



Studi Kasus Gizi Buruk Dengan Tuberkulosis Paru Pada Anak Usia 10 Bulan Di Desa Teumpok Tungku Puskesmas Meurah Mulia Tahun 2023

Ayu Permata Sari Br Tarigan¹ Ghisca Chairiyah Ami² Noviana Zara^{3*}

^{1,2}Mahasiswa Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, Lhokseumawe, 24351, Indonesia

²Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, Lhokseumawe, 24351, Indonesia

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

Abstrak

Gizi buruk adalah kondisi kekurangan energi dan protein tingkat berat akibat kurang mengkonsumsi makanan yang bergizi dan menderita sakit yang begitu lama. Gizi buruk umumnya terjadi pada anak usia di bawah lima tahun (Balita) yang disebabkan oleh banyak faktor. Balita gizi buruk sangat rentan terkena penyakit infeksi, dimana lebih besar risiko untuk berkembangnya penyakit TB yang lebih parah terutama usia dibawah 2 tahun. Seringkali gizi buruk disebabkan oleh penyakit infeksi, sehingga harus dilakukan penanganan secara cepat, tepat, dan terintegrasi antara rawat inap dan rawat jalan. Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan bahwa terdapat 10,2% balita gizi kurang (*wasting*) dan 3,5% diantaranya gizi buruk (*severe wasting*). Kondisi ini menunjukkan masalah gizi buruk dan gizi kurang di Indonesia menurut kriteria WHO masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dengan kategori "tinggi". Penelitian ini merupakan sebuah studi kasus terhadap seorang anak balita An. M berusia 10 bulan di Desa Teumpok Tungku tahun 2023. Studi kasus ini dilakukan dengan cara observasi pasien melalui pendekatan *home visite*. Diagnosis gizi buruk ditegakkan berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik. Setelah diagnosis ditegakkan pasien diberikan tatalaksana secara komprehensif. Dilakukan edukasi dan pemantauan pada anak dan keluarga dengan hasil perbaikan di akhir kunjungan. Pada kunjungan pertama didapatkan BB pasien 5,8 kg, kunjungan kedua 5,9 kg, kunjungan ketiga 6,1 kg. Kesimpulan studi kasus ini didapatkan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kejadian gizi buruk pada anak tersebut, diantaranya adalah tingkat pengetahuan orangtua, ekonomi keluarga, lingkungan rumah, penyakit infeksi dan terkait pelayanan kesehatan seperti kurangnya promosi kesehatan.

Kata Kunci : Gizi Buruk, TB Paru



Abstract

Malnutrition is a condition of severe lack of energy and protein resulting from not consuming nutritious food and suffering from prolonged illness. Malnutrition generally occurs in children under five years of age (toddlers) caused by many factors. Malnourished toddlers are very vulnerable to infectious diseases, where there is a greater risk of developing more severe TB disease, especially those under 2 years of age. Often malnutrition is caused by infectious diseases, so treatment must be carried out quickly, precisely, and integrated between inpatient and outpatient care. Basic Health Research data for 2018 shows that 10.2% of children under five are undernourished (wasting) and 3.5% of them are severely malnourished (severe wasting). This condition shows that the problem of malnutrition and undernutrition in Indonesia according to WHO criteria is still a public health problem in the "high" category. This research is a case study of a toddler An. M is 10 months old in Teumpok Tungku Village in 2023. This case study was conducted by observing patients through a home visit approach. The diagnosis of malnutrition is based on history and physical examination. After the diagnosis is established, the patient is given comprehensive management. Conduct education and monitoring of children and families with improvement results at the end of the visit. At the first visit, the patient's weight was 5.8 kg, the second visit was 5.9 kg, the third visit was 6.1 kg. The conclusion of this case study found that there were several factors that influenced the incidence of malnutrition in these children, including the level of parental knowledge, family economy, home environment, infectious diseases and related health services such as lack of health promotion.

Keywords: *Malnutrition, Pulmonary TB*

1. PENDAHULUAN

Gizi buruk merupakan keadaan gizi balita yang ditandai dengan kondisi sangat kurus, disertai atau tidak edema pada kedua punggung kaki, berat badan menurut panjang badan atau berat badan dibanding tinggi badan kurang dari -3 standar deviasi dan/atau lingkaran atas kurang dari 11,5 cm pada Anak usia 6-59 bulan. Gizi buruk menjadi masalah kesehatan masyarakat global yang terkait dengan biaya perawatan kesehatan yang tinggi, dan peningkatan morbiditas dan mortalitas.(1) Sekitar 45% kematian di antara anak-anak di bawah usia 5 tahun dapat dikaitkan dengan gizi buruk.(2)

Gizi buruk dapat meningkatkan angka kesakitan dan kematian serta meningkatkan risiko terjadinya stunting. Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan prevalensi *wasting* pada balita sebesar 10,2% dan 3,5% atau sekitar 805.000 balita diantaranya merupakan *severe wasting* (gizi buruk).(3) Lebih lanjut, gizi buruk dapat menurunkan kemampuan sensorik-motorik, fungsi reproduksi dan meningkatkan kerentanan anak terhadap infeksi dan penyakit keturunan, seperti diabetes.(4) Selain itu, gizi buruk men
n kenaikan biaya perawatan kesehatan, penurunan produktivitas di masa dewasa,

dan penyusutan pembangunan ekonomi, yang dapat mengakibatkan siklus kemiskinan dan penyakit jangka panjang.(5) Gizi buruk pada anak sebagian besar terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah, terutama karena kemiskinan, yang terkait dengan praktik pemberian makan yang kurang optimal, kondisi sanitasi yang buruk, dan layanan perawatan kesehatan yang tidak memadai.(6) Upaya penanggulangan gizi buruk dilakukan dengan pencegahan melalui penemuan dini dan memobilisasi masyarakat serta penanganan sesuai dengan tata laksana kasus, yang terintegrasi baik dengan pelayanan rawat jalan maupun rawat inap

2. LAPORAN KASUS

2.1 Identitas Pasien

Nama	: An. M
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Tanggal lahir/Umur	: 02 Februari 2022 (10 bulan)
Anak ke	: Kedua
Agama	: Islam
Warga Negara	: Indonesia
Suku Bangsa	: Suku Aceh
Pendidikan terakhir	: Belum Sekolah
Alamat	: Dusun Lampoh Kuta Desa Teumpok Tungku
Tanggal Pemeriksaan	: 21 Desember 2022
Tanggal <i>Home visit</i>	: 21 Desember 2022, 27 Desember 2022, 02 Januari 2023

2.2 Anamnesis

2.2.1 Keluhan Utama

Berat badan kurang

2.2.2 Keluhan Tambahan

Kurang nafsu makan, pasien mudah sakit (demam berulang)

2.2.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang dengan keluhan nyeri pada kedua lutut terutama lutut sebelah kiri yang dialami pasien sejak 1 minggu yang lalu. Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, dirasakan

hilang timbul. Nyeri biasanya timbul pada saat naik turun tangga, saat perpindahan posisi dari duduk di kursi roda lalu berdiri ataupun sebaliknya, dan saat melipat kaki. Nyeri hilang setelah istirahat beberapa saat. Keluhan nyeri seperti ini sudah dirasakan pasien sejak sekitar 3 tahun yang lalu dan tampak pada kaki kanan ukurannya lebih kecil daripada kaki kiri. Pasien mengaku melakukan aktivitas sehari-hari dengan kursi roda, jarang menggunakan kaki sehingga pasien mengalami keterbatasan dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Pasien juga mengeluhkan kaku pada lutut terutama setelah bangun tidur, pada saat kaku ini muncul kedua kaki tidak bisa digerakkan, nyeri pada pinggang terutama sebelah kiri, pasien juga mengeluhkan kebas hilang timbul pada kedua paha sampai ke jari kaki. Riwayat jatuh sebelumnya disangkal oleh pasien.

