



Studi Kasus Gizi Kurang dan Stunting pada Anak Usia 34 Bulan di Desa Mamplam Puskesmas Nibong

Ayu Pramita Azari¹, Aulia Arista Hasibuan², Noviana Zara^{3*}, Mardiaty⁴, Juwita Sahputri⁵, Rahmi Surayya⁶, Sarah Rahmayani Siregar⁷, Bungsu Keumala Sari⁸

^{1,2}Mahasiswa Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, Lhokseumawe, 24351, Indonesia

³Departemen Ilmu Kedokteran Keluarga, Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, Lhokseumawe, 24351, Indonesia

⁴Departemen Ilmu Kesehatan Anak, Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, Lhokseumawe, 24351, Indonesia

⁵Departemen Mikrobiologi, Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, Lhokseumawe, 24351, Indonesia

⁶Departemen THT-KL, Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, Lhokseumawe, 24351, Indonesia

⁷Departemen Farmakologi, Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, Lhokseumawe, 24351, Indonesia

⁸Dosen Fakultas Teknik, Universitas Malikussaleh, Lhokseumawe, 24351, Indonesia

*Corresponding Author : noviana.zara@unimal.ac.id

Abstrak

Masalah gizi kurang dan *stunting* pada anak balita masih menjadi masalah gizi utama yang perlu mendapat perhatian. Masalah gizi secara langsung disebabkan oleh asupan yang kurang dan tingginya penyakit infeksi. Di Indonesia, jumlah balita gizi buruk dan gizi kurang menurut Riskesdas 2018 masih sebesar 17.7%. Prevalensi *stunting* dalam 10 tahun terakhir menunjukkan bahwa *stunting* merupakan salah satu masalah gizi terbesar pada balita di Indonesia. Riskesdas 2018 juga menunjukkan 30.8% balita menderita *stunting* dan 29.9% baduta pendek dan sangat pendek. Berbagai faktor mempengaruhi kejadian gizi buruk dan gizi kurang, dan *stunting* baik secara langsung maupun tidak langsung. Penelitian ini merupakan sebuah studi kasus terhadap seorang balita berusia 34 bulan di desa Mamplam tahun 2022. Studi kasus ini dilakukan dengan cara observasi pasien selama 3 minggu dengan pendekatan home visit. Diagnosis gizi kurang dan *stunting* ditegakkan berdasarkan pedoman nasional Permenkes RI no 2 tahun 2020 tentang standar antropometri anak. Setelah didiagnosis, pasien diberikan edukasi, pemberian makanan tambahan dari puskesmas, dilakukan pengamatan pertumbuhannya serta dianalisis faktor-faktor yang berperan terhadap masalah pasien. Pada kunjungan pertama didapatkan BB pasien 9,2 kg dan TB 84,4 cm dan langsung dilanjutkan dengan pemberian makanan tambahan, pada kunjungan kedua tidak didapatkan adanya pertambahan dari status gizi pasien. Setelah interval 2 minggu didapatkan pertambahan berat badan pasien menjadi 9,7 kg dengan tinggi badan yang masih sama. Kesimpulan studi ini didapatkan beberapa determinan gizi kurang dan *stunting* pada pasien usia 34 bulan di antaranya pengetahuan dan pendidikan ibu, ekonomi keluarga, perilaku dan lingkungan.

Kata Kunci : Gizi kurang, determinan gizi kurang, *stunting*

Abstract

The problem of malnutrition and *stunting* in children under five is still a major nutritional problem that needs attention. Nutritional problems are directly caused by insufficient intake and high levels of infectious diseases. In Indonesia, the number of malnourished and malnourished children under five according to



