

Penatalaksanaan Pada Anak Perempuan Usia 12 Bulan Penderita Stunting dan Mikrosefali Disertai Pola Asuh Kurang Tepat Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga Di Wilayah Puskesmas Karang Anyar

Machmud Aminudin¹, Diana Mayasari²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Abstrak

Stunting adalah kondisi perawakan pendek atau sangat pendek berdasarkan panjang/tinggi badan menurut usia yang lebih kecil dari -2 Standar Deviasi (SD) pada kurva pertumbuhan World Health Organization (WHO) tahun 2006. Sedangkan mikrosefali adalah lingkaran kepala dengan ukuran kecil yaitu dibawah -2 Standar Deviasi (SD) berdasarkan rata-rata pada jenis kelamin dan usia. Pada kasus ini terdapat pasien anak perempuan berusia 12 bulan dengan berat badan: 5,7 kg (BB/U: <-3SD); tinggi badan: 60 cm (TB/U: <-3SD); lingkaran kepala: 34 cm (LK/U: <-2SD); lingkaran lengan atas: 11 cm dengan IMT: 15,8 kg/m². Stunting dan mikrosefali berkorelasi dalam menimbulkan dampak yang besar bagi pertumbuhan dan perkembangan anak. Oleh karena itu diperlukan tatalaksana holistik dengan pendekatan kedokteran keluarga meliputi patient centered, family focused dan community oriented untuk mendorong perbaikan kondisi pasien serta perilaku keluarga agar dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Tujuan penerapan pelayanan dokter keluarga secara holistic dan komprehensif dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pada pasien stunting dan mikrosefali dengan berbasis Evidence Based Medicine melalui pendekatan patient centered care dan family approach. Studi ini merupakan laporan kasus menggunakan sumber primer dan sekunder. Data primer diperoleh melalui anamnesis (alloanamnesis), pemeriksaan fisik, dan kunjungan rumah. Data sekunder diperoleh pada buku KIA posyandu. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi dilakukan secara kualitatif dan kuantitatif.

Kata Kunci: Kedokteran keluarga, mikrosefali, stunting

Management of 12 Month Old Girls Suffering from Stunting and Microcephaly Accompanied by Inappropriate Parenting Patterns Using a Family Medicine Approach in the Karang Anyar Community Health Center Area

Abstract

Stunting is a condition of short or very short stature based on body length/height according to age that is smaller than -2 Standard Deviation (SD) on the 2006 World Health Organization (WHO) growth curve. Whereas microcephaly is a small head circumference that is below -2 Standard Deviation (SD) based on the mean on gender and age. In this case there was an 11 month old female patient with body weight was: 5.7 kg (W/A: <-3SD); height: 60 cm (H/A: <-3SD); head circumference: 34 cm (HC/A: <-2SD); upper arm circumference: 11 cm with BMI: 15.8 kg/m². Stunting and microcephaly are correlated in having a big impact on children's growth and development. Therefore, holistic management is needed with a family medicine approach including patient centered, family focused and community oriented to encourage improvements in the patient's condition and family behavior in order to improve the patient's quality of life. Purpose of mplementation of holistic and comprehensive family doctor services by identifying risk factors, clinical problems, and management of stunting and microcephaly patients based on Evidence Based Medicine through a patient centered care and family approach. This study is a case report using primary and secondary sources. Primary data was obtained through anemnesis (alloanamnesis), physical examination and home visits. Secondary data was obtained from the KIA posyandu book. Assessment based on a holistic diagnosis from the beginning, process and end of the study is carried out qualitatively and quantitatively.

Key Words: Family Medicine, microcephaly, stunting

Korespondensi: Machmud Aminudin, alamat Jl. Kopi No.18, Gedong Meneng, HP 082278387470, e-mail: machmudaminudin1@gmail.com

Pendahuluan

Stunting adalah kondisi perawakan pendek atau sangat pendek berdasarkan panjang/tinggi badan menurut usia yang lebih kecil dari -2 Standar Deviasi (SD) pada kurva pertumbuhan *World Health Organization* (WHO) tahun 2006.¹ WHO melaporkan data yang terkumpul dari 143 negara pada tahun 2020 yaitu kasus stunting pada anak usia dibawah 5 tahun sebanyak 149,2 juta anak atau sebanyak 22,2% dari seluruh usia dibawah 5 tahun. Dari jumlah kasus stunting yang ditemukan tersebut asia memiliki proporsi kasus tertinggi yaitu sebesar 79 juta anak (52,9%) terutama di Asia Tenggara (54,3 juta anak), kemudian diikuti oleh benua Afrika (61,4 juta anak (41,1%), lalu Amerika Latin 5,8 juta anak (3,8%).

Angka prevalensi stunting di Indonesia berdasarkan studi status gizi Indonesia (SSGI) tahun 2022 dengan menggunakan sampel sebanyak 334.848 bayi dan balita di 38 Provinsi diketahui sebanyak 15,8% berstatus *stunting* dan sebanyak 5,7% berstatus *severely stunting*. Di Provinsi Lampung dari 10.712 bayi dan balita diketahui sebanyak 11,3% berstatus *stunting* dan sebanyak 3,6% *severely stunting*.²

Mikrosefali adalah lingkaran kepala dengan ukuran kecil yaitu dibawah -2 Standar Deviasi (SD) berdasarkan rata-rata pada jenis kelamin dan usia.³ Sampai dengan saat ini tidak diketahui secara pasti mengenai prevalensi mikrosefali. Namun menurut *The Center for Disease Control and Prevention* (CDC) dengan mengumpulkan data bayi lahir cacat diperkirakan angka kejadian mikrosefali yaitu sebesar 2-12 : 10000 kelahiran hidup di Amerika Serikat.⁴

Stunting dan mikrosefali berkorelasi dalam menimbulkan dampak yang besar bagi pertumbuhan dan perkembangan anak. Aspek tumbuh kembang anak seperti berat badan dan tinggi badan akan bertumbuh lambat atau tidak sama sekali karena tubuh kekurangan gizi yang cukup untuk memenuhi hal tersebut.⁵ Pada mikrosefali hal ini berdampak besar pada gangguan perkembangan anak. Hanya 0,1 kasus mikrosefali yang tidak menunjukkan gejala sedangkan sebanyak 15-20% menunjukkan keterlambatan perkembangan.⁶ Mikrosefali juga berkaitan erat dengan kondisi

tingkat kognitif yang rendah serta angkat morbiditas pada system saraf yang lebih tinggi.⁷ Oleh karena itu, diperlukan tatalaksana holistik dengan pendekatan kedokteran keluarga meliputi *patient centered*, *family focused* dan *community oriented* untuk mendorong perbaikan kondisi pasien serta perilaku keluarga agar dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

Tujuan penerapan pelayanan dokter keluarga secara holistic dan komprehensif dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pada pasien stunting dan mikrosefali dengan berbasis *Evidence Based Medicine* melalui pendekatan *patient centered care* dan *family approach*.

Studi ini merupakan laporan kasus menggunakan sumber primer dan sekunder. Data primer diperoleh melalui anamnesis (alloanamnesis), pemeriksaan fisik, dan kunjungan rumah. Data sekunder diperoleh pada buku KIA posyandu. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi dilakukan secara kualitatif dan kuantitatif.

