

Pedoman

Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk pada Balita

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
Jakarta, 2020

612.3
Ind
P

Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI.
Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat.
Pedoman Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk Pada Balita. –
Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2020

ISBN 978-602-416-525-3

1. Judul I. NUTRITION DISORDERS
II. NUTRITION REQUIREMENTS

Cetakan pertama, 2019
Cetakan kedua, 2020



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

Pedoman
Pencegahan dan
Tatalaksana Gizi Buruk
pada Balita

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
Jakarta, 2020

KATA PENGANTAR

Berkat rahmat Allah Yang Maha Kuasa buku pedoman Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk Pada Balita telah selesai disusun. Buku ini merupakan revisi dari Pedoman Pelayanan Anak Gizi Buruk (Tahun 2011) dan Buku Tatalaksana Anak Gizi Buruk I dan II (Tahun 2003) yang tatalaksananya merupakan adaptasi dari *Guideline WHO* terbaru, yaitu *Guideline Updates of the Management of Severe Malnutrition in Infants and Children* (Tahun 2013).

Berdasarkan Riskesdas 2013 dan 2018 prevalensi gizi buruk sebesar 5.3% dan 3.5%, sedangkan jumlah laporan balita gizi buruk yang mendapat perawatan jauh lebih rendah dari data tersebut. Rendahnya laporan tersebut dapat disebabkan karena (1) keterbatasan akses pelayanan kesehatan; (2) belum banyak fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan balita sakit secara integratif sehingga kasus gizi buruk tidak terdeteksi; (3) ketidakmampuan pemberi layanan dalam tatalaksana gizi buruk; (4) pelaporan yang tidak lengkap; (5) rendahnya kesadaran keluarga untuk membawa balita gizi buruk ke pelayanan kesehatan.

Isi buku ini merupakan elaborasi dari empat komponen Pengelolaan Gizi Buruk Terpadu, yaitu mobilisasi masyarakat, rawat jalan, rawat inap dan konseling gizi sesuai dengan umur balita. Buku ini memberikan penekanan pada pentingnya peran aktif keluarga dan masyarakat dalam deteksi dini dan membantu dalam pelaksanaan rawat jalan balita gizi buruk, utamanya dalam memastikan kepatuhan konsumsi makanan untuk gizi buruk serta memeriksakan diri secara teratur ke fasilitas kesehatan. Pendekatan ini digunakan untuk menjaring balita gizi buruk sebanyak-banyaknya dan mengurangi *drop out* penanganannya.

Telah dilakukan ujicoba pendekatan tersebut di Kabupaten Kupang Provinsi Nusa Tenggara Timur dengan peningkatan yang signifikan pada kunjungan posyandu, dari 5% pada bulan Oktober 2015 menjadi 65% pada bulan Maret 2018. Lebih dari 6000 anak diskriming tiap bulan dan terdapat 719 anak gizi buruk yang mendapat perawatan pada tahun 2015-2018. Tingkat kesembuhan 79% pada tahun 2017.

Semoga pedoman ini bermanfaat dalam upaya penanggulangan gizi buruk pada balita, khususnya dalam pencegahan dan tatalaksananya, sehingga dampak gizi buruk dapat ditekan seminimal mungkin. Ucapan terima kasih dan penghargaan yang tinggi kami sampaikan kepada semua pihak yang telah terlibat dalam penyusunan pedoman ini. Saran dan masukan yang membangun sangat kami harapkan.

Jakarta, Februari 2019

 Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat, 



dr. Kirana Pritasari, MQIH

TIM PENYUSUN

Penanggung Jawab

Direktur Gizi Masyarakat

dr. Titis Prawitasari, SpA(K) – Ketua UKK Nutrisi dan Metabolik, IDAI

Kontributor (disebutkan dalam urutan abjad)

Adelina Hutahuruk, SKM, MScPH; Airin Roshita, PhD; Andri Mursita, SKM-Epid; Arti Widiadari, SE, MKM; Conny Tanjung, DR, dr, SpA(K)-IDAI; Delfita Farlina, AMG; Deni K Sunjaya, DR, dr, DESS – RS Hasan Sadikin Bandung; Dewanti Alwi Rachman, SM; Evi Firna, SKM; Elfina; Endy Paryanto Prawirohartono, dr, SpA(K)-IDAI, RS Sardjito Yogyakarta; Erna Mulati, dr, MSc-CMFM; Farida Ariani; Fitri Hartanto, dr, SpA(K)-FK Undip/RSUP Dr.Kariadi Semarang; I Gusti Lanang, DR, dr, SpA(K)-IDAI, RS Sanglah, Bali; Indah Nur Fitri, S.Gz; Ivonne Kusumaningtias, dr, MKM; Julina, dr, MM; Lia Rahmawati, SKM; Marlina Rully, S.Gz; Mila Rahmawati, AMG; Mursalim, Ir, MPH; Nanda Indah Permatasari, S.Gz; Nindy Savitri; Rian Anggraeni, SKM, MKM; Ridwan Alfat Jannatinnaim, S.Kom; Rivani Noor, dr, MKM; Sri Nasar, dr, SpA(K)-IDAI; JC. Susanto, dr, SpA(K)-IDAI; Sudaryanto, SP, MKM; Tetyana Madjid, dr; Titis Prawitasari, dr, SpA(K)-IDAI; Yemima Ester, S.Sos, MKM; Yetty M.P. Silitonga, dr; Yosnelli, SKM, MKM.

Penyunting

1. Kasubdit Penanggulangan Masalah Gizi
2. Ardi Kaptiningsih, dr, MPH – Konsultan
3. Julia Suryantan, dr, MSc – Konsultan

Daftar Isi

Kata Pengantar	2
Ucapan Terima Kasih	3
Tim Penyusun	4
Daftar Isi	5
Daftar Lampiran	6
Daftar Gambar	6
Daftar Bagan dan Kotak	6
Daftar Tabel	7
Daftar Singkatan	8
BAB I PENDAHULUAN	9
A. Latar Belakang	10
B. Situasi dan Besaran Masalah Gizi Buruk pada Balita	11
C. Tujuan	12
D. Sasaran	13
E. Landasan Hukum	13
F. Definisi Operasional	14
BAB 2 PENGELOLAAN GIZI BURUK TERINTEGRASI	17
A. Perkembangan Tatalaksana Gizi Buruk pada Balita	18
B. Prinsip-prinsip Pengelolaan Gizi Buruk Terintegrasi	19
C. Empat Komponen Upaya Pengelolaan Gizi Buruk Terintegrasi	20
D. Penggerakan dan Peran Serta Aktif Masyarakat	22
BAB 3 PENCEGAHAN DAN PENEMUAN DINI GIZI BURUK PADA BALITA	25
A. Kekurangan Gizi pada Balita	27
B. Dampak Gizi Buruk pada Balita	28
C. Prinsip-prinsip Pencegahan Gizi Buruk pada Balita	29
D. Pencegahan Gizi Buruk pada Bayi di Bawah Usia 6 Bulan	31
E. Pencegahan Gizi Buruk pada Balita 6-59 Bulan	33
F. Penemuan Dini Kasus Berisiko Kekurangan Gizi pada Balita oleh Masyarakat	35
BAB 4 TATALAKSANA GIZI BURUK PADA BALITA	39
A. Rawat Jalan pada Balita Usia 6-59 Bulan Gizi Buruk	41
B. Rawat Inap pada Balita Gizi Buruk	51
1. Rawat Inap pada Balita 6-59 Bulan Gizi Buruk	51
2. Rawat Inap pada Bayi Gizi Buruk Usia Kurang dari 6 Bulan	66
BAB 5 PENGELOLAAN UPAYA PENANGGULANGAN GIZI BURUK PADA BALITA	73
A. Perencanaan Upaya Penanggulangan Gizi Buruk pada Balita	74
B. Pengorganisasian Pelaksanaan dan Koordinasi dengan Pihak Terkait	75
C. Pemantauan dan Evaluasi	77
1. Pencatatan dan Pelaporan	77
2. Supervisi Fasilitatif	81
BAB 6 PENUTUP	85
Daftar Pustaka	87

Daftar Lampiran

Lampiran

	Judul	
Lampiran 1.	Tabel Berat Badan menurut Panjang Badan dan Cara Penggunaannya	86
Lampiran 2.	Cara Menimbang Berat Badan dan Panjang/Tinggi Badan	90
Lampiran 3.	Pita LiLA dan Cara Pengukuran LiLA pada Balita Usia 6-59 Bulan	93
Lampiran 4.	Contoh RUTF	94
Lampiran 5.	Kuesioner Kunjungan Rumah	95
Lampiran 5 a.	Kartu Status Pasien	97
Lampiran 6.	Penilaian Pemberian Makanan Balita Sesuai Umur	98
Lampiran 7.	Protokol Konseling Pemberian Makanan Balita sesuai Umur dan Pesan Utama	100
Lampiran 8.	Mainan sederhana untuk digunakan dalam Fase 2 Rawat Inap	103
Lampiran 9.	Peran dan Fungsi Pihak Terkait dalam Penanggulangan Gizi Buruk pada Balita	104
Lampiran 10.	Daftar Tilik Supervisi Fasilitatif di Posyandu dan Faskes	109
Lampiran 11.	Pengelolaan Layanan Rawat Jalan	114

Daftar Gambar, Bagan, Kotak dan Tabel

Daftar Gambar

Gambar 1.	Proporsi status gizi buruk dan gizi kurang pada balita, 2007-2018, Riskesdas	11
Gambar 2.	Proporsi status gizi buruk ("sangat kurus") dan gizi kurang ("kurus") pada balita menurut provinsi, 2013-2018, Riskesdas 2018	12
Gambar 3.	Tingkat kehadiran balita di posyandu untuk skrining LiLA, NTT, 2015-2018, UNICEF 2018	18
Gambar 4.	Hubungan antar-komponen Pengelolaan Gizi Buruk Terintegrasi	21
Gambar 5.	Klasifikasi edema pada balita gizi buruk	27
Gambar 6.	Keterkaitan berbagai faktor risiko dan dampak kekurangan gizi pada 1000 HPK	31
Gambar 7.	Kebutuhan gizi sepanjang usia	34
Gambar 8.	Contoh perkembangan berat badan balita pada penimbangan bulanan	36

Daftar Bagan dan Kotak

Bagan 1.	Kerangka hubungan antara faktor penyebab kekurangan gizi pada ibu dan anak	26
Bagan 2.	Dampak kekurangan gizi pada balita	29
Bagan 3.	Upaya pencegahan dan penemuan dini kasus kekurangan gizi di masyarakat	38
Bagan 4.	Alur penapisan balita gizi buruk/kurang dan jenis layanan yang diperlukan	40
Kotak 1.	Tes nafsu makan dengan RUTF	46
Kotak 2.	Penilaian hasil layanan rawat jalan	48
Kotak 3.	Prosedur pengenalan RUTF	63

Daftar Tabel

Tabel 1.	Definisi operasional istilah yang digunakan	14
Tabel 2.	Kandungan dan cara membuat F-100	42
Tabel 3.	Petunjuk pemberian F-100 untuk anak gizi buruk	43
Tabel 4.	Suplementasi zat besi menurut berat badan	44
Tabel 5.	Kandungan RUTF	45
Tabel 6.	Jumlah RUTF dengan kandungan 500 kkal/bungkus (92 g) yang diberikan sesuai dengan berat badan pada balita gizi buruk	45
Tabel 7.	Kemungkinan penyebab kemajuan yang lambat pada rawat jalan balita gizi buruk	47
Tabel 8.	Jenis obat dan dosis antihelmintik	48
Tabel 9.	Kriteria masuk dan keluar layanan rawat jalan balita gizi buruk	50
Tabel 10.	Kategori keluar/meninggalkan layanan rawat jalan untuk balita gizi buruk	50
Tabel 11.	Tindakan pelayanan pada rawat inap balita gizi buruk menurut fasenya	52
Tabel 12.	Cara membuat cairan ReSoMal	54
Tabel 13.	Cara membuat cairan ReSoMal bila larutan mineral-mix tidak tersedia	56
Tabel 14.	Larutan mineral-mix	56
Tabel 15.	Resep formula WHO F-75 dan F-100	59
Tabel 16.	Resep formula modifikasi	60
Tabel 17.	Jumlah dan frekuensi pemberian F-75 pada balita gizi buruk tanpa edema	60
Tabel 18.	Kebutuhan zat gizi untuk balita gizi buruk menurut fasenya	64
Tabel 19.	Jumlah pemberian setiap kali minum F-75/F-100 yang diencerkan pada bayi < 6 bulan yang menderita gizi buruk	69
Tabel 20.	Indikator layanan rawat jalan untuk balita gizi buruk	76
Tabel 21.	Indikator cakupan layanan rawat jalan	77
Tabel 22.	Indikator kualitas rawat jalan	77
Tabel 23.	Standar minimum kinerja dalam tatalaksana balita gizi buruk	78
Tabel 24.	Frekuensi pelaporan layanan rawat jalan	78

Daftar Singkatan

BBLR	Bayi Berat Lahir Rendah
BB/PB	Berat Badan terhadap Panjang Badan
BB/TB	Berat Badan terhadap Tinggi Badan
BB/U	Berat Badan terhadap Umur
BGM	Bawah Garis Merah
BKB	Bina Keluarga Balita
Dinkes	Dinas Kesehatan
DO	<i>Drop Out</i>
Faskes	Fasilitas (pelayanan) kesehatan/fasyankes
F-75	Formula 75.
F-100	Formula 100
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
KEK	Kurang Energi Kronis
Kemendes	Kementerian Kesehatan
LiLA	Lingkar Lengan Atas
MTBM	Manajemen Terpadu Bayi Muda (0-2 bulan)
MTBS	Manajemen Terpadu Balita Sakit
NGT	<i>Nasogastric Tube</i>
PAUD	Pendidikan Anak Usia Dini
PGBM	Pemulihan Gizi Berbasis Masyarakat (rawat jalan pada balita gizi buruk)
PKK	Pembinaan Kesejahteraan Keluarga
PMBA	Pemberian Makan Bayi dan Anak
PMT	Pemberian Makanan Tambahan
Riskesmas	Riset Kesehatan Dasar
RPJMN	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RUTF	<i>Ready-to-use Therapeutic Food</i>
SD	Standar Deviasi
SI	Satuan Internasional
TFC	<i>Therapeutic Feeding Centre</i>
TPG	Tenaga Pelaksana Gizi
UNICEF	<i>United Children Fund</i>
UNSSCN	<i>United Nations System Standing Committee on Nutrition</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WFP	<i>World Food Program</i>



BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Setiap anak berhak untuk hidup, tumbuh, berkembang dan berpartisipasi secara wajar, mendapat perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi. Mereka juga berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan jaminan sosial sesuai dengan kebutuhan fisik, mental, spiritual dan sosial, seperti tercantum dalam Undang-undang Perlindungan Anak Nomor 23 Tahun 2002. Semua pihak berperan dalam menciptakan lingkungan yang kondusif agar anak dapat mengembangkan potensi yang dimilikinya dan menjadi generasi berkualitas.

Anak bebas gizi buruk termasuk komitmen bersama dunia, termasuk Indonesia. Komitmen dunia internasional, tertuang dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals*) butir kedua yang menegaskan pentingnya “Mengakhiri kelaparan, mencapai ketahanan pangan dan perbaikan gizi, serta menggalakkan pertanian yang berkelanjutan”. Di tingkat nasional, hal ini sejalan dengan Nawacita dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional. Untuk mencapai tujuan tersebut, penanggulangan masalah kekurangan gizi, termasuk gizi buruk, perlu ditingkatkan.

Balita dengan gizi buruk mempunyai dampak jangka pendek dan panjang, berupa gangguan tumbuh kembang, termasuk gangguan fungsi kognitif, kesakitan, risiko penyakit degeneratif di kemudian hari dan kematian. Situasi status gizi kurang (*wasting*) dan gizi buruk (*severe wasting*) pada balita di wilayah Asia Tenggara dan Pasifik pada tahun 2014 masih jauh dari harapan. Indonesia menempati urutan kedua tertinggi untuk prevalensi *wasting* di antara 17 negara di wilayah tersebut, yaitu 12,1%. Selain itu, cakupan penanganan kasus secara merata di 9 negara di wilayah tersebut hanya mencapai 2%.

Komitmen Pemerintah dalam penanggulangan gizi buruk pada balita telah lama didengungkan di tingkat nasional dan ditindak-lanjuti melalui berbagai upaya. Misalnya, melalui upaya penyuluhan gizi, peningkatan cakupan penimbangan balita, pemberian makanan tambahan (PMT) pemulihan bagi balita dengan gizi kurang, peningkatan kapasitas petugas dalam tata laksana balita gizi buruk, pembentukan *Therapeutic Feeding Centre* (TFC) dan *Community Feeding Centre* (CFC) sebagai pusat-pusat pemulihan gizi di faskes. Selain itu, pada tahun 2016 dikembangkan perangkat lunak yang menghasilkan data elektronik status gizi balita menurut nama dan alamat, walaupun cakupannya masih terbatas. Namun, berbagai upaya tersebut belum optimal dalam menanggulangi masalah balita gizi buruk. Perbaikan kualitas pelayanan dan peningkatan kerjasama lintas sektor/program, serta keterlibatan masyarakat diperlukan untuk menanggulangi masalah kekurangan gizi pada balita.

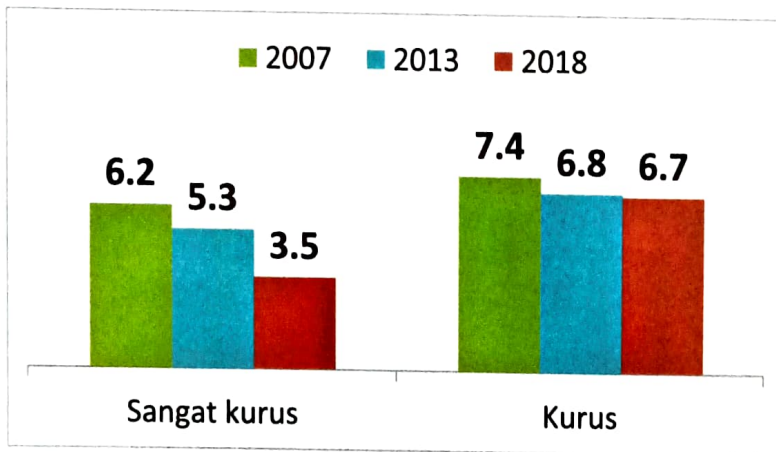
Upaya *Integrated Management of Acute Malnutrition* (IMAM) atau Pengelolaan Gizi Buruk Terintegrasi telah dianjurkan oleh WHO, UNICEF, WFP dan UNSSCN sejak lama. Upaya ini menekankan pentingnya peran serta aktif keluarga/masyarakat dan lintas sektor terkait dalam penanggulangan gizi buruk pada balita. Upaya ini telah dilaksanakan paling sedikit di 70 negara, antara lain Timor-Leste, Kamboja, Korea Utara dan Vietnam. Di Indonesia, sejak tahun 2015, upaya tersebut dilaksanakan dalam tahapan uji coba di 6 kecamatan di

Kabupaten Kupang, Provinsi Nusa Tenggara Timur, dengan bantuan UNICEF. Dari sekitar 6000 balita yang dipantau setiap bulan, ditemukan 719 balita dengan gizi buruk, yang kemudian dengan tatalaksana kasus yang baik, tingkat kesembuhannya dapat mencapai 79% pada tahun 2017.

Upaya Pengelolaan Gizi Buruk Terintegrasi tersebut perlu diperluas untuk meningkatkan cakupan dan kualitas layanan penanganan balita dengan gizi buruk di Indonesia. Untuk itu, Kementerian Kesehatan RI, khususnya Direktorat Gizi Masyarakat, bekerjasama dengan UNICEF, lintas program dan lintas sektor terkait, organisasi profesi dan pihak terkait lainnya menyusun *Pedoman Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk pada Balita*.

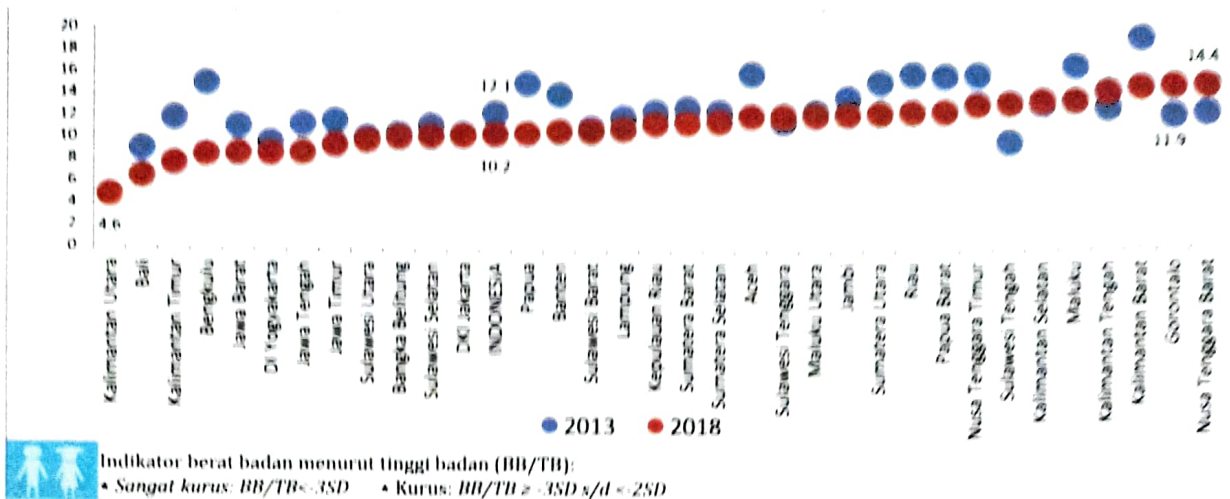
B. Situasi dan Besaran Masalah Gizi Buruk pada Balita

Hasil utama Riskesdas 2018 (Gambar 1) menunjukkan bahwa proporsi status gizi buruk (*severe wasting* atau "sangat kurus") pada balita telah menurun dari 6,2% (2007) menjadi 5,3% (2013) dan 3,5% (2018); sedangkan status gizi kurang (*wasting* atau "kurus") dari 7,4% (2007) menjadi 6,8% (2013) dan 6,7% (2018).



Gambar 1. Proporsi status gizi buruk dan gizi kurang pada balita, 2007-2018, Riskesdas

Lebih lanjut, Riskesdas 2018 memberikan gambaran proporsi status gizi "sangat kurus" (gizi buruk) dan "kurus" (gizi kurang) pada balita menurut provinsi pada tahun 2013 dan 2018 (Gambar 2). Provinsi yang mempunyai angka sangat tinggi diantaranya adalah: NTB (14,4% pada tahun 2018 dan sedikit meningkat dari tahun 2013), diikuti oleh Gorontalo, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Maluku, Kalimantan Selatan, Sulawesi Tengah (dengan kenaikan prevalensi pada tahun 2018) dan NTT; sedangkan provinsi dengan proporsi terendah diantaranya adalah: Kalimantan Utara (4,6% pada tahun 2018), diikuti oleh Bali, Kalimantan Timur, Bengkulu, Jawa Barat, DI Yogyakarta, Jawa Tengah dan Jawa Timur dengan proporsi di bawah 10%. Menurut kriteria WHO, provinsi-provinsi di Indonesia termasuk dalam kategori "serius" (prevalensi 10-14%), "buruk" (5-9%) dan "dapat diterima" (kurang dari 5%).



Gambar 2. Proporsi status gizi buruk ("sangat kurus") dan gizi kurang ("kurus") pada balita menurut provinsi, 2013-2018, Riskesdas 2018

Dengan jumlah penduduk Indonesia sekitar 260 juta pada tahun 2017 dan proporsi balita (0-59 bulan) sekitar 8,8%, maka jumlah balita total sekitar 23 juta. Perkiraan jumlah balita dengan gizi buruk adalah: $3,5\% \times 23 \text{ juta} = 805.000$ balita. Dengan cakupan penanganan balita gizi buruk yang diperkirakan mencapai sekitar 20.000 balita pada tahun 2017, maka cakupan penanganan kasus balita dengan gizi buruk baru mencapai sekitar 2,5% dari perkiraan jumlah total balita gizi buruk. Rendahnya cakupan pelayanan gizi buruk pada balita ini merupakan tantangan yang sangat besar dalam upaya menurunkan prevalensi gizi buruk pada balita.

C. Tujuan

Tujuan umum:

- Tersedianya Pedoman Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk pada Balita dalam rangka menurunkan prevalensi gizi buruk.

Tujuan khusus:

- Tersedianya informasi tentang faktor penyebab dan dampak gizi buruk pada balita oleh keluarga, masyarakat serta pemegang kepentingan.
- Tersedianya pedoman yang mengandung unsur pencegahan, deteksi dini, tatalaksana dan rehabilitasi gizi buruk pada balita melalui rawat jalan dan rawat inap, dengan melibatkan peran serta aktif keluarga dan masyarakat.
- Tersedianya acuan tentang faktor pendukung, termasuk obat-obatan dalam tatalaksana gizi buruk pada balita untuk pencegahan, diagnosis, pengobatan dan rehabilitasi.
- Tersedianya acuan pengelolaan upaya penanggulangan gizi buruk pada balita yang komprehensif dan integratif sejak proses perencanaan, pelaksanaan dengan kerjasama lintas program/sector dan keterlibatan keluarga/masyarakat, serta pemantauannya.

D. Sasaran

Sasaran pedoman ini sebagai berikut.

1. Sasaran langsung:

- Penanggungjawab Program Gizi di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota.
- Penanggungjawab lintas program terkait di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota.
- Pemberi layanan kesehatan primer dan rujukan.

2. Sasaran tidak langsung:

- Lintas sektor terkait di tiap tingkatan, antara lain pemerintah daerah dan institusi penanggulangan masalah gizi daerah, sektor pertanian, pendidikan, keagamaan.
- Swasta: pihak-pihak yang berpotensi membantu upaya penanggulangan gizi buruk.
- Mitra pembangunan dan LSM yang dapat berpartisipasi dalam upaya penanggulangan gizi buruk dan pengembangan model.

E. Landasan Hukum

Berikut ini landasan hukum yang mendasari upaya penanggulangan gizi buruk pada balita.

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.
3. Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif.
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2013 tentang Susu Formula Bayi dan Produk Bayi Lainnya.
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak.
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 41 Tahun 2014 tentang Pedoman Gizi Seimbang.
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 88 Tahun 2014 tentang Standar Tablet Tambah Darah bagi Wanita Usia Subur dan Ibu Hamil.
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Kehamilan.
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2015 tentang Standar Kapsul Vitamin A bagi Bayi, Anak Balita dan Ibu Nifas.
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi.
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2016 tentang Standar Produk Suplementasi Gizi.
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kab/Kota.
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2016 tentang Manajemen Puskesmas.

17. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2015 tentang Rencana Strategis Kemenkes 2015-2019.
18. Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi Nomor 19 Tahun 2017 tentang Penggunaan Dana Desa.
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 18 Tahun 2018 tentang Lembaga Kemasyarakatan Desa dan Lembaga Adat Desa.
20. Keputusan Direktur Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL) Nomor HK.02.03/D1/1.1/2088/2015 tentang Rencana Aksi Program P2PL Tahun 2015-2019.
21. Peraturan Kepala BPOM Nomor 1 Tahun 2018 tentang Pengawasan Pangan untuk Keperluan Gizi Khusus.

F. Definisi Operasional

Di bawah ini definisi operasional dari sejumlah istilah yang digunakan di dalam pedoman ini.

Tabel 1. Definisi operasional istilah yang digunakan

No	Istilah	Definisi
1.	<i>Drop out</i> (DO)	Istilah yang digunakan untuk balita gizi kurang/buruk yang tidak melanjutkan pengobatan/rawat jalan, yang ditandai dengan absen dua kali berturut-turut.
2.	Edema	Pembengkakan yang disebabkan oleh penimbunan cairan tubuh di bawah kulit akibat kekurangan protein, yang biasanya terjadi pada punggung kaki (edema minimal), punggung tangan, atau bila berat ditemukan di seluruh tubuh.
3.	F-75	Formula makanan cair terbuat dari susu, gula, minyak dan <i>mineral mix</i> , yang mengandung 75 kkal (kilo kalori) setiap 100 ml, diberikan kepada balita gizi buruk pada awal rawat inap.
4.	F-100	Formula makanan cair terbuat dari susu, gula, minyak dan <i>mineral mix</i> , yang mengandung 100 kkal setiap 100 ml, diberikan kepada balita gizi buruk.
5.	Gizi buruk	Keadaan gizi balita yang ditandai oleh satu atau lebih tanda berikut: i) edema, minimal pada kedua punggung kaki; ii) BB/PB atau BB/TB kurang dari - 3 standar deviasi; iii) lingkaran lengan atas (LiLA) < 11,5 cm pada balita usia 6-59 bulan.

6. **Gizi kurang** Keadaan gizi balita yang ditandai oleh satu atau lebih tanda berikut: i) BB/TB (BB/PB) berada di antara -3 sampai kurang dari -2 standar deviasi; ii) lingkaran lengan atas (LiLA) kurang dari 12,5 cm sampai 11,5 cm pada balita usia 6-59 bulan.
7. **Kejadian luar biasa gizi buruk** Peningkatan kejadian gizi buruk dalam kurun waktu tertentu dua kali atau lebih bila dibandingkan dengan periode sebelumnya.
8. **LiLA** Lingkaran lengan atas, digunakan sebagai indikator untuk gizi buruk, diperoleh dengan cara mengukur lingkaran lengan atas.
9. **MTBM** Manajemen Terpadu Bayi Muda (0-2 bulan), merupakan bagian dari MTBS, suatu pendekatan terpadu dalam tatalaksana bayi muda sehat dan sakit.
10. **MTBS** Manajemen Terpadu Balita Sakit adalah pendekatan terpadu dalam tata laksana balita sakit di fasilitas kesehatan tingkat pelayanan dasar terhadap penyakit pneumonia, diare, campak, malaria, infeksi telinga, malnutrisi dan upaya promotif-preventif (imunisasi, pemberian vitamin A, dan konseling pemberian makan) yang bertujuan menurunkan angka kematian dan kesakitan bayi/balita.
11. **Pelacakan balita kurang gizi** Kegiatan penelusuran faktor risiko kasus kekurangan gizi pada balita di suatu wilayah, dan penemuan kasus lainnya di wilayah tersebut.
12. **Pendampingan balita gizi kurang/buruk** Kegiatan penyuluhan dan/atau konseling melalui kunjungan rumah oleh kader terlatih/petugas gizi kepada keluarga yang mempunyai balita gizi kurang/buruk.
13. **Prevalensi balita gizi buruk** Persentase balita dengan gizi buruk terhadap seluruh balita di suatu wilayah dalam periode waktu tertentu.
14. **RUTF (*Ready to Use Therapeutic Food*)** Pangan untuk Keperluan Medis Khusus berupa makanan padat gizi yang diperkaya dengan zat gizi mikro untuk terapi balita gizi buruk sesuai standar WHO.
15. **Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) Puskesmas** Setiap orang yang memberikan pelayanan gizi berupa upaya untuk memperbaiki atau meningkatkan makanan, dietetik masyarakat, kelompok, atau klien yang merupakan suatu rangkaian kegiatan yang meliputi pengumpulan, pengolahan, analisis, simpulan, anjuran, implementasi dan evaluasi gizi, makanan dan dietetik dalam rangka mencapai status kesehatan optimal dalam kondisi sehat atau sakit.

16. *Therapeutic Feeding Centre (TFC)* Tempat pemulihan/rehabilitasi gizi (di rumah sakit atau puskesmas rawat inap dengan tim asuhan gizi yaitu dokter, perawat/ bidan dan ahli gizi terlatih) untuk memperbaiki status gizi balita dengan gizi buruk melalui pemberian makanan khusus padat gizi selama periode waktu tertentu.
17. *Community Feeding Centre (CFC)* Atau Pos Pemulihan Gizi (PPG) adalah pos yang melakukan rangkaian kegiatan pemulihan balita gizi buruk dengan cara rawat jalan, dilakukan oleh masyarakat dengan bantuan petugas dan kader kesehatan.

BAB 2
PENGELOLAAN GIZI
BURUK TERINTEGRASI

Upaya Pengelolaan Gizi Buruk Terintegrasi menekankan pentingnya peran serta aktif keluarga dan masyarakat serta lintas sektor terkait dalam upaya penanggulangan gizi buruk pada balita. Upaya ini juga menganjurkan layanan rawat jalan untuk balita berusia 6-59 bulan dengan gizi buruk tanpa komplikasi. Bila ada komplikasi, maka balita perlu menjalani rawat inap sampai komplikasi teratasi dan selanjutnya diperbolehkan menjalani rawat jalan sampai sembuh sepenuhnya. Untuk bayi berusia kurang dari 6 bulan dengan gizi buruk, dianjurkan rawat inap, walaupun tidak ada komplikasi.

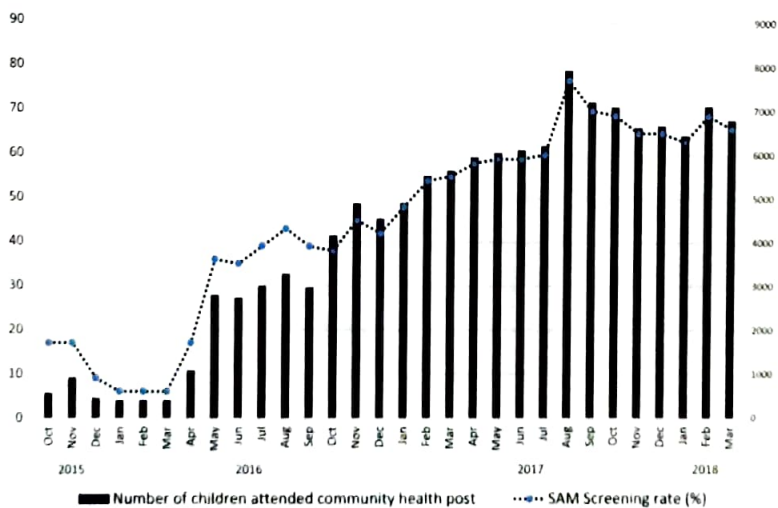
Pendekatan pengelolaan gizi buruk terintegrasi dapat meningkatkan:

- jumlah balita gizi buruk yang terdeteksi secara dini;
- cakupan penanganan kasus;
- tingkat kepatuhan, sehingga mengurangi *drop out* balita yang menjalani rawat jalan/inap;
- proporsi kasus yang berhasil disembuhkan.

