



KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA

616.39  
Ind  
b

## BUKU SAKU

# PENCEGAHAN DAN TATA LAKSANA GIZI BURUK PADA BALITA DI LAYANAN RAWAT JALAN

BAGI  
TENAGA KESEHATAN



Kementerian Kesehatan RI  
2020

**Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI**  
616.39  
Ind Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat  
b Jenderal Kesehatan Masyarakat  
**Buku Saku Pencegahan dan Tata Laksana Gizi  
Buruk Pada Balita di Layanan Rawat Jalan: Bagi  
Tenaga Kesehatan.**—Jakarta: Kementerian Kesehatan  
RI. 2020

ISBN 978-602-416-992-3

1. Judul I. NUTRITION DISORDERS  
II. NUTRITION REQUIREMENTS  
III. CHILD HEALTH SERVICES  
IV. HEALTH MANPOWER

## TIM PENYUSUN

### Pengarah:

Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat  
Direktur Gizi Masyarakat

### Kontributor:

**IDAI:** Sri Nasar; **PERSAGI:** Y. Endang Budiwiarti;  
**Mitra Pembangunan:** Julia Suryantan; **WHO:**  
Sugeng Irianto; **Direktorat Gizi Masyarakat:** Inti  
Mudjiati; Julina; Mursalim; Nita Mardiah; Ivonne  
Kusumaningtias; Dewi Astuti; Elfina; Elisa; Evarini  
Ruslina; Evi Fatimah; Evi Fima; Haji Samkani; Lia  
Rahmawati; Marlina Rully Wahyuningrum; Nanda  
Indah Permatasari; Paulina Hutapea; Rian  
Anggraini; Rini Suhartini; Tiska Yumeida; Visilia  
Ismindari Mahani; Yosnelli; **Direktorat Kesehatan  
Keluarga:** Ario Baskoro; Nindya Savitri; Widyawati;  
**Direktorat Kesehatan Lingkungan:** Diah Wati  
Soetojo; Rahpien Yuswani; Yosina Marthince  
Wandadaya; **Direktorat Promosi Kesehatan dan  
Pemberdayaan Masyarakat:** Salma Tuasikal;  
**Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer:** Lisbet  
Mery Tambunan; Saudatina Arum Maujudah; Yori  
Kemala; **Direktorat Pelayanan Kesehatan  
Rujukan:** Penta Sukmawati; **Direktorat Tata Kelola**

**Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan:** Atika Rizkia Noviani; Denti Widayanti; **Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung:** Antony Azarsyah; Ann Natallia Umar; Alfinella Izhar Iswandi; Galuh Budhi Leksono Adhi; Nur Indah Lestari; Suhardini; Trijoko Yudopuspito.

## KATA PENGANTAR

Gizi buruk merupakan salah satu penyebab tidak langsung kematian pada balita, karena kurangnya asupan makanan yang dikonsumsi dan atau adanya penyakit penyerta. Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan bahwa terdapat 10,2% balita gizi kurang (*wasting*) dan 3,5 % diantaranya gizi buruk (*severe wasting*). Kondisi ini menunjukkan masalah gizi buruk dan gizi kurang di Indonesia menurut kriteria WHO masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dengan kategori "tinggi".

Balita gizi buruk sangat rentan terkena penyakit infeksi dan seringkali gizi buruk disebabkan oleh penyakit infeksi, sehingga harus dilakukan penanganan secara cepat, tepat, dan terintegrasi antara rawat inap dan rawat jalan, dengan mengoptimalkan pemberdayaan masyarakat. Menurut WHO, bila program pemberdayaan masyarakat dan deteksi dini berjalan optimal, maka 80% balita gizi buruk dapat diberikan pelayanan rawat jalan.

Dalam manajemen tata laksana gizi buruk masih terdapat kendala, antara lain: belum optimalnya penemuan kasus, pelayanan rujukan, kepatuhan penderita dalam pengobatan, lamanya rawat inap, tingginya *drop out*, serta keterbatasan tenaga kesehatan yang kompeten dalam tata laksana dan pendampingan di lapangan.

Dalam rangka meningkatkan kesembuhan balita gizi buruk di layanan rawat jalan, diperlukan peran aktif dari keluarga dan masyarakat serta kolaborasi dari seluruh tenaga kesehatan yang terkait. Sehubungan dengan hal tersebut, Direktorat Gizi Masyarakat menyusun Buku Saku Pencegahan dan Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita di Layanan Rawat Jalan yang diharapkan dapat menjadi panduan praktis bagi tenaga kesehatan (tim asuhan gizi) di Puskesmas dalam memberikan pelayanan.

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan buku saku ini. Saran dan masukan yang membangun atas buku saku ini sangat kami harapkan.

Semoga buku saku ini bermanfaat dalam upaya penanggulangan gizi buruk pada balita sehingga dampak gizi buruk dapat ditekan seminimal mungkin.

Jakarta, Agustus 2020

Direktur Gizi Masyarakat,

**Dr. Rr. Dhian Probhoyekti, SKM, MA**

## DAFTAR ISI

Halaman Judul	
TIM PENYUSUN .....	i
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI .....	vi
DAFTAR TABEL .....	viii
DAFTAR BAGAN .....	x
DAFTAR GAMBAR .....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
DAFTAR DEFINISI OPERASIONAL .....	xv
BAB I	
PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan .....	5
C. Tugas dan Fungsi .....	6
BAB II	
PENCEGAHAN, DETEKSI DAN PENEMUAN DINI GIZI BURUK .....	9
A. Pencegahan Gizi Buruk .....	9
B. Deteksi dan Penemuan Dini Gizi Buruk di Tingkat Masyarakat.....	27
BAB III	
ALUR PENAPISAN MASALAH GIZI DAN JENIS LAYANAN YANG DIPERLUKAN.....	39

BAB IV	
SEPULUH LANGKAH TATA LAKSANA	
GIZI BURUK DI LAYANAN RAWAT JALAN .....	46
A. Tata Cara Pemeriksaan Gizi Buruk	
pada Balita .....	46
B. Empat Fase pada Perawatan dan	
Pengobatan Gizi Buruk pada Balita .....	48
C. Sepuluh Langkah Tata Laksana	
Gizi Buruk pada Balita di Layanan	
Rawat Jalan.....	51
BAB V	
TATA LAKSANA GIZI BURUK PADA BALITA	
DI LAYANAN RAWAT JALAN.....	64
A. Konfirmasi Status Gizi.....	64
B. Tata Laksana Gizi Buruk pada	
Balita 6-59 Bulan .....	67
C. Tata Laksana Gizi Buruk pada	
Bayi < 6 Bulan dan Balita $\geq$ 6 Bulan	
dengan Berat Badan < 4 kg	
Pasca Rawat Inap.....	96
BAB VI	
PEMANTAUAN DAN EVALUASI .....	100
BAB VII	
PENUTUP .....	108
DAFTAR PUSTAKA .....	109
LAMPIRAN .....	113

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1.	Batasan Masalah Kesehatan Masyarakat untuk <i>Wasting</i> menurut WHO .....	1
Tabel 2.1.	Faktor Risiko Terjadinya Hambatan Pertumbuhan.....	21
Tabel 2.2.	Interpretasi Status Pertumbuhan Berdasarkan Indeks Antropometri .	23
Tabel 3.1.	Klasifikasi <i>Pitting</i> Edema Bilateral .	41
Tabel 4.1.	Cara Membuat Cairan ReSoMal ...	56
Tabel 4.2.	Cara Membuat Cairan Resomal Bila Larutan <i>Mineral mix</i> Tidak Tersedia.....	57
Tabel 5.1.	Rujukan LiLA, BB/PB atau BB/TB dan <i>Pitting</i> Edema Bilateral.....	65
Tabel 5.2.	Dosis F100 untuk Balita Usia 6-59 Bulan sesuai Berat Badan .....	74
Tabel 5.3.	Dosis Kapsul Vitamin A Dosis Tinggi untuk Anak Usia < 6 Bulan sampai 5 Tahun.....	78
Tabel 5.4.	Suplementasi Zat Besi menurut Berat Badan.....	79
Tabel 5.5.	Hasil Tes Nafsu Makan dengan RUTF .....	82

Tabel 5.6.	Jumlah RUTF yang Harus Dikonsumsi Anak ketika Tes Nafsu Makan.....	83
Tabel 5.7.	Jumlah RUTF dengan Kandungan 500 kkal/bungkus (92 g), Diberikan sesuai Berat Badan Anak .....	85
Tabel 5.8.	Jenis Obat dan Dosis Antihelmintik.....	91
Tabel 5.9.	Kategori Keluar Layanan Rawat Jalan.....	93
Tabel 6.1.	Kondisi-kondisi Penting yang Perlu Diperhatikan Saat Pemantauan.....	103
Tabel 6.2.	Kemungkinan Penyebab Kemajuan yang Lambat pada Rawat Jalan Balita Gizi Buruk.....	104

## DAFTAR BAGAN

Bagan 1.1. Empat Komponen Pengelolaan Gizi Buruk Terintegrasi .....	4
Bagan 2.1. Langkah- Langkah Mobilisasi Masyarakat .....	33
Bagan 3.1. Alur Penapisan Balita Gizi Buruk/Kurang dan Jenis Layanan yang Diperlukan .....	43
Bagan 3.2. Layanan pada Kelompok Khusus ..	44
Bagan 4.1. Sepuluh Langkah Tata Laksana Gizi Buruk di Layanan Rawat Jalan .....	52

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Kebutuhan Gizi Sepanjang Usia .....	18
Gambar 3.1. Cara Pemeriksaan <i>Pitting</i> Edema Bilateral .....	40
Gambar 3.2. Klasifikasi <i>Pitting</i> Edema Bilateral .....	41
Gambar 4.1. <i>Mineral mix</i> Sachet .....	56
Gambar 5.1. Mengukur Porsi RUTF .....	83

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.	Kandungan <i>Mineral mix</i> .....	114
Lampiran 2.	Kandungan Gizi RUTF (Per 100 gram) .....	115
Lampiran 3.	Resep Formula F100 dan Modifikasinya .....	117
Lampiran 4.	Petunjuk Pemberian F100 untuk Anak Gizi Buruk.....	118
Lampiran 5.	Petunjuk Pemberian F100 Diencerkan atau Susu Formula Bayi (Gizi Buruk) atau F75 (Gizi Buruk dengan Edema) untuk Pemberian Makan Bayi Gizi Buruk Usia < 6 Bulan yang Tidak Mendapat ASI atau Balita Usia ≥ 6 Bulan dengan Berat Badan < 4 kg.....	120
Lampiran 6.	Terapi Tuberkulosis (TB) pada Anak Gizi Buruk.....	122
Lampiran 7.	Balita Gizi Buruk dengan HIV dan atau Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) .....	135
Lampiran 8.	Register Layanan Rawat Jalan...	149
Lampiran 9.	Ringkasan Konfirmasi Diagnosa Layanan Rawat Jalan .....	150

Lampiran 10. Laporan Bulanan Layanan Rawat Jalan .....	151
Lampiran 11. Formulir Pencatatan Bayi Muda < 2 Bulan.....	152
Lampiran 12. Formulir Pencatatan Balita Sakit Umur 2 Bulan sampai 5 Tahun...	154
Lampiran 13. Formulir Pemantauan dan Evaluasi Pasien Rawat Jalan .....	156
Lampiran 14. Kuesioner Kunjungan Rumah ....	158
Lampiran 15. Standar Makanan Padat Gizi (Kombinasi Formula) .....	159
Lampiran 16. Brosur Makanan Sehat Bayi .....	161
Lampiran 17. Brosur Makanan Sehat Anak Balita.....	163
Lampiran 18. Contoh Standar Operasional Prosedur (SOP) Deteksi Dini dan Rujukan Balita Gizi Buruk atau yang Berisiko Gizi Buruk.....	165
Lampiran 19. Contoh Standar Operasional Prosedur (SOP) Penetapan dan Klasifikasi Balita Gizi Buruk di Fasilitas Pelayanan Kesehatan ..	186
Lampiran 20. Contoh Standar Operasional Prosedur (SOP) Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita Usia 6-59 Bulan di Layanan Rawat Jalan...	196

Lampiran 21. Contoh Standar Operasional Prosedur (SOP) Tata Laksana Gizi Buruk Pasca Rawat Inap pada Bayi Usia < 6 Bulan dan Balita Usia $\geq$ 6 Bulan dengan Berat Badan < 4 kg di Layanan Rawat Jalan .....	211
Lampiran 22. Lembar Pernyataan Persetujuan Menerima Layanan Rawat Jalan	227

## DAFTAR DEFINISI OPERASIONAL

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	Formula 75 (F75)	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 fase stabilisasi.
3	Formula 100 (F100)	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 pada fase transisi dan rehabilitasi.

No	Istilah	Definisi
4	Gizi buruk ( <i>severe wasting</i> )	Keadaan gizi balita yang ditandai oleh satu atau lebih tanda berikut: i) <i>pitting</i> edema bilateral, minimal pada kedua punggung kaki; ii) BB/PB atau BB/TB kurang dari -3 standar deviasi (< -3 SD); iii) lingkaran lengan atas (LiLA) < 11,5 cm pada balita usia 6-59 bulan.
5	Gizi kurang ( <i>wasting</i> )	Keadaan gizi balita yang ditandai oleh satu atau lebih tanda berikut: i) BB/PB atau BB/TB berada pada -3 sampai dengan kurang dari -2 standar deviasi (-3 SD sd <-2 SD); ii) lingkaran lengan atas (LiLA) kurang dari 12,5 cm sampai dengan 11,5 cm pada balita usia 6-59 bulan.
6	LiLA	Lingkaran lengan atas (LiLA), digunakan sebagai indikator gizi buruk pada balita usia 6-59

No	Istilah	Definisi
		bulan, diperoleh dengan cara mengukur lingkaran atas.
7	MTBS	Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) adalah pendekatan terpadu dalam tata laksana balita sakit di fasilitas kesehatan tingkat pertama terhadap penyakit pneumonia, diare, campak, malaria, infeksi telinga, malnutrisi dan upaya promotif-preventif (imunisasi, pemberian vitamin A, dan konseling pemberian makan) yang bertujuan mencegah kematian pada bayi/ balita.
8	<i>Pitting</i> edema bilateral	Pembengkakan yang disebabkan oleh penimbunan cairan tubuh di bawah kulit akibat kekurangan protein, yang biasanya terjadi pada kedua punggung kaki (edema minimal), punggung tangan, atau bila berat ditemukan di seluruh tubuh (anasarka).

No	Istilah	Definisi
9	Pendampingan balita gizi kurang/ buruk	Kegiatan penyuluhan dan/ atau konseling dan pendampingan melalui kunjungan rumah oleh kader terlatih/ petugas gizi/ kesehatan kepada keluarga yang mempunyai balita gizi kurang/ gizi buruk.
10	Perkembangan	Perkembangan adalah perubahan fungsi tubuh menjadi lebih sempurna. Bertambahnya fungsi tubuh (psikomotor, mental dan sosial) antara lain ditandai dengan bertambahnya keterampilan motorik kasar dan halus, berfungsinya pendengaran, penglihatan, kemampuan berbicara, kecerdasan baik kognitif maupun emosional.
11	Pertumbuhan	Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran fisik dari waktu ke waktu, yang ditandai

No	Istilah	Definisi
		dengan bertambahnya berat badan, panjang/ tinggi badan dan lingkaran kepala.
12	Prevalensi balita gizi buruk	Persentase balita dengan gizi buruk terhadap seluruh balita di suatu wilayah dalam periode waktu tertentu.
13	RUTF ( <i>Ready to Use Therapeutic Food</i> )	RUTF adalah makanan padat gizi yang diperkaya dengan zat gizi mikro untuk terapi balita gizi buruk sesuai standar WHO.
14	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

No	Istilah	Definisi
		rangka mencapai status kesehatan optimal dalam kondisi sehat atau sakit.

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Gizi buruk (*severe wasting*) dapat meningkatkan angka kesakitan dan kematian serta meningkatkan risiko terjadinya stunting. Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan prevalensi *wasting* pada balita sebesar 10,2% dan 3,5% atau sekitar 805.000 balita diantaranya merupakan *severe wasting* (gizi buruk). Batasan masalah kesehatan masyarakat menurut WHO untuk *wasting* seperti pada Tabel 1.1. di bawah ini:

Tabel 1.1. Batasan Masalah Kesehatan Masyarakat untuk *Wasting* menurut WHO

Ambang Batas	Kategori
< 2,5%	sangat rendah
2,5 - 5%	rendah
5 - < 10%	sedang
10 - < 15%	tinggi
> 15%	sangat tinggi

Gizi buruk merupakan salah satu prioritas dalam pembangunan Kesehatan, sesuai arah kebijakan RPJMN 2020-2024, target tahun 2024 adalah menurunkan prevalensi *wasting* menjadi 7% dan stunting menjadi 14%.

Penanganan balita gizi buruk harus dilakukan secara cepat dan tepat untuk mencegah kematian dan komplikasi lebih lanjut serta memperbaiki tumbuh kembang anak di masa mendatang. Upaya penanggulangan gizi buruk dilakukan dengan pencegahan melalui penemuan dini dan memobilisasi masyarakat serta penanganan sesuai dengan tata laksana kasus, yang terintegrasi baik dengan pelayanan rawat jalan maupun rawat inap. Menurut WHO, jika deteksi dini dan pemberdayaan masyarakat optimal, maka 80% atau sekitar 644.000 kasus gizi buruk dapat ditangani secara rawat jalan.

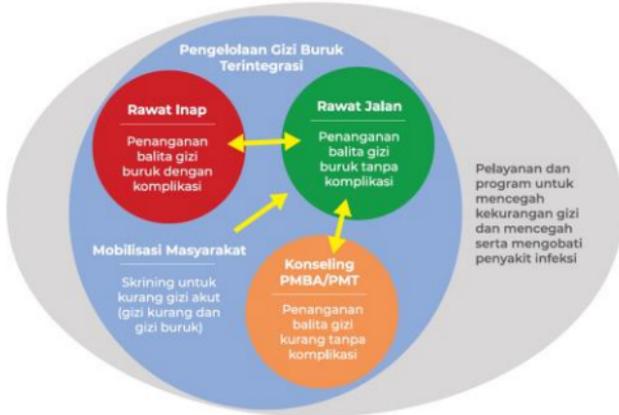
Pemerintah telah melakukan berbagai upaya dalam penanggulangan gizi buruk pada balita, antara lain melalui penyusunan Pedoman Pencegahan dan Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita, penguatan deteksi dini, edukasi gizi,

pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita, Pemberian Makanan Tambahan (PMT) bagi balita gizi kurang, pembentukan *Therapeutic Feeding Centre* (TFC) sebagai pusat pemulihan gizi di fasilitas kesehatan, serta peningkatan kapasitas tim asuhan gizi dalam tata laksana gizi buruk pada balita.

Semua upaya tersebut diharapkan dapat mendukung pencapaian target RPJMN 2024 yaitu 60% Puskesmas di seluruh Indonesia mampu memberikan pelayanan tata laksana gizi buruk dan 90% balita gizi buruk mendapat pelayanan sesuai dengan tata laksana gizi buruk.

Berbagai upaya terus dilakukan melalui peningkatan akses dan kualitas pelayanan, peningkatan kerjasama lintas program/ sektor, serta peningkatan pemberdayaan masyarakat. Penguatan teknis dan manajemen dari seluruh sumber daya yang meliputi perencanaan, pelaksanaan penggerakan, serta pengawasan pengendalian menjadi sangat penting untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Pengelolaan gizi buruk terintegrasi melibatkan semua pemangku

kepentingan sebagaimana digambarkan pada Bagan 1.1. di bawah ini:



Bagan 1.1. Empat Komponen Pengelolaan Gizi Buruk Terintegrasi

Pelayanan balita gizi buruk membutuhkan kolaborasi yang solid dari tim asuhan gizi Puskesmas. Untuk lebih mengoptimalkan pemahaman dan kemampuan tim asuhan gizi, diperlukan panduan praktis berupa buku saku yang mengacu pada Pedoman Pencegahan dan Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita. Dengan adanya buku saku tersebut, diharapkan dapat

meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan rawat jalan dalam penanganan balita gizi buruk terintegrasi.

## **B. Tujuan**

### 1. Tujuan Umum:

Sebagai panduan bagi tenaga kesehatan (tim asuhan gizi) di Puskesmas dalam pencegahan dan penatalaksanaan gizi buruk pada balita di layanan rawat jalan.

### 2. Tujuan Khusus:

Agar tenaga kesehatan (tim asuhan gizi) di Puskesmas mampu:

- a. Memahami prinsip pencegahan, deteksi dan penemuan dini gizi buruk pada balita.
- b. Memahami alur penapisan dan jenis layanan yang diperlukan.
- c. Memahami penerapan sepuluh langkah tata laksana gizi buruk di layanan rawat jalan.

- d. Melakukan tata laksana gizi buruk pada balita usia 6-59 bulan di layanan rawat jalan serta pada bayi kurang dari 6 bulan dan balita diatas 6 bulan dengan berat badan kurang dari 4 kg pasca rawat inap.
- e. Melakukan pemantauan dan evaluasi.

### **C. Tugas dan Fungsi**

Pencegahan dan tata laksana gizi buruk pada balita harus dilakukan dalam pendekatan tim yang terdiri dari dokter, perawat/ bidan dan nutrisisionis/ dietisien (tim asuhan gizi), dan tenaga kesehatan lainnya, dengan rincian tugas pokok dan fungsi sebagai berikut:

1. Dokter
  - a. Melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik, serta menegakkan diagnosis berdasarkan klinis antropometri dan laboratorium.
  - b. Menentukan pilihan tindakan, pemeriksaan laboratorium dan perawatan.

- c. Menentukan terapi obat dan preskripsi diet berkolaborasi dengan tenaga gizi (ahli gizi).
  - d. Melakukan konseling penyakit.
  - e. Melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap perkembangan medis dan status gizi pasien.
  - f. Bertanggung jawab pada asuhan medis dan kepada penderita secara keseluruhan.
2. Perawat/ bidan
- a. Melakukan pengukuran antropometri.
  - b. Melakukan tindakan keperawatan atas instruksi dokter.
  - c. Membantu pemantauan dan evaluasi pemberian makan kepada penderita.
  - d. Bertanggung jawab pada asuhan keperawatan, antara lain pemeriksaan tanda vital seperti suhu, frekuensi napas, denyut nadi.
3. Nutrisionis/ dietisien
- a. Melakukan pengkajian gizi.
  - b. Membuat diagnosis gizi.

- c. Membuat intervensi gizi, contoh membuat formula WHO dan menyusun menu makanan serta memberikan konseling gizi.
  - d. Memantau dan mengevaluasi intervensi yang diberikan termasuk pemberian makan kepada pasien.
  - e. Bertanggung jawab pada asuhan gizi pasien.
4. Tenaga Farmasi
- a. Menyediakan obat berdasarkan resep dokter.
  - b. Menyediakan ReSoMal (*Rehydration Solution for Malnutrition*), terdiri dari oralit, gula pasir dan *mineral mix*.
  - c. Mengawasi interaksi obat dan makanan.
  - d. Membantu memantau dan mengevaluasi pemberian obat kepada pasien.

## **BAB II**

### **PENCEGAHAN, DETEKSI DAN PENEMUAN DINI GIZI BURUK**

#### **A. Pencegahan Gizi Buruk**

Upaya pencegahan kejadian gizi buruk pada balita perlu dilakukan sedini mungkin, berikut prinsip secara umum dan sesuai usia balita.

##### **1. Prinsip umum pencegahan gizi buruk:**

- a. Penyiapan kesehatan dan status gizi ibu hamil dilakukan sejak masa remaja dan selanjutnya saat usia subur.
  - Menerapkan pola hidup sehat bergizi seimbang untuk memenuhi kebutuhan gizi dan mencegah terjadinya Kekurangan Energi Kronis (KEK).
  - Konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD).
  - Mendapatkan konseling pranikah.
  - Mencegah pernikahan dini dan kehamilan pada remaja.

- Meningkatkan kepesertaan Keluarga Berencana (KB).
  - Menerapkan praktik higiene dan sanitasi personal serta lingkungan.
- b. Ibu hamil mendapat pelayanan *antenatal care* (ANC) terpadu berkualitas sesuai standar, penerapan standar pelayanan minimal, deteksi dini dan penanganan adekuat, pola hidup sehat dan gizi seimbang termasuk konseling.
- c. Peningkatan status gizi dan kesehatan, tumbuh kembang serta kelangsungan hidup anak melalui strategi Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) yang dilakukan dengan praktik “Standar Emas Makanan Bayi dan Anak”.
- Inisiasi Menyusu Dini (IMD)
  - ASI Eksklusif (0-6 Bulan)
  - Pemberian MP ASI mulai usia 6 bulan
  - Pemberian ASI diteruskan sampai usia 2 tahun atau lebih

Selain itu, dilanjutkan dengan pemberian makan anak usia 24–59 bulan yang bergizi seimbang untuk memenuhi kebutuhan gizi bagi tumbuh dan kembang anak.

Balita harus dipantau pertumbuhan dan perkembangannya secara rutin serta diberikan pola asuh yang tepat. Balita juga harus mendapatkan stimulasi perkembangan dan imunisasi lengkap sesuai dengan usianya seperti yang tercantum dalam buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

Pemantauan perkembangan balita oleh keluarga mengacu pada Buku KIA sedangkan pemantauan perkembangan balita oleh tenaga kesehatan mengacu pada Pedoman Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK).

- d. Penapisan massal untuk menemukan hambatan pertumbuhan dan perkembangan pada balita di tingkat

masyarakat, dilakukan secara berkala melalui bulan penimbangan dengan target cakupan penapisan 100%.

Bila ditemukan adanya masalah pertumbuhan seperti kenaikan BB tidak memadai, maka balita perlu dirujuk ke tenaga kesehatan.

- e. Perhatian khusus diberikan kepada bayi dan balita dengan faktor risiko akan mengalami kekurangan gizi, misalnya:
- Bayi yang dilahirkan dari ibu dengan kurang energi kronis (KEK) dan/ atau ibu usia remaja, bayi yang lahir prematur, bayi berat lahir rendah (BBLR), kembar, lahir dengan kelainan bawaan.
  - Balita dengan infeksi kronis atau infeksi akut berulang dan adanya sumber penularan penyakit dari dalam/ luar rumah atau gangguan kekebalan tubuh.

- 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 berkala, terutama balita dengan faktor risiko. Orangtua atau pengasuh diberi konseling tentang pemberian makan balita dan pelayanan lainnya serta tindak lanjut sedini mungkin untuk mengatasi masalah yang ditemukan.

- f. Dukungan program terkait
- Dukungan program terkait diperlukan dalam upaya pemenuhan total cakupan pelayanan, menghindarkan bayi/ balita dari berbagai risiko kesehatan, konseling pemberian makan sesuai umur dan penanganan balita sakit

secara komprehensif, serta advokasi dan komunikasi perubahan perilaku melalui komunikasi antar pribadi/komunikasi interpersonal menuju pola hidup bersih dan sehat.

g. Dukungan lintas sektor

Dukungan lintas sektor seperti dalam pemenuhan kebutuhan air bersih dan /atau pengadaan jamban keluarga, serta lingkungan sehat dalam upaya pencegahan penyakit infeksi berulang seperti diare yang dapat mengakibatkan gizi buruk pada balita.

## **2. Pencegahan Gizi Buruk pada Bayi < 6 Bulan**

Proses terjadinya gizi buruk pada bayi di bawah usia 6 (enam) bulan dapat dialami sejak dalam kandungan. Pencegahan gizi buruk pada kelompok ini dimulai sejak kehamilan sampai pada masa menyusui serta faktor lainnya. Pencegahan jangka pendek adalah dengan melakukan IMD dan memberikan ASI Eksklusif serta pemantauan pertumbuhan dan

perkembangan sejak awal kehidupan, pemeriksaan neonatal esensial dengan pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) menggunakan formulir pencatatan bayi muda umur < 2 bulan.

Apabila ditemukan gangguan pertumbuhan dan atau perkembangan, penyakit/ kelainan bawaan, maka bayi perlu segera dirujuk untuk mendapatkan pelayanan yang adekuat dan tepat.

Faktor risiko gizi buruk bagi bayi < 6 bulan yang sering ditemukan antara lain:

- a. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) yaitu berat badan lahir < 2500 gram
- b. Bayi lahir sebelum waktunya (prematuur)
- c. Penyakit dan kelainan bawaan
- d. Pola asuh yang tidak menunjang proses tumbuh kembang bayi dan gangguan kesehatan ibu setelah melahirkan antara lain: manajemen laktasi yang tidak benar, ibu mengalami masalah psikologis, pemberian susu formula yang tidak benar.

### **3. Pencegahan Gizi Buruk pada Balita 6 - 59 Bulan**

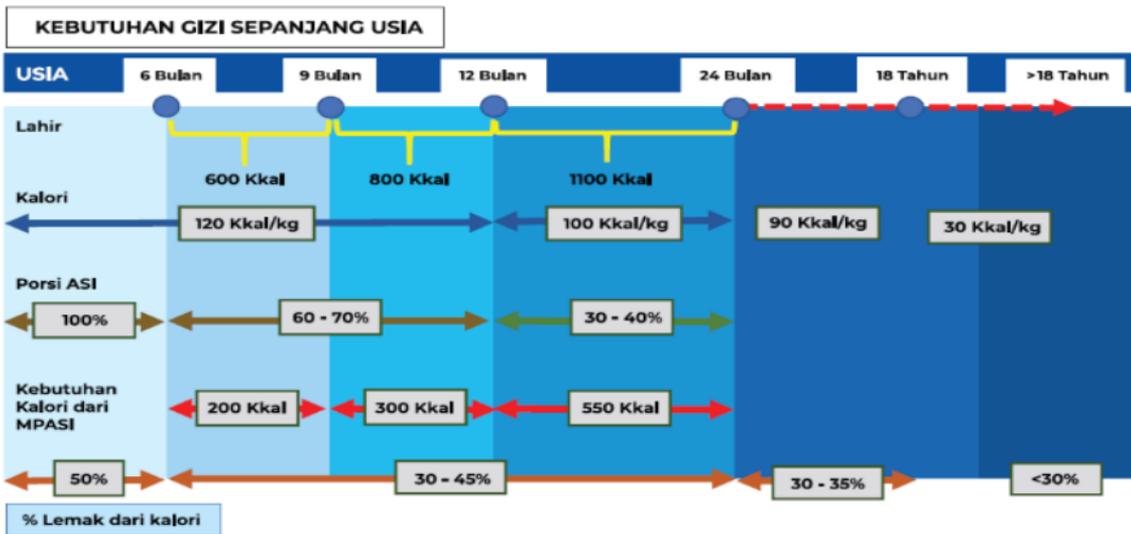
Prinsip pencegahan kekurangan gizi pada balita usia 6-59 bulan adalah:

a. PMBA sesuai rekomendasi

Kapasitas lambung balita usia 6-23 bulan masih kecil yaitu 25-30 ml/kg (Bergman, 2013) sehingga belum dapat menampung makanan dalam jumlah besar. MP ASI yang diberikan harus berupa makanan padat gizi sesuai dengan kebutuhan anak dengan volume yang tidak terlalu besar. Minyak/ lemak merupakan sumber energi yang efisien yang dapat memberi tambahan energi bagi MP ASI tanpa memperbesar jumlah/ volume makanan. Berbagai jenis minyak/ lemak antara lain, minyak kelapa, minyak wijen, margarin, mentega, dan santan. Proporsi lemak yang dianjurkan agar MP ASI menjadi makanan padat gizi adalah sebesar 30-45% dari total kebutuhan energi per hari (Ann Nutr Metab 2018;73 (suppl 1): 27-36).

