

Penatalaksanaan Holistik Pada Penderita Gizi Buruk Di Wilayah Kerja Puskesmas Kampung Sawah Dengan Pendekatan Dokter Keluarga

Nadiya Dewi Kusnadi¹, Fitria Saftarina²

¹Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Kedokteran Okupasi, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Gizi buruk merupakan penyebab kematian 3,5 juta anak di bawah usia lima tahun (balita) di dunia. Balita merupakan kelompok usia yang rentan mengalami masalah gizi. Penyebab langsung terjadinya gizi kurang salah satunya dipengaruhi oleh asupan zat gizi. Gizi kurang masih menjadi masalah gizi utama di Indonesia. Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan ke rumah untuk menilai lingkungan fisik. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif. Kasus An. A laki-laki 2,5 tahun dengan keluhan sulit makan dan tubuh terlihat sangat kurus sejak 1,5 tahun yang lalu. Pasien didiagnosis Gizi buruk didasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik di diagnosis oleh dokter di Puskesmas Kampung Sawah. Pengetahuan keluarga pasien mengenai penyakit yang dideritanya kurang, serta pola berobat kuratif. Setelah dilakukan intervensi, diberikan menu makanan beserta takaran yang telah ditentukan, pasien telah menunjukkan perbaikan secara klinis, namun belum mengalami perubahan perilaku terhadap penyakit pasien. Hal ini menunjukkan bahwa dengan peningkatan pengetahuan, pengobatan yang benar dan beberapa kunjungan intervensi belum dapat mengubah perilaku pasien secara menyeluruh. Gizi buruk dengan pengetahuan yang kurang tentang faktor risiko, kepatuhan dalam konsumsi makanan dan kepatuhan dalam kontrol berkala ke puskesmas dapat menimbulkan komplikasi. Komplikasi dapat dicegah dengan pendekatan dokter keluarga.

Kata kunci: gizi buruk, dokter keluarga

Holistic Management of Malnutrition Patients in the Working Areas of Kampung Sawah Community Health Center Using Family Physician Approach

Abstract

Malnutrition is the cause of death for 3.5 million children under five years old in the world. Children under five years old age group that is vulnerable to nutritional problems. One of the direct cause of malnutrition is nutritional intake. Malnutrition still As one of major health problem in Indonesia This study is a case report. Primary data were obtained through history taking, physical examination and home visits to assess the physical environment. Secondary data was obtained from the patient's medical record. Assessment is based on a holistic diagnosis from the beginning, process, and end of study in a qualitative and quantitative manner. Case An. A 2.5-year-old man with complaints of difficulty eating and the body looks very thin since 1.5 years ago. Patients diagnosed with malnutrition based on history taking and physical examination diagnosed by doctors at the Kampung Sawah Community Health Center. The patient's family knowledge about the disease he suffered was lacking, as well as curative treatment patterns. After the intervention is given, it is given diet and a predetermined dose, the patient has shown clinical improvement, but has not experienced a change in behavior towards the patient's disease. This shows that with increased knowledge, correct treatment and several intervention visits have not been able to change patient behavior as a whole. Poor nutrition with lack of knowledge about risk factors, adherence to food consumption and compliance with periodic control to the puskesmas can cause complications. Complications can be prevented by the family doctor approach.

Keywords: family medicine, malnutrition

Korespondensi: Nadiya Kusnadi, alamat: Jl.Dempo no 1a Labuhan Ratu; HP: 081261541061; Email: nadiyakusnadi96@gmail.com

Pendahuluan

Gizi buruk merupakan suatu keadaan kurang gizi tingkat berat yang disebabkan rendahnya konsumsi karbohidrat dan protein dari makanan sehari-hari dalam waktu yang cukup lama. Kondisi berat badan menurut umur (BB/U) tidak sesuai dengan usia yang seharusnya. Kondisi gizi kurang rentan terjadi pada balita usia 2-5 tahun karena balita sudah menerapkan pola makan seperti makanan keluarga dan mulai dengan tingkat aktivitas fisik yang tinggi. Kekurangan gizi pada masa balita terkait dengan perkembangan otak sehingga dapat mempengaruhi kecerdasan anak dan berdampak pada pembentukan kualitas sumber daya manusia di masa mendatang.¹