Riskesdas 2018 is still 17.7%. The prevalence of stunting in the last 10 years shows that stunting is one of the biggest nutritional problems among toddlers in Indonesia. Riskesdas 2018 also shows that 30.8% of toddlers suffer from stunting and 29.9% of toddlers are short and very short. Various factors influence the incidence of malnutrition and malnutrition, and stunting both directly and indirectly. This research is a case study of a 34 month old toddler in Mamplam village in 2022. This case study was carried out by observing the patient for 3 weeks using a home visit approach. The diagnosis of malnutrition and stunting is made based on the national guidelines of the Republic of Indonesia Minister of Health No. 2 of 2020 concerning child anthropometric standards. After being diagnosed, the patient is given education, given additional food from the health center, their growth is monitored and the factors that contribute to the patient's problem are analyzed. At the first visit, the patient's weight was found to be 9.2 kg and TB 84.4 cm and this was immediately followed by providing additional food. At the second visit, there was no improvement in the patient's nutritional status. After an interval of 2 weeks, it was found that the patient's weight increased to 9.7 kg with the same height. The conclusion of this study was that several determinants of undernutrition and stunting in patients aged 34 months were found, including maternal knowledge and education, family economics, behavior and environment.

Keywords : *Malnutrition, determinants of malnutrition, stunting*

1. PENDAHULUAN

Masalah anak pendek (*stunting*) merupakan salah satu permasalahan gizi yang dihadapi di dunia, khususnya di negara-negara miskin dan berkembang. *Stunting* menjadi permasalahan karena berhubungan dengan meningkatnya risiko terjadinya kesakitan dan kematian, perkembangan otak suboptimal sehingga perkembangan motorik terlambat dan terhambatnya pertumbuhan mental. *Stunting* merupakan bentuk kegagalan pertumbuhan (*growth faltering*) akibat akumulasi ketidakcukupan nutrisi yang berlangsung lama mulai dari kehamilan sampai usia 24 bulan. Keadaan ini diperparah dengan tidak terimbangnya kejar tumbuh (*catch up growth*) yang memadai. Selama 20 tahun terakhir, penanganan masalah *stunting* sangat lambat. Secara global, persentase anak-anak yang terhambat pertumbuhannya menurun hanya 0,6 persen per tahun sejak tahun 1990. WHO mengusulkan target global penurunan kejadian *stunting* pada anak dibawah usia lima tahun sebesar 40 % pada tahun 2025 (1,2).

Jumlah balita gizi buruk dan kurang menurut hasil Riskesdas 2018 masih sebesar 17,7%. Provinsi Aceh merupakan provinsi ke tujuh sebagai penyumbang kasus gizi buruk dan kurang terbanyak. Balita Aceh dalam status gizi kurang terjadi penurunan sebesar 0,6% dari hasil Pemantauan Hasil Gizi (PSG) tahun 2016. Namun rerata nasional prevalensi balita kurus Aceh (12.8%) hampir dua kali dari prevalensi Nasional (6,9%). Tahun 2017 dilakukan studi monitoring dan evaluasi program gizi PSG adapun kabupaten/kota yang masih tinggi status gizi kurang dan buruknya adalah Pidie Jaya (17,5%), Aceh Utara (15,9%), dan Aceh Barat Daya (15,8%) (3,4).

Ada dua aspek langsung yang saling mempengaruhi persoalan gizi. Pertama,

kekurangan pangan sehingga asupan yang tidak mencukupi baik dari segi kuantitas maupun kualitas. Kedua, pengaruh dari infeksi penyakit. Faktor-faktor ini saling berkaitan, hal yang mendasari dari persoalan gizi kurang merupakan sebuah implikasi dari masih lemahnya sistem pelayanan kesehatan, pola asuh orang tua terhadap anak yang kurang memberikan perhatian dalam tumbuh kembangnya anak dan stok asupan makanan dalam rumah tangga.

Pencegahan *stunting* memerlukan intervensi gizi yang terpadu, mencakup intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif. Pengalaman global menunjukkan bahwa penyelenggaraan intervensi yang terpadu untuk menyoar kelompok prioritas di lokasi prioritas merupakan kunci keberhasilan perbaikan gizi dan tumbuh kembang anak, serta pencegahan *stunting*.

