

PENATALAKSANAAN MALNUTRISI PADA ANAK LAKI-LAKI USIA 1 TAHUN 6 BULAN MELALUI PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA: LAPORAN KASUS

Nabilla Fiqriya Putri, Ernawati

Universitas Tarumanagara, Indonesia

*Corresponding Author:
Nabilla Fiqriya Putri

Abstract.

Malnutrition is defined as an imbalance between nutritional needs and intake, resulting in a cumulative deficit of energy, protein or micronutrients which can have a negative impact on a child's growth and development. Stunting and wasting are two conditions that are related and continuous, and are also the result of the interaction of various factors, including maternal and household factors, quality and quantity of feeding practices, and infections. This case report aims to apply a holistic and comprehensive family doctor approach, and carry out Evidence Based Medicine-based management using the Family Approach to a child named M who is 1-year-6-month- old boy with stunting and wasting. M and his family were given education about nutrition and food refusal to meet nutritional needs to support his growth and development. They also received information regarding immunisations needed to avoid illnesses and mortality that are worsened by malnutrition. The diagnosis and management of this patient has been carried out in a holistic, patient-centred, family approach and based on several theories and the latest research. M has benefited from holistic management, gaining weight and a better awareness from his family about nutrition and malnutrition prevention.

Keywords: family medicine, mandala of health, malnutrition, stunting, wasting

PENDAHULUAN

Malnutrisi didefinisikan sebagai ketidakseimbangan antara kebutuhan dan asupan zat gizi, yang mengakibatkan defisit kumulatif energi, protein, atau zat gizi mikro yang dapat berdampak negatif terhadap pertumbuhan, perkembangan, dan hasil terkait lainnya. Berdasarkan etiologinya, malnutrisi dapat disebabkan oleh penyakit (satu atau lebih penyakit atau cedera yang secara langsung mengakibatkan ketidakseimbangan nutrisi) atau disebabkan oleh faktor lingkungan/perilaku yang berhubungan dengan penurunan asupan dan/atau pemberian nutrisi.¹ Pertumbuhan anak diakui secara internasional sebagai indikator penting status gizi dan kesehatan masyarakat.² *Stunting*, *wasting*, dan *overweight* pada anak usia di bawah 5 tahun dimasukkan sebagai indikator hasil utama rangkaian indikator inti *Global Nutrition Monitoring Framework* untuk memantau kemajuan dalam mencapai *Global Nutrition Targets*. Ketiga indikator ini juga termasuk daftar referensi Global 100 indikator kesehatan inti *World Health Organization (WHO)*.^{2,3}

Pada tahun 2020, sebanyak 22% atau sekitar 149,2 juta balita di dunia mengalami kejadian stunting.³ *Stunting* merupakan salah satu masalah gizi yang dihadapi dunia, terutama di negara-negara miskin dan berkembang. Sebanyak 87 juta anak mengalami stunting di Asia, 59 juta di Afrika, dan 6 juta di Amerika Latin dan Karibia. Lima sub wilayah dengan angka *stunting* melebihi 30 adalah Afrika Barat (31,4%), Afrika Tengah (32,5%), Afrika Timur (36,7%), Asia Selatan (34,1%), dan Oseania (38,7%). Asia dan Oseania telah menunjukkan kemajuan yang lambat atau tidak ada kemajuan dalam mengurangi pengerdilan anak.^{4,5} Indonesia adalah salah satu negara dengan beban malnutrisi dan *stunting* terbesar.⁶ Menurut Survei Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) pada tahun 2019, angka *stunting* di Indonesia adalah 27,7%^{7,8} dan menjadi 24,4% pada tahun 2021.⁹ Namun, angka ini masih lebih tinggi dari rata-rata prevalensi *stunting* di Asia yaitu 22%.¹⁰

Persentase anak dengan tinggi badan menurut usia yang rendah (*stunting*) mencerminkan dampak kumulatif dari kekurangan gizi dan infeksi sejak lahir, dan bahkan sebelum lahir. Oleh karena itu, ukuran ini dapat diartikan sebagai indikasi kondisi lingkungan yang buruk atau terhambatnya potensi pertumbuhan anak dalam jangka panjang.^{2,5} *Wasting* pada anak merupakan gejala kurang gizi akut, biasanya akibat asupan makanan yang tidak mencukupi atau tingginya kejadian penyakit infeksi, terutama diare. Pada gilirannya, *wasting* akan mengganggu fungsi sistem imunitas tubuh dan dapat menyebabkan peningkatan keparahan, durasi, dan kerentanan terhadap penyakit infeksi, serta peningkatan risiko kematian.^{1,2}

