



INTISARI SAINS MEDIS

Published by Intisari Sains Medis



CrossMark

Anak laki-laki usia 4 tahun dengan paraparesis *lower motor neuron*, gizi kurang, pendek, dan masalah makan di RS tipe B: sebuah laporan kasus

Fitriana Melinda*, Made Ratna Dewi

ABSTRACT

Background: Paralysis is a symptom of various diseases, disorders, or certain conditions, ranging from mild to severe and can be caused by infectious processes, trauma, malignancies, autoimmune diseases, and other abnormal processes. Eating problems in children is one of the developmental disorders that can occur in healthy infants or children. Eating problems have the potential to cause cognitive and behavioral disorders, and are associated with anxiety disorders and eating disorders in children, adolescents, and young adults.

Case description: A 4 years 2 months old male, complained not being able to walk and his legs shrinking since 2 weeks of SMRS. His male cousin has experienced paralysis of the right leg since the 3rd grade of elementary school. There were multiple enlarged right inguinal lymph nodes accompanied by refusal to take meal for the past 3 months. Neurological examination found normal energy in all

four extremities but decreased patellar and achilles reflex. Body weight (BW) was 11 kg, body length (BL) 94 cm, BW/BL (-3) - (-2) SD (wasted). Leukocytes 6.4/ul, hemoglobin 11.0 g/dl, hematocrit 33.3%, MCV 69.4 fl, MCH 22.9 pg, MCHC 33.0 g/L, platelets 396.000 /ul, ESR 41 mm / hours, CRP 11 mg/L and CK 1,441 U/L. Radiological examination of lumbosacral photo showed the impression of paraspinal muscle spasm. The patient diagnose with lower motor neuron paraparesis.

Conclusion: Handling of patients with eating problems and LMN paraparesis is given non-medical management by meeting fluid needs, nutrition according to patient needs and education about feeding rules to the patient's parents, consultation with psychologists, and medical rehabilitation seek treatment. improvement of eating problems and medical problems in the form of weak legs more optimally.

Keywords: lower motor neuron, paraparesis, feeding problem.

Cite This Article: Melinda, F., Dewi, M.R. 2021. Anak laki-laki usia 4 tahun dengan paraparesis *lower motor neuron*, gizi kurang, pendek, dan masalah makan di RS tipe B: sebuah laporan kasus. *Intisari Sains Medis* 12(3): 1037-1042. DOI: 10.15562/ism.v12i3.1142

ABSTRAK

Latar belakang: Kelumpuhan adalah gejala dari berbagai penyakit, kelainan, atau kondisi tertentu, mulai dari yang ringan sampai berat, yang disebabkan oleh proses infeksi, trauma, keganasan, penyakit autoimun, dan proses abnormal lainnya. Masalah makan pada anak merupakan salah satu gangguan perkembangan yang dapat terjadi pada bayi atau anak sehat. Selain itu, masalah makan berpotensi menyebabkan gangguan kognitif dan perilaku, serta dikaitkan dengan gangguan cemas dan kelainan makan pada anak, remaja, dan dewasa muda.

Deskripsi kasus: Anak laki-laki berusia 4 tahun 2 bulan, keluhan tidak bisa berjalan dan kaki mengecil sejak 2 minggu SMRS. Kakak sepupu laki-laki dari ibu pasien mengalami kelumpuhan kaki kanan sejak kelas 3 SD. Ditemukan adanya pembesaran kelenjar getah

bening inguinal dekstra multipel disertai tidak mau makan sejak 3 bulan lalu. Pemeriksaan neurologis didapatkan tenaga normal pada keempat ekstremitas namun penurunan refleksi fisiologis *kniepeesreflex* (KPR) dan *achillespeesreflex* (APR). Status antropometri yaitu BB 11 kg, PB 94 cm, BB/PB (-3)-(-2) SD (*wasted*). Leukosit 6.4 /ul, hemoglobin 11.0 g/dl, hematokrit 33,3%, MCV 69,4 fl, MCH 22,9 pg, MCHC 33,0 g/L, trombosit 396.000/ul, LED 41 mm/jam, CRP 11 mg/L dan CK 1,441 U/L. Radiologi lumbosakral antero-posterior/lateral didapatkan kesan *paraspinal muscle spasm*. Pasien didiagnosis paraparesis *lower motor neuron* (LMN).