2. ILUSTRASI KASUS

2.1 Identitas Pasien

Nama	: An AH
Umur	: 34 Bulan
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Agama	: Islam
Alamat	: Desa Mamplam, Kecamatan Nibong, Kabupaten Aceh Utara

2.2 Anamnesis

2.2.1 Keluhan Utama

Berat badan kurang

2.2.2 Riwayat Penyakit Sekarang

Berdasarkan alloanamnesis terhadap ibu pasien pada saat kunjungan rumah pasien 12 Mei 2022, didapatkan bahwa berat badan pasien tidak mengalami kenaikan sejak usia 2 tahun. Selama ini ibu pasien mengaku jika anaknya sering sakit, seperti batuk pilek. Pasien tidak terlalu selera makan. Ibu pasien mengatakan jika pasien tidak pernah diimunisasi, pasien juga jarang dibawa ke posyandu. Pasien merupakan pasien Gizi Kurang yang baru dilaporkan dari kader ke puskesmas pada bulan November 2021, saat ini pasien mendapatkan tambahan makanan berupa biskuit dari puskesmas guna menunjang tumbuh kembangnya.

2.2.3 Riwayat Penyakit Dahulu

- Riwayat kejang (+)
- Riwayat sesak nafas (+)
- Riwayat demam dan batuk pilek (+)
- Riwayat campak (+)
- Riwayat alergi dan diare kronik disangkal

2.2.4 Riwayat Penyakit Keluarga/Lingkungan Sekitar

Riwayat malnutrisi dalam keluarga disangkal

2.2.5 Riwayat Kehamilan dan Persalinan

Berdasarkan catatan kesehatan ibu pasien selama kehamilan, ibu pasien G2P1A0 bersalin pada tanggal 23 Juli 2019. Ibu pasien rutin mengikuti ANC ke bidanyakni 2 kali trimester pertama, 1 kali trimester kedua dan 1 kali trimester ketiga. Pasien tidak memiliki masalah kesehatan yang berat selama kehamilan. Pasien mendapat suplementasi tablet Fe selama trimester ketiga. Ibu pasien mengaku jarang minum susu selama kehamilan, untuk asupan makanan sang ibu mengaku makan seadanya saja. Pasien merupakan anak kedua, dilahirkan cukup bulan secara normal dengan presentasi kepala dan ditolong oleh bidan setempat dengan berat lahir 3000 gr. Saat lahir pasien menangis kuat, dan tidak ada masalah berat selama kelahiran.

2.2.6 Riwayat Makanan

Pasien mendapat ASI eksklusif selama 3 bulan, kemudian dikasih pisang, Umur 6 bulan dikasih ASI diberikan sejak mulai lahir hingga usia 2 tahun. Saat usia pasien memasuki usia 6 bulan pasien baru mendapatkan makanan pendamping ASI, makanan yang diberikan berupa roti dan nasi saring. Sejak usia 8 bulan hingga sekarang pasien mulai makan makanan nasi biasa, seperti anggota keluarga yang lain. Ibu pasien juga mengaku bahwa pasien tidak mengkonsumsi susu hingga saat ini, dikarenakan faktor ekonomi.

2.2.7 Riwayat Tumbuh Kembang

Perkembangan pasien secara umum masih sesuai dengan rata-rata anak lainnya. Ibu pasien mengatakan pasien bisa telungkup umur 6 bulan, kemudian pasien mulai bisa duduk di usia 7 bulan, bisa berjalan saat usia 15 bulan. Pasien mulai bisa berbicara saat usia 17 bulan.

2.2.8 Riwayat Imunisasi

Ibu pasien mengatakan pasien tidak pernah diimunisasi.

