

Upaya Peningkatan Status Gizi Balita Malnutrisi Akut Berat Melalui Program *Home Care*

Improving Nutritional Status of Children with Severe Acute Malnutrition Through Home Care Program

Titih Huriah*, Laksono Trisnantoro**, Fitri Haryanti***, Madarina Julia****

*Program Studi Ilmu Keperawatan FKIK Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, **Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, ***Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, ****Departemen Ilmu Kedokteran Anak Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada

Abstrak

Malnutrisi pada balita masih merupakan permasalahan di Indonesia termasuk di Daerah Istimewa Yogyakarta. Berdasarkan indikator berat badan menurut tinggi badan, 2,6% balita mengalami malnutrisi akut berat. Pada beberapa dekade terakhir, telah terjadi pergeseran paradigma dalam penanganan balita malnutrisi, yang sebelumnya berbasis pendekatan fasilitas kesehatan bergeser menjadi pendekatan berbasis komunitas. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh program *home care* terhadap peningkatan status gizi balita malnutrisi pada anak usia 6-60 bulan. Penelitian menggunakan desain kuasi eksperimen dengan *pretest* dan *posttest control group* melalui tiga tahap pendampingan yaitu intensif, mandiri, dan penguatan dengan pendekatan asuhan keperawatan. Sampel adalah 56 balita malnutrisi akut di dua wilayah, yaitu 33 balita di Kota Yogyakarta (eksperimen) dan 23 balita di Kabupaten Sleman (kontrol) dengan teknik pengambilan sampel yaitu *purposive sampling*. Intervensi *home care* diberikan selama tiga 3 bulan (Januari sampai Maret 2013). Hasil penelitian menunjukkan setelah program *home care*, terjadi peningkatan yang signifikan pada status gizi balita ($p < 0,05$). Pada akhir intervensi, terjadi penurunan kejadian malnutrisi akut berat dari 100% menjadi 56,7% ($p < 0,05$).

Kata kunci: Balita, *home care*, malnutrisi akut berat, status gizi

Abstract

Children undernutrition is still an issue in Indonesia, including in the Special Region of Yogyakarta. Based on weight for height indicator, 2.6% children experience severe acute malnutrition. In the last few decades, there has been a paradigm shift in the management of acute malnutrition from a facility-based to community-centered approach. The purpose of this study was to analyze the effect of home care intervention on the improvement of nutritional status of severe acute malnutrition children aged 6-60 months. This study was designed with quasi-experimental and pretest-posttest control group design, conducted in three phases; intensive, strengthening and

independent with nursing approach (January until March 2013). Samples were 56 children with severe and moderate acute malnutrition for both study sites, 33 children in Yogyakarta city (experiment) and 23 children in Sleman district (control), selected using purposive sampling. Home care intervention is given for three months (January until March 2014). Results findings show there were significant increase in nutritional status ($p < 0.05$) after home care intervention. At end line evaluation, the proportion of severe acute malnutrition in the experimental groups reduced significantly from 100% to 56,7% ($p < 0.05$).

Keywords: Children, home care, severe acute malnutrition, nutritional status

Pendahuluan

Malnutrisi merupakan penyebab utama kematian pada anak balita.¹ Di negara berkembang, balita malnutrisi yang dirawat di rumah sakit mencapai 24%.² Pada tahun 2008, 8,8 juta anak balita di dunia meninggal dan lebih dari sepertiga kematian tersebut karena malnutrisi. Diperkirakan 148 juta anak mengalami malnutrisi, 78 juta berada di Asia Selatan dan 38 juta di Sub-Sahara Afrika.³

Pada anak balita, malnutrisi dapat diklasifikasikan menjadi dua yaitu malnutrisi sedang dan malnutrisi berat. Malnutrisi sedang seringkali dinamakan malnutrisi akut sedang, yaitu nilai skor z berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) di antara -2 hingga -3 standar deviasi (SD) di bawah nilai *mean* atau 70 - 80% National Center for Health Statistic (NCHS). Malnutrisi akut berat yaitu

Korespondensi: Titih Huriah, Dep.Kep.Komunitas Prodi Ilmu Keperawatan FKIK UMY, Kampus Terpadu UMY, Jl. Ringroad Selatan Tamantirto Kasihan Bantul, No.Telp: 0274-387656 ext 215, e-mail: titih_psikumy@yahoo.com

nilai skor z BB/TB kurang dari -3 SD di bawah nilai *mean* atau <70% NCHS atau lingkaran atas kurang dari 115 mm.^{4,5} Malnutrisi akut berat telah menyebabkan kematian dua juta balita di dunia setiap tahun.⁶ Secara global, malnutrisi akut sedang dan malnutrisi akut berat telah diderita oleh 20-52 juta anak balita di dunia.^{5,7}