Simpulan: Penanganan pasien dengan anak dengan masalah makan dan paraparesis LMN diberikan penatalaksanaan non-medikamentosa dengan

Bagian/SMF Ilmu Kesehatan Anak Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Wangaya, Kota Denpasar, Bali, Indonesia;

*Korespondensi:
Fitriana Melinda;
Bagian/SMF Ilmu Kesehatan Anak Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Wangaya, Kota Denpasar, Bali, Indonesia;
fitriamelinda2395@gmail.com

Diterima: 15-09-2021
Disetujui: 22-12-2021
Diterbitkan: 30-12-2021

pemenuhan kebutuhan cairan, nutrisi sesuai kebutuhan pasien dan edukasi mengenai *feeding rules* kepada orang tua pasien, konsultasi dengan psikolog, serta rehabilitasi medik untuk mengupayakan perbaikan masalah makan dan masalah medis berupa kaki lemas dengan lebih maksimal.

Kata kunci: paraparesis LMN, masalah makan, gizi kurang.

Sitasi Artikel ini: Melinda, F., Dewi, M.R. 2021. Anak laki-laki usia 4 tahun dengan paraparesis *lower motor neuron*, gizi kurang, pendek, dan masalah makan di RS tipe B: sebuah laporan kasus. *Intisari Sains Medis* 12(3): 1037-1042. DOI: [10.15562/ism.v12i3.1142](https://doi.org/10.15562/ism.v12i3.1142)

PENDAHULUAN

Kelumpuhan adalah gejala dari berbagai penyakit, kelainan, atau kondisi tertentu, mulai dari yang ringan sampai berat.¹ *Acute flaccid paralysis* (AFP) merupakan sindroma yang ditandai dengan kelemahan otot difus yang berkembang pesat, hipotonia otot, dan refleks yang berkurang sampai hilang. *Acute flaccid paralysis* ialah penyakit mendadak yang berkembang dalam hitungan jam sampai minggu, dan istilah akut mengacu pada kecacatan neurologi dalam kisaran ini. Waktu evolusi AFP bervariasi dan tergantung pada etiologi. Angka kejadian AFP digunakan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) sebagai indikator dari pemberantasan polio. Dari tahun 1990-1996, karakteristik etiologi pada 3.619 kasus AFP pada anak dibawah 15 tahun yaitu terbanyak ialah sindrom Guillain-Barre (SGB) sebesar 46%, etiologi lain seperti mielitis sebanyak 3%, polio pasca-vaksinasi (2%), tumor (1%), trauma (1%), berbagai penyebab (32%), etiologi tidak terdefinisi (14%).²

Makan merupakan rutinitas sehari-hari yang terlihat sederhana namun merupakan salah satu kegiatan biologis yang kompleks dan melibatkan berbagai faktor fisik, psikologis, dan lingkungan. Makan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan terhadap nutrien serta memenuhi fungsi psikologis dan sosial/edukasi yang dapat memberikan kepuasan bagi anak itu sendiri maupun bagi pemberinya. Pemberian makan pada bayi dan batita dianggap sebagai proses yang natural, namun demikian, 50-60% orang tua melaporkan bahwa anak mereka mengalami masalah makan.^{3,4,5}

Masalah makan pada anak dapat memberikan dampak buruk terhadap kesehatan anak, seperti gangguan

pertumbuhan, rentan terhadap infeksi, dan bahkan kematian. Selain itu, masalah makan berpotensi menyebabkan gangguan kognitif dan perilaku, serta dikaitkan dengan gangguan cemas dan kelainan makan pada anak, remaja, dan dewasa muda. Penyebab masalah makan sangat bervariasi sehingga terdapat beberapa pengklasifikasian. Berdasarkan *Diagnosis of State and Mental Disorder-IV* (DSM-IV), masalah makan diklasifikasikan menjadi tiga kelompok, yaitu *feeding disorder of infancy or early childhood*, pika, dan ruminasi. *Boninin* membagi masalah makan berdasarkan tiga penyebab, yaitu abnormalitas struktural, kelainan neurodevelopmental, dan masalah perilaku makan. *Chatoor* mengklasifikasikan kesulitan makan menjadi enam kelompok dan lebih menekankan pada masalah perilaku makan. Sementara itu, *Kerzner* membagi masalah makan menjadi empat kelompok besar, yaitu *limited appetite*, *highly selective intake*, *colic*, dan *fear of feeding*.^{4,6,7,8}

LAPORAN KASUS

Seorang anak laki-laki, 4 tahun 2 bulan, datang ke poliklinik anak diantar oleh ibu kandung dengan keluhan tidak bisa berjalan. Kaki pasien dikatakan mengecil sejak 2 minggu SMRS. Kaki tidak dapat dipakai berjalan namun masih bisa digerakkan saat berbaring dan bisa menekuk saat duduk. Sejak 3 minggu SMRS pasien tidak bisa berjalan dan tidak bisa jongkok. Kedua kaki sudah dicoba untuk diurut namun tidak ada perubahan. Lutut bagian kiri sempat terbentur 2 bulan SMRS namun masih bisa berjalan. Tidak terdapat keluhan pada tangan dan anggota tubuh lain. Keluhan lain seperti panas, batuk, pilek, mual, muntah, dan mencret dikatakan tidak ada. Buang air kecil dan

buang air besar dikatakan normal. Tidak ada riwayat alergi obat maupun makanan.