Masalah gizi merupakan masalah kesehatan masyarakat yang disebabkan oleh banyak faktor, sehingga penanggulangannya tidak cukup dengan pendekatan medis maupun pelayanan kesehatan saja.¹ Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2013, prevalensi gizi buruk di Indonesia tahun 2007 (5,4%), tahun 2010 (4,9%), dan tahun 2013 (5,7%), sedangkan target Millenium Development Goals (MDGs) tahun 2014 sebesar 3,6% dan tahun 2018 adalah 17,7%, dimana artinya prevalensi anak dengan gizi kurang di Indonesia setiap tahun semakin meningkat.² Pada Provinsi Lampung, pada tahun 2018 prevalensi balita dengan gizi kurang dilaporkan sebanyak 15,3%, dimana terjadi penurunan prevalensi dibandingkan dengan tahun 2013 dengan angka 19,6%.³

Gizi kurang merupakan salah satu penyakit akibat gizi yang masih merupakan masalah di Indonesia. Masalah gizi pada balita dapat memberi dampak terhadap kualitas sumber daya manusia, sehingga jika tidak diatasi dapat menyebabkan lost generation. Kekurangan gizi dapat mengakibatkan gagal tumbuh kembang, meningkatkan angka kematian dan kesakitan serta penyakit terutama pada kelompok usia rawan gizi yaitu Balita. Kurang gizi atau gizi buruk merupakan penyebab kematian 3,5 juta anak di bawah usia lima tahun (balita) di dunia.⁴

Gizi kurang pada balita, membawa dampak negatif terhadap pertumbuhan fisik maupun mental yang selanjutnya akan menghambat prestasi belajar. Akibat lainnya adalah penurunan daya tahan, menyebabkan

hilangnya masa hidup sehat balita, serta dampak yang lebih serius adalah timbulnya kecacatan, tingginya angka kesakitan dan percepatan kematian.⁵

Anak usia 2-5 tahun merupakan kelompok umur anak yang rawan untuk mengalami keadaan kurang gizi. Kelompok umur ini jarang mendapatkan pemeriksaan atau penimbangan secara rutin di posyandu, perhatian orangtua terhadap kualitas makanan juga berkurang, baik makanan pokok ataupun makanan kecil (selingan) karena anak mulai bisa memilih atau membeli sendiri makanan yang diinginkannya, sedangkan aktifitas fisik anak kelompok umur ini cukup tinggi.⁶

Asupan zat gizi merupakan salah satu penyebab langsung yang dapat mempengaruhi status gizi balita. Asupan zat gizi dapat diperoleh dari beberapa zat gizi, diantaranya yaitu zat gizi makro seperti energi karbohidrat protein dan lemak. Zat gizi makro merupakan zat gizi yang dibutuhkan dalam jumlah besar oleh tubuh dan sebagian besar berperan dalam penyediaan energi. Tingkat konsumsi zat gizi makro dapat mempengaruhi terhadap status gizi balita. Hal tersebut didukung oleh penelitian sebelumnya bahwa terdapat hubungan antara tingkat konsumsi energi dan protein dengan status gizi balita. Balita dengan tingkat konsumsi energi dan protein yang mencukupi dan memenuhi kebutuhan tubuh akan berbanding lurus dengan status gizi baik.⁸

Ketidakseimbangan tingkat konsumsi zat gizi makro seperti energi, karbohidrat lemak dan protein terhadap kebutuhan tubuh secara berkepanjangan dapat mempengaruhi terjadinya perubahan pada jaringan dan massa tubuh yang akan berdampak pada penurunan berat badan (berat badan kurang).⁹ Pendekatan keluarga dalam penatalaksanaan gizi kurang membantu mengidentifikasi faktor-faktor yang berpengaruh baik secara klinis, personal, dan psikososial keluarga. Dengan pendekatan ini, penatalaksanaan akan lebih komprehensif dan diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

Kasus

An.A laki-laki usia 2,5 tahun datang ke Puskesmas Kampung Sawah datang diantar oleh ibunya dengan keluhan anaknya sulit sekali untuk diberikan makanan ataupun cemilan sejak pasien berusia 1 tahun.

