



**PENATALAKSANAAN HOLISTIK GIZI KURANG DAN STUNTING PADA BALITA  
USIA DUA TAHUN EMPAT BULAN DENGAN PENDEKATAN KEDOKTERAN  
KELUARGA**

**Muhammad Hasbi Sahbani\*, Tutik Ernawati**

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung, Jl Prof. Dr. Sumantri Brojonegoro No. 1, Bandar Lampung,  
Lampung, 35145, Indonesia

\*[muhammadhasbisahbani@gmail.com](mailto:muhammadhasbisahbani@gmail.com)

**ABSTRAK**

*Stunting adalah kondisi tinggi badan seseorang lebih pendek dibanding tinggi badan orang lain pada umumnya dengan usia yang sama. Menerapkan pelayanan dokter keluarga dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berbasis Evidence-Based Medicine yang bersifat family approach, patient-centred dan community oriented. Studi yang dilakukan adalah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan ke rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien di puskesmas. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif. Pasien An. AL berusia 28 bulan tinggal bersama nenek, kakak, dua orang paman dan kedua orangtuanya. Orang tua pasien mengeluhkan bahwa kondisi tumbuh kembang anaknya tidak seperti anak seusianya di lingkungan rumahnya. Pasien di diagnosis sebagai gizi kurang dan Stunting. Pada kasus ini telah dilakukan evaluasi yaitu terdapat penurunan gejala klinis dan peningkatan pengetahuan pasien dan keluarga pasien. Telah dilakukan penatalaksanaan holistik dengan pendekatan dokter keluarga pada An. AL dan keluarga yang disesuaikan dengan EBM. Intervensi yang dilakukan telah menambah pengetahuan dan mengubah beberapa perilaku pasien dan keluarganya, yang ditandai dengan perbaikan pada diagnosis holistik akhir.*

Kata kunci: dokter keluarga; penatalaksanaan holistik; stunting

**HOLISTIC MANAGEMENT OF UNDERWEIGHT AND STUNTING IN TWO YEARS  
AND FOUR MONTHS CHILDREN WITH FAMILY MEDICAL APPROACH AT THE  
HEALTH CENTER KEBON JAHE**

**ABSTRACT**

*Stunting is a condition where a person's height is shorter than the height of other people in general who are the same age. Implement family doctor services by identifying risk factors, clinical problems, and Evidence-Based Medicine-based patient management that is family-approach, patient-centered and community oriented. The study conducted is a case report. Primary data are obtained through anamnesis, physical examination and home visits. Secondary data is obtained from the patient's medical records at the health center. Assessment is carried out on the basis of a holistic diagnosis of the beginning, process, and end of the study quantitatively and qualitatively. Patient AL 28-months-old lives with his grandmother, brother, uncles and parents. The patient's parents complained that their child's growth and development conditions were not like children of their age in their home environment. The patient is diagnosed as Stunting. In this case, an evaluation has been carried out, namely there is a decrease in clinical symptoms and an increase in the knowledge of the patient and the patient's family. Holistic management has been carried out with a family doctor approach to patient AL and EBM-adjusted families. The interventions have increased knowledge and changed some of the behaviors of patients and their families, which is shown by improvements in the final holistic diagnosis.*

Keywords: family medicine; holistic management; stunting

## PENDAHULUAN

*World Health Organization* (WHO) menyampaikan bahwa kunci untuk meningkatkan status kesehatan dan mencapai *Sustainable Development Goals* (SDGs) 2030 adalah dengan memperkuat sistem pelayanan kesehatan primer (*Primary Health Care*). Selain itu dalam Deklarasi Alma Alta dan buku *Primary Care Now More than Ever* WHO juga kembali menegaskan pentingnya layanan primer sebagai pelayanan kesehatan esensial di tingkat pertama yang perlu dikembangkan dan diimplementasikan di setiap negara termasuk di Indonesia. Untuk itu diperlukan adanya integrasi dari *Community Oriented Medical Education* (COME) ke *Family Oriented Medical Education* (FOME), salah satunya adalah dengan pelayanan kedokteran keluarga yang melaksanakan pelayanan kesehatan holistik meliputi usaha promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dengan pendekatan keluarga (Rahmadhita, 2020).

Pelayanan holistik adalah suatu metode pengobatan secara menyeluruh yang memperhatikan hal-hal yang muncul dari dalam diri pasien saat menghadapi sakit. Layanan *Holistic Health Care* adalah bentuk upaya penyembuhan untuk pasien yang memfokuskan segi psikologi dan spiritual selain melihat dari sisi penanganan medis/fisik. Dengan adanya Layanan kesehatan *Holistic Health Care* diharapkan dapat memberi pelayanan secara utuh dengan cara pandang dan perilaku positif yang berorientasi pada aspek psikospiritual pasien karena kebutuhan manusia mencakup keseluruhan bagian fisik/biologis, sosial, psikologis dan spiritual (Aurora, 2021)

Ilmu kedokteran keluarga ialah salah satu cabang ilmu kedokteran yang diterapkan di layanan primer serta sangat berkembang di negara maju sebagai salah satu spesialisasi bidang kedokteran bagi praktisi di layanan primer. Ilmu kedokteran keluarga merupakan salah satu keilmuan yang diterapkan di program studi kedokteran keluarga dan layanan primer (KKLP) selain ilmu kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat. Pelayanan dokter keluarga merupakan salah satu upaya penyelenggaraan kesehatan perorangan di tingkat primer untuk memenuhi ketersediaan, ketercapaian, keterjangkauan, kesinambungan, dan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Pengelolaan kasus dengan pendekatan kedokteran keluarga memerlukan pengelolaan berorientasi keluarga. Seorang dokter praktik di layanan primer harus memperhatikan pasien sebagai bagian dari keluarganya yang dapat menjadi potensi sumber daya pendukung atau penghambat keberhasilan penatalaksanaan. Pengumpulan informasi tentang keluarga bermanfaat bagi dokter untuk mengetahui siapa saja yang memiliki masalah kesehatan yang sama dengan pasiennya dan apa yang telah dilakukan oleh keluarga. Selain data tentang keluarga yang meliputi riwayat penyakit keluarga, dokter juga dapat mengidentifikasi potensi sumber daya *stresor* di keluarga yang memengaruhi/dipengaruhi masalah pasien sehingga rencana pengelolaan mencakup peningkatan kesehatan pasien dan keluarga yang saling terkait (Aurora, 2021)

Melihat dari pentingnya peran dokter keluarga dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat dalam lingkup komunitas, maka perlu suatu tindakan dalam lingkup komunitas oleh tenaga kesehatan untuk menerapkan prinsip kedokteran keluarga. Sehingga hal tersebut merupakan salah satu alasan seorang lulusan kedokteran harus memiliki keterampilan tersebut. Oleh karena itu, keterampilan dokter keluarga dimasukkan kedalam kurikulum pendidikan. Salah satu kegiatan yang mendukung proses belajar mahasiswa yaitu *Family Oriented Health Care* (FOHC). Dalam rangkaian kegiatan akan melakukan proses identifikasi, intervensi, dan evaluasi dengan pendekatan keluarga (Greenwood, 2022).