Pasien dikatakan tidak mau makan sejak 3 bulan yang lalu. Pasien dikatakan mengonsumsi susu ultra rasa coklat 3 x 200 ml, wafer nabati coklat, snack yang dipilih sendiri di warung serta minum air putih yang banyak selama 3 bulan terakhir. Pasien sempat diberikan vitamin seperti sakatonik namun nafsu makan tidak membaik.

Riwayat penyakit dahulu dikatakan tidak ada. Pasien merupakan anak keempat dari empat bersaudara. Kakak pasien semuanya adalah perempuan dan dikatakan tumbuh kembangnya normal. Riwayat penyakit dalam keluarga dikatakan ada, yaitu kakak sepupu ibu, laki-laki, kaki kanan lumpuh sejak kelas 3 SD. Istri dari kakak sepupu ini dikatakan lumpuh kedua kaki juga tetapi anak-anaknya normal. Anak-anak dari paman pasien semua adalah perempuan. Tidak terdapat penyakit TBC dan batuk lama di keluarga. Riwayat penyakit kongenital dikatakan tidak ada.

Ibu pasien mengatakan sebelumnya sudah mencoba mencari pengobatan ke dokter umum 3 bulan yang lalu dan mendapatkan vitamin. Setelah itu, 2 minggu berikutnya berobat bidan dan diberikan imboost. Pasien sudah mendapatkan imunisasi HB-0, BCG, Polio, DPT-HB-Hib, dan Campak. Pasien dikatakan lahir normal ditolong oleh dokter dengan berat badan lahir 3300 gr dan panjang badan lahir 48 cm.

Ibu pasien menjelaskan bahwa pasien minum ASI sejak usia 0 bulan hingga usia 2 tahun dengan frekuensi 8-12 kali per hari. Saat usia 6 bulan mulai dicoba memberikan MPASI namun pasien menolak (tidak mau), hanya mau minum susu dan air putih. Sejak berusia 2 tahun pasien sudah mau makan makanan

dewasa seperti nasi namun hanya ± 3 sendok makan. Pasien lebih memilih makan cemilan. Ibu mengupayakan dengan membuat nugget ayam dan sosis sebagai tambahan (3-5 biji perhari). Pada usia 3 tahun pasien mengkonsumsi susu ultra coklat sebanyak 2-3 kali per hari, kue seperti bolu, ayam atau sayur yang dibentuk nugget atau sosis sebanyak 3-5 buah per hari.

Riwayat tumbuh kembang pasien dikatakan normal hanya saja cenderung tidak mau bermain dengan teman. Jika bermain dengan teman harus didampingi dengan kakak kandung pasien. Pasien menentukan makanan yang mau di makan, jika tidak diikuti anak tidak mau makan (makanan yang dipilih lebih sering *snack* di warung). Selama perawatan pasien sulit melihat orang baru (adaptasi lebih lama) dan ketika diperiksa pasien berteriak dan menolak. Sebelum sakit pasien mampu bermain sepeda roda tiga, main petak umpet didampingi kakak dan melompat dengan 1 kaki. Selama perawatan di RS pasien mampu bermain lego dan mewarnai.

Pada pemeriksaan fisik *status present* ditemukan dalam batas normal dimana nadi 94 kali/menit, pernapasan sebesar 24 kali/menit, dan suhu 36,6°C. Pada pemeriksaan fisik umum didapatkan wajah dismorfik tidak ada. Pada pemeriksaan neurologis didapatkan anak bisa meniup lilin, tenaga 5 pada keempat ekstremitas namun terdapat penurunan refleksi fisiologis *kniepeesreflex* (KPR) dan *achillespeesreflex* (APR), selain itu didapatkan hasil pemeriksaan babinski negatif, terdapat penurunan tonus kaki, dan rangsang nyeri positif.

