



Studi Kasus Anak Usia 10 Bulan dengan Gizi Kurang di Desa Kuala Keureuto Barat Puskesmas Tanah Pasir Tahun 2025

Mumtaz Alvira^{1*}, Zahrawanda Ashfarina Muslim², Zikra Ihtasya Annabila³,
Muhammad Daniyal⁴, Jarita⁵, Noviana Zara⁶

¹⁻⁴Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Malikussaleh

^{5,6}Bagian Ilmu Kedokteran Keluarga, Fakultas Kedokteran, Universitas Malikussaleh

*Email: muhammad.190610089@mhs.unimal.ac.id

Alamat: Cot Tengku Nie Reuleut, Muara Batu, Aceh Utara, Provinsi Aceh, Indonesia 24355

*Penulis korespondensi

Abstract. *Malnutrition is a condition in which the body does not receive enough essential nutrients, such as protein, vitamins, calories, and minerals, which causes various health problems, especially wasting and stunting, making it a serious concern in children. According to the Basic Health Research, the prevalence of malnourished children in Indonesia remained stable at 17.8% between 2016 and 2017 but decreased to 13.8% in 2018. This case study focuses on a 23-month-old girl from Kuala Keureuto Village, who was observed for three weeks through home visits in 2025. The diagnosis of malnutrition was made in accordance with national guidelines outlined in the Indonesian Minister of Health Regulation No. 2 of 2020, regarding child anthropometric standards. Anthropometric measurements showed that the child's height was 78.3 cm and her weight was 8.8 kg. Based on these measurements, her nutritional status was assessed as follows: A height/age Z-score between -2 and -3 SD indicates stunting, a weight/age Z-score between -2 and -3 SD indicates underweight, while a weight/age Z-score below -2 SD and a BMI/age Z-score below -2 SD are considered well-nourished. After confirming the diagnosis, the patient received nutrition education, supplemental feeding, appetite-stimulating supplements, and growth monitoring. In addition, analyses were conducted to identify factors influencing her condition, concluding that the malnutrition observed in this 23-month-old patient was influenced by parenting behavior, parental knowledge, medical history, incomplete immunizations, and environmental factors.*

Keywords: *Anthropometric Measurements; Home Visit; Malnutrition; Nutritional Status; Z-Score.*

Abstrak. Pasien laki-laki 64 tahun datang ke IGD RS Cut Meutia dengan keluhan nyeri dada kiri yang terasa menjalar ke kedua tangan sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit. Nyeri dada dirasakan seperti tertusuk, mendadak dan tiba – tiba memberat. Nyeri dada dirasakan terus menerus dan tidak membaik dengan perubahan posisi. Nyeri dada dirasakan pada skala 9/10. Keluhan disertai dengan keringat dingin dan mual. Pasien memiliki riwayat DM tipe 2 sejak 15 tahun lalu dan sudah mengonsumsi obat anti diabetes namun tidak mengingat nama obat yang dikonsumsi. Pasien merupakan seorang perokok yang sudah berhenti sejak didiagnosis dengan diabetes mellitus. Pada pemeriksaan tanda – tanda vital dan status geenalris didapatkan dalam batas normal. Pada pemeriksaan status lokalis pada jantung ditemukan murmur pada saat auskultasi. Pada pemeriksaan penunjang berupa darah lengkap didapatkan kesan anemia, leukositosis, hiperglikemia, dan hiperkolesterolemia. Pada pemeriksaan EKG didapatkan kesan STEMI Inferior. Pasien mendapatkan terapi medikamentosa berupa furosemide 1 amp/12 jam, atorvastatin 1x20 mg, arixtra 1x0.25 mg, aspilet 1x8 mg, clopidogrel 1x75 mg, nitrokaft retard 2x2.5 mg, dan bisoprolol 1x2 mg serta nonmedikamentosa berupa pemasangan threeway dan oksigen 2-4 liter/menit. Sindrom koroner akut dapat memberikan prognosis yang buruk apabila tidak ditangani dengan baik sehingga pemahaman mengenai penanganan sindrom koroner akut yang tepat dan cepat sangat berperan penting dalam mencegah terjadinya oklusi lebih lanjut pada miokardium dan meningkatkan luaran pada pasien.

Kata kunci: *Home Visit; Malnutrisi; Pengukuran Antropometri; Status Gizi; Z-Score.*

1. LATAR BELAKANG

Malnutrisi merupakan masalah kesehatan global yang signifikan dan berdampak pada hampir setiap wilayah di dunia. Malnutrisi dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak, yang mengakibatkan penurunan kecerdasan, peningkatan kerentanan terhadap infeksi, dan risiko penurunan produktivitas di masa mendatang. Hal ini pada gilirannya dapat menghambat

pertumbuhan ekonomi suatu negara. Oleh karena itu, penting bagi pemerintah untuk memprioritaskan upaya mengatasi tantangan gizi yang berkelanjutan (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Status gizi mengacu pada seberapa baik kebutuhan gizi anak terpenuhi. World Health Organization (WHO) memantau tiga indikator utama untuk menilai status gizi: berat badan menurut usia, tinggi badan menurut usia, dan berat badan menurut tinggi badan. Berat badan merupakan indikator umum yang penting untuk status gizi karena memiliki korelasi positif dengan usia dan tinggi badan. Status gizi dikategorikan menjadi empat kelompok: gizi lebih, gizi baik, gizi kurang, dan gizi buruk. WHO menentukan skor-z, atau simpangan baku, untuk masing-masing indikator ini. (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Masalah gizi pada balita cukup umum, dengan stunting, wasting, dan underweight sebagai yang paling menonjol. Masalah-masalah ini dapat menyebabkan berbagai tantangan kesehatan dan sosial, tidak hanya bagi anak-anak itu sendiri tetapi juga bagi keluarga dan masyarakat mereka. Lingkungan tempat tinggal balita memainkan peran penting dalam menentukan status gizi dan kesehatan mereka secara keseluruhan (Riset Kesehatan Dasar, 2018). Stunting dan underweight merupakan bentuk utama malnutrisi yang dapat mengakibatkan masalah kesehatan jangka pendek maupun jangka panjang. Lebih lanjut, stunting dapat secara signifikan menghambat perkembangan fisik dan mental anak.