Di Indonesia, pada tahun 2007 prevalensi anak balita yang mengalami gizi kurang dan pendek adalah 18,4% sehingga Indonesia termasuk di antara 36 negara di dunia yang memberi 90% kontribusi masalah gizi dunia. Pada tahun 2010, prevalensi gizi kurang dan pendek menurun menjadi 17,9%. Prevalensi kurus dan sangat kurus (*wasting*) berdasarkan indeks BB/TB pada anak balita tidak turun bermakna selama tiga tahun terakhir. Menurut data Riskesdas tahun 2010, sebanyak 13,3% anak balita tergolong kurus dan sangat kurus.⁸ Data dari Kementerian Kesehatan tahun 2011 menunjukkan bahwa secara nasional, prevalensi status gizi balita sangat kurus berdasarkan indeks BB/TB di provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta adalah 2,6%.⁹

Pada hakikatnya, masalah gizi dapat diselesaikan dalam waktu relatif singkat.⁸ Penanganan malnutrisi dapat ditangani dengan dua *setting*, yaitu *residential care (hospital)* atau *non-residential care*. *Residential care* adalah tata laksana anak gizi buruk rawat inap di puskesmas perawatan, rumah sakit dan pusat pemulihan gizi. Sedangkan perawatan gizi buruk tanpa komplikasi dilakukan di *non-residential care* yaitu rawat jalan di puskesmas, poskesdes dan pos pemulihan gizi berbasis masyarakat (*Community Feeding Centre/CFC*).^{10,11}

World Health Organization (WHO) sejak tahun 2007 telah menyosialisasikan program *Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition*. Hal ini dilatarbelakangi oleh penelitian yang menunjukkan bahwa balita malnutrisi tanpa komplikasi sebenarnya dapat ditangani di masyarakat tanpa harus dibawa ke fasilitas pelayanan kesehatan dan efektif dari segi biaya.¹² Hal ini mendukung penelitian yang menyatakan bahwa *Community Therapeutic Care* adalah suatu pendekatan yang dapat dilakukan untuk menangani malnutrisi akut pada balita di komunitas.

Community Therapeutic Care mengombinasikan tiga pendekatan dalam menangani balita malnutrisi yaitu program intervensi di masyarakat, *home based treatment* untuk balita malnutrisi tanpa komplikasi, dan pusat stabilisasi untuk balita malnutrisi dengan komplikasi.¹³ Dua pendekatan sebenarnya telah dilakukan di Indonesia, yaitu kegiatan penanganan gizi kurang dan gizi buruk di masyarakat serta Rumah Pemulihan Gizi (RPG) sebagai pusat stabilisasi. Sedangkan, untuk pendekatan *home based treatment* atau *home care* belum banyak dilakukan. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa perawatan peningkatan gizi di rumah adalah cara efektif un-

tuk balita malnutrisi. Selain itu, dapat memberikan keuntungan bagi keluarga, misalnya ibu masih tetap bisa menjalankan peran dan fungsinya sebagai ibu rumah tangga.^{14,15} Tujuan dalam penelitian ini adalah menganalisis pengaruh program *home care* terhadap peningkatan status gizi balita malnutrisi pada anak usia 6 - 60 bulan.

Metode

Desain penelitian menggunakan kuasi eksperimen dengan *pretest-posttest*. Penelitian dilakukan di dua kabupaten/kota di Provinsi Yogyakarta pada bulan Januari hingga Maret 2013, dengan lama intervensi penelitian mengacu pada penelitian sebelumnya dan disesuaikan dengan lamanya program Pemberian Makanan Tambahan-Pemulihan (PMT-P) yaitu 90 hari atau tiga bulan. Subjek penelitian untuk kelompok intervensi (*home care*) adalah balita malnutrisi di Kota Yogyakarta dan kelompok kontrol (PMT-P) adalah balita malnutrisi yang berada di Kabupaten Sleman. Teknik pengambilan sampel adalah dengan *purposive sampling*, baik pada kelompok *home care* maupun pada kelompok PMT karena jumlah kasus balita malnutrisi yang terbatas.

Kriteria inklusi yang diterapkan yaitu populasi balita malnutrisi akut berat tanpa komplikasi dan malnutrisi akut dengan komplikasi yang dirawat di rumah atau setelah perawatan di rumah sakit (fase rehabilitasi), namun masih menderita malnutrisi. Kriteria balita malnutrisi akut berat tanpa komplikasi adalah skor-z untuk berat badan menurut panjang badan (BB/PB) atau berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) kurang dari -3 SD. Kriteria balita malnutrisi akut dengan komplikasi adalah skor-z untuk BB/PB atau BB/TB kurang dari -2 SD. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah balita malnutrisi sedang menuju berat yang dirawat di rumah sakit sesuai dengan protokol dari WHO, yaitu dengan kriteria terdapat bilateral pitting edema dan terdapat satu gejala dari infeksi saluran pernapasan akut, demam tinggi, anemia berat, dan tidak sadar.