Pada status antropometri didapatkan berat badan sebesar 11 kg (BB/U <-3 SD (*severly underweight*)), panjang badan sebesar 94 cm (PB/U (-3)-(-2) SD (pendek)), berat badan menurut panjang badan (-3)-(-2) SD (*wasted*), lingkaran lengan atas pasien 13 cm, LILA menurut usia (-3)-(-2) SD (gizi kurang), berat badan ideal 13,7 kg, waterlow 80 % (gizi kurang), indeks masa tubuh (IMT) sebesar 12,45 kg/m²((-3)-(-2) SD). Tinggi badan ayah 171 cm dan tinggi badan ibu 162,5 cm. Target tinggi pasien 173,25 cm dan potensi tinggi genetik pasien antara 164,75 - 181,75 cm.

Berdasarkan kuisioner pra skrining perkembangan (KPSP) untuk anak 48 bulan, saat ini pasien tidak mampu mengayuh sepeda roda tiga, tidak dapat mencuci dan mengeringkan tangannya sendiri setelah makan, tidak dapat berdiri dengan satu kaki, tidak dapat melompat, pasien menolak untuk menggambar lingkaran, menolak untuk meletakkan kubus, tidak dapat bermain petak umpet, tidak dapat mengenakan celana ataupun baju sendiri, serta tidak dapat menyebutkan nama lengkapnya sendiri.

Hasil pemeriksaan laboratorium pasien antara lain hasil pemeriksaan hematologi leukosit 6.4 /ul, hemoglobin 11.0 g/dl, hematokrit 33.3%, MCV 69.4 fl, MCH 22.9 pg, MCHC 33.0 g/L, trombosit 396.000/ul. Hasil pemeriksaan elektrolit; natrium 137 mmol/l, kalium 4.9 Mmol/l, klorida 100 Mmol/l. Hasil pemeriksaan kimia darah; albumin 4.6 g/dl, SGPT 11 u/l, SGOT 39 u/l, GDS 114 mg/dl, urea 24 mg/dl, kreatinin 0.6 mg/dl. Hasil pemeriksaan kimia darah, LED 41 mm/jam, dan CRP 11 mg/L. Pada pasien dilakukan pemeriksaan *creatinine kinase* dengan hasil 1.441. Hasil pemeriksaan radiologi foto lumbosacral AP/Lateral tanggal 18 mei 2021 didapatkan kesan tak tampak fraktur kompresi, listesis, tak tampak spondilosis lumbalis, *paraspinal muscle spasm*.

Setelah hasil *creatinine kinase* pasien keluar, pasien dirujuk ke rumah sakit tipe A untuk mendapatkan evaluasi dan tatalaksana lebih lanjut. Pasien dirawat dengan dengan diagnosis paraparesis LMN, gizi kurang, pendek, masalah makan, gangguan emosi, anemia hipokromik mikrositer suspek defisiensi besi diagnosis banding penyakit kronis. Selama perawatan dirumah sakit, pasien mendapatkan terapi non-medikamentosa dan medikamentosa. Untuk tatalaksana non-medikamentosa, pasien dilakukan perhitungan kebutuhan cairan dan nutrisi serta berkolaborasi dengan bagian gizi untuk diet makanan pasien. Pasien membutuhkan cairan sebesar 1050 ml/hari, kalori 1.100 kkal/hari, protein 16,5 gram/hari. Pemenuhan nutrisi pasien diberikan dengan makanan padat secara oral. Selain itu pasien dikonsulkan ke psikologi untuk mengevaluasi dan memberikan penanganan sesuai

dengan bidang psikologi. Pasien juga mendapatkan penanganan dari bagian kedokteran fisik dan rehabilitasi (KFR) untuk membantu mengevaluasi dan memberikan penanganan masalah kelemahan pada kedua kaki pasien. Ibu kandung pasien juga diberikan edukasi *feeding rules* yang benar dan edukasi mengenai pemberian makan sesuai usia (*age-appropriate food*) serta kualitas dan kuantitas makanan. Pemberian makanan sesuai usia mencakup aspek tekstur dan rasio makanan padat dan cair. Setelah pemberian terapi, pasien mulai terlihat perbaikan dalam nafsu makan, namun belum meperlihatkan perbaikan pada klinis pasien.

PEMBAHASAN

Kelumpuhan merupakan gejala dari berbagai penyakit, kelainan, atau kondisi tertentu, mulai dari yang ringan sampai berat. Kelumpuhan dapat disebabkan oleh proses infeksi, trauma, keganasan, penyakit autoimun, dan proses abnormal lainnya. Selain itu, kelumpuhan juga dapat disebabkan oleh penyakit neurologi maupun kelainan atau kondisi yang mengenai sistem saraf-otot (neuromuskuler), misalnya sindrom Guillain-Barre, miastenia gravis, dan distrofi muskular. Penyakit metabolik juga dapat menyebabkan hipotonia atau kelumpuhan, seperti imbalance elektrolit, penyakit Adison, dan hiperparatiroidisme.^{1,9}