Stunting dan *wasting* adalah dua kondisi yang berhubungan dan berkesinambungan, dan juga adalah hasil dari interaksi dari berbagai faktor, termasuk faktor maternal dan rumah tangga, faktor kualitas dan kuantitas praktik pemberian makanan, dan infeksi.^{11,12} Laporan kasus ini bertujuan untuk menerapkan pendekatan dokter keluarga yang holistik dan komprehensif, dan melakukan penatalaksanaan berbasis *Evidence Based Medicine* dengan pendekatan *Family Approach* pada seorang anak bernama An. M berusia 1 tahun 6 bulan dengan *stunting* dan *wasting*.

KASUS

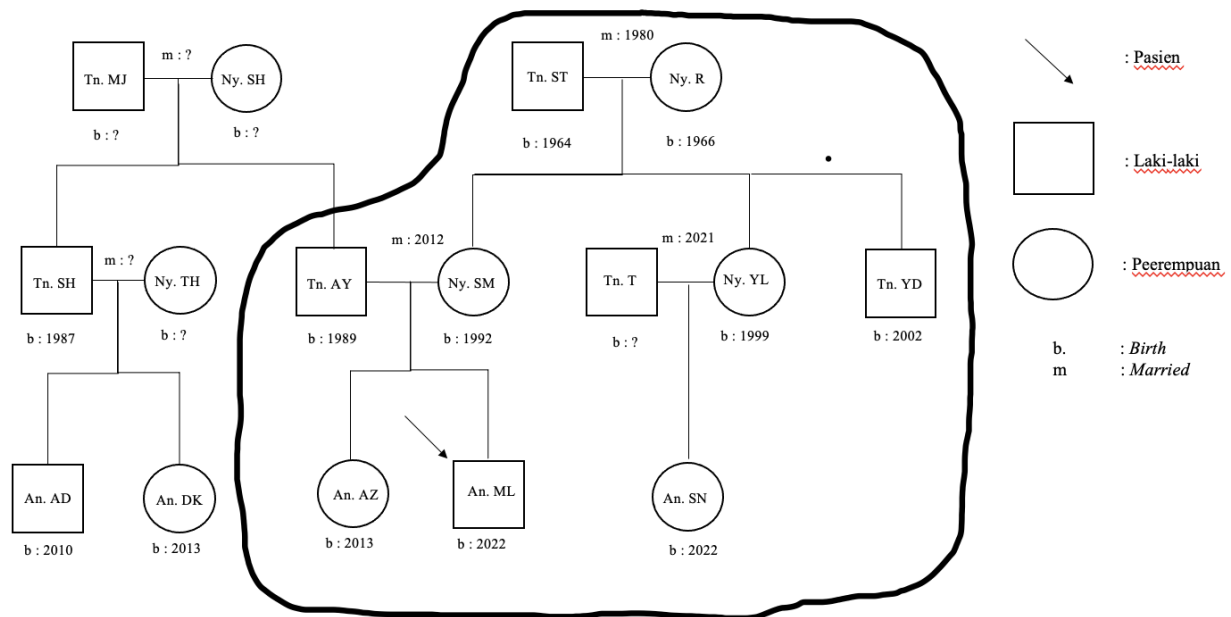
An.M berusia 1 tahun 6 bulan dibawa oleh ibunya ke Puskesmas Sindang Jaya, Tangerang, dengan keluhan tidak bertambahnya berat badan sejak pasien berusia kurang dari 1 tahun. Keluhan ini mulai disadari ibunya setelah pasien dibawa ke Posyandu untuk melakukan imunisasi. Sejak awal, ASI ibu sangat sedikit, maka semenjak lahir hingga usia 6 bulan, pemberian ASI diselingi dengan susu formula. Pasien tidak menyukai susu formula, maka sejak usia 6 bulan hingga saat ini, ibu pasien sudah tidak memberikan susu formula. Keluhan lain yang menyertai pasien adalah sering mengalami diare tiap bulannya. Menurut ibu pasien, frekuensi diare pasien terjadi sebanyak 2-3 kali dalam sebulan, ditandai dengan perubahan konsistensi dari fesesnya (menjadi lebih encer namun masih berampas). Terkait keluhan ini, ibu pasien biasanya tidak membawa pasien ke fasilitas kesehatan terdekat karena diare hanya berlangsung sekitar 1-2 hari, lalu konsistensi feses kembali normal. Selain itu, menurut ibu pasien, pasien juga sering mengalami batuk dan pilek disertai demam. Keluhan ini dapat terjadi 5-6 kali dalam 1 bulan. Saat berobat ke puskesmas, pasien sedang mengalami pilek yang disertai demam 3 hari sebelumnya. Terkait keluhan batuk, pilek dan demam, ibu pasien biasanya pergi ke Posyandu Teratai 6 untuk mendapatkan obat dan vitamin. Namun, ibu pasien membawa pasien ke Posyandu jika keluhan demam tidak turun dalam 3 hari. Jika ada perbaikan dalam waktu 1-2 hari, biasanya ibu pasien tidak membawa pasien ke fasilitas kesehatan terdekat. Keluhan keringat malam, batuk lebih dari 2 minggu maupun sesak disangkal oleh ibu pasien.