Pada awal penelitian, jumlah balita yang terlibat adalah 60 orang yaitu 35 orang pada kelompok intervensi (*home care*) dan 25 orang pada kelompok kontrol (PMT-P), namun pada akhir intervensi, jumlah balita adalah 56 orang (33 orang kelompok intervensi dan 23 orang kelompok kontrol). Dua balita yang *drop out* dalam penelitian ini adalah balita yang berpindah tempat dari lokasi penelitian. Semua balita malnutrisi pada kelompok *home care* yang telah dilakukan validasi dan sesuai kriteria inklusi diberikan intervensi *home care* selama tiga bulan oleh perawat puskesmas. Pada kelompok kontrol diberikan terapi standar, yaitu PMT-P selama tiga bulan.

Intervensi *home care* diberikan oleh perawat puskesmas yang telah mempunyai sertifikat *home care*.

Program *home care* adalah pemberian asuhan keperawatan dengan cara melakukan kunjungan ke rumah balita malnutrisi. Program *home care* dilakukan melalui tiga tahapan pendampingan, yaitu fase pendampingan intensif, fase pendampingan mandiri, dan fase pendampingan penguatan. Setiap fase dilakukan selama satu bulan. Perawat *home care* mengajarkan pada ibu atau pengasuh balita tentang cara pengolahan makanan anak, perawatan kebersihan anak, dan pengobatan sederhana bagi anak yang sakit, dengan metode konsultasi. Bagi sasaran dengan gizi tingkat berat (disertai tanda-tanda klinis marasmus dan kwashiorkor) dengan komplikasi, perawat berperan sebagai perujuk yang mengantar langsung sasaran tersebut ke puskesmas atau rumah sakit. Semua aktivitas keperawatan didokumentasikan dalam *logbook*.

Variabel terikat penelitian ini adalah status gizi balita. Status gizi balita diukur menggunakan standar WHO dengan melihat indeks antropometri BB/TB atau BB/PB. Variabel bebas adalah intervensi *home care* pada balita malnutrisi. Alat yang digunakan untuk mengukur berat badan adalah timbangan berat badan digital berkapasitas 150 kilogram dan ketelitian 50 gram; menggunakan baterai 3A sebanyak dua 2 buah. Tinggi badan pada responden kurang dari dua tahun (disebut panjang badan) diukur dalam posisi tidur menggunakan infantometer. Pengukuran tinggi badan pada responden ≥ 2 tahun dilakukan dalam posisi berdiri dengan menggunakan *Microtoise* dengan kapasitas ukur 2 meter dan ketelitian 0,1 centimeter. Analisis yang digunakan untuk mengukur peningkatan status gizi menggunakan uji *Wilcoxon* dan *Mann-Whitney*. Nilai signifikansi yang diterima dalam penelitian ini adalah 0,05 dengan tingkat kepercayaan

95%. Penelitian ini telah mendapatkan izin etik penelitian dari *Medical and Health Research Ethics Committee (MHREC)* Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada dengan no Ref: KE/FK/827/EC.

Hasil

Karakteristik balita pada kelompok intervensi (*home care*) dan kelompok kontrol (PMT-P) dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1 menunjukkan, terkait karakteristik balita pada kelompok *home care* dan kelompok PMT-P terlihat tidak ada perbedaan pada karakteristik jumlah balita dalam keluarga, jenis kelamin, riwayat pemberian ASI eksklusif, dan usia ibu saat validasi. Pada karakteristik usia anak saat validasi, pekerjaan orang tua, penghasilan orang tua, tingkat pendidikan ibu dan ayah, serta pengasuh balita di rumah, terlihat ada perbedaan persentase antara kelompok *home care* dengan kelompok PMT-P.

Hasil analisis dengan uji *Wilcoxon* pada Tabel 2 menunjukkan terdapat peningkatan status gizi pada kelompok *home care*, sedangkan pada kelompok PMT-P tidak terjadi peningkatan status gizi.

Hasil uji beda status gizi balita malnutrisi pada kelompok *home care* dan PMT-P menunjukkan nilai $p = 0,0001$, artinya intervensi *home care* selama tiga bulan dapat meningkatkan status gizi balita malnutrisi (Tabel 3). Intervensi *home care* diberikan dalam tiga tahapan pendampingan dan dalam setiap akhir pendampingan dilakukan pengukuran status gizi. Gambar 1 memperlihatkan hasil pengukuran status gizi pada setiap pengukuran.