2.2.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat infeksi paru (+ tuberkulosis paru sejak umur 4 bulan)

Riwayat kejang demam (+ sejak usia kurang dari 3 bulan)

Riwayat demam, batuk, dan pilek berulang (+)

Riwayat campak (disangkal)

Riwayat diare kronik (disangkal)

2.2.5 Riwayat Penggunaan Obat

Pasien sebelumnya telah mendapatkan obat TB paru, dan Ibu pasien biasanya membawa pasien ke puskesmas untuk mendapatkan pengobatan setiap kali pasien demam.

2.2.6 Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat malnutrisi dalam keluarga (disangkal)

Riwayat penyakit infeksi akut atau kronik dalam keluarga (disangkal)

2.2.7 Riwayat Kehamilan dan Persalinan

Ibu pasien mengikuti ANC 1 kali trimester pertama, 1 kali trimester kedua dan 2 kali trimester ketiga. Pasien tidak memiliki masalah kesehatan yang berat selama kehamilan. Ibu Pasien rutin mengonsumsi suplementasi tablet Fe selama kehamilan. Pasien merupakan anak kedua, dilahirkan cukup bulan secara normal dan ditolong oleh bidan dengan berat lahir 3000 gr.

2.2.8 Riwayat Makanan

Pasien mendapat ASI sejak mulai lahir hingga saat ini. Sejak usia 6 bulan pasien diberi makanan pendamping ASI (MPASI), pasien hanya makan berupa bubur saring. Keluarga makan sehari 3 kali dengan nasi, dengan sayur dan lauk, jarang dengan buah. Berdasarkan informasi dari ibu pasien An.M hanya mendapatkan makanan tambahan berupa bubur kacang hijau pada saat posyandu.

2.2.9 Riwayat Tumbuh Kembang

Perkembangan pasien secara umum tidak sesuai dengan rata-rata anak lainnya. Ibu pasien mengatakan pasien bisa telungkup umur 6 bulan.

2.2.10 Riwayat Imunisasi

Pasien tidak mendapatkan imunisasi dasar apapun karena ibu merasa pasien terlalu sering demam.

2.2.11 Riwayat Sosial dan Ekonomi

Ayah pasien (Tn. A) berusia 38 tahun adalah seorang mekanik sepeda motor dan Ibu pasien (Ny.R) 31 tahun seorang ibu rumah tangga (IRT). Anak pertama (An. A) perempuan usia 6 tahun dan sudah sekolah. Tn. S sehari-hari bekerja sebagai mekanik sepeda motor di bengkel milik sendiri. Total pendapatan tidak menentu dengan kisaran Rp1.000.000/bulan. Anggota keluarga yg memiliki penghasilan hanya Tn.A.

2.2.12 Riwayat Lingkungan

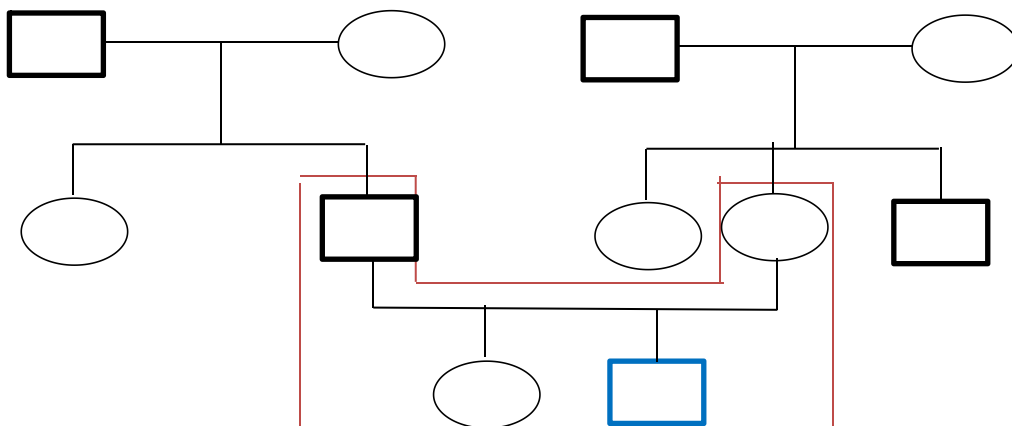


Keterangan:

1. Rumah berdinding beton (semen) milik keluarga dengan ukuran rumah pasien : 6.50 x 4.30 m² terdiri dari 1 kamar tidur, 1 ruang tamu/keluarga dan sebagai dapur, 1 ruang kerja ayah pasien sebagai mekanik (bengkel). Dinding ruang tamu, dapur dan kamar dan gudang terbuat dari beton. Atap rumah terbuat dari seng dan ditutup papan kayu sebagai asbes, lantai dilapisi semen keramik pada ruang tamu dan kamar tidur, untuk dapur lantai tanah. Terdapat 1 buah jendela dari kamar tidur menghadap ruang keluarga/dapur. Rumah dialiri arus listrik.
2. Kamar mandi berjumlah 1 yang berada didalam rumah, digunakan untuk mandi dan buang air besar. Di sekeliling rumah tidak ada selokan. Tempat pembuangan sampah ada, sehingga keluarga pasien langsung membakar sampah setelah dikumpulkan atau dikumpul disamping rumah.
3. Sumber air bersih berasal dari sumur gali dengan keadaan air yang cukup bersih dan air isi ulang, juga digunakan untuk sumber air minum dan memasak.
4. Jarak rumah dari Puskesmas sekitar ± 5 Km

3. PROFIL KELUARGA

Keluarga terdiri dari 4 orang yang menempati satu rumah dengan kepala keluarga/ayah pasien bernama Tn. A berusia 38 tahun, ibu pasien bernama Ny.R berusia 31 tahun, Anak pertama An. A Perempuan usia 6 tahun. Pendidikan terakhir ayah dan ibu pasien adalah SMA.



Gambar 10 Genogram

Keterangan:

-  : Laki-laki
 : Perempuan
 : Pasien
 : satu rumah
 satu rumah

No.	Nama	Kedudukan Dalam keluarga	Jenis kelamin	Umur	Pekerjaan
1.	Tn. A	Kepala keluarga	Laki-laki	8 tahun	Montir
2.	Ny. R	Istri	Perempuan	32 tahun	IRT
3.	An. A	Anak	Perempuan	6 tahun	Belum bekerja
4.	An. M (Pasien)	Anak	Laki-laki	10 bulan	Belum bekerja

Tabel 1 Penilaian Status Sosial Dan Kesejahteraan Hidup

Status kepemilikan rumah : **Pribadi**

Daerah perumahan : **Berjarak ± 5 meter/rumah**

Karakteristik Rumah dan Lingkungan	Kesimpulan
Rumah tidak bertingkat dengan luas : 6,50 m x 4,30 m Jumlah penghuni dalam satu rumah : 4 orang Luas halaman rumah : Depan 4 m x 3 m Atap rumah dari: seng Lantai rumah dari : semen (keramik) Dinding rumah dari : beton Jumlah kamar : 1 Jumlah kamar mandi : 1 (di dalam rumah) Jendela dan ventilasi : tidak ada Jamban keluarga : 1 (di dalam rumah) Penerangan listrik : 2 Ampere Sumber air bersih : Sumur Tempat pembuangan sampah : di belakang rumah	Keluarga pasien tinggal di rumah sendiri dengan kepemilikan milik pribadi yang dihuni oleh 4 orang. Pasien tinggal di daerah perumahan yang tidak padat penduduk. Rumah pasien memiliki jamban yang digunakan bersama didalam rumah dan tidak memiliki jendela maupun ventilasi. Sumber air bersih berasal dari sumur. Luas rumah pasien tidak sesuai dengan jumlah penghuni (±9 m ² /per-orang)

Penilaian Perilaku Kesehatan Keluarga

Jenis tempat berobat : Puskesmas

Asuransi / Jaminan Kesehatan : BPJS

Tabel 2 Sarana Pelayanan Kesehatan

Faktor	Keterangan	Kesimpulan
Cara mencapai pusat pelayanan Kesehatan	Keluarga menggunakan kendaraan pribadi (sepeda motor) menuju fasilitas kesehatan (Puskesmas)	Dikarenakan jarak antara Puskesmas dengan rumah pasien ±5 Km, maka keluarga pasien rutin berobat ke Puskesmas. Untuk biaya pengobatan keluarga pasien menggunakan BPJS setiap kali datang berobat dan

Tarif pelayanan kesehatan	Menurut keluarga tidak ada biaya pelayanan kesehatan yang dilakukan di Puskesmas	pelayanan yang dirasakan keluarga pasien cukup memuaskan karena terlayani dengan baik..
Kualitas pelayanan kesehatan	Menurut keluarga kualitas pelayanan kesehatan yang didapat memuaskan.	