Berikut ini kebutuhan energi pada balita usia 6-59 bulan:

- Balita usia 6-8 bulan: 600 kkal/hari dengan porsi ASI 60-70%, MP ASI 200 kkal dan kandungan lemak 30-45% dari kebutuhan energi.
- Balita usia 9-11 bulan: 800 kkal/hari dengan porsi ASI 60-70%, MP ASI 300 kkal dan kandungan lemak 30-45% dari kebutuhan energi.
- Balita usia 12-23 bulan: 1100 kkal/hari dengan porsi ASI 30-40%, MP ASI 550 kkal dan kandungan lemak 30-45% dari kebutuhan energi.
- Balita usia 24-59 bulan: kebutuhan energinya adalah 90 kkal/kg BB, porsi lemak 30-35% dari kebutuhan energi dan sisanya dipenuhi dari protein dan karbohidrat.



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 2.1. Kebutuhan Gizi Sepanjang Usia

#### b. Pencegahan Penyakit

Upaya pencegahan penyakit, antara lain dilakukan dengan pemberian imunisasi dasar lengkap, menyediakan jamban keluarga, sumber air bersih serta menjaga kondisi lingkungan dari polusi termasuk polusi industri, asap kendaraan bermotor dan asap rokok.

#### 4. Pemantauan Pertumbuhan Balita

Prinsip pencegahan gizi buruk adalah menemukan kasus yang berisiko mengalami gizi buruk. Untuk itu perlu dilakukan penemuan balita dengan hambatan pertumbuhan sedini mungkin di Posyandu atau fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Pemantauan Pertumbuhan Balita menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS) yang terdapat dalam Buku KIA. Sangat penting untuk melihat kondisi balita pada saat menginterpretasi arah grafik pertumbuhan di KMS. Penyebab utama hambatan pertumbuhan (*Growth Faltering*) dapat dikelompokkan menjadi 3 yaitu:

- a. Asupan makanan yang kurang (kuantitas dan kualitas).
- b. Adanya penyakit infeksi (akut/ kronis) seperti infeksi saluran pernafasan, diare, malaria, campak, TB, HIV/ AIDS.
- c. Kelainan/ cacat bawaan (hidrosefalus, bibir sumbing, cerebral palsy dan kelainan jantung bawaan) yang mempengaruhi kemampuan makan.

Faktor risiko terjadinya hambatan pertumbuhan dapat dilihat dari Tabel 2.1. di bawah ini.

Tabel 2.1. Faktor Risiko Terjadinya Hambatan  
Pertumbuhan

Anak	Ibu
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)</li> <li>• Kesulitan dalam proses menyusu</li> <li>• Menderita sakit infeksi, baik akut atau kronis, seperti diare dan ISPA</li> <li>• Kelainan kongenital</li> <li>• Terlambat atau terlalu dini memperkenalkan makanan padat</li> <li>• Pemberian makan yang tidak adekuat (kuantitas dan kualitas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infeksi pada kehamilan</li> <li>• Ibu usia remaja (terlalu muda)</li> <li>• Pola asuh anak yang kurang baik</li> <li>• Ibu yang terpapar asap rokok saat hamil (perokok aktif atau pasif)</li> <li>• Ibu pekerja</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faktor ekonomi</li> <li>• Faktor Pendidikan</li> <li>• Akses ke fasilitas kesehatan yang sulit</li> <li>• Kesehatan lingkungan dan praktek kebersihan diri yang tidak optimal.</li> </ul>	

Indeks Antropometri yang digunakan untuk penentuan status gizi pada balita sebagai berikut:

- Berat Badan menurut Umur (BB/U)
- Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U)
- Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB)
- Lingkar Lengan Atas (LiLA) pada balita usia 6-59 bulan
- Lingkar Kepala menurut Umur

Tabel 2.2. Interpretasi Status Pertumbuhan Berdasarkan Indeks Antropometri

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
BB/U	Berat badan sangat kurang ( <i>severely underweight</i> )	< -3 SD
	Berat badan kurang ( <i>underweight</i> )	- 3 SD sd < - 2 SD
	Berat badan normal	-2 SD sd +1 SD
	Risiko berat badan lebih	> +1 SD
PB/U atau TB/U	Sangat pendek ( <i>severely stunted</i> )	< -3 SD
	Pendek ( <i>stunted</i> )	- 3 SD sd < - 2 SD
	Normal	-2 SD sd +3 SD
	Tinggi	> +3 SD
BB/PB atau BB/TB	Gizi buruk ( <i>severely wasted</i> )	< -3 SD
	Gizi kurang ( <i>wasted</i> )	- 3 SD sd < - 2 SD
	Gizi baik ( <i>normal</i> )	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih ( <i>possible risk of overweight</i> )	> +1 SD sd +2 SD
	Gizi lebih ( <i>overweight</i> )	> +2 SD sd +3 SD
	Obesitas ( <i>obese</i> )	> +3 SD
LiLA	Gizi buruk	< 11,5 cm
	Gizi kurang	11,5 cm – 12,4 cm
	Gizi baik	≥ 12,5 cm
Lingkar Kepala	Sangat kecil	< -3 SD
	Kecil	- 3 SD sd < - 2 SD
	Normal	≥-2 SD sd ≤+2SD
	Sangat besar	> +2 SD

Sumber: Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak, WHO MGRS, 2005 dan WHO IMCI, 2014

## **5. Tindak Lanjut Balita Berisiko Gizi Buruk**

Saat pemantauan pertumbuhan balita, bila ditemukan indikasi hambatan pertumbuhan atau risiko terjadinya hambatan pertumbuhan berdasarkan salah satu indikator pertumbuhan:

- a. Bayi < 6 bulan
  - 1) Lakukan pemeriksaan semua indikator pertumbuhan.
  - 2) Lakukan penilaian proses menyusui termasuk posisi dan perlekatannya serta status gizi dan asupan makan ibu.
  - 3) Lakukan penilaian riwayat imunisasi dan riwayat kesehatan lain, termasuk penyakit yang diderita.
  - 4) Lakukan juga penilaian faktor risiko lain.
  - 5) Tindak lanjut sesuai dengan kondisi yang ditemukan, seperti:
    - Konseling menyusui.
    - Konseling gizi bagi ibu menyusui.

- Konseling stimulasi tumbuh kembang.
- Rujukan ke program kesehatan terkait, misalnya imunisasi.
- Tata laksana gizi buruk (bagi balita yang teridentifikasi gizi buruk).
- Bila ada penyakit atau faktor risiko maka lakukan tata laksana penyakit atau faktor risiko sesuai standar.
- Pantau perbaikan masalah pertumbuhan tiap 2 minggu, hingga masalah teratasi.

b. Balita 6 – 59 bulan

- 1) Lakukan pemeriksaan semua indikator pertumbuhan.
- 2) Lakukan penilaian asupan makan dan pola pemberian makan menurut umur.
- 3) Lakukan penilaian riwayat imunisasi dan riwayat kesehatan lain, termasuk penyakit yang diderita.

- 4) Lakukan juga penilaian faktor risiko lain.
- 5) Tindak lanjut:
  - Konseling pemberian makan sesuai umur.
  - Konseling stimulasi tumbuh kembang.
  - Rujukan ke program kesehatan terkait, misalnya imunisasi, pemberian vitamin A, pemberian obat cacing (untuk balita  $\geq 12$  bulan) serta pemberian oralit dan seng (*Zinc*) pada balita yang menderita diare.
  - Tata laksana gizi buruk (bagi balita yang teridentifikasi gizi buruk).
  - Pemberian Makanan Tambahan untuk balita gizi kurang (bila tersedia).
  - Bila ada penyakit atau faktor risiko maka lakukan tata

laksana penyakit atau faktor risiko sesuai standar.

- Pantau perbaikan masalah pertumbuhan tiap 2 minggu, hingga masalah teratasi.

## **B. Deteksi dan Penemuan Dini Gizi Buruk di Tingkat Masyarakat**

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

1. Meningkatkan akses balita untuk ditimbang setiap bulan melalui berbagai titik penimbangan, misalnya Posyandu, Poskesdes, Pustu, Puskesmas, fasilitas pelayanan kesehatan swasta/ praktik mandiri, PAUD, Bina Keluarga Balita, Taman Bermain, Taman Kanak-kanak/ Raudhatul Atfal, dsb. Semua balita harus mempunyai Buku KIA, yang diperoleh sejak ibunya hamil. Balita dengan hambatan pertumbuhan dirujuk ke petugas kesehatan.

2. 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 terdapat *pitting* edema pada kedua punggung kakinya, rujuk ke petugas kesehatan, Puskesmas atau layanan kesehatan tingkat pertama lainnya.

Dalam penemuan dini kasus berisiko kekurangan gizi pada balita oleh masyarakat, ada 2 pendekatan penemuan balita berisiko kekurangan gizi:

1. Penemuan kasus secara pasif

Kegiatan penemuan kasus secara pasif biasa dilakukan saat balita datang ke Posyandu untuk kegiatan pemantauan pertumbuhan, saat

kunjungan rutin lain ke fasilitas kesehatan atau saat kunjungan ke fasilitas kesehatan karena sakit.

Pada saat balita sakit berkunjung ke Puskesmas dan dilayani di poli MTBS, balita diperiksa mengikuti protokol MTBS. Pemeriksaan dan pengukuran status gizi meliputi:

- a. Berat dan panjang atau tinggi badan, untuk dapat menentukan Z-Score BB/PB atau BB/TB
  - b. LiLA
  - c. *Pitting* edema bilateral
2. Penemuan kasus secara aktif

Penemuan kasus secara aktif dapat dilakukan dengan melakukan *sweeping* balita yang tidak datang ke Posyandu dan skrining dengan menggunakan LiLA pada kesempatan dimana banyak balita berkumpul, seperti acara sosial kemasyarakatan dan acara keagamaan.

Penemuan dini kasus berisiko kekurangan gizi akut dengan:

- a. Pengukuran LiLA pada balita usia 6-59 bulan.
- b. Identifikasi balita dengan hambatan pertumbuhan.
- c. Pemeriksaan *pitting* edema bilateral.
- d. Mengenali balita yang kurus.

Salah satu keberhasilan dari penemuan dini kasus balita berisiko gizi buruk adalah keterlibatan aktif dari semua masyarakat melalui kegiatan mobilisasi masyarakat.

Sebagai bagian dari mobilisasi masyarakat, anggota masyarakat yang telah dilatih untuk melakukan penemuan dini, juga dilatih untuk melakukan rujukan balita berisiko ke fasilitas kesehatan. Balita berisiko gizi kurang atau gizi buruk yang perlu dirujuk adalah:

- a. Balita (6-59 bulan) dengan LiLA kuning (11,5 - < 12,5 cm) dan merah (<11,5 cm).
- b. Balita yang mengalami hambatan pertumbuhan (seperti yang dijelaskan di atas).

- c. Balita dengan *pitting* edema bilateral.
- d. Balita yang tampak kurus.
- e. Bayi < 6 bulan yang mengalami kesulitan menyusu baik disebabkan karena faktor bayi maupun faktor ibu.

Anggota masyarakat yang terlibat dalam penemuan dini perlu dilatih untuk dapat menjelaskan kepada ibu/ pengasuh dan keluarga tentang kenapa balita perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan dan kemungkinan tindakan yang akan didapat sesuai dengan hasil pemeriksaan oleh tenaga kesehatan.

Penjelasan yang diberikan kepada keluarga bila balita perlu dirujuk sebagai berikut:

- a. Balita Gizi Buruk usia 6-59 bulan dapat menjalani rawat jalan bila:
  - tanpa komplikasi medis;
  - nafsu makan baik;
  - dan keluarga mampu merawat balita tersebut dengan bimbingan tenaga kesehatan (tenaga gizi/ bidan/ perawat).

- b. Balita Gizi Buruk usia 6-59 bulan harus menjalani rawat inap bila:
- BB kurang dari 4 kg;
  - ada komplikasi medis;
  - nafsu makan buruk;
  - dan keluarga tidak mampu merawat dengan baik.
- c. Semua bayi usia  $< 6$  bulan dengan indeks BB/PB kurang dari  $-3$  SD dan/atau ada *pitting* edema bilateral harus menjalani rawat inap.

Langkah-langkah mobilisasi masyarakat dapat dilihat pada Bagan 2.1. di bawah ini.



Bagan 2.1. Langkah- Langkah Mobilisasi Masyarakat

Langkah-Langkah Mobilisasi Masyarakat adalah sebagai berikut:

a. Kajian Masyarakat.

Tujuannya untuk mengidentifikasi potensi hambatan dan dukungan terhadap akses dan pemanfaatan layanan kesehatan. Dua pertanyaan utama dalam kajian masyarakat.

- Faktor-faktor yang dapat meningkatkan kebutuhan akan layanan Pengelolaan Gizi Buruk Terintegrasi (PGBT) di masyarakat (*demand*).
- Bagaimana cara pengorganisasian mobilisasi masyarakat sehingga dapat menimbulkan atau meningkatkan kebutuhan akan layanan PGBT secara efektif (*supply*).

Kajian masyarakat ini dapat dilakukan dengan:

- Konsultasi bersama pemuka masyarakat (tingkat kabupaten, kecamatan, dan desa).
  - Tinjauan data sekunder.
  - Pengambilan data primer, seperti wawancara mendalam, FGD, dan observasi.
- b. Konsultasi dengan masyarakat dan penyusunan strategi.

- Disusun bersama dengan pemangku kepentingan di masyarakat, termasuk kelompok ibu.
  - Disusun berdasarkan hasil kajian masyarakat.
  - Strategi yang disusun termasuk:
    - Strategi peningkatan pengetahuan.
    - Strategi penemuan dini dan rujukan oleh masyarakat.
    - Strategi tindak lanjut dan kunjungan rumah oleh masyarakat.
- c. Pengembangan pesan dan media.
- Penyusunan rencana rinci tentang siapa dan bagaimana cara melakukan langkah awal dan diseminasi pesan berdasarkan informasi yang didapat saat kajian masyarakat.
  - Konsultasikan rencana tersebut dengan pemangku kepentingan

kunci untuk menilai apakah strategi tersebut sesuai dengan konteks masyarakat.

Pesan-pesan kunci meliputi:

- Pemahaman tentang gizi buruk dan dampak terhadap balita, keluarga dan masyarakat.
- Informasi tentang ketersediaan layanan balita gizi buruk.
- Perilaku pencarian pelayanan kesehatan yang tepat.
- Kepatuhan terapi hingga balita sembuh.

d. Pelatihan mobilisasi masyarakat

Targetnya yaitu semua anggota masyarakat yang akan terlibat aktif dalam kegiatan tersebut, seperti kader, ibu dasawisma, atau guru PAUD.

Materi pelatihan mobilisasi masyarakat, meliputi:

- Tujuan Pengelolaan Gizi Buruk Terintegrasi (PGBT).

- Jenis-jenis masalah gizi dan penyebabnya.
  - Identifikasi, klasifikasi dan tata laksana balita gizi buruk.
  - Cara deteksi dini dengan identifikasi hambatan pertumbuhan, pengukuran LiLA dan penilaian *pitting* edema bilateral.
  - Cara melakukan rujukan, tindak lanjut dan kunjungan rumah.
- e. Kegiatan peningkatan pengetahuan dan kesadaran masyarakat.
- Suatu proses yang berkelanjutan.
  - Meningkatkan pengetahuan tentang tanda/ gejala, pengobatan dan pencegahan kurang gizi pada balita.
  - Meningkatkan pemahaman tentang layanan balita gizi buruk yang ada, serta bagaimana cara mengakses layanan tersebut.

- Meningkatkan rasa kepemilikan atas layanan balita gizi buruk.
- Penemuan dini kasus dan rujukan

Bayi dan balita gizi buruk atau berisiko gizi buruk dapat diidentifikasi, dirujuk dan diberikan perawatan secara dini dan tepat.

f. Tindak lanjut dan kunjungan rumah

Tindak lanjut dan kunjungan rumah dilakukan untuk kasus-kasus berisiko, seperti respon lambat dan absen.

g. Keterkaitan dengan program, layanan dan kegiatan berbasis masyarakat lainnya.

Mobilisasi masyarakat juga mempertimbangkan keterkaitan dengan pelayanan, program-program dan kegiatan untuk mencegah kekurangan gizi serta mencegah dan mengobati penyakit infeksi secara dini.

### **BAB III**

## **ALUR PENAPISAN MASALAH GIZI DAN JENIS LAYANAN YANG DIPERLUKAN**

Masalah gizi adalah suatu kondisi dimana terjadi kekurangan, kelebihan atau ketidakseimbangan asupan kalori dan/ atau zat gizi seseorang. Kekurangan gizi adalah suatu kondisi yang dapat terjadi secara akut dan kronis disebabkan oleh asupan zat gizi yang tidak memadai, gangguan penyerapan dan/ atau metabolisme zat gizi akibat penyakit serta dipengaruhi juga oleh sanitasi yang buruk dan penanganan pangan di rumah tangga yang tidak higienis. Sedangkan kelebihan zat gizi adalah suatu kondisi yang disebabkan oleh ketidakseimbangan asupan energi (*energy intake*) dengan energi yang digunakan (*energy expenditure*) dalam waktu lama.

Berdasarkan klasifikasi WHO, kurang gizi akut dibagi menjadi:

1. Balita gizi kurang adalah balita dengan indeks BB/PB atau BB/TB pada  $-3$  SD sampai kurang dari  $-2$  SD, atau dengan pengukuran LiLA

berada di antara 11,5 cm sampai kurang dari 12,5 cm (usia 6-59 bulan).

2. Balita gizi buruk adalah balita dengan indeks BB/PB (atau BB/TB) kurang dari  $-3$  SD atau dengan pengukuran LiLA  $< 11,5$  cm (usia 6 - 59 bulan) atau adanya *pitting* edema bilateral minimal pada kedua punggung kaki yaitu bila daerah edema ditekan akan menyebabkan lekukan dan secara perlahan akan kembali ke kondisi awal.



**Tekanselama  
3 detik**



**Bekas  
tertinggal**

Gambar 3.1. Cara Pemeriksaan  
*Pitting* Edema Bilateral

Klasifikasi *pitting* edema bilateral dapat dilihat pada Tabel 3.1 dan Gambar 3.2. di bawah ini.

Tabel 3.1. Klasifikasi *Pitting* Edema Bilateral

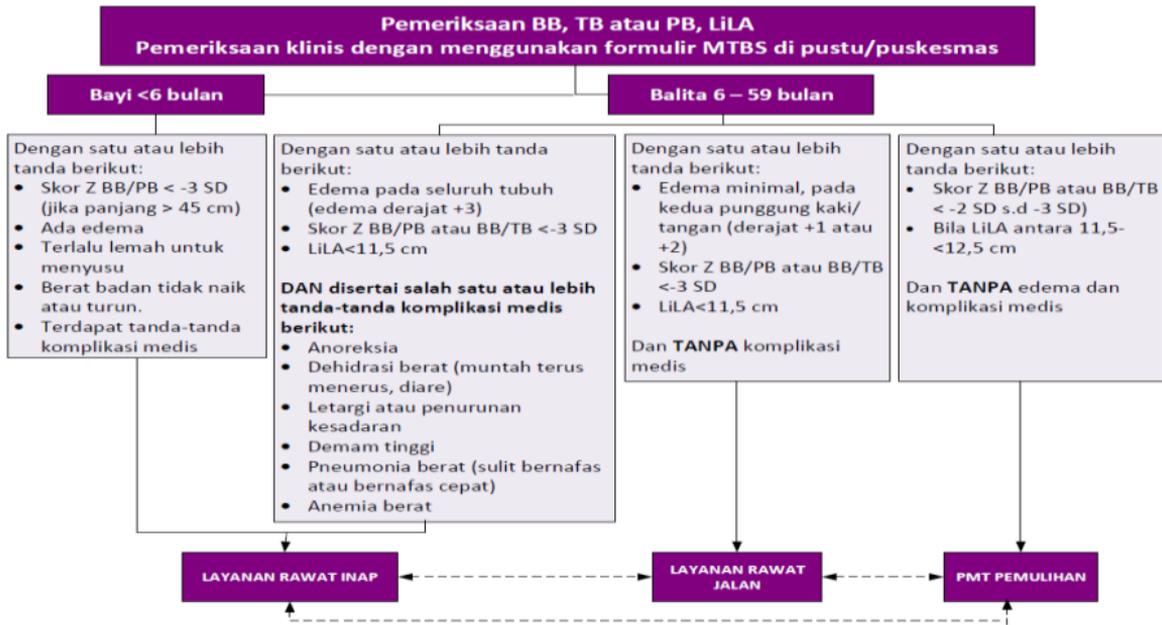
Derajat	Deskripsi
<b>Ringan (+)</b>	Edema hanya dikedua punggung kaki
<b>Sedang (++)</b>	Edema di kedua punggung kaki dan tungkai bawah (dan/atau tangan/lengan bawah)
<b>Berat (+++)</b>	Edema meluas di seluruh bagian tubuh (edema anasarka)



Gambar 3.2. Klasifikasi *Pitting* Edema Bilateral

Kasus yang ditemukan di masyarakat maupun di pelayanan kesehatan perlu dikonfirmasi untuk menentukan status gizi dan pelayanan yang akan diberikan kepada balita tersebut. Konfirmasi dilakukan melalui pemeriksaan antropometri, klinis, *pitting* edema bilateral dan nafsu makan. Setelah itu ditentukan apakah balita gizi buruk akan dirawat inap atau rawat jalan.

Alur penapisan masalah gizi dan jenis layanan yang diperlukan dapat dilihat pada Bagan 3.1. dan Bagan 3.2. di bawah ini.



Bagan 3.1. Alur Penapisan Balita Gizi Buruk/Kurang dan Jenis Layanan yang Diperlukan



Bagan 3.2. Layanan pada Kelompok Khusus

Alur Penapisan Balita Gizi Buruk/Kurang dan Jenis Layanan yang diperlukan:

1. Rawat jalan untuk: balita usia 6-59 bulan dengan gizi buruk tanpa komplikasi. Layanan ini dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat pertama/ Puskesmas.
2. Rawat inap untuk:
  - a. Bayi < 6 bulan dengan gizi buruk (dengan atau tanpa komplikasi);
  - b. Balita gizi buruk usia 6-59 bulan dengan komplikasi dan/ atau penyakit penyerta yang memerlukan rawat inap;
  - c. Semua balita diatas 6 bulan dengan berat badan < 4 kg.

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.

## BAB IV

### SEPULUH LANGKAH TATA LAKSANA GIZI BURUK DI LAYANAN RAWAT JALAN

#### A. Tata Cara Pemeriksaan Gizi Buruk pada Balita

Penentuan status gizi buruk pada balita perlu dilakukan pemeriksaan, sebagai berikut:

1. Berat badan dan panjang/ tinggi badan
2. Lingkar lengan atas (LiLA)
3. *Pitting* edema bilateral

Setiap balita yang berobat ke tenaga kesehatan atau berkunjung di fasilitas kesehatan diperiksa dengan pendekatan MTBS, agar balita terlayani secara komprehensif.

Penentuan diagnosis dengan menggunakan *checklist* (MTBS) sebagai berikut:

<b>Checklist Anamnesis</b>
Identitas yang jelas (nama orang tua, nama anak, jenis kelamin, umur, tanggal lahir)
<b>Anamnesis awal:</b> Muntah/ diare (tampilan bahan muntah/ diare, lama dan frekuensi)

Mata cekung (yang baru terjadi)  
Kencing (terakhir kapan, kencing berkurang/ sedikit, frekuensi jarang, sakit)  
Kapan tangan dan kaki teraba dingin.  
Kesadaran menurun (tampak mengantuk, tidak aktif).

**Anamnesis lanjutan:**

Riwayat ASI/ MP ASI.  
Riwayat pemberian makan (sebelumnya dan beberapa hari sebelum sakit).  
Adanya *pitting* edema bilateral atau tampak makin kurus.  
Pernah kontak dengan penderita campak/ TB.  
Pernah sakit campak dalam 3 bulan terakhir.  
Riwayat penyakit (diare, ISPA, campak, TB, dll).  
Berat lahir.  
Riwayat tumbuh kembang (termasuk perkembangan motorik).  
Memiliki Kartu Menuju Sehat (KMS) dan melakukan penimbangan rutin di Posyandu.  
Riwayat imunisasi dan pemberian vitamin A.  
Penyebab kematian pada saudara kandung.  
Keadaan sosial ekonomi.

**Lanjutan Anamnesis lanjutan:**

Pendidikan orang tua, dll.

Sesuai rekomendasi WHO, jenis pelayanan balita gizi buruk dapat dilihat pada Bagan 3.1. dan 3.2. pada Bab III.

**Bayi < 6 bulan Gizi Buruk Harus dirawat di Rumah Sakit**

#### **B. Empat Fase pada Perawatan dan Pengobatan Gizi Buruk pada Balita**

Pemulihan anak gizi buruk memerlukan waktu kurang lebih 6 bulan, namun perawatan di layanan rawat inap dapat dilakukan sampai tidak ada komplikasi medis, *pitting* edema bilateral berkurang dan nafsu makan baik (tanpa melihat status gizi berdasarkan indeks antropometri), tetapi pemulihan gizi hingga BB/PB atau BB/TB > -2 SD dan/ atau LiLA  $\geq$  12,5 cm dan tanpa *pitting* edema bilateral dapat tetap dilanjutkan dengan rawat jalan di layanan rawat jalan bila tersedia. Bila tidak tersedia layanan rawat jalan, maka pemulihan gizi hingga sembuh dilakukan di layanan rawat inap.

Tata laksana anak gizi buruk, terdiri dari 4 fase perawatan dan pengobatan. Namun, tidak semua

balita gizi buruk akan menjalani 4 fase tersebut. Fase stabilisasi dan transisi untuk balita gizi buruk yang perlu layanan rawat inap, sedangkan fase rehabilitasi dapat dilakukan pada layanan rawat jalan. Bila tidak tersedia layanan rawat jalan, maka fase rehabilitasi hingga balita mencapai kriteria sembuh dapat dilakukan di layanan rawat inap. Empat fase perawatan dan pengobatan gizi buruk pada balita yaitu:

#### 1. Fase Stabilisasi

Fase stabilisasi merupakan fase awal perawatan yang umumnya berlangsung 1-2 hari, tetapi dapat berlanjut sampai satu minggu sesuai kondisi klinis anak.

Pemantauan pada fase stabilisasi dilakukan dengan mencatat tanda-tanda vital (denyut nadi, frekuensi pernafasan, suhu badan), tanda-tanda bahaya, derajat edema, asupan formula, frekuensi defekasi, konsistensi *feces*, volume urine dan berat badan.

#### 2. Fase Transisi

Fase transisi adalah masa peralihan dari fase stabilisasi ke fase rehabilitasi dengan tujuan

memberi kesempatan tubuh untuk beradaptasi terhadap pemberian energi dan protein yang semakin meningkat.

Pemantauan pada fase transisi sama seperti pada fase stabilisasi.

### 3. Fase Rehabilitasi

Fase ini dapat diberikan di layanan rawat jalan maupun rawat inap. Fase ini adalah fase pemberian makanan untuk tumbuh kejar. Pemberian energi sebesar 150-220 kkal/kgBB/hari dalam bentuk F100 atau RUTF, bertahap ditambah makanan yang sesuai berat badan. Umumnya berlangsung selama 2-4 minggu. Kemajuan terapi dinilai dari kenaikan berat badan setelah fase transisi dan mendapat F100 atau RUTF.

Pemantauan pada fase rehabilitasi dilakukan dengan mencatat asupan formula dan kenaikan berat badan, untuk pemeriksaan klinis dapat dilihat pada Bab V.

#### 4. Fase Tindak lanjut

Pada fase ini merupakan lanjutan pemberian makanan untuk tumbuh kejar dengan pemberian makanan keluarga dan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT- P).

#### **C. Sepuluh Langkah Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita di Layanan Rawat Jalan**

Tindakan pengobatan dan perawatan anak gizi buruk dikenal dengan 10 (sepuluh) langkah Tata Laksana Anak Gizi Buruk, namun dalam **penerapannya sesuai dengan fase dan langkah seperti Bagan 4.1. di bawah ini, tetapi beberapa langkah dapat dilakukan dalam waktu yang bersamaan**, tergantung dari kondisi klinis yang ditemukan.

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 kejar			→	→	→
9	Memberikan stimulasi untuk tumbuh kembang	→	→	→	→	→
10	Mempersiapkan untuk tidak lanjut di rumah			→	→	

Bagan 4.1. Sepuluh Langkah Tata Laksana Gizi Buruk di Layanan Rawat Jalan

## **1. Langkah 1: Mencegah dan mengatasi hipoglikemia**

**Semua balita gizi buruk berisiko mengalami hipoglikemia** (kadar gula darah  $< 3$  mmol/L atau  $< 54$  mg/dL). Jika fasilitas setempat tidak memungkinkan untuk memeriksa kadar gula darah, maka semua anak gizi buruk dianggap **menderita hipoglikemia** dan segera ditangani dengan memberikan 50 ml larutan glukosa 10% (1 sendok teh munjung gula pasir dalam 50 ml air) secara oral.

