

**KASUS TUBERKULOSIS PARU DENGAN STUNTING PADA AN.SW DENGAN
PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS SINDANG JAYA**

**Eunike Alicia Valentina^{1*}, Rayhan Al-ghifari Iridansyah Siregar², Hania
Angelia³, Tom Surjadi⁴**

¹⁻⁴Universitas Tarumanagara

Email Korespondensi: eunikealicia@gmail.com

Disubmit: 11 Maret 2023

Diterima: 24 Maret 2023

Diterbitkan: 01 Agustus 2023

Doi: <https://doi.org/10.33024/mnj.v5i8.9535>

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is a disease caused by Mycobacterium tuberculosis. The highest mortality occurs in children aged under five years old, particularly those who are malnourished. In 2021, Indonesia is ranked second for country with the highest TB incidence, with a total of 42.187 TB cases in children. Stunting is a chronic nutritional problem caused by malnutrition and recurrent infection, especially in the first thousand days of life. Stunting inhibits physical growth, increasing susceptibility to disease, and interferes with child cognitive development, thereby reducing child's intelligence and productivity in the future. Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) 2021 showed that the prevalence of stunting in Indonesia is 24,4%, which is still considered high. Family medicine approach to increase growth and development, treat and prevent infection, prevent cognitive impairment of An. SW in the future. This research utilized a qualitative approach with a case study research design. The case in this study is a 14-month-old female toddler with the initials SW who presented with recurrent acute respiratory infections. An. SW was born prematurely with low birth weight and her mother was a 16-year-old teenager. Upon conducting an anthropometric examination, An. SW was found to be severely stunted. Holistic and comprehensive treatment has been done to An. SW, so that her complaints are reduced, her weight is increasing, and now she has received adequate treatment for pulmonary tuberculosis with her mom as supervisor. The family of An. SW has understood about stunting and lung tuberculosis and also has improved their parenting style, especially in terms of feeding practices. It was found that the stunting in An. SW was caused by infectious factor such as, lung tuberculosis and non-infectious factors such as inadequate nutrition intake and the parents' lack of knowledge. After the family medicine approach, the weight of An. SW is increasing and she finally gets the antituberculosis drugs.

Keywords: Pulmonary Tuberculosis, Stunting, Family Medicine

ABSTRAK

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Mortalitas tertinggi terjadi pada anak di bawah usia 5 tahun, terutama pada anak-anak dengan malnutrisi. Pada tahun 2021, Indonesia menduduki peringkat kedua angka kejadian TB tertinggi dengan jumlah kasus TB anak sebanyak 42.187 kasus. Stunting adalah masalah gizi kronis yang terjadi akibat malnutrisi dan infeksi berulang pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan. Stunting menghambat pertumbuhan fisik, menyebabkan anak rentan terhadap penyakit dan mengganggu perkembangan kognitif anak sehingga menurunkan tingkat kecerdasan dan produktivitas anak di masa depan. Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) 2021 menunjukkan bahwa prevalensi stunting di Indonesia masih tergolong tinggi, yaitu 24,4%. Kunjungan kedokteran keluarga untuk meningkatkan tumbuh kembang, mengatasi dan mencegah infeksi, serta mencegah gangguan kognitif di masa depan pada An. SW. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan jenis penelitian studi kasus. Adapun kasus dalam penelitian ini yaitu Seorang balita perempuan beinisial SW dan berusia 14 bulan datang dengan keluhan ISPA berulang. An. SW terlahir prematur dengan BBLSR dan ibunya adalah remaja berusia 16 tahun. Saat dilakukan pemeriksaan antropometri, An. SW tergolong severely stunted. Tata laksana holistik dan komprehensif telah dilakukan sehingga keluhan An. SW berkurang, berat badannya meningkat, dan saat ini telah mendapatkan pengobatan TB paru yang adekuat dengan ibunya sebagai PMO. Keluarga telah memahami tentang stunting dan TB paru, serta memperbaiki pola asuh terutama dalam hal praktik pemberian makanan. Ditemukan bahwa kondisi stunting pada pasien disebabkan oleh faktor infeksi yaitu TB paru serta faktor non-infeksi kurangnya asupan gizi dan pengetahuan orang tua. Setelah dilakukan pendekatan kedokteran keluarga, berat badan An. SW meningkat dan telah mendapatkan OAT.

Kata Kunci: Tuberkulosis Paru, Stunting, Kedokteran Keluarga.

PENDAHULUAN

Kedokteran keluarga merupakan salah satu disiplin ilmu yang memberikan pelayanan kesehatan terhadap individu dan keluarga secara komprehensif dan berkelanjutan. (American Academy of Family Physicians, 2019). Kedokteran keluarga berkaitan dengan penyediaan perawatan kesehatan dengan memperhatikan faktor-faktor lingkungan, ekonomi dan sosial budaya (Herqutanto, 2014). Tujuan pelayanan keluarga secara umum ialah terwujudnya kondisi sehat bagi setiap anggota keluarga, sedangkan tujuan pelayanan keluarga secara khusus ialah terpenuhinya kebutuhan akan

pelayanan kedokteran keluarga secara efektif dan efisien. (Kumarayanti et al., 2020). Pelayanan kedokteran keluarga memiliki manfaat berupa

kemudahan bagi kita untuk memenuhi berbagai kebutuhan dan tuntutan kesehatan, kemudahan untuk pemanfaatan pelayanan kesehatan, biaya kesehatan akan lebih terkontrol, serta mutu pelayanan yang akan lebih meningkat. (Anggraini et al., 2015)

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Berdasarkan data World Health Organization (WHO)

pada tahun 2021, sebanyak 1,2 juta anak di dunia menderita TB. (WHO, 2022) TB adalah salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas anak secara global. Mortalitas tertinggi terjadi pada anak di bawah usia 5 tahun (balita), terutama pada anak-anak dengan malnutrisi. (Unicef, 2022) Malnutrisi tercatat sebagai faktor risiko TB Paru tertinggi di dunia menurut WHO. Pada tahun 2021, terdapat 2,2 juta kasus TB yang terjadi akibat faktor risiko malnutrisi. Asia Tenggara adalah wilayah dengan kasus TB anak tertinggi dengan 514.000 kasus baru. (WHO, 2022)

Indonesia merupakan salah satu negara dengan beban tuberkulosis tertinggi di dunia. Berdasarkan data WHO, Indonesia menduduki peringkat kedua negara dengan angka kejadian tuberkulosis tertinggi di dunia dengan 969.000 kasus. (WHO, 2022) Pada tahun 2021, data dari Sistem Informasi TB (SITB) Indonesia menunjukkan bahwa 42.187 anak di Indonesia menderita tuberkulosis. Angka ini meningkat dibanding tahun 2020 yaitu 33.366 kasus. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022) Penderita TB anak di Indonesia didominasi kelompok usia 0-4 tahun. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mencatat sebanyak 22 dari 10.000 balita di Indonesia menderita TB. Banten menempati urutan kedua provinsi di Indonesia dengan prevalensi TB Paru terbanyak setelah Papua. Data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2018 menunjukkan bahwa prevalensi kasus TB Paru pada kelompok usia balita di Banten adalah sebesar 0,47 %. Kabupaten Tangerang menempati urutan kedua daerah dengan prevalensi TB Paru terbanyak yaitu sebesar 0,9 % dari seluruh penduduk provinsi Banten. Sepanjang Januari hingga November 2022, terdapat 11

kasus baru TB anak di Puskesmas Sindang Jaya.

