



PENATALAKSANAAN PADA An. A BALITA 31 BULAN DENGAN GIZI KURANG MELALUI PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA

MANAGEMENT OF An. A 31 MONTHS TODDLER WITH MALNUTRITION THROUGH FAMILY MEDICINE APPROACH

Eniwati^{1*}, Agung Ikhssani²

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

*Email : Agungikhssani@gmail.com

ABSTRACT

Gizi merupakan salah satu faktor penting yang dapat menentukan tingkat kesehatan antara pertumbuhan fisik dan perkembangan mental seseorang. Masalah gizi merupakan masalah kesehatan masyarakat yang disebabkan oleh banyak faktor, sehingga penanggulangannya tidak cukup dengan pendekatan medis maupun pelayanan kesehatan saja. Masalah gizi kurang atau gizi buruk dapat memberikan dampak jangka pendek terhadap perkembangan anak yaitu anak mengalami gangguan bicara, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik serta menjadi apatis. Menerapkan pendekatan dokter keluarga secara holistik dan komprehensif dalam mendeteksi faktor risiko internal dan eksternal serta menyelesaikan masalah berbasis Evidence Based Medicine yang bersifat family-approached dan patient-centered. Studi yang dilakukan adalah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan ke rumah. Data sekunder didapat dari buku KIA pasien. An. A usia 31 bulan mengalami berat badan yang sulit naik sejak usia 10 bulan. Tidak ada keluhan lainnya. Pasien tidak rutin datang ke Posyandu semenjak pandemi. Riwayat persalinan pasien lahir di bidan pada usia kehamilan 37 minggu dengan BB lahir 2600 gram dan PB lahir 46 cm. Riwayat makan pasien yaitu ASI Eksklusif sampai usia 6 bulan, selanjutnya pasien mulai MP-ASI dan ASI hingga usia saat ini. Ibu pasien mengatakan bahwa pasien setiap hari gemar makan jajan seperti biskuit, wafer, roti, gorengan dan permen. Saudara kandung ayah pasien yang tinggal serumah merupakan perokok dan kadang-kadang merokok di dalam rumah. Penegakan diagnosis dan penatalaksanaan pada pasien ini telah dilakukan secara holistik, patient centered, family approach dan berdasarkan beberapa teori dan penelitian terkini. Pada proses perubahan perilaku, pasien sudah mencapai tahap adopsi.

Kata kunci: Balita, Dokter Keluarga, Gizi Kurang

ABSTRAK

Nutrition is one of the important factors that can determine the level of health between a person's physical growth and mental development. Nutritional problems are a public health problem caused by many factors, so that it is not enough to overcome them with medical approaches and health services. The problem of undernutrition or malnutrition can have a short-term impact on child development, namely children have speech disorders, intelligence, physical growth disorders and become apathetic. Applying a holistic and comprehensive family doctor approach in detecting internal and external risk factors and solving problems based on Evidence Based Medicine that is family-approached and patient-centered. The study conducted is a case report. Primary data were obtained through history taking, physical examination and home visits. Secondary data were obtained from the patient's MCH book. an. A, aged 31 months, had difficulty gaining weight since the age of 10 months. No other complaints. Patients do not regularly come to the Posyandu since the pandemic. Birth history of the patient



was born in a midwife at 37 weeks of gestation with a birth weight of 2600 grams and a birth weight of 46 cm. The patient's eating history was exclusive breastfeeding until the age of 6 months, then the patient started complementary feeding and breastfeeding until the current age. The patient's mother said that the patient likes to eat snacks every day such as biscuits, wafers, bread, fried foods and sweets. The patient's father's sibling who lives in the same house is a smoker and sometimes smokes in the house. Enforcement of diagnosis and management of these patients has been carried out holistically, patient centered, family approach and based on several theories and the latest research. In the behavior change process, the patient has reached the adoption stage.

Kata kunci: Toddler, Family Doctor, Malnutrition

PENDAHULUAN

Gizi merupakan salah satu faktor penting yang dapat menentukan tingkat kesehatan antara pertumbuhan fisik dan perkembangan mental seseorang. Tingkat keadaan gizi normal tercapai bila kebutuhan zat gizi optimal terpenuhi. Penilaian status gizi dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung, salah satunya pengukuran antropometri (Warsito et al., 2012). Masalah gizi merupakan masalah kesehatan masyarakat yang disebabkan oleh banyak faktor yang saling memengaruhi secara kompleks. Menurut teori HI Blum derajat kesehatan seseorang dipengaruhi oleh 4 faktor yaitu lingkungan, perilaku, genetik dan dari faktor layanan kesehatan (Adliyani, 2015). Status gizi diklasifikasikan menjadi gizi buruk, gizi kurang, gizi cukup, gizi lebih, dan obesitas (Depkes, 2015). Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan 2018 menunjukkan 17,7% bayi usia di bawah 5 tahun (balita) masih mengalami masalah gizi. Angka tersebut terdiri atas balita yang mengalami gizi buruk sebesar 3,9% dan yang menderita gizi kurang sebesar 13,8% (Riskesdas, 2018).

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018 prevalensi status gizi pada anak usia 0-59 bulan di Provinsi Lampung didapatkan prevalensi gizi buruk sebanyak 3,13%, gizi kurang 12,81%, gizi baik 81,22%, dan gizi lebih 2,83%. Sedangkan untuk daerah kabupaten atau kota yang mengalami status gizi buruk, prevalensi tertinggi yaitu Tulang Bawang Barat (5,82%), kemudian di ikuti oleh kabupaten Tulang Bawang (4,61%), Pringsewu (4,06%), Pesawaran (3,79%), Lampung Timur (3,28%), Lampung Utara (3,08%), Kota Bandar Lampung (3,02%), Lampung Selatan (2,88%), Mesuji

(2,84%), Lampung Tengah (2,70%), Way Kanan (2,51%), Tanggamus (2,84%), Pesisir Barat (2,06%), dan prevalensi terendah yaitu Metro (1,70%). Sedangkan untuk status gizi kurang prevalensi tertinggi yaitu di kabupaten Pesawaran (17,51%), Way Kanan (17,06%), Pringsewu (16,78%), Tanggamus (15,53%), Tulang Bawang Barat (14,57%), Mesuji (14,15%) dan terendah yaitu Metro (8,61%) (Riskesdas, 2018).