Gizi merupakan faktor penting yang bertujuan membangun sumber daya manusia yang berkualitas. Berbagai penelitian yang telah dilakukan mengungkapkan bahwa kekurangan gizi,

terutama pada usia dini akan berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan anak. Anak yang kekurangan gizi akan bertubuh kurus, kecil dan pendek. Gizi kurang juga akan berdampak pada rendahnya kemampuan kognitif dan intelektual pada anak, serta berpengaruh terhadap menurunnya produktivitas anak (Greenwood, 2023)

Balita pendek atau *stunting* merupakan suatu kondisi gagal tumbuh pada balita (bayi di bawah lima tahun) akibat kekurangan gizi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi pada *stunting* dapat terjadi sejak bayi masih di dalam kandungan dan pada masa awal setelah bayi lahir. Saat ini, penurunan prevalensi balita *stunting* menjadi salah satu prioritas pembangunan nasional yang tercantum di dalam sasaran pokok rencana pembangunan jangka menengah tahun 2019–2024 (Aurora, 2021)

Angka kejadian *stunting* di dunia cukup tinggi. Di dunia pada tahun 2020 diperkirakan tidak kurang dari 149,2 juta anak di dunia mengalami *stunting*. Sedangkan pada tahun 2022 di Indonesia, anak yang menderita *stunting* sebanyak 4.558.899 atau dengan angka prevalensi 21,6%, untuk provinsi lampung memiliki angka prevalensi anak stunting 15,2% pada tahun 2022 angka ini masih berada di atas angka target *stunting* nasional yaitu 14%, dengan kota bandar lampung memiliki 11,1% ( Rahmadita, 2020)

*Stunting* adalah kekurangan nutrisi jangka panjang menyebabkan malnutrisi kronis. *Stunting* merupakan kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat kekurangan gizi kronis sehingga anak menjadi terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi dapat terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah anak lahir, tetapi baru nampak setelah anak berusia dua tahun, di mana keadaan gizi ibu dan anak merupakan faktor penting dari pertumbuhan anak. Periode 0-24 bulan usia anak merupakan periode yang menentukan kualitas kehidupan sehingga disebut dengan periode emas. Periode ini merupakan periode yang sensitif karena akibat yang ditimbulkan terhadap bayi masa ini bersifat permanen, tidak dapat dikoreksi. Diperlukan pemenuhan gizi adekuat usia ini. Mengingat dampak yang ditimbulkan masalah gizi ini dalam jangka pendek adalah terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh. Jangka panjang akibat dapat menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, dan menurunnya kekebalan tubuh (Rahmadita, 2020).

Pertumbuhan dapat dilihat dengan beberapa indikator status gizi. Secara umum terdapat tiga indikator yang bisa digunakan untuk mengukur pertumbuhan bayi dan anak, yaitu indikator berat badan menurut usia (BB/U), tinggi badan menurut usia (TB/U) dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). *Stunting* merupakan salah satu masalah gizi yang diakibatkan oleh kekurangan zat gizi secara kronis. Hal ini ditunjukkan dengan indikator TB/U dengan nilai  $-3\text{ SD} < \text{Z-score} < -2\text{ SD}$  (Kemenkes RI, 2020). Pertumbuhan *stunting* yang terjadi pada usia dini dapat berlanjut dan berisiko untuk tumbuh pendek pada usia remaja. Anak yang tumbuh pendek pada usia dini (0 – 2 tahun) dan tetap pendek pada usia 4 – 6 tahun memiliki risiko 27 kali untuk tetap pendek sebelum memasuki usia pubertas; sebaliknya anak yang tumbuh normal pada usia dini dapat mengalami *growth faltering* pada usia 4 – 6 tahun memiliki risiko 14 kali tumbuh pendek pada usia pra-pubertas (Kemenkes RI, 2021). Adapun tujuan dari penulisan ini adalah untuk menerapkan pelayanan dokter keluarga secara holistik berbasis *Evidence Based Medicine* pada pasien serta penatalaksanaan berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan *patient- centered, family focused, dan community oriented*.

## ILUSTRASI KASUS

Pasien An. AL berusia dua tahun empat bulan tinggal bersama satu kakak laki-laki, nenek, dua orang paman dan kedua orang tuanya. Orang tua pasien mengeluhkan bahwa kondisi

tumbuh kembang anaknya tidak seperti anak seusianya di lingkungan rumahnya. Selama kehamilan pasien, ibu pernah mengonsumsi tablet penambah darah namun tidak rutin. Pasien lahir dengan berat badan 2,6 kg, Panjang badan 49 cm, lahir cukup bulan dan langsung menangis secara pervaginam di perjalanan menuju puskesmas tanpa adanya penyulit. Ibu pasien mengaku pasien segera diberikan ASI setelah lahir atau Inisiasi Menyusui dini (IMD), pasien mendapatkan ASI eksklusif hingga usia dua bulan. Pada usia enam bulan, pasien sudah diberikan MPASI lunak dengan kombinasi nasi dan sayuran. Pemberian MPASI diberikan sebanyak dua kali sehari, namun pasien biasanya hanya memakan setengah piring. Pasien rutin datang ke Posyandu dan mendapatkan imunisasi dasar lengkap. Pasien sering mengalami gejala batuk dan pilek, namun sembuh dengan sendirinya

Saat ini pasien makan tiga kali sehari dengan kombinasi pagi setengah piring nasi, seperempat piring lauk pauk dan seperempat piring sayuran, dan pasien selalu menghabiskan makanannya tanpa ada yang tersisa, siang roti dan malam mie instan. Lauk yang biasa dikonsumsi pasien antara lain telur, ikan, ayam, tahu, atau temp. Ibu pasien mengaku, pasien tidak memakan daging karena keterbatasan biaya. Setiap hari pasien suka memakan jajanan yang memiliki higienitas yang kurang baik. Pasien tidak menerapkan pola hidup bersih dan sehat. Pasien sering bermain di tempat kotor seperti tanah dan tempat berdebu di halaman rumahnya, kemudian pasien tidak mencuci tangan setelahnya. Kuku pasien juga panjang dan kotor. Pasien juga memiliki perkembangan yang meragukan berdasarkan penilaian sesuai usianya yang dinilai menggunakan KPSP sesuai dengan usianya. Dengan menggunakan KPSP usia 30 bulan dan didapatkan delapan jawaban ya dan dua jawaban tidak.

## **METODE**

Penelitian ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, baik autoanamnesis maupun alloanamnesis dari anggota keluarga, pemeriksaan fisik terhadap pasien An. AL yang berusia 2 tahun empat bulan, disertai kunjungan rumah untuk melengkapi informasi terkait kondisi keluarga, aspek psikososial, dan lingkungan sekitar. Sementara itu, data sekunder dikumpulkan melalui peninjauan rekam medis pasien. Penilaian kasus dilakukan menggunakan pendekatan diagnosis holistik, yaitu diagnosis menyeluruh yang mempertimbangkan faktor biologis, psikososial, budaya, dan spiritual sejak awal hingga akhir proses studi secara kualitatif dan kuantitatif. Seluruh data dianalisis berdasarkan prinsip kedokteran keluarga yang mencakup pelayanan umum, berkelanjutan, berorientasi pada keluarga, serta berfokus pada komunitas, guna memastikan diagnosis yang akurat dan perencanaan terapi yang optimal. Selain itu, pendekatan holistik ini juga mendukung pemberian layanan perawatan yang terintegrasi dan menyeluruh sesuai kebutuhan pasien.

## **DATA KLINIS**

### **Anamnesis**

Orang tua pasien mengeluhkan bahwa kondisi tumbuh kembang anaknya tidak seperti anak seusianya di lingkungan rumahnya. Ibu pasien merasa tinggi badan pasien lebih pendek serta lebih kurus jika dibandingkan dengan teman-teman seusianya. Selain itu, saat ini juga pasien mengalami diare dan juga sering mengalami keropeng pada kulit yang hilang timbul.