Kasus

Pasien An.ZZ, 12 bulan, datang ke posyandu Tunas Mekar diantar oleh orang tua pada tanggal 22 Mei 2024 dengan keluhan berat badan, tinggi badan, serta ukuran kepala bayi lebih kecil dari teman seusianya sejak 7 bulan yang lalu. Keluhan pertama kali diketahui keluarga pasien saat melakukan pengukuran dan imunisasi di Posyandu pada usia 4 bulan. Saat pengukuran diketahui berat dan tinggi badan pasien berada dibawah garis merah serta setelah mendapatkan imunisasi pasien mengalami penurunan nafsu makan akibat demam yang dialaminya. Namun setelah demam hilang pasien masih mengalami penurunan nafsu makan sehingga hanya makan dalam jumlah sedikit saja. Sampai saat ini diketahui tidak terdapat perbedaan yang signifikan baik tinggi badan, berat badan, maupun lingkaran kepala dari pengukuran sebelumnya. Pasien juga tampak belum dapat berbicara meskipun teman-teman sebayanya telah berucap kata-kata.

Selama kehamilan pasien, ibu pasien rutin melakukan kunjungan ANC sebanyak 2x/trimester, mengkonsumsi obat tablet tambah darah serta suplemen tambahan yang didapatkan saat pemeriksaan kehamilan. Ibu pasien tidak pernah mengalami sakit demam, batuk berulang, diare, perdarahan, maupun terjatuh. Pasien lahir dengan berat badan 2800 gram, panjang badan 48 cm, usia kehamilan 40 minggu, lingkar kepala 30 cm, lahir secara pervaginam ditolong oleh seorang bidan, dan langsung menangis ketika lahir. Ibu pasien mengatakan tidak terdapat kesulitan saat melahirkan pasien serta pasien langsung mendapatkan ASI setelah persalinan atau Inisiasi Menyusui Dini (IMD) selama 1 jam. Pemberian ASI eksklusif pada pasien dilakukan hanya saat mencapai usia 4 bulan sebanyak 8x/hari kemudian pasien mulai mendapatkan makanan pendamping ASI berupa bubur beras serta roti hingga usia 7 bulan. Saat usia 7 bulan hingga saat ini diberikan ASP dan MPASI berupa bubur beras, bayam, telur, tahu, dan mie secara bergantian hingga saat ini. Pemberian makanan ASI kurang lebih sebanyak 5 kali sehari. Pasien rutin melakukan kunjungan ke posyandu serta telah mendapatkan imunisasi dasar lengkap.

Saat ini pasien mengkonsumsi ASI dengan frekuensi 3 kali pemberian serta konsumsi makanan pendamping ASI sebanyak 3 kali dengan jumlah 1 atau 2 sendok teh. Lauk yang biasa diberikan kepada pasien yaitu sayur bayam, telur, roti, bubur beras, tahu, dan mie. Ibu pasien mengatakan pasien tidak mengkonsumsi daging ayam atau sapi karena tidak memiliki biaya. Pasien juga beberapa waktu mengkonsumsi makanan seperti bakso, aci goreng, dan sejenisnya. Pasien minum air putih setiap makan sebanyak 50 mL/minum. Ibu pasien tidak mencoba memberikan makan apabila anak pasien tidak meminta makan. Pasien sering bermain di sawah maupun kandang ternak.

Hasil Pemeriksaan

Data Klinis

Anamnesis

Pemeriksaan dilakukan di Pos Yandu Tunas Mekar, Ds. Jatimulyo, Kec. Jati Agung pada tanggal 22 Mei 2024.

Keluhan Utama

Berat badan, tinggi badan, serta ukuran kepala bayi lebih kecil dari teman seusianya sejak 7 bulan yang lalu.

Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum: tampak sakit ringan; suhu: 36,8°C; tekanan darah sulit dinilai; frekuensi nadi: 125x/menit; frekuensi nafas: 24x/menit; berat badan: 5,7 kg (BB/U: <-3SD); tinggi badan: 60 cm (TB/U: <-3SD); lingkar kepala: 34 cm (LK/U: <-2SD); lingkar lengan atas: 11 cm; IMT: 15,8 kg/m².

Pada pemeriksaan status generalis didapatkan:

Kepala : Rambut hitam, lurus, tidak mudah dicabut, lesi (-)

Mata : Injeksi (-), secret (-), punctum Intak

Hidung : Sekret (-), deviasi (-), darah (-)

Telinga : secret (-)

Leher : Pembesaran KGB (-)

Thorax:

Jantung

I : Ictus cordis tidak tampak

P : Ictus cordis teraba pada SIC 5

P : Batas jantung tidak terdapat pergeseran

A : BJ I/II reguler

Paru

I : Tampak simetris

P : Fremitus taktil simetris kanan dan kiri, nyeri tekan (-), massa (-)

P : Sonor +/+

A : Rhonki (-), wheezing (-), Vesikular (+/+)

Abdomen

I : Datar

A : BU (+) 11 x/menit

P : Nyeri tekan (-)

P : Timpani

Ekstremitas

Superior : Akral hangat, edema (-/-), CRT kurang dari dua detik.

Inferior : Akral hangat, edema (-/-), CRT kurang dari dua detik.

Muskuloskeletal dan neurologis:

Gerak : aktif

Kekuatan otot : +5/+5

Tonus : -/-

Klonus : -/-

Atrofi : -/-

Refleks Patologis

Hoffmann-trommer : -/-

Babinski : -/-

Chaddock : -/-

Gordon : -/-

Gonda : -/-

Schaeffer : -/-

Oppenheim : -/-

Pemeriksaan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) untuk bayi 12 Bulan memiliki hasil perkembangan yang meragukan. Dengan menggunakan KPSP sesuai usianya didapatkan 7 jawaban iya dan 3 jawaban tidak.

Data Keluarga

Pasien merupakan anak keempat dari 4 bersaudara. Bentuk keluarga pasien adalah Keluarga inti (*Nuclear Family*) yang terdiri atas 4 laki-laki dan 2 perempuan dengan rincian anggota keluarga yaitu ayah (Tn.AM, 45 tahun); ibu (Ny.SA, 38 tahun); anak pertama (An. ZH, 11 tahun); anak kedua (An. AA, 9 tahun); anak ketiga (An.MUA, 5 tahun); dan pasien (An.ZZ, 12 bulan). Untuk data gizi pada saudara kandung pasien adalah sebagai berikut:

Tabel . Data gizi keluarga

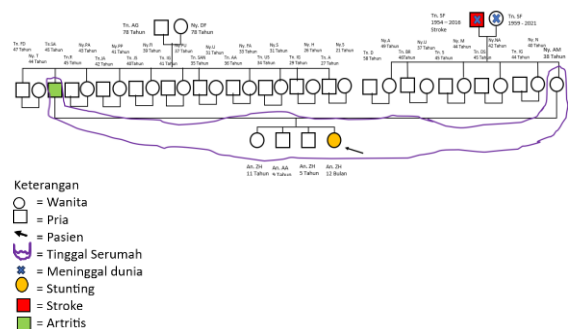
Nama	Berat Badan	Tinggi Badan	IMT (kg/m ²)
An. ZH	24 kg	132	13,77
An. AA	23 kg	134	12,80
An. MUA	15 kg	104	13,86

Ayah pasien merupakan tamatan SD sedangkan Ibu pasien merupakan tamatan SMP. Keduanya memiliki latar budaya sebagai suku Lampung. Keluarga telah memiliki Kartu Indonesia Sehat (KIS) namun tidak termasuk didalam Penerima Bantuan Iuran (PBI). Penghasilan sehari-hari keluarga didapatkan dari pekerjaan Ayah pasien yaitu sebagai buruh bangunan dengan penghasilan sebesar Rp.100.000,-/hari. Apabila sedang tidak memiliki panggilan bekerja pasien bekerja dengan membesarkan ternak milik warga sekitar berupa kambing.