2.2.9 Riwayat Sosial dan Ekonomi

Ayah pasien (Tn. M) adalah seorang pekerja serabutan, kadang bekerja sebagai tukang gali sumur bor. Ibu pasien (Ny. F) seorang Ibu Rumah Tangga (IRT). Anak pertama (An. M) perempuan usia 9 tahun dan sudah sekolah. Tn. M sehari-hari tidak memiliki pekerjaan tetap dengan total pendapatan yang tidak menentu dengan kisaran Rp1.000.000/bulan.

3. HASIL PEMERIKSAAN

3.1 Status Generalikus

- 1) Keadaan Umum : Baik
- Kesan Sakit : Sedang
- Kesadaran : Compos Mentis

b. Vital Sign

- Nadi : 80 x/menit
- Suhu badan : 36,6°C
- Pernafasan : 22 x/menit

c. Antropometri Khusus

- Lingkar lengan : 12,5 cm
- Lingkar kepala : 43,5 cm
- Lingkar dada : 45,2 cm
- Lingkar perut : 42,2 cm
- Berat badan : 9,7 Kg
- Tinggi badan : 84,4 cm
- IMT : 13,53 kg/m²

d. Status Antropometri

- BB/U : -3 SD s/d <-2 (Gizi Kurang)
- TB/U : -3 SD s/d <-2SD (*Stunted*)
- BB/TB : -3SD s/d < - 2 SD (Kurus)
- IMT/U : -3SD s/d < - 2 SD (Gizi Kurang)

3.2 Keadaan Spesifik

Mata	: Konjungtiva anemis (-/-), sclera ikterik (-/-), palpebra edema (-/-), ptosis (-/-), eksoftalmus (-/-)
Telinga	: Normotia (+/+), sekret (-/-)
Hidung	: Simetris (+), sekret (+/+) cair
Mulut	: Mukosa bibir tampak pucat (-) sianosis (-)
Leher	: Simetris, pembesaran tiroid (-), pembesaran KGB (-)
Thoraks	
Jantung	: Inspeksi : Ictus cordis tidak tampak Palpasi : Ictus cordis tidak teraba Perkusi : Tidak dilakukan Auskultasi : Murmur (-), gallop (-)
Paru	: Inspeksi : Normochest, simetris Palpasi : Stem fremitus normal (kanan = kiri) Perkusi : Sonor pada kedua lapangan paru Auskultasi : SP : Vesikuler (+/+), wheezing (-/-), rhonki (-/-)
Abdomen	: Inspeksi : Distensi (-), pelebaran vena (-) Palpasi : Soepel (+) Perkusi : timpani Auskultasi : peristaltik (+), normal
Genitalia	: Tidak dilakukan pemeriksaan
Ekstremitas Superior:	Akral hangat (+/+), sianosis (-)
Anus	: Tidak dilakukan pemeriksaan
Ekstremitas Inferior :	Akral hangat (+/+), sianosis (-)

4. PEMERIKSAAN PENUNJANG

-

5. DIAGNOSIS

1) Diagnosis Kerja

Gizi Kurang dan *Stunting*

2) Diagnosis Banding

1. Gizi Kurang
2. *Stunting*
3. Marasmus
4. Kwarsiokor
5. Marasmus-Kwarsiokor

6. TATALAKSANA

a. Medikamentosa

-

b. Operatif/ dan lain-lain

-

7. PROGNOSIS

Quo ad Vitam : Dubia ad bonam

Quo ad Sanationam : Dubia ad bonam

Quo ad Functionam : Dubia ad bonam

8. KOMPLIKASI

-

9. PEMBAHASAN

A. Definisi Status Gizi

Status gizi adalah suatu ukuran mengenai kondisi tubuh seseorang yang dapat dilihat dari makanan yang dikonsumsi dan penggunaan zat-zat gizi di dalam tubuh. Status gizi dibagi menjadi tiga kategori, yaitu status gizi kurang, gizi normal, dan gizi lebih (3). Status gizi normal merupakan suatu ukuran status gizi dimana terdapat keseimbangan antara jumlah energi yang masuk ke dalam tubuh dan energi yang dikeluarkan dari luar tubuh sesuai dengan kebutuhan individu (3). Status gizi kurang atau yang lebih sering disebut *undernutrition* merupakan keadaan gizi seseorang dimana jumlah energi yang masuk lebih sedikit dari energi yang dikeluarkan (5,6). Status gizi lebih (*overnutrition*) merupakan keadaan gizi seseorang dimana jumlah energi yang masuk ke dalam tubuh lebih besar dari jumlah energi yang dikeluarkan (6).

B. Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi

1) Umur

Kebutuhan energi individu disesuaikan dengan umur, jenis kelamin, dan tingkat aktivitas. Jika kebutuhan energi (zat tenaga) terpenuhi dengan baik maka dapat meningkatkan produktivitas kerja. Apabila kekurangan energi maka produktivitas kerja seseorang akan menurun, dimana seseorang akan malas bekerja dan cenderung untuk bekerja lebih lambat. Semakin bertambahnya umur akan semakin meningkat pula

kebutuhan zat tenaga bagi tubuh. Zat tenaga dibutuhkan untuk mendukung meningkatnya dan semakin beragamnya kegiatan fisik (7).

2) Frekuensi Makan

Frekuensi konsumsi makanan dapat menggambarkan berapa banyak makanan yang dikonsumsi seseorang. Menurut Hui (1985), sebagian besar remaja melewati satu atau lebih waktu makan, yaitu sarapan. Melewati waktu makan dapat menyebabkan penurunan konsumsi energi, protein dan zat gizi lain. Pada bangsa-bangsa yang frekuensi makannya dua kali dalam sehari lebih banyak orang yang gemuk dibandingkan bangsa dengan frekuensi makan sebanyak tiga kali dalam sehari. Hal ini berarti bahwa frekuensi makan sering dengan jumlah yang sedikit lebih baik daripada jarang makan tetapi sekali makan dalam jumlah yang banyak (8).

3) Asupan Energi

Energi merupakan asupan utama yang sangat diperlukan oleh tubuh. Kebutuhan energi yang tidak tercukupi dapat menyebabkan protein, vitamin, dan mineral tidak dapat digunakan secara efektif. Untuk beberapa fungsi metabolisme tubuh, kebutuhan energi dipengaruhi oleh BMR (*Basal Metabolic Rate*), kecepatan pertumbuhan, komposisi tubuh dan aktivitas fisik. Energi yang diperlukan oleh tubuh berasal dari energi kimia yang terdapat dalam makanan yang dikonsumsi. Energi diukur dalam satuan kalori. Energi yang berasal dari protein menghasilkan 4 kkal/gram, lemak 9 kkal/gram, dan karbohidrat 4 kkal/ gram (7).

4) Asupan Protein

Sumber makanan yang paling banyak mengandung protein berasal dari bahan makanan hewani, seperti telur, susu, daging, unggas, ikan dan kerang. Sedangkan sumber protein nabati berasal dari tempe, tahu, dan kacang-kacangan. Catatan Biro Pusat Statistik (BPS) pada tahun 1999, menunjukkan secara nasional konsumsi protein sehari rata-rata penduduk Indonesia adalah 48,7 gram sehari. Anjuran asupan protein berkisar antara 10–15% dari total energi Pertumbuhan, kehamilan, dan infeksi penyakit meningkatkan kebutuhan protein seseorang (9).

5) Asupan Karbohidrat

Sumber karbohidrat berasal dari padi-padian atau sereal, umbi-umbian, kacang-kacangan dan gula. Sumber karbohidrat yang paling banyak dikonsumsi oleh

masyarakat Indonesia sebagai makanan pokok adalah beras, singkong, ubi, jagung, talas, dan sagu. Karbohidrat menghasilkan 4 kkal/gram. Angka kecukupan karbohidrat sebesar 50-65% dari total energi. Karbohidrat yang tidak mencukupi di dalam tubuh akan digantikan dengan protein untuk memenuhi kecukupan energi (7).

