

**HUBUNGAN LAMA PERAWATAN DENGAN STATUS GIZI SETELAH PERAWATAN DI *THERAPEUTIC FEEDING CENTER* (TFC) PADA ANAK GIZI BURUK DI KABUPATEN BOALEMO, PROVINSI GORONTALO**

***The Association between Length of Care and After Treatment Nutritional Status in TFC for Severe Undernourished Children, Boalemo District, Gorontalo Province***

Bunga Ch Rosha, Budi Setyawati, Nurhandayani Utami<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Peneliti Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat

Email: bunga.puslit3@gmail.com

Diterima: 24 September 2014; Direvisi: 24 Oktober 2014; Disetujui: 27 Maret 2015

**ABSTRACT**

One of nutritional problems in Indonesia is severe undernutrition. To overcome this problem the government set a target that all severe undernourished children should get optimal care to recover their nutritional status. One of the treatments for the severe undernourished children is a treatment in *therapeutic feeding center* (TFC). The successful of recovery of nutritional status in TFC was influenced by several factors, such as the length of care. This article presents the information about the association between length of care and nutritional status of children after treatment in TFC Tani-Nelayan, Boalemo District, Gorontalo Province in 2008-2012. This paper use quantitative and qualitative data. The quantitative data was gathered from patient register (in and out) in TFC during 2008-2012 (180 respondent), while the qualitative data was obtained from in depth interview (IDI) with patient's family and TFC officers (7 informants). The quantitative data analysis was done with univariate, bivariate and multivariate analysis. The qualitative data analysis presented the excerpts answers from informants. Logistic regression analysis showed that children who received treatment less than 30 days have possibility or risk of 2,78 times to keep suffering from severe undernutrition compare to children who received treatment more than 30 days. The IDI results showed that factors caused premature leave of treatment in TFC on severe undernourished patients were concerns regarding caring the other children, household matters, and economic reason. Therefore, improvement of mother's and family's knowledge on the importance of total caring for severe undernourished children in TFC is very crucial, so that there is no mothers or families leave the TFC before the treatment of severe undernourished children perfectly executed.

**Keywords:** *Severe undernourished, period of care, TFC*

**ABSTRAK**

Permasalahan gizi di Indonesia salah satunya adalah permasalahan gizi buruk. Untuk mengatasi masalah ini Pemerintah menetapkan bahwa semua balita gizi buruk harus mendapatkan perawatan yang optimal untuk memulihkan status gizi menjadi normal. Salah satu perawatan yang dilakukan yaitu perawatan anak gizi buruk di *therapeutic feeding center* (TFC). Keberhasilan pemulihan status gizi dipengaruhi banyak faktor, salah satunya adalah faktor lama rawat anak di TFC. Tulisan ini menyajikan informasi mengenai hubungan antara lama rawat anak gizi buruk dengan status gizi anak setelah perawatan di TFC Tani-Nelayan Kabupaten Boalemo Provinsi Gorontalo dalam rentang waktu tahun 2008-2012. Tulisan ini menggunakan data kuantitatif dan kualitatif. Data kuantitatif didapatkan dari data sekunder yaitu data register pasien masuk dan register pasien keluar TFC tahun 2008-2012 sehingga didapatkan 180 responden dengan kriteria inklusi yaitu memiliki kelengkapan data yang dibutuhkan dalam analisis ini, sedangkan data kualitatif didapatkan dari hasil wawancara mendalam kepada keluarga pasien dan petugas TFC (7 informan). Analisis data kuantitatif dilakukan dengan univariat, bivariat dan multivariat. Sedangkan data kualitatif disajikan berupa petikan jawaban informan. Hasil analisis regresi logistik menunjukkan bahwa anak yang dirawat di TFC < 30 hari memiliki peluang atau risiko 2,78 kali untuk tetap mengalami gizi buruk setelah dilakukan perawatan di TFC dibandingkan anak yang dirawat  $\geq$  30 hari. Dari hasil wawancara mendalam diketahui bahwa faktor yang menyebabkan pasien gizi buruk meninggalkan TFC sebelum waktunya antara lain karena alasan kecemasan ibu mengenai pengurusan anak lainnya dan rumah tangga yang ditinggalkan dan alasan ekonomi yang terbengkalai. Oleh karena itu perlu peningkatan pengetahuan ibu dan keluarga mengenai pentingnya perawatan anak gizi buruk di TFC secara paripurna sehingga tidak ada lagi ibu atau

keluarga yang mangkir atau meninggalkan TFC sebelum proses penanganan dan pengobatan anak gizi buruk sempurna dilaksanakan.

