

Kasus Gizi Buruk pada Balita di Puskesmas

**dr. Siti R. Fadhila, BMedSc
(Hons)**

dr. Marleni Parapat
Puskesmas Kecamatan
Kemayoran, Jakarta Pusat

Ilustrasi kasus

Seorang anak perempuan, usia 2,5 tahun, datang dengan keluhan batuk berulang sejak 2 tahun lalu. Batuk selalu disertai demam. Tidak didapatkan riwayat berkeringat di malam hari. Kontak dengan orang TB positif atau batuk lama di lingkungan disangkal. Tidak terdapat pula pembengkakan kelenjar atau benjolan. Riwayat HIV positif di keluarga juga tidak ditemukan.

Anak lahir cukup bulan dengan berat lahir 3.500 gram. Sejak usia 7 bulan, anak mulai sering sakit, nafsu makan berkurang sehingga berat badan pun sulit naik. Hampir sebulan sekali anak terkena diare dan infeksi saluran pernapasan akut (ISPA). Setiap sakit, anak selalu dibawa berobat ke Puskesmas, lalu sembuh sebentar kemudian beberapa minggu setelahnya sakit kembali. Berat badan anak tertinggi yang tercatat adalah 9 kg di usia 20 bulan. Status imunisasi dasar pasien lengkap.

Anak mendapat ASI eksklusif dari lahir sampai usia 7 bulan, selanjutnya anak tetap mendapat ASI hingga saat ini. Frekuensi pemberian ASI saat ini 6-8x/hari. Makanan pendamping ASI yang diberikan adalah bubur bayi instan + 2 sendok takar perkali makan, frekuensi makan 4x/hari dan biskuit 1 keping 2x/hari. Sejak usia 1 tahun anak mulai diberikan nasi tim yang berisi nasi dan sayur-sayuran tanpa protein hewani + 1,5 sendok takar perkali makan, frekuensi makan 4x/hari. Porsi makan anak tidak bertambah sejak usia 1 tahun.

Anak mengalami keterlambatan perkembangan, pada usia 28 bulan anak baru bisa berdiri sendiri, belum dapat berjalan sendiri, baru bisa mengucapkan 5 kata (contoh: papa, mama, makan), pasien belum bisa mencoret-coret tetapi sudah bisa memegang benda kecil seperti pensil, sudah bisa memukul mainan dengan kedua tangan. Pasien masih disuapi setiap makan, belum dapat minum sendiri dari gelas.

Pada pemeriksaan fisis, didapatkan berat badan anak saat ini 6,7 kg dengan tinggi badan 80 cm, suhu 37,9°C, takikardia (110x/menit), dan takipnea (60x/menit)

tanpa adanya retraksi. Tanda-tanda dehidrasi (turgor kulit berkurang, mukosa mulut kering, mata cekung, air mata kering) dan syok (akral dingin) tidak terlihat. Wajah anak terlihat seperti orang tua, terdapat iga gambang, *baggy pants* dan atrofi otot tanpa disertai edema. Pada pemeriksaan paru, terdengar ronki pada paru kanan. Hasil pemeriksaan fisis lainnya dalam batas normal. Pada pemeriksaan laboratorium, didapatkan hemoglobin 11,8 g/dL, hematokrit 36%, leukosit 18.900 μ L, trombosit 514.000 μ L, gula darah sewaktu 104 mg/dL. Anak didiagnosis dengan gizi buruk tanpa komplikasi, bronkopneumonia DD/TB paru, dan *global delayed development*.