6) Asupan Lemak

Konsumsi lemak paling sedikit adalah 10% dari total energi. Lemak menghasilkan 9 kkal/gram. Lemak relatif lebih lama dalam sistem pencernaan tubuh manusia. Berdasarkan PUGS, anjuran konsumsi lemak tidak melebihi 25% dari total energi dalam makanan sehari-hari. Sumber utama lemak adalah minyak tumbuh-tumbuhan, seperti minyak kelapa, kelapa sawit, kacang tanah, jagung, dan sebagainya. Sumber lemak utama lainnya berasal dari mentega, margarin, dan lemak hewan (7).

7) Tingkat Pendidikan

Pendidikan memiliki kaitan yang erat dengan pengetahuan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka sangat diharapkan semakin tinggi pula pengetahuan orang tersebut mengenai gizi dan kesehatan. Seseorang yang memiliki tingkat pendidikan tinggi, akan mudah dalam menyerap dan menerapkan informasi gizi, sehingga diharapkan dapat menimbulkan perilaku dan gaya hidup yang sesuai dengan informasi yang didapatkan mengenai gizi dan kesehatan. Tingkat pendidikan sangat berpengaruh terhadap derajat kesehatan (7).

8) Pendapatan

Pendapatan merupakan salah satu faktor yang memengaruhi status gizi, Pendapatan seseorang akan menentukan kemampuan orang tersebut dalam memenuhi kebutuhan makanan sesuai dengan jumlah yang diperlukan oleh tubuh. Apabila makanan yang dikonsumsi tidak memenuhi jumlah zat-zat gizi dibutuhkan oleh tubuh, maka dapat mengakibatkan perubahan pada status gizi seseorang (9).

9) Pengetahuan

Tingkat pendidikan seseorang sangat mempengaruhi tingkat pengetahuannya akan gizi. Perlu diingat bahwa rendah-tingginya pendidikan seseorang juga turut menentukan mudah tidaknya orang tersebut dalam menyerap dan memahami pengetahuan gizi yang mereka peroleh. Berdasarkan hal ini, kita dapat menentukan metode penyuluhan gizi yang tepat. Di samping itu, dilihat dari segi kepentingan gizi keluarga, pendidikan itu

sendiri amat diperlukan agar seseorang lebih tanggap terhadap adanya masalah gizi di dalam keluarga dan dapat mengambil tindakan secepatnya (8).

C. Penilaian Status Gizi

Parameter antropometri merupakan dasar dari penilaian status gizi. Kombinasi antara beberapa parameter disebut Indeks Antropometri. Di Indonesia ukuran baku hasil pengukuran dalam negeri belum ada, maka untuk berat badan dan tinggi badan digunakan baku *HAVARD* yang disesuaikan untuk Indonesia (100% baku Indonesia = 50 persentile baku Havard) (12).

Tabel 1. Kategori Pengukuran Gizi pada Anak

Indeks	Status Gizi	Ambang Batas
BB/U	Gizi Lebih	Z score $> + 2$ SD
	Gizi Baik	Z score $\geq - 2$ SD s/d $+ 2$ SD
	Gizi Buruk + <i>Stunting</i>	Z score $< - 2$ SD s/d $\geq - 3$ SD
	Gizi Buruk	Z score $< - 3$ SD
TB/U	Normal	Z score $\geq - 2$ SD
	Pendek	Z score $< - 2$ SD
BB/TB	Gemuk	Z score $> + 2$ SD
	Normal	Z score $\geq - 2$ SD s/d $+ 2$ SD
	Kurus	Z score $< - 2$ SD s/d $\geq - 3$ SD
	Sangat Kurus	Z score $< - 3$ SD

