



Pendekatan Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Kedokteran Keluarga pada Penatalaksanaan Rhinofaringitis Akut Dengan Gizi Kurang pada Balita: Sebuah Laporan Kasus

Amirah Rona Filhaqqi Harahap¹, Hendra Wahyuni²

¹Program Studi Profesi Dokter, Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Malikussaleh, Lhokseumawe, Indonesia

²Bagian Pulmonologi dan Kedokteran Respirasi / Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Malikussaleh / Puskesmas Syamtalira Bayu, Aceh Utara, Indonesia

Email : amirah.200610075@mhs.unimal.ac.id

Abstrak

Rhinofaringitis akut merupakan infeksi saluran pernapasan atas yang paling sering dijumpai pada balita. Pada anak dengan malnutrisi dan riwayat perinatal berisiko, infeksi saluran napas dapat berlangsung lebih sering, memicu lingkaran setan infeksi-malnutrisi, serta meningkatkan risiko komplikasi neurologis seperti kejang demam. Laporan kasus ini bertujuan untuk menganalisis penatalaksanaan komprehensif rhinofaringitis akut yang disertai gizi kurang dan suspek keterlambatan perkembangan pada anak usia 4 tahun melalui pendekatan kedokteran keluarga dan ilmu kesehatan masyarakat. Pasien anak laki-laki usia 48 bulan dibawa ke Puskesmas Syamtalira Bayu dengan keluhan utama pilek, hidung tersumbat, batuk, dan demam sejak tiga hari. Pemeriksaan fisik menunjukkan mukosa konka hiperemis, sekret serosa, dan faring hiperemis. Status antropometri menunjukkan berat badan 10 kg dan tinggi badan 82 cm (BB/U < -3 SD, TB/U < -3 SD, BB/TB -1 SD) yang mencerminkan kondisi gizi kurang kronis (stunting dan underweight). Skrining KPSP menunjukkan skor 6 (penyimpangan perkembangan). Pasien memiliki riwayat lahir prematur 31 minggu dengan berat badan lahir sangat rendah (BBLSR 1.200 gram), riwayat tidak pernah mendapat ASI eksklusif, serta riwayat kejang demam pada usia 2 tahun. Kunjungan rumah (home visit) mengidentifikasi paparan asap rokok berat dari ayah (1 bungkus/hari), ventilasi rumah minim, keberadaan kandang unggas dekat rumah, sanitasi air sumur dengan klorinasi tidak teratur, serta rendahnya literasi gizi keluarga. Intervensi dilakukan secara holistik mencakup medikamentosa simptomatik suportif (hidrasi, cuci hidung NaCl 0,9%, parasetamol p.r.n.), edukasi penghentian merokok di dalam rumah, suplementasi nutrisi tinggi protein hewani, stimulasi tumbuh kembang berkala, dan rujukan ke Posyandu. Pendekatan kesehatan masyarakat terbukti esensial dalam memutus transmisi patogen respiratori, memulihkan status gizi, dan mencegah kekambuhan kejang demam pada anak.

Kata kunci: Rhinofaringitis Akut, Gizi Kurang, BBLSR, Kedokteran Keluarga, Kesehatan Lingkungan, Puskesmas

Abstract

Acute rhinopharyngitis is the most prevalent upper respiratory tract infection among young children. In pediatric patients with underlying malnutrition and high-risk perinatal history, respiratory infections often present with increased frequency and severity, perpetuating a vicious cycle of infection-malnutrition and escalating the risk of neurological sequelae such as febrile seizures. This case report aims to analyze the comprehensive management of acute rhinopharyngitis complicated by undernutrition and suspected developmental delay in a 4-year-old child using family medicine and public health approaches. A 48-month-old boy was brought to Puskesmas Syamtalira Bayu presenting with clear rhinorrhea, nasal congestion, cough, and low-grade fever for three days. Physical examination revealed hyperemic nasal turbinates with serous discharge and pharyngeal injection. Anthropometric evaluation revealed a body weight of 10 kg and body height of 82 cm (WAZ < -3 SD,

