

Gambaran Status Gizi Pasien Tuberkulosis Anak di RSUP Dr. M. Djamil Padang

Chika Aulia Husna¹, Finny Fitry Yani², Machdawaty Masri³

Abstrak

Prevalensi kejadian tuberkulosis pada anak di Sumatera Barat cukup tinggi, salah satu faktor risikonya adalah status gizi. Anak dengan gizi buruk akan mengakibatkan kekurusan, lemah, dan rentan terserang infeksi tuberkulosis. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran status gizi pasien tuberkulosis anak di RSUP Dr. M. Djamil Padang. Telah dilakukan penelitian deskriptif dengan menggunakan data rekam medik pasien tuberkulosis anak yang terdaftar di RSUP Dr. M. Djamil Padang periode 1 Januari 2013 – 31 Desember 2013 dengan menggunakan metode *total sampling*, sehingga diperoleh 187 sampel. Hasil penelitian yang didapatkan yaitu tuberkulosis pada anak mayoritas berada di poliklinik anak 64% dengan perbandingan 1,8 : 1. Pasien tuberkulosis pada anak laki – laki dan anak perempuan berjumlah sama di instalasi rawat inap anak 50% dan tidak begitu jauh berbeda di poliklinik anak dengan jumlah pada anak perempuan sedikit lebih banyak 53%. Pasien tuberkulosis anak lebih banyak pada kelompok usia 5 – <14 tahun 44,1% di instalasi rawat inap anak dan 56,3% di poliklinik anak. Status gizi kurang 57,4% di instalasi rawat inap anak dan 52,1% di poliklinik anak. Kasus tuberkulosis anak masih banyak ditemukan, oleh karena itu diperlukan sosialisasi dan informasi kepada masyarakat akan bahaya tuberkulosis agar dapat menghindarkan diri dari faktor risiko khususnya tentang status gizi.

Kata Kunci: tuberkulosis pada anak, status gizi, umur, jenis kelamin

Abstract

The prevalence of tuberculosis in children on West Sumatra are quite high, the most of the risk factors is nutritional status. Children with severe malnutrition will lead to emaciation, weak and susceptible infectious tuberculosis. The objective of this study was to identify the nutritional status on children of tuberculosis patients in Dr. M. Djamil Padang hospital. This research is descriptive study using medical records of children with tuberculosis enrolled in Dr. M. Djamil Padang hospital period of January 1st 2013 – December 31th 2013 by using the total sampling method to obtained 187 sampel. The results showed that the majority of tuberculosis in children are in polyclinic 64% with a ratio of 1,8:1. Tuberculosis patients in boys and girls the same number in hospitalization 50% and not so much different in polyclinic with the number of the girls a little more 53%. Patients with tuberculosis were more children in the age groups 5-<14 years 44,1% in hospitalizations and 56,3% in polyclinic with malnutrition 57,4% in hospitalizations and 52,1% in polyclinic. In Indonesia, there are still many cases of tuberculosis of children. It need socialization and information to the public about the dangers of tuberculosis in order to avoid the risk factors, especially on nutritional status.

Keywords: tuberculosis of children, nutritional status, age, gender

Afiliasi penulis: 1. Pendidikan Dokter FK UNAND (Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang), 2. Bagian Anak FK UNAND, 3. Bagian Kimia FK UNAND

Korespondensi : Chika Aulia Husna, email aulia.chika12@yahoo.co.id, Telp: 085356430402

PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit menular kronik yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang telah menginfeksi hampir sepertiga penduduk dunia dan merupakan penyebab kematian kedua setelah HIV.¹ Sebagian besar negara di dunia

tidak dapat mengendalikan penyakit TB, disebabkan banyaknya penderita yang tidak berhasil disembuhkan. Pada tahun 2012 WHO (World Health Organization) melaporkan *Global Report 2011* tentang prevalensi TB sebesar 289 kasus per 100.000 penduduk, insidens TB sebesar 189 kasus per 100.000 penduduk dan angka kematian sebesar 27 kasus per 100.000 penduduk.¹

Di Indonesia, penyakit TB masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dengan jumlah penderita TB dari tahun ke tahun yang terus meningkat. Hampir 10 tahun lamanya Indonesia menempati urutan ketiga sedunia dalam hal jumlah penderita TB. Pada tahun ini, Indonesia turun ke peringkat 4 setelah India, Cina dan Afrika Selatan. Prevalensi TB di Indonesia pada tahun 2013 adalah 297 per 100.000 penduduk dengan kasus baru setiap tahun mencapai 460.000 kasus. Total kasus hingga 2013 mencapai sekitar 800.000 – 900.000 kasus.²