Selama kehamilan pasien, ibu pernah mengonsumsi tablet penambah darah. Pasien lahir dengan berat badan 2,6 kg, Panjang badan 49 cm, lahir cukup bulan dan langsung menangis secara pervaginam di perjalanan menuju puskesmas tanpa adanya penyulit. Ibu pasien mengaku pasien segera diberikan ASI setelah lahir atau Inisiasi Menyusui dini (IMD), namun pasien mendapatkan ASI eksklusif hingga usia enam bulan. Pada usia enam bulan, pasien sudah diberikan MPASI lunak dengan kombinasi nasi dan sayuran yang diberikan sebanyak dua kali sehari, namun pasien biasanya hanya memakan setengah piring. Pasien rutin datang

ke Posyandu dan mendapatkan imunisasi dasar lengkap. Pasien sering mengalami gejala batuk dan pilek, namun sembuh dengan sendirinya

Saat ini pasien makan dua kali sehari dengan kombinasi setengah piring nasi, seperempat piring lauk pauk dan seperempat piring sayuran, pasienpun selalu menghabiskan makanannya tanpa ada yang tersisa. Lauk yang biasa dikonsumsi pasien antara lain telur, ikan, ayam, tahu, atau tempe. Namun lebih sering makan roti dari warung serta mie instan. Ibu pasien mengaku, pasien jarang mengonsumsi daging atau protein hewani lainnya karena keterbatasan biaya. Setiap hari pasien suka-suka memakan jajanan yang memiliki higienitas yang kurang baik. Pasien tidak menerapkan pola hidup bersih dan sehat. Pasien sering bermain di tempat kotor seperti tanah dan tempat berdebu di halaman rumahnya, kemudian pasien tidak mencuci tangan setelahnya. Kuku pasien juga panjang dan kotor.

### **Pemeriksaan Fisik**

Dari pemeriksaan fisik didapatkan penampilan lebih pendek dari usianya, frekuensi nadi 100 x/menit, frekuensi nafas 24x/menit, suhu 36,5°C, berat badan 8,2kg, tinggi badan 79cm. Berdasarkan kurva WHO maka didapatkan :

- BB/U : Z-Score <-3 SD (Berat badan sangat kurang)
- TB/U : -3 SD < Z-Score <-2 SD (*Stunted*)
- BB/TB : -3 SD < Z-Score <-2 SD (Gizi kurang).

Pasien juga memiliki perkembangan yang meragukan berdasarkan penilaian sesuai usianya yang dinilai menggunakan KPSP sesuai dengan usianya. Dengan menggunakan KPSP usia 30 bulan dan didapatkan delapan jawaban ya dan dua jawaban tidak.

### **Status Generalis**

Pada pemeriksaan status generalis didapatkan rambut tumbuh merata pada kepala. Pada mata, telinga, hidung, dan leher kesan dalam batas normal. Pada pemeriksaan paru, gerak dada dan *fremitus taktil* simetris, tidak didapatkan rhonki dan *wheezing*, kesan dalam batas normal. Pada pemeriksaan jantung, tidak terdapat pelebaran, auskultasi dalam batas normal. Tidak tampak adanya tulang rusuk menonjol, tidak tampak adanya organomegali maupun ascites, abdomen datar, wajah tidak nampak tua dan kulit tidak keriput. Ekstremitas tidak didapatkan edema, akral hangat, kesan dalam batas normal.

### **Thorax:**

#### **Jantung**

- I : Ictus cordis tidak tampak
- P : Ictus cordis teraba pada SIC 5
- P : Sonor seluruh lapang paru
- A : BJ I/II reguler

#### **Paru**

- I : Tampak simetris, retraksi (-), pernapasan tertinggal (-)
- P : Fremitus taktil simetris kanan dan kiri, nyeri tekan (-), massa (-)
- P : Sonor +/-
- A : Rhonki (-), wheezing (-)

### **Abdomen**

- I : Datar
- A : BU (+) 8 x/menit
- P : Nyeri tekan (-)

P : Timpani

**Ekstremitas:** Akral hangat, edema (-/-), CRT kurang dari dua detik. Pada tangan kanan ditemukan bentol seukuran uang koin disertai keropeng sejak tiga minggu disertai gatal dan nyeri.

### Pemeriksaan Penunjang

Tidak dilakukan

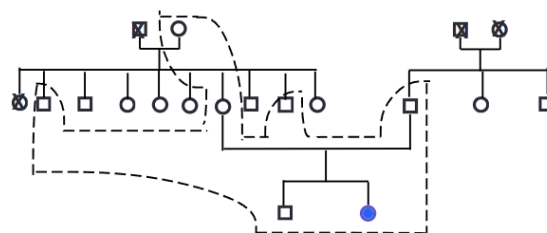
### DATA KELUARGA

Pasien merupakan anak kedua dari dua bersaudara. Yang saat ini tinggal satu rumah dengan pasien adalah orang tua, kakak pertama yang berusia 11 tahun, dua paman yang berusia 55 tahun dan 30 tahun. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga besar (*extended Family*) yang terdiri dari ayah yang berusia 41 tahun, ibu berusia 41 tahun, dua paman yang berusia 55 tahun dan 30 tahun, nenek yang berusia 70 tahun. Ayah dan ibu merupakan suku Jawa. Pendidikan terakhir ayah adalah SD dan Pendidikan terakhir Ibu adalah SD. Keluarga ini belum memiliki KIS (Kartu Indonesia Sehat), dan tidak mendapatkan PBI (Penerima Bantuan Iuran). Hanya ibu saja yang memiliki KIS. Jarak antara rumah dan fasilitas kesehatan asal berjarak lebih dari dua kilometer yang ditempuh dengan jalan kaki dikarenakan motor digunakan ayah untuk bekerja. Terdapat gangguan pada fungsi ekonomi keluarga, karena sumber penghasilan keluarga yang berasal dari ayah yang bekerja sebagai pramusaji pada warung bakso kaki lima, dan paman yang bekerja sebagai serabutan. Saat ini pasien dan keluarganya tinggal di satu rumah yang sama.

Hubungan antar anggota keluarga terjalin erat. Setiap harinya orangtua pasien bekerja secara bergantian dan bergantian mengasuh anak dirumah, dibantu dengan kakak pertama pasien yang telah putus sekolah. Ayah yang bekerja sebagai pramusaji warung bakso mulai bekerja dari pukul 07.00 – 16.00. Penghasilan ayah sekitar Rp. 30-40 ribu Rupiah perhari, sedangkan penghasilan paman sebagai serabutan sebagai kuli angkut beras dan terkadang mengumpulkan barang bekas sebesar Rp. 20-40 ribu per hari.

### Genogram

Genogram keluarga An. L pada Gambar 1.



Gambar 1. Genogram Keluarga An.AL

### Keterangan

○ = Wanita

□ = Pria

● = Pasien

--- = Tinggal Serumah

X = Meninggal

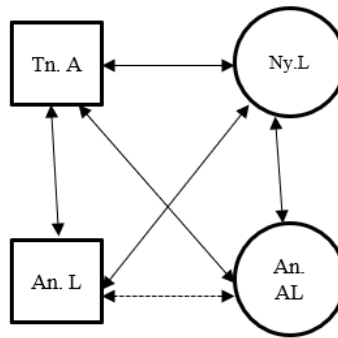
1 = Meninggal tidak diketahui sebabnya

2 = Meninggal karena serangan jantung

3 = Meninggal karena kecelakaan lalu lintas

### Family Mapping

Hubungan antar keluarga An. AL dapat dilihat pada Gambar 2.



Keterangan:

----- : hubungan dekat

↔ : hubungan sangat dekat

Gambar 2. Hubungan antar keluarga An. AL

### Family APGAR Score

Adaptation : 2

Partnership : 2

Growth : 2

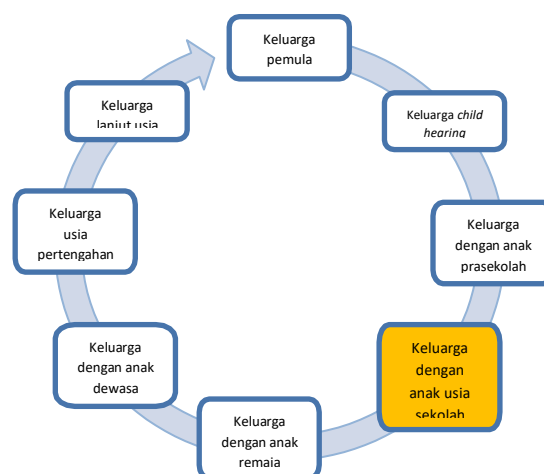
Affection : 1

Resolve : 2

Total *Family Apgar Score* adalah 9 (nilai 8 – 10, fungsi keluarga baik).