Hubungan antara anggota keluarga terjalin erat. Ayah pasien berperan mendampingi anak-anaknya apabila keluar rumah seperti mengantarkan ke sekolah, pasar, dan berobat. Sedangkan Ibu pasien berperan dalam memberikan makan, memandikan, serta mengajak bermain. Kedua orang tua pasien berbincang dengan seluruh anaknya setiap malam. Ayah pasien bekerja sebagai buiruh bangunan yang dimulai pukul 07.00 WIB – 17.00 WIB sedangkan Ibu pasien bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga. Keluarga pasien rutin menjalankan sholat 5 waktu di rumah secara berjamaah.

Genogram

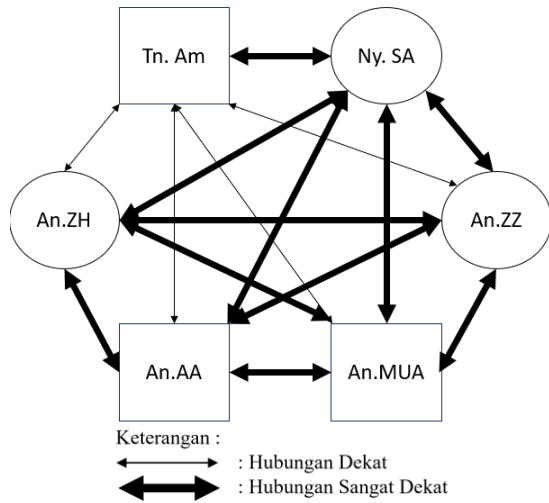
Genogram keluarga An.ZZ pada tanggal 26 Mei 2024 digambarkan sebagai berikut:



Gambar 1. Genogram Keluarga An. ZZ

Family Mapping

Hubungan antara keluarga An.ZZ digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2. Family Mapping Keluarga An.ZZ

Family APGAR Score

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

Tabel 1. APGAR Score Keluarga An.ZZ

APGAR	Skor
A	2
P	2
G	2
A	2
R	1
Total	9

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

Family Lifecycle

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



Gambar 3. Family Cycle Keluarga An.ZZ

Family SCREAM

Fungsi patologi pada keluarga dinilai pada tabel dibawah ini menggunakan metode SCREAM score dengan hasil 23. Maka dapat disimpulkan fungsi keluarga An.ZZ baik.

Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal di pemukiman non perumahan dengan rumah berukuran 60m² berlantai 1. Jarak antara rumah pasien dengan rumah lainnya kurang lebih 6 meter. Jumlah anggota keluarga yang tinggal dirumah sebanyak 6 orang dengan rincian ayah kandung, ibu kandung, serta ketiga kakak pasien. Rumah pasien terdiri atas ruang tamu 1 ruang, kamar 2 ruang, ruang keluarga 1 ruang, kamar mandi 1 ruang, dan dapur 1 ruang. Terdapat 1 buah kandang yang berukuran 2x3m tepat disebelah kiri rumah. Struktur bangunan rumah berupa atap rumah menggunakan genteng tanah liat, rangka bambu tanpa tertutupi plafon, lantai seluruhnya menggunakan pasir halus, dan dinding rumah menggunakan batu bata yang tidak sepenuhnya tertutupi semen namun pada ruang dapur dan kamar mandi menggunakan kayu. Terdapat 5 buah jendela

Tabel 2. Family SCREEM Keluarga An.ZZ

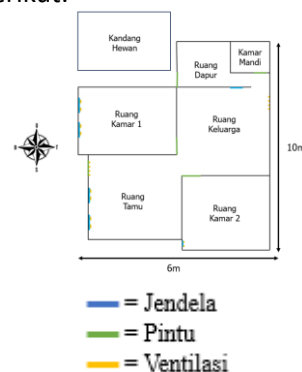
	Ketika Seseorang di dalam anggota keluarga ada yang sakit	SS	S	TS	STS
S1	Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami		v		
S2	Teman-teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami		v		
C1	Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami		v		
C2	Budaya menolong, peduli, dan perhatian dalam komunitas kami sangat membantu keluarga kami		v		
R1	Iman dan agama yang kami anut sangat membantu dalam keluarga kami	v			
R2	Tokoh agama atau kelompok agama membantu keluarga kami		v		
E1	Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami		v		
E2	Penghasilan keluarga kami mencukupi kebutuhan kami		v		
E'1	Pengetahuan dan Pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi tentang penyakit			v	
E'2	Pengetahuan dan Pendidikan kami cukup bagi kami untuk merawat penyakit anggota keluarga kami			v	
M1	Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami		v		
M2	Dokter, perawat, dan/atau petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami		v		
Total			23		

dengan rincian 2 pada kamar pertama 2 pada ruang tamu, dan 1 pada ruang tengah. Seluruh ruangan memiliki ventilasi berupa lubang persegi dan beberapa tertutupi jaring nyamuk.

Sumber air untuk mandi dan mencuci berasal dari sumur galian tidak berbau maupun berwarna serta untuk air minum menggunakan air gallon. Listrik rumah memiliki daya 450 vA yang digunakan untuk lampu neon dan mesin cuci. Limbah air dibuang ke arah parit persawahan serta kloset jongkok sudah menggunakan septictank. Barang-barang di rumah pasien tertatap kurang rapi.

Denah Rumah

Denah rumah keluarga An.ZZ digambarkan sebagai berikut:



Gambar 4. Denah Rumah Keluarga An.ZZ

Diagnostik Holistik Awal

Aspek 1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: Ibu pasien mengeluhkan anaknya yang belum memiliki tinggi badan, berat badan, serta lingkaran kepala yang lebih kecil.
- Persepsi: Pasien mengetahui informasi mengenai penyakit yang diderita pasien namun tidak mengetahui faktor resiko, dampak, serta tatalaksana pada penyakit tersebut.
- Kekhawatiran: Ibu pasien khawatir kondisi pasien yang tidak dapat tumbuh dan berkembang hingga pasien dewasa sehingga dapat menimbulkan kecacatan.
- Harapan: Ibu pasien berharap pasien dapat tumbuh dan berkembang sesuai dengan usianya.

Aspek 2. Diagnosis Klinis Awal

- Sangat Pendek (*Severely Stunted*) menurut indikator TB/U (ICD10-R62.52)

- Berat Badan Sangat Kurang (*severely underweight*) menurut indikator BB/U (ICD10- R.63.6)
- *Microcephaly* (ICD10-Q02)
- Perkembangan meragukan sesuai dengan usia (R62.0).

Aspek 3. Aspek Risiko Internal

- Pasien memiliki nafsu makan yang rendah.
- Pasien mengkonsumsi makanan tidak sesuai kebutuhan serta anjuran gizi seimbang.

Aspek 4. Aspek Risiko Eksternal

- Keluarga pasien mengetahui tentang keadaan pasien yang mengalami stunting namun tidak mengetahui dampak serta cara mengatasi stunting.
- Keluarga pasien tidak menerapkan pola hidup bersih dan sehat. Keluarga pasien sering membiarkan pasien bermain di tempat kotor serta mengkonsumsi makanan secara sembarangan.
- Pola asuh pada keluarga pasien kurang tepat karena hanya memberikan makanan ketika pasien ini lapar saja
- Keluarga pasien belum melakukan stimulasi bicara secara rutin untuk perkembangan pasien

Aspek 5. Skala Fungsional

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

dampak kecacatan yang ditimbulkan pasien dapat dikejar mendekati status sesuai usianya sebelum usia ≥ 2 tahun dengan gizi seimbang dan stimulasi perkembangan usia 12 bulan dan 15 bulan.

