila kadar gula darah < 54 mg/dl atau ditandai lemah, kejang, suhu tubuh sangat rendah, kesadaran menurun, keluar keringat dingin dan pucat. Dapat diterapi dengan memberikan segera cairan gula 50 ml dekstrosa 10% atau gula 1 sendok teh dicampurkan ke air 3,5 sendok makan, penderita diberi makan tiap 2 jam, antibiotik, jika penderita tidak sadar dapat diberikan lewat sonde. Kemudian dilakukan evaluasi setelah 30 menit, jika masih dijumpai tanda-tanda hipoglikemi maka pemberian cairan gula tersebut diulangi.

(2). Mencegah dan mengatasi hipotermi

Dikatakan hipotermi jika suhu tubuh anak $< 35^{\circ}\text{C}$. Dapat ditatalaksana dengan ruang anak harus hangat, tidak ada lubang angin, sering diberi makan, anak diberi pakaian, tutup kepala, sarung tangan dan kaos kaki, anak dihangatkan dalam dekapan ibunya

(metode kanguru), cepat diganti jika popok basah. Dilakukan pengukuran suhu rectal tiap 2 jam sampai suhu $> 36,5^{\circ}\text{C}$, pastikan anak memakai pakaian, tutup kepala dan kaos kaki.

(3). Mencegah dan mengatasi dehidrasi

Pengelolaannya diberikan cairan Resomal (*Rehydration Solution for Malnutrition*) 70-100 ml/kgBB dalam 12 jam atau mulai dengan 5 ml/kgBB setiap 30 menit secara oral dalam 2 jam pertama. Selanjutnya 5-10 ml/kgBB untuk 4-10 jam berikutnya, jumlahnya disesuaikan seberapa banyak anak mau, feses yang keluar dan muntah. Penggantian jumlah Resomal pada jam 4,6,8,10 dengan F75 jika rehidrasi masih dilanjutkan pada saat itu. Monitoring tanda vital, diuresis, frekuensi berak dan muntah, pemberian cairan dievaluasi jika kecepatan pernafasan dan nadi menjadi cepat, tekanan vena jugularis meningkat, atau jika anak dengan oedem maka oedemnya bertambah.

(4). Koreksi gangguan elektrolit

Berikan ekstra Kalium 150-300mg/kgBB/hari, ekstra Mg 0,4-0,6 mmol/kgBB/hari dan rehidrasi cairan rendah garam (Resomal).

(5). Mencegah dan mengatasi infeksi

Jika tidak ada komplikasi maka dapat diberikan kotrimoksazol selama 5 hari, namun bila ada komplikasi dapat diberikan amoksisilin 15 mg/kgBB tiap 8 jam selama 5 hari. Dan hendaknya dilakukan monitoring terhadap komplikasi infeksi seperti hipoglikemia atau hipotermi.

(6). Mulai pemberian makan

Segera setelah dirawat, untuk mencegah hipoglikemi, hipotermi dan mencukupi kebutuhan energi dan protein. Prinsip pemberian makanan fase stabilisasi yaitu porsi kecil, sering, secara oral atau sonde, energy 100 kkal/kgBB/hari, protein 1-1,5 g/kgBB/hari, cairan 130 ml/kgBB/hari untuk penderita marasmus, marasmik kwashiorkor atau kwashiorkor dengan edem derajat 1,2, jika derajat 3 berikan cairan 100 ml/kgBB/hari.

(7). Koreksi kekurangan zat gizi mikro

Berikan setiap hari minimal 2 minggu suplemen multivitamin, asam folat (5mg hari 1, selanjutnya 1 mg), *zinc* 2 mg/kgBB/hari, *cooper* 0,3 mg/kgBB/hari, besi 1-3 Fe elemental/kgBB/hari sesudah 2 minggu perawatan, vitamin A hari 1 (<6 bulan 50.000 IU, 6-12 bulan 100.000 IU, >1 tahun 200.000 IU)

(8). Memberikan makanan untuk tumbuh kejar

Satu minggu perawatan fase rehabilitasi, berikan F100 yang mengandung 100 kkal dan 2,9 g protein/100ml, modifikasi makanan keluarga dengan energi dan protein sebanding, porsi kecil, sering dan padat gizi, cukup minyak dan protein.

(9). Memberikan stimulasi untuk tumbuh kembang

Mainan digunakan sebagai stimulasi, macamnya tergantung kondisi, umur dan perkembangan anak sebelumnya. Diharapkan dapat terjadi stimulasi psikologis, baik mental, motorik dan kognitif.