## **2. Langkah 2: Mencegah dan mengatasi hipotermia**

Hipotermia (suhu aksilar kurang dari  $36^{\circ}\text{C}$ ) 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. Cara mencegah dan mengatasi hipotermia dengan menghangatkan tubuh balita

dengan menutup seluruh tubuh, termasuk kepala, dengan pakaian dan selimut.

**WASPADAI HIPOTERMIA, BILA SUHU ANAK 36°C**

### **3. Langkah 3: Mencegah dan mengatasi dehidrasi**

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 urine dianggap mengalami dehidrasi.

Pada dehidrasi ringan/ sedang, tetap upayakan memberikan terapi rehidrasi oral. Apabila tidak mungkin secara oral, cairan diberikan melalui pipa nasogastrik sampai anak bisa minum. Gunakan larutan oralit standar yang telah dimodifikasi dengan mengurangi Natrium dan menambah Kalium yang lebih dikenal dengan *Rehydration Solution for Malnutrition* (ReSoMal).

Cara mencegah dan mengatasi dehidrasi: beri ReSoMal yang terbuat dari oralit yang diencerkan, gula pasir, larutan elektrolit/ *mineral mix* dan air.

a. Oralit

Pemberian oralit pada anak gizi buruk harus diencerkan 2 (dua) kali agar kadar Natrium menjadi lebih rendah untuk menghindari terjadi retensi air, edema dan gagal jantung.

b. Gula

Gula diberikan untuk menambah energi dan mencegah hipoglikemia.

c. Larutan elektrolit/ *mineral mix*

Diberikan untuk mengatasi gangguan keseimbangan elektrolit dan mineral seperti Kalium, Magnesium, Cuprum dan Zinc.

Apabila anak diare, berikan ReSoMal setiap kali diare.

a. Untuk anak usia < 2 tahun: 50-100 ml setiap kali diare.

b. Untuk  $\geq 2$  tahun: 100-200 ml setiap kali buang air besar.

Cara pembuatan ReSoMal dapat dilihat pada Tabel 4.1. di bawah ini.

Tabel 4.1. Cara Membuat Cairan ReSoMal

Bahan	Jumlah
Oralit WHO	1 <i>sachet</i> (200 ml)
Gula pasir	10 g
Larutan <i>mineral-mix</i>	8 ml
Ditambah air sampai menjadi	400 ml
2,6 g NaCl; 2,9 g <i>trisodium citrate dihydrate</i> ; 1,5 g KCl; 13,5 g glukosa	

*Mineral mix* juga telah tersedia dalam bentuk *sachet* (komposisi *mineral mix* dalam *sachet*, lihat Lampiran 1 hal 114).



Gambar 4.1. *Mineral mix* Sachet

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

Tabel 4.2. 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 Magnesium, Zinc, dan Cuprum, maka dapat diberikan MgSO<sub>4</sub> 40% IM 1 x/hari dengan dosis 0,3 ml/kgBB, maksimum 2 ml/hari.

**Catatan:**

Balita yang **tidak gizi buruk** diberikan Zinc setiap diare dengan dosis:

- < 6 bulan diberikan 10 mg ( $\frac{1}{2}$  tablet) per hari
  - $\geq$  6 bulan diberikan 20 mg (1 tablet) per hari
- Pemberian Zinc diteruskan sampai 10 hari walaupun diare sudah membaik. Hal ini dimaksudkan untuk mencegah kejadian diare selanjutnya selama 3 bulan kedepan.

#### **4. Langkah 4: Memperbaiki gangguan keseimbangan elektrolit**

Pada anak gizi buruk terjadi gangguan keseimbangan cairan, elektrolit dan mineral. Untuk mengatasi gangguan keseimbangan elektrolit tersebut, diberikan *mineral mix* yang ditambahkan kedalam formula WHO (Formula 75, Formula 100) dan ReSoMal.

Tubuh anak gizi buruk relatif mengandung kadar Natrium lebih tinggi dan Kalium lebih rendah dibandingkan anak normal. Karena itu, pemberian cairan tidak boleh yang mengandung kadar Natrium tinggi dan anak harus mendapat tambahan Kalium.

**Jangan obati edema dengan diuretikum.  
Pemberian Natrium berlebihan dapat  
menyebabkan kematian.**

Tata laksana:

- a. Untuk mengatasi gangguan elektrolit diberikan Kalium, yang sudah terkandung di dalam larutan *mineral mix* yang ditambahkan ke dalam F75, F100 atau ReSoMal.

- b. Gunakan larutan ReSoMal untuk rehidrasi.

## **5. Langkah 5: Mengobati 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 fasilitas kesehatan dan segera diberi antibiotik. Hipoglikemia dan hipotermia seringkali merupakan tanda infeksi berat.

Tata laksana:

- a. Berikan kepada semua balita gizi buruk antibiotika dengan spektrum luas. Bila balita sebelumnya di rawat inap, maka pemberian antibiotika merupakan lanjutan dari pengobatan sebelumnya di rawat inap.
- b. Imunisasi campak jika balita berusia  $\geq 6$  bulan dan belum pernah diimunisasi atau mendapatkan imunisasi campak sebelum usia 9 bulan. Imunisasi ditunda bila balita dalam keadaan syok.

Imunisasi termasuk imunisasi campak pada balita gizi buruk diberikan sebelum anak pulang dari tempat perawatan (fase rehabilitasi).

### **Pilihan antibiotika berspektrum luas**

- a. Beri Amoksisilin (15 mg/kgBB per oral setiap 8 jam) selama 5 hari. Untuk bayi dengan berat badan < 3 kg, dosis Amoksisilin 15 mg/kgBB per oral setiap 12 jam selama 5 hari.
- b. Berikan terapi untuk penyakit infeksi sesuai dengan standar terapi yang berlaku, seperti TB, HIV (lihat Lampiran 6 hal 122 dan Lampiran 7 hal 135).

## **6. Langkah 6: Memperbaiki kekurangan zat gizi mikro**

Semua anak gizi buruk mengalami defisiensi vitamin dan mineral. Meskipun sering ditemukan anemia, **zat besi tidak boleh diberikan pada fase awal** (fase stabilisasi dan transisi), zat besi baru diberikan setelah anak mempunyai nafsu makan yang baik dan mulai bertambah berat badannya (biasanya pada

minggu kedua, mulai fase rehabilitasi). Zat besi dapat memperberat infeksi bila diberikan terlalu dini. Pemberian zat gizi mikro sama dengan penjelasan sebelumnya.

Bila balita gizi buruk mendapat RUTF (dengan komposisi sesuai dengan rekomendasi WHO), maka tidak perlu diberikan suplementasi zat gizi mikro lagi, kecuali ditemukan tanda klinis kekurangan vitamin A pada mata dan/ atau ada riwayat menderita campak dalam 3 bulan terakhir, maka balita diberi suplementasi vitamin A dosis tinggi sesuai umur. (Dosis pemberian zat gizi mikro bisa dilihat pada Bab V).

#### **7. Langkah 7: Memberikan makanan untuk fase stabilisasi dan transisi**

Diberikan untuk anak gizi buruk di layanan rawat inap.

#### **8. Langkah 8: Memberikan makanan untuk tumbuh kejar**

Pada fase rehabilitasi terjadi replisi (pemulihan) jaringan tubuh sehingga diperlukan energi dan protein yang cukup, diberikan energi

150-220 kkal/kgBB/hari, protein 4-6 g/kgBB/hari. Terapi gizi yang diberikan dapat berupa F100 atau RUTF yang secara bertahap ditambah makanan padat gizi.

### **9. Langkah 9: Memberikan stimulasi untuk tumbuh kembang**

Pada anak gizi buruk terjadi keterlambatan perkembangan mental dan perilaku. Keterlibatan keluarga terutama ibu sangat diperlukan dalam memberikan stimulasi untuk tumbuh kembang anak. Oleh karena itu, perlu diberikan petunjuk kepada orang tua dan keluarga untuk memberikan stimulasi perkembangan anak dengan penuh kasih sayang, sambil bermain, bernyanyi dan menciptakan suasana yang menyenangkan.

Stimulasi diberikan secara bertahap dan berkelanjutan sesuai umur anak terhadap empat aspek kemampuan dasar anak yaitu kemampuan gerak kasar, kemampuan gerak halus, kemampuan bicara dan bahasa serta kemampuan sosialisasi dan kemandirian.

Stimulasi terstruktur dilakukan secara intensif setiap hari selama 15-30 menit.

## **10. Langkah 10: Mempersiapkan untuk tindak lanjut di rumah**

Persiapan untuk tindak lanjut di rumah dapat dilakukan sejak anak dirawat inap, misalnya melibatkan ibu dalam kegiatan merawat anaknya. Kriteria sembuh dari gizi buruk apabila BB/TB atau BB/PB  $> -2$  SD dan/ atau LiLA  $\geq 12,5$  cm dan tidak ada *pitting* edema bilateral.

Bila balita keluar dari layanan rawat inap setelah sembuh (sesuai kriteria diatas) maka anjurkan untuk kontrol teratur setelah pulang, 1x/minggu pada bulan pertama, 1x/2 minggu pada bulan kedua, selanjutnya 1x/bulan sampai 6 bulan atau lebih. Selain itu, dianjurkan juga untuk melengkapi imunisasi dasar ataupun ulangan sesuai program PPI (Program Pengembangan Imunisasi).

## **BAB V**

### **TATA LAKSANA GIZI BURUK PADA BALITA DI LAYANAN RAWAT JALAN**

Langkah-langkah dalam layanan rawat jalan pada balita gizi buruk sebagai berikut:

#### **A. Konfirmasi Status Gizi**

Hal-hal yang perlu dilakukan dalam konfirmasi status gizi yaitu:

1. Menyampaikan penjelasan kepada keluarga tentang prosedur yang akan dilakukan.
2. Melakukan pengukuran antropometri dan *pitting* edema bilateral. Pengukuran antropometri meliputi BB, PB atau TB dan LiLA untuk memastikan status gizi berdasarkan indeks BB/PB atau BB/TB, dan LiLA. Semua hasil pengukuran dicatat di buku KIA. Selanjutnya lakukan pemeriksaan apakah ada *pitting* edema bilateral dan tentukan derajatnya (+1, +2 atau +3).

Tabel 5.1. Rujukan LiLA, BB/PB atau BB/TB dan *Pitting* Edema Bilateral

	Gizi Buruk	Gizi Kurang	Gizi Baik
LiLA (6-59 bulan)	Kurang dari 11,5 cm ( $<11,5$ cm)	11,5 sampai 12,4 cm (11,5 – 12,4 cm)	12,5 cm atau lebih ( $\geq 12,5$ cm)
	dan/atau	dan/atau	dan
BB/TB atau BB/PB	Kurang dari -3 SD ( $<-3$ SD)	-3 sampai kurang dari -2 SD ( $\geq -3 - <-2$ SD)	- 2 sampai dengan 1 SD ( $\geq -2 - 1$ SD)
	dan/atau	dan/atau	dan
Bilateral edema	Ya	Tidak	Tidak

Sumber: WHO, 2005

Balita gizi buruk yang langsung dirawat jalan, adalah balita dengan tanda berikut:

1. BB/PB atau BB/TB kurang dari -3 SD, dan atau
2. LiLA kurang dari 11,5 cm (usia 6-59 bulan), dan atau,
3. *Pitting* edema bilateral (+1 atau +2), dan
4. Nafsu makan baik, dan
5. Tanpa komplikasi medis.

Bayi usia < 6 bulan dengan gizi buruk yang dirawat inap dapat melanjutkan perawatan dirawat jalan dengan kriteria sebagai berikut:

1. Kondisi klinis baik, bayi sadar dan tidak ada komplikasi medis.
2. Tidak ada *pitting* edema bilateral.
3. Kenaikan berat badan minimal 20 g/hari atau > 5 g/kgBB/hari selama 5 hari berturut-turut.
4. Ibu dan bayi mendapatkan akses ke pelayanan rawat jalan, termasuk akses terhadap formula bagi bayi yang tidak mendapatkan ASI Eksklusif.
5. Ibu sudah mendapat konseling menyusui dan gizi seimbang untuk ibu menyusui (untuk bayi yang mendapat ASI Eksklusif).
6. Ibu sudah mendapat konseling cara penyiapan dan pemberian formula serta pemberian makan sesuai umur.

## **B. Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita 6-59 Bulan**

Balita gizi buruk yang dirawat di layanan rawat jalan dapat merupakan:

1. Kasus baru balita gizi buruk 6–59 bulan, termasuk kasus *relaps* (kambuh).
2. Rujukan dari layanan rawat inap. Balita gizi buruk yang memenuhi syarat untuk pindah rawat dari rawat inap ke rawat jalan untuk melanjutkan perawatan gizi hingga sembuh.
3. Kasus lama: yaitu pasien yang masuk kembali setelah *drop out* dan pindahan dari layanan rawat jalan lain.

Rawat jalan dapat dilakukan pada balita gizi buruk dalam fase rehabilitasi (pasca rawat inap). Tata laksana pada rawat jalan sangat menentukan keberhasilan penanganan gizi buruk pada balita agar tidak kambuh.

Layanan rawat jalan dapat dilakukan di Puskesmas/ Pustu dengan kriteria sebagai berikut:

1. Tenaga kesehatan sudah mendapat pelatihan pencegahan dan tata laksana balita gizi buruk.

2. Fasilitas kesehatan memiliki logistik yang dibutuhkan, termasuk:
  - a. Alat antropometri (alat ukur panjang/tinggi badan, alat timbang dan pita LiLA) sesuai standar
  - b. Bahan F100 atau formula untuk gizi buruk lainnya
  - c. *Home economic set* (alat untuk mengolah dan menyajikan F100, seperti: gelas ukur, kompor, panci, sendok makan, piring, mangkok, gelas dan penutupnya, dll)
  - d. Obat-obat rutin (seperti antibiotika, obat cacing) sesuai protokol

Setiap balita sakit yang berobat ke tenaga kesehatan atau di unit rawat jalan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama diperiksa dengan pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), agar balita terlayani secara menyeluruh.

Prosedur yang dilakukan (khususnya untuk kasus baru, jelaskan kepada keluarga tentang kondisi balita), yaitu:

1. Melakukan anamnesis riwayat kesehatan balita meliputi riwayat kelahiran, imunisasi, menyusui dan makan (termasuk nafsu makan), riwayat penyakit dan keluarga.
2. Melakukan pemeriksaan fisik secara umum dan khusus:
  - a. Pemeriksaan fisik umum meliputi kesadaran, suhu tubuh, pernafasan, dan nadi.
  - b. Pemeriksaan fisik khusus seperti tercantum pada formulir MTBS (lihat *checklist* pada Bab IV).
3. Melakukan pemeriksaan penunjang sesuai indikasi.
4. Melakukan pemberian obat sesuai hasil pemeriksaan:
  - a. 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. Bila balita sebelumnya di rawat inap, maka

pemberian antibiotika merupakan lanjutan dari pengobatan sebelumnya di rawat inap.

- b. Parasetamol hanya diberikan pada demam lebih dari 38°C. Bila demam > 39°C rujuk balita ke rawat inap. Memberikan penjelasan cara menurunkan suhu tubuh anak di rumah kepada pengasuh.
5. Menghitung kebutuhan gizi balita  
Jumlah zat gizi yang diperlukan sebagai terapi gizi untuk memenuhi kebutuhan balita gizi buruk yaitu:  
Energi : 150-220 kkal/kgBB/hari.  
Protein : 4-6 g/kgBB/hari.  
Cairan : 150-200 ml/kgBB/hari.  
Pemenuhan kebutuhan gizi tersebut dapat diperoleh dari F100 atau *Ready to Use Therapeutic Food* (RUTF) serta makanan padat gizi.
6. Melakukan konseling gizi kepada pengasuh tentang cara pemberian F100 atau RUTF dan makanan padat gizi.
7. Mencatat hasil layanan dalam rekam medis dan formulir rawat jalan (lihat Lampiran 8

halaman 149, Lampiran 9 hal 150 dan Lampiran 10 hal 151).

Pada saat penerimaan balita gizi buruk, selain dilakukan anamnesis dan pemeriksaan medis seperti yang disebutkan di atas, dilakukan juga tes nafsu makan. Tes nafsu makan dilakukan di tempat yang tenang sebelum pasien menjalani terapi gizi dengan F100 atau RUTF sesuai dengan rencana terapi, dan tes dilakukan paling cepat 2 jam setelah makan.

Jelaskan pada ibu/ pengasuh tentang tujuan tes nafsu makan dan bagaimana tes akan dilakukan. Selanjutnya ibu/ pengasuh dinasehati untuk tidak terburu-buru dalam tes nafsu makan dan terus membujuk balita dengan lembut.

Bila balita gizi buruk mempunyai nafsu makan yang baik sesuai dengan hasil tes nafsu makan, maka balita tersebut dapat dirawat di layanan rawat jalan, bila tidak maka dirawat di layanan rawat inap.

### **1. Tes Nafsu Makan dengan F100**

F100 merupakan formula khusus yang terdiri dari susu, gula, minyak dan mineral mix/

larutan elektrolit yang digunakan untuk terapi gizi buruk.

Adapun langkah melakukan tes nafsu makan dengan menggunakan F100 adalah sebagai berikut:

- a. Berikan penjelasan kepada ibu tentang prosedur tes nafsu makan.
- b. Hitung dan siapkan dosis F100 untuk keperluan sehari disesuaikan dengan berat badan balita.
- c. Siapkan satu dosis F100 untuk satu kali pemberian ( $\frac{1}{6}$  dari dosis harian) yang akan digunakan saat tes nafsu makan di layanan rawat jalan.
- d. Berikan dosis F100 pertama pada balita secara perlahan, balita dapat meminum sendiri F100 nya atau minta ibu/pengasuh memberikan F100 kepada balita.
- e. Bila balita menolak, minta ibu/pengasuh untuk membujuk balita secara perlahan dan tidak terburu-buru.

Hindari memaksa balita untuk minum F100. Buat balita merasa nyaman dan tidak tertekan.

- f. Amati proses dan catat hasilnya.
- g. Sisa dosis (5 bungkus) F100 diberikan kepada ibu/ pengasuh untuk diberikan di rumah. Ajarkan ibu/ pengasuh cara pemberian sisa dosis F100 di rumah. Minta ibu/ pengasuh untuk selalu memberikan F100 sebelum memberikan makanan lain, termasuk makanan selingan (*snack*).
- h. Minta ibu/ pengasuh mencatat jumlah F100 yang tersisa/ tidak dihabiskan.
- i. Minta ibu/ pengasuh untuk kembali membawa balita ke layanan rawat jalan esok harinya dengan membawa kemasan kosong F100 dan catatan sisa F100.
- j. Tanya ibu/ pengasuh jumlah F100 yang dihabiskan oleh balita selama di rumah dalam sehari tersebut.

- k. Nafsu makan balita dikatakan baik jika balita dapat menghabiskan 80% dari target F100 dalam sehari sesuai berat badan.

Tabel 5.2. Dosis F100 untuk Balita Gizi Buruk Usia 6-59 Bulan sesuai Berat Badan

BB anak (kg)	Volume F-100/4 jam (6 x sehari)*		Volume F100 dalam sehari	
	Minimum (ml)	Maksimum (ml)	Minimum 150 ml/kg/hari	Maksimum 220 ml/kg/hari
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

\*Volume untuk setiap kali makan dibulatkan dengan kelipatan 5 ml yg terdekat

### Pemberian F100:

- a. F100 dalam bentuk kering (susu, gula, minyak) diberikan untuk keperluan 2 hari, karena formula pada suhu ruang

hanya dapat bertahan 2 x 24 jam, catat tanggal saat F100 dibuat. *Mineral mix* diberikan terpisah.

Bahan makanan disimpan dalam wadah bersih, kering dan tertutup, diletakkan dalam lemari bersih, bebas dari serangga dan binatang pengerat (kecoak, tikus, dll). Susu yang telah dibuka hanya bertahan selama 1 bulan, catat tanggal saat susu tersebut dibuka.

- b. Pada tahap awal, balita dengan BB < 7 kg hanya diberi F100. Bila BB  $\geq$  7 kg, maka dapat diberikan  $\frac{2}{3}$  dari total kebutuhan kalori berupa F100, sisanya diberikan berupa makanan yang mengandung tinggi protein hewani dan tinggi energi/minyak.

## Penting

- Informasikan ibu/ pengasuh selalu mencuci tangan sebelum mencampur dan memberikan F100 ke balita. Cuci tangan dan muka balita. Selalu gunakan air minum yang aman untuk mencampur bahan F100. Gunakan alat minum/ makan yang bersih. Informasikan kepada orangtua/ pengasuh cara mencampur bahan F100 di rumah, cara penyimpanan dan cara pemberian kepada balita.
- Simpan bahan F100 ditempat yang sulit dijangkau balita, tidak terkena matahari langsung, dan aman dari hewan. Bila memungkinkan simpan bahan dalam wadah bersih dan tertutup.
- Minta orangtua/ pengasuh dan balita datang ke faskes setiap 2 hari (sebelum jatah F100 habis). Jika orangtua/ pengasuh tidak datang, tenaga kesehatan mengunjungi rumah balita untuk memberikan F100 berikutnya, sekaligus melakukan pemantauan konsumsi F100.
- Catat hasil pemantauan di Buku KIA. Periksa kemasan kosong F100 pada setiap kunjungan.
- Balita gizi buruk yang tidak bisa menghabiskan 80% dari dosis F100 untuk anak dengan BB < 7 kg dan 100% dari dosis F100 untuk anak dengan BB ≥ 7 kg untuk sehari, harus dirujuk.

- c. Jika tenaga kesehatan menggunakan F100 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 dalam 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.
- Jika tidak tersedia kapsul vitamin A dosis tinggi dapat diberikan vitamin A dosis 5000 SI per hari selama proses pemulihan.

Tabel 5.3. Dosis Kapsul Vitamin A Dosis Tinggi untuk Anak Usia < 6 Bulan sampai 5 Tahun

Umur	Dosis
< 6 bulan	50.000 SI ( $\frac{1}{2}$ kapsul biru)
6 - 11 bulan	100.000 SI (1 kapsul biru)
1 - 5 tahun	200.000 SI (1 kapsul merah)

Pemberian  $\frac{1}{2}$  kapsul biru vitamin A (50.000 SI) dilakukan dengan cara mengeluarkan semua isi kapsul biru pada wadah yang bersih dan berikan kepada balita gizi buruk usia < 6 bulan  $\frac{1}{2}$  dari isi kapsul biru tersebut sesuai takaran menggunakan pipet tetes atau sendok obat.

**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 5.4.).

Tabel 5.4. Suplementasi Zat Besi menurut Berat Badan

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 tablet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satu kali sehari sampai kadar Hb normal selama 2 bulan berturut-turut</li> <li>• Lakukan pemeriksaan Hb jika balita diduga menderita anemia (telapak tangan pucat).</li> <li>• Bila balita menderita anemia dan mendapatkan terapi, maka harus diulang pemeriksaan Hb satu bulan kemudian.</li> <li>• Bila Hb tidak naik, pikirkan penyebab lain.</li> </ul>
	15 - < 20 kg	½ tablet	
	20 – 29 kg	1 tablet	
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	

**Dosis pemberian vitamin A dan asam folat dapat merupakan lanjutan dari pemberian pasca rawat inap**

## 2. Tes Nafsu Makan dengan RUTF

RUTF merupakan pangan khusus siap konsumsi yang padat gizi dan setara dengan F100 serta diperkaya dengan vitamin dan

mineral. RUTF diperuntukan bagi balita gizi buruk usia  $\geq 6$  bulan sesuai rekomendasi WHO. **Pemberian RUTF di Indonesia diprioritaskan pada anak usia diatas 12 bulan.**

Sebelum memulai tes nafsu makan, minta pengasuh untuk mencuci tangannya, memotong kuku tangan anak serta mencuci tangan dan wajah anak dengan air dan sabun serta mencuci kemasan RUTF sebelum memulai tes nafsu makan. Langkah tes nafsu makan adalah sebagai berikut:

- a. Pastikan kemasan RUTF bersih sebelum melakukan tes nafsu makan.
- b. Biarkan anak bermain dengan kemasan RUTF dan menjadi terbiasa/ nyaman dengan lingkungan sekitar.
- c. Sediakan air minum yang bersih dan sudah direbus bagi anak selama tes nafsu makan.
- d. Remas kemasan sebelum digunakan lalu di buka. Tekan dan makan.
- e. Minta pengasuh untuk duduk nyaman dengan anak di pangkuan mereka dan

- berikan RUTF langsung dari kemasan atau ambil RUTF di jari dan gunakan jari untuk memberikan RUTF kepada anak.
- f. Jika anak menolak, maka pengasuh sebaiknya mencoba terus untuk membujuk anak secara perlahan dan tidak buru-buru.
  - g. Tes biasanya berlangsung sebentar, tapi jika anak tertekan, mungkin akan butuh waktu lebih lama. Anak seharusnya tidak dipaksa untuk makan RUTF.
  - h. Amati (tes sebaiknya diamati oleh tenaga kesehatan) dan catat hasil tes.
  - i. RUTF yang digunakan untuk tes nafsu makan sebaiknya dikurangi dari jatah yang dibawa pulang.
  - j. Tes nafsu makan dilakukan pada setiap kunjungan.

Tabel 5.5. Hasil Tes Nafsu Makan dengan RUTF

<b>Baik</b>	Anak dapat menghabiskan jumlah RUTF yang ditentukan untuk lulus tes, anak makan RUTF dengan lahap dan terlihat ingin makan terus.
<b>Buruk*</b>	Anak mengonsumsi RUTF dengan bujukan terus menerus dari pengasuh atau menolak makan RUTF.

*\* Jika tes nafsu makan dengan RUTF hasilnya buruk atau tidak ada nafsu makan, dapat dilakukan tes nafsu makan dengan F100. Jika hasil tes nafsu makan dengan F100 juga hasilnya buruk, maka balita harus dirujuk.*

Dalam menentukan nafsu makan anak baik selama tes nafsu makan (30 menit-1 jam), anak harus menghabiskan RUTF sesuai jumlah yang ditentukan sebagaimana Tabel 5.6. di bawah ini:

Tabel 5.6. Jumlah RUTF yang Harus Dikonsumsi Anak ketika Tes Nafsu Makan

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



Gambar 5.1. Mengukur Porsi RUTF

Sumber: *A Training of Trainers on the Philippine Integrated Management of Acute Malnutrition (PIMAM) for Children under Five Years of Age*

**Pemberian RUTF:**

- a. Jumlah RUTF yang diberikan sesuai dengan berat badan balita dan diberikan untuk 7 hari (dapat dilihat pada Tabel 5.7.)
- b. Contoh RUTF mengandung 545 kkal/100 g atau 500 kkal/bungkus (92 g) (dapat dilihat pada Lampiran 2 hal 115).
- c. 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.

Tabel 5.7. Jumlah RUTF dengan Kandungan 500 kkal/bungkus (92 g), Diberikan sesuai Berat Badan

Berat badan balita (kg)	Paket per hari	Paket per minggu	Kkal per hari
3,5 – 3,9	1 ½	11	750
4,0 – 5,4	2	14	1.000
5,5 – 6,9	2 ½	18	1.250
7,0 – 8,4	3	21	1.500
8,5 – 9,4	3 ½	25	1.750
9,5 – 10,4	4	28	2.000
10,5 – 11,9	4 ½	32	2.250
≥ 12	5	35	2.500

\*Berdasarkan rata-rata kebutuhan kalori 200 kkal/kg/hari.

### **Penting**

- Informasikan kepada ibu/keluarga bahwa RUTF hanya digunakan untuk pengobatan balita gizi buruk (12 – 59 bulan).
- RUTF tidak boleh dibagi kepada anggota keluarga lain.
- Informasikan kepada ibu/ pengasuh kebutuhan RUTF anak per hari.
- Informasikan kepada ibu/ pengasuh untuk memastikan kemasan RUTF bersih sebelum memberikan RUTF kepada anak.
- Informasikan kepada ibu/ pengasuh untuk mencuci tangan dan muka anak dengan sabun sebelum anak makan RUTF.
- Jika anak masih minum ASI, selalu susui anak sebelum memberikan RUTF.
- Bujuk anak untuk makan RUTF dalam jumlah sedikit dan sering (sampai 8 kali perhari). Bujuk anak untuk menghabiskan jumlah RUTF yang dibutuhkan per hari sebelum diberi makan lain.
- Gunakan RUTF **dalam waktu 24 jam** setelah membuka kemasan.
- Simpan RUTF di wadah yang bersih dan tertutup, hindari sinar matahari langsung.

- Kembalikan kemasan RUTF kosong pada setiap kunjungan.
- Jika anak diare jangan hentikan pemberian makanan: teruskan pemberian RUTF, ASI (jika masih menyusui) dan air minum bersih yang telah direbus.

### **Prosedur yang dilakukan saat kunjungan ulang (seminggu sekali)**

1. Pada setiap kunjungan dilakukan penilaian kemajuan yaitu kenaikan berat badan cukup, *pitting* edema bilateral berkurang atau hilang dan kondisi klinis lainnya membaik. Untuk mengukur kemajuan, digunakan target kenaikan berat badan 50 g/kgBB/minggu atau minimal 5 g/kgBB/hari. Lakukan penilaian apakah kondisi balita membaik atau memburuk.
2. Hitung ulang kebutuhan F100 atau RUTF sesuai dengan berat badan terakhir. Balita gizi buruk dengan edema mengalami penurunan BB saat edema berkurang, maka untuk perhitungan kebutuhan F100 atau RUTF menggunakan BB awal.