**Kata kunci:** Gizi buruk, lama perawatan, TFC

## PENDAHULUAN

Saat ini Indonesia masih mengalami permasalahan gizi balita, salah satunya adalah gizi buruk. Menurut Muller dan Krawinkel (2005) gizi buruk merupakan permasalahan yang sering ditemukan pada negara-negara berkembang dan membutuhkan perhatian khusus karena gizi buruk merupakan faktor risiko dari kejadian kesakitan dan kematian balita. Dalam kamus Gizi Pelengkap Kesehatan Keluarga (2009) dinyatakan bahwa gizi buruk merupakan keadaan kekurangan gizi tingkat berat yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dari makanan sehari-hari dan terjadi dalam waktu yang cukup lama. Hal ini sejalan dengan yang diungkapkan oleh Moehji (2003) yang menyatakan gizi buruk menggambarkan suatu keadaan patologis yang terjadi akibat tidak terpenuhinya kebutuhan tubuh akan berbagai zat gizi dalam jangka waktu yang relatif lama. Status gizi buruk ditentukan salah satunya dengan cara melihat z-score indeks berat badan terhadap tinggi badan (BB/TB) < -3 SD. Permasalahan gizi ini menggambarkan permasalahan gizi akut.

Masalah gizi buruk adalah masalah yang kompleks karena banyak faktor yang mempengaruhinya. Unicef (1997) membagi penyebab gizi buruk menjadi, Penyebab langsung (*immediate cause*) yaitu asupan makanan yang tidak cukup dan penyakit infeksi yang diderita anak. Penyebab yang mendasari (*underlying cause*) masalah kekurangan gizi pada level keluarga yaitu tidak cukup akses terhadap pangan, pola asuh anak yang kurang baik, dan akses terhadap pelayanan kesehatan dan air bersih yang tidak memadai. Penyebab dasar (*basic cause*) adalah kuantitas dan kualitas sumber daya potensial yang ada di masyarakat misalnya manusia, ekonomi dan lingkungan. Menurut Soekirman (2005) permasalahan gizi jika tidak segera ditangani dapat mengakibatkan Indonesia kehilangan generasi penerus (*lost generation*) yang berkualitas di masa depan. Oleh karena itu perbaikan gizi harus dilakukan secara menyeluruh agar dapat

dicapai hasil yang optimal. WHO (1999) menganjurkan untuk penanganan gizi buruk melalui rawat inap di rumah sakit atau TFC (*therapeutic feeding center*). Menurut Kementerian Kesehatan (2011) TFC adalah tempat yang diselenggarakan oleh Pemerintah untuk pemulihan anak balita dengan permasalahan gizi. Pusat Pemulihan Gizi (PPG) atau yang dikenal sebagai *Therapeutic Feeding Centre (TFC)* berfungsi sebagai tempat perawatan dan pengobatan secara intensif, dengan melibatkan ibu atau keluarga dalam perawatan anak. Penyelenggaraan TFC dapat memanfaatkan fasilitas bangunan yang sudah ada misalnya di puskesmas perawatan, rumah sakit atau membuat bangunan khusus atau baru. Oleh karena itu keberadaan TFC penting sebagai wadah untuk penanggulangan gizi buruk. Kementerian Kesehatan bahkan menyebutkan bahwa penanganan gizi buruk baik secara rawat inap maupun jalan merupakan jawaban terhadap pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang perbaikan gizi, yaitu setiap anak gizi buruk yang ditemukan harus mendapatkan perawatan sesuai dengan standar.