A. Perkembangan Tatalaksana Gizi Buruk pada Balita

Tatalaksana balita dengan gizi buruk telah diterapkan sejak lama melalui rawat inap di rumah sakit atau puskesmas rawat inap. Tatalaksana meliputi pemberian F-75 dan F-100, serta pengobatan komplikasi atau penyakit penyerta. Selama ini, rawat jalan diterapkan pada balita gizi kurang dengan pemberian PMT dan konseling.

Sejak tahun 2015 dilakukan ujicoba upaya Pengelolaan Gizi Buruk Terintegrasi oleh UNICEF di Kabupaten Kupang, Provinsi Nusa Tenggara Timur, dengan meningkatkan peran keluarga, kader dan masyarakat dalam menemukan kasus dan pendampingan balita rawat jalan. Tingkat kehadiran balita di posyandu untuk penimbangan dan penapisan kekurangan gizi dengan LiLA meningkat secara nyata sejak 2016 dan mencapai sekitar 70-80% (hampir mencapai 7000 balita) pada awal 2018 (Gambar 3).



Gambar 3. Tingkat kehadiran balita di posyandu untuk skrining LiLA, NTT, 2015-2018, UNICEF 2018

Ditemukan hampir 12% balita dengan gizi buruk, yang kemudian ditangani dengan tingkat kesembuhan hampir mencapai 80%. Tingkat kesembuhan meningkat dari 17% (2015) menjadi 76% (2018), kasus *drop out* perawatan menurun dari 83% (2015) menjadi 7% (2018), dan ada 2 kematian pada tahun 2016 dan 1 kematian pada tahun 2017.

Keuntungan pendekatan rawat jalan sebagai berikut:

- balita tetap di rumah dengan keluarga;
- orang tua atau pengasuh tetap di rumah dan mengerjakan tugas-tugas lainnya selain merawat balitanya yang gizi buruk,
- mengurangi beban rawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan;
- mengurangi risiko infeksi silang (nosokomial).

B. Prinsip-prinsip Pengelolaan Gizi Buruk Terintegrasi

Upaya Pengelolaan Gizi Buruk Terintegrasi mempunyai prinsip sebagai berikut:

- 1. Upaya pencegahan sangat penting:** semua pihak, termasuk keluarga dan masyarakat harus memahami faktor penyebab gizi buruk serta mampu mencegah terjadinya gizi kurang. Hal-hal penting yang perlu dipelajari antara lain:
 - a. kebutuhan zat gizi (jenis, kuantitas) untuk remaja puteri, ibu hamil/menyusui dan balita;
 - b. pengetahuan ibu/pengasuh anak tentang makanan bergizi;
 - c. pola pemberian makanan pada bayi dan anak balita;
 - d. ketersediaan, akses dan daya beli terhadap makanan lokal bergizi;
 - e. perilaku untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, seperti imunisasi, dan pelayanan kesehatan lainnya dalam mencegah dan menangani penyakit;
 - f. ketersediaan/pemanfaatan air bersih, jamban keluarga dan kebersihan lingkungan.
- 2. Tatalaksana balita gizi buruk dengan pemberian terapi gizi** yaitu makanan padat gizi berupa pangan untuk keperluan medis khusus (PKMK) antara lain F-75, F-100 atau **ready to use therapeutic food (RUTF)**, konseling pemberian makanan sesuai dengan umur balita dan pencegahan penyakit.
- 3. Advokasi dan peningkatan kolaborasi** dengan program dan sektor terkait, mitra, pihak swasta dan masyarakat dalam rangka mencegah terjadinya gizi kurang/buruk pada balita, antara lain dalam hal tumbuh kembang anak, pencegahan penyakit menular, penyediaan air bersih dan sanitasi, pertanian dan peternakan, ketahanan pangan, pengentasan kemiskinan, monitoring dan evaluasi, dll.
- 4. Ketersediaan pedoman/protokol penanggulangan gizi buruk** yang didukung ketersediaan peralatan dan obat-obatan dalam melaksanakan tatalaksana gizi buruk pada balita.

5. Menjadikan **penanggulangan gizi kurang/buruk** pada balita sebagai **upaya prioritas wilayah** yang harus segera diatasi dengan langkah-langkah **peningkatan deteksi dini kasus, meningkatkan cakupan penanganan kasus dengan pelayanan yang berkualitas.**
6. **Penanggulangan gizi buruk secara sistematis dan menyeluruh**, yang didukung sektor terkait dan sumber daya di setiap tingkat administrasi untuk menghasilkan upaya yang sinergis, efektif dan efisien.
7. **Pemantapan sistem informasi gizi buruk/kurang/masalah gizi lainnya** di setiap tingkatan wilayah, agar masalah gizi tersebut cepat terdeteksi dan ditangani.
8. **Pemantapan fungsi posyandu dan penggerakan masyarakat secara intensif** untuk pemantauan pertumbuhan balita dan tindaklanjutnya, identifikasi gizi kurang/buruk, serta penggerakan dalam upaya ketahanan pangan keluarga dan masyarakat.
9. Upaya **pengadaan Pangan untuk Keperluan Medis Khusus (PKMK) dalam tatalaksana gizi buruk, antara lain:**
 - F-75 dan F-100
 - **RUTF** yang dapat menggunakan bahan makanan lokal dan mengacu pada standar WHO.

C. Empat Komponen Upaya Pengelolaan Gizi Buruk Terintegrasi

Pengelolaan Gizi Buruk Terintegrasi mempunyai empat komponen (Gambar 4), yaitu:

1. Penggerakan peran serta aktif masyarakat:

- Masyarakat didukung agar berperan aktif dalam upaya pencegahan, penanganan, pemantauan dan rehabilitasi kasus gizi kurang/buruk, diawali dengan meningkatkan pengetahuan tokoh masyarakat, kader dan keluarga, terkait dalam:
- a. masalah gizi dan bahayanya bagi balita;
 - b. peran mereka dalam deteksi dini masalah gizi pada balita, yaitu dengan melakukan **penapisan balita dan mendampingi proses penanganan kasus sampai pulih;**
 - c. memanfaatkan layanan gizi yang tersedia;
 - d. mendampingi balita pada fase rehabilitasi agar kejadian gizi kurang/buruk tidak terulang.

2. Layanan rawat jalan balita (6-59 bulan) dengan gizi buruk tanpa komplikasi:

dilakukan di faskes primer (puskesmas/pustu terpilih, klinik praktik dokter) yang memiliki tenaga kesehatan yang mampu memberikan layanan gizi kurang/buruk dan memiliki perlengkapan yang diperlukan. Layanan rawat jalan dilakukan seminggu sekali untuk:

- penilaian status gizi dan pemantauan peningkatan berat badan. Jika pasien mendapat nutrisi 200 kkal/kgBB/hari maka diharapkan akan terjadi kenaikan berat badan 5 g/kgBB/hari;
- pemeriksaan kesehatan dan terapi;
- pemberian terapi gizi berupa pangan untuk keperluan medis khusus (PKMK) antara lain RUTF dan F-100;
- pemberian informasi/konseling tentang pemberian makan bayi dan anak sesuai dengan umur, stimulasi tumbuh kembang, pola hidup bersih dan sehat, pemanfaatan air bersih dan jamban keluarga serta pencegahan penyakit;
- pemberian pelayanan imunisasi, obat cacing dan vitamin A.



Gambar 4. Hubungan antar-komponen Pengelolaan Gizi Buruk Terintegrasi¹

¹ UNICEF. *Prevention and treatment of severe acute malnutrition in East Asia and the Pacific. Report of a Regional Consultation*. UNICEF-EAPRO, 2015

3. Layanan rawat inap untuk semua bayi berusia kurang dari 6 bulan dengan gizi buruk (dengan/tanpa komplikasi) dan balita 6-59 bulan dengan komplikasi: rawat inap dapat dilakukan di rumah sakit atau puskesmas rawat inap untuk terapi fase stabilisasi.

4. Tatalaksana kasus gizi kurang: balita diberi makanan tambahan (PMT) melalui puskesmas, dan ibu/pengasuh menerima:

- a. konseling tentang pemberian makanan balita berdasarkan umur;
- b. pelayanan kesehatan balita, termasuk imunisasi dasar lengkap;
- c. pemberian vitamin A dan obat cacing;
- d. edukasi tentang higiene sanitasi; termasuk pemanfaatan air bersih dan jamban keluarga;
- e. pemantauan pertumbuhan secara rutin dan stimulasi perkembangan/SDIDTK.

Di bawah ini dibahas Komponen 1 tentang penggerakan dan peran serta aktif masyarakat, sedangkan komponen lainnya dibahas dalam Bab IV.

D. Penggerakan dan Peran Serta Aktif Masyarakat

Semua komponen masyarakat berperan penting dalam menanggulangi kekurangan gizi pada balita. Untuk meningkatkan partisipasi aktif masyarakat dibutuhkan penggerakan masyarakat yang berkelanjutan dengan cara:

- 1. Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman masyarakat** tentang kekurangan gizi, penyebab dan akibatnya, agar mereka termotivasi untuk berperan serta dalam upaya penanggulangannya.
- 2. Meningkatkan kemampuan keluarga/masyarakat** dalam pencegahan, penemuan dini kasus dan mencari pertolongan pelayanan, pendampingan pada rawat jalan dan proses rehabilitasi, serta pemantauan berkesinambungan agar kekurangan gizi tidak terulang.
- 3. Mengarahkan tokoh masyarakat,** kader, pengasuh dan anggota masyarakat lainnya untuk bekerjasama dengan bidan/perawat/petugas gizi di desa, menjadikan masalah gizi sebagai isu strategis, yang harus diatasi bersama untuk menjaga kualitas generasi penerus.
- 4. Meningkatkan penemuan dini, rujukan dan pendampingan kasus balita gizi buruk serta berkontribusi dalam keberhasilan penanggulangan masalah gizi.**

Penyegaran atau orientasi kepada masyarakat dalam rangka penggerakan peran serta aktif masyarakat dapat dilakukan melalui forum pertemuan formal/informal yang sudah ada di tingkat kabupaten, kecamatan, desa (misalnya forum Musyawarah Masyarakat Desa/MMD), atau dusun. Wadah lain yang bisa digunakan antara lain melalui jalur kegiatan keagamaan dan kegiatan sosial kemasyarakatan lainnya. Peserta undangan di setiap tingkat administrasi mempunyai peran khusus dalam mendukung upaya penanggulangan kekurangan gizi pada balita. Pertemuan ini dapat dilakukan secara rutin untuk meningkatkan pemahaman dan kemampuan, memantau kemajuan, hambatan, membahas tantangan, mencari solusi dan menggerakkan sumber-daya serta memperbaharui komitmen.

Pengukuran LiLA dan pemantauan pertumbuhan balita merupakan cara untuk penemuan dini kasus gizi kurang/buruk oleh masyarakat, melalui kegiatan seperti berikut ini.

1. Penimbangan balita dan pengukuran LiLA di posyandu yang diadakan setiap bulan. KMS digunakan untuk **memantau pertumbuhan dengan melihat arah garis pertumbuhan**.
2. Kegiatan di PAUD, TK/Kelompok Bermain, Tempat Penitipan Anak dan Bina Keluarga Balita.
3. Kegiatan *sweeping*, berupa kunjungan rumah bagi yang tidak hadir pada bulan tersebut di posyandu, di fasilitas ataupun sarana lainnya, di pasar atau di tempat ibu biasa berkumpul dan membawa balitanya.
4. Pemanfaatan kesempatan berkumpulnya balita pada hari tertentu, misalnya pada kesempatan kampanye kesehatan/imunisasi, Hari Kesehatan Nasional, dll.
5. Pemanfaatan peristiwa keagamaan di masjid, gereja dan tempat kebaktian lainnya, serta festival dan acara masyarakat lainnya.

Bila ditemukan LiLA kurang dari 12,5 cm dan/atau terjadi hambatan pertumbuhan (BB naik tapi tidak optimal, BB tetap atau BB turun), maka **balita dirujuk ke petugas kesehatan atau puskesmas untuk konfirmasi status gizi dan tatalaksana selanjutnya** (lihat Bab III). Hasil kegiatan dilaporkan kader posyandu ke petugas kesehatan/bidan di desa dengan menyebutkan:

- Jumlah total balita di suatu wilayah;
- Jumlah balita yang diukur LiLanya;
- Jumlah kasus dengan dugaan gizi kurang/buruk yang ditemukan.

Laporan tersebut ditindaklanjuti oleh petugas pelaksana gizi puskesmas untuk dibahas dan selanjutnya dibahas di tingkat kecamatan bila ditemukan balita dengan gizi buruk/kurang. Di tingkat kabupaten pembahasan masalah gizi dilakukan untuk mendapatkan dukungan lintas sektor sesuai peran masing-masing dalam upaya penanggulangan masalah gizi pada balita.

Petugas pelaksana gizi dan/atau petugas kesehatan/bidan di desa menyusun laporan yang dilengkapi dengan hasil kunjungan/pelacakan kasus untuk dikirimkan ke puskesmas. Semua hasil penimbangan BB, pengukuran panjang atau tinggi badan dan lingkar kepala diplot pada Buku KIA. Puskesmas merekapitulasi laporan dari desa-desa di wilayahnya untuk kemudian dikirim ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Selain itu, rekapitulasi data dilakukan dengan menginput ke dalam elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (e-PPGBM).

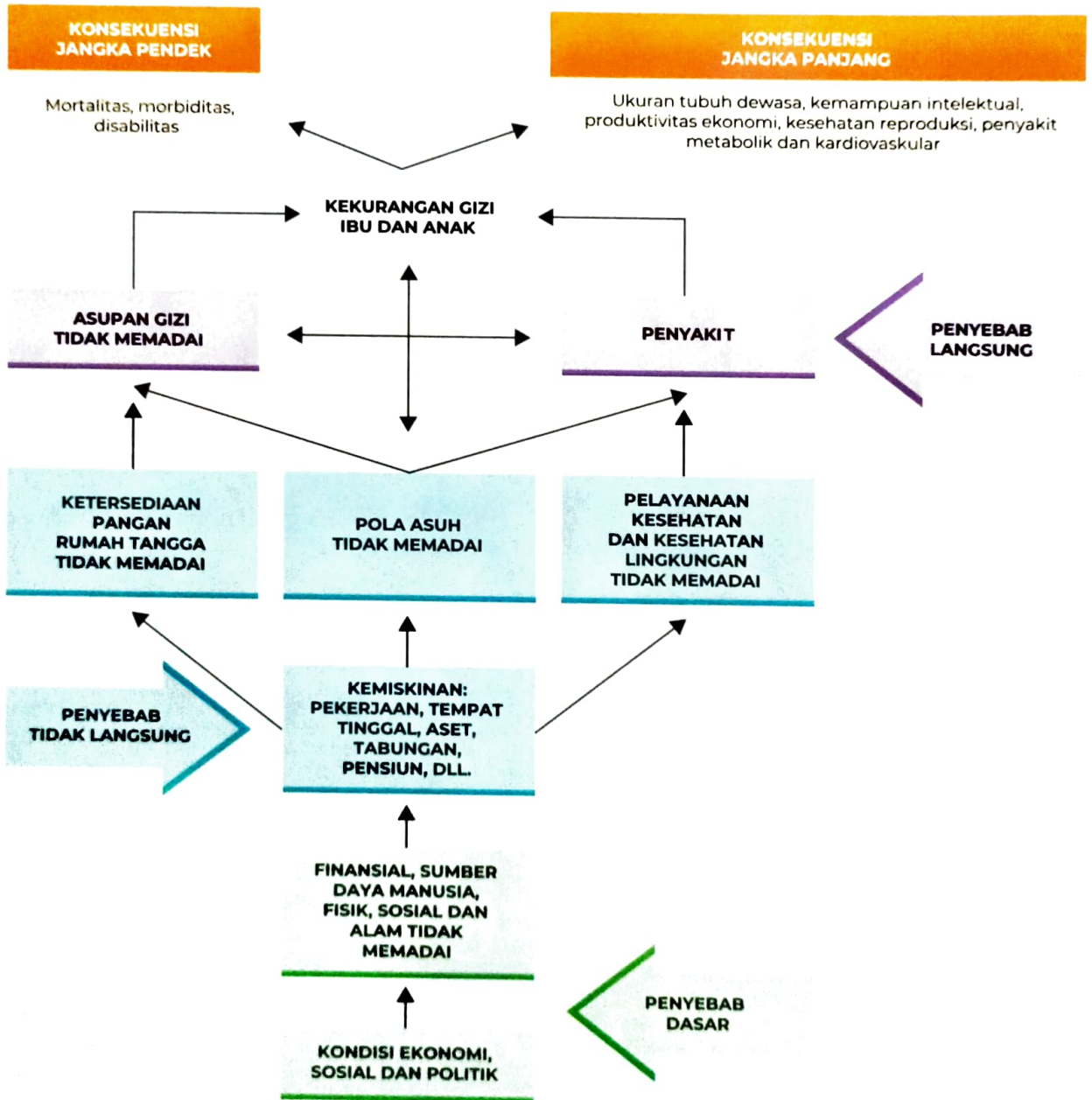
BAB 2

BAB 3

**PENCEGAHAN DAN
PENEMUAN DINI GIZI
BURUK PADA BALITA**

Gizi buruk pada balita merupakan masalah kesehatan masyarakat yang kompleks. Akar masalahnya terkait dengan ketahanan pangan dan gizi, kemiskinan, pendidikan, keamanan, ketersediaan air bersih, higiene dan sanitasi lingkungan, serta terkait dengan situasi darurat atau bencana (Bagan 1). Berbagai kondisi tersebut akan berpengaruh terhadap daya beli, akses pangan, kerentanan terhadap penyakit, akses informasi dan akses terhadap pelayanan yang mendasari terjadinya penyebab langsung dan tidak langsung masalah kekurangan gizi.

Bagan 1. Kerangka hubungan antara faktor penyebab kekurangan gizi pada ibu dan anak²



² Black RE, Lindsay HA, Zulfiqar AB, Laura EC, Mercedes O, Majid E, et al. *Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences*. The Lancet. 2008; 371, 243-60.

A. Kekurangan Gizi pada Balita

Kekurangan gizi adalah suatu kondisi yang dapat terjadi secara akut dan kronis disebabkan oleh masukan zat gizi yang tidak memadai, gangguan penyerapan dan/atau metabolisme zat gizi akibat penyakit.

GIZI BURUK

Menurut WHO (2013), gizi buruk dibedakan menurut umur anak:

- usia kurang dari 6 bulan dengan BB/PB (atau BB/TB) kurang dari -3 SD, atau edema bilateral yang bersifat *pitting* (tidak kembali setelah ditekan).
- usia 6-59 bulan: dengan BB/PB (atau BB/TB) kurang dari -3 SD atau LiLA $< 11,5$ cm, atau edema bilateral yang bersifat *pitting*.

Berdasarkan ada/tidaknya komplikasi, gizi buruk dikategorikan sebagai berikut.

1. Gizi buruk tanpa komplikasi, yang ditandai³:

- lingkar lengan atas (LiLA) $< 11,5$ cm untuk balita berusia 6-59 bulan;
- BB/PB (atau BB/TB) kurang dari -3 SD;
- adanya edema bilateral dengan derajat +1 atau +2 (Gambar 5).

Derajat: +1 Edema Ringan	Derajat: +2 Edema Sedang	Derajat: +3 Edema Berat
 <p>Edema hanya ada di kedua punggung kaki</p>	 <p>Edema di kedua punggung kaki dan tungkai bawah (dan/atau tangan/ lengan bawah)</p>	 <p>Edema meluas, di seluruh bagian tubuh (edema anasarka)</p>

Gambar 5. Klasifikasi edema pada balita gizi buruk⁴

³ WHO. *Updates on the management of severe acute malnutrition in infant and children*. Geneva: World Health Organization; 2013.

⁴ Ministry of Health (MOH). 2016. *Guidelines for Community-Based Management of Acute Malnutrition*. 2nd Edition. Lilongwe, Malawi: MOH dan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, Direktorat Bina Gizi. *Materi Pelatihan Tatalaksana Anak Gizi Buruk*. 2011

- 2. Gizi buruk dengan komplikasi**, yang ditandai oleh hal tersebut di atas dan adanya satu atau lebih komplikasi berikut (sama dengan tanda bahaya pada MTBS)^{5,6}:
- a. anoreksia;
 - b. dehidrasi berat (muntah terus-menerus, diare);
 - c. letargi atau penurunan kesadaran;
 - d. demam tinggi;
 - e. pneumonia berat (sulit bernafas atau bernafas cepat);
 - f. anemia berat.

GIZI KURANG

Gizi kurang ditandai oleh satu atau lebih hal-hal sebagai berikut.

1. LiLA berada di antara 11,5 cm sampai kurang dari 12,5 cm untuk balita usia 6-59 bulan.
2. BB/PB (atau BB/TB) berada di antara -3 SD sampai kurang dari -2 SD.

Sebelum mengalami gizi kurang, balita terlebih dahulu mengalami keadaan yang disebut sebagai **hambatan pertumbuhan (*growth faltering*)**. Keadaan ini ditandai oleh berat badan yang: i) **naik, tapi tidak optimal**; ii) **tidak naik**; atau iii) **turun pada penimbangan bulanan**. **Dalam upaya penemuan dini gizi buruk di masyarakat, maka penemuan hambatan pertumbuhan inilah yang ditekankan, di samping penemuan balita dengan gizi kurang.**

Menemukan balita yang sudah mengalami gizi kurang sebenarnya sudah terlambat, karena proses gangguan pertumbuhan otak mungkin sudah mulai terjadi. **Menemukan balita yang sudah mengalami gizi buruk merupakan pembiaran yang sudah lanjut dan sangat terlambat, karena gangguan pertumbuhan otak sudah terjadi.** Itulah sebabnya, intervensi yang dilakukan pada balita gizi kurang/buruk meliputi pemberian zat gizi, mengatasi penyakit penyerta dan komplikasi yang ada serta memberikan stimulasi tumbuh-kembang.

B. Dampak Gizi Buruk pada Balita

Dampak kekurangan gizi pada balita sebagai berikut⁷. (lihat bagan 2)

- a. Jangka pendek: meningkatkan angka kesakitan, kematian dan disabilitas.
- b. Jangka panjang: dapat berpengaruh tidak tercapainya potensi yang ada ketika dewasa; perawakan pendek, mempengaruhi sistem kekebalan tubuh, menurunkan kecerdasan, produktivitas kerja dan fungsi reproduksi; serta meningkatkan risiko (pada usia dewasa) untuk mengalami obesitas, menderita diabetes, hipertensi, penyakit jantung, keganasan dan penyakit generatif lainnya.

5 Department of Health, Republic of Philipines and UNICEF. *National guidelines on the management of severe acute malnutrition for children under five years: Manual of operations*. First edition, June 2015.

6 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, Direktorat Bina Gizi. *Petunjuk teknis tatalaksana anak gizi buruk. Buku 1*. 2013. p.iii

7 Black RE, Lindsay HA, Zulfiqar AB, Laura EC, Mercedes O, Majid E, et al. *Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences*. The Lancet. 2008; 371; 243-60.

Bagan 2. Dampak kekurangan gizi pada balita^a

Lebih lanjut, Bagan 2 memberikan gambaran tentang interaksi gizi pada janin/bayi (dipengaruhi oleh status gizi ibu), faktor infeksi dan faktor lingkungan lainnya, serta faktor genetik. Dampaknya adalah: i) gangguan perkembangan otak yang berakibat gangguan kapasitas kognitif dan edukasi pada jangka panjang; ii) gangguan pertumbuhan otot dan tulang, serta komposisi berat dan tinggi badan yang berakibat gangguan imunitas dan kapasitas kerja pada jangka panjang. Selain itu terjadi gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, protein, hormon, reseptor dan gen yang berakibat gangguan penyakit degeneratif dan kardiovaskular pada jangka panjang.

C. Prinsip-prinsip Pencegahan Gizi Buruk pada Balita

Upaya pencegahan kejadian gizi kurang/buruk pada balita perlu dilakukan sedini mungkin dan dengan prinsip-prinsip sebagai berikut.

a. Upaya perbaikan status gizi ibu sejak masa remaja, yang dilanjutkan dengan:

- upaya peningkatan kesehatan ibu sebelum hamil antara lain **dengan menghindari** kehamilan "4 terlalu", yaitu hamil terlalu muda (< 20 tahun), terlalu tua (> 35 tahun), terlalu dekat jarak antar-kehamilan (< 3 tahun), dan terlalu banyak (jumlah anak > 2), mengatasi anemia, penyakit infeksi atau penyakit kronis pada ibu.
- penerapan pola hidup sehat, antara lain dengan memenuhi kebutuhan gizi ibu pada masa kehamilan dan nifas, pelayanan antenatal sesuai dengan standar, termasuk

^a Uauy R, Kain J. *Nutrition, child growth and chronic disease prevention*. Annals of Medicine 2008; 40: 11-20

konseling tentang kebutuhan gizi, tidak merokok/terpapar asap rokok, memberikan kolostrum kepada bayinya dengan melakukan inisiasi menyusu dini (IMD) yang diteruskan dengan ASI eksklusif, serta melakukan stimulasi pada bayi sejak dalam kandungan (seperti yang tercantum dalam Buku KIA).

b. Pemenuhan kebutuhan gizi balita yang dimulai dari sejak lahir, dengan “standar emas makanan bayi”:

- inisiasi menyusu dini (< 1 jam setelah lahir);
- ASI eksklusif dalam 6 bulan pertama kehidupan;
- makanan pendamping ASI (MP-ASI) mulai diberikan pada usia 6 bulan dan diberikan secara: i) tepat waktu; ii) kandungan gizi cukup dan seimbang; iii) aman; dan iv) diberikan dengan cara yang benar;
- ASI dilanjutkan sampai anak berusia 2 tahun atau lebih.

c. Penapisan massal untuk menemukan hambatan pertumbuhan dan gizi kurang pada balita di tingkat masyarakat dilakukan secara berkala pada bulan penimbangan dengan target cakupan penapisan 100%. Caranya adalah melalui pemantauan pertumbuhan (BB/U), LiLA, BB/PB (atau BB/TB) dan PB/U (atau TB/U), serta lingkaran kepala, dan lakukan plotting pada Buku KIA agar dapat diketahui perkembangannya, bila ditemukan masalah, maka balita dirujuk ke petugas kesehatan yang kompeten.

d. Perhatian khusus diberikan kepada bayi dan balita dengan faktor risiko mengalami kekurangan gizi, misalnya:

- bayi yang dilahirkan dari ibu dengan kurang energi kronis (KEK) dan/atau ibu usia remaja; bayi yang lahir prematur/BBLR, kembar, lahir dengan kelainan bawaan;
- balita dengan infeksi kronis atau infeksi akut berulang dan adanya sumber penularan penyakit dari dalam/luar rumah;
- balita yang berasal dari keluarga dengan status sosio ekonomi kurang;
- balita berkebutuhan khusus;
- balita yang berada di lingkungan yang terkendala akses air bersih, dan/atau higiene dan sanitasi yang buruk.

Semua balita dipantau pertumbuhannya secara rutin, terutama balita dengan faktor risiko. Orangtua/pengasuh diberi konseling pemberian makan sesuai usia, diberi pelayanan lainnya dan tindak lanjut sedini mungkin untuk mengatasi masalah yang ditemukan.

e. Dukungan program terkait diperlukan dalam upaya pemenuhan total cakupan pelayanan, konseling pemberian makan sesuai umur dan penanganan balita sakit secara komprehensif, serta promosi perubahan perilaku menuju pola hidup bersih dan sehat. Fasilitas kesehatan (faskes) primer dan rujukan berperan penting dalam tatalaksana balita sakit sesuai standar.

f. Dukungan lintas sektor diperlukan dalam pemenuhan kebutuhan air bersih dan/atau pengadaan jamban keluarga, serta lingkungan sehat, dalam upaya pencegahan

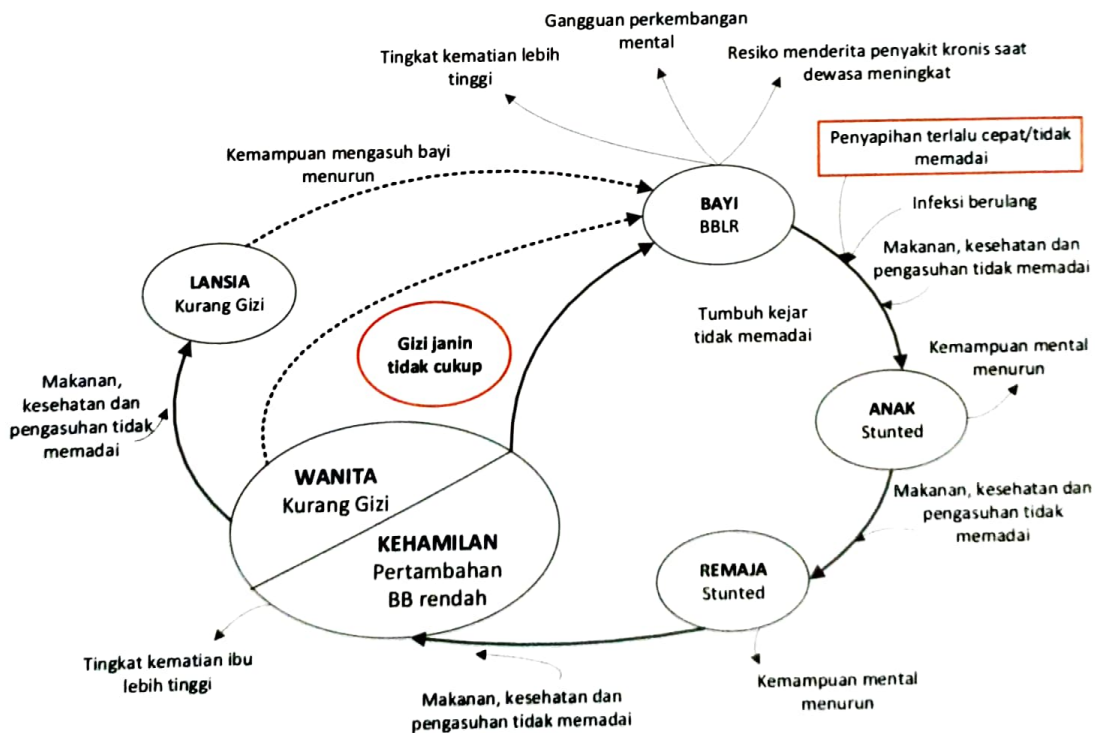
penyakit infeksi berulang yang dapat mengakibatkan gizi buruk pada balita. Demikian pula dalam pengaturan makanan/camilan yang sehat untuk anak.

- g. Perhatian khusus diberikan kepada baduta yang rentan mengalami gizi buruk,** melalui berbagai intervensi untuk pencegahan masalah gizi, seperti tercakup dalam upaya **“Seribu Hari Pertama Kehidupan”**.

D. Pencegahan Gizi Buruk pada Bayi di Bawah Usia 6 Bulan

Gizi buruk pada bayi di bawah usia 6 bulan dapat terjadi sejak di dalam kandungan atau setelah lahir, atau akibat adanya penyakit/kelainan bawaan. Pencegahan gizi buruk pada kelompok ini seringkali bersifat jangka panjang dan tidak langsung, karena terkait dengan status kesehatan dan kondisi ibu sebelum/selama kehamilan dan pada masa menyusui serta faktor risiko lainnya. Pencegahan jangka pendeknya adalah dengan memberikan kolostrum/IMD dan **memenuhi kebutuhan ASI**, (ASI eksklusif). Bila ditemukan penyakit/kelainan bawaan, maka bayi perlu segera dirujuk untuk mendapatkan pelayanan yang adekuat dan tepat waktu.

Dengan memahami keterkaitan berbagai faktor risiko dan dampak yang ditimbulkan dari masalah kekurangan gizi sejak di dalam kandungan (Gambar 6), maka upaya pencegahan dapat dilakukan secara lebih terarah. Pemahaman ini juga berguna bagi petugas kesehatan dalam memberikan penyuluhan dan konseling kepada keluarga dan masyarakat.



Gambar 6. Keterkaitan berbagai faktor risiko dan dampak kekurangan gizi pada 1000 HPK

Faktor risiko gizi buruk pada bayi < 6 bulan yang sering ditemukan sebagai berikut.

a. Bayi berat lahir rendah (BBLR), yaitu berat lahir di bawah 2500 g:

- **bayi lahir sebelum waktunya (*preterm/prematur*)**, yaitu sebelum usia kehamilan 37 minggu: berat lahirnya rendah dan organ-organ tubuhnya belum berfungsi sepenuhnya. Akibatnya, risiko kegagalan fungsi tubuh meningkat, yang antara lain menimbulkan gangguan pernafasan dan hipotermi. Faktor penyebab kelahiran prematur pada umumnya terkait dengan status kesehatan ibu, misalnya ibu menderita penyakit infeksi atau penyakit kronis, ibu mengalami komplikasi kehamilan, ibu merokok/terpapar asap rokok, ibu terlalu berat beban kerja atau mengalami stres;
- **bayi lahir cukup umur (37 minggu atau lebih), tetapi kecil untuk umur kehamilannya**, sebagai akibat dari kekurangan gizi sejak di dalam kandungan. Pada kelahiran cukup umur, biasanya organ-organ tubuh bayi telah matang dan dapat berfungsi normal. Faktor penyebabnya pada umumnya adalah masalah kurang gizi pada ibu, misalnya KEK (kurang energi kronis) dan/atau anemia pada masa kehamilan atau bahkan sebelumnya.

b. Penyakit/kelainan bawaan: beberapa jenis kelainan bawaan berakibat pada gangguan fungsi pencernaan, misalnya bibir dan langit-langit sumbing, kelainan saluran pencernaan atau kelainan sistem organ lainnya, seperti kelainan sistem kardiovaskuar, dll. Penyakit bawaan misalnya HIV, sifilis dan hepatitis B yang dapat ditularkan dari ibu ke janin.

c. Pola asuh yang tidak menunjang proses tumbuh kembang bayi dan gangguan kesehatan ibu setelah melahirkan, misalnya bayi lahir tidak mendapat kolostrum; produksi ASI sedikit sehingga bayi tidak mendapatkan ASI eksklusif, atau kondisi lainnya seperti ibu tidak mau menyusui atau berjauhan dengan bayinya.