### Family Lifecycle

Menurut siklus Duvall, siklus hidup keluarga An. AL berada dalam tahap keluarga dengan anak usia sekolah.



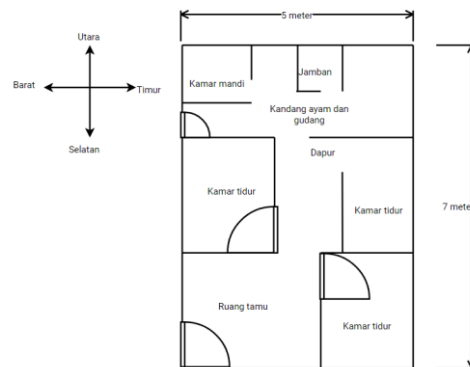
Gambar 3. Siklus Hidup Keluarga An. AL

### Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal di pemukiman dengan rumah berukuran 35 m<sup>2</sup>. Lingkungan sekitarnya padat penduduk. Pasien tinggal dengan ibu kandung, ayah kandung, satu kakak laki laki, nenek dan dua orang paman. Jumlah anggota keluarga yang tinggal di rumah berjumlah tujuh orang. Rumah terdiri dari tiga kamar tidur, satu kamar mandi dalam, jamban dengan wc jongkok, dapur, satu ruang tamu satu ruang keluarga. Atap rumah menggunakan genteng dan belum di

plafon. sebagian lantai rumah menggunakan semen halus dan sebagian keramik. Dinding menggunakan semen halus, sebagian semen kasar dan dinding seng serta sebagian tidak dicat. Jendela terdapat di kamar tidur dan menghadap ke luar rumah tapi terhalang tembok tetangga sehingga tidak mendapat cahaya secara maksimal. Jendela terdapat di ruang tamu/keluarga menghadap ke luar rumah tetapi tidak mendapat sinar matahari. Ventilasi terdapat di ruang tamu, ruang, dan dua kamar tidur. Sinar matahari dapat masuk dari bagian depan rumah. Penerangan dibantu listrik. Jarak rumah pasien dengan rumah lainnya terkesan padat. Sumber air berasal dari air susia yang dialirkan yang digunakan untuk mandi, masak, dan mencuci. Limbah dialirkan ke got. Barang-barang kurang tertata rapi, di dekat kamar mandi terdapat tiga kandang ayam yang, serta ruang tamu terdapat enam kandang burung sehingga menimbulkan bau yang cukup mengganggu.

### Denah Rumah



Gambar 4. Denah Rumah An. AL

Pada saat kunjungan didapatkan kebersihan rumah kurang baik. Keadaan rumah secara keseluruhan tidak tertata rapi. Terdapat kandang ayam di dekat kamar mandi serta kandang burung pada ruang tamu yang menimbulkan bau di dalam rumah.

### DIAGNOSTIK HOLISTIK AWAL

#### Aspek 1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: Ibu pasien mengeluhkan anaknya memiliki tinggi badan yang lebih pendek daripada teman seusianya. Ibu pasien juga mengeluhkan anaknya diare dan terdapat luka koreng pada lengan.
- Kekhawatiran: Ibu pasien khawatir kondisi tersebut menimbulkan anak dirundung oleh teman-temannya dan tidak bisa menyesuaikan diri dengan lingkungannya.
- Harapan: Ibu pasien berharap pasien dapat tumbuh dan berkembang sesuai dengan usianya.
- Persepsi : pasien beranggapan bahwasanya kondisi yang dialami pasien merupakan genetik.

#### Aspek 2. Diagnosis Klinis Awal

- Stunted menurut indikator TB/U (ICD10- E45)
- Gizi Kurang menurut indikator BB/U (ICD10- E44.1)
- Diare (ICD 10-A09)
- Pioderma (ICD 10 E08.0)

#### Aspek 3. Aspek Risiko Internal

- Pasien memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan yang tidak sesuai anjuran gizi seimbang. Pasien sering jajan sembarangan yang memiliki higienitas kurang baik.
- Pasien belum menerapkan pola perilaku hidup bersih dan sehat.

#### Aspek 4. Aspek Risiko Eksternal

- Keluarga pasien tidak mengetahui mengenai keadaan pasien yang mengalami *stunting* dan keterlambatan perkembangan, penyebab, dampak dan tata laksanaanya.



- Keluarga pasien tidak menerapkan pola hidup bersih dan sehat. Keluarga pasien sering membiarkan pasien bermain di tempat kotor seperti tanah dan tempat berdebu di halaman rumahnya, kemudian tidak mengarahkan pasien untuk mencuci tangan setelahnya. Kuku pasien juga panjang dan kotor.

**Aspek 5. Skala Fungsional**

Derajat fungsional 1 (satu), yaitu pasien mampu melakukan aktivitas fisik serta tidak ada hambatan seperti sebelum sakit.

**RENCANA INTERVENSI**

Rencana intervensi yang diberikan berupa intervensi non medikamentosa berupa edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai faktor risiko dan gaya hidup, serta pemberian edukasi mengenai pentingnya datang ke posyandu agar pertumbuhan dan perkembangan anak dapat terpantau. Akan dilakukan kunjungan sebanyak tiga kali. Kunjungan pertama untuk melakukan anamnesis dan memenuhi data pasien, kunjungan kedua untuk intervensi yang berupa *forum guide discussion* pada pasien dan keluarga serta kunjungan ketiga untuk mengevaluasi intervensi.

***Patient-Centered***

Memberikan makanan yang memiliki nilai gizi yang sesuai berdasarkan kebutuhan energi pasien serta penanganan diare dan penyakit kulitnya.

***Family-Focused***

- Edukasi keluarga mengenai *stunting* dan keterlambatan perkembangan anak, penyebab, dampak dan tata laksanaanya.
- Edukasi mengenai pola hidup bersih dan sehat, waktu-waktu yang penting untuk mencuci tangan, dan mengenai kebersihan diri pada anak.

***Community-Oriented***

Edukasi kepada keluarga pasien mengenai pentingnya datang ke Posyandu secara rutin untuk mengukur status gizi anak dan mendapatkan imunisasi dasar serta vitamin tambahan.

**DIAGNOSTIK HOLISTIK AKHIR**

**Aspek 1. Aspek Personal**

- Alasan kedatangan: mengontrol kondisi tumbuh kembang dan pola makan
- Kekhawatiran: Ibu pasien khawatir kondisi tersebut menimbulkan anak dirundung oleh teman-temannya dan tidak bisa menyesuaikan diri dengan lingkungannya.
- Harapan: Ibu pasien berharap pasien dapat tumbuh dan berkembang sesuai dengan usianya.
- Persepsi: keluarga pasien telah mengetahui informasi mengenai penyakit yang diderita pasien, dampak dan penatalaksanaan yang baik dan benar, sehingga dapat mencegah kejadian ulangan yang dapat terjadi di lingkungan sekitar maupun keluarga

**Aspek 2. Diagnosis Klinis Akhir**

- Stunted menurut indikator TB/U (ICD10- E45)
- Gizi Kurang menurut indikator BB/U (ICD10- E44.1)
  - Diare(ICD 10-A09)

**Aspek 3. Aspek Risiko Internal**

- Pasien sudah mengonsumsi makanan dengan gizi seimbang dan sesuai dengan kebutuhan energi pasien

**Aspek 4. Aspek Risiko Eksternal**

- Keluarga pasien telah mengetahui mengenai *stunting* dan keterlambatan perkembangan pada anak, penyebab, dampak, dan cara tata laksanaanya.
- Keluarga pasien menerapkan pola hidup bersih dan sehat, mengarahkan pasien untuk mencuci tangan secara rutin, dan membantu menjaga kebersihan diri pasien

**Aspek 5. Skala Fungsional**

Derajat fungsional 1(satu), yaitu pasien mampu melakukan aktivitas fisik serta tidak ada hambatan seperti sebelum sakit.