Collin S, *et al* (2006) menyebutkan bahwa di negara berkembang sebesar dua persen (sekitar 13 juta) anak menderita malnutrisi akut. Berdasarkan data Riskesdas tahun 2007, 2010 dan 2013 prevalensi gizi buruk berdasarkan indeks antropometri berat badan terhadap tinggi badan (BB/TB) pada balita di Indonesia masing-masing sebesar 13,6 persen, 13,3 persen dan 12,1 persen. Terjadi penurunan prevalensi dibandingkan pada tahun 2010 (1,2 %) dan 2007 (1,5 %). Arnelia (2011) menulis mengenai besar masalah gizi buruk berdasarkan score malnutrisi akut di Indonesia menggunakan data Riskesdas 2007 dan 2010 menunjukkan bahwa pada tahun 2007 terdapat 21 provinsi yang memiliki angka prevalensi gizi buruk di atas prevalensi nasional dan pada 2010 terdapat 17 provinsi dengan prevalensi di atas nasional, 12 provinsi merupakan provinsi yang sama dengan tahun 2007, sedangkan provinsi yang memiliki prevalensi di atas nasional yang baru muncul pada tahun 2010

berjumlah 5 provinsi. Provinsi yang mengalami penurunan prevalensi yang cukup tinggi sebesar 4,2 persen dalam jangka waktu 3 tahun, salah satunya adalah Provinsi Gorontalo.

Meskipun Provinsi Gorontalo mengalami penurunan prevalensi gizi buruk berdasarkan indeks BB/TB tahun 2007 sebesar 16,7 persen menjadi 11,8 persen di tahun 2010 (Risksdas 2007-2010), tetapi kejadian gizi buruk masih cukup tinggi di beberapa kabupaten, salah satunya yaitu Kabupaten Boalemo. Berdasarkan data Kementerian Kesehatan mengenai IPKM (2011) Kabupaten Boalemo merupakan salah satu kabupaten di Provinsi Gorontalo yang memiliki IPKM rendah sehingga masuk dalam salah satu daerah bermasalah kesehatan. Kabupaten Boalemo memiliki nilai IPKM sebesar 0,371624 dan menempatkannya pada peringkat ke-411 dari 440 kabupaten/kota di Indonesia dan merupakan kabupaten dengan kemiskinan yang tinggi sebesar 29,21 persen.

Untuk menanggulangi permasalahan status gizi buruk pada anak, Pemerintah Kabupaten Boalemo mendirikan pelayanan TFC rawat inap sejak tahun 2008. TFC tersebut berada di dalam komplek Rumah Sakit Pemerintah bernama Rumah Sakit Tani dan Nelayan (RSTN). Keberhasilan pemulihan status gizi anak gizi buruk di TFC dipengaruhi banyak faktor, salah satunya adalah faktor lama rawat anak di TFC. Tulisan ini menyajikan informasi mengenai hubungan antara lama rawat anak gizi buruk dengan status gizi anak setelah perawatan di TFC Tani-Nelayan Kabupaten Boalemo Provinsi Gorontalo dalam rentang waktu tahun 2008-2012.

## BAHAN DAN CARA

Tulisan ini merupakan bagian dari penelitian Riset Operasional Pendampingan Daerah Bermasalah Kesehatan (RO PDBK) tahun 2012 dengan judul "Pendampingan PDBK dan Pemberdayaan Kader Dasa Wisma Dalam Upaya Peningkatan Status Gizi Balita Dan IPKM Di Kabupaten Boalemo, Gorontalo". Tulisan ini menggunakan data primer dan sekunder. Data sekunder didapatkan dari data register pasien masuk dan register pasien keluar TFC

Kabupaten Boalemo tahun 2008-2012. Kriteria inklusi yaitu pasien yang memiliki kelengkapan data yang terdapat dalam buku register yang dibutuhkan dalam analisis ini diambil menjadi responden sehingga didapatkan jumlah responden sebesar 180 anak. Data primer didapatkan dari hasil wawancara mendalam kepada tujuh informan yang dipilih secara purposif, dimana ketika pengambilan data ini dilakukan responden memang sedang berada di TFC. Informan terdiri dari dua orang tua anak gizi buruk yang sedang di rawat di TFC, satu orang dokter anak, satu orang petugas gizi, satu orang perawat yang bertugas di TFC dan dua orang petugas Dinas Kesehatan Boalemo yang membawahi program TFC. Tujuh orang responden yang diwawancarai dirasakan sudah cukup oleh penulis karena informasi yang didapatkan sudah menemui titik kesamaan. Informasi kualitatif ini untuk mendukung hasil dari analisis kuantitatif yang dilakukan oleh penulis.