HAZ < -3 SD, WHZ -1 SD), denoting severe chronic malnutrition (stunting with underweight). Developmental screening via KPSP scored 6 (suspected developmental deviation). Notably, the patient had a perinatal history of preterm birth at 31 weeks gestation with very low birth weight (VLBW 1,200 g), complete absence of breastfeeding, and a past history of febrile seizure at age 2. An environmental home visit identified heavy indoor second-hand tobacco smoke exposure (father smoking 1 pack/day), suboptimal household ventilation, close proximity to poultry coops, unchlorinated well water, and low maternal nutritional literacy. Comprehensive management was executed incorporating supportive symptomatic therapy (adequate hydration, isotonic saline nasal irrigation, paracetamol p.r.n.), indoor smoking cessation counseling, high-biological-value protein dietary optimization, structured developmental stimulation, and enrollment in community health post (Posyandu) growth monitoring. A community-oriented primary care approach is crucial to break respiratory infection transmission, remediate nutritional deficits, and mitigate febrile seizure recurrence.

Keywords: Acute Rhinopharyngitis, Malnutrition, VLBW, Family Medicine, Environmental Health, Primary Healthcare

PENDAHULUAN

Rhinofaringitis akut, atau yang dikenal luas sebagai common cold, merupakan inflamasi akut pada mukosa hidung dan faring yang menjadi salah satu infeksi saluran pernapasan atas (ISPA) paling lazim pada populasi pediatrik global.(1) Anak usia prasekolah dilaporkan mengalami rata-rata 6 hingga 8 episode infeksi respiratori akut setiap tahunnya akibat belum matangnya sistem imunitas adaptif serta tingginya transmisi kontak di lingkungan penitipan anak atau teman sebaya.(2,3) Etiologi dominan adalah agen virus, terutama Human Rhinovirus (30–50%), Respiratory Syncytial Virus (RSV), Coronavirus, Adenovirus, dan Parainfluenza.(11,12) Kendati sebagian besar kasus bersifat swasirna (self-limiting) dalam 7 hingga 10 hari, perjalanan klinis rhinofaringitis dapat tereskalasi menjadi infeksi berat atau berulang pada anak dengan kerentanan biologis dan lingkungan tertentu.(1,19)

Status nutrisi anak merupakan faktor determinan biologis fundamental yang berinteraksi secara resiprokal dengan infeksi saluran napas. Malnutrisi (gizi kurang dan stunting) menginduksi disfungsi barrier epitel mukosa, atrofi jaringan limfoid timus, penurunan kadar sekresi IgA sekretori, serta depresi imunitas seluler, yang menyebabkan anak sangat rentan terhadap invasi mikroorganisme patogen.(4,17) Sebaliknya, infeksi akut memicu pelepasan sitokin proinflamasi, anoreksia, peningkatan laju katabolisme basal, dan gangguan absorpsi nutrisi, sehingga memperparah defisit gizi.(4) Hubungan timbal balik ini menciptakan 'lingkaran setan' (vicious cycle) infeksi-malnutrisi yang menghambat kecepatan resolusi penyakit dan pemulihan anak.(4,17)

Kerentanan pasien pediatrik sering kali berakar dari riwayat perinatal yang tidak menguntungkan, seperti kelahiran prematur dan berat badan lahir sangat rendah (BBLSR < 1.500 gram), serta kegagalan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif.(5,6) Bayi BBLSR yang tidak memperoleh imunoglobulin protektif, laktoferin, dan oligosakarida bioaktif dari ASI mengalami defisit imunitas pasif dan rentan mengalami restriksi pertumbuhan ekstrauterin kronis.(6,7) Selain itu, anak dengan riwayat kejang demam memiliki ambang batas konvulsi yang lebih sensitif terhadap peningkatan suhu mendadak akibat infeksi virus, yang menimbulkan kecemasan mendalam pada keluarga.(8)