Sebanyak 17 provinsi di Indonesia mempunyai prevalensi TB diatas prevalensi nasional. Sumatera Barat termasuk 17 provinsi tersebut. Kota Padang merupakan kota dengan penemuan kasus TB BTA+ tertinggi di Sumatera Barat yaitu 662 kasus.³

TB menyerang seluruh usia, termasuk anak – anak. Presentase semua kasus TB pada anak berkisar antara 3% sampai 25% dari seluruh presentase kasus TB paru. Mayoritas anak tertular TB dari pasien TB dewasa, sehingga dalam penanggulangan TB anak penting untuk mengerti gambaran epidemiologi TB pada dewasa. Diagnosis TB pada dewasa mudah ditegakkan dari pemeriksaan sputum yang positif. Pada anak diagnosis TB sulit dikonfirmasi. Sulitnya konfirmasi diagnosis TB pada anak mengakibatkan penanganan TB anak terabaikan, oleh karena itu, pentingnya penelitian pada TB anak.⁴

Timbulnya penyakit TB paru tidak lepas dari peranan faktor risiko. Status gizi sangat berperan penting. Anak dengan gizi buruk akan mengakibatkan kekurusan, lemah dan rentan terserang infeksi TB. Hal ini dikarenakan sistem kekebalan tubuh yang berkurang pada anak.⁴ Pada tahun 2004 Alsagaf dan Mukty mengatakan bahwa status gizi yang buruk dapat memengaruhi tanggapan tubuh berupa pembentukan antibodi dan limfosit terhadap adanya

kuman penyakit. Pembentukan ini memerlukan bahan baku protein dan karbohidrat, sehingga pada anak dengan gizi buruk produksi antibodi dan limfosit terhambat. Gizi buruk dapat menyebabkan gangguan imunologi dan memengaruhi proses penyembuhan penyakit.⁵

Berdasarkan penelitian Fatimah pada tahun 2008 tentang faktor kesehatan lingkungan rumah yang berhubungan dengan kejadian TB paru di Kabupaten Cilacap menunjukkan bahwa faktor status gizi mempunyai hubungan dengan kejadian TB paru.⁶ Sejalan dengan penelitian Ruswanto pada tahun 2010 mengatakan bahwa status gizi merupakan faktor risiko terhadap kejadian TB paru.⁷ Penelitian Rachmawaty *et al* pada tahun 2009 tentang hubungan status gizi dengan TB paru di kota Bandung juga menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara status gizi dengan kejadian TB pada anak.⁸

Di Sumatera Barat telah diadakan penelitian oleh Wajdi *et al* pada tahun 2005 di Kabupaten Agam Sumatera Barat menyimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara status gizi dengan kejadian penyakit TB paru di Kabupaten Agam, Sumatera Barat.⁹ Jamil juga menyatakan dalam penelitiannya tentang faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian TB paru di wilayah kerja Puskesmas Kampung Dalam Kabupaten Padang Pariaman tahun 2004 bahwa ada hubungan antara status gizi dengan kejadian TB paru.¹⁰

Berdasarkan masalah tersebut, maka perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui bagaimana gambaran status gizi pasien TB anak di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

METODE

Jenis penelitian ini adalah deskriptif untuk melihat gambaran status gizi pada pasien TB anak dengan mengambil data rekam medik dari pasien TB anak yang terdaftar di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2013.

Penelitian ini dilaksanakan dari Desember 2013 sampai Desember 2014 di instalasi rekam medik RSUP Dr. M. Djamil Padang. Data sekunder tersebut merupakan data dari Januari 2013 – Desember 2013.

Populasi penelitian ini adalah semua rekam medik anak penderita TB yang terdaftar di RSUP Dr.

M. Djamil Padang dari 1 Januari 2013 – 31 Desember 2013. Sampel penelitian adalah semua populasi yang memenuhi syarat kriteria inklusi untuk melakukan penelitian.

Teknik pengambilan sampel adalah *total sampling* dengan mengambil seluruh sampel yang memenuhi kriteria inklusi mulai dari Januari 2013 – Desember 2013.