Berdasarkan kelompok usia, prevalensi yang mengalami gizi buruk tertinggi didapatkan pada rentang usia 0-5 bulan (5,94%), usia 48-59 bulan (3,83%), usia 24-35 bulan (3,39%), usia 36-47 bulan (3,00%), usia 12-23 bulan (1,86%), dan terendah usia 6-11 bulan (1,23%). Sedangkan untuk gizi kurang prevalensi tertinggi didapatkan pada rentang usia 36-47 bulan (15,57%), usia 24-35 bulan (14,26%), terendah yaitu usia 6-11 bulan (6,08%). Sedangkan prevalensi berdasarkan jenis kelamin yang mengalami gizi buruk dan gizi kurang didapatkan lebih banyak laki-laki dibandingkan perempuan yaitu gizi buruk (3,49% : 2,77%) dan gizi kurang (13,18% : 12,43%) (Riskesdas, 2018). Sementara itu di wilayah kerja Puskesmas Rawat Inap Satelit tahun 2020, didapatkan prevalensi gizi buruk sebanyak 1 orang pada bulan Februari. Sedangkan untuk gizi kurang didapatkan sebanyak 23 orang (1,1%) pada bulan Februari dan 11 orang (0,6%) pada bulan Agustus (UPT Puskesmas Rawat Inap Satelit, 2020).

Masalah gizi kurang atau gizi buruk dapat memberikan dampak jangka pendek terhadap perkembangan anak yaitu anak mengalami gangguan bicara, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik serta menjadi apatis. Sedangkan dampak jangka panjang yang dapat ditimbulkan diantaranya



penurunan kemampuan kognitif dan integrasi sensori, gangguan pemusatan perhatian, penurunan rasa percaya diri, penurunan prestasi akademik sekolah, menurunnya kekebalan tubuh, dan risiko tinggi untuk munculnya penyakit (Rizkyana, 2017). Status gizi yang buruk dapat disebabkan oleh asupan makanan yang kurang dan penyakit infeksi. Kedua penyebab langsung tersebut dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu ketahanan pangan keluarga, pola pengasuhan anak, dan pelayanan kesehatan dan lingkungan yang kurang memadai. Terdapat hubungan yang bermakna antara pola asuh makan dengan kejadian gizi buruk (Sholikhah et al., 2017).

Keluarga yang pola asuh makannya kurang baik berpeluang untuk menderita gizi buruk lebih besar dibandingkan dengan anak yang berasal dari keluarga dengan pola asuh makan yang baik. Anak balita sering kali mengalami fase sulit makan, yang dapat mengganggu tumbuh ke mbangnya. Hal ini dikarenakan jumlah dan zat gizi yang masuk dalam tubuh tidak sesuai dengan kebutuhannya, yang akan menyebabkan permasalahan gizi kurang dan buruk. Sedangkan penyakit infeksi yang dialami oleh balita diantaranya penyakit ISPA, batuk, pilek, demam dan diare. Penyakit tersebut dapat bermanifestasi terhadap keadaan gizi pada anak balita yang berdampak pada tumbuh kembang anak dan status kesehatan anak (Masyudi et al., 2019).

Pemerintah membuat suatu program yang terfokus pada seribu hari pertama kehidupan. Seribu hari pertama kehidupan merupakan masa kritis untuk menentukan kualitas sumber daya manusia di masa depan, tetapi pada periode ini sebagian besar anak Indonesia memiliki gangguan pertumbuhan yang serius. Oleh sebab itu melalui program ini masyarakat Indonesia akan dididik untuk memahami pentingnya gizi bagi anak balita (Husnah, 2017).

Penatalaksanaan status gizi kurang atau buruk pada balita sangat membutuhkan kerjasama dari berbagai pihak, salah satunya peran dari dokter keluarga. Hal tersebut karena dokter keluarga menganut pendekatan holistik terhadap suatu masalah penyakit pasien yang tidak hanya memandang penyebab penyakit dari dimensi fisik tetapi juga dari segi psikologi dan sosial (biopsiko-sosial) dari pasien, keluarga dan komunitasnya. Dokter keluarga tidak hanya mengobati penyakit

dari pasien saja, tetapi juga memperhatikan aspek keluarga dan lingkungan pasien. Peran dokter dalam mengevaluasi balita dibawah garis merah sangatlah penting untuk mencegah terjadinya status gizi kurang ataupun buruk. Salah satu cara yang dapat dilakukan adalah dengan memberikan pendidikan tentang pentingnya kesehatan dan gizi anak untuk masa depan yang lebih baik. Pendidikan yang diberikan tidak hanya kepada ibunya saja tetapi kepada seluruh anggota keluarganya, melalui ini diharapkan akan terbentuknya sikap dan tindakan yang dapat mencegah terjadinya gizi buruk (Kusnadi & Saftarina, 2020).

BAHAN DAN METODE

Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis (alloanamnesis dari ibu pasien), pemeriksaan fisik dan kunjungan ke rumah. Data sekunder didapat dari buku KIA pasien. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif.

HASIL ILUSTRASI KASUS

An. A usia 31 bulan berdomisili di daerah Kelurahan Tanjung Raya Kecamatan Kedamaian, Kota Bandar Lampung mengalami berat badan yang sulit naik sejak usia 10 bulan. Tidak ada keluhan lainnya. Riwayat kakak mengalami BB dan TB kurang saat balita disangkal. Pasien pernah tidak datang ke Posyandu dikarenakan pandemi.