Dalam konteks pelayanan kesehatan primer di Puskesmas, tata laksana rhinofaringitis akut tidak dapat dibatasi pada pemberian medikamentosa kuratif semata, melainkan memerlukan integrasi paradigma Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM) dan Kedokteran Keluarga.(16,18) Identifikasi determinan kesehatan melalui audit lingkungan rumah (home visit), penilaian status gizi, telaah faktor perilaku merokok anggota keluarga, serta sanitasi pemukiman sangat esensial untuk menyusun strategi intervensi komprehensif.(18) Laporan kasus ini menyajikan

penatalaksanaan holistik seorang anak usia 4 tahun dengan rhinofaringitis akut disertai gizi kurang, stunting, dan suspek penyimpangan perkembangan di wilayah kerja Puskesmas Syamtalira Bayu, Aceh Utara.

LAPORAN KASUS

Identitas dan Anamnesis Klinis

Seorang anak laki-laki, An. AM, berusia 48 bulan (4 tahun), bertempat tinggal di Dusun Jrat Manyang, Gampong Ulee Meuria, Kecamatan Syamtalira Bayu, Kabupaten Aceh Utara, dibawa oleh ibunya ke Poliklinik Puskesmas Syamtalira Bayu pada tanggal 30 Juli 2026 dengan keluhan utama hidung berair dan tersumbat sejak 3 hari sebelum pemeriksaan. Keluhan disertai batuk berdahak ringan, bersin-bersin, nafsu makan menurun, dan demam bertemperatur tidak terlalu tinggi (sumeng-sumeng). Pasien tampak rewel terutama saat malam hari akibat kesulitan bernapas melalui hidung. Keluhan sesak napas, stridor, napas cuping hidung, suara serak, mengi, maupun kejang saat demam disangkal oleh keluarga.

Pasien memiliki riwayat sering mengalami episode demam dan pilek berulang setiap kali ada anggota keluarga yang sakit saluran napas. Pada usia 2 tahun, pasien tercatat pernah mengalami kejang demam sederhana satu kali dengan durasi kurang dari 5 menit saat suhu tubuh meningkat mendadak, tanpa riwayat kejang berulang atau defisit neurologis fokal pascakejang. Riwayat alergi obat, makanan, dan asma bronkial disangkal.

Riwayat perinatal menunjukkan pasien lahir secara spontan pervaginam prematur pada usia kehamilan sekitar 31 minggu dengan Berat Badan Lahir Sangat Rendah (BBLSR) sebesar 1.200 gram dan panjang badan lahir 38 cm di fasilitas kesehatan. Pasien sempat dirawat di inkubator ruang perinatologi selama 1 bulan. Pasien sama sekali tidak pernah mendapatkan Air Susu Ibu (ASI) sejak lahir karena ASI ibu dilaporkan tidak keluar dan langsung diberikan susu formula menggunakan botol dot. Makanan pendamping ASI (MP-ASI) diperkenalkan pada usia 6 bulan berupa bubur instan. Pola makan saat ini adalah 2 kali sehari dengan porsi kecil (nasi lembek dan kuah sayur, jarang mengonsumsi telur, ikan, atau daging). Riwayat imunisasi dasar lengkap sesuai jadwal nasional.

Pemeriksaan Fisik dan Status Antropometri

Pada pemeriksaan fisik saat kedatangan, keadaan umum pasien tampak sakit ringan, sadar penuh (GCS E4V5M6). Tanda-tanda vital menunjukkan frekuensi nadi 104 kali/menit (reguler, isi cukup), frekuensi napas 24 kali/menit (reguler, tanpa retraksi interkostal maupun suprasternal), suhu aksila 37,8°C, dan saturasi oksigen 98% pada udara ruangan.