Pasien memiliki kebiasaan dimandikan dengan orang tuanya sebanyak 2-3 kali sehari dan jarang cuci tangan dengan sabun (cenderung menggunakan air keran saja). Pasien digunting kuku jari-jari tangan dan kaki setiap 1 bulan sekali oleh orang tuanya. Selain itu, pasien juga sering memasukkan jari-jari tangan ke dalam mulutnya (dengan kondisi kuku pasien tampak hitam). Kebiasaan sehari-hari dari pasien adalah bermain di halaman rumah dan di rumah tetangganya yang berusia 3 tahun yang masih merupakan sepupu dari pasien. Pasien saat ini sering mengalami susah tidur. Hal ini ditandai dengan durasi tidur pagi maupun siang hari hanya sekitar 15 menit (paling lama) di tiap tidurnya. Sedangkan, untuk tidur di malam hari, pasien bisa terbangun sekitar 5-6 kali. Sejak usia 6 bulan hingga sekarang, pasien cenderung menjadi lebih rewel dan gampang menangis, terlebih ketika bertemu dengan orang baru. Pasien disuapi makan sebanyak 2-3 kali sehari dengan hambatan makanan yang sering tidak habis karena nafsu makan pasien sangat buruk. Pasien memiliki kebiasaan diberikan jajanan seperti sosis dalam kemasan dan *crackers* daripada nasi beserta lauk-pauk. Hal ini dilakukan oleh orang tuanya karena dengan pemberian makanan utama, pasien sangat sulit untuk menghabiskan makanannya. Hasil pengambilan *dietary recall*, didapatkan bahwa pasien sehari-hari mengonsumsi 334,13 - 376,3 kkal saja.

Pasien adalah anak ke-2 dari 2 bersaudara, dilahirkan secara normal pada usia gestasi 39 minggu, dibantu oleh bidan, dengan berat badan lahir 3 kg. Tidak ada penyulit selama kehamilan dan persalinan. Pasien merupakan seorang balita yang tinggal bersama 9 orang anggota keluarga

lainnya. Ayah pasien seorang buruh bangunan dan ibu pasien seorang IRT yang juga menjaga warung di depan rumahnya. Kakak pasien yang pertama seorang anak perempuan berusia 10 tahun, saat ini sedang menduduki Sekolah Dasar (Kelas 3). Pasien dan keluarga berobat ke Posyandu secara tidak rutin (hanya bila ada keluhan saja) karena tidak memiliki jaminan Kesehatan. Imunisasi dasar pasien hanya mencakup BCG dan Hepatitis B di bulan 0, polio I di bulan 1, dan DPT-Hib-Hepatitis B di bulan ke-2. Imunisasi selalu gagal dilakukan karena pasien sering demam. Sehingga, imunisasi dari pasien sangat tertinggal.

Gambar 1. Genogram An. M



Penghasilan keluarga bersumber dari Kakek, Nenek, Ayah, Ibu, Kedua Paman dan Tante dari pasien. Kakek pasien seorang buruh bangunan yang biasanya bekerja jika ada panggilan dari warga terdekat yang ingin membangun rumah. Satu proyek pekerjaan biasanya menghasilkan Rp. 110.000 – Rp. 160.000 per hari dimana dalam 1 proyek bisa berlangsung sekitar 2 bulan. Setelah 1 proyek selesai, biasanya terjadi kekosongan kegiatan selama 2-3 bulan. Ayah Pasien adalah seorang buruh bangunan/ Penghasilan perbulan tergolong tidak menentu, namun dalam 1 minggu kurang lebih dapat mencapai Rp. 300.000 – Rp. 400.000. Nenek, Ibu dan Tante dari pasien bekerja sebagai penjaga warung dan juga sebagai pemilik warung yang terletak di halaman rumah. Penghasilan warung tiap harinya tidak menentu. Penghasilan per hari hanya mencapai Rp. 30.000 – Rp. 100.000, tergantung kondisi pasar. Pembagian dari hasil jualan per hari tidak menentu (dipakai bersama).