Stunting atau yang lebih umum dikenal sebagai kerdil adalah kondisi gagal tumbuh pada anak yang berusia di bawah lima tahun (balita). Seorang anak dikatakan stunting apabila berdasarkan kurva pertumbuhan World Health Organization (WHO), tinggi badannya berada di bawah minus dua standar deviasi tinggi badan anak seusianya. Stunting adalah masalah gizi kronis yang terjadi akibat kurangnya gizi dan infeksi berulang terutama pada periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Selain menghambat pertumbuhan fisik dan menyebabkan anak rentan terhadap penyakit, stunting juga mengganggu perkembangan kognitif anak. Hal ini menyebabkan penurunan tingkat kecerdasan dan produktivitas anak di masa depan. (Lembaga Pelaksana Pencegahan Anak Kerdil (Stunting), 2018)

Menurut WHO, pada tahun 2020 prevalensi stunting di dunia mencapai 22% atau meliputi 149,2 juta balita dari seluruh dunia. Asia tenggara adalah wilayah dengan prevalensi balita stunting terbanyak di Asia pada tahun 2020, yaitu sebesar 27,4 % (WHO, 2021). Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2018) menunjukkan bahwa prevalensi stunting di Indonesia adalah sebesar 30,8 %. Berdasarkan data Studi Status Gizi Indonesia (SSGI, 2021), prevalensi stunting di Indonesia mencapai 24,4%. Angka ini melebihi standar kesehatan masyarakat yang telah ditetapkan WHO, di mana WHO menetapkan bahwa prevalensi stunting tergolong rendah apabila berada di bawah 10%. Saat ini, berdasarkan standar WHO, prevalensi Stunting di Indonesia masih tergolong tinggi, karena melebihi 20%.

Prevalensi balita stunting di provinsi Banten mengalami peningkatan dari 24,1% di tahun 2019, menjadi 24,5% di tahun 2021. Pada tahun 2021, data SSGI menunjukkan bahwa Banten menempati peringkat ke-19 provinsi dengan prevalensi stunting tertinggi di Indonesia. Pada tahun yang sama, prevalensi Stunting di Kabupaten Tangerang sendiri mencapai 23,3%. (Kemenkes RI, 2019) Tentunya, angka ini belum memenuhi standar kesehatan masyarakat yang telah ditetapkan WHO. Data di Puskesmas Sindang Jaya dari Januari hingga Agustus 2022 menunjukkan adanya 140 balita stunting di wilayah kerja Puskesmas Sindang Jaya.

Seorang anak balita perempuan berinisial SW yang berusia 14 bulan merupakan salah satu pasien stunting dengan tinggi badan 66 cm dan berat badan 6 kg yang berobat di Puskesmas Sindang Jaya sejak Oktober 2022. An. SW terlahir prematur dengan berat badan lahir sangat rendah (BBSR) dan ibunya adalah seorang remaja berusia 16 tahun. An. SW telah dua kali berkunjung ke Puskesmas Sindang Jaya dengan keluhan Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) yang berulang. An. SW memerlukan kunjungan kedokteran keluarga dengan tujuan memberikan perawatan dan pelayanan secara holistik dan komprehensif dalam meningkatkan tumbuh kembangnya, mengatasi penyakit infeksi yang, mencegah infeksi lainnya, serta mencegah gangguan kognitif di masa depan. Penulis mengharapkan dengan dilakukannya pendekatan ini, dapat ditemukan penyebab, pengobatan dan pencegahan komplikasi jangka pendek maupun jangka panjang terhadap kasus stunting yang dialami An. SW.

KAJIAN PUSTAKA

Ilmu kedokteran pada cabang ilmu kedokteran yang berorientasi memberikan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat primer yang kontinu dan menyeluruh pada satu individu dan keluarga dengan memperhatikan faktor-faktor seperti lingkungan, ekonomi serta sosial budaya. (Prasetyawati, 2012)

Pelayanan kedokteran keluarga melibatkan dokter keluarga sebagai pelaksana yang berperan sebagai penapis (gate keeper) pada pelayanan tingkat primer. Menurut American Academy of Family Physicians (AAFP) dokter keluarga adalah dokter yang dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berorientasi komunitas dengan menitikberatkan pada suatu keluarga, tidak hanya memandang pasien sebagai individu yang sakit melainkan sebagai bagian dari komunitas dan tidak hanya menunggu secara pasif, tetapi bila diperlukan juga secara aktif mengunjungi pasien atau keluarganya. (Anggraeni et al, 2015).

Pelayanan kedokteran keluarga bertujuan untuk mencapai suatu bentuk pelayanan kesehatan bagi seorang individu dan keluarga serta masyarakat yang bermutu namun dengan biaya yang terkendali, serta diharapkan dapat menciptakan keluarga yang sehat secara fisik, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap anggotanya hidup aktif secara sosial dan ekonomi. Manfaat dari pelayanan kedokteran keluarga adalah memudahkan kita untuk memenuhi berbagai kebutuhan dan tuntutan kesehatan, mengontrol biaya kesehatan serta meningkatnya mutu pelayanan kesehatan. (Anggraeni et al, 2015).

Dalam pelayanan kedokteran keluarga harus memenuhi standar pelayanan yang bermutu dan berasaskan hukum dan etika

profesi, ilmu pengetahuan dan keterampilan, bersifat paripurna (komprehensif), terpadu, menyeluruh dan berkesinambungan, pendekatan yang manusia dan rasional, memberikan manfaat yang sebesar-besarnya, partisipasi keluarga dan peduli pencegahan (paradigma sehat). (Anggraeni et al, 2015).

Prinsip pelayanan kedokteran keluarga di Indonesia mengikuti anjuran World Health Organization (WHO) dan World Organization of National College Academic (WONCA) untuk memberikan pelayanan menyeluruh dan bermutu. Berikut prinsip dari layanan kedokteran keluarga (Anggraeni et al, 2015), yakni: Memberikan pelayanan yang holistik dan komprehensif; Memberikan pelayanan yang kontinu; Memberikan pelayanan yang mengutamakan pencegahan; Memberikan pelayanan yang koordinatif dan kolaboratif; Memberikan penanganan personal bagi setiap pasien sebagai bagian integrasi dari keluarganya; Pelayanan yang mempertimbangkan keluarga, tempat kerja dan tempat tinggal; Pelayanan yang menjunjung tinggi etika dan hukum; Pelayanan yang dapat diaudit dan dipertanggungjawabkan; dan Pelayanan yang sadar biaya dan mutu.

Keberhasilan pelayanan kesehatan dalam kedokteran keluarga (Anggraeni et al, 2015), meliputi: Meningkatnya status kesehatan keluarga, dengan peningkatan kesehatan fisik, mental dan sosial dari seluruh anggota keluarga; Meningkatnya peran serta setiap anggota keluarga dalam menyelesaikan masalah kesehatan bagi dirinya, sosial maupun lingkungan disekitar keluarganya; dan Adanya kemampuan keluarga untuk mengatasi permasalahan yang muncul dalam keluarganya.

Karakteristik pelayanan kedokteran keluarga meliputi 12 kemampuan yang setiap dokter keluarga harus menguasai, dapat dirangkum menjadi 6 kompetensi dokter keluarga (EURACT, 2005; WONCA, 2011), meliputi: Manajemen pelayanan primer; Pelayanan berpusat pada individu; Kemampuan menyelesaikan masalah spesifik; Pendekatan komprehensif; Orientasi komunitas; dan Model holistic.