Gambar 1 menunjukkan, pada kelompok *home care*

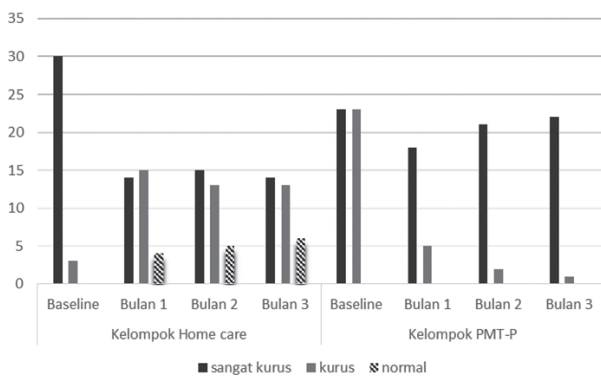
Tabel 1. Karakteristik Balita Malnutrisi pada Kelompok *Home Care* dan Kelompok Pemberian Makanan Tambahan - Pemulihan

Karakteristik	Kategori	Kelompok <i>Home Care</i> (n = 33)		Kelompok PMT-P (n = 23)	
		n	%	n	%
Jumlah balita dalam keluarga	1 orang	22	66,7	12	52,2
	Lebih dari 1 orang	11	33,3	11	47,8
Jenis kelamin	Laki-laki	20	60,6	13	56,5
	Perempuan	13	39,4	10	43,5
Usia anak saat validasi	≤ 24 bulan	8	24,2	8	34,8
	> 24 bulan	25	75,8	13	56,5
Riwayat pemberian ASI eksklusif	Eksklusif	14	42,4	8	34,8
	Tidak eksklusif	19	57,6	15	65,2
Usia ibu saat validasi	< 35 tahun	20	60,6	15	65,2
	≥ 35 tahun	13	39,4	8	34,8
Pekerjaan orang tua	PNS	1	3,0	0	0,0
	Non PNS	32	97,0	23	100,0
Penghasilan orang tua	\geq UMR	17	51,5	6	26,1
	$<$ UMR	16	48,5	17	73,9
Tingkat pendidikan Ibu	Tinggi	24	72,7	12	65,2
	Rendah	9	27,3	11	34,8
Tingkat pendidikan ayah	Tinggi	25	75,8	15	65,2
	Rendah	8	24,2	8	34,8
Pengasuh balita di rumah	Ibu	26	78,8	20	87,0
	Bukan ibu	7	21,2	3	13,0

Tabel 2. Perubahan Status Gizi Sebelum dan Setelah Intervensi pada Kelompok *Home Care* dan Pemberian Makanan Tambahan -Pemulihan

Status Gizi	Kelompok <i>Home Care</i> n (%)		Kelompok PMT-P n (%)	
	Sebelum Intervensi	Setelah Intervensi	Sebelum Intervensi	Setelah Intervensi
Sangat kurus	30 (90,9)	14 (42,4)	23 (100,0)	22 (95,7)
Kurus	3 (9,1)	13 (39,4)	0	1 (4,3)
Normal	0	6 (18,2)	0	0
Gemuk	0	0	0	0
α^*	0,0001		0,317	

Keterangan: Sangat kurus (Skor-z BB/TB: < -3 SD), Kurus (Skor-z BB/TB: -3 sampai dengan <-2 SD), Normal (Skor-z BB/TB: -2 SD sampai dengan 2 SD), Gemuk (Skor-z BB/TB > 2 SD); $\alpha < 0,05$ berdasarkan uji *Wilcoxon*



Gambar 1. Perubahan Status Gizi Balita Malnutrisi Berdasarkan Waktu Pengukuran pada Kelompok *Home Care* dan PMT-P

Tabel 3. Hasil Analisis Uji Beda Status Gizi Balita Malnutrisi pada Kelompok *Home Care* dan Pemberian Makanan Tambahan - Pemulihan

Status Gizi	Kelompok		Nilai p
	<i>Home Care</i> (35) n (%)	PMT-P (25) n (%)	
Sangat kurus	14 (42,4)	22 (95,7)	0,0001
Kurus	13 (39,4)	1 (4,3)	
Normal	6 (18,2)	0	
Gemuk	0	0	
Mean Rank	34,73	19,57	

Keterangan : Sangat kurus (Skor-z BB/TB: < -3 SD), Kurus (Skor-z BB/TB: -3 sampai dengan <-2 SD), Normal (Skor-z BB/TB: -2 SD sampai dengan 2 SD), Gemuk (Skor-z BB/TB > 2 SD); $\alpha < 0,05$ berdasarkan uji *Mann Whitney*

terdapat peningkatan status gizi pada setiap pengukuran, dengan peningkatan terbaik adalah setelah intervensi bulan ketiga. Pada kelompok PMT-P, terjadi peningkatan status gizi pada bulan pertama, pada bulan berikutnya status gizi balita terlihat kembali mengalami penurunan.