Berdasarkan data register masuk dan register keluar pasien TFC didapatkan data-data berupa identitas pasien (nama anak, nama orang tua, asal desa atau asal puskesmas, status gizi masuk dan status gizi keluar, penyakit penyerta-status sembuh penyakit, tanggal masuk TFC-tanggal keluar TFC). Pada analisis kuantitatif yang merupakan variabel terikat adalah status gizi anak setelah dirawat di TFC Sedangkan variabel bebas terdiri dari : lama rawat, penyakit penyerta, jenis kelamin, jarak ke TFC, dan usia anak.

Data status gizi anak dikategorikan berdasarkan indeks berat badan terhadap tinggi badan (BB/TB)  $< -3$  SD yang kemudian dikategorikan menjadi gizi buruk dan normal. Usia anak dikelompokkan menjadi usia 0-24 bulan dan 25-59 bulan. Jenis kelamin dibedakan menjadi perempuan dan laki-laki. Lama rawat dibagi menjadi lama rawat  $\geq 30$  hari dan lama rawat  $< 30$  hari. Jarak ke TFC dikelompokkan menjadi dekat dan jauh. Kategori dekat yaitu jika tempat tinggal balita atau pasien berada dekat lokasi TFC yaitu di Kecamatan Tilamuta, sedangkan balita atau pasien yang tinggal di luar Kecamatan Tilamuta dimasukkan ke dalam kategori jarak jauh ke TFC. Status penyakit penyerta yaitu penyakit yang diderita oleh anak ketika masuk TFC.

Penyakit penyerta yang dimiliki anak antara lain : batuk, panas, TB paru, diare, *pneumonia*, gatal, *hyperglikemia*, ispa, kejang, dan penyakit lainnya. Kategori untuk status penyakit penyerta yaitu tidak ada penyakit penyerta dan ada penyakit penyerta.

Analisis data kualitatif disajikan berupa hasil wawancara dengan informan terpilih. Data kualitatif ini merupakan data pendukung dari data kuantitatif dan disajikan sebagai pelengkap dan penguat hasil analisis. Sedangkan analisis data kuantitatif menggunakan SPSS 17. Data dianalisis secara univariat untuk menggambarkan distribusi frekuensi masing-masing variabel baik variabel *dependent* maupun variabel

*independent*. Kemudian dilakukan analisis bivariat dan multivariat dengan pengujian regresi logistik antara variabel status gizi anak setelah dirawat di TFC dan lama rawat di TFC dengan semua variabel potensial perancu atau *konfounding* (usia, jenis kelamin, jarak ke TFC, penyakit penyerta) kemudian didapatkan OR *adjusted (gold standard)*. Pemodelan yang digunakan yaitu pemodelan dengan melihat perubahan OR *adjusted (gold standard)* dengan mengeluarkan satu persatu variabel potensial perancu. Jika perubahan > 10% maka dianggap *konfounding* sehingga dipertahankan ada dalam model. Perubahan OR dihitung dengan rumus :

$$\frac{\text{OR adjusted (gold standard)} - \text{OR variabel konfounding yang dikeluarkan} \times 100\%}{\text{OR adjusted (gold standard)}}$$

## HASIL

### Karakteristik anak yang dirawat di TFC

Dalam tabel 1 diketahui bahwa anak gizi buruk yang dirawat dalam rentang waktu tahun 2008-2012 di TFC Kabupaten Boalemo, Provinsi Gorontalo sebanyak 180 anak, 85 persen berumur 0-24 bulan. Proporsi anak gizi buruk dan kurang yang dirawat berdasarkan jenis kelamin lebih besar terjadi pada anak laki-laki (53,9 %). Sebanyak 64,4 persen anak memiliki penyakit penyerta ketika pertama kali masuk perawatan di TFC. Penyakit penyerta terbanyak yang diderita anak adalah panas dan batuk. Hampir seluruh

resonden berasal dari wilayah yang jauh dari lokasi TFC (86,1 %) dan memiliki lama rawat di TFC < 30 hari sebesar 86,1 persen dengan rata-rata lama rawat anak di TFC adalah 16 hari. Anak yang dirawat berulang dalam rentang waktu dari tahun 2008-2012 sebesar 4,4 persen. Semua anak (100 %) pertama kali masuk TFC merupakan anak dengan gizi buruk (kurus atau kurus sekali). Lebih dari setengah dari jumlah responden (52,8 %) memiliki status gizi normal menurut BB/TB setelah dirawat di TFC. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 1 berikut :