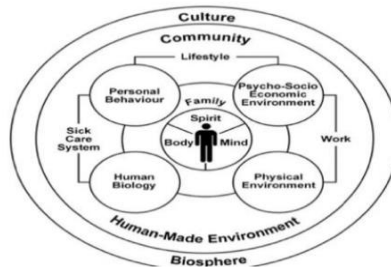
Peran dari seorang dokter keluarga (Anggraeni et al, 2015), meliputi: Pengaplikasian ilmu kedokteran klinik dan ilmu perilaku; Memantapkan pelayanan kesehatan primer dan sistem rujukan; Pengendalian biaya; Mengembalikan pelayanan kesehatan yang rasional dan manusiawi.

Menurut The Philippine Academy of Family Physicians, peran dokter keluarga adalah: Health care provider, Educator, Counsellor, Researcher, dan Community leader.

Mandala of health adalah sebuah model kesehatan yang dikembangkan oleh Department of Public di Toronto. Saat ini pemahaman tentang kesehatan dan penyakit tidak lagi dipandang sebagai sebab-akibat yang sederhana dari model medis, melainkan sebagai sistem hierarki yang kompleks, holistik dan interaktif. (Hancock, 1985)

Mandala of health menggambarkan suatu hubungan antara kesehatan, masalah psikososial, lingkungan dan ekonomi. Mandala of health digambarkan dalam sebuah lingkaran yang melambungkan alam semesta, dimana seorang individu yang terdiri dari tubuh, pikiran dan jiwa menjadi fokus dari lingkaran mandala of health. Individu dalam lingkungan keluarga memberi peran yang penting dalam membangun

nilai-nilai kesehatan, sikap, kesehatan masing-masing anggota
kebiasaan dan terus saling keluarga. (Hancock, 1985).
berinteraksi mempengaruhi



Gambar 1 *Mandala of Health*

Terdapat empat faktor dalam mandala of health yang akan berinteraksi dan mempengaruhi kesehatan individu dan keluarga (Hancock, 1985), antara lain: Human biology; Personal behavior; Lingkungan psikososial; dan Lingkungan fisik.

Diagnosis holistik merupakan suatu standar dalam menjalankan pelayanan kedokteran keluarga. Diagnosis ini ditegakkan dengan menilai seorang individu sebagai makhluk hidup yang terdiri dari tubuh, pikiran dan jiwa yang merupakan bagian dari komunitas (keluarga), sehingga kesehatannya dapat dipengaruhi oleh lingkungan dan sebaliknya. Terdapat 5 aspek dalam diagnosis holistik (Fujiati, 2005), meliputi: Aspek personal, Aspek klinis, Aspek risiko internal, Aspek risiko eksternal dan psikososial, dan Derajat fungsional.

Tuberkulosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Sebagian kuman TB ini menyerang paru tetapi bisa juga menyerang organ tubuh lain. Tuberkulosis jika menyerang di kelenjar limfe leher, tulang (kecuali tulang belakang), sendi, abdomen, telinga, mata, dan kulit maka bentuk penyakitnya akan ringan. Tuberkulosis bisa menjadi berat jika menyerang pada paru, selaput otak, ginjal, atau tulang

belakang. (Dirjen Pengendalian Penyakit dan Lingkungan, 2016; WHO, 2009)

Di negara berkembang terdapat sekitar 500.000 anak didunia yang menderita TB setiap tahun. WHO memperkirakan TB anak pada tahun-tahun berikutnya berlipat ganda yaitu pada anak-anak ditahun 2015 terdapat sekitar 1 juta (10%) dari 10,4 juta insiden kasus. WHO memperkirakan 210.000 kematian akibat TB di antara anak-anak pada tahun 2015, 24% di antaranya koinfeksi dengan HIV. (Dirjen Pengendalian Penyakit dan Lingkungan, 2016; Thomas TA, 2017)

Kasus tuberkulosis anak di Indonesia pada tahun 2010 adalah 9,4%, lalu pada tahun 2011 menjadi 8,5%, 8,2% pada tahun 2012, 7,9% pada tahun 2013, 7,6% pada tahun 2014 dan 9 % pada tahun 2015. Proporsi tersebut bervariasi antar provinsi dari 1,2% sampai dengan 17,3%. (Dirjen Pengendalian Penyakit dan Lingkungan, 2016)

Hasil survei tuberkulosis pada anak di pedesaan yang dilakukan Zakaria Siregar dkk (2004), menunjukkan prevalensi pada anak balita golongan umur 1 - 4 tahun yaitu sebesar 3,4% dengan risiko untuk mendapat infeksi per tahun adalah 30 per 1000 penduduk dan insiden dari menular 1-1,5 per

1000 penduduk. Anak usia dibawah lima tahun mempunyai risiko lebih besar mengalami progresi infeksi menjadi sakit Tuberkulosis paru karena imunitas selullernya belum berkembang sempurna.

Faktor risiko penularan TB pada anak sama halnya dengan TB pada umumnya, tergantung dari tingkat penularan, lama pajanan, dan daya tahan tubuh. Pasien TB dengan BTA positif memberikan kemungkinan risiko penularan lebih besar daripada pasien TB dengan BTA negatif. Pasien TB dengan BTA negatif masih memiliki kemungkinan menularkan penyakit TB. Tingkat penularan pasien TB BTA positif adalah 65%, pasien TB BTA negatif dengan hasil kultur positif adalah 26% sedangkan pasien TB dengan hasil kultur negatif dan foto toraks positif adalah 17%. (Dirjen Pengendalian Penyakit dan Lingkungan, 2016).

Pada 98% kasus TB, paru merupakan port d'entrée dari penyakit TB. Kuman TB dalam percik renik (droplet nuclei) akan terhirup yang kemudian mencapai alveolus. Pada sebagian kasus, kuman TB dapat dihancurkan seluruhnya oleh mekanisme imunologis nonspesifik, sehingga tidak terjadi respon imunologi spesifik. Pada kasus yang tidak dapat menghancurkan seluruh kuman makrofag alveolus akan memfagosit kuman TB yang sebagian besar dihancurkan. Sebagian kecil kuman TB yang tidak dapat dihancurkan akan menyebabkan lisis makrofag. Selanjutnya kuman TB akan membentuk lesi ditempat tersebut yang dinamakan fokus primer ghon.

Dari fokus primer, kuman TB akan menyebar melalui saluran limfe menuju kelenjar limfe regional, penyebaran ini menyebabkan inflamasi disaluran limfe (limfangitis), dan di kelenjar

limfe yang terkena (limfedinitis). Jika fokus primer terletak dibawah lobus bawah atau tengah, kelenjar limfe yang akan terlibat adalah kelenjar limfe parahilus (parahiler), sedangkan jika fokus primer terletak di apeks paru, yang akan terlibat adalah kelenjar paratrakeal. Gabungan antara fokus primer, limfangitis dan limfadenitis adalah kompleks primer.

Masa inkubasi TB bervariasi selama 2 - 12 minggu, biasanya berlangsung selama 4 - 8 minggu. TB primer terjadi saat terbentuknya kompleks primer, setelah itu imunitas seluler tubuh terhadap TB terbentuk. Setelah imunitas seluler terbentuk, fokus primer di jaringan paru biasanya akan mengalami resolusi secara sempurna membentuk fibrosis atau kalsifikasi setelah terjadi nekrosis perkijuan dan enkapsulasi.

Selama masa inkubasi, dapat terjadi penyebaran limfogen dan hematogen. Penyebaran hematogen dapat melalui sirkulasi darah dan menyebar keseluruh tubuh. Kuman TB kemudian akan mencapai berbagai organ diseluruh tubuh, bersarang di organ yang mempunyai vaskularisasi baik, paling sering di apex paru, limfa, dan kelenjar limfe superfisialis. Selain itu dapat juga bersarang di organ lain seperti otak, hati, tulang, ginjal, dan lain - lain. (Dirjen Pengendalian Penyakit dan Lingkungan, 2016).