Pembahasan

Intervensi *home care* yang dilaksanakan selama tiga bulan membandingkan dua kelompok yaitu kelompok balita malnutrisi di Kota Yogyakarta sebagai kelompok

home care dan kelompok balita malnutrisi di Kabupaten Sleman sebagai kelompok PMT-P. Hasil uji statistik menunjukkan terdapat peningkatan status gizi setelah dilakukan intervensi *home care*, sedangkan pada kelompok yang mendapatkan intervensi PMT-P tidak terjadi peningkatan. Program *home care* merupakan strategi yang komprehensif untuk meningkatkan kesehatan ibu, bayi, tumbuh kembang anak balita, dan kelompok berisiko tinggi (kelompok rentan). Program kunjungan rumah yang berkualitas sebagai bagian dari intervensi untuk kesehatan anak dapat membantu perkembangan siklus kehidupan yang optimal.¹⁶

Pada beberapa dekade ini, terjadi perubahan paradigma pada penanganan balita malnutrisi dari manajemen berbasis fasilitas pada manajemen berbasis komunitas.¹⁷ Pendekatan komunitas yang modern saat ini dinamakan manajemen malnutrisi akut berbasis komunitas. Fokus dari pendekatan ini adalah penanganan balita malnutrisi akut dengan memanfaatkan pelayanan kesehatan primer. Manajemen malnutrisi akut berbasis komunitas mempunyai tiga komponen utama yang salah satunya adalah *home care*.

Saat ini *home care* menjadi suatu pilihan untuk meningkatkan kesehatan balita. Perkembangan teknologi memberikan dampak yang besar pada variasi kebutuhan kesehatan anak. Program kunjungan rumah menjadi program yang intervensi yang populer untuk mengatasi masalah kesehatan anak. Program ini telah melayani lebih dari 500.000 keluarga di Amerika Serikat dan saat ini sedang berkembang di Eropa sebagai program pendamping untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga.¹⁸ Seorang perawat menggambarkan *home care* sebagai pembelajaran terkait bagaimana membina hubungan dengan tujuan kesejahteraan keluarga. Program *home care* dipromosikan oleh *American Academy of Pediatrics* (AAP) dan beberapa organisasi profesional sebagai model yang optimal dalam pemberian asuhan. AAP menyatakan program *home care* terdiri dari tujuh komponen yaitu keterjangkauan, berpusat pada keluarga,

berkesinambungan, komprehensif, koordinasi asuhan, kasih sayang, dan efektivitas budaya.¹⁹

Saat ini, penanganan balita malnutrisi akut disarankan dirawat di rumah daripada di fasilitas kesehatan.²⁰ Program *home care* memberikan beberapa keuntungan, yaitu pemulihan status gizi balita malnutrisi lebih cepat dan berbeda dengan perawatan di fasilitas kesehatan, pemberi asuhan (ibu) tidak harus meninggalkan rumah untuk menemani balita. Perawatan di rumah dapat memberikan kesempatan pada ibu untuk tetap melakukan aktivitas seperti biasa dan merawat anggota keluarga yang lain. Kondisi rumah sakit yang ramai dan risiko penularan infeksi pada anak yang tinggi ketika dirawat di rumah sakit juga merupakan penyebab terhambatnya pemulihan dan meningkatkan angka kematian balita malnutrisi lebih dari 60%.²⁰

Pada praktiknya, kapasitas pusat rehabilitasi bagi balita malnutrisi di negara berkembang memiliki beberapa keterbatasan, yaitu tenaga kesehatan kurang terlatih, jumlah tempat tidur dibandingkan dengan kebutuhan balita malnutrisi tidak adekuat, serta lingkungan yang terlalu penuh sehingga berisiko terjadi infeksi silang karena daya tahan tubuh balita malnutrisi rendah. Lokasi pusat rehabilitasi yang cukup jauh dari tempat pemukiman balita malnutrisi membuat keluarga harus menempuh jarak yang cukup jauh dan meninggalkan anggota keluarga lain di rumah.²⁰