Masalah *underweight* juga perlu mendapatkan perhatian khusus karena berat badan kurang/ sangat kurang (atau sebelumnya dikenal dengan istilah gizi kurang/ buruk) merupakan awal mula masalah gizi yang sifatnya lebih kronis seperti pendek (*stunted*) dimana jika dibiarkan, maka balita dengan kondisi *underweight* akan jatuh ke dalam status gizi yang lebih buruk bahkan kematian.

Masalah gizi masih menjadi perhatian kesehatan yang signifikan di negara-negara berkembang, termasuk Indonesia. Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, prevalensi anak-anak kurang gizi di Indonesia tetap stabil di angka 17,8% dari tahun 2016 hingga 2017. Namun, pada tahun 2018, prevalensi ini menurun menjadi 13,8% (Kementerian Kesehatan RI, 2022). Menurut Riskesdas Provinsi Aceh 2018, status gizi balita di Provinsi Aceh memprihatinkan. Data tersebut menunjukkan bahwa 6,7% balita tergolong gizi kurang, 16,82% gizi baik, dan 73,61% berada dalam kategori gizi lebih, dengan 2,87% tergolong gizi lebih. Saat ini, Aceh menghadapi tiga masalah gizi yang signifikan pada balita: stunting, wasting, dan kelebihan berat badan. Prevalensi masalah-masalah ini pada tahun 2018 adalah sebagai berikut: stunting sebesar 18,88%, wasting sebesar 6,67%, dan kelebihan berat badan sebesar 11,34%. Selain itu, data dari Profil Kesehatan Aceh tahun 2021 mengungkapkan bahwa

Kabupaten Aceh Utara memiliki prevalensi balita gizi kurang tertinggi ketiga di provinsi tersebut (Riset Kesehatan Dasar, 2018).

Manajemen yang komprehensif dan terpadu sangat penting untuk mengatasi kekurangan asupan energi dan nutrisi. Dokter keluarga memainkan peran penting dalam manajemen pelayanan kesehatan untuk membantu mengurangi dan mencegah faktor-faktor yang berkontribusi signifikan terhadap stunting dan kekurangan berat badan.

2. KAJIAN TEORITIS

Status gizi merupakan salah satu indikator penting dalam menilai pencapaian pembangunan di bidang kesehatan. Hal ini disebabkan karena gizi memiliki peran vital dalam pembentukan dan pengembangan sumber daya manusia yang berkualitas. Salah satu fokus utama dalam upaya intervensi gizi, baik di Indonesia maupun secara global, adalah pemenuhan gizi pada kelompok balita. Kelompok usia ini, yang mencakup anak usia 0 hingga kurang dari 5 tahun, tergolong sebagai kelompok rentan terhadap masalah gizi. Tingginya prevalensi gizi kurang hingga gizi buruk pada balita berdampak serius, antara lain meningkatkan risiko infeksi, menghambat proses tumbuh kembang, serta menurunkan kualitas kesehatan di usia dewasa (Lestari, 2022). Pada balita, gizi buruk merupakan bentuk malnutrisi energi-protein yang paling serius, yang ditandai dengan berat badan sangat rendah dibanding tinggi badan, perawakan pendek (stunting), atau gejala klinis seperti pembengkakan tubuh akibat defisiensi protein (edema) (Emmaria et al., 2025). Kondisi ini tidak hanya disebabkan oleh kurangnya asupan makanan, tetapi juga dipengaruhi oleh berbagai faktor internal dan eksternal. Apabila tidak dicegah atau ditangani sejak dini, gizi buruk dapat berdampak serius pada balita. Dampak jangka pendeknya meliputi peningkatan kerentanan terhadap penyakit infeksi, gangguan tumbuh kembang, dan bahkan kematian. Dalam jangka panjang, gizi buruk dapat menurunkan kapasitas intelektual dan fisik anak, yang pada akhirnya berdampak pada produktivitas dan kualitas sumber daya manusia di masa dewasa (Belina Lang, 2023).

Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO) tahun 2017, tingkat prevalensi anak dengan status gizi kurang secara global mencapai 28,5%, sementara di negara-negara berkembang angkanya lebih tinggi, yaitu sebesar 31,2%. Di kawasan Asia, prevalensinya tercatat sebesar 30,6%, sedangkan di Asia Tenggara mencapai 29,4%. Menurut laporan UNICEF, jumlah anak dengan masalah gizi kurang di Indonesia diperkirakan mencapai 7,8 juta jiwa. Hal ini menempatkan Indonesia sebagai salah satu dari lima negara dengan jumlah kasus anak gizi kurang tertinggi di dunia. Di tingkat nasional, data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) menunjukkan bahwa prevalensi gizi kurang pada anak di Indonesia stagnan

pada angka 17,8% selama tahun 2016 hingga 2017, dan baru menunjukkan penurunan menjadi 13,8% pada tahun 2018 (Annisa Nuradhiani, 2023).

Pada bayi usia 6 hingga 12 bulan, pengukuran antropometri yang umum digunakan meliputi indeks massa tubuh (IMT), berat badan untuk umur (BB/U), panjang badan untuk umur (PB/U), dan berat badan untuk panjang badan (BB/PB). Standar ini dikembangkan oleh WHO melalui *Multicentre Growth Reference Study* (MGRS) berbasis data longitudinal dari bayi sehat dan disusui eksklusif di berbagai negara. Kurva z-score dan persentil dibentuk secara metodologis menggunakan *Box-Cox Power Exponential* dengan *smoothing* oleh *cubic splines*, memastikan model yang bebas bias dan berlaku universal, tanpa dipengaruhi oleh etnisitas, status sosio-ekonomi, atau pola pemberian ASI (Al-Rahmad & Fadillah, 2023) (Muharramah, 2023).