4. POLA KONSUMSI PASIEN

Pasien memiliki riwayat susah makan, kebiasaan makan MP-ASI yang disaring 2-3 suap sekali makan dalam waktu 3 kali dalam sehari, namun ASI aktif diberikan >4 kali dalam sehari. Ibu pasien mengatakan tidak mendapatkan RUTF (*Ready to Use Therapeutic Food*) dari Puskesmas. Orang tua pasien mengatakan kebersihan makanan selalu dijaga dengan selalu membersihkan bahan makanan yang akan olah terlebih dahulu sebelum di masak. Dan ibu pasien juga memasak makanan hingga matang.

5. HASIL PEMERIKSAAN

5.1 Status Generalikus

a. Keadaan umum: baik

Kesan sakit : sedang

Kesadaran : Compos mentis

b. Vital sign

Nadi : 83 x / menit, regular

Suhu badan : 36,4 C

Pernafasan : 22 x / menit

c. Antropometri khusus

Lingkar lengan : 11,5 cm (gizi kurang)

Lingkar kepala : 41 cm

Lingkar dada : 41,5 cm

Lingkar perut : 34 cm

Berat badan : 5,8 kg

Panjang badan : 69,8 cm

BB/U : < -3 SD (berat badan sangat kurang)

PB/U : -2 SD sd +3 SD (normal)

BB/PB : < -3 SD (gizi buruk)

5.2 Keadaan Spesifik

Kepala	Simetris, normosefali, rambut hitam tidak mudah dicabut, ubun-ubun tidak menonjol
Wajah	Edema (-), kulit sawo matang
Mata	Konjungtiva anemis (-/-), sclera ikterik (-/-), palpebra edema (-/-), ptosis (-/-), eksoftalmus (-/-)
Telinga	Normotia (+/+), Sekret (-/-)
Hidung	Simetris (+), Sekret (-/-) cair
Mulut	Mukosa bibir tampak pucat (-) sianosis (-)
Leher	Simetris, perbesaran tiroid (-), perbesaran KGB (-)
	Paru
	Inspeksi: normochest, simetris
	Palpasi: stem fremitus normal (kanan = kiri)
	Perkusi: sonor pada kedua lapangan paru
	Auskultasi: SP: vesikuler (+/+), wheezing (-/-), rhonki (-/-)
Thoraks	Jantung
	Inspeksi: ictus cordis tidak tampak
	Palpasi: ictus cordis tidak teraba
	Perkusi: Tidak dilakukan
	Auskultasi: murmur (-), gallop (-)
	Inspeksi: distensi (-), pelebaran vena (-)
Abdomen	Palpasi: soepel (+)
	Perkusi: timpani
	Auskultasi: peristaltic (+), normal
Genitalia	Tidak dilakukan pemeriksaan
Ekstremitas	Akral hangat (+/+), sianosis (-)

6. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Darah rutin (tidak dilakukan), Feses rutin (tidak dilakukan)

Rontgen toraks AP dan lateral (telah dilakukan pada 17 Juni 2022 di Rumkit TK IV)



7. DIAGNOSIS BANDING DAN DIAGNOSA KERJA

Marasmus + TB Paru

Kwarsiokor + TB Paru

Marasmus-kwarsiokor + TB Paru

Diagnosa Kerja: Gizi buruk + TB Paru

8. TATALAKSANA

Promotif

- a. Memberikan edukasi mengenai gizi buruk dan tb paru pada anak, meliputi pengertian, penyebab dan mekanisme hingga komplikasi yang akan timbul
- b. Menyarankan anggota keluarga untuk mengonsumsi makanan yang bergizi sesuai dengan Pedoman Umum Gizi Seimbang dengan memberikan leaflet sehingga bisa dibaca dan difahami oleh keluarga pasien
- c. Memberikan penjelasan mengenai cara penanganan gizi buruk dengan perubahan sikap dan perilaku anggota keluarga. Lingkungan sekitar juga harus diperhatikan untuk mencegah penyakit infeksi yang dapat menyebabkan nafsu makan berkurang
- d. Menyarankan untuk mengikuti program kesehatan yang ada setiap bulan di Posyandu
- e. Memberikan penjelasan tentang perilaku hidup bersih dan sehat, jamban sehat, serta program 3M

Preventif

- a. Menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).
- b. Deteksi dini sekiranya penderita atau anggota keluarga yang lain terjangkit penyakit yang disebabkan oleh kurangnya gizi dalam jangka waktu yang panjang. Misalnya, melakukan penimbangan berat badan.
- c. Mendapatkan pengobatan sedini mungkin jika pasien sakit. Pengobatan yang cepat dan tepat dapat mengurangi morbiditas dan meningkatkan produktivitas semua anggota keluarga.
- d. Membuka dan menutup jendela kamar secara rutin.

Tabel 3 Rekomendasi Daftar Menu Seimbang

Waktu makan	Kerangka menu	Hidangan	Bahan makanan
Sesuka bayi		ASI	
08.00 WIB	Makanan pokok	Bubur saring ayam, tahu dan bayam	3 sdm beras, cuci bersih 50 gram daging ayam giling 3 gls air matang ½ buah tahu Bayam (variatif) 1 sdt minyak
10.00 WIB	Selingan/snack Makanan pokok	Biskuit Bubur saring hati ayam, tahu dan bayam (variatif)	Biskuit PMT 3 sdm beras, cuci bersih 50 gram daging ayam giling (variatif) 3 gls air matang ½ buah tahu Bayam (variatif) 1 sdt minyak
12.00 WIB			
15.00 WIB	Selingan/snack	Biskuit Bubur kacang hijau (variatif)	Biskuit PMT Kacang hijau Santan Gula pasir
17.00 WIB	Makanan pokok	Bubur saring ayam, tahu dan bayam	3 sdm beras, cuci bersih 50 gram daging ayam giling (variatif) 3 gls air matang ½ buah tahu Bayam (variatif) 1 sdt minyak
Sesuka bayi		ASI	

Kuratif

1. Diet yang berisi jumlah cukup protein, Diet tinggi kalori, protein, mineral dan vitamin
2. Pemberian terapi cairan dan elektrolit
3. Pengkajian riwayat status sosial ekonomi, kaji riwayat pola makan, pengkajian antropometri, kaji manifestasi klinis, timbang berat badan, memantau tanda-tanda vital
4. Edukasi jadwal dan pola makan berdasarkan kebutuhan BB ideal
5. Lanjutkan pemberian makanan tambahan
6. Pemberian Vitamin Curcuma Syr 3x1 cth
7. Pada fase intensif : Target yang dicapai yaitu menyesuaikan kemampuan pasien menerima makanan hingga ia mampu menerima diet tinggi energi dan tinggi protein (TETP).
8. Fase Rehabilitasi: Tujuan memberikan makanan pada fase ini untuk mengajar

pertumbuhan. Untuk anak dengan BB < 7 kg, diberikan makanan bayi / lumat padat gizi.