Pada pasien dikeluhkan tidak bisa berjalan. Pasien dikeluhkan kaki tidak bisa dipakai berjalan dan mengecil mendadak sejak 2 minggu SMRS. Kaki tidak dapat dipakai berjalan namun masih bisa digerakkan saat berbaring. Pasien merasa awalnya sedikit nyeri di lutut dan paha saat berdiri dan jongkok. Kedua kaki sudah dicoba untuk diurut namun tidak ada perubahan. Lutut bagian kiri sempat terbentur 2 bulan yang lalu namun masih bisa berjalan. Tidak terdapat keluhan pada tangan dan anggota tubuh lain. Selain keluhan pada kedua kaki, pasien juga mengalami kesulitan untuk makan. Keluhan lain seperti panas, batuk, pilek, mual, muntah, dan mencret dikatakan tidak ada. Buang air kecil dan buang air besar dikatakan normal. Tidak ada riwayat alergi obat maupun makanan. Pasien

merupakan anak keempat dari empat bersaudara. Kakak pasien semuanya adalah perempuan dan dikatakan tumbuh kembangnya normal. Riwayat penyakit dalam keluarga dikatakan ada, yaitu kakak sepupu ibu, laki-laki, kaki kanan lumpuh (dikatakan polio) sejak umur 3 SD. Istri dari kakak sepupu ini dikatakan lumpuh kedua kaki juga tetapi anak-anaknya normal. Anak-anak dari paman pasien semua adalah perempuan.

Kelumpuhan mirip dengan hipotonia. Hipotonia tanpa kelumpuhan merupakan petunjuk kelainan yang mengenai susunan saraf pusat (hipotonia sentral). Sebaliknya, hipotonia dengan kelumpuhan merupakan kelainan di susunan saraf perifer. Pada pemeriksaan fisik didapatkan penurunan tonus pada kedua kaki, penurunan refleks fisiologis pada pemeriksaan KPR dan APR, tidak didapatkan pseudohipertrofi pada kedua kaki serta refleks babinski dan chaddock negatif. Berdasarkan pendekatan klinis kelumpuhan sentral atau perifer hasil pemeriksaan babinski negatif memiliki kemungkinan etiologi penyakit sambungan saraf-otot.^{1,9}

Penilaian atau tes laboratorium untuk menilai etiologi diagnosis kelemahan otot harus dilakukan secara berurutan. Beberapa tes kunci yang harus dilakukan segera, dan studi yang lebih kompleks bisa dilakukan selanjutnya. Terdapat beberapa pemeriksaan wajib dilakukan untuk mencari etiologi kelemahan otot yaitu serum kreatinin kinase, elektrolit plasma, darah lengkap, panel toksikologi, dan tensilon atau tes neostigmin. Sementara itu pemeriksaan tambahan yang perlu dilakukan dalam mencari etiologi kelemahan otot aku antara lain MRI otak dan tulang belakang, pungsi lumbal, pemeriksaan neurofisiologi (EMG, konduksi saraf, EMG serabut tunggal), deteksi toksin botulinum pada feses, serta deteksi polio virus atau virus lain pada feses.^{1,13} Pada pasien dilakukan beberapa pemeriksaan penunjang untuk mencari etiologi kelumpuhan seperti pemeriksaan darah lengkap, elektrolit, serum kreatinin kinase, rontgen lumbosacral AP/Lateral. Pada pemeriksaan darah lengkap ulangan yang dilakukan setelah seminggu pasien dirawat inap, didapatkan kadar hemoglobin menurun menjadi 11.0, hematokrit 33.3, MCV 69.4, dan MCHC

3.0. Pada hasil pemeriksaan elektrolit didapatkan kadar natrium (137 Mmol/l), kalium (4.9 Mmol/l), dan clorida (100 Mmol/l) dalam batas normal. Hasil pemeriksaan serum kreatinin kinase (CK) pada pasien adalah 1.441 U/L. Hasil pemeriksaan radiologi foto lumbosacral didapatkan kesan *paraspinal muscle spasm*.