Pelayanan keperawatan yang diberikan saat *home care* disesuaikan dengan permasalahan yang ditemukan perawat di keluarga balita malnutrisi. Pelayanan yang diberikan dicatat dalam *logbook* yang telah disediakan oleh peneliti. Pada saat melakukan *home care*, perawat menyediakan dukungan sosial, emosional, edukasi dan dukungan layanan kesehatan pada keluarga. Schaffer *et al*,²¹ yang melakukan penelitian tentang evaluasi program *home visit* pada perawat puskesmas, menyatakan bahwa pada saat kunjungan rumah, pelayanan keperawatan yang diberikan meliputi pengkajian kesehatan, konseling dan edukasi kesehatan, manajemen kasus, koordinasi dengan fasilitas kesehatan di komunitas, serta koordinasi dengan tenaga kesehatan lain. Intervensi lain yang dilakukan perawat saat *home care* adalah meningkatkan gizi balita dan meningkatkan pengetahuan ibu tentang pemberian makanan dan pola asuh anak. Menurut World Bank, peningkatan nutrisi balita dan peningkatan pengetahuan ibu merupakan strategi jangka pendek pada program penanganan balita malnutrisi. Hal ini sesuai dengan pernyataan bahwa edukasi gizi pada ibu memberikan pengaruh yang positif terhadap status gizi balita.²²

Salah satu tujuan intervensi program gizi adalah menurunkan 15% total kematian balita.²³ Intervensi gizi yang dapat dipertimbangkan dalam penanganan malnutrisi adalah fortifikasi makanan, menyediakan akses un-

tuk makanan sehat, pemberian suplemen, serta peningkatan ketersediaan dan akses pelayanan kesehatan.²² Program peningkatan gizi meliputi aktivitas seperti pemantauan tumbuh kembang, promosi kesehatan, konseling gizi, promosi optimalisasi ASI, edukasi terkait makanan pendamping ASI, perubahan perilaku ibu, pemberian makanan tambahan, serta perbaikan akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.²² Beberapa kegiatan seperti promosi kesehatan, konseling gizi, promosi optimalisasi ASI, edukasi terkait makanan pendamping ASI, perubahan perilaku ibu dapat dilakukan melalui program *home care*.

Fokus intervensi *home care* pada balita malnutrisi adalah pemberian asuhan keperawatan. Perawat melakukan lima tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, penyusunan rencana keperawatan, pelaksanaan intervensi, dan penyusunan evaluasi. Semua kegiatan asuhan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat didokumentasikan dalam *logbook*.

Hasil analisis akhir bulan pertama, kedua, dan ketiga menunjukkan hasil pengukuran yang sangat signifikan. Penelitian Connor dan Manary,²³ mengenai terapi berbasis rumah pada balita malnutrisi melakukan intervensi selama 88 minggu dengan pembagian periode pengukuran status gizi yaitu pada 4 minggu dan 8 minggu setelah dimulainya intervensi. Hasil penelitian menunjukkan status gizi lebih baik di periode kedua yaitu 8 minggu setelah intervensi dengan nilai R adalah 0,688, dibandingkan dengan periode kedua yaitu 0,609 dengan nilai signifikansi pada kedua periode ini adalah 0,000.

Pengukuran status gizi memperlihatkan hasil yang signifikan pada akhir bulan pertama dan kedua, karena periode tersebut adalah periode akhir fase intensif, yaitu sebelumnya balita malnutrisi telah dikunjungi secara intensif 2 kali seminggu dalam 2 minggu pertama dan satu kali di akhir minggu keempat. Total kunjungan selama fase intensif adalah lima kali kunjungan. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Contreras *et al*,²⁴ bahwa program intervensi gizi yang dilakukan secara empat minggu berpengaruh secara signifikan pada status gizi balita dan komposisi tubuh balita malnutrisi.

Kunjungan yang intensif memberikan peluang kepada perawat dan ibu balita malnutrisi untuk memberikan asuhan lebih intensif. Perawat dapat melakukan edukasi kepada ibu tentang cara perawatan anak, cara pemberian makanan yang sehat, pencegahan penyakit infeksi dan cara menjaga kebersihan diri anak. Kunjungan yang diberikan selama tiga bulan telah menunjukkan hasil yang signifikan dimana karena terjadi peningkatan status gizi balita malnutrisi. Penelitian lain terkait program kunjungan rumah dilakukan oleh McCabe *et al*,¹⁶ yang melakukan penelitian tentang kunjungan rumah untuk kesehatan balita selama tujuh bulan dengan frekuensi

kunjungan sebulan sekali. McCabe *et al.*,¹⁶ juga mengukur lama kunjungan, intensitas, tipe kunjungan, pelayanan yang diberikan, dan rujukan yang dilakukan.