Kurangnya pengetahuan anggota keluarga mengenai stunting dan mikrosefali Pasien dapat memahami dan lebih peduli terhadap penyakit yang diderita, ditandai dengan perbaikan skor antara pre-test dan post-test

Perilaku hidup bersih dan sehat yang belum baik Anggota keluarga mampu memahami serta menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat seperti cuci tangan diwaktu penting, menggunakan alas kaki saat diluar, mandi dua kali sehari, merapikan alat-alat di dalam rumah, tidak merokok, berolahraga secara rutin 150 menit/minggu.

Pola asuh keluarga dalam memberikan makanan serta stimulus perkembangan belum baik Anggota keluarga senantiasanya dapat memenuhi kebutuhan gizi untuk pertumbuhan pasien seperti memberikan ASI sesuai dengan kebutuhan gizi pasien dan merangsang pemberian makanan setiap waktu meskipun pasien tidak memiliki keinginan untuk makan. Stimulus perkembangan bertujuan agar pasien memiliki kemampuan kognitif dan afektif sesuai dengan usianya.

Diagnostik Holistik	Target Terapi
Stunting dan Mikrosefali	Memberikan makanan yang memiliki nilai gizi sesuai berdasarkan kebutuhan energi untuk pertumbuhan pasien.
Perkembangan pasien meragukan sesuai dengan usianya	Memberikan stimulasi mengenai perkembangan yang saat ini belum tercapai berdasarkan tabel KPSP usia 12 bulan
Kekhawatiran Ibu pasien mengenai	Pasien dapat memahami bahwa pertumbuhan serta perkembangan

Rencana Intervensi

Rencana intervensi yang diberikan berupa intervensi secara non medikamentosa berupa edukasi kepada anggota keluarga pasien mengenai penyebab, faktor resiko, dan tatalaksana stunting maupun mikrosefali, perilaku hidup bersih dan sehat, serta edukasi mengenai cara mengukur berat badan, tinggi badan, dan lingkaran kepala secara berkala. Pada

pasien akan dilakukan kunjungan sebanyak tiga kali dengan rincian pada kunjungan pertama untuk melakukan anamnesis dan melengkapi data pasien, kunjungan kedua untuk intervensi yang berupa *focus group discussion* pada seluruh keluarga pasien, serta kunjungan ketiga untuk mengevaluasi intervensi.

Patient Centered Care

Non Medikamentosa

- Memberikan makanan yang memiliki nilai gizi seimbang berdasarkan kebutuhan energi pasien sesuai usianya.
- Stimulus perkembangan pasien dengan kriteria tabel KPSP usia 12 bulan.

Medikamentosa

1. Zink 20mg 1x1 selama 10 hari
2. Vitamin B Kompleks tab 1x1

Family Focus

- Edukasi mengenai stunting dan mikrosefali
 - 1) Etiologi
 - 2) Faktor resiko
 - 3) Dampak
 - 4) Tatalaksana
- Edukasi bahwa pertumbuhan pasien dapat mendekati dengan pertumbuhan usianya apabila memenuhi kebutuhan gizi seimbang (Buku KIA).
- Edukasi mengenai etiologi, faktor resiko, dampak, serta cara pencegahan komplikasi mikrosefali pada proses perkembangan anak melalui stimulasi perkembangan anak sesuai usia (KPSP 12 bulan dan 15 bulan).
- Diskusi mengenai pola hidup bersih dan sehat pada seluruh anggota keluarga seperti cuci tangan diwaktu penting, menggunakan alas kaki saat diluar, mandi dua kali sehari, merapikan alat-alat di dalam rumah, tidak merokok, berolahraga secara rutin 150 menit/minggu (Poster PHBS).
- Memberikan contoh mengenai cara stimulasi untuk anak usia 12 bulan khususnya pada poin yang belum tercapai.

Community Oriented

Edukasi kepada Ibu hamil dan keluarga dengan anak usia <5 tahun pada kunjungan Posyandu

mengenai pentingnya mengukur status gizi secara rutin, mendapatkan imunisasi dasar, stunting, serta mikrosefali

Diagnostik Holistik Akhir

Aspek 1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: Ibu pasien telah menjalankan anjuran intervensi yang diberikan dan pasien memberikan respon yang baik dengan menghasilkan peningkatan frekuensi makan, perilaku higienis, serta rajin untuk mencoba berbicara.
- Persepsi: Keluarga pasien mengetahui dampak serta faktor resiko mengenai stunting dan mikrosefali sehingga telah menjalankan tatalaksana sederhana berupa pemilihan gizi seimbang, PHBS, dan stimulasi perkembangan.
- Kekhawatiran: Ibu pasien perlahan tidak khawatir mengenai kondisi anaknya serta seluruh keluarga mendukung penuh pertumbuhan dan perkembangan pasien dengan memilah jenis makanan dan menstimulasi perkembangannya
- Harapan: Ibu pasien berharap pasien dapat tumbuh dan berkembang sesuai dengan usianya.

Aspek 2. Diagnosis Klinis Awal

- Sangat Pendek (*Severely Stunted*) menurut indikator TB/U (ICD10-R62.52)
- Berat Badan Sangat Kurang (*Severely underweight*) menurut indikator BB/U (ICD10- R.63.6)
- *Microcephaly* (ICD10-Q02)

Aspek 3. Aspek Risiko Internal

- Pasien mulai mengalami peningkatan nafsu makan yang ditandai dengan peningkatan frekuensi makan.
- Pilihan makanan yang dikonsumsi pasien secara perlahan meningkat dan memenuhi gizi seimbang.

Aspek 4. Aspek Risiko Eksternal

- Keluarga pasien mengetahui secara lengkap mengenai penyakit pasien saat ini dan mendukung pasien dengan

memilah jenis makanan yang akan dikonsumsi serta menstimulasi perkembangan menggunakan tabel KPSP 12 bulan dan 15 bulan.

- Keluarga pasien mulai menerapkan PHBS dengan baik seperti mencuci tangan setiap waktu penting, mengurangi rokok, merapikan beberapa peralatan rumah, melakukan aktivitas fisik 30 menit/hari.
- Keluarga pasien secara rutin menstimulasi pasien untuk makan dan memberikan makanan selingan meskipun pasien tidak meminta.
- Keluarga secara rutin dan bergantian menstimulasi bicara pasien berupa kata-kata “pa-pa, ma-ma, dan ka-kak” serta beberapa kata lainnya

Aspek 5. Skala Fungsional

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

Pembahasan

Studi kasus dilakukan pada An.ZZ berusia 12 bulan dengan stunting dan mikrosefali disertai pola asuh kurang tepat yang dikaji secara menyeluruh berupa biologis, psikologis, dan sosial. Pentingnya pendekatan dokter keluarga pada pasien ini karena kondisi stunting dan mikrosefali dipengaruhi oleh beberapa faktor serta komplikasi yang berpotensi terjadi bersifat *irreversible* sehingga perlu dilakukan penatalaksanaan serta pencegahan sedini mungkin. Selain itu, pembinaan tidak hanya dilakukan pada pasien melainkan juga melibatkan seluruh anggota keluarga. Hal tersebut disebabkan karena penatalaksanaan penyakit pasien tidak hanya dipengaruhi oleh Ibu selaku orang yang paling sering mengasuh pasien dan membutuhkan waktu yang lama untuk mendapatkan hasil yang signifikan, sehingga dukungan dan pengetahuan keluarga dapat berkontribusi agar pasien dapat tumbuh dan berkembang sesuai atau mendekati usianya serta komplikasi berpotensi terjadi dapat dicegah.

