

PERBEDAAN STATUS GIZI BALITA ANTARA SEBELUM DAN SETELAH PENERAPAN *CARE FOR CHILD DEVELOPMENT (CCD)*

Eka Oktavianto

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Surya Global Yogyakarta

ABSTRACT

Background: *Nutritional problems of children less than five years is still one important child health problem in the world. This can occur as a result of poverty, health care is still bad, poor nutrition, and infection. Care for child development training (CCD) to cadres and the application, could be one of the efforts to overcome it*

Objective: *The study was conducted to assess the differences of nutritional status of the children before and after CCD training on cadre*

Methods: *A pre-experimental design one group with pretest and posttest was used in this study. Cadre and children 6-60 months in Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta were included in this research. Cadres were given CCD training for two days, and then they counsel to the caregiver. CCD module for cadres and facilitators, video, and counseling cards were used as instruments. Nutritional status of childrens measured a week before and three months after the training CCD. Bivariate data analysis using Marginal homogeneity test.*

Results: *13 cadres and 60 childrens were enrolled in this study. The results showed that 12 childrens had an increase in nutritional status. There was 1 child (1.7%) very thin nutritional status becomes non-existent. Likewise, originally there were 14 childrens (23.3%) underweight to five (8.3%) after given intervention. There were significant differences in the nutritional status between before and after the intervention ($p < 0.05$).*

Conclusion: *There were significant differences in the nutritional status between before and after the intervention ($p < 0.05$). CCD training on cadre followed by counseling by the cadres to the mothers can improve the nutritional status of childrens.*

Keywords: *CCD training, cadres, children, nutritional status.*

PENDAHULUAN

Lebih dari 200 juta anak di seluruh dunia (39%) tidak mampu mencapai pertumbuhan mereka saat usia 5 tahun (WHO, 2012). Kemiskinan yang terjadi terutama pada negara-negara berkembang menjadi faktor penyebabnya (Engle, 2007). Hal tersebut terjadi akibat dari kemiskinan, pelayanan kesehatan yang masih buruk, nutrisi yang kurang, dan penyakit infeksi (WHO, 2012; McGregor, 2007; Walker, 2011).

Laporan Riskesdas tahun 2013 menunjukkan bahwa secara nasional prevalensi berat-kurang pada tahun 2013

adalah 19,6%, yang terdiri dari 5,7% gizi buruk dan 13,9% gizi kurang. Jika dibandingkan dengan angka prevalensi nasional tahun 2007 (18,4%) dan tahun 2010 (17,9%), maka angka gizi kurang mengalami peningkatan. Perubahan terutama pada prevalensi gizi buruk, yaitu dari 5,4% tahun 2007, 4,9% pada tahun 2010, dan meningkat menjadi 5,7% tahun 2013. Begitu juga prevalensi balita pendek mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya. Secara nasional, angka balita pendek tahun 2013 adalah 37,2%. Hal ini menunjukkan terjadi peningkatan

dibandingkan dengan tahun 2010 (35,6%) dan 2007 (36,8%). Prevalensi balita pendek sebesar 37,2% tersebut terdiri dari 18,0% sangat pendek dan 19,2% pendek (Kemenkes RI, 2013).

Dampak dari gangguan nutrisi adalah kelak mereka akan berpendidikan rendah karena ketidakmampuan berpikir, berpendapatan rendah, memiliki banyak anak, serta tidak mampu mengasuh anak dengan baik. Hal-hal tersebutlah yang berkontribusi untuk terjadinya gangguan nutrisi pada generasi selanjutnya (McGregor, 2007). World Health Organization (2003), menyampaikan hasil observasinya yang menyatakan bahwa 60% dari 10,9 juta kematian balita di dunia setiap tahunnya disebabkan secara langsung dan tidak langsung oleh gizi kurang atau gizi buruk. Jika seorang balita terlanjur mengalami gizi buruk maka prognosinya dapat dipastikan suram. Kemampuan kognitif serta produktifitas manual akan berkurang antara 5-20% (IDAI, 2011).