- Kebutuhan energi perhari: 200 kkal/kgBB/ hari → $200 \times 5,8 \text{ kg} = 11.600$ kkal/hari
- Kebutuhan protein 4-6 gr/ kgBB → 23,2 gr
- Kebutuhan cairan 200 ml/kgBB/ hari → 11.600 ml (lemak minimal 40% dari total energi)
- Sumber protein utama adalah susu yang diberikan secara bertahap dengan keenceran 1/3, 2/3, dan 3/3, masing-masing tahap selama 2-3 hari. Untuk meningkatkan energi ditambahkan 5% glukosa

Rehabilitatif

- a. Makan makanan dengan gizi seimbang.
- b. Pemberian susu sampai usia 2 tahun.
- c. Monitoring tumbuh kembang setiap datang ke posyandu/ Puskesmas setiap bulan
- d. Pemberian kapsul Vitamin A sesuai jadwal (2 kali dalam setahun yaitu bulan Februari dan Agustus) dan suplemen lainnya

9. PROGNOSIS

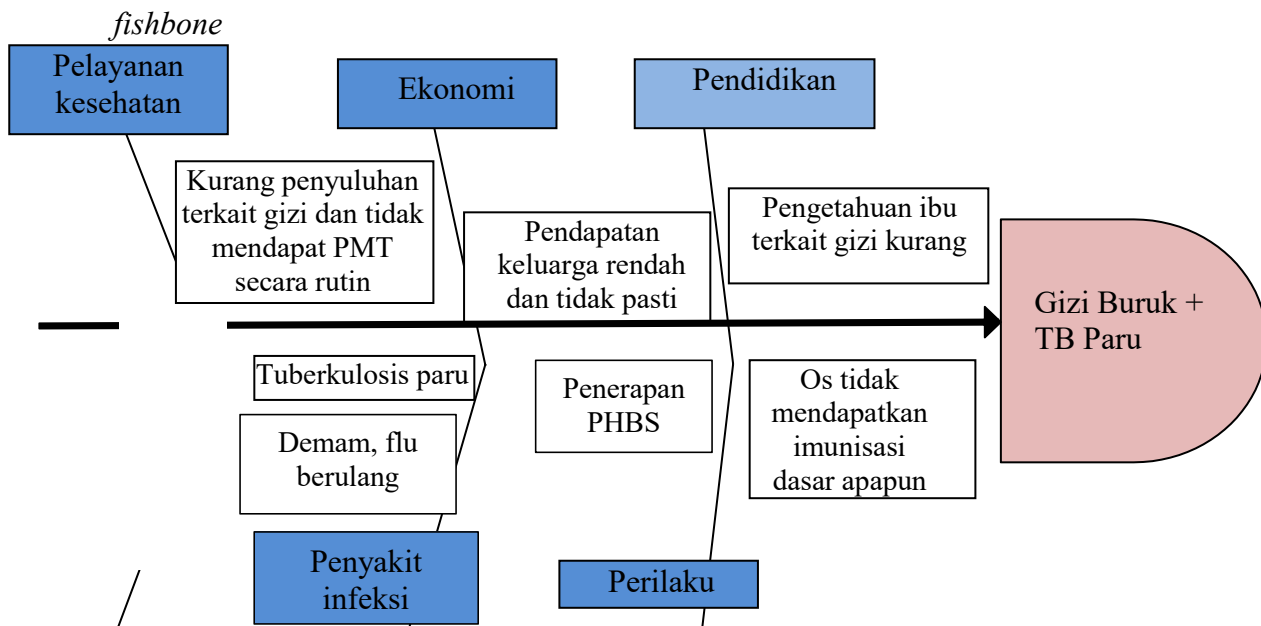
Quo Ad vitam : Dubia ad bonam

Quo Ad fungsionam : Dubia ad bonam

Quo Ad sanationam : Dubia ad bonam

10. PEMBAHASAN

Determinan penyebab gizi kurang pada pasien iniseperti terlihat di diagram



Gizi buruk yang merupakan masalah penting di semua negara-negara miskin dan berkembang bertanggung jawab terhadap 60 persen kematian balita. Jumlah balita gizi buruk dan kurang menurut hasil Riskesdas 2018 masih sebesar 17,7%. Salah satu dari 10 provinsi terbesar menyumbang kasus gizi buruk adalah provinsi Aceh dengan presentase 26,3%. Provinsi Aceh merupakan provinsi ke tujuh sebagai penyumbang kasus gizi buruk dan kurang terbanyak. Pada 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%). Seseorang yang hanya tamat SD belum tentu kurang mampu menyusun makanan yang memenuhi syarat, pada kasus ini ibu pasien tamat SMA. Karena bila orang tersebut rajin mendengarkan siaran pedesaan atau selalu turut serta dalam penyuluhan gizi, tidak mustahil pengetahuannya akan lebih baik. Walaupun demikian tingkat pendidikan turut pula menentukan mudahnya seseorang menerima nasehat atau pesan – pesan gizi, sehingga dalam memberikan penyuluhan perlu dipertimbangkan dalam memilih metode penyuluhan yang tepat. Berdasarkan kasus ini, ibu pasien mengaku jarang mencari tau maupun mendengarkan terkait pemberian gizi pada anak (36).

1. Ekonomi

Kemiskinan merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya masalah gizi buruk di Indonesia. Kemiskinan yang dialami dapat membuat masyarakat kekurangan akses terhadap pendidikan, pelayanan kesehatan, pekerjaan, perlindungan terhadap keluarga, serta akses ke pelayanan publik. Salah satu faktor yang berpengaruh terhadap masalah gizi adalah budaya (37).

Status ekonomi keluarga yang rendah dianggap memiliki pengaruh yang dominan terhadap status gizi kurus dan pendek. Sebaliknya, keluarga yang memiliki status ekonomi baik dapat menyediakan semua kebutuhan primer maupun sekunder bagi anak. Selain itu, keluarga yang berstatus ekonomi baik juga memiliki akses pelayanan yang lebih baik dibandingkan keluarga dengan status ekonomi rendah. Anak pada keluarga dengan status ekonomi rendah cenderung mengkonsumsi makanan dalam segi kuantitas, kualitas, serta variasi yang kurang. Status ekonomi yang tinggi membuat seseorang memilih dan membeli makanan yang bergizi dan bervariasi. Kondisi ekonomi keluarga binaan termasuk kedalam ekonomi yang cenderung rendah dengan penghasilan perbulan \leq Rp 1.000.000 dan yang bekerja hanya kepala keluarga

1. Pelayanan Kesehatan

Penelitian menunjukkan bahwa ibu yang mempunyai anak dengan gizi buruk kurang aktif datang ke posyandu karena merasa kurang percaya diri sehubungan dengan kondisi anaknya. Sebagian ibu merasa tidak perlu datang ke pelayanan kesehatan jika anaknya sakit (misalnya batuk pilek) karena merasa bisa diobati dengan obat pasaran dan akan sembuh sendiri. Kemampuan suatu rumah tangga untuk mengakses pelayanan kesehatan berkaitan dengan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan serta kemampuan ekonomi untuk membayar biaya pelayanan. Ketidakterjangkauan pelayanan kesehatan dimungkinkan karena keluarga tidak mampu membayar serta kurang pendidikan dan pengetahuan sehingga menjadi kendala. Posyandu merupakan salah satu organisasi yang sampai saat ini masih beroperasi hampir di seluruh desa/kelurahan di Indonesia. Penelitian yang dilakukan oleh Aminuddin menunjukkan bahwa posyandu mampu mendorong pemantauan pertumbuhan anak. Sebagai wadah peran serta masyarakat, posyandu dilaksanakan oleh dan untuk masyarakat dalam hal menyelenggarakan sistem pelayanan pemenuhan kebutuhan dasar, dan peningkatan kualitas manusia. Salah satu upaya yang dapat dilakukan melalui pengembangan posyandu yang

sudah ada dengan mengedepankan pemberdayaan masyarakat dalam menangani masalah gizi dan kesehatan masyarakat. Untuk mencapai hasil yang optimal, pengetahuan kader selalu harus diperbarui dengan melakukan penyegaran agar tercipta rasa percaya diri dalam memberikan pelayanan. Selain hal tersebut pada Kader dilingkungan keluarga binaan jumlah kader yang menaungi satu desa berjumlah 1 orang. Minimnya jumlah kader menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi optimalisasi dari kinerja Puskesmas.