Keluhan sulit makan ini pertama kali timbul sejak 1,5 tahun yang lalu ibu pasien tidak terlalu menanggapi secara serius karena pasien merupakan anak yang aktif bermain dengan teman seumurannya disekitar rumah pasien. Sebelumnya ibu pasien belum pernah dibawa ke Puskesmas untuk pengecekan terkait dengan masalah yang dialami oleh pasien.

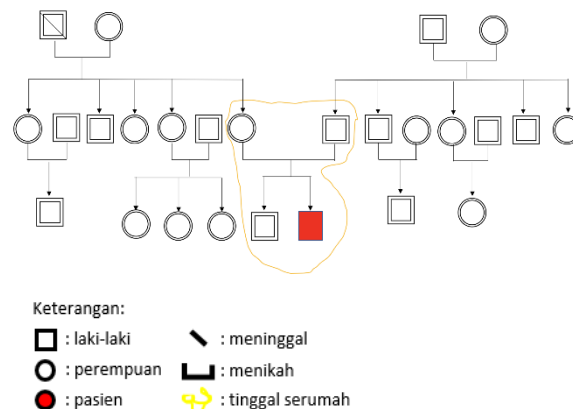
Ibu pasien mengaku anaknya sulit sekali untuk diberikan makanan ataupun cemilan sejak pasien sudah dapat makan makanan dewasa. Ibu pasien juga sering memberikan cemilan berupa biskuit-biskuit, namun pasien enggan untuk memakannya. Awalnya ibu pasien mengira tidak apa-apa pasien sulit makan dan badan pasien tampak kurus dibandingkan dengan anak-anak seusia pasien, karena saat menyusu susu formula pasien sangat kuat serta pasien juga termasuk anak yang aktif yaitu suka bermain dengan teman-teman seusianya. Namun lama-kelamaan ibu pasien takut kalau anaknya terlalu kurus atau bahkan kurang gizi. Ibu pasien juga mengatakan bahwa, anaknya (pasien) tidak pernah mengalami sakit yang berat, hanya mengalami demam, batuk dan juga pilek yang akan sembuh saat diberikan obat yang dibelinya sendiri di apotik untuk mengobati gejalanya.

Ayah pasien tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes mellitus ataupun tuberkulosis, namun ayah pasien merupakan seorang perokok. Anggota keluarga yang tinggal satu rumah dengan pasien juga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang sama dengan pasien.

Pasien lahir cukup bulan, secara pervaginam di dukun dengan berat lahir 2900 gram dan panjang badan 49 cm. Pasien mendapat ASI selama 1,5 tahun dan pertama kali mengkonsumsi bubur tim saat usia 6 bulan dan nasi saat usia 1 tahun. Saat ini, pola makan pasien sebanyak 3 kali dalam sehari. Sumber karbohidrat didapatkan dari nasi dan kentang, protein hewani dari ikan, telur dan daging ayam, daging merah, hati ayam dan protein nabati dari tahu, tempe, buncis, kacang Panjang, brokoli, jagung.

Pasien merupakan anak kedua dari dua bersaudara. Pasien tinggal bersama ayah, ibu dan juga kakak laki-laki pasien. Tidak ada Anggota keluarga pasien yang lain juga

mengalami riwayat penyakit serupa dengan pasien. Keluarga pasien termasuk dalam keluarga yang harmonis, menantu dan keluarga pasien selalu menyediakan waktu berkumpul untuk setiap harinya. Hubungan pasien dengan lingkungan sekitar juga baik, pasien cukup aktif ikut kegiatan bersama tetangganya seperti pengajian.