Malnutrisi di masyarakat secara langsung maupun tidak langsung berpengaruh terhadap 60% dari 10,9 juta kematian anak dalam setiap tahunnya dan 2/3 dari kematian tersebut terkait dengan praktek pemberian makan yang tidak tepat pada tahun pertama kehidupan (IDAI, 2011). Dampak jangka pendek gizi kurang/buruk pada masa balita adalah gangguan pertumbuhan dan perkembangan otak, otot, komposisi tubuh dan *metabolic programming* glukosa, lemak dan protein. Dampak jangka panjang dapat berupa rendahnya kemampuan nalar, prestasi pendidikan, kekebalan tubuh, dan produktifitas kerja (IDAI, 2011; Agostoni, 2005). Oleh karena itu, perlu dilakukan suatu tindakan untuk mengatasinya. Salah satunya adalah melakukan pelatihan CCD (*care for child development*) pada kader. CCD adalah program intervensi yang

mendukung kemampuan orangtua untuk mengasuh anak (WHO, 2012).

Setelah mendapatkan pelatihan tersebut, diharapkan kader dapat memberikan konseling kepada para pengasuh mengenai pengasuhan, perawatan anak, dan pemberian makan yang sesuai dengan usia anak dalam rangka memperbaiki status gizi dan mengoptimalkan pertumbuhan anak. Program pengasuhan (*parenting programe*) dianggap sebagai strategi yang sesuai untuk mengatasi masalah tersebut (Engle, 2007). Modifikasi praktik pengasuhan dapat mengatasi masalah kekerdilan dan masalah nutrisi (Walker, 2007). Sensitivitas, responsivitas serta tindakan stimulasi psikososial dari pengasuh adalah faktor penting pada pertumbuhan dan perkembangan seorang anak.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian praeksperimental dengan rancangan *one group pretest and posttest*. Subjek dari penelitian ini adalah kader Posyandu dan balita usia 6-60 bulan di wilayah kerja Puskesmas Mantrijeron, Kota Yogyakarta. Subjek penelitian berupa kader diambil dengan menggunakan teknik *cluster sampling*, sedangkan subjek balita diambil menggunakan teknik *purposive sampling*. Responden dalam penelitian ini berjumlah 13 kader & 60 balita. Instrumen yang digunakan saat pelatihan adalah: modul CCD untuk kader dan fasilitator, video, dan kartu konseling. Modul CCD dari Unicef dan WHO dimodifikasi dengan menambahkan konseling pemberian makan anak. Instrumen pengukuran status gizi adalah meteran panjang badan dan timbangan berat badan balita.

HASIL

1. Karakteristik responden

Tabel 1. Karakteristik kader Posyandu

Karakteristik kader		
Umur (tahun, Mean \pm SD)	43,69 \pm 5,45	
Tingkat pendidikan		
SD (n, %)	0	0,00
SMP (n, %)	0	0,00
SMA (n, %)	11	84,60
PT (n, %)	2	15,40
Lama menjadi kader		
1-10 thn (n, %)	10	76,90
11-20 thn (n, %)	2	15,40
21-30 thn (n, %)	1	7,70
Pelatihan		
Tidak pernah (n, %)	10	76,90
Pernah (n, %)	3	23,10

Sumber: data primer

Sejumlah 13 kader diikuti dalam penelitian ini. Sebagian besar dari kader telah menjadi kader selama 1-10 tahun, berpendidikan SMA, berusia rata-rata 43,69 tahun dan sebagian besar belum pernah mengikuti pelatihan mengenai pertumbuhan ataupun nutrisi untuk baik.