Seribu hari pertama kehidupan anak, yang sering disebut sebagai "*window of opportunity*" atau "*golden period*", sangat penting bagi pertumbuhan dan perkembangan, mulai dari tahap janin hingga usia dua tahun, di mana anak-anak mengalami perubahan cepat yang tidak terjadi pada usia lainnya. Kegagalan dalam mendukung pertumbuhan dan gizi yang tepat selama masa ini dapat berdampak buruk pada kesehatan dan status gizi seseorang di masa dewasa. Mengingat malnutrisi masih menjadi masalah yang umum di Indonesia, penting untuk menerapkan strategi pencegahan yang efektif, yang dapat mencakup intervensi berbasis masyarakat, suplemen gizi, edukasi bagi ibu, dan kelompok pendukung yang berfokus pada perubahan perilaku gizi. Selain itu, pendekatan multisektoral diperlukan, yang mencakup edukasi gizi, inisiatif air, sanitasi, dan kebersihan (WASH), program bantuan tunai, dan praktik terbaik lokal yang diidentifikasi melalui deviasi positif, serta upaya untuk meningkatkan ketahanan pangan. (Ghodsi et al., 2021).

3. METODE PENELITIAN

Pasien bayi laki - laki, 10 bulan, dengan keluhan berat badan sulit bertambah dan nafsu makan terhadap MPASI kurang. Berdasarkan anamnesis terhadap ibu pasien pada saat kunjungan rumah hari Jumat, 11 Juli 2025, didapatkan bahwa berat badan pasien sulit mengalami kenaikan yang dialami sejak usia \pm 6 bulan. Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya mengalami penurunan berat badan, keluhan tersebut diawali ketika pasien mengalami demam pada saat pasien berusia 6 bulan, keluhan demam tersebut disertai dengan penurunan nafsu makan, terutama terhadap MPASI, akibat keluhan demam tersebut, pasien dibawa ke Puskesmas Tanah Pasir lalu dirujuk ke RSUD Cut Meutia Aceh Utara. Setelah di rawat di RSUD Cut Meutia, pasien melakukan pemeriksaan rutin di Posyandu dan dilakukan penimbangan

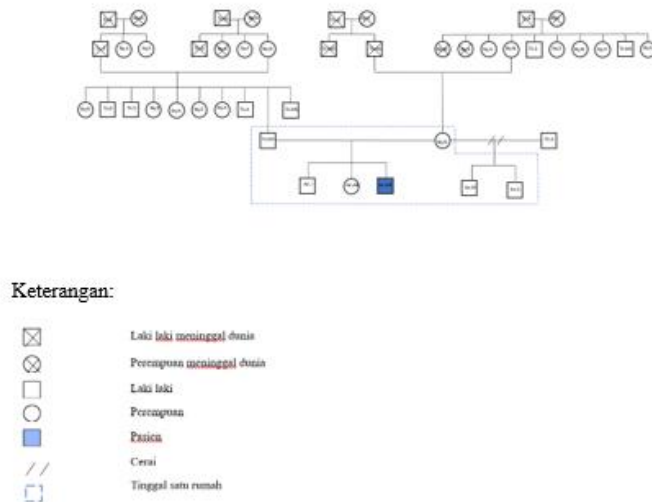
berat badan dan mengukur tinggi badan, dimana hasil dari pengukuran tersebut menyatakan bahwa berat badan pasien mengalami penurunan. Setelah itu pasien tetap rutin melakukan pengukuran berat badan dan tinggi badan di Posyandu setiap bulannya, namun berat badan pasien tidak mengalami peningkatan secara signifikan tiap bulannya. Pasien terdaftar sebagai penerima PMT semenjak usia 6 bulan. Saat ini pasien terdaftar sebagai salah satu penderita gizi buruk dari puskesmas Tanah Pasir.

Berdasarkan alloanamnesis kepada ibu pasien, pasien menyatakan tidak memiliki riwayat keluhan yang sama namun mengatakan pasien pernah mengalami demam pada usia 6 bulan dan pernah dirawat di RS. Riwayat penyakit lain seperti penyakit kongenital, campak, alergi, trauma, dan lainnya disangkal oleh pasien. Tidak ada anggota keluarga yang mengalami hal serupa. Ibu pasien mengatakan pasien pernah menggunakan obat paracetamol saat demam dan diberikan vitamin yang didapat dari RS.

Berdasarkan catatan kesehatan ibu pasien selama kehamilan, ibu pasien rutin melakukan ANC sebanyak 5 kali di bidan. Ibu mengalami anemia pada trisemester kedua, sehingga Ibu pasien rutin mengonsumsi tablet Fe selama kehamilan, hemoglobinnya menjadi normal pada trisemester ketiga tepatnya pada usia kehamilan 36 minggu. Ibu pasien mengalami hipertensi gestasional pada usia kehamilan 33-34 minggu. Pasien merupakan anak kelima, dilahirkan secara pervaginam di bidan. Bayi langsung menangis dan berat badan lahir 2600 gram.

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien diberikan ASI sejak lahir. Pada usia 5 bulan masih mengonsumsi ASI dan mendapatkan MPASI berupa pisang. Pada usia 6 bulan sampai sekarang, pasien sudah mengonsumsi MPASI dari PMT, tetapi nafsu makannya kurang. Ibu pasien mengaku pada usia 7-8 bulan pasien bisa meraih benda-benda kecil disekitarnya, pada usia 9-10 bulan pasien sudah sering memasukan benda-benda yang dia pegang ke mulutnya, dan merespon terhadap panggilan ataupun suara keras lainnya, dapat mempertahankan lehernya secara kaku. Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya rutin dibawa ke posyandu sejak usia 3 bulan. Adapun data evaluasi berat badan dan tinggi badan pasien pada saat dilakukan posyandu. Pasien hanya mendapatkan imunisasi Polio, dikarenakan ayahnya tidak mau anaknya disuntik.