## PEMBAHASAN

Masalah kesehatan yang dibahas dalam kasus ini adalah seorang balita berusia 2 tahun dimana orang tua pasien mengeluhkan bahwa kondisi tumbuh kembang anaknya tidak seperti anak seusianya di lingkungan rumahnya. Berdasarkan data hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik yang dilakukan kepada pasien, dapat disimpulkan bahwa pasien An.AL didiagnosis Gizi kurang menurut indikator BB/TB, Stunted menurut indikator PB/U. Pada pasien ini indikator PB/U memiliki nilai  $-3\text{ SD} < \text{Z-score} < -2\text{ SD}$  (Kemenkes RI, 2020)

Seorang balita akan dikatakan memiliki gizi kurang jika dilakukan pengukuran status gizi dengan indikator BB/TB. Oleh karena itu berdasarkan hasil pengukuran tersebut, pada An.AL didapatkan hasil  $-3\text{ SD} < \text{Z-score} < -2\text{ SD}$ , sehingga dapat disimpulkan pasien mengalami gizi kurang. Indikator BB/U memberikan indikasi masalah gizi secara umum karena berat badan berkorelasi positif dengan usia dan tinggi badan (Kemenkes RI, 2020). Gizi kurang pada balita, membawa dampak negatif terhadap pertumbuhan fisik maupun mental yang selanjutnya akan menghambat prestasi belajar. Akibat lainnya adalah penurunan daya tahan, menyebabkan hilangnya masa hidup sehat balita, serta dampak yang lebih serius adalah timbulnya kecacatan, tingginya angka kesakitan dan percepatan kematian (Kemenkes RI, 2018). Indikator TB/U memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya kronis akibat dari keadaan yang berlangsung lama. TB/U menurut usia yang rendah disebabkan masalah gizi kronis atau penyakit infeksi. Pada An.AL menurut indikator TB/U didapatkan hasil  $-3\text{ SD} < \text{Z-score} < -2\text{ SD}$ , dari hasil tersebut maka pasien didiagnosis pendek atau stunted (Kurniawan et al., 2021)

*Stunting* merupakan kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat dari kekurangan gizi kronis sehingga anak menjadi terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi dapat terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah anak lahir, tetapi baru nampak setelah anak berusia dua tahun, di mana keadaan gizi ibu dan anak merupakan faktor penting dari pertumbuhan anak. Periode 0-24 bulan usia anak merupakan periode yang menentukan kualitas kehidupan sehingga disebut dengan periode emas. Periode ini merupakan periode yang sensitif karena akibat yang ditimbulkan terhadap bayi masa ini bersifat permanen, tidak dapat dikoreksi. Diperlukan pemenuhan gizi adekuat usia ini. Mengingat dampak yang ditimbulkan masalah gizi ini dalam jangka pendek adalah terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh. Jangka panjang akibat dapat menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, dan menurunnya kekebalan tubuh (Kurniawan, 2021)

Banyak faktor yang menyebabkan tingginya kejadian stunting pada balita. Secara garis besar pemerintah menetapkan empat penyebab utama stunting di Indonesia yaitu praktek pengasuhan yang tidak baik, terbatasnya layanan kesehatan termasuk layanan ANC (*ante natal care*), *post natal*, dan pembelajaran dini yang berkualitas; kurangnya akses ke makanan bergizi, serta kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi (Kemenkes RI, 2018). Praktek pengasuhan yang tidak baik berhubungan dengan kurangnya pengetahuan masyarakat tentang kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa kehamilan. Kondisi kesehatan dan gizi ibu sebelum dan saat kehamilan serta setelah persalinan mempengaruhi pertumbuhan janin dan risiko terjadinya stunting. Janin yang tumbuh dalam kandungan ibu yang mengalami kurang gizi kronis (KEK) akan beradaptasi dengan lingkungannya. Penyesuaian pertumbuhan janin tersebut menyebabkan pertumbuhan yang tidak optimal atau retardasi yang dikenal dengan istilah *intra uterine growth retardation* (WHO, 2018). Selain itu asupan energi juga berpengaruh terhadap kejadian stunting (Aisyah, 2021)

Berdasarkan hasil anamnesis, selama kehamilan berat badan ibu pasien hanya bertambah sebanyak tujuh kilogram (kenaikan ideal 11.5-16kg). Jarak kehamilan pasien dengan anak

sebelumnya adalah delapan tahun. Hal tersebut berhubungan dengan faktor ibu yang mempengaruhi kejadian *stunting* yaitu, ibu yang berusia lebih dari 35 tahun ketika mengandung, tidak meminum tablet tambah darah, serta asupan nutrisi yang kurang pada saat kehamilan (Yuniar Putri Sayda et al., 2024). Status gizi anak dipengaruhi oleh usia ibu. Ibu yang hamil di usia terlalu muda berisiko lebih tinggi mengalami persalinan prematur, gangguan pertumbuhan janin dalam kandungan, kematian ibu dan bayi, serta masalah gizi. Selain itu, ibu muda umumnya memiliki status gizi yang lebih rendah dibandingkan ibu dengan usia ideal, yaitu 20-35 tahun. Di sisi lain, kehamilan pada usia terlalu tua juga tergolong berisiko tinggi, dengan kemungkinan terjadinya kelahiran prematur, bayi berat lahir rendah (BBLR), kelainan kromosom, dan gangguan pertumbuhan janin dalam kandungan (Pusmaika et al., 2021)

Saat ini ibu hamil dengan KEK sudah memiliki program perbaikan gizi yang ditetapkan pemerintah yaitu dengan PMT ibu hamil berupa biskuit yang mengandung protein, asam linoleat, karbohidrat, dan diperkaya dengan sebelas vitamin dan tujuh mineral. Pemberian makanan tambahan tersebut diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2016 tentang Standar Produk Suplementasi Gizi. Asupan zat gizi pada balita juga sangat penting dalam mendukung pertumbuhan sesuai grafik sehingga tidak terjadi gagal tumbuh (*growth faltering*) yang menyebabkan *stunting*. Oleh sebab itu, pola asuh (*caring*) juga mencakup Inisiasi Menyusu Dini (IMD), menyusui eksklusif sampai dengan enam bulan, dan pemberian ASI dilanjutkan dengan makanan pendamping ASI (MPASI) sampai dengan dua tahun. (Sholikha et al., 2021.)

Idealnya sesudah bayi berusia 6 bulan, bayi baru diperkenalkan dengan MPASI agar pemenuhan gizi untuk tumbuh dapat terpenuhi. Organisasi Kesehatan Dunia atau WHO dalam ketentuannya mengharuskan bayi usia 6-23 bulan mendapat MPASI yang adekuat dengan komposisi makanan terdiri dari minimal empat atau lebih dari tujuh jenis makanan (sereal/umbi-umbian, kacang-kacangan, produk olahan susu, telur, sumber protein lainnya, sayur buah kaya vitamin A, sayur dan buah lainnya) yang diatur dalam Minimum *Dietary Diversity* (MMD). Di samping itu, berdasarkan *Minimum Meal Frequency* (MMF) bayi berusia 6-23 bulan harus diberikan MPASI dengan frekuensi sebagai berikut: a. Untuk bayi yang diberi ASI: 1) Usia enam sampai delapan bulan: dua kali sehari atau lebih; 2) Usia 9-23 bulan: tiga kali sehari atau lebih. b. Untuk bayi 6-23 bulan yang tidak diberi ASI: empat kali sehari atau lebih (Nimah, 2023).