Penentuan status gizi dilakukan berdasarkan berat badan (BB) menurut panjang badan (PB). Grafik pertumbuhan yang digunakan sebagai acuan ialah grafik WHO 2006 untuk anak kurang dari lima tahun dan grafik CDC 2000 untuk anak lebih dari lima tahun. Pada pasien didapatkan BB 11 kg, PB 94 cm, BB/U < P -3 SD (severly underweight), PB/U (-3)-(-2) SD (pendek), LILA/U (-3)-(-2) SD (gizi kurang), dan BB/PB (-3)-(-2) SD (wasted). Pada pasien dilakukan pengukuran panjang badan karena pasien tidak bisa berdiri. Oleh karena itu, pada saat pengukuran panjang badan pasien dilakukan dalam keadaan berbaring dan hasil yang didapatkan dari pengukuran dikurangi 0,7 cm untuk menghitung tinggi badannya.^{11,12}

Kesulitan makan pada masa anak-anak didefinisikan sebagai kegagalan yang bersifat menetap pada anak untuk memperoleh sejumlah asupan makanan yang memadai. Gangguan makan ini setidaknya berlangsung selama satu bulan, serta dapat mengakibatkan gangguan pada pertumbuhan berat badan, ataupun mengalami penurunan berat badan yang signifikan. Gangguan makan ini juga dapat berupa anak menolak untuk makan makanan yang disajikan, sehingga mengakibatkan kegagalan anak dalam memenuhi kebutuhan energi dan nutrisi. Hal ini dapat memberikan dampak buruk terhadap kesehatan anak, seperti gangguan pertumbuhan, rentan terhadap infeksi, dan bahkan kematian.^{10,13}

Pada pasien dikeluhkan nafsu makan berkurang sejak 3 bulan sebelum masuk rumah sakit. Pasien dikatakan mengonsumsi susu ultra 3 x 200 ml, wafer nabati coklat, snack yang dipilih sendiri di warung serta minum air putih yang banyak selama 3 bulan sebelum masuk rumah sakit. Pasien sempat diberikan vitamin seperti sakatonik namun nafsu makan tidak membaik. *Inappropriate feeding practice* adalah masalah makan pada anak

yang disebabkan oleh perilaku makan yang salah ataupun pemberian makan yang tidak sesuai dengan usia ataupun tahap perkembangan. Penyebabnya bisa merupakan penyebab primer maupun sekunder. *Inappropriate feeding practice* primer disebabkan oleh kurangnya pengetahuan orang tua mengenai empat aspek cara pemberian makan yang benar, yaitu tepat waktu, kuantitas dan kualitas makanan, penyiapan dan penyajian yang higienis, serta pemberian makan yang sesuai dengan tahapan perkembangan anak dengan menerapkan *feeding rules*.^{4,10}

Pasien dikatakan minum ASI sejak usia 0 bulan hingga usia 2 tahun dengan frekuensi 8-12 kali per hari. Saat usia 6 bulan mulai dicoba memberikan makanan pendamping air susu Ibu (MPASI) namun pasien menolak (tidak mau). Sejak berusia 2 tahun pasien sudah mau makan makanan dewasa seperti nasi namun hanya \pm 3 sendok makan. Pasien lebih memilih memakan cemilan. Ibu mengupayakan dengan membuat nugget ayam dan sosis sebagai tambahan (3-5 biji perhari). Pada usia 3 tahun pasien mengonsumsi susu ultra coklat sebanyak 2-3 kali per hari, kue seperti bolu, ayam atau sayur yang dibentuk nugget atau sosis sebanyak 3-5 buah per hari.

Tata laksana kesulitan makan pada anak disesuaikan dengan penyebabnya. Intervensi untuk mengatasi masalah kesulitan makan dilakukan secara komprehensif, meliputi terapi medis, modifikasi perilaku pada praktik pemberian makan yang salah, serta pemberian edukasi kepada orangtua. Pada orangtua diberikan edukasi mengenai pemberian makan sesuai usia serta kualitas dan kuantitas makanan. Pemberian makanan sesuai usia meliputi aspek tekstur dan rasio makanan padat dan cair. Keberhasilan tata laksana masalah makan bergantung pada derajat masalah makan dan kerja sama keluarga dengan tim dokter. Untuk masalah makan yang berat, dibutuhkan tim multidisiplin yang terdiri dari dokter anak sebagai ketua tim, dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi, dokter spesialis kedokteran jiwa yang berpengalaman menangani masalah makan pada anak dan diet anak.^{4,10,14,15}