Pada pemeriksaan fisik, didapatkan bahwa berat badan An. M adalah 7,2 kg dengan tinggi badan 71 cm. Status gizi An. M adalah gizi kurang dengan perawakan sangat pendek dan berat badan sangat kurang. Tanda-tanda vital dalam batas normal. Berdasarkan hasil perhitungan kebutuhan gizi, maka An. M membutuhkan 588,84 kkal. Pada pemeriksaan sistem, didapatkan sekret pada hidung bersifat serosa. Pada pemeriksaan penunjang, tidak didapatkan kelainan. Pada pemeriksaan tumbuh kembang dengan Kuesioner Pra-Skrining Perkembangan pada Anak Usia 18 Bulan, didapatkan bahwa pasien mengalami kemungkinan adanya penyimpangan dengan jumlah “Ya” sebanyak kurang dari 6 (jumlah “Ya” = 3).

Pada kunjungan rumah, didapatkan bahwa rumah pasien dan keluarganya dibangun dengan batu bata dan semen, terdiri dari atap rumah yang sebagian besar dilapisi oleh plafon *gypsum*. Namun pada daerah dapur sampai kamar mandi atap rumah hanya terbuat dari rangka kayu. Lantai pada

bagian luar rumah dilapisi oleh keramik. Luas bangunan didapatkan 109 m², dengan penghuni sebanyak 10 orang. Total persentase dari ventilasi insidentil yaitu 7,88 % dan ventilasi permanen yaitu 1,6 % dari luas bangunan. Pencahayaan tempat tinggal dari Pasien menggunakan listrik dan dengan bantuan sinar matahari. Sumber air bersih dari air tanah yang didapati dengan menggunakan sumur bor dan pompa listrik. Air memenuhi syarat air bersih (tidak berwarna, tidak berbau, dan jernih). Pembuangan sampah diangkut sendiri ke tempat pembuangan 100 m dari rumah. Limbah tempat pembuangan yang berasal dari kamar mandi dan dapat dialirkan dengan menggunakan pipa paralon ke selokan yang berada di bagian samping kanan rumah. Terdapat 1 kamar mandi dengan ukuran 2.2 x 1.9 m yang dilapisi dengan dinding semen. Pasien memiliki satu jamban pada kamar mandi di rumahnya yang digunakan oleh 10 orang yang tinggal di dalam rumah tersebut. Terdapat adanya *septic tank* di belakang kamar mandi rumah dengan ukuran 1 x 1 m.

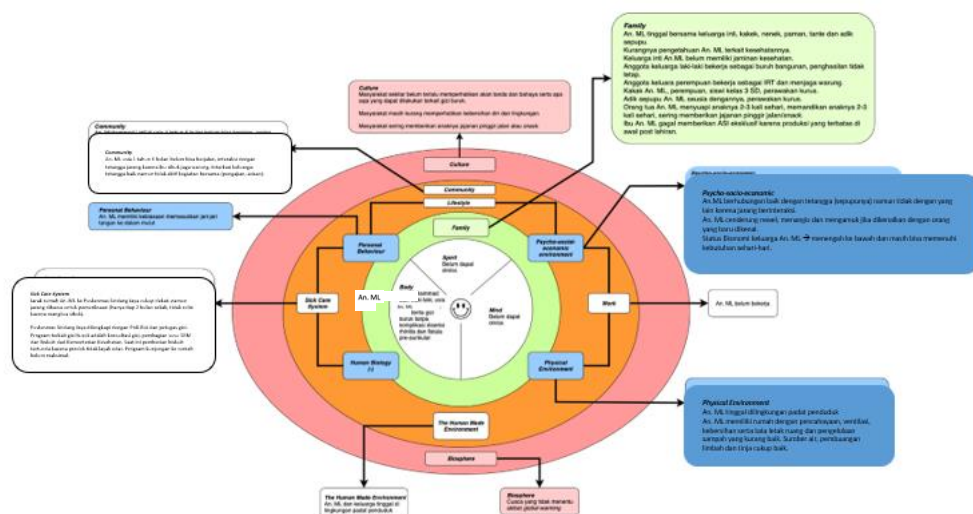
Pada penilaian fungsi keluarga, didapatkan bahwa fungsi keluarga secara holistik baik. Status ekonomi keluarga pasien termasuk menengah kebawah. Pada penilaian skor APGAR (*Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve*) untuk fungsi fisiologis, total skor adalah 7 (fungsi keluarga baik). Untuk penilaian patologis menggunakan SCREAM (*Social, Culture, Religious, Education, Economics, Medical*), didapatkan bahwa :