Pasien merupakan seorang anak kelima dari lima bersaudara yang tinggal bersama dengan kedua orang tuanya. Ayah pasien merupakan seorang buruh sedangkan ibu pasien merupakan seorang ibu rumah tangga. Pendapatan sehari-hari dari penghasilan ayah pasien. Total pendapatan tidak tetap dengan kisaran + Rp 3.000.000/bulan.



Gambar 1. Genogram Keluarga An. MF.

Rumah yang ditinggali oleh pasien merupakan rumah milik sendiri dengan luas 10 x 12 m² , luas halaman rumah 15 x 20 m² , atap rumah terbuat dari seng dan lantai dari keramik dan semen, dinding rumah dari beton, jumlah kamar tidur 2, kamar mandi 2 dilengkapi jamban dengan sumber air bersih aliran selang dari air sumur, terdapat 3 jendela dan ventilasi berjumlah 13, penerangan listrik 880 watt, dan pembuangan sampah terletak disamping rumah dan rutin dibakar setiap 4 hari sekali. Jarak antar rumah di lingkungan rumah pasien lumayan dekat. Rumah berada di lingkungan pedesaan yang jarak antar rumah sekitar 5 meter dengan tetangga lainnya.

Tempat berobat yang digunakan pasien dan keluarga adalah Puskesmas dengan jaminan kesehatan JKN. Letak Puskesmas tergolong jauh dari tempat tinggal pasien dan pelayanan Puskesmas pun dirasakan pasien dapat membantu pasien.

Pasien mengkonsumsi ASI secara teratur, tetapi konsumsi MPASI nya tidak teratur dan frekuensi dan porsi nya sedikit. Pasien mengkonsumsi ASI setiap 4-5 kali sehari, kemudian didukung oleh susu penambah nutrisi sebanyak 2 kali sehari yang mengandung nutrisi tambahan untuk pasien yang didapat melalui PMT. Pasien menolak makan setelah 3-4 suap dan frekuensi makan pasien dua kali dalam sehari. Jika tidak mau makan pasien hanya diberikan ASI dan susu formula saja. Pasien makan MPASI yang ditambahkan dengan udang dan ikan.

Pada pemeriksaan fisik, ditemukan kesadaran komposmentis, tampak sakit ringan, frekuensi nadi 89 x/menit,regular, isi dan tekanan teraba kuat, frekuensi napas 20 x/menit, suhu 36.5°C, dan saturasi oksigen 100% *room air*. Status gizi pasien masuk kategori gizi buruk menurut BB/TB dengan panjang badan 67 cm, berat badan 6,7 kg didapatkan -2,4 SD, TB/U

didapatkan kesan stunting (-2.3 SD), dan BB/U didapatkan kesan moderate underweight (-2.7 SD). Pada pemeriksaan status generalis didapatkan dalam batas normal.

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemantauan dengan home visite didapatkan diagnosa kerja pasien adalah *Moderate Malnutrition + Stunting* sehingga dilakukan penatalaksanaan berupa promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif untuk mendapatkan luaran/prognosa yang baik.

Promotif berupa pemberian Konseling, Informasi dan Edukasi (KIE) mengenai masalah gizi buruk, termasuk gejala, cara penanganan serta komplikasi yang akan timbul jika tidak ditangani segera terkait dengan kondisi yang dialami oleh pasien, memberikan edukasi cara mengatur pola, jadwal, dan porsi makanan yang tepat sesuai dengan kalori yang dibutuhkan pasien, menganjurkan untuk dapat mengikuti pemeriksaan tinggi badan dan berat badan yang dilakukan setiap bulan di Posyandu. Preventif dengan melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), mendapatkan pengobatan sedini mungkin apabila pasien sakit, menganjurkan pasien untuk mengejar imunisasi yang masih bisa didapatkan dan menjelaskan manfaat serta efek samping dari imunisasi. Kuratif terdiri dari Pemberian Makanan Tambahan berupa makanan yang mengandung energi dan protein tinggi sesuai kebutuhan gizi anak, pemberian suplemen sesuai indikasi medis untuk memperbaiki status gizi, monitoring status gizi dan kesehatan secara berkala. Rehabilitatif berupa melakukan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan secara rutin setiap kali berkunjung ke posyandu setiap bulan, meningkatkan keterlibatan dalam interaksi sosial secara tatap muka. Prognosis pasien bonam baik vitam, sanationam dan functionam.

Tabel 1. Rekomendasi jadwal pemberian makan pada pasien.

Waktu Makan	Kerangka Menu	Hidangan	Bahan Makanan
07.00 WIB	Minum ASI	ASI	ASI
07.30 WIB	MPASI	Bubur Tim	Nasi, labu, wortel, ikan
08.30 WIB	Makanan selingan	<i>Finger food</i>	Labu
10.00 WIB	Susu Formula	Susu	Susu
12.30 WIB	Minum ASI	ASI	ASI
13.00 WIB	MPASI	Bubur Tim	Nasi, udang, labu siam
14.00 WIB	Makanan selingan	Buah Potong	Pisang
15.00 WIB	Susu Formula	Susu	Susu
17.00 WIB	Minum ASI	ASI	ASI
17.30 WIB	MPASI	Bubur Tim	Nasi, telur, brokoli
20.00 WIB	Minum ASI	ASI	ASI