HASIL

Telah dilakukan penelitian di Instalasi Rekam Medik RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan mengumpulkan data sekunder berupa data pasien tuberkulosis anak di RSUP Dr. M. Djamil Padang periode Januari 2013 – Desember 2013. Berdasarkan data yang diperoleh, didapatkan 187 anak yang menderita tuberkulosis dengan distribusi lebih banyak di poliklinik anak daripada di Instalasi Rawat Inap anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Tabel1. Distribusi pasien TB anak berdasarkan jenis kelamin

Jenis Kelamin	Instalasi Rawat Inap		Poliklinik	
	f	%	f	%
Laki – laki	34	50%	56	47%
Perempuan	34	50%	63	53%
Jumlah	68	100%	119	100%

Berdasarkan Tabel 1 dapat dilihat bahwa di instalasi rawat inap jumlah anak laki – laki dan perempuan yang menderita TB sama yaitu 34 orang (50%), sedangkan di poliklinik jumlah anak laki – laki dan perempuan yang menderita TB tidak jauh berbeda yaitu 56 anak laki – laki (47%) dan 63 anak perempuan (53%). Tidak ada perbedaan yang signifikan antara penderita TB pada anak laki – laki dan anak perempuan.

Tabel2. Distribusi pasien TB anak berdasarkan usia

Usia	Instalasi Rawat Inap		Poliklinik	
	f	%	f	%
< 1 tahun	9	13,2%	7	5,9%
1 - < 5 tahun	29	42,7%	45	37,8%
5 - < 14 tahun	30	44,1%	67	56,3%
Jumlah	68	100%	119	100%

Tabel 2 dapat terlihat bahwa penderita TB anak mayoritas terdapat pada kelompok usia 5 – <14 tahun sebesar 30 orang (44,1%) di Instalasi Rawat Inap dan 67 orang (56,3%) di poliklinik anak.

Tabel3. Distribusi pasien tuberkulosis anak menurut status gizi

Status Gizi	Instalasi Rawat Inap		Poliklinik	
	f	%	f	%
Gizi Buruk	20	29,4%	9	7,6%
Gizi Kurang	39	57,4%	62	52,1%
Gizi Normal	9	13,2%	48	40,3%
Gizi Lebih	0	0,0%	0	0,0%
Jumlah	68	100%	119	100%

Berdasarkan Tabel 3 dapat dilihat bahwa pasien TB anak mayoritas gizi kurang sebanyak 39 orang (57,4%) di Instalasi Rawat Inap anak dan 62 orang (52,1%) di poliklinik anak. Diikuti dengan gizi buruk sebanyak 20 orang (29,40%) di Instalasi Rawat Inap anak dan gizi normal sebanyak 48 orang (40,30%) di poliklinik anak.

PEMBAHASAN

Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada pasien TB anak di Instalasi Rawat Inap anak dan poliklinik anak RSUP Dr. M. Djamil Padang ditemukan ada 187 anak yang menderita TB dengan perbandingan 1,8 : 1 lebih banyak di poliklinik anak. Anak yang dirawat di instalasi rawat inap adalah yang menderita TB berat, sedangkan yang di poliklinik adalah anak yang menderita TB ringan. Hasil penelitian yang didapat dapat disimpulkan bahwa angka TB ringan lebih banyak daripada angka TB berat di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Dari 187 anak penderita TB terdapat 34 anak laki – laki (50%) dan 34 anak perempuan (50%) di instalasi rawat inap, serta 56 anak laki – laki (47%) dan 63 anak perempuan (53%) di poliklinik anak. Hal ini memperlihatkan bahwa TB anak tidak dipengaruhi oleh jenis kelamin, baik laki – laki ataupun perempuan memiliki kemungkinan yang sama menderita TB. Hasil ini hampir sama dengan penelitian Septima tahun 2001 di RSUP Dr. M. Djamil Padang yang menemukan penderita TB anak laki–laki sebesar 54% dan anak perempuan 46%.¹¹ Penelitian yang

dilakukan oleh Asykaruddin tahun 1996 di RSUP Dr. Pringadi Medan menemukan penderita TB anak laki – laki sebesar 53,85% dan anak perempuan sebesar 46,15%.¹²

Hasil penelitian ini sesuai dengan kepustakaan yang mengatakan bahwa sampai usia pubertas jumlah penderita TB anak laki – laki dan perempuan tidak jauh berbeda,¹³ tetapi pada sebagian besar kasus menyatakan bahwa lebih banyak terjadi pada laki – laki, walaupun tidak terlalu signifikan perbedaannya antara laki – laki dan perempuan.¹⁴