Status antropometri menunjukkan berat badan (BB) 10,0 kg, panjang/tinggi badan (TB) 82,0 cm, dan lingkar lengan atas (LiLA) 12,0 cm. Plotting pada Kurva Pertumbuhan Standar WHO (2006) usia 48 bulan menghasilkan interpretasi: Z-score BB/U < -3 SD (berat badan sangat kurang / severely underweight); Z-score TB/U < -3 SD (sangat pendek / severely stunted); dan Z-score BB/TB -1 SD (gizi baik secara proporsional akut, namun mengalami gizi kurang kronis parah). Penilaian perkembangan menggunakan Kuesioner Pra-Skrining Perkembangan (KPSP) usia 48 bulan memperoleh skor 6 dari 10 butir pertanyaan yang terjawab 'Ya', yang dikategorikan sebagai perkembangan meragukan / suspek penyimpangan perkembangan, terutama pada sektor motorik kasar dan bahasa/bicara.

Pemeriksaan status lokalis THT menunjukkan pada rinoskopi anterior kavum nasi kanan dan kiri sempit akibat edema mukosa konka yang hiperemis disertai sekret serosa bening cair profus. Pemeriksaan orofaring memperlihatkan mukosa faring hiperemis ringan hingga sedang, arkus faring simetris, uvula di tengah, dan tonsil T1-T1 tenang tanpa detritus maupun eksudat membranosa. Pemeriksaan thoraks menunjukkan bentuk simetris, pergerakan dinding dada

simetris, sonor pada perkusi kedua lapang paru, serta suara napas vesikuler normal tanpa ronkhi basah halus maupun wheezing pada auskultasi. Pemeriksaan abdomen supel, bising usus normal, turgor kulit kembali cepat, dan akral hangat tanpa edema perifer.

Diagnosis Kerja dan Tatalaksana Puskesmas

Berdasarkan temuan anamnesis dan pemeriksaan klinis, ditegakkan diagnosis kerja multiaksial: (1) Diagnosis klinis akut: Rhinofaringitis Akut (Common Cold); (2) Diagnosis nutrisi: Gizi Kurang Kronis (Severely Stunted dan Severely Underweight); (3) Diagnosis perkembangan: Suspek Keterlambatan Perkembangan (KPSP skor 6); serta (4) Diagnosis riwayat: Riwayat Prematuritas (31 minggu), BBLSR (1.200 gram), dan Riwayat Kejang Demam Sederhana.

Tatalaksana medikamentosa di Puskesmas berorientasi suportif tanpa peresepan antibiotik maupun dekongestan oral berisiko, yang meliputi: (1) Parasetamol drops/sirup 10–15 mg/kgBB (120 mg per dosis) per oral bila suhu tubuh mencapai $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ untuk meredakan demam dan mencegah rekurensi kejang demam; (2) Tetes/cuci hidung larutan garam fisiologis (NaCl 0,9%) 2–3 tetes pada setiap lubang hidung sebelum tidur dan menyusu/makan guna membersihkan sekret mukus; serta (3) Edukasi hidrasi adekuat dengan air hangat dan makanan sup berkuah kalori-protein tinggi.

Investigasi Lingkungan dan Keluarga (Home Visit)

Kunjungan rumah (home visit) dilaksanakan pada tanggal 3 Agustus 2026 ke kediaman pasien di Dusun Jrat Manyang. Rumah dihuni oleh 4 orang anggota keluarga (ayah Tn. KR 34 tahun, ibu Ny. RJ 29 tahun, pasien An. AM 4 tahun, dan adik pasien An. F 1 tahun) dengan luas bangunan semi-permanen 6 x 8 meter. Ventilasi alami rumah minim dengan jendela yang jarang dibuka pada siang hari. Ayah pasien bekerja sebagai buruh bangunan harian lepas dengan pendapatan tidak menentu (di bawah UMR) dan memiliki kebiasaan merokok berat (sekitar 1 bungkus per hari) yang sering dilakukan di dalam ruang tamu dan dekat anak (second-hand smoke).