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

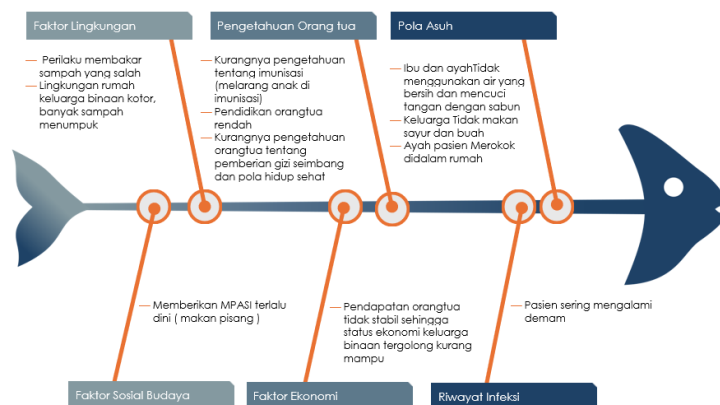
Pasien An. MF, laki-laki, berusia 11 bulan, merupakan anak kelima dari pasangan Tn. MY dan Ny. D yang berdomisili di Kuala Keureutou Barat, Kec. Tanah Pasir, Kab. Aceh Utara. Pasien dijumpai dalam kunjungan rumah oleh tim layanan kesehatan primer dengan keluhan utama berupa kesulitan dalam penambahan berat badan yang telah berlangsung sejak usia ± 6 bulan. Berdasarkan anamnesis, pasien mendapatkan Air Susu Ibu (ASI) sejak lahir. Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) dimulai sejak usia 5–6 bulan, namun ibu pasien menyatakan nafsu makan anak sangat kurang dan jadwal makan menjadi tidak teratur. Selain itu, pasien tidak mendapatkan imunisasi lengkap karena ayah pasien menolak imunisasi suntik. Pasien hanya mendapatkan imunisasi Polio.

Dari data pemantauan pertumbuhan di Posyandu, diketahui bahwa berat dan panjang badan pasien mengalami penurunan dan stagnasi sejak usia 6 bulan. Pada usia 11 bulan, berat badan pasien tercatat 6,7 kg dan panjang badan 67 cm. Hasil perhitungan Z-score menunjukkan status gizi buruk berdasarkan BB/TB ($Z = -2,4$ SD), status stunting berdasarkan TB/U ($Z = -2,3$ SD), dan status moderate underweight berdasarkan BB/U ($Z = -2,7$ SD). Pemeriksaan fisik menunjukkan keadaan umum baik dan kesadaran compos mentis, tanpa ditemukan kelainan atau temuan patologis pada sistem kepala, thoraks, abdomen, dan ekstremitas.

Pada usia 7–8 bulan pasien mampu meraih benda, pada usia 9–10 bulan sudah memasukkan benda ke dalam mulut dan mampu mempertahankan kepala dengan stabil. Riwayat kehamilan ibu tergolong baik, dengan kunjungan ANC sebanyak 5 kali di bidan, serta konsumsi zat besi rutin selama kehamilan akibat anemia trimester kedua. Ibu juga mengalami hipertensi gestasional pada usia kehamilan 33–34 minggu. Pasien lahir dengan berat badan 2.600 gram secara spontan di bidan dan langsung menangis.

Pasien tinggal bersama keluarga besar berjumlah 7 orang di rumah milik sendiri dengan luas 10 x 12 meter. Rumah merupakan rumah permanen dengan dinding beton dan lantai kombinasi keramik dan semen, namun atap masih menggunakan seng tanpa plafon. Ventilasi dinilai baik dengan jumlah jendela yang memadai. Sumber air bersih berasal dari sumur dan digunakan untuk keperluan harian termasuk memasak dan minum. Tersedia jamban keluarga di dalam rumah, dan sampah dibakar secara rutin di samping rumah. Keluarga tergolong ekonomi lemah, dengan ayah bekerja sebagai buruh bangunan dan ibu sebagai ibu rumah tangga. Penghasilan keluarga tidak tetap, berkisar tiga juta rupiah per bulan. Keluarga memanfaatkan layanan Puskesmas sebagai tempat berobat utama, dengan pembiayaan melalui JKN. Menurut keluarga, pelayanan yang diberikan cukup membantu dan mudah diakses. Jarak rumah ke Puskesmas sekitar 2 km dan biasanya ditempuh dengan sepeda motor milik ayah

pasien. Diagnosis status gizi ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, serta hasil pengukuran antropometri, dan pasien didiagnosis dengan moderate underweight + stunting + gizi buruk. Pemeriksaan penunjang tidak dilakukan karena keterbatasan fasilitas serta belum adanya indikasi medis mendesak.



Gambar 2. Diagram *Fishbone*.

Gizi buruk dan stunting masih menjadi tantangan serius dan multi dimensional dalam konteks kesehatan masyarakat Indonesia. Berdasarkan data Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2022, prevalensi stunting nasional tercatat mencapai 21,6 %, sedangkan gizi buruk tetap menjadi isu signifikan pada balita di bawah umur lima tahun. Sejumlah meta-analisis mutakhir menyimpulkan bahwa risiko stunting meningkat secara signifikan ketika terdapat kekurangan pangan, kondisi sanitasi yang buruk, serta ketimpangan ekonomi dan pendidikan orang tua. Stunting—ditandai dengan tinggi badan yang tidak sesuai standar usia—tidak hanya berdampak pada pertumbuhan fisik anak, tapi juga pada perkembangan kognitif, daya tahan tubuh, serta potensi penyakit metabolik dan rendahnya produktivitas dewasa nanti (Gusnedi et al., 2023) (Kusumajaya et al., 2023).

Determinasi penyebab gizi buruk dan stunting sangat kompleks dan mencakup aspek individu, keluarga, sosial-ekonomi, lingkungan fisik, serta budaya. Faktor seperti asupan nutrisi tidak adekuat, pemberian MPASI yang tidak sesuai usia, dan imunisasi yang tidak lengkap meningkatkan risiko akut malnutrisi. Selain itu, rendahnya pendidikan orang tua, terutama ibu, terbukti meningkatkan kemungkinan anak mengalami stunting hingga 1,6 kali lipat. Lingkungan seperti permukiman padat, kurangnya akses air bersih dan sanitasi yang memadai juga menyebabkan infeksi berulang dan masalah penyerapan nutrisi melalui mekanisme environmental enteropathy. Semua faktor ini saling berkaitan dan menuntut pendekatan holistik dan lintas sektor agar intervensi penanganannya berkelanjutan dan efektif dalam jangka panjang (Suratri et al., 2023).