Tabel 2 memperlihatkan bahwa frekuensi terbanyak ditemukan pada kelompok usia 5 – <14 tahun sebanyak 30 orang (44,1%) di Instalasi Rawat Inap Anak dan 67 orang (56,3%) di poliklinik anak. Diikuti dengan usia 1 – <5 tahun sebanyak 29 orang (42,7%) di Instalasi Rawat Inap Anak dan 45 orang (37,8%) di poliklinik anak, lalu kelompok usia <1 tahun sebanyak 9 orang (13,2%) di Instalasi Rawat Inap Anak dan 7 orang (5,9%) di poliklinik anak. Hasil penelitian ini tidak sama dengan yang dilakukan oleh Septima tahun 2001 di RSUP Dr. M. Djamil Padang yang menemukan frekuensi terbanyak pasien TB anak pada kelompok usia <1 tahun sebesar 34% dikarenakan anak pada kelompok usia tersebut memiliki daya tahan tubuh yang lemah.¹³ Menurut Hasan *et al* tahun 1997, 50% penduduk yang menunjukkan hasil positif uji Mantoux terdapat 42,4% yang berusia 5 - <14 tahun diikuti dengan kelompok usia 1 - <5 tahun sebesar 25,9%.¹⁵

Berdasarkan data epidemiologi TB terbaru mengatakan bahwa saat ini penderita TB anak lebih banyak pada kelompok usia 5 - <14 tahun dikarenakan pada kelompok usia tersebut anak telah mengenal dunia diluar rumah, sehingga kemungkinan untuk berkontak dengan penderita TB dewasa positif lebih besar. Pada kelompok usia 5 - <14 tahun anak sudah bisa bermain dan mengenal banyak orang diluar rumahnya, sehingga anak akan berkontak dengan penderita TB dewasa positif yang merupakan faktor utama penularan TB pada anak. Faktor lingkungan juga sangat mempengaruhi terjadinya TB pada anak.¹⁶

Tabel 3 memperlihatkan bahwa penderita TB anak mayoritas memiliki status gizi kurang sebesar 39 orang (57,4%) di instalasi rawat inap anak dan 62

orang (52,1%) di poliklinik anak. Sesuai dengan penelitian Septima tahun 2001 di bagian anak RSUP Dr. M. Djamil Padang yang menemukan 21 orang dari 50 orang yang diteliti memiliki status gizi kurang.¹¹ Dibandingkan dengan penelitian Asykaruddin tahun 1996 di RSUP Dr. Pringadi Medan yang memperlihatkan hasil kasus TB anak terbanyak adalah dengan status gizi buruk (46,15%).¹² Sesuai dengan kepustakaan yang menyatakan adanya hubungan antara status gizi kurang dan buruk dengan TB.¹⁷

Berdasarkan Tabel 3 dapat dilihat bahwa adanya perbedaan status gizi pasien TB yang dirawat di instalasi rawat inap anak dengan pasien TB yang dirawat di poliklinik anak, dimana pada pasien yang dirawat di instalasi rawat inap anak yang mayoritas berstatus gizi kurang lalu disusul dengan status gizi buruk sebanyak 20 orang (29,40%) dikarenakan anak yang dirawat di instalasi rawat inap menderita TB berat sehingga perjalanan penyakitnya memengaruhi status gizinya, sehingga kebanyakan anak penderita TB yang dirawat di instalasi rawat inap anak berstatus gizi kurang dan buruk. Sesuai dengan kepustakaan yang mengatakan bahwa status gizi yang buruk mengganggu sistem imun yang diperantarai Limfosit T yang memudahkan terjadinya penyakit infeksi termasuk TB.¹⁸

Hanya 10% dari yang terinfeksi basil TB akan menderita penyakit TB. Banyaknya basil TB yang masuk, virulensi dan daya tahan tubuh *host* merupakan faktor yang berperan dalam terjadinya penyakit TB. Pada penderita yang daya tahan tubuhnya buruk, respon imunnya buruk, sehingga kuman mudah berkembang.¹⁹ Sedikit berbeda dengan penderita TB anak yang ada di poliklinik, dimana mayoritas gizi kurang lalu disusul dengan gizi normal sebanyak 48 orang (40,30%). Perbedaan ini dapat terjadi karena banyak faktor risiko lain yang memengaruhinya. Disamping itu anak penderita TB yang ada di poliklinik mayoritas menderita TB ringan dimana status gizi tidak terlalu dipengaruhi oleh perjalanan penyakitnya.²⁰

Tidak ada ditemukan penderita TB anak yang memiliki status gizi lebih baik di Instalasi Rawat Inap maupun di poliklinik.