Tabel 1. Karakteristik anak gizi buruk yang dirawat di TFC Kabupaten Boalemo Provinsi Gorontalo tahun 2008-2012

Variabel	n	%
Umur Anak		
0-24 bulan	153	85
25-60 bulan	27	15
Jenis Kelamin		
Laki-laki	97	53.9
Perempuan	83	46.1
Penyakit Penyerta		
Tidak ada penyakit penyerta	64	35.6
Ada penyakit penyerta	155	64.4
Jarak Rumah-TFC		
Dekat	25	13.9
Jauh	155	86.1
Lama Rawat		
≥ 30 hari	25	13.9
< 30 hari	155	86.1
Rawat berulang		
Tidak rawat berulang	172	95,6
Rawat berulang	8	4,4
Status Gizi ketika masuk TFC (BB/TB)		
Gizi normal	0	0
Gizi buruk (kurus dan sangat kurus)	180	100
Status Gizi setelah dirawat (BB/TB)		
Gizi normal	95	52.8
Gizi buruk (kurus dan sangat kurus)	85	47.2
<b>JUMLAH</b>	<b>180</b>	<b>100</b>

**Hubungan lama rawat dan variabel lain dengan status gizi anak setelah perawatan di TFC Kabupaten Boalemo Provinsi Gorontalo tahun 2008-2012**

Bedasarkan hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa anak usia 0-24 bulan (54,2%), anak dengan jenis kelamin laki-laki (54,6%), anak yang tidak memiliki penyakit penyerta (54,7%), anak yang rumahnya dekat dengan TFC (60%), dan anak yang dirawat ≥

30 hari (72%) lebih besar jumlahnya yang memiliki status gizi baik setelah dilakukan perawatan di TFC dibandingkan anak yang berusia 25-60 bulan (44,4%), berjenis kelamin perempuan (50,6%), memiliki penyakit penyerta (51,7%), memiliki rumah dengan lokasi yang jauh dari TFC (51,6%) dan di rawat < 30 hari (49,7%). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 2 berikut ini :

Tabel 2. Hubungan lama rawat dan variabel lain dengan status gizi anak setelah perawatan di TFC Kabupaten Boalemo Provinsi Gorontalo tahun 2008-2012

Variabel	Status Gizi				Total		P Value
	Gizi Baik		Gizi Buruk-Kurang		n	%	
	n	%	n	%			
Umur Anak							0,4
0-24 bulan	83	54,2	70	45,8	153	100	
25-60 bulan	12	44,4	15	55,6	27	100	
Jenis Kelamin							0,6
Laki-laki	53	54,6	44	45,4	97	100	
Perempuan	42	50,6	41	49,4	83	100	
Penyakit Penyerta							0,8
Tidak ada penyakit penyerta	35	54,7	29	45,3	64	100	
Ada penyakit penyerta	60	51,7	56	48,3	116	100	
Jarak Rumah-TFC							0,5
Dekat	15	60,0	10	40,0	25	100	
Jauh	80	51,6	75	48,4	155	100	
Lama Rawat							0,06
≥ 30 hari	18	72,0	7	28,0	25	100	
< 30 hari	77	49,7	78	50,3	155	100	
Total	95	52,8	85	47,2	180	100	

**Lama rawat sebagai variabel yang paling berhubungan dengan status gizi anak setelah perawatan di TFC Kabupaten Boalemo Provinsi Gorontalo tahun 2008-2012**

Untuk melihat hubungan lama rawat dengan status gizi anak setelah perawatan menggunakan analisis multivariat dengan regresi logistik antara variabel lama rawat di TFC dengan status gizi anak setelah dirawat dengan semua variabel potensial perancu

(*confounding*) didapatkan OR adjusted (*gold standar*) sebesar 3,04 ( 95% CI 1,17-7,95). Pemodelan dengan melihat perubahan OR *adjusted (gold standar)* dengan mengeluarkan satu persatu variabel potensial perancu. Variabel yang memiliki perubahan OR > 10% maka dianggap *confounding* dan variabel tersebut akan dimasukkan kembali ke model. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 3 berikut :