Orang tua mungkin belum memahami pola pengasuhan yang baik untuk anak dan kurang pengetahuan tentang pentingnya gizi untuk anak. Kondisi ini dapat membuat anak terabaikan, kekurangan asupan nutrisi, sehingga mengalami gangguan pertumbuhan. yang berisiko fatal. Lingkungan sangat memengaruhi tumbuh kembang anak. Bila anak lahir di lingkungan yang kekurangan akses makanan bergizi dan air bersih, anak-anak akan berisiko malnutrisi dan gagal tumbuh. Gangguan pertumbuhan masih rentan terjadi di negara miskin dan negara berkembang akibat kesulitan akses makanan, harga makanan mahal, atau terbatasnya akses kesehatan yang memadai. (Agustini, 2023)

Pasien An. AL pada saat usia enam bulan, pasien sudah diberikan MPASI lunak dengan kombinasi nasi dan sayuran. Pemberian MPASI diberikan sebanyak dua kali sehari, namun pasien biasanya hanya makan setengah piring. Ibu pasien mengaku, pasien tidak memakan daging dikarenakan keterbatasan biaya. Saat ini pasien makan tiga kali sehari dengan kombinasi setengah piring nasi, seperempat piring lauk pauk dan seperempat piring sayuran, dan pasien selalu menghabiskan makanannya tanpa ada yang tersisa pada pagi hari. Pada siang hari pasien hanya mengonsumsi roti dan malam hari hanya mengonsumsi mie instan. Setiap hari pasien suka jajan sering jajan sembarangan yang memiliki higienitas kurang baik.

Untuk memenuhi kecukupan gizi pada balita, telah ditetapkan program PMT khususnya untuk balita kurus berupa PMT lokal maupun PMT pabrikan yaitu biskuit MT balita. Jika berat badan telah sesuai dengan perhitungan berat badan menurut tinggi badan, maka MT balita kurus dapat dihentikan dan dilanjutkan dengan makanan keluarga bergizi seimbang (Kemenkes, 2021).

Pemberian makanan tambahan berbahan pangan lokal kepada balita, seperti tempe, tahu, udang rebon, ikan patin, dan daun kelor yang diolah menjadi berbagai menu seperti bubur ikan, nugget, otak-otak, dan bakso selama 30 hingga 90 hari, dapat menjadi salah satu upaya untuk menurunkan angka stunting. Tempe dan tahu merupakan sumber protein nabati, sedangkan ikan patin dan udang rebon termasuk dalam protein hewani. Daun kelor juga memiliki kandungan gizi makro, mikro, serta senyawa antioksidan yang tinggi. Selain mudah didapatkan, bahan-bahan tersebut juga memiliki harga yang terjangkau, sehingga dapat dimanfaatkan sebagai bahan modifikasi makanan buatan sendiri untuk diberikan kepada anak (Apriliani 2024)

Pemerintah saat ini mengupayakan perbaikan layanan kesehatan yang dapat dijangkau oleh seluruh masyarakat dengan melibatkan kerja sama lintas sektor. Dengan pelayanan kesehatan yang baik pemerintah juga menargetkan imunisasi dasar lengkap serta imunisasi lanjutan DPT-HB-Hib dan Campak/MR pada setiap balita sehingga menurunkan angka penyakit infeksi yang memperberat kondisi *stunting* (Indriyani, 2020). Status imunisasi tidak lengkap dapat meningkatkan kerentanan balita terhadap infeksi sehingga dapat mengakibatkan stunting pada balita (Aprilia, 2021)


Kondisi sosial ekonomi dan sanitasi tempat tinggal juga berkaitan dengan tingginya angka stunting. Kondisi ekonomi erat kaitannya dengan kemampuan dalam memenuhi asupan yang bergizi dan pelayanan kesehatan untuk ibu hamil dan balita. Sedangkan sanitasi dan keamanan pangan dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit infeksi. Penelitian yang dilakukan di negara yang berpendapatan menengah dan rendah menunjukkan bahwa anak-anak yang tinggal di daerah kumuh dengan akses air bersih yang terbatas memperburuk risiko untuk terjadinya *stunting* (Kurniawan, 2021)

Pasien tinggal di lingkungan yang padat penduduk. Kondisi lingkungan sekitar rumah yang merupakan tempat bermain pasien menjadi kurang bersih sehingga memperbesar resiko penyakit infeksi. Penyakit infeksi yang disebabkan oleh higiene dan sanitasi yang buruk misalnya diare dan kecacingan mengakibatkan terganggunya proses penyerapan zat gizi oleh tubuh sehingga zat gizi tidak dapat terserap dengan baik. Penyakit infeksi yang Pada pasien An.AL juga terdapat diare dan pioderma yang sudah berlangsung tiga minggu yang hilang timbul (Destiyani, 2017).

Diare, ISPA, serta cacingan merupakan beberapa jenis penyakit infeksi yang kerap dialami oleh anak-anak. Penyakit infeksi ini berdampak buruk terhadap status gizi anak, karena dapat menurunkan nafsu makan, mengganggu penyerapan zat gizi di saluran pencernaan, serta meningkatkan proses katabolisme. Akibatnya, cadangan zat gizi dalam tubuh menjadi tidak mencukupi untuk menunjang pembentukan jaringan tubuh dan proses pertumbuhan. (Erwin Saleh Pulungan et al., 2024). Kondisi sanitasi di lingkungan rumah memegang peran penting dalam menciptakan lingkungan yang sehat bagi anak serta mendukung proses pertumbuhan dan perkembangannya. Sanitasi yang tidak memadai dapat meningkatkan risiko anak balita terkena penyakit infeksi, yang pada akhirnya bisa berdampak terhadap status gizinya. Sanitasi juga berkaitan erat dengan ketersediaan air bersih, fasilitas jamban, pengelolaan limbah cair, pengelolaan sampah, pengendalian serangga atau hewan pembawa penyakit (vektor), serta kebersihan peralatan makan. (Indarwati. 2023)

Penilaian atau deteksi dini tumbuh kembang An. AL menggunakan KPSP 30 bulan

Tabel 1.  
Skoring KPSP usia 30 bulan

Kuesioner Praskrining untuk Anak 30 bulan				
No	PEMERIKSAAN		YA	TIDAK
1	Dapatkah anak melepas pakaiannya seperti: baju, rok, Sosialisasi & atau celananya? (topi cilan kaos kaki tidak ikut dinilai)	Sosialisasi & kemandirian	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Dapatkah anak berjalan naik tangga sendiri? Jawab YA jika ia naik tangga dengan posisi tegak atau berpegangan pada Binding atau pegangan tangga. Jawab TIDAK jika ia naik tangga dengan merangkak atau anda tidak membolehkan anak naik tangga atau anak harus berpegangan pada seseorang.	Gerak kasar	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Tanpa bimbingan, petunjuk atau bantuan anda, dapatkah anak menunjuk dengan benar paling sedikit satu bagian badannya (rambut, mata, hidung, mulut, atau bagian badan yang lain)?	Bicara & bahasa	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Dapatkah anak makan nasi sendiri tanpa banyak tumpah?	Sosialisasi & kemandirian	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Dapatkah anak membantu memungut mainannya sendiri atau membantu mengangkat piring jika diminta?	Bicara & bahasa	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Dapatkah anak menendang bola kecil (sebesar bola tenis) Gerak kasar ke depan tanpa berpegangan pada apapun? Mendorong tidak ikut dinilai.	Gerak kasar	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Bila diberi pensil, apakah anak mencoret-coret kertas tanpa bantuan/petunjuk?	Gerak halus	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Dapatkah anak meletakkan 4 buah kubus satu persatu di atas kubus yang lain tanpa menjatuhkan kubus itu? Kubus yang digunakan ukuran 2.5 – 5 cm.	Gerak halus	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Dapatkah anak menggunakan 2 kata pada saat berbicara seperti "minta minum", "mau tidur"? "Terimakasih" dan "Dadag" tidak ikut dinilai.	Bicara & bahasa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
10	Apakah anak dapat menyebut 2 diantara gambar-gambar ini tanpa bantuan?  (Menyebut dengan suara binatang tidak ikut)	Bicara & bahasa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Dari penilaian skoring KPSP pada An. AL didapatkan skoring: delapan dari nilai total sepuluh