Gambar 1. Genogram Keluarga An. A

Pada pemeriksaan fisik didapatkan penampilan sangat kurus, tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis dengan nilai GCS (*Glasgow Coma Scale*) 15, pasien tampak kooperatif. Berat badan 8,4 kg, dan tinggi badan 84 cm, dengan status gizi yaitu buruk. Tanda-tanda vital didapati nadi 89 x/menit, frekuensi napas 18x/menit, dan suhu tubuh 36,7°C. Mata, telinga, dan hidung, mulut dalam batas normal. Pada faring hiperemis (-), tonsil T1-T1, kelenjar getah bening pada leher tidak teraba. Pemeriksaan fisik terdapat rambut yang berwarna merah serta mudah rontok serta anak yang rewel juga terdapat ruam pada kulit pasien.

Pasien tinggal bersama ayah, ibu dan juga kakak laki-laki pasien. Pasien tinggal di dalam satu rumah ukuran 10x10m tidak bertingkat, memiliki 2 kamar tidur, pasien tidur dalam satu kamar dengan kakak laki-laki pasien, ayah dan ibu pasien tidur dalam satu kamar. Lantai papan, dinding kombinasi tembok dan papan, dengan atap genteng. Jumlah ventilasi sedikit sehingga pencahayaan di dalam rumah kurang baik dan rumah terasa lembab. Kebersihan di dalam rumah cukup terawat di bagian ruang tamu dan makan namun pada dapur lantai licin dan lembab, perabotan rumah tangga kurang tertata rapi. Rumah sudah menggunakan listrik. Jarak

antara rumah pasien dengan rumah lainnya saling berdempetan. Sumber air dari sumur samping rumah, sedangkan sumber air minum menggunakan galon, limbah dialirkan ke parit belakang rumah dengan memiliki satu kamar mandi dengan jamban dekat dengan dapur. Bentuk jamban jongkok. Dapur terlihat cukup bersih dan terawat. Tempat sampah berada di luar rumah dan juga dapur. Lingkungan tempat tinggal pasien merupakan daerah padat penduduk.



Gambar 2. Denah rumah keluarga An. A

Diagnostik holistik pada pasien ini dapat dilihat dari aspek personal, klinis, risiko internal dan eksternal serta derajat fungsional pasien:

1. Aspek Personal

- Keluhan: Pasien sulit sekali untuk makan dan badan pasien sangat kurus
- Kekhawatiran: Merasa takut keluhan penyakit semakin memberat dan terjadi komplikasi
- Harapan: Keluhan penyakit berkurang
- Persepsi: Badan pasien yang sangat kurus terjadi dikarenakan pasien yang sangat sulit untuk makan

2. Aspek Klinik: Rambut yang berwarna merah serta mudah rontok serta anak yang rewel serta ruam pada kulit pasien.

3. Aspek Risiko Internal

- Pola berobat kuratif ((ICD X-Z9se2.3)
- Kurangnya Pengetahuan yang kurang tentang penyakit yang diderita (ICD X-Z55.9)

4. Aspek Risiko Eksternal: Dukungan dan pengetahuan keluarga kurang mengenai penyakit (ICD X-Z55.9)

5. Derajat Fungsional:

Derajat fungsional 1. Pasien mampu melakukan pekerjaan seperti sebelum sakit.

Pada pasien dilakukan intervensi non-farmakologi berupa edukasi berbasis *family focused dan community centered* antara lain mengedukasi keluarga mengenai gizi buruk dan anjuran makanan yang diberikan kepada penderita gizi buruk

Pembahasan

An.A laki-laki usia 2,5 tahun datang ke Puskesmas Kampung Sawah datang diantar oleh ibunya dengan keluhan anaknya sulit sekali untuk diberikan makanan ataupun cemilan sejak pasien berusia 1 tahun.

Keluhan sulit makan ini pertama kali timbul sejak 1,5 tahun yang lalu ibu pasien tidak terlalu menanggapi secara serius karena pasien merupakan anak yang aktif bermain dengan teman seumurannya disekitar rumah pasien. Sebelumnya ibu pasien belum pernah dibawa ke puskesmas untuk pengecekan terkait dengan masalah yang dialami oleh pasien.