Gejala sistemik ditandai dengan Berat badan turun atau tidak naik dalam 2 bulan sebelumnya, Demam lama (≥ 2 minggu) dan atau berulang tanpa sebab yang jelas. Batuk lama ≥ 2 minggu, dan malaise (Dirjen Pengendalian Penyakit dan Lingkungan, 2016)

Gejala spesifik terkait organ, Pada TB ekstra paru dapat dijumpai gejala dan tanda klinis yang khas pada organ yang terkena, antara

lain: Tuberkulosis kelenjar, Tuberkulosis sistem saraf pusat, Tuberkulosis sistem skeletal, Tuberkulosis mata dan Tuberkulosis kulit (Dirjen Pengendalian Penyakit dan Lingkungan, 2016).

Diagnosis dilakukan melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik. Setelah dilakukan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang maka dilakukan pembobotan dengan sistem skoring. Pasien dengan jumlah skor ≥ 6 harus ditatalaksana sebagai pasien TB dan mendapat pengobatan dengan Obat Anti Tuberkulosis (OAT). Bila skor < 6 tetapi secara klinis mengarah ke TB maka perlu dilakukan diagnosis pemeriksaan sesuai indikasi, seperti bilasan lambung, patologi anatomi, pungsi lumbal, pungsi pleura, foto tulang dan sendi, funduskopi, CT - Scan dan lain-lainnya. (WHO, 2009).

Pengobatan TB dibagi dalam 2 tahap yaitu tahap awal/intensif (2 bulan pertama) dan tahap lanjutan. Pada tahap awal minimal 3 macam obat, dan dilanjutkan dengan 2 macam obat pada tahap lanjutan (4 bulan, kecuali pada TB berat). OAT pada anak diberikan setiap hari pada kedua tahap tersebut. Paket OAT untuk tahap intensif yaitu Rifampisin (R), Isoniazid (H), Pirazinamid (Z), sedangkan untuk tahap lanjutan yaitu Rifampisin (R), dan Isoniazid (H).

Tablet OAT disediakan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT), yang tersedia dalam 2 tablet yaitu tablet RHZ untuk tahap intensif, dan tablet RH pada tahap lanjutan. Jumlah tablet KDT diberikan sesuai dengan berat badan anak dan komposisi dari tablet KDT tersebut. Dosis tablet KDT pada komposisi ini adalah rifampisin 75mg, isoniazid 50mg, pirazinamid 150mg.

Setelah OAT diberikan selama 2 bulan, pasien harus dievaluasi untuk melihat apakah gejala klinis

berkurang, nafsu makan meningkat, berat badan meningkat, demam menghilang, dan batuk berkurang. Apabila ada peningkatan maka pengobatan dilanjutkan sampai 6 bulan, apabila tidak pengobatan TB tetap dilakukan sambil mencari penyebabnya. (WHO, 2009)

Pemberian kortikosteroid dapat dipertimbangkan pada kondisi seperti, meningitis TB, sumbatan jalan napas akibat TB kelenjar, perikarditis TB, TB milier dengan gangguan napas yang berat, efusi pleura, TB abdomen dengan asites. Obat yang sering digunakan adalah prednisone dengan dosis 2 mg/kg/hari, sampai 4 mg/kg/hari pada kasus sakit berat, dengan dosis maksimal 60 mg/hari selama 4 bulan. Tapering-off dilakukan secara bertahap setelah 2 minggu pemberian kecuali pada TB meningitis pemberian selama 4 minggu sebelum tapering-off.

Isoniazid dapat menyebabkan defisiensi piridoksin simptomatik, terutama pada anak dengan malnutrisi berat dan anak dengan HIV yang mendapatkan Anti Retroviral Therapy (ART). Pemberian suplementasi piridoksin adalah 5-10 mg/hari direkomendasikan pada HIV positif dan malnutrisi berat.

Komplikasi TB yang paling mengkhawatirkan adalah ketika terlokalisasi di sistem saraf pusat karena menyebabkan morbiditas atau mortalitas yang signifikan terjadi pada sekitar 50% kasus. Awalnya subakut dan gejalanya tidak spesifik selama tahap awal. Seiring perkembangan penyakit, temuan meningitis menjadi jelas, termasuk muntah, perubahan kesadaran, kejang, meningismus, kelumpuhan saraf kranial, atau tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial. (Carvalho I, et al, 2018).

Pencegahan dan pengendalian faktor risiko TBC dilakukan dengan membudayakan perilaku hidup bersih dan sehat, membudayakan perilaku etika batuk, melakukan pemeliharaan dan perbaikan kualitas perumahan dan lingkungannya sesuai dengan standar rumah sehat, peningkatan daya tahan tubuh, penanganan penyakit penyerta TBC, penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi TBC di fasilitas pelayanan kesehatan, dan di luar fasilitas pelayanan kesehatan. Profilaksis TB diberikan pada anak yang kontak TB (profilaksis primer) atau anak yang terinfeksi TB tanpa sakit TB (profilaksis sekunder). (Kemenkes RI, 2020)

Stunting (kerdil) adalah kondisi gagal tumbuh (*growth faltering*) dan gangguan perkembangan pada anak berusia di bawah lima tahun (*balita*) yang terjadi akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu dari janin hingga anak berusia 24 bulan. WHO menetapkan bahwa Stunting adalah pendek atau sangat pendek berdasarkan tinggi badan menurut usia yang kurang dari -2 standar deviasi kurva pertumbuhan WHO (WHO, 2015).

Berdasarkan RISKESDAS 2018, mayoritas balita stunting di Indonesia berasal dari kelompok usia 12-23 bulan dengan proporsi golongan *severely stunted* sebesar 15,3% dan golongan *stunted* sebesar 22,4%, kelompok jenis kelamin laki-laki dengan proporsi golongan *severely stunted* sebesar 12,1% dan golongan *stunted* sebesar 19,6%, serta kelompok yang bertempat tinggal di pedesaan dengan proporsi golongan *severely stunted* 13,4% dan golongan *stunted* sebesar 21,5%. (Riskesdas, 2018)

Data SSGI 2021 menunjukkan bahwa prevalensi balita stunting di Indonesia adalah sebesar 24,4 %,

dengan distribusi 5,4% tergolong *severely stunted* dan 19% tergolong *moderately stunted*. Prevalensi stunting tertinggi adalah pada kelompok usia 36-47 bulan yaitu sebesar 6%, kemudian diikuti kelompok usia 24-35 bulan dengan prevalensi 5,6%. Analisis determinan masalah gizi di Indonesia menunjukkan adanya penurunan cakupan pada tahun 2021 dibanding pada tahun 2018, di antaranya dalam hal Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dari 58,2 % menjadi 48,6% di tahun 2021, ASI eksklusif pada bayi 0-5 bulan dari 64,5% menjadi 52,5%, penimbangan berat badan dari 40% menjadi 36,9% , pengukuran tinggi badan dari 77,8% menurun menjadi 63,7%. Sementara itu, di sisi lain terjadi peningkatan kasus BBLR dari 6,2% menjadi 6,6% di tahun 2021. Determinan-determinan tersebut mempengaruhi masih tingginya kasus stunting di Indonesia. (SSGI,2021)

Dua penyebab langsung stunting adalah faktor penyakit dan asupan zat gizi. Kedua faktor ini berhubungan dengan faktor pola asuh, akses terhadap makanan, akses terhadap layanan kesehatan dan sanitasi lingkungan. Penyebab dasar dari seluruh faktor-faktor tersebut tidak terlepas dari level individu dan rumah tangga yang bersangkutan, seperti di antaranya tingkat pendidikan dan pendapatan dalam rumah tangga. WHO (2014) membagi penyebab terjadinya Stunting pada anak menjadi 4 kategori besar yaitu faktor keluarga dan rumah tangga, makanan pendamping (*Complementary feeding*) yang tidak adekuat, menyusui, dan infeksi.