**Contoh cara menghitung kenaikan rata-rata berat badan per hari**

**Perhitungan kenaikan rata-rata berat badan per hari (periode 3 hari)**

- Berat badan saat ini = 6300 g
- Berat badan awal (3 hari lalu) = 6000 g

**Langkah 1.** Hitung kenaikan BB dalam gram =  $6300 - 6000 = 300$  g

**Langkah 2.** Hitung kenaikan rata-rata BB per hari =  $300 \text{ g} \div 3 \text{ hari}$   
 $= 100 \text{ g/hari}$

**Langkah 3.** Hitung BB rata-rata dalam periode 3 hari dalam kg  
 $= (6000 + 6300) \div 2 = 6150 \text{ g} \rightarrow 6,15 \text{ kg}$

**Langkah 4.** Bagi kenaikan rata-rata BB per hari dengan BB rata-rata dalam kg =  $100 \text{ g/hari} \div 6,15 \text{ kg} = 16,3 \text{ g/kg per hari}$ .

**Perhitungan kenaikan rata-rata berat badan per hari (periode 7 hari / 1 minggu)**

- Berat badan saat ini = 9,0 kg = 9000 g
- Berat badan awal (7 hari lalu) = 8,5 kg = 8500 g

**Langkah 1.** Hitung kenaikan BB dalam gram =  $9000 - 8500 = 500$  g

**Langkah 2.** Hitung kenaikan rata-rata BB per hari =  $500 \text{ g} \div 7 \text{ hari}$   
 $= 71,4 \text{ g/hari}$

**Langkah 3.** Hitung BB rata-rata dalam periode 7 hari dalam kg  
 $= (9000 + 8500) \div 2 = 8750 \text{ g} \rightarrow 8,75 \text{ kg}$

**Langkah 4.** Bagi kenaikan rata-rata BB per hari dengan BB rata-rata dalam kg =  $71,4 \text{ g/hari} \div 8,75 \text{ kg} = 8,2 \text{ g/kg per hari}$ .

**Contoh cara menghitung kenaikan rata-rata berat badan per minggu**

- Berat badan saat ini = 9,0 kg = 9000 g
- Berat badan awal (7 hari lalu) = 8,5 kg = 8500 g

**Langkah 1.** Hitung kenaikan BB dalam gram =  $9000 - 8500 = 500$  g

**Langkah 2.** Hitung BB rata-rata dalam periode 7 hari (1 minggu) dalam kg  
 $= (9000 + 8500) \div 2 = 8750 \text{ g} \rightarrow 8,75 \text{ kg}$

**Langkah 3.** Bagi kenaikan rata-rata BB per hari dengan BB rata-rata dalam kg  
 $= 500 \text{ g/minggu} \div 8,75 \text{ kg} = 57,1 \text{ g/kg per minggu.}$

### Penilaian

1. **Kurang** yaitu bila kenaikan berat badan kurang dari 5 g/kgBB/hari, balita membutuhkan penilaian ulang lengkap;
2. **Cukup** yaitu bila kenaikan berat badan 5-10 g/kgBB/hari), perlu diperiksa apakah target asupan terpenuhi, atau mungkin ada infeksi yang tidak terdeteksi;
3. **Baik** yaitu bila kenaikan berat badan lebih dari 10 g/kgBB/hari.

### ATAU

1. **Kurang** yaitu bila kenaikan berat badan kurang dari 50 g/kgBB/per minggu, maka balita membutuhkan penilaian ulang lengkap;
2. **Baik** yaitu bila kenaikan berat badan  $\geq 50$  g/kgBB/per minggu.

**Bila balita sudah mencapai status gizi kurang, maka kunjungan ulang dapat dilakukan seminggu atau 2 minggu sekali dengan prosedur yang sama dengan di atas.**

**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.
2. Ukur juga PB atau TB dan lingkaran kepala untuk melihat perkembangannya dan isi pada grafik yang ada di Buku KIA.
3. Lakukan penilaian terhadap hasil layanan rawat jalan 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 *pitting* edema bilateral +3 atau dengan komplikasi harus dipindahkan ke rawat inap.

4. Berikan obat-obatan rutin dan layanan kesehatan lainnya (misalnya imunisasi). Obat cacing (diberikan pada kunjungan/ minggu kedua, bila balita tidak menerima obat cacing dalam 6 bulan terakhir). Lihat Tabel 5.8.

Tabel 5.8. 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 tablet	Dosis tunggal di hari ke-7
	9-12 bulan (BB 8 - < 10 kg)	¾ tablet	
	1-3 tahun (BB 10 - < 14 kg)	1 tablet	
	3-5 tahun (BB 14 - < 19 kg)	1½ tablet	
Albendazole 200 mg	12-23 bulan	200 mg	Dosis tunggal di hari ke-7
	≥ 24 bulan	400 mg	
Mebendazole 100 mg	> 12 bulan (BB ≥ 10kg)	100 mg, 2 x/hari	Selama 3 hari; mulai hari ke-7
Preventif untuk daerah endemis dan balita belum/ tidak pernah diberi antihelmintik 6 bulan terakhir			
Mebendazole (100 mg/ tablet atau 100 mg/ 5 ml)	> 12 bulan (BB ≥ 10kg)	100 mg, 2 x/hari	Selama 3 hari; mulai hari ke-7
		500 mg (5 tablet)	Dosis tunggal di hari ke-7

5. Catat jumlah F100 atau RUTF yang diberikan saat kunjungan dan jumlah sisa jika balita belum habis jatah F100 atau RUTF dari kunjungan sebelumnya.
6. Keluarga mendapat konseling pemberian makanan balita sesuai umur/ kebutuhan kalori dan pentingnya melakukan stimulasi tumbuh kembang.

### **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 baik, tidak ada *pitting* edema bilateral dan anak secara klinis membaik selama 2 minggu berturut-turut (2 kali kunjungan). Indikator antropometri dan/atau *pitting* edema bilateral yang digunakan pada kunjungan pertama harus sama dengan pada saat keluar rawat jalan. Tabel 5.9. berikut menjelaskan kategori keluar dari layanan rawat jalan.

Tabel 5.9. Kategori Keluar Layanan Rawat Jalan

No	Kategori	Penjelasan dari hasil
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
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

**Balita gizi buruk dinyatakan sembuh bila selama 2 minggu berturut-turut mempunyai kondisi seperti di bawah ini:**

- LiLA  $\geq$  12,5 cm (hijau), dan/atau
- Z-Score BB/PB atau BB/TB  $\geq$  -2 SD,
- Tidak ada *pitting* edema bilateral,
- Klinis baik.

**Catatan:**

Balita gizi buruk dinyatakan sembuh rawat jalan harus menggunakan indikator antropometri yang sama saat balita didiagnosis gizi buruk, kecuali bila balita masuk dengan *pitting* edema bilateral, maka balita dinyatakan sembuh dengan menggunakan indikator BB/PB atau BB/TB dan LiLA.

**Tindakan berikut ini dilakukan sebelum balita keluar dari rawat jalan:**

1. Informasikan kepada ibu/ pengasuh tentang hasil layanan rawat jalan.
2. Berikan konseling ASI, MP ASI (6 sampai < 24 bulan) dan makanan keluarga untuk balita  $\geq$  24 bulan, cara penyiapan dan pengolahan makanan.
3. Bila balita mendapatkan F100, maka diberikan jatah F100 untuk 2 hari sesuai berat badan terakhir. Beri tahu pengasuh untuk kembali ke layanan rawat jalan bila kondisi balita kembali memburuk.

4. Bila balita mendapatkan RUTF, maka berikan 7 bungkus RUTF sebagai jatah terakhir. Semua balita yang keluar dari layanan rawat jalan menerima 7 bungkus RUTF, tanpa tergantung berat badannya. Balita harus mengonsumsi 1 bungkus/hari selama satu minggu ke depan, selain makanan padat gizi, ASI, serta *snack* 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.
5. Pastikan pengasuh memahami cara meneruskan pemberian F100 atau RUTF untuk balita.
6. Minta ibu untuk menganjurkan orangtua, teman-teman dan keluarga balita yang menderita gizi buruk atau *pitting* edema bilateral, mengenai adanya pelayanan balita gizi buruk.

7. Lengkapi kartu Penerimaan Layanan Rawat Jalan dan anjurkan untuk melengkapi imunisasi.

**C. Tata Laksana Gizi Buruk pada Bayi < 6 Bulan dan Balita ≥ 6 Bulan dengan Berat Badan < 4 kg Pasca Rawat Inap**

Bayi < 6 Bulan dan Balita ≥ 6 Bulan dengan Berat Badan < 4 kg harus diberikan layanan rawat inap. Kriteria pulang dari layanan rawat inap dan pindah ke layanan rawat jalan untuk bayi yang mendapatkan ASI:

1. Keberhasilan relaktasi dengan menghisap efektif: kenaikan berat badan **minimal 20 g/hari selama 5 hari berturut-turut** hanya dengan mengonsumsi ASI.
2. Tidak ada *pitting* edema bilateral.
3. Kondisi klinis baik, bayi sadar dan tidak ada komplikasi medis.
4. Ibu sudah mendapat konseling menyusui dan gizi seimbang untuk ibu menyusui.

Kriteria pulang dari rawat inap dan pindah ke layanan rawat jalan untuk bayi yang tidak ada kemungkinan mendapatkan ASI dan balita gizi buruk  $\geq 6$  bulan dengan BB  $< 4$  kg:

1. Tujuan tata laksana pada keadaan ini adalah bayi gizi buruk mendapatkan makanan pengganti yang aman dan sesuai untuk pemulihan gizi
2. Bayi dipulangkan dengan pemberian formula dan pengasuh memahami cara penyiapan dan pemberian formula yang aman.

Tata laksana/ prosedur yang dilakukan sama seperti pada balita gizi buruk usia 6-59 bulan, yaitu:

1. Melakukan anamnesis riwayat kesehatan bayi meliputi riwayat kelahiran, imunisasi, menyusui dan riwayat makan (termasuk nafsu makan bayi), riwayat penyakit dan riwayat keluarga.
2. Melakukan pemeriksaan fisik secara umum dan khusus:

- a. Pemeriksaan fisik umum meliputi kesadaran, suhu tubuh, pernapasan dan nadi.
  - b. Pemeriksaan fisik khusus seperti tercantum pada formulir MTBS (lihat *checklist* pada Bab IV).
3. Melakukan pemeriksaan penunjang sesuai indikasi.
  4. Melakukan pemberian obat, bila diperlukan melanjutkan pemberian obat di rawat inap.
  5. Menghitung kebutuhan gizi bayi:
    - a. Bayi yang mendapat ASI: menilai pemberian ASI Eksklusif.
    - b. Bayi yang mendapat susu formula atau F100 yang diencerkan: kebutuhan energi 150 kkal/kgBB/hari atau susu formula 200 ml/kgBB/hari.
  6. Melakukan konseling gizi kepada pengasuh:
    - a. Bayi yang mendapat ASI:
      - Menilai kenaikan berat badan
      - Menilai dan melanjutkan pemberian ASI

- Konseling pemberian MP ASI bila bayi menginjak usia 6 bulan
- b. Bayi yang mendapat susu formula atau F100 yang diencerkan:
- Menilai kenaikan berat badan
  - Mempertahankan kenaikan berat badan sesuai target
  - Menilai/ menghitung asupan zat gizi bayi
  - Kebutuhan energi 150 kkal/kgBB/hari atau susu formula 200 mg/kgBB/hari
  - Menilai pemberian formula/ asupan zat gizi bayi
  - Konseling pemberian MP ASI bila bayi menginjak usia 6 bulan

Kriteria balita dinyatakan sembuh/ selesai perawatan/ keluar dari semua layanan gizi buruk:

1. Kondisi klinis baik, balita sadar dan tidak ada komplikasi medis.
2. Kenaikan berat badan yang cukup.
3. Tidak ada *pitting* edema bilateral.
4. BB/PB atau BB/TB  $\geq$  -2 SD.

## **BAB VI**

### **PEMANTAUAN DAN EVALUASI**

Pemantauan dan evaluasi merupakan bagian penting dalam pelayanan balita gizi buruk rawat jalan. Dengan adanya informasi yang akurat, maka masalah spesifik yang timbul akan lebih mudah diatasi secara efektif. Pemantauan efektivitas penanganan balita gizi buruk (menjadi normal atau gagal) dapat digunakan sebagai dasar untuk memperbaiki pelaksanaan dan perencanaan pelayanan rawat jalan.

Pemantauan dan penilaian kemajuan terapi dilakukan:

1. Seminggu sekali selama BB/PB atau BB/TB  $< -3$  SD (gizi buruk).
2. Seminggu atau 2 minggu sekali untuk BB/PB atau BB/TB  $-3$  SD sampai dengan  $< -2$  SD (gizi kurang).

Pada saat balita sudah mencapai status gizi baik (BB/PB atau BB/TB  $\geq -2$  SD) maka pemantauan pertumbuhan dilakukan secara rutin setiap bulan.

Pemantauan dan evaluasi balita gizi buruk yang mendapatkan layanan rawat jalan dilakukan:

1. Melalui kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan/ kader.
2. Pada saat kunjungan ibu/ pengasuh ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Hal-hal yang dievaluasi diantaranya:

1. Perkembangan kenaikan BB dan LiLA anak.
2. Jika ada edema perhatikan perkembangan pemulihan *pitting* edema bilateral.
3. Perubahan nafsu makan.
4. Kepatuhan dalam menjalani terapi diet:
  - a. Jika menggunakan F100 atau RUTF, pantau berapa banyak jumlah yang telah dikonsumsi anak melalui bungkus kosong yang diperlihatkan ibu maupun melalui wawancara kepada ibu.
  - b. Jika mendapatkan makanan padat gizi, pantau jenis makanan yang diberikan kepada anak. Berikan konseling kepada ibu cara menyiapkan makanan padat gizi yang tepat.

- c. Diskusikan perkembangan anak bersama tim asuhan gizi lainnya.
5. Kepatuhan untuk pengobatan lain yang diberikan.

### **Penilaian hasil layanan rawat jalan**

Pada saat pemantauan dan penilaian kemajuan perlu diperhatikan hal-hal berikut ini dan tindak lanjutnya. Tabel 6.1. menunjukkan kondisi penting yang perlu diperhatikan saat pemantauan serta tindak lanjutnya, sedangkan Tabel 6.2. menunjukkan kemungkinan penyebab kemajuan yang lambat pada layanan rawat jalan balita gizi buruk.

Tabel 6.1. Kondisi-kondisi Penting yang Perlu Diperhatikan Saat Pemantauan

Tanda	Lakukan Kunjungan Rumah	Lakukan Rujukan
Berat badan	Berat badan turun tetapi nafsu makan baik	Berat badan turun dan nafsu makan tidak ada atau nafsu makan buruk
	Berat badan tetap atau naik tidak sesuai yang diharapkan (kurang dari 50g/kgBB per minggu selama 2 minggu berturut-turut) dan nafsu makan baik	Berat badan tetap atau naik tidak sesuai yang diharapkan (kurang dari 50g/kgBB per minggu) setelah 3 minggu mendapatkan terapi gizi dan telah dilakukan kunjungan rumah
<i>Pitting</i> edema bilateral	<i>Pitting</i> edema bilateral tidak berkurang pada kunjungan minggu ke-2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Timbulnya <i>pitting</i> edema bilateral baru</li> <li>• Peningkatan derajat <i>pitting</i> edema bilateral jadi derajat +3. Tidak ada perbaikan <i>pitting</i> edema bilateral pada kunjungan minggu ke-2.</li> </ul>
Nafsu makan	Makan < 75% RUTF dalam seminggu Minum < 80% F100 dalam seminggu	Tidak ada nafsu makan atau tidak bisa makan.
Tidak ada respons (tidak sembuh)		Jika setelah 3 bulan mendapat terapi gizi di layanan rawat jalan namun tidak mencapai kriteria sembuh, maka rujuk untuk pemeriksaan lengkap.

Tabel 6.2. Kemungkinan Penyebab Kemajuan yang Lambat pada Rawat Jalan Balita Gizi Buruk

Penyebab terkait dengan balita dan lingkungan rumah*	Tindak Lanjut
<p>Balita melewati satu kunjungan atau <i>drop out</i> (absen pada dua kunjungan berturut-turut). Ada penolakan dari keluarga untuk membawa anak ke layanan rawat inap, atau balita keluar dari layanan rawat inap</p>	<p>Lakukan kunjungan rumah untuk mengidentifikasi penyebab ibu/pengasuh tidak membawa balita untuk kunjungan ulang dan bersama mencari solusi.</p>
<p>Ada kesulitan makan (misalnya karena kelainan bawaan)</p>	<p>Identifikasi penyebab dan lakukan konseling sesuai dengan penyebab kesulitan makan. Bila perlu lakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi.</p>
<p>Nafsu makan buruk/ tidak ada, karena ada masalah kesehatan (misalnya diare, HIV, TB, dll)</p>	<p>Lakukan rujukan untuk pemeriksaan lengkap sesuai indikasi. Berikan pengobatan sesuai dengan standar untuk masalah kesehatan yang teridentifikasi. Lakukan konseling, termasuk konseling cara pemberian obat dan kebersihan diri serta sanitasi lingkungan.</p>

Penyebab terkait dengan balita dan lingkungan rumah*	Tindak Lanjut
<p>Balita tidak diberi F100 dan RUTF sesuai dengan frekuensi dan dosis, pengasuh tidak mempraktikkan pemberian makan sesuai anjuran.</p> <p>Pengasuh memberi makanan lain pada anak sebelum anak menghabiskan semua F100 atau RUTF.</p> <p>F100 atau RUTF dimakan bersama anggota keluarga lain.</p>	<p>Lakukan konseling untuk ibu/pengasuh tentang pentingnya pemberian F100 atau RUTF untuk pemulihan balita gizi buruk.</p> <p>F100 atau RUTF hanya boleh diberikan pada balita gizi buruk sesuai dengan dosis dan petunjuk tenaga kesehatan.</p>
<p>Penyebab lain, seperti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konseling gizi yang masih kurang</li> <li>• Jumlah F100 atau RUTF yang diberikan tidak tepat</li> <li>• Tes nafsu makan tidak dilaksanakan dengan benar</li> </ul>	<p>Lakukan supervisi fasilitatif dan pembinaan untuk tenaga kesehatan sehingga pelayanan diberikan sesuai dengan pedoman. Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam mengidentifikasi penyakit penyerta dan komplikasi medis dengan menggunakan pendekatan MTBS.</p>
<p>Penyakit penyerta dan komplikasi medis tidak teridentifikasi.</p>	

*\*Penyebab terkait dengan balita dan lingkungan rumah diperoleh pada saat petugas gizi melakukan kunjungan rumah dengan menggunakan Kuesioner Kunjungan Rumah (Lampiran 14 hal 158) Lakukan tindak lanjut sesuai dengan hasil identifikasi masalah.*

Pada saat ditemukan kondisi-kondisi seperti yang disebutkan pada Tabel 6.1. maka lakukan kunjungan rumah atau rujukan ke fasilitas kesehatan untuk dapat mengidentifikasi penyebab-penyebab kemajuan terapi yang lambat (Tabel 6.2). Penyebab terkait dengan balita dan lingkungan rumah diperoleh pada saat petugas gizi melakukan kunjungan rumah dengan menggunakan kuesioner (Lampiran 13 halaman 156 dan Lampiran 14 halaman 158). Lakukan tindak lanjut sesuai dengan penyebab yang teridentifikasi.

Diskusikan perkembangan balita gizi buruk bersama tim asuhan gizi dan tenaga kesehatan lainnya setiap bulan saat lokakarya mini di Puskesmas. Bila ditemukan kasus-kasus dengan kemajuan lambat, lakukan identifikasi masalah dan tindak lanjut. Bila diperlukan, tenaga kesehatan dapat melibatkan kepala desa dan/atau tokoh masyarakat untuk kasus-kasus tertentu, seperti balita gizi buruk yang tidak hadir saat kunjungan ulang atau *drop out* dan diskusikan saat lokakarya mini triwulan di tingkat kecamatan.

Pencatatan dan Pelaporan Layanan Rawat Jalan setiap bulan dilakukan pencatatan dan pelaporan:

1. Kasus balita gizi buruk baru
2. Kasus balita gizi buruk lama
3. Kasus yang keluar dari layanan rawat jalan:
  - a. Sembuh
  - b. Meninggal
  - c. *Drop out*
  - d. Dirujuk ke layanan rawat inap
  - e. Pindah ke layanan rawat jalan lain

Pencatatan dan pelaporan dapat direkam antara lain pada aplikasi e-PPGBM (Elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat) dan kohort balita.

Selain itu, layanan rawat jalan perlu melakukan pencatatan kegiatan kunjungan rumah dan tindak lanjut yang dilakukan.

## **BAB VII**

### **PENUTUP**

Keberhasilan rawat jalan balita yang menderita gizi buruk tanpa komplikasi memerlukan dukungan yang kuat dari semua pemangku kepentingan terkait. Kemampuan dan tenaga kesehatan yang kompeten sangat diperlukan, selain itu dukungan dari berbagai pihak mulai dari masyarakat/ keluarga, petugas kesehatan di desa/ Pustu, Puskesmas dan pihak lainnya, sejak dari pencegahan, penemuan dini kasus maupun pendampingan rawat jalan.

Apabila pencegahan, deteksi dini dan pelaksanaan rawat jalan pada balita gizi buruk dapat berjalan dengan baik akan memberikan kontribusi yang besar dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian pada balita akibat gizi buruk. Harapannya agar dapat menyelamatkan generasi penerus bangsa dan turut menciptakan sumber daya manusia unggul di Indonesia.

## DAFTAR PUSTAKA

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

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.

Black RE, Victoria CG. *Maternal and Child Nutrition 1. Maternal and child undernutrition and overweight in low and middle income countries.* Lancet, 2013.

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

Ikatan Dokter Anak Indonesia. *Buku Ajar Nutrisi Pediatrik dan Penyakit Metabolik.* Jilid I. Jakarta, 2011.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak. Pedoman Pelayanan Anak Gizi Buruk. Jakarta, 2011.

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.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, Direktorat Bina Gizi. Petunjuk Teknis Tatalaksana Anak Gizi Buruk. Buku II. Jakarta, 2013.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Buku Saku Pemantauan Status Gizi dan Indikator Kinerja Gizi Tahun 2015. Jakarta, 2016.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Buku Saku Pemantauan Status Gizi Tahun 2017. Jakarta, 2018.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) dan Penjelarasannya Tahun 2016. Jakarta, 2017.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Hasil Utama Riskesdas 2018. Jakarta, 2018.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pelayanan Gizi Bagi ODHA. Jakarta, 2014.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Petunjuk Teknis Manajemen dan Tata Laksana TB pada Anak. Jakarta, 2016.

Olofin, McDonald et.al. *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.

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

UNICEF. *Prevention and Treatment of Severe Acute Malnutrition in East Asia and the Pacific. Report of a Regional Consultation*. UNICEF-EAPRO, 2015.

WHO. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Anak di Rumah Sakit*. Jakarta, 2009.

WHO. *Guideline: Updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children*. Geneva: World Health Organization, 2013.

WHO. *Pocket Book of Hospital Care for Children*. Geneva, 2013.

WHO/WFP/UNSSCN/UNICEF. *Community-based management of severe acute malnutrition: A joint statement*. Geneva, 2007.

## LAMPIRAN

## Lampiran 1.

### Kandungan *Mineral mix* (1 sachet = 8 gram)

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



**Lampiran 2.**  
**Kandungan Gizi RUTF (Per 100 gram)**

No	Zat Gizi	Satuan	Kadar
1	Air	-	maks 2,5%
2	Energi	kkal	520–550
3	Protein	-	10 – 12% total energi
4	Lemak	-	45 – 60% total energi
5	Sodium	mg	maks 290
6	Potasium	mg	1.100 – 1.400
7	Kalsium	mg	300 – 600
8	Fosfor (sebagai fosfor non fitat)	mg	300 – 600
9	Magnesium	mg	80 –140
10	Besi	mg	10 – 14
11	Seng	mg	11 – 14
12	Tembaga	mg	1,4 – 1,8
13	Selenium	mcg	20 – 40
14	Iodium	mcg	70 – 140
15	Vitamin A	mg	0,8 – 1,1
16	Vitamin D	mcg	15 – 20
17	Vitamin E	mg	min 20
18	Vitamin K	mcg	15 – 30
19	Vitamin B1	mg	min 0,5
20	Vitamin B2	mg	min 1,6
21	Vitamin C	mg	min 50

No	Zat Gizi	Satuan	Kadar
22	Vitamin B6	mg	min 0,6
23	Vitamin B12	mcg	min 1,6
24	Asam Folat	mcg	min 200
25	Niasin	mg	min 5
26	Asam Pantotenat	mg	min 3
27	Biotin	mcg	min 60
28	Asam lemak n-6	-	3 – 10% total energi
29	Asam lemak n-3	-	0,3 – 2,5% total energi

Sumber: WHO/WFP/UNSSCN/UNICEF, 2007

### Lampiran 3. Resep Formula F100 dan Modifikasinya

Bahan makanan	Satuan	F100 dengan susu skim bubuk	F100 dengan susu full cream	F100 dengan susu UHT*
Susu skim bubuk	g	85	-	-
Susu full cream bubuk	g	-	110	-
Susu cair UHT plain	ml	-	-	900
Gula pasir	g	50	50	40
Minyak sayur	ml	60	30	30
Larutan elektrolit	ml	20	20	20
Air ditambahkan hingga menjadi	ml	1000	1000	1000
Nilai Gizi				
Energi	kcal	1000		998,8
Protein	g	29		29,2
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		

\*Susu cair UHT plain (*full cream*) dengan kandungan protein 7 - 8 gram/250 ml

**Lampiran 4.**  
**Petunjuk Pemberian F100 untuk Anak Gizi Buruk**

BB anak (kg)	Batas volume pemberian makan F100 per 4 jam (6 kali sehari) *)		Batas volume pemberian F100 dalam sehari	
	Min (ml)	Maks (ml)	Min 150 ml/kg/hari	Maks 220 ml/kg/hari
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

BB anak (kg)	Batas volume pemberian makan F100 per 4 jam (6 kali sehari) *)		Batas volume pemberian F100 dalam sehari	
	Min (ml)	Maks (ml)	Min 150 ml/kg/hari	Maks 220 ml/kg/hari
7.0	175	255	1050	1540
7.2	180	265	1080	1585
7.4	185	270	1100	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

### Lampiran 5.

**Petunjuk Pemberian F100 Diencerkan atau Susu Formula Bayi (Gizi Buruk) atau F75 (Gizi Buruk dengan Edema) untuk Pemberian Makan Bayi Gizi Buruk Usia < 6 Bulan yang Tidak Mendapat ASI atau Balita Usia  $\geq$  6 Bulan dengan Berat Badan < 4 kg**

BB bayi (kg)	F100 diencerkan atau susu formula bayi (atau F75 bila ada edema)		F100 yang diencerkan atau susu formula bayi	
	Stabilisasi (130 ml/kgBB/hari)		Transisi (150-170 ml/kgBB/hr)	Rehabilitasi (200 ml/kgBB/hr)
	ml per minum untuk 12 x per hari	ml per minum untuk 8 x per hari	ml per minum untuk 8 x per hari	ml per minum untuk 6 x per 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

BB bayi (kg)	F100 diencerkan atau susu formula bayi (atau F75 bila ada edema)		F100 yang diencerkan atau susu formula bayi	
	Stabilisasi (130 ml/kgBB/hari)		Transisi (150-170 ml/kgBB/hr)	Rehabilitasi (200 ml/kgBB/hr)
	ml per minum untuk 12 x per hari	ml per minum untuk 8 x per hari	ml per minum untuk 8 x per hari	ml per minum untuk 6 x per hari
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 sampai 5 ml terdekat.

## **Lampiran 6.**

### **Terapi Tuberkulosis (TB) pada Anak Gizi Buruk**

Kecurigaan akan adanya TB pada anak ditindaklanjuti dengan penegakan diagnosis menggunakan sistem skoring. Anak dengan jumlah skor  $\geq 6$ , harus ditatalaksana sebagai pasien TB dan mendapat Obat Anti TB (OAT).

Secara umum penegakan diagnosis TB pada anak didasarkan pada 4 hal, yaitu:

- a. Konfirmasi bakteriologis TB
- b. Gejala klinis yang khas TB
- c. Adanya bukti infeksi TB (hasil uji tuberkulin positif dan kontak erat dengan pasien TB)
- d. Gambaran foto toraks sugestif TB.

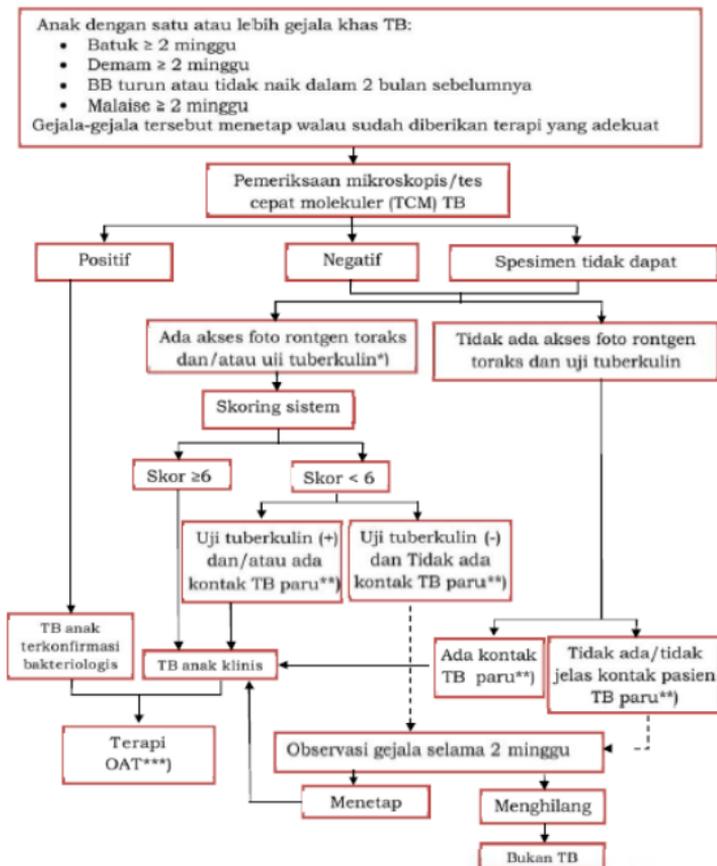
Indonesia telah menyusun sistem skoring untuk menegakkan diagnosis TB pada anak. Langkah awal pada alur diagnosis adalah pengambilan dan pemeriksaan sputum:

- a. Jika hasil pemeriksaan mikrobiologi (Batang Tahan Asam (BTA)/Tes Cepat Molekular (TCM), sesuai dengan fasilitas yang tersedia) positif, anak didiagnosis TB dan diberikan OAT.