Pola Asuh

Pola asuh keluarga pada kasus An. MF terlihat belum optimal, baik dalam aspek pola makan maupun penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Dari sisi pola makan, orang tua cenderung membiarkan anak makan sesuka hati, sehingga ketika anak hanya mau makan 2–3 sendok lalu berhenti, tidak ada usaha aktif untuk mencari strategi agar asupan tetap tercukupi. Padahal menurut teori *responsive feeding* (Black & Aboud, 2011), anak membutuhkan keterlibatan aktif dari orang tua dalam proses makan, misalnya melalui pemberian makan dengan sabar, variasi menu, atau pendekatan yang menyenangkan. Kurangnya stimulasi makan pada usia di bawah dua tahun sangat berisiko, karena fase ini adalah *window of opportunity* di mana pola makan dan kebiasaan gizi terbentuk secara jangka panjang. Selain itu, jadwal makan pasien tidak teratur, hanya sekitar dua kali sehari. Hal ini berbeda dengan rekomendasi WHO dan Kemenkes RI yang menganjurkan pemberian MPASI 3 kali makan utama ditambah 2 kali selingan pada usia di atas 6 bulan. Keterbatasan variasi menu juga tampak, meskipun orang tua sudah mencoba memberikan lauk seperti ikan dan udang, namun tidak ada upaya berkesinambungan untuk memperkenalkan makanan dengan cara yang sesuai tahap perkembangan anak. Pola asuh makan seperti ini berkontribusi besar pada status gizi buruk An. MF, sejalan dengan teori UNICEF (1998) yang menyebutkan bahwa pola asuh yang kurang tepat menjadi salah satu faktor langsung penyebab malnutrisi pada anak.

Dari sisi PHBS, pola asuh keluarga juga belum maksimal. Ayah memiliki kebiasaan merokok di sekitar anak dan tidak langsung mengganti pakaian setelah merokok. Kondisi ini meningkatkan risiko paparan asap rokok tidak langsung (*third-hand smoke*) yang berbahaya bagi kesehatan anak. Studi menunjukkan bahwa paparan asap rokok pada balita meningkatkan risiko infeksi saluran pernapasan atas, memperburuk nafsu makan, dan berhubungan dengan gangguan pertumbuhan (US Surgeon General Report, 2014). Meskipun ventilasi rumah cukup baik, kondisi lingkungan sekitar masih tidak sehat: limbah rumah tangga sering dibakar di samping rumah, serta lantai rumah sering terlihat kotor dan berdebu. Kebersihan lingkungan yang kurang terjaga dapat memperbesar risiko infeksi saluran cerna berulang, yang menurut teori *environmental enteric dysfunction* dapat menurunkan penyerapan nutrisi dan berkontribusi pada stunting.

Secara keseluruhan, pola asuh keluarga An. MF mencerminkan keterbatasan pengetahuan dan keterampilan dalam pengasuhan gizi serta kurangnya penerapan PHBS yang baik. Kombinasi kedua faktor ini menjelaskan sulitnya kenaikan berat badan dan terjadinya gizi buruk serta stunting pada pasien. Jika dikaitkan dengan *Health Belief Model*, rendahnya persepsi orang tua terhadap risiko yang ditimbulkan dari perilaku tersebut menjadi alasan

mengapa pola asuh tidak berubah meskipun ada saran dari tenaga kesehatan. Dengan demikian, intervensi tidak hanya berupa edukasi gizi, tetapi juga pendampingan intensif yang memperhatikan aspek sosial-budaya dan perilaku keluarga. Dengan perbaikan pola asuh, anak masih memiliki peluang untuk mencapai pertumbuhan yang lebih optimal (Permatasari et al., 2024).

Riwayat Infeksi

An. MF mengalami demam berulang sebagai tanda adanya infeksi berulang, hal tersebut menunjukkan sistem imun yang lemah akibat gizi buruk. Malnutrisi menurunkan daya tahan tubuh, sedangkan infeksi berulang meningkatkan kebutuhan nutrisi dan mengganggu penyerapan. Kemudian pemberian imunisasi yang tidak lengkap—hanya vaksin Polio—meninggalkan celah imunologis terhadap penyakit infeksius yang sebenarnya dapat dicegah. Ketidakterlindungan ini memperbesar risiko terjadinya infeksi sistemik dan lokal yang memicu inflamasi kronis. Proses inflamasi berulang menurunkan sekresi hormon pertumbuhan seperti GH (growth hormone) dan IGF-1 (insulin-like growth factor-1), menghambat regenerasi jaringan tulang dan otot, serta menurunkan nafsu makan. Faktor ini membentuk siklus ‘malnutrition-infection cycle’ di mana infeksi memperburuk malnutrisi, dan malnutrisi memperlemah sistem imun, sehingga anak lebih rentan terhadap infeksi. Hal ini diperkuat oleh studi dari Hadi et al. (2021) yang menyatakan bahwa anak yang tidak menerima ASI eksklusif memiliki kemungkinan lebih besar mengalami stunting jika juga mengalami infeksi berulang (Hadi et al., 2021).

Pengetahuan Orang Tua

Ibu dari An. MF memiliki pendidikan formal rendah dan minim pemahaman tentang pola pemberian makan yang sesuai dengan usia. ASI eksklusif tidak diberikan, dan makanan pendamping tidak diberikan sesuai jadwal dan komposisi. MPASI diberikan dalam bentuk yang tidak sesuai dengan rekomendasi WHO—seperti nasi putih yang ditambahkan udang dan ikan sebagai sumber protein hewani, namun tidak disertai sayur-sayuran. Pengetahuan rendah juga menyebabkan penolakan terhadap imunisasi, yang menunjukkan kurangnya pemahaman tentang perlindungan kesehatan jangka panjang. Penelitian menyatakan bahwa pengetahuan ibu yang buruk berkaitan erat dengan stunting, terutama pada keluarga dengan pendidikan rendah dan tinggal di wilayah perdesaan (Sihotang et al., 2023).