Tabel 3. Hubungan lama rawat dengan status gizi anak setelah dirawat di TFC

Peubah	B	S.E.	OR (ExpB)	95% C.I. for Exp (B)	
				Lower	Upper
Lama Rawat					
≥ 30 hari (reference)					
< 30 hari	1,02	0,48	2,78	1,08	7,12
Umur Anak					
25-60 bulan(reference)					
0-24 bulan	-0,50	0,43	0,60	0,26	1,41
Constant	-0,56	0,55	0,57		

Tabel 3. Menunjukkan hasil bahwa anak yang dirawat di TFC < 30 hari memiliki peluang atau risiko 2,78 kali untuk tetap mengalami gizi kurang setelah dilakukan perawatan di TFC dibandingkan anak yang dirawat ≥ 30 hari (OR=2,78 95% CI 1,08-

7,12) setelah dikontrol dengan variabel umur anak.

## Informasi hasil kualitatif lama rawat dan alasan meninggalkan TFC sebelum masa perawatan selesai

### Lama Rawat Pasien

Lama rawat anak-anak gizi buruk di TFC juga merupakan hal yang penting dalam proses penyembuhan status gizi buruk di TFC. Lama rawat pasien berbeda-beda, ada yang patuh menjalani perawatan hingga sembuh tetapi ada juga pasien yang dibawa pulang paksa oleh keluarga sebelum perawatan tuntas dilakukan. Hasil wawancara mendalam kepada petugas TFC mengenai lama rawat menunjukkan beberapa jawaban antara lain :

*“Paling lama ada yang sampai 3 bulan dan itu sampai benar-benar sembuh”*

*“Tidak bisa ditentukan berapa lama, karena di sini ada target untuk mencapai berat yang normal, bukan target waktu. Berapa lama pun boleh, asalkan berat yang normal sudah tercapai, boleh rawat jalan dan pulang ke rumah”*

*“ada yang baru beberapa hari disini sudah pulang paksa”*

*“Kadang baru satu sampai dua minggu minta pulang”*

### Alasan Pasien Meninggalkan TFC sebelum masa perawatan selesai

Banyak faktor yang menyebabkan pasien gizi buruk meninggalkan TFC sebelum waktunya antara lain karena ibu sebagai penunggu atau pendamping anak di TFC merasa tidak enak terhadap anggota keluarga lain yang ditinggalkan di rumah serta kecemasan soal pengurusan rumah tangga. Hal ini seperti yang diungkapkan informan dalam wawancara mendalam :

*“si ibu harus ngurusin rumah tangga, masak untuk anak yang lain, atau memberikan pelayanan untuk suami ...”*

Selain itu, alasan lain yang menyebabkan anak gizi buruk meninggalkan TFC sebelum selesai masa pengobatan karena peran ibu sebagai pembantu penopang ekonomi keluarga yang membuat ibu harus membantu suami untuk bekerja di luar rumah. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh salah satu informan :

*“Kendala di sini adalah ekonomi. Kadang baru satu sampai dua minggu minta pulang, karena alasan bantu suami di ladang...”*

### PEMBAHASAN

Untuk menekan kematian bayi atau balita dan menurunkan prevalensi gizi kurang dan buruk, Pemerintah menetapkan target bahwa semua balita gizi buruk harus dirawat. WHO (1999) dan Kemenkes (2011) menyatakan bahwa penanganan anak gizi buruk terutama yang memiliki komplikasi medis dianjurkan melalui rawat inap di rumah sakit ataupun di TFC (*therapeutic feeding center*) sesuai pedoman sedangkan untuk anak gizi buruk tanpa komplikasi dapat dilakukan perawatan jalan (tidak menginap di rumah sakit atau TFC). Collins *et al* (2006) mengemukakan hasil penanganan anak gizi buruk yang dilakukan di Ethiopia melalui rawat inap dan rawat jalan menunjukkan bahwa tingkat kesembuhan melalui rawat inap lebih tinggi dibandingkan dengan rawat jalan, yaitu 84,1 persen dan 80,8 persen. Angka *drop out* cukup tinggi pada rawat jalan sebesar 14,4 persen sedangkan rawat inap 2,6 persen.