Proses pertumbuhan dan perkembangan manusia adalah suatu proses yang kompleks. Proses pertumbuhan berada dibawah kendali genetik dan pengaruh lingkungan yang saling berkaitan

satu sama lain, sehingga pada waktu tertentu satu atau yang lain mungkin memegang peranan yang dominan. Pada masa konsepsi, terbentuk suatu potensi genetik dari seorang manusia untuk mencapai ukuran dan bentuk dewasa tertentu. Lingkungan dapat mengubah potensi yang sudah ada. Ketika lingkungan netral tidak memberi dampak negatif terhadap proses pertumbuhan sehingga potensi genetik dapat tercapai. Namun apabila lingkungan tidak mendukung maka akan terdapat gangguan pada proses tumbuh kembang manusia. (Aryu Candra,2020)

Patofisiologi stunting belum sepenuhnya dipahami. Banyak hal berkontribusi terhadap kejadian stunting dari mulai kekurangan nutrisi prenatal dan setelah lahir, infeksi sistemik dan infeksi usus. Perawakan orang tua yang pendek, indeks massa tubuh (IMT) orang tua yang rendah, kenaikan berat badan selama kehamilan yang kurang juga dinilai berhubungan dengan berat bayi lahir rendah yang menjadi salah satu risiko terjadinya stunting. Kehamilan pada masa remaja, saat ibu masih dalam masa pertumbuhan juga berperan terhadap terjadinya stunting. (Prendergast AJ, 2014).

Stunting adalah tinggi badan yang kurang menurut umur, ditandai dengan terlambatnya pertumbuhan anak yang mengakibatkan kegagalan mencapai tinggi badan yang normal dan sehat sesuai usia anak. Stunting merupakan kekurangan gizi kronik yang dapat digunakan sebagai indikator jangka panjang untuk gizi kurang pada anak. Ciri-ciri anak stunting yaitu anak berbadan lebih pendek dengan teman sebayanya, pertumbuhan tinggi melambat, proporsi tubuh cenderung normal tapi anak tampak lebih muda atau kecil untuk usianya, berat badan rendah untuk anak seusianya,

pertumbuhan tulang tertunda, memiliki tanda pubertas terlambat, wajah tampak lebih muda dari usianya, cenderung lebih mudah sakit karena penurunan daya imun, lambatnya keterampilan fisik atau perkembangan motorik seperti berguling, duduk, berdiri, berjalan, keterlambatan keterampilan sosial dan mental, dan performa buruk pada tes perhatian dan memori belajar. (Agustina N,2022).

METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini termasuk dalam jenis penelitian studi kasus. Dengan mengamati secara detail objek yang dijadikan penelitian dan kasus yang diangkat dalam penelitian ini. Rumusan pertanyaan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Dari manakah sumber penularan TB paru An. SW serta apa faktor risiko terjadinya tinggi badan dan berat badan yang lebih rendah dari standar anak seusianya pada An. SW?
2. Apa saja faktor internal dan eksternal secara holistik yang mempengaruhi permasalahan kesehatan pada An. SW?
3. Apa saja tatalaksana holistik dan komprehensif yang dapat dilakukan untuk mengatasi permasalahan kesehatan yang dialami oleh An. SW?
4. Apa hasil dari penatalaksanaan yang telah dilakukan untuk mengatasi permasalahan kesehatan yang dialami oleh An. SW?

Populasi dalam penelitian ini adalah satu keluarga Ny. U dan Tn. A, dengan SW berusia 14 bulan sebagai sampel dalam penelitian ini melalui teknik purposive sampling.

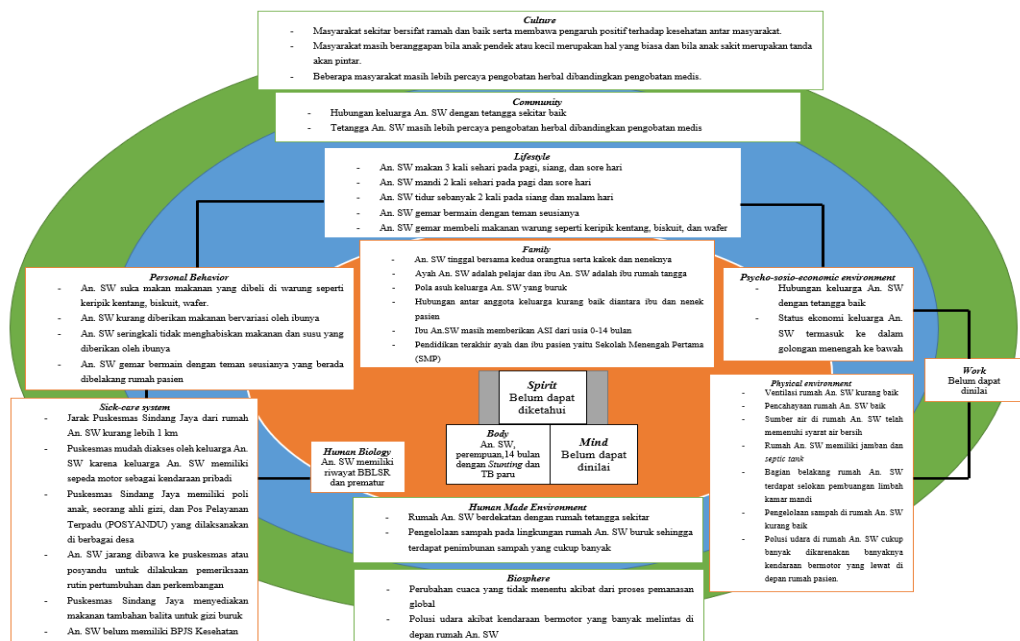
Pengumpulan data dilakukan melalui kegiatan pengamatan, wawancara dan dokumentasi lapangan.

Uji layak etik dilakukan melalui kegiatan anamnesis dan pemeriksaan fisik, serta pencarian data pendukung terkait data keluarga dan lingkungan sampel penelitian.

Analisis data dilakukan melalui diagnostic holistic dan

diagnosis keluarga. Setelahnya, dilakukan perencanaan terkait penatalaksanaan secara holistic dan komprehensif. Serta dilakukan aktivitas intervensi, penemuan hasil intervensi, dan prognosis.