Pasien saat ini sudah dalam pemantauan Poli Gizi Puskesmas Meurah Mulia, namun berdasarkan pengakuan ibu pasien, An. M tidak pernah mendapatkan terapi RUTF (*Ready Usable Teraphy Food*) melainkan hanya bubur kacang setelah usia 6 bulan. *Ready Usable Teraphy Food* merupakan makanan yang tinggi energi dan protein yang dapat dikonsumsi untuk balita dengan masalah gizi. Jika dibandingkan dengan formula standart WHO, RUTF lebih efektif meningkatkan berat badan anak sampai 3,5 gr/kgBB/hari sementara formula standart WHO hanya meningkatkan 2gr/kgBB/hari. Tingkat mortalitas dan rentan kambuh pada anak yang diberi RUTF lebih rendah yakni 8,7% sementara pada anak yang diberi formula standart WHO 16,7%. Penelitian yang dilakuakn di Malawi, menunjukkan RUTF mempunyai angka recovery 95% lebih tinggi dibandingkan jagung kedelai.

2. Perilaku

Kejadian gizi buruk berkaitan dengan sikap ibu terhadap makanan. Sikap terhadap makanan berarti juga berkaitan dengan kebiasaan makan, kebudayaan masyarakat, kepercayaan dan pemilihan makanan. Selain hal tersebut, penyebab multifaktor lain diantaranya adalah pengetahuan gizi ibu, rendahnya perilaku keluarga yang sadar gizi (KADARZI) dan perilaku hidup bersih dan sehat oleh orang tua anak balita. 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 yang 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, tersedianya jumlah makanan yang cukup dan 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.

Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) merupakan kebiasaan untuk menerapkan kebiasaan yang baik, bersih dan sehat secara berhasil guna dan berdaya guna baik dirumah tangga, institusi-institusi maupun tempat-tempat umum. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat diamati dari 10 perilaku, yaitu pertolongan persalinan dengan tenaga kesehatan, ASI eksklusif, menimbang badan, fasilitas air bersih, kebiasaan cuci tangan, fasilitas jamban, pemberantasan jentik nyamuk, mengkonsumsi sayur dan buah, melakukan aktifitas fisik, dan kebiasaan merokok. Hal ini dapat dilihat pada keluarga pasien pada kasus ini yang tidak memenuhi kebutuhan gizi pasien sehari-hari, pemberian makan anak yang kurang tepat serta pengetahuan mengenai gizi seimbang yang kurang memadai. Selain hal tersebut perilaku Kadarzi dan Penerapan PHBS dalam kehidupan sehari-hari kurang baik seperti pola makan beragam, dan kebiasaan merokok ayah pasien yaitu sesekali merokok didalam rumah.

3. Penyakit infeksi

Penyebab langsung timbulnya gizi buruk atau kurang pada anak adalah makanan tidak seimbang dan penyakit infeksi. Kedua penyebab tersebut saling berpengaruh. Sebaliknya anak yang tidak memperoleh makanan cukup dan seimbang, daya tahan tubuhnya (imunitasnya) dapat melemah. Dalam keadaan ini anak mudah diserang infeksi dan kurang nafsu makan sehingga anak kekurangan makan, akhirnya berat badan menurun. Penyebab tidak langsung gizi buruk atau kurang yaitu ketahanan pangan dikeluarga, pola pengasuhan anak, serta pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan (36).

Penyakit TB merupakan penyakit menular yang dijumpai pada segala usia termasuk anak. Penyakit TB pada anak merupakan salah satu penyakit yang penting untuk dikaji dikarenakan 40%-50% dari seluruh populasi di negara berkembang tergolong anak dengan 500 ribu kasus TB anak per tahun. Selain itu Indonesia merupakan negara dengan kasus TB terbesar ketiga di dunia setelah India dan Tiongkok. Jumlah kematian akibat TB di Indonesia diperkirakan sekitar 93 ribu orang. Pada tahun 2017, jumlah kasus baru TB di Indonesia

sebanyak 420.994 kasus. Pada tahun 2015, proporsi kasus TB anak sebesar 9% dari semua kasus TB di Indonesia dengan 28.418 kasus. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara, jumlah kasus baru TB sebanyak 4.262 kasus dengan 1,99% di antaranya ialah kasus TB anak usia 0-14 tahun, sedangkan *angka Case Notification Rate (CNR)* ialah 221 per 100.000 penduduk (38). Beberapa faktor risiko seperti riwayat imunisasi, malnutrisi, usia muda, riwayat kontak, dan asap rokok sangat berperan penting baik dari tingkat individu maupun tingkat populasi. Selain itu faktor sosial ekonomi, lingkungan, dan perilaku juga terbukti meningkatkan kerentanan terhadap infeksi. Starke et al melaporkan bahwa anak berusia di bawah 2 tahun berisiko sangat tinggi (30%- 40%) untuk terkena TB progresif primer dalam jangka waktu satu tahun. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa anak yang terpajan asap rokok secara pasif mengalami peningkatan risiko TB aktif. Pada kasus ini, diketahui ayah pasien seorang perokok aktif dan sesekali merokok didalam rumah. Selanjutnya, faktor risiko TB paru pada anak yakni pemberian imunisasi BCG. Menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI), sebagian negara di dunia menggunakan vaksin BCG sebagai proteksi untuk mencegah infeksi MTB. Berdasarkan Program Pengembangan Imunisasi (PPI), bayi berusia ≤ 2 bulan dengan tes tuberkulin (-) dijadwalkan untuk menerima imunisasi BCG. Dalam jangka waktu 8-12 minggu, terbentuk efek perlindungan 8-12 minggu sesudah pemberian. Imunisasi BCG memiliki efek proteksi kira-kira 80% dalam jangka waktu 10-15 tahun dan sebagai pencegah penyakit diseminata paling efektif. Pizzo dan Wilfert menyatakan bahwa sel-sel imunokompeten pada bayi baru lahir sudah terbentuk optimal, sehingga pemberian imunisasi BCG yang lebih cepat akan memberikan respon imun seluler dan humoral yang lebih awal. Kejadian tersebut disebabkan oleh respon imun sangat berhubungan dengan mekanisme pertahanan melawan penyakit. Dengan demikian, imunitas tubuh terhadap infeksi MTB akan meningkat dengan pemberian imunisasi BCG yang lebih dini. Faktor risiko terjadinya TB paru pada anak berikutnya ialah malnutrisi. Dua dari 10 jurnal penelitian yang dikaji dalam penelitian ini, menyebutkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara status gizi dengan faktor risiko terjadinya TB paru pada anak. Anak dengan nilai status gizi kurang memiliki risiko 3,31 kali lebih tinggi mengalami TB paru dibanding anak dengan status gizi yang baik. Hal tersebut terjadi karena anak dengan status gizi buruk memiliki tubuh yang kurus dan lemah sehingga mudah terkena penyakit TB yang berlanjut dengan menurunnya imunitas anak. Status gizi buruk sangat memengaruhi pembentukan

respon imun seperti antibodi dan limfosit terhadap MTB yang menginvasi tubuh manusia. Hal ini dikarenakan karbohidrat dan protein digunakan dan diproses menjadi bahan baku pembentukan antibodi dan limfosit sehingga anak dengan gizi buruk memiliki imunitas yang rendah. Dengan demikian, status gizi kurang pada anak akan menyebabkan terjadinya gangguan imunitas yang mempengaruhi mekanisme pertahanan terhadap penyakit TB. (38)