Riwayat persalinan pasien lahir di bidan pada usia kehamilan 37 minggu dengan BB lahir 2600 gram dan PB lahir 46 cm. Riwayat makan pasien ASI Eksklusif sampai usia 6 bulan, selanjutnya pasien mulai MP-ASI dan ASI masih dilanjutkan hingga usia saat ini. Saat ini pasien makan 2-3 kali sehari dengan makanan pokok berupa nasi putih 2-3 sendok makan dalam satu porsi makan dengan lauk berupa ikan atau telur atau tahu atau tempe, dan tidak setiap hari makan sayur dan buah. Pasien tidak minum susu formula. Ibu pasien mengatakan bahwa pasien sejak mulai MP-ASI sampai sekarang susah makan, makan hanya sedikit-sedikit 2-3 sendok dan dipaksa dengan cara

menyuapi pasien sambil di ajak berkeliling perumahan, namun meskipun sulit makan nasi pasien setiap hari gemar makan jajan seperti biskuit, wafer, roti, sosis, ciki, gorengan, coklat dan permen. Pasien merupakan anak kedua. Ayahnya bekerja sebagai buruh bangunan, ibunya bekerja sebagai ibu rumah tangga dan kakanya masih sekolah ditingkat sekolah menengah pertama.

Data Klinis

An. A usia 31 bulan berdomisili di daerah kelurahan tanjung raya mengalami berat badan yang sulit naik sejak usia 10 bulan. Keluhan lainnya seperti demam, batuk, sesak nafas, muntah, diare, nyeri perut dan keluhan di area mulut seperti sariawan dan sakit gigi disangkal. Riwayat batuk lama, sesak nafas dan penyakit lain sebelumnya disangkal. Riwayat kakak mengalami BB dan TB kurang saat balita disangkal. Pasien pernah tidak datang ke Posyandu dikarenakan pandemi. Dikarenakan tetangga-tetangganya tidak datang ke Posyandu dengan alasan pandemi COVID-19.

Riwayat persalinan pasien lahir normal di Puskesmas di tolong oleh bidan pada kehamilan 37 minggu dengan BB lahir 2600 gram dan PB lahir 46 cm. Riwayat makan pasien ASI Eksklusif usia 6 bulan, selanjutnya pasien mulai MP-ASI dan ASI masih dilanjutkan hingga usia saat ini. Saat ini pasien makan 2-3 kali sehari dengan makanan pokok berupa nasi putih 2-3 sendok makan dalam satu porsi makan dengan lauk berupa ikan atau telur atau tahu atau tempe, dan tidak setiap hari makan sayur dan buah. Pasien tidak minum susu formula. Ibu pasien mengatakan bahwa pasien sejak mulai MP-ASI sampai sekarang susah makan, makan hanya sedikit-sedikit 2-3 sendok dan dipaksa dengan cara

menyuapi pasien sambil di ajak berkeliling perumahan, namun meskipun sulit makan nasi pasien setiap hari gemar makan jajan seperti biskuit, wafer, roti, sosis, ciki, gorengan, coklat dan permen. Pasien merupakan anak kedua dari dua bersaudara, sehari-hari tinggal bersama kedua orang tua, seorang kakak laki-lakinya, saudara kandung ayahnya dan juga neneknya. Ayahnya bekerja sebagai buruh bangunan, ibunya bekerja sebagai IRT dan kakaknya yang berusia 13 tahun masih sekolah menengah pertama. Pakde pasien memiliki kebiasaan merokok di dalam rumah dan neneknya yang juga sakit-sakitan.

Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum: baik; kesadaran: compos mentis E4 V5 M6; suhu: 36,3°C; tekanan darah: tidak dilakukan pemeriksaan; frekuensi nadi 100 x/menit; frekuensi napas; 16 x/menit; BB: 9 Kg; TB: 84,5 cm, LILA 12 cm; status gizi : -3 gizi kurang (berdasarkan berat badan per tinggi badan).

Status Generalis

Rambut, mata, telinga, hidung dan tenggorokan kesan dalam batas normal. Paru, gerak dada dan fremitus taktil simetris, tidak terdengar adanya ronkhi dan wheezing di kedua lapang paru, kesan dalam batas normal. Batas jantung tidak melebar, kesan pemeriksaan jantung dalam batas normal. Pada pemeriksaan abdomen inspeksi cembung dan simetris, auskultasi didapatkan bising usus normal, perkusi timpani pada 9 regio abdomen, palpasi tidak didapatkan nyeri tekan. Ekstremitas, tidak ditemukan edema, kesan dalam batas normal. Muskuloskeletal dan status neurologis dalam batas normal.

Tabel. 1 Pemeriksaan status gizi (Berdasarkan Kemenkes RI)

Indikator	Z score	Interpretasi
TB/U	-2 s/d -1	Tinggi badan normal
BB/U	<-3	Sangat kurus (<i>severely underweight</i>)
BB/TB	-3	Gizi kurang (<i>wasted</i>)
IMT/U	- 3 SD sd <- 2 SD	Gizi kurang (<i>wasted</i>)

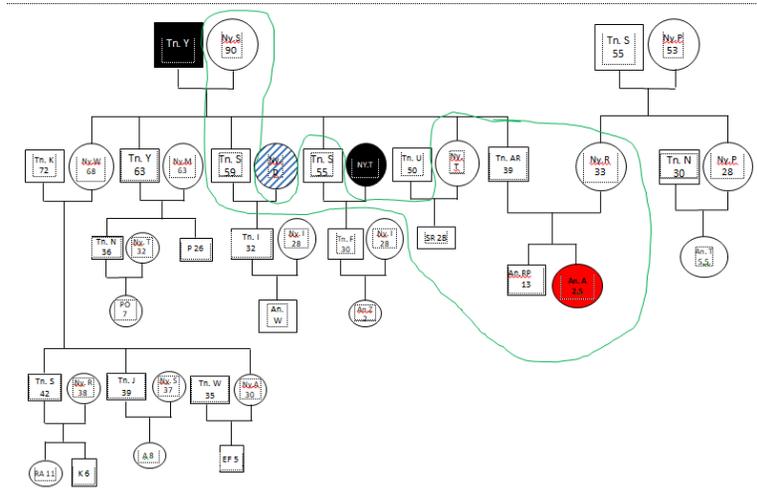
Pemeriksaan Penunjang

Tidak dilakukan pemeriksaan penunjang pada An. A

Data Keluarga

Pasien merupakan anak kedua dari dua bersaudara. Saat ini ia tinggal bersama ayahnya yaitu Tn. AR yang berusia 39 tahun, ibunya Ny. R berusia 33 tahun dan seorang kakak laki-lakinya RP yang berusia 13 th. Bentuk keluarga pada pasien ini adalah *nuclear family* yaitu keluarga inti yang terdiri