Dalam pelaksanaannya penanganan anak gizi buruk melalui rawat inap di rumah sakit ataupun TFC ini masih mengalami hambatan baik berupa hambatan sumber daya manusia (tenaga kesehatan), fasilitas di rumah sakit atau TFC maupun hambatan yang berasal dari keluarga pasien yang menyebabkan perawatan anak gizi buruk menjadi tidak optimal dilaksanakan. Salah satu hambatan yang berasal dari keluarga pasien adalah ketidakpatuhan keluarga yang berhubungan dengan lama perawatan. Banyak keluarga yang mangkir atau meninggalkan TFC sebelum proses pengobatan dan pemulihan status gizi anak selesai dilaksanakan. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Teferi E, Lera M, Sita S, Bogale Z, Datiko DG, dan Yassin MA (2010) di wilayah bagian selatan Ethiopia menunjukkan 9,1 persen pasien gizi buruk meninggalkan TFC sebelum menyelesaikan pengobatan.

Penelitian yang dilakukan Collin (2002) menunjukkan bahwa perawatan

maksimal dilakukan dalam jangka waktu 30-40 hari untuk mengembalikan status gizi anak menjadi baik atau normal dengan menaikkan berat badan anak sebesar >8 gram/kg BB/hari. Sejalan dengan hal ini Yvonne G dalam Teferi E, *et al* (2010) dalam kajiannya menyebutkan bahwa di Jamaika total lama perawatan anak malnutrisi akut adalah 33 hari .

Hasil uji regresi logistik pada analisis ini menunjukkan bahwa anak yang dirawat di TFC < 30 hari memiliki peluang atau risiko 2,78 kali untuk tetap mengalami gizi buruk setelah dilakukan perawatan di TFC dibandingkan anak yang dirawat  $\geq$  30 hari (OR=2,78 95% CI 1,08– 7,12). Hal ini menunjukkan bahwa lama perawatan < 30 hari di TFC belum maksimal untuk menaikkan berat badan anak gizi buruk menjadi normal atau baik. Kemungkinan ada beberapa hal yang masih harus ditangani seperti menyembuhkan penyakit penyerta seperti batuk, ISPA, TB, paru dan lainnya yang membutuhkan waktu lebih lama. Jika penyakit penyerta ini sudah dapat tertangani, maka pemulihan status gizinya pun akan lebih mudah.

Berbeda dengan hasil di atas, beberapa penelitian berikut menunjukkan bahwa lama perawatan < 30 hari dapat menaikkan berat badan anak gizi buruk. Penelitian yang dilakukan di Nigeria (2007) menggunakan tiga strategi berbeda dalam menangani anak malnutrisi yaitu perawatan di TFC, gabungan perawatan TFC dan perawatan di rumah dan perawatan sendiri di rumah menunjukkan rata-rata lama perawatan dalam tiap masing-masing strategi perawatan adalah 17,4 hari, 39,4 hari, dan 29 hari dengan rata-rata kenaikan berat badan tiap strategi perawatan masing-masing 20,8 g/kg/day, 10,1 g/kgBB/day dan 9,7 g/kgBB/day. Hal ini menunjukkan bahwa perawatan anak gizi buruk di TFC hanya membutuhkan waktu lebih singkat dan dapat meningkatkan berat badan lebih besar dibandingkan strategi perawatan lainnya. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Teferi E, Lera M, Sita S, Bogale Z, Datiko DG, dan Yassin MA (2010) di 25 TFC di 5 wilayah Ethiopia menunjukkan rata-rata lama tinggal di TFC adalah sebesar 25 hari untuk pasien wasting parah dan 21 hari untuk pasien dengan malnutrisi dengan edema.

Lama rawat anak anak gizi buruk di TFC berbeda-beda, ada yang patuh menjalani perawatan hingga sembuh tetapi ada juga pasien yang dibawa pulang paksa oleh keluarga sebelum perawatan tuntas dilakukan. Alasan pasien pulang paksa karena masalah ekonomi. Ibu sebagai penunggu pasien atau anak biasanya merangkap sebagai penopang ekonomi keluarga, sehingga selama masa perawatan di TFC, Ibu kehilangan pendapatan untuk membantu ekonomi keluarga. Selain itu alasan pulang paksa lainnya adalah masalah pengurusan rumah tangga dan anak yang ditinggal di rumah. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Olly Nancy (2012) mengenai kepatuhan pasien di TFC Gorontalo bahwa pada umumnya ibu mengalami kesulitan dalam membagi waktu antara mengurus anaknya yang sedang dirawat di TFC dengan anak-anaknya yang berada di rumah untuk memberikan makan dan mengurus anaknya terutama jika anak yang dirumah juga sedang sakit.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Hasil analisis regresi logistik menunjukkan anak yang dirawat di TFC < 30 hari memiliki peluang atau risiko 2,78 kali untuk tetap mengalami gizi buruk-kurang setelah dilakukan perawatan di TFC dibandingkan anak yang dirawat  $\geq$  30 hari.