11. FOLLOW-UP HOME VISITE

Tanggal	Kunjungan I (21 Desember 2022)		
S	Berat badan kurang, tidak nafsu makan, dan sering sakit		
	RPD: Tuberkulosis paru sejak usia 4 bulan		
	RPO: OAT		
	Keadaan Umum	Tampak baik	
	Kesadaran	Compos Mentis	
	Nadi	83 x / menit, regular	
	Pernafasan	22 x / menit	
	Temperatur	36,4 C	
	Pemeriksaan fisik		
	Mata	Konjungtiva pucat (-/-), palpebra edema (+/+)	
	Telinga	Dalam batas normal	
	Hidung	Dalam batas normal	
	O	Tenggorokan	Dalam batas normal
		Abdomen	A: Peristaltik (+), dbn I : simetris (+) P: soepel (+),hepatomegali (-) P:timpani (-)
	A	Antropometri	69,8 cm
PB		5,8 kg	
BB		/U: < -3 SD (berat badan sangat kurang)	
Status Gizi		/U: -2 SD sd +3 SD (normal)	
		/PB: < -3 SD (gizi buruk)	
P	Gizi buruk + TB Paru		
	Non farmakologi:		
	<ul style="list-style-type: none"> o Edukasi pola makan balita, dan makan makanan gizi seimbang o Edukasi cara penularan dan pencegahan TB paru pada anak o Edukasi menjaga kebersihan dan penerapan PHBS o Edukasi pemantauan status gizi dan perkembangan tumbuh kembang 		
Tanggal	Kunjungan II (27 Desember 2022)		
S	Porsi makan membaik dari biasanya		
	RPD: Tuberkulosis paru sejak usia 4 bulan		
	RPO: OAT		
	Keadaan Umum	Tampak baik	
	Kesadaran	Compos Mentis	
	Nadi	79 x / menit, regular	
	O	Pernafasan	20 x / menit
		Temperatur	36,2 C
	Pemeriksaan fisik		
	Mata	Konjungtiva pucat (-/-), palpebra edema (+/+)	
	Telinga	Dalam batas normal	

	Hidung	Dalam batas normal
	Tenggorokan	Dalam batas normal
	Abdomen	A: Peristaltik (+), dbn I : simetris (+) P: soepel (+),hepatomegali (-) P:timpani (-)
	Antropometri	69,8 cm
	PB	5,9 kg
	BB	/U: < -3 SD (berat badan sangat kurang)
	Status Gizi	/U: -2 SD sd +3 SD (normal) BB/PB: < -3 SD (gizi buruk)
A	Gizi buruk + TB Paru	
	Non farmakologi:	
P	<ul style="list-style-type: none"> o Edukasi pola makan balita, dan makan makanan gizi seimbang o Edukasi menjaga kebersihan dan penerapan PHBS o Edukasi pemantauan status gizi dan perkembangan tumbuh kembang o Pemberian makanan tambahan dan edukasi cara/waktu pemberian 	
Tanggal	Kunjungan III (2 Januari 2022)	
S	Tidak ada keluhan	
	RPD: Tuberkulosis paru sejak usia 4 bulan	
	RPO: OAT	
	Keadaan Umum	Tampak baik
	Kesadaran	Compos Mentis
	Nadi	80 x / menit, regular
	Pernafasan	21 x / menit
	Temperatur	36,4 C
	Pemeriksaan fisik	
	Mata	Konjungtiva pucat (-/-), palpebra edema (+/+)
	Telinga	Dalam batas normal
	Hidung	Dalam batas normal
O	Tenggorokan	Dalam batas normal
	Abdomen	A: Peristaltik (+), dbn I : simetris (+) P: soepel (+),hepatomegali (-) P:timpani (-)
	Antropometri	69,8 cm
	PB	6,1 kg
	BB	/U: < -3 SD sd < -2 SD (berat badan kurang)
	Status Gizi	/U: -2 SD sd +3 SD (normal) BB/PB: < -3 SD (gizi buruk)
A	Gizi buruk + TB Paru	
	Non farmakologi:	
P	<ul style="list-style-type: none"> o Pemberian makan tambahan o Edukasi pola makan balita o Edukasi menjaga kebersihan o Edukasi pemantauan status gizi 	

12. FAKTOR INTERNAL DAN EKSTERNAL DALAM KELUARGA

No.	Kriteria	Permasalahan	Intervensi
1.	Pola makan	Kunjungan I (21 Desember 2022) a. Menu makanan di rumah pasien belum memenuhi pedoman gizi seimbang	- Memberikan edukasi mengenai pola makan dengan pedoman gizi

-
- b. Pemberian makanan rutin 3 kali sehari, namun jam tidak teratur dan porsi sedikit
 - c. Menu makanan yang disajikan cenderung tidak bervariasi

Kunjungan II (27 Desember 2022)

- a. Menu makanan di rumah pasien belum memenuhi pedoman gizi seimbang
- b. Pemberian makanan rutin 3 kali sehari walaupun beberapa kali masih tidak teratur
- c. Menu makanan yang disajikan cenderung tidak bervariasi

Kunjungan III (2 Januari 2022)

- a. Menu makanan di rumah pasien belum memenuhi pedoman gizi seimbang
 - b. Pemberian makanan sudah rutin 3 kali sehari
 - c. Mulai makan-makanan selingan
- Mengedukasi pentingnya karbohidrat, protein dan lemak sebagai komponen gizi dalam pertumbuhan dan perkembangan anak
 - Mengedukasi pentingnya konsumsi susu di usia pertumbuhan dan perkembangan anak
 - Memberikan menu gizi seimbang dalam bentuk tabel
 - Mengedukasi makanan tambahan yang dapat diberikan untuk mengejar berat badan anak yang hilang
 - Menganjurkan *feeding rules*:
 - a. Jadwal:
 - Ada jadwal makanan utama dan makanan selingan yang teratur, yaitu tiga kali makanan utama dan dua kali makanan kecil di antaranya.
 - b. Waktu makan tidak boleh lebih dari 30 menit
 - c. Hanya boleh mengonsumsi air putih di antara waktu makan
 - b. Lingkungan:
 - d. Lingkungan yang menyenangkan (tidak boleh ada paksaan untuk makan)
 - e. Tidak ada distraksi (mainan, televisi, perangkat permainan elektronik) saat makan
 - f. Prosedur:
 - Bila anak menunjukkan tanda tidak mau makan (mengatupkan mulut, memalingkan kepala, menangis), tawarkan kembali makanan secara netral, yaitu tanpa membujuk ataupun memaksa.

			<ul style="list-style-type: none"> • Bila setelah 10-15 menit anak tetap tidak mau makan, akhiri proses makan • Mengedukasi pasien pentingnya memantau berat badan dan tinggi badan anak di masa pertumbuhan dan perkembangan anak. • Melakukan pemantauan pertumbuhan dengan pengukuran TB dan penimbangan BB tiap kali kunjungan dan lakukan plotting pada Buku KIA agar dapat diketahui perkembangannya. • Menjelaskan pentingnya gizi untuk pertumbuhan dan kecerdasan anak
2.	Status Gizi	<p>Kunjungan I (21 Desember 2022) PB: 69,8 cm BB: 5,8 kg /U: < -3 SD (berat badan sangat kurang) /U: -2 SD sd +3 SD (normal) BB/PB: < -3 SD (gizi buruk)</p> <p>Kunjungan II (27 Desember 2022) PB: 69,8 cm BB: 5,9 kg /U: < -3 SD (berat badan sangat kurang) /U: -2 SD sd +3 SD (normal) BB/PB: < -3 SD (gizi buruk)</p> <p>Kunjungan III (2 Januari 2022) PB: 69,8 cm BB: 6,1 kg /U: < -3 SD sd < -2 SD (berat badan kurang) /U: -2 SD sd +3 SD (normal) BB/PB: < -3 SD (gizi buruk)</p>	
3.	Lingkungan	<p>Kunjungan I (21 Desember 2022)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kondisi rumah yang kurang berventilasi udara serta lembab - Kondisi belakang rumah kumuh dengan peralatan rumah tangga yang langsung terpapar dengan tempat pembuangan/pembakaran sampah rumah tangga <p>Kunjungan II (27 Desember 2022)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kondisi rumah yang kurang berventilasi udara serta lembab - Kondisi belakang rumah kumuh dengan peralatan rumah tangga yang langsung terpapar dengan tempat pembuangan/pembakaran sampah rumah tangga <p>Kunjungan III (2 Januari 2022)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kondisi rumah yang kurang berventilasi udara serta lembab - Kondisi belakang rumah yang sudah lebih tertata 	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan edukasi untuk membuka jendela saat pagi dan siang hari agar ada pertukaran udara dan cahaya yang masuk - Membersihkan ventilasi rumah - Membersihkan rumah minimal sehari sekali