dari suami, istri, dan anak-anak kandung. Menurut siklus Duvall, siklus keluarga ini berada pada tahap V (tahap keluarga dengan anak yang tertua berusia 13-20 tahun). Ayahnya bekerja sebagai buruh bangunan sedangkan ibunya sebagai ibu rumah tangga. Kakaknya masih sekolah menengah pertama (SMP). Kebutuhan materi keluarga dipenuhi dari penghasilan ayahnya sebagai kepala keluarga. Penghasilan perbulan sebesar Rp.2.400.000,00.



Gambar 1. Genogram keluarga An.A



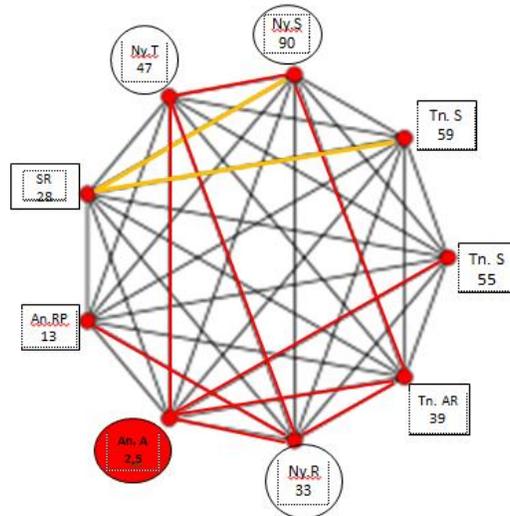
Family APGAR Score

Adaptation : 2
Partnership : 1
Growth : 2
Affection : 2
Resolve : 1

Total Family Apgar Score : 8

(Fungsi keluarga baik)

FAMILY MAPPING



Gambar 2. Family Mapping keluarga An. A

Keterangan :

- Sangat erat
- Erat
- Kurang Erat



Gambar 3. Family life cycle An. A

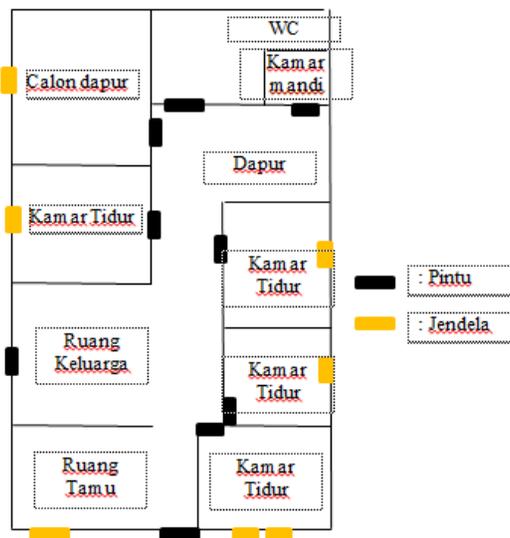
Siklus keluarga An. A dalam tahap IV, yaitu tahap keluarga dengan anak usia sekolah. Hubungan antar keluarga cukup erat karena bertemu setiap hari dan berinteraksi satu sama lain. Ketika ada suatu permasalahan akan diselesaikan secara musyawarah dan mufakat. Ayah pasien sebagai kepala keluarga selalu yang membuat keputusan akhir yang sudah di sepakati oleh seluruh anggota keluarga. Seluruh anggota keluarga belum memiliki asuransi kesehatan.

Perilaku kesehatan dalam keluarga cukup baik. Setiap anggota keluarga memilih puskesmas untuk berobat ketika sakit sebelum pandemi. Namun semenjak pandemi, keluarga lebih memilih beli obat saja di warung atau apotik. Anggota keluarga berobat hanya untuk menyembuhkan penyakit saja. Ketika ada anggota keluarga yang sakit maka anggota keluarga yang lain memberikan dukungan berupa mengingatkan minum obat dan memberikan semangat untuk sehat kembali. Ibu pasien selalu mengingatkan untuk menjaga kesehatan mulai dari buang sampah pada tempatnya, mandi dua kali sehari, dan cuci tangan ketika mau makan. Keikutsertaan ibu pada program kesehatan di lingkungan permukiman baik. Didalam rumah terdapat anggota keluarga yang merokok yaitu saudara kandung dari ayah pasien.

Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal bersama kedua orang tuanya. Jarak dari rumah ke puskesmas kurang lebih 1 km. Pasien tinggal di rumah permanen milik sendiri, rumah pasien berukuran 8x20 m², halaman depan seluas 3 m². Terdapat empat kamar tidur, satu ruang tamu, satu ruang keluarga, satu dapur, satu kamar mandi dan satu toilet dengan wc jongkok berada di dalam rumah. Kondisi rumah pasien memiliki ventilasi yang cukup baik dengan 7 jendela dan 7 ventilasi di atas jendela, 1 jendela di ruang tamu dan 1 ventilasi, 5 jendela di kamar utama dengan 5 ventilasi, dan 1 jendela di ruang calon dapur. Rumah memiliki 9 pintu yaitu di tiap kamar tidur, kamar mandi, pintu samping dan pintu depan. Lantai rumah sudah berkeramik, bagian atap belum di plavon, dan dinding rumah sudah bertembok. Rumah sudah menggunakan listrik. Sumber air berasal dari sumur di dalam rumah.