HASIL PENELITIAN



Gambar 2. Mandala of Health

Telah diperiksa seorang pasien anak perempuan (An. SW) berusia 14 bulan di Puskesmas Sindang Jaya dengan keluhan batuk tidak berdahak dan pilek sejak 3 hari yang lalu. Menurut ibunya pasien juga sempat demam selama 2 hari namun sudah reda. Menurut ibunya hampir setiap bulan pasien sering sekali mengalami demam, batuk dan pilek selama ± 1 minggu setiap bulannya, namun tidak pernah dibawa berobat. Ibu pasien juga mengatakan baru mengetahui berat badan anaknya tidak naik sejak ± 4 bulan yang lalu (Juli 2022), karena sebelumnya pasien tidak rutin membawa anaknya ke Posyandu

sehingga tidak mengetahui pertumbuhan berat badan anaknya. Ibu pasien baru mengetahui anaknya mengalami kekurangan gizi setelah diberitahu oleh kader Posyandu di wilayah tempat tinggal pasien. Kemudian Kader Posyandu menyarankan dan mengantar ibu pasien untuk membawa anaknya berobat ke Puskesmas Sindang Jaya pada 18 November 2022 dan oleh dokter puskesmas, pasien didiagnosis infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) suspek TB paru dan stunting (berat badan= 6 kg, panjang badan= 66 cm, lingkaran lengan atas= 11 cm). Pasien tidak pernah dibawa ke Posyandu atau

Puskesmas karena Nenek pasien tidak setuju bahwa cucunya dikatakan mengalami kekurangan gizi, menurutnya wajar saja bila pasien bertubuh kecil karena memang lahir prematur (usia kehamilan 7 bulan 2 minggu) dan berat badan lahirnya sangat rendah (1400 gram). Menurut ibu pasien sejak lahir hingga saat ini pasien kurang kuat menyusu, setiap menyusu hanya sedikit (sebentar), padahal air susu ibu melimpah. Saat ini pasien menyusu ASI $\pm 5x$ /hari. Sejak lahir hingga saat ini suara tangisan pasien juga terdengar lemah dan pelan. Pasien juga lebih banyak tidur dan kurang aktif bermain. Saat ini pasien makan nasi tim dengan sayur dan lauk sebanyak 3x sehari dan terkadang tidak habis. Pasien jarang diberikan makanan selingan, terkadang diberikan buah-buahan namun juga tidak dihabiskan. Sebelumnya pasien terkadang tidak BAB hingga 5 hari sampai perut pasien tampak kembung dan membuncit, namun sejak 1 bulan terakhir BAB pasien teratur 2x/hari. Pasien juga mengalami gangguan perkembangan, saat ini pasien belum bisa berdiri sendiri dan berjalan. Pasien baru bisa duduk mandiri sejak ± 1 minggu sebelum datang ke Puskesmas, namun tampak tidak mampu mempertahankan posisi tersebut dalam waktu yang lama. Pasien mulai mengoceh dan dapat mengucapkan ± 3 kata seperti "Mama", "Papa" dan "Nen". Adik dari Nenek pasien yang tinggal dirumah sebelah pasien dan sering kontak dengan pasien pernah didiagnosis TB paru namun tidak tuntas berobat. Riwayat imunisasi dasar pasien tidak lengkap. Saat lahir hingga beberapa bulan awal setelah lahir, pasien tampak kuning namun tidak pernah dibawa berobat karena alasan biaya. Dari

pemeriksaan fisik keadaan umum pasien tampak pucat dan lemas, status gizi kurang dengan perawakan sangat pendek.

Pemeriksaan sistem dalam batas normal. Pasien mendapat terapi farmakologi puyer batuk pilek dan vitamin C, serta terapi non farmakologis berupa biskuit makanan tambahan balita. Ibu pasien juga mendapatkan konseling tentang gizi seimbang, serta pengaturan jadwal dan menu makan dari Puskesmas. Setelah dilakukan kunjungan kedokteran keluarga ke rumah An. SW, akhirnya dilakukan pemeriksaan tes tuberkulin (Mantoux), dan rontgen dada. Dari pemeriksaan tersebut didapatkan bahwa An. SW ternyata juga menderita TB paru.

Tatalaksana holistik dan komprehensif yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan An. SW, yaitu:

- Mengedukasi keluarga An. SW mengenai status gizi An. SW saat ini, dan menjelaskan apa itu stunting dan efeknya di kemudian hari.
- Mengedukasi keluarga An. SW untuk rutin melakukan pemeriksaan tumbuh kembang di Posyandu.
- Mengedukasi keluarga An. SW tentang gizi seimbang meliputi frekuensi makan, porsi makan dan jenis makanan berikut contoh bahan makanan sumber yang harus diberikan untuk anak seusianya.
- Menganjurkan orang tua An. SW untuk memasak sendiri makanan untuk anaknya dengan menu gizi seimbang daripada membeli makanan dari luar atau memberikan bubur instan, agar kebersihannya lebih terjamin dan lebih sehat.
- Menganjurkan orang tua untuk memberikan menu yang bervariasi dan mengusahakan

- An. SW untuk menghabiskan porsi makannya.
- f. Mengajarkan orang tua An. SW untuk meningkatkan tekstur makanan dari bubur menjadi nasi.
 - g. Mengajarkan kepada orang tua An. SW cara membuat susu formula yang benar dan takaran yang pas untuk anak seusianya.
 - h. Mengedukasi keluarga An. SW tentang untuk menjauhkan pasien dari paparan asap rokok.
 - i. Mengedukasi keluarga An. SW kalau anaknya yang sering sakit bukanlah hal yang wajar, hal ini berhubungan dengan status gizi dan imunisasi An. SW yang tidak lengkap, maka dianjurkan untuk An. SW melengkapi imunisasi yang tertinggal.
 - j. Mengajarkan orang tua untuk memberikan stimulasi untuk mengejar perkembangan An. SW terutama untuk motorik kasar.
 - k. Mengedukasi bahwa kondisi lahir prematur dan BBLSR bukanlah alasan untuk gangguan proses tumbuh kembangnya.
 - l. Mengedukasi ayah An. SW untuk tidak lagi merokok di dalam rumah.
 - m. Mengedukasi pentingnya sirkulasi udara yang baik di dalam rumah, sehingga mengajarkan untuk membuka ventilasi insidental (jendela dan pintu) setiap hari, menyalakan ventilasi tambahan (kipas angin), dan menambahkan lubang udara di rumah.
 - n. Membawa An. SW ke dokter spesialis anak untuk melakukan pemeriksaan tuberkulin (tes mantoux) dan rontgen dada.
 - o. Memberikan OAT kepada An. SW setelah terdiagnosis TB paru dan mengedukasi ibu An. SW untuk menjadi PMO.
 - p. Mengajarkan adik dari nenek An. SW untuk memeriksakan dan memastikan kembali penyakitnya, serta berobat ke puskesmas.
 - q. Mengedukasi keluarga An. SW untuk membina hubungan dan saling bekerjasama untuk menunjang proses tumbuh kembang An. SW.
 - r. Memotivasi nenek An. SW terkait kondisi cucunya, dan menyarankan untuk memberi dukungan secara emosional dan finansial kepada ibu An. SW untuk mengatasi masalah An. SW.
 - s. Mengajarkan kepada orang tua An. SW untuk mempercepat pengurusan administrasi untuk pembuatan BPJS.
- Hasil dari tatalaksana yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan An. SW, yaitu:
- a. Orang tua telah memahami kondisi An. SW (stunting dan TB paru), mulai mencari tahu terkait kondisi An. SW, serta bersedia mengikuti penyuluhan dan konseling yang diadakan oleh ahli gizi di puskesmas kecamatan Rajeg.
 - b. Orang tua mulai rutin membawa An. SW ke posyandu untuk menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan.
 - c. Orang tua memahami bahwa pola makan An. SW harus diperbaiki dan ditingkatkan untuk mengatasi stunting, sehingga daya tahan tubuhnya juga menjadi lebih baik dan tidak mudah terserang penyakit.
 - d. Orang tua mulai memasak sendiri dan menambahkan protein hewani serta sayur dan buah ke dalam menu makan An. SW.
 - e. Orang tua An. SW sudah menyediakan menu yang lebih bervariasi dan An. SW sudah mulai mau menghabiskan makanannya setiap kali makan.
 - f. Orang tua telah mengganti bubur dan nasi tim menjadi nasi biasa.