Kondisi sanitasi lingkungan pemukiman menunjukkan lantai semen kasar yang lembap, sumber air bersih dari sumur gali berjarak kurang dari 10 meter dari saluran pembuangan air limbah (SPAL) terbuka, dan keluarga tidak pernah melakukan klorinasi sumur. Di samping pekarangan belakang rumah terdapat kandang ayam dan bebek terbuka yang menimbulkan debu organik dan bau menyengat. Ibu memiliki tingkat literasi gizi dan kesehatan yang terbatas, jarang membawa anak ke Posyandu untuk menimbang berat badan, serta meyakini bahwa tubuh anak yang kecil adalah faktor keturunan dari pihak ayah.

Tabel 1. Ringkasan Evaluasi Holistik Pasien An. AM (4 Tahun)

Parameter Evaluasi	Temuan Klinis dan Lingkungan Pasien
Klinis Akut	Rhinofaringitis akut hari ke-3; mukosa hidung hiperemis, sekret serosa, faring hiperemis, subfebris ($37,8^{\circ}\text{C}$).
Status Nutrisi	BB 10,0 kg, TB 82 cm; Z-score BB/U < -3 SD, TB/U < -3 SD (gizi kurang kronis, severely stunted & underweight).
Riwayat Perinatal & Neurologis	Lahir preterm 31 minggu, BBLSR 1.200 g, tanpa ASI eksklusif; riwayat kejang demam sederhana usia 2 tahun.

Status Perkembangan	Skor KPSP 6 (meragukan / suspek penyimpangan pada sektor motorik kasar dan bahasa bicara).
Faktor Perilaku & Lingkungan	Paparan asap rokok ayah (1 bungkus/hari), ventilasi rumah minim, kandang unggas pekarangan, sumur dekat SPAL.
Faktor Sosio-Ekonomi	Ayah buruh harian lepas, daya beli protein rendah, literasi gizi ibu rendah, utilisasi Posyandu rendah.

PEMBAHASAN

Kasus An. AM merepresentasikan interaksi multifaktorial antara infeksi saluran pernapasan akut dengan kerentanan biologis individu, perilaku hidup tidak sehat dalam keluarga, dan sanitasi lingkungan pemukiman yang suboptimal. Pembahasan kasus ini diuraikan melalui Paradigma Hendrik L. Blum, Trias Epidemiologi, Analisis Akar Masalah (Fishbone), dan Model Pencegahan Lima Tingkat Leavell & Clark.

Analisis Paradigma Hendrik L. Blum

Menurut teori Hendrik L. Blum, derajat kesehatan seorang individu ditentukan oleh empat faktor utama: lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan hereditas/genetika.(18) Pada kasus ini: (1) Faktor Lingkungan berkontribusi signifikan melalui paparan asap rokok pasif (environmental tobacco smoke) di dalam rumah, sirkulasi udara kamar yang tidak memadai, serta cemaran debu dan alergen dari kandang unggas pekarangan yang mengiritasi epitel pernapasan;(18) (2) Faktor Perilaku terbukti dominan melalui kebiasaan merokok ayah di dalam ruangan, kegagalan pemberian ASI eksklusif sejak bayi, higienitas cuci tangan yang buruk sebelum menyuapi anak, serta pola pemberian MP-ASI rendah protein hewani;(7,8) (3) Faktor Pelayanan Kesehatan teridentifikasi dari rendahnya kepatuhan pemanfaatan Posyandu balita dan fasilitas konseling gizi Puskesmas untuk intervensi tumbuh kembang dini pasca-kelahiran BBLSR;(5) dan (4) Faktor Genetik/Biologis intrinsik berupa prematuritas (31 minggu), berat lahir sangat rendah (1.200 g), dan riwayat ambang kejang demam rendah yang menjadi faktor predisposisi patologis menetap.(5,7)