Pembinaan kedokteran keluarga pada pasien serta keluarga dilakukan dalam beberapa pertemuan. Pertemuan pertama

dilakukan pada tanggal 22 Mei 2024 di Pos Yandu Tunas Mekar, Ds. Jatimulyo, Kec. Jati Agung. Kegiatan yang dilakukan yaitu perkenalan kepada pasien dan Ibu pasien, kemudian jelaskan mengenai maksud serta tujuan pertemuan, anamnesis, pemeriksaan fisik, dan menentukan diagnosis klinis.

Berdasarkan anamnesis, ibu pasien mengeluhkan berat badan, tinggi badan, serta ukuran kepala bayi lebih kecil dari teman seusianya sejak 7 bulan yang lalu. Keluhan pertama kali diketahui keluarga pasien saat melakukan pengukuran dan imunisasi di Posyandu pada usia 4 bulan. Saat pengukuran diketahui berat dan tinggi badan pasien berada dibawah garis merah. Hal ini sesuai dengan pernyataan stunting yaitu kondisi perawakan pendek berdasarkan tinggi badan menurut usia <2 Standar Deviasi. Ciri yang paling umum dikeluarkan pada anak dengan stunting adalah tinggi badan yang lebih pendek dibandingkan dengan usianya.

Berdasarkan pemeriksaan fisik didapatkan berat badan: 5,7 kg (BB/U: <-3SD); tinggi badan: 60 cm (TB/U: <-3SD); lingkaran kepala: 34 cm (LK/U: <-2SD). Pasien juga dilakukan pemeriksaan skrining perkembangan menggunakan tabel ta Dapat disimpulkan bahwa pasien An. ZZ terdiagnosis sangat pendek (*severely stunted*) menurut TB/U, berat badan sangat kurang (*severely underweight*) menurut BB/U, mikrosefali menurut LK/U, dan perkembangan meragukan sesuai usianya.

Seorang balita akan ditegakkan mengalami berat badan sangat kurang jika dilakukan pengukuran dengan indikator BB/U sebesar <-3.0 SD. Berdasarkan hasil pengukuran pada An.ZZ diketahui hasil z-score <-3.0 sd sehingga dapat disimpulkan pasien mengalami status gizi berupa berat badan sangat kurang menurut indikator BB/U.⁸ Penggunaan indikator BB/U memberikan informasi masalah gizi secara umum karena berat badan berkorelasi positif terhadap penambahan usia.⁹

Status gizi yang kurang merupakan gambaran terdapat kelainan pada proses fisiologis tubuh yang disebabkan kurangnya makronutrisi untuk tubuh seperti protein, lemak, karbohidrat, ataupun mikronutrisi seperti vitamin dan mineral.¹⁰ Kondisi ini dapat

dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti ketersediaan pangan, asupan gizi, kemiskinan, sosial budaya, gaya hidup, pendidikan, dan sosial budaya.¹¹ Dampak negatif yang dapat ditimbulkan akibat kondisi ini berupa keterlambatan dalam pertumbuhan fisik maupun mental yang mengganggu kognitif anak. Dampak lainnya dapat berupa penurunan imunitas, rentan terkena penyakit, timbul kecacatan, serta timbulnya angka kesakitan dan percepatan kematian.¹²

Pada status gizi An.ZZ menggunakan indikator TB/U menunjukkan hasil z-score < -3.0SD sehingga dapat disimpulkan pasien mengalami kondisi stunting.⁸ Penggunaan indikator status gizi TB/U menginformasikan bahwa terdapat masalah gizi yang sifatnya kronis akibat dari keadaan defisiensi nutrisi yang berlangsung lama. TB/U yang rendah dapat disebabkan oleh beberapa faktor seperti rendahnya akses makanan bergizi, kurangnya pengetahuan ibu, penyakit infeksi kronis, akses sanitasi dan air bersih yang sulit, dan ketersediaan pelayanan kesehatan yang minimal.¹³

Sedangkan mengenai ukuran kepala pasien berdasarkan grafik *nellhauss* dengan indikator LK/U menunjukkan hasil z-score < -2.0 SD sehingga dapat disimpulkan pasien memiliki kondisi mikrosefali. Kondisi pada pasien merupakan suatu kondisi *post-natal microcephaly* karena pada saat lahir pasien memiliki ukuran lingkaran kepala sebesar 34 cm namun tidak bertumbuh sesuai usianya hingga saat ini. Hal tersebut dapat disebabkan oleh beberapa hal seperti Kelainan genetik, sindrom, gangguan metabolisme, teratogen, infeksi, cedera prenatal, perinatal, dan postnatal.³

Pada pemeriksaan perkembangan menggunakan tabel Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) usia 12 bulan diketahui pasien mendapat skor 7 yang berarti perkembangan pasien meragukan.¹⁴ Penyakit yang diderita pasien sehingga berpotensi menghambat perkembangannya adalah mikrosefali. Hal ini dikarenakan kondisi mikrosefali yang membatasi ruang otak untuk tumbuh sehingga menimbulkan gangguan perkembangan atau kognitif.³

Salah satu faktor resiko yang dimiliki pasien sehingga mengganggu pertumbuhannya berdasarkan *alloanamnesis* adalah pola asuh pasien yang kurang tepat pada pemenuhan kebutuhan gizi serta stimulasi makanan. Pasien hanya mengkonsumsi ASI eksklusif sampai usia 4 bulan kemudian mendapatkan MPASI berupa bubur beras dan roti saja hingga usia 7 bulan. Saat usia 7 bulan hingga saat ini diberikan ASI dan MPASI berupa bubur beras dengan lauk bayam, telur, tahu, atau mie secara bergantian hingga saat ini dengan frekuensi 5 kali sehari. Namun saat ini pemberian MPASI hanya berlangsung 3 kali sehari saja dengan jumlah 1 atau 2 sendok saat makan. Ibu pasien tidak mencoba memberikan makan apabila anak pasien tidak meminta makan.

Secara ideal pemberian ASI Eksklusif dilakukan hingga usia 6 bulan dan pada usia 6 bulan bayi mulai diperkenalkan dengan MPASI untuk memastikan pemenuhan kebutuhan gizinya selama masa pertumbuhan. WHO/UNICEF menetapkan bahwa bayi usia 6-23 bulan harus mendapatkan MPASI yang memadai, terdiri dari minimal 4 dari 7 jenis makanan seperti sereal/umbi-umbian, kacang-kacangan, produk olahan susu, telur, sumber protein lainnya, sayur dan buah kaya vitamin A, serta sayur dan buah lainnya. Ketentuan ini diatur dalam *Minimum Dietary Diversity (MDD)*. Selain itu, berdasarkan *Minimum Meal Frequency (MMF)*, bayi usia 6-23 bulan harus diberikan MPASI dengan frekuensi sebagai berikut: a. Untuk bayi yang diberi ASI: 1) Umur 6-8 bulan: 2x/hari atau lebih; 2) Umur 9-23 bulan: 3x/hari atau lebih. b. Untuk bayi 6-23 bulan yang tidak diberi ASI: 4 x/hari atau lebih.¹⁵

Pada pasien ini diberikan tatalaksana farmakologi berupa zink 20mg 1x1 dan vitamin B kompleks 1x1. Pemberian zink dilakukan karena selain untuk memenuhi kebutuhan zat gizi mikro yaitu karena mampu memberikan manfaat berupa mempercepat pertumbuhan, membantu perkembangan tulang, meningkatkan sistem imun, serta menstimulasi nafsu makan.¹⁶ Sedangkan suplementasi vitamin B kompleks bermanfaat dalam meningkatkan metabolisme untuk pertumbuhan.¹⁷

Pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan melakukan intervensi pada pasien beserta keluarganya sebanyak tiga kali kunjungan yaitu identifikasi masalah awal pada kunjungan pertama, intervensi permasalahan pada kunjungan kedua dan evaluasi intervensi pada kunjungan ketiga.