Ibu pasien mengaku anak nya, sulit sekali untuk diberikan makanan ataupun cemilan sejak pasien sudah dapat makan makanan dewasa. Ibu pasien juga sering memberikan cemilan berupa biskuit-biskuit, namun pasien enggan untuk memakannya. Awalnya ibu pasien mengira tidak apa-apa pasien sulit makan dan badan pasien tampak kurus dibandingkan dengan karena saat menyusui botol pasien sangat kuat serta pasien juga termasuk anak yang aktif yaitu suka bermain dengan teman-teman seusianya. Namun lama-kelamaan ibu pasien takut kalau anaknya terlalu kurus atau bahkan kurang gizi. Ibu pasien belum pernah meminumkan suplemen penambah nafsu makan kepada pasien. Ibu pasien juga mengatakan bahwa, anaknya (pasien) tidak pernah mengalami sakit yang berat, hanya mengalami demam, batuk dan juga pilek yang akan sembuh saat diberikan obat untuk mengobati gejalanya.

Pada kunjungan pertama dilakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Pada kunjungan kedua dilakukan intervensi. Pada kunjungan ketiga dilakukan evaluasi.

Pada anamnesis (29 Februari 2020), didapatkan data berupa keluhan pasien, keadaan keluarga, sosial, psikososial dan ekonomi serta keadaan dan kondisi rumah

pasien. Dilakukan juga pemeriksaan fisik untuk mengetahui keadaan fisik pasien.

Pasien didiagnosis dengan gizi buruk sejak hari ini, terdapat keluhan yang mendukung kesulitan untuk makan dan juga dari hasil pengukuran BB/TB, BB/U serta TB/U pada pasien. Pemeriksaan fisik didapatkan bahwa BB: 8,4 kg; TB: 84 cm; status gizi buruk; terdapat rambut yang berwarna merah serta mudah rontok serta anak yang rewel juga terdapat ruam pada kulit pasien.

Diagnosis gizi buruk pada pasien ditegakkan atas dasar keluhan sulit makan dan badan pasien yang sangat kurus. Pada pemeriksaan fisik berupa pengukuran BB/TB didapatkan hasil yaitu gizi kurang. Diagnosis gizi kurang dapat ditegakkan berdasarkan pengukuran yang telah dilakukan pada pemeriksaan pasien. Pada pemeriksaan status gizi anak menggunakan kurva WHO dengan cara pengukuran BB/TB didapatkan hasil $<-3SD$ dengan interpretasi status gizi anak tersebut tergolong pada anak dengan gizi buruk.¹⁰

Pada pasien berdasarkan dari perhitungan yang telah dilakukan berdasarkan klasifikasi status gizi menurut WHO didapatkan bahwa pasien tergolong pada gizi buruk dikarenakan hasil perhitungan BB/TB pasien adalah $<-3 SD$. Sedangkan untuk klasifikasi gizi buruk sendiri, pasien masuk dalam gizi buruk tipe kwashiorkor. Hal ini ditentukan berdasarkan tanda dan gejala yang didapatkan saat pemeriksaan fisik pada pasien.

Kwashiorkor adalah suatu bentuk malnutrisi protein yang berat disebabkan oleh asupan karbohidrat yang normal atau tinggi dan asupan protein yang tidak adekuat. Tanda khas kwashiorkor antara lain pertumbuhan terganggu, perubahan mental, pada sebagian besar penderita ditemukan oedema baik ringan maupun berat, gejala gastrointestinal, rambut kepala mudah dicabut, kulit penderita biasanya kering dengan menunjukkan garis-garis kulit yang lebih mendalam dan lebar, sering ditemukan hiperpigmentasi dan persikan kulit, pembesaran hati, anemia ringan, pada biopsi hati ditemukan perlemakan.