Upaya pencegahan gizi buruk pada bayi kurang dari 6 bulan adalah dengan mencegah timbulnya faktor-faktor risiko tersebut, yang meliputi upaya peningkatan kesehatan ibu, pertolongan persalinan dan pelayanan kesehatan bayi berkualitas. Kemenkes menjadikan upaya-upaya tersebut sebagai paket pelayanan **Seribu Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK)**. Tujuannya mengawal status gizi ibu dan janin/bayinya agar tetap sehat sejak di dalam kandungan (270 hari) sampai usia dua tahun (730 hari), melalui;

- a. Pencegahan pernikahan dini dan kehamilan pada remaja puteri.
- b. Pemberian tablet tambah darah pada remaja puteri.
- c. Konseling pranikah.

- d. Peningkatan upaya kepesertaan Keluarga Berencana (KB).
- e. Pelayanan antenatal sesuai dengan standar, termasuk mengatasi penyakit kronis pada ibu, pemberian makanan tambahan pada ibu hamil KEK, pemberian Buku KIA, edukasi tentang inisiasi menyusui dini (IMD) dan promosi ASI eksklusif.
- f. Pelayanan persalinan dan nifas serta kunjungan neonatal sesuai dengan standar dan mengatasi penyulit maupun komplikasi.
- g. Pemantauan dan stimulasi tumbuh kembang anak.
- h. Pelayanan imunisasi dasar.
- i. Pelayanan kesehatan bayi sesuai dengan standar melalui pendekatan Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM) bagi bayi < 2 bulan dan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) bagi bayi > 2 bulan sampai 59 bulan.
- j. Upaya penanggulangan kelainan bawaan.

E. Pencegahan Gizi Buruk pada Balita 6-59 Bulan

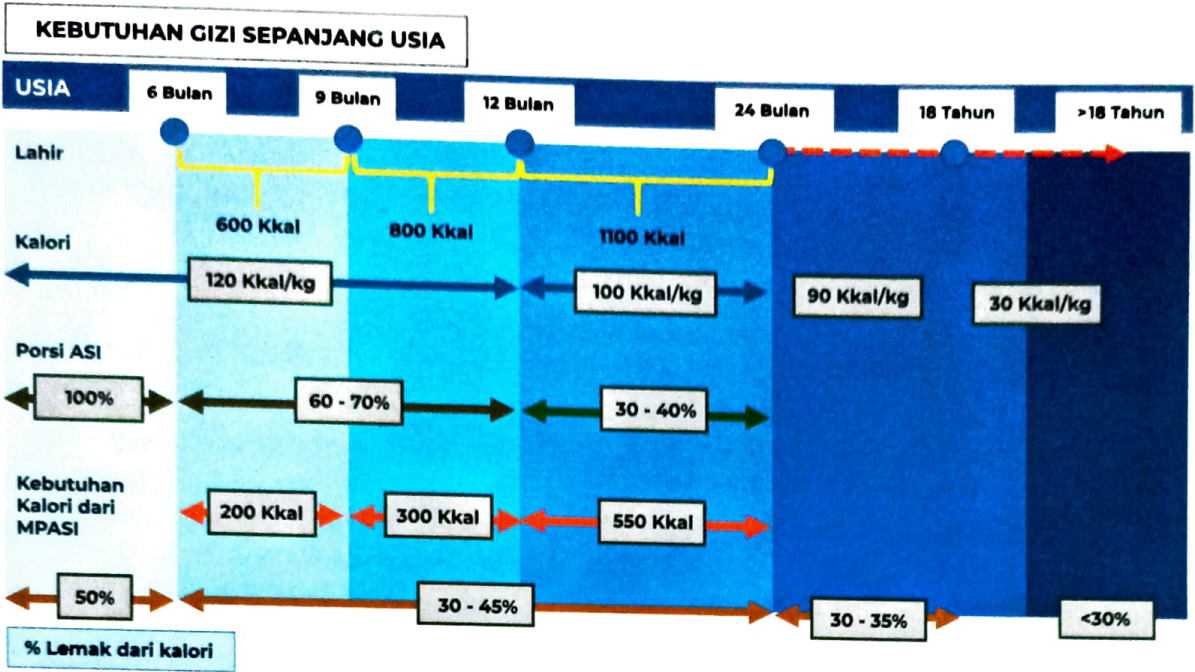
Berbeda dengan kekurangan gizi pada bayi 0-6 bulan yang dipengaruhi oleh kondisi kesehatan ibu sebelum dan selama kehamilan sampai setelah melahirkan, **kekurangan gizi pada balita 6-59 bulan lebih banyak dipengaruhi oleh faktor luar**, misalnya:

- asupan makanan;
- kekebalan tubuh terhadap infeksi, yang antara lain dipengaruhi oleh kelengkapan pemberian imunisasi dasar;
- terpapar sumber infeksi penyakit menular baik internal maupun eksternal;
- ketersediaan jamban keluarga dan air bersih;
- kondisi lingkungan, misalnya yang berkaitan dengan polusi, termasuk polusi dari industri, kendaraan bermotor, asap rokok, asap dapur, dll.

Kapasitas lambung balita usia 6-23 bulan masih kecil, sehingga belum bisa menampung volume makanan dalam jumlah besar yang sesuai dengan kebutuhan kalornya. Untuk mengatasi hal tersebut, balita perlu diberi MP-ASI yang padat gizi, termasuk tinggi kalori tinggi protein, agar volume tidak terlalu besar. Komposisi lemak yang dianjurkan agar MP-ASI padat energi untuk balita usia 6 sampai kurang dari 24 bulan adalah 30-45% dari total kebutuhan energi per hari. Hal tersebut dapat dipenuhi dengan menambahkan minyak atau santan kental ke dalam MP-ASI.

Kebutuhan kalori pada balita berusia 6-59 bulan dengan rincian sebagai berikut (Gambar 7).

- Balita usia 6 – < 9 bulan: memerlukan 600 kkal/hari dengan porsi ASI 60-70%, porsi lemak 30-45% dari kebutuhan kalori dan kalori dari MP-ASI 300 kkal.



Adaptasi dari Buku *Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child* (PAHO 2003) dan *Fats and Fatty Acids in Human Nutrition – Report of an expert consultation* (FAO, 2010).

Gambar 7. Kebutuhan gizi sepanjang usia

- Balita usia 9 – <12 bulan: memerlukan 800 kkal/hari dengan porsi ASI 60-70%, porsi lemak 30-45% dari kebutuhan kalori dan kalori dari MP-ASI 300 kkal.
- Balita usia 12 – <24 bulan: memerlukan 1100 kkal/hari dengan porsi ASI 30-40%, porsi lemak 30-45% dari kebutuhan kalori dan kalori dari MP-ASI 550 kkal.
- Balita usia 24-59 bulan: kebutuhannya adalah 90 kkal/kg BB, porsi lemak 30-35% dari kebutuhan kalori dan sisanya dipenuhi dari makanan keluarga.

Prinsip pencegahan kekurangan gizi pada balita 6-59 bulan adalah: i) memberikan asupan makanan sesuai dengan umur (seperti disebutkan di atas); dan **ii) mencegah terjadinya infeksi**. Hal hal yang perlu dilakukan untuk mencegah kekurangan gizi pada balita 6-59 bulan antara lain sebagai berikut:

- a. Pembinaan secara aktif pada keluarga dan masyarakat dengan edukasi tentang **pola asuh yang benar pada anak**, misalnya dengan menerapkan pola makan sesuai dengan umur, pola hidup bersih dan sehat, menerapkan higiene dan sanitasi yang baik, memantau tumbuh kembang anak (misalnya di posyandu dan pos penimbangan lainnya seperti PAUD, BKB, atau di faskes), dengan membawa Buku KIA yang juga dapat digunakan sebagai media informasi untuk keluarga/masyarakat.

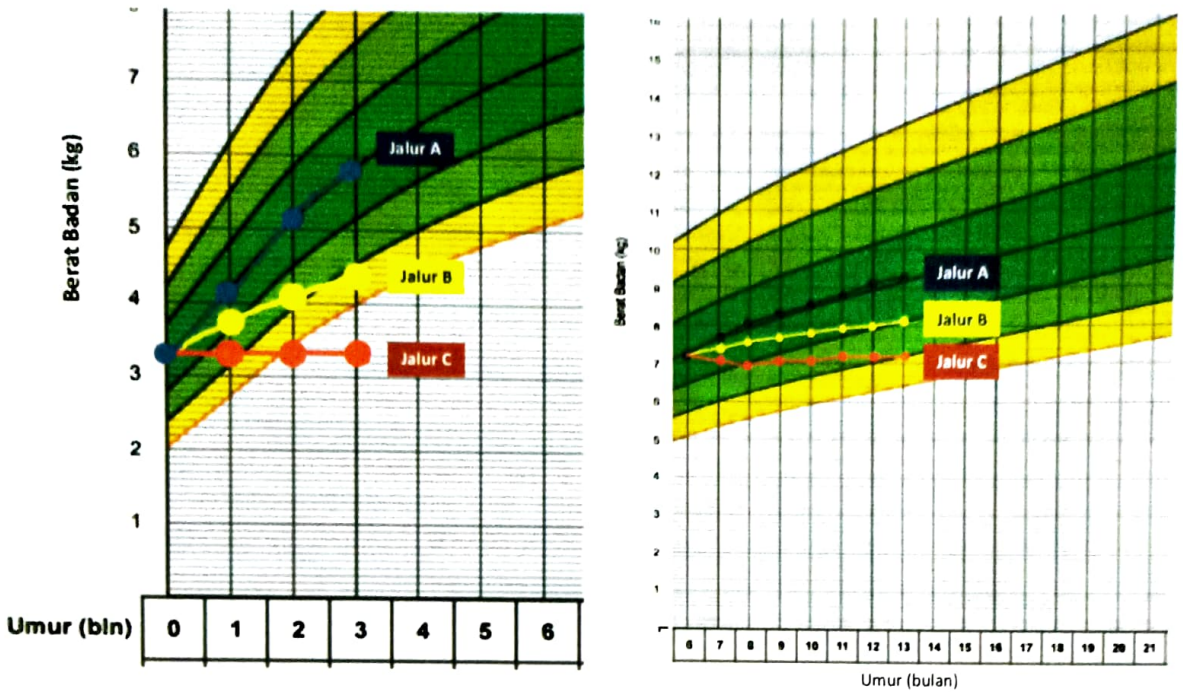
- b. **Pemanfaatan pelayanan kesehatan**, misalnya imunisasi dasar lengkap, pemberian vitamin A dan obat cacing, tatalaksana balita sakit di tingkat pelayanan dasar (MTBS) dan faskes rujukan sesuai standar, serta SDIDTK.
- c. **Penapisan kekurangan gizi pada balita** oleh kader/masyarakat melalui pengukuran LiLA untuk menemukan balita dengan hambatan pertumbuhan, gizi kurang atau gizi buruk sedini mungkin. Kasus yang ditemukan selanjutnya dirujuk ke petugas kesehatan.
- d. **Pemantapan peran lintas sektor** dalam memberikan dukungan untuk mencegah kekurangan gizi pada balita, misalnya aparat desa bekerja sama dengan dinas peternakan/perikanan dan pertanian untuk mewujudkan ketahanan pangan. Masyarakat dibina untuk memelihara ternak/sumber protein lainnya dan menanam sayuran/buah-buahan untuk meningkatkan ketersediaan kebutuhan pangan di tingkat rumah tangga.

F. Penemuan Dini Kasus Berisiko Kekurangan Gizi pada Balita oleh Masyarakat

Prinsip penemuan dini kasus kekurangan gizi adalah menemukan kasus yang berpotensi mengalami gizi kurang atau buruk. Untuk itu perlu dilakukan **penemuan balita dengan hambatan pertumbuhan sedini mungkin** di posyandu atau fasilitas kesehatan primer. Dengan pendekatan ini, maka balita dengan hambatan pertumbuhan dapat segera diatasi agar tidak mengalami gizi kurang, balita dengan gizi kurang dapat dicegah mengalami gizi buruk dan balita dengan gizi buruk dapat dicegah agar tidak mengalami komplikasi. Selain kegiatan rutin, perlu dilakukan penapisan massal di masyarakat untuk menemukan kasus kekurangan gizi, yang kemudian dirujuk ke tenaga kesehatan. Kasus yang dirujuk adalah bila **balita usia 6-59 bulan mempunyai satu atau lebih dari kondisi berikut:**

- a. LiLA < 12,5 cm pada balita (berada pada pita kuning atau merah);
- b. Hambatan pertumbuhan yang ditandai oleh hasil penimbangan berat badan balita, yaitu:
 - naik, tapi tidak optimal atau tidak sesuai dengan grafik pertumbuhan pada KMS;
 - tetap, atau turun, bila dibandingkan dengan hasil penimbangan sebulan sebelumnya;
 - bila pertama kali ditimbang, plot berat badan berada di pita kuning atau di bawah garis merah pada grafik KMS.

Grafik KMS merupakan alat untuk memantau pertumbuhan balita, bukan untuk menentukan status gizi balita. Status gizi balita ditentukan dengan indeks BB/PB (atau BB/TB). Gambar 8 memberikan contoh perubahan berat badan balita usia 6-59 bulan (A, B dan C) pada penimbangan bulanan. Kasus B dan C harus segera dirujuk untuk ditangani agar tidak terjadi gangguan pertumbuhan dan gangguan fungsi kognitif.



Gambar 8. Contoh perkembangan berat badan balita pada penimbangan bulanan

Keterangan Gambar 8.

- Jalur A menunjukkan kenaikan berat badan balita yang baik atau normal, yang mengikuti garis pertumbuhan pada grafik KMS.
- Jalur B menunjukkan kenaikan berat badan balita yang tidak baik, karena kenaikan berat badan tidak optimal, sehingga kurva pertumbuhannya yang semula normal kemudian berubah dan keluar menjauhi garis pertumbuhan yang seharusnya.
- Jalur C menunjukkan perubahan berat badan balita yang buruk, karena berat badan tidak naik atau turun.

Rujukan ke tenaga kesehatan bertujuan:

- konfirmasi status gizi anak dengan indeks BB/PB atau BB/TB (lihat Lampiran 1 dan 2), TB/U dan LiLA (lihat Lampiran 3);
- mencari faktor penyebab;
- memberikan konseling pemberian makan sesuai usia dan pelayanan tumbuh kembang anak.

Bila ditemukan penyakit atau memiliki faktor risiko terpapar penyakit menular, segera dilakukan tatalaksana sesuai standar.

Di samping pengukuran ulang LiLA, indeks berat badan menurut panjang (atau tinggi) badan (BB/PB atau BB/TB) digunakan oleh petugas kesehatan di puskesmas dan rumah sakit untuk memastikan status gizi balita, yaitu:

- gizi buruk bila BB/PB (atau BB/TB) kurang dari -3 SD;
- gizi kurang bila BB/PB (atau BB/TB) berada di antara -3 SD sampai kurang dari -2 SD.

Menurut WHO, LiLA merupakan indikator:

- dapat mendeteksi perubahan jangka pendek dengan baik;
- alat pengukurannya sederhana, karena pita LiLA mudah dibawa;
- cara pengukuran paling sederhana.

Langkah-langkah penemuan dini kekurangan gizi pada balita yang dapat dilakukan oleh masyarakat adalah sebagai berikut:

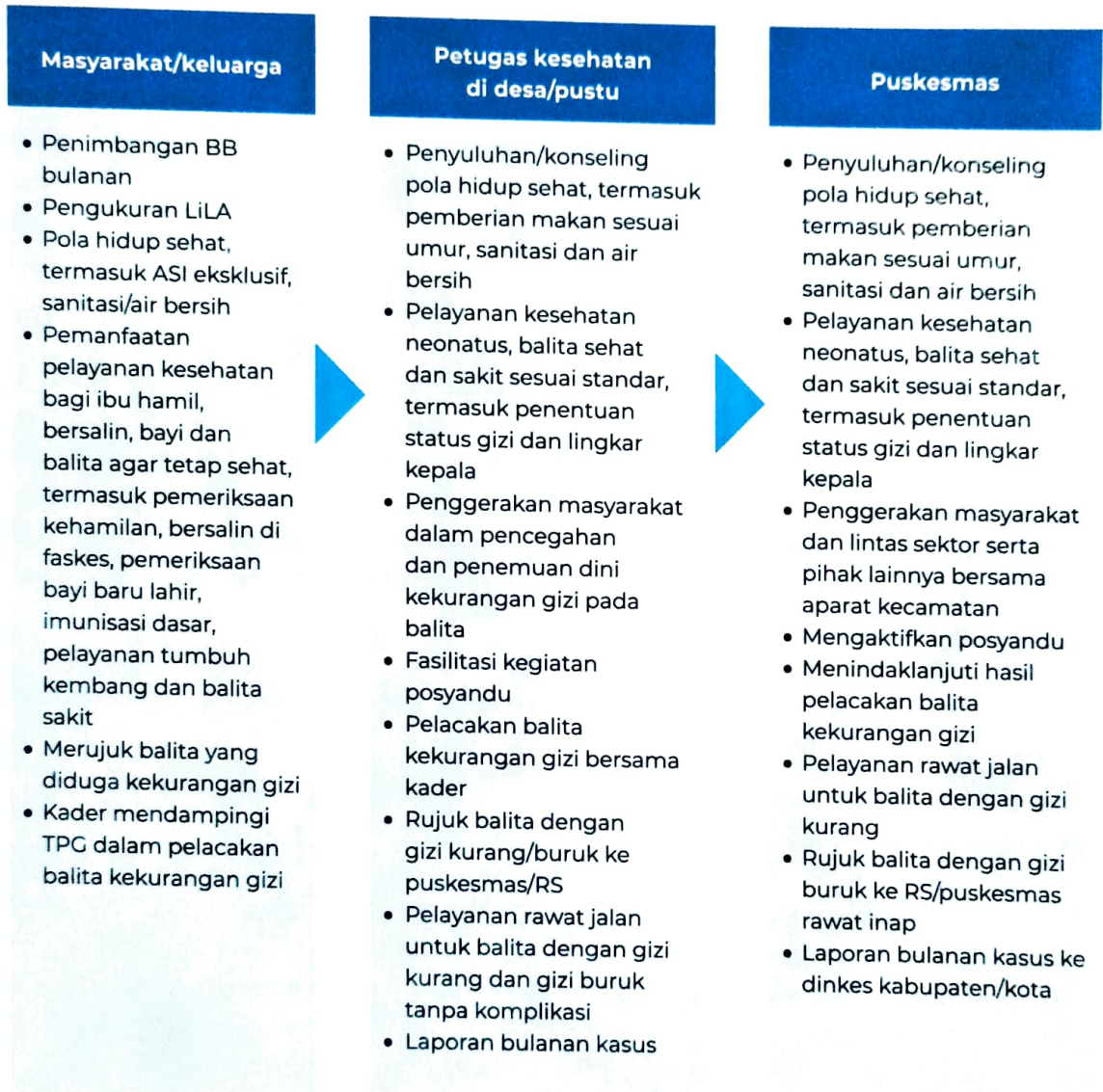
- a. Meningkatkan akses balita untuk ditimbang setiap bulan melalui berbagai titik penimbangan, misalnya posyandu, poskesdes, pustu, puskesmas, praktek swasta, PAUD, Bina Keluarga Balita, Taman Bermain, Taman Kanak-kanak dsb. Bila diperlukan dapat dilakukan *sweeping* agar cakupan penimbangan mencapai 100%. Hal ini dapat dilakukan oleh kader dan semua komponen masyarakat lainnya. Semua balita harus mempunyai Buku KIA, yang diperoleh sejak ibunya hamil. Balita dengan hambatan pertumbuhan dirujuk ke petugas kesehatan.
- b. Pengukuran LiLA pada anak usia 6-59 bulan di tempat penimbangan bulanan seperti di atas dan berbagai kesempatan sosial, misalnya acara keagamaan, acara adat/sosial dan pertemuan masyarakat lainnya. Pengukuran dapat dilakukan oleh semua komponen masyarakat, seperti kader, anggota PKK, guru, tokoh masyarakat, tokoh agama, dll. **Semua balita usia 6-59 bulan yang terlihat kurus dan setelah diukur mempunyai LiLA < 12,5 cm, atau kedua punggung kakinya bengkak, dirujuk ke petugas kesehatan, puskesmas atau layanan kesehatan primer lainnya.**

Penjelasan yang diberikan oleh petugas puskesmas kepada kader dan keluarga bila balita dirujuk sebagai berikut:

- a. **Balita berusia 6-59 bulan dengan gizi buruk dapat menjalani rawat jalan** bila:
 - tanpa komplikasi;
 - nafsu makan baik; dan
 - keluarga mampu merawat balita tersebut dengan bimbingan tenaga kesehatan (petugas gizi/bidan/perawat).
- b. **Balita berusia 6-59 bulan dengan gizi buruk menjalani rawat inap** bila:
 - BB kurang dari 4 kg;
 - ada komplikasi;
 - nafsu makan buruk; dan
 - keluarga tidak mampu merawat dengan baik.
- c. **Semua bayi usia kurang dari 6 bulan** dengan indeks BB/PB kurang dari -3 SD **menjalani rawat inap**.
- d. Balita dengan gizi kurang ditangani sesuai dengan standar tatalaksana kasus, konseling gizi dan konseling stimulasi tumbuh kembang.

Bagan 3 merangkum berbagai kegiatan yang dapat dilakukan di tingkat masyarakat, petugas kesehatan di desa dan puskesmas.

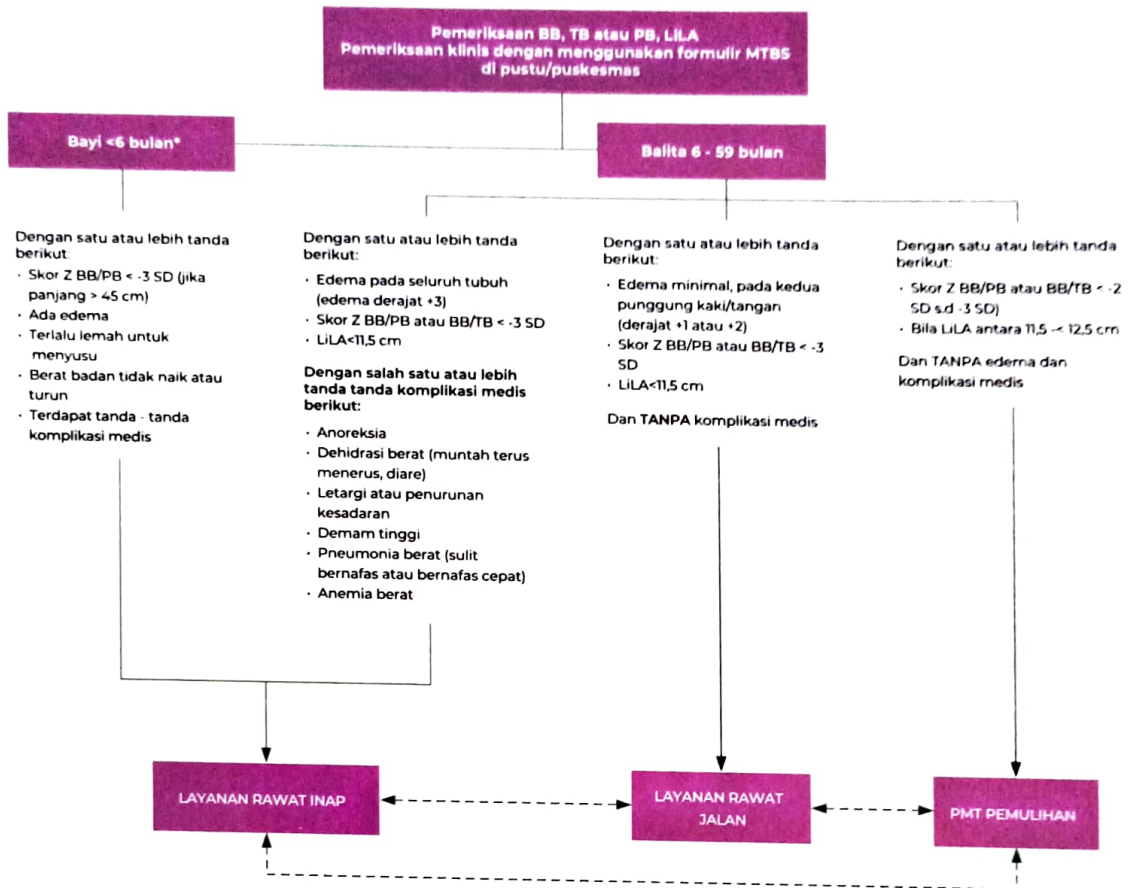
Bagan 3. Upaya pencegahan dan penemuan dini kasus kekurangan gizi di masyarakat



BAB 4
TATALAKSANA GIZI
BURUK PADA BALITA

Tatalaksana gizi buruk merupakan komponen dari upaya Pengelolaan Gizi Buruk Terintegrasi, yang terdiri atas rawat jalan dan rawat inap (lihat Bagan 4).

Bagan 4. Alur penapisan balita gizi buruk/kurang dan jenis layanan yang diperlukan⁹



1. **Rawat jalan:** untuk balita usia 6-59 bulan dengan gizi buruk tanpa komplikasi. Layanan ini dilakukan di fasilitas kesehatan primer/puskesmas.

2. **Rawat inap** untuk:

- bayi < 6 bulan dengan gizi buruk (dengan atau tanpa komplikasi);
- balita gizi buruk usia 6-59 bulan dengan komplikasi dan/atau penyakit penyerta yang diduga dapat menyebabkan gizi buruk, seperti TB dan HIV;
- semua bayi berusia di atas 6 bulan dengan berat badan kurang dari 4 kg¹⁰.

Rawat inap dilakukan di puskesmas perawatan yang mampu memberi pelayanan balita gizi buruk dengan komplikasi (kecuali pada bayi < 6 bulan harus di rumah sakit), *Therapeutic Feeding Centre*, RS pratama, serta RS tipe C, B dan A. Pada rawat inap, keluarga tetap berperan mendampingi balita yang dirawat.

Penemuan dini kasus kekurangan gizi dilakukan sedini mungkin, dengan tujuan mencegah terjadinya gangguan tumbuh kembang yang mungkin timbul. Karena itu, penapisan sekaligus dilakukan untuk gizi kurang dan gizi buruk.

9 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, Direktorat Bina Gizi. Petunjuk teknis tatalaksana anak gizi buruk. Buku I. 2013 dan WHO Pocket book of hospital care for children. WHO, Geneva, 2013

10 Ikatan Dokter Anak Indonesia. *Buku Ajar Nutrisi Pediatrik dan Penyakit Metabolik*. Ikatan Dokter Anak Indonesia. 2011.

A. Rawat Jalan pada Balita Usia 6-59 Bulan Gizi Buruk

Balita gizi buruk usia 6-59 bulan, dengan nafsu makan yang baik dan tanpa komplikasi dapat menjalani rawat jalan, dengan kontrol seminggu sekali ke fasilitas kesehatan untuk memantau/menilai kemajuan. Langkah layanannya sebagai berikut:

1. Konfirmasi status gizi

- Penjelasan kepada keluarga tentang prosedur yang akan dilakukan.
- Pengukuran BB, PB atau TB, dan LiLA. Pengukuran ini untuk memastikan status gizinya berdasarkan BB/PB atau BB/TB, LiLA dan TB/U. Selain itu, dilakukan juga pengukuran lingkaran kepala. Semua hasil pengukuran dicatat di Buku KIA.
- Periksa apakah ada edema bilateral dan tentukan derajatnya (+1, +2 atau +3).
- Pengelompokan kasus.

2. Pelayanan rawat jalan

- Setiap balita yang berobat ke tenaga medis atau berkunjung di fasilitas kesehatan diperiksa dengan pendekatan **MTBS**, agar **balita terlayani secara komprehensif**.
- Prosedur yang dilakukan (jelaskan kepada keluarga, juga tentang kondisi balita):
 - Anamnesis riwayat kesehatan balita: riwayat kelahiran, imunisasi, menyusui dan makan (termasuk nafsu makan), penyakit dan riwayat keluarga.
 - Pemeriksaan fisik:
 - Pemeriksaan fisik umum: kesadaran, suhu tubuh, pernafasan, nadi.
 - Pemeriksaan fisik khusus: seperti tercantum pada formulir MTBS.
 - Pemeriksaan penunjang sesuai kebutuhan.
 - Pemberian obat sesuai hasil pemeriksaan:
 - Antibiotika berspektrum luas diberikan saat pertama kali balita masuk rawat jalan, walaupun tidak ada gejala klinis infeksi: Amoksisilin (15 mg/kg per oral setiap 8 jam) selama 5 hari.**
 - Parasetamol hanya **diberikan pada demam lebih dari 38°C**. Pantau suhu tubuh balita dan **bila demam \geq 39°C, rujuk balita ke rawat inap**. Pengasuh harus mendapatkan penjelasan cara menurunkan suhu tubuh anak di rumah.
- Kebutuhan gizi untuk balita gizi buruk tanpa komplikasi:**
 - Energi: 150-220 kkal/kgBB/hari.
 - Protein: 4-6 g/kgBB/hari.
 - Cairan: 150-200 ml/kgBB/hari.

Pemenuhan kebutuhan gizi ini dapat dilakukan dengan pemberian F-100 atau RUTF.

a. Bila menggunakan F-100:

- F-100 dalam bentuk kering (susu, gula, minyak) diberikan untuk keperluan 2 hari, karena pada suhu ruang hanya dapat bertahan 2 x 24 jam. Mineral mix diberikan terpisah.

- Pada tahap awal, balita yang beratnya kurang dari 7 kg hanya diberi F-100. Bila BB \geq 7 kg, maka dapat diberikan 2/3 dari total kebutuhan kalori berupa F-100, sisanya diberikan berupa makanan yang mengandung tinggi protein hewani dan tinggi energi/minyak.

Informasikan kepada orangtua/pengasuh cara mencampur bahan F-100 di rumah, cara penyimpanan dan cara pemberian kepada balita (lihat Tabel 2 dan 3). Orangtua/pengasuh dan balita diminta datang ke faskes, atau tenaga kesehatan mengunjungi rumah balita untuk memberikan F-100 berikutnya, sekaligus melakukan pemantauan. Hasil pemantauan dicatat di Buku KIA. Periksa kemasan kosong F-100 pada setiap kunjungan. Balita gizi buruk dengan anoreksia dapat dipertimbangkan pemberian F-100 melalui NGT.

Tabel 2. Kandungan dan cara membuat F-100

Bahan makanan	Per 1000 ml	F-100 dengan susu skim bubuk	F-100 dengan susu full cream
Susu skim bubuk	g	85	-
Susu <i>full cream</i> bubuk	g	-	110
Gula pasir	g	50	50
Minyak sayur		60	30
Larutan elektrolit	ml	20	20
Air ditambahkan hingga	ml	1000	1000
Nilai Gizi			
Energi	kcal		1000
Protein	g		29
Laktosa	g		42
Kalium	mmol		59
Natrium	mmol		19
Magnesium	mmol		7,3
Seng	mg		23
Tembaga (Cu)	mg		2,5
% energi protein	-		12
% energi lemak	-		53
Osmolaritas	mOsm/l		419

Campurkan gula dan minyak sayur, aduk sampai rata dan tambahkan susu skim sedikit demi sedikit, aduk sampai rata. Kemudian tambahkan larutan mineral mix, aduk sampai rata dan encerkan dengan air yang telah dimasak sampai mendidih dan sesudah didinginkan sampai sekitar 70°C, sedikit demi sedikit, aduk sampai homogen hingga volume menjadi 1000 ml.

Tabel 3. Petunjuk pemberian F-100 untuk anak gizi buruk

BB anak (kg)	Batas volume pemberian makan F-100 per 4 jam (6 kali sehari) *)		Batas Volume Pemberian F-100 dalam sehari	
	Minimum (ml)	Maksimum (ml)	Minimum 150 ml/kg/hari	Maksimum 220 ml/kg/hari
2.0	50	75	300	440
2.2	55	80	330	485
2.4	60	90	360	530
2.6	65	95	390	570
2.8	70	105	420	615
3.0	75	110	450	660
3.2	80	115	480	705
3.4	85	125	510	750
3.6	90	130	540	790
3.8	95	140	570	835
4.0	100	145	600	880
4.2	105	155	630	925
4.4	110	160	660	970
4.6	115	170	690	1015
4.8	120	175	720	1055
5.0	125	185	750	1100
5.2	130	190	780	1145
5.4	135	200	810	1200
5.6	140	205	840	1230
5.8	145	215	870	1275
6.0	150	220	900	1320
6.2	155	230	930	1365
6.4	160	235	960	1410
6.6	165	240	990	1450
6.8	170	250	1020	1500
7.0	175	255	1050	1540
7.2	180	265	1080	1585
7.4	185	270	1110	1630
7.6	190	280	1140	1670
7.8	195	285	1170	1715
8.0	200	295	1200	1760
8.2	205	300	1230	1805
8.4	210	310	1260	1850
8.6	215	315	1290	1895
8.8	220	325	1320	1935
9.0	225	330	1350	1980
9.2	230	335	1380	2025
9.4	235	345	1410	2070
9.6	240	350	1440	2110
9.8	245	360	1470	2155
10.0	250	365	1500	2200

*) Volume untuk setiap kali makan dibulatkan dengan kelipatan 5 ml yang terdekat

Jika tenaga kesehatan menggunakan F-100 yang dibuat sendiri, maka suplementasi zat gizi mikro harus diberikan sebagai berikut:

- Vitamin A:
 - Bila **tidak ditemukan tanda defisiensi vitamin A atau tidak ada riwayat campak 3 bulan terakhir**, maka vitamin A dosis tinggi diberikan **di hari ke-1 sesuai umur**.
 - **Bila ditemukan tanda defisiensi vitamin A**, seperti rabun senja atau ada riwayat campak dalam 3 bulan terakhir, maka vitamin A diberikan dalam dosis tinggi sesuai umur, **pada hari ke-1, hari ke-2 dan hari ke-15**.
- Suplemen zat gizi mikro diberikan setiap hari paling sedikit selama 2 minggu:
 - Asam folat (5 mg pada hari pertama, dan selanjutnya 1 mg/hari).
 - Multivitamin (vitamin C dan vitamin B kompleks).
 - Zat besi (3 mg/kgBB/hari) setelah berat badan mengalami kenaikan (Tabel 4). Dibutuhkan waktu 2-4 minggu untuk koreksi anemia dan 1-3 bulan untuk menyimpan cadangan besi dalam tubuh.