- Ya: 8

- Tidak: 2

Berdasarkan KPSP menghasilkan nilai yang meragukan dimana hal ini dapat disebabkan oleh faktor asupan nutrisi yang di konsumsi oleh An. AL serta stimulasi yang kurang dari lingkungan sekitar yang menyebabkan terganggunya perkembangan bahasa dari An AL (Sari et al., 2021). Berdasarkan PNPK *stunting*, tata laksana *stunting* dilakukan oleh dokter spesialis anak di FKRTL. Tata laksana dilakukan meliputi tiga aspek, yaitu tata laksana nutrisi dengan pemberian makan yang benar dan energi cukup (*protein energy ratio*, PER 10 – 15%), jadwal tidur teratur dengan waktu tidur malam mulai pukul 21.00 untuk mencapai tidur dalam (*deep sleep*) pada pukul 23.00 – 03.00 serta melakukan olahraga/aktivitas fisik teratur paling tidak 30 – 60 menit, minimal tiga sampai lima kali dalam hari dalam seminggu Jika ditemukan *red flags* atau penyebab potensial yang mendasari *stunting*, dilakukan penatalaksanaan menurut PNPK atau panduan praktik klinis yang telah ditetapkan dalam rekomendasi terpisah. Jika terdapat penyebab potensial yang terindikasi mendapatkan PKMK, PKMK dapat diberikan sebagai tata laksana nutrisi pada *stunting*. Demikian juga pada anak-anak dengan risiko *stunting* (*weight faltering* dan *length deceleration*) untuk dapat mencegah terjadinya *stunting*. Tujuan tata laksana selanjutnya adalah mencapai kejar tumbuh (*catch-up growth*) untuk memperoleh kecepatan pertumbuhan optimal. Strategi pencapaian tujuan ini adalah dengan memberikan tata laksana nutrisi sesuai dengan langkah-langkah asuhan nutrisi pediatrik yang terdiri dari penilaian, penentuan kebutuhan nutrisi, penentuan cara/rute pemberian, pemilihan jenis makanan dan pemantauan. Penentuan kebutuhan nutrisi dilakukan berdasarkan usia dan berat badan pasien. Pasien dengan usia 1 – 3 tahun membutuhkan energi sebanyak 100kcal/KgBB/hari (Indriyani, 2020).

Asupan gizi yang tidak seimbang merupakan salah satu penyebab terjadinya *stunting*. Oleh karena itu, keseimbangan nutrisi harus dijaga agar proses tumbuh kembang anak dapat

berjalan dengan optimal. Saat ini, anak-anak usia sekolah cenderung mudah terpengaruh oleh pilihan makanan yang disukai oleh teman-temannya. Jajanan biasanya dikonsumsi untuk memenuhi kebutuhan energi akibat tingginya aktivitas fisik, terutama bagi anak yang tidak sempat sarapan. Jajanan berkontribusi sekitar 30% terhadap asupan energi harian dan 22,3% terhadap asupan protein. Jika anak terus-menerus mengonsumsi jajanan yang rendah nilai gizinya, hal ini dapat menyebabkan asupan gizi yang tidak mencukupi, sehingga berisiko mengakibatkan kekurangan gizi, wasting, stunting, serta penurunan berat badan (Agustia Prameswari et al., 2024)

Dalam upaya penatalaksanaan penyakit gizi buruk dan stunting, peranan keluarga pasien sangat penting untuk mencapai tujuan terapi yang maksimal. Oleh sebab itu, dalam rangka penatalaksanaan kedokteran yang berbasis keluarga ditambahkan intervensi berupa kegiatan *home visite* ke rumah pasien dengan melakukan komunikasi antar pribadi dengan ibu kandung pasien. Beberapa studi global tentang perilaku kesehatan menunjukkan bahwa komunikasi antar pribadi tetap menjadi metode yang sangat efektif dalam perubahan perilaku (Kemenkes, 2018). Komunikasi antar pribadi juga dapat meyakinkan sasaran untuk mengunjungi fasilitas kesehatan. Komunikasi tatap muka yang sesuai dengan budaya, didesain secara strategis untuk sasaran dan fasilitator yang baik dapat mempercepat peningkatan kesadaran dan perubahan perilaku yang sesungguhnya (Yuliana, 2022).

Pengetahuan dan peran ibu memiliki pengaruh besar dalam upaya pencegahan stunting. Sebagai pengasuh utama, ibu bertanggung jawab dalam memastikan kebutuhan tumbuh kembang anak terpenuhi. Semakin baik pemahaman seorang ibu mengenai stunting, maka semakin kecil pula risiko anaknya mengalami kondisi tersebut. Sebaliknya, ibu dengan tingkat pengetahuan yang rendah cenderung kurang memahami langkah-langkah pencegahan dan penanganan stunting, sehingga berpotensi memiliki balita dengan status gizi yang kurang baik (Riskawaty & Jannah, 2024). Setelah dilakukan kunjungan ke rumah pasien, terlihat bahwa pengetahuan orangtua pasien mengenai anjuran gizi seimbang dan dampak dari kurangnya gizi, *stunting*, dan serta mengenai higiene masih kurang. Angka kecukupan gizi untuk anak usia 1-3 tahun dengan berat badan target sebesar 13 kg dan tinggi badan target sebesar 93 cm menurut Kementerian Kesehatan RI setidaknya 1.350 kalori. Berikut adalah takaran rincian AKG (Kemenkes RI, 2022)

- Karbohidrat 215 gr
- Protein 20 gr
- Lemak 45 gr
- Vitamin dan mineral: zat besi, kalsium, natrium, vitamin A, vitamin B, tembaga, dan lain-lain

Angka kecukupan gizi an AL sendiri sebesar :

- Energi :  $\frac{\text{Berat Badan Aktual}}{\text{Berat Badan Target}} \times \text{Energi Target} = \frac{8,2 \text{ kg}}{13 \text{ kg}} \times 1350 \text{ kkal} = 851 \text{ kkal}$
- Karbohidrat :  $\frac{\text{Berat Badan Aktual}}{\text{Berat Badan Target}} \times \text{Karbohidrat Target} = \frac{8,2 \text{ kg}}{13 \text{ kg}} \times 215 \text{ gram} = 135 \text{ gram}$
- Lemak :  $\frac{\text{Berat Badan Aktual}}{\text{Berat Badan Target}} \times \text{Lemak Target} = \frac{8,2 \text{ kg}}{13 \text{ kg}} \times 45 \text{ gram} = 28,3 \text{ gram}$
- Protein :  $\frac{\text{Berat Badan Aktual}}{\text{Berat Badan Target}} \times \text{Protein Target} = \frac{8,2 \text{ kg}}{13 \text{ kg}} \times 20 \text{ gram} = 12,6 \text{ gram}$

Salah satu evaluasi untuk melihat apakah angka kecukupan gizi dari pasien an. AL adalah menggunakan *Food Recall*. Tujuan dari penggunaan *Food recall* yakni melihat secara kuantitatif salah satu faktor penyebab terjadinya kurang gizi dan *stunting* serta mengukur asupan gizi pasien sehingga dapat dilakukan perbaikan terhadap kondisi yang dialami.