Faktor risiko gizi buruk pada balita antara lain konsumsi energi, konsumsi protein dan pola asuh makan merupakan faktor risiko kejadian gizi kurang, sedangkan penyakit infeksi merupakan faktor risiko yang tidak bermakna signifikan. Konsumsi energi dan

protein merupakan faktor langsung yang mempengaruhi gizi kurang, sehingga dapat dikatakan bahwa kejadian gizi kurang tergantung dari apa yang dikonsumsi. Pola asuh makan merupakan faktor tidak langsung yang mempengaruhi kejadian gizi kurang, sedangkan penyakit infeksi juga merupakan faktor langsung yang mempengaruhi kejadian gizi kurang namun tidak bermakna signifikan.⁵

Penyelesaian masalah kesehatan An.A dilakukan dengan holistik dan pendekatan keluarga. Holistik berarti menyeluruh, dengan memerhatikan aspek fisik, sosial, psikososial, dan kultur. Menurut konsep *mandala of health* terdapat empat faktor yang mempengaruhi kesehatan individu dan keluarga, faktor tersebut adalah faktor biologi, perilaku kesehatan atau kebiasaan, lingkungan fisik dan lingkungan psikososial. Faktor-faktor tersebut diamati pada saat kunjungan rumah pertama kali.^{13,14}

Pasien memiliki masalah gizi buruk, dimana terdapat faktor risiko yang mempengaruhi kejadian gizi buruk pada anak. Berikut adalah beberapa faktor risiko menurut *mandala of health*:

1. Sikap ibu terhadap makanan, kejadian gizi kurang dan gizi buruk berkaitan dengan sikap ibu terhadap makanan. Sikap terhadap makanan berarti juga berkaitan dengan kebiasaan makan, kebudayaan masyarakat, kepercayaan dan pemilihan makanan. Budaya adalah daya dari budi yang berupa cipta, karya dan karsa. Budaya berisi norma-norma sosial yakni sendi-sendi masyarakat yang berisi sanksi dan hukuman-hukumannya yang dijatuhkan kepada golongan bilamana yang dianggap baik untuk menjaga kebutuhan dan keselamatan masyarakat itu dilanggar. Norma-norma itu mengenai kebiasaan hidup, adat istiadat, atau tradisi-tradisi hidup yang dipakai secara turun temurun. Kebiasaan makanan adalah konsumsi pangan (kuantitas dan kualitas), kesukaan makanan tertentu, kepercayaan, pantangan, atau sikap terhadap makanan tertentu. Kebiasaan makan ada 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-konsep gizi.

Masalah yang dapat menyebabkan kekurangan gizi adalah tidak cukup pengetahuan gizi dan kurangnya pengertian tentang kebiasaan makan yang baik. Kebiasaan makan dalam rumah tangga penting untuk diperhatikan, karena kebiasaan makanan mempengaruhi pemilihan dan penggunaan pangan, selanjutnya mempengaruhi tinggi rendahnya mutu makanan rumah tangga. Persoalan gizi kurang dan gizi buruk pada balita dapat disebabkan sikap atau perilaku ibu yang menjadi faktor dalam pemilihan makanan yang tidak benar. Pemilihan bahan makanan, keanekaragaman makanan ini dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan ibu tentang makanan dan gizinya. Ketidaktahuan ibu dapat menyebabkan kesalahan pemilihan makanan terutama untuk anak balita, sehingga zat-zat gizi dalam kualitas dan kuantitas tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh.

2. Sanitasi lingkungan, memiliki peran yang cukup dominan dalam penyediaan lingkungan yang mendukung kesehatan anak dan proses tumbuh kembangnya. Sanitasi lingkungan yang buruk akan menyebabkan anak balita akan lebih muda terserang penyakit infeksi yang akhirnya dapat mempengaruhi status gizi anak. Sanitasi lingkungan erat kaitannya dengan ketersediaan air bersih, ketersediaan jamban, jenis lantai rumah, serta kebersihan peralatan makanan, kebersihan rumah, pencahayaan, ventilasi. Makin tersediannya air bersih untuk betuhan sehari-hari, maka makin kecil risiko anak terkena penyakit kurang gizi. Tingkat sanitasi lingkungan ditentukan oleh berbagai kemungkinan bahwa lingkungan berperan sebagai pembiakan agent hidup, tingkat lingkungan yang tidak sehat bisa diukur dengan penyediaan air bersih yang kurang, pembuangan air limbah yang tidak memenuhi persyaratan kesehatan, tidak adanya penyediaan dan pemanfaatan tempat pembuangan sampah rumah tangga yang memenuhi persyaratan kesehatan, tidak adanya penyediaan sarana pengawasan makanan, serta penyediaan sarana perumahan yang tidak memenuhi persyaratan kesehatan. Hal-hal yang

menyangkut sanitasi pertama adalah ventilasi.¹²

Pada pasien ini faktor risiko yang mungkin berpengaruh terhadap kejadian gizi buruk yang dialami oleh pasien antara lain, sikap ibu terhadap makanan, pola asuh makanan yang kurang tepat sehingga kebutuhan energi, protein, karbohidrat dan juga lemak yang seharusnya didapatkan oleh pasien tidak tercukupi. Akibatnya pasien menjadi anak dengan gizi buruk.