Tabel 4. Suplementasi zat besi menurut berat badan¹¹

Suplementasi zat besi	Berat Badan	Dosis	Catatan
Tablet besi/folat: Ferro sulfat 200 mg + 250 µg asam folat = 60 mg besi elemental	10 - <15 kg	½ tab	<ul style="list-style-type: none"> • Satu kali sehari selama ≥ 14 hari sampai kadar Hb normal selama 2 bulan berturut-turut. • Lakukan pemeriksaan kadar Hb saat masuk dan bila mungkin diulang setiap 1 bulan. Bila setelah dievaluasi Hb tidak naik, pikirkan penyebab lain.
	15 - <20 kg	½ tab	
	20 - 29 kg	1 tab	
Sirup besi: Ferro fumarat, 100 mg per 5 ml = 20 mg/ml besi elemental	3 - < 6 kg	1 ml	
	6 - <10 kg	1,25 ml	
	10 - <15 kg	2 ml	
	15 - <20 kg	2,5 ml	
	20-29 kg	4 ml	

- b. Bila menggunakan RUTF, maka dilakukan tes nafsu makan** (Kotak 1), yang sebaiknya dilakukan pada setiap kunjungan dengan menggunakan RUTF. **Jumlah RUTF yang diberikan sesuai dengan berat badan balita dan diberikan untuk 7 hari**. Contoh RUTF dapat dilihat pada Lampiran 4, mengandung 500 kkal/bungkus (92 g) atau 545 kkal/100 g (lihat Tabel 5 dan 6). Informasikan kepada orangtua atau pengasuh cara pemberian dan penyimpanan RUTF di rumah, baik yang belum dibuka maupun yang telah dibuka kemasannya. Balita yang hasil tes nafsu makannya buruk dirujuk ke rawat inap.

- vi. Melakukan konseling** kepada pengasuh tentang cara pemberian RUTF atau F-100.
- vii. Lakukan pencatatan hasil layanan** dalam rekam medis dan formulir rawat jalan (lihat Lampiran 5).

¹¹ *Pocket book of hospital care for children* (WHO 2013).

Prosedur yang dilakukan pada saat kunjungan ulang (seminggu sekali):

1. Pada setiap kunjungan dilakukan **penilaian kemajuan** dengan menimbang berat badan, periksa edema dan kondisi klinis lainnya. Untuk mengukur kemajuan, digunakan **target kenaikan berat badan minimal 5 g/kgBB/hari atau 50 g/kgBB/minggu**. Lakukan penilaian apakah kondisi balita membaik atau memburuk.
2. **Hitung ulang kebutuhan RUTF atau F-100 sesuai dengan berat badan terakhir.**

Tabel 5. Kandungan RUTF

Kandungan gizi per 100 gram			
Energi:	545		
	kkal		
Protein:	13,6 g	= 10% kalori protein	
Lemak:	35,7g	= 59% kalori lemak	
(kemudian dengan pengurangan: 31% kalori karbohidrat = 42,2 g karbohidrat)			
Vitamin		Mineral	
Vitamin A:	910 mikrogram	Kalsium:	320 miligram
Vitamin D:	16 mikrogram	Fosfor:	394 miligram
Vitamin E:	20 miligram	Potassium:	1111 miligram
Vitamin C:	53 miligram	Magnesium	92 miligram
Vitamin B1:	0,6 miligram	Zink:	14 miligram
Vitamin B2:	1,8 miligram	Tembaga	1,78 miligram
Vitamin B6:	0,6 miligram	Zat besi:	11,53 miligram
Vitamin B12:	1,8 mikrogram	Yodium:	110 mikrogram
Vitamin K:	21 mikrogram	Sodium:	< 290 miligram
Biotin:	65 mikrogram	Selenium:	30 mikrogram
Asam Folat:	210 mikrogram		
Asam Patotenat:	3,1 miligram		
Niasin:	5,3 miligram		

Tabel 6. Jumlah RUTF dengan kandungan 500 kkal/bungkus (92 g) yang diberikan sesuai dengan berat badan pada balita gizi buruk¹²

Berat badan balita (kg)	Paket per hari	Paket per minggu	Kkal per hari
4,0-4,9	1 ½	10	750
5,0-6,9	2	15	1000
7,0-9,9	3	20	1.500
10,0-14,9	4	30	2.000

¹² ACF Internasional (2011). *Guidelines for the integrated Management for Severe Acute Malnutrition, In and out patient treatment.*

Kotak 1. Tes nafsu makan dengan RUTF

Tes nafsu makan dilakukan bagi semua balita yang dirujuk ke Layanan Rawat Jalan saat penerimaan. Tes dilakukan untuk menilai apakah anak memiliki nafsu makan yang baik dan memenuhi syarat untuk masuk ke Layanan Rawat Jalan. Jika seorang anak memiliki nafsu makan yang buruk ia mungkin memiliki komplikasi medis yang memerlukan rawat inap. Tes bisa dilakukan bagi satu anak atau untuk satu kelompok anak secara bersama-sama dengan cara sebagai berikut.

- Minta pengasuh untuk mencuci tangannya, memotong kuku tangan anak serta mencuci tangan dan wajah anak dan kemasan RUTF, dengan air dan sabun, sebelum memulai tes nafsu makan.
- Berikan RUTF pada balita secara perlahan.
- Selalu sediakan air minum yang bersih bagi anak selama tes nafsu makan.

Hasil tes sebagai berikut

Baik	Anak bisa menghabiskan jumlah RUTF yang ditentukan untuk lulus tes, anak makan RUTF dengan lahap dan terlihat ingin makan terus.
Buruk	Anak mengonsumsi RUTF dengan bujukan terus menerus dari pengasuh (lakukan penilaian PMBA jika nafsu makan buruk). Keputusan harus dibuat dengan hati-hati ketika menentukan "nafsu makan buruk". Tanyakan pada ibu atau pengasuh apakah anak baru saja makan, yang mungkin menjelaskan mengapa nafsu makannya buruk.
Tidak ada	Anak tidak mau mengonsumsi RUTF, bahkan dengan bujukan terus-menerus dari pengasuh.

Jumlah RUTF yang harus dikonsumsi anak ketika tes nafsu makan

Berat anak	Jumlah minimum (bungkus) RUTF yang harus dikonsumsi selama tes nafsu makan
4 - 6,9 kg	$\frac{1}{4}$
7 - 9,9 kg	$\frac{1}{3}$
10 - 14,9 kg	$\frac{1}{2}$

Prosedur yang dilakukan sebulan sekali pada balita yang menjalani rawat jalan:

1. Lakukan seperti pada kunjungan mingguan. Lakukan penilaian dan **bila kemajuan balita lambat, maka dicari penyebabnya** (lihat Tabel 7).
2. **Ukur PB (atau TB) dan lingkar kepala** untuk melihat perkembangannya dan isikan pada grafik yang ada di Buku KIA.

Tabel 7. Kemungkinan penyebab kemajuan yang lambat pada rawat jalan balita gizi buruk

Penyebab terkait dengan balita dan lingkungan rumah	Penyebab terkait dengan kualitas layanan kesehatan
<ol style="list-style-type: none"> 1. Balita melewati satu kunjungan atau <i>drop out</i> (absen pada dua kunjungan berturut-turut) 2. Ada kesulitan makan (misalnya karena kelainan bawaan) 3. Pengasuh tidak mempraktekkan pemberian makan yang responsif 4. Nafsu makan buruk/tidak ada, karena ada komplikasi 5. Ada masalah kesehatan (misalnya diare, HIV, TB dll) 6. Balita tidak menghabiskan dosis RUTF atau F-100 7. Pengasuh memberi makanan lain pada anak sebelum anak menghabiskan semua RUTF atau F-100 8. RUTF atau F-100 dimakan bersama anggota keluarga lain 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tenaga kesehatan tidak menasehati ibu dengan benar tentang cara memberikan RUTF atau F-100 2. Jumlah RUTF atau F-100 yang diberikan tidak tepat 3. Tenaga kesehatan gagal menemukan komplikasi yang ada 4. Tes nafsu makan dengan RUTF tidak dilaksanakan dengan benar 5. Protokol untuk pemberian obat-obatan rutin tidak diikuti

3. Lakukan penilaian terhadap hasil layanan rawat jalan (Kotak 2), dan catat riwayat kesehatannya, termasuk hasil pemeriksaan fisik; kemudian tentukan:
 - a. balita siap untuk keluar dari layanan rawat jalan;
 - b. balita perlu dirujuk ke faskes lain untuk pemeriksaan/perawatan lanjutan;
 - c. balita dengan edema +3 atau dengan komplikasi harus dipindahkan ke rawat inap.

Kotak 2. Penilaian hasil layanan rawat jalan

Perhatian khusus/kunjungan rumah perlu dilakukan untuk balita gizi buruk rawat jalan bila:

- **berat badan turun, tidak naik atau kenaikannya terlalu lambat (kurang dari 50 g/kg/per minggu selama 2 minggu berturut-turut);**
- **tidak hadir dan drop out** (tidak hadir dua kali berturut-turut);
- **ada penolakan dari keluarga untuk membawa anak ke layanan rawat inap, atau balita keluar dari layanan rawat inap.**

Pastikan bahwa dalam dua minggu pertama setelah keluar balita dibawa ke layanan rawat jalan hingga sepenuhnya pulih.

Pemindahan ke rawat inap diperlukan bila:

- berat badan turun atau tetap sejak kunjungan terakhir;
- nafsu makan tidak ada/buruk; atau ditemukan tanda-tanda komplikasi.

4. Berikan obat-obatan rutin dan layanan kesehatan lainnya (misalnya imunisasi).

- a. Obat cacing (diberikan pada kunjungan/minggu kedua, bila balita tidak menerima obat cacing dalam 6 bulan terakhir). Lihat Tabel 8.

Tabel 8. Jenis obat dan dosis antihelmintik

Obat	Usia	Dosis	Resep
Pengobatan infestasi parasit (jika hasil pemeriksaan tinja positif)			
Pirantel Pamoat 125 mg	4-9 bulan (BB 6 - <8 kg)	½ tab	Dosis tunggal di hari ke-7
	9-12 bulan (BB 8 - <10 kg)	¾ tab	
	1-3 tahun (BB 10 - <14 kg)	1 tab	
	3-5 tahun (BB 14 - <19 kg)	1 ½ tab	
Albendazole 200 mg	12-23 bulan	200 mg	Dosis tunggal di hari ke-7
	≥ 24 bulan	400 mg	Dosis tunggal di hari ke-7
Mebendazole 100 mg	> 12 bulan (BB ≥10kg)	100 mg, 2 kali sehari	Selama 3 hari; mulai hari ke-7
Preventif untuk daerah endemis dan balita belum/tidak pernah diberi antihelmintik 6 bulan terakhir			
Mebendazole (100 mg/ tab atau 100 mg/5mL)	> 12 bulan (BB ≥10kg)	100 mg, 2 kali sehari	Selama 3 hari; dimulai di hari ke-7
		500 mg (5 tab)	Dosis tunggal di hari ke-7

- b. Pemberian zat gizi mikro: **balita gizi buruk yang mendapatkan RUTF tidak perlu diberikan lagi tambahan suplementasi zat gizi mikro (seperti vitamin A, asam folat, zat besi, seng dan tembaga) karena telah terkandung dalam RUTF.** Pemberian vitamin A dosis tinggi diberikan pada hari ke-1, ke-2 dan ke-15, hanya bila ditemukan tanda-tanda defisiensi vitamin A atau ada riwayat campak dalam tiga bulan terakhir dengan dosis:
- bayi kurang dari 6 bulan: 50.000 SI;
 - bayi 6-12 bulan: 100.000 SI; dan
 - balita > 12 bulan: 200.000 SI.

Jika tenaga kesehatan menggunakan F-100 yang dibuat sendiri, maka suplementasi zat gizi mikro harus diberikan sesuai dengan cara di bawah ini.

- Vitamin A:
Bila tidak ditemukan tanda defisiensi vitamin A atau tidak ada riwayat campak 3 bulan terakhir, maka vitamin A dosis tinggi diberikan di hari ke-1, dosis sesuai dengan umur.
Bila ditemukan tanda defisiensi vitamin A atau riwayat campak dalam 3 bulan terakhir, maka vitamin A diberikan dalam dosis tinggi sesuai umur pada hari ke-1, ke-2 dan ke-15.
- Suplemen zat gizi mikro berikut ini diberikan setiap hari selama paling sedikit 2 minggu:
Asam folat (5 mg pada hari pertama, dan selanjutnya 1 mg/hari).
Multivitamin (Vitamin C dan Vitamin B kompleks).
Zat besi (3 mg/kg BB/hari) setelah mendapatkan formula F-100 selama 2 hari (lihat Tabel 5). **Suplementasi zat besi tidak diberikan pada balita yang diberi RUTF.**

5. Catat jumlah RUTF atau F-100 yang diberikan saat kunjungan dan jumlah sisa jika balita belum habis jatah RUTF atau F-100 dari kunjungan sebelumnya.
6. Keluarga mendapat konseling pemberian makanan balita sesuai umur/kebutuhan kalori dan pentingnya melakukan stimulasi tumbuh kembang. Lakukan penilaian (Lampiran 7 dan 8).

Keluar rawat jalan

Tidak ada durasi minimum bagi balita gizi buruk untuk menjalani rawat jalan, karena setiap anak mempunyai kondisi dan waktu pemulihan yang berbeda. Balita dinyatakan pulih bila indikator antropometri untuk status gizi mencapai 'normal', tidak ada edema dan anak **secara klinis membaik selama 2 minggu berturut-turut (2 kali kunjungan)**. Indikator antropometri dan/atau edema yang digunakan pada kunjungan pertama **harus sama** dengan pada saat keluar rawat jalan. Tabel 9 menjelaskan kriteria untuk masuk/keluar dari layanan rawat jalan.

Tabel 9. Kriteria masuk dan keluar layanan rawat jalan balita gizi buruk

Kriteria masuk ke layanan rawat jalan	Kriteria keluar dari layanan rawat jalan (secara klinis membaik selama 2 minggu berturut-turut atau 2 kali kunjungan)
LiLA < 11.5 cm (merah) dan/atau Skor-Z BB/PB (atau BB/TB) < -3 SD	<ul style="list-style-type: none"> • LiLA \geq 12.5cm (hijau) dan/atau • Skor-Z BB/PB (atau BB/TB) \geq -2 SD • tidak ada edema, secara klinis baik
Tanpa komplikasi	
Edema (+1, +2)	

Tindakan berikut ini dilakukan sebelum balita keluar dari rawat jalan:

1. **Informasikan** kepada ibu/pengasuh tentang **hasil layanan rawat jalan**.
2. Berikan **konseling** ASI, MPASI (6 sampai <24 bln) dan makanan keluarga untuk balita \geq 24 bulan, cara penyiapan dan pengolahan makanan.
3. **Bila balita mendapatkan RUTF**, maka berikan **7 kemasan** RUTF sebagai jatah terakhir. Semua balita yang keluar dari layanan rawat jalan menerima 7 kemasan RUTF, tanpa tergantung berat badannya. Balita harus mengonsumsi 1 kemasan/hari selama satu minggu ke depan, selain makanan padat gizi, ASI, serta makanan kecil biasa lainnya. Tujuan pemberian dosis terakhir setelah balita sembuh ini adalah **untuk memastikan berat badan balita tidak jatuh lagi ke gizi buruk dan sebagai proses penghentian RUTF**. Bila balita mendapatkan F-100, maka diberikan jatah F-100 untuk 2 hari sesuai berat badan terakhir. Beri tahu pengasuh untuk kembali ke layanan rawat jalan bila kondisi balita kembali memburuk.
4. Pastikan pengasuh memahami cara meneruskan pemberian F-100 atau RUTF untuk balita.
5. Minta ibu untuk menganjurkan orangtua, teman-teman dan keluarga balita yang menderita gizi buruk atau edema, mengenai adanya pelayanan balita gizi buruk.
6. Lengkapi kartu Penerimaan Layanan Rawat Jalan.

Kategorisasi keluar layanan rawat jalan dapat dilihat pada Tabel 10.

Tabel 10. Kategori keluar/meninggalkan layanan rawat jalan untuk balita gizi buruk

Kategori	No	Hasil	Penjelasan dari hasil
Meninggalkan layanan rawat jalan	Keluar	1 Sembuh	Telah mencapai kriteria untuk keluar
		2 <i>Drop out</i>	Absen pada 2 kunjungan berturut-turut (2 minggu)
		3 Tidak sembuh	Tidak mencapai kriteria sembuh setelah 4 bulan perawatan
	Tidak Keluar	4 Meninggal	Meninggal dalam menjalani rawat jalan
		5 Pindah dari layanan rawat jalan ke rawat inap	Pindah ke rawat inap
		6 Pindah ke faskes lain	Pindah ke faskes lain

B. Rawat Inap pada Balita Gizi Buruk

Layanan rawat inap dapat dilakukan di rumah sakit dan puskesmas rawat inap. **Ada dua jenis protokol dalam rawat inap balita dengan gizi buruk sebagai berikut:**

1. Balita gizi buruk usia 6-59 bulan dengan komplikasi dan/atau edema +3 atau dengan berat kurang dari 4 kg.
2. Bayi di bawah 6 bulan; semua bayi di bawah 6 bulan dengan gizi buruk menjalani rawat inap, walaupun tidak ada komplikasi.

1. Rawat Inap pada Balita 6-59 Bulan Gizi Buruk

Tujuan rawat inap bagi balita gizi buruk dengan komplikasi dan bayi di atas 6 bulan dengan berat badan kurang dari 4 kg sebagai berikut.

- a. Mengupayakan stabilisasi kondisi balita dengan mengembalikan metabolisme untuk keseimbangan elektrolit, normalisasi metabolisme dan mengembalikan fungsi organ.
- b. Menangani komplikasi, yaitu penyakit infeksi dan komplikasi lainnya.
- c. Memberikan makanan bergizi untuk mengejar pertumbuhan, yang dilakukan secara perlahan dan ditingkatkan dengan hati-hati agar tidak membebani sistem.
- d. Memberikan layanan rehabilitasi gizi lengkap.
- e. Memberikan layanan rujukan rawat inap kepada balita gizi buruk yang semula menjalani rawat jalan.

Penilaian ketika masuk ke layanan rawat inap

Penilaian awal difokuskan pada hal-hal berikut:

- a. Penegakan diagnosis komplikasi/penyakit penyerta yang mengancam jiwa dan segera lakukan layanan darurat untuk mengatasinya.
- b. Konfirmasi status gizi buruk dengan pengukuran BB, PB atau TB, dan LiLA sebagai data awal untuk pemantauan selanjutnya. Setelah itu dilakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik lengkap serta tindakan lainnya berdasarkan 10 langkah tatalaksana gizi buruk.
- c. Hasil pemeriksaan dicatat pada rekam medis pasien (Lampiran 5 a) dan bagan rawat inap.

Tiga fase dalam terapi rawat inap

Terdapat tiga fase dalam tatalaksana rawat inap, yaitu:

- a. **Fase Stabilisasi;**
- b. **Fase Transisi;**
- c. **Fase Rehabilitasi.**

Dalam ketiga fase itu terdapat 10 tindakan pelayanan rawat inap untuk balita gizi buruk yang perlu dilakukan (Tabel 11).

Tabel 11. Tindakan pelayanan pada rawat inap balita gizi buruk menurut fasenya

No	Tindakan Pelayanan	Fase Stabilisasi	Fase Transisi	Fase Rehabilitasi	Fase Tindak Lanjut
		Hari 1-2	Hari 3-7	Minggu 2-6	Minggu 7-26
1	Mencegah dan mengatasi hipoglikemia	→	→		
2	Mencegah dan mengatasi hipotermia	→	→		
3	Mencegah dan mengatasi dehidrasi	→	→		
4	Memperbaiki gangguan keseimbangan elektrolit	→	→	→	→
5	Mengobati infeksi	→	→	→	→
6	Memperbaiki kekurangan zat gizi mikro		Tanpa Fe	Dengan Fe	→
7	Memberi makanan untuk fase stabilisasi dan transisi	→	→		
8	Memberi makanan untuk tumbuh keaja			→	→
9	Memberikan stimulasi untuk tumbuh kembang	→	→	→	→
10	Mempersiapkan untuk tidak lanjut di rumah		→	→	

a. Fase Stabilisasi

Pada fase ini **diprioritaskan penanganan kegawatdaruratan yang mengancam jiwa:**

- i. Hipoglikemia.
- ii. Hipotermia.
- iii. Dehidrasi dan gangguan keseimbangan elektrolit.
- iv. Infeksi.

i. Hipoglikemia

Semua balita gizi buruk berisiko mengalami hipoglikemia (kadar gula darah < 3 mmol/L atau < 54 mg/dl), sehingga setiap balita gizi buruk diberi makan atau larutan glukosa 10% segera setelah masuk layanan rawat inap. Pemberian makan yang sering (tiap 2 jam) sangat penting dilakukan pada anak gizi buruk. Jika fasilitas setempat tidak memungkinkan untuk memeriksa kadar gula darah, maka semua anak gizi buruk dianggap menderita hipoglikemia dan segera ditangani sebagai berikut:

- Berikan 50 ml larutan glukosa 10% (1 sendok teh munjung gula pasir dalam 50 ml air) secara oral/melalui NGT, segera dilanjutkan dengan pemberian Formula 75 (F-75).
- F-75 yang pertama, atau modifikasinya, diberikan 2 jam sekali dalam 24 jam pertama, dilanjutkan setiap 2-3 jam, siang dan malam selama minimal dua hari.
- Bila masih mendapat ASI teruskan pemberian ASI di luar jadwal pemberian F-75.
- Jika anak tidak sadar/letargi, berikan larutan glukosa 10% secara intravena (bolus) sebanyak 5 ml/kg BB, atau larutan glukosa/gula pasir 50 ml dengan NGT. Jika glukosa IV tidak tersedia, berikan satu sendok teh gula ditambah 1 atau 2 tetes air di bawah lidah, dan ulangi setiap 20 menit untuk mencegah terulangnya hipoglikemi. Pantau

Jangan sampai balita menelan gula tersebut terlalu cepat sehingga memperlambat proses penyerapan.

- **Hipoglikemia dan hipotermia seringkali merupakan tanda adanya infeksi berat.**

Pemantauan

Bila kadar gula darah awal rendah, ulangi pengukurannya setelah 30 menit.

- Jika kadar gula darah di bawah 3 mmol/L (< 54 mg/dl), ulangi pemberian larutan glukosa/gula 10%.
- Jika suhu aksilar < 36°C atau bila kesadaran memburuk, mungkin hipoglikemia disebabkan oleh hipotermia, ulangi pengukuran kadar gula darah dan tangani sesuai keadaan (hipotermia dan hipoglikemia).

Pencegahan

- Beri F-75 sesegera mungkin, berikan setiap 2 jam selama 24 jam pertama. Bila ada dehidrasi, lakukan rehidrasi terlebih dahulu. Pemberian makan harus teratur setiap 2-3 jam, siang dan malam.
- Minta pengasuh untuk memperhatikan setiap kondisi balita, membantu memberi makan dan **menjaga balita tetap hangat.**
- Periksa adanya distensi abdominal.

ii. Hipotermia

Hipotermia (suhu aksilar kurang dari 36°C) sering ditemukan pada balita gizi buruk dan jika ditemukan bersama hipoglikemia menandakan adanya infeksi berat. Cadangan energi anak gizi buruk sangat terbatas, sehingga tidak mampu memproduksi panas untuk mempertahankan suhu tubuh.

Tatalaksana:

- Hangatkan tubuh balita dengan menutup seluruh tubuh, termasuk kepala, dengan pakaian dan selimut.
- Juga dapat digunakan pemanas (tidak mengarah langsung kepada balita) atau lampu di dekatnya (40 W dengan jarak 50 cm dari tubuh balita), atau letakkan balita langsung pada dada atau perut ibunya (dari kulit ke kulit/metode kanguru).

Pemantauan

- Ukur suhu aksila setiap 2 jam sampai suhu meningkat menjadi 36,5°C atau lebih. Jika digunakan pemanas, ukur suhu tiap setengah jam. Hentikan pemanasan bila suhu mencapai 36,5°C.
- Pastikan bahwa anak selalu tertutup pakaian atau selimut, terutama pada malam hari.
- Periksa kadar gula darah bila ditemukan hipotermia.

Pencegahan

- Letakkan tempat tidur di area yang hangat, di bagian bangsal yang bebas angin dan pastikan anak selalu tertutup pakaian/selimut.
- Ganti pakaian dan seprei yang basah, jaga agar anak dan tempat tidur tetap kering.
- Hindarkan anak dari suasana dingin (misalnya: sewaktu/setelah mandi, selama pemeriksaan).
- Biarkan anak tidur dipeluk orang tuanya agar tetap hangat, terutama di malam hari.
- **Beri makan F-75/modifikasinya setiap 2 jam, sesegera mungkin, sepanjang hari/siang-malam.**
- Hati-hati bila menggunakan pemanas ruangan atau lampu pijar. Hindari penggunaan botol air panas dan lampu neon/TL.

iii. Dehidrasi dan gangguan keseimbangan elektrolit

Diagnosis dan derajat dehidrasi pada balita gizi buruk sulit ditegakkan secara akurat dengan tanda/gejala klinis saja. **Semua balita gizi buruk dengan diare/penurunan jumlah urin dianggap mengalami dehidrasi ringan.** Hipovolemia dapat terjadi bersamaan dengan adanya edema.

Tatalaksana (tergantung kondisi kegawatdaruratan yang ditemukan):

- Jangan gunakan infus untuk rehidrasi, kecuali pada kasus dehidrasi berat dengan syok.
- **Beri ReSoMal¹³** (lihat Tabel 12), secara oral atau melalui NGT, lakukan lebih lambat dari rehidrasi pada anak dengan gizi baik:
 - beri 5 ml/kgBB setiap 30 menit untuk 2 jam pertama;
 - selanjutnya, berikan ReSoMal 5-10 ml/kgBB/jam berselang-seling dengan F-75 dengan jumlah yang sama, setiap jam selama 10 jam. Jumlah yang pasti tergantung seberapa banyak anak mau, volume tinja yang keluar dan apakah anak muntah.
- Selanjutnya berikan F-75 secara teratur setiap 2 jam.
- Jika masih diare, **beri ReSoMal setiap kali diare. Untuk usia < 2 tahun: 50-100 ml setiap buang air besar, usia ≥ 2 tahun: 100-200 ml setiap buang air besar.**

Tabel 12. Cara membuat cairan ReSoMal

Bahan	Jumlah
Oralit WHO*	1 sachet (200 ml)
Gula pasir	10 g
Larutan mineral-mix**	8 ml
Ditambah air sampai menjadi	400 ml

*2,6 g NaCl; 2,9 g trisodium citrate dihydrate; 1,5 g KCl; 13,5 g glukosa

**Lihat Tabel 14 untuk resep larutan *mineral-mix*

¹³ Larutan oralit WHO (WHO-ORS) yang biasa digunakan mempunyai kadar natrium tinggi dan kadar kalium rendah; cairan yang lebih tepat adalah ReSoMal

Jika balita gizi buruk dalam keadaan syok atau dehidrasi berat tapi tidak memungkinkan untuk diberi rehidrasi oral/melalui NGT, **maka rehidrasi diberikan melalui infus cairan Ringer Laktat dan Dextrosa/Glukosa 10% dengan perbandingan 1:1 (RLG 5%). Jumlah cairan yang diberikan sebanyak 15 ml/kg BB selama 1 jam, atau 5 tetes/menit/kg BB (infus tetes makro 20 ml/menit).**

Mineral-mix juga telah tersedia dalam bentuk *sachet*. Setiap *sachet* serbuk *mineral-mix* (8 gram) mengandung:

Kalium klorida	1,792 gram
Trikalium sitrat (1H ₂ O)	0,648 gram
Magnesium klorida (6H ₂ O)	0,608 gram
Seng asetat (2H ₂ O)	0,066 gram
Tembaga sulfat	0,011 gram
Bahan tambahan secukupnya.	

Cara membuat larutan *mineral-mix*/larutan elektrolit: 1 *sachet mineral-mix* ditambah air matang menjadi larutan elektrolit 20 ml.

Pemantauan

Pantau kemajuan proses rehidrasi dan perbaikan keadaan klinis setiap 30 menit selama 2 jam pertama, kemudian tiap jam sampai 10 jam berikutnya. **Waspada terhadap gejala kelebihan cairan, yang sangat berbahaya dan bisa mengakibatkan gagal jantung dan kematian.** Periksalah:

- frekuensi napas dan nadi;
- frekuensi miksi dan jumlah produksi urin;
- frekuensi buang air besar dan muntah.

Selama proses rehidrasi, frekuensi napas dan nadi akan berkurang dan mulai ada diuresis. Tanda membaiknya hidrasi antara lain: kembalinya air mata, mulut basah, cekung mata dan fontanel berkurang dan turgor kulit membaik. Namun, pada anak gizi buruk tanda tersebut sering tidak ada, walaupun rehidrasi penuh telah terjadi; karena itu sangat penting untuk memantau berat badan. **Bila ditemukan tanda kelebihan cairan (frekuensi napas meningkat 5x/menit dan frekuensi nadi 15x/menit), hentikan segera pemberian cairan/ReSoMal dan lakukan penilaian ulang setelah 1 jam.**

Tabel 13. Cara membuat cairan ReSoMal bila larutan *mineral-mix* tidak tersedia

Bahan	Jumlah
Oralit	1 sachet (200 ml)
Gula pasir	10 g
Bubuk KCl	0,8 g
Ditambah air sampai menjadi	400 ml

Karena larutan pengganti tidak mengandung Mg, Zn, dan Cu, maka dapat diberikan makanan sumber mineral tersebut. Dapat pula diberikan MgSO₄ 40% IM 1 x/hari dengan dosis 0,3 ml/kg BB, maksimum 2 ml/hari.

Tabel 14. Larutan *mineral-mix*

Larutan ini digunakan untuk pembuatan F-75, F-100 dan ReSoMal. Jika tidak tersedia larutan mineral-mix siap pakai, buatlah larutan dengan menggunakan bahan berikut ini.

Bahan	Jumlah
Kalium klorida (KCl)	89,5 g
Tripotassium citrate	32,4 g
Magnesium klorida (MgCl ₂ . 6H ₂ O)	30,5 g
Seng asetat (Zn asetat.2H ₂ O)	3,3 g
Tembaga sulfat (CuSO ₄ . 5H ₂ O)	0,56 g
Air: tambahkan menjadi	1000 ml

Jika ada, tambahkan juga selenium (0,01 g natrium selenat, NaSeO₄.10H₂O) dan iodium (0,005 g kalium iodida) per 1000 ml.

- Larutkan bahan ini dalam air matang yang sudah didinginkan.
- Simpan larutan dalam botol steril dan letakkan di dalam lemari es untuk menghambat kerusakan. Buang jika berubah seperti berkabut. Buatlah larutan baru setiap bulan.
- Tambahkan 20 ml larutan *mineral-mix* pada setiap pembuatan 1000 ml F-75/F-100.
- Jika tidak mungkin untuk menyiapkan larutan *mineral-mix* dan juga tidak tersedia larutan siap pakai, beri K, Mg dan Zn secara terpisah. Buat larutan KCl 10% (100 g dalam 1 liter air) dan larutan 1,5% seng asetat (15 g dalam 1 liter air).

Untuk pembuatan ReSoMal, gunakan 45 ml larutan KCl 10% sebagai pengganti 40 ml larutan *mineral-mix*, sedangkan untuk pembuatan F-75 dan F-100 gunakan 22,5 ml larutan KCl 10% sebagai pengganti 20 ml larutan *mineral-mix*. Berikan larutan Zn-asetat 1,5% secara oral dengan dosis 1 ml/kgBB/hari. Beri MgSO₄ 50% IM, 1x/hari dengan dosis 0,3 ml/kgBB/hari, maksimum 2 ml.

Pencegahan

Cara mencegah dehidrasi akibat diare yang berkelanjutan seperti pada anak dengan gizi baik, kecuali digunakannya cairan ReSoMal sebagai pengganti larutan oralit standar. ReSoMal mengandung 37,5 mmol Na, 40 mmol K, dan 3 mmol Mg per liter. Bila larutan *mineral-mix* tidak tersedia, dapat dibuat larutan penggantinya (lihat Tabel 13 dan 14).

- Jika anak masih mendapat ASI, lanjutkan pemberian ASI.
- Berikan F-75 sesegera mungkin.

Berikan ReSoMal sebanyak 50-100 ml setiap buang air besar cair.