- b. Jika hasil pemeriksaan mikrobiologi (BTA/TCM) negatif atau spesimen tidak dapat diambil, lakukan pemeriksaan uji tuberkulin dan foto toraks maka:
- 1) Jika tidak ada fasilitas atau tidak ada akses untuk uji tuberkulin dan foto toraks:
    - Jika anak ada riwayat kontak erat dengan pasien TB menular, anak dapat didiagnosis TB dan diberikan OAT.
    - Jika tidak ada riwayat kontak, lakukan observasi klinis selama 2–4 minggu. Bila pada *follow-up* gejala menetap, rujuk anak untuk pemeriksaan uji tuberkulin dan foto toraks.
  - 2) Jika tersedia fasilitas untuk uji tuberkulin dan foto toraks, hitung skor total menggunakan sistem skoring:
    - Jika skor total  $\geq 6$ , maka diagnosis TB dan obati dengan OAT.

- Jika skor total < 6, dengan uji tuberkulin positif atau ada kontak erat, maka diagnosis TB dan obati dengan OAT.
- Jika skor total < 6, dan uji tuberkulin negatif atau tidak ada kontak erat, maka observasi gejala selama 2–4 minggu. Bila menetap, evaluasi ulang kemungkinan diagnosis TB atau rujuk ke fasilitas pelayanan yang lebih tinggi.

## Alur Diagnosis TB Paru Anak



Keterangan:

- \*) Dapat dilakukan bersamaan dengan pemeriksaan sputum
- \*\*\*) Kontak TB paru dewasa dan kontak TB paru anak terkonfirmasi bakterologis
- \*\*\*) Evaluasi respon pengobatan. Jika tidak ada respon dengan pengobatan adekuat, evaluasi ulang diagnosis TB dan adanya komorbiditas atau rujuk.

Penjelasan:

- a. Pemeriksaan bakteriologis (mikroskopis atau TCM) tetap merupakan pemeriksaan utama untuk konfirmasi TB pada anak. Berbagai upaya dapat dilakukan untuk memperoleh spesimen dahak, diantaranya induksi sputum. Pemeriksaan mikroskopis dilakukan 2 kali, dan dinyatakan positif jika satu spesimen diperiksa memberikan hasil positif.
- b. Observasi persistensi gejala selama 2 minggu dilakukan jika anak bergejala namun tidak ditemukan cukup bukti adanya

penyakit TB. Jika gejala menetap, maka anak dirujuk untuk pemeriksaan lebih lengkap. Pada kondisi tertentu dimana rujukan tidak memungkinkan, dapat dilakukan penilaian klinis untuk menentukan diagnosis TB anak.

- c. Berkontak dengan pasien TB paru dewasa adalah kontak serumah ataupun kontak erat, misalnya di sekolah, pengasuh, tempat bermain, dan sebagainya.
- d. Pada anak yang pada evaluasi bulan ke-2 tidak menunjukkan perbaikan klinis sebaiknya diperiksa lebih lanjut adanya kemungkinan faktor penyebab lain misalnya kesalahan diagnosis, adanya penyakit penyerta gizi buruk, TB resistan obat maupun masalah dengan kepatuhan berobat dari pasien. Yang dimaksud dengan perbaikan klinis adalah perbaikan gejala awal yang ditemukan pada anak tersebut pada saat diagnosis.

**Tabel Sistem Skoring TB Anak** (Sumber: Petunjuk Teknis Manajemen dan Tata Laksana TB Anak, 2016)

Parameter	0	1	2	3	Skor
Kontak TB	Tidak jelas	-	Laporan keluarga, BTA (-)/ BTA tdk jelas/tdk tahu	BTA (+)	
Uji tuberkulin (Mantoux)	Negatif	-	-	Positif $\geq 10$ mm atau $\geq 5$ mm pada imunokompromis	
Status gizi	-	Gizi Kurang*	Gizi Buruk**	-	
Demam yang tidak diketahui	-	$\geq 2$ minggu	-	-	
Batuk kronis	-	$\geq 2$ minggu	-	-	
Pembesaran kelenjar limfokolli, aksila, inguinal		$\geq 1$ cm, lebih dari 1 kelenjar getah bening			
Pembengkakan tulang/sendi panggul/lutut, falang		Ada pembengkakan	-	-	
Foto toraks	Normal/tdk ada kelainan	Gambaran sugestif (mendukung) TB	-	-	
				<b>Skor total</b>	

Keterangan:

- \* Gizi kurang: BB/PB atau BB/TB  $-3$  SD sd  $<-2$  SD dan/ atau LiLA  $\geq 11,5$  sd  $< 12,5$  cm dan tidak ada *pitting* edema bilateral.
- \*\* Gizi buruk: BB/PB atau BB/TB  $<-3$  SD dan/ atau LiLA  $< 11,5$  cm dan/ atau ada *pitting* edema bilateral.

Parameter sistem skoring:

Kontak dengan pasien TB BTA positif diberi skor 3 bila ada bukti tertulis hasil laboratorium BTA dari sumber penularan yang bisa diperoleh dari TB 01 atau dari hasil laboratorium.

Penentuan status gizi:

- a. Berat badan dan panjang/ tinggi badan dinilai saat pasien datang (*moment opname*).
- b. Dilakukan dengan indeks BB/PB atau BB/TB. Penentuan status gizi untuk balita  $\leq 6$  tahun merujuk pada Buku KIA, sedangkan untuk anak  $> 6$  tahun merujuk pada standar WHO 2005, yaitu grafik IMT/U.
- c. Bila BB kurang, diberikan upaya perbaikan gizi dan dievaluasi selama 1–2 bulan.

Prinsip pengobatan TB pada anak sama dengan TB dewasa, dengan tujuan utama pemberian obat anti TB sebagai berikut:

- Menyembuhkan pasien TB
- Mencegah kematian akibat TB atau efek jangka panjangnya
- Mencegah TB *relaps*
- Mencegah terjadinya dan transmisi resistensi obat
- Menurunkan transmisi TB
- Mencapai seluruh tujuan pengobatan dengan toksisitas seminimal mungkin
- Mencegah reservasi sumber infeksi di masa yang akan datang

Beberapa hal penting dalam tata laksana TB anak adalah:

- Obat TB diberikan dalam paduan obat, tidak boleh diberikan sebagai monoterapi.
- Pengobatan diberikan setiap hari.
- Pemberian gizi yang adekuat.
- Mencari penyakit penyerta, jika ada ditata laksana secara bersamaan.

## Dosis OAT Untuk Anak

Nama Obat	Dosis harian (mg/kgBB/hari)	Dosis maksimal (mg /hari)	Efek samping
Isoniazid (H)	10 (7-15)	300	Hepatitis, neuritis perifer, hipersensitivitis
Rifampisin (R)	15 (10-20)	600	Gastrointestinal, reaksi kulit, hepatitis, trombositopenia, peningkatan enzim hati, cairan tubuh berwarna oranye kemerahan
Pirazinamid (Z)	35 (30-40)	-	Toksisitas hepar, artralgia, gastrointestinal
Etambutol (E)	20 (15-25)	-	Neuritis optik, ketajaman mata berkurang, buta warna merah hijau, hiper sensitivitas, gastrointestinal

Sumber: Petunjuk Teknis Manajemen dan Tatalaksana TB Anak, 2016

Pada balita gizi buruk dengan TB yang mendapatkan obat TB INH, diberikan vitamin B6, sebagai berikut:

- 10 mg bila mendapatkan dosis INH  $\leq$  200 mg/hari
- 2 x 10 mg bila mendapatkan dosis INH > 200 mg/hari

## Panduan OAT dan Lama Pengobatan TB pada Anak

Kategori Diagnostik	Fase Intensif	Fase Lanjutan
TB Klinis	2HRZ	4HR
TB Kelenjar		
Efusi pleura TB		
TB Terkonfirmasi Bakteriologis	2HRZE	4HR
TB paru dengan kerusakan luas		
TB ekstraparu (selain TB Meningitis dan TB Tulang/sendi)		
TB Tulang/sendi	2HRZE	10 HR
TB Millier		
TB Meningitis		

Sumber: Petunjuk Teknis Manajemen dan Tatalaksana TB Anak, 2016

## Dosis OAT Kombinasi Dosis Tetap (KDT) Pada TB Anak

Berat badan (kg)	Fase intensif (2 bulan) RHZ (75/50/150)	Fase lanjutan (4 bulan) (RH (75/50)
5 – 7	1 tablet	1 tablet
8 – 11	2 tablet	2 tablet
12 – 16	3 tablet	3 tablet
17 – 22	4 tablet	4 tablet
23 – 30	5 tablet	5 tablet
>30	OAT dewasa	

Sumber: Petunjuk Teknis Manajemen dan Tatalaksana TB Anak, 2016

Keterangan:

R: Rifampisin; H: Isoniasid; Z: Pirazinamid

1. Bayi dibawah 5 kg pemberian OAT secara terpisah, tidak dalam bentuk KDT dan sebaiknya dirujuk ke RS
2. Apabila ada kenaikan BB maka dosis atau jumlah tablet yang diberikan disesuaikan dengan BB saat itu.
3. Untuk anak dengan obesitas, dosis KDT berdasarkan berat badan ideal (sesuai umur).

4. OAT KDT harus diberikan secara utuh (tidak boleh dibelah, dan tidak boleh digerus).
5. Obat dapat diberikan dengan cara ditelan utuh, dikunyah/ dikulum, atau dimasukkan air dalam sendok (*dispersable*).
6. Obat diberikan pada saat perut kosong, atau paling cepat 1 jam setelah makan.
7. Bila INH dikombinasi dengan Rifampisin, dosis INH tidak boleh melebihi 10 mg/kgBB/hari.
8. Apabila OAT lepas diberikan dalam bentuk puyer, maka semua obat tidak boleh digerus bersama dan dicampur dalam satu puyer.

Status gizi pada balita dengan TB akan mempengaruhi keberhasilan pengobatan TB dan juga sebaliknya. Balita gizi buruk dengan TB akan meningkatkan risiko kematian pada balita.

Untuk informasi yang lebih lengkap dapat dilihat pada Petunjuk Teknis Manajemen dan Tatalaksana TB Anak Tahun 2016.

**Bila anak belum pernah mendapat imunisasi BGG, imunisasi BCG diberikan setelah pengobatan pencegahan selesai.**

## **Lampiran 7.**

### **Balita Gizi Buruk dengan HIV dan atau Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS)**

Gizi buruk pada bayi dan balita merupakan salah satu indikasi untuk pemeriksaan pajanan atau infeksi HIV dan atau PIMS seperti Sifilis. Sesuai *positivity rate* pemeriksaan HIV dan Sifilis pada ibu hamil tahun 2019 sebesar 0,27% untuk HIV dan 1,17% untuk Sifilis, maka bila jumlah ibu hamil sekitar 5 juta, kemungkinan terdapat lebih dari 13 ribu ibu hamil yang terinfeksi HIV dan lebih dari 60 ribu ibu hamil terinfeksi Sifilis. Risiko bayi atau balita terinfeksi HIV dan PIMS seperti Sifilis dapat terjadi selama dalam kandungan, selama persalinan dan menyusui. Risiko penularan dari Ibu ke Anak untuk HIV sebesar 45% dan untuk Sifilis 67%; sehingga dari data tersebut, bila tidak dilakukan intervensi dengan tepat dan benar, kemungkinan akan dijumpai lebih dari 6 ribu bayi terinfeksi HIV dan lebih dari 42 ribu bayi terinfeksi Sifilis manifest ataupun tidak.

Pada setiap bayi atau balita dengan gizi buruk wajib dilakukan anamnesis (alo) dan pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis serta tata laksana oleh dokter, secara tercatat valid minimal

menggunakan NIK, NKK dan domisili ibu (keluarga) dengan tetap menjaga keselamatan dan kesehatan petugas, institusi dan pasien beserta keluarganya sesuai:

1. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/Menkes/514/2015 Tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama,
2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 31 Tahun 2019 Tentang Sistem Informasi Puskesmas,
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2018 Tentang Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Informasi penting yang diperlukan antara lain: (7 *sacred, basic* 4)

- Keluhan utama (lokasi, onset, kualitas, frekuensi/ kuantitas, kronologi, pemberat dan penyerta)
- Riwayat (sekarang, sebelumnya, keluarga & pribadi)
- Apakah menyusui pada ibu kandung atau ibu susu.
- Bagaimana keadaan ibu kandung atau ibu susu.

- Status sosial ekonomi keluarga
- dan lain-lain

Kecurigaan umum (telah dimuat dalam MTBS)

- Orang tua bayi, ayah atau ibu atau keduanya meninggal tanpa diketahui sebabnya
- Ibu belum pernah tes HIV atau PIMS semasa hamil atau bayi belum diketahui status HIV atau PIMS nya
- Sesak nafas *Pneumonia*
- Diare menetap *Persistent diarrhoea*
- Cairan dari telinga atau hidung (*Ear & nose discharge [acute or chronic]*)
- Sangat kurus untuk umurnya (*Very low weight for age*)
- Malnutrisi Energi Protein Berat (Gizi Buruk)

Beberapa kondisi klinis yang mengarah kepada kecurigaan infeksi HIV dan atau PIMS seperti Sifilis pada:

1. Bayi antara lain:
  - a. Bayi Lahir Prematur
  - b. Bayi Berat Lahir Rendah
  - c. Bayi dengan Kelainan Kongenital (misal Sifilis Kongenital)
  - d. Bayi dengan Gizi Buruk
  - e. Bayi dengan Gangguan Tumbuh Kembang

## 2. Balita

- a. Balita dengan Gizi Buruk
- b. Balita dengan Kelainan Kongenital
- c. Balita dengan Gangguan Tumbuh Kembang

<b>KECURIGAAN KLINIS BAYI &amp; BALITA</b>	
<b>HIV</b>	<b>PIMS seperti Sifilis</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Jamur di mulut (<i>Oral thrush</i>)</li><li>• Pembesaran kelenjar Parotis (<i>Parotid enlargement</i>)</li><li>• Limfadenopati generalisata dan atau Hepatosplenomegali</li><li>• iritans dengan gangguan kulit dan atau demam, sesak, atau diare yang masing-masing bisa berulang, intermiten, atau persisten</li><li>• Infeksi sal. napas atas kronis atau kambuh,</li><li>• otitis media, otorhoea, sinusitis <math>\geq 2</math> episode dalam 6 bulan</li><li>• <i>Pruritic papular eruption</i></li><li>• Herpes zoster (<math>\geq 1</math> episode dalam 6 bulan)</li><li>• Ulkus oral rekurens (<math>\geq 2</math> episode dlm 6 bulan)</li><li>• Lineal gingiva erythema (LGE)</li><li>• Cheilitis angularis</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sebagian besar abortus dan lahir mati</li><li>• Lahir infeksius dengan maserasi vesikobulosa, pemfigoid sifilis, bula hemoragik.</li><li>• Limfadenopati generalisata</li><li>• Perut buncit (hepatosplenomegali)</li><li>• Bayi iritans, pseudo paralisis, dactylitis.</li><li>• Keriput ("wajah bayi seperti orang tua")</li><li>• Pembengkakan epifise tulang panjang (radiologis Wimberger sign)</li><li>• Rhinitis (snuffle)</li><li>• Diare</li><li>• Pneumonia</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pembesaran parotis</li> <li>● Dermatitis seboroika</li> <li>● Infeksi human papiloma virus yang luas atau</li> <li>● infeksi moluscum (&gt; 5% tubuh)</li> <li>● Infeksi jamur kuku</li> <li>● Malnutrisi sedang tanpa etiologi jelas yang tidak membaik dengan terapi standar</li> <li>● Diare persisten tanpa etiologi yang jelas (&gt; 14 hari)</li> <li>● Demam tanpa etiologi jelas (intermiten atau konstan, &gt; 1 bulan)</li> <li>● Kandidiasis oral (di luar masa neonatal)</li> <li>● <i>Oral hairy leukoplakia</i> (OHL)</li> <li>● TB paru</li> <li>● Anemi, netropeni atau trombositopeni kronis</li> <li>● Sarkoma Kaposi</li> <li>● Kandidiasis esofageal</li> <li>● Toksoplasmosis Susunan saraf pusat</li> <li>● Ensefalopati HIV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Kejang demam, kaku kuduk</li> <li>● Myocarditis</li> <li>● Gangguan Tumbuh kembang</li> <li>● Trias Hutchinson (keratitis interstisialis, mulberry teeth, Tuli N.VIII)</li> <li>● Hutchinson teeth</li> <li>● Choroidoretinitis, glaucoma, uveitis</li> <li>● Hidung pelana (Saddle nose)</li> <li>● Stunting</li> <li>● Condyloma lata (papula rata hipertrofi)</li> <li>● Rhagadens (luka di sudut bibir,</li> <li>● Paronichia (kuku atropi, claw nail, deformitas kuku)</li> <li>● Alopecia areata</li> </ul>
--	--

### **Pemeriksaan atas kecurigaan:**

1. Pemeriksaan HIV pada bayi sampai anak < 18 bulan yang dicurigai terinfeksi HIV dapat menggunakan rapid tes HIV sebagai skrining adanya pajanan selama kehamilan atau menyusui, namun **konfirmasi infeksi HIV** pada bayi sampai anak < 18 bulan dilakukan menggunakan PCR (EID) kualitatif dan kuantitatif. Bayi/ Balita dinyatakan positif terinfeksi HIV bila skrining kecurigaan HIV dengan Rapid tes HIV positif dan konfirmasi diagnosis HIV pada bayi menggunakan PCR (EID) kualitatif positif dan dilanjutkan PCR. Pada anak > 18 bulan konfirmasi infeksi HIV cukup menggunakan Rapid tes HIV serial strategi 3 yaitu, Rapid HIV 1 positif dilanjutkan Rapid HIV 2 positif dan dilanjutkan Rapid HIV 3 positif.
2. Pemeriksaan Sifilis pada bayi yang dicurigai terinfeksi Sifilis dilakukan dengan *Treponema Pallidum* Rapid (TP Rapid) pada usia berapapun sebagai skrining adanya pajanan selama kehamilan atau menyusui, untuk profilaksis. Konfirmasi infeksi Sifilis dengan mengukur titer Rapid Plasma Reagin (RPR). Pada bayi dan balita konfirmasi infeksi Sifilis (Sifilis kongenital) dilakukan dengan

membandingkan titer RPR bayi terhadap ibunya pada usia 3 bulan, 6 bulan dan 9 bulan. Bayi/Balita dinyatakan positif terinfeksi Sifilis bila skrining TP rapid positif dan titer RPR bayi > 4x titer RPR ibu.

## **TATA LAKSANA TINDAK LANJUT**

Pada bayi dengan **skrining positif** atau terbukti terdapat pajanan dari ibu, dilakukan upaya kesehatan masyarakat seperti imunisasi berupa terapi profilaksis.

1. **Bayi dengan rapid tes HIV positif** terpajan HIV, diberikan ARV profilaksis:

- Bayi tanpa ASI: Zidovudin 2-4mg/kgBB per kali, 2 kali sehari
- Bayi dengan ASI: Zidovudin (ZDV=AZT) 2-4mg/kgBB per kali, 2 kali sehari **dan** Nevirapin (NVP) 8-15mg/kgBB perhari, sekali sehari

Profilaksis cotrimoksazol diberikan pada bayi diatas 6 minggu yang diberikan selama belum dinyatakan konfirmasi HIV negatif. Dosis cotrimoksazol berbasis Trimetoprim 6–8 mg/kgBB sekali sehari atau bagi bayi < 6 bulan, dosis 1 tablet pediatrik (atau ¼ tablet dewasa, 20 mg Trimetoprim/100 mg sulfametoksazol);

bagi bayi 6 bulan sampai balita 5 tahun dosis 2 tablet pediatrik (atau  $\frac{1}{2}$  tablet dewasa); dan bagi anak umur 6-14 tahun, 1 tablet dewasa dan bila > 14 tahun digunakan 1 tablet dewasa forte.

2. **Bayi dengan TP rapid positif**, terpajan Sifilis, diberikan profilaksis: Benzatin Penicilin G 50.000 IU/kg BB IM tunggal

Setiap bayi/balita yang dicurigai oleh dokter kemungkinan terpajan HIV atau Sifilis, maka dilakukan *contact tracing* pemeriksaan kepada ibu kandungnya dan ayah kandung biologisnya. Bilamana ibu dan atau ayah biologisnya terbukti terinfeksi HIV atau PIMS seperti Sifilis, maka:

1. Ibu kandung dan pasangannya wajib selalu menggunakan kondom bila berhubungan seksual, tidak mencari pasangan lain atau membahayakan infeksi ke orang lain, saling terbuka dan saling mendukung pengobatan, dan terbuka pada petugas kesehatan yang menolong.
2. Ibu dan atau ayah terbukti terinfeksi HIV, dilakukan penetapan stadium klinis dan penerapan *test and treat, the same day* terapi.

3. Ibu dan atau ayah terbukti terinfeksi Sifilis, wajib diberikan terapi adekuat Benzatin Penicilin G secara adekuat sesuai diagnosis dini atau lanjut.
4. Pada IMS lainnya dilakukan pengobatan program generik kombipak yang terdiri atas cefixime 400 mg dan azitromycin 1000 mg sekali minum didepan petugas.

Bayi dengan skrining positif dapat dirujuk kepada dokter spesialis anak **atau** Bayi dengan skrining positif dilakukan pemeriksaan konfirmasi untuk menegakkan diagnosis, dan bila terbukti terinfeksi dilakukan:

1. Bayi confirm HIV diberikan terapi ARV.  
Paduan terapi ARV pada anak berusia < 3 tahun terdiri atas: ABC+3TC+LPV/r  
Alternatif terapi berupa:  
AZT+3TC+LPV/r  
ABC+3TC+NVP  
AZT+3TC+NVP  
Abacavir (ABC) atau Azatioprim (AZT= Zidovudin ZDV) dikombinasi dengan 3TC (Lamivudin) dan LPV/r (Lopinavir/ritonavir), bila tidak ada LPV/r dapat digunakan nerirapin (NVP).

ABC atau AZT + 3TC + LPV/r atau NVP  
Paduan Terapi ARV pada anak usia 3-10 tahun  
terdiri atas: AZT+3TC+EFV;  
Alternatif terapi berupa:

ABC+3TC+NVP

ABC+3TC+EFV

AZT+3TC+NVP

TDF+3TC (atau FTC)+EFV

TDF+3TC (atau FTC)+NVP

Bila bayi menerima PASI tetap dilanjutkan PASI,  
bila ASI tetap dilanjutkan ASI ad libitum  
Ibu bayi diberikan terapi ARV, dan wajib patuh  
serta selalu menggunakan kondom bila  
berhubungan seksual, serta dilakukan *contact  
tracing* pasangan seksual ibu, dengan  
penanganan yang sama.

2. Bayi konfirmasi Sifilis diberikan terapi

- Aqueous Crystalline Penicillin G diberikan dalam 50.000IU/kgBB/dosis IV 2 kali sehari dalam 7 hari pertama (tiap 12 jam), dan 3 kali sehari untuk 10 hari selanjutnya (tiap 8 jam), **atau**
- Procaine Penicillin G diberikan dalam 50.000IU/kgBB/dosis IM sekali sehari selama 10 hari; jika terlewat sehari terapi diulang dari awal genap 10 hari nonstop.

Bila bayi menerima PASI tetap dilanjutkan PASI, bila ASI tetap dilanjutkan ASI ad libitum. Ibu bayi diberikan terapi adekuat menggunakan Benzatin Penicilin G 2,4 juta IU IM, sesuai titer RPR sebagai Sifilis dini atau lanjut. Sebagian besar ibu dari bayi Sifilis adalah Sifilis lanjut atau laten sehingga terapi Benzatin Penicilin G 2,4 juta IU IM dijadwalkan 3 kali terapi dengan selang waktu 1 minggu, wajib patuh pada jadwal karena bila terlewatkan sekali diulang agar genap 3 kali penyuntikan berturut-turut, serta selalu menggunakan kondom bila berhubungan seksual. *Contact tracing* pasangan seksual ibu, dilakukan dengan penanganan yang sama. Dalam hal orang dewasa intoleran terhadap penicillin dapat diberikan terapi alternatif doksisisiklin 100mg kapsul sekali sehari selama 30 bulan, diulang 6 bulan kemudian tetapi tidak disebut sebagai terapi adekuat dan sebaiknya dianjurkan untuk tidak hamil lagi.

## STANDAR KOMPETENSI DAN KETRAMPILAN DOKTER INDONESIA

<b>Standar Kompetensi Dokter Indonesia</b>	
<p><b>MALNUTRISI ENERGI PROTEIN (MEP)</b>                      No. ICPC II: T91 Vitamin/nutritional deficiency                      No. ICD X: E46 Unspecified protein-energy malnutrition                      Tingkat Kemampuan 4A</p>	<p><b>HIV/AIDS TANPA KOMPLIKASI</b>                      No. ICPC-2: B90 HIV-infection/AIDS                      No. ICD-10: Z21 Asymptomatic Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection status                      Tingkat Kemampuan 4A</p>
<p><b>TUBERKULOSIS (TB) PARU</b>                      No ICPC-2: A70 Tuberkulosis                      No ICD-10: A15 Respiratory tuberculosis, bacteriologically and histologically confirmed                      Tingkat Kemampuan 4A</p>	<p><b>FLUOR ALBUS/ VAGINAL DISCHARGE NON GONORE</b>                      No. ICPC-2 : X14 vaginal discharge                          X71 gonore pada wanita                          X72 urogenital candidiasis pada wanita                          X73 trikomoniasis urogenital pada wanita                          X92 klamidia genital pada wanita                      No. ICD-10 : N98.9                      Tingkat Kemampuan 4A</p>

## Standar Kompetensi Dokter Indonesia

<p><b>GONORE</b>          No. ICPC-2: X71 Gonorrhoea female,                            Y71 Gonorrhoea male          No. ICD-10: A54.9 Gonococcal infection,            unspecified          Tingkat Kemampuan 4A</p>	<p><b>VAGINITIS</b>          No. ICPC-2: X84 Vaginitis          No. ICD-10: N76.0 Acute Vaginitis          Tingkat Kemampuan 4A</p>
<p><b>TB DENGAN HIV</b>          TB:          No ICPC-2: A70 Tuberkulosis          No ICD-10: A15 Respiratory tuberkulosis,            bacteriologiccaly and            histologically confirmed            HIV:          No. ICPC-2: B90 HIV-infection/AIDS          No. ICD-10: Z21 Asymptomatic human            immunodeficiency virus            (HIV) infection status          Tingkat Kemampuan 3A</p>	<p><b>SIFILIS</b>          No. ICPC-2 : Y70 Syphilis male                                            X70 Syphilis female          No. ICD-10 : A51 Early syphilis                                            A51.0 Primary genital syphilis                                            A52 Late syphilis                                            A53.9 Syphilis, unspecified          Tingkat Kemampuan 3A</p>

## Standar Kompetensi Dokter Indonesia

### HEPATITIS B

No. ICPC-2: D72 Viral Hepatitis  
No. ICD-10: B16 Acute Hepatitis B  
Tingkat Kemampuan 3A

### MALABSORBSI MAKANAN

No. ICPC-2: D29 Digestive syndrome/complaint  
other  
No. ICD-10: K90.9 Intestinal malabsorbtion,  
unspecified  
Tingkat Kemampuan 3A

## Ketrampilan Dokter Indonesia

### TATALAKSANA GIZI BURUK

Tingkat Keterampilan: 4A  
Tujuan: memberikan tata laksana yang baik dan benar pada anak dengan gizi buruk tanpa komplikasi

### PEMERIKSAAN IVA (INSPEKSI VISUAL ASAM ASETAT)

Tingkat Keterampilan: 4A  
Tujuan: mampu melakukan pemeriksaan IVA untuk menilai kelainan organ reproduksi

### PALPASI KELENJAR LIMFE

Tingkat Keterampilan: 4A  
Tujuan: Menilai kelenjar limfe

### KONSELING ANEMIA DEFISIENSI BESI, THALASSEMIA DAN HIV

Tingkat Keterampilan: 4A  
Tujuan: Melakukan konseling pada pasien yang mengalami anemia, thalassemia ataupun HIV

## Lampiran 8. Register Layanan Rawat Jalan

RINGKASAN REGISTER LAYANAN RAWAT JALAN																							
DATA PRIBADI								MASUK					KELUAR										
No	Nomer registrasi	Nama lengkap	Desa	Posyandu	L/P	Umur (bulan)	Jenis Kelamin (L/P)	Cacat (Y/T)*	Tgl masuk	LILA (cm)	Berat (kg)	Tinggi (cm)	BB/TB	Edema (-, +, ++, +++)	Kriteria masuk	Tgl keluar	LILA (cm)	Berat (kg)	Tinggi (cm)	BB/PB	Edema (-, +, ++, +++)	Kriteria keluar	
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							

**Lampiran 9.**  
**Ringkasan Konfirmasi Diagnosa Layanan Rawat Jalan**

RINGKASAN KONFIRMASI DIAGNOSA LAYANAN RAWAT JALAN																		
Bulan/Tahun:.....										Nama PUSKESMAS/PUSTU:.....					Kecamatan:.....			
DATA PRIBADI							HASIL DIAGNOSA							PERAWATAN				
No	Nama lengkap anak	Desa	Posyandu	L/P	Umur (bulan)	Jenis Kelamin (L/P)	Cacat (Y/T)*	Tgl datang	LILA (cm)	Berat (kg)	Tinggi (cm)	BB/TB	Edema (-, +, ++, +++)	Masuk PGBM (Y/T)	Rujuk rawat inap (Y/T)	RUTF (Y/T)	Konseling PMBA (Y/T)	PMT (Y/T)
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		