(10). Mempersiapkan untuk tindak lanjut di rumah

Setelah BB/PB mencapai -1SD dikatakan sembuh, tunjukkan kepada orang tua frekuensi dan jumlah makanan, berikan terapi bermain anak, pastikan pemberian imunisasi booster dan vitamin A tiap 6 bulan.²⁸

Kesimpulan

Malnutrisi pada balita tidak hanya meningkatkan angka kesakitan dan angka kematian tetapi juga dapat menimbulkan gangguan dalam pertumbuhan fisik, mental maupun kemampuan berpikir yang pada akhirnya akan menurunkan produktivitas kerja. Kejadian gizi buruk perlu dideteksi secara dini melalui intensifikasi pemantauan pertumbuhan dan identifikasi faktor risiko serta harus segera ditangani dengan cepat dan cermat. Masalah gizi buruk dapat ditatalaksana dengan pemberian asupan gizi yang seimbang secara bertahap sesuai dengan kebutuhan pada tahap tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Abu A. Ilmu Sosial Dasar. Jakarta: Rineka Cipta; 1997.
- Anonim-1. Early Detection and Referral of Children with Malnutrition. *British Medical Bulletin*. 2008.
- Anonim-2. *Deteksi Dini Anak Gizi Buruk Dan Tindak Lanjutnya*. 2009, Available www.ypha.or.id/files/Lingkar_setan.pdf
- Anonim-3. *Gizi Buruk*. Available www.malukuprov.go.id/index.php?option=com_content&view=article&id=66:giziburuk&catid=47:kesehatan&Itemid
- Departemen Kesehatan RI. Analisis Situasi dan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Depkes RI; 2004.
- Departemen Kesehatan RI. Pemantauan Pertumbuhan Balita. Jakarta: Direktorat Gizi Departemen Kesehatan RI; 2002.
- Departemen Kesehatan RI. Program Gizi Makro. Jakarta: Depkes RI; 2002
- Dewi RK, Budiantara IN. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Angka Gizi Buruk Di Jawa Timur dengan Pendekatan Regresi Nonparametrik Spline. *Jurnal Sains Dan Seni ITS*. 2012.1(1):177-182.
- Dini L. Konsumsi Pangan Tingkat Rumah Tangga Sebelum dan Selama Krisis Ekonomi. Jakarta: PT Gramedia Pustaka; 2000.
- Effendi. Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: EGC; 1998.
- Hidayat AAA. Pengantar Ilmu Kesehatan Anak untuk Pendidikan Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika; 2008.
- Kementerian Kesehatan RI. Riset Kesehatan Dasar 2013. Badan penelitian dan pengembangan kesehatan Kemenkes RI. Jakarta: Kemenkes RI; 2013
- Kliegman R. Nelson Textbook of Pediatrics. USA: Saunders Elsevier; 2007.
- Kosim, Sholeh M. Buku Ajar Neonatologi Edisi I. Jakarta: Badan Penerbit IDAI; 2008.

- Krisnansari D. Nutrisi Dan Gizi Buruk. Jurnal Mandala of Health. 2010.4(1):60-68.
- Kumar S. Global Database on Child Growth and Malnutrition [Internet]. 2007 [cited 2015 Desember 3]. Available from: <http://Who.int/nutgrowthdb>>.2007
- Pelatihan TOT Fasilitator PKD Bagi Fasilitator Gizi Kabupaten. *Managemen Gizi Buruk*.2005.
- Pudjiadi S. Ilmu Gizi Klinis Pada Anak. Jakarta: Gaya Baru; 2005.
- Soekirman. Ilmu Gizi dan Aplikasinya untuk Keluarga dan Masyarakat. Jakarta: EGC; 2000.
- Solihin Pudjiadi. *Ilmu Gizi Klinis Pada Anak*. Edisi keempat. 2000. FKUI. Jakarta
- Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak FK Universitas Indonesia. Buku Kuliah Ilmu Kesehatan Anak. Jakarta: Infomedika; 2007.
- Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak FK Universitas Indonesia. Buku Kuliah Ilmu Kesehatan Anak. Jakarta: Infomedika; 2007.
- Supartini Y. Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak. Jakarta: EGC; 2002.
- Tim Paket Pelatihan Klinik PONED. Buku Acuan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED). Jakarta: EGC; 2008.
- Tropical Medicine Central Resource. Kwashiorkor (Protein – Calorie Malnutrition) [Internet]. 2008 [cited 2015 Desember 3]. Available from: <http://tmcr.Usuhs.mil/tmcr/chapter16/Kwashiorkor.htm>
- Walker, Allan. Pediatric Gastrointestinal Disease. USA: DC Decker; 2004.
- World Health Organisation. Pelayanan Kesehatan Anak di Rumah Sakit. Jakarta: WHO Indonesia ; 2009
- Yayasan Pemantau Hak Anak (YPHA). *Lingkaran Setan Gizi Buruk: Ketika Negara Kembali Gagal Menjamin Hak Hidup Anakanak*, 2009, Available www.ypha.go.id