- g. Orang tua telah mengubah cara pembuatan susu formula dan membuat susu formula dengan takaran yang ideal. Sebelumnya An. SW hanya diberikan 60 ml susu formula/hari, sedangkan saat ini An. SW mampu menghabiskan 180 ml susu formula/hari.
- h. Berat badan An. SW meningkat sebanyak 600 gram, dari 6 kg menjadi 6,6 kg dalam 5 minggu terakhir.

Tabel 1. Data Antropometri An. SW Sebelum Dan Sesudah Intervensi.

	SEBELUM	SESUDAH
BB	6 kg	6,6 kg
TB	66 cm	66 cm
LK	43,5	43,5 cm
LiLa	11 cm	11 cm

- i. Batuk pilek yang dialami pasien telah sembuh dan tidak berulang lagi dalam 3 minggu terakhir.
- j. Orang tua An. SW memahami pentingnya imunisasi untuk daya tahan tubuh anaknya dan mau mengejar ketertinggalan imunisasi An. SW.
- k. Orang tua sudah mulai memberikan stimulasi untuk An. SW, agar anaknya dapat mengejar keterlambatan perkembangannya (motorik kasar).
- l. Keluarga mulai memahami bahwa An. SW yang sering sakit bukanlah hal yang wajar dan membawa An. SW ke puskesmas apabila sakit, dan memahami bahwa lahir prematur dengan BBLSR bukan berarti tumbuh kembangnya akan terhambat dan anaknya akan selalu kurus serta berperawakan pendek.
- m. Ayah An. SW sudah tidak merokok di dalam rumah lagi.
- n. Orang tua anak SW sudah rutin membuka ventilasi insidental yang ada dan menyalakan ventilasi tambahan.
- o. Orang tua An. SW pergi bersama dokter muda ke rumah sakit untuk melakukan tes mantoux dan rontgen dada terhadap An. SW. Setelah terdiagnosis TB, saat ini An. SW menjalani pengobatan OAT fase intensif dengan ibunya sebagai PMO.
- p. Seluruh keluarga An. SW bersedia mengumpulkan sampel dahak untuk pemeriksaan TCM TB di Puskesmas.
- q. Keluarga An. SW telah memahami tentang TB paru (definisi, penyebab, penularan, gejala, faktor risiko, pemeriksaan, pengobatan, komplikasi, pencegahan, dan prognosis).
- r. Keluarga An. SW sudah mengerti bahwa An. SW dapat dengan mudah tertular TB, sehingga adik dari nenek An. SW sudah mau memeriksakan dan memastikan kembali penyakitnya dan mulai berobat ke Puskesmas.
- s. Ibu dan nenek An. SW sudah mulai membina hubungan yang lebih baik, nenek An. SW sudah mengizinkan An. SW untuk rutin pergi ke Posyandu dan pergi ke Puskesmas jika ada keluhan.
- t. Nenek sudah mengerti kondisi An. SW dan menerima jika cucunya dikatakan mengalami stunting dan TB paru, serta membantu dan mendukung ibu An. SW secara emosional dan finansial untuk mengatasi tumbuh kembang An. SW yang terhambat.

- u. Keluarga An. SW sudah memasukkan An. SW ke dalam KK pihak keluarga ayah, sehingga saat ini An. SW telah memiliki NIK yang dapat digunakannya sebagai syarat mendapatkan OAT secara gratis di Puskesmas.
- v. Orang tua An. SW sedang melakukan pengurusan administrasi untuk BPJS.

PEMBAHASAN

Sumber penularan TB paru dan faktor risiko yang menyebabkan berat badan dan tinggi badan yang lebih rendah dibanding anak seusianya pada An. SW, yaitu:

- a. Sumber penularan TB Paru pada An. SW adalah adik dari neneknya yang tinggal di sebelah rumah An. SW dan setiap hari berkunjung ke rumah An. SW.
 - b. An. SW kurang nafsu makan, sehingga porsi makannya kurang untuk anak seusianya serta tidak memenuhi syarat gizi seimbang.
 - c. Kurangnya pengetahuan keluarga An. SW mengenai gizi seimbang dan hubungannya dengan proses tumbuh kembang anak, serta tidak mengetahui apa itu stunting.
 - d. An. SW tidak rutin melakukan pemeriksaan tumbuh kembang di Posyandu.
 - e. An. SW lahir prematur dengan berat badan lahir sangat rendah (BBLSR).
 - f. An. SW menderita TB paru.
 - g. Keluarga An. SW tidak percaya tentang imunisasi yang dapat meningkatkan imunitas tubuh anak.
 - h. Ventilasi di rumah An. SW belum memenuhi syarat ideal.
- Faktor internal dan eksternal yang menyebabkan permasalahan kesehatan An. SW yaitu:
- a. An. SW kurang nafsu makan, sehingga porsi makannya kurang untuk anak seusianya serta tidak memenuhi syarat gizi seimbang.
 - b. An. SW jarang mengonsumsi sayur dan buah, serta protein, biasa hanya diberikan kuah atau kaldunya saja.
 - c. Ibu An. SW jarang memasak untuk anaknya, biasa diberikan bubur bayi di pinggir jalan atau bubur instan.
 - d. An. SW terdiagnosis TB paru, yang menyebabkan berat badannya sulit naik dan seiring berjalannya waktu berkembang menjadi stunting.
 - e. An. SW tidak rutin melakukan pemeriksaan tumbuh kembang di posyandu.
 - f. Kurangnya pengetahuan keluarga An. SW mengenai gizi seimbang dan hubungannya dengan proses tumbuh kembang anak, serta tidak mengetahui apa itu Stunting.
 - g. Orang tua An. SW masih berusia sangat muda, sehingga belum memiliki pengetahuan yang cukup terkait pola asuh anak.
 - h. Budaya setempat yang mengatakan setiap anak “mau pintar” pasti mereka akan sehingga menganggap An. SW yang sakit hampir setiap bulan adalah hal yang wajar.
 - i. Keluarga An. SW menganggap berat badannya tidak naik serta berperawakan pendek adalah wajar karena anaknya lahir prematur dengan BBLSR.
 - j. Ventilasi di rumah An. SW belum memenuhi syarat ideal.
 - k. Ayah An. SW merokok di dalam rumah.
 - l. An. SW memiliki kontak dengan pasien TB Paru aktif, yang tidak menjalani pengobatan karena lebih mempercayai pengobatan alternatif atau herbal.
 - m. Keluarga An. SW tidak percaya tentang imunisasi yang dapat meningkatkan imunitas tubuh anak.

- n. Hubungan ibu dan nenek pasien yang tinggal serumah kurang baik.
- o. Status ekonomi keluarga An. SW menengah kebawah.
- p. An. SW belum memiliki BPJS karena masalah administrasi.

KESIMPULAN

Kondisi stunting pada An. SW disebabkan oleh faktor infeksi yaitu TB paru serta faktor non-infeksi kurangnya asupan gizi dan pengetahuan orang tua. Keluarga An. SW juga memiliki kurang pengetahuan mengenai gizi dan tumbuh kembang anak, serta tidak percaya pada imunisasi dan ventilasi di rumah An. SW belum memenuhi syarat ideal. Oleh karena itu, perlu dilakukan intervensi yang tepat dan holistik untuk menemukan sumber penularan TB dalam keluarga An. SW, mengatasi infeksi TB yang diderita An. SW, mencegah infeksi lainnya, mengejar tumbuh kembang, serta mencegah penurunan fungsi kognitif An. SW di masa depan.