Hasil intervensi *home care* pada balita malnutrisi di Yogyakarta telah meningkatkan status gizi balita malnutrisi sebesar 56%. Hal ini masih rendah jika dibandingkan standar internasional yaitu pencapaian program intervensi gizi untuk balita malnutrisi diharapkan mencapai 75%.²⁵ Intervensi ini pun masih dibawah standar internasional. Di Indonesia sendiri, pemerintah telah mencanangkan bahwa keluaran dari rencana aksi pangan dan gizi nasional diharapkan dapat menurunkan prevalensi gizi kurang anak balita menjadi 15,5%.⁸ Beberapa intervensi gizi di komunitas telah terbukti dapat meningkatkan status gizi balita malnutrisi.

Intervensi lain yang telah meningkatkan status gizi balita malnutrisi akut melebihi program *home care* adalah program pusat pemulihan gizi (*therapeutic feeding center*). Hasil penelitian terkait penanganan balita malnutrisi akut melalui pusat pemulihan gizi menyebutkan bahwa intervensi ini dapat meningkatkan berat badan balita rata-rata sebesar 5,24 g/kg/hari. Pada balita malnutrisi tanpa komplikasi, peningkatan berat badan balita adalah 6,30 g/kg/hari dan pada balita malnutrisi dengan komplikasi peningkatan berat badan sebesar 4,16 g/kg/hari. Secara umum, terjadi perbaikan gizi pada 61,78% balita yang dirawat di pusat pemulihan gizi. Rata-rata lama rawat inap adalah 6,48 minggu, dengan maksimum lama rawat inap adalah 8 minggu.²⁶

Bentuk intervensi lain adalah mengidentifikasi solusi lokal untuk menangani malnutrisi yaitu dengan program penyimpangan positif. Caranya, keluarga balita malnutrisi belajar mengenai praktik pemberian makanan dari keluarga balita dengan status gizi baik.²³ Beberapa penelitian menyatakan bahwa intervensi yang memberikan pengaruh terhadap peningkatan status gizi balita adalah promosi pemberian ASI eksklusif, edukasi pemberian makanan tambahan, intervensi pemberian mikronutrien, meningkatkan keterlibatan keluarga dan komunitas, serta mengurangi penyakit infeksi.²⁷

PMT-P juga merupakan salah satu bentuk intervensi yang dapat diberikan pada balita malnutrisi. Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa peningkatan status gizi dengan cara pemberian PMT-P tidak signifikan, karena peningkatan berat badan balita malnutrisi hanya mencapai 0,8 g/kg/hari sampai dengan 1,79 g/kg/hari).⁴ Pada penelitian ini, program PMT-P hanya dapat meningkatkan 4,3% status gizi balita malnutrisi.

Kesimpulan

Hasil penelitian menunjukkan terdapat peningkatan status gizi pada balita malnutrisi setelah diberikan intervensi *home care* selama tiga bulan. Status gizi juga mengalami peningkatan pada setiap tahapan pendampingan

yaitu setelah bulan pertama, kedua, dan ketiga intervensi *home care*.

Saran

Hasil di atas menunjukkan bahwa program *home care* dapat menjadi salah satu kebijakan yang dapat dipertimbangkan khususnya oleh Pemerintah Kota Yogyakarta sebagai salah satu pendekatan untuk menurunkan angka kejadian malnutrisi pada balita. Saran kepada Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta agar menghidupkan kembali program perawatan kesehatan masyarakat (perkesmas) sebagai wadah bagi perawat puskesmas dalam menjalankan peran dan fungsinya sebagai perawat. Program *home care* memerlukan kerjasama interdisiplin karena perawat memerlukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam melaksanakan tugasnya.

Ucapan Terima Kasih

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada semua perawat puskesmas di Kota Yogyakarta atas kerjasamanya yang sangat baik. Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada semua asisten peneliti yang telah membantu dalam penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. Magdalena J, Nyirenda LZ, Annakarin J, Birgitta L. Perceptions of Malawian nurses about nursing interventions for malnourished children and their parents. *Journal Health, Population and Nutrition*. 2011 Dec; 29(6): 612-8.
2. Menezes FS, Leite HP, Nogueira Paulo CK. Malnutrition as an independent predictor of clinical outcome in critically in children. *Nutrition*. 2012; 28 : 267-70
3. Walton E, Stephen A. Malnutrition in developing countries. *Pediatrics and Child Health*. 2011; 21: 9
4. Schoones A, Lombard M, Musekiwa A, Nel E, Volmink J. Ready-to-use therapeutic food for home-based treatment of severe acute malnutrition in children from six months to five years of age. *Cochrane Database of Systematic Review*. 2013; 6.
5. Lenters LM, Wazny K, Webb Pa, Ahmed T, Bhutta ZA. Treatment of severe and moderate acute malnutrition in low- and middle-income settings: a systematic review, meta-analysis and Delphi process. *BMC Public Health*, 2013; 13 (Suppl 3): S25
6. Talbert A, Thuo N, Karisa J, Chesaro C, Ohuma E, Ignas J, et al., Diarrhoea complicating severe acute malnutrition in Kenyan children: a prospective descriptive study of risk factors and outcome. *PLoS ONE*. 2012; 7(6); e38321: 1-9
7. Vygen SB, Roberfroid D, Captier V, Kolsteren P. 2013, Treatment of severe acute malnutrition in infants aged < 6 months in Niger. *The Journal of Pediatrics*. 2013; 162: 515-21
8. BAPPENAS/Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional. Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2011-2015. Jakarta: Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional; 2011.
9. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia 2010. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2011.