Tabel 2. Karakteristik balita serta keluarga balita

Karakteristik balita		
Umur balita (bulan, Mean \pm SD)	19,92 \pm 11,14	
Jenis kelamin balita		
Laki-laki (n, %)	32	53,30
Perempuan (n, %)	28	46,70
Tingkat pendidikan pengasuh		
Tinggi (n, %)	46	76,70
Rendah (n, %)	14	23,30
Tingkat pendapatan orangtua		
\geq UMK (n, %)	29	48,30
$<$ UMK (n, %)	31	51,70
Kejadian kesakitan		
Sakit dalam sebulan terakhir (n, %)	25	41,70
Tidak sakit (n, %)	35	58,30
Status ASI		
ASI eksklusif (n, %)	46	76,70
Tidak ASI eksklusif (n, %)	14	23,30

Sumber: data primer

Sejumlah 60 balita diikuti dalam penelitian ini. Rata-rata usia balita 19,92 bulan, mayoritas berjenis kelamin laki-laki, mayoritas tidak sakit infeksi, dan

mendapatkan ASI eksklusif. Hasil uji homogenitas didapatkan bahwa variabel usia, status ASI, tingkat pendidikan, tingkat pendapatan adalah homogen

(nilai p pada masing-masing variabel tersebut > 0,05).

2. Perbedaan status nutrisi balita antara sebelum dan setelah penerapan CCD

Tabel 3. Perbedaan status gizi balita antara sebelum (*posttest*) dan setelah penerapan CCD (*pretest*)

		Status gizi <i>post</i> pelatihan CCD			Total	Nilai p
		Kurus	Normal	Gemuk		
Status gizi pre-pelatihan CCD	Sangat kurus (n, %)	1 (100)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (100)	0,001
	Kurus (n, %)	4 (28,60)	10 (71,40)	0 (0,00)	14 (100)	
	Normal (n, %)	0 (0,00)	44 (97,80)	1 (2,20)	45 (100)	
Total (n, %)		5 (8,30)	54 (90,00)	1 (1,70)	60 (100)	

Uji *Marginal Homogeneity*: 0 balita status nutrisinya turun, 12 balita naik dan 48 balita tetap.

Terdapat 12 balita yang mengalami peningkatan status gizi. Seorang balita dari awalnya sangat kurus menjadi kurus dan 10 balita dari awalnya kurus menjadi normal serta satu balita lagi dari awalnya normal menjadi gemuk. Angka signifikansi (nilai p) menunjukkan 0,001 (nilai $p < 0,05$) yang berarti terdapat perbedaan yang bermakna antara status gizi sebelum (*pretest*) dengan status gizi setelah perlakuan (*posttest*).

PEMBAHASAN

Perbaikan status gizi balita setelah dilakukan pelatihan CCD pada kader

Hasil uji perbedaan pada status gizi balita antara sebelum dengan sesudah dilakukan pelatihan CCD pada kader, menunjukkan terdapat 12 balita yang status gizinya lebih baik dibandingkan dengan sebelum dilakukan intervensi dan tidak ada yang mengalami penurunan dibandingkan dengan sebelum dilakukan intervensi. Dari uji tersebut juga disimpulkan terdapat perbedaan yang bermakna (nilai $p < 0,005$). Dari hasil analisis univariabel status gizi balita terlihat dari yang awalnya terdapat 1 balita (1,7%) yang status nutrisinya sangat kurus menjadi tidak ada. Begitu juga awalnya terdapat 14 balita (23,3%) yang status nutrisinya

kurus menjadi 5 balita saja (8,3%) setelah diberikan intervensi.

Perbaikan status gizi pada balita dapat terjadi karena orang tua atau pengasuh telah mendapatkan konseling dari kader terkait pengasuhan perkembangan anak. Konseling pengasuhan perkembangan anak berisi tentang bagaimana pemberian makan yang sesuai dengan usia anak, melatih orangtua untuk peka atau sensitif dengan pesan yang diberikan anak saat lapar serta responsif saat mengetahui anaknya lapar. Pengasuh yang telah mendapatkan konseling dari para kader kemungkinan besar memiliki sensitifitas dan responsif serta memberikan makanan yang sesuai dengan usia anak. Aboud (2013), menyatakan bahwa program pengasuhan (*parenting programe*) adalah suatu tindakan yang tidak langsung kepada anak, akan tetapi dilakukan dengan merubah perilaku pengasuh, sehingga mereka lebih responsif terhadap anak. Hasil penelitian Aboud tersebut memperlihatkan pengasuh yang ikut dalam program pengasuhan akan memberikan makan yang lebih beragam jenisnya dan bergizi dibandingkan dengan pengasuh yang tidak ikut dalam program pengasuhan. Walker (2007), menyatakan program pengasuhan sangatlah tepat untuk

mengatasi masalah gizi dan kurangnya stimulasi, dimana kedua hal tersebut adalah penyebab dari munculnya masalah tumbuh kembang anak.