- *Social* (S)
Keluarga Pasien tinggal bersama dengan 9 anggota keluarga dan 3 kepala keluarga di dalamnya. Mereka sering berinteraksi dengan tetangga sekitar yang salah satunya merupakan kerabat mereka juga. Mereka sering menghabiskan waktu bersama di pagi atau sore hari, begitu juga dengan anak-anaknya. Sehingga, dapat disimpulkan hubungan antar tetangga baik.
- *Culture* (C)
Keluarga Pasien saling menghormati dan menghargai budaya dalam masyarakat, serta selalu menerapkan sopan santun.
- *Religious* (R)
Keluarga Pasien beragama Islam.
- *Education* (E)
Belum dapat dinilai.
- *Economic* (E)
Status ekonomi keluarga Pasien termasuk ke dalam golongan menengah ke bawah.
- *Medical* (M)
Pasien jarang dilakukan pemeriksaan ke fasilitas kesehatan terdekat.

Coping score pada keluarga An.M ditetapkan 2, yaitu mengetahui masalah, namun tidak mengetahui solusi. Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, diperoleh diagnostik holistik awal pada pasien ini, yaitu:

- Aspek I (Personal) :
Keluhan:
 1. Tidak naiknya berat badan sejak usia 1 tahun.
 2. Nafsu makan kurang sejak 6 bulan yang lalu.
 3. Sering mengalami pilek yang hilang timbul dan keluhan ini masih berlangsung sejak 5 hari yang lalu.
- Aspek II (Klinis) :
Diagnosis utama : Gizi Buruk & *Stunting*
Diagnosis tambahan : Rhinitis
- Aspek III (Internal) :
 - Pasien seorang laki-laki berusia 1 tahun 6 bulan yang menderita gizi buruk dengan nafsu makan kurang. Pasien mengonsumsi makanan utama sebanyak 2-3 kali sehari dengan komposisi lauk pauk yang tidak memenuhi kebutuhan harian. Pasien juga memiliki makanan selingan sebanyak 1-2 kali berupa *snack* atau pisang.

- Gambar 2. *Mandala of Health An. M***



Tatalaksana holistik yang diberikan mencakup tatalaksana yang bersifat *patient-centered*, *family-focused* dan *community-oriented*. Tatalaksana *patient-centered* berupa pemberian tatalaksana farmakologis cetirizine sirup 3x1/2 cth per hari untuk rhinitis dan multivitamin 3x5 ml per hari. Tatalaksana non-farmakologis yang diberikan berupa edukasi keluarga pasien terkait gizi buruk (pengertian, penyebab, faktor risiko, tanda dan gejala, prinsip pengobatan, pencegahan, serta komplikasi); pentingnya perhatian dari orang tua dan orang sekitar akan perbaikan gizi pasien; dan pentingnya peranan kebersihan diri, lingkungan dan lingkungan fisik dari rumah terhadap kondisi gizi buruk yang dialami oleh pasien. Ibu pasien juga diajari mengenai ini meliputi pemberian resep menu untuk menatalaksana Gerakan Tutup Mulut (GTM) dan cara mengolahnya serta prinsip pemberiannya yaitu "*small but frequent feeding*". Penimbangan berat badan dilakukan per 2 hari untuk menilai respon. Tatalaksana *family-focused* yaitu edukasi mengenai pentingnya memiliki jaminan kesehatan dengan mempertimbangkan kondisi ekonomi dan klinis dari pasien; meningkatkan kemauan keluarga untuk membawa pasien untuk selalu diperiksa di fasilitas kesehatan terdekat, terlebih dalam proses perbaikan klinis dari pasien; dan memberikan edukasi dan motivasi terhadap keluarga untuk membuat jaminan kesehatan. Tatalaksana yang bersifat *community-oriented* yaitu keluarga diberikan edukasi dan motivasi untuk meningkatkan kegiatan interaktif dengan anak-anak seusianya seperti digabungkan ke dalam program PAUD yang berada di sekitar rumahnya. Selain itu, mampu lebih sering untuk diajak berinteraksi dengan tetangga yang seusia dengan pasien.