D. Definisi *Stunting*

Stunting/pendek merupakan kondisi kronis yang menggambarkan terhambatnya pertumbuhan karena malnutrisi dalam jangka waktu yang lama. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak, pengertian pendek dan sangat pendek adalah status gizi yang didasarkan pada Indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) yang merupakan istilah *stunted* (pendek) dan *severely stunted* (sangat pendek). Balita pendek adalah balita dengan status gizi berdasarkan panjang atau tinggi badan menurut umur bila dibandingkan dengan standar baku WHO, nilai *Z-score* nya kurang dari $-2SD$ dan dikategorikan sangat pendek jika nilai *Z-score* nya kurang dari $-3SD$ (6).

Stunting adalah masalah kurang gizi kronis yang disebabkan oleh asupan gizi yang kurang dalam waktu cukup lama akibat pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi. *Stunting* dapat terjadi mulai janin masih dalam kandungan dan baru nampak saat anak berusia dua tahun. *Stunting* yang telah terjadi bila tidak diimbangi

dengan *catch-up growth* (tumbuh kejar) mengakibatkan menurunnya pertumbuhan, masalah *stunting* merupakan masalah kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan meningkatnya risiko kesakitan, kematian dan hambatan pada pertumbuhan baik motorik maupun mental (10).

E. Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Kejadian *Stunting*

WHO (2013) membagi penyebab terjadinya *stunting* pada anak menjadi 4 kategori besar yaitu :

1) Faktor Keluarga dan Rumah Tangga

Faktor keluarga dan rumah tangga dibagi lagi menjadi faktor maternal dan faktor lingkungan rumah. Faktor maternal berupa nutrisi yang kurang pada saat prekonsepsi, kehamilan dan laktasi, tinggi badan ibu yang rendah, infeksi, kehamilan pada usia remaja, kesehatan mental, *Intrauterine Growth Retardation* (IUGR) dan kelahiran preterm, jarak kelahiran yang pendek dan hipertensi. Faktor lingkungan rumah berupa stimulasi dan aktivitas anak yang tidak adekuat, perawatan yang kurang, sanitasi dan pasokan air yang tidak adekuat, akses dan ketersediaan pangan yang kurang, alokasi dalam rumah tangga yang tidak sesuai dan edukasi pengasuh yang rendah (11).

2) Faktor Makanan Tambahan dan Komplementer yang Tidak Adekuat

Faktor penyebab *stunting* yang kedua adalah makanan komplementer yang tidak adekuat, dan dibagi menjadi tiga, yaitu kualitas makanan yang rendah, cara pemberian yang tidak adekuat dan keamanan makanan dan minuman (7).

3) Faktor Menyusui

4) Faktor Infeksi

Faktor infeksi klinis dan sub klinis, seperti infeksi pada usus, antara lain diare, *enviromental enteropathy*, infeksi cacing, infeksi pernafasan (ISPA) dan malaria menjadikan nafsu makan yang kurang akibat infeksi dan inflamasi. Infeksi bisa berhubungan dengan gangguan gizi melalui beberapa cara, yaitu mempengaruhi nafsu makan, menyebabkan kehilangan bahan makanan karena muntah – muntah/diare, dan mempengaruhi metabolisme makanan (11).

F. Penatalaksanaan Gizi Kurang

Prinsip pemberian makanan tambahan Pemulihan pada dasarnya harus mengacu pada konsep kepadatan energi dan nilai energi dari protein yang dikandungnya atau PER

(*Protein Energi Ratio*) (5). Penanganan balita gizi kurang adalah : (1) Pemberian PMT Pemulihan padat gizi, 350 kkal dengan protein 15 gselama 90 hari; (2) Baduta dari keluarga miskin (6-24) bulan diberikan MP-ASI sebagai makanan tambahan; (3) Penyuluhan dan demo cara persiapan pemberian PMT pemulihan; (4) Konseling makanan bayi dan anak (ASI, MP-ASI, PMT). Pantau pertumbuhan di Posyandu setiap bulan serta stimulasi; (5) Bila dalam 2 bulan tidak ada kenaikan BB atau BGM, segera lakukan konfirmasi BB/TB.