Faktor Ekonomi

Keluarga An. MF berada dalam kondisi ekonomi yang tergolong rendah, dengan sumber penghasilan yang tidak tetap. Ayahnya bekerja serabutan, sementara ibunya tidak memiliki pekerjaan tetap, sehingga pendapatan keluarga sangat bergantung pada pekerjaan

harian yang tidak menjamin kestabilan finansial. Situasi ini membuat keluarga kesulitan memenuhi kebutuhan dasar, terutama dalam menyediakan makanan yang bergizi seimbang setiap harinya. Asupan protein hewani, sayuran, dan buah-buahan sangat terbatas, padahal komponen tersebut sangat penting dalam masa pertumbuhan anak. Kondisi ini tidak hanya berdampak pada kualitas konsumsi harian An. MF, tetapi juga memperburuk kondisi gizi dalam jangka panjang.

Penghasilan yang tidak menentu juga membuat prioritas pengeluaran keluarga lebih diarahkan pada kebutuhan sehari-hari yang paling mendesak, dan bukan pada peningkatan kualitas asupan makanan. Walaupun keluarga tetap membawa anak ke Posyandu, keterbatasan ekonomi tetap menjadi hambatan dalam penerapan saran gizi atau pembelian makanan tambahan yang disarankan kader kesehatan. Berdasarkan studi oleh Effendy et al. (2022), keluarga dengan tingkat pendapatan rendah memiliki risiko lebih tinggi terhadap kejadian stunting, karena tidak mampu menjangkau kebutuhan gizi yang seimbang. Risiko ini meningkat terutama ketika penghasilan keluarga bersifat tidak tetap, sehingga fluktuasi pengeluaran menyebabkan ketidakstabilan pola konsumsi gizi anak (Beal et al., 2018).

Faktor Lingkungan

An. MF tinggal di lingkungan rumah yang padat dan tidak terpelihara dengan baik. Area sekitar rumah tampak kotor dengan banyak tumpukan sampah yang tidak dibuang secara rutin, termasuk limbah rumah tangga yang menumpuk di sekitar pekarangan. Pengelolaan sampah yang tidak tepat, seperti membakar sampah plastik di halaman rumah, menyebabkan pencemaran udara serta meningkatkan paparan zat toksik dan partikel halus yang berbahaya bagi kesehatan anak. Praktik ini tidak hanya mencemari udara tetapi juga memperbesar risiko infeksi saluran pernapasan atas yang berulang, kondisi yang sering ditemukan pada anak-anak yang tinggal di lingkungan semacam ini.

Selain itu, rumah An. MF menggunakan sumur bor yang tidak terlindung secara higienis dan tidak memiliki saluran pembuangan limbah domestik yang layak. Toilet sehat tidak tersedia. Meskipun rumah memiliki ventilasi yang cukup, kebersihan ruangan yang rendah menyebabkan lingkungan dalam rumah tetap lembap dan berdebu. Kondisi ini menciptakan habitat ideal bagi berkembangnya mikroorganisme patogen, terutama *enteric pathogens*, yang menjadi penyebab utama infeksi saluran cerna berulang. Akumulasi paparan kronik terhadap patogen usus dapat menyebabkan gangguan pada mukosa usus, dikenal sebagai *leaky gut*, yang menghambat penyerapan nutrisi dan memicu inflamasi kronik tingkat rendah (*low-grade inflammation*). Ini berkontribusi langsung terhadap gangguan pertumbuhan linear dan memperbesar risiko terjadinya stunting. (Budge et al., 2019).

Faktor Sosial Budaya

Pada usia 5 bulan, An. MF masih menerima ASI namun sudah diberikan MPASI berupa pisang. Praktik ini menunjukkan adanya pengaruh sosial budaya dalam pemberian makan bayi, di mana pemberian pisang sebelum usia 6 bulan sering dianggap wajar atau bahkan dianjurkan dalam lingkungan masyarakat tertentu. Hal ini didasari oleh kepercayaan turun-temurun bahwa pisang adalah makanan alami dan mudah dicerna oleh bayi, tanpa mempertimbangkan kesiapan sistem pencernaan anak yang seharusnya baru menerima MPASI pada usia 6 bulan.

Perilaku ini mencerminkan rendahnya pengetahuan gizi keluarga dan kurangnya akses informasi kesehatan yang benar. Dalam teori *Health Belief Model*, tindakan ini dapat terjadi karena orang tua tidak melihat adanya risiko atau bahaya dari pemberian MPASI dini, apalagi jika praktik tersebut dianggap “biasa” di lingkungan sosialnya. Jika kebiasaan ini terus berlanjut tanpa edukasi yang tepat, maka bayi berisiko mengalami gangguan pencernaan, penyerapan gizi yang tidak optimal, dan dalam jangka panjang dapat berkontribusi terhadap masalah gizi seperti stunting (Astuti et al., 2024).

5. KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil studi kasus keluarga binaan tentang gizi kurang pada anak usia 10 bulan di Puskesmas Tanah Pasir Kabupaten Aceh Utara tahun 2025 didapati bahwa: (1)Faktor risiko terjadinya gizi kurang pada Pasien An. MF adalah faktor riwayat penyakit atau infeksi, perilaku pengasuhan, pengetahuan orang tua, imunisasi yang tidak lengkap dan lingkungan. (2)Pasien An. MF didiagnosa Gizi Kurang berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan antropometri. Pada anamnesis diketahui bahwa An. MF dengan keluhan berat badan tidak naik. Pada pemeriksaan antropometri didapatkan berat pasien 6,7 kg dan tinggi badan 67 cm Berdasarkan TB/U diketahui bahwa status gizi pasien berada pada -2.3 SD yaitu Stunting, berdasarkan BB/U diketahui bahwa status gizi pasien berada pada -2.7 SD yaitu Moderete underweight, berdasarkan BB/PB diketahui bahwa status gizi pasien adalah -2,4 SD yaitu Gizi Buruk.