Kunjungan ke rumah pasien pertama kali dilakukan pada tanggal 25 Mei 2024 untuk mengidentifikasi serta menganalisis mengenai permasalahan yang dialami pasien seperti aspek personal, aspek klinis, risiko internal dan eksternal serta derajat fungsional. Kunjungan rumah pertama kali juga dilakukan dengan tujuan untuk pendekatan dan perkenalan dengan pasien dan keluarganya, kemudian melakukan anamnesis mengenai keluarga, riwayat penyakit yang pernah diderita, sumber daya keluarga, aktivitas sehari-hari pasien dan keluarga, keadaan rumah pasien, lingkungan sekitar rumah, serta mengidentifikasi faktor risiko yang mempengaruhi stunting dan mikrosefali pasien.

Dari hasil kunjungan tersebut, didapatkan bahwa kondisi keluarga pasien berfungsi dengan baik, pasien tinggal bersama orang tua kandung dan 2 orang kakak kandung, hubungan keluarga terjalin dengan baik serta rutin berkomunikasi saat malam hari. Namun pada status gizi saudara kandung pasien yaitu An.ZH dengan IMT 13,77 An.AA dengan IMT 12,8 berstatus gizi kurang ($-3SD < z < -2SD$). Sedangkan pada An.MUA dengan IMT 13,8 berstatus gizi baik. Hal ini menunjukkan terdapat kesalahan dalam pola asuh keluarga mengenai pemenuhan gizi seimbang yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti kemampuan ekonomi rendah, pengetahuan orang tua mengenai status gizi rendah, serta pemenuhan gizi anak yang salah.⁸

Lingkungan psikososial, hubungan, komunikasi dan manajemen keluarga berjalan dengan baik, hubungan pasien dan keluarga dengan masyarakat, aktivitas sosial dan keagamaan juga cukup baik. Namun kurangnya pengetahuan keluarga akan penyakit yang pasien alami yaitu stunting dan mikrosefali membuat kurangnya perhatian terhadap hal-hal apa saja yang perlu dilakukan serta mencegah dampak negatif yang dapat

ditimbulkan akibat kondisi tersebut seperti pemenuhan gizi seimbang, stimulasi konsumsi makan sehari-hari memperbaiki kebutuhan gizi pasien, melakukan pola hidup bersih dan serta pemberian stimulus perkembangan kepada pasien.

Lingkungan rumah pasien dinilai masih belum baik karena secara keseluruhan kondisi rumah pasien cukup berantakan dan kurang bersih. Pada saat pengamatan keadaan rumah tampak dinding tidak sepenuhnya tertutup semen dan bersifat mudah lepas serta terhirup keluarga, Jendela dan ventilasi rumah secara keseluruhan memiliki ukuran $<10\%$ dari luas rumah, banyak pakaian yang kotor bergantung di dinding rumah, serta perabotan rumah tangga yang tidak tertata dengan baik. Rumah juga berhimpitan dengan kandang ternak sehingga bau kandang dapat sedikit tercium hingga ke bagian dapur rumah. Untuk pengelolaan makanan pasien sudah baik karena menggunakan kompor berbahan gas LPG seluruhnya. Sumber air untuk mandi berasal dari sumur bor yang tidak berbau maupun berwarna serta air minum berasal dari air galon. Rumah telah dialiri arus listrik 450 vA dengan pencahayaan neon.

Rumah juga belum memenuhi seluruh syarat jamban sehat karena bahan kamar mandi terbuat dari kayu yang dapat sedikit terlihat dari luar meskipun telah menggunakan kloset jongkok dan pembuangan ke septictank. Halaman rumah pasien tampak berjarak dari jalan raya namun terdapat kotoran sapi di beberapa titik sehingga berdasarkan beberapa hal tersebut rumah pasien tidak tergolong dalam rumah sehat.¹⁵

Pasien juga memiliki *personal hygiene* yang kurang baik yaitu sering bermain di sawah dan kandang ternak namun tidak diikuti mencuci tangan setelah kondisi bermain. Pada saat bermain pasien sering tidak menggunakan alas kaki serta pakaian yang digunakan pasien bermain dapat dijadikan pakaian tidur apabila tidak terkena kotoran sebelumnya. Terkadang pasien juga terpapar asap rokok dari ayah pasien. Hal tersebut mengindikasikan tidak terpenuhinya perilaku hidup bersih dan sehat pada pasien.¹⁸

Keluarga pasien mengaku mengetahui mengenai kondisi penyakit yang diderita pasien yaitu stunting dan mikrosefali namun tidak mengetahui mengenai. Pada sistem pelayanan kesehatan, pasien tidak terdaftar sebagai peserta BPJS kesehatan. Jarak rumah ke fasilitas kesehatan terdekat sejauh 2,2 kilometer. Pasien rutin melakukan kunjungan ke Posyandu namun belum pernah melakukan pengobatan ke puskesmas.

Pekerjaan dan sosio-ekonomi keluarga tergolong cukup rendah. Penghasilan keluarga hanya berasal dari suami yang bekerja sebagai buruh bangunan dan perawat ternak warga dengan upah sebesar Rp.15.000,- sampai Rp.100.000,- per hari. Pemenuhan kebutuhan primer keluarga senantiasa tercukupi setiap bulannya namun untuk kebutuhan sekunder dan tersier keluarga selalu tidak terpenuhi.

Kunjungan kedua ke rumah pasien dilakukan pada tanggal 8 Juni 2024. Pada kunjungan ini bertujuan untuk melakukan intervensi berupa edukasi mengenai stunting, mikrosefali, PHBS, dan stimulasi perkembangan. Sebelum intervensi dilakukan, kedua orang tua pasien diberikan intervensi berupa *pretest* sebanyak 10 soal mengenai stunting dan mikrosefali untuk mengetahui pengetahuan awal pasien dan keluarga mengenai penyakit tersebut. Soal tersebut meliputi definisi, faktor resiko, gejala, dampak, serta penatalaksanaan stunting dan mikrosefali. Ayah pasien dapat mengerjakan *pretest* dengan 5 soal benar dan ibu pasien dapat mengerjakan *pretest* dengan 6 soal benar. Hal ini menunjukkan pengetahuan keluarga mengenai penyakit pasien masih kurang. Pengetahuan yang rendah ini berkorelasi positif terhadap perkembangan kejadian stunting.¹⁹ Kemudian keluarga diberikan penjelasan mengenai definisi, faktor resiko, penyebab, ciri-ciri, dampak, dan tatalaksana pada stunting. Selain itu juga diberikan informasi mengenai perilaku hidup bersih dan sehat dan stimulasi perkembangan pada pasien.