Tata laksana awal yang diberikan adalah pemberian larutan glukosa 50 ml melalui oral. Lalu dalam 2 jam pertama diberikan larutan F-75 sebanyak 75 ml setiap 30 menit sambil diobservasi tanda vital dan asupan F-75-nya. Selanjutnya diberikan tiap 2 jam sebanyak 75 ml, karena toleransi anak baik pada hari ke-5 pengobatan, pemberian F-75 ditingkatkan menjadi 110 ml setiap 3 jam dan pada hari ke-6 ditingkatkan menjadi 150 ml setiap 4 jam. ASI



terus diberikan di antara pemberian F-75. Setelah fase stabilisasi selesai, pada hari ke-7 tata laksana beralih ke fase transisi. Anak diberikan larutan F-100 selama 2 hari dengan dosis yang sama dengan F-75 di hari sebelumnya, yaitu 150 ml setiap 4 jam. Toleransi anak terhadap F-100 baik tidak terjadi muntah maupun diare, asupan ASI juga terus dilanjutkan. Setelah 8 hari, BB anak menjadi 7 kg dari 6,7 kg.

Untuk tata laksana bronkopneumonia, diberikan antibiotik kotrimoksazol 2 x 7,5 ml selama 7 hari, terlihat penurunan leukosit dari 18.900 μ L menjadi 13.900 μ L setelah lima hari

pengobatan, batuk dan demam pun berkurang. Tes tuberkulin dilaksanakan setelah seminggu pengobatan, didapatkan hasil negatif. Diagnosis TB belum dapat ditegakkan karena nilai skoring TB (IDAI) ≤ 6 . Tes tuberkulin akan diulang kembali setelah perbaikan status gizi selama 1 bulan.

Pemeriksaan dan tata laksana yang lebih lengkap dan menyeluruh untuk kasus *global delayed development* tidak dapat dilakukan di puskesmas, sehingga diperlukan rujukan ke rumah sakit dengan sarana dan fasilitas tumbuh kembang jika status gizi buruk dan penyakit penyerta akut sudah teratasi.

Pembahasan

Masalah gizi pada anak balita di Indonesia masih menjadi perhatian. Hal ini dapat dilihat dari peningkatan prevalensi gizi buruk pada anak balita dari 5,4% pada tahun 2007 menjadi 5,7% pada tahun 2013.¹ Diagnosis gizi buruk dapat diketahui melalui gejala klinis gizi buruk (kwashiorkor, marasmus atau marasmik-kwashiorkor), antropometri (kurva WHO BB/TB < -3SD) dan pemeriksaan laboratorium.^{1,2}

Keadaan gizi pada balita dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik faktor penyebab langsung maupun faktor penyebab tidak langsung. Faktor penyebab langsung timbulnya masalah gizi pada balita adalah penyakit infeksi serta kesesuaian pola konsumsi makanan dengan kebutuhan anak, sedangkan faktor penyebab tidak langsung merupakan faktor seperti tingkat sosial ekonomi, pengetahuan ibu tentang kesehatan, pendidikan ibu, ketersediaan pangan di rumah, serta akses ke fasilitas pelayanan.³⁻⁵ Proses gizi buruk pada pasien ini pada awalnya disebabkan oleh penyakit infeksi. Infeksi dapat memperburuk keadaan gizi melalui gangguan asupan makanan dan meningkatnya kehilangan zat-zat gizi esensial tubuh.³⁻⁵

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.⁶⁻⁸

Penanganan gizi buruk terdiri dari beberapa fase yaitu fase stabilisasi, fase transisi, fase rehabilitasi, dan fase tindak lanjut. 2 Hipoglikemia, hipotermia, dan dehidrasi harus ditangani pada fase stabilisasi. Pada fase stabilisasi anak diberikan larutan F-75 dosis sesuai dengan berat badan anak, apabila toleransi baik larutan F-75 diganti menjadi F-100 pada fase transisi dan rehabilitasi. Waktu yang dibutuhkan pada fase stabilisasi pada umumnya berlangsung di hari ke 1-2, fase transisi hari ke 3-7, fase rehabilitasi pada minggu ke 2-6 dan fase tindak lanjut minggu ke 7-26. Namun perkiraan waktu tersebut bukanlah keharusan, tetap harus menyesuaikan dengan kondisi klinis anak.