KESIMPULAN

Pasien TB anak mayoritas terdapat pada kelompok usia 5 – <14 tahun. Pasien TB pada anak laki – laki tidak jauh berbeda jumlahnya dengan anak perempuan sampai usia pubertas. Anak penderita TB paling banyak memiliki status gizi kurang.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada semua pihak atas masukan dan bimbingan dalam penyelesaian penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. Global tuberculosis report. (diunduh 11 November 2013). Tersedia dari: URL: [HYPERLINK http://apps.who.int/125/bitstream/10165eng.pdf](http://apps.who.int/125/bitstream/10165eng.pdf)
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: Profil kesehatan Indonesia 2014. Jakarta: Kemenkes RI; 2014.
3. Dinkes Propinsi Sumbar: Profil data kesehatan Sumbar 2009. (diunduh 11 November 2013). Tersedia dari: URL: [HYPERLINK http://www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id)
4. Kartasasmita C. Epidemiologi tuberkulosis. Bandung: Universitas Padjajaran; 2009.
5. Alsagaff H, Mukty A. Dasar – dasar ilmu penyakit paru. Surabaya: Airlangga University Press; 2004.
6. Fatimah S. Faktor kesehatan lingkungan rumah yang berhubungan dengan kejadian TB paru di Kabupaten Cilacap tahun 2008 (penelitian). Bandung: Universitas Padjajaran; 2008.
7. Ruswanto B. Analisis spasial sebaran kasus tuberkulosis paru ditinjau dari faktor lingkungan dalam dan luar rumah di Kabupaten Pekalongan (tesis). Semarang: Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro; 2010.
8. Rakhmawati W, INurhadiyah I, Fatimah S. Faktor –faktor yang berhubungan dengan kejadian tuberkulosis di Kecamatan Ngamprah Kabupaten Bandung Barat tahun 2009 (peneliti muda UNPAD). Bandung: Universitas Padjajaran; 2009.
9. Wajdi H, Soebijanto, Irawati S. Kesehatan lingkungan rumah dan kejadian penyakit TB paru di Kabupaten Agam Sumatera Barat. *Jurnal Sains Kesehatan UGM*. 2005.
10. Jamil M. Faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian TB paru di wilayah kerja Puskesmas Kampung Dalam Kabupaten Padang Pariaman tahun 2004. Padang: Universitas Padang; 2005.
11. Septima S. Gambaran tuberkulosis pada anak di RSUP Dr. M Jamil Padang tahun 1995-2000 (skripsi). Padang: Fakultas Kedokteran Universitas Andalas; 2001.
12. Asykaruddin. Kejadian tuberkulosis anak di bagian ilmu kesehatan anak RSUP Dr. Pirngadi Medan. *Majalah Kedokteran Indonesia*. 1996;36(2).
13. Crofton J, Horne N, Miller F. *Clinical tuberculosis*. Edisi ke-2. .Muherman H, penterjemah. Jakarta: Widya Medika; 2002.
14. Wilson W. *Pediatrics Recall*. Edisi ke-4. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins; 2011.
15. Hasan R. *Ilmu kesehatan anak FKUI*. Jakarta: Infomedika; 1997.
16. Rahajoe N, Basir D, Makmuri MS, Cissy B Kartasasmita. *Pedoman nasional tuberkulosis anak*. Edisi ke-2. Jakarta: UKK Respiratologi PP IDAI; 2008.
17. Morley D. *Pediatric priorities in developing world (terjemahan)*. Yogyakarta: Yayasan Essentia Medica; 1999.
18. Cegielski P, Dyec A, Lonroth, William. A consistent log linear relationship between tuberculosis incidens and body mass index. *International Journal of Epidemiology*. 2012;39:149-55.
19. Hasan H. Tuberkulosis paru. Dalam: *Buku Ajar Ilmu Penyakit Paru*. Surabaya: Departemen Ilmu Penyakit Paru FK UNAIR; 2010. hlm.9-26.
20. Shils, Maurice E, Moshe Shike, A Catharine Ross, Caballero, Robert J Cousins. *Modern nutrition in health and desease* Edisi ke-10. Philadelphia: Lippincott Wiliams and Walkins;2005.