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita yang disebabkan oleh kekurangan gizi kronis sehingga anak menjadi terlalu pendek untuk usianya. Faktor resiko terjadinya stunting yaitu infeksi, asupan gizi

tidak seimbang, higienitas diri yang tidak baik. Ciri-ciri anak yang mengalami stunting adalah diantaranya tanda pubertas yang terlambat, jarang melakukan *contact eye*, pertumbuhan terhambat, wajah tampak lebih muda, pertumbuhan gigi terlambat, serta performa buruk pada perhatian dan memori belajar. Dampak yang dapat ditimbulkan berupa jangka pendek seperti terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme. Sedangkan pada jangka panjang berupa gangguan kognitif dan peningkatan morbiditas maupun mortalitas.²⁰

Mikrosefali adalah lingkaran kepala yang lebih dari dua standar deviasi di bawah rata-rata jenis kelamin dan usia. Faktor resiko pada mikrosefali yaitu Kelainan genetik, sindrom, gangguan metabolisme, teratogen, infeksi, cedera prenatal, perinatal, dan postnatal dapat menyebabkan mikrosefali kongenital dan pascanatal. Mikrosefali merupakan kondisi seumur hidup yang belum diketahui obatnya sampai saat ini. Gejala mikrosefali yaitu wajah dismorfik serta ukuran kepala lebih kecil dari ukuran seusianya. Penatalaksanaan pada mikrosefali yang sebanding dengan tinggi dan berat badan dan anak yang tidak memiliki tanda atau gejala neurologis atau riwayat penyakit neurologis dalam keluarga berupa observasi salah satunya observasi perkembangan.³

Pada keluarga pasien juga dilakukan diskusi mengenai kebutuhan nutrisi pada pasien. Berdasarkan PMK nomer 28 tahun 2019, kebutuhan nutrisi pada bayi usia 1 tahun yang disesuaikan dengan berat badan pasien yaitu karbohidrat 136,15 gr, protein 12,6 gr, lemak 28,4 gr, dan energi 854,9 Kkal.²¹ Untuk memenuhi hal tersebut, penulis memberikan intervensi gizi yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Pendampingan keluarga dalam pemberian nutrisi mampu memberikan pengetahuan mengenai cara pemberian serta kebutuhan pasien. Hal ini berkorelasi positif agar kecukupan nutrisi pasien terpenuhi sehingga mampu mendorong pertumbuhan yang baik sesuai dengan usianya.²²

Pada perkembangan pasien yang meragukan, intervensi yang dilakukan yaitu memberikan stimulasi perkembangan kepada

anak sesuai dengan tabel KPSP 12 bulan. Pada seluruh anggota keluarga juga dilakukan pemberian petunjuk dan simulasi pemberian stimulus agar dapat merangsang perkembangan anak setiap waktu secara terus-menerus. Stimulasi perkembangan anak secara progresif disertai pengawasan tenaga kesehatan melalui kunjungan rumah menunjukkan manfaat yang konsisten terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak.²²

Kunjungan ketiga dilakukan pada tanggal 07 Juli 2024. Pada kunjungan ini dilakukan evaluasi mengenai hasil intervensi yang sudah dilakukan kepada pasien maupun keluarga yaitu *food recall* mengenai kondisi makanan yang dikonsumsi pasien saat ini, kondisi perkembangan pasien, evaluasi pengetahuan mengenai stunting dan mikrosefali anggota keluarga, penerapan perilaku hidup bersih dan sehat, serta penerapan pola asuh keluarga dalam memberikan makanan serta stimulus perkembangan.

Pola makan pasien yang dinilai menggunakan *food recall* sudah sesuai dengan kebutuhan gizi pasien. Keluarga pasien mencatat menu makanan yang dikonsumsi dan asupan gizi pasien sudah memenuhi kebutuhan gizi seimbang sesuai usia dan berat badan pasien berdasarkan PMK nomer 28 tahun 2019. Pengetahuan keluarga mengenai stunting dan mikrosefali mengalami peningkatan yang ditandai dengan kenaikan nilai pre-posttest yaitu pada ayah pasien dari 40 menjadi 90, sedangkan pada ibu pasien dari 60 menjadi 100. Keluarga pasien melakukan stimulasi pemberian makanan dan perkembangan setiap waktu. Pengetahuan yang baik pada orang tua akan meningkatkan kepatuhan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi seimbang bagi pasien. Pengetahuan akan memudahkan seseorang untuk menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari. Makin tinggi pengetahuan dan pengalaman orang makin bervariasi dalam menyediakan makanan bagi balitanya sehingga kualitas dan kuantitas makanan yang disajikan oleh ibu mempunyai nilai gizi yang tinggi²³.

Berdasarkan evaluasi perkembangan menggunakan KPSP usia 12 bulan pasien mendapatkan nilai sebesar 9 yang menginterpretasikan perkembangan pasien sesuai dengan usianya. Pasien tampak semakin sering berbicara dan berinteraksi dengan seluruh anggota keluarga yang ditandai dengan peningkatan frekuensi bicara, mulai mengucapkan kata “papa-mama” dan *eye contact* terjaga selama berbicara. Stimulasi yang tepat dari orang tua merangsang otak anak sehingga perkembangan akan berjalan optimal sesuai dengan usianya. Interaksi positif orang tua dengan anak akan membangun sebuah persepsi, membimbing, dan mengendalikan berbagai perilaku negatif yang muncul pada anak serta dapat meningkatkan kemampuan dan keterampilan yang ada pada diri anak.²⁴ Bentuk stimulasi yang dapat dilakukan pada anak usia dini seperti kegiatan bermain yang akan memperkaya pengalaman tentang berbagai hal seperti berfikir tentang diri sendiri, tanggapan pertanyaan, memberi argumentasi, serta solusi pemecahan masalah sederhana.²⁵

Perilaku hidup bersih dan sehat yang sudah dijalani pasien saat ini seperti mencuci tangan setiap waktu penting, mengurangi paparan rokok, merapikan beberapa peralatan rumah, melakukan aktivitas fisik 30 menit/hari. Perilaku hidup bersih dan sehat mampu mencegah anak terhindar dari penyakit infeksi seperti *soil transmitted helminths* (STH) berupa cacing nematoda yang mengakibatkan gangguan sistem pencernaan. Infeksi cacing ini beresiko menyebabkan malnutrisi karena penyerapan nutrisi tidak berjalan optimal.²⁶

Pada evaluasi perubahan perilaku, terdapat beberapa tahapan yang harus dilalui sebelum seseorang sepenuhnya mengadopsi perilaku baru. Tahap pertama adalah kesadaran (*awareness*), di mana individu mulai menerima informasi mengenai suatu perilaku. Selanjutnya, pada tahap ketertarikan (*interest*), individu tersebut mulai menunjukkan minat terhadap informasi yang diterimanya. Kemudian, ia akan masuk ke tahap evaluasi (*evaluation*), di mana ia mempertimbangkan manfaat dan konsekuensi dari perilaku tersebut. Setelah proses evaluasi, individu akan mencoba untuk mempraktikkan perilaku baru

tersebut dalam tahap uji coba (*trial*). Tahap terakhir adalah adopsi (*adoption*), di mana individu sepenuhnya mengintegrasikan perilaku baru tersebut ke dalam kesehariannya sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang telah terbentuk.²⁷ Pada saat ini Pasien beserta keluarga berada dalam tahap uji coba menuju adopsi, yaitu sedang mencoba menerapkan anjuran yang diberikan.