Kesimpulan dari tata laksana holistik dan komprehensif untuk mengatasi masalah kesehatan An. SW adalah bahwa stunting merupakan masalah gizi yang memerlukan pendekatan multisektor. Berbagai aspek seperti pendidikan gizi, perawatan kesehatan rutin, lingkungan yang sehat, dan dukungan emosional dan finansial dari keluarga dan lingkungan harus diberikan kepada An. SW. Selain itu, upaya untuk meningkatkan hubungan dan kerjasama antara keluarga juga perlu diberikan perhatian agar dapat meningkatkan efektivitas pengobatan dan pemulihan An. SW.

Setelah dilakukan tatalaksana untuk mengatasi masalah kesehatan An. SW yang mengalami stunting dan TB paru,

keluarga An. SW telah memperoleh banyak pengetahuan terkait kondisi anaknya. Mereka sudah rutin membawa An. SW ke posyandu, memahami pentingnya pola makan yang sehat, dan menyediakan menu yang lebih bervariasi. Berat badan An. SW telah meningkat dan batuk pileknya sembuh. Keluarga An. SW juga telah memahami pentingnya imunisasi, membina hubungan yang lebih baik, dan melakukan pengurusan administrasi BPJS. Dalam hal pengobatan TB, An. SW saat ini sedang menjalani pengobatan OAT fase intensif dengan ibunya sebagai PMO, dan keluarga An. SW bersedia mengumpulkan sampel dahak untuk pemeriksaan TCM TB di puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina N. Ciri Anak *Stunting*. Kementerian Kesehatan Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan. 2022 [Cited 2022 Nov 22]. Available From: https://Yankes.Kemkes.Go.Id/View_Artikel/1519/Ciri-Anak-Stunting
- American Academy Of Family Physician. (2019). Family Physician, Definition. <https://www.aafp.org/about/policies/all/family-physician-definition.html>
- Anggraini M. T, Novitasari A. S, & Riza M. (2017). Buku Ajar: Kedokteran Keluarga. Unimus Press.
- Batubara JRL, Tjahjono HA, Aditiawati. Panduan Praktek Klinis Perawakan Pendek Pada Anak Dan Remaja Di Indonesia. Badan Penerbit IDAI. 2017
- Caulfield L.E, Richard S, & Rivera J. (2006). Stunting, Wasting, And Micronutrient Deficiency Disorders. In Disease Control

- Priorities In Developing Countries (2nd Ed.). Oxford University Press.
- Direktorat Jenderal Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Dashboard TB Indonesia. <https://Tbindonesia.Or.Id/Dashboard-Tb-Indonesia/>
- Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan. (2016). Petunjuk Teknis Manajemen TB Anak. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Fujiati I. Dasar-Dasar Kedokteran Keluarga. Medan: USU Press, 2005
- Garcia DM, Hiffler L, & Kemmer TM. (2016). Recognition And Management Of Malnutrition: Module 8. In Pediatric Education In Disasters Manual. American Academy Pediatrics.
- Hadi S. (2021). Capaian, Tantangan, Dan Peluang Pelaksanaan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stunting).
- Herqutanto, & Wedhani. (2014). Buku Keterampilan Klinis Ilmu Kedokteran Komunitas. Departemen Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hien, N.N. Dan Kam, S. (2008) Nutritional Status And The Characteristics Related To Malnutrition In Children Under Five Years Of Age In Nghean, Vietnam. *J. Prev. Med. Public Health*, 41, 232-240.
- Hutagalung A. E. (2021). Peran Kabupaten/ Kota Dalam Melaksanakan 8 Aksi Konvergensi. Kementerian Dalam Negri Indonesia.
- Ikatan Dokter Anak Indonesia. (2009). Pedoman Pelayanan Medis. Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Kaimuddin. (2015). Program Kesehatan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) Menuju Stop BABS Dan Menurunkan Angka Stunting Di Kabupaten Polewali Mandar. KEMENKES RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Dan Studi Status Gizi Indonesia. (2021). Buku Saku Hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) Tingkat Nasional, Propinsi, Dan Kabupaten/Kota Tahun 2021. <http://Www.Badankebijakan.Kemkes.Go.Id/Buku-Saku-Hasil-Studi-Status-Gizi-Indonesia-Ssgi-Tahun-2021/>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar 2018. https://Kesmas.Kemkes.Go.Id/Assets/Upload/Dir_519d41d8cd98f00/Files/Hasil-Riskesdas-2018_1274.Pdf
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Laporan Riset Kesehatan Dasar Banten 2018.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 Tentang Standar Antropometri Anak. Menteri Kesehatan Republik Indonesia; 2020.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana Tuberkulosis Indonesia. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kumarayanti N, Hapsari Y, & Kusuma D. R. (2020). Penatalaksanaan Dengan Pendekatan Kedokteran Keluarga Dan Pasien Dewasa. *Jurnal Kedokteran*, 9(3), 220-228.

- Lembaga Pelaksana Pencegahan Anak Kerdil (Stunting). (2018). Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting Periode 2018-2024. Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia. <https://cegahstunting.id/Unduhan/Pedoman/>
- Moroz M, & King T. (2021). Mycobacterium Tuberculosis: Pathogenesis And Clinical Findings. Calgary Guide.
- Owino V, Ahmed T, Freemark M, Et Al. Environmental Enteric Dysfunction And Growth Failure/Stunting In Global Child Health. *Pediatrics*. 2016;138(6):E20160641
- Pearson R, Killedar M, Petravic J, Kakietek J, & Scott N. (2018). Optimal Nutrition: An Allocative Efficiency Tool To Reduce Childhood Stunting By Better Targeting Of Nutrition-Related Interventions. *BMC Public Health*.
- Kementerian Sekretariat Negara Republik Indonesia. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 42 Tahun 2013 Tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi, (2013).
- Prendergast AJ, Humphrey JH. The Stunting Syndrome In Developing Countries. *Paediatr Int Child H*, 2014;34(4):250-265.
- Rahayu, A., Km, S., Ph, M., Yulidasari, F., Putri, A. O., Kes, M., Anggraini, L. (2018). Study Guide Stunting Dan Upaya Pencegahannya.
- United Nations International Children's Emergency Fund Indonesia. (2022). Desk Review: Pediatric Tuberculosis With A Focus On Indonesia | Pediatric Tuberculosis With A Focus On Indonesia Desk Review. <https://www.unicef.org/indonesia/reports/desk-review-pediatric-tuberculosis-focus-indonesia>
- World Health Organization, United Nations International Children's Emergency Fund. (2021). Levels And Trends In Child Malnutrition. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025257>
- World Health Organization. (2009). Buku Saku Pelayanan Kesehatan Anak. WHO.
- World Health Organization. (2014). Childhood Stunting: Challenges And Opportunities. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107026/WHO_NMH_NHD_GRS_14.1_Eng.Pdf;jsessionid=DB582653D33378C8CFB6386591307DE4?sequence=1
- World Health Organization. (2014). Global Nutrition Targets 2025: Stunting Policy Brief. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.3>
- World Health Organization. (2015, Desember 9). Stunting In A Nutshell. <https://www.who.int/news/item/19-11-2015-stunting-in-a-nutshell>
- World Health Organization. (2022). Global Tuberculosis Report 2022. In WHO. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>
- World Health Organization. 2017. Nutrition. Stunting In A Nutshell. Available From: https://www.who.int/nutrition/healthygrowthproj_stunted_videos/en/.