Kunjungan untuk *follow-up* dilakukan sebanyak 6 kali dalam waktu 3 minggu untuk menilai kepatuhan keluarga terhadap tatalaksana yang diberikan dan ada tidaknya perbaikan kondisi pasien. Pada kunjungan ke-3, ibu pasien sudah mengerti penuh mengenai GTM serta pengelolaannya. Pada kunjungan terakhir, kondisi pasien didapatkan membaik dengan tidak adanya keluhan dan terdapat peningkatan berat badan sebanyak 300 gram. Keluarga pasien sudah berkomitmen untuk mendukung perbaikan kondisi pasien baik dalam aspek pertumbuhan maupun perkembangan.

Gambar 3. Tim Dokter Muda memeriksa An.M dan mengajarkan praktik GTM pada ibu An.M



HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengkajian kasus pada An.M telah dilakukan secara holistik menggunakan prinsip *Mandala of Health* dengan menilai status kesehatan pasien secara menyeluruh mencakup biologis, psikologis dan sosial. Pasien didiagnosis mengalami malnutrisi berdasarkan temuan antropometri dan *plotting* pada kurva pertumbuhan *World Health Organization* (WHO). Cara menilai status gizi yang paling mudah dilakukan adalah dengan pengukuran antropometrik. Pengukuran Berat Badan (BB) sesuai Tinggi Badan (TB) merupakan salah satu pengukuran antropometrik yang baik dengan mengadopsi acuan *havard* dan WHO-NCHS (*World Health Organization–National Center For Health Statistics*).¹³

Stunting adalah kondisi yang disebabkan oleh malnutrisi kronis dimana seorang anak tidak mendapatkan nutrisi adekuat untuk menunjukkan pertumbuhan linier dan perkembangan developmentalnya. *Stunting* merupakan bagian dari suatu proses lingkaran setan yang dinamakan *stunting syndrome*. Selain menyebabkan *short stature*, *stunting* terkait dengan beberapa perubahan patologis yang menurunkan kapasitas fisik dan neurodevelopmental.^{12,14} Anak yang *stunting* mungkin mengalami *wasting*, begitu pula sebaliknya. Temuan ini sangat menunjukkan bahwa tubuh menyesuaikan diri dengan kenaikan berat badan yang tidak memadai dengan memperlambat pertumbuhan tinggi badan. Hal ini penting karena menggarisbawahi peran mencegah dan mengobati *wasting* dapat berperan dalam mendorong pertumbuhan tinggi badan pada anak-anak.¹⁵

Malnutrisi dipengaruhi oleh faktor tingkat individu, faktor tingkat rumah tangga, dan faktor tingkat komunitas. Faktor tingkat individu meliputi usia, jenis kelamin, berat badan lahir, menyusui, dan penyakit penyerta pada masa kanak-kanak.¹⁶ Kehamilan remaja, tingkat pendidikan ibu yang rendah, berat badan lahir rendah (BBLR), kurangnya ASI dan preferensi makanan pribadi juga merupakan faktor penentu yang mempengaruhi malnutrisi pada anak secara individual.¹⁷⁻¹⁹ An.M secara individual bukan merupakan anak yang terlahir BBLR namun tidak mendapatkan ASI eksklusif dari ibunya sehingga meningkatkan risiko terjadinya malnutrisi. An.M juga tidak mendapatkan vaksinasi dasar secara lengkap. Hal ini mendasari pentingnya edukasi kepada keluarga agar An. M mendapatkan imunisasinya sesuai jadwal di masa depan untuk mencegah morbiditas dan mortalitas. Gerakan Tutup Mulut atau lebih dikenal dengan istilah GTM yaitu kesulitan makan atau menolak makan yang sering kali dialami anak pada tahun pertama. Penyebab GTM yang lain adalah komposisi yang diberikan atau dikenalkan pada bayi tidak adekuat, tekstur yang tidak sesuai dan cara pemberian makanan yang tidak tepat. Hal ini dilakukan oleh An. M dan perlu diketahui dan ditangani oleh orang tuanya.^{20,21}

Di tingkat rumah tangga, usia, jenis kelamin, wilayah geografis, tingkat pendidikan ibu, pendapatan keluarga, ukuran rumah tangga, ketahanan pangan dan akses layanan kesehatan merupakan faktor penting yang mempengaruhi. mempunyai hubungan yang signifikan dengan malnutrisi pada anak.²² Fasilitas sanitasi dan atap diidentifikasi sebagai faktor penting yang harus diatasi guna meningkatkan status gizi anak. Status kesehatan anak dipengaruhi langsung oleh asupan makanan melalui status gizinya.²² Kekayaan masyarakat, tingkat pendidikan masyarakat, prevalensi penyakit menular (misalnya *human immunodeficiency virus* [HIV], Tuberkulosis [TB], dll), dan jarak masyarakat dari fasilitas kesehatan juga mempunyai pengaruh yang besar terhadap status gizi anak.¹⁷ Kondisi rumah An. M juga memiliki ventilasi yang buruk sehingga hal ini dapat menjadi predisposisi terjadinya transmisi infeksi yang ditularkan secara *airborne* atau *droplet*.