Di rumah memiliki sebuah kamar mandi, dan sebuah wc jongkok dilengkapi dengan septic tank. Belum terdapat banyak perabotan rumah, Namun perabotan yang ada diletakkan dan disusun rapih. Rumah berada di dalam gang dan kebersihan lingkungan sudah cukup.



Gambar 4. Denah Rumah An. A

Diagnostik Holistik Awal

Aspek Personal

Keluhan: keterlambatan pertumbuhan (ICPC2: T10)
Kekhawatiran: Terjadi penurunan berat badan dan mengganggu pertumbuhan dan perkembangan balita.
Persepsi: ibu menganggap bahwa berat badan anaknya yang tidak naik tidak berbahaya selama anak masih aktif, Asalkan berat badan anaknya tidak turun drastis.

Harapan: Berat badan naik, pertumbuhan dan perkembangan pasien normal.

Aspek Klinik

Gizi Kurang (ICD-10: E441/ ICPC2: T99)

Aspek Risiko Internal

Asupan makanan yang kurang (ICD-10:Z594)
Pengetahuan ibu yang kurang terkait gizi balita, pemenuhan gizi seimbang pada balita dan masalah yang di derita pasien. (ICD-10:Z559)
Perilaku pengobatan bersifat kuratif, pasien pernah tidak datang ke Posyandu selama pandemi. (ICD-10:Z758)

Aspek Risiko Eksternal

Kebiasaan pakde pasien merokok di dalam rumah
Pengetahuan dan sikap keluarga yang kurang mengenai kondisi status gizi pasien.

Derajat Fungsional:

1 (satu) yaitu mampu melakukan aktivitas sehari-hari sesuai dengan umurnya.

Intervensi

Intervensi yang diberikan pada pasien ini berupa non medikamentosa yaitu edukasi dan konseling (ICPC2: *process codes*-45). Intervensi non medikamentosa bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan serta memperbaiki pola makan pasien sehingga diharapkan terjadi peningkatan berat badan pada pasien. Pada pasien akan dilakukan kunjungan sebanyak 4 kali. Kunjungan pertama untuk melengkapi data pasien, melakukan intervensi pertama mengenai bahaya gizi kurang dan pola gizi seimbang pada balita, serta melakukan *pre-test*. Kunjungan kedua untuk melakukan intervensi kedua mengenai makanan selingan yang sehat untuk balita

dan cara memasak yang sehat. Kunjungan ketiga untuk melakukan intervensi mengenai tips mengatasi sulit makan pada balita dan pentingnya memantau pertumbuhan dan perkembangan balita di posyandu. Kunjungan keempat untuk mengevaluasi intervensi yang telah dilakukan, yang keberhasilannya diukur dengan *post-test*. Intervensi yang dilakukan terbagi atas *patient center*, *family focus* dan *community oriented*.

Target Terapi Berdasarkan Diagnosis Holistik Awal

Pada balita dengan gizi kurang memfokuskan terhadap peningkatan pengetahuan keluarga terutama mengenai pola gizi seimbang pada balita dan memperbaiki pola makan pasien dan keluarga. Meningkatkan berat badan pasien.

Patient center

Non Medikamentosa

1. Edukasi kepada ibu pasien mengenai gizi kurang maupun buruk serta bahayanya.
2. Edukasi mengenai pola gizi seimbang, makanan selingan yang baik, dan mengatasi sulit makan pada balita.
3. Edukasi mengenai cara mengolah dan memasak bahan makanan yang benar.
4. Edukasi kepada ibu pasien tentang pentingnya memantau pertumbuhan dan perkembangan balita di Posyandu setiap bulan.

Family Focused

1. Edukasi kepada anggota keluarga mengenai gizi kurang maupun buruk serta bahayanya.
2. Edukasi anggota keluarga terkait pentingnya gizi seimbang untuk masa depan anak yang lebih baik.
3. Edukasi anggota keluarga untuk membiasakan pola makan dengan gizi seimbang setiap hari supaya dapat dijadikan contoh untuk pasien
4. Meminta anggota keluarga untuk mendukung, mengawasi dan mengingatkan ibu pasien untuk memberikan gizi yang seimbang terutama bagi pasien.



5. Edukasi kepada anggota keluarga mengenai pentingnya datang ke Posyandu setiap bulan untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan balita.
6. Edukasi kepada pakde pasien untuk tidak merokok di dalam rumah atau dekat dengan keluarga terutama pasien.

Community Oriented

Mengajak petugas kesehatan untuk tetap mempertahankan atau meningkatkan kegiatan skrining status gizi balita untuk pencegahan gizi buruk pada balita. Mengedukasi tetangga-tetangga pasien mengenai pentingnya datang ke Posyandu setiap bulannya.

DIAGNOSIS HOLISTIK AKHIR

Aspek Personal

Keluhan: keterlambatan pertumbuhan (ICPC2: T10)
Kekhawatiran: kekhawatiran berkurang dengan meningkatnya pengetahuan pasien tentang penyakit yang diderita.

Persepsi: Ibu pasien telah mengetahui bahwa BB anaknya yang rendah dikarenakan pola asuh dan makan yang belum baik.

Harapan: berat badan pasien naik hingga status gizi menjadi normal.

Aspek Klinik

Gizi Kurang (ICD-10: E441/ ICPC2: T99)

Aspek Risiko Internal

1. Asupan makanan yang kurang yang dapat disebabkan karena pengetahuan mengenai kualitas dan kuantitas makanan yang baik, pola pengasuhan anak, dan pelayanan kesehatan dan lingkungan yang kurang memadai. (ICD-10:Z594)
2. Perilaku pengobatan bersifat kuratif, pasien tidak datang ke Posyandu selama pandemi (ICD-10:Z758).

Aspek Risiko Eksternal

Kebiasaan merokok pakde pasien di dalam rumah mulai berkurang.