Pada kasus ini ibu An. MF diberikan edukasi terkait pencegahan dan tatalaksana promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan pemberian makanan tambahan.

DAFTAR REFERENSI

- Al-Rahmad, A. H., & Fadillah, I. (2023). Penilaian status gizi dan pertumbuhan balita: Standar baru antropometri WHO-2006 multicentre growth reference study (MGRS). *Jurusan Gizi Poltekes Aceh*, 1–37.
- Annisa Nuradhiani. (2023). Faktor risiko masalah gizi kurang pada balita di Indonesia. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat dan Sosial*, 1(2), 17–25. <https://doi.org/10.59024/jikas.v1i2.285>
- Astuti, Y., Paek, S. C., Meemon, N., & Marohabutr, T. (2024). Analysis of traditional feeding practices and stunting among children aged 6 to 59 months in Karanganyar District, Central Java Province, Indonesia. *BMC Pediatrics*, 24(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/s12887-023-04486-0>
- Beal, T., Tumilowicz, A., Sutrisna, A., Izwardy, D., & Neufeld, L. M. (2018). A review of child stunting determinants in Indonesia. *Maternal and Child Nutrition*, 14(4), 1–10. <https://doi.org/10.1111/mcn.12617>
- Belina Lang. (2023). Faktor-faktor yang mempengaruhi gizi buruk pada balita di Puskesmas Teling Atas Manado. *Student Research Journal*, 1(1), 15–20. <https://doi.org/10.55606/srj-yappi.v1i1.155>
- Budge, S., Parker, A. H., Hutchings, P. T., & Garbutt, C. (2019). Environmental enteric dysfunction and child stunting. *Nutrition Reviews*, 77(4), 240–253. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuy068>
- Emmaria, R., Sinaga, K., Manurung, B., Tobing, R. A. L., Lubis, R. D., & Sihombing, P. A. (2025). Edukasi penanganan dan pencegahan gizi kurang pada balita di wilayah kerja Puskesmas Rantang Kota Medan tahun 2024. *Jurnal Pengabdian Kolaborasi dan Inovasi Ipteks*, 3(1), 246–252. <https://doi.org/10.59407/jpki2.v3i1.1971>
- Ghodsi, D., Omidvar, N., Nikooyeh, B., Roustae, R., Shakibazadeh, E., & Al-Jawaldeh, A. (2021). Effectiveness of community nutrition-specific interventions on improving malnutrition of children under 5 years of age in the Eastern Mediterranean Region: A

systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15). <https://doi.org/10.3390/ijerph18157844>

Gusnedi, G., Nindrea, R. D., Purnakarya, I., Umar, H. B., Andrafikar, S., Syafrawati, A., Asrawati, S., Susilowati, A., Novianti, M., Masrul, & Lipoeto, N. I. (2023). Risk factors associated with childhood stunting in Indonesia: A systematic review and meta-analysis. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 32(2), 184–195. [https://doi.org/10.6133/apjcn.202306_32\(2\).0001](https://doi.org/10.6133/apjcn.202306_32(2).0001)

Hadi, H., Fatimatasari, F., Irwanti, W., Kusuma, C., Alfiana, R. D., Ischaq Nabil Asshiddiqi, M., Nugroho, S., Lewis, E. C., & Gittelsohn, J. (2021). Exclusive breastfeeding protects young children from stunting in a low-income population: A study from Eastern Indonesia. *Nutrients*, 13(12), 1–14. <https://doi.org/10.3390/nu13124264>

Kementerian Kesehatan RI. (2022). *Profil kesehatan Indonesia 2022*.

Kusumajaya, A. A. N., Sudikno, R. M. S., Nainggolan, O., Nursanyoto, H., Sutiari, N. K., Adhi, K. T., Suarjana, I. M., & Januraga, P. P. (2023). Sociodemographic and healthcare factors associated with stunting in children aged 6–59 months in the urban area of Bali Province, Indonesia 2018. *Nutrients*, 1–13.

Lestari, D. P. (2022). Upaya pencegahan risiko gizi buruk pada balita: Literature review. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 22(1), 532. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v22i1.1828>

Muharramah, A. (2023). Pengukuran status gizi dan konseling gizi sebagai pengabdian masyarakat dalam rangka kegiatan milad Universitas Aisyah Pringsewu tahun 2023. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Ungu(Abdi Ke Ungu)*, 5(2), 125–130. <https://doi.org/10.30604/abdi.v5i2.1326>

Permatasari, R. P., Simbolon, D., & Yunita, Y. (2024). Pencegahan stunting melalui pemberian ASI eksklusif di Indonesia: Pendekatan meta-analisis. *Amerta Nutrition*, 8(1sp), 105–112. <https://doi.org/10.20473/amnt.v8i1sp.2024.105-112>

Riset Kesehatan Dasar. (2018). *Laporan Nasional Riskesdas 2018*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

Sihotang, W. Y., Hulu, V. T., Samosir, F. J., Pane, P. Y., Hartono, H., Manalu, P., Siagian, M., & Panjaitan, H. I. L. (2023). Determinants of stunting in children under five: A scoping review. *Jurnal Gizi Indonesia (The Indonesian Journal of Nutrition)*, 12(1), 9–20. <https://doi.org/10.14710/jgi.12.1.9-20>

Suratri, M. A. L., Putro, G., Rachmat, B., Nurhayati, Ristrini, Pracoyo, N. E., Yulianto, A., Suryatma, A., Samsudin, M., & Raharni. (2023). Risk factors for stunting among children under five years in the province of East Nusa Tenggara (NTT), Indonesia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph20021640>