Trias Epidemiologi dan Patofisiologi Infeksi

Berdasarkan Trias Epidemiologi (Host - Agent - Environment): Host (pejamu) pada pasien ini memiliki daya tahan mukosa yang sangat rapuh akibat status gizi kurang kronis dan riwayat BBLSR tanpa ASI eksklusif.(4,6) Defisiensi mikronutrien seperti vitamin A, seng, dan zat besi menurunkan regenerasi sel goblet dan silia epitel traktus respiratorius, menurunkan konsentrasi lisozim dan sekretori IgA (sIgA), serta menghambat proliferasi limfosit T helper.(4) Agent infeksius kemungkinan besar adalah Human Rhinovirus yang ditularkan melalui droplet udara atau kontak tangan terkontaminasi dari anggota keluarga yang mengalami batuk pilek.(11,19) Environment (lingkungan fisik) yang padat, lembap, terpapar partikel asap rokok pembakar silia (siliostasis), dan dekat kandang unggas mempercepat adhesi virus pada reseptor ICAM-1 sel epitel hidung dan faring.(18,19)

Aktivasi kaskade inflamasi oleh virus menginduksi pelepasan mediator bradikinin, histamin, prostaglandin, dan interleukin proinflamasi (IL-1, IL-6, IL-8), yang memicu vasodilatasi pembuluh darah mukosa hidung, hipersekresi mukus serosa, edema stroma konka, stimulasi serabut saraf aferen trigeminal (bersin dan batuk), serta pelepasan pirogen endogen ke hipotalamus yang menimbulkan demam.(19,22) Pada anak dengan ambang konvulsi rendah,

kenaikan suhu tubuh akibat infeksi virus ini berisiko tinggi memicu kejang demam rekuren apabila tidak diintervensi antipiretik secara tepat waktu.(8)

Rasionalitas Tatalaksana Komprehensif di Layanan Primer

Tata laksana medikamentosa yang diberikan di Puskesmas berpedoman pada evidence-based medicine untuk ISPA non-spesifik pediatrik. Rekomendasi NICE (2019) dan CDC (2026) secara tegas melarang pemberian antibiotik empiris pada kasus rhinofaringitis viral tanpa komplikasi infeksi sekunder bakteri, karena terbukti tidak mempercepat kesembuhan serta meningkatkan resistensi antimikroba dan efek samping disequilibrium flora normal usus.(9,11) Pemberian obat bebas batuk-pilek kombinasi yang mengandung dekongestan oral (pseudoefedrin/fenilefrin) atau antihistamin generasi pertama pada anak usia di bawah 6 tahun tidak direkomendasikan oleh US-FDA dan AAP akibat risiko takikardia, somnolen, eksitasi SSP, dan kejang.(30)

Pilihan irigasi atau tetes larutan garam isotonik (NaCl 0,9%) merupakan terapi topikal yang aman dan efektif untuk mengencerkan mukus kental, membersihkan mediator inflamasi intraluminal, serta memulihkan klirens mukosiliar tanpa efek vasokonstriksi sistemik.(22,30) Antipiretik parasetamol 10–15 mg/kgBB per dosis diberikan secara selektif saat suhu mencapai $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ untuk menjaga kenyamanan anak, mencegah dehidrasi akibat insensible water loss, serta menurunkan risiko kejang demam rekuren.(8)

Tabel 2. Matriks Rencana Intervensi Komprehensif Berdasarkan Level Pencegahan

Tingkat Pencegahan	Bentuk Intervensi Puskesmas dan Keluarga
Pencegahan Primordial	Advokasi kebijakan gampong bebas asap rokok di dalam rumah; penyuluhan sanitasi jamban sehat dan SPAL tertutup.
Pencegahan Primer (Health Promotion & Protection)	Konseling berhenti merokok bagi ayah; edukasi gizi seimbang kaya protein hewani (telur, ikan lokal); pembiasaan cuci tangan pakai sabun (CTPS); ventilasi rumah dibuka tiap pagi.
Pencegahan Sekunder (Early Diagnosis & Prompt Treatment)	Terapi simptomatik suportif hidrasi dan NaCl 0,9%; antipiretik parasetamol saat demam untuk cegah kejang; skrining tumbuh kembang KPSP berkala di Puskesmas.
Pencegahan Tersier (Disability Limitation & Rehabilitation)	Pemulihan status gizi buruk/stunting melalui Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pemulihan; stimulasi dini motorik dan bicara sesuai modul Kemenkes.
Edukasi Tanda Bahaya (Red Flags)	Instruksi segera bawa ke UGD Puskesmas jika anak tampak sesak, napas cepat, tidak mau minum/muntah berulang, lemas tidak sadar, atau mengalami kejang.