13. KRITERIA RUMAH SEHAT

NO	Komponen rumah yg dinilai	Kriteria	Nilai	Bobot	Hasil penilaian (no. kk)
I	KOMPONEN RUMAH			31	Poin
1	Langit-langit	a. Tidak ada	0		

		<i>b. Ada, kotor, sulit dibersihkan, dan rawan kecelakaan</i>	1	1
		<i>c. Ada, bersih dan tidak rawan kecelakaan</i>	2	
2	<i>Dinding</i>	<i>a. Bukan tembok (terbuat dari anyaman bambu/ilalang)</i>	1	1
		<i>b. Semi permanen/setengah tembok/pasangan bata atau batu yang tidak diplester/papan yang tidak kedap air.</i>	2	
		<i>c. Permanen (Tembok/pasangan batu bata yang diplester) papan kedap air.</i>	3	
3	<i>Lantai</i>	<i>a. Tanah</i>	0	
		<i>b. Papan/anyaman bambu dekat dengan tanah/plesteran yang retak dan berdebu.</i>	1	
		<i>c. Diplester/ubin/keramik/papan (rumah panggung).</i>	2	2
4	<i>Jendela kamar tidur</i>	<i>a. Tidak ada</i>	0	
		<i>b. Ada</i>	1	1
5	<i>Jendela ruang keluarga</i>	<i>a. Tidak ada</i>	0	
		<i>b. Ada</i>	1	1
6	<i>Ventilasi</i>	<i>a. Tidak ada</i>	0	
		<i>b. Ada, lubang ventilasi dapur < 10% dari luas lantai</i>	1	
		<i>c. Ada, lubang ventilasi > 10% dari luas lantai</i>	2	2
7	<i>Lubang asap dapur</i>	<i>a. Tidak ada</i>	0	
		<i>b. Ada, lubang ventilasi dapur < 10% dari luas lantai dapur</i>	1	1
		<i>b. Ada, lubang ventilasi dapur > 10% dari luas lantai dapur (asap keluar dengan sempurna) atau ada exhaust fan atau ada peralatan lain yang sejenis.</i>	2	
8	<i>Pencahayaan</i>	<i>a. Tidak terang, tidak dapat dipergunakan untuk membaca</i>	0	
		<i>b. Kurang terang, sehingga kurang jelas untuk membaca dengan normal</i>	1	1
		<i>c. Terang dan tidak silau sehingga dapat dipergunakan untuk membaca dengan normal.</i>	2	

II SARANA SANITASI

25 Poin

1	Sarana Air Bersih (SGL/SPT/PP/KU/PAH).	a. Tidak ada	0	
		b. Ada, bukan milik sendiri dan tidak memenuhi syarat kesehatan	1	
		c. Ada, milik sendiri dan tidak memenuhi syarat kesehatan	2	
		d. Ada, bukan milik sendiri dan memenuhi syarat kesehatan	3	
		e. Ada, milik sendiri dan memenuhi syarat kesehatan	4	4
2	Jamban (sarana pembuangan kotoran).	a. Tidak ada.	0	
		b. Ada, bukan leher angsa, tidak ada tutup, disalurkan kesungai / kolam	1	
		c. Ada, bukan leher angsa, ada tutup, disalurkan ke sungai atau kolam	2	
		d. Ada, bukan leher angsa, ada tutup, septic tank	3	
		e. Ada, leher angsa, septic tank.	4	4
3	Sarana Pembuangan Air Limbah (SPAL)	a. Tidak ada, sehingga tergenang tidak teratur di halaman	0	
		b. Ada, diresapkan tetapi mencemari sumber air (jarak sumber air (jarak dengan sumber air < 10m).	1	1
		c. Ada, dialirkan ke selokan terbuka	2	
		d. Ada, diresapkan dan tidak mencemari sumber air (jarak dengan sumber air > 10m).	3	
		e. Ada, dialirkan ke selokan tertutup (saluran kota) untuk diolah lebih lanjut.	4	
4	Sarana Pembuangan Sampah/Tempat Sampah	a. Tidak ada	0	
		b. Ada, tetapi tidak kedap air dan tidak ada tutup	1	1
		c. Ada, kedap air dan tidak bertutup	2	
		d. Ada, kedap air dan bertutup.	3	
III	PERILAKU PENGHUNI			44 Poin
1	Membuka Jendela Kamar Tidur	a. Tidak pernah dibuka	0	
		b. Kadang-kadang	1	1
		c. Setiap hari dibuka	2	
2	Membuka jendela Ruang Keluarga	a. Tidak pernah dibuka	0	
		b. Kadang-kadang	1	
		c. Setiap hari dibuka	2	2
3	Mebersihkan rumah dan halaman	a. Tidak pernah	0	
		b. Kadang-kadang	1	1
		c. Setiap hari	2	
4	Membuang tinja bayi dan balita ke jamban	a. Dibuang ke sungai/kebun/kolam sembarangan	0	
		b. Kadang-kadang ke jamban	1	1
		c. Setiap hari dibuang ke jamban	2	
5	Membuang sampah pada tempat sampah	a. Dibuang ke sungai / kebun / kolam sembarangan	0	

b. Kadang-kadang dibuang ke tempat sampah	1	
c. Setiap hari dibuang ke tempat sampah.	2	2

TOTAL HASI PENILAIAN

**980
Poin**

Keterangan :

Hasil Penilaian : NILAI x BOBOT

Kriteria :

1) Rumah Sehat = 1068 – 1200

2) Rumah Tidak Sehat = < 1068

Komponen rumah	: 10 x 31 = 310
Sarana sanitasi	: 10 x 25 = 250
Perilaku penghuni	: 7 x 44 = 308
Hasil penilaian	: 868 (Rumah tidak sehat)

14. KESIMPULAN DAN SARAN

14.1 KESIMPULAN

Berdasarkan hasil studi kasus keluarga binaan tentang gizi buruk dengan tuberkulosis paru pada anak usia 8 bulan di Desa Teumpok Tungku Puskesmas Meurah Mulia Kabupaten Aceh Utara Periode 19 Desember 2022- 20 Januari 2023 di dapatkan bahwa:

- Faktor risiko terjadinya Gizi Buruk pada Pasien An. L adalah faktor pendidikan terkait tingkat pendidikan orangtua yang rendah, faktor ekonomi rendah, faktor penyakit infeksi karena tuberkulosis paru, faktor perilaku seperti pengetahuan dan penerapan terkait gizi dan PHBS yang kurang, dan pelayanan Kesehatan.
- Pasien An. M didiagnosa Gizi Buruk dan Tuberkulosis Paru berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik (antropometri) dan pemeriksaan penunjang (foto toraks). Pada anamnesis diketahui bahwa An. M dengan keluhan berat badan sulit naik dan susah makan. Pemeriksaan status gizi pasien berdasarkan Z- score yaitu BB/U <-3SD (berat badan sangat kurang), menurut pengukuran PB/U pasien termasuk normal dan menurut pengukuran BB/PB <-3 SD (gizi buruk).
- Pada kasus ini An. M diberikan terapi edukasi dan pemberian makanan tambahan.

14.2 SARAN

1. Bagi Puskesmas

- Diharapkan kepada seluruh tenaga kerja kesehatan terutama bagian promosi

kesehatan dan Posyandu Desa Teumpok Tungku serta di Puskesmas Meurah Mulia agar lebih aktif melakukan penyuluhan dan edukasi mengenai malnutrisi baik secara konseling maupun melalui media seperti leaflet serta aktif dalam pemberian makanan tambahan khususnya bagi balita dengan gizi buruk.