## Lampiran 10. Laporan Bulanan Layanan Rawat Jalan

### LAPORAN BULANAN LAYANAN RAWAT JALAN

Puskesmas  
Kecamatan  
Kabupaten


Bulan/ tahun	
Sisa STOK RUTIF	Bungkus

Jenis Kelamin	Total kasus diawal bulan (A)	Kasus Baru (B)					Kasus Lama (C) Dari Layanan rawat jalan lain atau Rawat Inap, atau Drop Out dan Masuk kembali	jumlah Anak Gizi Buruk yang cacat*	TOTAL MASUK (D) = (B+C+D)	Keluar E = E1+E2+E3+E4				Pindah (F)	TOTAL EKIT (G) (E+F+G)	Total di akhir bulan (H) (A+D-G+H)
		LILA <11.5cm	BB/TB <-3 SD	BB/TB <-3 SD DAN LILA <11.5cm	Edema	SEMBUH (E1)				MENINGGAL (E2)	DROP OUT (E3)	TIDAK ADA RESPON/ TIDAK SEMBUH (E4)				
Laki-laki	2							0						0	2	
Perempuan	1							0						0	1	
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>					<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	

Sisa akhir RUTIF (Bungkus)	
Anak perempuan (masuk baru)	
Anak laki-laki (masuk baru)	

TARGET (standar sphere)

>75% <10% <15%

E1: Sembuh = mencapai kriteria keluar

E3: Drop Out = tidak hadir pada 2 kunjungan berturut-turut (2 minggu)

E4: Tidak Sembuh/ Tidak Ada Respon = tidak mencapai kriteria keluar setelah 3 bulan di Pos PGMB

H: Total diakhir bulan (H) = Total diawal bulan (A) + Total masuk (D) - Total keluar (G)

\* Berikan keterangan jenis kecacatan yang dialami:

# Lampiran 11.

## Formulir Pencatatan Bayi Muda < 2 Bulan

FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN		
Tanggal Kunjungan : _____ Alamat : _____ Nama Bayi : _____ L / P Nama Ibu: _____ Tanggal Lahir/Umur : _____ BB: _____ gram PB: _____ cm Suhu: _____ °C Bayi sakit apa? _____ Kunjungan Pertama _____ Kunjungan Ulang _____ KN: 1 / 2 / 3		
PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN
<b>MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semua</li> <li>Ada riwayat kejang</li> <li>Bayi bergerak hanya ketika distimulasi atau tidak bergerak sama sekali</li> <li>Hitung napas dalam 1 menit ____ kali / menit. Ulangi jika &gt; 60 kali / menit.</li> <li>Hitung napas kedua ____ kali / menit. Apakah: Napas cepat (<math>\geq 60</math> x/menit), atau Napas lambat (<math>&lt; 40</math> x/menit)</li> <li>Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat</li> <li>Suhu tubuh <math>\geq 37.5^{\circ}\text{C}</math></li> <li>Suhu tubuh <math>&lt; 36.5^{\circ}\text{C}</math></li> <li>Mata bermanah: Banyak ____ Sedikit ____</li> <li>Pusar kemerahan</li> <li>Pusar kemerahan meluas ke dinding perut <math>&gt; 1</math> cm</li> <li>Pusar bermanah</li> <li>Ada pustul di kulit</li> </ul>		
<b>MEMERIKSA IKTERUS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kuning timbul pada hari pertama setelah lahir (<math>&lt; 24</math> jam)</li> <li>Kuning ditemukan pada umur 24 jam sampai dengan 14 hari</li> <li>Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari</li> <li>Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki</li> <li>Kuning tidak sampai telapak tangan atau telapak kaki</li> </ul>		
<b>APAKAH BAYI DIARE ?</b> Ya ____ Tidak ____ <ul style="list-style-type: none"> <li>Bayi sudah diare selama ____ hari</li> <li>Kondisi umum bayi: - Bayi bergerak atau kemandi sendiri atau dirangsang atau tidak bergerak sama sekali / Letargis</li> <li>- Gelisah atau rewel</li> <li>Mata cekung</li> <li>Cubitan kulit perut kembalinya: - Sangat lambat (<math>&gt; 2</math> detik)</li> <li>- Lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit)</li> </ul>		
<b>MEMERIKSA STATUS HIV</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Apakah ibu pernah tes HIV? Ya ____ Tidak ____</li> <li>- Jika "ya", apakah hasilnya: Positif ____ Negatif ____</li> <li>- Jika "positif", apakah ibu sudah minum ARV? Sudah ____ Belum ____</li> <li>- Jika "sudah", apakah ARV sudah diminum minimal 6 bulan? Ya ____ Tidak ____</li> <li>Apakah bayi saat berusia 6 minggu pernah dites HIV? Ya ____ Tidak ____</li> <li>- Jika "ya", apakah hasilnya: Positif ____ Negatif ____</li> <li>- Jika "positif", apakah bayi sudah mendapatkan ARV? Sudah ____ Belum ____</li> <li>Apakah bayi pernah mendapatkan ASI atau masih menerima ASI? Ya ____ Tidak ____</li> <li>Jika status HIV ibu dan bayi tidak diketahui atau belum dites HIV, tawarkan dan lakukan TES SEROLOGIS pada ibu.</li> <li>Jika hasil tes HIV ibu "positif" rencanakan tes HIV serologis untuk bayi mulai usia 6 minggu.</li> </ul>		
<b>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI / MINUM</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Berat badan menurut umur: - Rendah <math>\leq -2</math> SD ____</li> <li>- Tidak rendah <math>&gt; -2</math> SD ____</li> <li>Apakah bayi diberi ASI? Ya ____ Tidak ____</li> <li>Jika "Ya",</li> <li>- Berapa kali dalam 24 jam? ____ kali</li> <li>- Apakah bayi diberi makanan atau minuman lain selain ASI? Ya ____ Tidak ____</li> <li>Jika "Ya", apa yang diberikan? _____</li> <li>berapa kali dalam 24 jam? ____ kali.</li> <li>alat apa yang digunakan: botol atau Cangkir?</li> </ul> <p><b>Jika bayi tidak akan dirujuk LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI,</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lihat apakah posisi bayi benar:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>Seluruh badan bayi tersangga dengan baik - Kepala dan tubuh bayi lurus - Badan bayi menghadap ke dada ibu - Badan bayi dekat ke ibu.</li> </ul> </li> <li>Posisi Benar - Posisi Salah</li> <li>Lihat apakah perlekatan bayi:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>Dagu bayi menempel payudara - Mulut bayi terbuka lebar - Bibir bawah membuka keluar - Areola bagian atas tampak lebih banyak</li> </ul> </li> <li>Tidak melekat sama sekali - Tidak melekat dengan baik - Melekat dengan efektif</li> </ul>		

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN
<p><b>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI / MINUM (lanjutan)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lihat dan dengar, apakah bayi mengisap dengan efektif : Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat, terdengar suara menelan</li> </ul> <p>Tidak mengisap sama sekali - Tidak mengisap dengan efektif - Mengisap dengan efektif</p>		
<p><b>MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1</b></p> <p>Diberikan segera setelah lahir : Ya ____ Tidak ____</p>		<p>Vit K1 diberikan hari ini _____</p>
<p><b>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI</b> (Lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini)</p> <p>HB-0 ____ BCG ____ Polio - 1 ____</p>		<p>Imunisasi yang diberikan hari ini : _____</p>
<p><b>MENILAI MASALAH ATAU KELUHAN LAIN</b></p>		
		<p>Nasihat kapan kembali segera Kunjungan Ulang : ____ hari</p>
<p><b>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU</b></p>		

\_\_\_\_\_  
Nama Pemeriksa

## Lampiran 12.

# Formulir Pencatatan Balita Sakit Umur 2 Bulan sampai 5 Tahun

FORMULIR PENCATATAN BALITA SAKIT UMUR 2 BULAN SAMPAI 5 TAHUN		
Tanggal Kunjungan : _____		Alamat : _____
Nama Anak: _____ L / P		Nama Ibu: _____
Umur: _____ Tahun _____ Bulan		BB: _____ kg PB/TB: _____ cm Suhu: _____ °C
Anak sakit apa? _____		Kunjungan Pertama _____ Kunjungan Ulang _____
PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN
<b>MEMERIKSA TANDA BAHAYA UMUM</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak bisa minum/menyusu</li> <li>• Memuntahkan semuanya</li> <li>• Kejang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gelisah, Letargis atau tidak sadar</li> <li>• Ada stridor</li> <li>• Biru (sianosis)</li> <li>• Ujung tangan dan kaki pucat dan dingin</li> </ul>	
<b>APAKAH ANAK BATUK ATAU SUKAR BERNAPAS ?</b> Ya ____ Tidak ____ <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berapa lama? _____ hari</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hitung napas dalam 1 menit _____ kali / menit. Napas Cepat ?</li> <li>• Ada tarikan dinding dada kedalam</li> <li>• Ada wheezing</li> <li>• Saturasi oksigen _____ %</li> </ul>	
<b>APAKAH ANAK DIARE ?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berapa lama? _____ hari</li> <li>• Adakah darah dalam tinja?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keadaan umum anak : - Letargis atau tidak sadar - Rewel / mudah marah,</li> <li>• Mata cekung</li> <li>• Beri anak minum : - Tidak bisa minum atau malas minum - Haus, minum dengan lahap</li> <li>• Cubit kulit perut, apakah kembalinya : - Sangat lambat (lebih dari 2 detik) - Lambat (mash sempat terlihat lipatan kulit)</li> </ul>	
<b>APAKAH ANAK DEMAM ?</b> Ya ____ Tidak ____ (anamnesis ATAU teraba panas ATAU suhu $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ ) Tentukan Daerah Endemis Malaria : Tinggi / Rendah / Non Endemis <b>Jika Daerah Non Endemis</b> , tanyakan riwayat bepergian ke daerah endemis malaria dalam 2 minggu terakhir dan tentukan daerah endemis sesuai tempat yang dikunjungi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sudah berapa lama? _____ hari</li> <li>• Jika lebih dari 7 hari, apakah demam terjadi setiap hari?</li> <li>• Apakah pernah sakit malaria atau minum obat malaria?</li> <li>• Apakah anak sakit campak dalam 3 bulan terakhir?</li> </ul>	Lakukan Tes Malaria, hasil : RDT (+) / (-)  Mikroskopis :
<b>LAKUKAN TES MALARIA</b> jika tidak ada klasifikasi penyakit berat : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pada semua kasus demam di daerah Endemis Malaria tinggi</li> <li>• jika tidak ditemukan penyebab pasti demam di daerah Endemis Malaria rendah</li> </ul>		
<b>Jika anak sakit campak saat ini atau dalam 3 bulan terakhir :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lihat adanya luka di mulut</li> <li>• Jika "ada", apakah dalam atau luas ?</li> <li>• Lihat adanya nanah di mata</li> <li>• Lihat adanya kekeruhan di kornea</li> </ul>		
<b>Jika demam 2 hari sampai dengan 7 hari, tanya dan periksa :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apakah demam mendadak tinggi dan terus menerus?</li> <li>• Apakah nyeri ulu hati atau gelisah?</li> <li>• Apakah badan anak dingin?</li> <li>• Apakah anak muntah?</li> <li>• Jika "Ya", - Apakah sering? - Apakah muntah dengan darah atau seperti kopi?</li> <li>• Apakah berak berwarna hitam?</li> <li>• Apakah di sekitar anda ada yang terinfeksi DBD?</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Periksa tanda-tanda syok : Ujung ekstremitas teraba dingin DAN nadi sangat lemah atau tidak teraba</li> <li>• Lihat adanya perdarahan dari hidung/gusi atau titik perdarahan di kulit (petekie)</li> <li>• Jika petekie sedikit DAN tidak ada tanda lain dari DBD, lakukan uji tornek, jika mungkin Hasil uji tornek: positif _____, negatif _____</li> <li>• Jika petekie sedikit TANPA tanda lain dari DBD DAN uji tornek tidak dapat dilakukan, klasifikasikan sebagai DBD.</li> </ul>

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN																		
<p><b>APAKAH ANAK MEMPUNYAI MASALAH TELINGA</b> Ya ___ Tidak ___</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apakah ada nyeri telinga? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></li> <li>• Adakah rasa penuh di telinga? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></li> <li>• Adakah cairan/nanah keluar dari telinga? Jika "Ya", berapa hari? ___ hari</li> <li>• Lihat adanya cairan atau nanah keluar dari telinga? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></li> <li>• Raba adanya pembengkakan yang nyeri di belakang telinga <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></li> </ul>																				
<p><b>MEMERIKSA STATUS GIZI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lihat apakah anak tampak sangat kurus.</li> <li>• Lihat dan raba adanya pembengkakan di kedua punggung kakil/tangan</li> <li>• Tentukan berat badan (BB) menurut panjang badan (PB) atau tinggi badan (TB) <ul style="list-style-type: none"> <li>- BB menurut PB atau TB : &lt; -3 SD _____</li> <li>- BB menurut PB atau TB : -3 SD sampai -2 SD _____</li> <li>- BB menurut PB atau TB : ≥ -2 SD _____</li> </ul> </li> <li>• Tentukan lingkaran lengan atas (LILA) untuk anak umur 6 bulan atau lebih <ul style="list-style-type: none"> <li>- LILA &lt; 11,5 cm _____</li> <li>- LILA 11,5 cm - 12,5 cm _____</li> <li>- LILA ≥ 12,5 cm _____</li> </ul> </li> <li>• Jika BB menurut PB atau TB &lt; -3 SD ATAU Lingkaran Lengan Atas &lt; 11,5 cm, periksa komplikasi medis : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apakah ada tanda bahaya umum?</li> <li>- Apakah ada klasifikasi berat?</li> </ul> </li> </ul> <p>Jika tidak ada komplikasi medis, nilai pemberian ASI pada anak umur &lt; 6 bulan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apakah anak memiliki masalah pemberian ASI?</li> </ul>																				
<p><b>MEMERIKSA ANEMIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lihat adanya keputihan pada telapak tangan, apakah tampak: <input type="checkbox"/> Sangat pucat? <input type="checkbox"/> Agak pucat?</li> </ul>																				
<p><b>MEMERIKSA STATUS HIV</b></p> <p>Jika anak menderita pneumonia berulang atau diare persisten / berulang atau gizi buruk atau Anemia Berat.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apakah anak pernah tes HIV? Ya ___ Tidak ___</li> <li>• Jika "Ya", kapan? _____ Hasilnya Positif ___ atau Negatif ___</li> <li>• Apakah ibu pernah tes HIV? Ya ___ Tidak ___</li> <li>• Jika "Ya", kapan? _____ Hasilnya Positif ___ atau Negatif ___</li> <li>• Apakah anak memiliki orang tua kandung dan / atau saudara kandung : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Yang terdiagnosis HIV? Ya ___ Tidak ___</li> <li>- Yang meninggal karena penyebab tidak diketahui tapi masih mungkin karena HIV? Ya ___ Tidak ___</li> </ul> </li> <li>• Apakah anak masih mendapat ASI? Ya ___ Tidak ___</li> <li>• Lihat, adakah bercak putih di Rongga mulut? Ya ___ Tidak ___</li> </ul>																				
<p><b>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI</b></p> <p>Lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini, beri tanda v jika sudah diberikan.</p> <table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>BCG</td> <td>HB 0</td> <td>Polio 1</td> <td>Polio 2</td> <td>Polio 3</td> <td>Polio 4</td> </tr> <tr> <td>DPT-HB-Hib 1</td> <td>DPT-HB-Hib 2</td> <td>DPT-HB-Hib 3</td> <td>IPV</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Campak</td> <td>DPT-HB-Hib (lanjutan)</td> <td>Campak (lanjutan)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	BCG	HB 0	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Polio 4	DPT-HB-Hib 1	DPT-HB-Hib 2	DPT-HB-Hib 3	IPV			Campak	DPT-HB-Hib (lanjutan)	Campak (lanjutan)					<p>Imunisasi yang diberikan hari ini : _____</p>
BCG	HB 0	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Polio 4															
DPT-HB-Hib 1	DPT-HB-Hib 2	DPT-HB-Hib 3	IPV																	
Campak	DPT-HB-Hib (lanjutan)	Campak (lanjutan)																		
<p><b>MEMERIKSA PEMBERIAN VITAMIN A</b></p> <p>Dibutuhkan suplemen vitamin A : Ya ___ Tidak ___</p>		<p>Diberikan vit A hari ini : Ya ___ Tidak ___</p>																		
<p><b>MENILAI MASALAH ATAU KELUHAN LAIN</b></p>																				
<p><b>LAKUKAN PENILAIAN PEMBERIAN MAKAN</b></p> <p>Jika anak berumur &lt; 2 TAHUN atau GIZI KURANG atau ANEMIA DAN anak tidak akan dirujuk segera.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apakah Ibu menyusui anak ini? Ya ___ Tidak ___</li> <li>• Jika "Ya", berapa kali sehari? ___ kali</li> <li>• Apakah menyusui juga di malam hari? Ya ___ Tidak ___</li> <li>• Apakah anak mendapat makanan atau minuman lain? Ya ___ Tidak ___</li> <li>• Jika "Ya", makanan atau minuman apa? _____</li> <li>• Berapa kali sehari? ___ kali</li> <li>• Alat apa yang digunakan untuk memberi minum anak? _____</li> <li>• Jika anak GIZI KURANG : Berapa banyak makanan atau minuman yang diberikan pada anak? _____</li> <li>• Apakah anak mendapat makanan tersendiri? Ya ___ Tidak ___</li> <li>• Siapa yang memberi makan dan bagaimana caranya? _____</li> <li>• Selama sakit ini, apakah ada perubahan pemberian makan? Ya ___ Tidak ___</li> <li>• Jika "Ya", bagaimana? _____</li> </ul>																				
		<p>Nasihatikan kapan kembali segera. Kunjungan Ulang : _____ hari.</p>																		

Nama Pemeriksa \_\_\_\_\_

# Lampiran 13.

## Formulir Pemantauan dan Evaluasi Pasien Rawat Jalan

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



## Lampiran 14. Kuesioner Kunjungan Rumah

### Kuesioner Kunjungan Rumah

Nama anak: \_\_\_\_\_ Desa: \_\_\_\_\_

Nama Ibu/Pengasuh: \_\_\_\_\_

Nama petugas yang melakukan kunjungan rumah: \_\_\_\_\_

Tanggal kunjungan: \_\_\_\_\_ Nama Puskesmas/Pustu: \_\_\_\_\_

Alasan kunjungan rumah: \_\_\_\_\_

Pemberian makan pada anak		
1. Apakah ada RUTF di rumah?	Ya	Tidak
1a. Jika TIDAK, dimana RUTF yang diberikan petugas?		
2. Apakah RUTF yang ada mencukupi hingga kunjungan berikutnya?	Ya	Tidak
3. Berapa kali sehari anak ini diberikan RUTF?		
4. Apakah RUTF dibagi-bagi ke anak atau anggota keluarga lain?	Ya	Tidak
5. Apakah ada makanan lain selain RUTF yang diberikan kepada anak ini? Jika YA, jawab pertanyaan berikut:	Ya	Tidak
5a. Tulis makanan lain yang diberikan kepada anak		
5b. Berapa kali sehari anak 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 ini untuk makan RUTF?	Ya	Tidak
7. Apa yang pengasuh lakukan jika anak ini tidak mau makan? (centang jawaban yang sesuai, boleh lebih dari satu) <input type="checkbox"/> Membujuk <input type="checkbox"/> Membawa anak ke rumah sakit atau minta saran tenaga kesehatan <input type="checkbox"/> Memberi anak makanan dalam jumlah kecil tetapi sering <input type="checkbox"/> Tidak satupun diatas		
8. Apakah anak masih mendapat ASI? (prioritas untuk anak <2tahun 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
10. Apakah ada masalah lain yang dihadapi ibu/pengasuh saat memberi anak makan?	Ya	Tidak

**Lampiran 15.**  
**Standar Makanan Padat Gizi (Kombinasi Formula)**

**STANDAR MAKANAN PADAT GIZI (KOMBINASI FORMULA)**

<b>NO</b>	<b>BAHAN MAKANAN</b>	<b>300 Kal</b>	<b>400 Kal</b>	<b>500 Kal</b>	<b>600 Kal</b>	<b>700 Kal</b>	<b>800 Kal</b>	<b>900 Kal</b>	<b>1000 Kal</b>
1	Nasi	50	75	100	125	150	200	200	250
2	Telur	25	25	55	55	55	55	55	55
3	Daging sapi	25	25	25	25	25	25	25	25
4	Bayam	25	25	50	50	50	50	75	75
5	Minyak	5	5	10	10	10	15	15	15
6	Tempe					25	25	25	25
7	Buah	1/2 p	1/2 p	1/2 p	1/2 p	1p	1p	1p	1p
8	Biskuit PMT	20	30	30	40	40	40	50	60
9	Ikan							25	25

<b>NO</b>	<b>BAHAN MAKANAN</b>	<b>300 Kal</b>	<b>400 Kal</b>	<b>500 Kal</b>	<b>600 Kal</b>	<b>700 Kal</b>	<b>800 Kal</b>	<b>900 Kal</b>	<b>1000 Kal</b>
	Energi (Kal)	325	404	546	625	726,9	835	915,2	1026,7
	Protein (g)	12,5	13,9	20,2	21,7	27,3	28,5	34,8	36,9
	%	15	13,8	14,8	13,9	15	13,7	14,7	14,2
	Lemak (g)	15	16,7	25,7	27,4	29,5	37,3	36,9	38,6
	%	41,5	37,2	42,1	39,5	36,5	37	36,3	35
	KH (g)	35,3	49,5	58,8	72,9	89,2	103,5	112,3	133,6
	%	43,5	49	43,1	47,6	49	49,7	49	52
	Fe (mg)	2,9	3,6	4,9	5,6	6,2	6,3	7,9	8,7
	Vit C (mg)	39,3	39,3	47,5	47,5	78,5	78,9	86,8	86,8

## Lampiran 16. Brosur Makanan Sehat Bayi

**Kebutuhan Gizi Sehari**

Berat Badan : ..... kg Panjang Badan : ..... cm

Status Gizi : .....

Energi : ..... kkal Lemak : ..... gram

Protein : ..... gram Karbohidrat : ..... gram

**CATATAN KONSELOR**



**MAKANAN SEHAT BAYI**

“ Lakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD), kemudian pemberian ASI Eksklusif sampai usia 6 bulan, dilanjutkan pemberian MP-ASI dan ASI sampai umur minimal 24 bulan agar bayi tetap sehat dan tumbuh kembang optimal ”



**Contoh Menu Sehari**

**Usia 6 – 9 bulan**

Jam 06.00 : ASI (sakehendak bayi)

08.00 : Bubur saring ayam, tahu dan bayam

10.00 : Pega-pegas tumat

12.00 : Bubur saring ikan, kacang merah dan wortel

15.00 : Sari jeruk manis

17.00 : Bubur saring hati ayam, tahu dan tahu siam

20.00 : ASI (sakehendak bayi)

\* ASI tetap diberikan sesuai dengan kehendak bayi tanpa terjadwal

\* Dalam pembuatan bubur saring ditambahkan minyak 1 sendok teh per sajian

Untuk informasi kesehatan dan gizi lainnya dapat mengunjungi fasilitas pelayanan kesehatan terdekat

**Usia 9 – 12 bulan**

Jam 06.00 : ASI (sakehendak bayi)

08.00 : Nasi tim, ikan, tempe dan sawi hijau ditumis halus

10.00 : Mago sari/ buah potong

12.00 : Nasi tim, ayam kecap cincang, kacang hijau dan kangkung

15.00 : Sari jeruk manis

17.00 : Bembang pisang, tumis hati ayam, tahu, tahu siam

20.00 : ASI (sakehendak bayi)

\* ASI tetap diberikan sesuai dengan kehendak bayi tanpa terjadwal

\* Apabila dalam pengolahan makanan jika tidak menggunakan minyak, dapat ditambahkan 1 sendok teh minyak ke dalam MP-ASI

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia  
tahun 2018

Nama : ..... L/P

Tanggal Lahir : .....

Tanggal Konseling : .....

Nama Konselor : .....



Menupakan makanan terbaik bagi bayi karena mengandung semua zat gizi yang diperlukan untuk tumbuh kembang bayi yang optimal, terutama zat kebalahan tubuh dan zat anti alergi. Mulai usia 6 bulan diberikan Makanan Pendamping ASI (MP ASI) sesuai dengan pola pemberian MP ASI yang berkualitas.

#### Tujuan Pengaturan Makanan

- Untuk mencapai tumbuh kembang bayi yang optimal

#### Prinsip Pengaturan Makanan

- Bayi menyusui eksklusif sampai usia 6 bulan (ASI Eksklusif)
- Mulai usia 6 bulan, selain ASI diberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang berkualitas:
  - ✓ Tepat Waktu : MP ASI mulai diberikan saat ketuntahan energi dan zat gizi tidak terasmi dari ASI
  - ✓ Adekuat : MP ASI terdiri dari makanan pokok, lauk, sayur, buah nabati, dan buah untuk memenuhi kebutuhan energi dan zat gizi bayi dan anak sesuai usianya dengan memperhatikan frekuensi, jumlah, tekstur dan variasi
  - ✓ Aman : penyimpanan, penyajian dan sewaktu diberikan MP ASI harus higienis
  - ✓ Tepat : cara pemberian: MP ASI diberikan sejalan tarbia laper dan nafsu makan yang ditunjukkan bayi
- MP ASI yang diberikan berbasis pangan lokal
- ASI tetap diberikan sampai anak usia 2 tahun atau lebih.

#### Pola Pemberian ASI dan MP-ASI

Umur (bulan)	ASI	Makanan Lunak	Makanan Lembut	Makanan Ralng
0-6	-			
6-9	-			
9-12	-			
12-24	-			

#### Frekuensi dan Jumlah pemberian MP – ASI

Umur	Bentuk Makanan	Frekuensi	Jumlah setiap kali makan
6-9 bulan	- ASI - Makanan lunak (bubur dan makanan keluarga yang ditamarkan)	- Terusikan pemberian ASI se sering mungkin - Makanan lunak 2-3 kali sehari - Makanan selingan 1-2 kali sehari (buah, biskuit)	2-3 sendok makan penuh setiap kali makan, tingkatan perlahan sampai setengah mangkuk berukuran 250 ml
9-12 bulan	- ASI - Makanan lembik atau dicincang yang mudah ditelan anak - Makanan selingan yang dapat dipegang anak (diberikan di antara waktu makan utama)	- Terusikan pemberian ASI - Makanan lembik 3 - 4 kali sehari - Makanan selingan 1 - 2 kali sehari	N sampai 3/4 mangkuk berukuran 250 ml

#### Masalah yang Sering Terjadi dan Tips Mengatasinya

- Diare: Cara mengatasinya adalah dengan memberikan ASI lebih sering dan menghentikan pemberian diet, jika diare tak juga berhenti dan diare tak mau hilang, muntah atau demam, segera konsultasikan ke dokter.
- Sembelit: Sambil itu bayi umumnya disebabkan karena pemberian MP-ASI yang kurang adekuat. Cara mengatasinya dengan memberikan MP-ASI dengan komposisi yang tepat (adekuat).
- Muntah/gorek: Cara mengatasinya adalah dengan menggendongnya menghadap ke belakang dengan posisi dada bayi sejajar dengan posisi pundak ibu atau dengan menangkupkan bayi lalu mengup punggungnya dengan lembut. Namun, jika gurek terjadi terus menerus dan berkepanjangan, segera hubungi dokter karena bisa jadi hal ini adalah tanda adanya alergi.



## Lampiran 17. Brosur Makanan Sehat Anak Balita

### Kebutuhan Gizi Sehari

Berat Badan : ..... kg    Tinggi Badan : ..... cm  
 Indeks Massa Tubuh (IMT) : ..... kg/m<sup>2</sup>  
 Status Gizi : .....  
 Energi : ..... kkal    Lemak : ..... gram  
 Protein : ..... gram    Karbohidrat : ..... gram

### Contoh Menu Sehari

Makan Pagi	Makan Siang	Makan Malam
Nasi/lim/bubur nasi	Nasi/lim/bubur nasi	Nasi/ lim/bubur nasi
Ayam fillet goreng	Bakso ikan udang asam	Opor ayam
Jagung	Perkedel kacang merah	Tumis brokoli wortel
Martabak tahu isi	Terik tempa	Pisang
Sopiran	Sop Sayuran	
Cah Labu Siam jagung	Pepaya	
Mami		
Jarak		
Selingan	Selingan	Selingan
Bubur kacang hijau	Gonak kentang keju	Puding buah saus susu

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

## MAKANAN SEHAT ANAK BALITA

Berikan anak balita makanan dengan pola gizi seimbang agar anak sehat dan tumbuh kembangnya optimal

### CATATAN KONSELOR

Untuk informasi kesehatan dan gizi lainnya dapat mengunjungi fasilitas pelayanan kesehatan terdekat

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia  
 Tahun 2018

Nama : ..... L/P  
 Tanggal Lahir : .....  
 Tanggal Konseling : .....  
 Nama Konselor : .....

### PEMBAGIAN MAKAN SEHARI

Makan Pagi jam 07.00 - 09.00

Nama Makanan	Berat (gram)	UMI**
Nasi/pengganti :	.....	.....
Lauk Hewani :	.....	.....
Lauk Nabati :	.....	.....
Sayuran :	.....	.....
Buah :	.....	.....
Minyak** :	.....	.....

Selingan pagi jam 10.00 :

Makan Siang jam 12.00 - 13.00

Nama Makanan	Berat (gram)	UMI**
Nasi/pengganti :	.....	.....
Lauk Hewani :	.....	.....
Lauk Nabati :	.....	.....
Sayuran :	.....	.....
Buah :	.....	.....
Minyak** :	.....	.....

Selingan sore jam 16.00 :

Makan Malam jam 18.00 - 19.00

Nama Makanan	Berat (gram)	UMI**
Nasi/pengganti :	.....	.....
Lauk Hewani :	.....	.....
Lauk Nabati :	.....	.....
Sayuran :	.....	.....
Buah :	.....	.....
Minyak** :	.....	.....

Selingan malam jam 21.00 :

\*UMI : Ukuran Rumah Tangga  
 \*\*Minyak : Digunakan dalam pengolahan makanan



## MASA BALITA

Masa balita, terutama 2 tahun awal kehidupan merupakan periode amat pertumbuhan dan perkembangan anak. Gizi dan pola asuh yang baik saling berkontribusi dalam mewujudkan tumbuh kembang optimal.