Derajat Fungsional

1 (satu) yaitu mampu melakukan aktivitas sehari-hari sesuai dengan umurnya.

PEMBAHASAN

Keadaan gizi kurang dapat dilihat sebagai suatu proses kurang makan ketika kebutuhan normal terhadap satu atau beberapa nutrien tidak terpenuhi, atau nutrien-nutrien tersebut hilang dengan jumlah yang lebih besar daripada yang didapat. Keadaan gizi kurang dalam konteks kesehatan masyarakat biasanya dinilai dengan menggunakan kriteria antropometri statik atau data yang berhubungan dengan jumlah makronutrien yang ada di dalam makanan, yaitu protein dan energi, Balita dengan Gizi kurang adalah keadaan balita ketika BB/U ada pada zscore $-2,0$ SD s/d $-3,0$ SD, dan/atau lingkaran lengan $11,5 - 12,5$ cm pada anak usia 6-59 bulan. Kategori dan ambang batas status gizi anak dijelaskan pada tabel di bawah (Kemenkes 2020).

Tabel 2. Kategori dan ambang batas status gizi anak (WHO oleh Septikasari, 2018)

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) anak usia 0 - 60 bulan	Berat badan sangat kurang (<i>severely underweight</i>)	<-3 SD
	Berat badan kurang (<i>underweight</i>)	$- 3$ SD sd $<- 2$ SD
	Berat badan	-2 SD sd $+1$ SD



	normal	
	Risiko Berat badan lebih ¹	> +1 SD
Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0 - 60 bulan	Sangat pendek (<i>severely stunted</i>)	<-3 SD
	Pendek (<i>stunted</i>)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Normal	-2 SD sd +3 SD
	Tinggi ²	> +3 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk (<i>severely wasted</i>)	<-3 SD
	Gizi kurang (<i>wasted</i>)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih (<i>possible risk of overweight</i>)	> + 1 SD sd + 2 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	> + 2 SD sd + 3 SD
	Obesitas (<i>obese</i>)	> + 3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk (<i>severely wasted</i>) ³	<-3 SD
	Gizi kurang (<i>wasted</i>) ³	- 3 SD sd <- 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih (<i>possible risk of overweight</i>)	> + 1 SD sd + 2 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	> + 2 SD sd +3 SD
	Obesitas (<i>obese</i>)	> + 3 SD
Indeks	Gizi buruk	<-3 SD



Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anakusia 5 - 18 tahun	(<i>severely thinness</i>) Gizi kurang (<i>thinness</i>) Gizi baik (normal) Gizi lebih (<i>overweight</i>) Obesitas (<i>obese</i>)	- 3 SD sd <- 2 SD -2 SD sd +1 SD + 1 SD sd +2 SD > + 2 SD
--	--	--

Kunjungan pertama dilaksanakan pada hari sabtu tanggal 19 Juni 2021, dilakukan *pre-test*, pengumpulan data, dan dilakukan intervensi pertama mengenai bahaya gizi kurang dan pola gizi seimbang pada balita, serta ibu diberikan kertas berupa tabel harian untuk mencatat makanan harian pasien.

Pre-test di isi oleh ibu pasien, terdiri dari 10 soal pilihan ganda. Dari hasil *pre-test* pengetahuan didapatkan jawaban benar sebanyak 6/10. Sebelum dilakukan intervensi, pasien makan 2 kali dalam satu hari dengan makanan pokok berupa nasi sebanyak 1 centong dalam satu porsi, dengan satu jenis lauk berupa ayam, telur ayam, ikan, hati ayam, tahu, atau tempe sebanyak 1 potong, tidak selalu disertai sayuran dengan variasi berupa sayur katu dan bayam, pasien mengkonsumsi buah 1-3x tiap minggu dengan variasi jeruk dan mangga, susu dikonsumsi 1-3x seminggu berupa susu kental manis atau susu kotak kemasan, makanan selingan dikonsumsi setiap hari dengan variasi biskuit, wafer, roti, sosis, ciki, gorengan, coklat dan permen.

Dari pemeriksaan fisik, didapatkan BB pasien 9 kg dan TB pasien 84,5 cm serta IMT 12,60 kg/m². Dari data tersebut dapat dilakukan pengukuran status gizi pasien, yaitu:

1. berdasarkan indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U), z score sebesar <-3 yang berarti berat badan pasien sangat kurang (*severely underweight*),
2. berdasarkan Tinggi Badan menurut Umur (TB/U), z score sebesar -2 s/d -1 yang berarti tinggi badan pasien normal,
3. berdasarkan Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB), z score -3 yang berarti pasien menderita gizi kurang (*wasted*),

4. berdasarkan Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U), z score - 3 SD sd <- 2 SD yang berarti pasien menderita gizi kurang (*wasted*).

Dari pengukuran status gizi didapatkan masalah klinis pada pasien yaitu gizi kurang, dimana faktor risiko yang didapatkan dari hasil anamnesis yaitu balita sulit untuk makan, pengetahuan ibu dan keluarga yang kurang terkait gizi seimbang pada balita, ketahanan pangan keluarga, pola pengasuhan anak, ketidakpatuhan ibu pasien dalam menghadiri posyandu, kebiasaan makan jajan warung berlebihan dan kebiasaan salah satu anggota keluarga (pakde) merokok di dalam rumah.

Kebiasaan makanan adalah konsumsi pangan (kuantitas dan kualitas), kesukaan makanan tertentu, kepercayaan, pantangan, atau sikap terhadap makanan tertentu. Kebiasaan makan yang baik atau dapat menunjang terpenuhinya kecukupan gizi dan ada yang buruk (dapat menghambat terpenuhinya kecukupan gizi), seperti adanya pantangan atau tabu yang berlawanan dengan konsep gizi (Alamsyah et al., 2017).