Anak dengan dehidrasi juga sering kali mengalami gangguan keseimbangan elektrolit seperti defisiensi kalium dan magnesium.

Anak gizi buruk yang mengalami defisiensi kalium dan magnesium mungkin membutuhkan waktu dua minggu atau lebih untuk memperbaikinya. Terdapat kelebihan natrium total dalam tubuh, walaupun kadar natrium serum mungkin rendah. Edema dapat diakibatkan oleh keadaan ini. **Jangan obati edema dengan diuretikum. Pemberian natrium berlebihan dapat menyebabkan kematian.** Tatalaksananya:

- Untuk mengatasi gangguan elektrolit diberikan Kalium dan Magnesium, yang sudah terkandung di dalam larutan *mineral-mix* yang ditambahkan ke dalam F-75, F-100 atau ReSoMal.
- Gunakan larutan ReSoMal untuk rehidrasi.

iv. Infeksi

Balita gizi buruk seringkali menderita berbagai jenis infeksi, namun sering tidak ditemukan tanda/gejala infeksi bakteri, seperti demam. Karena itu, **semua balita gizi buruk dianggap menderita infeksi pada saat datang ke faskes dan segera diberi antibiotik.** Hipoglikemia dan hipotermia seringkali merupakan tanda infeksi berat.

Tatalaksana

- Berikan kepada semua balita gizi buruk **antibiotika dengan spektrum luas.**
- Imunisasi campak jika balita berusia ≥ 6 bulan dan belum pernah diimunisasi atau mendapatkan imunisasi campak sebelum usia 9 bulan. Imunisasi ditunda bila balita dalam keadaan syok.

Pilihan antibiotika berspektrum luas

- Bila tanpa komplikasi, beri amoksisilin (15 mg/kg per oral setiap 8 jam) selama 5 hari.
- Pada balita gizi buruk dengan komplikasi (hipoglikemia, hipotermia, penurunan kesadaran/letargi, atau terlihat sakit) atau komplikasi lainnya, maka berikan antibiotika parenteral (IM/IV):
 - Ampisilin (50 mg/kg IM atau IV setiap 6 jam) selama 2 hari, kemudian dilanjutkan dengan Amoksisilin oral (25-40 mg/kg setiap 8 jam selama 5 hari); **ditambah**
 - Gentamisin (7.5 mg/kg IM atau IV) sehari sekali selama 7 hari¹⁴.

14 WHO. *Pocket book of hospital care for children*. WHO, Geneva, 2013.

- Pemilihan jenis antibiotika juga disesuaikan dengan pola resistensi kuman setempat. Catatan: metronidazole 7,5 mg/kg setiap 8 jam selama 7 hari dapat diberikan sebagai tambahan antibiotika berspektrum luas, namun efektivitasnya belum ditegakkan dengan uji klinis.
- Berikan terapi untuk penyakit infeksi sesuai dengan standar terapi yang berlaku, seperti malaria, meningitis, TB dan HIV.

Pemantauan

Jika terdapat anoreksia setelah pemberian antibiotika tersebut di atas, lanjutkan terapi sampai 10 hari. Jika nafsu makan belum membaik, lakukan penilaian ulang menyeluruh pada balita.

Terapi untuk kecacingan

Pada balita gizi buruk dengan komplikasi, pemberian obat antihelminik diberikan setelah balita memasuki Fase Rehabilitasi. Berikan **Pirantel Pamoat dosis tunggal** atau Albendazole dosis tunggal atau Mebendazole 100 mg per oral dua kali sehari selama 3 hari pada balita yang terdiagnosa menderita kecacingan (hasil pemeriksaan tinja positif). Sedangkan pada balita yang tidak terdiagnosa kecacingan, tetap diberikan Mebendazole pada hari ke-7 setelah dirawat inap (lihat Tabel 8)¹⁵.

v. Defisiensi gizi mikro

Semua anak gizi buruk mengalami defisiensi vitamin dan mineral. Meskipun sering ditemukan anemia, **zat besi tidak boleh diberikan pada fase awal**, dan baru diberikan setelah anak mempunyai nafsu makan yang baik dan mulai bertambah berat badannya (biasanya pada minggu kedua, mulai Fase Rehabilitasi). Zat besi dapat memperparah infeksi bila diberikan terlalu dini. Pemberian zat gizi mikro sama dengan penjelasan sebelumnya.

Jika tenaga kesehatan menggunakan F-75 dan F-100 yang dibuat sendiri, maka suplementasi zat gizi mikro diberikan seperti penjelasan pada Rawat Jalan.

Pemberian obat dilakukan dengan hati-hati karena reaksi fisiologis tidak normal, misalnya:

- fungsi hati dan ginjal yang abnormal;
- perubahan kemampuan menghasilkan enzim untuk proses pengolahan/pembuangan obat, penyerapan kembali yang berlebihan obat yang dibuang ke dalam empedu;
- penurunan lemak tubuh yang mengakibatkan penumpukan obat larut dalam lemak. Pada balita dengan kwashiorkor, mungkin juga terjadi kerusakan saraf otak.

Hanya sedikit obat yang sudah diuji farmakokinetika, metabolisme atau efek samping pada penderita gizi buruk. Karena itu pemberian obat biasa kepada balita dengan gizi buruk perlu dilakukan dengan sangat hati-hati.

¹⁵ WHO. Pocket book of hospital care for children. WHO, Geneva, 2013.

Pemberian makan awal pada Fase Stabilisasi

Pemberian terapi gizi harus segera diberikan pada balita gizi buruk yang tidak memerlukan tindakan kegawat-daruratan dan pada balita gizi buruk dengan dehidrasi, hipotermi dan renjatan sepsis. Pemberian terapi gizi ini dilakukan secara bertahap. Pada Fase Stabilisasi, balita gizi buruk diberi **formula terapeutik F-75, yang merupakan formula rendah protein** (pada fase ini protein tinggi dapat meningkatkan risiko kematian), **rendah laktosa**, mengandung zat gizi makro dan mikro seimbang untuk memastikan kondisi stabil pada balita.

Tabel 15. Resep formula WHO F-75 dan F-100¹⁶

Bahan makanan	Per 1000 ml	F-75	F-75 (+sereal)	F-100
Susu skim bubuk	gram	25	25	85
Gula pasir	gram	100	70	50
Tepung beras/ maizena	gram	-	35	-
Minyak sayur	gram	27	27	60
Larutan elektrolit	ml	20	20	20
Tambahan air s/d	ml	1000	1000	1000
NILAI GIZI/1000 ml				
Energi	Kkal	750	750	1000
Protein	gram	9	11	29
Laktosa	gram	13	13	42
Kalium	mMol	40	42	63
Natrium	mMol	6	6	19
Magnesium	mMol	4.3	4.6	7.3
Seng	mg	20	20	23
Tembaga	mg	2.5	2.5	2.5
% energi protein	-	5	6	12
% energi lemak	-	32	32	53
Osmolaritas	mOsm/l	413	334	419

F-75 mengandung 75 kkal/100 ml dan menormalkan kekurangan mikronutrien serta gangguan fisiologi. F-75 dalam kemasan sudah mengandung semua mikronutrien yang diperlukan untuk stabilisasi, sehingga tambahan mikronutrien tidak diperlukan lagi. Bila tidak tersedia formula F-75 siap pakai, maka F-75 dapat dibuat berdasarkan resep formula WHO F-75. Resep F-75 dan F-100 dapat dilihat pada Tabel 15 dan resep formula modifikasinya dapat dilihat pada Tabel 16.

16 WHO. *Buku saku pelayanan kesehatan anak di rumah sakit*. WHO, Jakarta, 2009.

Tabel 16. Resep formula modifikasi

FASE Bahan makanan	STABILISASI			REHABILITASI
	F-75 I	F-75 II	F-75 III	F-100
Susu skim bubuk (g)	25	-	-	-
Susu full cream (g)	-	35	-	110
Susu sapi segar (ml)	-	-	300	-
Gula pasir (g)	70	70	70	50
Tepung beras (g)	35	35	35	-
Minyak sayur (g)	27	17	17	30
Margarin (g)	-	-	-	-
Larutan elektrolit (ml)	20	20	20	20
Tambahan air s/d (ml)	1000	1000	1000	1000

Tatalaksana

Hal yang penting diperhatikan pada pemberian makanan pada Fase Stabilisasi adalah:

- Makanan rendah osmolaritas, rendah laktosa, diberikan dalam jumlah sedikit tetapi sering.
- Makanan diberikan secara oral atau melalui NGT dengan jumlah dan frekuensi seperti dijelaskan pada Tabel 17. Pemberian makanan parenteral dihindari. Pemberian makan dengan menggunakan NGT dilakukan jika balita menghabiskan F-75 kurang dari 80% dari jumlah yang diberikan dalam dua kali pemberian makan.

Tabel 17. Jumlah dan frekuensi pemberian F-75 pada balita gizi buruk tanpa edema

HARI KE :	FREKUENSI	VOLUME/KG BB/PEMBERIAN	VOLUME/KG BB/HARI
1-2	setiap 2 jam	11 ml	130 ml
3-5	setiap 3 jam	16 ml	130 ml
6 dst	setiap 4 jam	22 ml	130 ml

- Jumlah energi/kalori: 100 kkal/kgBB/hari dan protein: 1-1.5 g/kgBB/hari.
- Cairan: 130 ml/kgBB/hari (**bila ada edema berat maka diberi 100 ml/kgBB/hari**).
- Bila anak masih mendapat ASI, lanjutkan, tetapi pastikan bahwa balita menghabiskan F-75 sesuai dengan jumlah yang telah ditentukan.
- Gunakan cangkir untuk memberi makan balita. Pada balita gizi buruk yang sangat lemah, gunakan sendok, semprit atau *syringe*.

Peningkatan jumlah dan frekuensi pemberian F-75 dilakukan bertahap bila makanan dapat dihabiskan dan tidak ada reaksi muntah atau diare. Jumlah F-75 yang diberikan disesuaikan dengan perubahan berat badan.

Bila jumlah petugas terbatas, prioritas diberikan untuk pemberian makan setiap 2 jam hanya pada kasus yang keadaan klinisnya paling berat, dan bila terpaksa diupayakan agar paling tidak tiap 3 jam pada fase permulaan. Ajari orang tua/penunggu pasien. **Pemberian makan sepanjang malam hari sangat penting** agar anak tidak terlalu lama tanpa pemberian makanan (puasa dapat meningkatkan risiko kematian). Bila pemberian makanan per oral pada fase awal tidak mencapai kebutuhan minimal (80 kkal/kgBB/hari), berikan sisanya melalui NGT. **Pemberian makanan pada fase awal ini tidak boleh melebihi 100 kkal/kgBB/hari.**

Pada cuaca yang sangat panas dan balita berkeringat banyak, maka balita perlu mendapat air/cairan ekstra. **Pada balita gizi buruk dengan diare persisten akan lebih baik diberikan F-75 yang berbahan sereal**. Sebagian gula diganti dengan tepung beras atau maizena, sehingga osmolaritasnya lebih rendah. Pembuatan F-75 berbahan sereal perlu dimasak dulu.

Pemantauan

Pemantauan dilakukan dengan mencatat setiap hari:

- Jumlah makanan yang diberikan dan dihabiskan.
- Jumlah dan frekuensi muntah.
- Frekuensi defekasi dan konsistensi feses.
- Berat badan.

b. Fase Transisi

Fase ini ditandai oleh transisi dari kondisi stabil ke kondisi yang memenuhi syarat untuk menjalani rawat jalan. Fase Transisi dimulai ketika:

- Komplikasi medis teratasi;
- Tidak ada hipoglikemia;
- Nafsu makan pulih;
- Edema berkurang.

Pengelolaan Fase Transisi mempunyai dua pendekatan sebagai berikut:

- i. Transisi **ke layanan rawat jalan**, bila tersedia.
- ii. Transisi **ke layanan rawat inap Fase Rehabilitasi**, bila layanan rawat jalan tidak tersedia.

i. Transisi ke layanan rawat jalan

Tujuannya adalah untuk:

- mempersiapkan rehabilitasi gizi pada balita dengan gizi buruk agar dapat menjalani rawat jalan dan mengonsumsi RUTF atau F-100 dalam jumlah cukup untuk meningkatkan berat badan dan kesembuhan;
- memastikan balita tersebut untuk memperoleh kebutuhan gizi yang dibutuhkan, yang dilakukan dengan memperkenalkan dan meningkatkan proporsi harian pemberian RUTF atau F-100 secara bertahap.

Perlu diperhatikan bahwa lingkungan RS/tempat rawat inap berisiko mengakibatkan infeksi nosokomial yang dapat menyebabkan kematian. Di samping itu, rawat inap yang terlalu lama bisa mengganggu kehidupan keluarga, terutama keluarga yang mempunyai banyak anak. Meskipun pemulihan mungkin berjalan lebih lambat pada layanan rawat jalan, namun pilihan ini lebih baik. Dalam proses pemulihan, balita sebaiknya dipindahkan secepatnya ke layanan rawat jalan dan mulai diajak bermain dengan bahan-bahan yang ada untuk stimulasi tumbuh kembang (lihat Lampiran 8).

ii. Transisi ke layanan rawat inap Fase Rehabilitasi

Bila tidak tersedia layanan rawat jalan, balita dirawat dan dipulihkan sepenuhnya di layanan rawat inap. Bila setidaknya 80% dari jatah F-100 yang diresepkan berhasil diminum habis lewat mulut dan tidak ada masalah lain yang ditemukan dalam pemantauan, balita dinilai siap melanjutkan ke fase Rehabilitasi.

Tatalaksana

Transisi dilakukan secara bertahap dari F-75 ke F-100 atau RUTF selama 2-3 hari, sesuai dengan kondisi balita.

- Formula F-75 diganti menjadi F-100 dalam volume yang sama seperti pemberian F-75 yang terakhir selama 2 hari. Berikan formula tumbuh kejar (F-100 atau RUTF) yang mengandung 100 kkal/100 ml dan 2,9 g protein/100 ml.

- Pada hari ke-3:

Bila menggunakan F-100, jumlah F-100 dinaikkan sebanyak 10 ml/kali pemberian sampai balita tidak mampu menghabiskan/tersisa sedikit. Biasanya hal ini terjadi ketika pemberian formula mencapai 200 ml/kgBB/hari. Setelah transisi bertahap, berikan dalam frekuensi yang sering, dengan jumlah kalori: 150-220 kkal/kgBB/hari dan protein: 4-6 g/kgBB/hari.

Bila menggunakan RUTF (lihat Kotak 3): pemberian RUTF dimulai dengan porsi kecil tapi teratur. Balita dibujuk untuk makan RUTF lebih sering (8 kali/hari, dan kemudian dapat menjadi 5-6 kali/hari).

Bila balita tidak dapat menghabiskan jumlah RUTF yang dibutuhkan pada Fase Transisi ini, maka beri tambahan F-75 sehingga mencapai kebutuhan balita/hari. Lakukan sampai balita mampu menghabiskan RUTF yang diberikan.

Bila balita tidak dapat menghabiskan sedikitnya setengah dari jumlah RUTF yang dibutuhkan dalam 12 jam, maka pemberian RUTF dihentikan dan kembali diberikan F-75. Setelah itu, pemberian RUTF dicoba lagi dalam 1-2 hari sampai balita mampu menghabiskan jumlah RUTF yang diberikan¹⁷.

- Bila balita masih mendapat ASI, maka pemberian ASI dilanjutkan, dengan memastikan bahwa balita terlebih dahulu menghabiskan F-100 atau RUTF sesuai jumlah yang telah ditentukan.

Kotak 3. Prosedur pengenalan RUTF¹⁸

1. Persiapkan dosis RUTF yang dianjurkan, F-75 dengan jumlah tepat dan segelas air minum.
2. Pengasuh diingatkan agar mencuci tangannya sendiri serta tangan dan wajah balita.
3. Minta pengasuh menawarkannya pada balita (lihat cara memberikan RUTF-tes nafsu makan).
4. Amati balita saat makan RUTF.
5. Tiap selesai memberikan suapan penuh, balita harus ditawari ASI/air minum.
6. Jika tidak mampu mengonsumsi jumlah RUTF yang dibutuhkan, anak harus ditawari F-75 untuk diminum sebagai pelengkap RUTF yang sudah dimakan. Waktu yang diperlukan untuk konsumsi RUTF dan F-75 (jika diperlukan) semestinya tidak lebih dari 1 jam.
7. Catat jumlah F-75 dan RUTF yang dihabiskan pada kartu perawatan pasien.
8. Setiap kali selesai memberikan, RUTF harus disimpan di tempat sejuk, kering, bebas dari serangga agar dapat digunakan kembali pada jadwal pemberian makan selanjutnya.
9. Proses menawarkan RUTF dan F-75 dilanjutkan sampai balita mampu menghabiskan jumlah yang dibutuhkan dalam waktu 24 jam.

c. Fase Rehabilitasi

Setelah Fase Transisi, balita mendapatkan perawatan lanjutan ke fase Rehabilitasi di layanan rawat jalan, atau tetap di layanan rawat inap bila tidak tersedia layanan rawat jalan.

Tatalaksana

- Kebutuhan zat gizi pada Fase Rehabilitasi adalah:
Energi : 150-220 kkal/kgBB/hari
Protein : 4-6 g/kgBB/hari
- Bila menggunakan RUTF: sama seperti pemberian RUTF pada layanan rawat jalan.
- Bila menggunakan F-100: lihat Tabel 3 dan Tabel 18.

¹⁷ WHO. *Pocket book of hospital care for children*. WHO, Geneva, 2013.

¹⁸ ACF Internasional (2011). *Guidelines for the integrated Management for Severe Acute Malnutrition: In and out patient treatment*.

Tabel 18. Kebutuhan zat gizi untuk balita gizi buruk menurut fasenya

ZAT GIZI	STABILISASI	TRANSISI	REHABILITASI
Energi	80-100 kkal/kgBB/hr	100-150 kkal/kgBB/hr	150-220 kkal/kgBB/hr
Protein	1-1.5 g/kgBB/hr	2-3 g/kgBB/hr	4-6 g/kgBB/hr
Cairan	130 ml/kgBB/hr atau 100 ml/kgBB/hr bila edema berat	150 ml/kgBB/hr	150-200 ml/kgBB/hr

Pemantauan

Hal yang perlu dihindari pada fase ini adalah terjadinya gagal jantung. Perlu diamati gejala dini gagal jantung, yaitu nadi cepat dan nafas cepat. Bila keduanya meningkat, yaitu pernafasan naik 5x/menit dan nadi naik 25x/menit) yang menetap selama 2 kali pemeriksaan masing-masing dengan jarak 4 jam berturut-turut, maka hal ini merupakan tanda bahaya yang perlu dicari penyebabnya.

Bila terdapat gejala dini gagal jantung, langkah-langkah berikut perlu segera dilakukan¹⁹.

- Volume makanan dikurangi, menjadi 100 ml/kgBB/hari diberikan tiap dua jam.
- Selanjutnya volume makanan ditingkatkan perlahan-lahan sebagai berikut:
115 ml/kgBB/hari selama 24 jam berikutnya;
130 ml/kgBB/hari selama 48 jam berikutnya;
selanjutnya, tingkatkan setiap kali makan dengan 10 ml.
- Penyebab ditelusuri dan kemudian diatasi.

Penilaian kemajuan

Kemajuan terapi dinilai dari kecepatan kenaikan berat badan setelah Fase Transisi dan mendapat F-100 atau RUTF.

- Timbang dan catat berat badan setiap pagi sebelum diberi makan. Hitung dan catat kenaikan berat badan setiap 3 hari dalam gram/kgBB/hari.
 - Bila kenaikan berat badan:
 - kurang**, yaitu bila kenaikan berat badan kurang dari **5 g/kg BB/hari**, balita membutuhkan penilaian ulang lengkap;
 - sedang**, yaitu bila kenaikan berat badan 5-10 g/kg BB/hari), perlu diperiksa apakah target asupan terpenuhi, atau mungkin ada infeksi yang tidak terdeteksi;
 - baik**, yaitu bila kenaikan berat badan lebih dari 10 g/kg BB/hari.
- ATAU
- kurang**, yaitu bila kenaikan berat badan kurang dari **50 g/kg BB/per minggu**, maka balita membutuhkan penilaian ulang lengkap;
 - baik**, yaitu bila kenaikan berat badan \geq **50 g/kg BB/per minggu**

¹⁹ WHO. *Pocket book of hospital care for children*. WHO, Geneva, 2013

Bila tatalaksana gagal, dilakukan analisis kegagalan terapi sebagai berikut: i) apakah F-100 atau RUTF diberikan dengan benar; ii) apakah frekuensi pemberian makanan tersebut benar (8 kali/hari); iii) apakah F-100/RUTF yang diberikan dapat dihabiskan; iv) apakah anak sakit.

Stimulasi sensorik dan emosional

Stimulasi sensorik dan emosional merupakan bagian dari stimulasi perkembangan balita. Hal yang perlu dilakukan sebagai berikut:

- ungkapan kasih sayang dan lingkungan yang ceria;
- terapi bermain terstruktur selama 15-30 menit/hari;
- aktivitas fisik segera setelah balita cukup sehat;
- keterlibatan ibu dan anggota keluarga atau pengasuh sesering mungkin (misalnya menghibur, memandikan, bermain, memberi makan);
- pengasuh diajari berinteraksi positif dengan balita agar nafsu makannya meningkat.

Kriteria pulang dari layanan rawat inap dan pindah ke layanan rawat jalan:

- Tidak ada komplikasi medis, dan
- Edema berkurang, dan
- Nafsu makan baik, dan
- Secara klinis baik.

Kriteria pindah dari layanan rawat inap ke layanan rawat jalan TIDAK berdasarkan kriteria antropometri tapi berdasarkan kondisi klinis.

Kriteria sembuh untuk balita gizi buruk (selama 2 minggu berturut-turut):

- LiLA \geq 12.5cm (hijau) dan/atau
- Skor-Z BB/PB (atau BB/TB) \geq -2 SD
- Tidak ada edema, secara klinis baik

Indikator antropometri yang digunakan untuk menyatakan balita gizi buruk sembuh adalah sama dengan indikator yang digunakan untuk memasukkan balita gizi buruk dalam perawatan.

Bila balita gizi buruk masuk dengan bilateral edema, maka kriteria sembuh adalah:

- LiLA \geq 12.5cm (hijau), DAN
- Skor-Z BB/PB (atau BB/TB) \geq -2 SD, DAN
- tidak ada edema, secara klinis baik

Persentase kenaikan berat badan TIDAK BOLEH digunakan untuk kriteria sembuh atau keluar dari perawatan balita gizi buruk.

2. Rawat Inap pada Bayi Gizi Buruk Usia Kurang dari 6 Bulan²⁰

Bayi berusia kurang dari 6 bulan dengan gizi buruk harus mendapat layanan rawat inap. Tatalaksananya perlu perhatian khusus, karena:

- a. **seringkali ada penyebab organik**, misalnya adanya penyakit atau gangguan yang terjadi sejak di dalam kandungan, kelahiran prematur atau proses persalinan yang menimbulkan gangguan kesehatan bayi baru lahir, di samping adanya masalah asupan gizi;
- b. fisiologi berbeda dari anak balita, sehingga **F-100 harus diencerkan untuk Fase Rehabilitasi**;
- c. **menyusu merupakan bagian terpenting** untuk rehabilitasi dan sebagai penunjang kelangsungan hidup, karena itu **kesehatan ibu merupakan hal yang sangat penting**;
- d. rehabilitasi **membutuhkan tenaga terampil dan supervisi yang lebih intensif**.

Tatalaksana bayi kurang dari 6 bulan dengan gizi buruk berdasarkan status pemberian ASI:

- a. Ada kemungkinan pemberian ASI:
 - bayi masih mendapat ASI tapi kurang gizi;
 - bayi sudah tidak mendapat ASI tetapi ibu masih ingin menyusui;
 - bayi sudah berhenti menyusui (misalnya: ibu meninggal), tetapi ada ibu pesusuan yang dapat memberikan ASI.
- b. TIDAK ada kemungkinan pemberian ASI:
 - bayi tidak pernah mendapat ASI dan ibu tidak mau mencoba relaktasi;
 - bayi sudah berhenti menyusui dan ibu tidak mau relaktasi, tidak ada ibu pesusuan;
 - tidak ada ibu dan ibu pesusuan.

Tatalaksana rawat inap bayi berusia kurang dari 6 bulan dengan gizi buruk dan bayi di atas 6 bulan dengan berat badan kurang dari 4 kg melewati fase-fase yang sama dengan rawat inap balita dengan gizi buruk pada umumnya, yaitu Fase Stabilisasi, Transisi dan Rehabilitasi. Suatu hal khusus adalah pemberian ASI merupakan hal yang sangat menentukan, karena dalam 6 bulan pertama kehidupannya makanan bayi adalah ASI (ASI eksklusif).

a. Bayi < 6 bulan dengan gizi buruk dan ada kemungkinan pemberian ASI

Di bawah ini adalah tatalaksana pada tiap fase bila ada kemungkinan pemberian ASI.

i. Fase Stabilisasi

- Atasi komplikasi sesuai dengan protokol umum. **Bayi < 6 bulan sangat rawan terhadap hipoglikemia dan hipotermia.**
- Mulai *refeeding* dengan susu formula pengganti. Beri formula dengan jumlah tetap (130 ml/kgBB/hari). Segera berikan F-75/F-100 yang diencerkan; atau bila keduanya tidak ada, berikan formula dan teruskan pemberian setiap 2-3 jam.

²⁰ Ikatan Dokter Anak Indonesia. *Buku Ajar Nutrisi Pediatrik dan Penyakit Metabolik*. Ikatan Dokter Anak Indonesia. 2011.

Berikan terapi gizi dengan menggunakan cangkir, atau suplementer (bila bayi mampu menghisap), atau dengan teknik *drip-drop* atau NGT.

- Dukungan pemberian ASI yang bertujuan meningkatkan produksi ASI dan menerapkan kembali ASI eksklusif sehingga bayi dipulangkan hanya dengan ASI.

Bila ASI masih ada dan bayi mampu menghisap:

- **satu jam sebelum pemberian F-75/F-100 yang diencerkan/formula, berikan ASI selama lebih kurang 20 menit.** Lakukan hal ini siang dan malam;
- Pada masa ini, **F-75/F-100 yang diencerkan/formula merupakan makanan utama, sedangkan ASI merupakan makanan tambahan.** Pastikan hal ini dilakukan dengan teknik yang benar;
- catat pemberian ASI pada tabel atau grafik (untuk memperlihatkan kepada ibu pentingnya ASI);
- awasi bahwa menyusui benar-benar dilakukan.

Bila ASI masih ada tetapi bayi tidak mampu atau tidak mau menyusui:

- bantu ibu memerah ASI, yang dilakukan minimal 8x/hari selama 20-30 menit tiap kali, walaupun ASI yang didapat hanya sedikit;
- berikan ASI perah kepada bayi dengan cara *drip-drop*/dengan cangkir/NGT;
- bila bayi sudah cukup kuat atau sudah mampu menghisap, bantu ibu untuk meningkatkan pemerahan ASI.

Bila ASI tidak ada/menyusui telah dihentikan, maka ibu dianjurkan menyusui kembali:

- bantu ibu melakukan relaktasi;
- berikan F-75/F-100 yang diencerkan atau formula dengan suplementer.

ii. Fase Transisi

Pada Fase transisi, formula yang digunakan tetap sama. Transisi yang terjadi adalah mengupayakan agar bayi semakin banyak mendapatkan ASI dan secara bertahap diharapkan bayi hanya mendapat ASI ketika pulang.

iii. Fase Rehabilitasi

Tujuan yang ingin dicapai pada fase ini adalah:

- a. menurunkan jumlah formula yang diberikan;
- b. mempertahankan kenaikan berat badan, dan
- c. melanjutkan pemberian ASI.

Kemajuan klinis pada bayi dinilai dari kenaikan berat badan setiap hari:

- a. Bila berat badan turun atau tidak naik selama 3 hari berturut-turut tetapi bayi tampak lapar dan menghabiskan semua formula yang diberikan, tambahkan 5ml pada setiap pemberian formula.

- b. Biasanya suplementasi formula tidak bertambah selama perawatan tetapi berat badan naik, yang berarti produksi ASI terus meningkat.
- c. Bila setelah beberapa hari bayi tidak lagi menghabiskan jatah formulanya tetapi BB tetap naik, berarti asupan ASI meningkat dan bayi mendapat cukup asupan untuk memenuhi kebutuhan.
- d. Bayi ditimbang setiap hari dengan timbangan yang mempunyai ketelitian sampai **10 g**

Ketika bayi menunjukkan kenaikan BB 20 g/hari (kenaikan absolut), maka:

- a. Pemberian F-100 yang diencerkan dikurangi jumlahnya. Pada awal F-100 yang diencerkan dikurangi $\frac{1}{4}$ dari jumlah yang seharusnya, kemudian bertahap dikurangi menjadi $\frac{1}{2}$ nya. Dengan demikian bayi akan mendapat ASI lebih banyak.
- b. Bila kenaikan berat badan tetap terjaga (10 g/hari tanpa melihat BB sekarang), F-100 yang diencerkan dapat dihentikan sama sekali.
- c. **Tetapi bila tidak terjadi kenaikan berat badan**, maka pemberian formula kembali ditambah hingga 75% (atau $\frac{3}{4}$ jatah) selama 2-3 hari. Bila kenaikan berat badan sudah stabil, selanjutnya pemberian F-100 yang diencerkan dapat dikurangi dan dihentikan.
- d. Dianjurkan untuk merawat bayi beberapa hari berikutnya dengan hanya mendapat ASI untuk memastikan berat badan tetap naik, barulah bayi dipulangkan tanpa melihat berapa berat badannya ataupun indeks BB/PB.

Kriteria pulang

- a. Keberhasilan relaktasi dengan menghisap efektif: kenaikan berat badan **minimal 20 g/hari selama 5 hari berturut-turut**²¹ hanya dengan mengonsumsi ASI.
- b. Tidak ada edema bilateral selama 2 minggu.
- c. Kondisi klinis baik, bayi sadar dan tidak ada masalah medis.
- d. Ibu sudah mendapat konseling cukup dan suplementasi zat gizi mikro yang diperlukan selama tinggal di tempat perawatan dan diteruskan di rumah.

Perawatan bagi ibu

Ibu menyusui membutuhkan dukungan terutama bila mengalami stres. Fokuskan pada:

- kondisi lingkungan yang mendukung dan dapat meningkatkan pemberian ASI, misalnya: konseling perorangan, dukungan antar ibu menyusui, ruang laktasi yang aman dan nyaman;
- ibu yang mengalami trauma/depresi perlu mendapat dukungan emosional dan mental agar ibu kembali bergairah dan lebih percaya diri untuk menyusui;
- penilaian status gizi ibu;
- sadarkan ibu tentang risiko hamil/mempunyai anak lagi pada situasinya saat ini.

21 Ikatan Dokter Anak Indonesia. *Buku Ajar Nutrisi Pediatrik dan Penyakit Metabolik*. Ikatan Dokter Anak Indonesia, 2011.

Gizi adekuat dan suplementasi bagi ibu menyusui

Ibu menyusui memerlukan energi ekstra sebesar 450 kkal/hari. Zat gizi mikro esensial yang terkandung dalam ASI berasal dari diet dan suplementasi zat gizi mikro yang diberikan kepada ibu. Karena itu, sangat penting untuk memenuhi kebutuhan energi dan zat gizi ibu menyusui dengan mengonsumsi paling sedikit 2500 kkal/hari; dan sesuai dengan program, ibu nifas mendapat 2 kapsul vitamin A dosis tinggi (200.000 SI). Ibu dianjurkan minum minimal 2 L/hari, karena dehidrasi dapat mengurangi produksi ASI.

b. Bayi kurang dari 6 bulan gizi buruk, dan TIDAK ada kemungkinan pemberian ASI

Mengingat bahwa ASI tidak mungkin diberikan, maka tujuan tatalaksana pada keadaan ini adalah bayi gizi buruk mendapat makanan pengganti yang aman dan sesuai untuk rehabilitasi gizi. Bayi dipulangkan dengan diberikan formula dan pengasuh memahami cara yang aman pemberiannya. Fase yang dilalui menuju pemulihan sama dengan bayi < 6 bulan dengan kemungkinan pemberian ASI. Di bawah ini penjelasan tentang tatalaksana menurut tiga fase.

i. Fase Stabilisasi

Bayi diberi obat rutin dan suplemen:

- antibiotika: Amoksisilin diberikan 15mg/kgBB/kali setiap 8 jam selama 5 hari sedangkan untuk bayi dengan berat badan di bawah 3 kg diberikan setiap 12 jam.
Kloramfenikol TIDAK diberikan kepada bayi muda;
- vitamin A 50.000 SI dosis tunggal pada hari pertama;
- asam folat 2,5 mg dosis tunggal;
- sulfas ferosus: diberikan segera setelah bayi dapat menghisap dengan baik dan berat badan naik.

Terapi dietetik:

- pada Fase Stabilisasi, harus diberikan F-75 atau F-100 yang diencerkan. **F-100 tidak boleh diberikan dengan konsentrasi penuh;**
- bayi kurang dari 6 bulan dengan edema harus selalu diberi F-75 pada Fase Stabilisasi;
- jumlah F-75 atau F-100 yang diencerkan dapat dilihat pada Tabel 19;
- berikan formula dengan cangkir atau dengan diteteskan melalui NGT (hanya digunakan bila formula tidak dapat diberikan dalam jumlah cukup secara oral);
- terapkan teknik pemberian makan yang tepat, agar asupan makanan adekuat.