Ketiga faktor ini sesuai dengan pendekatan *Mandala of Health*, yang merupakan model kesehatan yang digunakan untuk menilai status Kesehatan seorang individu bukan hanya dari aspek fisik saja namun menilai faktor-faktor lain disekitar individu tersebut. *Mandala of health* memiliki simbol berbentuk lingkaran yang melambangkan alam semesta, dimana didalamnya terdapat raga, pikiran dan jiwa setiap individu. Individu merupakan fokus dari lingkaran kesehatan dan terdapat dalam sebuah keluarga. Oleh karena itu, keluarga memiliki peranan penting dalam kesehatan, sikap dan kebiasaan individu.²³

Terdapat 4 faktor yang memengaruhi kesehatan individu dan keluarga. Faktor pertama adalah biologis, yaitu faktor genetik dan predisposisi, kemampuan sistem imun dan biokimia, psikologis, dan kondisi anatomis dari seorang individu dan keluarga.²³ Faktor ini tidak dapat dinilai pada pasien untuk saat ini. Faktor kedua, kebiasaan individu, dalam hal ini yaitu perilaku individu seperti kebiasaan makan An. M dan keluarganya.²³

Variasi makanan dan pengetahuan mengenai gizi pada keluarga An. M sangat kurang sehingga tidak memenuhi kebutuhan An. M untuk mendukung tumbuh kembangnya. Faktor ini diatasi dengan edukasi ibu An. M terkait penyebab GTM dan cara menanganinya serta pemantauan berat badan An. M. Faktor ketiga adalah lingkungan psikososial, yang meliputi status sosioekonomi, tekanan dalam sekolah dan pekerjaan, sistem pendukung sosial, dan lain sebagainya.²³ Keluarga An. M tergolong masyarakat dengan status ekonomi rendah karena pendapatan yang tidak mencapai Upah Minimum

Regional (UMR). Keluarga An. M juga kurang mengerti mengenai malnutrisi dan dampaknya sehingga kebutuhan fisik dan sosial An. M tidak ditunjang. Faktor keempat yaitu lingkungan fisik, yaitu kondisi rumah, tempat kerja dan lingkungan sekitar serta nilai-nilai budaya yang ada.²³ Masyarakat di sekitar keluarga An. M juga kurang memahami malnutrisi dan dampaknya. Selain itu, meskipun fasilitas Kesehatan berjarak cukup dekat, keluarga An. M tidak rutin berobat dan memeriksakan status Kesehatan sehingga penyakit akan sering terabaikan dan tidak terdeteksi.

Penatalaksanaan yang dilakukan secara holistik telah memberikan hasil pada An. M berupa penambahan berat badan pada An. M dan peningkatan pengetahuan ibu dari An. M dan anggota keluarga lainnya terkait penyakitnya dan kebutuhan gizi serta cara memenuhi kebutuhan tersebut. Hal ini menunjukkan bahwa pendekatan kedokteran keluarga berhasil. Salah satu prinsip dari kedokteran keluarga adalah pelayanan yang kontinu atau berkesinambungan,²⁴ maka diperlukan pemantauan dan visitasi berkala pada An. M dan keluarganya untuk mempertahankan status kesehatannya.

KESIMPULAN

Telah dilakukan penegakan diagnosis dan penatalaksanaan pada An. M secara holistik, *patient centered*, *family approach* dan berdasarkan beberapa teori maupun penelitian terkini. Penatalaksanaan memberikan hasil pada An. M berupa penambahan berat badan dan peningkatan pengetahuan ibu dari An. M dan anggota keluarga lainnya terkait penyakitnya dan kebutuhan gizi serta cara memenuhi kebutuhan tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