Persoalan gizi kurang pada balita dapat disebabkan sikap atau perilaku yang menjadi faktor dalam pemilihan makanan yang tidak benar. Pemilihan bahan makanan, tersedianya jumlah makanan yang cukup dan keanekaragaman makanan ini dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan ibu tentang makanan dan gizinya. Pendidikan formal ibu pasien yang berakhir di tingkat SD dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan ibu untuk menyerap pengetahuan praktis dalam lingkungan formal maupun non formal mengenai gizi balita. Selain itu, pekerjaan ibu sebagai IRT menyebabkan kurangnya perhatian ibu terhadap penyakit anaknya karena



survei di lapangan menunjukkan banyaknya ibu-ibu yang lebih banyak mengabdikan waktu untuk mengobrol dengan tetangganya dan tidak mempunyai banyak waktu untuk anaknya sehingga pengetahuan ibu menjadi kurang dan menyebabkan pola makan anak yang tidak sesuai dengan standar gizi seimbang.

Ketidaktahuan ibu dapat menyebabkan kesalahan pemilihan makanan terutama untuk anak balita, sehingga zat gizi dalam kualitas dan kuantitas tidak memenuhi kebutuhan tubuh (Mulyandari & Tanjung, 2020). Ketidakpatuhan ibu pasien dalam menghadiri posyandu mengakibatkan ibu kurang mendapatkan informasi mengenai pentingnya status gizi balita, tidak mendapat dukungan dan dorongan dari petugas kesehatan apabila ada permasalahan kesehatan dari anak balitanya, serta pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita tidak dapat terpantau secara optimal melalui KMS. Hal tersebut secara tidak langsung dapat menyebabkan balita mengalami gizi kurang (Armaya, 2018).

Konsumsi makanan selingan yang berlebihan dapat mempengaruhi status gizi anak. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang menemukan bahwa asupan makanan anak-anak pedesaan di Jawa Barat sebagian besar bergantung pada konsumsi makanan ringan, yang diwakili oleh 40% kontribusi mereka terhadap total asupan energi. Kepadatan gizi makanan ringan jauh lebih rendah pada mikronutrien terutama vitamin A, vitamin C, dan kalsium, hal ini sejalan dengan temuan bahwa proporsi asupan ketiga mikronutrien tersebut di bawah 60% AKG bagi masyarakat Indonesia. Studi ini juga menyoroti bahwa anak-anak sekolah yang mengonsumsi makanan ringan dalam jumlah besar selama jam istirahat sekolah, dan bahwa di antara kelompok yang lebih banyak mengonsumsi makanan ringan memiliki skor HAZ yang lebih rendah daripada kelompok yang kurang mengonsumsi makanan ringan. Paparan asap rokok dapat memengaruhi penyerapan nutrisi pada balita (Sekiyama et al., 2012).

Ibu pasien An. A mengeluhkan berat badan anaknya sulit naik, di mana berdasarkan ICPC2 keluhan tersebut sesuai dengan kode T10 yaitu keterlambatan pertumbuhan. Diagnosis klinis yang ditegakkan pada pasien adalah gizi kurang yaitu E44

berdasarkan ICD-10 (*Protein-calorie malnutrition of moderate and mild degree*) dan T99 berdasarkan ICPC2 (gangguan nutrisi). Kemudian dilakukan intervensi berupa edukasi gizi kepada ibu pasien yang sesuai dengan *Process codes-45* pada ICPC2 (*observe/ educate/ advice/ diet*).

Kunjungan kedua pada hari Sabtu, 26 Juni 2021 dilaksanakan untuk melakukan intervensi kedua mengenai makanan selingan yang sehat untuk balita dan cara memasak yang sehat, untuk mengevaluasi kecukupan gizi dari catatan makanan harian pasien, dan mengevaluasi perbaikan klinis pasien. Dari catatan makanan harian pasien selama 19 Juni – 25 Juni 2021 didapatkan energi rata-rata yang didapatkan pasien setiap harinya sebesar 781 kkal, dimana angka tersebut belum sesuai dengan kebutuhan energi An. A yang dihitung menggunakan metode Nelsson yaitu sebesar 873,18. Selanjutnya dilakukan konseling untuk memenuhi kebutuhan gizi pasien berdasarkan catatan makanan harian. Pada pengukuran berat badan, didapatkan tidak ada kenaikan berat badan.

Kunjungan ketiga pada hari Sabtu, 03 Juli 2021 dilaksanakan untuk melakukan intervensi ketiga mengenai tips mengatasi sulit makan pada balita dan pentingnya memantau pertumbuhan dan perkembangan balita di posyandu, untuk mengevaluasi kecukupan gizi dari catatan makanan harian pasien, dan mengevaluasi perbaikan klinis pasien. Dari catatan makanan harian pasien selama 26 Juni-2 Juli 2021 didapatkan adanya peningkatan energi rata-rata yang didapatkan pasien setiap harinya sebesar 886 kkal, dimana angka tersebut sudah sesuai dengan kebutuhan energi An. A yang dihitung menggunakan metode Nelsson yaitu sebesar 873,18. Selanjutnya diberikan saran untuk mempertahankan pola makan yang baik tersebut. Pada pengukuran berat badan, didapatkan adanya kenaikan berat badan pasien sebesar 0,2 kg menjadi 9,2 kg.

Kunjungan terakhir pada hari Rabu, 14 Juli 2021 dilaksanakan untuk mengevaluasi kecukupan gizi dari catatan makanan harian pasien mengevaluasi intervensi yang telah dilakukan dengan *post-test* dan mengevaluasi perbaikan klinis pasien. Dari catatan makanan harian pasien selama 3-13 Juli 2021 didapatkan adanya peningkatan



energi rata-rata yang didapatkan pasien setiap harinya sebesar 897,1 kkal, dimana angka tersebut sudah sesuai dengan kebutuhan energi An. A yang dihitung menggunakan metode Nelsson yaitu sebesar 873,18 kkal.. Selanjutnya diberikan saran untuk mempertahankan pola makan yang baik tersebut. Pada pengukuran berat badan, didapatkan adanya penurunan berat badan pasien sebesar 0,6 kg dari minggu sebelumnya menjadi 8,6 kg. Hal ini dikarenakan balita sakit batuk, pilek selama satu minggu terakhir.