Tabel 19. Jumlah pemberian setiap kali minum F-75/F-100 yang diencerkan pada bayi < 6 bulan yang menderita gizi buruk

Berat badan (kg)	Stabilisasi		Transisi	Rehabilitasi
	F-100 yang diencerkan (atau F-75 pada bayi gizi buruk dengan edema)		F-100 yang diencerkan	
	Jumlah pemberian (ml) setiap 2 jam (12 kali / hari)	Jumlah pemberian (ml) setiap 3 jam (8 kali / hari)	Jumlah pemberian (ml) setiap 2 jam (12 kali / hari)	Jumlah pemberian (ml) setiap 4 jam (6 kali / hari)
< 1,3	15	25		
1,3 - 1,5	20	30	30	50
1,6 - 1,8	25	35	40	60
1,9 - 2,1	25	40	45	70
2,2 - 2,4	30	45	50	80
2,5 - 2,7	35	45	55	90
2,8 - 2,9	35	50	60	100
3,0 - 3,4	40	60	70	115
3,5 - 3,9	45	65	80	130
4,0 - 4,4	50	75	90	150
4,5 - 4,9	55	85	100	165
5,0 - 5,4	60	90	110	180
5,5 - 5,9	65	100	120	200
6,0 - 6,4	70	105	130	215
6,5 - 6,9	75	115	140	230

Volume dibulatkan ke 5 ml terdekat

Kriteria peralihan dari Fase Stabilisasi ke Fase Transisi:

- kembalinya nafsu makan;
- mulai menghilangnya edema pada bayi yang semula ada edema. Bayi dengan edema berat (+3) harus tetap di Fase Stabilisasi sampai edema berkurang (+2).

ii. Fase Transisi

Terapi dietetik

- Hanya F-100 yang diencerkan yang diberikan.
- Jumlah F-100 yang diencerkan dinaikkan 1/3 dari jumlah yang diberikan pada Fase Stabilisasi.
- Tabel 19 digunakan untuk menentukan jumlah F-100 yang diencerkan.

Kriteria untuk beralih dari Fase Transisi ke Fase Rehabilitasi

- Nafsu makan baik: bayi menghabiskan minimal 90% formula terapeutik yang diberikan pada Fase Transisi.

- Edema hilang pada bayi yang pada mulanya ada edema.
- Minimal 2 hari berada di Fase Transisi.
- Tidak ada masalah medis.

iii. Fase Rehabilitasi

Terapi dietetik

- Hanya F-100 yang diencerkan yang digunakan.
- Selama fase Rehabilitasi, bayi mendapat formula terapeutik (F-100 yang diencerkan) sebanyak 2 kali jumlah yang diberikan pada Fase Stabilisasi.
- Tabel 19 digunakan untuk menentukan jumlah formula terapeutik yang diberikan pada bayi yang tidak mendapat ASI.

Pemantauan

Pemantauan tidak berbeda baik pada Fase Stabilisasi, Transisi dan Rehabilitasi, baik bagi bayi dengan ASI maupun tanpa ASI. Parameter yang harus dipantau dan dicatat dalam rekam medik:

- Berat badan
- Derajat edema (0 sampai +3)
- Suhu tubuh (diukur 2 kali sehari)
- Gejala klinis: batuk, muntah, defekasi, dehidrasi, pernafasan, ukuran organ hati
- Hal-hal lain yang perlu dicatat, misalnya menolak makan, rute asupan makanan (oral, NGT atau parenteral), transfusi

Kriteria sembuh/selesai perawatan²²

- Z-Skor BB/PB \geq -2 SD selama 3 hari berturut-turut
- Tidak ada edema selama 2 minggu²³
- Kondisi klinis baik, anak sadar dan tidak ada masalah medis
- Saat dipulangkan, F-100 yang diencerkan dapat diganti dengan formula bayi standar

Kriteria pindah ke layanan rawat jalan

- Kondisi klinis baik, bayi sadar dan tidak ada masalah medis
- Tidak ada edema
- Bayi dapat menyusui dengan baik atau mendapatkan asupan yang cukup
- Kenaikan berat badan cukup (>5 g/kgBB/hari) selama 3 hari berturut-turut

Kriteria bayi < 6 bulan bisa keluar dari semua layanan gizi buruk

- Bayi menyusui dengan baik atau mendapatkan pengganti ASI yang cukup
- Kenaikan berat badan yang cukup
- Z-Skor BB/PB \geq -2 SD

22 WHO. *Pocket book of hospital care for children*. WHO, Geneva, 2013

23 Ikatan Dokter Anak Indonesia. *Buku Ajar Nutrisi Pediatrik dan Penyakit Metabolik*. Ikatan Dokter Anak Indonesia, 2011.

BAB 5
PENGELOLAAN UPAYA
PENANGGULANGAN GIZI
BURUK PADA BALITA

Pengelolaan upaya penanggulangan balita gizi buruk pada dasarnya sama dengan pengelolaan upaya/program lainnya, yang meliputi aspek **perencanaan, pengorganisasian pelaksanaan dan koordinasi dengan pihak terkait serta pemantauan dan evaluasi**. Hal-hal tersebut dibahas secara ringkas di bawah ini.

A. Perencanaan Upaya Penanggulangan Gizi Buruk pada Balita

Pada setiap perencanaan suatu upaya, dilakukan hal-hal berikut:

1. **Kajian terhadap:** kebijakan terkait, besaran masalah, situasi wilayah, karakteristik sasaran dan potensi sumber daya.
2. **Pihak-pihak yang terlibat,** termasuk mitra, di tiap tingkat administrasi.
3. **Sumber daya di tiap tingkat administrasi:** fasilitas kesehatan, pengelola program, pemberi pelayanan, biaya dan logistik.
4. **Cara membangun peran serta aktif masyarakat** secara strategis, efektif dan efisien.

Kegiatan yang direncanakan berbeda di setiap tingkat sesuai dengan ruang lingkup dan tanggung jawab masing-masing. Semakin dekat ke **tingkat pemberi pelayanan**, perencanaan **lebih fokus pada persiapan teknis pelayanan**, seperti:

1. **Kajian untuk memperkirakan jumlah kasus** balita gizi buruk yang ada dan yang akan dilayani, logistik yang diperlukan dalam kurun waktu satu tahun, serta ketersediaan tenaga pemberi layanan.
2. Kegiatan terkait dengan **layanan di faskes dan kunjungan rumah**.
3. **Kegiatan untuk memperbaiki kualitas layanan**, misalnya melalui pertemuan teknis rutin, *peer review* dan supervisi fasilitatif, orientasi dan pelatihan.
4. **Kegiatan pemantauan**, misalnya dengan pemantapan sistem pencatatan dan pelaporan, termasuk analisis hasil layanan dan pengolahan data untuk digunakan sebagai dasar dalam upaya memperbaiki layanan.
5. **Kegiatan advokasi dan pemantapan kerja sama:** proses dan hasil layanan disebarluaskan, sebagai bentuk transparansi dan akuntabilitas, dalam forum lintas program/ sektor untuk menjaga sinergi dan kontinuitas dukungan dari pihak terkait.
6. **Kegiatan pemantapan peran serta masyarakat** agar upaya berkesinambungan dan masyarakat mampu memainkan peran yang diharapkan secara efektif.

Di tingkat administratif, perencanaan lebih bersifat manajerial untuk melakukan berbagai kegiatan dalam upaya penanggulangan gizi buruk, khususnya pencegahan dan peningkatan cakupan serta kualitas pelayanan gizi buruk pada balita. Di bawah ini **contoh kegiatan yang perlu dimasukkan dalam perencanaan di tingkat kabupaten/kota**.

1. **Kajian tentang besaran dan kantong masalah** di tiap kecamatan/desa guna menentukan **prioritas, target peningkatan cakupan balita gizi buruk yang terlayani dan kebutuhan sumberdaya**, termasuk logistik dan tenaga pemberi layanan yang diperlukan di wilayah kabupaten/kota.

2. **Pemantapan kualitas layanan** sesuai dengan standar, misalnya melalui kajian kasus gizi buruk antar petugas, kajian kasus di tingkat kabupaten, supervisi fasilitatif, pertemuan rutin antara penanggungjawab program dan pelaksana layanan, analisis data agregat untuk melihat efektivitas layanan, pemantapan sistem pencatatan dan pelaporan dan survei fasilitas kesehatan.
3. **Pemantauan dan evaluasi program** di wilayah kabupaten/kota untuk menilai kemajuan upaya, memahami kendala yang dihadapi dan kemungkinan solusinya, serta tingkat kolaborasi dengan lintas program dan lintas sektor, serta peran serta aktif masyarakat.
4. **Peningkatan dukungan untuk kecamatan/kabupaten** sesuai dengan kebutuhan masing-masing, termasuk menjaga semangat dan memotivasi puskesmas (misalnya melalui kunjungan pembelajaran ke puskesmas yang berhasil meningkatkan cakupan penanganan balita gizi buruk, dengan tingkat kesembuhan yang tinggi dan tingkat *drop out* yang rendah). Perlu dipertimbangkan juga bentuk dukungan untuk **kejadian luar biasa gizi buruk** di wilayah tertentu, pemanfaatan pedoman sebagai acuan dan kegiatan **tindak lanjut atas komitmen** bersama, baik dengan lintas program maupun lintas sektor.
5. **Sosialisasi informasi strategis dan advokasi** serta pemantapan kerja sama: hasil layanan dan prosesnya disebarluaskan dalam forum lintas program/sektor untuk menjaga sinergi dan keberlanjutan dukungan dari berbagai pihak terkait.

Perencanaan di tingkat yang lebih atas akan lebih kompleks, karena **tanggungjawab dan wewangnya lebih besar dan luas**, di samping terbukanya kesempatan berkolaborasi yang lebih luas dengan berbagai pihak, misalnya sektor terkait, mitra pembangunan, akademisi, organisasi profesi, LSM, dll. Kerjasama dapat dibangun untuk hal-hal yang terkait langsung dengan peningkatan cakupan dan kualitas layanan, namun juga yang tidak langsung, seperti ketahanan pangan, ketersediaan air bersih dan sanitasi lingkungan yang baik.

B. Pengorganisasian Pelaksanaan dan Koordinasi dengan Pihak Terkait

Pengorganisasian upaya penanggulangan gizi buruk pada balita **di berbagai tingkat pada umumnya mencakup dua jalur, yaitu:**

- jalur manajerial; dan
- jalur fasilitas kesehatan sebagai pemberi layanan kesehatan.

Kedua jalur ini harus dikelola dengan baik dan sinergis, agar efektif mencapai peningkatan keberhasilan program dan tatalaksana gizi buruk. Disamping itu, dapat meminimalisir balita gizi buruk dan balita gizi buruk dapat segera ditangani, termasuk penyakit penyerta ataupun komplikasi yang diderita.

Di jalur manajerial pada sektor kesehatan, di tingkat provinsi dan kabupaten/kota, penanggungjawabnya adalah unit Program Gizi di Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota. Di tingkat kecamatan, penanggungjawabnya adalah Kepala Puskesmas dan petugas kesehatan yang ditunjuk kepala puskesmas untuk memberikan layanan gizi. Di tingkat desa biasanya bidan di desa/perawat di puskesmas berperan sebagai pelaksana layanan gizi, di samping tugas-tugas pokok lainnya. Penanggungjawab program di tingkat yang lebih atas bertanggungjawab membina pengelola program di tingkat bawahnya.

Fasilitas pelayanan kesehatan yang menyediakan layanan pemulihan gizi buruk **adalah faskes primer dan faskes rujukan (pemerintah dan swasta) termasuk *Therapeutic Feeding Centre***. Di rumah sakit, balita dengan gizi buruk menjalani rawat inap di Bagian Anak dan ditangani dokter spesialis anak. Pada umumnya rumah sakit mempunyai tenaga ahli gizi yang bekerja sama dengan dokter spesialis anak dalam menangani balita gizi buruk. Di tingkat fasilitas kesehatan primer pemberi pelayanan adalah dokter, tenaga gizi, bidan/perawat sesuai dengan kompetensi dan wewenangnya di bawah bimbingan dokter/kepala puskesmas. Sistem rujukan antara rawat inap dan rawat jalan dijelaskan pada Bab IV.

Jalur manajerial dalam melaksanakan peran dan fungsinya mengupayakan **pencegahan gizi buruk pada balita, meningkatkan cakupan dan kualitas layanan kasus, serta membangun kemitraan dengan sektor/pihak terkait dan mengupayakan peran serta aktif masyarakat**. Hal ini diperlukan karena kompleksnya masalah kekurangan gizi dengan berbagai faktor pengaruh, seperti dijelaskan pada Bab III. Upaya strategis yang perlu dilakukan adalah:

- mengupayakan agar pemerintah daerah di setiap tingkat mengangkat masalah kekurangan gizi pada balita sebagai **masalah prioritas** yang harus segera diatasi;
- kerjasama dengan mitra pembangunan untuk pengembangan **model penanggulangan gizi buruk di daerah dengan prevalensi tinggi**;
- **kerjasama dengan media** untuk menyebarkan informasi tentang pencegahan dan dampak kekurangan gizi pada balita;
- **kerjasama dengan institusi pendidikan dan organisasi profesi** untuk memasukkan masalah gizi dan tatalaksananya dalam kurikulum pendidikan tenaga kesehatan;
- upaya **peningkatan pengetahuan keluarga dan masyarakat** tentang kebutuhan gizi balita, dll.

Untuk pengendalian, koordinasi dan kemitraan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota dapat dibentuk **Tim Koordinasi Penanggulangan Kekurangan Gizi Tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota**. Fungsi Tim ini antara lain melaksanakan koordinasi lintas sektor untuk mengatasi dan mencegah gizi buruk pada balita. Dalam melaksanakan tugasnya, Tim ini melakukan kegiatan perencanaan, penggerakan pelaksanaan dan monitoring/evaluasi lintas sektor di tingkat daerah. Tim ini beranggotakan sektor terkait, misalnya kesehatan, sosial, pemberdayaan masyarakat desa, pertanian, PKK dan pihak terkait lainnya, sesuai dengan situasi daerah.

Peran dan fungsi pihak terkait dalam penanggulangan gizi buruk pada balita

Sektor/Pihak Terkait

Kerjasama dengan berbagai program dan sektor/pihak terkait perlu diupayakan seluas mungkin diberbagai tingkat administratif, misalnya di tingkat nasional, kolaborasi dengan Bappenas, Kementerian Pertanian, Kementerian Desa/PDTT, Kemendagri, BKKBN, BPJS, mitra pembangunan dan agen donor; institusi pendidikan/akademisi, organisasi profesi, pihak swasta, media, organisasi kemasyarakatan dan pihak terkait lainnya. Di daerah, kolaborasi dengan lintas program terkait dan lintas sektor tingkat provinsi, kabupaten/kota dan kecamatan sangat diperlukan. Peran fungsi pihak-pihak yang terkait dalam penanggulangan gizi buruk pada balita dapat dilihat pada Lampiran 9.

Masyarakat

Peran serta aktif keluarga dan masyarakat ikut menentukan keberhasilan upaya penanggulangan gizi buruk pada balita. Peran mereka dalam pencegahan, penemuan dini kasus dan pendampingan balita selama dan setelah menjalani terapi perlu dimantapkan secara terus-menerus. Kegiatan ini dilaksanakan secara terintegrasi dengan upaya yang dilakukan oleh Pemerintah dalam menanggulangi masalah gizi pada balita.

C. Pemantauan dan Evaluasi

Pemantauan dan evaluasi merupakan bagian penting dalam penanggulangan gizi buruk. Dengan adanya informasi yang akurat, maka masalah spesifik yang timbul akan lebih mudah diatasi secara efektif. Cakupan penanganan kasus gizi buruk pada balita harus mencapai 100% dan kualitas pelayanan diupayakan mencapai minimal 80% dari standar layanan yang telah ditetapkan, meliputi penimbangan berat badan, pengukuran LiLA, panjang/tinggi badan, dan tatalaksana kasus. Pemantauan efektivitas penanganan kasus (menjadi normal, gagal atau meninggal) dapat digunakan sebagai dasar untuk memperbaiki pelaksanaan dan perencanaan keseluruhan upaya.

1. Pencatatan dan Pelaporan

Setiap bulan, posyandu melakukan pencatatan dan pelaporan rutin. Hasil pengukuran antropometri (BB, PB atau TB, LiLA) di plotting di Buku KIA dan dimasukkan dalam Formulir Sistem Informasi Posyandu (SIP) dalam kolom catatan yang merekapitulasi jumlah balita yang ditimbang, hasil pemantauan pertumbuhan dan tanda-tanda balita gizi buruk (terlihat sangat kurus dan/atau edema bilateral). Hasil pengukuran juga dimasukkan dalam elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (e-PPGBM). Nama balita yang tidak termasuk dalam gizi baik disebutkan dalam daftar. Laporan ini dibuat rangkap; satu salinan disimpan di posyandu untuk tindak lanjut dan salinannya dikirimkan ke layanan rawat jalan di puskesmas/pustu terdekat untuk mendapatkan layanan. Hasil penapisan di tingkat posyandu setiap bulan dikompilasi di tingkat pustu, kemudian di tingkat puskesmas. Puskesmas selanjutnya meneruskan laporan bulanan ke dinas kesehatan kabupaten/kota untuk diolah lebih lanjut.

Pertemuan kajian rutin (misalnya setiap triwulan) antara tokoh masyarakat, kader dan pelaksana layanan rawat jalan penting dilakukan untuk membahas pelaksanaan upaya penanggulangan gizi buruk dan kendala yang dihadapi. Hal-hal yang dibahas misalnya:

- kemampuan kader/masyarakat dalam melaksanakan penemuan dini kasus;
- masukan dari masyarakat terhadap kasus yang ada, sebaran/keterjangkauan layanan dll;
- kesepakatan dalam solusi yang dipilih untuk mengatasi masalah, agar timbul rasa kepemilikan masyarakat terhadap pelaksanaan dan pengembangan upaya.

Pemantauan layanan rawat jalan untuk balita gizi buruk sebagai berikut:

- layanan rawat jalan: jumlah faskes dan sumber daya manusia (Tabel 20);
- cakupan layanan rawat jalan: proporsi balita gizi buruk mendapat rawat jalan (Tabel 21);
- kualitas layanan rawat jalan: proporsi balita yang sembuh (Tabel 22);
- standar minimum kinerja dalam tatalaksana balita gizi buruk (Tabel 23).

Tiap layanan rawat jalan menggunakan Register Ringkasan Layanan Rawat Jalan untuk mencatat daftar balita yang masuk, keluar dan dirujuk ke Rawat Inap. Register Ringkasan dan Formulir Penerimaan Layanan Rawat Jalan digunakan untuk menyusun Laporan Layanan Rawat Jalan Bulanan, yang merangkum indikator kinerja upaya penanggulangan gizi buruk pada balita. Laporan ini dikompilasi di tingkat kabupaten dan provinsi. Tabel 24 merangkum frekuensi pelaporan di tiap tingkat layanan.

Tabel 20. Indikator layanan rawat jalan untuk balita gizi buruk

Indikator	Definisi
Jumlah fasilitas layanan rawat jalan	Jumlah fasilitas kesehatan yang menyediakan layanan rawat jalan
Jumlah fasilitas layanan rawat jalan dengan tenaga kesehatan terlatih	Jumlah fasilitas layanan rawat jalan dengan sedikitnya dua tenaga kesehatan terlatih
Jumlah posyandu dengan kader terlatih	Jumlah posyandu dengan sedikitnya satu kader terlatih untuk me-lakukan penapisan, rujukan dan menindaklanjuti balita gizi buruk
Jumlah masyarakat terpapar penapisan	Jumlah masyarakat yang telah terpapar dan melakukan penapisan balita gizi buruk

Tabel 21. Indikator cakupan layanan rawat jalan

Indikator	Definisi
Jumlah penerimaan	Jumlah total anak yang diterima dalam program selama periode bulan yang dilaporkan
Rata-rata dan kisaran LiLA	Rata-rata dan kisaran nilai minimum dan maksimum LiLA balita yang masuk dalam perawatan sebagai indikator efektifitas dan ketepatan waktu penapisan secara dini Rata-rata (minimum dan maksimum)
Cakupan layanan rawat jalan	Jumlah balita gizi buruk yang mendapat layanan rawat jalan di suatu wilayah dibandingkan dengan jumlah semua balita gizi buruk di wilayah tersebut $\frac{\text{Jumlah balita gizi buruk yang mendapat layanan rawat jalan}}{\text{Jumlah balita gizi buruk usia 6-59 bulan di suatu wilayah}} \times 100\%$

Tabel 22. Indikator kualitas rawat jalan

Indikator	Definisi
Jumlah keluar	Jumlah total balita yang keluar dari layanan rawat jalan menurut kategori: sembuh, tidak sembuh, <i>drop out</i> , atau meninggal, selama periode bulan yang dilaporkan
Tingkat sembuh	Jumlah balita yang berhasil keluar dari layanan rawat jalan karena sembuh dibandingkan dengan seluruh balita yang keluar selama periode bulan yang dilaporkan $\frac{\text{Jumlah balita sembuh setelah rawat jalan selama periode bulan yang dilaporkan}}{\text{Jumlah total balita keluar dari rawat jalan selama periode bulan yang dilaporkan}} \times 100\%$
Tingkat <i>drop out</i>	Jumlah balita <i>drop out</i> (tidak hadir selama dua kunjungan layanan rawat inap berturut-turut) dibandingkan dengan semua balita yang keluar dari rawat jalan selama periode bulan yang dilaporkan $\frac{\text{Jumlah balita yang tidak hadir selama periode bulan yang dilaporkan}}{\text{Jumlah total balita yang keluar dari rawat jalan selama periode bulan yang dilaporkan}} \times 100\%$

Indikator	Definisi
Tingkat tidak-sembuh/ tidak ada respon	Jumlah balita keluar karena tidak-sembuh, dibandingkan dengan semua balita yang keluar dari rawat jalan selama periode bulan yang dilaporkan. Tidak-sembuh didefinisikan sebagai tidak mencapai kriteria sembuh setelah 3 bulan dalam rawat jalan, setelah semua pemeriksaan dan tindak lanjut telah dilakukan. Semua kasus tidak-sembuh harus dipindahkan ke layanan kesehatan lain/dirujuk untuk melanjutkan perawatan dan pemeriksaan.
	$\frac{\text{Jumlah balita yang tidak sembuh selama periode bulan yang dilaporkan}}{\text{Jumlah total balita yang keluar dari rawat jalan selama periode bulan yang dilaporkan}} \times 100\%$
Tingkat kematian	Jumlah balita yang meninggal dibandingkan dengan seluruh balita yang keluar dari rawat jalan selama periode bulan yang dilaporkan
	$\frac{\text{Jumlah balita yang meninggal pada rawat jalan selama periode bulan yang dilaporkan}}{\text{Jumlah total balita yang keluar dari rawat jalan selama periode bulan yang dilaporkan}} \times 100\%$

Tabel 23. Standar minimum kinerja dalam tatalaksana balita gizi buruk

Indikator	Target
Persentase sembuh	> 75%
Persentase kematian	< 10%
Persentase <i>drop out</i>	< 15%
Cakupan layanan rawat jalan	Pedesaan > 50%; Perkotaan > 70%

Tabel 24. Frekuensi pelaporan layanan rawat jalan

Tingkat	Jenis Formulir/ Laporan	Data yang Dilaporkan	Frekuensi
Layanan Rawat Jalan	Register Ringkasan Layanan Rawat Jalan	Daftar balita yang diterima masuk, keluar dan dirujuk ke Rawat Inap untuk satu fasilitas Layanan Rawat Jalan	Setiap bulan
	Laporan Bulanan Layanan Rawat Jalan	Jumlah penerimaan, balita yang menjalani rawat jalan, keluar dan indikator kinerja untuk satu fasilitas Layanan Rawat Jalan	Setiap bulan

DinKes Kabupaten/ Kota	Laporan Bulanan Layanan Rawat Jalan Tingkat Kabupaten/Kota	Jumlah penerimaan, balita yang sedang menjalani rawat jalan, keluar dan indikator kinerja untuk seluruh Layanan Rawat Jalan di Kabupaten/ Kota	Setiap bulan
DinKes Provinsi	Laporan Tahunan Layanan Rawat Jalan Tingkat Provinsi	Jumlah penerimaan, balita yang sedang menjalani rawat jalan, keluar, indikator kinerja untuk seluruh Layanan Rawat Jalan di provinsi	Setiap tahun

Pertemuan kajian atau lokakarya mini

Di tingkat kecamatan, kepala puskesmas dan staf terkait, bersama dengan camat dan kepala desa bertemu setiap tiga bulan untuk membahas kemajuan upaya rawat jalan balita gizi buruk. Tujuannya adalah membahas semua tantangan dan mencari alternatif untuk mengatasinya. Pertemuan ini dapat dilakukan sebagai bagian dari pertemuan lokakarya mini rutin.

Pertemuan mencakup kajian tentang:

- Jumlah kematian, *drop out* dan tidak sembuh serta pemetaan desa lokasi untuk memahami penyebab dasar dan menemukan solusi untuk mengatasinya.
- Proses rujukan dari masyarakat ke layanan rawat jalan dan rujukan dari layanan rawat jalan ke rawat inap, untuk memastikan proses yang efektif dan efisien.
- Koordinasi antara masyarakat dan layanan rawat jalan.
- Sistem pemantauan dan pelaporan, serta peralatan dan bahan habis pakai.

Solusi yang disepakati untuk mengatasi masalah yang dihadapi akan ditindaklanjuti oleh pihak-pihak terkait, sesuai dengan peran dan fungsi masing-masing. Pertemuan berikutnya akan membahas hasil yang telah dicapai.

2. Supervisi Fasilitatif

Supervisi fasilitatif merupakan bagian dari manajemen mutu dengan pendekatan proses, yaitu dengan mempelajari kinerja petugas/pelaksana layanan kesehatan/gizi di tempat tugasnya. Supervisi fasilitatif dilakukan dengan pendekatan yang bersahabat, tidak menyalahkan dan tidak menggurui. Aspek yang diamati mencakup aspek manajerial dan aspek teknis layanan dalam upaya penanggulangan gizi buruk.

Supervisi fasilitatif dilakukan oleh penyelia dari tingkat yang lebih atas, misalnya dari dinas kesehatan kabupaten/kota ke puskesmas di wilayahnya. Supervisi fasilitatif dilakukan secara teratur untuk memantau kemajuan dan mengidentifikasi kemungkinan adanya kendala dalam upaya penanggulangan gizi buruk pada balita, sekaligus memperbaiki praktik yang kurang tepat di lokasi kunjungan. Penyelia bertanggungjawab untuk memastikan layanan penanganan gizi buruk berjalan lancar dan diberikan dengan kualitas yang baik.

Penyelia juga merupakan mentor yang mendukung tenaga kesehatan serta kader dengan menyediakan dukungan teknis berdasarkan kebutuhan. Untuk itu digunakan daftar periksa (lihat Lampiran 10) guna memastikan semua aspek dilihat selama kunjungan sehingga dapat mengatasi kesulitan secara sistematis.

Prinsip-prinsip dalam pelaksanaan supervisi fasilitatif

- a. Kunjungan pengawasan dilaksanakan untuk membantu peningkatan kinerja staf kesehatan/kader secara berkelanjutan, sebagai bagian dari upaya peningkatan kemampuan dan motivasi staf/kader.
- b. Pengamatan kinerja staf/kader dilakukan dengan melihat langsung di tempat kerja, diikuti dengan diskusi tentang hal yang diamati, data yang dikumpulkan dan catatan pada daftar periksa.
- c. Pujian diberikan untuk setiap pekerjaan yang dilakukan dengan baik, agar staf/kader termotivasi untuk melanjutkan kebiasaan yang baik.
- d. Penyelia, bila diperlukan, memberi contoh cara melakukan suatu tindakan dengan baik, kemudian staf/kader diminta melakukan tindakan di bawah pengamatan dan dibetulkan bila ada kekurangan.
- e. Bila seorang staf/kader memiliki beberapa keterampilan yang perlu ditingkatkan, penyelia mendahulukan perbaikan keterampilan yang memberi efek besar terhadap kinerja. Hal-hal yang kurang penting bisa menyusul kemudian.
- f. Selama kunjungan supervisi yang sudah disepakati jadwalnya, penyelia perlu:
 - Meminta izin untuk menemani staf kesehatan/kader selama aktivitas rutin mereka.
 - Mengamati kinerja, dengan tetap berada di latar belakang selama aktivitas, tidak mengganggu dan tidak memberikan masukan sampai seluruh aktivitas selesai.
 - Memeriksa kartu Penerimaan Layanan Rawat Jalan di faskes, khususnya kartu balita yang *drop out*, tidak sembuh dan meninggal.
 - Memberikan masukan untuk staf/kader secara langsung pada hari yang sama.
 - Memberikan pujian kepada staf/kader untuk pekerjaan yang baik agar mereka tetap termotivasi.
 - Bersama staf/kader menemukan hal-hal penting untuk diperbaiki, kemudian penyelia memberi contoh cara melakukannya dengan baik. Selanjutnya mereka diberi kesempatan untuk melakukannya di bawah pengamatan dan diperbaiki lagi bila masih ada kekurangan.
 - Sediakan daftar tertulis dari tindakan yang disetujui bersama yang disimpan sebagai arsip oleh staf/kader dan penyelia agar bisa dikaji pada saat kunjungan berikutnya.

Supervisi fasilitatif di tingkat masyarakat (lihat Lampiran 10)

Aktivitas masyarakat di tiap dusun melalui kegiatan posyandu perlu dikunjungi secara teratur oleh staf puskesmas atau pustu dengan menggunakan daftar periksa supervisi penapisan masyarakat.

Hal-hal berikut ini yang diamati selama kunjungan;

1. Ketersediaan alat-alat untuk layanan rawat jalan (misalnya: timbangan, pengukur panjang badan, pengukur tinggi badan pita LiLA dll).
2. Akurasi metoda penapisan untuk gizi buruk.
3. Proses rujukan.
4. Proses tindak lanjut oleh masyarakat.
5. Pelaporan penapisan di masyarakat.
6. Koordinasi dengan layanan rawat inap.

Supervisi fasilitatif di fasilitas layanan rawat jalan (lihat Lampiran 10)

Tiap layanan rawat jalan perlu dikunjungi setidaknya dua kali setahun menggunakan daftar periksa supervisi bersama dengan supervisi layanan kesehatan lainnya. Staf dinas kesehatan dan RS kabupaten/kota mengamati layanan rawat jalan di tingkat puskesmas, sementara staf puskesmas dapat melakukan supervisi layanan rawat jalan di tingkat pustu.

Pada kunjungan supervisi perlu dilakukan pemeriksaan kartu penerimaan layanan rawat jalan, khususnya kartu balita yang meninggal, *drop out* atau tidak sembuh. Penyelia perlu memastikan bahwa penerimaan pasien dan keluar dari layanan rawat jalan dilakukan dengan mengacu kepada kriteria yang ditetapkan dan protokol perawatan dilakukan dan diikuti dengan benar.

Selain itu, hal-hal berikut ini perlu diperiksa selama kunjungan.

1. Ketersediaan peralatan layanan rawat jalan, F-100, RUTF, obat dan perlengkapan lainnya.
2. Akurasi pengukuran antropometri dan diagnosis kekurangan gizi akut.
3. Kepatuhan terhadap protokol layanan rawat jalan.
4. Proses rujukan.
5. Proses tindak lanjut oleh masyarakat.
6. Dukungan untuk penapisan di tingkat masyarakat.
7. Pelaporan.
8. Dokumentasi rapat koordinasi/kajian.

Penyelia supervisi fasilitatif perlu memenuhi beberapa kriteria sebagai berikut.

1. Mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang memadai dalam upaya penanggulangan gizi buruk pada balita, termasuk layanan rawat jalan.
2. Mempunyai pengalaman kerja memadai di bidang kesehatan, khususnya gizi masyarakat.
3. Bekerja pada institusi yang lebih tinggi satu tingkat dari fasilitas/staf/kader yang disupervisi, walaupun pada kesempatan tertentu supervisi dilakukan oleh tingkat yang lebih tinggi lagi.
4. Mempunyai kemampuan berinteraksi secara produktif dengan staf/kader yang disupervisi dan dengan menggunakan pendekatan kolaboratif.
5. Mempunyai minat dan mampu membuat laporan, mengolah dan melakukan analisis data yang diperoleh dan menindak-lanjuti hasil supervisi, serta memantau perkembangan pihak yang disupervisi.

Supervisi fasilitatif yang bersifat teknis ini merupakan bagian dari pemantauan keseluruhan dari upaya penanggulangan gizi buruk pada balita, termasuk layanan rawat jalan. Hasil supervisi fasilitatif dikaji bersamaan dengan metoda pemantauan lainnya seperti hasil dari rapat kajian rutin, laporan rutin dan hasil pemantauan status gizi. Hasil kajian dari berbagai sumber informasi tersebut akan memberikan masukan penting untuk memperbaiki perencanaan, pelaksanaan dan pengembangan program peningkatan status gizi balita di wilayah kerja.

Lampiran 11 memberikan ringkasan tentang pengelolaan layanan rawat jalan.

BAB 6
PENUTUP

Masa balita merupakan kesempatan emas tumbuh kembang anak, khususnya dalam dua tahun pertama kehidupan. Dukungan semua pihak diperlukan agar balita memperoleh makanan bergizi sesuai umur, mendapatkan stimulasi tumbuh kembang dan terhindar dari penyakit yang dapat dicegah. Pemenuhan hak anak untuk menjalani proses tumbuh kembang secara optimal diperlukan guna mengembangkan potensi yang dimiliki dan menjadi generasi berkualitas di masa depan.

Masalah gizi buruk pada balita masih merupakan tantangan besar yang mendesak untuk ditangani mengingat dampak buruk yang ditimbulkannya. Prevalensinya yang masih tinggi, yang rendah penemuan kasus, cakupan penanganan dan kualitas pelayanan yang rendah, merupakan masalah yang perlu segera diatasi. Pengelolaan balita gizi buruk terintegrasi, yang telah dilaksanakan di berbagai negara, terbukti dapat mengatasi sebagian besar masalah tersebut. Pendekatan ini melibatkan keluarga dan masyarakat yang berperan aktif dalam pencegahan dan penemuan kasus secara dini, serta dalam proses layanan rawat jalan dan rawat inap. Pendekatan ini juga menekankan pentingnya dukungan lintas sektor dan mitra terkait.