Semua anak dengan gizi buruk berisiko hipoglikemia (kadar gula darah < 3 mmol/L atau < 54 mg/dl) sehingga setiap anak gizi buruk harus diberi makan atau larutan glukosa/gula pasir 10% segera setelah datang ke pelayanan kesehatan.² Cenderung terjadi diagnosis berlebihan dari dehidrasi dan estimasi yang berlebihan mengenai derajat keparahannya pada anak dengan gizi buruk. Hal ini disebabkan oleh sulitnya menentukan status dehidrasi secara tepat pada anak dengan gizi buruk, hanya dengan menggunakan gejala klinis saja. Oleh karena itu, anak gizi buruk

dengan diare cair, bila gejala dehidrasi tidak jelas, anggap dehidrasi ringan. 2 Bila terdapat dehidrasi, jangan gunakan infus kecuali pada dehidrasi berat atau syok. Berikan ReSoMal secara oral atau melalui NGT, lakukan lebih lambat dibanding jika melakukan rehidrasi pada anak dengan gizi baik.²

Semua anak gizi buruk mengalami defisiensi vitamin dan mineral.² Meskipun sering ditemukan anemia, hindari memberikan zat besi pada fase awal, tetapi tunggu sampai anak mempunyai nafsu makan yang baik dan mulai bertambah berat badannya (biasanya pada minggu kedua, mulai fase rehabilitasi). Pemberian suplemen zat besi akan memperparah infeksi, karena zat besi berperan penting dalam proses oksidasi mikroorganisme termasuk patogen.⁹ Dengan kata lain, adanya zat besi semakin menguatkan keberadaan patogen.

Diagnosis tuberkulosis (TB) pada gizi buruk terkadang sulit untuk ditegakkan walaupun penyakit ini sudah umum ditemukan pada pasien gizi buruk. Kekebalan tubuh yang menurun sering membiaskan hasil tes tuberkulin (mantoux) menjadi negatif palsu. Selain itu, tidak adanya fasilitas radiologi di Puskesmas juga semakin menyulitkan penegakan diagnosis TB. Pada pasien ini, nilai skor TB masih ≤ 6 (sistem skoring TB dari IDAI), sehingga diagnosis TB bisa disingkirkan. Pasien ditata laksana

dengan pengobatan antibiotik spektrum luas. Namun, evaluasi klinis dan respon pengobatan tetap dilakukan. Pemeriksaan ulang uji tuberkulin dan foto thorax juga tetap disarankan ketika status gizi sudah membaik.

MD

Daftar Pustaka

1. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013. Jakarta: Badan Litbangkes, Kemenkes RI, 2013.
2. Bagan Anak Tata Laksana Gizi Buruk (Anak I). Jakarta: Dirjen Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, Kemenkes RI, 2011.
3. Khor, GL. Update on the prevalence of malnutrition among children in Asia. *Nepal Med Coll J.* 2003 Dec;5(2):113-22.
4. UNICEF Indonesia. *Maternal and Nutrition. Issue Briefs.* 2012. [Disitasi tanggal 1 November 2016 dari https://www.unicef.org/indonesia/A6-E_Issue_Brief_Child_Nutrition_REV2.pdf]
5. Palupi A, Hadi H, Soenarto SS. Status gizi dan hubungannya dengan kejadian diare pada anak diare akut di ruang rawat inap RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia.* 2009;6(1):1-7.
6. Schaible UE, Kaufmann SHE. Malnutrition and Infection: Complex Mechanisms and Global Impacts. *PLoS Medicine.* 2007;4(5):e115.
7. França TGD, Ishikawa LLW, Zorzella-Pezavento SFG, Chiuso-Minicucci F, da Cunha MLRS, Sartori A. Impact of malnutrition on immunity and infection. *J. Venom. Anim. Toxins incl. Trop. Dis.* 2009; 15(3):374-90.
8. Katona P, Katona-Apte J. The Interaction between Nutrition and Infection. *Clin Infect Dis.* (2008) 46 (10): 1582-8.
9. Cassat JE, Skaar EP. Iron in Infection and Immunity. *Cell host & microbe.* 2013;13(5):509-519.