Evaluasi pada penderita gizi buruk selain dengan anamnesis, dilakukan juga dengan pemeriksaan fisik pengukuran tanda-tanda vital dan juga berat badan serta tinggi badan. Penatalaksanaan pada pasien ini menggunakan metode kedokteran keluarga. Pelaksanaan pada pasien ini dilakukan dengan menggunakan kunjungan ke rumah pasien beserta keluarganya. Selain memperhatikan aspek klinis. Pasien juga memiliki beberapa aspek lain yaitu aspek risiko internal antara lain faktor risiko genetik, pola pengobatan kuratif, jarang berolahraga dan aktivitas fisik tergolong ringan, pengetahuan yang kurang tentang penyakit yang diderita, pola diet dan kebiasaan makan tidak sesuai. Pada aspek risiko eksternal pasien, yaitu dukungan dan pengetahuan keluarga kurang mengenai penyakit. Derajat fungsional pasien berada di derajat 1 yaitu masih mampu melakukan aktivitas seperti sebelum sakit.

Pada kunjungan kedua dilakukan pada tanggal 7 Maret 2020, dengan tujuan intervensi terhadap pasien. Intervensi secara non farmakologis dilakukan dengan bantuan media intervensi berupa daftar menu makanan yang berisikan tentang edukasi mengenai gizi buruk serta daftar menu makanan apa saja yang akan dimakan oleh pasien.

Intervensi non farmakologis yang disebutkan di atas memiliki tujuan tertentu yaitu sebagai berikut:

1. Intervensi edukasi tentang gizi buruk di rumah agar keluarga pasien mengerti tentang penyakitnya dan juga cara menanggulangnya.
2. Intervensi edukasi berupa makanan apa saja yang dapat dikonsumsi oleh pasien. Hal ini dilakukan agar dengan kondisi keluarga yang sehat dapat mencegah pasien dan keluarga yang lain menderita hal yang sama.

Kepada anggota keluarga lainnya dilakukan pendekatan personal untuk turut serta memberikan dukungan terhadap pasien. Dukungan keluarga yang dianjurkan adalah dukungan dalam memberikan semangat bahwa pentingnya untuk berobat dan kontrol rutin ke tenaga kesehatan sehingga tidak timbul komplikasi lain.

Kunjungan *follow up* dilakukan pada tanggal 15 Maret 2020. *Follow up* yang dilakukan terdiri atas evaluasi hasil intervensi apakah terdapat perubahan terhadap berat badan pasien. Intervensi edukasi berupa pemberian makanan yang sesuai secara teratur dengan parameter bahwa pasien mengkonsumsi makanan secara teratur didapatkan hasil bahwa menurut ibu pasien sudah patuh mengonsumsi makanan yang telah ditentukan. Intervensi edukasi *monitoring* keadaan berat badan dan tinggi badan untuk merencanakan apa yang harus direncanakan selanjutnya. Pada pasien ini tidak dilakukan intervensi farmakologis.

Dalam ilmu perilaku terdapat beberapa langkah atau proses sebelum orang mengadopsi perilaku baru. Pertama adalah *awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari stimulus tersebut. Kemudian dia mulai tertarik (*interest*). Selanjutnya, orang tersebut akan menimbang-nimbang baik atau tidaknya stimulus tersebut (*evaluation*). Setelah itu, dia akan mencoba melakukan apa yang dikehendaki oleh stimulus (*trial*). Pada tahap akhir adalah *adoption*, berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya.