Pelatihan CCD pada kader adalah salah satu intervensi yang tepat untuk mengatasi masalah nutrisi anak. Peningkatan kemampuan kader dikarenakan pelatihan sebagai sebuah proses pembelajaran yang tidak hanya memberikan informasi, tetapi juga memberikan kesempatan bagi peserta dalam hal ini kader agar dapat melatih kemampuannya. Kader yang telah mendapatkan pelatihan akan meningkat kemampuannya dalam memberikan konseling pada pengasuh terkait pemberian makan pada balita. Pelatihan CCD tidak hanya berpusat pada penjelasan teori tapi juga disertai dengan demonstrasi atau praktek secara langsung. Modul CCD dari WHO dan Unicef di modifikasi dengan menambahkan materi tentang konseling pemberian makan yang sesuai dengan usia. Kader yang telah mendapatkan pelatihan akan mengaplikasikan langsung kepada pengasuh dengan di supervisi oleh fasilitator. Kader melakukan konseling pemberian makan setiap minggu selama 3 bulan. Kegiatan ini dimaksudkan selain untuk memperbaiki status nutrisi bada balita juga untuk meretensi pengetahuan dan ketrampilan yang telah dimiliki para kader.

Dalam rangka mengoptimalkan tumbuh kembang anak, maka perlu pemenuhan kebutuhan akan asuh (gizi yang adekuat), asih (kasih sayang), dan asah (stimulasi). Praktek pemberian makan pada anak berhubungan dengan terciptanya suasana makan yang menyenangkan dan pada akhirnya merangsang anak untuk makan sesuai dengan yang dibutuhkan. Hal ini memberikan dampak yang baik bagi status nutrisinya. Kemampuan

pemberian makan pada anak sangatlah penting dimiliki oleh pengasuh atau orang tua. Memberikan suasana yang nyaman pada saat anak makan, mengetahui selera makan anak/kapan anak mulai lapar, sabar dan penuh perhatian saat pemberian makan tentu dapat menjalin keakraban diantara pengasuh dan anak, sehingga anak mampu menghabiskan makanan yang diberikan. Kebutuhan makan anak berbeda dengan dewasa. Pemberian makan yang baik pada anak membutuhkan interaksi yang baik antara pengasuh dan anak, sehingga tercipta suasana yang menyenangkan saat makan. Pernyataan tersebut didukung oleh IDAI (2011), bahwa pemberian makan pada anak tidak hanya bergantung pada anak saja tapi keberhasilan tersebut tercapai bila terdapat kerjasama antara ibu dan anak. Kerjasama tersebut sudah dimulai sejak anak dilahirkan yakni saat menyusui sampai anak makan sendiri.

Beberapa hasil penelitian juga menunjukkan pelatihan pengasuhan (*parenting intervention*) mendukung interaksi antara orangtua-anak untuk meningkatkan kemampuan orangtua bereaksi/responsif saat anak lapar, meningkatkan ikatan, meningkatkan kegiatan bermain dengan anak, dan meningkatkan kepedulian serta kemampuan menyelesaikan masalah terkait dengan gangguan anak. Ikatan yang terbangun antara orangtua-anak serta kepedulian orangtua pada kebutuhan anak sangat berhubungan dengan pertumbuhan anak (Engle, 2011). *Care for child development (CCD)* adalah program WHO dan UNICEF dalam rangka mengintegrasikan perkembangan anak dalam asuhan keperawatan yang berkelanjutan, berbasis komunitas dan keluarga dalam rangka meningkatkan kemampuan orangtua dalam merawat neonatus dan

bayi. CCD membantu keluarga membangun hubungan yang erat dengan anak-anak mereka dan membantu mereka dalam mengatasi masalah-masalah yang muncul selama perawatan anak (WHO, 2012). CCD menyarankan keluarga untuk bermain dan berkomunikasi dengan anak, sehingga mereka belajar memahami dan sensitif terhadap kebutuhan anak serta dapat berespon terhadap kebutuhan anak tersebut. Dasar inilah yang membuat anak sehat, tumbuh dan berkembang secara optimal (Unicef, 2013).