Upaya penanggulangan gizi buruk pada balita meliputi upaya pencegahan, penemuan dini kasus serta tatalaksananya sampai sembuh dan tidak terulang kembali. Selain pemantapan upaya yang dapat dilakukan oleh masyarakat, aspek peningkatan kualitas pelayanan tatalaksana gizi buruk di fasilitas kesehatan tidak kalah pentingnya, baik di faskes primer maupun di faskes rujukan. Penyakit infeksi dan sejumlah penyakit lainnya yang sering diderita balita dapat menjadi pemicu terjadinya kekurangan gizi. Untuk itu, balita perlu mendapat imunisasi dasar lengkap, konseling MP-ASI sesuai umur, pemantauan dan stimulasi tumbuh kembang, yang didukung oleh lingkungan hidup yang bersih dan sehat, serta ketersediaan air bersih dan jamban keluarga.


Peran pemangku kepentingan sangat penting, antara lain pemerintah daerah, lintas sektor terkait, swasta dan media. Pemerintah daerah berperan dalam menggerakkan kerjasama lintas sektor, menerbitkan kebijakan dan kegiatan yang mendukung penanggulangan gizi buruk serta mengatasi akar masalah gizi buruk, antara lain kemiskinan, ketersediaan dan ketahanan pangan serta peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kebutuhan gizi.

Pedoman ini menjadi acuan pengelola program dan mitra terkait di berbagai tingkat administrasi dalam upaya penanggulangan masalah gizi buruk pada balita. Diharapkan semakin banyak balita yang terhindar dari gizi buruk dan selamat dari dampak yang merugikan.

Daftar Pustaka

1. UNICEF. *Prevention and Treatment of Severe Acute Malnutrition in East Asia and the Pacific. Report of a Regional Consultation*. UNICEF-EAPRO, 2015.
2. Black RE, Linsay HA, Zulfiqar AB, Laura EC, Mercedes O, Majid E, et al. *Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences*. The Lancet, 2008; 371; 243-60.
3. WHO. *Guideline: Updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children*. Geneva: World Health Organization, 2013.
4. Department of Health Republic of the Philippines and UNICEF. *National guidelines on the management of severe acute malnutrition for children under five years: Manual of operations*. First edition. Manila, June 2015.
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, Direktorat Bina Gizi. *Petunjuk Teknis Tatalaksana Gizi Buruk*. Buku II. Jakarta, 2013.
6. Black RE, Linsay HA, Zulfiqar AB, Laura EC, Mercedes O, Majid E, et al. *Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences*. The Lancet, 2008; 371; 243-60.
7. Uauy R, Kain J. *Nutrition, child growth and chronic disease prevention*. Annals of Medicine 2008; 40: 11-20.
8. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, *Pedoman Pelayanan Anak Gizi Buruk*. Jakarta, 2011.
9. Ikatan Dokter Anak Indonesia. *Buku Ajar Nutrisi Pediatrik dan Penyakit Metabolik*. Jilid I. Jakarta, 2011.
10. WHO. *Pocket Book of Hospital Care for Children*. Geneva, 2013.
11. ACF Internasional (2011). *Guidelines for the integrated Management for Severe Acute Malnutrition: In and out patient treatment*.
12. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, Direktorat Bina Gizi. *Bagan Tatalaksana Anak Gizi Buruk*. Buku I. Jakarta, 2013.
13. WHO. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Anak di Rumah Sakit*. Jakarta, 2009.
14. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Buku Saku Pemantauan Status Gizi Tahun 2017*. Jakarta, 2018.
15. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) dan Penjelasannya Tahun 2016*. Jakarta, 2017.
16. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Buku Saku Pemantauan Status Gizi dan Indikator Kinerja Gizi Tahun 2015*. Jakarta, 2016.
17. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Hasil Utama Riskesdas 2018*. Jakarta, 2018.
18. Olofin, McDonald et.all. *Associations of Suboptimal Growth with All-Cause and Cause-Specific Mortality in Children under Five Years: A Pooled Analysis of Ten Prospective Studies*. PLOS One. 8(5): e64636, 2013.
19. WHO/WFP/UNSSCN/UNICEF. *Community-based management of severe acute malnutrition: A joint statement*. Geneva, 2007.
20. Black RE, Victoria CC. *Maternal and Child Nutrition 1. Maternal and child undernutrition and overweight in low and middle income countries*. Lancet, 2013.

Lampiran 1. Tabel Berat Badan menurut Panjang Badan dan Cara Penggunaannya

Berat Badan menurut Panjang Badan ≤ 2 tahun (Skor-Z)					 World Health Organization			
Laki-laki				Panjang (cm)	Perempuan			
-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median		Median	-1 SD	-2 SD	-3 SD
1.9	2.0	2.2	2.4	45.0	2.5	2.3	2.1	1.9
1.9	2.1	2.3	2.5	45.5	2.5	2.3	2.1	2.0
2.0	2.2	2.4	2.6	46.0	2.6	2.4	2.2	2.0
2.1	2.3	2.5	2.7	46.5	2.7	2.5	2.3	2.1
2.1	2.3	2.5	2.8	47.0	2.8	2.6	2.4	2.2
2.2	2.4	2.6	2.9	47.5	2.9	2.6	2.4	2.2
2.3	2.5	2.7	2.9	48.0	3.0	2.7	2.5	2.3
2.3	2.6	2.8	3.0	48.5	3.1	2.8	2.6	2.4
2.4	2.6	2.9	3.1	49.0	3.2	2.9	2.6	2.4
2.5	2.7	3.0	3.2	49.5	3.3	3.0	2.7	2.5
2.6	2.8	3.0	3.3	50.0	3.4	3.1	2.8	2.6
2.7	2.9	3.1	3.4	50.5	3.5	3.2	2.9	2.7
2.7	3.0	3.2	3.5	51.0	3.6	3.3	3.0	2.8
2.8	3.1	3.3	3.6	51.5	3.7	3.4	3.1	2.8
2.9	3.2	3.5	3.8	52.0	3.8	3.5	3.2	2.9
3.0	3.3	3.6	3.9	52.5	3.9	3.6	3.3	3.0
3.1	3.4	3.7	4.0	53.0	4.0	3.7	3.4	3.1
3.2	3.5	3.8	4.1	53.5	4.2	3.8	3.5	3.2
3.3	3.6	3.9	4.3	54.0	4.3	3.9	3.6	3.3
3.4	3.7	4.0	4.4	54.5	4.4	4.0	3.7	3.4
3.6	3.8	4.2	4.5	55.0	4.5	4.2	3.8	3.5
3.7	4.0	4.3	4.7	55.5	4.7	4.3	3.9	3.6
3.8	4.1	4.4	4.8	56.0	4.8	4.4	4.0	3.7
3.9	4.2	4.6	5.0	56.5	5.0	4.5	4.1	3.8
4.0	4.3	4.7	5.1	57.0	5.1	4.6	4.3	3.9
4.1	4.5	4.9	5.3	57.5	5.2	4.8	4.4	4.0
4.3	4.6	5.0	5.4	58.0	5.4	4.9	4.5	4.1
4.4	4.7	5.1	5.6	58.5	5.5	5.0	4.6	4.2
4.5	4.8	5.3	5.7	59.0	5.6	5.1	4.7	4.3
4.6	5.0	5.4	5.9	59.5	5.7	5.3	4.8	4.4
4.7	5.1	5.5	6.0	60.0	5.9	5.4	4.9	4.5
4.8	5.2	5.6	6.1	60.5	6.0	5.5	5.0	4.6
4.9	5.3	5.8	6.3	61.0	6.1	5.6	5.1	4.7
5.0	5.4	5.9	6.4	61.5	6.3	5.7	5.2	4.8
5.1	5.6	6.0	6.5	62.0	6.4	5.8	5.3	4.9
5.2	5.7	6.1	6.7	62.5	6.5	5.9	5.4	5.0
5.3	5.8	6.2	6.8	63.0	6.6	6.0	5.5	5.1
5.4	5.9	6.4	6.9	63.5	6.7	6.2	5.6	5.2
5.5	6.0	6.5	7.0	64.0	6.9	6.3	5.7	5.3
5.6	6.1	6.6	7.1	64.5	7.0	6.4	5.8	5.4
5.7	6.2	6.7	7.3	65.0	7.1	6.5	5.9	5.5

LAMPIRAN

Berat Badan menurut Panjang Badan ≤ 2 tahun (Skor-Z)

Laki-laki				Panjang (cm)	Perempuan			
-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median		Median	-1 SD	-2 SD	-3 SD
58	63	68	74	65.5	72	66	60	55
59	64	69	75	66.0	73	67	61	56
60	65	70	76	66.5	74	68	62	57
61	66	71	77	67.0	75	69	63	58
62	67	72	79	67.5	76	70	64	59
63	68	73	80	68.0	77	71	65	60
64	69	75	81	68.5	79	72	66	61
65	70	76	82	69.0	80	73	67	61
66	71	77	83	69.5	81	74	68	62
66	72	78	84	70.0	82	75	69	63
67	73	79	85	70.5	83	76	69	64
68	74	80	86	71.0	84	77	70	65
69	75	81	88	71.5	85	77	71	65
70	76	82	89	72.0	86	78	72	66
71	76	83	90	72.5	87	79	73	67
72	77	84	91	73.0	88	80	74	68
72	78	85	92	73.5	89	81	74	69
73	79	86	93	74.0	90	82	75	69
74	80	87	94	74.5	91	83	76	70
75	81	88	95	75.0	91	84	77	71
76	82	88	96	75.5	92	85	78	71
76	83	89	97	76.0	93	85	78	72
77	83	90	98	76.5	94	86	79	73
78	84	91	99	77.0	95	87	80	74
79	85	92	100	77.5	96	88	81	74
79	86	93	101	78.0	97	89	82	75
80	87	94	102	78.5	98	90	82	76
81	87	95	103	79.0	99	91	83	77
82	88	95	104	79.5	100	91	84	77
82	89	96	104	80.0	101	92	85	78
83	90	97	105	80.5	102	93	86	79
84	91	98	106	81.0	103	94	87	80
85	91	99	107	81.5	104	95	88	81
85	92	100	108	82.0	105	96	88	81
86	93	101	109	82.5	106	97	89	82
87	94	102	110	83.0	107	98	90	83
88	95	103	112	83.5	109	99	91	84
89	96	104	113	84.0	110	101	92	85
90	97	105	114	84.5	111	102	93	86
91	98	106	115	85.0	112	103	94	87
92	99	107	116	85.5	113	104	95	88
93	100	108	117	86.0	115	105	97	89
94	101	110	119	86.5	116	106	98	90
95	102	111	120	87.0	117	107	99	91

Standar Pertumbuhan Anak WHO Tahun 2006



Berat Badan menurut Tinggi Badan >2 tahun (Skor-Z)

Laki-laki				Tinggi (cm)	Perempuan			
-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median		Median	-1 SD	-2 SD	-3 SD
9.6	10.4	11.2	12.2	87.0	11.9	10.9	10.0	9.3
9.7	10.5	11.3	12.3	87.5	12.0	11.0	10.1	9.3
9.8	10.6	11.5	12.4	88.0	12.1	11.1	10.2	9.4
9.9	10.7	11.6	12.5	88.5	12.3	11.2	10.3	9.5
10.0	10.8	11.7	12.6	89.0	12.4	11.4	10.4	9.6
10.1	10.9	11.8	12.8	89.5	12.5	11.5	10.5	9.7
10.2	11.0	11.9	12.9	90.0	12.6	11.6	10.6	9.8
10.3	11.1	12.0	13.0	90.5	12.8	11.7	10.7	9.9
10.4	11.2	12.1	13.1	91.0	12.9	11.8	10.9	10.0
10.5	11.3	12.2	13.2	91.5	13.0	11.9	11.0	10.1
10.6	11.4	12.3	13.4	92.0	13.1	12.0	11.1	10.2
10.7	11.5	12.4	13.5	92.5	13.3	12.1	11.2	10.3
10.8	11.6	12.6	13.6	93.0	13.4	12.3	11.3	10.4
10.9	11.7	12.7	13.7	93.5	13.5	12.4	11.4	10.5
11.0	11.8	12.8	13.8	94.0	13.6	12.5	11.5	10.6
11.1	11.9	12.9	13.9	94.5	13.8	12.6	11.6	10.7
11.1	12.0	13.0	14.1	95.0	13.9	12.7	11.7	10.8
11.2	12.1	13.1	14.2	95.5	14.0	12.8	11.8	10.8
11.3	12.2	13.2	14.3	96.0	14.1	12.9	11.9	10.9
11.4	12.3	13.3	14.4	96.5	14.3	13.1	12.0	11.0
11.5	12.4	13.4	14.6	97.0	14.4	13.2	12.1	11.1
11.6	12.5	13.6	14.7	97.5	14.5	13.3	12.2	11.2
11.7	12.6	13.7	14.8	98.0	14.7	13.4	12.3	11.3
11.8	12.8	13.8	14.9	98.5	14.8	13.5	12.4	11.4
11.9	12.9	13.9	15.1	99.0	14.9	13.7	12.5	11.5
12.0	13.0	14.0	15.2	99.5	15.1	13.8	12.7	11.6
12.1	13.1	14.2	15.4	100.0	15.2	13.9	12.8	11.7
12.2	13.2	14.3	15.5	100.5	15.4	14.1	12.9	11.9
12.3	13.3	14.4	15.6	101.0	15.5	14.2	13.0	12.0
12.4	13.4	14.5	15.8	101.5	15.7	14.3	13.1	12.1
12.5	13.6	14.7	15.9	102.0	15.8	14.5	13.3	12.2
12.6	13.7	14.8	16.1	102.5	16.0	14.6	13.4	12.3
12.8	13.8	14.9	16.2	103.0	16.1	14.7	13.5	12.4
12.9	13.9	15.1	16.4	103.5	16.3	14.9	13.6	12.5
13.0	14.0	15.2	16.5	104.0	16.4	15.0	13.8	12.6
13.1	14.2	15.4	16.7	104.5	16.6	15.2	13.9	12.8
13.2	14.3	15.5	16.8	105.0	16.8	15.3	14.0	12.9
13.3	14.4	15.6	17.0	105.5	16.9	15.5	14.2	13.0
13.4	14.5	15.8	17.2	106.0	17.1	15.6	14.3	13.1
13.5	14.7	15.9	17.3	106.5	17.3	15.8	14.5	13.3
13.7	14.8	16.1	17.5	107.0	17.5	15.9	14.6	13.4
13.8	14.9	16.2	17.7	107.5	17.7	16.1	14.7	13.5
13.9	15.1	16.4	17.8	108.0	17.8	16.3	14.9	13.7
14.0	15.2	16.5	18.0	108.5	18.0	16.4	15.0	13.8
14.1	15.3	16.7	18.2	109.0	18.2	16.6	15.2	13.9
14.3	15.5	16.8	18.3	109.5	18.4	16.8	15.4	14.1
14.4	15.6	17.0	18.5	110.0	18.6	17.0	15.5	14.2

Standar Pertumbuhan Anak WHO Tahun 2006

Cara menggunakan Tabel Berat Badan–terhadap–Tinggi/Panjang Badan untuk menghitung Skor-Z

Contoh:

Seorang anak laki-laki usia di bawah dua tahun diukur berat badan dan panjang badan.

Hasil pengukuran:

- berat badan (BB): 5.6 kg; dan
- panjang badan (PB): 63.0 cm.

Berat menurut panjang badan

-3Z	-2Z	-1Z	Median	cm	Median	-1Z	-2Z	-3Z
5.2	5.7	6.1	6.7	62.5	6.5	5.9	5.4	5.0
5.3	5.8	6.2	6.8	63.0	6.6	6.0	5.5	5.1
5.4	5.9	6.4	6.9	63.5	6.7	6.2	5.6	5.2

Anak laki-laki < 2 tahun (Skor-Z)

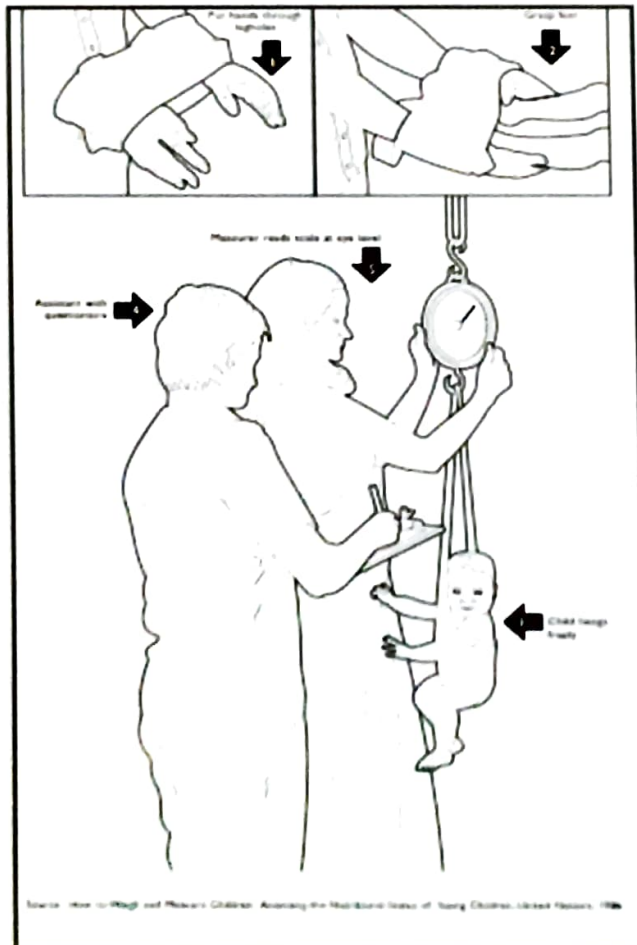
Anak perempuan < 2 tahun (Skor-Z)

Cara menggunakan Tabel:

1. Lihat pada Tabel untuk anak laki-laki dengan panjang badan 63 cm (dilingkari merah)
2. Baca tabel pada baris yang sama pada bagian kiri (untuk anak laki-laki) dan cari angka terdekat dengan 5,6 kg
3. Pada contoh ini, angka 5,6 kg adalah kurang dari angka 5,8 kg (lihat panah merah) pada kolom kuning (-2 Skor-Z), tetapi lebih dari angka 5,3 kg pada kolom merah (-3 Skor-Z). Hal ini berarti berat badan anak ini berada **di antara Skor-Z -2 dan -3**. Oleh karena itu anak dikategorikan sebagai gizi kurang (*wasting*) sesuai dengan BB/PB

Lampiran 2. Cara Menimbang Berat Badan dan Mengukur Panjang/Tinggi Badan

- Timbangan pegas gantung direkomendasikan untuk menimbang anak gizi kurang, karena timbangan ini memiliki tingkat keakuratan yang dibutuhkan.
- Timbangan dikalibrasi sebelum digunakan yang dilakukan sebelum menimbang setiap anak. Caranya: tarik pegas timbangan sampai jarum menunjukkan angka nol.
- Pastikan timbangan pegas tergantung pada tempat yang kokoh.
- Pastikan tinggi timbangan yang digantung sejajar dengan mata.
- Anak harus ditimbang tanpa pakaian atau menggunakan hanya celana. Tips untuk kesopanan: lepaskan topi, sepatu dan popok yang digunakan anak.
- Pastikan anak tidak memegang apapun ketika sedang ditimbang.
- Anak ditempatkan pada celana atau sarung timbang.
- Pastikan petugas tidak memegang timbangan/sarung ketika menimbang/membaca BB.
- Jaga dan waspada agar anak tidak jatuh ketika ditimbang.
- Baca berat badan anak sejajar dengan mata ketika jarum timbangan tidak bergerak.
- Segera catat hasil sampai 0.1 kg terdekat (contoh: 6,9 kg).
- Jika memungkinkan 2 orang melakukan penimbangan: 1 orang membaca hasil, 1 orang lagi mengulang hasil dan mencatat di kertas (untuk menghindari kesalahan).



Cara mengukur panjang badan (baduta)

- Papan pengukur ini digunakan untuk mengukur panjang badan karena alat ini memberikan keakuratan data yang dibutuhkan. Jenis papan pengukur lainnya tidak digunakan
- Ukur panjang badan baduta dengan berbaring. Jika tidak dapat diukur dalam posisi berbaring, maka ukur tinggi anak. Hasil pengukuran ditambahkan 0.7 cm (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomer 1995/MENKES/SK/XII/2010)
- Pengukuran panjang badan anak dilakukan oleh dua petugas. Jika tidak memungkinkan, minta ibu atau pengasuh untuk membantu pengukuran. Baringkan anak di papan ukur.
- Pastikan mata anak melihat lurus ke atas dan dagu anak tidak menghadap ke bawah.
- Posisikan Seluruh bagian belakang badan anak menempel secara tepat pada papan pengukur
- Pengukur 1 memegang kedua sisi kepala anak. Pastikan kepala anak lurus dan menempel pada ujung papan pengukur. Pengukur 2 menempatkan kedua tangannya pada kedua kaki anak dan satu tangan menahan lutut agar tidak bergerak.
- Dengan tangan yang lain, geser secara perlahan papan di bagian kaki ke arah telapak kaki.
- Papan geser harus vertikal dan tegak lurus dengan papan pengukur badan.
- Telapak kaki harus menempel rata pada papan geser secara vertikal. Bila sulit dilakukan, dibenarkan hanya satu telapak kaki yang menempel tegak lurus di papan geser.
- Catat hasil: Pengukur 2 membaca hasil dan Pengukur 1 mengulangi dan menulis hasil pada kertas (menghindari kesalahan)
- Panjang badan dibaca ke angka 0.1 cm terdekat



Posisi balita dan pengukur



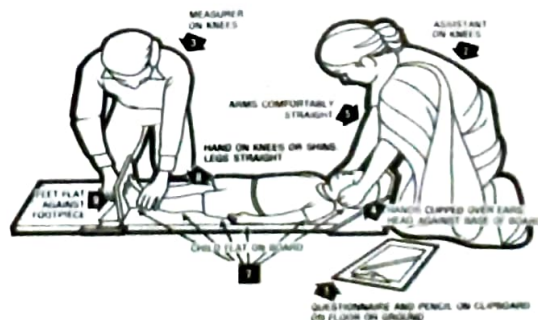
Posisi tangan asisten pengukur (memegang telinga) dan posisi kepala



Posisi pengukur yang benar (mata tegak lurus ke jendela baca alat pengukur)

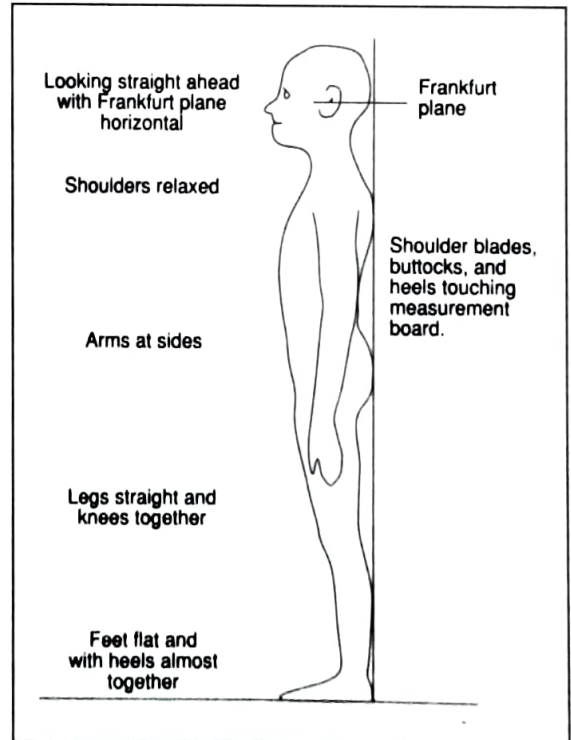
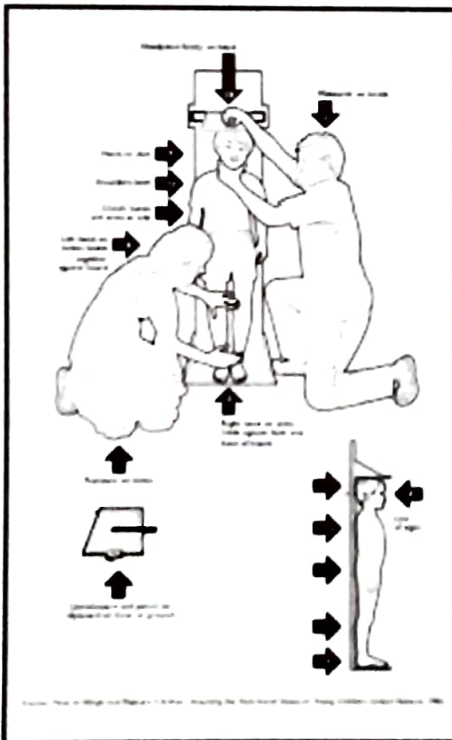


Posisi kaki yang benar, telapak kaki menempel tegak lurus pada papan penggeser

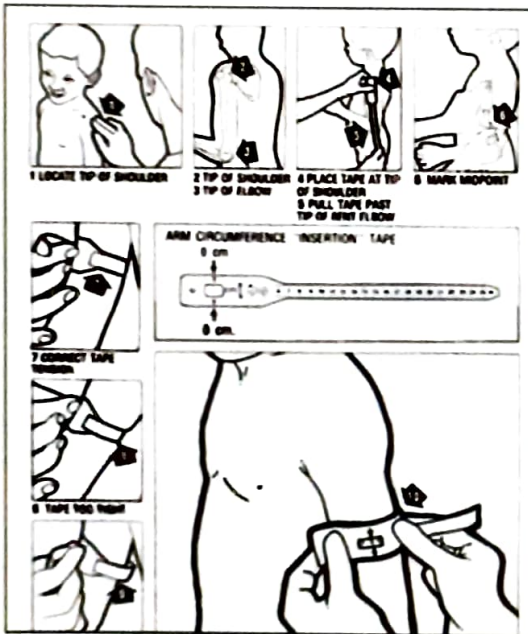


Cara mengukur tinggi badan (balita > 2 tahun)

- Papan pengukur atau microtoise ini digunakan untuk mengukur tinggi badan anak karena alat ini memberikan keakuratan data yang dibutuhkan. Jenis papan pengukur tinggi lain tidak digunakan.
- Ukur tinggi anak dalam keadaan berdiri. Jika tidak mungkin, anak diukur berbaring dan hasil pengukuran dikurangi 0.7 cm (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomer 1995/MENKES/SK/XII/2010)
- Papan pengukur diletakkan berdiri menyentuh dinding.
- Pengukuran tinggi anak dilakukan oleh dua petugas. Jika tidak memungkinkan, minta ibu atau pengasuh untuk membantu pengukuran.
- Anak berdiri tegak membelakangi papan ukur dan melihat lurus ke depan (dagu anak lurus ke depan, tidak mendongak maupun menunduk). Kepala, bahu, pantat, lutut dan tumit melekat pada papan ukur.
- Pastikan telapak kaki anak rata pada dasar papan dan tumit melekat pada papan pengukur.
- Papan geser di bagian kepala ditekan lembut di kepala dan menekan rambut. Pastikan papan geser tidak miring ketika menempel di kepala anak.
- Ketika membaca hasil, pastikan mata petugas sejajar dengan papan geser di bagian kepala..
- Catat hasil: Pengukur 1 membaca hasil, 1 orang lagi mengulangi hasil dan mencatatnya pada kertas (menghindari kesalahan).
- Tinggi badan dibaca hingga angka 0.1 cm terdekat.



Lampiran 3. Pita LiLA dan Cara Pengukuran LiLA pada Balita Usia 6-59 Bulan



LILA diukur pada balita usia 6-59 bulan.

- Sebaiknya ukur **lengan kiri**
- Buka pakaian pada lengan kiri.
- **Tekuk** siku
- Cari puncak bahu [1] [2]
- Cari ujung siku [3]
- Cari titik tengah lengan dengan cara:
Menggunakan benang untuk mengukur: letakkan ujung benang pada sendi puncak bahu [4] hingga ujung siku [5] Ukur panjang lengan atas dengan benang. Lipat bagi dua benang untuk menentukan titik tengah lengan dan temukan kedua ujung benang di sendi puncak bahu. Tandai titik tengah pada kulit menggunakan bolpen [6]

- Luruskan lengan anak: tangan santai, sejajar dengan badan.
- Lingkarkan pita LILA di titik tengah yang sudah ditandai.
- Pastikan pita LILA menempel rata sekeliling kulit [7] dan tidak terlalu ketat [8] atau terlalu longgar [9].
- Baca dan sebutkan hasil pengukuran hingga angka 0.1 cm terdekat [10].
- Langsung catat hasil pengukuran.

Lampiran 4. Contoh RUTF



Satu bungkus (92 g) mengandung 500 kkal – berbasis kacang tanah

RUTF berbasis kacang tanah



RUTF berbasis ikan



Lampiran 5. Kuesioner Kunjungan Rumah

Kuesioner Kunjungan Rumah

Nama anak: _____ Desa: _____
 Nama Ibu/Pengasuh: _____
 Nama petugas yang melakukan kunjungan rumah: _____
 Tanggal kunjungan: _____ Nama layanan PGBM: _____
 Alasan kunjungan rumah: _____

Pemberian makan pada anak		
1. Apakah ada RUTF di rumah?	Ya	Tidak
1a. jika TIDAK, di mana RUTF yang diberikan petugas?		
2. Apakah RUTF yang ada mencukupi hingga kunjungan berikutnya ke layanan rawat jalan?	Ya	Tidak
3. Berapa kali sehari anak yang sakit ini diberikan RUTF?		
4. Apakah RUTF dibagi-bagikan ke anak atau anggota keluarga lain?	Ya	Tidak
5. Apakah ada makanan lain selain RUTF yang diberikan kepada anak yang sakit ini? Jika YA, jawab pertanyaan berikut:	Ya	Tidak
5a. Tulis makanan lain yang diberikan kepada anak		
5b. Berapa kali sehari anak yang sakit ini diberikan makanan lain selain RUTF?		
5c. Apakah pengasuh selalu memberikan RUTF untuk hari itu sampai habis sebelum memberikan makanan lain kepada anak?	Ya	Tidak
6. Apakah ada orang yang mendorong/membujuk anak yang sakit ini untuk makan?	Ya	Tidak
7. Apa yang pengasuh lakukan jika anak yang sakit ini tidak mau makan? (pilih jawaban yang sesuai, boleh lebih dari satu) Membujuk Membawa anak ke rumah sakit atau minta saran tenaga kesehatan Memberi anak makanan dalam jumlah kecil tetapi sering Tidak satupun di atas		

8. Apakah anak masih diberi ASI? (prioritas untuk anak <2 tahun tapi dapat diteruskan lebih dari 2 tahun)	Ya	Tidak
8a. Jika ya, seberapa sering anak mendapatkan ASI	----- kali/ hari	
9. Apakah air diberikan pada anak ketika makan RUTF?	Ya	Tidak
Pengasuhan anak		
10. Apakah kedua orangtua anak ini masih hidup dan sehat?	Ya	Tidak
11. Siapakah pengasuh utama anak ini? _____		
12. Apakah anak yang sakit ini dalam keadaan bersih?	Ya	Tidak
Kesehatan		
13. Apakah sumber utama air di rumah ini? _____		
14. Apakah ada sabun di rumah ini?	Ya	Tidak
15. Apakah pengasuh dan anak mencuci tangan dengan sabun sebelum anak diberi makan?	Ya	Tidak
16. Apakah makanan/RUTF ditutup dan tidak dihindangi lalat?	Ya	Tidak
17. Tindakan apa yang dilakukan orangtua/pengasuh ketika anak diare? (centang jawaban yang sesuai, boleh lebih dari satu) Meningkatkan frekuensi menyusui Meningkatkan jumlah pemberian cairan lain Meneruskan memberi anak makanan sedikit demi sedikit tapi sering, baik RUTF atau makanan lain Jika anak menunjukkan gejala dehidrasi, ibu meneruskan menyusui, memberikan oralit dan secepatnya mencari pertolongan ke fasilitas kesehatan Tidak satupun diatas		
Ketahanan Pangan Keluarga		
18. Apakah keluarga saat ini memiliki cukup makanan di rumah?	Ya	Tidak
19. Apa mata pencaharian utama keluarga? _____ _____		

Jika masalah dikenali/diidentifikasi tolong tuliskan pesan kesehatan atau nasehat yang disampaikan di halaman di bawah atau halaman sebaliknya. Kembalikan lembaran ini ke Puskesmas/Fasilitas kesehatan

Lampiran 5 a. Kartu Status Pasien

KARTU STATUS PASIEN										
Nama	Tempat			No registrasi						
	Kabupaten			Desa						
Umur (bulan)	Jenis Kelamin		L	P	Tanggal masuk					
Penerimaan	Langsung dan masyarakat		Dari Posyandu	Dari Faskes	Masuk kembali (Pengulangan)			Menolak di Rawat Inap		
	Jumlah anggota keluarga		Kembar	Ya	Tidak	Jarak ke rumah (jam)				
Bantuan Makanan Umum										
Terima bantuan : KK tercatat?	Ya	Tidak	Jika ya, kapan terakhir menerima bantuan?							
Antropometri saat masuk										
Berat (kg)	Tinggi (cm)		Skor Z BB/TB		LILA (cm)					
Kriteria penerimaan	Edema	LILA < 11.5 cm	< -3 Skor-Z BB/TB		Lainnya (masukan)					
Riwayat kesehatan										
Diare	Ya	Tidak	BAB (x/ hari)			1-3	4-5	>5		
Muntah	Ya	Tidak	Buang Air Kecil			Ya	Tidak			
Batuk	Ya	Tidak	Bila edema, sudah berapa lama?							
Nafsu makan	Baik	Buruk	Tidak ada	Memysusi			Ya	Tidak		
Masalah yang dilaporkan										
Pemeriksaan Fisik										
Nafas (x/ menit)	<30	30 - 39	40 - 49	50+	Retraksi dada			Ya	Tidak	
Suhu (°C)					Conjungtiva mata			Normal	Pucat	
Mata	Normal	Cekung	Berair		Dehidrasi			Tidak ada	Sedang	Parah
Telinga	Normal	Berair			Mulut			Normal	Luka	Berjamur
Pembesaran kelenjar getah bening	Tidak ada	Leher	Ketiak	Selangkangan	Cacat			Ya	Tidak	
Infeksi kulit	Tidak ada	Scabies	Mengelupas	Luka/Abses	Kondisi ujung tangan/kaki			Normal	Dingin	
Catatan (temuan lain)										
Tes Nafsu Makan										
Yes Nafsu Makan	Baik	Buruk	Menolak							
Pengobatan Rutin saat masuk										
Penerimaan Obat Rutin	Tanggal			Dosis						
Antibiotik										
Kunjungan ke 2										
Obat cacing										
Obat lainnya										
Obat	Tanggal	Dosis		Obat			Tanggal	Dosis		
Imunisasi										
Status imunisasi	Lengkap	Tidak Lengkap	Jika tidak lengkap, rujuk ke bagian imunisasi			Ya	Tidak			