Berdasarkan hasil tersebut, metode intervensi yang diberikan sudah memberikan hasil yang cukup efektif. Intervensi dapat menambah pengetahuan pasien dan keluarganya, dan dapat menimbulkan kesadaran (*awareness*) untuk berubah. Namun membutuhkan waktu yang cukup lama untuk mendapatkan hasil yang maksimal.

Simpulan

Adapun simpulan yang didapatkan antara lain:

1. Penegakan diagnosis gizi buruk pada kasus ini sudah sesuai dengan beberapa teori dan telaah kritis dari penelitian terkini.

2. Telah dilakukan penatalaksanaan pada pasien secara holistik dan komprehensif, *patient center*, *family appropriated* dengan pengobatan gizi buruk, secara teratur berdasarkan EBM.
3. Dalam melakukan intervensi terhadap pasien tidak hanya memandang dalam hal klinis tetapi juga terhadap psikososialnya, oleh karena itu diperlukan pemeriksaan dan penanganan yang holistik, komprehensif dan berkesinambungan.
4. Pada pasien diberikan edukasi mengenai pentingnya *monitoring* keadaan tekanan darah, dan gula darah, Penggunaan obat secara teratur, gaya hidup/pola makan gizi seimbang kepada pasien, aktivitas fisik yang sesuai. Dukungan keluarga diperlukan guna membantu pasien mengendalikan penyakit pasien.
5. Intervensi yang diberikan telah mengubah beberapa perilaku keluarga pasien seperti mengerti mengenai gizi buruk dan bersedia mengikuti kegiatan prolans yang disenggarakan oleh puskesmas.
6. Intervensi farmakologis tidak diberikan pada pasien ini, hanya diberikan anjuran pola makan kepada pasien.

Daftar Pustaka

1. Supariasa IDN, Bakri B, Fajar I. Penilaian status gizi. Jakarta: EGC; 2012.
2. Kemenkes RI. Hasil utama riskesdas. Jakarta: Kementian Kesehatan RI; 2018.
3. Kemenkes RI. Data dan informasi kesehatan provinsi lampung. Lampung: Kementrian Kesehatan RI; 2018.
4. Zulfita PNS. Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian gizi kurang buruk pada balita di wilayah kerja puskesmas air dingin kota padang. Padang: Mercu Bakti Jaya; 2015.
5. Fauziah L, Rahman N, Hermiyanti. Faktor risiko kejadian gizi kurang pada balita usia 24-59 bulan di kelurahan taipa kota palu. Jurnal preventif. 2016; 7(2):1-58.
6. Sunarto, Sulistya H. Hubungan tingkat asupan energi dan protein dengan Kejadian gizi kurang anak usia 2-5 tahun. J Gizi Unimus. 2016; 2(1):25-30.
7. Diniah SR, Nindya TS. Asupan protein, energi dan lemak dengan kejadian gizi kurang pada balita usia 24-59 bulan di

- gresik. Amerta Nutr. 2017; 1(4):341-50.
8. UNICEF The State Of The World's Children 2016 [internet]. New York: UNICEF; 2016 [disitasi 18 Maret 2020]. Tersedia dari: <https://www.unicef.org/sowc2016/>
 9. Barasi ME. Nutrition at a glance terjemahan indonesia. Jakarta: Erlangga; 2007.
 10. Sjarif DR, Nasar SS, Devaera Y, Tanjung C, editor. Rekomendasi ikatan dokter anak indonesia—asuhan nutrisi pediatrik. Jakarta: IDAI; 2017.
 11. Novita D. Faktor risiko kejadian gizi buruk pada balita yang dirawat di RSUP Dr. Kariadi [skripsi]. Semarang: Universitas Diponegoro; 2015.
 12. Alamsyah D, Mexitalia M, Margawati A, Hadisaputro S, Setyawan H. Beberapa faktor risiko gizi kurang pada balita usia 12-59 bulan di Pontianak. JEKK. 2017; 2(1):54-62.
 13. WONCA. The european definition of general practice of family medicine. Spain: WONCA; 2011
 14. Hancock, T. The mandala of health: a model of the human ecosystem. FCH. 1985; 8(3):1-10.