### Saran

Meningkatkan pengetahuan ibu dan keluarga mengenai pentingnya perawatan anak gizi buruk di TFC secara paripurna sehingga tidak ada lagi ibu atau keluarga yang mangkir atau meninggalkan TFC sebelum proses penanganan dan pengobatan anak gizi buruk sempurna dilaksanakan.

## UCAPAN TERIMAKASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo, Provinsi Gorontalo beserta jajarannya serta petugas TFC Kabupaten Boalemo atas izin yang diberikan untuk menggunakan data register masuk-register



keluar pasien gizi buruk TFC Kabupaten Boalemo serta kesediaannya untuk memberikan informasi yang dibutuhkan sehubungan dengan penulisan artikel ini.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Amelia. (2011). Kajian penanganan anak gizi buruk dan prospeknya. *Penel Gizi Makan*. 2011;34(1):1-11.
- Collins S, Dent N, Binns P, Bahwere Paluku, Sadler K, Hallam A. (2006). Management of severe acute malnutrition in children. *Lancet*. 2006. 368 (9551) : 1992 – 2000.
- Collins S, Sadler K, Dent N, Khara T, Guerrerol S, Myatt M, et al. (2006). Key issues in the success of community based management of severe malnutrition. *Food and Nutrition Bulletin*. 2006 : 27 (3)
- Collins S, Sadler K. (2002). Outpatient care for severely malnourished children in emergency relief programmes : a retrospective cohort study. *Lancet*. 2002;360 (9348): 1824-30
- Gaboulaud V, Bouzova DN, Brasher C, Fedida G, Gergonne B and Brown V. (2007). Could nutritional rehabilitation at home complement or replace center based therapeutic feeding programmes for severe malnutrition. *Journal of Tropical Pediatrics*. 2007; 53 (1): 49-51
- Kementerian Kesehatan. (2008). *Hasil Riset Kesehatan Dasar 2007*. Jakarta, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan. (2010). *Hasil Riset Kesehatan Dasar 2010*. Jakarta, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan. (2011). *Buku saku penanggulangan daerah bermasalah kesehatan*. Jakarta, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan. (2011). *Pedoman pelayanan anak gizi buruk*. Jakarta, Direktorat Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan. (2013). *Hasil Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Moehji, S. (2003). *Ilmu gizi 2 : penanggulangan gizi buruk*. Jakarta, Paras Sinar Kinanti.
- Muller and Krawinkel M. (2005). Malnutrition and health in developing countries. *Canadian Medical Association Journal*. Aug. 2, 2005;173 (3) : 279.
- Olly Nancy. (2012). Kepatuhan ibu memberi asupan gizi sesuai instruksi petugas dan status gizi balita gizi buruk di therapeutic feeding centre kabupaten gorontalo. *Jurnal Health and Sport*. 2012 ; Vol.05 No.10
- Sandjaja. (2009). *Kamus gizi pelengkap kesehatan keluarga*. Jakarta, Penerbit Buku Kompas Media.
- Soekirman. (2005). *Perlu Paradigma Baru untuk Menanggulangi Masalah Gizi Makro di Indonesia*. [Internet]. Tersedia dari <<http://www.gizi.net/makalah/download/prof-soekirman.pdf>>. [Diakses tanggal 9 April 2009].
- Teferi E, Lera M, Sita S, Bogale Z, Datiko DG, and Yassin MA. (2010). Treatment outcome of children with severe acute malnutrition admitted to therapeutic feeding centers in southern region of Ethiopia. *Ethiop J Health Dev*. 2010;24(3):234-238
- United Nations Children's Fund. (1997). *The care initiative assessment. Analysis and action to improve care for Nutrition*. New York, United Nations Children's Fund.
- World Health Organization. (1999). *Management of severe malnutrition : a manual for physicians and other senior health workers*. Geneva, World Health Organization.