KUNJUNGAN TINDAK LANJUT															
Nama	Telp				No registrasi				Cacat		Ya	Tidak			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			11	12	13
Minggu															
Tanggal															
Berat (kg)															
Tinggi (cm)															
Z score BB/TB															
LILA (cm)															
Edema (+ + + +)															
Kurva Berat Badan															
Kunjungan rumah : 1. BB turun dan nafsu makan baik; 2. BB tetap/kenaikan tidak cukup dan nafsu makan baik; 3. Anak kembali dari rawat inap															
Riwayat kesehatan															
Diare (# hari)															
Muntah (# hari)															
Demam (# hari)															
Batuk (# hari)															
Pemeriksaan Fisik															
Suhu (°C)															
Nafas (# / menit)															
Dehidrasi (Y/T)															
Anemia (Y/T)															
Infeksi Kultur (Y/T)															
Tes nafsu makan Baik/Buruk/Menolak															
Tindakan yang diperlukan (Y/T) (catat tindakan dibawah ini)															
Pengobatan lain (catat dibalik kartu ini)															
Obat gizi (# sisa + # baru)															
Pesan kunci diberikan (#)															
Konseling PMBA (#)															
Nama pemeriksa															
HASIL ***															
***S=Sembuh dan Keluar D=Drop-Out (Absen pada 2 kunjungan berturut-turut) TS= Keluar Tidak Sembuh (tidak ada response) setelah 3 bulan X=Meringgal P=Pindah ke rawat inap atau Pos PGRM lainnya A=Absen MP=Menolak Pindah KR=Kunjungan Rumah Tindakan yang diambil (catat tanggal)															
												CHECKLIST SAAT KELUAR PROGRAM			
												LILA = 12.5cm dan lebih			
												Skor-Z = -2 dan lebih			
												Tidak ada Edema selama 2 minggu			
												Sehat secara klinis selama 2 minggu			
												Konseling PMBA yang diberikan/Gizi			
												Dirujuk ke imunisasi			
												Dirujuk ke MTBS			
Nama Bidan/ Kader:												v 05/25/16			

LAMPIRAN

Lampiran 6. Penilaian Pemberian Makanan Balita Sesuai Umur

Nama pengasuh/ibu		Nama anak	
Jumlah kakak dan adik		Usia anak	
Status kesehatan (lingkari)	Sakit/tidak sakit	Berat naik (Lingkari)	Ya/Tidak

Pemberian ASI

Anak saat ini disusui	Ya/Tidak	Jika tidak, berapa usia anak ketika disapih(bulan)
Jika ya, berapa kali anak disusui dalam sehari		Apakah anda mengalami kesulitan menyusui? Jika ya, jelaskan	

Usia anak saat mendapatkan makanan pendamping ASI

Berapa usia anak ketika mendapatkan makanan pendamping ASI untuk pertama kali(bulan)
---	--------------

Makanan yang diberikan kepada anak

Makanan yang diberikan kepada anak	Frekuensi: Berapa kali/hari	Jumlah: Berapa banyak? (ref.250 ml)	Tekstur: Kekentalan
Makanan utama (nasi, jagung, dll)			
Kacang-kacangan (kacang kedelai, kacang hijau, dll)			
Sayuran/buah			
Protein hewani: Daging/ikan/ayam/telur			

Cairan yang diberikan pada anak

Cairan selain ASI yang diberikan pada anak	Apa jenisnya	Frekuensi: Berapa kali/hari	Jumlah:Berapa banyak? (ref.250 ml)	Menggunakan botol?
Susu lain				Ya/ Tidak
Cairan lain				Ya/Tidak

Bagaimana pemberian makan anak

Siapa yang biasanya membantu anak makan?	Apakah anak anda makan dari piring yang sama dengan kakak/adiknya	Ya/Tidak
Apakah anak makan dengan piring dan sendok bersih?	Ya/Tidak	Apakah pengasuh mencuci tangannya dengan sabun sebelum mempersiapkan makanan dan menyuapi anak?	Ya/Tidak
Apakah tangan anak dicuci dengan sabun sebelum makan?	Ya/Tidak		

CONTOH PERHITUNGAN KENAIKAN BERAT BADAN SETELAH 3 HARI

Berat badan saat ini = 6300 gram

Berat badan 3 hari yang lalu = 6000 gram

Langkah 1. Hitung kenaikan berat badan (dalam gram) = $(6300-6000) \text{ g} = 300 \text{ g}$

Langkah 2. Hitung kenaikan berat badan per harinya = $(300 \text{ g} + 3 \text{ hari}) = 100 \text{ g/hari}$

Langkah 3. Bagilah hasil pada langkah 2 dengan berat rata-rata dalam kilogram $(100 \text{ g/hari} + 6.15 \text{ kg} = 16.3 \text{ g/kg/hari})$

Lampiran 7. Protokol Konseling Pemberian Makanan Balita sesuai Umur dan Pesan Utama

Konseling Pemberian Makanan Balita Sesuai Umur

Saat masuk/penerimaan

- Lengkapi penilaian.
- Jika anak masih menyusui beri semangat ibu untuk meneruskan ASI dan bicarakan kesulitan menyusui dengan ibu.
- Beri tahu ibu mengenai pemberian makan RUTF secara aktif dan pengasuhan anak (cuci tangan sebelum menyiapkan dan memberi makan anak).

Kunjungan lanjutan

- Nilai pemberian makan sesuai umur anak, berat badan anak dan asupan makanan anak sehari-hari sehingga petugas dapat memberikan konseling kepada ibu.
- Jika anak masih menyusui beri semangat ibu untuk meneruskan ASI dan bicarakan kesulitan menyusui dengan ibu.
- Beri tahu ibu mengenai pemberian makan RUTF secara aktif dan pengasuhan anak (cuci tangan sebelum menyiapkan dan memberi makan anak)..
- Mulai konseling dengan 3 langkah (penilaian, analisa, tindakan) mengenai praktek pemberian makanan tambahan ketika berat badan anak sudah naik dengan cukup (ketika status gizi anak sudah mencapai gizi kurang).
- Beri semangat orangtua/pengasuh untuk
 - Memastikan balita selalu tidur menggunakan kelambu berinsektida.
 - Cuci tangan dengan sabun pada semua waktu kritis (sebelum menyiapkan makanan, sebelum makan, setelah buang air besar, setelah membersihkan pantat anak).
 - Rebus air minum sebelum memberikan air minum ke anak, dan simpan air minum keluarga di tempat yang bersih dan tertutup.
 - Bermain bersama anak di rumah untuk mempercepat kesembuhannya.
- Cunakan kartu konseling ketika memberikan konseling pada ibu.

Keluar layanan rawat jalan

- Jika anak masih menyusui, beri semangat ibu untuk meneruskan menyusui; dukung, beri semangat dan tekankan praktek menyusui yang disarankan dan pemberian makanan pendamping.
- Bahas kesulitan pemberian makan bersama ibu/pengasuh
- Dukung, beri semangat dan tekankan praktek pemberian makan yang disarankan dengan menggunakan makanan lokal yang tersedia
- Beri tahu ibu mengenai pemberian makan secara aktif dan pengasuhan

- Beri semangat ibu/pengasuh untuk:
 - datang ke Posyandu tiap bulan;
 - memastikan anak selalu tidur menggunakan kelambu berinsektida;
 - cuci tangan dengan sabun pada semua waktu kritis (sebelum menyiapkan makanan, sebelum makan, setelah buang air besar, setelah membersihkan pantat anak);
 - rebus air minum sebelum memberikan air minum ke anak, dan simpan air minum keluarga di tempat yang bersih dan tertutup.

Pesan Utama

1. Menyusu sesering mungkin, sesuai keinginan bayi, sedikitnya 8 kali dalam 24 jam.
2. Memberikan ASI kapanpun bayi menunjukkan tanda-tanda lapar, seperti rewel, menghisap jari.
3. Berikan anak makanan bervariasi yang terdiri dari:
 - a. Makanan pokok seperti nasi, jagung, dll
 - b. Makanan bersumber hewani seperti daging, ayam, ikan, dan telur
 - c. Makanan dari kacang-kacangan seperti kacang kedelai, kacang hijau yang merupakan sumber protein yang baik.
 - d. Sayuran hijau dan buah-buahan berwarna kuning.
 - e. Sumber lemak: minyak, santan, margarin dan mentega. Proporsi lemak pada makanan balita dianjurkan sebesar 30-45%.
4. Berikan anak porsi makanan dan frekuensi pemberian makan sebagai berikut:
 - a. Pada saat anak berusia 6-8 bulan, mulai berikan 2-3 sendok makan bubur kental 2-3 kali sehari. Teruskan memberi ASI pada anak.
 - b. Pada saat anak berusia 9-11 bulan, beri makan anak 3-4 kali sehari ditambah 1-2 kali makanan selingan. Bayi yang berusia 9 bulan memerlukan sekitar $\frac{1}{2}$ mangkok makanan bertekstur kasar. Teruskan memberi ASI pada anak.
 - c. Pada saat anak berusia 1 tahun atau lebih, anak harus makan makanan keluarga 3 kali sehari. Berikan juga makan selingan bergizi seperti buah-buahan, dua kali sehari, di antara waktu makan. Teruskan memberi ASI pada anak sampai anak berusia 2 tahun.
5. Berikan makan anak dengan piringnya sendiri (tidak makan satu piring dengan anggota keluarga lain), sehingga ibu bisa tahu apakah anak menghabiskan makanannya atau tidak.
6. Ibu/Pengasuh memberikan makan anak secara aktif (sabar, bicara dengan anak, tatap matanya dan bujuk anak untuk makan).
7. Cuci tangan ibu dengan sabun sebelum menyiapkan makanan, sebelum makan, dan sebelum menyuapi anak.
8. Cuci tangan anak dengan sabun sebelum makan.
9. Memberi makan anak dengan menggunakan piring dan sendok yang bersih.

Makanan ideal baduta adalah ASI, yang mempunyai kandungan lemak yang tinggi, cukup protein dan mikronutrien. Karena itu, makanan untuk balita 6-24 bulan adalah ²⁴:

- cukup makanan bersumber hewani,
- cukup energy dan minyak/santan/margarin;
- rendah antinutrisi, misalnya tanin (terdapat pada teh), fitat dll.

Komposisi makanan baduta (Golden MH, 2009)



²⁴ Hofvander, Cameron. WHO, 1983 (Gambar 6, Hal 31)

Lampiran 8. Mainan sederhana untuk digunakan dalam Fase 2 Rawat Inap

Tali dalam cincin (mulai 6 bulan)

Ikat gulungan benang katun dan benda lain berukuran kecil (mis. Potongan leher botol plastik) pada seutas benang. Masukkan benang melewati lubang dan helai benang lainnya terurai.



Kerincingan (mulai 12 bulan)

Potong botol plastik berwarna menjadi carik-carik panjang. Masukkan potongan tersebut ke dalam botol plastik kecil transparan dan lem tutupnya dengan kuat.



Drum (mulai 12 bulan)

Kaleng dengan tutup vana

Cermin (mulai 18 bulan)

Tutup kaleng dengan sisi tumpul

Mainan keluar-masuk (mulai 9 bulan)

Wadah plastik atau kardus karton dan benda berukuran kecil (jangan terlalu kecil agar tidak tertelan)



Botol kapsul (mulai 12 bulan)

Botol plastik besar transparan dengan leher ramping dan benda kecil panjang yang dapat dimasukkan lewat leher botol (jangan terlalu kecil agar tidak tertelan)



Balok susun (mulai 9 bulan)

Balok kecil terbuat dari kayu. Ampelas



Mainan dorong (mulai 12 bulan)

Siapkan kaleng berbentuk tabung dan lubang di titik tengah tutup dan alasnya. Ambil kawat (dengan panjang sekitar 60 cm) dan masukkan kedua ujungnya ke dalam setiap lubang lalu ikat bagian ujung yang berada di dalam kaleng. Masukkan beberapa tutup botol logam ke dalam kaleng lalu pasang tutup kaleng.



Botol tumpuk (mulai 12 bulan)

Belah setidaknya tiga botol plastik bundar berukuran sama menjadi dua, lalu tumpuk.



Mainan tarik (mulai 12 months)

Sama seperti mainan dorong, tapi ganti kawat diganti dengan benang.



Mainan tumpuk (mulai 9 bulan)

Potong alas dua botol berbentuk serupa namun berbeda ukuran. Botol yang lebih kecil dimasukkan ke botol yang lebih besar.



Boneka (mulai 12 bulan)

Buat dua potongan berbentuk boneka dari kain dan jahit bagian tepi kedua potongan tersebut dengan menyisakan sedikit bagian terbuka. Balikkan sisi dalam boneka ke luar lalu isi dengan perca. Jahit bagian terbuka lalu pasang atau gambar wajah boneka.

Puzzle (mulai 18 bulan)

Buat sebuah gambar (mis. boneka) dengan krayon pada sepotong karton berbentuk persegi panjang. Potong gambar menjadi dua atau empat bagian.



Buku (mulai 18 bulan)

Potong kotak karton menjadi tiga bagian sama ukuran berbentuk persegi panjang. Gambari atau tempelkan gambar pada kedua sisi setiap potongan. Buat dua lubang pada satu sisi setiap potongan dan ikat ketiga potongan dengan tali melalui lubang tersebut agar menjadi buku.



Lampiran 9. Peran dan Fungsi Pihak Terkait dalam Penanggulangan Gizi Buruk pada Balita

No	Tingkat	Peran dan Fungsi
1.	Pusat (Kemen-kes)	<ul style="list-style-type: none"> • Menyiapkan kebijakan dan peraturan agar cakupan pelayanan terhadap kasus kekurangan gizi dan kualitas layanannya meningkat di semua tingkat, serta membangun sinergi dengan pihak terkait. • Menyusun perencanaan di tingkat nasional, termasuk perencanaan logistik dan rencana cadangan untuk situasi bencana dan kejadian luar biasa. • Fasilitasi provinsi dalam mengenali masalah setempat dan memanfaatkan hasil pemetaan pemantauan status gizi untuk mengatasi masalah, perencanaan logistik, pembentukan jejaring layanan gizi buruk. • Memantapkan sistem pemantauan kekurangan gizi, termasuk sistem pencatatan dan pelaporan rutin kegiatan gizi, analisis laporan dan tindak lanjut, umpan balik ke provinsi. • Meningkatkan kapasitas penanggungjawab Program Gizi di provinsi melalui berbagai mekanisme. • Koordinasi lintas program dan kementerian terkait dalam penanggulangan gizi buruk pada balita/masalah gizi lainnya, termasuk bekerja sama dengan Kemendagri untuk penggerakan pemda di tingkat provinsi dan kabupaten/kota. • Melaksanakan kajian teknologi kesehatan dan penelitian (untuk obat/makanan/ alat) yang terkait dengan gizi buruk pada balita melalui kerjasama dengan perguruan tinggi dan produsen makanan. • Memperluas jaringan kemitraan dengan berbagai pihak terkait.

<p>2.</p>	<p>Dinas Kesehatan Provinsi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Menjabarkan kebijakan Program Gizi dengan mempertimbangkan situasi dan kondisi provinsi, agar cakupan pelayanan kasus kekurangan gizi dan kualitas layanan meningkat. • Menetapkan prioritas dalam mengatasi masalah gizi, termasuk gizi buruk. • Menyusun rencana kegiatan, biaya dan logistik yang diperlukan. • Meningkatkan kompetensi/kapasitas petugas kesehatan agar dapat menjalankan fungsi dan peran masing-masing dengan kualitas yang baik. • Memantau pelaksanaan kegiatan di kabupaten/kota, antara lain melalui supervisi fasilitatif, pertemuan rutin dan pemantapan pencatatan dan pelaporan, serta analisis dan tindaklanjutnya. • Fasilitasi kabupten/kota untuk menindaklanjuti hasil pemetaan pemantauan status gizi, meningkatkan kapasitas dan meningkatkan cakupan dan kualitas layanan. • Koordinasi lintas program, sektor dan pihak terkait untuk mendapat dukungan dalam upaya penanggulangan gizi buruk pada balita. • Mengirimkan laporan tentang kegiatan dan hasil yang dicapai ke tingkat Pusat dan memberikan umpan balik ke tingkat kabupaten/kota. • Melaksanakan sistem surveilans dan respon dalam penanggulangan gizi buruk terintegrasi dengan sistem yang ada di daerah. • Menyediakan <i>dashboard</i> kasus gizi buruk dan masalah gizi lainnya secara terintegrasi dengan sistem kesehatan daerah.
-----------	---------------------------------	---

3.	Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota	<ul style="list-style-type: none"> • Menindaklanjuti kesepakatan dengan dinkes provinsi dan menjabarkannya dalam kegiatan di wilayah kerja, agar cakupan pelayanan kasus kekurangan gizi dan kualitas layanan meningkat. • Memberikan bimbingan kepada puskesmas agar cakupan penimbangan bulanan balita dan/atau pengukuran LiLA di posyandu dapat mencapai 100% serta menindaklanjuti kasus gizi kurang/buruk/<i>stunting</i> dan memberikan layanan sesuai dengan standar. • Memenuhi kebutuhan logistik untuk upaya penanggulangan gizi buruk. • Meningkatkan kompetensi/kapasitas petugas kesehatan agar dapat menjalankan fungsi dan peran masing-masing dengan kualitas yang baik. • Memantau pelaksanaan kegiatan di puskesmas dan rumah sakit, antara lain melalui supervisi fasilitatif, pertemuan rutin dan pemantauan pencatatan dan pelaporan serta analisis dan tindaklanjutnya. • Koordinasi dengan lintas program, sektor dan pihak terkait untuk dukungan dalam upaya penanggulangan gizi buruk pada balita. • Mengirimkan laporan tentang kegiatan dan hasil yang dicapai ke dinkes provinsi dan umpan balik ke puskesmas. • Melaksanakan sistem surveilans dan respon berbasis masyarakat (SSRBM) dalam bidang gizi yang terintegrasi dengan sistem yang ada. • Menyediakan <i>dashboard</i> kasus gizi yang terintegrasi dengan sistem kesehatan daerah yang bersifat dinamis.
----	--------------------------------	---

4.	Rumah Sakit Kabupaten	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan layanan rawat inap bagi balita gizi buruk dengan atau tanpa komplikasi, sesuai dengan pedoman standar. • Membentuk jejaring pelayanan dalam pelayanan kasus gizi pada balita untuk melakukan kajian bersama, memantapkan rujukan antar wilayah, penelitian bersama dll. • Memastikan kecukupan logistik untuk penanganan balita gizi buruk. • Meningkatkan kompetensi/kapasitas petugas kesehatan agar dapat menjalankan fungsi dan peran masing-masing dengan kualitas yang baik. • Melaporkan setiap kasus gizi buruk ke dinkes kabupaten/kota. • Melakukan rujuk balik ke layanan primer/puskesmas.
5.	Puskesmas dan jejaringnya	<ul style="list-style-type: none"> • Menyusun kegiatan penanggulangan gizi buruk pada balita dengan melibatkan pihak terkait. • Meningkatkan kompetensi/kapasitas petugas kesehatan agar dapat menjalankan fungsi dan peran masing-masing dengan kualitas yang baik. • Memastikan terpenuhinya kebutuhan logistik untuk upaya penanggulangan gizi buruk. • Koordinasi dengan Pemda setempat dan sektor/pihak terkait dalam mendukung pelaksanaan kegiatan pencegahan, rawat jalan, rawat inap dan tindak lanjut di masyarakat. • Memastikan kualitas layanan sesuai dengan standar dalam kegiatan pencegahan, rawat jalan, rawat inap dan tindak lanjut gizi buruk pada balita di masyarakat. • Melakukan rujukan dan menindaklanjuti rujuk balik. • Meningkatkan motivasi dan kemampuan masyarakat, keluarga/kader agar mampu berperan secara efektif dalam upaya penanggulangan gizi buruk pada balita, antara lain melalui pembinaan kegiatan di posyandu. • Mengirimkan laporan tentang kegiatan dan hasil yang dicapai ke dinkes kabupaten/kota.

6.	Sektor/ pihak terkait	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan kontribusi terhadap upaya penanggulangan gizi buruk sesuai dengan tugas pokok dan fungsi sektor/ pihak terkait masing-masing. • Mendukung kebijakan dalam penanggulangan gizi buruk pada balita dan penerapannya di lapangan. • Mempermudah masyarakat dalam menjangkau pelayanan di faskes melalui pembangunan atau perbaikan infrastruktur/kemudahan transportasi. • Memberikan bantuan dalam berbagai bentuk sumberdaya, misalnya dalam peningkatan kualitas staf, pemenuhan kebutuhan logistik dan pembiayaan upaya. • Memantau perkembangan upaya penanggulangan gizi buruk pada balita dan memberikan masukan untuk percepatan dalam menurunkan prevalensi dan tingkat fatalitas gizi buruk pada balita. • Membangun model "Kontribusi peran aktif keluarga dan masyarakat dalam upaya pencegahan dan penurunan gizi buruk pada anak balita". • Bersama sektor kesehatan turut memantau perkembangan upaya penanggulangan gizi buruk pada balita dan memberikan masukan untuk percepatan dalam menurunkan prevalensi gizi buruk pada balita.
7.	Masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tumbuh kembang anak secara rutin, serta memahami penyebab dan dampak kekurangan gizi pada balita, pentingnya inisiasi menyusui dini dan ASI eksklusif untuk bayi 0-6 bulan, pola makan gizi sesuai umur dan keanekaragaman pangan untuk balita 6-59 bulan. • Mengetahui layanan yang tersedia dan lokasinya, serta perawatan yang akan diterima dan membantu mengatasi masalah rujukan yang timbul. • Memahami peran dalam pencegahan dan penemuan dini masalah kekurangan gizi pada balita dan membantu memastikan penanganan kasus sampai pulih sepenuhnya, termasuk mendampingi balita pada fase rehabilitasi dan mencegah terulangnya kejadian gizi kurang/buruk. • Memperbaiki ketahanan pangan secara lokal, misalnya dengan menanam sayuran, buah-buahan, berternak, dll yang dapat dilakukan di tingkat keluarga dan tingkat RT/ RW/desa. • Memahami bahaya masalah kekurangan gizi pada balita.

Lampiran 10. Daftar Tilik Supervisi Fasilitatif di Posyandu dan Faskes

Daftar Tilik Supervisi Fasilitatif Tatalaksana Gizi Buruk Terintegrasi di Posyandu

Nama Posyandu :
 Nama Puskesmas/Pustu/Polindes :
 Nama Kader :
 Nama Supervisor :
 Tanggal Supervisi :

Aspek yang Diamati	Ya	Tidak	Catatan
Alat-alat PGST (Observasi/Diskusi dengan Kader Posyandu)			
Pita LILA ada (batas merah, kuning dan hijau benar)			
Pita LILA dalam keadaan baik (tidak rusak/lusuh)			
Dacin/timbangan ada			
Dacin/timbangan dalam keadaan baik			
Alat ukur panjang/tinggi badan ada			
Alat ukur panjang/tinggi badan dalam keadaan baik			
KMS/Buku KIA ada untuk setiap anak			
Pengukuran (Observasi)			
LILA diukur dengan benar pada anak usia 6-59 bulan			
Berat badan anak diukur dengan benar			
KMS/Buku KIA ada untuk setiap anak terisi dengan benar			
Edema diperiksa dengan benar			
Kader mampu menentukan umur anak (karena LILA hanya pada anak 6-59 bulan)			
Rujukan (Observasi/pemeriksaan dokumen)			
Kader merujuk anak yang tampak kurus, ada edema, LILA merah dan kuning			

Rujukan ke faskes dijelaskan dengan baik kepada Ibu/Pengasuh anak oleh kader			
Slip rujukan masyarakat diberikan untuk anak yang tampak kurus, ada edema, LILA merah dan kuning ke faskes			
Tindak lanjut di Masyarakat (Observasi/Diskusi dengan Kader Posyandu)			
Anak yang tidak datang ke Posyandu dikunjungi ke rumah dan diskruining			
Kader melakukan pendampingan anak yang dirujuk ke faskes			
Kader melakukan kunjungan rumah untuk anak-anak yang absen/drop out ke faskes dan melengkapi kuesioner kunjungan rumah			
Pelaporan (Observasi/Pemeriksaan dokumen/Diskusi dengan Kader Posyandu)			
Hasil skrining dari Posyandu diinformasikan setiap bulan ke nakes di faskes			
Hasil skrining dari Posyandu diisi dengan lengkap dan benar			
Koordinasi (Pemeriksaan dokumen/Diskusi dengan kader Posyandu)			
Kader posyandu bertemu secara rutin dengan tenaga kesehatan, tokoh masyarakat, tokoh agama untuk membahas hasil skrining, rujukan dan tindak lanjut			

Tindakan yang diperlukan

1. _____
2. _____
3. _____

Daftar Tilik Supervisi Fasilitas Tatalaksana Gizi Buruk Terintegrasi (PGBT) di Faskes

Nama Puskesmas/Pustu/Polindes :
 Nama Penanggung Jawab PGBT :
 Nama Supervisor :
 Tanggal Supervisi :

Aktivitas/ Perlengkapan	Ya	Tidak	Catatan
Perlengkapan Pos PGBT (Observasi/Diskusi dengan tenaga kesehatan di Puskesmas/Pustu/Polindes)			
Tersedianya pedoman PGBT			
Pita LILA ada (batas merah, kuning dan hijau benar)			
Pita LILA dalam keadaan baik (tidak rusak/lusuh)			
Timbangan dengan akurasi 0,1 kg			
Timbangan dalam keadaan baik			
Alat ukur panjang/tinggi badan dengan akurasi 0,1 cm			
Alat ukur panjang/tinggi badan dalam keadaan baik			
Pita LILA ada (batas merah, kuning dan hijau benar)			
Tabel standar antropometri, grafik pertumbuhan anak ada			
Tabel Rasio Obat Gizi ada			
Termometer ada			
Air minum ada			
Air bersih/mengalir dan sabun ada			
Kartu Status Pasien serta data pasien			
Pengukuran Antropometri (Observasi anak Sangat Kurus yang hadir di fasilitas PGBT)			
LILA diukur dengan benar			
Berat Badan diukur dengan benar			
Panjang/ Tinggi Badan diukur dengan benar			
Edema diperiksa dengan benar			

LAMPIRAN

Aktivitas/ Perlengkapan	Ya	Tidak	Catatan
Skrining dan Konfirmasi (Diskusi dengan tenaga kesehatan di fasilitas PGBT dan dokumentasi)			
Tenaga kesehatan di faskes memastikan kegiatan skrining di tingkat Posyandu dan masyarakat			
Tenaga kesehatan memastikan anak yang dirujuk datang ke fasilitas PGBT			
Kepatuhan pada Protokol (Observasi/Pemeriksaan Dokumen/Diskusi dengan tenaga kesehatan di fasilitas PGBT)			
Anak gizi buruk usia 0-6 bulan diberikan layanan rawat inap di fasilitas PGBT			
Anak usia 6-59 bulan dengan berat badan ≤ 4 kg diberikan layanan rawat inap di fasilitas PGBT			
Anak gizi buruk usia 6-59 bulan tanpa komplikasi diberikan layanan rawat jalan di fasilitas PGBT			
Anak gizi buruk usia 6-59 bulan dengan komplikasi diberikan layanan rawat inap di fasilitas PGBT			
Anak yang dirujuk diberi Konseling PMBA			
Anak yang terkonfirmasi kurus diberikan PMT jika tersedia			
Pemeriksaan kesehatan dilakukan setiap kunjungan (catat jika tidak sesuai protokol)			
Tes nafsu makan dilakukan sesuai protokol (catat jika tidak sesuai protokol)			
Obat rutin diberikan sesuai protokol (waktu dan dosis), catat jika tidak sesuai protokol			
Pemindahan ke Rawat Inap di faskes dilakukan sesuai protokol tindakan			
Pemindahan ke Rawat Inap di faskes dilakukan dengan Slip Pindah/Rujuk			
Obat Gizi diberikan sesuai protokol (berdasarkan berat badan anak)			
Pesan-pesan kunci PGBT dan Obat Gizi disampaikan kepada pengasuh pada setiap kunjungan			

Aktivitas/ Perlengkapan	Ya	Tidak	Catatan
Penilaian PMBA			
Pesan-pesan kunci PMBA disampaikan kepada Ibu/ pengasuh pada setiap kunjungan			
Formulir status pasien di faskes diisi lengkap untuk setiap anak			
Anak keluar dari program sesuai dengan protokol/ kriteria keluar			
Tindak Lanjut di Masyarakat (Observasi/Diskusi dengan Tenaga Kesehatan di fasilitas PGBT)			
Tenaga Kesehatan dapat mengidentifikasi pasien tidak datang pada kunjungan ke faskes			
Tenaga Kesehatan melakukan Kunjungan Rumah bersama Kader Posyandu bagi balita yang tidak datang secara rutin ke fasilitas PGBT			
Tenaga kesehatan bersama tokoh masyarakat melakukan kunjungan rumah untuk anak-anak yang <i>drop out</i> /tidak sembuh (melengkapi kuesioner kunjungan rumah)			
Pelaporan (Observasi/Pemeriksaan dokumen/Diskusi)			
Laporan penanganan gizi buruk ke Dinkes Kab/Kota			
Stok Obat Gizi dilaporkan tiap bulan dan diisi dengan benar			
Logistik (Observasi/Pemeriksaan dokumen/Diskusi dengan tenaga kesehatan di fasilitas PGBT)			
Stok Obat Gizi tersedia (stok minimum untuk 1 bulan)			
Obat Gizi disimpan secara benar			
Antibiotik tersedia			
Obat cacing tersedia			
Tes Malaria tersedia			
F75/ F100			

Aktivitas/ Perlengkapan	Ya	Tidak	Catatan
Koordinasi (Periksa dokumen/Diskusi dengan tenaga kesehatan di fasilitas PGBT)			
Pertemuan rutin dengan lintas sektor/tokoh masyarakat/tokoh agama/PKK untuk mendiskusikan PGBT/ Kasus/Pertanyaan-pertanyaan			

Tindakan yang diperlukan

1. _____

2. _____

3. _____

Lampiran 11. Pengelolaan Layanan Rawat Jalan

Jumlah layanan rawat jalan di satu kecamatan bisa berbeda berdasarkan ukuran geografis kecamatan, distribusi kasus balita gizi buruk, faktor waktu dan biaya perjalanan bagi pasien. Layanan rawat jalan harus dilaksanakan pada faskes yang mempunyai staf mampu memberikan pelayanan dan mempunyai perlengkapan rawat jalan untuk balita dengan gizi buruk. Setiap faskes yang memberikan layanan rawat jalan perlu memiliki tim yang mampu memberikan pelayanan, yaitu:

1. tenaga kesehatan puskesmas: dokter, tenaga pelaksana gizi, perawat atau bidan;
2. tenaga kesehatan di pusku: perawat atau bidan.

Kepala puskesmas menugaskan tim yang bertanggung jawab untuk:

1. Keseluruhan manajemen layanan rawat jalan untuk balita gizi buruk, termasuk pengawasan layanan rawat jalan di pusku.
2. Penyediaan layanan rawat jalan untuk balita gizi buruk.
3. Kompilasi laporan bulanan.
4. Manajemen persediaan RUTF dan logistik terkait lainnya.
5. Mobilisasi masyarakat.
6. Mengatur kunjungan rumah dan tindak lanjut balita yang absen dan *drop out*.

Peralatan dan bahan yang dibutuhkan meliputi:

1. Timbangan dengan tingkat ketelitian mendekati 10 g untuk bayi dan 100 g untuk anak (timbangan kamar mandi kurang akurat).
2. Papan tinggi/panjang badan/*microtoise*.
3. Pita LiLA.
4. Buku KIA (grafik KMS).
5. Tabel Z-Skor berat badan terhadap tinggi (atau panjang) badan (WHO 2006) – lihat Lampiran 1.
6. Termometer dan peralatan pemeriksaan lainnya (stetoskop, otoskop, dll).
7. Pedoman layanan rawat jalan untuk balita gizi buruk dan alat bantu.
8. Obat-obatan (amoksisilin, anti-malaria, obat cacing, dll) dan vaksin dasar.
9. Air minum yang aman, air bersih, sabun untuk mencuci tangan/wajah balita untuk tes nafsu makan.
10. Paket RUTF, F-100 (susu, gula, minyak), *mineral mix*, oralit dan logistik lainnya.
11. *Home Economic Set* untuk pembuatan formula untuk anak gizi buruk (timbangan makanan, gelas ukur, sendok, piring, dll)
12. Formulir atau dokumen pencatatan dan pelaporan.
13. Register ringkasan layanan rawat jalan untuk balita dengan gizi buruk.

Pedoman
Pencegahan dan
Tatalaksana Gizi Buruk
pada Balita

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
Jakarta, 2020

ISBN 978-602-916-976-8



9 786024 164980