Pada pasien diberikan penatalaksanaan non-medikamentosa berupa perhitungan

dan pemberian kebutuhan cairan dan nutrisi sesuai dengan kebutuhan pasien. Perhitungan kebutuhan cairan dengan formula Holiday-Segar diperoleh hasil 1050 ml/hari untuk memenuhi kebutuhan cairan pasien. Sementara itu, kebutuhan kalori ditentukan berdasarkan berat badan ideal dikalikan *recommended daily allowance* (RDA) menurut usia tinggi (*height age*). Usia-tinggi ialah usia bila tinggi badan anak tersebut merupakan P50 pada grafik. Kebutuhan nutrisi tertentu secara khusus dihitung pada kondisi klinis tertentu. Pada pasien didapatkan usia-tinggi sesuai dengan usia 1-3 tahun, sehingga pasien membutuhkan energi sebesar 100 kkal/kg/hari dan protein sebesar 1,5 g/kg/hari. Pada perhitungan didapatkan kebutuhan kalori pasien yaitu 1.100 kkal/hari dan kebutuhan protein sebanyak 16,5 gram/hari. Pemberian kebutuhan nutrisi diupayakan berupa makanan padat dan diberikan secara oral. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, tim dokter bekerja sama dengan ahli gizi dan keluarga. Keluarga pasien, terutama ibu kandung pasien diedukasi mengenai *feeding rules* (meliputi jadwal, lingkungan dan prosedur) yang benar dan edukasi mengenai pemberian makan sesuai usia (*age-appropriate food*) serta kualitas dan kuantitas makanan. Pemberian makanan sesuai usia mencakup aspek tekstur dan rasio makanan padat dan cair. Beberapa hari awal saat perawatan di rumah sakit pasien terlihat mau memakan makanan padat meskipun pasien tetap memilih-milih makanan yang dimakan dan tidak habis (dalam porsi kecil). Akan tetapi pasien kembali menurun jumlah makanan yang dimakan dan lebih banyak mengonsumsi air putih saja, sehingga pada pasien diberikan *oral nutritional supplements* (ONS).

Berdasarkan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) untuk anak 48 bulan, saat ini pasien tidak mampu mengayuh sepeda roda tiga, tidak dapat mencuci dan mengeringkan tangannya, tidak dapat berdiri dengan satu kaki, tidak dapat melompat, pasien menolak untuk menggambar lingkaran, menolak untuk meletakkan kubus, tidak dapat bermain petak umpet, tidak dapat mengenakan celana ataupun baju sendiri, serta tidak dapat menyebutkan nama lengkapnya

sendiri. Data dari kusioner tersebut menunjukkan bahwa pasien mengalami penyimpangan. Sebelum mengalami sakit seperti saat ini pasien dikatakan mampu untuk melakukan setiap poin yang ada dalam KPSP untuk anak 48 bulan.

Selama perawatan pasien menunjukkan sikap yang tidak kooperatif terhadap siapapun yang mencoba mendekati pasien, selain itu pasien dikatakan hanya mempunyai satu teman saja dilingkungan rumahnya. Ibu pasien juga mengatakan bahwa sangat sulit untuk merayu pasien untuk mau makan sehingga akhirnya ibu pasien hanya menuruti apa yang anaknya mau. Pasien cenderung memberontak, marah, menendang ataupun memukul orang-orang disekitarnya ketika merasa tidak nyaman. Pasien sangat sulit untuk diarahkan melakukan aktivitas tertentu, seperti mencoba berdiri ataupun berjalan sendiri, pasien lebih memilih untuk digendong. Oleh sebab itu itu pasien dikonsulkan ke psikolog dan rehabilitasi medik untuk membantu dalam proses perbaikan masalah makan dan masalah medis berupa kelemahan kaki pada pasien.

Berdasarkan hasil konsultasi dengan bagian Psikologi didapatkan bahwa pasien mengalami gangguan emosi dan gangguan makan. Sementara itu berdasarkan hasil pemeriksaan dari Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi didapatkan pasien mengalami paraparesis LMN *et causa* dengan diagnosis banding *motor neuron disease* (polio), myopati, polineuropati perifer dan direncanakan untuk latihan *range of motion*, latihan *kneeling*, serta latihan *transfer* dari posisi duduk ke berdiri dan berdiri berpegangan.

SIMPULAN

Kasus yang dibahas pada penulisan ini adalah seorang anak laki-laki, berusia 4 tahun 2 bulan, datang dengan keluhan utama tidak bisa berjalan. Pasien dikatakan tidak bisa berjalan dan kaki mengecil sejak 2 minggu SMRS. Ada riwayat keluarga dengan keluhan mengalami kelumpuhan. Selain itu pasien juga dikeluhkan memiliki masalah makan. Pasien hanya mengonsumsi *snack*, susu dan air putih selama 3 bulan. Pada status pasien didapatkan pendek dan wasted. Pada pemeriksaan laboratorium ditemukan anemia hipokromik mikrositer. Pada