10. Urquijo, Ibane, Maza. Assessment of the intervention in a therapeutic feeding center for children in Nicaragua. *Nutrition Hospital*. 2011; 26(6): 1345-9
11. Teferi E, Lera M, Sita S, Bogale Z, Datiko D, Yassin M. Treatment outcome of children with severe acute malnutrition admitted to therapeutic feeding centers in Southern Region of Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Development*. 2010; 24 : 234-8.
12. Bachmann. Cost effectiveness of community based treatment of severe acute malnutrition in children. *Expert Reviews of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*. 2010; 10 (5): 605-12.
13. AFC. Community-based management of acute malnutrition [online]. 2012 [cited 2013 Jun 25]. Available from: http://www.actioncontralafaim.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=1166&Itemid=500&lang=en.
14. Leggo M, Banks M, Isenring E, Stewart L, Tweeddale M. A quality improvement nutrition screening and intervention program available to home and community care eligible clients. *Nutrition and Dietetics*. 2008; 65: 162-7.
15. Shi L, Zhang J, Wang Y, Caufield LE, Guyer B. Effectiveness of an educational intervention on complementary feeding practices and growth in rural China : a cluster randomised controlled trial. *Public Health Nutrition*. 2009; 13 (4); 556-65.
16. McCabe B, Potash D, Omohundro E, Taylor CR. Seven-month pilot of an integrated, continuous evaluation, and quality improvement system for a state-based home-visiting program. *Maternal Child Health Journal*. 2012; 16: 1401-12.
17. Shafiq Y, Saleem A, Lassi ZS, Zaidi AKM. Community-based versus health facility based management of acute malnutrition for reducing the prevalence of severe acute malnutrition in children 6 to 59 months of age in low and middle-income countries (Protocol). *The Cochrane Library*. 2013; 6: 1-14.
18. Saias T, Lemer E, Greacen T, Vernier ES, Emer A, Pintaux E, et al. Evaluating fidelity in home-visiting programs a qualitative analysis of 1058 home visit case notes from 105 families. *PloS ONE*. May 2012; 7 (5): 1-10.
19. Long WE, Cabral HJ, Garg A. Are components of the medical home differentially associated with child health care utilization, health, and health promoting behavior outcomes? *Clinical Pediatrics*. 2013; 52 (5): 423-32.
20. Schaffer MA, Goodhue A, Stennes K, Lanigan C. Evaluation of a public health nurse visiting program for pregnant and parenting teens. *Public Health Nursing*. 2012; 29 (3): 218-31.
21. Roche ML. A community-based positive deviance/hearth intervention to improve infant and young child nutrition in the Ecuadorian Andes [thesis]. Canada: McGill University; 2011.
22. Bhutta Z, Das JK, Rizvi A, Gaffey M, Walker N, Horton S. et al., Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *Lancet*. 2013; 382: 452-77.
23. Connor NE & Manary MJ. Monitoring the adequacy of catch-up growth among moderately malnourished children receiving home-based therapy using mid-upper arm circumference in Southern Malawi. *Maternal and Child Health Journal*. 2011; 15: 980-4.
24. Contreras AG, Ganbay EMV, Velarde ER, Gutierrez AI, Sanroman RT, Montes IES. Intensive nutritional support improves the nutritional status and body composition in severely malnourished children with cerebral palsy. *Nutricion Hospitalaria*. 2014; 29 (4): 838-45.
25. Yebo HG, Kendall C, Nigusse D, Lemma W. Outpatient therapeutic feeding program outcomes and determinants in treatment of severe acute malnutrition in Tigray, Northern Ethiopia : a retrospective cohort study. *PLoS ONE*. 2013; 8 (6): e65840 : 1-9
26. Bisits BPA. The positive deviance/hearth approach to reducing child malnutrition: systemic review. *Tropical Medicine and International Health*. 2011; 16 (11): 1354-66.
27. Iversen PO, Marais D, du Plessis L, Herselman M. Assessing nutrition intervention programmes that addressed malnutrition among young children in South Africa between 1994-2010. *AJFAND online*. 2012; 12 (2): 5928-45.