Penatalaksanaan lanjutan yang dapat dilakukan kepada pasien khususnya edukasi kepada orang tua pasien adalah dengan menyarankan untuk melakukan pengobatan kepada spesialis anak di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKTRL) agar mendapatkan tatalaksana mencakup 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 3-5 hari dalam seminggu.¹

Simpulan

1. Keluhan pada pasien disebabkan oleh pola asuh orang tua yang tidak tepat.
2. Faktor eksternal yang mempengaruhi kondisi pasien yaitu pengetahuan keluarga yang kurang mengenai stunting dan mikrosefali serta pola asuh yang kurang tepat berupa pemenuhan gizi tidak seimbang, stimulasi pemberian makan yang kurang baik, tidak menjalankan perilaku hidup bersih dan sehat, serta stimulus perkembangan yang minimal.
3. Pada pasien dilakukan kunjungan rumah sebanyak 3 kali. Kunjungan pertama untuk melengkapi anamnesis pasien serta mengidentifikasi data maupun fungsi keluarga serta lingkungan pasien. Kunjungan kedua untuk melakukan intervensi dan kunjungan ketiga untuk mengevaluasi intervensi yang telah dilakukan.
4. Perubahan pengetahuan dan perilaku pasien serta keluarga pasien terlihat setelah dilakukan intervensi secara *patient centered care* dan *family focused*.

5. Pada pasien dilakukan intervensi berupa pemberian gizi sesuai pedoman gizi seimbang serta stimulasi KPSP usia 12 bulan sedangkan pada keluarga edukasi berupa stunting dan mikrosefali, perilaku hidup bersih dan sehat, serta stimulus perkembangan pada pasien.
6. Hasil intervensi yang dapat diamati yaitu konsumsi pasien sesuai dengan pedoman gizi seimbang sesuai *food recall*, lebih banyak berbicara beberapa kata, peningkatan pengetahuan keluarga mengenai stunting dan mikrosefali, dan penerapan perilaku hidup bersih dan sehat.

Saran

Bagi Pasien dan Keluarga

1. Orang tua pasien memenuhi kebutuhan gizi seimbang pasien serta menstimulasi perkembangan pasien setiap hari.
2. Secara rutin melakukan kunjungan kepada posyandu untuk mengukur berat badan, tinggi badan, lingkar kepala, dan penilaian status gizi.
3. Menerapkan pencegahan penyakit berupa perilaku hidup bersih dan sehat.
4. Saran rujuk ke dokter spesialis anak untuk mendapatkan tatalaksana lanjutan.

Bagi Pelaksana Pelayanan Kesehatan

1. Secara rutin melakukan edukasi dan promosi kesehatan menggunakan leaflet serta buku KIA kepada ibu hamil dan ibu dengan anak balita mengenai stunting secara menyeluruh.
2. Membina kader-kader posyandu atau gizi untuk memberikan edukasi serta konseling mengenai stunting, pola asuh gizi, perilaku hidup bersih dan sehat, dan kebersihan lingkungan.
3. Melakukan pengukuran berat badan, tinggi badan, lingkar kepala, serta satus gizi secara rutin pada kegiatan posyandu bulanan untuk memantau status gizi anak di wilayah tersebut.

Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Stunting. Jakarta: Kemenkes RI; 2022.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2022. Jakarta: Kemenkes RI; 2022.
3. Hanzlik E, Gigante J. Microcephaly. *Children*. 2017;4(12):1–10.
4. Mai CT, et al. Selected birth defects data from population-based birth defects surveillance programs in the United States, 2006 to 2010: Featuring trisomy conditions. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2017;97(10):709–25.
5. Laily LA, Indarjo S. Literature review: Dampak stunting terhadap pertumbuhan dan perkembangan. *Higeia J Public Health Res Dev*. 2023;7(3):354–64.
6. Aggarwal A, Mittal H, Patil R, Debnath S, Rai A. Clinical profile of children with developmental delay and microcephaly. *J Neurosci Rural Pract*. 2013;4(3):288–91.
7. Sudfeld CR, et al. Linear growth and child development in low- and middle-income countries: A meta-analysis. *Pediatrics*. 2015;135(5):e1266–75.
8. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak. Jakarta: Kemenkes RI; 2020.
9. Mulyati. Dampak sampah terhadap kesehatan lingkungan dan manusia. *J Univ Lambung Mangkurat*. 2022;1(1):1–11.
10. Supariasa IDN. *Penilaian status gizi*. Jakarta: EGC; 2016.
11. Angela II, et al. Hubungan antara asupan energi dan protein dengan status gizi anak balita di wilayah kerja Puskesmas Kombos Kota Manado. *Kesmas J Kesehatan Masyarakat*. 2016;6(1):1–10.
12. Tim Riskesdas. Laporan Riskesdas 2018 Nasional. Jakarta: Badan Litbangkes Kemenkes RI; 2019.
13. Yuwanti Y, Mulyaningrum FM, Susanti MM. Faktor-faktor yang mempengaruhi stunting pada balita di Kabupaten Grobogan. *J Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama*. 2021;10(1):74–80.
14. Batlajery J, Masitoh S, Raidanti D, Maryana. Kuesioner Pra-Skrining Perkembangan (KPSP): Pengetahuan dan dukungan orang tua. Jakarta: Yayasan Barcode; 2021.
15. World Health Organization. *Reducing stunting in children: Equity considerations for achieving the Global Nutrition Targets 2025*. New York: WHO; 2018.
16. Purwandini S, Atmaka DR. Pengaruh kecukupan konsumsi zink dengan kejadian stunting: Studi literatur. *Media Gizi Kesmas*. 2023;12(2):509–15.
17. Strand TA, et al. Effects of vitamin B12 supplementation on neurodevelopment and growth in Nepalese infants: A randomized controlled trial. *PLoS Med*. 2020;17(12):1–15.
18. Kementerian Sosial Republik Indonesia. Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS): Penguatan kapabilitas anak dan keluarga. Jakarta: Kemensos RI; 2020.
19. Hasnawati H. Pengetahuan orang tua dengan kejadian stunting. *AACENDIKIA Jurnal Keperawatan*. 2022;1(1):31–4.
20. Rahayu A, Yulidasari F, Putri AO, Anggraini L. *Stunting dan upaya pencegahannya*. Yogyakarta: CV Mine; 2018.
21. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2019 tentang Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan untuk Masyarakat Indonesia. Jakarta: Kemenkes RI; 2019.
22. Galasso E, Weber AM, Stewart CP, Ratsifandrihamanana L, Fernald LCH. Effects of nutritional supplementation and home visiting on growth and development in young children in Madagascar: A cluster-randomised controlled trial. *Lancet Glob Health*. 2019;7(9):e1257–68.
23. Sari. Gambaran tingkat pengetahuan orang tua tentang status gizi anak usia 1–3 tahun di wilayah Puskesmas Sidomulyo Kota Samarinda. *J Kesehatan Pasak Bumi Kalimantan*. 2020;3(1):8–13.
24. Wiguna AA, Tridiyawati F. Pengaruh pola asuh orang tua terhadap perkembangan anak. *Malahayati Nurs J*. 2022;4(2):2410–

- 22.
25. Novita D, Amirullah, Ruslan. Peran orang tua dalam meningkatkan perkembangan anak usia dini di Desa Air Pinang Kecamatan Simeulue Timur. *J Ilmiah Mahasiswa Pendidikan Kewarganegaraan Unsyiah*. 2016;1(1):22–30.
26. Michelle E. Hubungan perilaku hidup bersih dan sehat dengan status gizi balita: Studi literatur. *J Kesehatan Tambusai*. 2024;5(4):1354–63.
27. Adventus MLR, Jaya IMM, Mahendra D. *Buku ajar promosi kesehatan*. Jakarta: Universitas Kristen Indonesia; 2019.