Keuntungan penggunaan *food recall* antara lain dapat digunakan pada subyek yang buta huruf, relatif murah dan cepat, dapat menjangkau sampel yang besar serta dapat dihitung asupan energi dan zat gizi sehari. Namun, *food recall* memiliki beberapa kekurangan antara lain sangat tergantung pada daya ingat subyek, memerlukan tenaga yang terampil dalam pelaksanaannya, adanya *The flat slope syndrome* (Hidayanti & Firdaus Al Ghifari Atmadja, 2023)

## SIMPULAN

Pada kasus ini didapatkan faktor internal yaitu kebiasaan mengonsumsi makanan yang tidak sesuai anjuran gizi seimbang, tidak mencuci tangan setelah bermain, tidak mengunting kuku, bermain di tempat kotor, jajan sembarangan. Faktor resiko eksternal berupa kurangnya ekonomi keluarga dan lingkungan padat penduduk, kurangnya dukungan dari suami pada ibu pasien serta pengetahuan ibu yang kurang mengenai pola asuh anak, pekerjaan orangtua, dan pendidikan orangtua. Pada pasien dilakukan penatalaksanaan secara holistik, komprehensif, *patient centered*, *family focus* dan *community oriented*. Pada pasien didapatkan perubahan perilaku serta peningkatan pengetahuan yang terlihat setelah diberikan intervensi, pasien memperbaiki pola hidupnya menjadi lebih sehat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustini, R., Wahyuni, S., Juliana, R., Nopriani Lubis, J., Yuisman, D., & Nasution, A. (2023). Urgensi Pola Asuh Orang Tua Dalam Mencegah Stunting Pada Anak Di Desa Sukaramai. *Community Development Journal*, 4(2), 5380–5385.
- Aprilia, D., Firza, S., & Tono, N. (2023). *Pengaruh Status Imunisasi Dasar Terhadap Kejadian Stunting Dan Gangguan Perkembangan Balita*.
- Apriliansi, F., Alam Fajar, N., Rahmiwati, A., Masyarakat, F. K., & Sriwijaya, U. (n.d.). Efektivitas Pemberian Makanan Tambahan Berbahan Pangan Lokal Terhadap Status Gizi Balita Stunting: Systematic Review. *Media Informasi*, 20(2), 2024–2049. <https://ejurnal2.poltekkestasikmalaya.ac.id/index.php/bmi>
- Erwin Saleh Pulungan, Suhartono, & Budiyo. (2024). Hubungan Antara Riwayat Penyakit Infeksi dengan Kejadian Stunting pada Balita: Literature Review. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 7(2), 357–365. <https://doi.org/10.56338/mppki.v7i2.4928>
- Hidayanti, L., & Firdaus Al Ghifari Atmadja, T. (2023). Diversity Of Food Consumption and Nutritional Intake with The Event of Stunting in Toddlers Aged 24-59 Months. *Nutrition Scientific Journal*. 2023, 2(1), 51–72.
- Indarwati, S., Barus, L., Masra, F., Lingkungan, J. K., Kemenkes, P., & Korespondensi, T. (n.d.). Sanitasi Lingkungan Rumah Balita Stunting Di Wilayah Kerja Puskesmas Karang Rejo Metro Utara Abstract: Environmental Sanitization Of The House Of Stunting Toddler In The Working Area Of Puskemas Karang Rejo Metro Utara. In *MJ (Midwifery Journal)* (Vol. 3, Issue 4).
- Kurniawan, I., Misnaniarti, M., & Flora, R. (2021). Analisis Implementasi Intervensi Gizi Spesifik dalam Penanganan Stunting di Puskesmas Wilayah Kabupaten Bengkulu Utara. *JUMANTIK (Jurnal Ilmiah Penelitian Kesehatan)*, 6(4), 328. <https://doi.org/10.30829/jumantik.v6i4.10089>
- Pusmaika, R., Novfrida, Y., Juliana Simatupang, E., Djami, M. E., Sumiyati, I., & Kebidanan Bina Husada Tangerang, A. (2021). *Hubungan Usia Ibu Saat Hamil dengan Kejadian Stunting Pada Balita di Kabupaten Tangerang ARTICLE INFO*.
- Sari, E., III Kebidanan, P. D., & Muhammadiyah Palembang, Ik. (2021). Analisis Deteksi Dini Tumbuh Kembang Pada Balita Dengan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP). 6(2). <https://doi.org/10.36729>

- Sholikha, S., Distiar, V., Yunarta, H., & Muthoharoh, H. (n.d.). *Pengaruh Usia Pemberian Mp-Asi Dini Dengan Kejadian Stunting Pada Balita 12-23 Bulan Di Desa Gedungboyountung*.
- Yuliana, Y., Nuru, H., & Sianipar, B. K. (2022). Kejadian Stunting Berhubungan dengan 8 Aksi Konvergensi. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 6(1), 284–289. <https://doi.org/10.31539/jks.v6i1.4221>
- Yuniar Putri Sayda, R., Azzahra, A., Aisyah Nur Ulinnuha, B., Mariskha Afra, H., Septian Margono, M., Amir Hasan, M., Maulydia Shafa, N., Rafika Sari, R., Putri Hasti Azhari, S., Shafira Maharani, S., Adhiestanya Imani, S., Widi Astuti, S., & Priyandani, Y. (2024). Pengetahuan Ibu Hamil tentang Konsumsi Tablet Tambah Darah sebagai Upaya Pencegahan Stunting di Surabaya Timur. In *Jurnal Farmasi Komunitas* (Vol. 11, Issue 1). <https://orcid.org/0000-0002-6023-9326>
- Rahmadhita, Kinanti. (2020). Permasalahan Stunting dan Pencegahannya. 11(1), 226.
- Greenwood, C. R., Higgins, S., McKenna, M., Buzhardt, J., Walker, D., Ai, J., Irvin, D. W., Grasley-Boy, N. (2022). Remote Use of Individual Growth and Development Indicators (IGDIs) for Infants and Toddlers. *Journal of Early Intervention*, 44(2), 168 – 189.
- Aurora, W. I. D., Sitorus, R. J., & Flora, R. (2021). Effect of Stunting on Intelligence Quotient (IQ) of School Age Children. *Proceedings of the 3rd Green Development International Conference (GDIC 2020)*, 205, 176 – 180.
- Yadika, A. D. N., Berawi, K. N., & Nasution, S. H. (2019). Pengaruh Stunting terhadap Perkembangan Kognitif dan Prestasi Belajar. *Medical Journal of Lampung University*, 8(2), 273 – 282.
- Indriyani S, & Alini. (2020). Hubungan Status Gizi dengan Kejadian Pioderma pada Balita di Desa Solok. *PREPOTIF Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 4(2).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2022) . Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Stunting. Jakarta: Kemenkes. 2022.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman strategi komunikasi: perubahan perilaku dalam percepatan pencegahan stunting di indonesia. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2018.
- Kemenkes. (2019). Tabel Angka Kebutuhan Gizi Anak. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes (2018). Riskesdas. Riset kesehatan dasar. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI; 2018.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2020.
- World Health Organization (2018) . Reducing stunting in children. Geneva: WHO; 2018.
- Kodish, S. R., Farhikhtah, A., Mlambo, T., Hambayi, M. N., Jones, V., & Aburto, N. J. (2021). Leveraging the Scaling Up Nutrition Movement to Operationalize Stunting Prevention Activities: Implementation Lessons From Rural Malawi. *Food and Nutrition Bulletin*, 43(1), 104 – 120.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Situasi balita pendek. Jakarta: Infodatin Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI; 2016.
- Destiyanti, & Susila. (2017). Hubungan Riwayat Penyakit Diare dan Praktik Higiene dengan Kejadian *Stunting* pada Balita Usia 24-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Simolawang, Surabaya Surabaya :Repository Unair.
- Indriyani S, & Alini. (2020). Hubungan Status Gizi dengan Kejadian Pioderma pada Balita di Desa Solok. *PREPOTIF Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 4(2).