Post-test dilakukan oleh ibu pasien, terdiri dari 10 soal pilihan ganda dan tabel konsumsi makan balita untuk melihat jenis bahan makanan dan frekuensi makan pasien untuk setiap bahan makanan. Dari hasil *pre-test* pengetahuan didapatkan jawaban benar sebanyak 6/10 dan mengalami peningkatan pada *post-test* menjadi sebesar 8/10. Hal tersebut menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan pada ibu pasien.

Sebelum dilakukan intervensi, pasien makan 2-3 kali dalam satu hari dengan makanan pokok berupa nasi sebanyak 1 centong dalam satu porsi dan dimakan 2-3 sendok saja, dengan satu jenis lauk berupa ayam, telur ayam, ikan, hati ayam, tahu, atau tempe sebanyak 1 potong, tidak selalu disertai sayuran dengan variasi berupa sayur katu dan bayam, pasien mengkonsumsi buah 1-3x tiap minggu dengan variasi jeruk dan mangga, susu dikonsumsi 1-3x seminggu berupa susu kental manis atau susu kotak kemasan, makanan selingan dikonsumsi setiap hari dengan variasi biskuit, wafer, roti, sosis, ciki, gorengan, coklat dan permen.

Setelah dilakukan intervensi pasien makan 2-3 kali sehari dengan makanan pokok berupa nasi sebanyak 1 centong dalam satu porsi, dengan dua jenis yang terdiri dari lauk protein hewani berupa ayam, telur ayam, atau ikan dan lauk protein nabati berupa tahu, tempe, atau oncom sebanyak masing-masing 1 potong. Setiap kali makan disertai sayuran dengan variasi berupa sayur katu, bayam, jagung, atau sayur sop sebanyak seperempat mangkok. Pasien juga mengkonsumsi buah hamper setiap harinya sebanyak 1-2 buah dengan variasi pisang, jeruk, alpukat dan mangga. Pasien tetap minum susu formula sebagai tambahan nutrisi. Makanan selingan dikonsumsi setiap hari dengan variasi biskuit, wafer,

dan roti. Untuk ciki, sosis, coklat, permen mulai dikurangi.

KESIMPULAN

Diperoleh faktor internal yaitu ketidaktahuan ibu tentang kualitas, kuantitas makanan yang baik dan keanekaragaman makanan sehingga zat gizi tidak memenuhi kebutuhan tubuh. Pasien jarang datang ke posyandu semenjak pandemi. Faktor eksternal berupa paparan asap rokok dari pakde pasien. Telah dilakukan penatalaksanaan nonmedikamentosa secara holistik dan komprehensif terhadap pasien. Keluarga pasien dalam kasus ini telah diintervensi, telah berada pada tahap adopsi, yaitu pasien dan keluarga telah menerapkan gaya hidup sehat sebagai upaya pengobatan dan pencegahan penyakit yang diderita.

DAFTAR PUSTAKA

1. Adliyani, Z. O. N. (2015). Pengaruh perilaku individu terhadap hidup sehat. *Jurnal Majority*, 4(7), 109–114.
2. Alamsyah, D., Mexitalia, M., Margawati, A., Hadisaputro, S., & Setyawan, H. (2017). Beberapa faktor risiko gizi kurang dan gizi buruk pada balita 12-59 bulan (studi kasus di kota Pontianak). *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Komunitas*, 2(1), 46–53.
3. Armaya, R. (2018). Kepatuhan ibu hamil dalam melakukan kunjungan antenatal care dan faktor yang mempengaruhi. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 7(01), 43–50.
4. Depkes, R. (2015). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019*.
5. Husnah, H. (2017). Nutrisi pada 1000 Hari Pertama Kehidupan. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 17(3), 179–183.
6. Kusnadi, N. D., & Saftarina, F. (2020). Penatalaksanaan Holistik Pada Penderita Gizi Buruk Di Wilayah Kerja Puskesmas Kampung Sawah Dengan PendekatanDokter Keluarga. *Jurnal Agromedicine*, 7(1), 67–74.



7. Masyudi, M., Mulyana, M., & Rafsanjani, T. (2019). Dampak pola asuh dan usia penyapihan terhadap status gizi balita indeks BB/U. *AcTion: Aceh Nutrition Journal*, 4(2), 111–116.
8. Mulyandari, A., & Tanjung, A. N. (2020). PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG PENTINGNYA NUTRISI BALITA PADA IBU YANG MEMILIKI BALITA DI RT 002 RW 005 KELURAHAN BUKIT CERMIN. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Anugerah Bintang (JPMAB)*, 1(2).
9. Riskesdas, K. (2018). Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). *Journal of Physics A: Mathematical and Theoretical*, 44(8), 1–200.
10. Rizkyana, N. R. (2017). *HUBUNGAN PENGETAHUAN, PERILAKU IBU, ASUPAN ENERGI, PROTEIN, DAN LEMAK MP-ASI DENGAN STATUS GIZI BAYI USIA 6-23 BULAN DI UPT PUSKESMAS CINERE DEPOK TAHUN 2017*.
11. Sekiyama, M., Roosita, K., & Ohtsuka, R. (2012). Snack foods consumption contributes to poor nutrition of rural children in West Java, Indonesia. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 21(4), 558–567.
12. Septikasari, M. (2018). *Status gizi anak dan faktor yang mempengaruhi*. UNY Press.
13. Sholikah, A. S., Rustiana, E. R., & Yuniastuti, A. (2017). Faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi balita di pedesaan dan perkotaan. *Public Health Perspective Journal*, 2(1).
14. Warsito, O., Khomsan, A., Hernawati, N., & Anwar, F. (2012). Relationship between nutritional status, psychosocial stimulation, and cognitive development in preschool children in Indonesia. *Nutrition Research and Practice*, 6(5), 451–457.