KESIMPULAN

Berdasarkan tujuan penelitian, hasil analisis data dan pembahasan yang dilakukan, dapat ditarik kesimpulan bahwa terdapat perbedaan status nutrisi yang bermakna pada balita antara sebelum dan setelah penerapan CCD. Pelatihan CCD pada kader yang dilanjutkan dengan konseling oleh kader pada ibu balita dapat memperbaiki status nutrisi balita.

Beberapa saran yang dapat diberikan peneliti antara lain:

1. Penanggung jawab program KIA dan Gizi di puskesmas diharapkan mendukung, baik secara moril maupun materiil adanya kegiatan konseling pengasuhan anak (CCD) yang dilakukan oleh para kader yang dilanjutkan dengan konseling oleh kader pada ibu balita dapat memperbaiki status nutrisi balita.
2. Para kader posyandu diharapkan rutin melakukan konseling pengasuhan perkembangan anak, karena dengan konseling tersebut dapat mendukung perbaikan status gizi dan optimalnya pertumbuhan balita.
3. Perawat dan tenaga kesehatan lain diharapkan dapat memberikan pemahaman kepada para kader posyandu beserta ibu balita mengenai pemberian makan yang sesuai dengan usia anak.
4. Peneliti yang akan meneliti topik yang sama dengan penelitian ini diharapkan lebih memperlama *follow up* untuk melihat *outcome* nya. Supaya perubahan/perbaikan status gizi terlihat jelas, gunakan responden yang berada di bawah usia 2 tahun dan mengalami masalah gizi/pertumbuhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aboud, F.E., *et al.* (2013). Effectiveness of parenting program in Bangladesh to address early childhood health, growth and development. *Social Science and Medicine* 97 (2013) 250-8.
- Agostoni, C., *et al.* (2005). The need for nutrition support teams in pediatric units: A commentary by the ESPGHAN committee on nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2005; 41:8-11.
- Engle, P. L., *et al.* (2007). Child development in developing countries 3: strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet* 2007 Januari 20, Vol. 369.
- Eagle P.L., *et al.* (2011). Child development 2: strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2011 Oktober 8, Vol. 378.
- Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI). (2011). *Rekomendasi Ikatan Dokter Anak Indonesia: Asuhan Nutrisi Pediatrik (Pediatric Nutrition Care)*, penyunting, Damayanti Rusli Sjarif, Sri S. Nasar, Yoga Devaera, Conny Tanjung. Diunduh dari www.idai.org.
- Kementrian Kesehatan R.I. (Kemenkes RI). (2013). Riset kesehatan dasar: riskesdas 2013. Jakarta:

- Kementrian Kesehatan RI & Bakti Husada. Diunduh dari www.depkes.go.id.
- McGregor, S.G., *et.al.* (2007). Child development in developing countries 1: developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet* 2007 Januari 6, Vol. 369.
- United Nation Children's Fund (UNICEF). (2013). *Building global capacity for the implementation of the WHO/UNICEF intervention: care for child development*. Geneva: WHO diunduh dari www.who.int.
- Walker, S.P., *et al.* (2007). Child development in developing countries 2: Child development: risk factor for adverse outcomes in developing countries. *Lancet* 2007 Januari 13, Vol. 369.
- Walker, S.P., *et. al.* (2011). Child development 1: inequality in early childhood, risk and protective factor for early child development *Lancet* 2011 Oktober 8, Vol. 378.
- World Health Organization (WHO). (2002). *Global strategy for infant and young child feeding*. Diunduh dari <http://www.who.int>.
- World Health Organization (WHO). (2012). *Care for child development: improving the care for young children*. Diunduh dari <http://www.who.int>.