- Diharapkan agar petugas dan kader di Puskesmas Meurah Mulia untuk lebih memperhatikan lagi bagian pencatatan pasien agar kedepannya dapat dilakukan *follow up* dengan baik.
- Diharapkan kepada petugas kader agar diberikan pelatihan khusus tentang pola asuh dan cara makan anak dengan baik agar dapat mencari alternatif dalam memberikan makanan dan lebih pro aktif didalam memberdayakan keluarga dengan kasus anak gizi kurang.
- Diharapkan hasil dari kegiatan keluarga binaan ini dapat menjadi masukan bagi Puskesmas Meurah Mulia untuk perubahan yang lebih baik.

2. Bagi keluarga

- Diharapkan dapat menjadi masukan bagi keluarga dalam merubah pola hidup sehari-hari dan dapat lebih mengerti tentang pengobatan dan pencegahan komplikasi yang dapat timbul
- Mendorong keluarga untuk selalu memberikan dukungan berupa pengobatan terhadap pasien hingga tuntas.
- Mendorong keluarga untuk menjaga pola makan sesuai menu gizi seimbang dengan selalu mengkonsumsi buah dan sayur (seperti memperhatikan komposisi pada makanan tambahan dalam kemasan).

3. Bagian *family medicine*

- Diharapkan dengan adanya kegiatan *home visit* ini dapat menjadi acuan dalam proses pembelajaran selanjutnya.
- Diharapkan hasil kegiatan *home visit* ini dapat dijadikan masukan data penelitian penyakit menular maupun tidak menular lainnya

DAFTAR PUSTAKA

1. Isanaka S, Barnhart DA, McDonald CM, Ackatia-Armah RS, Kupka R, Doumbia S et alv. Cost-effectiveness of community-based screening and treatment of

- moderate acute malnutrition in Mali. *BMJ Glob Heal*. 2019;4(2):1–10.
2. Organization WH. Malnutrition. 2022.
 3. Mkhize M SM. A review of selected studies on the factors associated with the nutrition status of children under the age of five years in South Africa. *Int J Env Res Public Heal*. 2020;17(21):1–26.
 4. Mohammed SH, Habtewold TD, Muhammad F, Esmailzadeh A. The contribution of dietary and non-dietary factors to socioeconomic inequality in childhood anemia in Ethiopia: A regression-based decomposition analysis. *BMC Res Notes*. 2019;12(1):1–5.
 5. Akombi, B.J.; Agho, K.E.; Merom, D.; Renzaho, A.M.; Hall J. Child malnutrition in sub-Saharan Africa: A meta-analysis of demographic and health surveys (2006–2016). *PLoS One*. 2017;
 6. Bernstein LH. The Global Problem of Malnutrition. *Food Nutr J*. 2017;5(6):10–2.
 7. Kemenkes RI. Pencegahan dan Tata Laksana Gizi Buruk Pada Balita di Layanan Rawat Jalan Bagi Tenaga Kesehatan. 2020. 1-113 p.
 8. Titus Priyo Harjatmo, Sugeng Wiyono HMP. Penilaian Status Gizi. Kementerian Kesehat Republik Indones. 2017.
 9. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Situasi Kesehatan Anak Balita di Indonesia [Internet]. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015;
 10. Kusriadi. Analisis Faktor Risiko yang Mempengaruhi Kejadian Kurang Gizi pada Anak Balita di Provisi Nusa Tenggara Barat (NTB). Karya Tulis Ilm Bogor Inst Pertan Bogor. 2010;
 11. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. Menteri Kesehat Republik Indones. 2018;53(9):99–1689.
 12. Krisnansari. Nutrisi dan Gizi Buruk. *J Mandala Heal*. 2010;4(1):8–60.
 13. Hidayat TS FN. Relationship between environmental sanitation, morbidity and nutritional status of under-five children in indonesia. *Penelit Gizi dan Makanan*. 2012;34(2):104.
 14. Oktavianis. Faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi pada balita di puskesmas lubuk kilangan. *J Hum Care*. 2017;6(1):3.
 15. R NJ dan Z. Hubungan Antar Pengetahuan dan Sikap Gizi Ibu dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Rajabasa Indah Kelurahan Rajabasa Raya Bandar Lampung. *Fak Kedokt Univ Lampung*. 2011;62–73.
 16. R F. Perbedaan besar pengeluaran keluarga, jumlah anak serta asupan energi dan protein balita antara balita kurus dan normal. *Artikel Penelitian*. 2011;12.
 17. Persulesy V, Mursyid A WA. Income level and diet pattern had correlation with nutritional status of underfive in fisherman area of North Jayapura District Jayapura Municipality. *J Gizi dan Diet Indones (Indonesian J Nutr Diet)*. 2017;1(3):143.
 18. Z A. Gambaran Pola Makan Anak Usia 3-5 Tahun Dengan Gizi Kurang Di Pondok Bersalin Tri Sakti Balong Tani Kecamatan Jabon –Sidoarjo. *Fak Ilmu Kesehat Univ Muhammadiyah Sidoarjo*. 2017;1(1):16.
 19. Bambang Mardisantosa DHY. Faktor-Faktor Kejadian Kurang Energi Protein (KEP) Pada Anak Balita. *Jurnall Kesehat YATSI*. 2012;6(2).
 20. TM L. Malnutrisi Pada Anak Balita. *J Univ Syiah Kuala*. 2016;1(112).
 21. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pencegahan Dan Tata Laksana Gizi

- Buruk Pada Balita Di Layanan Rawat Jalan. 2020. 1-113 p.
22. Dkk T. Pendek (Stunting) di Indonesia, Masalah dan Solusinya. Sudomo, editor. Lembaga Penerbit Balitbangkes; 2016.
 23. Kemenkes RI. Petunjuk Teknis Manajemen dan Tatalaksana TB Anak. Kemenkes RI; 2016.
 24. Kemenkes RI. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Tuberkulosis. Jakarta; 2019. p. 1–139.
 25. World Health Organization. Tuberculosis [Internet]. 2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
 26. World Health Organization. Roadmap towards ending TB in children and adolescents. 2018.
 27. World Health Organization. Global Tuberculosis Report. 2020.
 28. U.S Department of Health & Human service. TB and Children. United State: CDC; 2021.
 29. Herchline TE. Tuberculosis (TB)-Practice Essentials, Background, Pathophysiology. MedScape. 2020.
 30. CDC (Center for Disease Control and Prevention). Chapter 2 : Transmission and Pathogenesis of Tuberculosis.
 31. Marlinae L, Arifin S, Noor IH, Rahayu A, Zubaidah T, Waskito A. Desain Kemandirian Pola Perilaku Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita TB Anak Berbasis Android. CV Mine; 2019.
 32. Cruz AT, Starke JR. Clinical manifestations of tuberculosis in children. *Paediatr Respir Rev.* 2007;8:107–17.
 33. Dokter I, Indonesia A. Pedoman pelayanan medis. 2009;
 34. World Health Organization. Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children. In: second. 2014.
 35. Batra V. Pediatric Tuberculosis [Internet]. MedScape. 2020. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/969401-overview#a1>
 36. Deviani MW. Pengaruh Tingkat Pengetahuan, Pendidikan, Pendapatan dan Perilaku Ibu Terhadap Status Gizi Balita Buruk Di Kecamatan Tegalsari dan Di Kecamatan Tandes Kota Surabaya. *Proc 20th USENIX Secur Symp.* 2018;395–410.
 37. Aksol MI, Sodik MA. Pengaruh Faktor Ekonomi Terhadap Gizi Balita. *Ii k starada Indones* [Internet]. 2020;1–7. Available from: <https://osf.io/preprints/f87be/>
 38. Wijaya MSD, Mantik MFJ, Rampengan NH. Faktor Risiko Tuberkulosis pada Anak. *e-CliniC.* 2021;9(1):124–33.