### Tujuan Pengaturan Makanan

- Memunjang tumbuh kembang anak secara optimal
- Memelihara dan meningkatkan ketahanan tubuh anak
- Menanamkan kebiasaan makan yang baik dan benar pada anak

### Prinsip Pengaturan Makanan

- Mulai usia 12 bulan, selain ASI diberikan makanan keluarga yang berkualitas yang terdiri makanan pokok, lauk hewani, lauk nabati, sayuran dan buah untuk memenuhi kebutuhan energi dan zat gizi anak sesuai usianya
- Utamakan sumber protein hewani dan penambahan minyak dalam pengolahan makanan
- Bersihkan makanan yang aman dan bersih baik penyimpanan maupun penyajian
- Makanan keluarga yang diberikan berbagai panganan lokal
- ASI tetap diberikan sampai anak usia 2 tahun atau lebih
- Batasi penggunaan gula dan garam

### Makanan yang harus dibatasi/dihindari

- Makanan yang membuat tersedak, seperti kacang goreng, kelengkeng dalam bentuk utuh.
- Makanan dan minuman yang manis / gurih, seperti coklat (kecuali coklat bubuk, makanan dan minuman kemasan)
- Makanan yang menggunakan bumbu yang terlalu merangsang/lekas

### Masalah yang sering terjadi dan tips mengatasinya

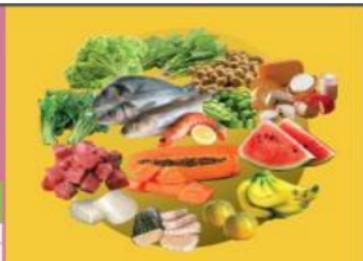
- Anak susah makan, cara mengatasinya:
  - Berikan makanan anak sesuai jadwal makan
  - Tidak membiarkan makanan selingan sekitar 1-2 jam sebelum makanan utama
  - Berikan makanan yang bervariasi dan menarik
  - Waktu makan tidak lebih dari 30 menit - 1 jam
  - Memberikan makanan padat energi dan protein tinggi atau berikan makanan dengan porsi kecil tapi padat energi
- Membiasakan makan teratur bersama keluarga

### Kebutuhan Makanan Sehari

Bahan makanan	Anak 1 – 3 tahun	Anak 4 – 6 Tahun
Nasi/pengganti	1,5 p	3 p
Lauk hewani/pengganti	2 p	2,5 p
Lauk nabati / pengganti	1 p	2 p
Sayuran	1 p	1 p
Buah	1 p	2 p
ASI	s/d 2 tahun	-
Susu	1 gelas (untuk usia >2 tahun)	1 gelas
Minyak	2 p	5 p
Gula	1,5 p	2 p

Keterangan :

p = Porsi



## **Lampiran 18.**

### **Contoh Standar Operasional Prosedur (SOP) Deteksi Dini dan Rujukan Balita Gizi Buruk atau yang Berisiko Gizi Buruk**

#### **CONTOH STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) DETEKSI DINI DAN RUJUKAN BALITA GIZI BURUK ATAU YANG BERISIKO GIZI BURUK**

#### **Pendahuluan**

Deteksi dini dan rujukan kasus balita gizi buruk, gizi kurang atau yang berisiko gizi buruk merupakan salah satu bagian dari pelaksanaan mobilisasi masyarakat. Bila kegiatan ini berjalan dengan optimal maka banyak kasus gizi buruk yang dapat dicegah dan ditangani dengan cepat dan tepat sehingga kondisi mereka tidak menjadi lebih buruk. Agar deteksi dini dan rujukan kasus dapat optimal diperlukan kegiatan penemuan dini aktif dan pasif yang melibatkan semua komponen masyarakat, khususnya orang tua, tokoh masyarakat, kader dan anggota masyarakat yang terlatih lainnya.

## **Sasaran**

SOP ini ditujukan bagi tenaga kesehatan dalam melaksanakan kegiatan penemuan dini dan rujukan serta pendampingan kepada kader dan anggota masyarakat yang terlatih lainnya.

## **Hasil yang Diharapkan**

1. Tenaga kesehatan mampu memfasilitasi proses persiapan, pelaksanaan dan pemantauan deteksi dini dan rujukan kasus mulai dari tingkat masyarakat.
2. Deteksi dini dan rujukan kasus yang optimal dapat dilaksanakan dengan melibatkan semua anggota masyarakat.
3. Balita gizi buruk atau yang berisiko gizi buruk dapat dideteksi dini dan dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) untuk mendapatkan perawatan yang cepat dan tepat.

## **Langkah-langkah Pelaksanaan**

### **Persiapan Awal**

Sebagai awal kegiatan, tenaga kesehatan, kepala daerah, dan pemangku kepentingan setempat yang terkait melaksanakan kajian masyarakat, yaitu melakukan penilaian kegiatan mobilisasi masyarakat, termasuk untuk kegiatan deteksi dini kasus oleh anggota masyarakat terlatih.

Untuk kegiatan deteksi dini dan rujukan masyarakat, komponen yang penting untuk dinilai adalah:

1. Sumber daya manusia. Siapa saja yang ada dalam wilayah tersebut yang dapat dilatih dan dapat berperan aktif dalam deteksi dini, contohnya kader Posyandu, kader dasawisma, guru PAUD, anggota karang taruna, guru kelas pengajian/ guru sekolah minggu dan anggota masyarakat lain yang berpotensi.
2. Kebutuhan dan sumber pembiayaan. Sumber dana yang tersedia dan dapat dimanfaatkan oleh tenaga kesehatan dan anggota masyarakat

terlatih untuk melakukan deteksi dini, khususnya penemuan kasus aktif.

3. Tempat dan kegiatan yang dapat digunakan sebagai titik deteksi dini secara aktif dan pasif diluar kegiatan pemantauan pertumbuhan bulanan di Posyandu. Tempat atau kegiatan yang rutin atau yang insidental yang dapat menjadi titik penemuan dini secara aktif, seperti kelas PAUD, kelas pengajian, sekolah minggu, bulan Vitamin A, kegiatan sosial kemasyarakatan, atau kegiatan keagamaan.
4. Logistik yang dibutuhkan. Logistik dasar yang dibutuhkan adalah alat antropometri standar yang diperlukan untuk pemantauan pertumbuhan dan pita Lingkar Lengan Atas (LiLA) berwarna (hijau, kuning dan merah) yang dapat digunakan untuk kegiatan deteksi dini secara aktif oleh anggota masyarakat terlatih.

Setelah semua informasi tersebut didapatkan, penting untuk menentukan strategi deteksi dini dan rujukan kasus berdasarkan informasi tersebut dan

membuat kesepakatan bersama antara semua pemangku kepentingan terkait.

### **Pelatihan Deteksi Dini dan Rujukan Kasus**

Setelah anggota masyarakat dapat dijadikan 'agen' untuk deteksi dini kasus, terutama deteksi kasus secara aktif teridentifikasi dan telah mendapatkan komitmen mereka untuk terlibat aktif, maka perlu dilakukan penguatan kapasitas terkait dalam deteksi dini dan rujukan kasus, termasuk sensitisasi strategi deteksi dini dan rujukan masyarakat ke fasilitas layanan kesehatan yang telah disepakati. Anggota masyarakat tersebut dilatih untuk mampu melakukan:

- Pengukuran lingkaran lengan atas (LiLA) balita usia 6–59 bulan dengan menggunakan pita LiLA berwarna
- Identifikasi balita yang terlihat sangat kurus
- Identifikasi kemungkinan adanya *pitting edema* bilateral
- Identifikasi bayi < 6 bulan yang terlalu lemah atau sulit menyusu

- Identifikasi hambatan pertumbuhan, khususnya untuk kader Posyandu atau anggota masyarakat lain yang terlibat dalam pemantauan pertumbuhan (misalnya guru PAUD)
- Rujukan kasus

## **Pelaksanaan Deteksi Dini dan Rujukan Kasus**

Deteksi dini kasus:

### **1. Secara aktif, dilakukan oleh:**

- a. Anggota masyarakat, khususnya anggota masyarakat yang terlatih di setiap waktu dan setiap kesempatan.
- b. Kader didampingi oleh petugas Kesehatan, melakukan *sweeping* dan kunjungan rumah untuk **balita yang tidak hadir** pada hari Posyandu.

Deteksi dini kasus ini dapat dilakukan dengan:

- Menimbang berat badan balita
- Mengukur lingkaran lengan atas (LiLA) balita usia 6–59 bulan dengan menggunakan pita LiLA berwarna

- Mengidentifikasi balita yang terlihat sangat kurus
- Mengidentifikasi kemungkinan adanya pitting edema bilateral
- Mengidentifikasi bayi < 6 bulan yang terlalu lemah atau sulit menyusu

Balita yang perlu dirujuk:

- Balita yang terindikasi mengalami hambatan pertumbuhan
  - Balita (6–59 bulan) dengan LiLA di warna kuning (LiLA 11,5 cm - < 12,5 cm) atau warna merah (< 11,5 cm)
  - Balita (6–59 bulan) dengan LiLA di warna hijau namun terlihat sangat kurus
  - Balita yang teridentifikasi adanya pitting edema bilateral
  - Bayi < 6 bulan yang terlalu lemah atau sulit menyusu
2. **Secara pasif**, saat kegiatan pemantauan pertumbuhan di Posyandu atau titik pemantauan lain (contoh kelas PAUD) dan saat

balita berkunjung ke fasilitas layanan kesehatan (fasyankes).

Deteksi dini kasus dengan:

- Mengidentifikasi balita dengan hambatan pertumbuhan atau berisiko hambatan pertumbuhan menggunakan grafik pertumbuhan anak di KMS dan Buku KIA
- Mengukur lingkaran lengan atas (LiLA) balita usia 6–59 bulan dengan menggunakan pita LiLA berwarna untuk semua balita yang datang ke Posyandu
- Pemeriksaan *pitting edema* bilateral
- Mengidentifikasi bayi < 6 bulan yang terlalu lemah atau sulit menyusu

Balita yang perlu dirujuk:

- Balita terindikasi mengalami hambatan pertumbuhan berdasarkan grafik pertumbuhan anak di KMS dan Buku KIA:
  - Garis pertumbuhan anak memotong salah satu garis Z-score
  - Garis pertumbuhan anak meningkat atau menurun secara tajam

- Garis pertumbuhan anak terus mendatar, misalnya tidak ada kenaikan berat badan
- Balita 6–59 bulan dengan LiLA di warna kuning (LiLA 11,5 cm - <12,5 cm) atau warna merah (<11,5 cm)
- Balita 6–59 bulan dengan LiLA di warna hijau namun terlihat sangat kurus
- Balita yang teridentifikasi adanya *pitting edema* bilateral
- Bayi < 6 bulan yang terlalu lemah atau sulit menyusu

Kader dan anggota masyarakat terlatih lain dibekali cara melakukan rujukan, contoh slip rujukan (terlampir).

### **Pelaporan dan Pencatatan**

Dalam strategi penemuan dini dan kasus yang telah disepakati, perlu ditentukan sistem pencatatan dan pelaporan, khususnya untuk deteksi dini secara aktif dan rujukan kasus oleh anggota masyarakat.

## **Pemantauan dan Supervisi Fasilitatif**

Tenaga kesehatan, kepala daerah, dan pemangku kepentingan terkait melakukan pemantauan dan supervisi fasilitatif secara berkala untuk kegiatan deteksi dini dan rujukan kasus balita gizi buruk atau balita yang berisiko gizi buruk.

Dalam kegiatan pemantauan dan supervisi fasilitatif dibicarakan hal-hal yang menjadi keberhasilan, tantangan atau kendala dan mencari solusi bersama.

Hal-hal yang perlu dipantau, termasuk diantaranya:

1. Cakupan Posyandu
2. Jumlah balita yang diskriminasi dengan menggunakan pita LiLA
3. Jumlah balita dengan hambatan pertumbuhan
4. Jumlah balita yang dirujuk oleh anggota masyarakat terlatih melalui deteksi kasus aktif
5. Jumlah balita yang dirujuk dengan hambatan pertumbuhan

**SLIP RUJUKAN MASYARAKAT**

Anak dirujuk ke :

Name anak:

Tanggal rujukan:

Nama ibu:

Desa:

Dusun/Posyandu:

LILA (Lingkari):

Hijau

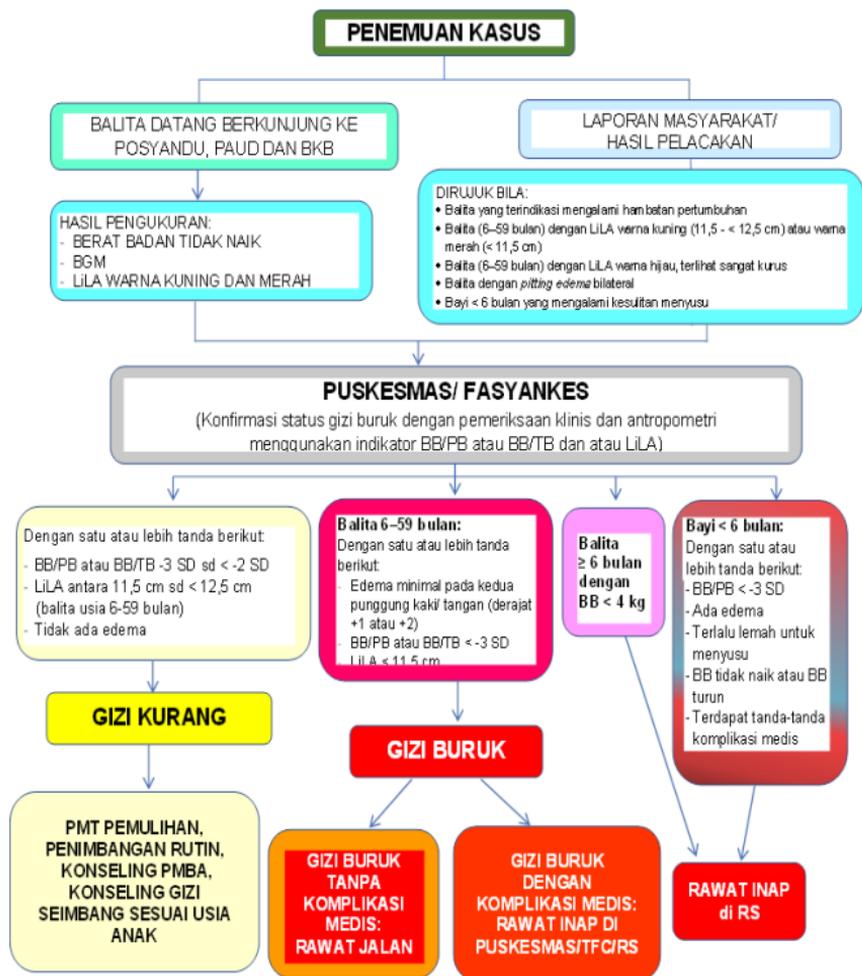
Kuning

Merah

Edema (Lingkari): Ya / Tidak

Kelihatan kurus (Lingkari): Ya/Tidak

Dirujuk oleh (nama):



**Bagan 1. Alur Deteksi Dini Balita Gizi Buruk**

### **Keterangan Bagan 1:**

1. Penemuan kasus balita gizi buruk dapat:
  - Penemuan kasus pasif, yaitu balita gizi buruk ditemukan saat datang berkunjung ke Posyandu atau ke fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
  - Penemuan kasus aktif yaitu penemuan kasus oleh masyarakat atau petugas saat kunjungan rumah atau saat pelacakan kasus.
2. Balita yang datang ke Posyandu atau ke fasilitas pelayanan kesehatan dengan:
  - Berat badan tidak naik atau
  - Balita dengan berat badan berada dibawah garis merah (BGM)
  - LiLA warna kuning dan merah

Perlu dirujuk ke Puskesmas/ fasilitas pelayanan kesehatan untuk dilakukan konfirmasi status gizinya dengan pemeriksaan klinis dan antropometri menggunakan indikator BB/PB atau BB/TB dan atau LiLA.

3. Bayi/ balita yang ditemukan pada saat kunjungan rumah atau saat pelacakan kasus dengan kondisi sebagai berikut:
  - Balita yang terindikasi mengalami hambatan pertumbuhan.
  - Balita (6–59 bulan) dengan LiLA warna kuning (11,5 - < 12,5 cm), merah (<11,5 cm).
  - Balita dengan *pitting edema* bilateral.
  - Balita yang tampak kurus.
  - Bayi < 6 bulan yang mengalami kesulitan menyusu baik disebabkan karena faktor bayi maupun faktor ibu.

Perlu dirujuk ke Puskesmas untuk dilakukan konfirmasi status gizi dengan pemeriksaan klinis dan antropometri menggunakan indikator BB/PB atau BB/TB atau LiLA.

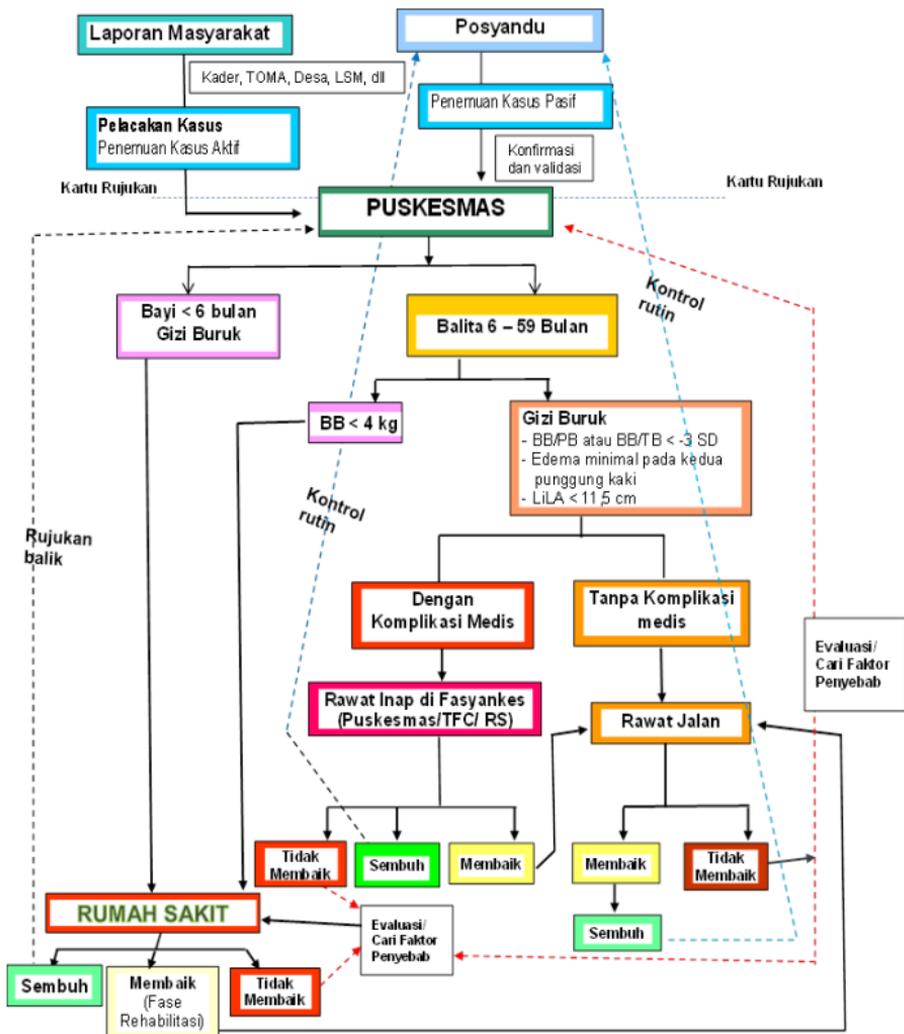
4. Penentuan status gizi buruk pada balita berdasarkan gejala klinis yaitu adanya edema bilateral yang bersifat *pitting*, minimal pada kedua punggung kaki.

5. Cara pemeriksaan edema bilateral:
  - Lakukan pemeriksaan pada kedua punggung kaki atau tangan atau kedua tungkai.
  - Tekan lembut dengan kedua ibu jari pada bagian punggung kaki atau tangan atau bagian bawah kaki atau tungkai dan hitung hingga tiga detik, kemudian angkat ibu jari.
  - Jika lekukan bekas tekanan tertinggal pada kedua kaki atau tangan atau tungkai, ini menunjukkan anak mengalami edema.
6. Balita menderita gizi kurang apabila ditemukan ada satu atau lebih tanda berikut:
  - BB/PB atau BB/TB  $-3$  SD sd  $< -2$  SD
  - LiLA antara 11,5 cm sd  $< 12,5$  cm (usia 6-59 bulan)
  - Tidak ada edema
7. Balita gizi kurang disarankan untuk datang secara rutin ke Posyandu setiap bulan untuk dipantau berat badannya dan diberikan konseling PMBA dan konseling pemberian

makan sesuai usia anak untuk mencegah terjadinya gizi buruk.

8. Balita menderita gizi buruk apabila ditemukan ada satu atau lebih tanda berikut:
  - Edema minimal pada kedua punggung kaki/tangan
  - BB/PB atau BB/TB < -3 SD
  - LiLA < 11,5 cm (usia 6 - 59 bulan)
9. Layanan balita gizi buruk:
  - Balita gizi buruk tanpa komplikasi medis diberikan layanan rawat jalan.
  - Balita gizi buruk dengan komplikasi medis diberikan layanan rawat inap.
10. Tanda-tanda komplikasi medis:
  - Anoreksia
  - Dehidrasi berat (muntah terus menerus, diare)
  - Letargi atau penurunan kesadaran
  - Demam tinggi
  - Pneumonia berat (sulit bernapas atau bernapas cepat)
  - Anemia berat

11. Bayi < 6 bulan menderita gizi buruk apabila ditemukan ada satu atau lebih tanda berikut:
  - $BB/PB < -3 SD$
  - Ada edema
12. Bayi < 6 bulan perlu dirawat inap di Rumah Sakit apabila ditemukan ada satu atau lebih tanda berikut:
  - $BB/PB < -3 SD$
  - Ada edema
  - Terlalu lemah untuk menyusui
  - Berat badan tidak naik atau berat badan turun
  - Terdapat tanda-tanda komplikasi medis
13. Bayi < 6 bulan menderita gizi buruk dan balita  $\geq$  6 bulan dengan  $BB < 4$  kg dirujuk ke Rumah Sakit untuk mendapatkan layanan rawat inap di Rumah Sakit.



Bagan 2. Alur Rujukan Kasus Gizi Buruk

## **Keterangan Bagan 2:**

1. Penemuan kasus balita gizi buruk dapat:
  - Penemuan kasus pasif, yaitu balita gizi buruk ditemukan saat datang berkunjung ke Posyandu atau ke fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
  - Penemuan kasus aktif yaitu penemuan kasus oleh masyarakat atau petugas saat kunjungan rumah atau saat pelacakan kasus.
2. Balita yang dirujuk ke Puskesmas dilakukan validasi dan konfirmasi status gizinya dengan pemeriksaan klinis dan antropometri menggunakan indikator BB/PB atau BB/TB atau LiLA.
3. Berdasarkan hasil validasi dan konfirmasi status gizi balita, ditentukan jenis layanan yang diberikan:
  - Balita gizi buruk tanpa komplikasi medis diberikan layanan rawat jalan.
  - Balita gizi buruk dengan komplikasi medis diberikan layanan rawat inap.

4. Bayi < 6 bulan menderita gizi buruk dan balita  $\geq 6$  bulan dengan BB < 4 kg dirujuk ke RS untuk mendapatkan layanan rawat inap di RS.
5. Bayi dan balita gizi buruk yang dirawat di RS dan Puskesmas dipantau dan dievaluasi:
  - Tidak membaik:  
Evaluasi dan cari faktor penyebabnya, bila perlu dirujuk ke fasyankes atau tempat rujukan yang lebih tinggi.
  - Membaik:  
Apabila bayi dan balita dirawat inap pada fase rehabilitasi, maka dapat dipindahkan ke layanan rawat jalan.
  - Sembuh:
    - Bila dirawat di RS dapat dirujuk balik ke Puskesmas untuk mendapatkan pengawasan dari Puskesmas dan anjuran kontrol serta pemantauan pertumbuhan rutin di Posyandu
    - Bila dirawat di Puskesmas dianjurkan untuk melakukan pemantauan

pertumbuhan secara rutin di  
Posyandu.

## **Lampiran 19.**

### **Contoh Standar Operasional Prosedur (SOP) Penetapan dan Klasifikasi Balita Gizi Buruk di Fasilitas Pelayanan Kesehatan**

#### **CONTOH STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PENETAPAN DAN KLASIFIKASI BALITA GIZI BURUK DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN**

#### **Pendahuluan**

Tenaga kesehatan (Tim Asuhan Gizi) di fasilitas pelayanan kesehatan akan melakukan penetapan status gizi balita dan kondisi klinis untuk dapat menentukan klasifikasi kasus masalah gizi balita yang ditemukan dan dirujuk oleh kader atau anggota masyarakat terlatih, sehingga dapat ditata laksana dengan cepat dan tepat.

#### **Sasaran**

SOP ini ditujukan kepada tenaga kesehatan (Tim Asuhan Gizi) dalam melakukan tindak lanjut balita gizi buruk atau yang berisiko mengalami gizi buruk

dan gizi kurang yang dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan.

### **Hasil yang Diharapkan**

1. Tenaga Kesehatan (Tim Asuhan Gizi) mampu melakukan proses penetapan status gizi balita yang dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan.
2. Tenaga Kesehatan (Tim Asuhan Gizi) mampu melakukan proses penetapan balita kurang gizi akut atau yang berisiko mengalami gizi buruk dan gizi kurang serta tindakan yang harus diberikan sesuai dengan standar alur rujukan (rawat inap, rawat jalan atau pemberian makanan tambahan).
3. Balita yang dirujuk mendapatkan perawatan yang cepat dan tepat, termasuk tepat waktu, sesuai dengan kondisi balita (gizi buruk, gizi kurang atau dengan hambatan pertumbuhan).

## Langkah-langkah Pelaksanaan

### Persiapan Awal

Untuk dapat melakukan konfirmasi status gizi balita yang dirujuk oleh kader atau anggota masyarakat lain ke fasilitas pelayanan kesehatan, maka hal-hal yang perlu dipersiapkan adalah:

1. Tenaga Kesehatan (Tim Asuhan Gizi) terlatih melakukan pemeriksaan antropometri, pemeriksaan *pitting edema* bilateral dan melakukan tes nafsu makan.
2. Alat antropometri standar sesuai protokol:
  - a. Alat timbang berat badan, seperti timbangan digital anak dan bayi.
  - b. Alat ukur panjang atau tinggi badan, seperti papan ukur panjang atau tinggi badan (*length/ height board*).
  - c. Pita Lingkar Lengan Atas (LiLA).
3. Tabel Z-skor sederhana (mengacu pada tabel dan grafik dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak) atau perangkat

- lunak (*software*) penghitung Z-skor (WHO Anthro).
4. Kartu Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).
  5. Bahan untuk tes nafsu makan sesuai pedoman.
  6. Bahan F100 atau formula untuk gizi buruk lainnya.
  7. Obat-obatan seperti antibiotika, obat cacing dan vitamin sesuai protokol.
  8. *Home economic set* (alat untuk mengolah dan menyajikan F100, seperti gelas ukur, kompor, panci, sendok makan, piring, mangkok, gelas dan penutupnya, dll).
  9. Formulir pasien, formulir rujukan, formulir pencatatan dan pelaporan.
  10. Bagan alur pemeriksaan balita di fasyankes.

### **Pelaksanaan Konfirmasi Status Gizi Balita**

Saat balita yang mungkin mengalami gizi buruk diantar oleh orang tua/ pengasuh ke fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga Kesehatan (dokter) segera melakukan **pemeriksaan kondisi umum**

**dan ada tidaknya kegawatdaruratan atau komplikasi medis.**

1. Bila ADA kegawatdaruratan atau komplikasi medis, maka segera tangani sesuai kegawatdaruratan atau komplikasi medis yang ditemui. Lakukan persiapan rujukan dari poli MTBS ke ruang rawat inap (bila Puskesmas Perawatan) atau ke fasilitas pelayanan kesehatan dengan perawatan (Puskesmas Perawatan atau Rumah Sakit). Konfirmasi status gizi balita dilakukan setelah kondisi stabil.
2. Bila TIDAK ADA kegawatdaruratan atau komplikasi medis, maka dapat dilakukan pemeriksaan lengkap sesuai protokol.

**Konfirmasi status gizi balita yang dirujuk:**

1. Lakukan penimbangan berat badan.
2. Lakukan pemeriksaan panjang atau tinggi badan.
3. Lakukan pemeriksaan LiLA (balita usia 6–59 bulan). Walaupun balita dirujuk oleh kader atau anggota masyarakat lain karena LiLA merah

atau kuning, tenaga kesehatan harus memeriksa ulang LiLA balita.

4. Lakukan pemeriksaan *pitting edema* bilateral.

**Tentukan status gizi balita berdasarkan:**

1. Z-skor berat badan menurut panjang atau tinggi badan (Z-skor BB/PB atau BB/TB).
2. LiLA (balita usia 6–59 bulan)
3. *Pitting edema* bilateral.

**Catatan:**

Pada masa pandemi COVID-19, pastikan petugas kesehatan menggunakan APD lengkap dan memperhatikan protokol keamanan dan kesehatan saat menangani balita, serta memastikan orang tua/ pengasuh menerapkan protokol yang sama saat berkunjung ke fasilitas pelayanan kesehatan. Minta kader untuk sebelumnya membuat janji hari dan jam kunjungan balita dan orang tua/ pengasuh ke fasilitas pelayanan kesehatan. Lakukan pemisahan ruang pemeriksaan untuk balita yang dirujuk

dengan kemungkinan gizi buruk, gizi kurang atau hambatan pertumbuhan dengan balita sakit lainnya.

### **Pelaksanaan Klasifikasi Kondisi Balita untuk Penentuan Tata Laksana**

Sesuai dengan **hasil pemeriksaan kondisi umum, kegawatdaruratan medis atau komplikasi medis** dan konfirmasi status gizi, berikut langkah yang perlu dilakukan:

1. Balita gizi buruk usia 6-59 bulan dengan komplikasi medis dirujuk ke rawat inap
2. Bayi gizi buruk usia < 6 bulan dan balita gizi buruk usia  $\geq$  6 bulan dengan berat badan < 4 kg dirujuk ke rumah sakit
3. Balita gizi buruk usia 6-59 bulan tanpa komplikasi medis diberikan tata laksana gizi buruk di layanan rawat jalan

### **Pencatatan dan Pelaporan**

Hal-hal berikut penting untuk didokumentasikan, termasuk diantaranya:

- Jumlah balita yang dirujuk berdasarkan jenis rujukan (misalnya LiLA hijau, LiLA kuning, LiLA hijau tapi tampak sangat kurus, atau dengan hambatan pertumbuhan) oleh kader atau anggota masyarakat terlatih lain.
- Jumlah kasus gizi buruk dengan komplikasi medis.
- Jumlah kasus gizi buruk tanpa komplikasi medis.
- Jumlah kasus gizi buruk dengan penyakit penyerta.
- Lama hari perawatan.
- Jumlah kasus gizi buruk berdasarkan usia (bayi < 6 bulan, balita 6-59 bulan)
- Jumlah kasus yang dirawat inap sesuai usia (bayi < 6 bulan, balita  $\geq$  6 bulan dengan BB < 4 kg, balita 6-59 bulan): 1) Sembuh; 2) Masih dirawat; 3) *Drop out*; 4) Meninggal; 5) Pindah ke layanan rawat jalan; 6) Pindah ke layanan rawat inap lain (RS, Puskesmas/ TFC).
- Jumlah kasus balita usia 6-59 bulan di layanan rawat jalan: 1) Sembuh; 2) Masih

dirawat; 3) *Drop out*; 4) Meninggal; 5) Pindah ke layanan rawat inap; 6) Pindah ke layanan rawat jalan lain.

- Jumlah kasus pasca rawat inap bayi < 6 bulan dan balita  $\geq$  6 bulan dengan BB < 4 kg di layanan rawat jalan: 1) Sembuh; 2) Masih dirawat; 3) *Drop out*; 4) Meninggal; 5) Pindah ke layanan rawat inap; 6) Pindah ke layanan rawat jalan lain.
- Tenaga Kesehatan (Tim Asuhan Gizi) terlatih Pencegahan dan Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita (pelatihan 47 JPL).

### **Pemantauan dan Supervisi Fasilitatif**

Kepala Puskesmas dan Tim Asuhan Gizi bersama lintas program melakukan pemantauan dan evaluasi proses penetapan dan klasifikasi kasus balita yang dirujuk di fasilitas pelayanan kesehatan masing-masing secara rutin, misalnya dalam pertemuan mini lokakarya bulanan.

Dalam kegiatan pemantauan dan supervisi fasilitatif dibicarakan hal-hal yang menjadi keberhasilan,

tantangan atau kendala dan mencari solusi bersama.

Hal-hal yang perlu dipantau, termasuk diantaranya:

1. Efektivitas alur pelayanan/ pemeriksaan balita di fasilitas pelayanan kesehatan.
2. Akurasi alat antropometri yang digunakan dengan melakukan kalibrasi rutin.
3. Kualitas pemeriksaan antropometri, pemeriksaan *pitting edema* bilateral dan tes nafsu makan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan.
4. Status balita yang dirujuk oleh kader atau anggota masyarakat terlatih dengan hasil konfirmasi oleh tenaga kesehatan untuk menilai seberapa besar adanya kasus positif palsu atau negatif palsu. Hal ini penting sebagai bahan evaluasi untuk penguatan kapasitas masyarakat dalam penemuan kasus.

**Lampiran 20.**

**Contoh Standar Operasional Prosedur (SOP)  
Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita Usia 6-59  
Bulan di Layanan Rawat Jalan**

**CONTOH  
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)  
TATA LAKSANA GIZI BURUK  
PADA BALITA USIA 6-59 BULAN  
DI LAYANAN RAWAT JALAN**

**Pendahuluan**

Tenaga kesehatan (Tim Asuhan Gizi) di fasilitas pelayanan kesehatan akan melakukan perawatan pada balita gizi buruk usia 6-59 bulan tanpa komplikasi medis.

**Sasaran**

SOP ini ditujukan kepada tenaga kesehatan (Tim Asuhan Gizi) dalam melakukan tindak lanjut pada balita gizi buruk yang dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan.

## **Hasil yang Diharapkan**

1. Tenaga Kesehatan (Tim Asuhan Gizi) mampu melakukan perawatan pada balita gizi buruk usia 6-59 bulan tanpa komplikasi medis dengan cepat dan tepat sesuai 10 Langkah Tata Laksana Gizi Buruk di layanan rawat jalan.
2. Tenaga Kesehatan (Tim Asuhan Gizi) mampu melakukan perencanaan, persiapan logistik, pemantauan dan evaluasi manajemen layanan rawat jalan.

## **Langkah-langkah Pelaksanaan**

### **Persiapan Awal**

Perawatan balita gizi buruk di layanan rawat jalan memerlukan persiapan sebagai berikut:

1. Tenaga Kesehatan (Tim Asuhan Gizi) terlatih melakukan tata laksana gizi buruk sesuai protokol tata laksana di layanan rawat jalan.
2. Fasilitas Kesehatan memiliki logistik yang dibutuhkan, termasuk:
  - a. Alat antropometri (alat timbang berat badan, seperti timbangan digital anak dan bayi, alat

ukur panjang atau tinggi badan, seperti papan ukur panjang atau tinggi badan (*length/ height board*) dan Pita LiLA) sesuai standar.

- b. Tabel Z-skor sederhana (mengacu pada tabel dan grafik dalam Permenkes Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak) atau perangkat lunak (*software*) penghitung Z-skor (WHO Anthro).
- c. Kartu Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).
- d. Bahan untuk membuat F100 atau formula untuk gizi buruk lainnya.
- e. *Home economic set* (alat untuk mengolah dan menyajikan F100, seperti gelas ukur, kompor, panci, sendok makan, piring, mangkok, gelas dan penutupnya, dll).
- f. Obat-obatan seperti antibiotika, *mineral mix*, ReSoMal, obat cacing dan vitamin sesuai protokol.
- g. Formulir pasien, formulir rujukan, formulir pencatatan dan pelaporan.

- h. Bagan protokol tata laksana gizi buruk rawat jalan, alat bantu kerja (*job aids*) lainnya, seperti tabel F100 dan tabel dosis RUTF dan protokol tes nafsu makan.

### **Tata Laksana Balita Gizi Buruk di Layanan Rawat Jalan**

Penanganan sesuai 10 Langkah Tata Laksana Gizi Buruk di Layanan Rawat Jalan

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 kejar				→	
9	Memberikan stimulasi untuk tumbuh kembang	→				
10	Mempersiapkan untuk tidak lanjut di rumah				→	

## Prosedur Layanan Rawat Jalan pada Balita Gizi Buruk



1. **Melakukan anamnesis** riwayat kesehatan balita  
Meliputi riwayat kelahiran, imunisasi, menyusui dan makan (termasuk nafsu makan), penyakit dan riwayat keluarga.
2. **Melakukan pemeriksaan fisik** secara umum dan khusus
  - Pemeriksaan fisik umum meliputi kesadaran, suhu tubuh, pernafasan, dan nadi.
  - Pemeriksaan fisik khusus seperti tercantum pada formulir MTBS (lihat *checklist*)
3. **Melakukan pemeriksaan penunjang** sesuai indikasi.
4. **Melakukan 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.

- Bila balita sebelumnya di rawat inap, maka pemberian antibiotika merupakan lanjutan dari pengobatan sebelumnya di rawat inap.
- Parasetamol hanya diberikan pada demam lebih dari 38°C. Bila demam > 39°C rujuk balita ke rawat inap. Berikan penjelasan cara menurunkan suhu tubuh anak di rumah kepada pengasuh.
- Vitamin dan zat gizi mikro (sesuai 10 Langkah Tata Laksana Gizi Buruk)  
Pada balita gizi buruk pasca rawat inap, pemberian Vitamin A dan Asam Folat merupakan lanjutan dari pemberian di rawat inap.
  - o Pemberian Vitamin A:
    - Bila tidak ditemukan tanda defisiensi Vitamin A dan riwayat campak dalam 3 bulan terakhir, Vitamin A dosis tinggi diberikan pada hari pertama dengan dosis sesuai umur.
    - Bila ditemukan tanda defisiensi Vitamin A seperti rabun senja atau

ada riwayat campak dalam 3 bulan terakhir, Vitamin A dosis tinggi diberikan sesuai usia anak pada hari ke-1, ke-2 dan ke-15.

- Pemberian Asam Folat setiap hari minimal selama 2 minggu, dengan dosis pemberian 5 mg pada hari ke-1, selanjutnya 1 mg/hari.
- Pemberian zat besi dengan dosis 3 mg/kgBB/hari, diberikan setelah mengalami kenaikan berat badan (fase rehabilitasi).

#### 5. Menghitung kebutuhan gizi balita

- Jumlah zat gizi yang diperlukan sebagai terapi gizi untuk memenuhi kebutuhan balita gizi buruk usia 6 – 59 bulan, yaitu:  
Energi : 150 - 220 kkal/kgBB/hari;  
Protein : 4 - 6 g/kgBB/hari;  
Cairan : 150 - 200 ml/kgBB/hari.
- Pemenuhan kebutuhan gizi tersebut dapat diperoleh dari Formula 100 atau *Ready to*

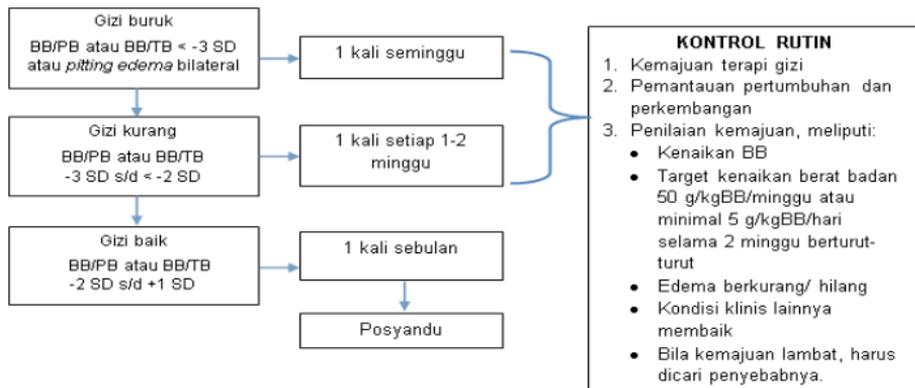
*Use Therapeutic Food* (RUTF) serta makanan padat gizi.

**6. Melakukan tes nafsu makan** dengan menggunakan F100 atau RUTF **dan melakukan konseling gizi**

Konseling gizi kepada pengasuh:

- Cara pemberian F100 atau RUTF dan makanan padat gizi untuk Balita 6 – 59 bulan
- Mencatat hasil layanan dalam rekam medis dan formulir rawat jalan.

## Melakukan Kunjungan/ Kontrol Rutin



### KRITERIA KELUAR DARI LAYANAN RAWAT JALAN

Bila selama 2 minggu berturut-turut atau 2 kali kunjungan memenuhi kriteria:

- Status gizi baik (berdasarkan indeks antropometri yang sama saat masuk perawatan)

Status Gizi Saat Masuk	Status Gizi Saat Keluar
LiLA < 11,5 cm	LiLA ≥ 12,5 cm
BB/PB atau BB/TB < -3 SD	BB/PB atau BB/TB ≥ -2 SD
LiLA < 11,5 cm dan BB/PB atau BB/TB < -3 SD	LiLA ≥ 12,5 cm dan BB/PB atau BB/TB ≥ -2 SD

- Tidak ada *pitting edema* bilateral
- Kondisi klinis baik

## 7. Melakukan pencatatan dan pelaporan

Hal-hal berikut penting untuk didokumentasikan, termasuk diantaranya:

- Jumlah kasus balita gizi buruk usia 6-59 bulan yang dirawat jalan:
  - 1) Sembuh
  - 2) Masih dirawat
  - 3) *Drop out*
  - 4) Meninggal
  - 5) Pindah ke layanan rawat inap
  - 6) Pindah ke layanan rawat jalan lain
- Penyakit penyerta atau penyulit
- Lama hari perawatan
- Rata-rata kenaikan berat badan per hari atau per minggu

### **Pemantauan dan Supervisi Fasilitatif**

Kepala Puskesmas dan Tim Asuhan Gizi di fasilitas pelayanan kesehatan melakukan pemantauan dan evaluasi proses tata laksana gizi buruk pada balita secara rutin, misalnya dalam pertemuan mini lokakarya bulanan.

Dalam kegiatan pemantauan dan supervisi fasilitatif dibicarakan hal-hal yang menjadi keberhasilan, tantangan atau kendala dan mencari solusi bersama.

Hal-hal yang perlu dipantau, termasuk diantaranya:

1. Efektivitas alur pelayanan/ pemeriksaan balita di fasilitas pelayanan kesehatan.
2. Pelaksanaan 10 Langkah Tata Laksana Gizi Buruk di layanan rawat jalan.
3. Kualitas tata laksana balita gizi buruk di layanan rawat jalan.
4. Logistik:
  - Alat antropometri (alat timbang berat badan, seperti timbangan digital anak dan bayi, alat ukur panjang atau tinggi badan, seperti papan ukur panjang atau tinggi badan (*length/ height board*) dan Pita LiLA) sesuai standar.
  - Tabel Z-skor sederhana (mengacu pada tabel dan grafik dalam Permenkes No. 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri

Anak) atau perangkat lunak (*software*) penghitung Z-skor (WHO Anthro).

- Kartu Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).
- Bahan untuk membuat F100 atau formula untuk gizi buruk lainnya
- *Home economic set* (alat untuk mengolah dan menyajikan F100, seperti gelas ukur, kompor, panci, sendok makan, piring, mangkok, gelas dan penutupnya, dll).
- Obat-obatan seperti antibiotika, *mineral mix*, ReSoMal, obat cacing dan vitamin sesuai protokol.
- Formulir pasien, formulir rujukan, formulir pencatatan dan pelaporan.
- Bagan protokol tata laksana rawat jalan, alat bantu kerja (*job aids*) lainnya, seperti tabel F100 atau tabel dosis RUTF dan protokol tes nafsu makan.

5. Lainnya:

- Tenaga kesehatan (Tim Asuhan Gizi) terlatih Pencegahan dan Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita (pelatihan 47 JPL)
- Kasus *relaps* dan penyebabnya
- Kematian kasus gizi buruk, waktu dan penyebabnya
- Penyebab *drop out* (pulang paksa) dan tidak sembuh

## **Lampiran 21.**

**Contoh Standar Operasional Prosedur (SOP)  
Tata Laksana Gizi Buruk Pasca Rawat Inap pada  
Bayi Usia < 6 Bulan dan Balita Usia  $\geq$  6 Bulan  
dengan Berat Badan < 4 kg di Layanan Rawat  
Jalan**

**CONTOH  
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)  
TATA LAKSANA GIZI BURUK  
PASCA RAWAT INAP  
PADA BAYI USIA < 6 BULAN DAN  
BALITA USIA  $\geq$  6 BULAN  
DENGAN BERAT BADAN < 4 KG  
DI LAYANAN RAWAT JALAN**

### **Pendahuluan**

Tenaga kesehatan (Tim Asuhan Gizi) di fasilitas pelayanan kesehatan akan melakukan perawatan pada bayi gizi buruk usia < 6 bulan dan balita usia  $\geq$  6 bulan dengan berat badan < 4 kg pasca rawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan.

## **Sasaran**

SOP ini ditujukan kepada tenaga kesehatan (Tim Asuhan Gizi) dalam melakukan tindak lanjut pada bayi gizi buruk usia < 6 bulan dan balita usia  $\geq$  6 bulan dengan berat badan < 4 kg pasca rawat inap yang dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan.

## **Hasil yang Diharapkan**

1. Tenaga Kesehatan (Tim Asuhan Gizi) mampu melakukan perawatan pada bayi gizi buruk usia < 6 bulan dan balita usia  $\geq$  6 bulan dengan berat badan < 4 kg secara cepat dan tepat sesuai 10 Langkah Tata Laksana Gizi Buruk di layanan rawat jalan.
2. Tenaga Kesehatan (Tim Asuhan Gizi) mampu melakukan perencanaan, persiapan logistik, pemantauan dan evaluasi manajemen layanan rawat jalan.

## Langkah-langkah Pelaksanaan

### Persiapan Awal

Perawatan bayi dan balita gizi buruk di layanan rawat jalan memerlukan persiapan sebagai berikut:

1. Tenaga Kesehatan (Tim Asuhan Gizi) terlatih melakukan tata laksana gizi buruk sesuai protokol tata laksana pasca rawat inap pada bayi gizi buruk  $< 6$  bulan dan balita  $\geq 6$  bulan dengan berat badan  $< 4$  kg di layanan rawat jalan.
2. Fasilitas Kesehatan memiliki logistik yang dibutuhkan, termasuk:
  - a. Alat antropometri (alat timbang berat badan, seperti timbangan digital anak dan bayi, alat ukur panjang atau tinggi badan, seperti papan ukur panjang atau tinggi badan (*length/ height board*) dan Pita LiLA) sesuai standar.
  - b. Tabel Z-skor sederhana (mengacu pada tabel dan grafik dalam Permenkes Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri

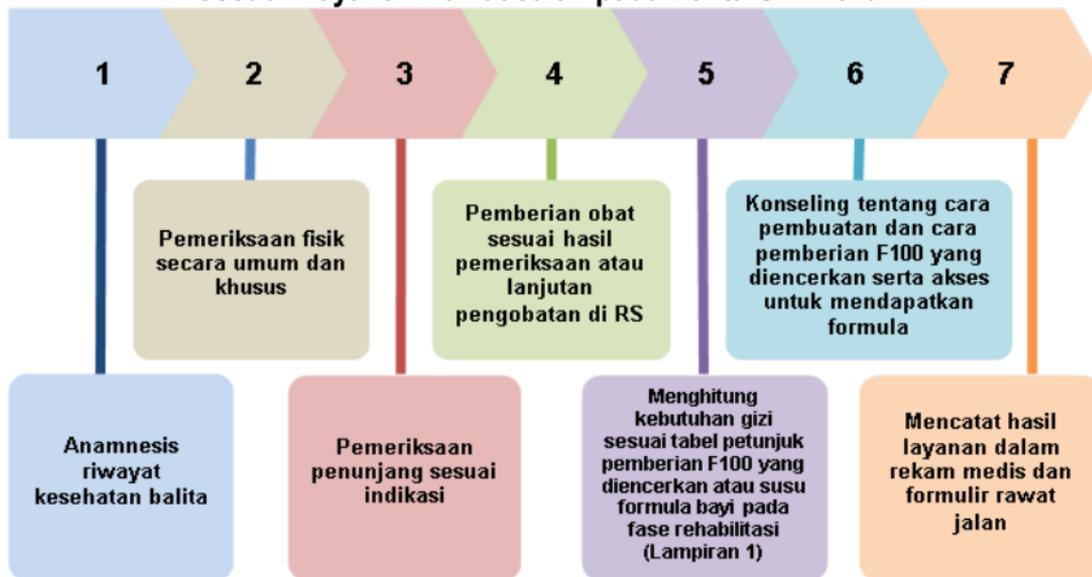
- Anak) atau perangkat lunak (*software*) penghitung Z-skor (WHO Anthro).
- c. Kartu Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).
  - d. Bahan untuk membuat F100 yang diencerkan atau susu formula.
  - e. *Home economic set* (alat untuk mengolah dan menyajikan F100, seperti gelas ukur, kompor, panci, sendok makan, piring, mangkok, gelas dan penutup, dll).
  - f. Obat-obatan seperti antibiotika, *mineral mix*, ReSoMal, obat cacing dan vitamin sesuai protokol.
  - g. Formulir pasien, formulir rujukan, formulir pencatatan dan pelaporan.
  - h. Bagan protokol tata laksana gizi buruk rawat jalan, alat bantu kerja (*job aids*) lainnya, seperti tabel F100 yang diencerkan dan protokol tes nafsu makan.

## **Tata Laksana Balita Gizi Buruk di Layanan Rawat Jalan**

Penanganan sesuai 10 Langkah Tata Laksana Gizi Buruk di Layanan Rawat Jalan

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 kejar				→	→
9	Memberikan stimulasi untuk tumbuh kembang	→	→	→	→	→
10	Mempersiapkan untuk tidak lanjut di rumah			→	→	

## Prosedur Layanan Rawat Jalan pada Balita Gizi Buruk



1. **Melakukan anamnesis** riwayat kesehatan balita  
Meliputi riwayat kelahiran, imunisasi, pemberian ASI dan makan (termasuk nafsu makan), penyakit dan riwayat keluarga.
2. **Melakukan pemeriksaan fisik** secara umum dan khusus
  - Pemeriksaan fisik umum meliputi kesadaran, suhu tubuh, pernafasan, dan nadi.
  - Pemeriksaan fisik khusus seperti tercantum pada formulir MTBS.
3. **Melakukan pemeriksaan penunjang** sesuai indikasi.
4. **Melakukan pemberian obat** sesuai hasil pemeriksaan:
  - Pemberian antibiotika merupakan lanjutan dari pengobatan sebelumnya di rawat inap.
  - Parasetamol hanya diberikan pada demam lebih dari 38°C. Bila demam > 39°C rujuk balita ke rawat inap. Berikan penjelasan cara

menurunkan suhu tubuh anak di rumah kepada pengasuh.

- Vitamin dan zat gizi mikro (sesuai 10 langkah tata laksana gizi buruk)

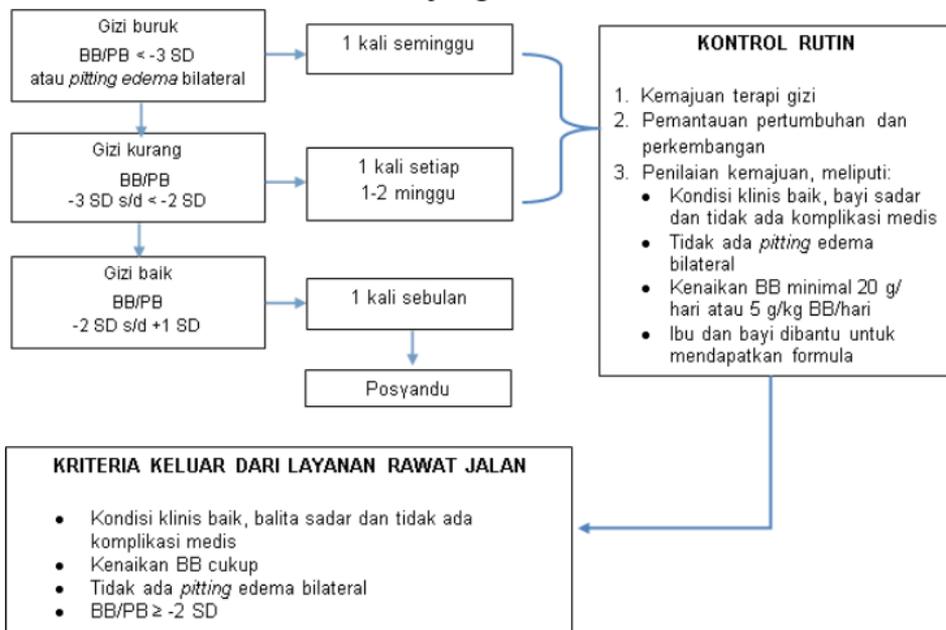
Pemberian Vitamin A dan zat gizi mikro merupakan lanjutan dari pemberian di rawat inap.

**5. Menghitung kebutuhan gizi bayi < 6 bulan dan balita  $\geq$  6 bulan dengan berat badan < 4 kg**

- Bayi < 6 bulan pasca rawat inap yang mendapat ASI: dilakukan penilaian pemberian ASI Eksklusif.
- Bayi < 6 bulan dan Balita  $\geq$  6 bulan dengan BB < 4 kg pasca rawat inap yang tidak ada kemungkinan mendapatkan ASI diberikan susu formula bayi atau F100 yang diencerkan: kebutuhan energi 150 kkal/kgBB/hari atau 200 ml/kgBB/hari (sesuai tabel petunjuk pemberian F100 yang diencerkan atau susu formula bayi pada fase rehabilitasi (Lampiran 1)).

- 6. Melakukan konseling gizi** kepada pengasuh
- Cara pembuatan F100 yang diencerkan
  - Cara pemberian F100 yang diencerkan
  - Akses mendapatkan F100
  - Bayi usia < 6 bulan pasca rawat inap yang mendapat ASI:
    - Menilai kenaikan berat badan
    - Menilai dan melanjutkan pemberian ASI
    - Konseling pemberian MP-ASI
  - Bayi pasca rawat inap yang mendapat susu formula bayi atau F100 yang diencerkan:
    - Menilai kenaikan berat badan
    - Menilai pemberian formula/ asupan zat gizi bayi
    - Kebutuhan energi 150 kkal/kgBB/hari atau 200 ml/kgBB/hari
    - Konseling pemberian MP-ASI
  - Mencatat hasil layanan dalam rekam medis dan formulir rawat jalan.

## Melakukan Kunjungan/ Kontrol Rutin



## 7. Melakukan pencatatan dan pelaporan

Hal-hal berikut penting untuk didokumentasikan, termasuk diantaranya:

- Jumlah kasus pasca rawat inap pada bayi gizi buruk usia < 6 bulan dan balita gizi buruk usia  $\geq$  6 bulan dengan berat badan < 4 kg yang dirawat jalan:
  - 1) Sembuh
  - 2) Masih dirawat
  - 3) *Drop out*
  - 4) Meninggal
  - 5) Pindah ke layanan rawat inap
  - 6) Pindah ke layanan rawat jalan lain
- Penyakit penyerta atau penyulit
- Lama hari perawatan
- Rata-rata kenaikan berat badan per hari atau per minggu

### **Pemantauan dan Supervisi Fasilitatif**

Kepala Puskesmas dan Tim Asuhan Gizi di fasilitas pelayanan kesehatan melakukan pemantauan dan evaluasi proses tata laksana gizi buruk pada bayi

dan balita secara rutin, misalnya dalam pertemuan mini lokakarya bulanan.

Dalam kegiatan pemantauan dan supervisi fasilitatif dibicarakan hal-hal yang menjadi keberhasilan, tantangan atau kendala dan mencari solusi bersama.

Hal-hal yang perlu dipantau, termasuk diantaranya:

1. Efektivitas alur pelayanan/ pemeriksaan balita di fasilitas pelayanan kesehatan.
2. Pelaksanaan 10 Langkah Tata Laksana Gizi Buruk di layanan rawat jalan.
3. Kualitas tata laksana balita gizi buruk di layanan rawat jalan.
4. Logistik:
  - Alat antropometri (alat timbang berat badan, seperti timbangan digital anak dan bayi, alat ukur panjang atau tinggi badan, seperti papan ukur panjang atau tinggi badan (*length/ height board*) dan Pita LiLA) sesuai standar.
  - Tabel Z-skor sederhana (mengacu pada tabel dan grafik dalam Permenkes Nomor 2

Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak) atau perangkat lunak (*software*) penghitung Z-skor (WHO Anthro).

- Kartu Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).
- Bahan untuk membuat F100 atau formula untuk gizi buruk lainnya
- *Home economic set* (alat untuk mengolah dan menyajikan F100, seperti gelas ukur, kompor, panci, sendok makan, piring, mangkok, gelas dan penutupnya, dll).
- Obat-obatan seperti antibiotika, *mineral mix*, ReSoMal, obat cacing dan vitamin sesuai protokol.
- Formulir pasien, formulir rujukan, formulir pencatatan dan pelaporan.
- Bagan protokol tata laksana rawat jalan, alat bantu kerja (*job aids*) lainnya, seperti tabel F100 dan protokol tes nafsu makan.

5. Lainnya:

- Tenaga kesehatan (Tim Asuhan Gizi) terlatih Pencegahan dan Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita (pelatihan 47 JPL)
- Kasus *relaps* dan penyebabnya
- Kematian kasus gizi buruk, waktu dan penyebabnya
- Penyebab *drop out* (pulang paksa) dan tidak sembuh

## Lampiran 1.

Petunjuk Pemberian F100 Diencerkan atau Susu Formula Bayi (Gizi Buruk) atau F75 (Gizi Buruk dengan Edema) untuk Pemberian Makan Bayi Gizi Buruk Usia < 6 Bulan yang Tidak Mendapat ASI atau Balita Usia  $\geq$  6 Bulan dengan Berat Badan < 4 kg

BB bayi (kg)	F100 diencerkan atau susu formula bayi (atau F75 bila ada edema)		F100 yang diencerkan atau susu formula bayi	
	Stabilisasi (130 ml/kgBB/hari)		Transisi (150-170 ml/kgBB/hr)	Rehabilitasi (200 ml/kgBB/hr)
	ml per minum untuk 12 x per hari	ml per minum untuk 8 x per hari	ml per minum untuk 8 x per hari	ml per minum untuk 6 x per 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

<sup>\*)</sup>Volume dibulatkan sampai 5 ml terdekat.

## Lampiran 22.

### Lembar Pernyataan Persetujuan Menerima Layanan Rawat Jalan

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :  
Umur :  
Jenis Kelamin :  
NIK :  
Pekerjaan :  
Hubungan dengan pasien (sebutkan) :  
Alamat :  
Telp/ HP :

Dengan ini menyatakan persetujuan menerima layanan rawat jalan dan bersedia mengikuti dan mematuhi semua prosedur Pencegahan dan Tata Laksana Gizi Buruk di layanan rawat jalan untuk:

Nama :  
Tanggal Lahir/ Umur :  
Jenis Kelamin :  
NIK :  
Alamat :

Apabila saya melanggar prosedur yang telah ditetapkan maka saya tidak akan menyalahkan pihak pemberi layanan kesehatan dan bersedia mendapat sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku.

.....20.....

Hormat saya,

(.....)

**Direktorat Gizi Masyarakat  
Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat  
Kementerian Kesehatan RI  
2020**

ISBN 978-602-416-992-3