Aplikasi Pencegahan Lima Tingkat Leavell & Clark

Pencegahan Lima Tingkat (Five Levels of Prevention) Leavell & Clark diimplementasikan secara terintegrasi (Tabel 2):(18,31) Pada tingkat Health Promotion, edukasi difokuskan pada peningkatan literasi gizi keluarga, diversifikasi protein hewani berbiaya terjangkau seperti telur

ayam dan ikan air tawar, serta perbaikan ventilasi dan pencahayaan matahari langsung ke dalam kamar anak. Pada tingkat Specific Protection, intervensi utama adalah advokasi proteksi anak dari polusi asap rokok dengan mewajibkan ayah merokok di luar rumah dan mengganti pakaian sebelum menggendong anak, serta menjaga higienitas kandang unggas pekarangan.(3,18)

Pada tingkat Early Diagnosis and Prompt Treatment, pengenalan dini gejala pilek dan demam oleh ibu sangat krusial, disertai kesiapan menyediakan cairan oral dan parasetamol di rumah guna mencegah lonjakan suhu pencetus kejang demam.(8) Pada tingkat Disability Limitation dan Rehabilitation, pemantauan kurva pertumbuhan (BB/U, TB/U) dan penimbangan bulanan di Posyandu serta intervensi stimulasi perkembangan motorik kasar dan bahasa diintegrasikan dengan program gizi Puskesmas untuk mengejar ketertinggalan pertumbuhan (catch-up growth) akibat dampak jangka panjang riwayat BBLSR.(5,7)

SIMPULAN DAN SARAN

Kasus rhinofaringitis akut pada An. AM (4 tahun) tidak berdiri sebagai penyakit infeksi terisolasi, melainkan manifestasi dari interaksi kompleks antara faktor biologis rentan (riwayat prematuritas 31 minggu, BBLSR 1.200 gram, tanpa ASI eksklusif, gizi kurang kronis, dan ambang kejang demam rendah) dengan faktor lingkungan fisik dan perilaku keluarga (paparan asap rokok pasif harian, ventilasi rumah minim, kandang unggas dekat rumah, sanitasi air sumur terbuka, serta keterbatasan literasi gizi orang tua). Tatalaksana farmakologis rasional yang berorientasi suportif (hidrasi, cuci hidung NaCl 0,9%, parasetamol bila demam) yang dipadukan dengan intervensi modifikasi gaya hidup dan lingkungan terbukti efektif mengatasi fase akut sekaligus mencegah rekurensi komplikasi kejang demam.

Saran yang direkomendasikan mencakup: (1) Bagi keluarga, menghentikan total kebiasaan merokok di dalam rumah, memperbaiki ventilasi rumah, membersihkan kandang ternak secara rutin, serta meningkatkan asupan protein hewani pada anak; (2) Bagi Puskesmas Syamtalira Bayu, mengikutsertakan pasien dalam program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) balita gizi kurang, melakukan intervensi stimulasi dini penyimpangan KPSP terpadu, dan melakukan pemantauan home visit berkala; serta (3) Bagi tenaga kesehatan, mengedepankan pendekatan kedokteran keluarga berbasis komunitas pada setiap penanganan kasus ISPA berulang pada anak dengan komorbiditas gizi.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang tulus kepada dr. Hendra Wahyuni MS, M.Sc, Sp.P selaku dosen pembimbing dan preceptor, segenap pimpinan dan staf medis Puskesmas Syamtalira Bayu Kabupaten Aceh Utara, serta keluarga pasien An. AM yang telah bersedia bekerja sama dalam pelaksanaan laporan kasus kepaniteraan klinik ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Bennett, J.E., Dolin, R., and Blaser, M.J. 2015. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 8th ed. Philadelphia: Elsevier/Saunders.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2024. Signs and Symptoms of Flu. Atlanta: CDC. Available from: <https://www.cdc.gov/flu/signs-symptoms/>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2025. Preventing Respiratory Illnesses. Atlanta: CDC. Available from: <https://www.cdc.gov/respiratory-viruses/prevention/index.html>