1. Dipasquale V, Cucinotta U, Romano C. Acute Malnutrition in Children: Pathophysiology, Clinical Effects and Treatment. *Nutrients* [Internet]. 2020;12(8). Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/8/2413>
2. de Onis M, Borghi E, Arimond M, Webb P, Croft T, Saha K et al. Prevalence thresholds for wasting, overweight and stunting in children under 5 years. *Public Health Nutrition*. 2018;1-5. doi:10.1017/S1368980018002434.
3. Kementerian Desa Pembangunan Daerah tertinggal dan Transmigrasi. Buku Saku Desa Dalam Penanganan Stunting. 2017, p. 11–2. Available from: https://siha.kemkes.go.id/portal/files_upload/Buku_Saku_Stunting_Desa.pdf
4. World Health Organization (WHO). Stunting prevalence among children under 5 years of age. 2021.
5. Lobo IN, Talahatu AH, Rosina R. Faktor penentu kejadian stunting pada anak di wilayah kerja Puskesmas Alak Kota Kupang. *Media Kesehatan Masyarakat*. 2019;1(2):59-67.
6. Mulyaningsih T, Mohanty I, Widyaningsih V, Gebremedhin TA, Miranti R, Wiyono VH. Beyond personal factors: Multilevel determinants of childhood stunting in Indonesia. *PLoS ONE*. 2021;16(11): e0260265.
7. Ruswati, Leksono AW, Prameswary et al. Risiko penyebab kejadian stunting pada anak. *Jurnal Pengabdian Kesehatan Masyarakat*. 2021;1(2):34-8.
8. Idharuddin NF, Sofiyanti I, Andini R et al. Literature review : penatalaksanaan kasus stunting pada balita. UNW. 2019.
9. Idharuddin NF, Sofiyanti I, Andini R et al. Literature review : penatalaksanaan kasus stunting pada balita. UNW. 2019.
10. Kementerian Sekretariat Republik Indonesia.[Internet]. Indonesia: Tim Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stunting); 2021[cited 11 Mei 2022]. Available from: <https://stunting.go.id/tahun-2022-angka-prevalensi-stunting-harus-turun-setidaknya-3/>.
11. World Health Organization. Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide. 2010.

12. Prendergast AJ, Humphrey JH. The stunting syndrome in developing countries, Paediatrics and International Child Health. 2014; 34:4, 250-265.
13. Alamsyah D, Mexitalia M, Margawati A, Hadisaputro S, Setyawan H. Beberapa Faktor Risiko Gizi Kurang dan Gizi Buruk pada Balita 12-59 Bulan (Studi Kasus di Kota Pontianak).Epidemiologi Kesehatan Komunitas. 2017;2(1):46.
14. Arifin J. Pencegahan stunting terintegrasi melalui bantuan sosial program sembako dan pendampingan sosial program keluarga harapan : pembelajaran dari enam kabupaten prioritas. Pusat Penelitian dan Pengembangan
15. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunn *Stunting*. 2021.
16. Salleh R, Ahmad MH, Man CS, Wong NI, Sallehuddin SM, Palaniveloo L, et al. Risk Factors Associated with Underweight Children Under the Age of Five in Putrajaya, Malaysia: A Case-Control Study. *J Gizi dan Pangan*. 2023;18(2):89–98.
17. Govender I, Rangiah S, Kaswa R, Nzaumvila D. Malnutrition in children under the age of 5 years in a primary health care setting. *South African Fam Pract*. 2021;63(1).
18. Abdulzahra MF. Prevalence of malnutrition among children under five years in Babylon Government , Iraq. 2022;6(May):12885–93.
19. Ahsan KZ, Arifeen S El, Al-Mamun MA, Khan SH, Chakraborty N. Effects of individual, household and community characteristics on child nutritional status in the slums of urban Bangladesh. *Arch Public Heal* [Internet]. 2017;75(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13690-017-0176->
20. Tasnim T, Dasvarma G, Mwanri L. Housing Conditions Contribute to Underweight in Children: An Example From Rural Villages in Southeast Sulawesi, Indonesia. *J Prev Med Public Health*. 2017;50(5):328-335. doi:10.3961/jpmph.17.046
21. Chumairoh N, H IIS. Gambaran Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Feeding Rules pada Batita Gerakan Tutup Mulut (GTM). *CoMPHI J Community Med Public Heal Indones J*. 2021;2(1):148–54.
22. Abdulzahra MF, Ahmed JT, Kadhemi QI. Prevalence of malnutrition among children under five years in Babylon Government, Iraq. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2022;6(May):12885–93.
23. Hancock T. The Mandala of Health : model of the human ecosystem. *FCH*. 1985; 8(3):1-10.
24. Anggraini MT, Novitasari A, Setiawan MR. *Buku Ajar Kedokteran Keluarga*. Semarang: Universitas Muhammadiyah Semarang. 2017.