G. Penatalaksanaan Klinis *Stunting*

Pemenuhan zat gizi yang adekuat, baik gizi makro maupun gizi mikro sangat dibutuhkan untuk menghindari atau memperkecil risiko *stunting*. Kualitas dan kuantitas MP-ASI yang baik merupakan komponen penting dalam makanan karena mengandung sumber gizi makro dan mikro yang berperan dalam pertumbuhan linear. Pemberian makanan yang tinggi protein, calcium, Vitamin A, dan zinc dapat memacu tinggi badan anak. Pemberian asupan gizi yang adekuat berpengaruh pada pola pertumbuhan normal sehingga dapat mengejar (*catch up*) (11).

10. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil studi kasus keluarga binaan tentang gizi kurang dan *stunting* usia 34 bulan di Nibong Kabupaten Aceh Utara tahun 2022 di dapatkan bahwa :

- a. Faktor risiko terjadinya gizi kurang dan *stunting* pada Pasien An. AH adalah faktor tingkat pengetahuan dan pendidikan orangtua, lingkungan, perilaku, dan ekonomi yang minim.
- b. Pasien An. AH di diagnosa gizi kurang dan *stunting* berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan antropometri. Pada anamnesis diketahui bahwa An. AH dengan keluhan berat badan tidak naik dan tidak selera makan. Pemeriksaan status gizi pasien berdasarkan *Z-score* yaitu gizi kurang menurut pengukuran BB/U, *Stunted* menurut pengukuran TB/U, kurus menurut pengukuran BB/TB, dan gizi kurang berdasarkan IMT/U.

Pada kasus ini An. AH diberikan terapi edukasi dan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dan vitamin.

Daftar Pustaka

1. Almtsier, S. 2009. Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
2. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2007. Pedoman Pengukuran dan Pemeriksaan. Depkes RI. Jakarta.
3. Direktorat Gizi Masyarakat. 2016. Buku Saku Pemantauan Status Gizi dan Indikator Kinerja Gizi Tahun 2015. Kemenkes RI. Jakarta. Direktorat Gizi Masyarakat. 2017. Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) dan Penjelasannya Tahun 2016. Kemenkes RI. Jakarta.
4. Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat FKMUI. Gizi Dan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada; 2007
5. Kemenkes. 2010. Peraturan Menteri Kesehatan RepublikIndonesia Nomor :1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak. Direktorat Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta :
- 4.Kemenkes RI. 2012. Buku Kesehatan Ibu dan Anak. Kementerian Kesehatan dan JICA. Jakarta.
6. Kemenkes RI. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015.
7. Oktarina Z. Hubungan Berat Lahir dan Faktor-Faktor Lainnya dengan Kejadian *Stunting* pada Balita Usia 24-59 Bulan di Provinsi Aceh, Sumatera Utara, Sumatera Selatan, dan Lampung pada Tahun 2010. Jakarta: Universitas Indonesia; 2012.
8. Pariyadi D, Ekayanti I, 2011.Analisis pengaruh perilaku keluarga sadar gizi terhadap stunting di Propinsi Kalimantan Barat, Teknologi dan Kejuruan 34 :1,;71-80.
9. Panisa P. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting pada Balita Usia 25-60 bulan di Kelurahan Kalibaru Depok Tahun 2012 [SKRIPSI]. Depok: Universitas Andalas; 2012.2.
10. Kemenkes RI 2016. Profil kesehatan Indonesia Tahun 2016. Available at: <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-Indonesia-2016.pdf>
11. *World Health Organization*. WHO Child Growth Standards and The Identification of Severe Acute Malnutrition in Infants and Children. 2010.
12. Supariasa IDN. 2012. Penilaian Status Gizi. Jakarta: EGC.