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2025. Hygiene and Respiratory Viruses Prevention. Atlanta: CDC. Available from: <https://www.cdc.gov/respiratory-viruses/prevention/hygiene.html>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2026. About Common Cold. Atlanta: CDC. Available from: <https://www.cdc.gov/common-cold/about/index.html>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2026. About Rhinoviruses. Atlanta: CDC. Available from: <https://www.cdc.gov/rhinoviruses/about/index.html>
- Eccles, R. 2005. Understanding the symptoms of the common cold and influenza. *The Lancet Infectious Diseases*, 5(11), pp. 718–725.
- Jacobs, S.E., Lamson, D.M., St. George, K., and Walsh, T.J. 2013. Human Rhinoviruses. *Clinical Microbiology Reviews*, 26(1), pp. 135–162.
- Kennedy, J.L., Turner, R.B., Braciale, T., et al. 2012. Pathogenesis of Rhinovirus Infection. *Current Opinion in Virology*, 2(3), pp. 287–293.
- Kliegman, R.M., St Geme III, J.W., Blum, N.F., Shah, S.S., et al. 2023. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 22nd ed. Philadelphia: Elsevier.
- Krüger, K., Töpfner, N., Berner, R., Windfuhr, J., and Oltrogge, J.H. 2021. Sore Throat. *Deutsches Ärzteblatt International*, 118(11), pp. 188–194.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2019. Cough (acute): antimicrobial prescribing. NICE Guideline NG120. London: National Institute for Health and Care Excellence.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2021. Fever in under 5s: assessment and initial management. Clinical Guideline CG160. London: National Institute for Health and Care Excellence.
- Seidman, M.D., Gurgel, R.K., Lin, S.Y., Schwartz, S.R., Baroody, F.M., Bonner, J.R., et al. 2015. Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 152(S1), pp. S1–S43.
- U.S. Food and Drug Administration (FDA). 2026. Use Caution When Giving Cough and Cold Products to Kids. Silver Spring: FDA. Available from: <https://www.fda.gov/drugs/safe-use-over-counter-otc-medicines-children/use-caution-when-giving-cough-and-cold-products-kids>
- Wald, E.R., Applegate, K.E., Bordley, C., Darrow, D.H., Glode, M.P., Marcy, S.M., et al. 2013. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Acute Bacterial Sinusitis in Children Aged 1 to 18 Years. *Pediatrics*, 132(1), pp. e262–e280.
- Wise, S.K., Damask, C., Roland, L.T., Ebert, C., Levy, J.M., Lin, S., et al. 2023. International consensus statement on allergy and rhinology: Allergic rhinitis – 2023. *International Forum of Allergy & Rhinology*, 13(4), pp. 293–859.
- World Health Organization (WHO). 2022. WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). 2022. Pneumonia in children. Geneva: World Health Organization. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>
- World Health Organization (WHO). 2023. Infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

World Health Organization (WHO). 2023. WHO guideline on the prevention and management of wasting and nutritional oedema (acute malnutrition) in infants and children under 5 years. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO). 2024. Malnutrition. Geneva: World Health Organization. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

World Health Organization (WHO). 2024. Children's environmental health: preventing and managing childhood diseases. Geneva: World Health Organization. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/childrens-environmental-health-preventing-and-managing-childhood-diseases>

World Health Organization (WHO). 2025. Respiratory Syncytial Virus (RSV). Geneva: World Health Organization. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/respiratory-syncytial-virus-%28rsv%29>