hasil pemeriksaan elektrolit didapatkan kadar natrium (137 mmol/l), kalium (4.9 mmol/l), dan clorida (100 mmol/l) dalam batas normal. Hasil pemeriksaan serum kreatinin kinase (CK) pada pasien adalah 1.441 U/L. Hasil pemeriksaan radiologi foto lumbosacral didapatkan kesan paraspinal muscle spasm. Pasien didiagnosis dengan paraparesis LMN, gizi kurang, pendek, masalah makan, gangguan emosi, dan anemia hipokromik mikrositer suspek defisiensi besi diagnosis banding karena penyakit kronis. Pasien diberikan penatalaksanaan non-medikamentosa dengan pemenuhan kebutuhan cairan, nutrisi sesuai kebutuhan pasien dan edukasi mengenai *feeding rules* kepada orang tua pasien, konsultasi dengan psikolog serta rehabilitasi medik untuk mengupayakan perbaikan masalah makan dan masalah medis berupa kaki lemas dengan lebih maksimal. Oleh karena keterbatasan alat, pasien dirujuk ke Rumah sakit tipe A untuk mendapatkan evaluasi dan penanganan lebih lanjut untuk mengatasi kelemahan otot akut pada kaki pasien.

ETIKA PUBLIKASI

Orang tua pasien telah menyetujui untuk membagikan informasi medis pasien untuk kepentingan publikasi dan pendidikan kedokteran.

KONFLIK KEPENTINGAN

Penulis menyatakan bahwa tidak terdapat konflik kepentingan dalam penulisan artikel ini.

PENDANAAN

Seluruh penulis bertanggung jawab secara mandiri dalam pendanaan laporan kasus ini tanpa melibatkan pihak sponsor atau sumber pendanaan lainnya.

KONTRIBUSI PENULIS

Semua penulis berkontribusi sama dalam penulisan dan publikasi laporan kasus ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Widodo DP. Prosiding Simposium LXXVI Emergency in Children: What is new?. Jakarta: Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI-RSCM. 2019:1-30.

2. Lacerda RAJ, Galvao FE, Ferreira DFCR, Renato SEP, Irochima PF, Pierdona GF, dkk. Acute Flaccid Paralysis. *GSC Biological and Pharmaceutical Sciences*. 2019;9(1):92-7.
3. Soedibyo S, Mulyani RL. Kesulitan makan pada pasien: survei di unit pediatri rawat jalan. *Sari pediatri*. 2009;11(2):79-84.
4. Sjarif DR, Yuliarti K, Sembiring T, Lubis G, Anzar J, Prawitasari T., dkk. Pendekatan diagnosis dan tata laksana masalah makan pada batita di Indonesia. *UKK Nutrisi dan Penyakit Metabolik IDAI*. 2014:1-50.
5. Gurnida, DA. Tatalaksana kesulitan makan pada anak. Bandung: UNPAD. 2013:36-50.
6. Bryant-Waugh R. Feeding and eating disorder in children. *Psychiatr Clin N Am*. 2019;42:157-167.
7. Claudino AM, Pike KM, Hay P, Keeley JW, Evans SC, Rebello TJ., dkk. The classification of feeding and eating disorders in the ICD-11: results of field study comparing proposed ICD-11 guidelines with existing ICD-10 guidelines. *BMC Medicine*. 2019;17:93.
8. Hilbert A. Childhood eating and feeding disturbances. *Nutrients*. 2020;12:972-9.
9. Widodo DP. Prosiding Simposium LXXVII Management of Non-Communicable Diseases in Children and Adolescents in Daily Practice. Jakarta: Departemen Ilmu Kesehatan Anak. FKUI-RSCM. 2019.
10. Field D, Garland M, Williams K. Correlates of specific childhood feeding problems. *J Paediatr Child Health*. 2003;39:29-304.
11. Sjarif DR, Yuliarti K, Lestari ED, Sidiartha IGL, Nasar SS, Mexitalia M. Rekomendasi praktik pemberian makan berbasis bukti pada bayi dan batita di Indonesia untuk mencegah malnutrisi. *UKK Nutrisi dan Penyakit Metabolik IDAI*. 2015.
12. Sjarif, DR. Panduan untuk Tenaga Kesehatan Pencegahan Masalah Nutrisi pada 1000 Hari Pertama Kehidupan: Deteksi Dini Risiko Malnutrisi dan Panduan Pemberian Makan Bayi dan Batita yang Benar. Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia. 2017.
13. Kadarhadi E. Pengaruh konseling dengan "feeding rules" terhadap status gizi anak dengan kesulitan makan. Semarang: UNDIP. 2012.
14. WHO. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2003.
15. Koletzko B, Dokoupil K. Increasing dietary energy and nutrient supply. Dalam: Koletzko B, editor. *Pediatric Nutrition in Practice*. Basel: Karger; 2008:296-7.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution